

Konsortialführung:	pronova BKK
Förderkennzeichen:	01NVF17001
Akronym:	MamBo
Projekttitel:	Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, Bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement
Autoren:	Simone Richter, Ibrahim Demirer, Saskia Blütgen, Dr. Ute Karbach, Prof. Dr. Holger Pfaff, Linda Kaunitz, Simon Kock, Lennart Hickstein Unter studentischer Mitarbeit von: Saskia Blütgen, Nina Goldberg, Franziska Leidig
Förderzeitraum:	1. Juli 2017 – 31. März 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis	4
III.	Tabellenverzeichnis.....	6
1.	Ziele der Evaluation.....	9
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	12
2.1	Theoretische Grundlage der Implementierbarkeit	13
2.2	Design Prozessevaluation	14
2.2.1	RGL-Prozessdaten.....	14
2.2.2	Qualitative Daten: Fokusgruppen und Experteninterviews.....	15
2.3	Design Effektevaluation.....	17
2.3.1	Postalische Ärzt:innenpraxen-Befragungen.....	17
2.3.2	Postalische Versicherten-Befragung	19
2.4	Design gesundheitsökonomische Evaluation	27
3.	Ergebnisse der Evaluation.....	34
3.1	Prozessevaluation – RGL-Prozessdaten.....	34
3.2	Prozessevaluation – qualitative Daten	43
3.2.1	Implementierungsprozess aus Perspektive der MamBo-Ärzt:innen	43

3.2.2	Implementierungsprozess aus Perspektive des Versorgungs- und Bedarfsmanagement.....	61
3.2.3	Nützlichkeit des Change-Managements	84
3.2.4	Auswirkungen der COVID-19-Pandemie	89
3.2.5	Zusammenfassung und Diskussion	93
3.3	Effektevaluation.....	98
3.3.1	Praxisbefragung.....	98
3.3.2	Patient:innenbefragungen	115
3.4	Gesundheitsökonomische Evaluation	129
3.4.1	Selektion der Studienpopulation	129
3.4.2	Charakteristik der Teilnehmer:innen und Nicht-Teilnehmer:innen im Vorbeobachtungszeitraum	132
3.4.3	Bewertung des Propensity-Score-Matchings.....	132
3.4.4	Auswirkungen auf die ambulante Inanspruchnahme und das Kodierverhalten	133
3.4.5	Auswirkungen auf die Arzneimittelverordnungen.....	135
3.4.6	Auswirkungen auf den stationären Sektor.....	136
3.4.7	Auswirkungen auf die Leistungskosten aus Sicht der GKV	138
3.4.8	Auswirkungen auf Patientensicherheit und Sterblichkeit	143
3.4.9	Diskussion.....	144
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	145
5.	Literaturverzeichnis	148
6.	Anhang	151
7.	Anlagen	151

I. Abkürzungsverzeichnis

AGnES	Arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte, systemische Intervention
BM	Bedarfsmanagement
BS6	Brief Social Support Scale
CCM	Chronic Care Model
CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials
CM	Change-Management
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DMP	Disease Management Program
DP	Dialogpartner:in
EVA	Entlastende/r Versorgungsassistent:in
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HI	Herzinsuffizienz
HPC	Handelndes problemorientiertes Coping
HSOPS	Hospital Survey on Patient Safety
HvZ	Hausärzt:innen zentrierte Versorgung
IMVR	Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften
InGef	Institut für angewandte Gesundheitsforschung
IPW	inverse-probability-weighting
KVP	Kontinuierliche Verbesserungsprozesse
MamBo	Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung
MARS-5D	Medication Adherence Report Scale
MFA	Medizinische/r Fachangestellte/r
MoniKa	Monitoring und Koordinationsassistent:in
PACIC	Patient Assessment of Care for Chronic Conditions
PK	Patient:innenkoordinator:in
PSM	Propensity Score Matching
RGL	Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
TDM	Toal-Design-Method
VM	Versorgungsmanagement
VSG	Versorgungsstärkungsgesetz
WHO-5	Wohlbefindes-Index (von der Weltgesundheitsorganisation)

II. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Modell des Evaluationsdesigns.....	12
Abbildung 2: Geplante Erhebungen im Rahmen der qualitativen Prozessevaluation.....	15
Abbildung 3: Zusammenfassende Darstellung der Analyseschritte qualitativer Daten	17
Abbildung 4: Beobachtungszeitraum gesundheitsökonomische Evaluation	29
Abbildung 5: Bestimmung der Difference-in-Difference	33
Abbildung 6: Einschreibungen von Ärzt:innen in MamBo pro Quartal	34
Abbildung 7: Verteilung der Anzahl eingeschriebener Patient:innen pro Quartal.....	35
Abbildung 8: Verteilung der Patient:innen Einschreibung pro Arzt/Ärztin und pro Quartal ..	35
Abbildung 9: Anteil der MoniKa-Patient:innen an allen eingeschriebenen Patient:innen, pro Arzt/Ärztin und deren Quartal des Projekteinstiegs.....	36
Abbildung 10: Dauer in Quartalen zwischen Patient:inneneinschreibung und MoniKa-Erstkontakt	37
Abbildung 11: Erbrachte MoniKa-Leistungen pro MamBo-Quartal	38
Abbildung 12: Verlauf der durchschnittlichen MoniKa-Leistungen pro Patient:in über die MamBo-Quartale.....	38
Abbildung 13: Anzahl persönlicher MoniKa-Kontakte (Patient:in-MoniKa) pro Quartal	39
Abbildung 14: Anteil der Arbeitszeit eines durchschnittlichen persönlichen MoniKa-Kontaktes	40
Abbildung 15: Anzahl der KVP-Workshops über die Quartale.....	41
Abbildung 16: Zusammenfassung wesentlicher Informationen über die stattgefundenen KV-Prozesse.....	41
Abbildung 17: Übersicht identifizierter Hauptthemen und Kategorien	45
Abbildung 18: Erwartungen der Ärzt:innen an MamBo (t0) vs. deren Bewertungen nach Teilnahme (t1).....	101
Abbildung 19: Besonders attraktive Elemente vor und nach MamBo-Teilnahme	102
Abbildung 20: Probleme bei der Zusammenarbeit mit Einrichtungen	102

Abbildung 21: Verbesserte Zusammenarbeit mit Einrichtungen durch MamBo.....	102
Abbildung 22: Wünsche der MamBo-Ärzt:innen	106
Abbildung 23: Beteiligung der Praxismitarbeitenden in MamBo	110
Abbildung 24: Erwartungen vs. Bewertungen der Mitarbeiter:innen.....	111
Abbildung 25: Verbesserte Zusammenarbeit mit Einrichtungen durch MamBo.....	112
Abbildung 26: Bewertung der Bereiche aus der t1 Befragung	117
Abbildung 27: Cohen's d Effekt zu den jeweiligen Endpunkten	119
Abbildung 28: Effekt der MoniKa-Intervention auf ausgewählte Endpunkte nach inverser Gewichtung (IPW)	123
Abbildung 29: Patient:innen Bewertung der MoniKa – Hat die MoniKa Ihnen bei der ... geholfen?.....	125
Abbildung 30: MoniKa-Einfluss auf mentales Wohlbefinden	127
Abbildung 31: Flussdiagramm Bildung der Interventionsgruppe	131
Abbildung 32: Flussdiagramm Bildung der Kontrollgruppe	131
Abbildung 33: Verteilung Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal	132
Abbildung 34: Balance von Interventions- und Kontrollgruppe im Vorbeobachtungszeitraum	133
Abbildung 35: Anzahl ambulante Ärzt:innen-Quartals-Kontakte	135
Abbildung 36: Anzahl verordnete Arzneimittel der PRISCUS-Liste.....	136
Abbildung 37: Anzahl vollstationäre Krankenhaustage	138
Abbildung 38: Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle	138
Abbildung 39: Fallgesamtkosten im ambulanten Sektor	139
Abbildung 40: Arzneimittelkosten.....	139
Abbildung 41: Kosten im stationären Sektor	140
Abbildung 42: Gesamtleistungskosten.....	141
Abbildung 43: Sensitivitätsanalyse p99 - ambulante Fallgesamtkosten.....	142

Abbildung 44: Sensitivitätsanalyse p99 - Arzneimittelkosten.....	142
Abbildung 45: Sensitivitätsanalyse p99 - Kosten im stationären Sektor	143
Abbildung 46: Sterblichkeit	144

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Theoretisch abgeleitete förderliche und hemmende Faktoren für die Implementierung.....	14
Tabelle 2: Weitere erhobene Merkmale zu t0 und t1	22
Tabelle 3: Erwartete Effektstärken und benötigte Fallzahl der Endpunkte nach Gruppen.....	24
Tabelle 4: Entwicklung der Fallzahlen	24
Tabelle 5: Variablen für das Propensity Score Matching	31
Tabelle 6: Prozentualer Anteil eingeschriebener MoniKa-Patient:innen an allen eingeschriebenen Patient:innen	36
Tabelle 7: Durchschnittliche Werte ausgewählter Merkmale für außer Haus Besuche.....	39
Tabelle 8: Charakteristik der der Fokusgruppen und Interviews mit MamBo-Ärzt:innen.....	44
Tabelle 9: Förderliche und hemmende Faktoren der Teilnahmemotivation	48
Tabelle 10: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf die Patient:inneneinschreibung	51
Tabelle 11: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf das Versorgungsmanagement	55
Tabelle 12: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf das Bedarfsmanagement/ KV-Prozesse.....	58
Tabelle 13: Charakteristik der Interviews mit operativen Akteur:innen	62
Tabelle 14: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf das Versorgungsmanagement und die MoniKa-Intervention aus Perspektive der operativen Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement.....	69

Tabelle 15: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf die Ärzt:innen- und Patient:innenrekrutierung aus Perspektive der operativen Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement.....	74
Tabelle 16: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf das Bedarfsmanagement aus Perspektive der operativen Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement.....	77
Tabelle 17: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf KV-Prozesse aus Perspektive der operativen Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement.....	79
Tabelle 18: MamBo-Rücklauf Ärzt:innenbefragung.....	98
Tabelle 19: MamBo-Ärzt:innen Stichproben.....	99
Tabelle 20: Prä-Post Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichung der Merkmale Arbeitspensum, Versorgungsdauer und Beanspruchung in der Versorgung multimorbider Patient:innen.....	104
Tabelle 21: Mittelwerte und Standardabweichungen der untersuchten Endpunkte t0 vs. t1.....	105
Tabelle 22: nicht-teilnehmende Ärzt:innen Stichproben.....	107
Tabelle 23: MamBo-Rücklauf Praxismitarbeitende.....	107
Tabelle 24: Charakteristik der Studienpopulation: Praxis-Mitarbeitende.....	109
Tabelle 25: Mittelwert und Standardabweichung der Endpunkte Zeitpunkt t0 vs. t1.....	112
Tabelle 26: Rücklauf der Patient:innenbefragung.....	115
Tabelle 27: Charakteristik der Studienpopulation: Patient:innen.....	116
Tabelle 28: Reliabilität der Befragungsinstrumente.....	119
Tabelle 29: Erwartete vs. gemessene Effekthöhen.....	120
Tabelle 30: Vorhersagemodell zum Erhalt der MoniKa-Intervention.....	121
Tabelle 31: Verteilung des Gesamt IPW.....	122
Tabelle 32: Standardisierte Effekte der MoniKa-Intervention auf ausgewählte Endpunkte.....	123
Tabelle 33: Interaktionseffekt der MoniKa-Intervention mit der Covid-19-Pandemie.....	127
Tabelle 34 Ambulante Inanspruchnahme.....	134

Akronym: MamBo
Förderkennzeichen: 01NVF17001

Tabelle 35 Arzneimittelsektor	136
Tabelle 36 Stationärer Sektor	137
Tabelle 37 Leistungskosten	141

1. Ziele der Evaluation

Der Bedarf an Koordination und Integration in der segmentierten Versorgung im deutschen Gesundheitssystem ist hinlänglich bekannt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen und somit mit einer erhöhten Nachfrage an Gesundheitsleistungen zu rechnen. Patient:innen mit komplexem Versorgungsbedarf berichten häufig über einen Mangel an integrierter und gut koordinierter Versorgung (Schoen et al. 2011). Eine adäquate und effiziente Behandlung von Patient:innen, die sich in einer komplexen – multimorbiden – Krankheitssituation befinden, verlangt daher nach einer gut strukturierten, informierten und indikationsübergreifenden Behandlung. Die Vorteile einer strukturierten Behandlung sind durch die Erfahrungen mit Disease Management Programmen (DMP) belegt (Bundesversicherungsamt 2009). DMPs adressieren jedoch lediglich isolierte Krankheitsbilder, zudem können krankheitsspezifische Versorgungsstrukturen nicht für jede Erkrankung vorgehalten werden. Wir benötigen daher zur Effizienzsteigerung einen krankheitsübergreifenden Ansatz. Eine indikationsübergreifende Kombination aus Bedarfs- und Versorgungsmanagement (Percac-Lima et al. 2016), welches an die Gesundheit eines heterogenen Versichertenkollektivs adressiert ist, setzt an dieser Problematik an. Zielsetzung des vorliegenden Projektes ist die Umsetzung eines solchen generalisierten Ansatzes (Metastrategie) sowie die Etablierung der dafür notwendigen Strukturen am Beispiel multimorbider Patient:innen: Will ein Arzt/eine Ärztin in komplexen Bedarfslagen informiert behandeln, muss er/sie sich eine Vielzahl von Informationen, über die Sektoren hinweg in einem aufwendigen Prozess, beschaffen. Weder das Vergütungssystem, noch das Zeitbudget der Ärzt:innen trägt diesem Umstand Rechnung. Jüngste regulatorische Ansätze zur Etablierung neuer Lösungswege, finden sich im „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (BGBl. I 2015). Sie beschränken sich aber auf einzelne Sektoren und befinden sich im Anfangsstadium (z.B. Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung). Eine elektronische Netzakte hingegen würde eine informierte Patientenkoordination zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung ermöglichen. Für eine indikationsübergreifende Kollektivversorgung bedarf es weitergehende strukturelle Lösungen.

Ausgehend von den strukturellen Gegebenheiten, sowie den fehlenden indikationsübergreifenden Metastrategien für eine ganzheitliche Versorgung, wurde das Versorgungsmodell „MamBo - Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement“ ins Leben gerufen. Ein wesentlicher Bestandteil ist das Versorgungsmanagement mit Monitoring- und Koordinationsassistent:innen (MoniKa), die von Ärzt:innen delegierte Hausbesuche und Koordinationsaufgaben übernehmen. Ein weiterer Baustein ist die Vernetzung des Versorgungsmanagements mit Primärversorgenden und den Kostenträgenden. Über das in einer Krankenkasse eingerichtete Bedarfsmanagement können kollektive Bedarfe auf Anfrage des Versorgungsmanagements ermittelt werden.

Eine systematische Literaturrecherche im nationalen und internationalen Kontext zeigt den innovativen Charakter MamBo's - es lassen sich nur vereinzelt vergleichbare Aspekte in anderen Forschungsarbeiten identifizieren. Die Suche nach aktueller Literatur erfolgte in der Literaturdatenbank PubMed und in der CENTRAL Datenbank des Cochrane Registers mit dem Fokus auf systematische Übersichtsarbeiten, denn sie sind ein hilfreiches Instrument für die Gewinnung eines Überblicks der aktuellen Forschung. Um ebenfalls das aktuelle Jahr abzudecken wurde die Suche in PubMed genutzt, sodass ergänzend zu bestehenden Übersichtsarbeiten jegliche Form des Erkenntnisgewinns, unabhängig vom Studiendesign, eingeschlossen werden

konnte. Eine Darstellung der Suchstrategie und eine tabellarische Zusammenfassung der identifizierten Literatur sind dem Anhang (6.1. Literaturrecherche) beigelegt.

Die identifizierten Studien fokussieren primär den US-amerikanischen und britischen Raum. In den vergangenen Jahren lagen die Forschungsschwerpunkte besonders auf dem Chronic Care Model (CCM), sowie dessen Umsetzung und Anwendung. Dabei handelt es sich um einen evidenzbasierten Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen chronisch Erkrankter, bestehend aus den Komponenten: Unterstützung im Selbstmanagement, Gestaltung des Versorgungssystems, Entscheidungsunterstützung im Praxisalltag und klinische Informationssysteme. Die systematische Übersichtsarbeit von Drews et al. (2012) (Drewes et al. 2012) beschreibt dessen Wirksamkeit am Beispiel von Herzinsuffizienz und konnte eine Reduzierung der Mortalität, sowie eine Steigerung der Lebensqualität erfassen. Ebenfalls konnten einige systematische Übersichtsarbeiten zu pflegerisch geleiteten Interventionen im häuslichen Setting ermittelt werden. Die Studie von Laurent et al. (2018) befasst sich mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten im ambulanten Sektor durch geschultes Pflegepersonal (Laurant et al. 2018). Dessen Aufgaben waren unter anderem die Übernahme von Erstkontakten, Verlaufskontrollen und Nachsorgen, während die Kontrollgruppen die übliche Routineversorgung durch den/die zuständige/n Arzt/Ärztin erhielten. Es konnten keine signifikanten Ergebnisse für oder gegen die Intervention erfasst werden. Lediglich in der Befolgung der Versorgungsrichtlinien war das Pflegepersonal genauer. Es konnte zudem eine systematische Übersichtsarbeit identifiziert werden, in der unter anderem vier Primärstudien aus Deutschland eingeschlossen wurden (Packer et al. 2019). Die Übersichtsarbeit untersucht nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen bei Demenz. Dabei wurden die eingeschlossenen Studien anhand ihrer Interventionen in Gruppen (Pflegemanagement, Beratungs- und Selbsthilfeangebote, erweiterte hausärztliche Dienste und Memory-Kliniken, sowie sonstige Heilmittel) unterteilt. Die Autor:innen beschreiben besonders das Pflegemanagement und die damit implementierte Koordinierung des individuellen Pflegebedarfs, sowie Kliniktermine und die Verbesserung der Versorgungswege, als plausible Mechanismen zur Reduzierung der Krankenhauseinweisungen. Signifikante Effekte konnten jedoch nicht beobachtet werden.

In einer aktuellen klinischen Studie von Fortinsky et al. (2020) wird mithilfe von Registerdaten die Wirksamkeit von pflegegeleiteten Pflegemanagement-Teams in der ambulanten Versorgung in Amerika erforscht (Fortinsky et al. 2020). In Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse und einem Forschungsteam wurde ein häusliches, von Pflegepersonal geleitetes Pflegemanagement-Team für Erwachsene im Alter ab 65 Jahren mit kognitiver Vulnerabilität entwickelt. Daraus abgeleitet wurde bereits eine entsprechende Interventionssynopse für die Kohorte. Bestehend aus diversen Hausbesuchen und Telefonaten, interdisziplinären Fallbesprechungen, Kontrolle der Medikationspläne und Anleitung bzw. Verordnungsempfehlungen für Heil- und Hilfsmittel, sowie Berichtsübermittlung an den zuständigen Hausarzt. Unterstützt wird die Arbeit des Pflegeteams von einer elektronischen Kommunikationshilfe und einer begleitenden Auswertung der Programmtreue. Außerdem erfolgt eine kontinuierliche Bewertung der kommunalen Strukturen durch ein Gesundheitsmanagement. Die Studie sieht vor im Jahr 2021 ihre geplante Fallzahl von 576 Teilnehmer:innen zu erreichen.

Die neue Versorgungsform MamBo grenzt sich sowohl von international vergleichenden Ansätzen als auch von den in Deutschland implementierten Versorgungsstrukturen in den folgenden Punkten ab:

- Im deutschen Kontext findet eine patientenzentrierte Versorgung derzeit nur in Ansätzen statt, z.B. in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) (§ 73b SGB V). Von dieser Versorgungsform und von der Teilnahme an Disease-Management-Programmen profitieren chronisch Erkrankte aufgrund einer besser koordinierten Betreuung (Heiler J 2015), beispielsweise zeigt der Erfolg der HzV der AOK (Bühning P. 2014; Maybaum T. 2016) in Baden-Württemberg, dass eine Versorgungsverbesserung grundsätzlich durch neue koordinative Maßnahmen im bestehenden System erreicht werden kann. Jedoch werden – auch in der HzV – dem/der Hausarzt/ärztin ein holistischer und indikationsübergreifender Blick sowie eine koordinierende Funktion im bestehenden System abverlangt, ohne die dafür notwendigen Ressourcen einzuräumen oder sie in dafür geeignete Strukturen einzubetten.
- Im Vergleich zu den hier aufgeführten internationalen Forschungsarbeiten richtet sich die Versorgung im Rahmen von MamBo nicht an eine Symptomatik oder an die Erkrankung selbst, sondern an individuelle und ganzheitliche Versorgungsbedarfe.
- Im Vergleich zu den aufgeführten internationalen Forschungsarbeiten richtet sich die Versorgung im Rahmen von MamBo nicht ausschließlich an eine Symptomatik, sondern setzt an den individuellen Bedarfen an, indem eine ganzheitliche Sicht der Versorgungssituation geschaffen wird und die kollektiven Strukturen zur medizinischen Versorgung daran angepasst werden.
- Mit einer im Vergleich hohen Patient:innenteilnahme (n = 2681) wird eine zielgerichtete Generalisierbarkeit der MamBo-Versorgungsstruktur für den deutschen Kontext ermöglicht.

Ziel des neuen Versorgungsmodells: 1. Schaffung von Rahmenbedingungen, in denen patient:innenrelevante, alle Sektoren umfassende, Informationen die Ärzt:innen erreichen (Substitution ärztlicher Informationsbeschaffung). 2. Entlastung von Ärzt:innen durch eine praxisübergreifende Delegation von patient:innennahen sowie koordinative Aufgaben. Längerfristig könnten Erkenntnisse des Projektes in die Konzipierung von Leitlinien zur Betreuung multimorbider Patienten einmünden oder zur Weiterentwicklung der beruflichen Bildung von Gesundheitsfachberufen herangezogen werden. Auch wird langfristig eine nachhaltige Verbesserung in medizinischen (z.B. mentale Gesundheit) und ökonomischen (z.B. Krankenhauseinweisungen) Indikatoren erwartet, die aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraumes nicht in jedem Endpunkt ausreichend statistisch gesichert werden konnten.

Ziel der Evaluation: ist es, das Versorgungsmodell MamBo hinsichtlich seiner Eignung zur Übertragung in die Regelversorgung zu beurteilen. Dafür wurde 1.) der Implementierungsprozesses im Rahmen der Prozessevaluation und 2.) die Wirksamkeit des Versorgungsmodells im Rahmen der Effekt und gesundheitsökonomische Evaluation multiperspektivisch untersucht. Eine nachhaltige Implementierbarkeit und der Nachweis einer anhaltenden Wirksamkeit sind zusammen als Voraussetzung für die Eignung des Modells für die Regelversorgung anzusehen.

Zielgruppe: Das interessierende Patient:innenkollektiv sind multimorbide, also mehrfacherkrankte Versicherte. Die Patient:innen der Zielgruppe konnten eingeschlossen werden, wenn Sie im Referenzkalenderjahr 2016 mindestens drei schwerwiegende chronische Krankheiten oder Zustände aufwiesen¹. Ausschlusskriterien waren laufende onkologische Therapien und

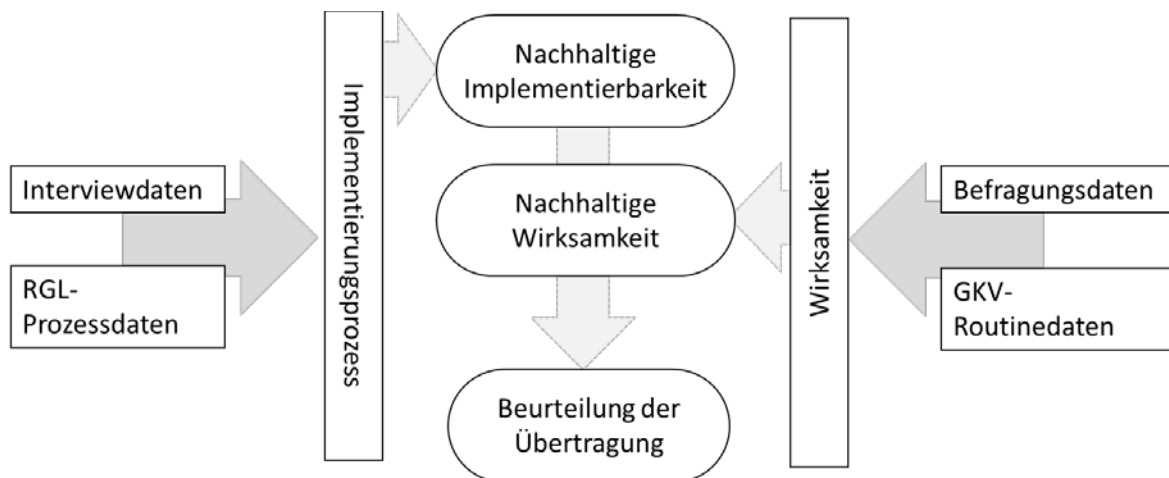
¹ Die berücksichtigten Krankheiten entstammen der Krankheitsauswahl im Rahmen der Anpassung des Klassifikationsmodells des morbi-RSAs für das Ausgleichsjahr 2016 und berücksichtigen dabei mittelbar die wissenschaftlich begründeten Auswahlkriterien des wissenschaftlichen Beirats (§ 31 Abs. 1 RSAV).

Palliativversorgung. Die Patient:innen mussten zudem bei der PronovaBKK versichert sein. Die MamBo-Strukturen wurden im ambulant vertragsärztlichen Versorgungssystem implementiert. Zielgruppe auf Seite der Leistungserbringung sind demnach primär vertragsärztliche Hausärzt:innen und sekundär Fachärzt:innen. Um an MamBo teilnehmen zu können, mussten die Ärzt:innen Mitglied des kooperierenden Ärztenetzes sein.

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

Abbildung 1 stellt die die beiden Stränge des Evaluationsdesigns mit den jeweiligen Datenquellen und Zielen dar.

Abbildung 1: Modell des Evaluationsdesigns



Quelle: eigene Darstellung

Die Beurteilung des Implementierungsprozesses stützt sich zum einen auf Ergebnisse qualitativer Interviewdaten mit teilnehmenden Ärzt:innen und den operativen Akteur:innen des VMs sowie BMs. Zum anderen fließen von Beginn bis zum Ende des Projektes übermittelte Sekundärdaten aus der Dokumentation des Ärzt:innennetzes (RGL-Prozessdaten) in die Evaluation ein. Als theoretische Grundlage für die Beurteilung des Implementierungsprozesses dient hier die Theorie Rogers „Diffusions of innovation“ (siehe Kapitel 2.1) (Rogers 2003). Im Rahmen der Prozessevaluation interessierte die Nutzung der Strukturen durch die Ärzt:innen, die Prozessentwicklung sowie förderliche und hemmende Faktoren für die Implementierung, die Nützlichkeit des Change-Managements für die Implementierung des Versorgungsmodells und später ergänzend die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Implementierungsprozess und die Patient:innenversorgung. Auch wurde der Frage nachgegangen, ob die Gruppe der Ärzt:innen des ersten Jahres und ihr Einschreibungsverhalten sich von den Ärzt:innen unterscheidet, die sich erst in späteren Projektmonaten zur Teilnahme am Versorgungsmodell entschlossen haben. Diese Analyse ist besonders wichtig, um die Realisierbarkeit des Versorgungsmodells in der Regelversorgung einschätzen zu können.

Für die Evaluation der Wirksamkeit des Versorgungsmodells werden zum einen Ergebnisse aus Befragungen von teilnehmenden Versicherten und Praxen (Ärzt:innen und Mitarbeitende) und zum anderen Analysen im quasiexperimentellen Design aus GKV-Routinedaten herangezogen. Die Beurteilung der Wirksamkeit erfolgt multiperspektivisch sowohl anhand von patientenbezogenen Versorgungszielen, als auch leistungserbringende bezogenen und kostenträ-

gerbezogenen (gesundheitsökonomischen) Zielen. Zu den patient:innenbezogenen Versorgungszielen zählen eine koordinierte Versorgung, Therapiesicherheit, gesteigertes Wohlbefinden und Zufriedenheit mit der neuen Versorgungsform. Leistungserbringende bezogene Ziele beziehen sich auf den Alltag in der Versorgung multimorbider Patient:innen und betreffen die Entlastung der Arztpraxis bzw. des Arztes/der Ärztin. Hierzu zählen eine wahrnehmbare Entlastung bei der Informationsbeschaffung und eine Entlastung durch Delegation ärztlicher Aufgaben. Die kostenträgerbezogenen Ziele ergeben sich aus der potentiell besser koordinierten Versorgung der multimorbiden Patient:innen. Hierzu zählen eine Vermeidung von Doppeldiagnostik, eine Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte und verbundenen Kosten.

2.1 Theoretische Grundlage der Implementierbarkeit

Die Theorie von E.M. Rogers zur Verbreitung von Innovationen beschreibt den Verbreitungsprozess wie folgt: „Diffusion is the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system“ (Rogers 2003). Die Zeit ist eine zentrale Komponente im Verbreitungsprozess einer Innovation und wird in der wissenschaftlichen Betrachtung häufig nicht ausreichend beachtet. Der Faktor Zeit ist beteiligt am Innovationsentscheidungsprozess einer Person und ist von Bedeutung für die Bereitschaft zur Annahme einer Innovation und die Einführungsrate innerhalb eines sozialen Systems (Ernstmann 2008; Rogers 2003).

Der Innovationsentscheidungsprozess einer Person umfasst analytisch fünf Schritte: Die Aneignung von Wissen über die Innovation, die Entwicklung einer Einstellung zu der Innovation, die Entscheidung, die Innovation anzunehmen (oder abzulehnen), der Implementierung der Innovation sowie die Suche nach der Bestätigung, ob die richtige Entscheidung getroffen wurde (Ernstmann 2008; Rogers 2003).

Übertragen auf die Implementierung von MamBo, erweist sich u.a. die Phase der Entwicklung einer Einstellung zur Innovation (Persuasion), als relevant. Auf Grundlage bestimmter Merkmale der Innovation treffen potentielle MamBo-Ärzt:innen die Entscheidung an MamBo teilzunehmen und auch im weiteren Projektverlauf die Projektstrukturen zu implementieren bzw. diese nachhaltig zu nutzen. Rogers definiert fünf Eigenschaften einer Innovation: den *relativen Vorteil*, die *Kompatibilität*, die *Beobachtbarkeit*, die *Komplexität* der Strukturen und die *Erprobbarkeit* (Karnowski 2013). Der relative Vorteil ist das Ausmaß, in dem die Innovation als besser empfunden wird, als in diesem Fall die Standardversorgung. Relativ, weil das was als Vorteil von den potenziellen Anwender:innen gesehen wird, abhängig von jeweiligen Interessen, Werten und Präferenzen ist. Zeigt die Innovation einen subjektiv wahrgenommenen Vorteil gegenüber der bisherigen Versorgung, ist dies förderlich für die Übernahme der Strukturen. Aktuelle Forschungsergebnisse belegen, dass wenn potenziell Anwender:innen (hier: Ärzt:innen) keinen relativen Vorteil im Nutzen der Innovation sehen, sich dies hemmend auf die Implementierung auswirkt (Greenhalgh et al. 2004; Scott et al. 2008). Die Kompatibilität beschreibt die Übereinstimmung der Innovation z.B. mit den eigenen Werten, früheren (Projekt-) Erfahrungen und strukturellen Rahmenbedingungen. Je *kompatibler* die Innovation mit den eigenen Werten/ Erfahrungen ist, desto wahrscheinlicher ist eine nachhaltige Implementierung. Die Komplexität bezieht sich zum einen auf die Schwierigkeit die Innovation zu verstehen und zum anderen darauf, deren Strukturen anzuwenden – ist die Anwendung der Strukturen sehr *komplex*, kann dies die Implementierung hemmen. Wenn positive Ergebnisse bei der Umsetzung der Innovation z.B. bei anderen Teilnehmenden zu *beobachten* sind, dann ist es leichter die Innovation anzunehmen und sich für eine Implementierung zu entscheiden.

Unter Erprobbarkeit ist zu verstehen, ob eine Innovation zunächst vor der Implementierung geprüft werden kann.

Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass der relative Vorteil und die Beobachtbarkeit besonders wichtige Faktoren für die Implementierung einer Innovation sind (Ernstmann 2008; Greenhalgh et al. 2004; Scott et al. 2008). Tabelle 1 fasst von der Diffusionstheorie Rogers abgeleitete förderliche und hemmende Faktoren für den Implementierungsprozess zusammen.

Tabelle 1: Theoretisch abgeleitete förderliche und hemmende Faktoren für die Implementierung

	<i>förderlich</i>	<i>hemmend</i>
Theoretische Ableitung	<ul style="list-style-type: none"> • Kompatibilität • Beobachtbarkeit der Effekte bei anderen/ schnell, erkennbare Veränderungen • ausreichend Zeit und Ressourcen • positive Vorerfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexe Strukturen • fehlende Beobachtbarkeit • keinen subjektiv wahrgenommenen Vorteil • negative Vorerfahrung • fehlende Kompatibilität

Des Weiteren unterscheidet Rogers die Bereitschaft zur Annahme einer Innovation als ein Merkmal einer Person (oder eines sozialen Systems). Demnach weist eine Person die Eigenschaft auf, eine Innovation im Vergleich zu anderen Personen (sozialen Systemen) eher früher oder eher später anzunehmen. Rogers klassifiziert dabei „innovator“, „early adopter“, „early majority“, „late majority“ und „laggards“ nach ihrem Grad der Innovationsbereitschaft.

Die Einführungsrate einer Innovation ist die relative Geschwindigkeit, mit der eine Innovation von einem sozialen System angenommen wird. Grafisch dargestellt, bildet die Einführungsrate einer Innovation üblicherweise eine S-Kurve (Ernstmann 2008; Rogers 2003).

2.2 Design Prozessevaluation

2.2.1 RGL-Prozessdaten

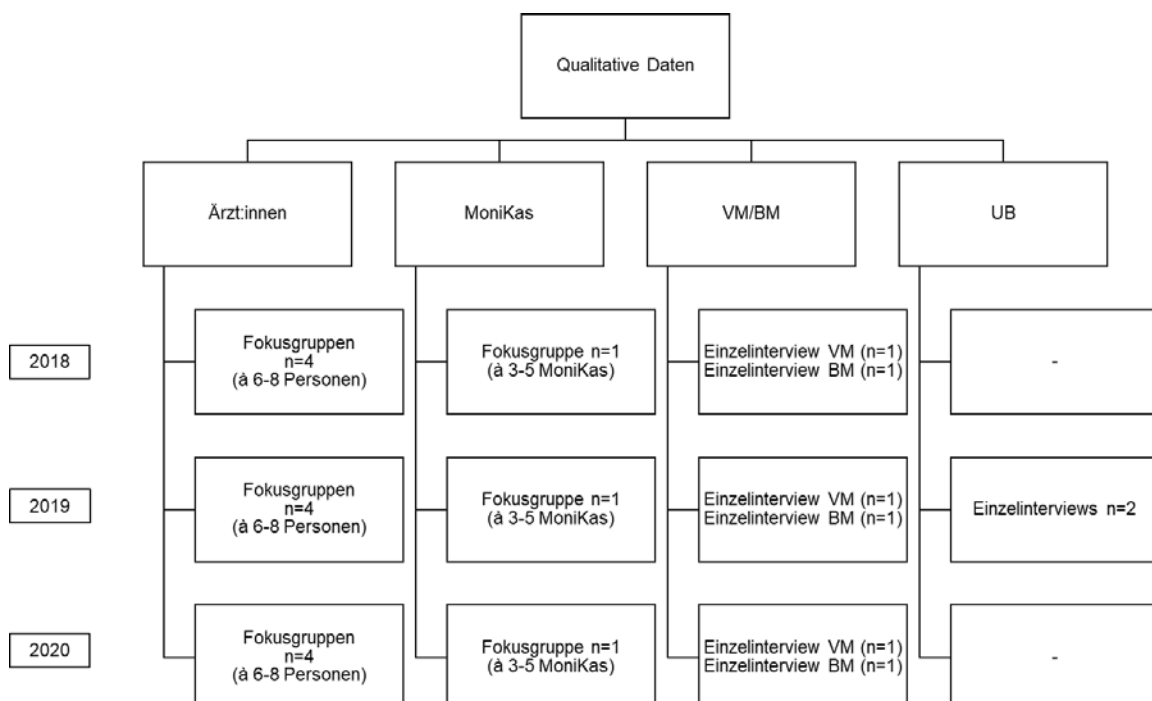
Das Versorgungsmanagement von MamBo ist beim Arztnetz (RGL) angesiedelt. Alle Informationen zur Teilnahme von Ärzt:innen und Versicherten sowie alle Prozessabläufe im Versorgungsmanagement werden hier dokumentiert. Erfasst wurde die Anzahl der an MamBo teilnehmenden Ärzt:innen sowie die Anzahl der von den Ärzt:innen eingeschriebenen Patient:innen, der Einsatz der MoniKas, die Anzahl der KVP-Meetings, ihre Teilnehmerzahl und deren Inhalte. Die Daten werden in aggregierter Form quartalsweise über den dreijährigen Projektzeitraum durch das RGL an das evaluierende Institut (Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften - IMVR) übermittelt, dort aufbereitet und entsprechend der Evaluationszwecke ausgewertet. Die dokumentierten Daten werden benötigt, um den prozesshaften Verlauf der Implementierung bewerten zu können. Sie ermöglichen Aussagen zur Strukturetablierung und insbesondere zur Nachhaltigkeit der implementierten Versorgungsstruktur. Die Ergebnisse werden deskriptiv dargestellt und die Analyse erfolgt mittels Stata/MP 16.1 und Microsoft Excel.

2.2.2 Qualitative Daten: Fokusgruppen und Experteninterviews

Design

Ziel der qualitativen Untersuchung war es, ein Verständnis über die Implementierungsphase des MamBo-Versorgungsmodells aus ärztlicher Sicht zu erlangen und die so gewonnen Erkenntnisse als Basis für Entscheidungen zur Optimierung der MamBo-Strukturen zu nutzen. Zur Identifizierung fördernder und hemmender Faktoren der Implementierung und Etablierung des Versorgungsmodells wurden prozessbegleitende ärztliche Fokusgruppen durchgeführt. Für die Fokusgruppen mit Ärzt:innen waren jeweils in den Jahren 2018 - 2020 vier Fokusgruppen mit je 6-8 Teilnehmenden geplant. Zudem wurden Fokusgruppen mit allen MoniKa-Fachkräften, sowie leitfadengestützte Experteninterviews mit dem Bedarfsmanagement und dem Versorgungsmanagement geführt. Neben der Versorgungsinnovation wurde hier auch das von externen Beratern begleitete Change-Management thematisiert. Vorgesehen waren jährliche (2018-2020) Fokusgruppen mit den MoniKas (je 3-5 MoniKas) und in den Jahren 2018- 2020 je ein Einzelinterview mit der Leitung des Bedarfs- (BM-Leitung n = 1) und dem Versorgungsmanagements (VM-Leitung n = 1). Die Nützlichkeit des Change-Managements als Implementierungsstrategie wurde in der formativen Evaluation um die Perspektive der Organisationsberatung (Change-Management) selbst erweitert. Hierzu waren leitfadengestützte Experteninterviews mit dem beteiligten Organisationsberatungsunternehmern geplant (n = 2). Die Interviews und Fokusgruppen wurden von wissenschaftlichen Mitarbeitenden des IMVRs durchgeführt. Eine Übersicht der geplanten Fokusgruppen und Interviews kann Abbildung 2 entnommen werden.

Abbildung 2: Geplante Erhebungen im Rahmen der qualitativen Prozessevaluation



Quelle: eigene Darstellung

Sampling

Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte im Sinne eines „purposeful samplings“- eine gezielte, an relevanten Merkmalen orientierte Rekrutierung der Interviewteilnehmenden (z.B. Geschlecht und Berufserfahrung) (Patton 2015). In den Fokusgruppen mit den Ärzt:innen wurden

die Theorie Rogers („Diffusion of innovations“) folgend jeweils frühanwendende sog. „early adopter“ (Teilnahme innerhalb des ersten Jahres) und spätenwendende Ärzt:innen sog. „late adopter“ berücksichtigt, um beide Perspektiven auf das Versorgungsmodell und seine Implementierung zu erfassen (Rogers 2003). Die RGL-Geschäftsführung ermöglichte den Zugang zu den Ärzt:innen. In Zusammenarbeit mit dem IMVR wurden Einladungen, Informationen zur Studienteilnahme und die Einverständniserklärungen an alle Teilnehmenden der ärztlichen Fokusgruppen per Fax oder E-Mail verschickt. Für die Teilnahme erhielten die Ärzt:innen eine Aufwandsentschädigung von bis zu 120 €. Die MoniKas, das VM, BM und die Unternehmensberatung wurden durch das IMVR direkt eingeladen.

Datenerhebung

Um die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen und Expert:innen-/Einzelinterviews miteinander vergleichen zu können, basierten diese auf halbstrukturierte Leitfäden mit vergleichenden Themen. Die Themenauswahl erfolgte in Orientierung an Rogers Diffusionstheorie, um so förderliche und hemmende Faktoren nicht nur direkt, sondern von theoretischem Vorwissen ableiten zu können. Für jedes Hauptthema wurden offene Fragen mit folgenden Schwerpunkten entwickelt:

- Erwartungen an MamBo/Motivation der Teilnahme
- Beurteilung der MamBo Strukturen/Komplexität der Strukturen (Kommunikation, Kooperationen, Arbeitsorganisation)
- Nützlichkeit der Unterstützung durch das Organisationsberatungsunternehmen als Implementierungsstrategie (Erfahrungen und Haltungen der Akteur:innen in der Implementierungsphase mit dem Organisationsberatungsunternehmen; Erleben der Versorgungsstruktur ohne professionelle Change-Management-Begleitung)
- Wahrgenommenen Vorteile durch die neue Versorgungsform/Veränderungen im Praxisalltag
- Ausblick von MamBo; Potenziale für die Übernahme in die Regelversorgung

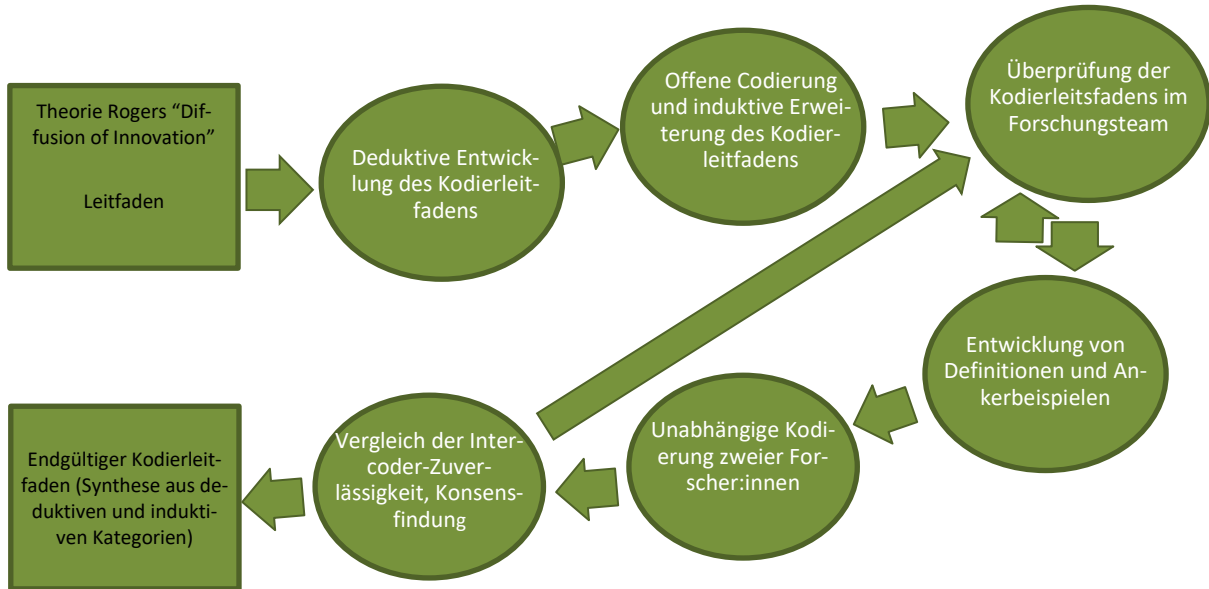
Die Leitfäden wurden an den Hintergrund und die Funktion der jeweilig interviewten Person angepasst. Zudem wurde die Covid-19-Pandemie im Verlauf als weiteres Thema in die Interviewleitfäden mit aufgenommen, um so den Einfluss der Pandemie auf die Implementierung beurteilen zu können.

Auswertung

Alle Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden mit Einwilligung der Teilnehmenden digital aufgenommen. In der Fokusgruppe wurde zudem der Gesprächswechsel handschriftlich protokolliert, um die Transkription zu erleichtern. Die Audiodateien wurden nach Karbach und Fuß regelgeleitet transkribiert (Fuß und Karbach 2014). Die Transkripte wurden anonymisiert sowie inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2008). Zur Qualitätssicherung wurden die Transkripte der Einzelinterviews und Fokusgruppen von jeweils zwei Evaluat:innen ausgewertet und im Evaluationsteam diskutiert. Für die Auswertung wurden zunächst auf Basis der Theorie Rogers und der Leitfäden ein deduktives Kodiersystem mit Ober- und Unterkategorien entwickelt (Elo und Kyngäs 2008; Gläser und Laudel 2010). Die Transkripte wurden dann mit Hilfe der Analysesoftware MAXQDA zunächst von einer Person kodiert, dabei wurden ergänzend zu den deduktiven Kategorien induktive Kategorien aus dem Material abgeleitet und anschließend im Team diskutiert. Das daraus entstandene Kodiersystem wurde als Grundlage genutzt und von zwei Personen unabhängig voneinander erneut kodiert. Unterschiedliche kodierte

Textstellen wurden zur Konsensfindung diskutiert. Die zu einer Kategorie zugehörigen Aussagen wurden inhaltlich verdichtet und textlich aufbereitet. Abbildung 3 stellt die Analyseschritte zusammenfassend dar.

Abbildung 3: Zusammenfassende Darstellung der Analyseschritte qualitativer Daten



Quelle: eigene Darstellung

2.3 Design Effektevaluation

Das zugrundeliegende Element der Effektevaluation ist der prä-post Vergleich anhand von Fragebögen. Der prä-post Vergleich dient dabei der Ermittlung von Unterschieden in den relevanten Endpunkten innerhalb der Interventionsdauer, sprich der Teilnahme an MamBo. Dafür wurden Fragebögen an Ärzt:innen, Praximitarbeiter:innen und Patien:innen mit Einschreibungen in das Projekt und Einwilligung zur Befragung zugeschickt (t0 Fragebogen). Der t0 Fragebogen dient dabei zur Baseline/naiven Messung des Ist-Zustandes. Die Interventionsdauer, also der Abstand zwischen Baselinemessung (t0 Fragebogen) und post-Messung (t1 Fragebogen) wurde mit einem 1 Jahr definiert. Aufgrund der schleppenden Fallzahlentwicklung in den Jahren 2018 und 2019 wurde die Interventionsdauer sowohl für die Ärzt:innen als auch für eingeschriebene MamBo-Patient:innen ab November 2019 von 12 Monate auf sechs Monate verkürzt. Somit erfolgte keine Befragung innerhalb von generalisierten Erhebungswellen, sondern entlang individueller Interventionszeiträume.

2.3.1 Postalische Ärzt:innenpraxen-Befragungen

Sampling

Alle in das Projekt MamBo eingeschriebenen Ärzt:innen erhielten mit ihrer Einschreibungen eine Einverständniserklärung und den t0 Fragebogen. Im Zuge der Praxisbefragung wurden vier Mitarbeiter:innen jeder MamBo-Praxis zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Dazu wurden jeder Praxis vier Fragebögen inklusive der Einverständniserklärung zugeschickt. Durch die fortlaufende Nummerierung auf der Rückseite des Fragebogens, konnten die Fragebögen nur den Praxen und nicht den einzelnen Mitarbeiter:innen zugeordnet werden. Der Außendienst des RGLs unterstützte das Prozedere zudem durch regelmäßige mündliche Erinnerungen.

Auch wurden nicht-teilnehmenden Ärzt:innen zu einem späteren Zeitpunkt (Q2 2019) anonym befragt, hierbei erfolgte eine einmalige Erinnerung. Der Fragebogen war dabei identisch mit dem t0 Fragebogen der teilnehmenden Ärzt:innen und für die projektspezifischen Fragen gefiltert. Die Rekrutierung erfolgte mittels Abgleiches der RGL Informationen bzgl. der vorhandenen Arztpraxen, die nicht am Projekt teilnehmen und einer Validierung der Information über die Webangaben der jeweiligen Arztpraxen. Ausgeschlossen wurden somit alle Arztpraxen, die nicht Teil des RGL waren zum Zeitpunkt der Erhebung.

Die zweite Befragung (t1) erfolgte nur für die teilnehmenden Ärzt:innen und deren Praxismitarbeiter:innen. Einen t1 Fragebogen erhielten nur die Ärzt:innen, die bereits einen t0 Fragebogen ausgefüllt und an das IMVR gesendet hatten. Die t0 und t1 Fragebögen sind den einzelnen Ärzt:innen somit auf individuellebene zuordenbar. Für die Praxismitarbeiter:innen konnte nicht sichergestellt werden, dass dieselbe Praxismitarbeiter:innen auch den t1 Fragebogen ausgefüllt hat (siehe Diskussion Seite: 118), eine Zuordnung der Praxismitarbeiter:innen in eine die jeweilige Praxis ist möglich. Alle Arztpraxen, die bis Oktober 2019 einen t0 Fragebogen erhielten und diesen, inklusive eines Einverständnisses zur t1 Befragung an das IMVR zurückschickten, erhielten den t1 Fragebogen nach einjähriger Projektteilnahme. Aufgrund der schleppenden Fallzahlentwicklung in den Jahren 2018 und 2019, erhielten Ärzt:innenpraxen dessen t0 Fragebogen und Einverständniserklärung zwischen November 2019 und April 2020 im IMVR eintrafen, den t1 Fragebogen bereits nach sechs Monaten.

Teilziel und Hypothesen

Ziel der Befragung der teilnehmenden Ärzt:innenpraxen war es, den wahrgenommenen Nutzen des Versorgungsmodells MamBo auf Seite der Leistungserbringenden zu erheben (Wirkung). Annahme ist, dass mit der Teilnahme am Versorgungsmodell nach einem Jahr eine Entlastung der ärztlichen Praxen, ein Informationsgewinn auf Seite der Ärzt:innen sowie einer effizienteren Ressourcenallokation, einhergeht.

Datenerhebung

Neben soziodemografischen Daten wurden Strukturkennzahlen der Praxis (z.B. Anzahl MFAs, Gemeinschaftspraxis/Einzelpraxis) und Prozesskennzahlen (z.B.: Praxisbelastung, Informationsbeschaffung, Ablauforganisation, Patientensicherheit) erhoben. Zudem wurden die Erwartungen an das Versorgungsmodell bzw. direkt wahrgenommene Effekte und Praxisbelastungen erfasst. Anhand validierte Skalen wurden darüber hinaus die Arbeitsbelastung (Psychophysische Überforderung) (Bartholomeyczik 1997), Patient:innensicherheit (Subskala: Overall perceptions of safety (HSOPS)) (Hammer et al. 2011), zum Sozialkapital der Mitarbeiter:innen einer Organisation (Pfaff 2003) und zur Ablauforganisation (Subskala: Planabweichung; Subskala: interne Koordination) (Pfaff 2003) erhoben.

Bei der Befragung der teilnehmenden Ärzt:innenpraxen sollte durch die Pseudonymisierung auch zwischen den Praxen, die früh am Versorgungsmodell teilgenommen haben (bis zum Ende Q2 2018; „early adopter“) und den Praxen, die erst nach dem ersten Projektjahr eingeschrieben wurden („late adopter“) differenziert werden, so können Unterschiede in den Subgruppen untersucht werden. Erfasst wurde auch, ob sich die beiden Gruppen signifikant in der wahrgenommenen Wirkung des Versorgungsmodells unterscheiden. So können mögliche Zusammenhänge zwischen der Dauer der Modellteilnahme und der Beurteilung der Wirkung aufgedeckt werden.

Bei den nicht-teilnehmenden Ärzt:innen wurden zudem die Gründe für die Nichtteilnahme am Versorgungsmodell erfragt. In der Analyse der Ärzt:innenbefragung wird somit zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Ärzt:innen unterschieden.

Fallzahlenplanung

Das RGL umfasst insgesamt 100 Ärzt:innen. Der Theorie Rogers folgend wurde konservativ geschätzt, dass in der drei-jährigen Gesamtprojektlaufzeit 80% (n = 80) der RGL-Ärzt:innen am Versorgungsmodell teilnehmen. Angenommen wurde, dass sich im ersten Projektjahr „innovationsfreudige“ Ärzt:innenpraxen („innovators“ und „early adopters“) einschreiben. Dies sind Ärzt:innenpraxen, welche im Vergleich zu anderen Ärzt:innenpraxen, eine Innovation eher früher annehmen. Angenommen wurde, dass im ersten Projektjahr (Etablierungsphase: 01.07.2017 – 01.07.2018) 40 % der potenziellen RGL-Ärzt:innenpraxen am Versorgungsmodell teilnehmen. Im zweiten und dritten Projektjahr (Konsolidierungsphase: 02.07.2018 – 30.06.2020), der Theorie Rogers weiter folgend, war davon auszugehen, dass in diesen beiden Jahren weitere Ärzt:innenpraxen am Modell teilnehmen würden. Angenommen wurde, dass sich in diesen beiden Jahren sukzessiv weitere n = 40 Ärzt:innenpraxen beteiligen würden. Pro Praxis wurden im Durchschnitt vier Praxismitarbeiter:innen erwartet.

Die Fallzahlplanung orientierte sich nicht an einer vorab Powerberechnung für die jeweiligen Endpunkte, da hierfür die Stichprobe selbst bei Erreichung der ursprünglich geplanten 80% (n=80) zu klein gewesen wäre. Die Fallzahlplanung hatte eine Vollerhebung der teilnehmenden Ärzt:innen zum Ziel, um so deskriptive Fragestellungen, wie hat sich die Arbeitszeit im Projektzeitraum für die teilnehmenden Ärzt:innen reduziert?, bearbeiten zu können. Die Annahme zur ärztlichen Einschreibung in das Projekt und der Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung konnten im Projektverlauf jedoch nicht bestätigt werden. Für die Sicherstellung der summativen Evaluation war eine Verlängerung des Projektes um weitere neun Monate zwingend erforderlich. Mit Verlängerung des Projektes wurde die Fallzahl für die Praxisbefragung, entsprechend der bis dahin beobachtbaren Entwicklungen, auf 40 Ärzt:innen und rund 160 Mitarbeitenden angepasst.

Für die Fallzahlplanung der nicht-teilnehmenden Ärzt:innen wurde versucht, alle zum Zeitpunkt der Befragung, nicht-teilnehmenden Ärzt:innen zu kontaktieren. Leider erwies sich die Bereitschaft unter den nicht-teilnehmenden Ärzt:innen an einer Befragung teilzunehmen als sehr gering.

Auswertung

Die postalische Ärzt:innen- und Mitarbeiter:innenbefragung wird nur deskriptive Auskünfte geben können, da die Anzahl der Observationen nicht ausreichend ist um signifikante Effekte abschätzen zu können. Dennoch wurden für den Vergleich der Gruppen und der prä-post Vergleiche der Endpunkte zweiseitige t-Test für unabhängige und abhängige Stichproben vorgenommen. Die Analyse der prä-post befragten Ärzt:innen sind von Bedeutung für die Effektevaluation, da sie wichtige Informationen über die Versorgungserbringenden und deren Änderungen im Projektverlauf offenlegt.

2.3.2 Postalische Versicherten-Befragung

Sampling

Die teilnehmenden Ärzt:innen sind für die Einschreibung ihrer Patient:innen in das Versorgungsmodell MamBo zuständig. Aufgrund der schleppenden Fallzahlentwicklung in den Jah-

ren 2018 und 2019 wurde die Interventionsdauer auch für eingeschriebene MamBo-Patient:innen ab November 2019 von 12 Monate auf sechs Monate verkürzt, sodass noch eine prä-post Befragung für diese Patient:innen möglich ist. Ursprünglich war geplant, diese Patient:innen nur zu einem Zeitpunkt (t0) zu befragen.

Eine Erhöhung der prä-post befragten Patient:innen ist möglich mit einer Verkürzung der Interventionsdauer, da die MoniKa-Intervention i.d.R. innerhalb des ersten Quartals nach Einschreibung in das Projekt erfolgt. Die Prozessevaluation hat bestätigt, dass die Intervention innerhalb der ersten sechs Monate stattfindet, wurde zudem in der Prozessevaluation bestätigt (siehe auch Abbildung 10 der Prozessdatenanalyse „Dauer bis zum MoniKa-Einsatz nach Einschreibung“).

Das Sampling-Design erfolgt dabei nach der Dillman Total-Design-Method (TDM). Mit diesem Design soll die Responserate, also die Zahl der erhaltenen Fragebögen der zu Befragenden, erhöht werden, indem eine bis zu dreimaliger Erinnerung zur Teilnahme an der Befragung erfolgt.

Insgesamt handelt es sich um eine Prä-Post Befragung der Patient:innen, die in MamBo eingeschrieben wurden und die eingewilligt haben an der Befragung teilzunehmen. Alle Patient:innen die einen t0 Fragebogen ausgefüllt an das IMVR versendet und mit einer t1 Befragung einverstanden waren, wurden durch das IMVR auch für die t1 Befragung kontaktiert. Dabei wurden die Patient:innen Informationen pseudonymisiert, d.h. in den Analysen ist ein Rückschluss auf den einzelnen Patient:innen in t0 und t1 unter dem Pseudonym (bspw. 1220) möglich, nicht aber unter den Klarnamen der Patient:innen. Ferner erfolgte aufgrund von Bedenken der Ethikkommission keinerlei Verknüpfung der Datenerhebungsarme, d.h. die befragten Patient:innen konnten nicht einer Praxis oder Ärzt:in zugeordnet werden, die befragten Patient:innen und deren Sekundärdaten (Krankenkassenabrechnungsdaten) durften nicht miteinander verknüpft werden.

Neben der Einschreibung durch einen teilnehmenden Arzt oder Ärztin und der Mitgliedschaft in der pronova BKK war das zentrale Selektionskriterium für die Einschreibung in MamBo die Multimorbidität. Details zu den Einschreibekriterien können dem Anhang 2 – Sekundärdatenbasierte Bedarfsermittlung – des Ergebnisberichtes entnommen werden.

Teilziel und Hypothesen

Ziel der Befragung der teilnehmenden Patient:innen war es, den Effekt des Versorgungsmodells MamBo auf Seite der Leistungsberechtigten zu erheben.

Angenommen wurde, dass MamBo-Patient:innen nach einem Jahr der Teilnahme am Versorgungsmodell besser versorgt sind, an sozialer Unterstützung gewinnen, sich deren mentaler Gesundheitsstatus verbessert und die Medikation sicherer ist. Ferner werden die Effekte auf die MamBo-Patient:innen differenziert entlang dem Erhalt der MoniKa-Intervention. Dabei wird angenommen, dass Patient:innen mit MoniKa-Intervention stärker von MamBo profitieren:

- Die Endpunkte verbessern sich für alle MamBo-Patient:innen G
- Die Endpunkte verbessern sich stärker für MamBo-Patient:innen mit MoniKa-Intervention (G1), als für MamBo-Patient:innen ohne MoniKa-Intervention (G0).

Datenerhebung

Die Datenerhebung berücksichtigt die relevanten Endpunkte sowie Störfaktoren, die eine konfundierende Wirkung haben könnten. Zusätzlich werden Informationen erhoben, die eine Untersuchung möglicher Subgruppen ermöglicht.

- Störfaktoren sind all die Merkmale die zusätzliche Heterogenität in der Schätzung der Effekte erzeugen. Störfaktoren müssen insbesondere dann erhoben und in den Analysen kontrolliert werden, wenn es sich bei den Störfaktoren um konfundierende Merkmale handelt. Als Konfundierer werden die Merkmale verstanden, die mindestens auf einen der Endpunkte und der Intervention gleichzeitig wirken (VanderWeele und Shpitser 2013). So beispielsweise die Morbidität der Patient:innen, da diese auf die Teilnahme an MamBo und gleichzeitig auf das mentale Wohlbefinden wirkt.
- Subgruppen sind in der Effektevaluation von MamBo vor allem entlang des Erhalts der MoniKa-Intervention zu berücksichtigen (G; G0; G1). So ist davon auszugehen, dass Patient:innen mit einem MoniKa-Kontakt (G1) (bspw. Hausbesuch) eine stärkere Verbesserung der Versorgung durch MamBo erfahren. Darüber hinaus können weitere soziodemographische Subgruppen, (bspw. entlang des Geschlechts, oder des Alters) Unterschiede in den Effekten haben.

Als **primäre** patientenbezogene Endpunkte wurde **die Bewertung der objektiven Versorgungsqualität** (PACIC-11) (Goetz et al. 2012), **die soziale Unterstützung** (BS6 Skala) (Beutel et al. 2017), die **Medikationsadhärenz** (MARS-5D) (Mahler et al. 2010) sowie das **mentale Wohlbefinden** (WHO-5) (Topp et al. 2015) festgelegt. Hierzu wurden jeweils international validierte Befragungsinstrumente zum Zeitpunkt t0 und t1 verwendet. Auskunft zu den primären Endpunkten und deren angenommenen Effektstärke gibt Tabelle 3. Auskunft über die weiteren erhobenen Merkmale gibt Tabelle 2.

Des Weiteren wurden als Kovariate erhoben:

Tabelle 2: Weitere erhobene Merkmale zu t0 und t1

Merkmalsname	Skala / Quelle	Messniveau	Prä/Post (Nr. im FB)
Erwartungen an MamBo	Eigene	4-Likert	t0(Nr.1)
Gründe für die Teilnahme	Eigene	MC	t0(Nr.2)
Informationen zur Arztpraxis (Praxistyp; Koordination)	Eigene (IMVR)	4-Likert & Binär	t0(Nr.3-4)
Bewertung der Ärzt:in (Sympathie; Gesprächs-/qualität/dauer)	Eigene (MamBo spezifisch)	5-Likert	t0(Nr.5-7) & t1(Nr.1)
Zufriedenheit mit Versorgung Allgemein	Eigene	4-Likert	t0(Nr.8)
Anzahl der Medikamente (Verschrieben & Selbstmedikation)	Eigene	Offen	t0(Nr.9) & t1(Nr.2)
Wahrgenommene Kommunikation (Patienten Sicherheit)	HL-Com ¹ (angepasste Version)	5-Likert	t0(Nr.13) & t1(Nr.6)
Gesundheitskompetenz	Angelehnt an HLS-EU ² (angepasste Version)	4-Likert	t0(Nr.14) & t1(Nr.13)
Coping	EFK Subskala HPC ³	5-Likert	t0(Nr.15) & t1(Nr.12)
Mobilität	EORTC-Mobilitäts-score (angepasste Fragenauswahl) ⁴	4-Likert	t0(Nr.17) & t1(Nr.20)
Gesundheitszustand und Lebensqualität Allgemein (Global)	EORTC (angepasste Fragenauswahl) ⁴	1-7	t0(Nr.16) & t1(Nr.23)
Subjektive Belastung durch Krankheit	Eigene	4-Likert	t0(Nr.20) & t1(Nr.16)
Dauer der chronischen Erkrankung	Eigene	Offen	t0(Nr.21)
Gewicht und Größe	Eigene	Offen	t0(Nr.22)
Soziodemografie (Alter; Geschlecht; Muttersprache; Bildungsabschluss; Berufsstatus)	Eigene	Binär; Filter; Offen	t0(Nr.24;)
Informationen zum sozialen Umfeld (Partnerschaft, Anzahl der Kinder, Pflegeheim)	Eigene	Binär; Filter; Offen	t0(Nr.24-25)
Wahrgenommene Veränderungen durch MamBo	Eigene	5-Likert	t1(Nr.7)
Besuch von MoniKa erhalten	Eigene	Binär	t1(Nr.8)

Qualität des MoniKa-Besuchs (Telefonisch/Hausbesuch; Dauer; Häufigkeit; Zufriedenheit)	Eigene	5-Likert	t1(Nr.8-9)
Einsamkeit	UCLA-3 Loneliness ⁵	4-Likert	t1(Nr.15)
Neurotizismus / Extraversion	BFI-10 Subskala ⁶ Neurotizismus & Ext- raversion	5-Likert	t1(Nr.17(
Eigenangabe: Diagnostizierte Krank- heiten	Eigene	Binär	t1(Nr.21)
Eigenangabe: Zum letzten Jahr in MamBo: Akute Verschlechterung/ Sturz/ etc./ mit & ohne Hospitalisierung. z.B.: Ist Ihnen eines der folgenden Ereig- nisse wiederfahren? Eine akute Ver- schlechterung Ihrer gesundheitli- chen Situation mit Krankenwagen- einsatz	Eigene	Binär	t1(Nr.22)
Hilfe bei Beantwortung des Fragebo- gens erhalten	Eigene	Binär	t0(Nr.29) & t1(Nr.25)

¹<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.12.008>²<https://doi.org/10.25646/6222>³<https://doi.org/10.23668/psycharchives.343>⁴Zugang zur Fragenkatalog erfolgte separat über <https://www.eortc.org/>⁵<https://doi.org/10.1177/0164027504268574>⁶<https://doi.org/10.6102/zis76>

Fallzahlenplanung

Bezüglich der MoniKa-Intervention wurde angenommen, dass ca. 35 % der eingeschriebenen Patient:innen eine MoniKa-Intervention (z.B. Telefonanrufe mit ggf. Hausbesuch) erhalten. Für die Wirksamkeitsanalyse von MamBo anhand der Befragungsdaten ist daher die Stratifizierung nach MoniKa-Intervention von besonderem Interesse. Entsprechend werden unterschiedliche Powerkalkulationen in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit und den jeweiligen patientenrelevanten Endpunkt dargelegt. Dabei spiegelt der erwartete Effekte G den Gesamteffekt der MamBo-Intervention an dem jeweiligen Endpunkt wieder für die Gesamtpopulation. Wohingegen der Effekt der MoniKa-Teilintervention in der Subpopulation mit MoniKa-Intervention zu finden ist (G1).

Für die Berechnung der benötigten Fallzahl bei einer gegebenen Analysepower von 80 % wird ein zweiseitiger t-Test vorgenommen. Für die Powerberechnung ist die zu erwartende Effektstärke des Cohen's d maßgebend. Die angenommene Effektstärke des Cohen's d wird dabei von dem Evaluator oder der Evaluatorin theoretisch begründet, basierend auf Endpunkt und Gruppenzugehörigkeit.

Insgesamt ist anzunehmen, dass bei den Patient:innen aus der Gesamtpopulationen G mit einer MoniKa-Intervention (G1) stärkere Effekte auftreten, als bei der Gesamtpopulation G, da

diese noch die Informationen der Subgruppe (G0) beinhalten, die lediglich über die MamBo-Versorgungsstruktur profitieren können. Es gilt daher:

$$\text{Annahme 1: } dG_1 \left(\frac{\mu_{it1} - \mu_{it0}}{\sigma_i} \right) > dG \left(\frac{\mu_{it1} - \mu_{it0}}{\sigma_i} \right) > dG_0 \left(\frac{\mu_{it1} - \mu_{it0}}{\sigma_i} \right)$$

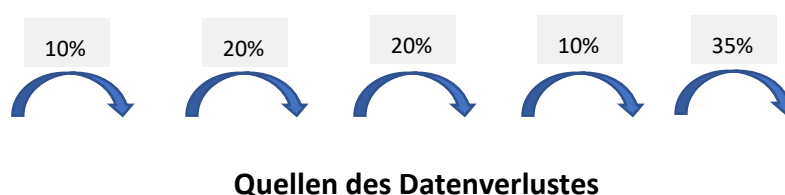
wobei d die Effektstärke ist, G_1 für Patient:innen mit MoniKa-Intervention und G_0 , die Effektstärke für die Patient:innensubgruppe mit der MamBo-Intervention lediglich über die Struktur und G die Gesamtpopulation darstellt; μ der Mittelwert, i der Laufindex (Zählvariable) für den jeweiligen Endpunkt zum jeweiligen Zeitpunkt t_0 oder t_1 und σ_i die gepoolte Standardabweichung für des jeweiligen Endpunkts ist. Basierend auf dieser Annahme und den bisherigen Mittelwerten und Standardabweichungen der Endpunkte aus den Befragungsdaten können folgende Effektstärken für die jeweiligen Gruppen angenommen werden:

Tabelle 3: Erwartete Effektstärken und benötigte Fallzahl der Endpunkte nach Gruppen

Endpunkte	Erw. Cohen's d in G	N für 80 % Analyse-Power	Erw. Cohen's d in G1	N für 80 % Analyse-Power
BS-6 TS (Verfügbare Unterstützung)	0.125	1005	0.300	175
BS-6 ES (Emotionale Unterstützung)	0.110	1298	0.200	400
MARS-5D (Medikationsadhärenz)	0.130	929	0.185	459
PACIC-11 (Obj. Versorgungsqualität)	0.130	929	0.185	459
WHO-5 (Mentales Wohlbefinden)	0.130	929	0.185	459

Die benötigte Anzahl eingeschriebener MamBo-Patient:innen sind daher abhängig von der Responserate, der Attrition, basierend auf Panelmortalität, sowie den fehlenden und unvollständigen Werten. Letzteres ist nur in Teilen durch Verfahren der Imputation (vervollständigen fehlender Daten) korrigierbar.

Tabelle 4: Entwicklung der Fallzahlen



Fallzahl- Entwick- lung in den Monaten:	Patient:in- nen	EV-Erhal- ten (90 %)	t0- Response- Rate (80 %)	Panel-At- trition (20 %)	Missings (10 %) Gesamtpo- pulation (G)	Davon MoniKa-In- terven- tions- gruppe (G1) (35 %)
2019						
Oktober	2397	2157	1726	1381	1243	435
November	2435	2192	1753	1403	1262	442
Dezember	2479	2231	1785	1428	1285	450
2020						
Januar	2525	2273	1818	1454	1309	458
Februar	2587	2328	1863	1490	1341	469
März	2607	2346	1877	1502	1351	473
April	2615	2354	1883	1506	1356	474

Einschreibestopp (Prä-Post-Vergleich)

Somit gilt unter der Annahme, dass die Powerberechnung aus Tabelle 3 und die Quellen des Datenverlustes aus Tabelle 4 korrekt sind, eine optimale Anzahl von eingeschriebenen MamBo-Patient:innen bei 2.615 liegt (Ende April 2020). Dies würde einen prä-post Vergleich innerhalb der MoniKa-Interventionsgruppe von ca. 470 Observationen und eine Gesamtmenge von ca. 1350 auswertbaren, verknüpften Observationen der MamBo-Patient:innen, ermöglichen. Dabei handelte es sich um eine Schätzung, basierend auf den Informationen zu den Quellen des Datenverlustes sowie zur Größe der MoniKa-Interventionsgruppe. Ein zusätzliches Plus an Einschreibungen von Patient:innen oberhalb von 2.600 ist wünschenswert um potenzielle Veränderungen zu kompensieren und / oder komplexere Analysen zu ermöglichen.

Auswertung

Für die Patient:innenbefragung erfolgt eine Effektevaluation entlang der relevanten Endpunkte mittels gängiger Test-Verfahren (t-test, Cohen's d) und erweiterter Regressionsanalysetechniken (Gewichtete Regressionen).

Die bivariaten statistischen Analysen erfolgten für die Gesamtpopulation G und die Subpopulationen G0 und G1 entlang der prä-post Mittelwertsunterschiede in den genannten Endpunkten (verbundener t-Test) sowie den Cohen's D Effektschätzern. Zudem wurde auf signifikante Unterschiede zwischen G, G0 und G1 mittelst unverbundenem t-Test geprüft.

Die komplexeren multivariaten Analysen erfolgten anhand von Regressionsmodellen. Für die Evaluation des MoniKa-Interventionseffektes wurden gewichtete Regressionen berechnet. Als

Gewichtungsverfahren wurde das Inverse-probability weighting (IPW) gewählt. Hintergrund für dieses Verfahren ist die nicht zufällige Zuweisung der MoniKa-Intervention (Treatment) bei gleichzeitiger Beobachtung der Faktoren die ursächlich für die Zuweisung der MoniKa-Intervention sind. Anhand der Prädiktionen zweier logistischer Regressionen kann die Wahrscheinlichkeit bestimmt werden, die MoniKa-Intervention zu erhalten abhängig von den Faktoren die für den Erhalt ursächlich sind. Die Gesamtpopulation kann mit dem berechneten IPW gewichtet werden, sodass die Patient:innen in der gewichteten Population sich lediglich mit Blick auf den Erhalt der MoniKa-Intervention unterscheiden und nicht systematisch nach den Faktoren die, die Zuweisung verursachten.

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit / Propensity ($P(X)$) erfolgt dabei nach der Formel:

$$P(X) = \frac{\hat{P}\{X| C\}}{\hat{P}\{X| V_1, V_2, V_{\dots}, C\}}$$

Dabei entspricht der Zähler, $\hat{P}\{X| C\}$, einer logistischen Regression auf den Erhalt der MoniKa-Intervention (X) abhängig von den zeitkonstanten Kovariaten. Und der Nenner derselben logistischen Regression, die zusätzlichen um die zeitvariablen Kovariaten (V) adjustiert wurde. Diese in der Weise stabilisierten Gewichte, kommen insbesondere bei Längsschnittbeobachtungen zum Einsatz. Die Berechnung des tatsächlichen Gewichts ($ipw\{X\}$) erfolgt dann konservativ für diejenigen Beobachtungen ohne MoniKa-Intervention ($T=0$; $T=1$):

$$ipw\{X\} = \frac{1 - P(T = 1)}{1 - P(X)}$$

Und für diejenigen Beobachtungen mit MoniKa-Intervention.

$$ipw\{X\} = \frac{P(T = 1)}{P(X)}$$

Unter C fallen die Kovariaten: Alter (Geburtsjahr) und Herzinsuffizienz (Eigenangabe)

Unter V fallen die Kovariaten = Mobilität zu t_0 ; Lebensqualität zu t_0 ; Anzahl der Kinder; Gründe für MamBo-Teilnahme t_0 : Überforderung mit Erkrankung; Gründe für MamBo-Teilnahme t_0 : Wunsch nach Unterstützung im häuslichem Umfeld t_0 ; Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens t_0

Die Auswahl der Merkmale erfolgte dabei basierend auf den Erfahrungen aus den qualitativen Interviews, den Annahmen zur MoniKa-Intervention und Iteration zur Ermittlung des Anstiegs der Modellgüte. Der Erfolg des Gewichtungsverfahrens kann anhand der Stabilität des IPWs abgelesen werden. Dabei gilt ein Gewicht als stabil, wenn der Mittelwert bei 1 liegt und die Standardabweichung <1 ist. Zudem sollten keine extremen Ausreißer in der Gewichtung vorliegen, also keine Beobachtung um ein Vielfaches positiv oder negativ gewichtet sein.

Unabhängig von dem Vorhersageverfahren, bleibt die Limitation, dass es sich bei der Gruppe ohne MoniKa-Intervention nicht um eine „saubere“ Kontrollgruppe handelt, da Sie die MamBo-Interventionsgruppe (G_0) darstellt. Insofern kann die interne Reliabilität des Verfahrens kritisiert werden, da diese tendenziell zu einer Unterschätzung der MoniKa-Interventionseffekte führen kann (siehe auch Diskussion Seite: 135).

2.4 Design gesundheitsökonomische Evaluation

Es handelt sich um eine vergleichende retrospektive Beobachtungsstudie auf Basis von Routinedaten der Versicherten der pronova BKK. Für die Interventionsgruppe (MamBo-Teilnehmer:innen) wird aus dem Pool der Nicht-Teilnehmer:innen mittels Propensity Score Matching (PSM) eine strukturgleiche Vergleichsgruppe ermittelt. Die Kohorte der Interventions-Teilnehmer:innen (Interventionsgruppe / IG) als auch die Kohorte der Nicht-Teilnehmer:innen (Kontrollgruppe / KG) wird prospektiv ab dem Zeitpunkt der Intervention (Einschreibequartal der Interventionsgruppe bzw. Pseudo-Einschreibequartal für die Kontrollgruppe) nachverfolgt. Nach erfolgreichem PSM werden die Zielparameter ausgewertet, wobei die Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe als Effekt des Versorgungsprogramms MamBo interpretiert werden. Die Bestimmung des ein- bzw. zweijährigen Nachbeobachtungszeitraums erfolgt für jede versicherte Person und dessen Kontrolle individuell und ist abhängig vom Zeitpunkt des Teilnahmebeginns an MamBo.

Datengrundlage und Operationalisierung der Kovariaten und Zielparameter

Datengrundlage sind die Abrechnungsdaten der Versicherten der pronova BKK. Für die Nutzung der Abrechnungsdaten hat die pronova BKK eine projektbezogene Datenfreigabe erteilt. Folgende Informationen wurden aus dem zentralen Data-Warehouse der Bitmarck für die Analyse extrahiert und zu einem Analysedatensatz aufbereitet.

- Informationen zum Versicherten aus dem Versichertenkurzsatz
- Leistungen aus dem Bereich TP1 (ambulant ärztliche Versorgung)
- Leistungsdaten zu Hausarztzentrierter Versorgung, Besonderer ambulant-ärztlicher Versorgung und Integrierter Versorgung
- TP3 (Arzneimittel)
- TP4a (stationäre Versorgung)
- Daten der Pflegekasse (Pflegestufe/Pflegegrad/Ort der Pflege der Versicherten)
- Teilnehmer:innen-Verzeichnis MamBo
- Kosten der Intervention MamBo

Die Informationen aus den einzelnen Leistungsbereichen können Versicherten individuell miteinander verknüpft werden. Die Zuordnung erfolgt über eine eindeutige und auch im zeitverlauf stetige Personenidentifikationsnummer. Zur zeitlichen Zuordnung wurde das Datum der Leistungserbringung verwendet, nicht das Datum der Abrechnung. Einige Informationen wie z.B. ambulante Diagnosen liegen in den Abrechnungsdaten ausschließlich quartalsgenau vor. Aus Gründen der Vereinheitlichung erfolgte die Auswertung aller Variablen quartalsgenau.

Es sind nur Prozeduren, Verordnungen etc. abrufbar, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgten und zu Abrechnungszwecken erhoben werden. Die Auswertung von Sekundärdaten bringt u.a. mit sich, dass keine Fallvalidierung über eine tatsächlich vorliegende Diagnose vorgenommen werden kann. Generell sind nur Leistungen ersichtlich die auch abgerechnet wurden und es ist im umgekehrten Fall nicht möglich zu überprüfen, ob hinter der Abrechnung auch tatsächlich eine erbrachte Leistung steht

Die Operationalisierung der Kovariaten und Zielparameter erfolgte auf Grundlage der oben aufgeführten Daten im Wesentlichen anhand der Versicherteninformationen (Geburtsdatum, Sterbedatum, Wohnort; Versicherungsstatus) sowie der Diagnosen (ambulant gesicherte sowie stationäre Entlassungsdiagnosen nach ICD-10-Schlüssel), der durchgeführten Prozeduren (Gebührenordnungspositionen im ambulanten Bereich sowie OPS-Codes im ambulanten und

stationären Bereich) und der Arzneimittelverordnungen (ATC-Code oder PZN-Ebene) der Versicherten. Neben der Differenzierung des Sektors erfolgte – sofern möglich und inhaltlich sinnvoll – auch eine Differenzierung nach der durchführenden ambulanten Facharztgruppe. Die Kosten sind aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (Zahler-Perspektive) dargelegt. Sofern möglich, wurden Nettokosten ausgewiesen. Kassenindividuelle Rabattinformationen im Arzneimittelbereich lagen nicht vor. Im ambulanten Bereich wurden Fallkosten ausgewiesen die auf den Punktwerten und dem bundeseinheitlichen Punktwert basieren. Die Programmkosten der Intervention (einmalig 49 € bei Einschreibung und zusätzlich 149 € an das Ärztenetz) waren nicht in den Abrechnungsdaten enthalten sondern wurden nachträglich jeder/m Teilnehmer*in zugewiesen.

Beobachtungszeitraum

Der Beobachtungszeitraum (Vor- und Nachbeobachtungszeitraum) der vorliegenden Evaluation erstreckt sich vom 01.07.2016 bis zum 30.06.2020. Die Berücksichtigung der MamBo-Teilnehmer:innen für die Interventionsgruppe erfolgt im Einschreibezeitraum vom 01.07.2017 bis zum 31.03.2019 (Zeitraum 1 für Zielparameter aus TP1, TP3, TP4a und Pflege) bzw. vom 01.07.2017 bis zum 30.09.2019 (Zeitraum 2 für Zielparameter aus TP3, TP4a und Pflege). Es wird immer mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeitraum gefordert.

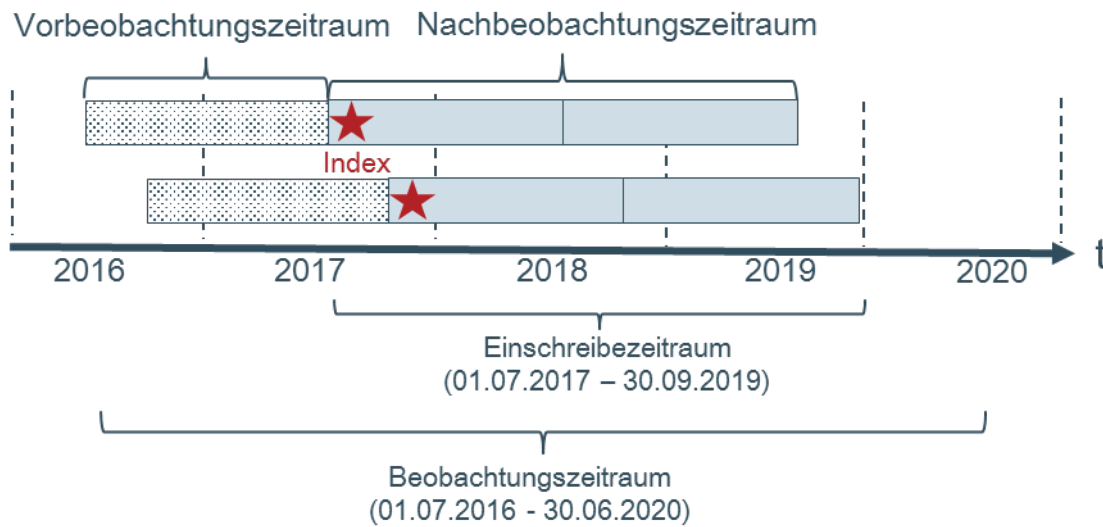
Um systematische Unterschiede im Nachbeobachtungszeitraum durch unterschiedlich häufige Rechtstrunkierung (Ende Beobachtungszeitraum am 30.06.2020) zu vermeiden, erfolgte eine quasi-zufällige Zuordnung des Pseudo-Einschreibequartals der Kontrollgruppe in Anlehnung an die Verteilung in der Interventionsgruppe. Auf das Quartal der Einschreibung / Pseudo-Einschreibung wurde darüberhinaus direkt gemacht.

Für die Analyse wird eine zeitlich relative Betrachtungsweise angewendet, d.h. alle Zeiträume (Vor- und Nachbeobachtungszeitraum) werden abhängig vom Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal gewählt und Patienten:innen individuell bestimmt. Die Erhebung der Zielparameter erfolgt im ersten und – sofern vorhanden – zweiten Jahr nach Interventionsbeginn.

Es erfolgt eine klare zeitliche Trennung zwischen der Erhebung der Kovariaten in den vier Quartalen vor dem Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal (Vorbeobachtungs-Zeitraum), sowie der Erhebung der Zielparameter beginnend mit dem Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal (Nachbeobachtungszeitraum).

Der patienten:innen-individuelle Vorbeobachtungszeitraum umfasst vier Quartale und endet am letzten Tag vor Beginn des Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartals. Darin werden die relevanten Kovariaten bestimmt, anhand derer die Angleichung der MamBo-Teilnehmer:innen und Nicht Teilnehmer:innen mithilfe des Propensity Score Matching Verfahrens (PSM) erfolgt. Die Erhebung der Zielparameter erfolgt im Patient:innen individuellen Nachbeobachtungszeitraum von vier bzw. acht Quartalen beginnend mit dem ersten Tag des Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal plus den drei bzw. sieben folgenden Quartalen.

Abbildung 4: Beobachtungszeitraum gesundheitsökonomische Evaluation



Sampling

Die Studienpopulation setzt sich zusammen aus der Interventionsgruppe an MamBo-Teilnehmer:innen sowie den Versicherten in der Kontrollgruppe, welche im Beobachtungszeitraum der Auswertungen nicht in der Intervention MamBo eingeschrieben sind.

Die potenzielle Interventionsgruppe besteht aus Versicherten, die zwischen dem 01.07.2017 und dem 30.09.2019 in MamBo eingeschrieben wurden. Die Versicherten werden über ein Versicherten - Teilnehmer:innen-Verzeichnis identifiziert. Das Quartal der erstmaligen MamBo-Teilnahme wird als Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal definiert. Eine Differenzierung der MamBo -Teilnehmer:innen in Versicherte mit oder ohne zusätzlicher MoNiKa-Intervention erfolgt nicht.

Die potenzielle Kontrollgruppe setzt sich aus Versicherten zusammen, welche im gesamten Beobachtungszeitraum der Evaluation (01.07.2016 bis zum 30.06.2020) nicht in den MamBo-Vertrag eingeschrieben sind. Abhängig von der zeitlichen Verteilung der erstmaligen MamBo-Teilnahme der Interventionsgruppe im Einschreibzeitraum (01.07.2017 bis 30.09.2019) erfolgt für die Versicherten der potenziellen Kontrollgruppe eine quasi-zufällige Zuteilung ihres Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartals.

Die Versicherten der Kontrollgruppe werden so gewählt, dass sie, mit Ausnahme der Teilnahme an dem MamBo -Vertrag, die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen wie die Teilnehmer:innen. Die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien werden zur Identifikation der Studienpopulation sowie zur Einteilung in die Interventions- und Kontrollgruppe genutzt:

Einschlusskriterien

- Ambulanter Ärzt:in-Patient:innen-Kontakt in Nordrhein-Westfalen im Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal
- Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen (operationalisiert über KNRs der Krankheitszuordnung des Morbiditätsrisikostrukturausgleiches für das Ausgleichsjahr 2016)
oder
• sieben oder mehr unterschiedliche ATC-Endsteller im im Einschreibequartal / Pseudo-

Einschreibequartal oder im Zeitraum von 4 Quartalen vor dem Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal

Ausschließlich für Versicherte der Interventionsgruppe gilt zusätzlich die Voraussetzung

- Teilnahme an MamBo. Die Operationalisierung erfolgt über ein Teilnehmer:innen-Verzeichnis.

Ausschlusskriterien

Das Vorliegen einer der aufgeführten Kriterien führt zum Ausschluss der Versicherten für die Interventions- und die Kontrollgruppe:

- Fehlende vollständige Beobachtbarkeit im Zeitraum von 4 Quartalen vor dem Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal sowie am ersten Tag des Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartals
- Versicherte jünger als 18 Jahre zum Zeitpunkt des Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartals.
- Wohnhaft außerhalb von Nordrhein-Westfalen zum Zeitpunkt des Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartals.
- Verlegung in ein Hospiz im Zeitraum des Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal oder den vier Quartalen vor dem Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal.
- Palliativbehandlung, aktive Chemotherapie oder parenterale Ernährung im Zeitraum des Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal oder den vier Quartalen vor dem Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal.
- Aufweisen von sehr hohen Kosten (> 100.000 €) im Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal oder den vier Quartalen vor dem Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal.
- Wohnhaft außerhalb von Nordrhein-Westfalen im Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal

Ausschließlich Versicherte der Kontrollgruppe werden zusätzlich ausgeschlossen, wenn sie:

- Im Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal im direkten Einzugsgebiet von MamBo wohnhaft sind.

Propensity Score Matching

Das PSM wird zur Auswahl einer strukturgleichen Vergleichsgruppe für die Interventionsgruppe der Mambo-Teilnehmer*inne angewendet. Der Propensity Score ist die bedingte Vorhersage-Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Versicherte der Interventions- bzw. der Kontrollgruppe angehört. In der vorliegenden Evaluation drückt der Propensity Score die bedingte Wahrscheinlichkeit für die Teilnahme an Mambo aus.

Das Matching erfolgte als 1:1 nearest-neighbor-greedy-Matching (eine Kontrolle zu einer Intervention) ohne zurücklegen mit einem Caliper von $\leq 0,2$ * Standardabweichung des PS der gesamten Studienpopulation.

Die Berechnung des PS erfolgt als logistische Regression unter Verwendung der im Vorfeld definierten Kovariaten. Es erfolgte eine expertengestützte Auswahl der Kovariaten für das PSM sowie in einem nachgelagerten Schritt eine datengestützte Auswahl mittels eines

Boosting-Verfahrens zur automatischen Variablenselektion. Zusätzlich zum PSM erfolgte für ausgewählte Variablen ein direktes bzw. approximatives Matching.

Die nachfolgende Tabelle 5 listet all Kovariaten auf, die in den final angewendeten Matching-Algorithmus eingeflossen sind.

Typ	Kovariate
PSM	Anzahl ambulanter Arzt-Quartals-Kontakte Fälle (Gesamt)
PSM	Anzahl Krankenhausfälle (vollstationär)
PSM	Anzahl unterschiedlicher Wirkstoffe (Gesamt)
PSM	Anzahl an Medikamenten im Vorbeobachtungszeitraum
PSM	Anzahl an schwerwiegenden Erkrankungen im Vorbeobachtungszeitraum
PSM	Charlson-Komorbiditäts-Index
PSM	Versichertenstatus
PSM	Anteil DMP-Teilnehmer
PSM	Anzahl unterschiedliche Apotheken
PSM	Ärztedichte je Kreis
PSM	Anzahl unterschiedlicher Hausärzte
PSM	Gebrechlichkeit und Probleme in der Lebensbewältigung
PSM	COPD-Stadium 4
PSM	Kosten für Arzneimittel
PSM	Kosten im stationären Sektor (voll-, teil- und vorstationär sowie ambulante Behandlung im KH)
PSM	COPD-Stadium unspezifisch
PSM	NYHA-Stadium 1
Direkte Variablen	Anteil Frauen
	Mindestens 3 schwerwiegende Erkrankungen oder mind. 7 versch. Medikamente im Vorbeobachtungszeitraum
	Indexquartal
Approximative Variablen	Alter
	Morbi-RSA Risikofaktor

Tabelle 5: Variablen für das Propensity Score Matching

Im Anschluss an das PSM wird dessen Erfolg durch den Vergleich der Verteilung der Kovariaten vor und nach dem Matching zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe mittels der Standardized Mean Difference (SMD) überprüft. Als Ziel wurde eine maximale Abweichung der SMD von 20 % angestrebt.

Teilziel und Hypothesen

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war es, den Effekt des Versorgungsmodells MamBo auf Seite der Kostenträger zu erheben (Wirkung). Die kostenträgerbezogenen Ziele ergeben sich aus der potentiell besser koordinierten Versorgung der Multimorbiden. Patient:innen der Interventionsgruppe zeigen nach Teilnahme im Vergleich zur Kontrollegruppe

eine Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte und die Reduktion der damit verbundenen Kosten auf.

Datenbasis

Datengrundlage sind die Abrechnungsdaten der Versicherten der pronova BKK. Für die Nutzung der Abrechnungsdaten hat die pronova BKK eine projektbezogene Datenfreigabe erteilt. Folgende Informationen fließen in die Analyse ein:

- Informationen aus dem Versichertenkurzsatz
- Leistungen aus dem Bereich TP1 (ambulant ärztliche Versorgung) + Direktabrechner
- TP3 (Arzneimittel)
- TP4a (stationäre Versorgung)
- Daten der Pflegekasse (Pflegestufe/Pflegegrad/Ort der Pflege der Versicherten)
- Teilnehmer:innen-Verzeichnis MamBo
- Kosten der Intervention MamBo

Die Informationen aus den einzelnen Leistungsbereichen können Versicherten individuell miteinander verknüpft werden. Die Zuordnung erfolgt über eine eindeutige und auch im zeitverlauf stetige Personenidentifikationsnummer.

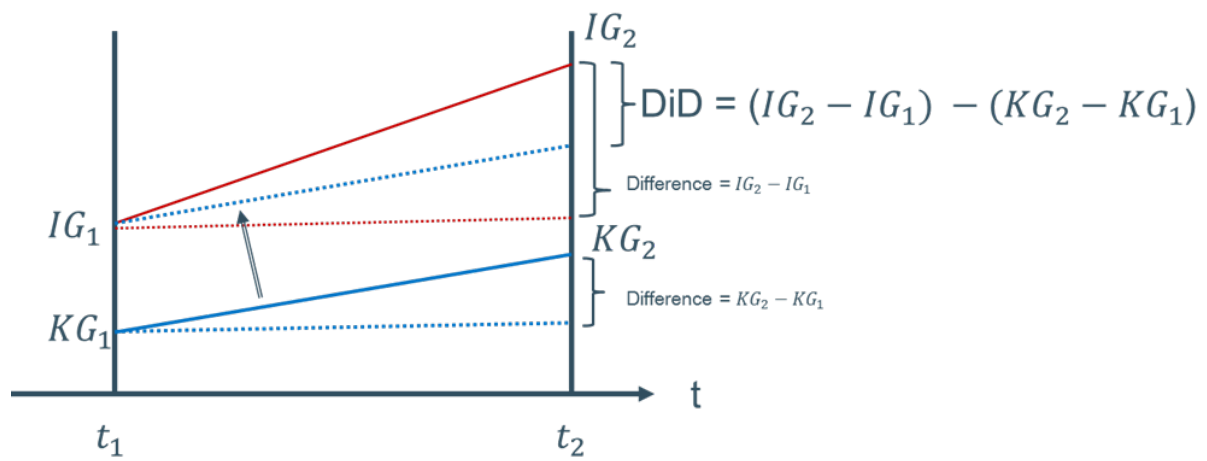
Auswertung

Die Auswertung erfolgt sowohl deskriptiv als auch testend mit inferenzstatistischen Verfahren auf bestehende Unterschiede zwischen Teilnehmer:innen (Interventionsgruppe) und Nicht-Teilnehmer:innen (Kontrollgruppe). Die Quantifizierung des Gruppenunterschiedes zwischen Interventions- und Kontrollgruppe erfolgte bei kontinuierlichen Variablen mittels zweiseitigem gepaarten t-Test, welcher - insbesondere bei hinreichend großer Fallzahl - sehr robust gegenüber Abweichungen der Normalverteilungsannahme ist. Die Durchführung dieser parametrischen Teststatistik können für die Anwendung im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation als erfüllt angesehen werden. Bei binären bzw. kategorialen Variablen erfolgt die Quantifizierung des Gruppenunterschiedes mittel Chi²-Test.

Als Maß für die Effektstärke wurde die Standardisierte Mittelwertsdifferenz (SMD) in Form von Cohens D gebildet. Aus Sicht des Evaluators ist es vorteilhafter sich auf die SMD anstelle von p-Werte zu fokussieren, da letztere bei der Größe der vorliegenden Studienpopulation auch bei kleinen, klinisch nicht relevanten Gruppenunterschieden signifikante Unterschiede darstellen können.

Um für bestehende Unterschiede im Vorbeobachtungszeitraum zwischen beiden Gruppen (IG und KG) zu berücksichtigen, erfolgt zusätzlich die Ausgabe der Difference-in-Difference. Hierbei wird der Unterschied im Anstieg einer Kennzahl zwischen IG und KG von Vorbeobachtungszeitraum zu Nachbeobachtungszeitraum gemessen. Die zu beobachtende Differenz zwischen beiden Gruppen kann als Effekt von MamBo interpretiert werden.

Abbildung 5: Bestimmung der Difference-in-Difference



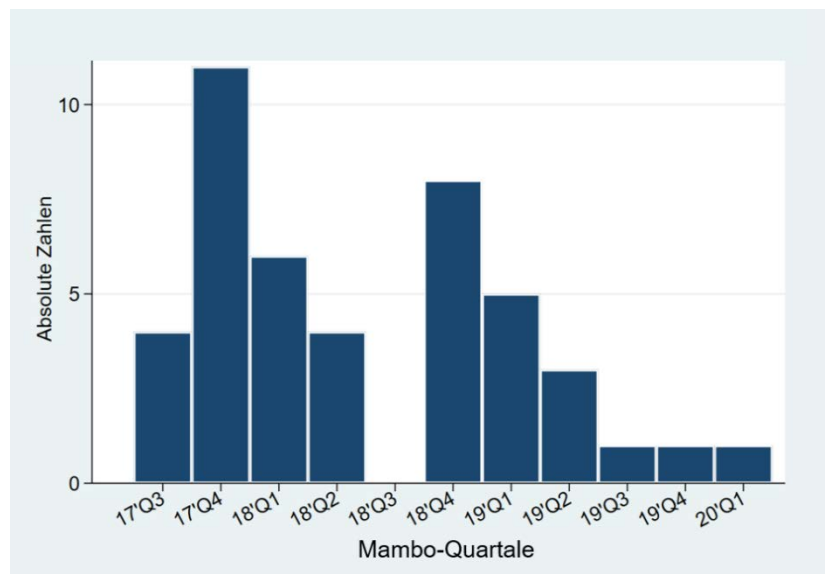
3. Ergebnisse der Evaluation

3.1 Prozessevaluation – RGL-Prozessdaten

Einschreibungen der Ärzt:innen und Patient:innen

Über die insgesamt 14 MamBo-Quartale (Q3 2017 – Q4 2020) konnten 44 Ärzt:innen aus 27 Praxen für das Versorgungsmodell MamBo akquiriert werden, wobei vier Ärzt:innen und damit eine Praxis im Projektverlauf ihre Teilnahme am Projekt kündigten. Entgegen der ursprünglichen Planung wurde die Ärzt:innenakquise kontinuierlich fortgesetzt. Die letzte Einschreibung eines Arztes/ einer Ärztin fand im ersten Quartal 2020 statt. Abbildung 6 zeigt die Anzahl der in MamBo eingeschriebenen Ärzt:innen pro Quartal.

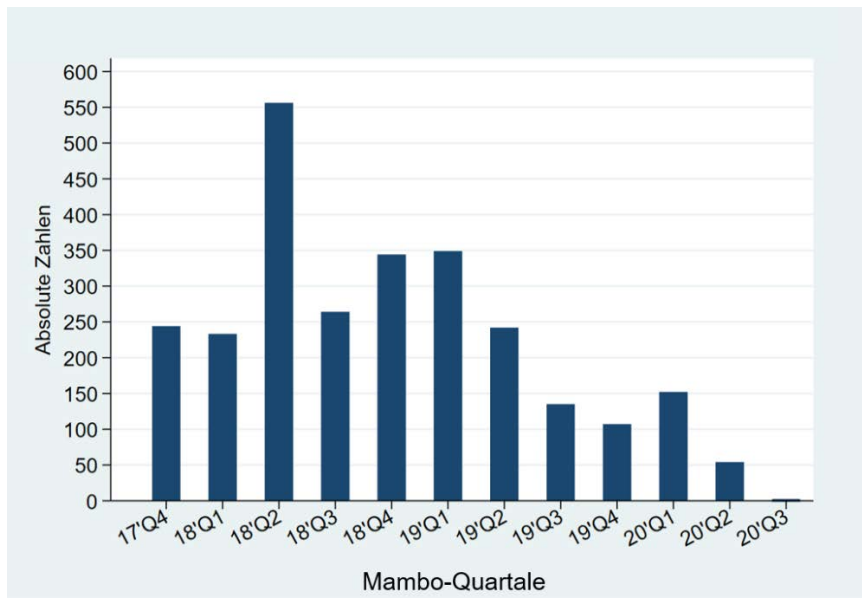
Abbildung 6: Einschreibungen von Ärzt:innen in MamBo pro Quartal



Im ersten Projektjahr (Etablierungsphase: Q3 2017 – Q2 2018) wurden bereits 57 % (n = 25) der Ärzt:innen eingeschrieben, diese sind als „early adopter“ zu bezeichnen. In Q3 2018, sowie im September und Oktober 2018 konnten keine weiteren Ärzt:innen für die Teilnahme Projekt dazugewonnen werden. Mit geplanter Verlängerung der Projektlaufzeit erfolgte im vierten Quartal 2018 eine erneute und verstärkter Akquise von Ärzt:innen. So konnten im zweiten und dritten Projektjahr (Etablierungsphase Q4 2018 – Q1 2020) 19 weitere Ärzt:innen („late adopter“; 43 %) für die Teilnahme an dem Modell gewonnen werden.

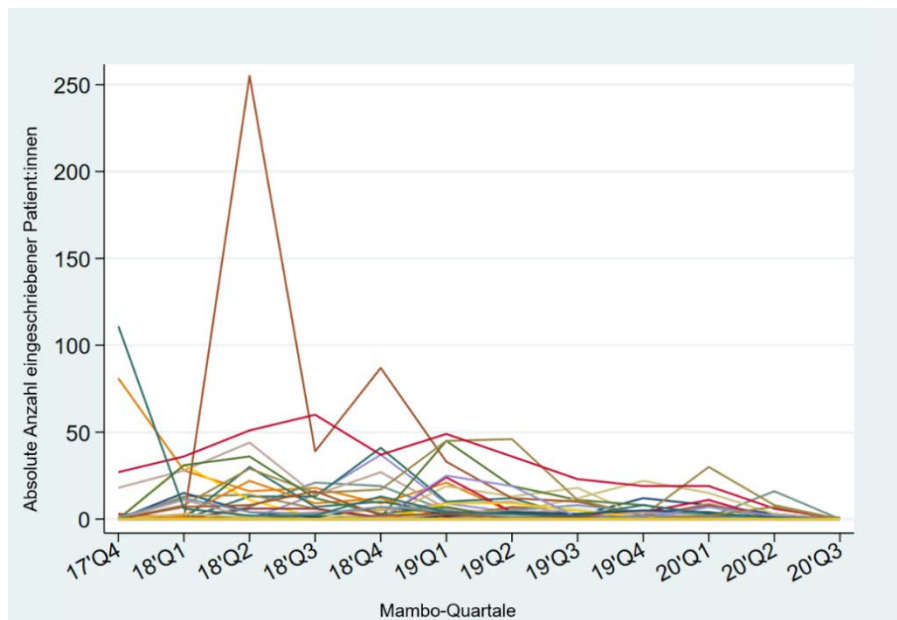
37 der an MamBo teilgenommenen Ärzt:innen haben von Oktober 2017 – Juli 2020 insgesamt 2681 Patient:innen eingeschrieben. Abbildung 7 zeigt die Verteilung der in MamBo eingeschriebenen Patient:innen über die MamBo-Quartale hinweg. Rund 20 % aller MamBo-Patient:innen wurden im zweiten Quartal 2018 von den Ärzt:innen eingeschrieben. Die Ärzt:innen der „early adopter“- Gruppe haben einen Großteil der Patient:innen in MamBo eingeschrieben (n = 2241; 83,6 %). Ärzt:innen, die nach dem vierten Quartal 2018 an dem Projekt teilnahmen, schrieben 440 weitere Patient:innen ein (16,4 %).

Abbildung 7: Verteilung der Anzahl eingeschriebener Patient:innen pro Quartal



Im Durchschnitt hat jede:r der 37 einschreibenden Ärzt:innen 72,46 Patient:innen über die gesamte Laufzeit und 6,04 Patient:innen pro Quartal in das Modell eingeschrieben. In der folgenden Abbildung 8 ist die Anzahl der eingeschriebenen Patient:innen pro Quartal, je Arzt/Ärztin visualisiert – dabei stellt jede Linie das Einschreibeverhalten eines Arztes oder einer Ärztin dar.

Abbildung 8: Verteilung der Patient:innen Einschreibung pro Arzt/Ärztin und pro Quartal



MoniKa-Interaktionen

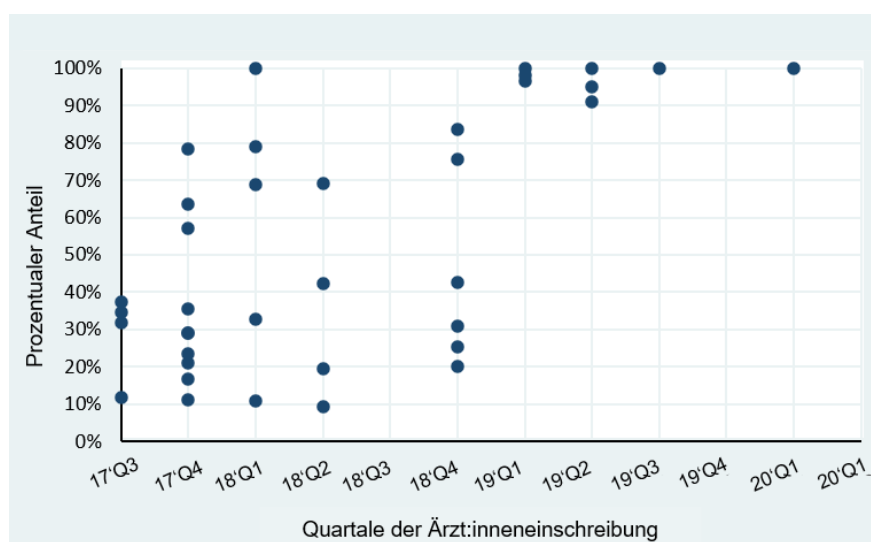
Die MoniKa-Intervention wurde für **964** der 2681 eingeschriebenen Patient:innen von den Ärzt:innen verordnet. Somit erhielten rund 36 % der MamBo- Patient:innen Leistungen einer MoniKa (telefonische Betreuung, persönliche Betreuung, Koordinationsleistung). Zu beobachten ist, dass der Anteil der MoniKa-Patient:innen an allen eingeschriebenen Patient:innen im Verlauf der Jahre tendenziell höher ist und sich das Verhältnis von MoniKa-Patient:innen an MamBo-Patient:innen verdichtete (siehe Tabelle 6)

Tabelle 6: Prozentualer Anteil eingeschriebener MoniKa-Patient:innen an allen eingeschriebenen Patient:innen

Quartal	17'Q1	18'Q1	18'Q2	18'Q3	18'Q4	19'Q1	19'Q2	19'Q3	19'Q4	20'Q1	20'Q2	20'Q3
An- teil %	30,74	46,35	19,96	29,54	25,00	35,24	44,62	65,92	65,42	57,80	44,44	100

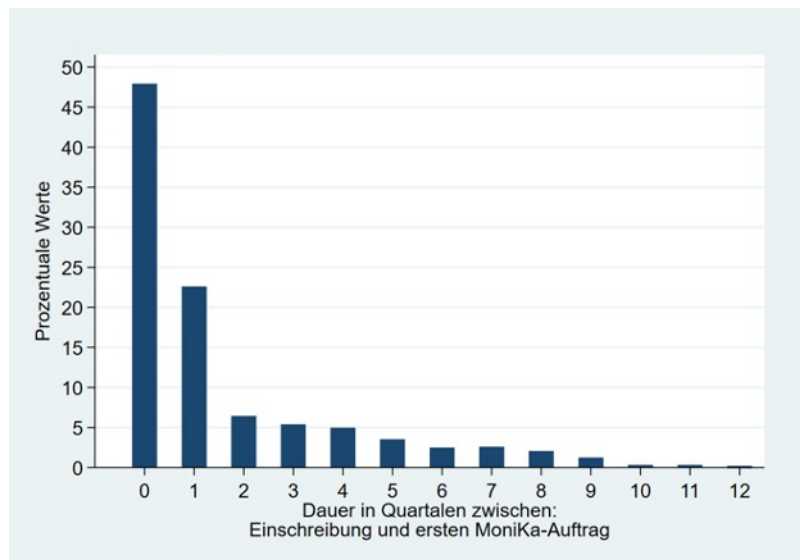
Mit Blick auf das Einschreibeverhalten einzelner Ärzt:innen zeigt Abbildung 9, dass vor allem ab 2019 teilgenommene Ärzt:innen zu über 90 % MoniKa-Patient:innen in MamBo eingeschrieben haben. Jeder Punkt stellt den Anteil von MoniKa-Patient:innen an allen eingeschriebenen Patient:innen eines Arztes/einer Ärztin dar. Während der durchschnittliche Anteil von MoniKa-Patient:innen an allen eingeschriebenen Patient:innen bei den Ärzt:innen der „early adopter-Gruppe“ bei rund 40 % lag, gehörten rund 76 % aller eingeschriebenen Patient:innen der „late adopter“ Ärzt:innen der MoniKa-Interventionsgruppe an.

Abbildung 9: Anteil der MoniKa-Patient:innen an allen eingeschriebenen Patient:innen, pro Arzt/Ärztin und deren Quartal des Projekteinstiegs



Zwischen der Einschreibung der Patient:innen und einem ersten Kontakt mit einer MoniKa lagen im Durchschnitt 1,58 Quartale. So erhielten rund 76 % aller eingeschriebenen Patient:innen, denen eine MoniKa Intervention verordnet wurde, ihre Intervention in den ersten sechs Monaten. (Erstkontakt innerhalb von zwei Quartalen). Abbildung 10 zeigt die Verteilung der Dauer zwischen der Einschreibung und dem MoniKa-Erstkontakt, gemessen in Quartalen.

Abbildung 10: Dauer in Quartalen zwischen Patient:inneneinschreibung und MoniKa-Erstkontakt



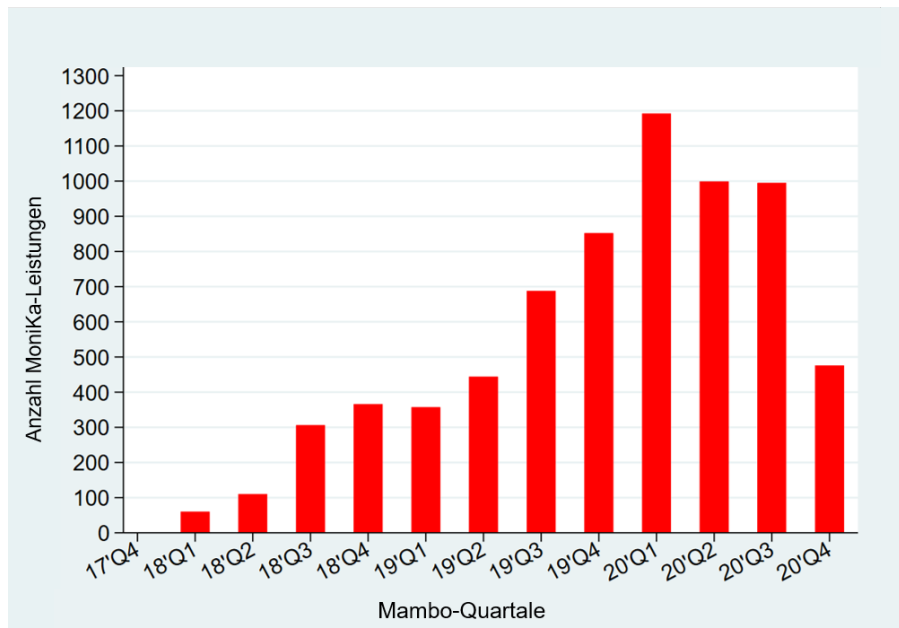
Aufgrund der Anpassungen des Evaluationsdesigns bei der Patient:innenbefragung im November 2019 (Kürzung der Zeit zwischen Erst- und Zweitbefragung auf sechs Monate) erfolgte zudem eine selektive Betrachtung von Patient:innen die vor dem vierten Quartal 2019 und von Patient:innen die ab dem vierten Quartal 2019 in MamBo eingeschrieben worden:

- **Einschreibung der Patient:innen bis September 2019 (Q3 2019; n = 777):** 72 % der Patient:innen erhielten innerhalb von sechs Monaten (innerhalb von zwei Quartalen) nach ihrer Einschreibung eine MoniKa. 46 % hatten noch im gleichen Quartal Kontakt mit einer MoniKa.
- **Einschreibung der Patient:innen ab Oktober 2019 (Q4 2019; n = 187):** 97 % der Patient:innen erhielten innerhalb von sechs Monaten (innerhalb von zwei Quartalen) nach ihrer Einschreibung eine MoniKa. 57 % hatten noch im gleichen Quartal Kontakt mit einer MoniKa und bei 91 % der Patient:innen lag max. ein Quartal zwischen ihrer Einschreibung und dem Erstkontakt.

Insgesamt wurden bis einschließlich Oktober 2020 **n = 6883 MoniKa-Leistungen bei 964 Patient:innen** dokumentiert. Darunter persönliche Besuche (Hausbesuche, Besuche im Pflegeheim, in der Klinik oder Patient:innenbesuche im Beratungszentrum), telefonische Kontakte (mit Patient:innen, Angehörigen, Dienstleistenden, Praxen etc.) sowie sogenannte „Koordinationsleistungen“ und „Koordinationsleistungen / Telefon“. 38 dokumentierte MoniKa-Leistungen erfolgten Testweise (Pilotphase) bereits im vierten Quartal 2017. Diese erbrachten Leistungen wurden von den weiteren Betrachtungen im Folgenden ausgeschlossen (gültige Fälle n = 6845).

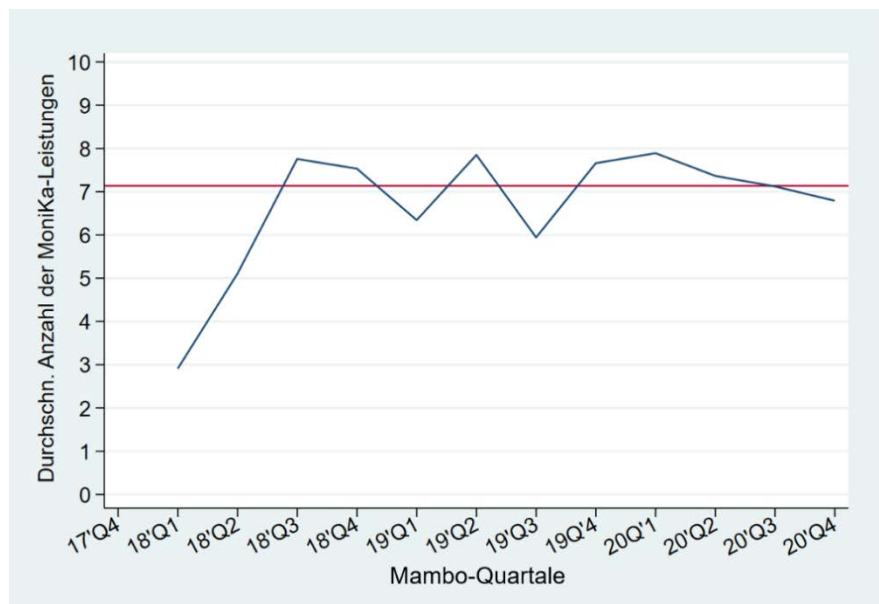
In Abbildung 11 zu erkennen, nahmen die erbrachten MoniKa-Leistungen im Verlauf der MamBo-Quartale zu. So fanden knapp über der Hälfte aller MoniKa-Leistungen im Jahr 2020 und rund 18 % aller Kontakte im ersten Quartal 2020 (n = 1192) statt. Die im Vergleich geringere Anzahl an erbrachten Leistungen im vierten Quartal 2020 ist darauf zurückzuführen, dass die Intervention und somit die Dokumentation von Leistungen Ende Oktober 2020 eingestellt wurde.

Abbildung 11: Erbrachte MoniKa-Leistungen pro MamBo-Quartal



Ein MoniKa-Patient/ eine MoniKa-Patientin hat im Durchschnitt **7,1 Leistungen** einer MoniKa erhalten (Range: 1 - 76), wobei 90 % der Patient:innen max. 15 Leistungen erhielten. Anhand der folgenden Abbildung 12 lassen sich die Quartale in Bezug auf die durchschnittliche Anzahl an erbrachten MoniKa-Leistungen pro Patient:in miteinander vergleichen.

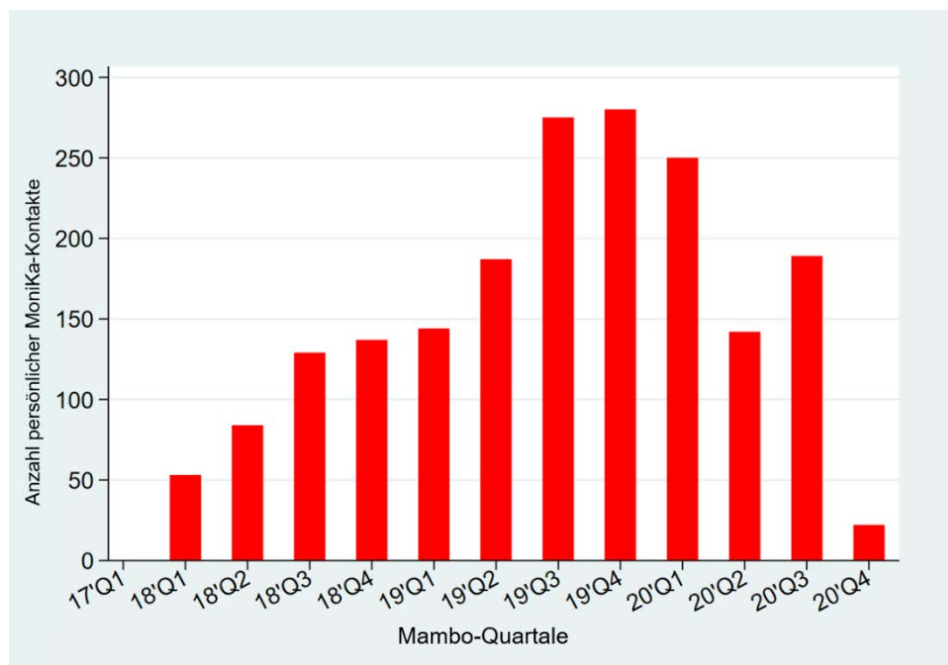
Abbildung 12: Verlauf der durchschnittlichen MoniKa-Leistungen pro Patient:in über die MamBo-Quartale



27 % aller erbrachten Leistungen waren persönliche MoniKa-Kontakte (n = 1892), davon 1775 Patient:innenkontakte zu Hause, ein Patient:innenkontakt im Pflegeheim, neun Patient:innenkontakte in der Klinik und 107 Patient:innenkontakte im Beratungszentrum der MoniKas. Insgesamt hatten **846** Patient:innen und somit 88 % aller Patient:innen mindestens einen persönlichen Kontakt zu einer MoniKa. Im Durchschnitt hatte ein Patient/ eine Patientin **2,3 persönliche MoniKa-Kontakte** (Range: 1 – 14).

Die folgende Abbildung 13 zeigt die Verteilung persönlicher MoniKa-Kontakte pro Quartal. Im Vergleich zu allen erbrachten Leistungen, nahmen die persönlichen Kontakte aufgrund der Pandemie im ersten und zweiten Quartal 2020 ab. Die Betreuung der Patient:innen erfolgte in der Höchstphase der ersten Welle ausschließlich telefonisch.

Abbildung 13: Anzahl persönlicher MoniKa-Kontakte (Patient:in-MoniKa) pro Quartal



Alle 37 Ärzt:innen, die Patient:innen einschreiben, haben persönliche MoniKa-Kontakt für ihre Patient:innen angeordnet. Ein MamBo-Arzt/ eine MamBo-Ärztin hat im Durchschnitt 52 Hausbesuche bzw. persönliche MoniKa-Kontakte (Range: 2 – 321) über die gesamte Projektlaufzeit hinweg und im Durchschnitt 4,3 Anordnungen pro Quartal ausgestellt.

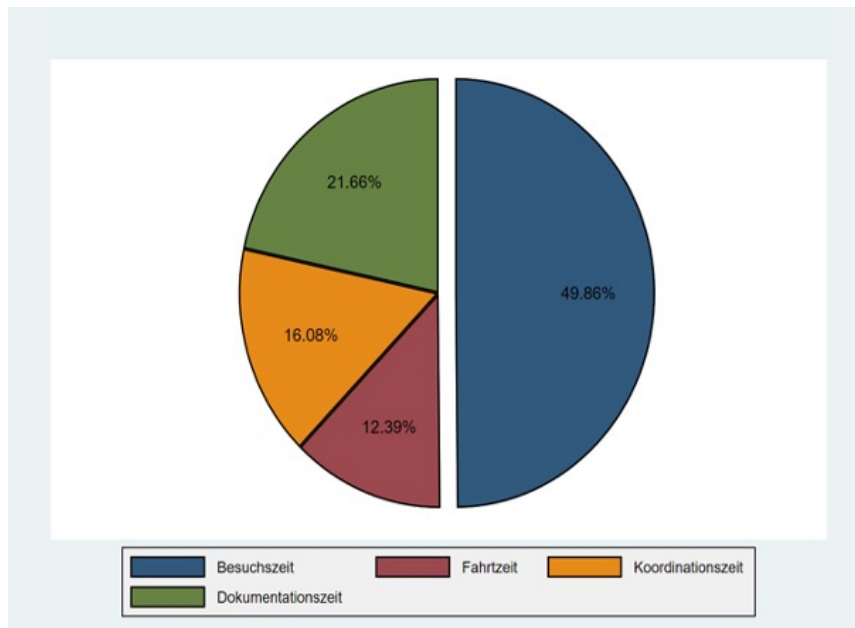
Im Rahmen der Dokumentation wurden pro persönlichem außer-Haus-Kontakt (persönliche Kontakte ohne Termine im Beratungszentrum) die Besuchsdauer, die anschließende Koordinations- sowie Dokumentationszeit, die Fahrtzeit und die Fahrkilometer dokumentiert Tabelle 7 fasst diese für außer-Haus-Besuche zusammen.

Tabelle 7: Durchschnittliche Werte ausgewählter Merkmale für außer Haus Besuche

Merkmal	n	Mittelwert	Min. - Max.
Besuchsdauer (min.)	1773	44,76	5 – 150
Koordinationszeit (min.)	1570	16,31	3 – 33
Dokumentationszeit (min.)	1773	19,44	2 – 210
Fahrtzeit (min.)	1716	11,29	1 – 101
Fahrkilometer (km)	1716	6,7	0,19 – 55,47

Im Durchschnitt nimmt der persönliche Patient:innenkontakt außerhalb des Beratungszentrums 90,72 Minuten pro Patient:in in Anspruch. Abbildung 14 zeigt den Anteil der Arbeitszeit eines durchschnittlichen persönlichen Hausbesuchs (Pflegeheim- und Klinikbesuche inklusive) durch die MoniKa.

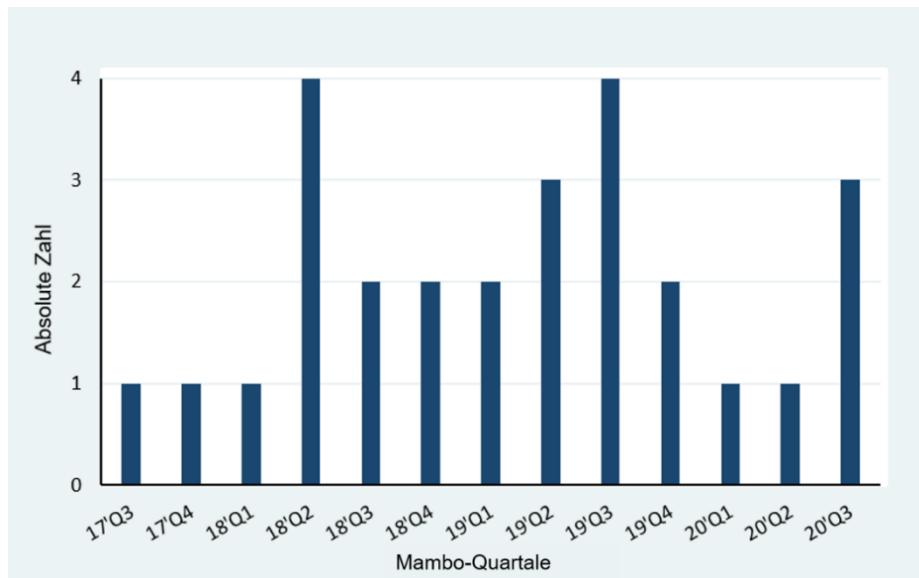
Abbildung 14: Anteil der Arbeitszeit eines durchschnittlichen persönlichen MoniKa-Kontaktes pro Patient:in



KVP-Workshops

Von September 2017 – September 2020 haben insgesamt 27 KVP-Workshops zu 14 verschiedenen Themen für und mit den MamBo-Ärzt:innen, den Praxis-Mitarbeitenden oder beiden Berufsgruppen stattgefunden. Je nach Themenschwerpunkt haben neben dem in der Verantwortung stehendem Versorgungsmanagement weitere Expert:innen und/ oder eine Vertretung des Bedarfsmanagement teilgenommen (Siehe Abbildung 15- Verteilung der Anzahl der KVP-Workshops über die MamBo-Quartale).

Abbildung 15: Anzahl der KVP-Workshops über die Quartale



Aus der Analyse des Bedarfsmanagement, ergaben sich zwei Themen – Herzinsuffizienz und COPD – welche im Rahmen dreier KVP-Workshops mit Ärzt:innen und zweier KVP-Workshops mit Praxis-Mitarbeitenden diskutiert wurden. Das Bedarfsmanagement in seiner Funktion war jeweils bei den KVP-Workshops zum Thema Herzinsuffizienz und COPD eingebunden. Die weiteren KVP-Workshops thematisierten u.a. die Rekrutierung, die Patient:inneneinschreibung oder die Leistungen der MoniKas. Abbildung 16 fasst wesentliche Informationen zu den KVP-Workshops zusammen.

Abbildung 16: Zusammenfassung wesentlicher Informationen über die stattgefundenen KV-Prozesse



Quelle: eigene Darstellung

Zusammenfassung und Diskussion

Zum Zeitpunkt des Projektendes waren 40 Ärzt:innen aus 26 niedergelassenen Praxen in das Projekt eingeschrieben, wovon 37 Ärzt:innen im Durchschnitt 72,46 Patient:innen in das Versorgungsmodell MamBo einschrieben. Bei der Interpretation dieser Werte ist zu berücksichtigen, dass bei Gemeinschaftspraxen die Einschreibungen aufgrund praxisinterner Abrechnungsstrukturen ggf. vorrangig einer Person zugeordnet wurden, obwohl mehrere Ärzt:innen dieser Praxis an MamBo teilnahmen. Aufgrund der starken Abweichung vom Fallzahlsoll wurde einerseits die Ärzt:innenaquise verstärkt und andererseits die Frequenz von Erinnerungen sowie Unterstützungsmaßnahmen seitens des Versorgungsmanagements für die Patient:inneneinschreibung erhöht. In den Prozessdaten zeigt sich dies vor allem im vierten Quartal 2018 und im ersten Quartal 2019 der Ärzt:innenakquise und Patient:inneneinschreibung. Nach einem Höhepunkt der Anzahl an Patient:inneneinschreibungen im zweiten Quartal 2018 (primär zurückzuführen auf einen „early adopter“) und den ebenfalls starken Quartalen vier 2018 und eins 2019 flacht die Zahl der Einschreibungen von Patient:innen im weiteren Projektverlauf ab. Diese Entwicklung ist nachvollziehbar, da der Patient:innenpool pro Praxis begrenzt ist. Auch zeigen die Prozessdaten, dass sich mit Voranschreiten der Zeit der Anteil von eingeschriebenen MoniKa-Patient:innen an allen eingeschriebenen Patient:innen eher zunimmt. Während es ca. zweidrittel der Projektlaufzeit darum ging möglichst viele potentielle MamBo-Patient:innen einzuschreiben um das Fallzahlsoll zu erreichen, schien die Priorität bei der Einschreibung ab ca. dem letzten Drittel der Projektlaufzeit auf den MoniKa-Patient:innen zu liegen. So erhielten 76 % der von „late adopter“-Ärzt:innen eingeschriebenen Patient:innen auch eine MoniKa-Intervention.

Entgegengesetzt der Entwicklungen der Patient:inneneinschreibung nahm die Anzahl der dokumentierten MoniKa-Leistungen im Verlauf der MamBo-Quartale zu. Diese Entwicklung zeigt, dass die MoniKa-Intervention zunehmend in Anspruch genommen wurde und entsprechend ist zu vermuten, dass die sich die Strukturen des Versorgungsmodells im Verlauf festigten und vermehrt umgesetzt wurden. Im Durchschnitt nahm ein Patient oder eine Patientin 7,1 Leistungen der MoniKa in Anspruch und war 2,3-mal persönlich im Kontakt mit einer MoniKa (persönlicher Kontakt = 94 % Hausbesuche). Ein persönlicher Patient:innenkontakt außerhalb des Beratungszentrums nahm dabei im Durchschnitt 90,72 Minuten pro Patient:in in Anspruch (inkl. Besuchs-, Dokumentations-, Koordinations- und Fahrtzeit). Die Auswirkungen der Corona-Pandemie lassen sich an den im Vergleich verringerten persönlichen Kontakten und gleichzeitig hohen Anzahl von erbrachten MoniKa-Leistungen im zweiten Quartal 2020 ablesen. Auch im dritten Quartal 2020 fanden weniger persönliche Kontakte statt. Die durchschnittliche Anzahl an MoniKa-Leistungen pro Patient:in lagen in dieser Zeit etwas über dem Durchschnitt.

Anpassungen im Projektverlauf und Abweichungen in der Dokumentationsform von Seite des Versorgungsmanagement ließen eine Analyse der Daten in ihrem vollen Umfang nicht zu. So war es mit den überlieferten Prozessdaten nicht möglich zwischen telefonischen Kontakten zu Patient:innen und telefonischen Kontakte zu anderen Akteur:innen (z.B. Angehörigen, Dienstleistenden oder Ärzt:innen) zu differenzieren. Eine Differenzierung konnte ausschließlich bei persönlichen MoniKa-Kontakten erfolgen.

Aufgrund der Verzögerungen im Erreichen der Fallzahlen wurde der Beobachtungszeitraum für die MoniKa-Intervention im November 2019 von 12 auf sechs Monate gekürzt. So konnte die Anzahl an Patient:innen, die in die Wirksamkeitsanalyse einfließen, erhöht werden (siehe Kapitel Design). Die Prozessdaten zeigen, dass die Patient:innen im Durchschnitt nach 1,58

Quartalen eine MoniKa-Leistung in Anspruch nahmen (Erstkontakt war i.d.R. ein Hausbesuch). So sind die Patient:innen, wie angenommen, trotz unterschiedlicher Beobachtungszeiträume vergleichbar. Ab dem Zeitpunkt des verkürzten Beobachtungszeitraum (November 2019) erhielten gar über 90 % der neu eingeschriebene Patient:innen eine MoniKa bereits innerhalb eines Quartals, was auf den erhöhten Anteil der MoniKa-Interventionsgruppe im späteren Projektverlauf und damit stärker etablierten Strukturen zurückzuführen ist.

Mit den Prozessdaten überlieferte Informationen zu den erfolgten KVP-Workshops zeigen, dass über alle Quartale mindestens ein KVP Workshop stattgefunden hat. Insgesamt wurden 27 KVP-Workshops zu 14 verschiedenen Themen durchgeführt, davon jeweils acht mit MamBo-Ärzt:innen und Praxismitarbeitende und elf für beide Berufsgruppen. In fünf Workshops (drei mit Ärzt:innen und zwei mit Praxismitarbeitenden) beschäftigten sich die Teilnehmenden mit den, aus den Analysen des Bedarfsmanagement hervorgehenden, Themen „Herzinsuffizienz“ und „COPD“. Darüber hinaus fanden überwiegend Workshops zu Fortbildungszwecken, zur Strukturimplementierung oder zur Definition der Leistungen der MoniKas/ des Case-Management statt. Circa die Hälfte aller MamBo-Ärzt:innen nahmen die Möglichkeit zur Teilnahme mindestens einmal in Anspruch.

3.2 Prozessevaluation – qualitative Daten

3.2.1 Implementierungsprozess aus Perspektive der MamBo-Ärzt:innen

Die zu Beginn geplante Berücksichtigung von relevanten Merkmalen für die Zusammensetzung der Fokusgruppen („*pupusful sampling*“) konnte aufgrund der geringeren Teilnahmebereitschaft von Ärzt:innen nicht in Gänze erfolgen (Patton 2015). Zwar gelang es A) „early adopter“ und B) „late adopter“ – Gruppen zu bilden, jedoch war keine Berücksichtigung in Bezug auf das Geschlecht, die Fachrichtung oder der Dauer der Niederlassung möglich. Bedingt durch die Verzögerungen im Anlauf des Projektes und der nur geringen ärztlichen Teilnahmebereitschaft an der Evaluation wurden die Fokusgruppen zudem um leitfadengestützte ärztliche Einzelinterviews erweitert. Als Reaktion auf ein zu beobachtendes geringes Einschreibeverhalten einiger teilnehmenden Ärzt:innen wurden im letzten Projektjahr zusätzliche Telefoninterviews mit C) „wenig aktiven“ Ärzt:innen geführt, um aus deren Perspektive Einsicht in die Patient:inneneinschreibung zu erhalten.

A) „early adopter“

An den ersten beiden Erhebungswellen nahmen ausschließlich Ärzt:innen teil, die sich innerhalb des ersten Jahres für eine Teilnahme am Versorgungsmodell MamBo entschieden (September 2017 bis Februar 2018). Eine Fokusgruppen mit sechs teilnehmenden Ärzt:innen erfolgte im Juni 2018 und eine mit vier teilnehmenden Ärzt:innen im Januar 2019. Beide Fokusgruppen wurden in den Räumlichkeiten des RGLs durchgeführt und dauerten ca. 90 Minuten. Die zweite Fokusgruppe wurde durch drei Einzelinterviews, die im Februar 2019 durchgeführt wurden, ergänzt. Die Interviews wurden in den jeweiligen ärztlichen Praxen durchgeführt und nahmen im Durchschnitt 45 Minuten in Anspruch.

B) „late adopter“

Die Teilnahme an der dritten Erhebungswelle der Interviews mit Ärzt:innen war an eine MamBo-Teilnahme ab dem vierten Quartal 2018 gebunden, um die Gruppe der „late adapter“ klar zu definieren. Insgesamt fanden im Zeitraum von Ende Januar bis Ende Mai 2020 eine Fokusgruppe (60 Min.) und fünf Einzelinterviews statt (à ca. 30 Min.). Eine teilnehmende Person der Fokusgruppe, die nicht erwartend zum Termin erschien, konnte die Voraussetzungen

als „late adopter“ nicht erfüllen. Die Fokusgruppe erfolgte in den Räumlichkeiten des RGLs und die Einzelinterviews mussten aufgrund der Corona-Pandemie telefonisch durchgeführt werden. Insgesamt wurden drei Ärztinnen und drei Ärzte interviewt. Während fünf Teilnehmende hausärztlich tätig waren, kam eine Person fachärztlichen Tätigkeiten nach. Die Interviewten starteten zwischen Ende November 2018 und Anfang April 2019 mit dem Projekt.

C) „wenig Aktive“

Ergänzend wurden vier Telefoninterviews mit Ärzt:innen durchgeführt, die nach Einschätzung des RGLs auf Grundlage der Prozessdaten nur wenige Patient:innen eingeschrieben haben. Es konnten zwei Ärztinnen und zwei Ärzte für die Interviews zwischen März bis Mai 2020 gewonnen werden. Die Telefoninterviews dauerten jeweils ca. 30 Minuten. Drei der Befragten waren Allgemeinmediziner:innen und eine Person war als Facharzt/ Fachärztin tätig. Die Interviewten begannen ihre MamBo-Teilnahme zwischen Anfang November 2017 und Mitte Juni 2018.

Die drei Gruppen (A, B, C) sind in Tabelle 8 noch einmal zusammenfassend anhand ihrer Merkmalsausprägungen, Geschlecht, medizinisches Fachgebiet, Start der Teilnahme und durchschnittliche Dauer sowie der Erhebungszeitraum der Interviews bzw. Fokusgruppen abgebildet.

Tabelle 8: Charakteristik der der Fokusgruppen und Interviews mit MamBo-Ärzt:innen

	Ge- schlecht		Hausärzt- lich tätig	Fachärzt- lich tätig	Start der MamBo- Teilnahme	Form und Durchschnitt Dauer der Interviews	Erhebungs- zeitraum
	<i>m</i>	<i>w</i>					
A) Early adopters	9	4	11	2	Sep 17, - Feb 18 Median: Oktober 17	FG ² (n = 2) 90 Min. Interviews (n = 3) á ca. 45 Min.	Juni 2018, Februar 2019
B) Late adopters	3	3	5	1	Nov. 2018- Apr. 2019 Median: Dez. 2018	FG (n = 1) 60 Min. Interviews (n = 5) á ca. 30 Min.	Januar – Ende Mai 2020
C) wenig Aktive	2	2	3	1	Nov. 17- Juni 18	Telefoninter- views (n = 4) á ca. 30 Min.	März – Mai 2020

Identifizierte Hauptthemen

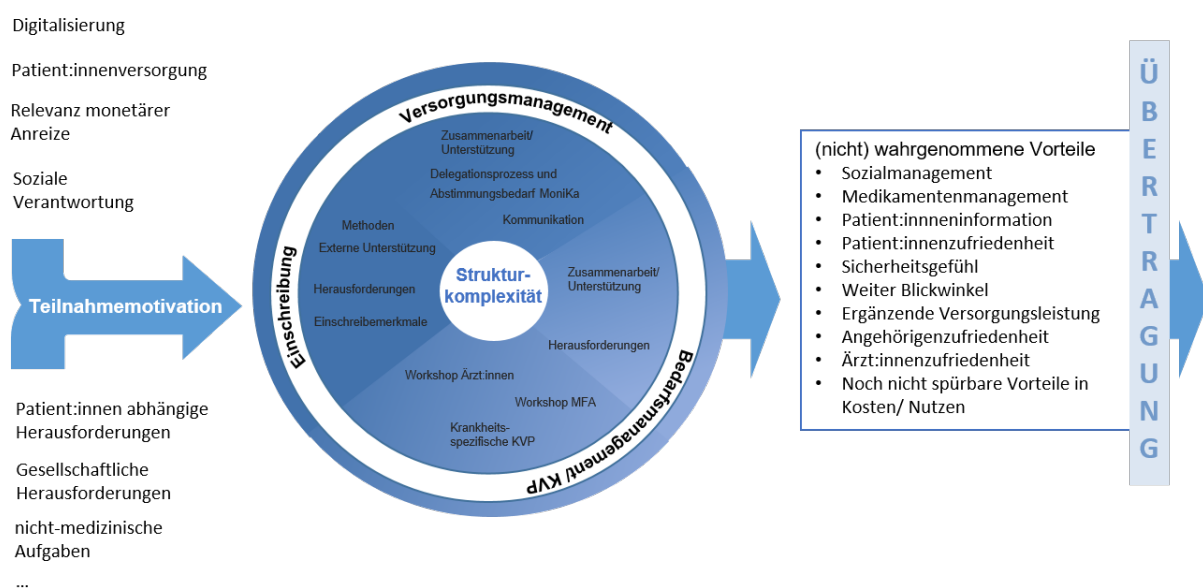
Die Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Fokusgruppen und Experteninterviews erfolgt zum einen gruppenspezifisch („early adopter“, „late adopter“ und „wenig Aktive“), wobei der

² FG = Fokusgruppe

Abschnitte der „late adopter“ und „weniger Aktive“ ausschließlich gruppenunterschiedliche oder gruppenspezifische Themen fokussieren. Zum anderen werden die Ergebnisse anhand der identifizierten Oberkategorien *Teilnahmemotivation*, *Strukturkomplexität* (Patient:innen-einschreibung, VM, BM/KVP), *(nicht) wahrgenommene Vorteile* und *Übertragung in die Regelversorgung* (siehe Abbildung 17) dargestellt. Die Oberkategorien wurden aus den Themen des Interviewleitfadens und aus der inhaltsanalytischen Auswertung, welche sich an der Theorie Rogers orientierte, abgeleitet. Das gesamte Kategoriensystem ist dem Anhang (6.2.1 Kodiersystem) zu entnehmen.

Aus den Inhalten der Kategorien *Teilnahmemotivation* und *Strukturkomplexität* wurden jeweils förderliche und hemmende Faktoren für die Implementierung des Versorgungsmodells abgeleitet und tabellarisch dargestellt.

Abbildung 17: Übersicht identifizierter Hauptthemen und Kategorien



Quelle: eigene Darstellung

Teilnahmemotivation

Die *Teilnahmemotivation* beruht auf den Erwartungen der Interviewten (hier: vergleichbar mit dem relativen Vorteil nach Rogers) sowie den individuellen Vorerfahrungen der Teilnehmende mit Versorgungsprojekten.

Bei den Teilnehmenden der „early adopter“- Fokusgruppen und - Interviews konnten verschiedene Erwartungen an das Versorgungsmodell identifiziert werden. So sind neben der Verbesserung der Patient:innenversorgung und –zufriedenheit auch monetäre Aspekte (Honorierung, Kosten/Nutzen Verhältnis), das Voranschreiten der Digitalisierung und soziales Prestige im Gesundheitsnetz für die Teilnahmemotivation von Bedeutung.

"Ich unterstütze das jetzt, weil ich die Kollegen in der Genossenschaft, also, ich finde, die sind super engagiert und haben da unheimlich viel Arbeit reingesteckt, jetzt allein deshalb, mein ich, muss man das auch irgendwie ... muss man auch würdigen und da ein bisschen mitmachen, um dem einfach mal eine Chance zu geben, ne. Ob es nicht ... es kann ja ... vielleicht bringt es ja doch was." (Exp02, Z. 114-118)

"Und dann muss ich ja schon alleine mitmachen, weil das Angebot für die Patienten ist. Also ich kann das denen ja schlecht vorenthalten, ne? Dass es so was in Leverkusen gibt." (FG02, Z. 300-302)

"Und letztendlich denke ich, dass die Tatsache, dass wir unsere Daten austauschen, dass das alles vernetzter wird, das wird irgendwie kommen. Über kurz oder lang. Fragt sich nur, ne? Wann und wie, ob wir das noch erleben. Von daher denk-- ... War ich da auch neugierig und denke, dachte auch, ja, ich denke, das ist schon gut irgendwie die Dinge mitzubekommen, die sich entwickeln." (FG02, Z. 233-238)

Das Versorgungsmodell MamBo wird von den Interviewten als Lösung für Patient:innen abhängige Herausforderungen (z.B. Mobilitätseinschränkung, Therapieadhärenz), gesellschaftliche Herausforderungen (z.B. mangelnde soziale Unterstützung der Patient:innen, Work-life-Balance), den hohen Aufwand nichtmedizinischer Aufgaben bei der Versorgung multimorbider Patient:innen (z.B. sozialrechtliche und pflegerische Fragen) und für hohe Kosten durch Fehl- und Überversorgung, durch zum Beispiel Doppelverordnungen oder vermeidbare Krankenhauswiedereinweisungen, gesehen. Ist die Innovation kompatibel mit den individuell zu erwartenden Vorteilen, die die neue Versorgungsform mit sich bringt, ist dies förderlich für die Implementierung (siehe theoretische Grundlage Implementierungsprozess).

"Die Ärzte, so wie sie jetzt hier sitzen, wie sie arbeiten, das wird in Zukunft so nicht mehr sein, wird auch gar nicht mehr leistbar sein. Die Demographie Entwicklung erzwingt andere Lösungen und das ist die Lösung." (FG01, Z. 1060-1063)

"Ist ja auch nicht unser ... im Prinzip unsere Grundaufgabe ist ja nicht, das Management der sozialen Problematik, die dahintersteht, die ... das verzahnt sich ineinander, das ist klar, gerade bei den polymorbiden Patienten, im Prinzip sind wir damit überfordert, also, ich fühle mich da auch überfordert, zu entscheiden, wo kann ich einen Haltegriff wie montieren und sonst was oder wäre ein Haltegriff überhaupt schon sinnvoll, ne." (FG01, Z. 709-714)

Als förderlich für die Teilnahme am Versorgungsmodell ließ sich auch die Möglichkeit zur Partizipation der Ärzt:innen bei der Strukturgestaltung identifizieren.

„[...] weil ich finde auch, dass es eine große Lücke schließt, die noch sehr viel größer werden wird, da kann man mitrechnen und wenn wir nicht Konzepte entwickeln und zwar von ärztlicher Seite her, um diesen Problem zu begegnen, dann werden uns Lösungen aufgedrückt werden, die eigentlich nur schlechter sein können als das, was wir selber denken, was nötig wäre. Deswegen bin ich überzeugter Anhänger.“ (FG01, Z. 44-49)

Frühere Projekterfahrungen nehmen beruhend auf der Theorie Rogers ebenfalls Einfluss auf die Entscheidung eine Innovation zu implementieren. Dies ist auch bei den „early adoptern“ zu erkennen. Teilnehmende mit schlechten Erfahrungen haben sich dennoch für eine Teilnahme entschieden.

Dahingegen begründeten die „late adopter“ ihre anfängliche Zurückhaltung bei der Teilnahme am Versorgungsmodell unterschiedlich. Genannt wurden die für die MamBo-Teilnahme notwendige Mitgliedschaft im Regionalen Gesundheitsnetz, ein bestehender Personalmangel der zunächst behoben werden musste, eine Anstellung in einer größeren Praxis, in der andere Ärzt:innen das Modell zunächst testeten und eine aufgrund des Alters bestehende Unsicherheit ob sich etwas Neues noch lohne sowie die Überwindung „schon wieder“ etwas Neues anzugehen. Letzt genanntes verdeutlicht die Bedeutung der früheren Erfahrung für die Teilnahme.

„Wir waren am Anfang etwas zurückhaltend, weil man muss sich praktisch dort in dem Versorgungsnetz anmelden, da ist auch eine monatliche Grundpauschale fällig und deshalb waren wir erstmal skeptisch, haben uns das angehört, beraten. Und dann haben wir gesagt, das hört sich jetzt erstmal ganz gut. Sodass wir das testen.“ (ET03, Z. 206-210)

„Wir haben das nicht direkt gemacht, aber ein paar Monate später sind wir da mit eingestiegen. Am Anfang hatten wir ein bisschen Personalmangel und dann sind wir eigentlich, aber nachdem das behoben wurde, sind wir da mit eingestiegen.“ (ET04, Z. 14-18)

„Ach Gott, schon wieder was Neues. [...] Ich bin auch schon ein bisschen älter. [...] da hat man schon so viele neue Sachen kommen und auch wieder gehen sehen. Da springt man nicht gleich auf jedes neue Pferd.“ (ET02, Z. 201-203)

Die Teilnahmemotivation der „late adopter“ beruht primär auf der Verbesserung der Patient:innenversorgung und -zufriedenheit. Ein monetärer Anreiz scheint bei den interviewten „late adoptern“ ein wenig relevanter Faktor für Teilnahme zu sein.

„[...] also, dass wir, ja, dass unsere Arbeit erleichtert wird und die Betreuung zuhause optimiert wird. Das war so für mich das Argument, wo ich gesagt hab, das müssen wir mal ausprobieren.“ (ET04, Z. 20-22)

„Also, mich persönlich hat dann überzeugt, dass man wirklich halt noch mal eine zusätzliche Stütze hat. Jemand, der mit hinfährt, wo wir dann auch ein Feedback kriegen.“ (ET03, Z. 234-236)

Ein monetärer Anreiz spielt bei den interviewten weniger aktiven Ärzt:innen hingegen wieder eine Rolle für die Teilnahme an dem Versorgungsmodell MamBo – allerdings steht auch bei diesen Teilnehmenden eine verbesserte Patient:innenversorgung und eine potentielle Arbeitsentlastungen im Vordergrund. So unterscheidet sich die Teilnahmemotivation von den weniger einschreibenden Ärzt:innen nicht von den anderen Gruppen.

„Und das war für mich so ein Angebot, eine bessere Betreuung für die Patienten, wo ich auch Arbeitsentlastung hoffentlich habe, und aber auch noch einen finanziellen Anreiz.“ (T01, Z.13-15)

Tabelle 9: Förderliche und hemmende Faktoren der Teilnahmemotivation

	<i>förderlich</i>	<i>hemmend</i>	<i>Prozessentwicklung/Implementierungstand</i>
Teilnahmemotivation	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit zur Partizipation • Honorierung, finanzielle Anreize • Positive Vorerfahrung • Erfüllbarkeit von Erwartungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Erwartungen können nicht erfüllt werden • Negative Vorerfahrung • Keine monetären Anreize (wenn von individueller Bedeutung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Monetäre Anreize sind im Verlauf von geringerer Bedeutung

Strukturkomplexität – MamBo

Die *Patient:inneneinschreibung*, das *Versorgungsmanagement* und das *Bedarfsmanagement* mit angegliederten *KV-Prozessen* sind die zentralen Strukturelemente des Versorgungsmodells MamBo, die im Laufe der Zeit an die Bedürfnisse der Patient:innen angepasst wurden. Je komplexer sich die Umsetzung und Anwendung der Strukturen gestaltet desto unwahrscheinlicher ist deren nachhaltige Implementierung. Eine fortbestehende Teilnahme der Ärzt:innen am Versorgungsmodell hängt nach Rogers Theorie von der *Komplexität der Strukturen* ab.

Patient:inneneinschreibung

Über die elektronische Netzakte wurden potentielle MamBo-Patient:innen, mit mindestens drei chronischen Erkrankungen, den teilnehmenden Ärzt:innen aufgezeigt. Seit Anfang 2019 wurde die Software der Netzakte nicht mehr vom Hersteller unterstützt und brach als begleitender Baustein von MamBo weg.

Während die Patient:inneneinschreibung als Aufgabe der Hausärzt:innen angesehen wird, fungieren die MamBo-Fachärzt:innen als „Empfehlende“, indem sie die Patient:innen mit erkennbarem Versorgungsbedarf an die Hausärzt:innen weiterleiteten. Dies manifestierte sich im Laufe der Zeit und zeigte sich über alle Gruppen hinweg („early adopter“, „late adopter“ und „wenig Aktive“). Nimmt der oder die behandelnde Hausarzt/Hausärztin jedoch nicht an dem Versorgungsmodell MamBo teil, erschwert dies die Einschreibung der Patient:innen. Auf der anderen Seite, konnten über diesen Weg weitere Ärzt:innen über fachärztliche Kolleg:innen für MamBo gewonnen werden. Die Fachärzt:innen wollten in keine Konfliktsituation mit den Hausärzt:innen geraten und ziehen sich von der aktiven Rolle zurück.

„Und dann hab ich den auch gemeldet da ins MamBo-Büro und dann bekam ich dann 2 oder 3 Tage später einen wütenden Anruf oder Brief, weiß ich schon gar nicht mehr. Von dem Hausarzt. Das hätte er doch schon alles in die Wege geleitet und das würde, also, auf anderem Wege laufen und so und ich solle mich da nicht einmischen. [...] So, und daraufhin hab ich mich dann zurückgezogen und dachte mir, mhm, ist vielleicht auch mehr was für die Hausärzte und so und dann rede denen mal nicht rein.“ (Exp03, Z. 18-26)

Teilnehmende der Fokusgruppen mit „early adoptern“ fühlten sich bei der Patient:inneneinschreibung unsicher – insbesondere im Umgang mit Patient:innen, die zwar drei chronische

Erkrankungen, aber keinen Versorgungsbedarf aufweisen. Beispielsweise jüngere Menschen mit drei chronischen Erkrankungen werden durch das System in die vorgeschlagene Patient:innenliste eingeschlossen, sind aber durch ihr Alter und die soziale Unterstützung meist ausreichend versorgt. Einige sehen in der MamBo-Teilnahme einen präventiven Vorteil. Andere erkennen den Mehrwert für die sogenannten „fitten“ Patient:innen nicht. So wird kritisch gesehen, dass Patient:innen ausschließlich zur Erhöhung der Fallzahlen eingeschrieben werden.

„Vom System werden auch manche noch jüngere vorgeschlagen. Die aber ... die haben zwar Krankheiten, chronische Krankheiten, aber sind eigentlich so fit, dass ... glaub ich auch, das würden die nicht unbedingt brauchen, ne. Und es sind eben die älteren, ja, Alleinlebende, ganz wichtig, ne. Ältere Alleinlebende, multimorbide, das sind eigentlich so die Hauptzielgruppe.“ (Exp02, Z. 308-315)

Wenn ein eindeutiger Versorgungsbedarf zu erkennen war, fiel den Ärzt:innen die Patient:inneneinschreibung leichter. Dabei wurden insbesondere Merkmale wie Unselbstständigkeit und fehlende soziale Unterstützung bei der Patient:innenauswahl berücksichtigt.

„Und im Grunde habe ich die gezielt angesprochen, wo ich gesehen habe, dass das, dass sie davon unmittelbar profitieren könnten, würden. Und nachdem ich gemerkt habe, dass es auch tatsächlich gut funktioniert, dass es tatsächlich ein gutes Angebot ist, ging das dann schon deutlich einfacher.“ (FG02, Z. 82-85)

Bei den Ärzt:innen der „early adopter“ Gruppe erfolgte die Patient:inneneinschreibung überwiegend im persönlichen Arzt/Ärztin – Patient:innen Gespräch. Die Ärzt:innen erhielten dabei teilweise Unterstützung durch die MFAs, was als entlastend angesehen wurde. Zudem unterstützen Informationsmaterialien die Einschreibegespräche. Informierende Maßnahmen (z.B.: postalisch zugesandtes Informationsmaterial seitens der Krankenkasse) werden von den befragten Ärzt:innen überwiegend als sehr hilfreich und positiv beschrieben. So kam es vor, dass dadurch interessierte Patient:innen auf die Ärzt:innen zukamen und dies den Einschreibeprozess erleichterte. Andere Ärzt:innen sahen dies eher skeptisch.

„Spontan, sehr voreilig. Ohne mit uns als MamBo teilnehmenden Praxen zur Rücksprache zu nehmen, Briefe an die Patienten zu verschicken, mit Informationen, ohne, dass wir darauf vorbereitet sind [...]“. (FG01, Z. 318-320)

„[...] das war eigentlich, was uns noch entgegenkam, dass die Pronova alle Patienten angeschrieben hat, die in Frage kamen. Das war natürlich ... dann kam sie schon selber und fragten.“ (Exp01, Z. 140-142)

Ein persönlicher Austausch mit Kolleg:innen sowie die Unterstützung seitens des RGLs (Supervision/ Beratung) wird ebenfalls als förderlich für die Patient:inneneinschreibung beschrieben.

Als Herausforderung bei der Patient:inneneinschreibung wird die Komplexität (hier: Sprache) und Anzahl der Einschreibeunterlagen beschrieben. Dies schreckte vor allem datenschutzängstliche und unsichere Patient:innen ab. Auch wurde der Einschreibeprozess, vor allem von Patient:innen mit geringem MoniKa-Bedarf, als zeitaufwendige „Überzeugungsarbeit“ und unangenehme Tätigkeit erlebt.

„Weil das schon Aufwand war die Patienten zu überreden zu unterschreiben, das war eigentlich das größte Hemmnis. [...] Und unsere Patienten sind das nicht gewohnt. Und dadurch war, auch auf meiner Seite, die Hemmung relativ groß, die Patienten dafür anzusprechen und dafür zu gewinnen.“ (FG02, Z. 53-59)

„Also negativ ist der Zeitaufwand, um den Patienten zu überzeugen.“ (FG02, Z. 860)

Im Vergleich zu den beschriebenen Herausforderungen der „early adopter“, scheint der Aufwand für die Patient:inneneinschreibung bei den „late adoptern“ geringer zu sein. Das könnte auf den späteren Projektzeitpunkt und damit verbunden, auf die im Laufe der Zeit gefestigten MamBo-Strukturen zurück zu führen sein. So wurde deutlicher, für welche Zielgruppe MamBo nützlich ist. Vereinzelt wurde auch die Erfahrung gemacht, dass anfangs skeptische Patient:innen im Laufe der Zeit den Bedarf zunehmend erkannten und sich für die Projektteilnahme bereit erklärten.

„Ja, es sind immer wieder mal ein paar, die denn dazukommen, die am Anfang gesagt hatten, nee, mir geht's jetzt eigentlich so gut, ich brauch das nicht. Auch wenn ich 80 bin, ich brauche überhaupt keine Hilfe. Und ich will auch keine Pflegestufe, will keinen Schwerbehinderten- und unter denen gibt's dann wieder welche, die sagen, ah, ich glaub, jetzt will ich dann doch mal.“ (ET04, Z. 89-93)

Im Vergleich zu den „early adoptern“ scheint die Einschreibung von Patient:innen bei den „late adoptern“ verstärkt in Zusammenarbeit mit den Praxismitarbeiter:innen zu laufen. Während das Patient:innengespräch i.d.R. durch die Ärzt:innen erfolgte, sind die Praxismitarbeiter:innen zunehmend für die Auswahl, welche Patient:innen angesprochen werden sollten und das administrative Prozedere verantwortlich. Die Delegation von Verantwortlichkeiten im Rahmen von MamBo scheint bei den Interviewten kein Problem zu sein und entlastet die Ärzt:innen im Einschreibeprozess.

„ja, also ich hab eine Mitarbeiterin, die das haupt-sächlich macht. Ne? Die ganzen bürokratischen Sachen. Und auch den Kontakt mit den Schwestern von MamBo, die kommen halt auch regelmäßig vorbei. Wenn aber irgendwelche speziellen Fragen sind oder Aufklärung der Patienten, das mach ich dann selber.“ (ET05, Z. 133-136)

Regelmäßige Erinnerung an das Projekt förderten die Implementierung der Strukturen und die Inanspruchnahme der Intervention. Weitere Herausforderungen, über die bereits von den „early adoptern“ genannten hinaus, entstanden, wenn ein Bedarf bei Patient:innen zu erkennen war, aber die Person aufgrund einer anderen Kassenzugehörigkeit oder Wohnorts nicht in das Projekt eingeschrieben werden konnte.

„Also es ist auch immer wieder gut, sage ich mal, mir das ins Gedächtnis zurückzurufen, weil es natürlich im Alltag manchmal so untergeht in dem Ganzen, sodass ich tatsächlich, weil ich es ja auch nicht so oft nutze, das immer mal wieder brauche, dass man dir das noch mal (lacht) ins Gedächtnis ruft, Hallo da gibt es doch was.“ (ET01, Z. 355-359)

„Auf jeden Fall. Wir haben auch viele Ältere, wo ich gerne MamBo hätte, die eben Ersatzkassen-Patienten sind. [...] die dann in der Techniker oder in der BARMER sind [...] die aber deswegen nicht weniger krank oder betreuungsbedürftig sind, ne?“ (ET02, Z. 161-164)

Bei den als weniger aktiv eingeschätzten Ärzt:innen wird vor allem die Problematik der Rolle der nicht hausärztlich tätigen Fachärzt:innen im Rahmen von MamBo deutlich. Zahlreiche potenzielle MamBo-Patient:innen, die im Verzeichnis der eigenen Praxis auftauchen, werden jedoch nicht hausärztlich, sondern fachärztlich betreut.

„(...) 80 Prozent der Leute sind ja nicht meine Patienten. Verstehen Sie? Das ist ja das erste, die, wo die sagen, ich hab die Diagnose abgerechnet, der war mal bei mir. Ja, stimmt schon, ja, aber es ist halt von der Nachbarin, von der Frau Dr. Hast-du-nicht-gesehen hier um die Ecke.“ (T04, Z. 367-370)

Der Einschreibungsprozess der „weniger aktiven“ Ärzt:innen selbst, sowie die Auswahl von MamBo-Patient:innen, entsprach im Wesentlichen dem Prozedere der „late adopter“-Gruppe.

Tabelle 10: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf die Patient:inneneinschreibung

	<i>förderlich</i>	<i>hemmend</i>	<i>Prozessentwicklung/Implementierungsstand</i>
<i>Patient:innen-einschreibung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kollegialer Austausch • Regelmäßige Supervision • mehrere Medien (z.B. Print) • Delegation von Aufgaben und Verantwortung an MFA • Erkennbarer Nutzen für die Patient:innen • Eigenverantwortliches Entscheiden 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexe Einschreibunterlagen (Dokumentenvielfalt und Sprache) • Mangelnde Delegation an MFAs • Überzeugungsarbeit • Komplizierte, datenschutzängstliche und einsichtslose Patient:innen • Kein Erkennbarer Nutzen für die Patient:innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Einschreibung ist Aufgabe der Hausärzt:innen, die Rolle der Fachärzt:innen in MamBo bleibt unklar • Gesprächsführung wird mit der Zeit und mit mehr Patient:innen einfacher. • Zeitaufwand für die Patient:inneneinschreibung nimmt ab • Anzahl der Patient:inneneinschreibung nimmt ab • Einbezug der MFAs bei der Einschreibung • Fokus auf: Unselbstständigkeit und fehlende soziale Unterstützung bei der Patient:inneneinschreibung

Versorgungsmanagement

Das Versorgungsmanagement, angesiedelt im Regionalen Gesundheitsnetz (in den Interviews häufig bezeichnet als Genossenschaft), ist ein zentrales Element von MamBo. Zunächst konnte für die Dokumentation und die Kommunikation eine elektronische Netzakte genutzt werden. Nachdem der Service für die etablierte Netzakte eingestellt wurde, wurde eine neue Software als Dokumentationsstool implementiert. Die Schnittstelle zwischen Praxen und dem VM über die neue Netzakte konnte erst gegen Ende der Erhebungen und nur in sehr wenigen Praxen erfolgen.

Die Zusammenarbeit mit dem Versorgungsmanagement wurde sowohl von den „early adoptern“, den „late adoptern“ als auch von den „weniger Aktiven“ als positiv bewertet, der Arbeitseinsatz des Versorgungsmanagement wird gesehen und wertgeschätzt. Persönliche Praxisbesuche erwiesen sich als förderlich für die Strukturimplementierung.

„Also, ich glaube, dass ohne die [Name VM] das Ganze nicht ins Laufen gekommen wäre. Ganz klar.“ (Exp01, Z. 276-277)

„Die ... es gibt ja diese Kommunikationsmitarbeiter. (3) Die von der Genossenschaft, die hier regelmäßig sind, die Frau [Name] war jetzt auch schon ein paar Mal hier. Ja. Frau [Name], ne. Ist regelmäßig hier und, also, sagen wir mal, die sind sehr bemüht und aktiv darin, so, ... dass das Ganze am Laufen zu halten, also.“ (Exp02, Z. 127-131)

Auch der Delegationsprozess eines MoniKa-Auftrags wurde von den interviewten Ärzt:innen aus allen Gruppen als unkompliziert und schnell ausführbar bewertet. Dies trägt zur Zufriedenheit der Teilnehmenden bei und wirkt förderlich auf die Implementierung. Obwohl zum Zeitpunkt der ersten Fokusgruppe die Netzakte noch aktiv gewesen ist, war das Fax der bevorzugte Weg, um mit dem Versorgungsmanagement bzw. den MoniKas zu kommunizieren. Dies zeigte sich über alle Gruppen hinweg.

„Ja, also, es gibt ja das Formular, ne. Man kann die MoniKa, einen Monikabesuch beauftragen. Das, ja, haben wir hinterlegt. Und wir können das ausfüllen, faxen das an die Genossenschaft und dann kriegt man eigentlich sehr schnell Rückmeldung, also, es geht immer ziem-- bis jetzt jedenfalls ziemlich schnell. Dass der Monikabesuch dann erfolgt ist und dann kriegen wir auch eine Rückmeldung, was da besprochen ist. Oder manchmal noch eine Frage an uns. Dass die dann noch mal ein paar Informationen gerne hätte, also, Medikamentenliste, zum Beispiel, oder Diagnosen, ne, oder irgendetwas anders.“ (Exp02, Z. 319-328)

Während die Netzakte von den Teilnehmenden der ersten Fokusgruppe noch als zentraler Bestandteil von MamBo gesehen wird, tritt die Netzakte bereits bei den teilnehmenden der zweiten Fokusgruppe überwiegend in den Hintergrund. Die Funktionalität der Netzakte, als Software für Schnittstellenübergreifende Kommunikation (VM-Hausärzt:innen-Fachärzt:innen), erwies sich als mangelhaft. Neben häufig aufgetretenen technischen Problemen wurde der doppelte Dokumentationsaufwand als aufwendig und zeitintensiv empfunden.

Dies erhöhte insbesondere den Frust derer, die die Netzakte als wesentlichen Bestandteil von MamBo sahen. Bereits im Verlauf der Erhebung von Interviews mit „early adoptern“, wurde die Netzakte kaum noch als Instrument im Rahmen von MamBo genutzt, unter anderem weil der Support der Software eingestellt wurde. So wurde die Notwendigkeit einer schnittstellenübergreifenden digitalen Vernetzung spätestens bei den „late adoptern“ unabhängig von den MamBo-Versorgungsstrukturen gesehen. Insgesamt zeigte sich, dass die Anwendung der zur

Verfügung gestandenen Netzakte zu komplex war und kein Vorteil im Vergleich zu Alternativen bzw. dem Standardvorgehen gesehen wurde.

"Die EDV funktioniert leider nicht so gut. Das Programm, mit dem wir das verwalten wollen, ist ... wird nicht mehr unterstützt. Das ist etwas unglücklich jetzt gelaufen, ne." (Exp02, Z.18-20)

„Wir haben das persönliche Formular, was wir schon vorher hatten, einfach weitergeführt. Weil keine vernünftige ... Also, weil das mit der Netzakte nicht funktioniert. Das wurde auch gar nicht richtig versucht. Ich sehe auch keinen Vorteil, weil das Jetzige ja auch funktioniert. Das ist ein Word-Formular, da wird einfach ein Datum draufgeschrieben und ein Text. Fertig.“ (FG02, Z. 617-621)

Ein Teil der interviewten „early adopter“ sprach einen anfänglich hohen Abstimmungsbedarf mit der MoniKa an. Nachdem ein Vorschlag von der MoniKa eingegangen war, musste mit diesen häufig ein weiterer Austausch stattfinden und von der MoniKa empfohlene Verordnungen ggf. abgelehnt werden. So herrschten hier zum Beispiel noch Uneinigkeit über Heilmitteln und Hilfsmitteln oder es bestand ein Budgetproblem.

Ein Teil der interviewten „early adopter“ sprach einen anfänglich hohen Abstimmungsbedarf mit der MoniKa an. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin eine MoniKa zu den Patient:innen schickte, erfolgte anschließend eine schriftliche Rückmeldung, in der zum Beispiel eine Verordnung zusätzlicher Heil- und Hilfsmittel empfohlen wurde. Ärztliche Aufgabe war es dann dies zu überprüfen. Allerdings herrschte nicht immer Einigkeit über die Notwendigkeit (zusätzlicher) Heil- und Hilfsmittel und das begrenzte Budget einer Praxis stellten ein Hindernis dar. Durch den Einsatz der MoniKas sollte keine zu hohe Erwartungshaltung bei den Patient:innen hervorgehoben werden. Während einige Ärzt:innen regelmäßig in den Austausch mit den MoniKas gingen, nahmen andere den Vorschlag der MoniKas unmittelbar an.

„Ein schriftlicher Vorschlag, der kommt. [...] Aber der ist dann schon schriftlich festgelegt und der Patient hat den Eindruck, das ist jetzt niedergeschrieben und jetzt gehe ich hin und krieg das. [...] So, und dass das nicht immer geht, das muss man auch mal kommunizieren, ne.“ (Exp01, Z. 181-185)

„Also, Hilfsmittel, wenn Vorschläge sind für Hilfsmittelverordnungen, das mach ich. Die schreib ich dann auf, die Hilfsmittel. Genauso wie, wenn jemand von der Pflegeberater von den Krankenkassen Hilfsmittelverordnungsvorschläge macht, das, ja. Die rezeptiere ich dann auch.“ (Exp02, Z. 347-350)

Im Rahmen von MamBo stellte die Krankenkasse den Ärzt:innen außerdem eine Medikamentenliste der MamBo-Patient:innen zur Verfügung, welche von einigen als unterstützend und von anderen als lästig und nicht notwendig empfunden wurde. Diese Liste sollte auch dem Medikamentenmanagement der MoniKas dienen, indem die MoniKas während ihren Einsätzen die Einnahme überprüften.

Ein erhöhter Abstimmungsbedarf, wie von den „early adoptern“ kommuniziert, scheint bei den Interviewten der „late adopter“-Gruppe nicht mehr von Bedeutung zu sein. Das Vertrauen gegenüber der MoniKa ist mit der Zeit gewachsen. Die Rolle der MFA nahm nicht nur bei der Patient:inneneinschreibung, sondern auch bei der Abwicklung der MoniKa-Aufträge zu. So oblag die Organisation der MoniKa-Intervention zunehmend den MFAs. Ob diese Aufgabe einer

MFA oder mehreren zugetragen wurde, wurde von den interviewten „late adoptern“ unterschiedlich behandelt und bewertet. Die Medikamentenliste wurde sowohl hier als auch bei den „weniger aktiven“ Ärzt:innen nicht thematisiert.

„Und sie macht dann auch so ein bisschen die Koordination, hält dann so ein bisschen Blick, wer besucht wurde, was denn für Maßnahmen empfohlen wurden, haben wir die umgesetzt. Ja, das hat sich jetzt zumindest bei uns bewährt“ (ET03, Z. 145-148)

Bei der Gruppe der wenig aktiv Ärzt:innen zeigt sich trotz geringer Patient:inneneinschreibung eine insgesamt positive Einstellung gegenüber der MoniKa-Intervention. Neben der Kommunikation mit dem Versorgungsmanagement via Fax und Telefon, war eine der interviewten Praxen bereits mit der neuen Netzakte verbunden. Die Funktionsfähigkeit dieser wurde als „relativ simpel“ beschrieben. Dennoch erwies sich die fortbestehende noch notwendige Doppeldokumentationen (eigene EDV für Abrechnungszwecke und Netzakten-Software) bei anderen Interviewten weiterhin als hemmend für die Nutzung der neuen Software.

So dass wir eine Plattform haben, wo ich mit der MoniKa mich kurz schließen ... dass wir nicht dauernd telefonieren, wenn wir kurz was schreiben, und nicht den normalen Mail-Verkehr, sondern es geht über die Patientenplattform dann. (T01, Z.124-126)

Tabelle 11: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf das Versorgungsmanagement

	<i>förderlich</i>	<i>hemmend</i>	<i>Prozessentwicklung/ Implementie- rungstand</i>
Versorgungsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Komplexität (unkomplizierter, schneller MoniKa-einsatz, einfach Anwendung der Netzakte) • Supervision und regelmäßige Erinnerungen • Motivationsgespräche • Frühzeitiges persönliches Bekanntmachen mit den MoniKas (erhöht das Vertrauen) • Flexibilität im Unterstützungsangebot bei der Implementierung • Delegation von Aufgaben an MFAs 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Abstimmungsbedarf • Nicht zu erkennende Vorteile eines Instruments gegenüber des Standartvorgehens (Netzakte vs. Fax) • Zu hohe Komplexität der Strukturen (komplexe Anwendung der Netzakte, Doppeldokumentation) 	<ul style="list-style-type: none"> • trotz nicht-(mehr)-implementierter Netzakte kein Kommunikationsverlust • Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem VM und den MoniKas über den gesamten Prozess als unkompliziert bewertet • Vertrauenszuwachs zwischen Ärzt:innen und MoniKas (weniger Unstimmigkeiten und wenn doch lassen sich diese in persönlichen Gesprächen einfach lösen) • Zunahme der Rolle der MFA bei der praxis-internen MoniKa-Koordination

Bedarfsmanagement - KVP

In den ärztlichen Fokusgruppen und den Interviews wurde neben dem krankenkassenseitigen Bedarfsmanagement und den daraus entstandenen krankheitsspezifischen KVP-Workshops (COPD und Herzinsuffizienz) auch weitere KVP-Workshops, die durch das Versorgungsmanagement für Ärzt:innen und Praxismitarbeitende angeboten wurden, thematisiert. Krankheitsspezifische KVP-Workshops - initiiert auf Grundlage der Analysen des Bedarfsmanagement - boten die Gelegenheit relevante medizinische Thema gemeinsam mit ärztlichen Kolleg:innen, externen Expert:innen und Vertreter:innen der Krankenkasse zu vertiefen und realisierbare Verbesserungspotenziale zu erarbeiten. Zur Anzahl und Inhalte der realisierten KVP siehe Kapitel 4.1.3.

Während einige Teilnehmende der „early adopter“-Gruppe der Krankenkasse in der Rolle des Bedarfsmanagements gegenüber misstrauisch waren, was eine vermeintliche Kontrolle betrifft, empfanden andere wiederum das Zusammenkommen im Rahmen der KVP-Workshops mit der Krankenkasse für MamBo als eine Möglichkeit solche Barrieren zu überwinden.

„Ich hab es vielleicht ein bisschen positiver empfunden, weil die handelnden Personen, mit denen man dann hier an einem Tisch saß, das war ein sehr angenehmes Zusammenarbeiten. Also, da sind endlich mal Barrieren gefallen, die ja so ein bisschen verkrustet sind und die, finde ich, einen Fortschritt behindern und das war für mich erleichternd und motivierend.“ (FG01, Z. 361-365)

KVP-Workshops fanden in der ersten Fokusgruppe jedoch keine Bedeutung. Im Rahmen der zweiten Fokusgruppe und Interviews äußerten sich die Fachärzt:innen zu den krankheitsspezifischen KVP-Workshops, die sich aus den Analysen des Bedarfsmanagement ergaben. Durch die Workshops wurde ein bedarfsorientiertes Instrument des Herzinsuffizienz Monitorings entwickelt, welches im Rahmen der MoniKa-Intervention zur Überwachung von Herzinsuffizienz Patient:innen eingesetzt werden konnten. Die an der Entwicklung von Instrumenten beteiligten Fachärzt:innen empfanden die Workshops als sinnvoll – mit einer Weiterentwicklung der Prozesse könnten Wiedereinweisungen in das Krankenhaus und Fehlverordnungen durch mangelnde sektorenübergreifende Abstimmung gezielter reduziert werden. Im Ergebnis der COPD Workshops im Rahmen der Projektlaufzeit kein einsetzbares Instrument entwickelt werden. Andere „early adopter“ Hausärzt:innen, die nicht an dem KVP teilnahmen, äußerten sich nicht zu den krankheitsspezifischen KVPs.

„Na ja, in der Rolle des Unterstützers. Und in der Rolle, mögliche neue Tools für MamBo und in MamBo zu entwickeln.“ (Exp03, Z. 371-372)

„Also, ich glaube, die Versorgung von jetzt oder COPD-Patienten, das wäre ja dann mein Thema, ist jetzt gar nicht so schlecht.“ (Exp02, Z. 443-444)

Von diesen nahmen einige Ärzt:innen jedoch andere Workshop-Angebote des Versorgungsmanagements wahr und empfanden insbesondere die Teilnahme von ihren Praxismitarbeitenden an den KVP-Workshops als förderlich und effizient. Anderen wiederum waren die Workshops unbekannt oder mangelnde Ressourcen haben eine Teilnahme der Praxismitarbeitenden nicht zugelassen.

„Kriegen sie auch immer eine Vergünstigung für, ne. Dann kriegen sie entweder einen halben Tag frei oder so, ne, also das ist ... das läuft hier ganz gut.“ (Exp03, Z. 767-768)

„Aber aufgrund der angespannten Personalsituation und der Tatsache, dass die nicht zusätzlich noch irgendwo hingehen wollen, hat es keiner gemacht. Also hat keiner in Anspruch genommen.“ (FG02, Z. 834-836)

Das entwickelte und derweil einsetzbare Herzinsuffizienz-Monitoring war den Interviewten „late adoptern“ entweder nicht bekannt oder es wurde bisher kein bzw. kaum Bedarf gesehen dieses Instrument zu nutzen. Relevante Rückmeldungen seien i.d.R von den Erkrankten direkt in die Praxis kommuniziert (Gewicht, Luftnot etc.) worden. Entsprechend wurden die im KVP „Herzinsuffizienz“ eruierten Lösungen von den Interviewten „late adoptern“ nicht weiterverfolgt. Auch das Thema COPD war den „late adoptern“ im Zusammenhang mit MamBo nicht präsent. Dennoch äußerten einige Teilnehmende ein Interesse an dem Angebot und hielten es grundsätzlich für nützlich.

Keiner der interviewten „late adopter“ Ärzt:innen war an der Entwicklung der Instrumente beteiligt. Das kassenseitige Bedarfsmanagement und dessen Analysen wurde nicht thematisiert.

„Ja, hab ich gehört. Kriege ich auch entsprechende Rückmeldung. Hab ich aber nicht so viel im Einsatz. Wenn jetzt sich ... also wenn jemand eingeschrieben ist bei MamBo und herzinsuffizient ist und sich da verschlechtert, Beinumfangszunahme, Luftnot, dann bekommen wir auch Rückmeldung. Wobei ich das eigentlich auch von den Patienten selbst bekomme. Aber auch noch mal über die MoniKas.“ (ET05, Z. 215-219)

„Nee. Das war mir jetzt auch noch nicht klar, muss ich sagen, dass sie das Herzinsuffizienzmonitoring unterstützen. [...] Nee, war mir jetzt so nicht klar, aber das ist natürlich auch ein interessanter Aspekt, ja.“ (ET03, Z. 333-337)

Unsicherheiten bestehen weiterhin in der Rolle der Fachärzt:innen in MamBo. So biete z.B. das häusliche HI-Monitoring durch die MoniKa Gelegenheit auch die fachärztliche Perspektive zu nutzen. Die erfordere jedoch eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen den MoniKas und den Hausärzt:innen sowie anderen Fachärzt:innen.

„Ja, vielleicht teilweise weil der Bedarf nicht da war, vielleicht teilweise dadurch, dass es für mich so ein, eigentlich auch noch so ein bisschen so eine Blackbox ist. [...] Also wenn das aus meiner Sicht sinnvoll sein sollte, dann müsste ich auch sehr eng eigentlich mit der MoniKa zusammenarbeiten. [...]“ (ET01, Z. 275-281)

„Also es ist ja jetzt auch keine kardiologische Praxis, [...] sondern ich betreue ja auch viele unserer hausärztlichen Patienten einfach kardiologisch. (10) Aber zum Beispiel macht dann die Hausbesuche zu den Patienten, die hausärztlich betreut werden, wiederum mein Chef. Also das ist dann so ein bisschen.“ (ET01, Z. 299-304)

Auch bei den „late adoptern“ wurden die MFA-Workshops in Anspruch genommen und als nützlich empfunden. Über das Workshop-Angebot für Ärzt:innen wurde hingegen geringeres Interesse geäußert. Im Rahmen der Telefoninterviews mit weniger aktiven Teilnehmenden wurden die KV-Prozesse nicht thematisiert.

Tabelle 12: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf das Bedarfsmanagement/ KV-Prozesse

	<i>förderlich</i>	<i>hemmend</i>	<i>Prozessentwicklung/ Implementierungsstand</i>
Bedarfsmanagement/ KVP	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau von Barrieren zwischen der KK und den Leistungserbringenden durch das BM und KVP • Workshops bieten die Möglichkeit Mitgestaltung • Regelmäßiges Informations- und Schulungsangebote (v.a. für MFAs) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Zeit und Ressourcenaufwand (v.a. MFA-Workshops) • Unklarer Bedarf und unklare Rolle der Fachärzt:innen 	<ul style="list-style-type: none"> • „early adopter“, insbesondere Fachärzt:innen, hatten im Rahmen der Bedarfsanalyse die Möglichkeit der Mitgestaltung in KVP-Workshops • Anwendung der KVP-Ergebnisinstrumente bei „late adoptern“ gering oder nicht bekannt. Weitere krankheitsspezifische KVP fanden nicht statt (keine weiteren Anstöße seitens BM und VM) • MFA-Workshops werden genutzt

(nicht) Wahrgenommene relative Vorteile

Thematisiert wurden zudem die von den interviewten Ärzt:innen wahrgenommenen oder noch nicht wahrgenommenen Vorteile von dem Versorgungsmodell MamBo. Bereits im ersten Projektjahr wurde von den teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen der „early adopter“ Gruppe ein verbessertes Management der häuslichen Versorgung von Patient:innen entsprechend ihres Bedarfs wahrgenommen. Die MoniKas übernahmen koordinierende Aufgaben insbesondere mit Dienstleistenden der pflegerischen und sozialrechtlichen Versorgung. Als Vorteil der MoniKa-Intervention wurde auch die Unabhängigkeit der MoniKas von der Krankenkasse und den Ärzt:innen gesehen.

„Also, die guckt sich die Wohnung an, also, wie die Patienten sich darin bewegen und ob Hilfsmittelbedarf besteht, ja. Irgendwelche Festhaltegriffe oder Lift oder was auch immer, ne. Und es geht dann auch um Schwerbehindertenausweis, Pflegestufen. Solche Dinge. Hauswirtschaftliche Versorgung. Also, eigentlich, ja, im Grunde, also, so ein rundum häusliches Versorgungspaket.“ (Exp02, Z. 335-338)

„Ich komme ja nicht zu allen nach Hause und da ist auch die Schwelle höher, glaub ich, den Arzt reinzulassen. Weil da fühlen sie sich ja noch mehr kontrolliert. [...] Wenn aber jemand unabhängiges mal kommt und man-- das find ich schon, wir haben dann auch immer gesagt, das ist jemand, der ist eben nicht von der Krankenkasse.“ (FG01, Z. 678-682)

Zum Teil wurde auch eine Verbesserung im Medikamentenmanagement von den „early adoptern“ zurückgemeldet. Die interviewten Ärzt:innen der „early adopter“ Gruppe erhielten auch insgesamt positive Rückmeldungen von Patient:innen und ihren Angehörigen. Betont wurde

ihre Zufriedenheit mit den Besuchen einer MoniKa - zum Beispiel im Hinblick darauf, dass sich die Patienten besser informiert und sozial besser betreut fühlten. Insgesamt wurde durch den MoniKa Einsatz ein Sicherheitsgefühl von Seiten der „early adopter“ Ärzt:innen geäußert.

"Also für mich ist das einfach ein gutes Gefühl, ein an sich schwieriges Klientel an einer komplikationsgenerierenden Stelle gut zu versorgen. Das ... Also, die gut versorgt zu wissen. Und das selber noch initiiert zu haben, das ist natürlich für einen Arzt besonders schön. Also ein potentiell schwieriges Klientel wird an dieser Stelle gut versorgt." (FG02, Z. 883-887)

"Der eigentliche Behandlungspfad, der medizinische, der ändert sich nicht. Aber das Ganze Umgebungsmanagement, das wird mir tatsächlich abgenommen zum großen Teil, das spart tatsächlich Zeit und das ist der Vorteil dabei." (FG01, Z. 706-708)

Auch wenn diese Potenziale der MoniKa-Intervention von fast allen Interviewten erkannt wurden, nahmen nicht alle Teilnehmenden einen persönlichen Vorteil wahr, wie beispielsweise eine spürbare Arbeitsentlastung oder auch ein Ausgleich des Ressourcenaufwands zum Nutzen. Ein persönlicher Vorteil, wurde eher wahrgenommen, wenn die Teilnahmemotivation vor allem auf einer Verbesserung der Patient:innenversorgung beruhte. Schnell wahrnehmbare Effekte, die für die betroffenen Personen von Relevanz sind, wirken besonders förderlich auf die nachhaltige Implementierung der Strukturen.

„Also, für mich ist der Nutzen von MamBo sehr schwer zu bewerten, weil im Gedächtnis bleiben natürlich eher die Problemfelder, wo was nicht klappt. Und wenn ich MamBo wie MoniKa engagiert hab, bekomme ich eine Rückmeldung und ich finde die ganz positiv, aber ich merke ja nicht direkt, jetzt für mich einen Vorteil.“ (FG01, Z. 654-658)

„Ich muss mein Geständnis erweitern, dass ich dafür eigentlich überhaupt kein Interesse hatte. Ich hab so ein paar Anlaufprojekte am Laufen und hab gesagt, gut, macht was ihr wollt da vorne. Und kam dann über Patienten, über positive Rückmeldung von den Patienten, auf den Gedanken, oh, scheint ja ganz gut zu laufen.“ (FG01, Z. 425-429)

Auch die „late adopter“ kommunizierten große Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell - wobei nur die MoniKa-Intervention wahrgenommen wird und keine weiteren Elemente (z.B. Bedarfsmanagement und KVP). Ergänzend zu den Erfahrungen der „early adopter“ wurden von den Interviewten „late adoptern“ berichtet, dass Patient:innen aufgrund von positiven Berichten von z.B. den Nachbar:innen die an MamBo teilnahmen auch teilnehmen wollten. So zeigt sich eine regionale Bekanntheit der MoniKa-Intervention.

„Ja, also insgesamt, muss man sagen, ist das Projekt sehr positiv. Also grade, ja, pflegebedürftigere Patienten profitieren schon sehr von dem Einsatz der Schwestern, die das hier durchführen, ne? Also da ist auch die Rückmeldung absolut positiv.“ (ET05, Z. 6-8)

Die Abgabe von sozial- und pflegemanagement Aufgaben an die MoniKAs wurde von den „late adoptern“ sowohl als Entlastung der eigenen Arbeit als auch der Arbeit der entlastenden Versorgungsassistent:in (EVA) empfunden. So teilte ein:e Telefoninterviewpartner:in das Gefühl, dass durch die Teilnahme an MamBo auch die EVAs nun mehr Kapazität für Ihre originären Aufgaben haben. Darüber hinaus wurde die MoniKa-Intervention als sinnvolle ergänzende

Versorgungsleistung empfunden, die im bisherigen System nicht abgedeckt wird bzw. mit den bestehenden Ressourcen nicht abgedeckt werden konnte.

„Teilweise wurden dann auch noch mal Anregung gegeben, eine Pflegestufe einzureichen, da wird auch gut unterstützt. Was natürlich vorher auch in der Praxis gemacht haben, aber so ist dann einfach noch mal zusätzliche Power mit dazu. Ne, so dass wir eigentlich schon den Eindruck haben, dass da einfach noch mal eine zusätzliche stabilisierende Säule mit dazu gekommen ist.“ (ET03, Z. 34-39)

Also, wir haben schon das Gefühl, dass wir da auch, auch bei den Hausbesuchen und bei den EVA-Besuchen, auch einfach entlastet worden sind und da wieder ein bisschen mehr Kapazität haben.“ (ET03, Z. 247-249)

Eine teilnehmende Person der „weniger Aktiven“ beschreibt die MoniKa-Intervention als möglichen Stabilisator des sozialen Systems.

„Also, denke ich, da ist eben eine gr- ... eigentlich so eine Lücke, vor allen Dingen für alte Leute und die besetzen diese Monikas gut. Und dadurch stabilisieren sie, ja, unser soziales System irgendwie, ne?“ (T02, Z. 283-286)

Ein:e andere:r „weniger aktive:r“ Interviewpartner:in äußert sich hingegen kritischer. Durch die vermehrten Anträge auf Schwerbehinderung erhöhe sich der eigene Ressourcenaufwand, auch der Bedarf wird von dieser Person hinterfragt.

„Ich muss jetzt auch mit der ... beim nächsten Mal muss ich mal besprechen, ich hab jetzt von zwei Ehepaaren vier Mal Schwerbehindertenausweis auf dem Tisch liegen. So, ich sehe gar nicht den Sinn in dieser Schwerbehinderung für diese Rentner, weil die haben keine großen Vorteile daraus.[...] das wird jetzt etwas mehr Arbeit durch die MoniKa.“ (T01, Z. 97-114)

Potentiale zur Übernahme in die Regelversorgung

Das Potenzial des Versorgungsmodells MamBo für die Regelversorgung wird über alle drei interviewten Gruppen hinweg von den Ärzt:innen gesehen. Einige Teilnehmende der „early adopter“ Fokusgruppen und Interviews sprechen sich klar für einen Übernahme in die Regelversorgung aus, doch müsse das Versorgungsmodell MamBo von allen gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden – ein Selektivvertrag sei keine Lösung. Auch wurden Sorgen darüber geteilt, ob für die Übertragung relevante Effekte im Rahmen der Projektlaufzeit bereits messbar sind. Auch Fragen der Finanzierung bei einer Übertragung beschäftigte die Interviewten.

Dass man das in die Regelversorgung übernimmt, definitiv. Frage ist, wie finanziert man das im großen Maße? Denn, wenn man das noch ausweitet, da sind ja noch Potenziale drin.“ (Exp01, Z. 444-446)

Also, dazu müsste MamBo ja erstmal beweisen, dass es irgendwie kosteneffektiv ist, ne. Das, glaub ich, ist was, das wird sehr schwer. Das wird schwer, allein schon wegen dem Personalaufwand, der damit verbunden ist. Und dass (3) also, da kann ich mir kaum vorstellen, dass es gelingt letztlich.“ (Exp02, Z. 558-561)

Teilnehmende der „late adopter“ Gruppe als auch der „wenig Aktiven“ äußerten sich außerdem besorgt über den Umgang mit Patient:innen, die einen MoniKa-Bedarf aufweisen, aber

aufgrund einer fehlenden Kassenzugehörigkeit, oder fehlender Ansässigkeit in Leverkusen nicht in MamBo eingeschrieben werden können.

Die Hürde zur Inanspruchnahme der MoniKa-Intervention müsse genommen werden und die ergänzende Versorgungsstrukturen sollte für alle Patient:innen mit Bedarf erreichbar sein.

Auf jeden Fall. Wir haben auch viele Ältere, wo ich gerne MamBo hätte, die eben Ersatzkassen-Patienten sind. Das sind ja jetzt die etwas, ich sage mal, besser gestellten, die dann in der Techniker oder in der BARMER sind, die aber deswegen nicht weniger krank oder betreuungsbedürftig sind, ne?“ (ET02, Z.161-164)

„Das ist auf die Dauer Mist. Also, das ist auch ethisch nicht gut. Das ist nicht schick. Und dann muss halt, ne? Und was machst du mit Leuten, die noch kleinere Kassen haben?“ (T04, Z. 476-478)

3.2.2 Implementierungsprozess aus Perspektive des Versorgungs- und Bedarfsmanagement

Die geplanten Erhebungen der Interviews mit dem Versorgungs- und Bedarfsmanagement für das Jahr 2018 konnten aufgrund der Verzögerungen im Projektstart und der geringen Rekrutierung von Ärzt:innen nicht erfolgen. Somit fanden die ersten Interviews erst im Sommer 2019 statt. Da sich zeigte, dass noch weitere Personen relevante Funktionen im Versorgungsmanagement übernahmen, wurden im Rahmen der Erhebungswelle im Sommer 2019 insgesamt sechs Mitarbeitende des Versorgungsmanagements interviewt. Darunter die Leitung (Leitung-VM), die Patient:innenkoordination (PK), die Außendienststelle (Dialogpartner:in, DP) und drei MoniKas. Die drei angestellten MoniKas wurden im Juli 2019 gemeinsam in einer Fokusgruppe interviewt. Während zwei Personen von Beginn der Intervention an (01.01.2018) als MoniKa tätig waren, kam eine weitere MoniKa im Juli 2018 hinzu. Die VM-Leitung, die PK und DP waren mit Start des Versorgungsmodells am Implementierungsprozess beteiligt. Die persönlichen Expert:inneninterviews fanden als Einzelgespräche statt. Neben Mitarbeitenden des Versorgungsmanagements erfolgte zudem ein persönliches Expert:inneninterview mit der Leitung des Bedarfsmanagement. Die/ der Bedarfsmanager:in war bereits bei der Konzeption der Versorgungsinnovation beteiligt und war sowohl mit der Aufgabe des Bedarfsmanagements als auch mit der Projektleitung auf Seiten der Kostenträger vertraut.

Die zweite Erhebungswelle erfolgte im Juli 2020, wobei hier nur Personen mit Leitungsfunktionen eingeschlossen wurden. Während das Interview mit der VM-Leitung persönlich stattfinden konnte, musste das Interview mit der BM-Leitung aufgrund der Corona-Pandemie telefonisch erfolgen. Außerdem wurde eine zweite MoniKa-Fokusgruppe initiiert, welche mit noch n = 2 tätigen MoniKas realisiert werden. Eine Person aus dem vorherigen Jahr und eine Person, die seit Mitte August 2019 als MoniKa tätig war, nahm der Fokusgruppe teil. Weitere MoniKas waren zu diesem Zeitpunkt nicht mehr angestellt. Tabelle 13 fasst die Charakteristik der Interviews zusammen.

Tabelle 13: Charakteristik der Interviews mit operativen Akteur:innen

		<i>Rolle</i>	<i>Erhebungsform und Anzahl</i>	<i>Dauer</i>	<i>Modellteilnahme</i>	<i>Erhebungszeitpunkt</i>
2019	VM	VM-Leitung	persönliches Interview n = 1	110 min	2017 (mit Projektstart)	März 2019
		PK – Patient:innenkoordination	persönliches Interview n = 1	60 min	2017 (mit Projektstart)	Juli 2019
		DP – Dialogpartner:in	persönliches Interview n = 1	55 min	2017 (mit Projektstart)	Juli 2019
		MoniKas- Monitoring und Koordinationsassistent:innen	Fokusgruppe n = 1 mit 3 Teilnehmer:innen	104 min	01.01.2018 01.01.2018 ³ 01.07.2018 ³	Juli 2019
	BM	BM-Leitung	persönliches Interview n = 1	80 min	2017 (vor Projektstart)	März 2019
2020	VM	VM-Leitung	persönliches Interview n = 1	60 min	Siehe oben	Juli 2020
		MoniKas- Monitoring und Koordinationsassistent:innen	Fokusgruppe n = 1 mit 2 Teilnehmer:innen	103 min	01.01.2018 15.08.2019	Juli 2020
	BM	BM-Leitung	Telefoninterview n = 1	40 min	Siehe oben	Juli 2020

Identifizierte Hauptkategorien

Die Darstellung der Ergebnisse aus den Interviews mit dem Versorgungs- und Bedarfsmanagement erfolgt für 2019 und 2020 zusammengefasst und anhand der abgeleiteten Hauptkategorien, *Motivation für die Rolleneinnahme*, *Strukturkomplexität* (VM, BM, KVP, Patient:inneinschreibung/ Ärzt:innenakquise), *wahrgenommene Vorteile* und *Übertragung in die Regelversorgung*. Die Hauptkategorien wurden auch hier aus den Themen des Interviewleitfadens

³ MoniKas die das Versorgungsmodell MamBo frühzeitig verließen

und aus der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews und Fokusgruppen, welche sich an der Theorie Rogers orientierte, abgeleitet. Das gesamte Kategoriensystem ist dem Anhang (6.2.2 Kodiersysteme) zu entnehmen.

Aus den Inhalten der Unterkategorien der *Strukturkomplexität* wurden förderliche und hemmende Faktoren, für sowohl den Aufbau der Strukturen in den jeweiligen Organisationen als auch die Implementierung des Modells bei der Zielgruppe abgeleitet, tabellarisch dargestellt.

Motivation für die Rolleneinnahme

Im Folgenden wird die Motivation der interviewten darstellt, mit der sie sich auf die Stelle beworben bzw. die jeweilige Rolle angenommen haben.

Die Motivation der operativen Akteur:innen zur aktiven Mitgestaltung des Versorgungsmodells MamBo war es vor allem die Patient:innenversorgung zu verbessern und einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems zu leisten. So entschieden sich zum Beispiel die Monikas, trotz eines unsicheren Arbeitsverhältnisses⁴, für die Stelle – hierbei spielten neben den genannten Aspekten, auch eine persönliche Betroffenheit und der Wunsch später auch solch eine Versorgung zu erhalten eine wesentliche Rolle. Die Interviewten sehen zudem das Potenzial, dass durch das Versorgungsmodell entstünde, indem Hausärzt:innen entlastet und Krankenhaus(wieder)einweisungen sowie nicht notwendige Ärzt:innenbesuche verhindert werden können.

„Sondern im Vordergrund steht eigentlich die Versorgung des individuellen Patienten, der individuellen Patientin. Und das aber immer im direkten Zusammenhang auch mit der Situation in den Arztpraxen.“ (BM2019, Z. 151-154)

„Ich war eigentlich ganz gut aufgestellt in meiner Tagespflege und habe dann überlegt, perspektivisch, ja, wie alt bist du, wie lange machst du das noch. Perspektivisch tat sich da nicht viel. Und dann dachte ich, das Thema hatten wir schon seit zehn Jahren, immer wieder, dass wir gesagt haben, in der Häuslichkeit gibt es eine Lücke, die gehört geschlossen. [...] Mutig, ja. Sichere Stelle drangegeben für ein Projekt.“ (MoniKa2019, Z. 366-371)

„Und deswegen hängt man, glaube ich, auch gerade an so einem Projekt, dass man sagt, die demographische Entwicklung ist da, wir wollen da auch mal von profitieren. Wir werden so ... und wir wollen das mitgestalten, jetzt schon. Das ist unsere Chance, oder?“ (MoniKa2020, Z.647-651)

Strukturkomplexität

Das *Versorgungsmanagement* mit angegliederter *Ärzt:innenakquise/ Patient:inneneinschreibung*, das *Bedarfsmanagement* und die *KV-Prozesse* sind die zentralen Strukturelemente des Versorgungsmodells MamBo. Entsprechend der Methoden des Change-Managements wurden die Strukturen im Laufe der Zeit stetig weiterentwickelt und optimiert. Im Folgenden werden die Entwicklungen der Strukturen im Prozess sowie hemmende und fördernde Faktoren für die Implementierung aus Perspektive des Versorgungs- und Bedarfsmanagements dargestellt. Bei der Ausführung zu förderlichen und hemmenden Faktoren ist der Einfluss von Fak-

⁴ Da es sich um eine projektgebundene, befristete Arbeitsstelle handelt, bei der nicht absehbar ist ob sie sich über die Projektlaufzeit hinaus etablieren wird.

toren auf den Aufbau der Strukturen in den Organisationen selbst von Einflüssen auf die Implementierung und der Interventionannahme bei der Zielgruppe (multimorbide Patient:innen und ärztliche Praxen) zu unterscheiden.

Versorgungsmanagement

Das Versorgungsmanagement wurde in die bereits bestehenden Strukturen der Geschäftsstelle des Ärzt:innennetzes integriert und bestand zunächst aus den MoniKas, welche die Intervention an den Patient:innen umsetzen und der Leitung des Versorgungsmanagements. Die VM-Leitung war zu Beginn sowohl für die Ärzt:innenakquise und Teamführung als auch für die Projektleitung auf Seite der Leistungserbringung tätig. Um dem Bedarf gerecht zu werden, mussten Aufgaben im Team delegiert werden. So wurden personelle Ressourcen der Geschäftsstelle bereits mit Start des Projektes genutzt, um das Versorgungsmanagement weiter auszubauen. Die Patient:innenkoordination war primär für die Terminierung der MoniKa-Aufträge verantwortlich und die/ der Dialogpartner:in stand über den Außendienst regelmäßig mit den Ärzt:innen im persönlichen Kontakt, leitete Informationen weiter und beriet die Praxismitarbeitenden. Die Hauptaufgabe der VM-Leitung bestand im späteren Verlauf vor allem darin, das Personal zu führen und das Change-Management im Versorgungsmanagement sowie die KVP weiter zu begleiten und zu entwickeln. Insbesondere zum Projektstart und in der ersten Phase war der Arbeitsaufwand für das Team sehr hoch, da einerseits die internen Strukturen noch im Aufbau waren und andererseits die Intervention starten musste. Dies erwies sich als hemmend für den Implementierungsprozess. Einige Aufgaben mussten priorisiert werden, sodass der Aufbau weiterer MamBo – Strukturen, wie die der KVP-Workshops, zunächst in den Hintergrund gerieten. Als Kommunikationsgrundlage zwischen dem Versorgungsmanagement und den Haus-/ Fachärzt:innen sollte die im Regionalen Gesundheitsnetz bereits implementierte Netzakte dienen, welche im Verlauf des ersten Jahres jedoch eingestellt wurde. Um die Kommunikation und Koordination mit den ärztlichen Praxen aufrechtzuerhalten war ein erhöhter Ressourceneinsatz des Versorgungsmanagement-Teams erforderlich.

„Mussten das ja jetzt an den Patienten bringen, mussten auch Hürden überwinden in der Kommunikation und da ja immer wieder zu unterstützen, zu sagen, macht mal und findet mal eure Kommunikation. Ich habe auch selber in Praxen mit Patienten gesprochen, das heißt der Arzt hat die Tür geöffnet, hat gesagt, hier gibt es ein neues Projekt, da sitzt jetzt jemand, die erklärt Ihnen das noch mal genau. Das hat am Anfang unglaublich viel Zeit gekostet und das hat man auch vorher nicht mitbedacht im Projekt. Das heißt, ich konnte eigentlich gar nicht in dem Sinne agieren, wie es im Projekt gedacht war und mich um andere Dinge kümmern, sondern ich war am Anfang sicherlich zu 70 bis 80 Prozent in den Praxen in der Akquise.“ (VM2019, Z. 393-402)

„Mussten aber gleichzeitig auch eine Qualität schaffen, weil nur über die Qualität können wir das Projekt nach vorne bringen. [...] Von daher haben wir eigentlich an zwei Fronten ganz exzessiv gearbeitet und das war ein Spagat und das war in einer 40-Stunden-Woche auch nicht zu schaffen.“ (VM2019, Z. 689-696)

„Also weil wir die Kanäle aufgrund dessen, dass die Netzakte damals einfach nicht so die Wirkungen gezeigt hat, wie es sollte, dass wir die nicht so einbinden konnten, aus verschiedensten Gründen, mussten wir ja Kompensationsstrategien entwickeln [...] Dass wir faxen zum Beispiel und dass wir hinterher telefonieren und ja. [...] Und auch, dass einige Dinge dann wirklich über die [Name DP] in den Außendienst laufen.“ (PK2019, Z. 504-515)

Als förderlich für den Aufbau der Strukturen des Versorgungsmanagement und der dort angesiedelten KVP-Workshops haben sich die Flexibilität und Möglichkeit zur kontinuierlichen Prozessentwicklung, die Partizipation aller beteiligten bei der Rollen- und Aufgabenentwicklung und die Ausgestaltung der Strukturen für eine einfache und schnelle Kommunikation gezeigt. Daraus entstanden sind:

1. Klare Verantwortlichkeiten
2. Agile Arbeitsweisen
3. Sich ständig weiterentwickelnde Prozesse mit zunehmendem Blick auf eine effiziente Gestaltung
4. Ein am Bedarf entwickeltes Dokumentations- und Kommunikationssystem
5. Verschiedene Plattformen für einen regelmäßigen Austausch
6. Hohe Transparenz im Team
7. Professionalisierung und interne Standardisierungen von Abläufen

(siehe auch Kapitel 3.2.3).

„Mittlerweile haben wir ja schon vieles etabliert. Wie zum Beispiel die Dokumentation, das Case Management, was die MoniKas machen. Welche Beratungsthemen sie haben. Welche Zeiten sie beim Patienten verbringen. Also, da ist schon eine gewisse Routine eingetreten.“ (VM2020, Z. 25-28)

Diese Flexibilität erwies sich auch als förderlich für die Arbeit der MoniKas. So war der Vertrauensaufbau zu den Patient:innen durch die Neutralität der MoniKas, ausreichend Zeit und eine flexible Arbeitsgestaltung förderlich, um die Rolle der MoniKa am Bedarf der Patient:innen aufbauen zu können. Gleichzeitig wurde die patient:innenseitige Annahme der Intervention gefördert.

Die regelmäßigen, persönlichen Kontakte zu den Praxen über den Außendienst (Dialogpartner:in) erwies sich im Projektverlauf als sehr wertvoll für eine nachhaltige Implementierung des Versorgungsmodells in den Praxen. So wurde regelmäßig an das Versorgungsmodell erinnert und ärztliche Bedürfnisse für die Strukturentwicklungen berücksichtigt. Durch den persönlichen Kontakt mit den Praxen wurde nicht nur die ärztliche Beteiligung, sondern auch die Rolle der MFAs gestärkt, da diese die Hauptansprechpartner:innen des Außendienstes darstellten. Die Stärkung der Rolle der MFA zeigte sich schon bei den ärztlichen Interviews als förderlich für die Implementierung des Versorgungsmodells (siehe Kapitel 3.2.1 - Strukturkomplexität).

„Also unsere Dialogpartnerin, die [Name DP], die arbeitet ja auch ganz eng mit uns zusammen. Wenn es jetzt eben Probleme in der Praxis gibt, dann sprechen wir das auch ganz oft mit Frau [Name DP] ab, und die trägt das in die Praxis und versucht zu klären. Wir versuchen natürlich selber immer auch, aber das geht ... Die Zeit haben wir einfach gar nicht.“ (MoniKa2019, Z. 1096-1099)

„Und, ja. Ich bin stolz auf meine Helferinnen tatsächlich, die ich da vor Ort jeden Tag habe.“ (DP2019, Z. 706-707)

Ähnliche und parallellaufende Modellprojekte hingegen, hemmen die Implementierung des Versorgungsmodells MamBo in den Praxen – parallele Projekte mit z.B. unterschiedlichen Einschreibekriterien werfen vermehrt Fragen auf, wie die Patient:innenkoordination berichtete:

„Da habe ich auch den Eindruck, das lenkt tatsächlich ein bisschen von MamBo ab. Also zwei parallel ähnliche, aber nicht gleiche Projekte, die sich irgendwie beide noch ein Stückweit im Aufbau und in der Findungsphase befinden, das ist nicht so glücklich, habe ich den Eindruck. Wenn man in dem einen Projekt das gerade etabliert hat und erzählt aber im anderen Projekt, dass es so läuft, dann machen die es in dem einen Projekt aber auch wieder so. Also die Praxen haben da auch wirklich ihre Schwierigkeiten in der Umsetzung, mit zwei parallel geführten Projekten und in dem einen geht es so mit dem Antrag und im anderen geht so mit dem Antrag, zum Beispiel.“ (PK2019, Z. 534-542)

MoniKa-Intervention

Im Jahr 2019 berichteten die MoniKas von auftretenden Unklarheiten über den ärztlichen Auftrag, von fehlenden Informationen über die Patient:innen und eine zum Teil auftretende falsche Erwartungshaltung der Ärzt:innen und Patient:innen gegenüber der Aufgaben der MoniKas. Bis zur Erhebung im Jahr 2020 schienen diese Probleme durch die regelmäßigen Praxiskontakte und den Vertrauensaufbau zu den Ärzt:innen weitestgehend aus dem Weg geräumt worden sein. So wurden im Verlauf alle relevanten Informationen (z.B. der Medikationsplan und die Diagnosen der Patient:innen) automatisch bei einem MoniKa-Auftrag mitgeliefert und auch die Aufgaben wurden klarer kommuniziert. Als förderlich für die Implementierung und Verbreitung der MoniKa-Intervention in der Region hat sich die Unterstützung durch das aufgebaute Versorgungsnetzwerk gezeigt. So teilen die MoniKas in der zweiten Fokusgruppe die Erfahrung, dass u.a. kooperierende Sanitätshäuser potenzielle Patient:innen mit einem ersichtlichen MoniKa-Bedarf an das Versorgungsmanagement von MamBo vermitteln.

„Genau. Dann fordern wir uns das an und das war früher immer sehr mühsam. Mittlerweile ist es tatsächlich, wenn wir den MoniKa-Auftrag bekommen, dann ist das alles zusammen. Das war am Anfang ein bisschen holprig, aber das hat sich gut eingespielt.“ (MoniKa2020, Z. 1014-1017)

„Promoter sind aber im Prinzip alle Dienstleister, [...] die Sanitär- die Sanitätshäuser, die Pflegedienste, die Betreuungsdienste, die dann hier anrufen und sagen, hier, ich hab ein Patient, der ist auch bei der Pronova versichert, da ist ein Handlungsbedarf, könnt ihr den übernehmen, ne? Also, da passiert auch immer wieder ganz, ganz viel.“ (MoniKa2020, Z. 581-585)

Als herausfordernd für die Rolle der MoniKas zeigten sich vor allem die Ressourcenknappheiten in der gesamten Versorgungslandschaft. Als Beispiel führen die MoniKas hier mangelnde Tagespflegeplätze, begrenzte Haushaltsnahdienstleistungen und Knappheiten in der ambulanten Pflege auf. Somit kann der von der MoniKa aufgedeckte Versorgungsbedarf der Patient:innen nicht immer ausreichend abgedeckt werden. Die personelle Knappheit wurde im Rahmen des Versorgungsmodells durch einen erhöhten Koordinationsaufwand von den MoniKas aufgefangen (erhöhter telefonischer Aufwand, Ausweitung der Region relevanter Akteur:innen). Auch das Finanzierungssystem pflegerischer Maßnahmen hemmen eine nachhaltige Implementierung der MoniKa-Intervention, da diese nicht in Gänze durch das Solidarsystem getragen werden und nicht alle Patient:innen die Kosten für ihren jeweiligen Versorgungsbedarf tragen können.

„Oder oftmals zeitintensiver, weil wir dann natürlich den Rahmen weiterfassen, indem wir suchen. Ich sage jetzt Beispiel Tagespflege. Wir haben hier drei. Wir wissen eigentlich intern, dass bei den dreien jetzt nichts zu holen ist, heißt, ich werde wesentlich mehr telefonieren müssen, weil ich über die Stadtgrenze gehen muss, in der Hoffnung, dass ich irgendwo in näherer Umgebung noch einen Tagespflege mit Fahrdienst bekommen, der dann auch gewillt ist über die Stadtgrenze zu fahren.“ (Monika2019, Z. 651-656)

„[...] Heute Pflegedienst, wenn ich jetzt heute anrufen würde und würde sagen, mhm, ich bräuchte ab übermorgen jemand zu Grund- und Körperpflege fünfmal die Woche, würden die zu mir sagen, mhm, wenn überhaupt dreimal die Woche und dann kommen wir gegen halb 12, 12. Ja?“ (MoniK 2019, Z. 607-610)

„Also so schön das ist, ein Hausmeisterservice mit dieses und jenes. Ganz viele super Ideen. Aber man sich immer vor Augen halten muss, was kostet der Spaß. Wer rechnet über welche Beträge denn wirklich ab. Ne? Und wenn da schon eine haushaltsnahe Dienstleister drin ist, der auf die Verhinderungspflege schon zugegriffen hat mit 86 Euro die Stunde. Dann ist da nicht mehr viel mit Pflegeleistung. Ja? Also dann ist das Geld leider schon weg. Ne?“ (Monika2019, Z. 523-527)

„Dass es zu wenig, zum Beispiel, türkischsprachige Pflegedienste und Mitarbeiter gibt. Das ist ein großes Manko.“ (MoniKa2020, Z. 911-912)

Akronym: MamBo
Förderkennzeichen: 01NVF17001

Tabelle 14: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf das Versorgungsmanagement und die MoniKa-Intervention aus Perspektive der operativen Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement

	<i>förderlich</i>	<i>hemmend</i>	<i>Prozessentwicklung/ Implementierungstand</i>
Versorgungsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzen vorhandener Ressourcen (Raum, Personal, Organisation) • Aufgabendelegation im VM • Regelmäßige, persönliche Kontakte zu den Praxen • Vermittlungsfunktion der DP • Einfache und schnelle Kommunikationswege (digitales Dokumentationssystem, Tür- und Angelgespräche, Fallbesprechungen) • Transparenz im Projektteam • Partizipationsmöglichkeiten bei der Prozessentwicklung • Flexibilität und Möglichkeit zur kontinuierlichen Prozessentwicklung • Standardisierung von Prozessabläufen 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektstart ohne Strukturaufbau • Wegbrechen der Netzakte als Kommunikationsmedium • Parallele, vergleichende Projektangebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Routine und klare Aufgabenverteilung • Übergabe der Verantwortung für die Prozessentwicklung an die VM-Leitung • Prozesse und Strukturen wurden stets und mit erhöhtem Effizienzgedanken weiterentwickelt
MoniKa-Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Anfängliche Flexibilität und Mitentwicklung der Rolle der MoniKa • Hohes Vertrauen Seitens der Patient:innen (Neutralität MoniKas, zeitliche Flexibilität, persönlicher Kontakt, Einbezug der Angehörigen) • Regelmäßiges Feedback durch die Patient:innen • Unterstützendes Versorgungsnetz 	<ul style="list-style-type: none"> • Unklarer Auftrag durch die Ärzt:innen/ Eröffnung falscher Erwartungen • Mangel an Ressourcen in der Versorgungslandschaft (Pflegedienste, Tagespflegeplätze) • Finanzierungssystem des Pflegebedarfs 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstimmungsprozesse mit den Ärzt:innen hat sich verbessert • Alle relevanten Infos werden mit dem Auftrag direkt überliefert • Erwartungen sind klarer kommuniziert

Patient:inneneinschreibung und Arzt:innenakquise

Die Ärzt:innenakquise war zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle bereits abgeschlossen. Diese lag in Verantwortung des Versorgungsmanagements. Eine Akquise der Ärzt:innen über parallellaufende, verschiedene Kanäle, insbesondere durch eine persönliche Kontaktaufnahme aber auch durch Werbeveranstaltungen, persönlichen Einladungen und Informationsmaterialien, erwies sich als hilfreich. Dabei wurden vor allem in der ersten Phase des Projektes der Fokus auf Ärzt:innen bzw. Praxen gelegt, die sich zuvor auch besonders aktiv im Ärzt:innennetz zeigten. Dieses Vorgehen ist förderlich für die Verbreitung der Innovation unter den potenziellen Ärzt:innen, da solche Praxen einen starken Einfluss auf die anderen Ärzt:innen im Netz haben. Entsprechend wurde im späteren Projektverlauf ein KVP-Workshop zum Thema „MamBo-Botschafter:innen“ durchgeführt. Gemeinsam mit sehr aktiven Ärzt:innen wurde die Rolle sogenannter Botschafter:innen entwickelt, die sich öffentlich für das Projekt aussprachen und die Ärzt:innenakquise unterstützten.

„Wir machen einen Termin, sagen am Telefon über die Helferin schon, welches Anliegen es ist und welches Zeitkontingent wir ungefähr benötigen. Der Arzt nimmt diesen Termin wahr. Wir kommen vor Ort. Und übernehmen die Akquise, wo er durch die Generalversammlung, durch die Auftaktveranstaltung im Gartensaal [...] meist schon gehört hat.“ (DP2019, Z. 241-245)

„Und die Anschreiben, es gibt MamBo. Die Idee, das Projekt hier in Leverkusen natürlich zu präsentieren. Da gibt es auch Briefe an jeden Arzt aus Leverkusen. Die haben also nicht nur den Besuch, sondern eben auch schon mal vorrangig ein Schreiben bekommen“. (DP2019, Z. 300-303)

„[...] wir haben ja MamBo-Botschafter dann auch aus der Traufe gehoben und gekuckt, wie können wir mit denen arbeiten.“ (VM2020, Z.278-279)

Auch das Angebot, die Ärzt:innen bei der Implementierung des Versorgungsmodells durch Beratungen sowie Schulungen und Infomaterialien (Printmedien) zu unterstützen, hatte sich sowohl für die Ärzt:innenakquise als auch für die Patient:inneneinschreibung in den Praxen als förderlich gezeigt. Positiv wird ebenso die Unterstützung seitens der Krankenkasse wahrgenommen, die über den direkten Kundenkontakt die Patient:inneneinschreibung unterstützt. So kam es vor, dass sich Patient:innen bei der Krankenkasse über MamBo erkundigten oder, dass sich seitens der Krankenkasse z.B. im Rahmen der Kunden-/ Pflegeberatung ein Bedarf bei den Patient:innen erkennen ließ.

„Was sein kann, wenn es zum Beispiel einen direkten Kontakt mit der Pflegeberatung gibt, dass aus einem Gespräch der Pflegeberatung sich ergibt, Mensch, hier ist die Grenze der Pflegeberatung, hier ist noch ein Plus an Informationen oder Beratung in der Richtung Patient erforderlich. Dann stellen die den Kontakt zum Beispiel zur MoniKa her. Oder zum Arzt. [...] Die Pflegeberatungsteams wissen, welche Ärzte bei MamBo mitmachen. Das heißt, die können in die Liste schauen, können sagen, Mensch guck mal, du bist doch bei Doktor [Name], oder was auch immer, in Behandlung, gibt's ein tolles Produkt, MamBo, da versuch doch mal dich einzuschreiben, spreche mal mit dem Arzt.“ (BM2019, Z. 427-437)

Das Versorgungsmanagement beobachtete im Verlauf des Implementierungsprozesses zum einen ein routiniertes Vorgehen bei der Patient:inneneinschreibung in den teilnehmenden Praxen und zum anderen ein besseres Verständnis gegenüber der MoniKa-Intervention seitens der Ärzt:innen (vgl. Patient:inneneinschreibung ärztliche Interviews).

„[...] was die Praxen gemacht haben, welchen Aufwand sie betrieben haben und auch ein Projektverständnis erreicht haben und auch jetzt da im Ansatz eine Routine da ist, Patienten einzuschreiben, zu verstehen, wann Patienten eine MoniKa brauchen. So ist insgesamt, also ist ein großes Verständnis eingetreten. Sie machen, die Ärzte machen halt weiter die Praxen, sodass man das Gefühl hat, das ist jetzt eher eine Ruhe, wo wir vorher ein Gewusel und eine Riesendynamik drin hatten, was es auch brauchte.“ (VM2020, Z. 33-39)

Als hemmend für die Ärzt:innenakquise erwies sich die unklare Rolle der Fachärzt:innen, da die Patient:inneneinschreibung primär von den Hausärzt:innen erfolgte. Aufgrund der weggebrochenen Netzakte kam den Fachärzt:innen weder die digitale Vernetzung mit allen behandelnden Ärzt:innen, noch eine Honorierung bei der Patient:inneneinschreibung zu Gute. Die Mitgliedschaft im Ärzt:innennetz als Voraussetzung der Teilnahme am Versorgungsmodell wurde zunächst als förderlich für die Ärzt:innenakquise angesehen, doch zeigte sich eine weniger starke Gebundenheit der Mitglieder:innen an das RGL als anfänglich erwartet.

„Ja, die überlassen das Teils tatsächlich auch den Hausärzten, weil die sich gegenseitig nicht ausboten wollen. Ne? Weil, der kommt ja meist nur ein-, zweimal zum Facharzt, geht dann ja wieder zurück. So dass die Einschreibungen meist auf Seiten des Hausarztes liegen. Und der Facharzt eigentlich sich zurückhält. Das ist ganz oft so. Von daher würde da die Euro-Argumentation nicht stattfinden, weil das interessiert die nicht so.“ (DP2019, Z.361-365)

„Aber dann kommt natürlich der Rest der Ärzte und wir hatten bis zum Ende des Projektes 80 Ärzte eingeplant. Das heißt diese Differenz konnten wir ... können wir nicht gewinnen. Wir sind schon in die wirklich zu bearbeitende Ebene gegangen von Ärzten. Da hatten wir viel zu tun, das heißt das ist falsch eingeschätzt worden, die Nähe und Verbindlichkeit zum Ärztenetz. Und somit entwickelt sich dann so ein Rattenschwanz.“ (VM2019, Z. 678-683)

„Anders sieht es aus bei Ärzten, die uns nicht angehören. [...] Entweder gehe ich vorbei und gebe die Karte ab und schon mal einen Flyer, damit die so grundlegende Dinge schon mal aus dem Flyer entnehmen können. Wir verabreden den Termin. Da muss man natürlich etwas umfangreicher erklären. Und da, nenne ich das auch mal als Hürde, ist oft die Teilnahme oder die Mitgliedschaft in unserem Gesundheitsnetz.“ (DP2019, Z. 255-260)

Da einerseits die Fallzahl der teilnehmenden Ärzt:innen bereits geringer ausfiel als geplant und andererseits die Fallzahlplanung der Patient:innen sehr hoch angesetzt war, konnten auch hier die geplanten Zahlen nicht erreicht werden und musste im Projektverlauf mehrfach angepasst werden. Die trotz Anpassung sehr optimistische Fallzahlenplanung und die strenge Gebundenheit an die Erreichung der Soll-Zahlen erforderten einen erhöhten Ressourceneinsatz um die Ärzt:innen zur Einschreibung von Patient:innen zu motivieren. Der Druck, möglichst viele Patient:inneneinschreibungen zu erzielen, lastete insbesondere auf der Leitung des Versorgungsmanagements und später auch auf dem gesamten MamBo-Team.

Wie auch die interviewten Ärzt:innen, beschreiben die operativen Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagements die Komplexität der Einschreibeunterlagen als große Herausforderung für die Patient:innen.

„Die ... und da bekomme ich nie eine Antwort auf die Frage, egal wen ich frage, wer der Fallzahlen ermittelt hat. Diese Fallzahlen sind utopisch. Ich kann das aus wissenschaftlicher Perspektive ... kann ich das noch nachvollziehen, dass man natürlich solche hohen Fallzahlen haben möchte. Aus der Versorgerperspektive kann ich das okay für diese Anzahl der teilnehmenden Patienten nicht nachvollziehen [...].“ (VM2019, Z. 657-662)

„Und das, was daran schade ist, ist, dass wir ganz fokussiert nur mit der Patienteneinschreibung beschäftigt waren, ohne uns um die qualitativen Inhalte des Projektes zu kümmern, und mussten wirklich aufpassen ... wir müssen ja Fallzahlen erreichen, wir hatten immer den Druck diese Fallzahlen zu erreichen.“ (VM2019, Z. 685-688)

„Ich glaube das große Hadern am Anfang bei MamBo und auch nach wie vor sind die vielen Unterschriften bei der Einschreibung. Also ich ... Ich weiß, es gab keine Alternativen dazu, ja. Aber je nachdem welches Krankheitsbild, je nachdem wer da vor dir sitzt, bist du froh, der kriegt eine einzige Unterschrift hin mit dem Stift. [...] Und das ist eine unglaubliche Herausforderung.“ (MoniKa2019, Z. 951-956)

Tabelle 15: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf die Ärzt:innen- und Patient:innenrekrutierung aus Perspektive der operativen Akteur:innen des Verorgungs- und Bedarfsmanagement

	<i>förderlich</i>	<i>hemmend</i>	<i>Prozessentwicklung/ Implementierungsstand</i>
Ärzt:innenakquise	<ul style="list-style-type: none"> • Vielfältige Öffentlichkeitsarbeit und Information (persönliche Kontakte, Veranstaltungen, Einladungen, Informationschreiben) • Fokus auf im Netz aktive Ärzt:innen (Vorbilderpraxen) • Benennung von MamBo-Botschaftern • Angebote zur Unterstützung bei der Implementierung des Versorgungsmodells (Beratung, Schulung, Informationsmaterialien) • Unterstützung seitens der Krankenkassen (Pflegeberatung und Kundenservice) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitgliedschaft an die Mitgliedschaft des Ärztenetzes • Unklare Rolle der Fachärzt:innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Delegation von VM-Leitung an DP • Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle abgeschlossen
Patient:inneneinschreibung	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung durch die DP für die Patient:inneneinschreibung (Gesprächsleitfaden) • Unterstützung der KK (Kundenberatung) • Unterstützung durch das Versorgungsnetz 	<ul style="list-style-type: none"> • strenge Gebundenheit an das Fallzahlen- Soll • Fallzahlenplanung ohne Praktiker:innen • Komplexität der Einschreibeunterlagen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis über die MoniKa-Intervention und routiniertes Vorgehen bei den Ärzt:innen zu erkennen • Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle abgeschlossen

Bedarfsmanagement

Das Bedarfsmanagement wurde in die bereits vorhandenen Strukturen der Krankenkasse integriert und fand sich nicht in einer einzelnen Person, sondern in mehreren Fachbereichen (u.a. Controlling, Arzneimittelmanagement, Hilfsmittelabteilung und Krankenhaus) wieder. Kollektive Bedarfe wurden über das Controlling aus Daten unterschiedlicher Fachbereiche

identifiziert und an die Leitung des Bedarfsmanagements übermittelt. So waren auch sämtliche Fachbereiche der Krankenkasse über das Versorgungsmodell „MamBo“ informiert und jeweilige Kontaktpersonen, in den einzelnen Fachbereichen, konnten Fragen von Patient:innen beantworten. Das Nutzen schon vorhandener Ressourcen und die breite Kommunikation des Modells innerhalb der Organisation erwies sich als förderlich für den Aufbau der internen Strukturen und die patient:innenseitige Annahme der Versorgungsform. Demgegenüber zeigte sich, dass die mit der Einschreibung verschickte Medikamentenliste bei den Patient:innen zusätzliche Fragen aufwarf. Eine fehlende Transparenz über die Bedeutung der Medikamentenliste wurde als hemmender Faktor identifiziert, was sich auch in den ärztlichen Interviews widerspiegelte (siehe Patient:inneneinschreibung ärztliche Perspektive).

„Das heißt, wir haben von Anfang an gesagt, das Bedarfsmanagement muss sich bei uns aus Fachleuten aus den einzelnen Bereichen zusammensetzen. Das heißt, wir haben uns Kontaktpersonen gesucht in unseren unterschiedlichen Fachbereichen.“ (BM2019, Z. 18-21)

Die Leitung des Bedarfsmanagement fungiert zudem als Kontaktperson für das Versorgungsmanagement im Rahmen der Bedarfsanalyse. Aus der Bedarfsanalyse der Krankenkasse entstanden in Zusammenarbeit mit, und durch die Planung sowie Umsetzung von dem Versorgungsmanagement, Workshops zu krankheitsspezifischen Themen. Die Leitung des Bedarfsmanagement betonte dabei, dass die Strukturen des Bedarfsmanagements nur zusammen mit dem Versorgungsmanagement genutzt werden könne, da die Umsetzung dort erfolgte.

„[...] wir haben zum Beispiel als ersten KVP-Prozess ja das Thema Herzinsuffizienz aufgegriffen. Und für das Thema Herzinsuffizienz haben wir uns unsere internen Zahlen angeschaut, das heißt, wir haben geguckt, Mensch, was kosten die Leute uns denn, und wo sehen wir Spitzen in der Kostenentwicklung und haben das ausgewertet, und sind mit diesen Fallzahlen, die wir aus unserer Sicht, also mit unserer Sicht der Dinge, entdeckt haben, in dieses Treffen mit den Ärzten gegangen. Und haben dann vorgestellt, hier, so und so stellt sich bei uns die Versorgungssituation dar, wieso ist das eigentlich so. Und dann haben wir eben die Möglichkeit, durch den direkten Dialog, und das ist schon ein Stück weit Bedarfsmanagement, aber eben nicht am individuellen Patienten, sondern global.“ (BM2019, Z. 169-178)

Zu Beginn des Projektes rückten die Strukturen des Bedarfsmanagement zunächst in den Hintergrund, da andere projektabhängige und administrative Herausforderungen erhöhte Aufmerksamkeit erfordert. Dass eine Person mit mehreren Funktionen (Projektleitung und Bedarfsmanagement) betraut wurde, erwies sich als hemmend für die Implementierung und die Nutzung der Strukturen des Bedarfsmanagements.

„Also im Rahmen von MamBo ist eigentlich der ganz wesentliche Teil die Projektleitung, die ich hier intern inne habe. Und das Bedarfsmanagement rückt bei uns deshalb ein Stück weit in den Hintergrund.“ (BM2019, Z. 147-149)

„[...] aber die Position des Bedarfsmanagements ist ja eigentlich auch an der Projektleitung des Konsortialpartners festgemacht und da weiß ich nicht, ob das da, in der Hinsicht wie es eigentlich gedacht war, auch ganz glücklich ist. Aus meinem Verständnis heraus hätte ich jetzt erwartet, wenn ich den Projektplan gelesen hätte, da ist wirklich jemand, der noch mal ganz gezielt draufschaut, wo es Versorgungsbedarf gibt, auch über die Zeit hinweg.“ (VM2019, Z. 1076-1082)

Diese Problematik zeigt sich auch im weiteren Projektverlauf. Sowohl die Leitung des Bedarfs- als auch des Versorgungsmanagement berichten in der zweiten Erhebungswelle davon, dass die Strukturen des Bedarfsmanagements, trotz erkennbarem Mehrwert, nicht über die Identifikation der Themen Herzinsuffizienz und COPD hinaus genutzt wurden. Auf der einen Seite mangelte es an Feedback und Transparenz seitens des VMs über die Nutzung und Erfolge der im Rahmen der Workshops entstandenen Instrumente und auf der anderen Seite lag der Fokus der Arbeit im BM primär auf Ebene der Projektkoordination.

„Ja, das ist gar nicht ganz so einfach zu beantworten, weil ich tatsächlich die Wahrnehmung habe, dass das Bedarfsmanagement nicht die eigentliche Durchdringung hatte, die wir bei der Antragsstellung, glaube ich, im Hintergrund angedacht hatten. Das hängt, glaube ich, auch ein Stückweit mit den Implementierungen des KVP Prozesses zusammen. Da haben wir ja im Projektverlauf auch festgestellt, dass wir das Thema KVP eine ganze Zeit lang eigentlich zu sehr vernachlässigt hatten. Und sind dann mit zwei Themengebieten mal eingestiegen, haben das dann aber im Prinzip auch wieder irgendwann ein Stückweit, glaube ich, schleifen lassen. Das war ganz vielen Störungen von außen auch geschuldet. Das ist tatsächlich so.“ (BM2020, Z. 20-29)

„Na ja, sagen wir mal so, da sind wir, glaube ich, beim Thema und Hol- und Bringschuld, weil ich glaube, dass das ein Stückweit sicherlich auch mir beziehungsweise unseren Bereich geschuldet ist, weil wir vielleicht hätten aktiv nachfragen können, sollen. Auf der anderen Seite, finde ich aber, dass jemand, der ... oder das ist so adressiert an das RGL, dass jemand, der den direkten Draht zu dem operativen Bereich hat und das sind die Praktiker, die das anwenden sollen, die Ärztinnen und Ärzte, dass die Information vielleicht auch auf eigener Intention hätte fließen müssen. Im Rahmen einer maximalen Transparenz in beide Richtungen.“ (BM2020, Z. 57-65)

Zudem berichten die Leitungen des Versorgungs- und Bedarfsmanagements von Herausforderungen in der Zusammenarbeit aufgrund unterschiedlicher Unternehmenskulturen.

„Und gerade, wenn man versucht, die Versorgungslandschaft so ein Stückweit aufzuweichen, wie wir es jetzt bei MamBo derzeitig probieren und ja auch teilweise sehr erfolgreich damit sind, dann muss man lernen, mehr als Gemeinschaft zu denken. Und ich glaube, dass das jedem von uns, und da schließe ich uns auch ausdrücklich nicht aus, mitunter noch schwerfällt.“ (BM2020, Z. 226-231)

„Also, hat aber nicht so wirklich stattgefunden. Und was auch weiterhin ist und das ist auch selbst- ich glaube, es ist selbstverständlich, dass die Organisationen sehr, sehr unterschiedlich natürlich sind.“ (VM2020, Z. 383-385)

Tabelle 16: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf das Bedarfsmanagement aus Perspektive der operativen Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement

	<i>förderlich</i>	<i>hemmend</i>	<i>Prozessentwicklung/ Implementie- rungstand</i>
<i>Bedarfsma- nagement</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzen vorhandener Strukturen • Fachbereichsübergreifende Verantwortlichkeiten definieren • Versorgungsmodell über die Fachbereiche hinaus intern kommunizieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Transparenz bei der Bedeutung der Medikamentenliste • Personen mit mehreren Funktionen besetzten (Bedarfsmanagement + Projektleitung) • Mangelnde personelle Ressourcen • Keine wahrnehmbaren Vorteile (fehlende Transparenz) • Unterschiedliche Organisationskultur (Kostenträger und Leistungserbringer) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund zahlreicher anderer administrativer Aufgaben werden die Strukturen des BM-VM nicht mit Projektstart angestoßen • Strukturen des Bedarfsmanagement werden im Verlauf nicht mehr genutzt • Kontakt zum VM nimmt ab (mangelnde Rückkopplung auf Seiten des VM, fehlende Initiative auf Seiten des BM)

KVP

Regelmäßige Workshops zur kontinuierlichen Verbesserung der Prozesse werden von den Interviewten operativen Akteur:innen als förderliche für die Implementierung der MamBo-Versorgungsstrukturen in der Region empfunden. Durch Berücksichtigung der Perspektive der Ärzt:innen aber auch der MFAs wird dessen Akzeptanz gegenüber der Versorgungsform, insbesondere der MoniKas, sowie die Effizienz der Prozesse gefördert und der Versorgungsbedarf von verschiedenen Perspektiven betrachtet. Eine Honorierung oder andere Anreize (z.B. Zertifikat MamBo-Managerin) für die Teilnahme erweisen sich ebenso als förderlich für die Inanspruchnahme der Workshops und für das Engagement der Zielgruppe. Auch wird von den Interviewten wahrgenommen, dass die Workshops einen Peer-Austausch über die Anwendung der Strukturen durch das Zusammenkommen mehrerer Ärzt:innen und MFAs ermöglichen.

„Und das dritte Novum ist tatsächlich dieser kontinuierliche Verbesserungsprozess. Dass man eben halt sich auch wieder an einen runden Tisch setzt, mit den Beteiligten und darüber spricht, über Defizite, die in der Versorgung vorhanden sind und die die Beteiligten auf unterschiedlichste Art und Weise belasten.“ (BM2019, Z. 501-505)

„Da hatten wir auch mal einen Workshop hier, für die MamBo Managerin, also für die MFAs, die hier waren und die, die hier waren, haben das glaube ich sehr, sehr gut verstanden, wofür wir das brauchen, dass das für die MoniKa einfach eine Vorbereitung ist, auf den Hausbesuch und das Bild von einem Patienten von vornherein schon einfach klarer darstellt und sie dann auch viel genauer in die Unterstützung gehen kann. Das haben die, die hier waren, bei dem Workshop wirklich, glaube ich, verstanden und dann auch mitgenommen in die Praxen und die Umsetzung ist deutlich besser geworden.“ (PK2019, Z. 277-284)

Wie es sich bei den Interviews mit den Ärzt:innen zeigte, wurden die im Rahmen der krankheitsspezifischen KVP entwickelten Instrumente nur selten von den Hausärzt:innen genutzt. Das Versorgungsmanagement suchte Erklärung darin, dass es sich um Instrumente handele, die erst im späteren Projektverlauf hinzukamen und, dass der Bedarf dieser Instrumente von Hausärzt:innen nicht gesehen wird.

„[...] das Monitoring ist noch schwieriger als MamBo an sich mit dem Case Management, weil die Ärzte den Bedarf auch nicht so wirklich sehen. Das entspricht so ein bisschen dem, das fragen wir auch ab, wie viel Facharztkontakte hat ein Patient? Oder hat der regelmäßig Facharzttermine? Und da stellen wir fest, dass die Hausärzte einschätzen, dass die Patienten keine Facharzttermine brauchen, weil sie das selber im Griff haben. Und das entspricht so ein bisschen dem, warum brauchen Patienten ein Monitoring?“ (VM2020, Z. 430-437)

„hier ist auch der Anspruch eher der Ärzte und der Patienten, eher die Versorgung zu koordinieren und zu organisieren. Da ist das Monitoring noch mal hinten dran. Und deshalb hat es mit Sicherheit auch nicht die Präsenz. Und wir haben damit auch gestartet, das Monitoring ist hinterher gewandert. Und damit ist es nicht so in der Präsenz. Und hat auch, glaube ich, beim Leistungsspektrum der MoniKa, steht es auch nicht an erster Stelle.“ (VM2020, Z. 448-453)

Nachdem im Verlauf keine weiteren krankheitsspezifischen Workshops beruhend auf der Bedarfsanalyse stattfanden, arbeitete das VM eigenständig weiter. Das VM holte sich Feedback von den Ärzt:innen ein und ermittelte Bedarfe aus den Erfahrungen der MoniKas. Workshops mit den MFAs, zur Öffentlichkeitsarbeit und interne KVPs zur Weiterentwicklung des Versorgungsmanagement fanden laut Aussagen der VM-Leitung weiterhin statt.

„Grundsätzlich gehen die Workshops weiter, sind ja auch geplant. Wir haben Themen ... also, wir haben Themen, Monitoring ist ein Thema, was wir auf alle Fälle machen wollen. MamBo-Botschafter ist ein Thema. Öffentlichkeitsarbeit wollen wir machen, noch mal Strategieentwicklung, Case Management. Also, es geht immer eher so darum, noch mal das Case Management zu betrachten. Die Bedarfe noch mal bei den Ärzten abzufragen, wie können wir es weiterentwickeln?“ (VM2020, Z. 474-480)

Tabelle 17: Förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf KV-Prozesse aus Perspektive der operativen Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement

	<i>förderlich</i>	<i>hemmend</i>	<i>Prozessentwicklung/ Implementierungsstand</i>
<i>KV-Prozesse</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Transparenz schaffen, was die Aufgabe der Monikas sind • Möglichkeit zur Partizipation der Leistungserbringenden • Honorierung der Teilnehmer:innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Einseitig fachärztliche Perspektive 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnis der krankheitsspezifischen KVPs sind professionalisierte Instrumente, die jedoch wenig Bedarf zeigen • Keine weiteren krankheitsspezifischen KVPs, fehlende Transparenz • VM arbeitet eigenständig weiter und ermittelt Bedarfe durch regelmäßigen Austausch mit den Ärzt:innen und Erfahrungen der Monikas und plant entsprechende Workshops • Workshops mit den MFAs, zur Öffentlichkeitsarbeit und interne KVPs zur Weiterentwicklung des VM fanden weiterhin statt

Wahrgenommene Vorteile

Die Interviewten Akteur:innen des Bedarfs- und Versorgungsmanagements nehmen durch die neue Versorgungsform bereits im Jahr 2019 Vorteile für die Patient:innen, aber auch für die teilnehmenden Ärzt:innen wahr. Auf die persönlichen Erfahrungen der Monikas sowie die Patient:innen-, Angehörigen- und Ärzt:innenrückmeldungen stützend, wurde eine Verbesserung der Patient:innenversorgung und zum Teil eine Entlastung der Ärzt:innen durch die Übernahme nicht-medizinischer Aufgaben von den Interviewten wahrgenommen. Die positiven Rückmeldungen wurden jedoch in erster Linie der Monika-Intervention zugeschrieben und nicht dem Versorgungsmodell als Ganzes – dies ist im Jahr 2020 noch deutlicher geworden.

„Also das Projekt im Ganzen wird in den Arztpraxen draußen glaube ich weniger wahrgenommen, aber das Case-Management und die MoniKa-Rolle sehr und da wird die Erleichterung auch deutlich. [...] was ich so wahrnehme ist immer sehr, sehr positiv, weil die MoniKa wirklich so viel leistet und so viel auch übernimmt, für den Patienten und somit dann auch für den Arzt, weil die Patienten damit dann nicht in der Arztpraxis stehen.“ (PK2019, Z. 785-793)

Eine Verbesserung der Versorgungssituation multimorbider Patient:innen wurde von den Interviewten auf folgende Beobachtungen zurückgeführt:

1. Die Interviewpartner:innen des Versorgungsmanagement berichteten von einem durch die MoniKa-Intervention aufgedeckten Versorgungsbedarf der Patient:innen. Dieser könne nicht durch das bestehenden Versorgungssystem abgedeckt werden, auch nicht von den Hausärzt:innen.

„Da haben wir mittlerweile tolle Rückmeldungen, dass die Ärzte sagen, das hätte ich nie gedacht, das habe ich auch vorher gar nicht gesehen, dass da so ein Versorgungsbedarf ist. Und da können die MoniKas wirklich einen Bereich bestücken, den wir vorher so nicht gehabt haben. Ist ein Mehrwert und das ist eine tolle Rückmeldung, also zentral wichtig.“ (VM2019, Z. 375-379)

2. Patient:innenrückmeldungen zeigen dessen Dankbarkeit und Zufriedenheit mit der Versorgung. So nahmen die MoniKas ein Gefühl von Sicherheit und eine verbesserte Selbstständigkeit bei den Patient:innen wahr. Die Monikas berichteten von einzelnen Fällen in denen sich durch die MoniKa-Intervention die Beziehung zwischen Patient:innen und ihren Angehörigen verbesserte und in denen durch die Intervention die stationäre Pflege zunächst verhindert und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) vorübergehend als nicht notwendig eingestuft werden konnte.

„Also mein persönliches Highlight diese Woche war ein Patient, den ich auch jetzt anderthalb Jahr hab. Der im Frühjahr im Krankenhaus war und der eigentlich sterbend entlassen worden ist, wo wir alles implementiert haben, inklusive SAPV-Versorgung. Ich hab ihn diese Woche besucht. Die SAPV-Versorgung konnte beendet werden, er sitzt wieder auf seiner geliebten Terrasse und kann das Leben genießen.“ (Monika2020, Z. 1132-1137)

3. Die Interviewten sehen einen großen Vorteil in der Unabhängigkeit der MoniKa von der Krankenkasse und den ärztlichen Praxen sowie in dem weiten Blickwinkel, den die MoniKas einnehmen. Durch diese Eigenschaften und die längerfristige sowie ganzheitliche Betreuung im Rahmen des Case-Managements grenze sich die MoniKa von vergleichenden Leistungsanbietenden (z.B. Pflegeberatung) in der Versorgungslandschaft ab. Gleichzeitig ergänze die MoniKa bestehende Strukturen (z.B. AGnES, EVAs, Pflegedienste).

„Wir decken so das Allround-Programm ab, aber wenn die Sozialberatung der Stadt, Pflegesozial- Seniorenberatung der Stadt übers Landespflegegesetz, deckt viel im Sozialbereich ab. Die kooperieren noch mit Pflegediensten, sind die aber zurück, ne? Dafür haben wir die medizinischen ... das medizinische Know-how. Bei der Pflegekasse ist es auch, die haben gute Berater, decken aber Krankenhaus, Pflegekasse ab. Krankenversicherung, Pflegeversicherung, da sind die auch raus. Die vermitteln auch, dann haben wir die Abrechnungsabteilungen, die natürlich ... die gucken darauf, was machen die Pflegedienste. Aber wenn man es praktisch sieht, reagiert wird ja nicht unbedingt. [...] Und das ist das, was gut ist, dass wir wirklich in diesem Case Management viel machen. Und nicht nur punktuell, also nicht nur Krankenversicherung, Pflegeversicherung oder sozialer Bereich.“ (MoniKa2020, Z. 621-633)

„Und da ist es wirklich ein Unterstützungsprojekt, wo wir uns aber auch klar abgrenzen gegenüber anderen Versorgungseinheiten, die es natürlich durchaus gibt, von der Krankenkasse, von der Stadt. Es gibt eine VERA, EVA von der Praxis. Aber wir haben es irgendwie geschafft, da unser eigenes Leistungsportfolio anbieten zu können. Wir haben immer wieder Schnittstellen zu anderen Bereichen. Wir aber kooperativ gestaltet haben. Also wir sind nie in Konkurrenz getreten, sondern haben es immer gut im Austausch gemacht. Von daher haben wir, glaube ich, wirklich unseren Platz auch in der Versorgung gefunden.“ (VM2020, Z. 187- 195)

4. Durch die MoniKa-Intervention wurde eine stärkere Verzahnung verschiedener für die Versorgung multimorbider Patient:innen relevanten Leistungsanbietenden wahrgenommen.

„Ansonsten ist das Netzwerk, was wir ja so aufgebaut haben, was sich permanent weiterentwickelt. Also es kommen ja immer neue Kooperations- oder neue Partner dazu. Am Anfang hatten wir so ein ganz kleines, ich sag mal, einen kleinen Topf und jetzt haben wir einen Riesentopf, aus dem wir schöpfen können.“ (MoniKa2020, Z. 400-403)

5. Die MoniKas berichteten von identifizierten Mängeln bei der häuslichen Versorgung anderer Leistungsanbietenden. Durch den Einblick in die Häuslichkeiten können die MoniKas einen Beitrag zur Qualitätssicherung der häuslichen Versorgung multimorbider Patient:innen leisten

„Ja, da sind aber auch Pflegedienste, wo auch schon mal Pflegefehler auftreten. Bis hin zum großen Dekubitus. [...] Genau. Wo man dann nach der Krankenhausentlassung, die dem Patienten leider nicht erspart bleiben konnte, dann tatsächlich auch mit dem Pflegedienst Tacheles redet oder auch tauscht und dann aber auch den neuen Pflegedienst begleitet und auch ein Stückweit mit draufguckt am Anfang, ja. Das kommt nicht so oft vor, aber das hatte ich tatsächlich und das hat mich auch sehr erschrocken. Ja.“ (MoniKa2020, Z. 777-785)

„Ja. Die Info ist auch an die Pflegekasse gegangen, weil das war ein Pflegefehler und die Dekubitus Grad 3, der ging also schon richtig, richtig tief rein und die Frau hat Höllenqualen gelitten. Und das geht gar nicht.“ (MoniKa2020, Z. 787-789)

„Wir haben natürlich ... also, die Patienten sind ... gehen uns vor. Der Mensch als solches und da sind wir bemüht, die bestmögliche Versorgung zu schaffen. Wir sind alle nur Menschen, wir können alle nur das geben, was wir können und das machen die Dienste auch, das finde ich ... wie sie es genau gesagt hat, die machen größtenteils eine gute Arbeit, aber wenn wir was entdecken, dass wir dann sagen, auch zum Schutz des Patienten. Und da sehen wir uns auch beide dafür, wirklich für den Menschen auch zu unterstützen. Und dann muss man auch mal hingehen und die Pflegekasse informieren.“ (MoniKa2020, Z.440-447)

6. Im Laufe der Zeit nahm die Bedeutung der MoniKa-Intervention in der Region zu. Die Rückmeldungen und Anfragen der Patient:innen und Angehörigen verdeutlichen den Versorgungsbedarf. Durch die Präsenz der MoniKas in der Region nehmen Patient:innen, die zu Beginn ihrer Einschreibung noch keinen Versorgungsbedarf sahen, im Verlauf das Angebot eigenständig in Anspruch.

„Also für die Region hat es mittlerweile eine große Bedeutung, das, was ich überblicken kann. Das sind die Ärzte, die daran teilnehmen bzw. unsere Mitglieder. Die Patienten, von denen wir Rückmeldung bekommen bzw. auch die Nachfragen, die wir am Telefon haben von Patienten, die anrufen, ich hab von MamBo gehört, wie kann ich da mitmachen? [...] also MamBo ist schon sehr präsent in der Region.“ (VM2020, Z. 123-130)

„Das waren dann aber auch tatsächlich teilweise Patienten, die noch sehr fit waren. Und die dann so ruhen, sagen wir. Und die wir aber regelmäßig anrufen und wo jetzt aber in diesen zwei Jahren tatsächlich auch ein Prozess sich verändert hat. Und die jetzt unsere Hilfe benötigen, ne? Und die aber auch teilweise wirklich von sich aus gemeldet haben, wenn irgendwas passiert ist und sie Hilfe brauchten.“ (MoniKa2020, Z. 386-391)

Potentiale zur Übernahme in die Regelversorgung

Die operativen Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagements sehen entsprechend des erkennbaren Versorgungsbedarfs in der Zielgruppe und der beobachteten verbesserten Patient:innenversorgung ein großes Potential für die Übernahme der Versorgungsinnovation in die Regelversorgung. Dabei beziehen sich die Interviewten auf die Strukturen des Versorgungsmanagement und insbesondere auf die der MoniKa-Intervention. Die VM-Leitung benennt vor allem den Bedarf an einer solchen Versorgungsform im ländlichen Raum. Als rele-

vant für eine Übertragen der Versorgungsinnovation wird auch die Berücksichtigung der Positionen der PK und der DP, also eine Übertragung des Versorgungsmanagements als Ganzes und die Workshops mit MFAs sowie Ärzt:innen gesehen.

„In ländlichen Strukturen allemal, da macht es wahrscheinlich noch mehr Sinn. Wir sind ja hier eine städtische Region, aber auf alle Fälle ländlichen Regionen, um da eben auch die fehlenden Ärzte zu ersetzen. Und Case Management an sich in unterschiedlicher Ausprägung, also wo auch da wieder regionsspezifischer Bedarf ist, macht ein Case Management allemal Sinn.“ (VM2020, Z. 704-708)

„Finde ich total wichtig. Also sowohl mit den MFAs als auch mit den Ärzten [...]. Und darüber haben wir ganz viel erzielt, ein Verständnis über die Arbeit der MoniKas.“ (VM2020, Z. 491-496)

Für eine potenzielle Übernahme in die Regelversorgung arbeitete zum einen das Versorgungsmanagement zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle bereits an einer für die Regelversorgung geeigneten Optimierung und Anpassung der Instrumente sowie Strukturen der MoniKa-Intervention. Zum anderen arbeitete die beteiligte Krankenkasse an einem Konzept für die Übertragung und traten in Verhandlungen mit dem Versorgungsmanagement, um einen plötzlichen Stopp der Intervention in der Übergangsphase zu verhindern. Dabei kritisiert die Leitung des Bedarfsmanagement eine fehlende finanzielle sowie beratende Unterstützung seitens der Politik.

Herausforderungen für die Übertragung werden vor allem in der Art der Finanzierung, insbesondere unter Beibehaltung einer flexiblen, am Bedarf orientierten, Patient:innenbetreuung, gesehen. Auch tritt in diesem Zusammenhang die Frage auf, welchem Sozialgesetzbuch die Versorgungsform rechtlich zuzuordnen wäre.

„Ob man so was wie ein Erschwerniszuschlag da erarbeiten kann. Ich weiß es nicht. Ja? Es gibt ja auch erschwerte Betreuungssituationen, die besonders abgerechnet werden können. Warum nicht, wenn man das wirklich sauber argumentiert, warum das so war. Und ein anderes Zeitfenster, was dann refinanziert wird.“ (MoniKas2019, Z. 1072-1075)

„Und eine Regelversorgung finde ich tatsächlich schwierig, weil man nicht weiß, in welchem SGB-Bereich man das Case Management unterbringen soll. Wie ist die rechtliche Situation und ich hoffe, dass das irgendwann tatsächlich möglich ist. Es wird Zeit daf- ... es ist längst Zeit dafür, aber ich scheu mich wirklich, da auf die Zeitschiene zu gucken.“ (VM2020, Z. 724-728)

Zudem beschäftigt vor allem die MoniKas, ob die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitssystem für eine flächendeckende Versorgung durch die MoniKa-Intervention ausreichend sind und ob das, was die MoniKa-Intervention im Ergebnis kennzeichnet, nicht auch eine Beteiligung der Kommunen erfordere. Zwar wird der weite Blickwinkel, die nachhaltige Betreuung und die Neutralität der MoniKa von den Interviewten als Novum des Angebots und als Abgrenzungsmerkmal zu anderen beratenden Anbieter:innen gesehen, doch ist damit auch die Sorge der MoniKas verbunden, dass eine Übernahme der Intervention aufgrund von anderen wirtschaftlichen Interessen politisch blockiert wird.

„Also ich denke, das ist wieder ein wirtschaftlicher Faktor, ne? Wer will das finanzieren? Das müsste ja ein Pflegekassenunabhängiger sein, denn die Pflegekassen haben ja eben auch den wirtschaftlichen Aspekt. Was auch alles wichtig ist, ohne Frage, ne? Ich glaube, das wird so mit die größte Hürde werden.“ (MoniKa2020, Z. 1236-1239)

„Und mag es vielleicht auch eher eine soziale Leistung sein, die man bringt, man stabilisiert einen Patienten, man verbessert einen Patienten in seinem Gefühl, in seiner Zufriedenheit und ich bin davon überzeugt, dass das auch Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Und deswegen denke ich, das bräuchte es, also ein bisschen Offenheit der Krankenkassen und natürlich die Vernetzung und die haben wir ja schon mittlerweile ganz gut, aber da sind wir nie gut genug. Also wir geraten ja immer an Grenzen, also gerade was Pflegedienste betrifft und ganz schlimm ist es mit Kurzzeitpflege-Plätzen. Das braucht es noch mehr.“ (PK2019, Z. 715-722)

„[...] wir haben ja auch so viele Berufe, ne? Zum Beispiel der Beruf des Pflegeberaters ist ja nicht geschützt. Der Beruf des Case-Managers auch nicht. Weil alle Leute ihre eigenen Schwerpunkte haben und danach arbeiten. [...] es gibt auch einen Verbund, der ... Verbund der Pflegeberater, was auch gut ist, aber überall wissen sie nicht, wo ... ne? Dann sagt eine Kasse, nein, kommen Sie zu uns, nur wir machen das oder die Stadt sagt, nein. Also, Patientenverfügung, das machen nur wir. Und die Notare schreien, also, so was machen nur wir. Und das ist alles zu spezifisch. Und da darf nie drangegangen, das so unter ein Dach zu holen. Und schon haben Sie die Blockade.“ (MoniKa2020, Z. 1261-1275)

„Und ich finde, das einfach einen totalen Gewinn, für das Gesundheitssystem und es ist ganz häufig, dass ich denke, na ja, eigentlich gehört es jetzt nicht unbedingt in das Gesundheitssystem rein, weil es auch viel Sozialfragen sind. Ne, dann denk ich manchmal ist jetzt eigentlich eher städtischer Träger oder wer zahlt es jetzt eigentlich, also wo man denken würde, wo gehört es eigentlich hin, aber dass es das eben gibt finde ich ganz, ganz toll, dass wir das jetzt irgendwie so ein Stückweit... Also jetzt erstmal ein Projekt haben und da hoffe ich total, dass wir es auch in der Regelversorgung mit umsetzen können.“ (PK2019, Z.698-706)

3.2.3 Nützlichkeit des Change-Managements

Das Change-Management setzte insgesamt bei den ärztlichen Praxen, dem Aufbau des Versorgungsmanagements und bei der Krankenkasse mit Funktion der Projektleitung und des Bedarfsmanagements an. Zur Beurteilung der Nützlichkeit des Change-Managements (CM) als Implementierungsstrategie wurden primär die im Mai bis Juni 2019 geführten Interviews mit dem Versorgungsmanagement (n = 3), dem Bedarfsmanagement (n = 1) und der Unternehmensberatung (n = 2) sowie die Fokusgruppe der MoniKas (mit 3 Personen) herangezogen. Auch die Ergebnisse der im Jahr 2020 erhobenen Interviews mit dem Versorgungs- und Bedarfsmanagement (n = 4) flossen in die Evaluation der Nützlichkeit des CMs ein. Zudem wurde die Perspektive der Ärzt:innen berücksichtigt, die mit der Unternehmensberatung konfrontiert wurden (n = 2). Die Nützlichkeit des Change-Managements wird im Folgenden aus Perspektive der Interviewten und anhand der Hauptthemen *CM in den Arztpraxen*, *CM im Versorgungsmanagement* und *CM in der Krankenkasse/Bedarfsmanagement* dargestellt.

Change-Management in den ärztlichen Praxen

Die Unternehmensberatung suchte zunächst zwei Praxen persönlich auf, um die Praxisstrukturen zu bewerten und eine Optimierung dieser im Kontext der neuen MamBo-Strukturen zu begleiten. Die ursprüngliche Idee, dass die Ärzt:innen einen Mehrwert in dem Austausch mit Anderen Praxen und durch zusätzlichen Input von der Unternehmensberatung sehen und dadurch ihre Prozesse in den Praxen effizienter gestalten wollen, trat nicht ein.

„Und die Idee, dass Ärzte aus einer eigenen Einsicht, dass es Sinn macht, Prozesse zu verbessern und auch zu einer Einsicht, dass es für die Patienten besser ist, das ... Also da gibt es eine kleine Zahl von Ärzten, die das dann aus diesem Grund machen, aber die weitaus größere hat da überhaupt keinen ... Die erkennen da überhaupt keinen Bedarf, also die sieht das nicht. Die sieht die Notwendigkeit nicht, die sieht ...“ (UB01, Z. 458-462)

Ein:e Ärzt:in aus der Gruppe der „early adopter“ berichtete von einem erfolgreichen und angenehmen Treffen mit der Unternehmensberatung. Auf Schwachstellen in den Praxisstrukturen wurde unmittelbar reagiert – so wurden in Folge des Inputs der Unternehmensberatung räumliche Veränderungen vorgenommen und weiteres Personal eingestellt. Es handelte sich hier jedoch um eine Praxis, die bereits Erfahrung mit einem externen Change-Management gemacht hatte und die Prozesse kannte.

„Nein, nein, da haben wir kein Problem. Also, das hab ich schon häufiger, regelmäßig gemacht. Einfach ein, ja, jemand von außen, der sieht immer was anderes, ne, wenn der mitläuft. Das war jetzt, ich glaub, das vierte, fünfte Mal, dass ich so was mitgemacht habe. Also, insofern.“ (Exp01, Z. 119-122)

Ein/e weitere/r interviewte/r Arzt/Ärztin, der/die von der Unternehmensberatung angesprochen wurde, sah keinen Unterstützungsbedarf in der eigenen Praxis. Die Praxis lief laut eigener Aussage gut und ein begleitendes Change-Management wurde abgelehnt.

„Nee. Also, die Leute, die ... also es gab das Angebot hier, dass die ... da ist irgend so eine Beratungsfirma, die wollte unsere Praxisabläufe untersuchen, das brauch ich aber nicht. Also, das stört mich eher, dass hier Leute rumlaufen dann in der Praxis, also. Und die Praxis läuft gut, also, da hab ich kein Beratungsbedarf, ne. Und ansonsten, nee.“ (Exp02, Z. 368-372)

Für die Unternehmensberatung stellte sich bei den Versuchen, Veränderungsprozesse in ärztlichen Praxen anzustoßen, jedoch heraus, dass diese Art des Vorgehens in keiner wirtschaftlichen Relation zu dem Nutzen und dem Projektbudget steht. Einzelne Praxisbesuche erforderten einen unverhältnismäßig hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand und das Interesse war zu gering. Diese Einschätzung wurde sowohl von der Leitung des Bedarfs- als auch des Versorgungsmanagements bestätigt.

„Bei zweien. Ja, weil ich auch relativ schnell gesehen habe ... Ja, ich habe bei einem habe ich einen Tag verbracht, habe mir das angeguckt und dann danach, davor und danach mit ihm gesprochen und dann schlicht festgestellt, dass ein Versuch jetzt, ich sage mal, im Häuserkampf die Arztpraxen umzudrehen, dass das jenseits jeder Darstellbarkeit, auch im Projektbudget, ist.“ (UB01, Z. 502-506)

„[...] dieser Change in den Arzt-praxen, den würde ich Stand Heute tatsächlich als gescheitert sehen.“ (BM2019, Z. 656-657)

Als einen möglichen Grund für das mangelnde Interesse an einem Change-Management zur Optimierung der Prozesse in den ärztlichen Praxen, führt die Unternehmensberatung das Vergütungssystem für Ärzt:innen auf. Diese biete keinen Anreiz zur Veränderung, da die Ärzt:innen auch durch einen Prozessverbesserung nicht besser bezahlt werden, daher wird ein zusätzlicher Nutzen die gesamten Praxisprozesse zu verändern wird nicht gesehen. Die Befragten nennen auch *Eigenschaften der Ärzt:innen*, die sie als hinderlich für die Implementierung eines Praxisinternen Change-Managements sehen.

„Und umso älter jemand ist, umso schwieriger wird der Change auch.“ (UB02, Z.399-400)

Change-Management im Versorgungsmanagement

Der Aufbau des Versorgungsmanagements-Team in der Geschäftsstelle des Ärztenetzes war im Ergebnis eines der größten Wirkungs- und Tätigkeitsfelder für die Unternehmensberatung im Projekt. Da das Versorgungsmanagement als Arbeitsbereich erst neu geschaffen werden musste, mussten entsprechende Strukturen und Prozesse entwickelt werden. Nach erfolgreicher und effizienter Entwicklung folgte die Standardisierung dieser Prozesse. So wurde beispielsweise Material für die Akquise und Patientenaufnahme sowie auch Konzepte für die MoNiKa-Intervention entworfen und im Verlauf durch das Versorgungsmanagement eigenständig optimiert und standardisiert. Auch nahm das Change-Management Einfluss auf die räumliche Gestaltung der Teamarbeitsplätze, was sich positiv auf das Arbeiten auswirkte.

„Also weniger dieses ganz Rudimentäre, Akquise und Patienteneinschreibung, das haben wir glaube ich mittlerweile so gut aufgesetzt, dass man da Standards entwickelt hat.“ (VM2019, Z. 534-536)

„Haben wir verschriftlicht, so dass man da noch mal weiß, was muss ich machen. Dass die Helfer:in sich nicht alles merken muss was ich ihr erzähle, sondern noch mal genau weiß, das faxe ich, das muss unbedingt dazu, das und das erzähle ich dem Patienten. Ein Gesprächsleitfaden zum Beispiel. Und da haben wir allerhand entwickelt, was es einfach macht, schon mal nachzusehen, dass man diese Abläufe verinnerlicht.“ (DP2019, Z.507-511)

„Und deswegen gab es da gar keine Frage, dass ich dann auch in dieses Team wechsele. Weil man dann alleine durch die Räumlichkeiten viel mehr Bezug bekommt. Und insofern ist es bereichernd, weil man diesen Tagesablauf hört und viel mehr Input in Sachen MamBo bekam.“ (DP2019, Z.140-143)

Die Unternehmensberatung unterstützte das Versorgungsmanagement-Team insbesondere beim Aufbau einer agilen Arbeitsweise, bei der Schaffung von Transparenz und klaren Verantwortlichkeiten sowie beim professionellen Projektmanagement und Monitoring von Arbeitspaketen und Tagesaufgaben. Das Team hat diese Arbeitsmethode etabliert, über die gesamte Projektlaufzeit beibehalten und weiterentwickelt - auch nachdem sich die Unternehmensberatung bereits zurückgezogen hatte. So wird insbesondere der Arbeitsmodus und die Art der Teamführung als wertvoll beschrieben.

„Wir haben agiles Team eingeführt, Strukturen eingeführt, wie man die Prozesse erarbeitet. Also, dieses Prozessdenken haben die unterstützt, natürlich auch das Miteinanderarbeiten, die Projektstränge nach vorne zu bringen, Verantwortlichkeiten zu verteilen und auch eine Transparenz ins Projekt zu bringen. Für hier intern, was passiert eigentlich wo, an welche Stelle, wo stehen wir grade, was ist erledigt, was müssten wir noch weitermachen an anderer Stelle, da haben die uns sehr unterstützt.“ (VM2019, Z.258-265)

„Und ganz viel aber auch aus dem Wissen der Frau [Name Leitung VM]. Also das ist einfach unglaublich, wie sie was woher nimmt. Und selbst wenn dann Sachen mal nicht so funktionieren ... Man kann nicht unbedingt ... Jeder Vorschlag ist der richtige. Dann sind wir alle bereit, das herauszutüfteln, wie wir es noch mal hinkriegen. Genau. Und ... Also definitiv würde ich Frau [Name Leitung VM] da als Person nennen, die unheimlich viel Struktur hier auch reinbringt.“ (DP2019, Z. 173-178)

Insgesamt musste sich das Versorgungsmanagement-Team vom Rest der Tätigkeiten im Ärztenetz abheben, da das Versorgungsmodell andere Anforderungen an die Organisation und Arbeitsweise stellte als bis dahin im Ärztenetz üblich. Mit anfänglicher Unterstützung der Unternehmensberatung schuf sich das MamBo-Team im Versorgungsmanagement den notwendigen Freiraum, um eigene professionelle Arbeitsmethoden und Teamstrukturen zu entwickeln. Dies führte zu einem agilen, produktiven und effektiven Team.

„Das heißt, es war ein viel stringenteres und strukturierteres Vorgehen im Netz erforderlich, damit das überhaupt die entsprechenden Ergebnisse erreicht hat. Das musste hier gelernt werden und da haben wir uns glaube ich auch ein Stück weit mit der Zeit ... das MamBo-Team vom restlichen Team separiert, weil wir einen ganz anderen Arbeitsrhythmus auch gelernt haben, eine ganz andere Stringenz in der Vorgehensweise. Gelernt haben, was passiert, wenn Dinge vom Tisch fallen, dass das eben nicht passieren darf und da hat [Name Unternehmensberatung] ganz am Anfang eine große Rolle gespielt. Das hätte ich alleine nicht bewirken könne, auf gar keinen Fall.“ (VM2019, Z.897-905)

Das durch die Unternehmensberatung angestoßene Change-Management wirkte sich auch auf die Schärfung der Rolle der MoniKas aus. So standen deren Aufgaben mit Projektbeginn nicht endgültig fest, sondern es wurde ein Leistungsprofil am Bedarf der Ärzt:innen und Patient:innen entwickelt. Dieses wurde im Laufe des Prozesses anhand der Erfahrungen der MoniKas sowie der Patient:innen- und Ärzt:innenrückmeldungen stetig weiterentwickelt. Die kontinuierlichen Verbesserungsprozesse waren ein weiteres bedeutendes Wirkungsfeld der Unternehmensberatung. Mit Unterstützung der Unternehmensberatung konnte erreicht werden, dass alle beteiligten Akteur:innen die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse durch Kooperation und Austausch als gemeinsamen Arbeitsmodus in MamBo annahmen und nachhaltig nutzten.

„Das Schöne ist, dass wir hier wirklich unser Wissen einbringen können, dass wir aber auch ausprobieren können, wie ist es richtig. Und das war ja grade im ersten Jahr war das ja echt spannend, weil wir ja nichts hatten. Und uns das selber erarbeiten mussten.“ (MoniKas2019, Z. 348-350)

Neben dem Aufbau der Strukturen, befähigte die Unternehmensberatungen die Akteur:innen im Versorgungsmanagement dazu, die geschaffenen Strukturen und Prozesse selbstständig aufrechtzuerhalten und diese entsprechend der Bedürfnisse und neuen Bedingungen stetig

weiterzuentwickeln (*Enablement*). Verantwortlichkeiten wurden übertragen, sobald neue Strukturen und Prozesse als nützlich erachtet wurden. Im Verlauf des Projektes wurde die Planung sowie Moderation von Team-Treffen und KVP-Workshops an die Leitung des Versorgungsmanagement weitergegeben. Auch zeigte sich, dass das Versorgungsmanagement im Verlauf die Implementierung die Prozesse eigenständig begleitete und weiterentwickelte (siehe Kapitel 3.2.2. – Strukturkomplexität; VM).

„Wir wollten gezielt unser Wissen auch an die Versorgungsmanagerin weitergeben. An die Monikas. Auch an das RGL. Also das war, das war unsere Aufgabe. Und es geht nicht nur darum, dass man am Ende genug Leute hat und man sagen kann, wir gehen jetzt die Beratung rausschmeißen. Es geht darum, dass die Leute, mit denen wir zusammenarbeiten in der Lage sind, das Projekt alleine weiterzuführen, ohne dass man noch einen externen Berater in dem Ausmaß braucht.“ (UB02, Z. 710-715)

„Und dann haben wir versucht, im nächsten Schritt dann praktisch das Instrument jeweils an ein Mitglied da im Team zu übergeben. Also zum Beispiel diese Moderation von diesem wöchentlichen Meeting da.“ (UB01, Z. 269-271)

Regelmäßige Feedbackschleifen seitens der Ärzt:innen und die Berücksichtigung deren Perspektive bei KV-Prozessen gehörten außerdem zu wesentlichen Strategien des Change-Managements. So wurden Treffen mit MamBo-Ärzt:innen und anderen Akteur:innen genutzt, um verschiedene Interessengruppen einzubinden um eine kontinuierlichen Verbesserung zu etablieren (siehe Kapitel 3.2.2. - Strukturkomplexität; KVP).

„Also KVP-Prozess, kontinuierliche Verbesserung heißt ja nur, dass wir regelmäßig sagen, okay, wir fragen den, wir hinterfragen den Status Ist, ist es in Ordnung so, wie es ist, gab es irgendwelche Auffälligkeiten. Und dann ändern wir das. Ja.“ (UB02, Z. 620-623)

Als für das Change-Management hemmend wurden die strengen Rahmenbedingungen des *Projekträgers* für die Evaluation genannt (z.B. notwendige Fallzahl, keine Abweichungen vom Plan, fehlende Flexibilität). Diese stehen im Widerspruch zu einem agilen Konzept, da sie kaum Anpassungen und Veränderungen zulassen. Diese Veränderungen und Anpassungen wären aus Sicht des Change-Managements aber nötig gewesen, um auf die Herausforderungen, die sich während der Projektdurchführung zeigten, angemessen und schnell zu reagieren.

„War unser Verständnis von KVP ein deutlich flexiblerer, als das in so einem staatlichen, ich nenne es mal in Anführungsstrichen, Innovationsprogramm möglich ist. Weil ... Also, wenn ich was lerne, dann lerne ich was, und dann ändere ich am nächsten Tag mein Verhalten. Oder mein Programm.“ (UB01, Z. 611-615)

Change-Management in der Krankenkasse/ Bedarfsmanagement

Auf Seiten der *Krankenkasse* und dem darin eingebundene Bedarfsmanagement war das Change-Management nicht darauf ausgerichtet für interne Strukturveränderungen zu sorgen, sondern um die Schnittstelle zwischen Bedarfs- und Versorgungsmanagement zu implementieren. Aufgrund von systembedingten Einflussfaktoren, wie Datenschutzbestimmungen, Qualität der Routinedaten und mangelnden Ressourcen konnte die Krankenkasse das Bedarfsmanagement nicht in dem zu Beginn erhofften Umfang aufbauen. Hier konnte das externe Change-Management ebenso keinen Einfluss nehmen. Das Bedarfsmanagement hat dennoch indirekt durch die gemeinsamen Treffen und der daraus entstandenen Kooperationen profitiert.

„Weil sich letztendlich die Sichtweise einfach auch verändert, dadurch, dass man eben versucht kooperativ miteinander zu arbeiten. [...] Dass man sagt, wir machen jetzt mal nicht hier, wir sind der Player und der Payer und wir sagen jetzt hier, was gemacht wird. Sondern wir sagen, hier, wir haben die und die Idee, geht das überhaupt in der Praxis? Wie ist denn Ihre Meinung dazu? Wie würden Sie das denn anpacken? Das ist auch ein Stück weit Change.“ (BM2019, Z. 667-673)

So war das Hinzuziehen der Unternehmensberatung nach Meinung der Leitung des Bedarfsmanagements ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Projekt - insbesondere im Bereich der Kommunikation und Vermittlung zwischen den verschiedenen Interessen der Akteur:innen (Ärzt:innen, Versorgungsmanagement, Krankenkasse). So konnten die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den Akteur:innen, durch die Unternehmensberatung, als neutrale moderierende Partei, angestoßen werden.

„Ich glaube, aufgrund wirklich des fehlenden Know-hows, ne? Wie man an Ärzte in so einem Fall herangeht, wäre möglicherweise vielleicht sogar das Projekt gescheitert. Könnte ich mir vorstellen. Also ich glaube, die Beratungsfirma ist an der Stelle sehr wichtig gewesen, weil sie auch neutral war. Sie hat weniger Angriffsfläche bei den Ärzten geboten als möglicherweise das ein [Name GN] macht oder auch wir.“ (BM2019, Z. 693-698)

3.2.4 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Die zur Fokusgruppe der Ärzt:innen geplanten ergänzenden Einzelinterviews mit den „late adoptern“ sowie mit den „wenig aktiven“ Ärzt:innen wurden auf Telefoninterviews umgestellt, da sie in die derzeitige Höchstphase der Covid-19 Pandemie (März 2020 - Mai 2020) fielen. Alle Interviewpartner:innen (n = 9) dieser Erhebungswelle wurden ergänzend zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Praxen im Allgemeinen und im Besonderen auf das Projekt MamBo interviewt. Auch im Rahmen der im Juli 2020 stattgefundenen MoniKa-Fokusgruppe sowie den Expert:inneninterviews mit der VM-Leitung und BM-Leitung wurden die Auswirkungen der Pandemie auf die MamBo-Strukturen thematisiert.

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie werden im Folgenden anhand der identifizierten Hauptkategorien Auswirkungen auf die *Patient:innen*, Auswirkungen auf die *hausärztliche Praxis*, Auswirkungen auf die *Patient:inneneinschreibung*, Auswirkungen auf die *MoniKa-Intervention* und Auswirkungen auf das *Bedarfsmanagement* dargestellt.

Auswirkungen auf die Patient:innen

Bedingt durch die gebotenen Kontaktbeschränkungen in der kritischen Phase der Pandemie, hat der persönliche Patient:innenkontakt zu den Ärzt:innen abgenommen. Aus Angst vor Ansteckungen suchten insbesondere Risikogruppen, wie multimorbide ältere Patient:innen, ärztliche Praxen nicht auf. Ende Mai 2020 hat der persönliche Kontakt langsam wieder zugenommen. Die interviewten Ärzt:innen äußerten zudem Bedenken über ggf. nicht oder zu spät erkannte Erkrankungen. Auch bei der Inanspruchnahme der Dienstleistungen der Krankenkasse zeigte sich Zurückhaltung bei den Patient:innen. Dies zeigte sich auch noch nachdem die Kundenservicecenter wieder öffneten. Digitale Angebote, wie Videoberatungen, wurden von technikaffinen Kund:innen genutzt.

„Ja, natürlich, dass ... ja, dass die Prävention im Moment da drunter leidet und dass die Leute halt einfach Angst haben. Und dass die depressiven Patienten depressiver werden.“ (ET04, Z. 260-262)

„Die KSC waren ja viele Wochen auch geschlossen. Also, die Kundenservicecenter. Die sind zwar jetzt wieder geöffnet, wir spüren aber, dass auch die Kundenbesuche sehr zurückhaltend sind.“ (BM2020, Z. 288-290)

Die MoniKas berichteten über starke Belastungen für ihre Patient:innen und deren pflegenden Angehörigen. So sind bedingt durch die Corona-Pandemie unterstützende Strukturen wie zum Beispiel die Tagespflege weggebrochen.

„Ne, weil die Tagespfleger sind ausgefallen und dann war der Patient auf einmal die ganze Woche zuhause und das hat auch schon zu Konflikten in dem ein oder anderen Haushalt dann geführt, ne?“ (MoniKa2020, Z. 838-840)

Auswirkungen auf die hausärztliche Praxis

Um die hausärztliche Patient:innenversorgung trotz mangelnder persönlicher Kontakte aufrecht zu erhalten, wurden die Patient:innen überwiegend telefonisch und zum Teil über Videosprechstunden, Chats oder andere telemedizinischen Formate hausärztlich betreut. Die interviewten Ärzt:innen beschrieben eine vernachlässigte Versorgung von chronischen Patient:innen, zum Beispiel wurden Disease Management Programm-Kontrollen ausgesetzt. Notfälle und Covid-Infektionen standen im Fokus. Vorsorgeuntersuchungen, Prävention und Routine-Fälle rückten in den Hintergrund der Versorgung und mussten durch kontaktlose Formate kompensiert werden.

„Ja, das ist jetzt auch ... also, das ist jetzt insgesamt eigentlich, aber es ist nicht nur das, es ist alles ist weniger. Wir machen ja auch weniger Gesundheitsuntersuchungen, wir machen weniger elektive Untersuchung, weniger Prävention. Wir haben ja in den letzten Wochen eigentlich so mehr uns auf die Notfälle und auf die COVID-Patienten dann so ein bisschen fokussiert leider.“ (ET04, Z. 253-258)

Als großes Problem wurde angesehen, dass nicht alle Patient:innen, insbesondere ältere Patient:innen mit erhöhtem Versorgungsbedarf, einen Zugang zu digitalen Angeboten haben. Die interviewten Ärzt:innen teilten zudem die Erfahrung von einem sehr hohen Zeitaufwand für Telefonate und von Zurückhaltung am Telefon mit, wodurch die Anamnese erschwert war. Gleichzeitig sei der Gesprächsbedarf der Patient:innen besonders hoch.

„Es wird deutlich rückläufig, aber es war zeitweise, war es schon viele Telefonate am Tag, sehr viele Rückfragen, es war eine ziemlich anstrengende Zeit, wobei die Patientenzahl ja zurückgegangen ist, aber die Arbeit nicht weniger wurde dadurch, nur anders.“ (ET05, Z. 261-264)

Die Praxisstrukturen mussten den Bedingungen der Corona-Pandemie entsprechend angepasst werden. Dies erforderte auch bei den Interviewten sowohl eine räumliche als auch eine organisatorische Umstrukturierung. So wurden gesonderte Infektionssprechstunden eingerichtet, um so den Kontakt zu infektiösen Patient:innen zu vermeiden.

„Dann muss natürlich ... die Patienten müssen draußen warten, 1 Meter 50 Abstand im Wartezimmer, dass die so weit genug auseinander sind, das ist alles Organisationsproblematik. Geht aber. Da haben wir uns jetzt dran gewöhnt. Das geht. So, mittlerweile geht das. Und es wird jetzt auch ruhiger.“ (T04, Z. 691-695)

Auch müssen Hygiene und Schutzmaßnahmen, wie das Tragen von Masken und Schutzkleidung, gewährleistet werden. Der Zugang zu Masken und Schutzkleidung für das Praxispersonal sei zunächst allerdings erschwert gewesen, wodurch die Praxisabläufe bei den Interviewten zunehmend gehemmt waren. Als herausfordernd zeigte sich auch die Umstellung auf eine kontaktlose Patient:innenversorgung. Die technische Ausstattung musste entsprechend ausgebaut werden, wie zum Beispiel das Einrichten von zusätzlichen Telefonnummern. Insgesamt erwies sich die Umstrukturierung der Praxisstruktur und die Organisation als sehr ressourcenintensiv.

„Die werden halt von uns jetzt zusätzlich informiert, dass auch die Praxis durch zusätzliche Telefonnummern erreichbar ist, weil halt die Belastung über die alte Telefonnummer zu hoch ist. Da kommen ja alle nicht durch. Also wir haben noch eine jetzt generiert, und das müssen die halt alle erfahren, das war das, was wir jetzt diese Woche noch gemacht haben.“ (T03, Z. 173-177)

„Es beeinflusst die Praxisarbeit schon enorm, weil ganz andere Schutzmaßnahmen, mehr Patientenabstände, keine Patienten, die direkten Kontakt haben, die Abstandsregelung, Desinfektion, also es ist sehr viel aufwendiger, ne?“ (ET05, Z. 254-257)

Auswirkungen auf die Patient:inneneinschreibung

Bedingt durch die Covid-19-Pandemie tritt das Projekt MamBo zunehmend in den Hintergrund des Praxisalltags. Aufgrund der veränderten, kontaktlosen Versorgungsabläufe fanden v.a. im Zeitraum zwischen März bis Juni 2020 nahezu keine neuen Patient:inneneinschreibungen bei den interviewten Ärzt:innen statt.

„Von daher mit den Einschreibungen, das machen wir natürlich nur, wenn die Patienten in der Praxis sind. Also, jetzt, das kann man ja auch schlecht telefonisch. Also, ich denke, die werden jetzt dann einfach wahrscheinlich etwas zurückgehen, die Einschreibezahlen. Da einfach dadurch bedingt.“ (ET03, Z. 369-373)

Die eingebrochene Patient:inneneinschreibung war jedoch aufgrund der zu diesem Zeitpunkt bereits erreichten Soll-Fallzahl nicht von Bedeutung für die Evaluation des Versorgungsmodells.

Auswirkungen auf die MoniKa-Intervention und das Versorgungsmanagement

Aktive MamBo-Patient:innen wurden während der Höchstphase der Pandemie im Frühjahr 2020 weiterhin telefonisch durch die MoniKas betreut. Diese Form der Betreuung wurde von den aktiven Patient:innen gut angenommen. Die Betreuung konnte weiterhin ohne größeren Leistungsverlust gewährleistet werden. So berichtete das Versorgungsmanagement zum Beispiel davon auch telefonisch den Bedarf an wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erfassen zu können. Dennoch konnten bestimmte Aufgaben wiederum, wie Hilfestellungen beim Ausfüllen von Anträgen, in dieser Phase nicht von den MoniKas übernommen werden.

„Selbst, wir beraten ja auch zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen. Das liegt aber einfach wirklich an den Kompetenzen der Menschen. Die haben das dann telefonisch gemacht, sind mit den sozusagen durch die Wohnung gegangen, haben das abgefragt und haben dadurch auch die Anträge erledigen können. Also, das hat alles irgendwie telefonisch super funktioniert. Die Patienten haben sich auch drauf eingelassen.“ (VM2020, Z. 601-606)

Auch hatte sich der Aufgabenschwerpunkt der Monikas verschoben. So mussten Patient:innen sowie Angehörige verstärkt emotional betreut werden. Auf der einen Seite sind während der Corona Pandemie zahlreiche Versorgungsanbieter:innen des MoniKa Netzwerkes weggebrochen, die überbrückt werden mussten. Betroffen war die Tagespflege, Altentagesstätten, Demenz Kaffees, 24 Stundenpflege, Betreuungsdienste, Kurzzeitpflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.

Darüber hinaus boten Pflegedienste Ihre Leistungen nur noch eingeschränkt an und vollstationären Pflegeeinrichtungen hatten einen Aufnahmestopp. Auf der anderen Seite wurde das Netzwerk der Monikas während der ersten Welle der Pandemie und zum Teil darüber hinaus um Initiativen der Nachbarschaftshilfe, konfessionelle Einrichtungen und Lebensmittelläden erweitert. Im Rahmen der telefonischen Betreuung war die MoniKa-Intervention zunehmend auf die Unterstützung der Angehörigen angewiesen, um zum Beispiel die Kontrolle des Körpergewichts aufrecht zu erhalten.

„Die ganzen Pflegedienste, Betreuungsdienste, die Tagespflegen sind weggebrochen. Also, das war zu Beginn der Pandemie ein ganz großer Einknick. Da waren ganz große Unsicherheiten bei Patienten, bei Angehörigen. Da ist ja so viel zusammengebrochen, wo man dann wirklich auch schnellstmöglich gucken musste, wie kann man Ersatz schaffen, ne? Und wie können die Menschen eben versorgt werden, dass es auch gut zuhause läuft. Ja, das war ganz aufregend.“ (MoniKa2020, Z. 345-350)

Die Erfahrungen aus der ersten Welle der Pandemie ließen die Interviewten erkennen, dass ein persönlicher Patient:innenkontakt zwar nicht ersetzbar und weiterhin notwendig sei, doch auch einige Aufgaben telefonisch übernommen werden könnten.

„Wirtschaftlichkeit zu machen, kann man ganz viel von zuhause aus machen, nichtsdestotrotz ist der Hausbesuch schon auch ganz wichtig, um noch mal den Blick in die Häuslichkeit zu haben, aber man kann ganz viel telefonisch organisieren und auch so im Hintergrund machen.“ (MoniKa2020, Z. 1327-1330)

Eine weitere MamBo-Struktur die wegfiel, war der persönliche Kontakt zu den Ärzt:innenpraxen. Auch wenn der Kontakt hier nicht weiter aufrechterhalten werden konnte, berichten einige Ärzt:innen von weiterhin eingehenden MoniKa-Berichten und dem Fortlaufen der MoniKa-Strukturen.

„Auch die Monikas fahren ja da jetzt auch nicht mehr raus. Also, ich hab da jetzt noch kein Feedback von den Leuten bekommen. Ich hab jetzt ein paar MoniKa-Befunde gelesen, was telefonisch so erhoben wurde, aber ich glaube, das ist jetzt zwar für diese Zeit eine gute Lösung, aber es ersetzt nicht, aus meiner Sicht, dieses nach Hause gehen und sich das angucken.“ (ET04, Z. 216-221)

MoniKa-Aufträge durch die Ärzt:innen oder eine Anfrage auf aktive telefonische Unterstützung durch die Monikas erfolgten bei den Interviewten während der Pandemie im Frühjahr

2020 nicht. Durch das gemeinsame Interviewgespräch über Covid-19 und MamBo wurden einige Interviewten allerdings auf eine mögliche Unterstützungsleistung durch die Monikas aufmerksam.

„Also, wenn da jetzt was zu klären war, haben wir das selber geklärt. Ist natürlich die Frage, wenn das jetzt länger wird, ob das vielleicht einfach aktuell ist und man sagt, Mensch, da ist einfach viel Gesprächsbedarf, da könnte man die MoniKa noch mal mit dazu ziehen. Also ist auf jeden Fall gut, diese Option zu haben, aber wir haben sie jetzt zumindest in den letzten Wochen nicht gezogen. Aber trotzdem ist es gut, das zu haben. Gerade wenn das jetzt länger dauert. Weil da gerade die Personen, die natürlich alleine sind, das wird ja jetzt auch ein zunehmendes Thema werden, vielleicht dann auch noch mal ein Ansprechpartner zu haben.“ (ET03, Z. 395-403)

Auswirkungen auf das Bedarfsmanagement

Die Strukturen des Bedarfsmanagement wurden in im Verlauf des Projektes nicht weiter genutzt. So hatte die Corona-Pandemie keinen Einfluss auf die Strukturen des Bedarfsmanagement.

„Also wenn ich ... ja, wenn ich jetzt genau auf das Bedarfsmanagement schaue, traue ich mich ja fast gar nicht zu sagen, glaube ich aber, dass es sich darauf gar nicht ausgewirkt hat. Das liegt aber daran, was ich vorher erwähnte. Dass wir eben das Bedarfsmanagement vielleicht gar nicht so aktiv gelebt haben wie es wir es eigentlich wollten. Und deshalb hat sich das, jetzt ganz speziell auf das Bedarfsmanagement, haben wir Corona nicht gespürt.“ (BM 2020, Z. 269-274)

3.2.5 Zusammenfassung und Diskussion

Im Rahmen der Prozessevaluation konnten über die Projektlaufzeit zu verschiedenen Zeitpunkten Interviews und Fokusgruppen mit A) MamBo-Ärzt:innen B) Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement und C) den externen Unternehmensberater:innen erfolgen. Diese ermöglichten eine Beurteilung des Implementierungsprozesses, der Nützlichkeit des Changemanagements und der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Implementierung und Nutzung des Versorgungsmodells MamBo.

Implementierungsprozess und nachhaltige Implementierbarkeit der Strukturen

Für die Bewertung des Implementierungsprozesses und die nachhaltige Implementierbarkeit der MamBo-Strukturen wurde einerseits der Vergleich der Interviews von „early adoptern“ mit „late adoptern“ und andererseits die Perspektive der Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement hinzugezogen. Ergänzend erfolgte eine Betrachtung von „wenig aktiv“ einschreibenden Ärzt:innen, die vom RGL anhand der Anzahl der Patient:inneneinschreibung als solche definiert wurden.

Aus den Interviews wurde deutlich, dass die Innovation an der ersten Versorgungsebene ansetzt. So sind es die Hausärzt:innen, die Patient:innen in das Versorgungsmodell MamBo einschreiben und die Versorgung durch eine MoniKa initiieren. Die Fachärzt:innen nehmen bis zum Ende der Projektlaufzeit eine passive Rolle ein. Diese fungieren als „Empfehlende“, die

potentielle MamBo-Patient:innen an die jeweiligen Hausärzt:innen weiterleiten oder beteiligten sich als Expert:innen im Rahmen der KVP-Workshops zu den Themen „Herzinsuffizienz“ und „COPD“. Auch die im letzten Jahr interviewten Fachärzt:innen äußerten Unsicherheiten über ihre Rolle – diese möchten nicht in eine Konfliktsituation mit den behandelnden Hausärzt:innen geraten, die Versorgungskoordination von multimorbiden Patient:innen läge in deren Hand.

Diese Entwicklung stellt auch eine Erklärung für die geringere Anzahl an eingeschriebenen Patient:innen durch „weniger aktiven“ Ärzt:innen dar. So berichten zwei Interviewte, dass eine Vielzahl ihrer Patient:innen nur fachärztlich und nicht hausärztlich betreut werden, wodurch ihnen potenzielle MamBo-Patient:innen zugeschrieben werden, die nicht ihre Patient:innen sind. Deren Einschreibung müsse bei den jeweiligen Hausärzt:innen erfolgen. Die Betreuung von MamBo-Patient:innen und Nutzung der MoniKa-Intervention durch Fachärzt:innen erfordere eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen. Die Komplexität und der Ressourcenaufwand dafür erwiesen sich jedoch als zu hoch, insbesondere vor dem Hintergrund einer fehlenden digitalen Vernetzung der Ärzt:innen. Außerdem zeigte sich im Rahmen der Telefoninterviews mit „weniger Aktiven“, dass die Einschreibquote innerhalb von Gemeinschaftspraxen mit den Zuständigkeitsbereichen zusammenhängt. So kann es sein, dass zwei Ärzt:innen aus einer Gemeinschaftspraxis an dem Projekt MamBo teilnahmen, aber nur einer oder eine von ihnen für die Einschreibung der Patient:innen verantwortlich war. Auch wenn den „weniger Aktiven“ weniger präsent war, waren diese dem Versorgungsmodell gegenüber insgesamt ebenso positiv eingestellt wie die „early und late adopter“. Wobei bei den „early adoptern“ noch mehr die Probleme des Versorgungsmodells im Fokus standen.

Beruhend auf der Theorie Rogers wurde angenommen, dass die MamBo-Strukturen im Verlauf des Projektes stärker in der Region etabliert sind und dies die Implementierung sowie nachhaltige Nutzung der Intervention insbesondere für „late adopter“ erleichtert wird. Diese theoretische Annahme zeichnete sich bereits in den Prozessdaten ab und wurde durch die geführten Interviews im Rahmen der Prozessevaluation für die Strukturelemente „MoniKa-Intervention“ sowie dem „Versorgungsmanagement“ bekräftigt.

So beobachtete das Versorgungsmanagement im Verlauf des Implementierungsprozesses zum einen ein routiniertes Vorgehen bei der Patient:inneneinschreibung und zum anderen ein besseres Verständnis gegenüber der MoniKa-Intervention seitens der Ärzt:innen. Die Strukturen von MamBo wurden im Verlauf, unterstützend durch kontinuierliche Verbesserungsprozesse, gefestigt:

Aufgaben der MoniKas wurden unter Beteiligung von MamBo-Ärzt:innen genauer definiert und im Verlauf standardisiert. Es erfolgte eine klare Abgrenzung von anderen Leistungsanbietenden, indem das Versorgungsmanagement sein Team und die Arbeitsorganisation effizient aufgebaut und professionalisiert hat, Kommunikationsstrukturen zwischen Versorgungsmanagement und ärztlichen Praxen wurden entsprechend des Bedarfs entwickelt und Praxismitarbeitende wurden u.a. über den Nutzen von MamBo geschult (KVP-Workshops). Im Verlauf konnten die Ärzt:innen von einem immer effizienter gestalteten Versorgungsmodell, mit klarem Mehrwert für die MamBo-Zielgruppe profitieren.

Diese Entwicklung zeigte sich vor allem im Vergleich der Teilnahmemotivation und dem Einschreibeverhaltens der interviewten Ärzt:innengruppen („early vs. late adopter“). Während sich die Motivation bei den „early adoptern“ auf vielfältige Erwartungen (u.a. Work-life-Balance, Patient:innenversorgung) und monetären Anreize an das Versorgungsmodell MamBo

stützten standen bei den „late adoptern“ die häusliche und ganzheitliche Patient:innenversorgung im Fokus. Frühere, negative Projekterfahrungen nahmen bei den „late adoptern“ einen größeren Einfluss auf die Teilnahmeintention und stellten, einen Grund für die anfänglicher Zurückhaltung dar.

Sowohl die Prozessdaten als auch das Interview bzw. Fokusgruppe mit den „late adopter“ zeigen, dass die Ärzt:innen der „late adopter“-Gruppe fokussierter Patient:innen mit Bedarf an der MoniKa-Intervention einschreiben. Dies könnte darauf zurück zu führen sein, dass sich die Aufklärung der Ärzt:innen durch das Versorgungsmanagement aufgrund der gefestigteren Strukturen verbessert hat und sichtbarer wurde, für welche Zielgruppe die Innovation nützlich ist. Interviewte des Versorgungsmanagements berichteten, dass die Patient:inneneinschreibung in den Anfängen des Projektes sehr stark mit dem Erreichen der Fallzahlen verbunden war. Der Nutzen der Intervention (hier: präventiver Vorteil) für MamBo - Patient:innen, die zunächst keinen zusätzlichen Versorgungsbedarf durch eine MoniKa aufwiesen, war für viele „early adopter“-Ärzt:innen nicht ersichtlich. Ein nicht erkennbarer Vorteil und eine fehlende Beobachtbarkeit von Effekten erschweren die Innovationsannahme. Während sich Ärzt:innen der „early adopter“-Gruppe bei der Patient:inneinschreibung, insbesondere in Fällen von noch „fitten“ Patient:innen, schwer taten, schien den „late adoptern“ die Einschreibung und Auswahl von Patient:innen leichter zu fallen. Aufgrund der gefestigten Strukturen und mit Rückblick auf die Prozessdaten ist jedoch auch davon auszugehen, dass die Ärzt:innen der „early adopter“-Gruppe im späteren Projektverlauf MoniKa-Patient:innen für die Einschreibung fokussierten.

Bezugnehmend auf die theoretische Grundlage nach Rogers, kann angenommen werden, dass bei einer klaren Kommunikation des Mehrwerts die relativen Vorteile durch die Implementierung von MamBo beobachtbar und Fehlanreize reduziert werden. Dies könnte die Verschiebung des Fokus der beiden Gruppen, von Problemen („early adopter“) auf die ganzheitliche Patient:innenversorgung („late adopter“) erklären. Insgesamt wirkten sich die persönliche Praxisbesuche, Aufklärungsgespräche und regelmäßige Erinnerungen durch das Versorgungsmanagement positiv auf die Annahme der Innovation auf Seite der Ärzt:innen aus.

Während Strukturen mit geringerer Komplexität und klar spürbarem Mehrwert über die gesamte Projektlaufzeit beansprucht (hier: MoniKa-Intervention und Versorgungsmanagement) und von den Ärzt:innen angenommen wurde, konnten weniger priorisierte und komplexer Strukturen, dessen Mehrwert nicht unmittelbar spürbar war (hier: das Bedarfsmanagement), nicht standhalten.

So führten auf Ebene des operativen Managements eine nicht beständige Kommunikation zwischen dem Bedarfs- und Versorgungsmanagement im Verlauf zur Vernachlässigung der aufgebauten Bedarfsmanagement-Strukturen seitens der Krankenkasse. Als hierfür mögliche Ursachen konnten die doppelte Rollenbesetzung des Bedarfsmanagement (Bedarfsmanagement + Projektleitung) und die damit einhergehenden mangelnden Ressourcen sowie fehlende Ressourcen ausgehend vom Versorgungsmanagement, die Bedarfsanalysen anzustoßen, identifiziert werden. Zu vermuten ist, dass sich eine längere Begleitung der Unternehmensberatung förderlich auf die Aufrechterhaltung der Bedarfsmanagement-Strukturen ausgewirkt hätte. So fehlten den Akteur:innen des Managements ein regelmäßiger Anstoß von außen, welcher sich beim Implementierungsprozess der MamBo-Strukturen in den ärztlichen Praxen als förderlich erwies. Dennoch wird die Kombination aus einem Versorgungs- und Bedarfsmanagement von den Interviewten operativen Akteur:innen als sehr wertvolles und in-

novatives Modell beschrieben an dessen Mehrwert für die ambulante Versorgung festgehalten wird. So könnte insbesondere das Bedarfsmanagement als Aufgabe der Krankenkasse förderlich für die Beziehung zwischen Leistungserbringenden und Kostenträgern sein.

Entsprechend der Vernachlässigung auf Managementebene konnte das Strukturelement „Bedarfsmanagement“, wie es in der Projektkonzeption vorgesehen war, auch nicht von den MamBo-Ärzt:innen wahrgenommen werden – und somit auch kein Anstoß zu einer kassenseitigen Bedarfsanalyse aus Richtung der Leistungserbringenden erfolgen. Nur wenige und ausschließlich Fachärzt:innen nahmen an den KVP-Workshops zu den, aus der Bedarfsanalyse der Krankenkasse hervorgehenden Themen, „COPD“ und „Herzinsuffizienz“ teil. So waren an der Entwicklung des Instruments „Herzinsuffizienz“ keine Ärzt:innen beteiligt, die die MoniKa-Intervention in Anspruch nahmen. Die interviewten Hausärzt:innen nahmen das Instrument „HI-Monitoring“ entweder nur sehr selten in Anspruch oder haben keinen akuten Bedarf an einer Unterstützung bei der Versorgung von Herzinsuffizienz Patient:innen gesehen. Einigen Hausärzt:innen war das Produkt nicht einmal bekannt. Hier zeigt sich ein mangelnder Informationsfluss auf Managementebene. Ein Ergebnis aus den Workshops zum Thema „COPD“ wurde nicht in den Interviews kommuniziert – das Thema rückte ebenso in den Hintergrund. Die Ressourcen im Projekt, personell, finanziell wie zeitlich, reichten nicht aus, um die Säule des Bedarfsmanagement aufrecht zu erhalten.

Ebenso war die Aufrechterhaltung der Netzakte als Lösung für Schnittstellenprobleme aufgrund ihrer hohen Komplexität und zu hohem Ressourcenaufwand bei vergleichsweise geringem Nutzen (Doppeldokumentationen, Fehler in der Anwendung) nicht gelungen. Mit dem Wegfall der Netzakte ging der Vorteil des Versorgungsmodells, Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen untereinander und mit dem Versorgungsmanagement digital zu vernetzen, verloren. Der Vorteil einer solchen Lösung wurde jedoch von allen gesehen und der Ausbau gewünscht.

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass das angestrebte Verfahren zur Rekrutierung von Teilnehmern für die ärztlichen Interviews und Fokusgruppen nach dem Prinzip des "purposful sampling" aufgrund einer geringeren Fallzahl als geplant nicht durchgeführt werden konnte. Dies erschwerte auch die differenzierte Betrachtung von „early adoptern“ und „late adoptern“ – es war nicht möglich, zu einem bestimmten Zeitpunkt genügend Zielpersonen für die Teilnahme in dem aus Sicht der Evaluator:innen gewünschten Umfang zu rekrutieren. So erfolgte die zweite Fokusgruppe mit „early adoptern“ sieben Monate später als die erste Fokusgruppe. Es ist anzunehmen, dass die Teilnehmenden der zweiten Fokusgruppe aufgrund eines späteren Zeitpunktes im Projekt auch bereits ein routiniertes Vorgehen in gefestigteren Strukturen aufwiesen. Eine zweite Fokusgruppe mit „late adoptern“ konnte aufgrund des bereits sehr vorangeschrittenen Zeitpunkts im Projekt nicht mehr realisiert werden. Aufgrund des verspäteten Projektstarts, personellen Veränderungen und einem hohen Ressourcenaufwand für die Ethikkommissionen verzögerte sich auch die erste Erhebungswelle mit den operativen Akteur:innen des Bedarfs- und Versorgungsmanagement. Die gewonnen Erkenntnisse sind dennoch als ausreichend gewinnbringend einzuschätzen.

Nützlichkeit des Change-Managements

Auf Grundlage der Interviews mit den Akteur:innen des Versorgungs- und Bedarfsmanagement sowie mit der Unternehmensberatung erwies sich die Begleitung des Implementierungsprozesses durch ein externes Change-Management für das Versorgungsmodell MamBo als

nützlich. Dies zeigte sich insbesondere auf konzeptioneller und organisatorischer Ebene und im Aufbau der Strukturen im Versorgungs- und Bedarfsmanagement.

Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Projektbeteiligten konnte durch spezifische Methoden der Unternehmensberatung, wie Moderation und Mediation, gefördert und verbessert werden. Die Unternehmensberatung verfolgte die Strategie, Kompetenzen zu vermitteln und die Projektbeteiligten für ein nachhaltiges Projektmanagement zu befähigen. Die KVP-Workshops erwiesen sich als geeignetes Instrument um Ziele und Strategien kooperativ und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Interessen (VM, BM, Ärzt:innen) zu entwickeln.

Weniger erfolgsversprechend zeigte sich der Einfluss des extern begleiteten Change-Managements für die Optimierung interner Strukturen in den Praxen niedergelassenen Ärzt*innen. Dies zeichnete sich bereits in der Anfangsphase des Projekts ab. Als mögliche Erklärung erwägen die Interviewten fehlende finanziellen Anreize für die Prozessoptimierung in den eigenen Praxen. Das Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung kann die Motivation zur Veränderung eher hemmen als fördern. In diesem Zusammenhang scheint nur eine zusätzliche Vergütung für Ärzte attraktiv zu sein. Die Veränderungsbereitschaft in den Praxen - die MamBo-Strukturen anzunehmen - wurde jedoch durch Maßnahmen des Versorgungsmanagement angestoßen (KVP-Workshops, Feedbackschleifen, Vertrauensförderung, regelmäßiger Praxiskontakt). Durch die effiziente Ausstattung des MamBo-Teams im Versorgungsmanagement mit Kompetenzen konnten die Ärzt:innen als Nutzer:innengruppe von einem entsprechend angepassten und bedarfsorientierten Versorgungsmodell profitieren.

Auswirkungen der Coronapandemie

Wie bereits aus den Prozessdaten hervorgehend, fand während der ersten Pandemie Phase im Frühjahr (später auch in der zweiten Welle) ausschließlich eine telefonische Patient:innenbetreuung durch die MoniKas statt. Die MoniKas sowie die Leitung des Versorgungsmanagement berichteten über einen erhöhten Bedarf an emotionaler Unterstützung und eine Verschiebung relevanter Versorgungsbedarfe. Neben Ängsten vor der Erkrankung an Corona, brachen zahlreiche ambulante Strukturen für die Versorgung multimorbider Patient:innen weg (u.a. Tagespflege, Demenz Kaffee, 24 Stundenpflege, Betreuungsdienste, Einschränkungen bei Pflegediensten etc.). Dafür wurde das Netzwerk der MoniKas um Nachbarschaftshilfen, konfessionelle Einrichtungen und Lieferdiensten erweitert. Patient:innen die vor der ersten Welle der Pandemie bereits die MoniKa-Versorgung in Anspruch nahmen wurden stets weiter von den MoniKas betreut. Die Interviewten verdeutlichen die Relevanz der MoniKa-Intervention in solchen Krisenphasen. In den ärztlichen Praxen wurden während der ersten Welle der Pandemie kaum weiteren Patient:innen in das Versorgungsmodell eingeschrieben. Einerseits fehlten die Kapazitäten und andererseits vermied genau die MamBo-Zielgruppe den Praxisbesuch in dieser Zeit. Da das Einschreibesoll an Patient:innen bereits erreicht wurde, hatte dies keine Auswirkung auf den Projektverlauf. Den Prozessdaten entnehmend, erfolgten dennoch weiterhin vereinzelte Patient:inneneinschreibungen und MoniKa-Aufträge bei neu eingeschriebenen Patient:innen durch die Ärzt:innen. Gleichzeitig fielen regelmäßige Praxisbesuche durch den Außendienst des Versorgungsmanagements weg. Die für die Implementierung bzw. nachhaltige Nutzung der Strukturen förderlichen regelmäßige Erinnerungen erfolgten somit in dieser Phase des Projektes nicht. Da die Strukturen des Bedarfsmanagement nicht weiter unterstützt wurden, hatte die Pandemie hier keine negative Auswirkung. Die Durchführung von KVP-Workshops wurde unterdessen in Phasen der Kontaktbeschränkungen ausgesetzt, jedoch sobald wie möglich wieder aufgenommen (siehe Prozessdaten KVP).

3.3 Effektevaluation

3.3.1 Praxisbefragung

Ärzt:innenbefragung

Tabelle 18 liefert eine dezidierte Übersicht über die Anzahl an befragten nicht-teilnehmenden und -teilnehmenden Ärzt:innen, den Selektionsfaktoren und deren relative Anteile insgesamt sowie zueinander.

Tabelle 18: MamBo-Rücklauf Ärzt:innenbefragung

<i>Selektionsfaktor</i>	<i>Anzahl</i>	<i>% Gesamt Ein- schreibungen</i>	<i>% verschickten EVs und Fragebö- gen</i>	<i>% t0 Fragebogen</i>
MamBo-Ärzt:innen				
MamBo-Ärzt:innen	44	100 %		
EV und Fragebogen verschickt	43	97,73 %	100 %	
t0 Fragebogen	28	63,64 %	65,21 %	100 %
t0 & t1 Fragebogen	19	43,18 %	44,19 %	67,86 %
Nicht-teilnehmende Ärzt:innen				
EV und Fragebogen verschickt	32	-	100 %	-
t0 Fragebogen	5	-	15,63 %	100 %

Die Netto-Responserate der t0 Befragung von MamBo-Ärzt:innen beträgt 65,21 % und die Netto-Panel-Attrition liegt bei 32,14 %. Insgesamt sind 28 MamBo-Ärzt:innen t0 Fragebögen eingegangen, von denen 19 einen t1 Fragebogen zugeordnet werden kann. 5 Ärzt:innen mit Mitgliedschaft im RGL nahmen an der nicht-teilnehmenden-Befragung teil.

Tabelle 19: MamBo-Ärzt:innen Stichproben

Merkmal	Prozent/ Mittelwert	n
Alter		
≤ 40 Jahre	10,71 %	3
41-59 Jahre	64,29 %	18
≥ 60 Jahre	25 %	7
Gesamt	MW: 55,5 Jahre	28
Geschlecht		
Weiblich	35,71 %	10
Männlich	64,29 %	18
Berufserfahrung		
≤ 10 Jahre	22,22 %	6
11-29 Jahre	62,96 %	17
≥ 30 Jahre	14,82 %	4
Gesamt	MW: 18,3 Jahre	27
Praxis		
Einzelpraxis	25 %	7
Gemeinschaftspraxis	75 %	21
Anzahl MFA		
≤ 5	42,86 %	12
6-9	35,71 %	10
≥ 10	21,43 %	6
Gesamt	MW: 7 MFA	28
Prä befragte Ärzt:innen (t0)		
Alter	MW: 59,11 Jahre	9
<u>Geschlecht</u>		
Weiblich	33,33 %	3
Männlich	66,66 %	6
Berufserfahrung	MW: 19,5 Jahre	8
Prä-Post befragte Ärzt:innen (t0+t1)		
Alter		

<u>Geschlecht</u>	<i>MW: 53,79 Jahre</i>	19
Weiblich		
Männlich	36,84 %	7
Berufserfahrung	63,16 %	12
	<i>MW: 17,84 Jahre</i>	19

Tabelle 19 beschreibt die Merkmalsverteilung soziodemografischer Daten der Ärzt:innen-Stichprobe. Das Durchschnittsalter aller befragten Ärzt:innen liegt bei 55,5 Jahren, rund zwei Drittel der Befragten sind männlich, im Durchschnitt sind alle Ärzt:innen seit 18,3 Jahren im Beruf, 75 % sind in einer Gemeinschaftspraxis tätig und beschäftigen im Durchschnitt sieben Praxismitarbeitende (MFAs). Es bestehen nur geringe, statistisch nicht signifikante Unterschiede in der Altersverteilung, der Geschlechtsverteilung und der Verteilung der Berufserfahrung zwischen prä (t0 (n = 9)) befragten und prä-post befragten (t0 & t1 n = 19) Ärzt:innen.

Das Durchschnittsalter liegt in der Gruppe der Prä- Befragten bei ca. 59 Jahren und in der prä-post Befragten-Gruppe gerundet bei 54 Jahren. In beiden Gruppen nahmen ca. 30 % mehr männliche Ärzt:innen an der Befragung teil. Die durchschnittlichen Jahre an Berufserfahrung unterscheidet sich um ca. 1 Jahr (19,5 vs. 17,84 Jahre).

Im Rahmen der Ärzt:innenbefragung wurde die persönliche Veränderungsbereitschaft erhoben (Oreg et al. 2008). Die Kennzahl gibt die Ausprägung an, wie sehr die Befragten nach Routine streben - je höher der Wert, desto größer der Wunsch nach Routine und desto geringer die Veränderungsbereitschaft (Summenwert 5 – 30). Insgesamt zeigt sich im Durchschnitt eine eher mäßige Veränderungsbereitschaft in der Ärzt:innenstichprobe (MW 13,64, n = 28). Die Skala besteht aus fünf Fragen und bildet mit einem Cronbachs alpha von .74 die Veränderungsbereitschaft in der Stichprobe ausreichend ab. Anzunehmen ist, dass prä-post-befragte Ärzt:innen eine höhere Veränderungsbereitschaft zeigen, als Ärzt:innen, die nur an der t0 Befragung teilnahmen. Es konnte nur geringe Unterschiede beobachtet werden (MW t0 Befragte = 14,22; n = 9; MW t0+t1 Befragte = 13,36; n = 19), welche sich als nicht signifikant erwiesen ($t(26) = -0,5201$; $p = 0,674$; n = 28). Es konnten auch keine Unterschiede der Veränderungsbereitschaft in Abhängigkeit des Alters beobachtet werden.

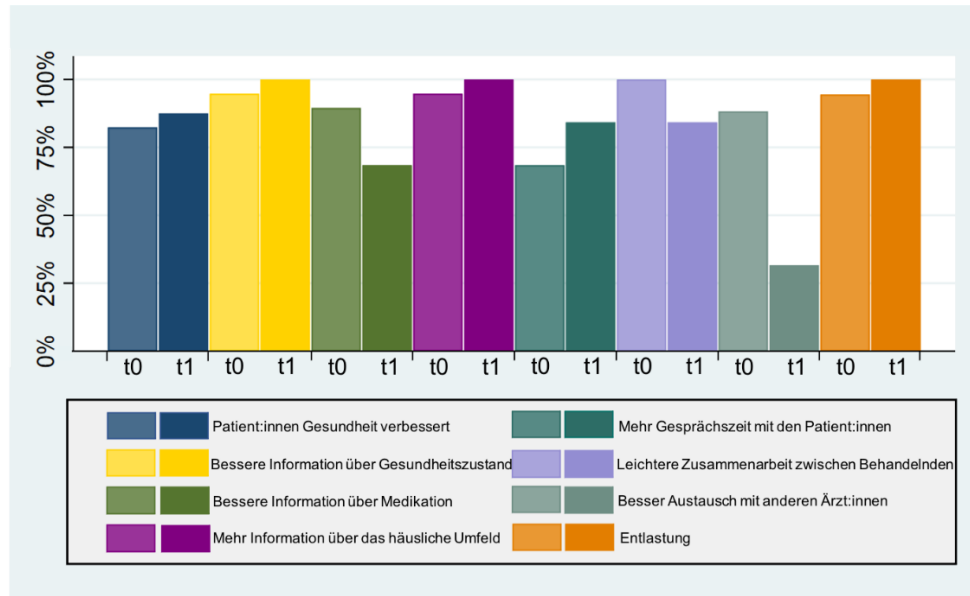
Effektevaluation

Für die Ärzt:innen wurde angenommen, dass mit der Teilnahme am Versorgungsmodell eine Entlastung der Arztpraxis, ein Informationsgewinn auf Seite der Ärzt:innen sowie eine verbesserte Ressourcenallokation einhergeht. Sowohl eine Unterscheidung zwischen „early adopter“ Praxen und „late adopter“ Praxen als auch eine Wirksamkeitsanalyse mit differenzierter Betrachtung der prä-post befragten Ärzt:innen konnte aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht erfolgen. Die Effektevaluation aus Perspektive der teilnehmenden MamBo-Ärzt:innen basiert somit auf den prä-post Vergleichen der Verteilungen und der Mittelwerte ausgewählter Merkmale.

In der t0 Befragung wurde direkt erfragt, welche Erwartungen die Ärzt:innen an das Versorgungsmodell haben und in der t1 Befragung, ob sich entsprechende Bereiche verbessert haben. In Abbildung 18 wird die Zustimmung zu den Erwartungen t0 (linke Balken) und jeweils die Zustimmung einer eingetretenen Verbesserung t1 (rechte Balken) aufgezeigt. Abgebildet

sind die Anteile an Ärzt:innen, die den genannten Merkmalen „eher zustimmten“ und „voll und ganz zustimmten“.

Abbildung 18: Erwartungen der Ärzt:innen an MamBo (t0) vs. deren Bewertungen nach Teilnahme (t1)



Insgesamt deutet Abbildung 18 an, dass das Versorgungsmodell einen direkt erfahrbaren positiven Einfluss hat und die Erwartungen überwiegend erfüllt wurden. So stimmen zum Beispiel alle Ärzt:innen zu, dass sie durch MamBo besser über den Gesundheitszustand der Patient:innen informiert sind, mehr Informationen über das häusliche Umfeld erhalten und sie durch MamBo entlastet werden. Hingegen stimmten weniger Ärzt:innen nach der Teilnahme eine verbesserter Informationen über die Medikation zu, als es Ärzt:innen vor der Teilnahme erwarteten. Auch zeigt sich ein geringerer Anteil an Ärzt:innen, die einer Verbesserung im Austausch mit anderen Ärzt:innen zustimmten (31,58 %). Zu t1 wurden zusätzlich die Merkmale „Kritische Situationen können durch MamBo früher erkannt werden“ und „durch MamBo erhalte ich unkomplizierte Hilfe für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf“ erhoben, welchen jeweils 94,74 % der Befragten zustimmten.

Abbildung 19 zeigt den Anteil der Zustimmungen besonders attraktiver MamBo-Elemente vor (jeweils linker Balken) und nach der Teilnahme (jeweils rechter Balken) am Versorgungsmodell. Alle Prä-Post befragten empfanden die Monika-Intervention sowohl zum Zeitpunkt t0 als auch zum Zeitpunkt t1 als besonders attraktives Element des Versorgungsmodells.

Abbildung 19: Besonders attraktive Elemente vor und nach MamBo-Teilnahme

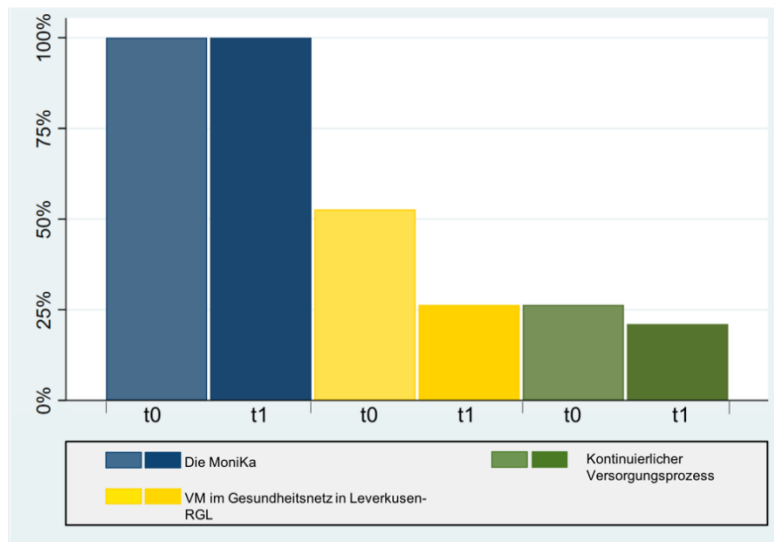


Abbildung 19 gibt einen Hinweis darauf, dass sich die MamBo-Struktur auf die erfolgreiche Implementierung der MoniKa-Intervention reduziert. Weitere Elemente, wie das Versorgungsmanagement im RGL und die KVP-Workshops werden von einem geringeren Anteil als attraktiv empfunden.

Durch die Koordinationsleistungen der MoniKas wurde zudem eine verbesserte Zusammenarbeit mit relevanten Akteur:innen der Versorgungslandschaft angenommen, Probleme und Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen wurde ebenfalls direkt erfragt. So zeigt die Abbildung 20 die Häufigkeit auftretender Probleme bei der Zusammenarbeit mit bestimmten Einrichtungen zum Zeitpunkt t0 und die Abbildung 21 die Einschätzung gegenüber einer verbesserten Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen nach der Teilnahme (t1). In beiden Abbildungen sind die durchschnittlichen Angaben zur Einschätzung von Problemen und Verbesserungen in der Zusammenarbeit der prä-post-Befragten dargestellt.

Abbildung 20: Probleme bei der Zusammenarbeit mit Einrichtungen

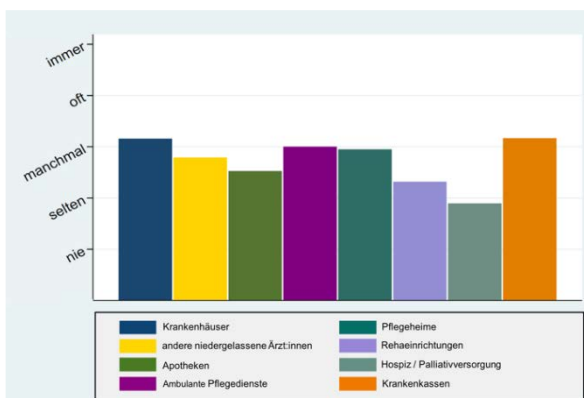
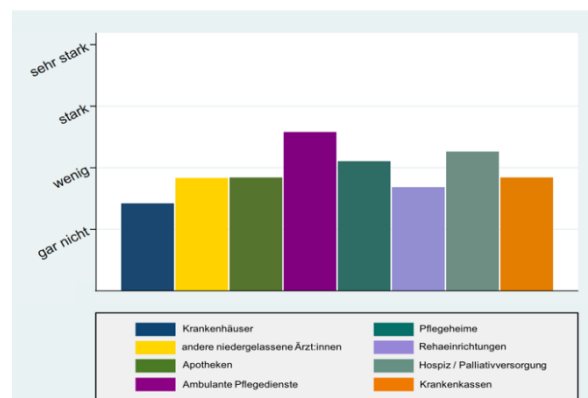


Abbildung 21: Verbesserte Zusammenarbeit mit Einrichtungen durch MamBo



Insgesamt lässt sich keine große direkt wahrgenommen Verbesserung in der Zusammenarbeit mit relevanten Einrichtungen und Akteur:innen erkennen. Während von den befragten Ärzt:innen, mit am häufigsten, Probleme in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern angegeben wurden, stimmten die Ärzt:innen nach der Teilnahme einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern im Durchschnitt eher gar nicht bis wenig zu. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen. Auffällig hingegen ist die im Durchschnitt

wenig bis starke Verbesserung in der Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und Hospizen bzw. mit Akteur:innen der Palliativversorgung. Allerdings wurden auch nur in seltenen Fällen Probleme in der Zusammenarbeit mit Hospizen vor der Teilnahme wahrgenommen.

Über den prä-post-Vergleich der Mittelwerte weiterer Endpunkte sollten Aussagen zu Veränderungen in diesen Merkmalen getroffen werden. Tabelle 20: Prä-Post Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichung der Merkmale Arbeitspensum, Versorgungsdauer und Beanspruchung in der Versorgung multimorbider Patient:innen. Tabelle 20 beschreibt die Verteilung der Mittelwerte im prä-post-Vergleich der Merkmale; Arbeitspensum, Versorgungsdauer multimorbider Patient:innen und Behandlungsbeanspruchung. Es bestehen nahezu keine Unterschiede im Arbeitspensum zwischen der t0 und t1 Erhebung. Die durchschnittliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche lag sowohl vor als auch mit MamBo-Teilnahme bei rund 49 Stunden und die Anzahl durchschnittlicher Patient:innenkontakte bei rund 52 und 50 Patient:innen (n = 19). Der zunächst sichtbare Unterschied in der durchschnittlichen Versorgungsdauer von multimorbiden Patient:innen konnte nicht als signifikant nachgewiesen werden ($t(16) = 1,9853$; $p = 0,0645$; $n = 17$).

Im Prä-Post Vergleich zur Beanspruchung bei der Behandlung multimorbider Patient:innen zeigt sich bei allen sieben Fragen nach der MamBo-Teilnahme eine Verschlechterung (siehe Tabelle 20). Ein signifikanter Unterschied ließ sich jedoch ausschließlich bei der Frage „Wie sehr beansprucht Sie die Informationsbeschaffung über die Therapietreue“ erkennen ($t(18) = -3,6181$, $p = 0,002$, $n = 19$). Eine eigens entwickelte Skala zur „Beanspruchung bei der Informationsbeschaffung“ aus den ersten vier Fragen (Cronbachs Alpha t0 = .74 und t1 = .75) zeigt ebenfalls signifikante Unterschiede ($t(18) = -3,1929$; $p = 0,0050$, $n = 19$) im Prä-Post Vergleich. Entgegen der Annahmen fühlten sich Befragte hinsichtlich der Informationsbeschaffung im Rahmen der Behandlung multimorbider Menschen nach der MamBo-Teilnahme stärker beansprucht. In den Endpunkten „allgemeine Belastung“ und „Beanspruchung durch den Bedarf multimorbider Patient:innen“ konnten keine signifikanten Unterschiede im prä-post Vergleich beobachtet werden.

Tabelle 20: Prä-Post Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichung der Merkmale Arbeitspensum, Versorgungsdauer und Beanspruchung in der Versorgung multimorbider Patient:innen

<i>Informationen der Prä-Post befragten MamBo-Ärzt:innen</i>	<i>Prä-MamBo (t0)</i>			<i>Post-MamBo (t1)</i>		
	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
<i>Arbeitspensum</i>						
Stunden/Woche	49,05	11,04	19	49,05	13,32	19
Patient:innenkontakt/Tag	52,10	25,51	19	50,26	25,02	19
<i>Versorgungsdauer multimorbide Patient:in</i>						
Minuten/pro Patient:in	41,67	19,22	18	31,97	11,89	18
<i>Wie sehr beansprucht Sie die ^a</i>						
Informationsbeschaffung über den Krankheitsverlauf	2,57	0,61	19	2,84	0,76	19
Informationsbeschaffung über das häusliche Umfeld	2,84	0,76	19	3,05	0,62	19
Informationsbeschaffung über die Medikation	2,52	0,61	19	2,84	0,60	19
Informationsbeschaffung über die Therapie* ^a	2,63*	0,59	19	3,05*	0,62	19
Anzahl der Hausbesuche bei immobilien Patient:innen	3,26	0,65	19	3,10	0,81	19
Anzahl unnötiger Hausbesuche	2,73	0,80	19	2,79	1,13	19
Behandlung der Patient:innen nach Krankenhausaufenthalt	3	0,58	19	3	0,67	19

^a Skalierung: 1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = stark, 4 = sehr stark
 * p < 0,05; signifikante prä-post Unterschiede

Als verlässlichere Erhebungsinstrumente und Endpunkte dienten auch hier validierte Instrumente. Die folgende Tabelle 21 bildet die Mittelwerte und Standardabweichungen der untersuchten validierten Endpunkte im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Teilnahme und nach der Teilnahme in der untersuchten MamBo-Ärzt:innen Stichprobe ab.

Tabelle 21: Mittelwerte und Standardabweichungen der untersuchten Endpunkte t0 vs. t1

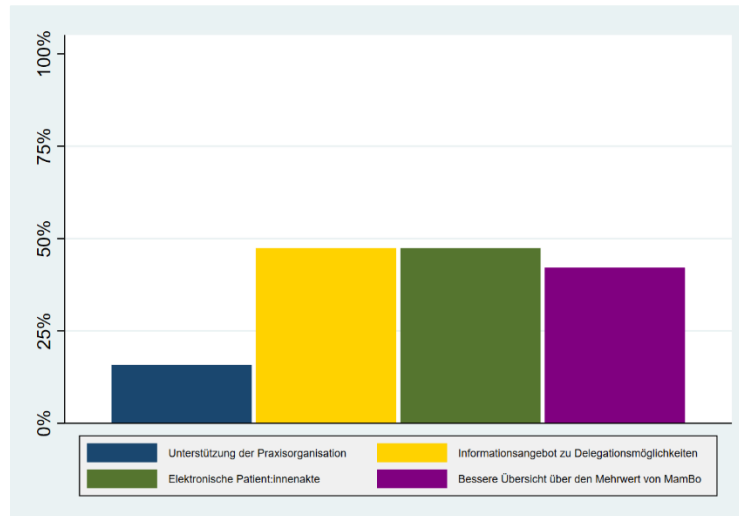
<i>Validierte Erhebungsinstrumente</i>	<i>Prä-MamBo (t0)</i>			<i>Post-MamBo (t1)</i>		
	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Arbeitsbelastung (Bartholomeyczik 1997) Psychophysische Überforderung	14,84	2,48	19	15,21	3,44	19
Patient:innensicherheit (Hammer et al. 2011) Subskala: Overall perceptions of safety (HSOPS)	17,37	1,71	18	16,79	1,90	18
Sozialkapital (der Mitarbeiter:innen einer Organisation) (Pfaff 2003)	20,78	2,62	18	20,84	2,22	18
Ablauforganisation (Pfaff 2003)						
Subskala: Planabweichung	6,05	2,17	18	6,11	1,88	18
Subskala: interne Koordination	6,47	1,74	18	7,05	2,93	18

* $p \leq 0,05$ signifikante Unterschiede im Prä-Post Vergleich

Bei keinem der validierten Endpunkte konnten signifikante Unterschiede der Mittelwerte im prä-post-Vergleich beobachtet werden. Zudem erwiesen sich die Skalen „Psychophysische Überforderung“ (Bartholomeyczik 1997) und „Overall perceptions of safety“ (Hammer et al. 2011) als weniger verlässliche Instrumente in der hier untersuchten Stichprobe.

Außerdem wurden die MamBo-Ärzt:innen gefragt, was Sie sich im Rahmen von MamBo außerdem oder verstärkt gewünscht hätten. Abbildung 22 zeigt den Anteil der Zustimmungen zu vorgegebenen Wünschen. Während sich 42 – 47 % der Befragten mehr Informationen zu Delegationsmöglichkeiten, eine elektronische Patient:innenakte und eine bessere Übersicht über den Mehrwert von MamBo gewünscht hätten, sahen rund 84 % keinen Bedarf an einer Unterstützung bei der Praxisorganisation.

Abbildung 22: Wünsche der MamBo-Ärzt:innen



Insgesamt zeigt sich, dass sich die MoniKa-Intervention für die Ärzt:innen direkt spürbar ist und ein besonders attraktives Element ist. Eine Zustimmung über direkt wahrgenommene Effekte werden insbesondere bei der verbesserten Information über den Gesundheitszustand und dem häuslichen Umfeld der Patient:innen, sowie bei der Frage nach Entlastung angegeben. Allerdings zeigen sich weniger direkt wahrgenommene Effekte im verbesserten Austausch mit anderen Ärzt:innen. Auch einer durch MamBo verbesserten Zusammenarbeit mit relevanten Versorgungsakteuren wird insgesamt weniger zugestimmt. Eine Verbesserung mit ambulanten Pflegediensten und Hospizen bzw. mit Akteur:innen der Palliativversorgung ist jedoch erkennbar. Bei den Endpunkten *Arbeitspensum* und *Versorgungsdauer multimorbider Patient:innen* sowie bei den validierten Skalen *Arbeitsbelastung* (Bartholomeyczik 1997), *Patient:innensicherheit* (Hammer et al. 2011), *Sozialkapital der Mitarbeitenden einer Organisation* und *Ablauforganisation einer Praxis* (Pfaff 2003) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im prä-post Vergleich der Ärzt:innenbefragung. Allerdings zeigt sich in der Stichprobe eine verstärkte *Beanspruchung bei der Informationsbeschaffung* bei der Versorgung von multimorbiden Patient:innen nach der Teilnahme an MamBo.

Befragung nicht-Teilnehmender Ärzt:innen

Tabelle 22 beschreibt die Merkmalsverteilung soziodemografischer Daten der befragten nicht-teilnehmenden Ärzt:innen.

Tabelle 22: nicht-teilnehmende Ärzt:innen Stichproben

<i>Merkmal</i>	<i>Prozent/ Mittelwert</i>	<i>n</i>
Nicht-teilnehmende Ärzt:innen		
Alter	MW: 57 Jahre	5
<u>Geschlecht</u>		
Weiblich	40 %	2
Männlich	60 %	3
Berufserfahrung	MW: 26 Jahre	5

Die Alters- und Geschlechtsverteilung nicht-teilnehmender Ärzt:innen unterscheiden sich nur in geringem Maße von den MamBo-Ärzt:innen. Das Durchschnittsalter liegt mit 57 Jahren geringfügig über dem Durchschnitt der MamBo-Ärzt:innen und der überwiegende Teil der Befragten ist männlich. Die durchschnittliche Berufserfahrung liegt mit 26 Jahren knapp 8 Jahre über dem Durchschnitt der MamBo-Ärzt:innen.

Im Vergleich zu MamBo-Ärzt:innen ist die persönliche Veränderungsbereitschaft in der Gruppe der nicht-teilnehmenden als etwas geringer einzuschätzen– die Unterschiede sind statistisch jedoch nicht signifikant ($t(31) = -1,35$; $p = 0,1872$; $n = 33$).

Als Gründe der nicht-Teilnahme wurde von jeweils zwei Personen genannt, dass in der eigenen Praxis die Zielgruppe „multimorbide Patient:innen“ wenig behandelt wird und dass die bestehenden Versorgungsstrukturen ausreichend sind. Im Freitextfeld wurde entsprechend angemerkt, dass es sich einerseits um eine pädiatrische und andererseits um eine HNO-Praxis handele. Kein Interesse an verstärkter Zusammenarbeit und ein zu hoher Mehraufwand wurde jeweils von einer Person als ein Grund für die nicht-Teilnahme genannt. Außerdem wurden zu wenige pronovaBKK-Patient:innen als weiterer Grund im Freitext genannt.

Mitarbeiter:innenbefragung

Tabelle 23 liefert eine dezidierte Übersicht über die Anzahl an befragten Praxismitarbeiter:innen, den Selektionsfaktoren und deren relativen Anteile insgesamt und zueinander.

Tabelle 23: MamBo-Rücklauf Praxismitarbeitende

<i>Selektionsfaktor</i>	<i>Anzahl</i>	<i>% Gesamt Ein-schreibungen</i>	<i>% verschickten EVs und Fragebögen</i>	<i>% t0 Fragebogen</i>
MamBo-Praxismitarbeitende				
MamBo-MFA	160	100 %		
EV und Fragebogen verschickt	97	60,63 %	100 %	
t0 Fragebogen	47	29,38 %	48,45 %	100 %
t0 & t1 Fragebogen	22	13,75 %	22,68 %	46,81 %

Die Netto-Response-Rate der t0 Befragung von Praxismitarbeiter:innen beträgt 48,45 % und die Netto-Panel-Attrition liegt bei 53,19 %. Insgesamt sind 47 t0 Fragebögen eingegangen, von denen 22 ein t1 Fragebogen zugeordnet werden kann.

Tabelle 24 beschreibt die Merkmalsverteilung soziodemografischer Daten der befragten Praxismitarbeiter:innen. Alle befragten Mitarbeitende sind weiblich, im Durchschnitt 40,2 Jahre alt und über 85 % haben mindestens einen Realschulabschluss. In der Altersverteilung, und der Verteilung der Berufserfahrung zeigen sich zwischen ausschließlich t0 Befragten (n = 24) befragten und prä-post befragten (t0 & t1 n = 22) Mitarbeiter:innen nur geringe, nicht statistisch signifikante Unterschiede. Das Durchschnittsalter liegt in der Gruppe nur t0 Befragter bei rund 38 Jahren und in der prä-post Befragten-Gruppe abgerundet bei 42 Jahren. Die durchschnittlichen Jahre an Berufserfahrung liegt in beiden Gruppen bei ungefähr 15 Jahren.

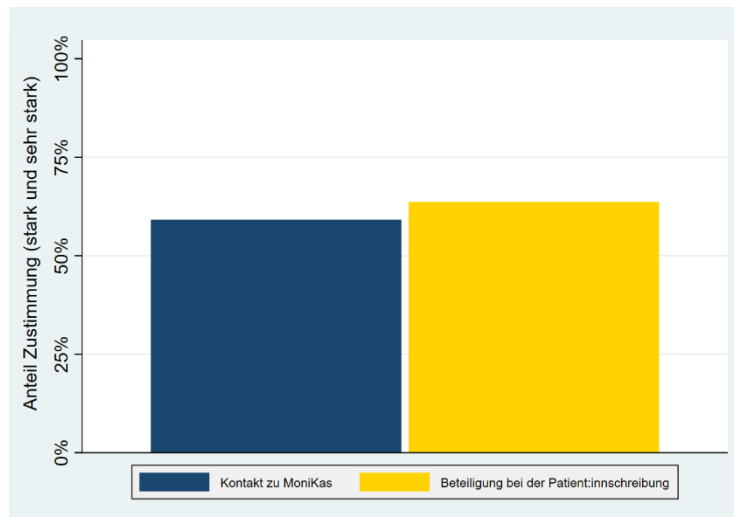
Tabelle 24: Charakteristik der Studienpopulation: Praxis-Mitarbeitende

<i>Merkmal</i>	<i>Prozent/ Mittelwert</i>	<i>n</i>
Alter		
≤ 30 Jahre	31,11 %	14
31-49 Jahre	35,56 %	16
≥ 50 Jahre	33,33 %	15
	MW: 40,2 Jahre	45
Geschlecht		
Weiblich	100 %	47
Höchster Schulabschluss		
Abitur / Fachabitur		
Realschulabschluss	38,30 %	18
Hauptschulabschluss	48,94 %	23
Kein Abschluss	8,51 %	4
	4,26 %	2
Prä befragte Mitarbeiter:innen (t0)		
Alter		
Berufserfahrung	MW: 38,09 Jahre	23
	MW: 14,96 Jahre	24
Prä-Post befragte Mitarbeiter:innen (t0+t1)		
Alter		
Berufserfahrung	MW: 42,40 Jahre	22
	MW: 15,75 Jahre	22

Im Rahmen der Mitarbeiter:innenbefragung wurde das Innovationsklima (Pfaff 2003) erhoben. Diese Kennzahl erfasst die Ausprägung eines Betriebsklimas, das innovative Ideen durch die Mitarbeiter:innen fördert - eingeschätzt aus Perspektive dieser Mitarbeitenden. Je höher der Wert, desto höher ist das Innovationsklima in der Praxis einzuschätzen (Summenwert 7 – 28). Die Skala besteht aus sieben Fragen und bildet mit einem Cronbachs alpha von .79 das Innovationsklima in der Stichprobe gut ab. Insgesamt zeigt sich im Durchschnitt ein eher hohes Innovationsklima in der Stichprobe (MW 23,24, n = 46). Im Vergleich von Mitarbeitenden, die nur die t0 Befragung beantworteten mit prä-post befragten Mitarbeitenden zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede ($t(44) = - 2,5972$; $p = 0,0127$; $n = 46$). Prä-Post-Befragte schätzten das Innovationsklima in der eigenen Praxis höher ein, als es t0 Befragte taten.

Die Mitarbeitenden wurden in der t1 Befragung gefragt, in welchem Maße diese in dem Versorgungsmodell MamBo beteiligt sind. Abbildung 23 zeigt den Anteil an Mitarbeitenden, die den persönlichen Kontakt zu den MoniKas sowie den Grad der Beteiligung bei der Patient:inneneinschreibung als „stark“ bis „sehr stark“ einschätzen.

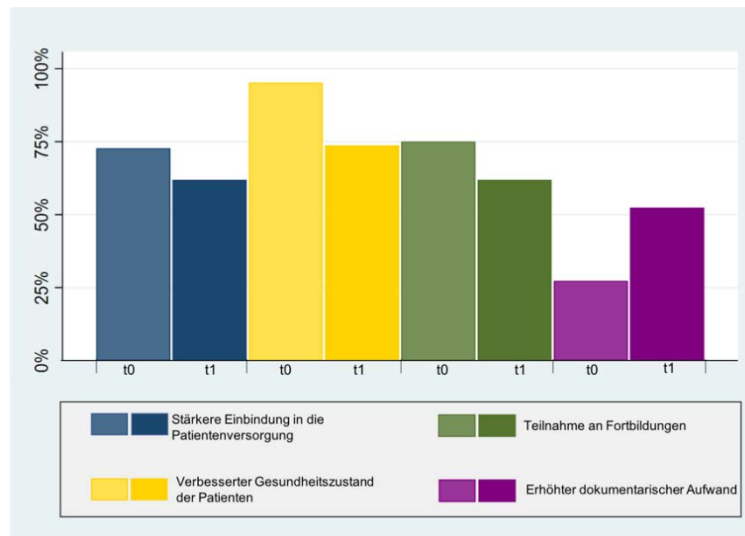
Abbildung 23: Beteiligung der Praxismitarbeitenden in MamBo



Rund 59 % schätzten den Kontakt zu MoniKas als mindestens stark ein und rund 64 % der befragten Mitarbeitenden waren im höheren Maße bei der Einschreibung von Patient:innen beteiligt. 18 % waren gar nicht an der Patient:inneneinschreibung beteiligt und rund 5 % waren nicht im Kontakt mit der MoniKa. Ein Vergleich des Innovationsklimas zwischen A) Mitarbeitenden die die MamBo-Beteiligung als „stark oder sehr stark“ einschätzten und B) Mitarbeitenden die die jeweilige MamBo-Beteiligung als „wenig oder gar nicht stark“ einschätzten, zeigte kein signifikanten Unterschied (Kontakt MoniKa: $t(19) = -0,4385$; $p = 0,6660$; $n = 21$ / Patient:inneinschreibung: $t(19) = -0,5645$; $p = 0,570$; $n = 21$). Anzunehmen war, dass in Praxen mit stärkerer Beteiligung das Innovationsklima stärker ausgeprägt ist.

Die Effektevaluation aus Perspektive der Praxismitarbeitenden basiert auf den prä-post Vergleichen der Verteilungen und der Mittelwerte ausgewählter Merkmale. In der t0 Befragung wurde ebenso direkt erfragt, welche Erwartungen die Mitarbeitenden an das Versorgungsmodell haben und in der t1 Befragung, ob sich entsprechende Bereiche verbessert haben. In Abbildung 24 wird die Zustimmung zu den Erwartungen t0 (linke Balken) und jeweils die Zustimmung einer eingetretenen Verbesserung t1 (rechte Balken) aufgezeigt. Abgebildet sind die Anteile an Mitarbeitenden, die den genannten Merkmalen „eher zustimmten“ und „voll und ganz zustimmten“.

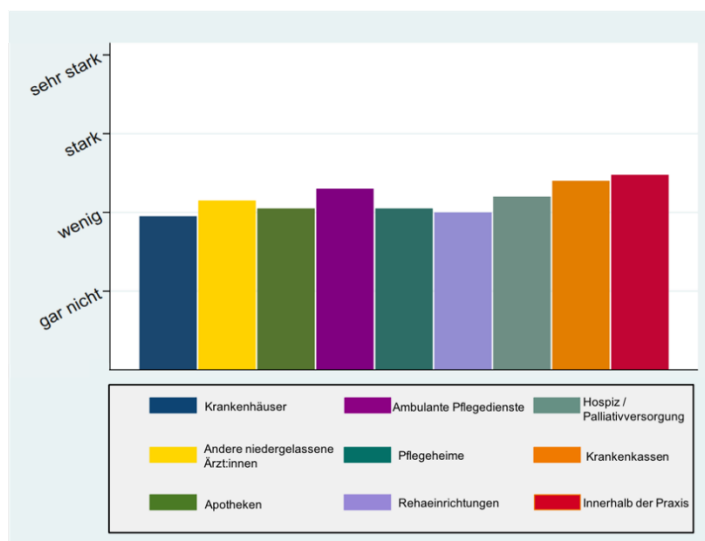
Abbildung 24: Erwartungen vs. Bewertungen der Mitarbeiter:innen



Insgesamt deutet Abbildung 24 an, dass die Erwartungen von den Praxismitarbeitenden an das Modell weniger erfüllt wurden, als es bei den Ärzt:innen zu beobachten ist. Jeweils 62 % stimmten zu durch die Teilnahme an MamBo stärker in die Patient:innenversorgung eingebunden zu sein und vermehrt an Fortbildungen teilzunehmen zu können. 73 % stimmten zu, besser über den Gesundheitszustand der Patient:innen informiert zu sein. Ein erhöhter dokumentarischer Aufwand wurde von knapp über 50 % der Mitarbeitenden wahrgenommen. Zur t1 Befragung wurden zusätzlich der „Wunsch der Übertragung in die Regelversorgung“ erfragt, welchen jeweils über 90 % der Befragten zustimmten.

Die Mitarbeitenden wurde ebenfalls um eine Einschätzung über den Grad der Verbesserung bei der Zusammenarbeit mit relevanten Versorgungsakteuren gebeten. In Abbildung 25 sind die durchschnittlichen Angaben zur Einschätzung über die Verbesserung der Zusammenarbeit mit einzelnen Einrichtungen dargestellt. Zu erkennen ist, dass eine Verbesserung am ehesten innerhalb der Praxis, mit Krankenkassen, ambulanten Pflegediensten und Hospizen sowie anderen niedergelassenen Ärzt:innen wahrgenommen wird.

Abbildung 25: Verbesserte Zusammenarbeit mit Einrichtungen durch MamBo



Als verlässlichere Erhebungsinstrumente und Endpunkte dienten auch hier die validierte Instrumente, wie bei der Ärzt:innenbefragung. Ergänzend wurde das mentale Wohlbefinden (WHO 5) (Topp et al. 2015) zu t0 und t1 erhoben. Die folgende Tabelle 25 bildet die Mittelwerte und Standardabweichungen der untersuchten validierten Endpunkte im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Teilnahme und nach der Teilnahme sowie die interne Konsistenz der gebildeten Skalen in der untersuchten MamBo-Praxismitarbeiter:innen Stichprobe ab.

Tabelle 25: Mittelwert und Standardabweichung der Endpunkte Zeitpunkt t0 vs. t1

Validierte Erhebungsinstrumente	Prä-MamBo (t0)		Post-MamBo (t1)	
	MW	SD	MW	SD
WHO 5	16,95	5,96	17,45	7,00
Arbeitsbelastung (Bartholomeyczik 1997)				
Psychophysische Überforderung	11,23	3,89	12,36	3,79
Patient:innensicherheit (Hammer et al. 2011)				
Subskala: Overall perceptions of safety (HSOPS)	17,90	2,84	17,14	2,94
Sozialkapital (der Mitarbeiter:innen einer Organisation) (Pfaff 2003)	21,79	2,97	20,79	3,51
Ablauforganisation (Pfaff 2003)				
Subskala: Planabweichung	5,71	1,87	5,81	1,78
Subskala: interne Koordination	6,71	2,41	6,71	2,67

* p < 0,05; signifikante prä-post Unterschiede

Bei keinem der validierten Endpunkte konnten signifikante Unterschiede der Mittelwerte im prä-post Vergleich beobachtet werden. Zudem erwiesen sich die Subskalen „Overall perceptions of safety“ (Hammer et al. 2011) und „Planabweichung“ (Pfaff 2003) als weniger verlässliche Instrumente in der hier untersuchten Stichprobe.

Insgesamt zeigt sich ein hohes Innovationsklima in der Stichprobe und eine überwiegend starke Beteiligung der Praxismitarbeitenden bei der Umsetzung der MamBo-Strukturen. Ein Großteil der Befragten sind an der Einschreibung von Patient:innen beteiligt und stehen im Kontakt mit den MoniKas. Deutlich wird, dass die MoniKa-Intervention weniger direkt spürbar ist, als bei den Ärzt:innen zu beobachten war. Einer direkt wahrgenommenen Verbesserung wird insbesondere in Anbetracht des Gesundheitszustand der Patient:innen zugestimmt. Allerdings wird auch von knapp über der Hälfte der Befragten ein erhöhter Dokumentationsaufwand durch MamBo angegeben. Einer verbesserten Zusammenarbeit mit relevanten Versorgungsakteur:innen wird hingegen insgesamt etwas häufiger als bei der Ärzt:innenbefragung zugestimmt. Eine Verbesserung in der Zusammenarbeit ist mit ambulanten Pflegediensten und Hospizen bzw. mit Akteur:innen der Palliativversorgung erkennbar. Auffällig ist zudem, dass einer Verbesserung bei der Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Praxis am häufigsten zugestimmt wurde. Auch bei der Mitarbeiter:innenbefragung zeigen sich bei den validierten Skalen *mentales Wohlbefinden* (Topp et al. 2015), *Arbeitsbelastung* (Bartholomeyczik 1997), *Patient:innensicherheit* (Hammer et al. 2011), *Sozialkapital der Mitarbeitenden einer Organisation* und *Ablauforganisation einer Praxis* (Pfaff 2003) keine signifikanten Unterschiede im prä-post Vergleich.

Diskussion

Wie auch im Ergebnis der Prozessevaluation zeigt sich in den Befragungsdaten, dass die direkt wahrgenommenen Effekte durch MamBo überwiegend auf der MoniKa-Intervention und nicht das gesamte Versorgungsmodell beruhen. Insgesamt weisen die direkt wahrgenommenen Effekte darauf hin, dass die Ärzt:innen durch MamBo eine **Entlastung** erfahren können. Auch geben die direkten Effekte Hinweise darüber, dass die Ärzt:innen insbesondere über den Gesundheitszustand und das häusliche Umfeld der Patient:innen besser **informiert** sind. Auf eine verbesserte **Allokation der Ressourcen** könnten die folgenden direkt wahrgenommenen Effekte hindeuten:

- a) Fast alle Ärzt:innen stimmen einer Verbesserung in der Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten mindestens im geringem Maße zu. Knapp über die Hälfte der Ärzt:innen stimmen gar einer starken Verbesserung in der Zusammenarbeit zu.
- b) Über dreiviertel der Ärzt:innen nehmen durch die Teilnahme an MamBo wahr, mehr Gesprächszeit für die Patient:innen zu haben.
- c) Rund 62 % der befragten Mitarbeitenden nehmen eine stärkere Einbindung in die Patient:innenversorgung wahr.

Signifikante Unterschiede im prä-post-Vergleich konnten jedoch sowohl bei den MamBo-Ärzt:innen als auch bei den Praxismitarbeiter:innen in nahezu keinem der untersuchten Endpunkt beobachtet werden. So konnten sowohl keine signifikante Veränderung im Arbeitspensum, der Arbeitsbelastung oder allgemeinen Belastung (Ziel: Entlastung) als auch in der Ablauforganisation (Ziel: verbesserte Ressourcenallokation) beobachtet werden. Allerdings zeigte sich eine signifikant erhöhte Beanspruchung bei der **Informationsbeschaffung**, zur ärztlichen Versorgung multimorbider Patient:innen, nach der Teilnahme bei den Ärzt:innen. Ent-

gegen der angenommenen Wirkung und des, bei direkter Erfragung, **beobachtbaren Informationsgewinns** lässt sich dieser Effekt nur schwer erklären. Möglicherweise wurde die Komplexität der Informationsbeschaffung bei der Behandlung von multimorbiden Patient:innen durch die MoniKa-Intervention von den Ärzt:innen stärker wahrgenommen. Vor dem Hintergrund der kleinen Stichprobe könnte das Ergebnis jedoch auch zufällig entstanden sein.

Aufgrund von Herausforderungen und Einschränkungen im Rahmen der Projektumsetzung konnte die Effektevaluation aus Perspektive der Ärzt:innen und Praxismitarbeiter:innen nicht im gewünschten Maße erfolgen und folgende Aspekte sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen:

- Die gewünschte Fallzahl von MamBo-teilnehmenden Ärzt:innen konnte nicht erreicht werden. Wie aus der Prozessevaluation hervorgehend, wurde die Gebundenheit der Ärzt:innen an das regionale Gesundheitsnetz überschätzt. Die im Rahmen dieser Studie erzielte Netto-Responderate (65,21 %) hingegen ist für diese Population vergleichbar mit anderen Studien hoch. So erzielte beispielsweise die Studie von Görig et al. (Görig et al. 2016) eine Responderate von 33,9 %. Insgesamt fiel die Stichprobe sowohl der MamBo-Ärzt:innen als auch der Mitarbeitenden jedoch gering aus.
- Zudem musste das Erhebungsdesign den Rekrutierungsentwicklungen angepasst und in ein kontinuierliches Design geändert werden. Um auch eine t1 Befragung für alle MamBo-Ärzt:innen gewährleisten zu können, musste auch hier der Interventionszeitraum verkürzt werden. Eine Unterscheidung zwischen „early adopter“ Praxen und „late adopter“ Praxen konnte in Folge der Designanpassungen und den damit zu geringen Fallzahlen (N) für die jeweilige Gruppe und stark unterschiedlichen Befragungszeitpunkten nicht erfolgen.
- Auch die Abwicklung der Mitarbeiter:innenbefragung erwies sich als sehr komplex. Um mehr Mitarbeiter:innen erreichen zu können wurde die Erhebungsstrategie im Verlauf angepasst. So wurden anstelle von personenbezogenen Fragebögen jeder Praxis vier Fragebögen inklusive der Einverständniserklärung zugeschickt. So konnten die Fragebögen für den prä-post-Vergleich nur den Praxen und nicht den einzelnen Mitarbeiter:innen zugeordnet werden.
- In Konsequenz ist die statistische Power der prä-post-Vergleiche (t-Tests) aufgrund der Stichprobengröße als sehr gering einzuschätzen. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit tatsächliche Effekte nicht erkannt zu haben. Gleichzeitig sind insbesondere direkt erfragte Effekte anfällig für Fehler und weniger verlässlich.
- Für die Untersuchung von Gründen der nicht-Teilnahme konnte die gewünschte Zielgruppe (nicht an MamBo interessierte, jedoch potenzielle Ärzt:innen) nicht erreicht werden. Somit können keine Erkenntnisse aus der nicht-teilnehmenden Befragung gewonnen werden.
- Wie auch schon im Kapitel zur Patient:innenbefragung angemerkt, war eine Verknüpfung der Daten unterschiedlicher Populationen (z.B. mit Patient:innen) nicht durchführbar, was das Ausschöpfen von möglichen Analysen weiter einschränkte.

Insgesamt handelt es sich bei der Ärzt:innen- und Mitarbeitendenbefragung um eine Stichprobenbetrachtung und es können keine allgemeinen Aussagen getroffen werden. Die Ergebnisse der Praxisbefragung haben somit einen deskriptiven Charakter und müssen in Kombination mit den Erkenntnissen aus der Prozessevaluation betrachtet werden.

3.3.2 Patient:innenbefragungen

Deskriptive Ergebnisse

Tabelle 26: Rücklauf der Patient:innenbefragung

<i>Selektionsfaktor</i>	<i>Anzahl</i>	<i>% Gesamt Ein- schreibung n</i>	<i>% EV erhalten</i>	<i>% positive EV erhalten</i>	<i>% t0 Fragebogen</i>
<i>Patient:innen ein- schreibungen</i>	2616	100%			
<i>EV erhalten</i>	2189	83,68%	100%		
<i>Positive EV</i>	1966	75,15%	89,99%	100%	
<i>t0 Fragebogen</i>	1754	67,04%	80,12%	89,21%	100%
<i>t0 & t1 Fragebogen</i>	1342	51,23%	60,13%	68,23%	76,51%
<i>Davon t0 & t1 MoniKa- Intervention (G1)</i>	354	26,38%			

Tabelle 26 liefert eine dezidierte Übersicht über die Anzahl an Patient:innen, den Selektionsfaktoren und deren relativen Anteile insgesamt und zueinander. Die Netto-Responserate der t0 Befragung beträgt 80,12% und die Netto-Panel-Attrition liegt bei 23,49%.

Das verwendete Dillman-Total-Response Design hat sich als sehr effektiv erwiesen. Insgesamt sind 1754 Patient:innen t0 Fragebögen eingegangen, von denen 1342 einen t1 Fragebogen zugeordnet werden kann. Hieraus ergibt sich ein Defizit der erwarteten Fälle von ca. 150 im Vergleich zur Plan-Fallzahl. Ursächlich hierfür ist der nicht Erhalt von EVs nach Patient:innen Einschreibung, der zeitgleich auch den größten Selektionsfaktor darstellt (ca. 16,3%).

Konkret ist die Einschreibungen der Patient:innen durch die Ärzt:innen, das Ausfüllen der Einschreibeunterlagen und das Zusenden an das RGL als größte Datenverlustquelle zu identifizieren. Die Komplexität und die Anzahl der involvierten Akteur:innen zwischen Einschreibung der Patient:innen und Versendung des Fragebogens hat sich als ineffizient erwiesen.

Tabelle 27 beschreibt die Merkmalsverteilung der MamBo-Stichprobe. Die deskriptiven Statistiken der Stichprobe werden differenziert angegeben nach alle Patient:innen, die G0 Gruppe und die G1 Gruppe, die Subgruppe der Patient:innen mit MoniKa-Intervention. Ferner wird die Stichproben prä (t0; n = 1.754) befragte und prä-post befragte (t0 & t1 n = 1.342) Patient:innen unterschieden. Eine Trennung zwischen t0 und t1 ist für die Gruppe G0 und G1 nicht möglich, da die Zuweisung in G0 und G1 erst mit dem t1 Fragebogen erfolgen kann. Es bestehen nur geringe Unterschiede in der Altersverteilung und der Geschlechtsverteilung zwischen der t0 und t1 Stichprobe für alle Patient:innen. Somit ist von keiner systematischen Geschlechter- oder Altersverzerrung zwischen den prä Befragten und den prä-post Befragten auszugehen. Das Durchschnittsalter liegt in beiden Gruppen bei ca. 73 Jahren und in beiden Gruppen wurden ca. 2 % mehr Frauen als Männer befragt.

Tabelle 27: Charakteristik der Studienpopulation: Patient:innen

Merkmale	Alle MamBo Patient:innen (G)		Mit MoniKa-Intervention (G1)		Ohne MoniKa-Intervention (G0)	
	Mittelw. / Prozent	n	Mittelw. / Prozent	n	Mittelw. / Prozent	n
Alter	73,30	1751				
Geschlecht						
Weiblich	52,80%	918				
Männlich	47,20%	820				
Prä & Post Befragte Patient*innen (t0 & t1)						
Alter	73,05	1341	77,73	354	71,37	987
Geschlecht						
Weiblich	51,69%	688	54,24%	192	50,77%	496
Männlich	48,31%	643	45,76%	162	49,23%	481
Hospitalisierung						
Ja	25,71%	345	32,49%	115	23,28%	230
Nein	74,29%	997	67,51%	239	76,72%	758
Intervention während Covid-19 Pandemie (t1)						
Ja	30,48%	409	39,83%	141	27,13%	268
Nein	69,52%	933	60,17%	213	72,87%	720
Intervention während Covid-19 Pandemie (t0 & t1)						
Ja	7,75%	104	12,15%	43	6,17%	61
Nein	92,25%	1238	87,85%	311	93,83%	927
Häufigkeiten der Morbiditäten:						
Diabetes	32,64%	438	33,05%	117	32,49%	321
COPD	18,33%	246	22,88%	81	16,70%	165
Arthrose	59,91%	804	69,49%	246	56,48%	558
Atherosklerose	19,15%	257	23,73%	84	17,51%	173
Herzinsuffizienz	31,15%	418	47,74%	169	25,20%	249
Bluthochdruck	66,62%	894	71,47	253	64,88%	641
Erh. Fettwerte	40,76%	547	39,83%	141	41,09%	406
Depression	15,20%	204	18,93%	67	13,87%	137

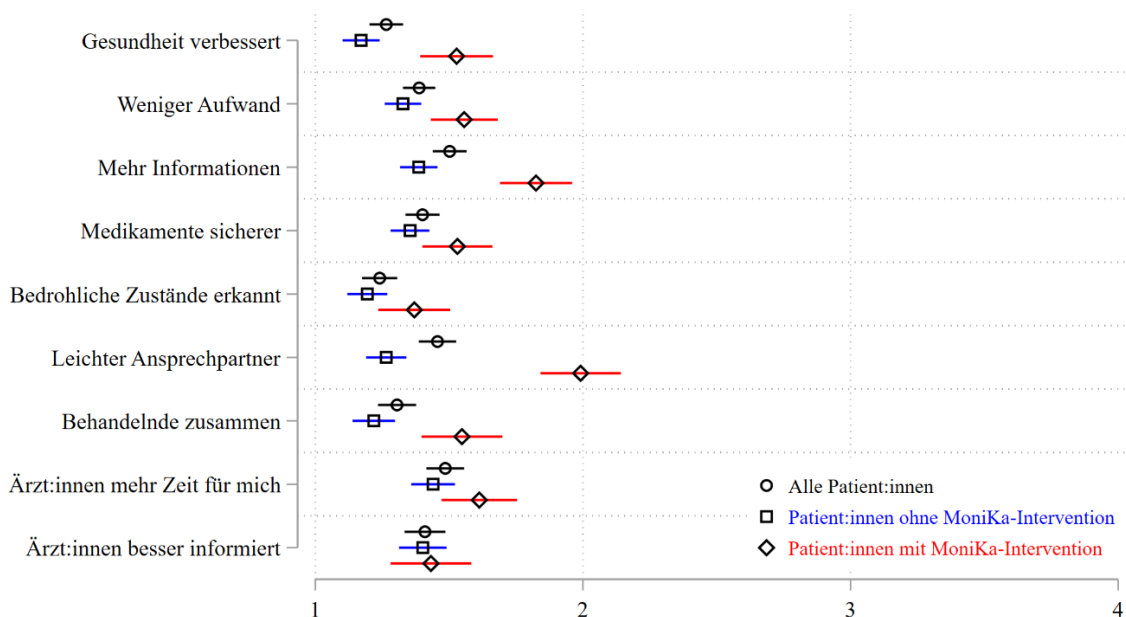
Von Interesse für die Effektanalyse ist jedoch lediglich die t0 und t1 befragte Gruppe. In dieser beobachteten Gruppe befindet sich die Subgruppe der prä-post Befragten mit MoniKa-Intervention (G1) ca. 26 % (n = 354). Damit wird die anvisierte Anzahl von 474 prä-post beobachteten Patient:innen für diese Subgruppe (G1) unterschritten (vgl. Tabelle 4). In der Gruppe der Patient:innen die nur über das MamBo-Versorgungsmodell profitieren (G0), wird die benötigte Fallzahl abzüglich der G1 Subgruppe für die meisten Endpunkte erreicht (vgl. Tabelle 3).

Der Vergleich zwischen G0 und G1 zeigt jedoch deutlich, dass höheres Alter, das Vorliegen von Morbidität und Hospitalisierung prävalenter sind in G1, also die MoniKa-Intervention morbidere Patient:innen erhielten. So erhielten in der Gesamtgruppe ca. 25 % eine unerwartete Hospitalisierung während des Beobachtungszeitraumes, in G0 ca. 23% und G1 und ca. 32 %. Die häufigsten Morbiditäten in der Gesamtgruppe sind Bluthochdruck (66,62 %), Arthrose (59,91 % und erhöhte Blutfettwerte (40,76 %). Da es sich um eine multimorbide Population handelt, treten diese Erkrankungen häufig als Begleiterkrankung einer weiteren Erkrankung auf. Auffällig ist, dass der Anteil der Herzinsuffizienz Patient:innen mit 31,15% relativ hoch ist (zum epidemiologischen Vergleich siehe die nationale Versorgungsleitlinie zu chronischer Herzinsuffizienz (Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF 2019). Umso mehr fällt mit dem Blick auf G1 und G0 auf, dass der Anteil der Patient:innen in der Subgruppe G1 eine Herzinsuffizienz auf 47,74% zutrifft, also nahezu der Hälfte der Beobachtungen in G1. Demgegenüber ist der Anteil an Herzinsuffizienz in der G0 Gruppe lediglich bei 25,20%.

Wie bewertet die MamBo-Patient:innen das Projekt?

Für die Patient:innen wurde angenommen, dass das MamBo-Versorgungsmodell über die Struktur (Verbesserte Koordination der Behandelnden) und über die direkte MoniKa-Intervention wirkt. Daher ist eine differenzierte Betrachtung der prä-post befragten Patient:innen notwendig. In der t1 Befragung wurde direkt erfragt, ob bestimmte Bereiche sich für die Patient:innen verbessert haben. In Abbildung 26 wird die Zustimmung zu den einzelnen Bereichen aufgezeigt, dabei wird zwischen allen Patient:innen, und den Patient:innen mit und ohne MoniKa-Intervention differenziert. Ein Wert von eins auf der X-Achse entspricht dabei einer geringen Zustimmung ein Wert von vier einer hohen Zustimmung. Die Symbole entsprechen den Mittelwerten und die Linien den 95% Konfidenzintervallen in den jeweiligen Gruppen.

Abbildung 26: Bewertung der Bereiche aus der t1 Befragung



Insgesamt zeigt Abbildung 26, dass eher keine Zustimmung zur direkten Wirkung von MamBo bei den Patient:innen besteht. Auffällig ist zudem, dass die relativen Zustimmungswerte der Patient:innen mit einer MoniKa-Intervention durchweg höher sind, insbesondere für „das

Akronym: MamBo

Förderkennzeichen: 01NVF17001

leichtere Finden eines Ansprechpartners oder einer Ansprechpartnerin“ und „den Informationen zu Erkrankung“. Insgesamt deutet Abbildung 26 an, dass die MamBo Strukturen keinen, für die Patient:innen direkt erfahrbaren positiven Einfluss hat.

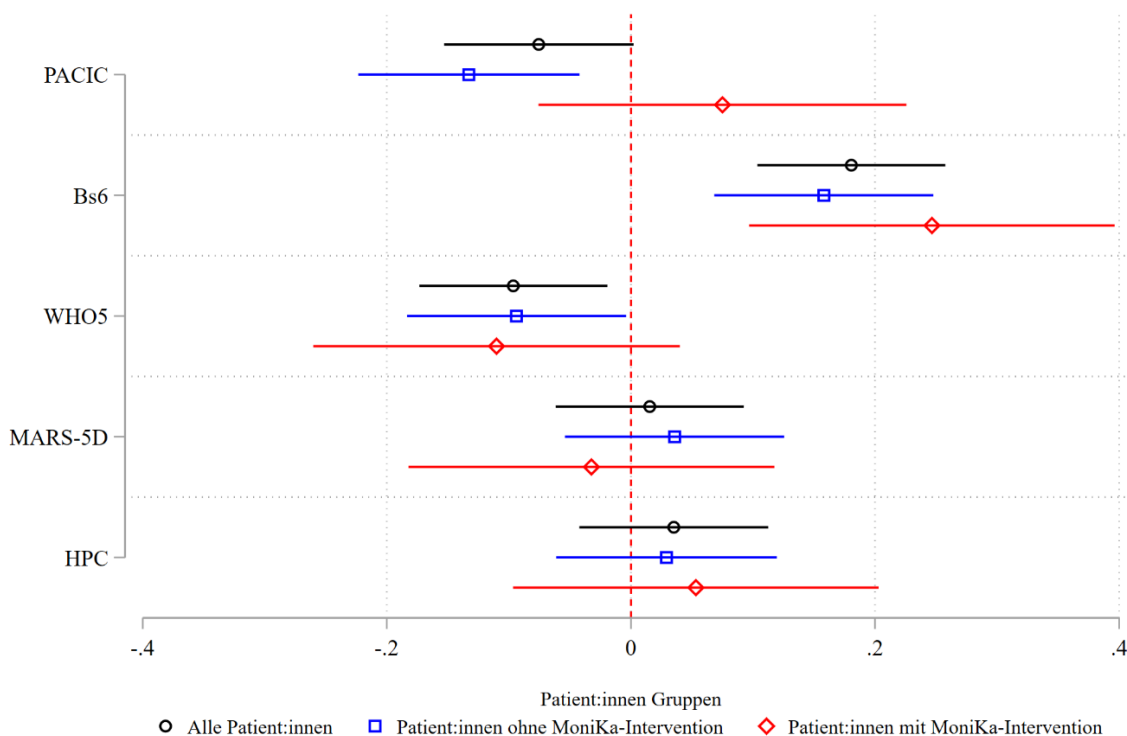
Als verlässlichere Erhebungsinstrumente und Endpunkte dienten auch hier die validierten Instrumente (PACIC (Goetz et al. 2012), BS6 (Beutel et al. 2017), WHO-5 (Topp et al. 2015), MARS-5D (Mahler et al. 2010), HPC (Franke et al. 2000)), zu denen ebenfalls die Erwartungen an die Effekte definiert wurden (vgl. Tabelle 3). Die externe Validität ist somit mit diesen Instrumenten gegeben. Die relevanten Endpunkte wurden jeweils zu t0 und t1 erhoben um Aussagen zu einer Veränderung in diesen Merkmalen treffen zu können. Die interne Reliabilität der Instrumente ist in Tabelle 28 dargelegt. Insgesamt zeigen die Befragungsinstrumente in den Daten der MamBo-Patient:innenbefragung eine hohe interne Reliabilität (Cronbach's Alpha $>0,8$). Lediglich die Medikationsadhärenz hat eine „nur gute“ interne Reliabilität mit einem Cronbach's alpha von $<0,8$; $>0,7$.

Tabelle 28: Reliabilität der Befragungsinstrumente

Endpunkte	Cronbach's Alpha	
	Reliabilität t0	Reliabilität t1
BS-6 TS (Verfügbare Unterstützung)	0.868	0.847
BS-6 ES (Emotionale Unterstützung)	0.881	0.879
BS-6 (Gesamt)	0.891	0.885
MARS-5D (Medikationsadhärenz)	0.725	0.773
PACIC-11 (Obj. Versorgungsqualität)	0.843	0.851
WHO-5 (Mentales Wohlbefinden)	0.912	0.909
HPC (Coping)	0.896	0.917

Die erwarteten Effekte wurden als Cohen's d quantifiziert. Eine Auflistung der Effekthöhen ist in Tabelle 3 aufgezeigt. Abbildung 27 zeigt die geschätzten Cohen's d Effekte zu den jeweiligen Endpunkten, stratifiziert nach den Interventionsgruppen (Gesamt/Keine MoniKa/Mit MoniKa). Die Symbole zeigen die durchschnittliche Effektstärke an und die horizontalen Linien die 95% Konfidenzintervalle. Die X-Achse ist symmetrisch mit dem Wert Null als Mitte. Symbole rechts von der Null zeigen positive Effekte und Symbole links von der Null negative Effekte an. Bei Überschreiten der gestrichelten vertikalen Linie von den horizontalen Linien ist der jeweilige Effekt nicht signifikant unterschiedlich zur Nulllinie.

Abbildung 27: Cohen's d Effekt zu den jeweiligen Endpunkten



Für alle Gruppen ist der Effekt der sozialen Unterstützung signifikant. Das heißt alle Patient:innen Gruppen haben einen Zuwachs an sozialer Unterstützung erfahren. Erneut sind die Zuwächse stärker für die Patient:innen mit einer MoniKa-Intervention. Für diese Patient:innen Gruppe ist ein positiver mittlerer Effekt für eine objektive Versorgungsqualität (PACIC) (Goetz et al. 2012) zu verzeichnen, der jedoch nach links hin die null miteinschließt und somit nicht signifikant ist.

In Tabelle 29 sind die Cohen's d Effektschätzer und 95 % Konfidenzintervallbreiten für die MoniKa-Interventionsgruppe (G1) und die Gesamtpopulation aufgelistet. Tabelle 29 zeigt, dass die erwarteten Effekte bei den Gesamtpopulation nur für die soziale Unterstützung erfüllt und übertroffen werden. Alle anderen Effekte sind nicht signifikant positiv. Für die Patient:innen in G1 wird ebenfalls der erwartete Effekt der sozialen Unterstützungen übertroffen. Der Effekt der PACIC (Goetz et al. 2012) ist zwar positiv (0.075) fällt 50% schwächer aus als erwartet und ist knapp insignifikant. Über alle Patient:innen geschätzt ist nur die soziale Unterstützung signifikant positiv.

Tabelle 29: Erwartete vs. gemessene Effekthöhen

<i>Gesamtpopulation</i>	<i>PACIC</i>	<i>BS-6</i>	<i>WHOS</i>	<i>MARS-5D</i>	<i>HPC</i>
Erwartet	0.130	0.110	0.130	0.130	0.125
Gemessen	-0.075	0.181*	-0.096*	0.015	0.035
Oberes 95 % KI	-0.153	0.104	-0.173	-0.062	-0.042
Unteres 95 % KI	0.002	0.258	-0.019	0.093	0.113
Subgruppe (G1)	<i>PACIC</i>	<i>BS-6</i>	<i>WHOS</i>	<i>MARS-5D</i>	<i>HPC</i>
Erwartet	0.150	0.200	0.185	0.185	0.130
Gemessen	0.075	0.247*	-0.110	-0.032	0.053
Oberes 95 % KI	-0.076	0.097	-0.260	-0.182	-0.097
Unteres 95 % KI	0.226	0.396	0.040	0.118	0.203
Subgruppe (G0)	<i>PACIC</i>	<i>BS-6</i>	<i>WHOS</i>	<i>MARS-5D</i>	<i>HPC</i>
Gemessen	-0.131	0.158*	-0.093*	0.035	0.029
Oberes 95 % KI	-0.223	0.068	-0.183	-0.054	-0.061
Unteres 95 % KI	0.001	0.247	-0.003	0.125	0.119

Insgesamt zeigt der Gesamtpopulation und Subpopulation (G1), dass die MoniKa-Interventionsgruppe i.d.R. höhere Effektstärken aufzeigt. Trotzdem sind die geschätzten Effekte überwiegend nicht signifikant, sodass mit der vorliegenden Fallzahl nur für die soziale Unterstützung ein signifikant positives Ergebnis vorliegt. Über den naiven Vergleich der Effektstärken mittels Cohen's d, der vom Projektträger gefordert wurde, ist jedoch bei der vorliegenden Studie Kritik zu üben. Die Hauptherausforderung in der Effektevaluation der MamBo Patient:innenbefragung liegt im Design der MamBo-Studie. Die Zuweisung in MoniKa und nicht MoniKa Patient:innen ist nicht zufällig vollzogen worden (keine Randomisierung des Treatments). Konkret greift aufgrund folgender Elemente eine Effektevaluation mittels Cohen's d zu kurz:

1. Die Zuweisung der MoniKa erfolgte nicht zufällig durch die teilnehmenden Ärzt:innen.

2. Die Zuweisung der MoniKa durch die Ärzt:innen erfolgte entlang diverser Merkmale der Patient:innen, beispielsweise Morbidität und Bedürftigkeit der Patient:innen, Sympathie, Delegationswunsch der Ärzt:innen.
3. Die Zuweisungsmerkmale sind systematisch mit den Endpunkten korreliert.

Daher handelt es sich um eine Studie mit endogener Selektion in der Treatment-Zuweisung. Ein Vergleich zwischen MoniKa und nicht MoniKa-Patient:innen ist somit systematisch verzerrt (Bias). Hauptursachen der Verzerrung sind die Merkmale der Patient:innen, die den Erhalt einer MoniKa-Intervention wahrscheinlicher werden lassen.

Eine Adjustierung der Analysen für diese Verzerrung ist möglich, sofern die Zuweisungsmerkmale beobachtet und gemessen wurden. Hierfür werden quasi-experimentelle Methoden verwendet, die eine Pseudopopulation erstellen in der die Patient:innen Gruppen unabhängig von den Zuweisungsmerkmalen sind. Ziel ist es Vergleichbarkeit zwischen der MoniKa-Interventionsgruppe und der Nicht-Interventionsgruppe in den Zuweisungsmerkmalen zu erzeugen, sodass sich beide Gruppen nur hinsichtlich der Intervention unterscheiden.

Quasi-experimentelle Analysen:

Als Hauptursachen des Erhalts der MoniKa-Intervention wurden folgende Merkmale identifiziert:

- Mobilität der Patient:innen
- Subjektive Lebensqualität der Patient:innen
- Patient:innen Motivation zur Teilnahme an MamBo („Überforderung mit meinen Erkrankungen“ und „Wunsch nach Unterstützung im häuslichen Umfeld“)
- Die Selbständigkeit der Patient:innen („Hilfe benötigt beim Ausfüllen des Fragebogens“)
- Anzahl der Kinder der Patient:innen
- Das Alter der Patient:innen
- Das Vorliegen einer Herzinsuffizienz

Für diese Baseline-Merkmale (t0 vor der Intervention) wurde angenommen, dass sie die Wahrscheinlichkeit für den Erhalt einer MoniKa-Intervention erhöhen und zugleich mit den Endpunkten korreliert sind. Die Adjustierung erfolgt mittels inverse-probability weighting (IPW) (Cole und Hernán 2008). In diesem quasi-experimentellen Verfahren wird zunächst mittels logistischer Regression die Wahrscheinlichkeit des Erhalts eines Treatments (MoniKa), abhängig von den, für den Zuweisungsprozess verantwortlichen Merkmalen geschätzt (obige Auflistung der genannten Ursachen). Dieses Vorhersagemodell ist in Tabelle 30 dargelegt. Tabelle 30 zeigt zudem die Güte des Vorhersagemodells der MoniKa-Zuweisung abhängig von den beschriebenen Merkmalen an. Zusätzlich werden die exponierten Koeffizienten abgebildet.

Tabelle 30: Vorhersagemodell zum Erhalt der MoniKa-Intervention

<i>Merkmale</i>	<i>Erhalt der MoniKa</i>
<i>Alter</i>	1.638*** [1.424,1.884]
<i>Herzinsuffizienz</i>	1.743*** [1.306,2.325]
<i>Mobilität</i>	1.499*** [1.219,1.843]
<i>Lebensqualität</i>	0.915 [0.819,1.021]

<i>Überforderung mit meinen Erkrankungen</i>	1.610* [1.044,2.483]
<i>Wunsch nach Unterstützung im häuslichen Umfeld</i>	1.497* [1.082,2.072]
<i>Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens</i>	1.800*** [1.287,2.518]
<i>Anzahl der Kinder</i>	0.796*** [0.701,0.904]
pseudo R²	0.161

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ Exponierte Koeffizienten; 95 % Konfidenzintervalle in den Klammern

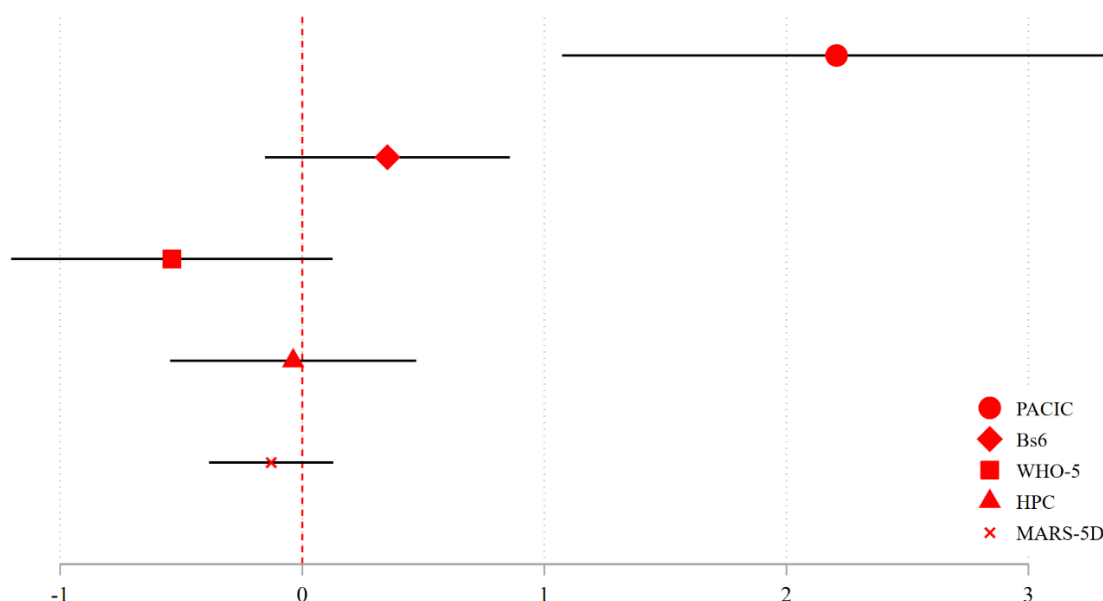
Dieses Modell zeigt eine Modellgüte (pseudo R²) von 0.161 an und ist somit geeignet für die Vorhersage der MoniKa-Zuweisung. Die Vorhersagemerkmale sind, außer der Lebensqualität, alle signifikant. Die Schätzungen aus diesem Modell werden in einem nächsten Schritt dafür verwendet eine Pseudopopulation zu erstellen, die sich möglichst nur noch in dem Treatment-status voneinander unterscheidet. Dabei wird die inverse Wahrscheinlichkeit des Erhaltes beziehungsweise nicht-Erhaltes denjenigen zugewiesen, die eine MoniKa erhalten beziehungsweise nicht-erhalten haben. Die Pseudopopulation ist so für die systematischen Unterschiede in der MoniKa-Zuweisung gewichtet ist. Die Verteilung des Gesamt IPW wird in Tabelle 31 abgebildet

Tabelle 31: Verteilung des Gesamt IPW

<i>MoniKa</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Std.Abw.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>IPW</i>	1285	1.002	0.304	0.203	3.237

Ein IPW mit einem Mittelwert von 1 und einer Standardabweichung < 1 gilt dabei als stabil (Cole und Hernán 2008). Ein instabiles IPW würde anzeigen, dass einige Fälle besonders stark und andere Fälle besonders schwach gewichtet werden. Diese hohen Abweichungen würden aus einem ungeeigneten Vorhersagemodell resultieren. Somit gilt die Verteilung des IPW aus dem MoniKa-Zuweisungs-Vorhersagemodell als sehr stabil. Das IPW wird in den folgenden Analysen angewendet, sodass sich die Effekte auf die gewichtete Population beziehen (Pseudopopulation Tabelle 31).

Abbildung 28: Effekt der MoniKa-Intervention auf ausgewählte Endpunkte nach inverser Gewichtung (IPW)



In Abbildung 28 werden erneut die Effekte der MoniKa-Intervention auf die ausgewählten Endpunkte in der IPW Pseudopopulation angezeigt. Es zeigt sich deutlich, dass ein signifikant positiver Effekt der MoniKa-Intervention auf die Bewertung der objektiven Versorgungsqualität besteht. Die Effekte auf der X-Achse in Abbildung 28 sind Koeffizienten der Regression von MoniKa-Intervention auf die jeweiligen Endpunkte. Die Werte der Koeffizienten der Regression und die Cohen's d Effektgrößen sind nicht direkt vergleichbar. Eine Berechnung Regressionskoeffizienten ist notwendig bei Verwendung von IPW Verfahren. In Tabelle 32 sind die präzisen Signifikanzniveaus und die standardisierte (beta-standardisierte) Koeffizienten der Ergebnisse der Effektschätzung unter Verwendung der IPW-Gewichte angegeben. Die Beta-Koeffizienten sind untereinander besser vergleichbar. Unter der Hinzunahme der IPW zeigt sich ein deutlich stärkerer positiver Effekt der MoniKa-Intervention auf die Bewertung der objektiven Versorgungsqualität (PACIC) (Goetz et al. 2012). Der Effekt auf die soziale Unterstützung (Bs-6) (Beutel et al. 2017) ist nicht mehr signifikant nach Hinzunahme des IPWs. Ein Grund hierfür liegt in dem Set der Variablen die für die Berechnung des IPW nötig waren (vgl. Tabelle 30), da diese bereits einen Teil der sozialen Unterstützung abbilden. So ist die „Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens“, „Anzahl der Kinder“ und der „Wunsch nach Unterstützung im häuslichen Umfeld“ bereits eine Submenge der sozialen Unterstützung, die bei Adjustierung, also der Anwendung des IPW, zur eine Nivellierung der Unterschiede in der sozialen Unterstützung führen kann. Daher sind die Ergebnisse aus Tabelle 29 und Abbildung 27, im Bezug auf den Effekt der MoniKa-Intervention auf die soziale Unterstützung, den Ergebnissen aus Tabelle 32 vorzuziehen.

Tabelle 32: Standardisierte Effekte der MoniKa-Intervention auf ausgewählte Endpunkte

<i>MoniKa-Intervention</i>	<i>PACIC</i>	<i>BS-6</i>	<i>WHOS</i>	<i>MARS-5D</i>	<i>HPC</i>
Beta-Koeff.	0.113***	0.032	-0.037	-0.004	-0.028

Akronym: MamBo

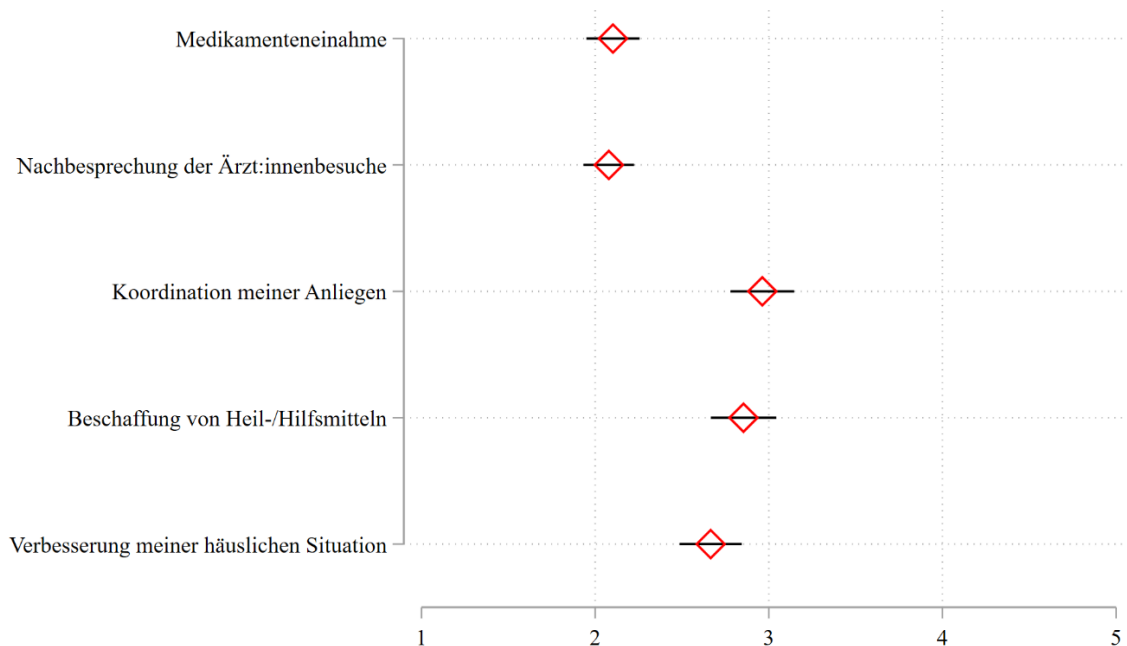
Förderkennzeichen: 01NVF17001

<i>p-Wert</i>	0.000	-0.172	-0.112	-0.885	-0.325
<i>R²</i>	0.361	0.345	0.401	0.270	0.230
<i>n</i>	1192	1231	1223	1198	1214

Beta-standardisierte Koeffizienten; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. IPW-Modelle mit t0 Adjustierung der jeweiligen Endpunkte. Anzahl der Fälle N unterschiedlich basierend auf gültigen Angaben zu t0 und t1 auf den jeweiligen Endpunkten.

Patient:innen die eine MoniKa-Intervention erhalten haben wurden zudem um ihre direkte Bewertung der MoniKa gebeten. In Abbildung 29 wird, wie schon in Abbildung 26, der Mittelwert der Angaben sowie die entsprechenden 95 % Konfidenzintervalle der MoniKa-Interventionsgruppe zu den einzelnen Bewertungsfragen abgebildet. Ein Wert von 1 entspricht dabei der Kategorie „Stimme nicht zu“ ein Wert von 3 „Teils teils“ und ein Wert von 5 „Stimme voll und ganz zu“. Es zeigt sich, dass die MoniKa-Interventionsgruppe angibt die MoniKa bei der „Koordination meiner Anliegen“ als teilweise hilfreich empfunden zu haben. In den anderen Bereichen insbesondere bei der „Medikamenteneinnahme“ und der „Nachbesprechung der Arztbesuche“ wurde die Tätigkeit der MoniKa eher nicht wahrgenommen.

Abbildung 29: Patient:innen Bewertung der MoniKa – Hat die MoniKa Ihnen bei der ... geholfen?



Covid-19 Evaluationszusatz:

Neben der fehlenden Randomisierung der Intervention und Matching der Datensätze sind weitere exogene Herausforderungen festzuhalten. Als wichtigster exogener Faktor gilt die Covid-19 Pandemie. Auf diesen Heterogenitätsfaktor reagierte der Evaluator und die Evaluatorin flexibel und ergänzte das Evaluationskonzept im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten.

Wirkung der Covid-19 Pandemie auf die MamBo-Intervention:

Vor dem Hintergrund der Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf das MamBo-Versorgungsmodell sind für die Patient:innen Befragung folgende Punkte festzuhalten:

- Die Covid-19 Pandemie reduzierte den direkten Umfang der MoniKa-Intervention
- Die Covid-19 Pandemie ist eine besondere Herausforderung für die MamBo-Patient:innen weil diese zur Hochrisikogruppe zählen.
- Patient:innen mit MoniKa-Intervention sind stärker von Covid-19 betroffen als Patient:innen ohne MoniKa-Intervention, weil Patient:innen mit MoniKa-Intervention morbider sind, gleichzeitig während Covid-19 nur vorwiegend einen telefonischen Kontakt erhielten.

Vor diesem Hintergrund gilt es einen möglichen verzerrenden Effekt oder sogar einen gesonderten Effekt der Covid-19 Pandemie für die MamBo-Effektevaluation zu identifizieren und zu quantifizieren. Da hierzu keine separate Erhebung erfolgen konnte, wurde der Einfluss der Covid-19 Pandemie anhand quasi-experimenteller Methoden geschätzt. Hierfür erwies sich das kontinuierliche Erhebungsdesign der MamBo-Patient:innen Befragung als vorteilhaft, da es ermöglichte Patient:innen im Längsschnitt, über verschiedene Zeiträume zu beobachten.

Als Einschlusskriterien galten alle t1 Fragebögen die nach mit Beginn des Aprils 2020 an das IMVR gelangten, somit mindestens eine einmonatige Interventionsdauer während der Covid-19 Pandemie aufwiesen (angenommener Beginn März 2020). Fragebogen von Patient:innen

die ab diesem Zeitraum an das IMVR gelangten wurden von den Fragebögen die vor der Covid-19 Pandemie and das IMVR geschickt wurden kontrastiert. So konnten Patient:innen beobachtet werden, dessen Interventionsdauer mit dem Zeitraum der Covid-19 Pandemie zusammenfiel.

Insgesamt sind hiervon 409 Patient:innen in der t1 Befragung und 104 Patient:innen in beiden Befragungszeitpunkten (t0 und t1) betroffen (vgl. Tabelle 27). Als Covid-19 Zeitraum spezifischer wurden zudem Patient:innen identifiziert, die beide Befragungszeitpunkte während Covid-19 hatten (n=104).

Der methodische Hintergrund dieser Differenzierung liegt in dem zufälligen Phänomen der Covid-19 Pandemie. Da Patient:innen weder einen direkten Einfluss auf Ihr Einschussdatum noch auf die Interventionsdauer, als auch auf den Beginn der Covid-19 Pandemie haben, ist die Stratifizierung der Befragung in vor-Covid und während-Covid als exogene, randomisierte Zuweisung der Patient:innen zu betrachten. Die randomisierte Zuweisung der Patient:innen durch den Beginn der Covid-19 Pandemie ermöglicht den Vergleich zwischen prä-Covid und während-Covid Patient:innen. So können Unterschiede in den Endpunkten und Effekten Aufschluss über den Einfluss der Covid-19 Pandemie geben. Das gilt insbesondere für den prä-Covid und preas-Covid Vergleich innerhalb der MoniKa-Interventionsgruppe.

In dem folgendem Regressionsmodell wurde eine Interaktion zwischen dem Erhalt einer MoniKa 1) und keiner MoniKa (0), sowiedem Interventionszeitraum während der Covid-19 Pandemie (1) und außerhalb der Pandemie (0) geschätzt. Als Endpunkt wurde das mentale Wohlbefinden genommen, da hier die stärksten Indizien für einen negativen Effekt der Covid-19 Pandemie vorhanden sind. Darüber hinaus wurde weiterhin das IPW aus Tabelle 31 verwendet.

- Es zeigt sich, dass keine Unterschiede im mentalen Wohlbefinden zwischen der nicht MoniKa-Interventionsgruppe während vor- und während-Covid-19 Pandemie vorhanden sind.
- Die Unterschiede im mentalen Wohlbefinden zwischen der MoniKa-Interventionsgruppe sind dahingegen vorhanden. Patient:innen die während-Covid-19 eine MoniKa-Intervention erhielten, sind durchschnittlich ca. zwei Punkte höher im mentalen Wohlbefinden-Score (WHO-5) (Topp et al. 2015) als Patient:innen mit MoniKa-Intervention prä-Covid-19 und weisen somit ein gesteigertes Wohlbefinden auf.
- Gleichzeitig haben Patient:innen mit MoniKa-Intervention die prä-Covid-19 befragt wurden das geringste mentale Wohlbefinden und Patient:innen mit MoniKa-Intervention die während-Covid-19 befragt wurden das höchste mentale Wohlbefinden.
- Die Ergebnisse aus der Regression sind in Tabelle 33 dokumentiert. Auffällig ist das trotz der Hinzunahme eines Interaktionseffektes und der geringen Fallzahl von Patient:innen mit MoniKa-Intervention und beiden Befragungszeitpunkten während der Covid-19-Pandemie (N = 43) der Interaktionseffekt dennoch signifikant ist ($p < 0.05$).

Abbildung 30: MoniKa-Einfluss auf mentales Wohlbefinden

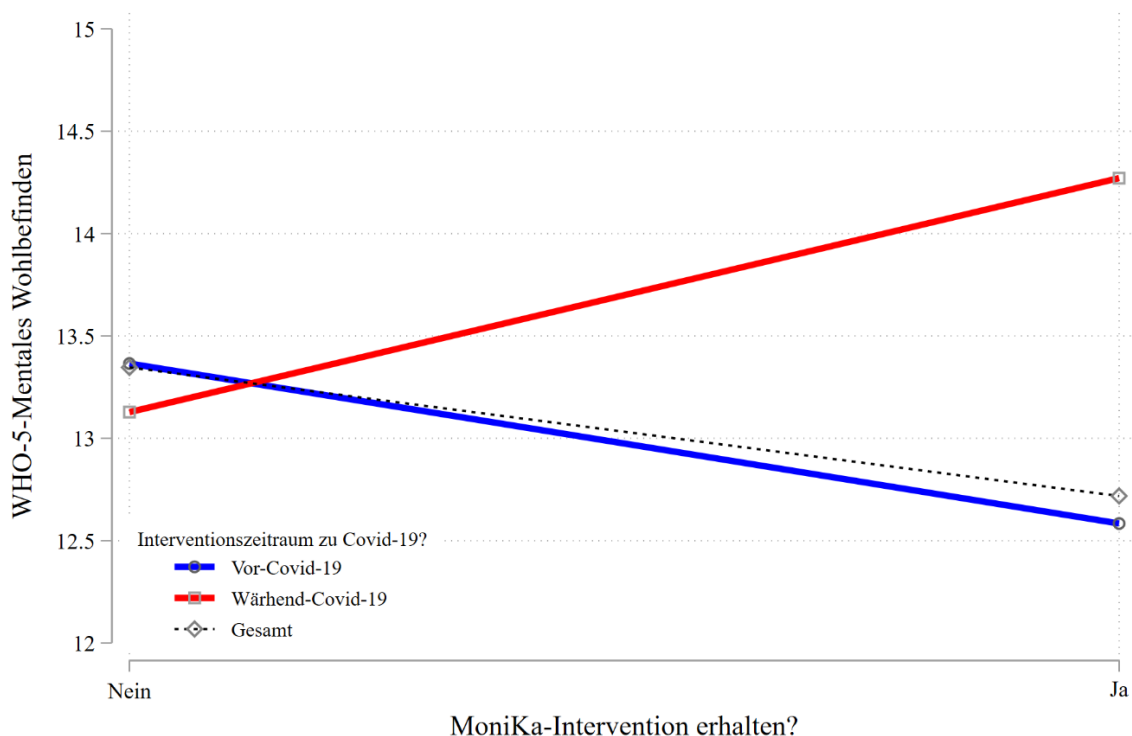


Tabelle 33: Interaktionseffekt der MoniKa-Intervention mit der Covid-19-Pandemie

WHO-5	Beta-Koeff.	p-Wert
MoniK-Intervention (M)	-0.054*	0.034
Covid-Zeitraum (C)	-0.010	0.688
Interaktionseffekt M*C	0.056*	0.036
R ²	0.4031	
n	1223	

Beta-standardisierte Koeffizienten; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. IPW-Modelle mit t0-Adjustierung des mentalen Wohlbefindens (WHO-5). Patient:innen mit MoniKa-Intervention während Covid-19 N=43.

Tabelle 33 zeigt ein gewichtetes (IPW) Regressionsmodell auf das mentale Wohlbefinden (WHO-5) (Topp et al. 2015) mit der MoniKa-Intervention und dem Covid-19-Zeitraum, sowie deren Interaktion als Prädiktoren. Die Effekte werden als Beta-Koeffizienten abgebildet, die Prädiktoren sind jeweils binär (0 / 1) kodiert, sodass der Effektstärken vergleichbar sind. Der Interaktionseffekt ist signifikant ($p = 0.036$) und der Beta-Koeffizient beträgt 0.056. Der Interaktionseffekt zeigt an, dass wenn eine MoniKa-Intervention innerhalb des Covid-Zeitraumes erfolgt, das mentale Wohlbefinden steigt, obwohl der separate Effekte der MoniKa-Intervention signifikant negativ geschätzt wird in diesem Modell (- 0.054; $p = 0.034$). Innerhalb des Covid-19-Zeitraumes ändert die MoniKa-Intervention die Effektrichtung.

Der Anstieg im Punktwert des mentalen Wohlbefindens liegt bei ca. 2, wie auch aus der Differenz der blauen und roten Linie bei erhaltener MoniKa-Intervention in Abbildung 30 zu erkennen.

Dieses Ergebnis kann zunächst als kontraintuitiv erachtet werden, da die Hochrisikogruppe der Covid-19 Pandemie (MamBo Patient:innen mit MoniKa-Intervention) während-Covid-19 den höchsten Wert im mentalen Wohlbefinden verzeichnet. Die Erklärungsansätze sind zum einem der hohe Etablierungsgrad der MamBo-Struktur zum Zeitpunkt der Covid-19 Pandemie

und zum anderem die höhere Sensitivität für Hilfeleistungen, wie der MoniKa-Intervention, während Krisenzeiten. Die MoniKa-Intervention scheint ihre positive Wirkung auf das mentale Wohlbefinden der MoniKa-Patient:innen vor allem unter Krisenbedingungen zu erzielen. Gleichzeitig hat der höhere Etablierungsgrad der MamBo-Intervention wohl dazu beigetragen, dass die MoniKa-Patient:innen, die diese zu einem späteren Zeitpunkt erhielten, stärker von der Intervention profitierten.

Da der Interaktionseffekt signifikant ist, die Zuweisung in die Covid-Zeiträume zufällig ist, die systematischen Unterschiede zwischen Patient:innen mit und ohne MoniKa-Intervention mittels IPW Verfahren nivelliert wurden, kann ein zufälliger Befund ausgeschlossen werden. Wenn die MoniKa-Patient:innen Ihren Interventionszeitraum während der Covid-19-Pandemie hatten, stieg das mentale Wohlbefinden an. Gleichzeitig haben die Patient:innen mit MoniKa-Intervention keinen Anstieg im mentalem Wohlbefinden wenn die Intervention vor der Covid-19-Pandemie erfolgt ist. Insgesamt ist das Wohlbefinden in Bezug auf die Population besonders hervorzuheben, weil es ein robuster Prädiktor für die Lebensqualität, den depressive Neigungen und der Mortalität ist.

Diskussion

Insgesamt zeigt sich, dass die MoniKa-Intervention nicht direkt spürbar für die Patient:innen ist. Allerdings wird eine Steigerung der objektiven Bewertungsqualität (PACIC) (Goetz et al. 2012) und der wahrgenommen sozialen Unterstützung (BS6) (Beutel et al. 2017) angegeben. Bei der Verbesserung der Medikationsadhärenz, dem Coping und dem mentalen Wohlbefinden zeigt die MoniKa-Intervention keine subjektive Wirkung für die Patient:innen. Bei direkter Erfragung der besonders wahrnehmbaren Aspekte der MoniKa-Intervention tritt vor allem die Koordination der Patient:innen Anliegen hervor.

In Bezug auf die Covid-19 Situation zeigt sich, dass Patient:innen mit MoniKa-Intervention während der Covid-19 Pandemie das höchste mentale Wohlbefinden (WHO-5) (Topp et al. 2015) aufweisen im Vergleich zu allen anderen MamBo-Patient:innen. Daraus lässt sich schließen, dass die MoniKa-Intervention in Krisenzeiten einen besonders positiven Effekt für die hochmorbiden Patient:innen aufzeigt.

Unter Anbetracht der gesamten MamBo-Population erhielt der Großteil der MamBo-Patient:innen keine MoniKa-Intervention (G0), sondern profitierte nur indirekt über die MamBo-Versorgungsstrukturen. Für diesen Teil der Patient:innen zeigt sich, dass nur die wahrgenommene soziale Unterstützung (BS6) (Beutel et al. 2017) angestiegen ist. Die Patient:innen ohne MoniKa-Intervention geben keinen direkten Nutzen durch MamBo an.

Aufgrund der nicht-zufälligen Zuweisung der Gesamtpopulation der Befragten Patient:innen in G0 und G1 wurde versucht mittels IPW-Verfahren, den Einfluss der Zuweisungsfaktoren der MoniKa-Intervention zu minimieren. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es sich bei der G0 Gruppe nicht um eine tatsächliche Kontrollgruppe handelt, da diese passiv durch die Strukturen des MamBo-Versorgungsmodell profitieren konnte. Insofern bleibt der Vergleich in den Subgruppen G0 und G1 der MamBo-Gesamtpopulation verhaftet. Die Reliabilität des IPW Verfahrens und Analysen ist daher verletzt. Die Richtung der Verletzung ist jedoch konservativ, d.h. potentielle Effekte werden eher Unter- als Überschätzt, da die Gewichtung an eine völlig native Population (multimorbid, aber keinerlei Kontakt zu MamBo) zu einen vermeintlich größeren Effekt führen würde, da hier keinerlei Einfluss der MamBo-Versorgungsstruktur vorläge.

Fazit der Effektevaluation:

Die nicht-Randomisierung der MoniKa-Intervention ist an dieser Stelle erneut zu berücksichtigen, da die Patient:innen mit und ohne Intervention sich systematisch voneinander unterscheiden. Den Analysen fehlt es daher an einer tatsächlichen Kontrollgruppe zur MoniKa-Interventionsgruppe. Mit Blick auf die besonderen Charakteristika der MamBo-Patient:innen mit MoniKa-Intervention ist darauf hinzuweisen, dass diese Patient:innen hochmorbide und unterstützungsbedürftig sind. Dies wirkt sich besonders auf die Endpunkte wie dem mentalen Wohlbefinden aus, da hier eine progrediente Abnahme, basierend auf dem Morbiditätsgrad der Patient:innen, zu erwarten ist.

Ein Vergleich der MoniKa-Interventionsgruppe mit einer ähnlich morbiden Gruppe ohne MoniKa-Intervention, könnte bisher verborgene, Effekte der MoniKa-Intervention anzeigen könnte. Dieser Vergleich wäre möglich gewesen bei randomisierter MoniKa-Zuweisung.

Die Herausforderung der nicht randomisierten Treatment-Zuweisung wurde mit dem methodisch maximal möglichen begegnet, dem IPW Verfahren. Allerdings erreicht das Vorhersagemodell zur MoniKa-Zuweisung ein pseudo R^2 von 0.161, ein höherer Wert und somit eine bessere Nivellierung der endogenen Unterschiede zwischen MoniKa- und nicht MoniKa-Patient:innen wäre möglich gewesen. Hierfür hätten die Informationen von Patient*innen und Ärzt:innen miteinander verknüpft werden würden müssen, sodass in der Vorhersage auch das Einschreibe und Delegationsverhalten der Ärzt:innen berücksichtigt werden können. Des Weiteren wäre die Verknüpfung mit den Sekundärdaten der Krankenkassenabrechnung der Patient:innen sehr sinnvoll gewesen, da so entscheidende Determinanten der MoniKa Delegation, wie die Morbidität der Patient:innen, sensitiver in den Analysen hätten berücksichtigt werden können. Insgesamt hätte die Verknüpfung der Informationen zur einem besseren Vorhersagemodell der MoniKa-Intervention geführt und somit die quasi-experimentelle Schätzung des Interventionseffektes mittels IPW verbessert (vgl. Tabelle 30 und Tabelle 31). Zudem hätten Effekte bspw. auch für die Praxisebene adjustiert werden können und somit eine bessere Evaluation der strukturellen und organisationsbedingten Faktoren ermöglicht.

Eine Beantragung dieser Verknüpfung erfolgte nicht, da aufgrund des Umfangs der zum Zeitpunkt der Beantragung bestehenden Auflagen und Kritiken seitens der Ethikkommission der UKK, geringe Chancen bestanden.

Die Hauptursachen für das nicht volle Ausschöpfen des Evaluationspotenzials der MamBo-Patient:innen Befragung sind die fehlende Randomisierung der MoniKa-Intervention, das nicht-Vorliegen einer tatsächlichen Kontrollgruppe und die mangelnde Verknüpfung der verschiedenen Datenquellen miteinander (bspw. Praxisbefragung und Patient:innenbefragung o. Abrechnungsdaten mit Patient:innen Befragungsdaten).

3.4 Gesundheitsökonomische Evaluation

3.4.1 Selektion der Studienpopulation

Laut Teilnehmer:innenverzeichnis wurden 2.614 Versicherte in die Intervention MamBo eingeschrieben. Aus dieser Grundgesamtheit konnten 2.345 Versicherte in den Leistungsdaten der der pronova BKK identifiziert werden, die im definierten Zeitraum (01.07.2017 bis zum 31.03.2019 für Zeitraum 1 bzw. 01.07.2017 bis zum 30.09.2019 für Zeitraum 2) in MamBo eingeschrieben wurden. Hiervon erfüllten 2.216 Versicherte die Ein- und Ausschlusskriterien der Evaluation.

Akronym: MamBo

Förderkennzeichen: 01NVF17001

Dem gegenüber konnten aus dem Versichertenkollektiv der pronovaBKK 145.996 Versicherte selektiert werden, die – mit Ausnahme der Teilnahme an MamBo – die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt haben wie die MamBo-Teilnehmer:innen. Aus diesen Versicherten wurde die Kontrollgruppe an Nicht-Teilnehmer:innen selektiert.

Nach Durchführung des Propensity-Score-Matching bilden 2.057 MamBo-Teilnehmer:innen (Interventionsgruppe / IG) und 2.057 Nicht-Teilnehmer:innen (Kontrollgruppe / KG) die finale Studienpopulation der Analyse (im zweiten Nachbeobachtungsjahr ist N = 1.044). Im Rahmen des Matching konnte für rund 94 % der MamBo-Teilnehmer:innen ein „statistischer Zwilling“ aus der Regelversorgung gefunden werden. Die finale Studienpopulation der Evaluation (2.057 MamBo-Teilnehmer:innen) entspricht zu 87 % der potenziell möglichen Ausgangspopulation aller MamBo-Teilnehmer:innen (2.614 Versicherte). Eine abschließende Aussage zur Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation ist basierend auf den vorliegenden Auswertungen nicht möglich. Aufgrund des hohen Anteils der final in die Analyse eingegangenen Versicherten ist tendenziell aber von einer guten Repräsentativität der Teilpopulation auszugehen. Aus der Gesamtpopulation der MamBo-Teilnehmer:innen im Beobachtungszeitraum erhielten 677 Versicherte auch die MoniKa-Intervention, 614 hiervon verblieben in der finalen Analysepopulation nach Durchführung des Propensity-Score Matchings. Eine separate Auswertung der Subpopulation MoniKa unter allen MamBo-Teilnehmer:innen ist im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation nicht erfolgt.

Abbildung 31: Flussdiagramm Bildung der Interventionsgruppe

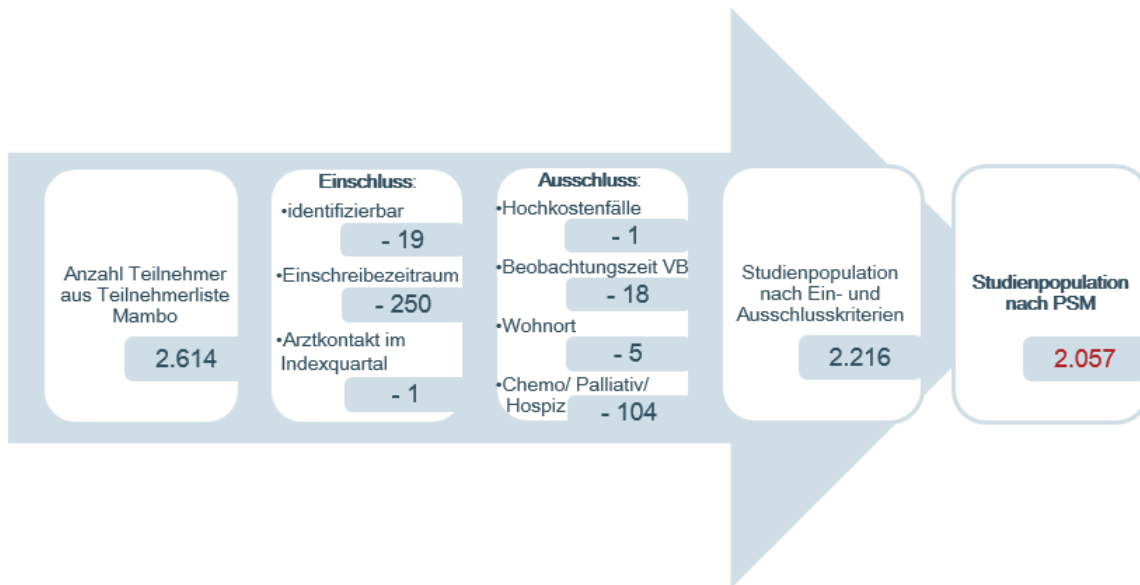
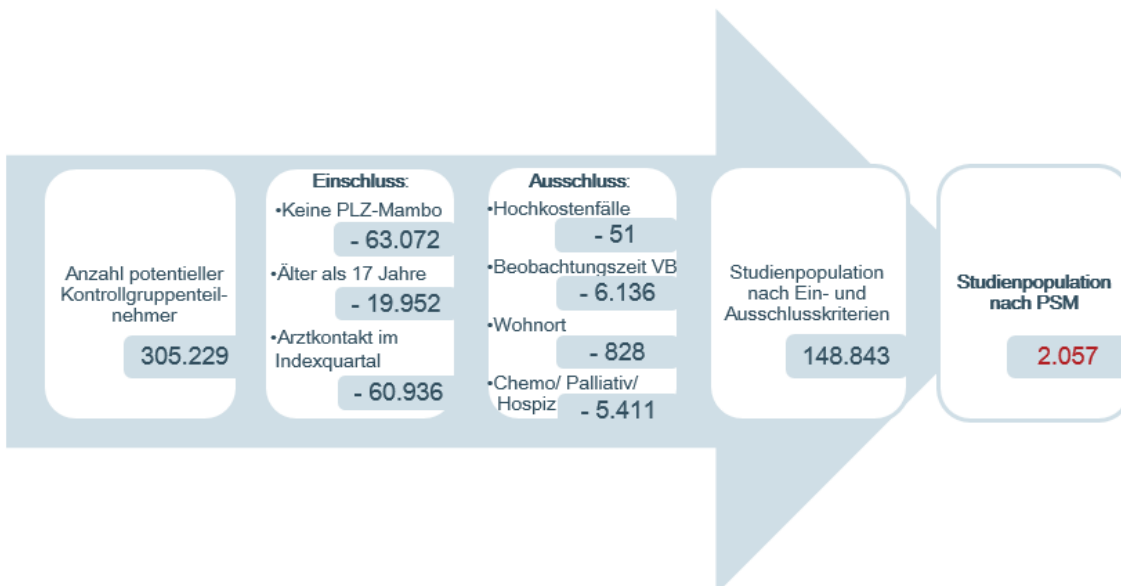
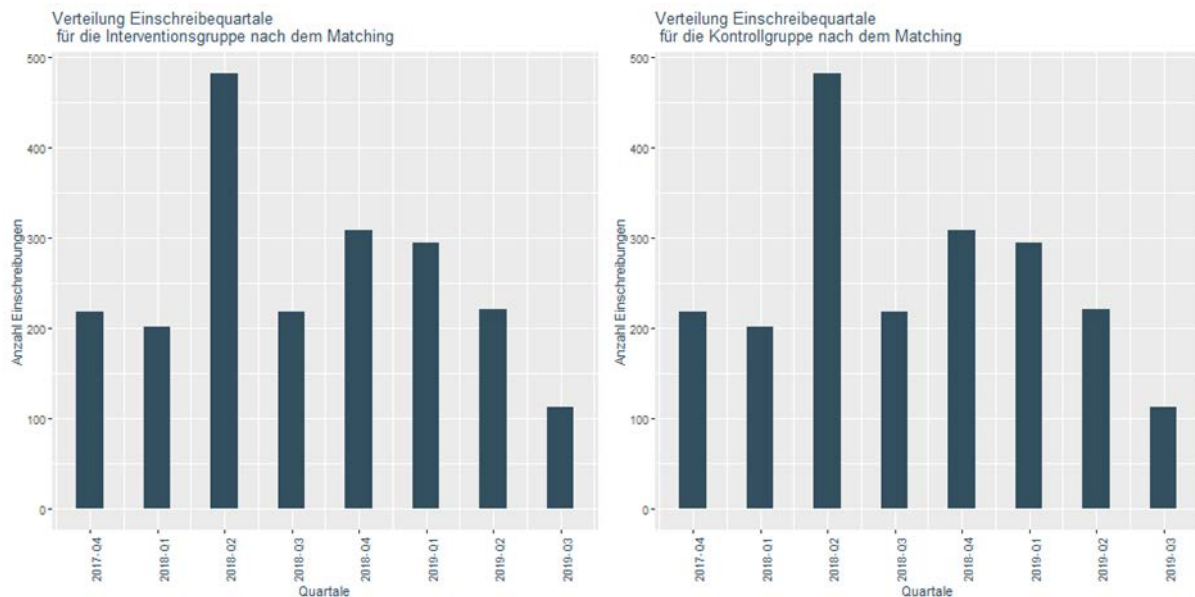


Abbildung 32: Flussdiagramm Bildung der Kontrollgruppe



Die Einschreibequartale / Pseudo-Einschreibequartale wurden als direktes Matchingkriterium berücksichtigt. Wie in Abbildung 33 ersichtlich ist die die Verteilung der Einschreibequartale (MamBo Teilnehmer:innen) und Pseudo-Einschreibequartale (Nicht-Teilnehmer:innen) daher identisch. Die meisten Einschreibungen erfolgten in beiden Gruppen im ersten Quartal des Jahres 2018.

Abbildung 33: Verteilung Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartal**3.4.2 Charakteristik der Teilnehmer:innen und Nicht-Teilnehmer:innen im Vorbeobachtungszeitraum**

Zwischen MamBo-Teilnehmer:innen (Interventionsgruppe) und jenen Versicherten, die nicht an MamBo teilnehmen (Kontrollgruppe), existierten im Vorbeobachtungszeitraum (vor Matching) merkliche Unterschiede:

Die MamBo-Teilnehmer:innen waren im Mittel deutlich älter als die Population der Nicht-Teilnehmer:innen (74 Jahre zu 56 Jahre) und hatten daher zu einem weitaus größeren Anteil bereits den Status Rentner:in (79 % zu 39 %). Zudem nahmen die Teilnehmer:innen das Gesundheitswesen etwas häufiger in Anspruch. Dies zeigte sich sowohl im ambulanten Sektor in der Anzahl an Ärzt:in-Quartals-Kontakten insgesamt im Mittel (19,5 zu 12,2), bei Fachärzt:innen (13,3 zu 8,0) und bei Hausärzt:innen (6,3 zu 4,2), im Arzneimittelsektor (Mittlere Anzahl an unterschiedlichen Wirkstoffen 8,7 zu 5,2) sowie im stationären Sektor (Mittelwert der Anzahl an vollstationären Krankenhaustagen: 3,8 zu 2,0; Mittelwert der Anzahl an vollstationären Krankenhausfällen: 0,5 zu 0,3). Die Morbidität der MamBo-Teilnehmer:innen war im Vorfeld ebenfalls höher als bei den Nicht-Teilnehmer:innen. Dies drückte sich z. B. im Mittelwert des Charlson-Komorbiditäts-Index (3,0 zu 1,4) oder im Mittelwert des Morbi-RSA-Risikofaktors (2,3 zu 1,2) aus. Die höhere Morbidität und die häufigere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens spiegelten sich letztendlich in höheren mittleren Gesamtleistungskosten (4.361 € zu 2.471 €) und teilweise in den mittleren Leistungskosten der einzelnen untersuchten Sektoren (Ambulanter Sektor: 1.300 € zu 751 €, Stationärer Sektor: 1.971 € zu 1.106 €, Arzneimittel Kosten: 997 € zu 587 €) wider.

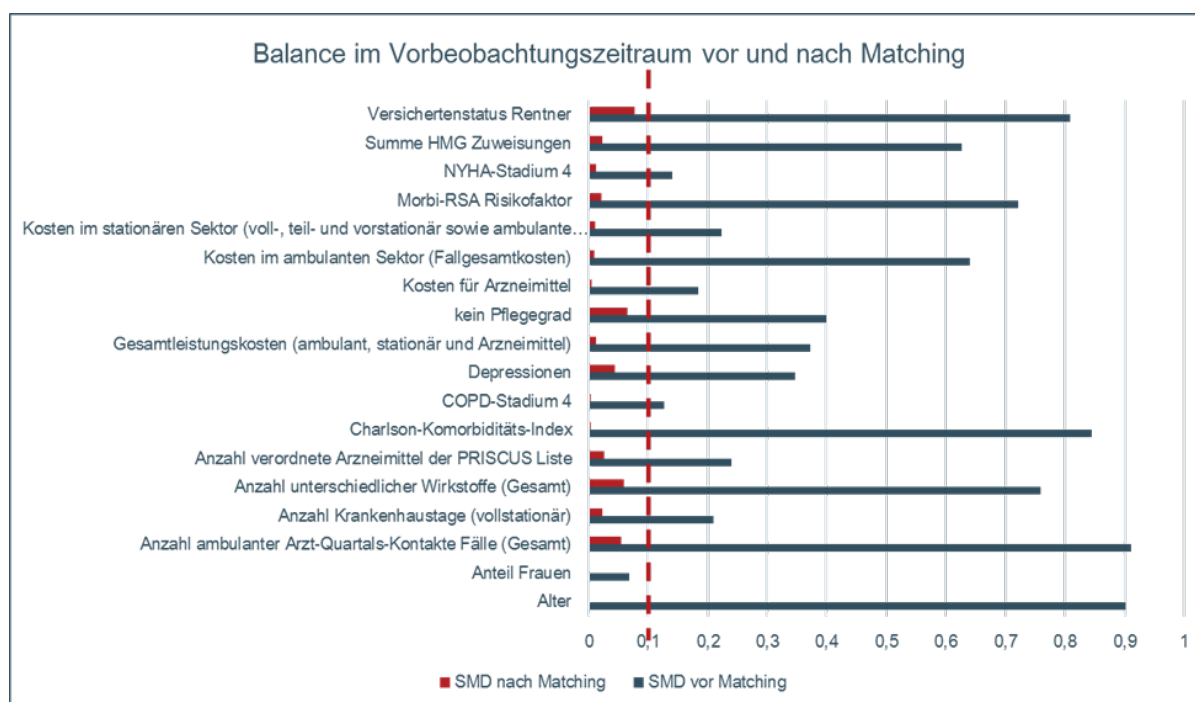
3.4.3 Bewertung des Propensity-Score-Matchings

Durch das Propensity-Score-Matching wurde eine Angleichung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe erreicht und beide Gruppen wiesen eine sehr ähnliche Versichertenstruktur auf. Dies betraf sowohl die Altersstruktur (Mittleres Alter: IG 73,56; KG 73,55) als auch die Geschlechtsstruktur (Anteil Frauen: IG 55,86 %; KG 55,86 %), die Ressourcenverbräuche und die Kosten in allen untersuchten Sektoren (Bsp.: Gesamtleistungskosten: IG 3987,15 €; KG

4051,41 €), die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (Bsp.: vollstationäre Krankentage: IG 3,31; KG 3,54) sowie die Morbiditätsstruktur (Mittlerer Charlson-Komorbiditäts-Index: IG 2,83; KG 2,83). Die SMD, die den bestehenden Unterschied zwischen beiden Gruppen quantifiziert (< 10 % bzw. < 20 % gilt als akzeptabel) lag bei einem Großteil der betrachteten Variablen unterhalb der Toleranzgrenze von < 10 %. Auch bei Variablen, die diesen Wert überschritten lag die SMD durchgehend unterhalb der Akzeptanzgrenze von < 20 %. Die vier Variablen, welche mehr als 10 % Unterschied in der SMD nach erfolgtem Matching aufwiesen waren: Anzahl unterschiedlicher Hausärzt:innen (SMD: vor Matching: 0,59; nach Matching: 0,13), VKA-Verordnungen (SMD: vor Matching: 0,22; nach Matching: -0,11), Versichertenstatus Mitglied (SMD: vor Matching: -0,66; nach Matching: 0,14) und die COVID-19-Prävalenz je Kreis (SMD: vor Matching: -1,41; nach Matching: -1,97). Die bestehenden Unterschiede bei den vier aufgeführten Variablen sind aus Sicht der Evaluatoren zu vernachlässigen, da die tatsächlich beobachteten Abweichungen gering sind und der Einfluss auf die definierten Zielparameter als gering anzusehen ist. Eine grafische Darstellung der SMD für ausgewählte Variablen ist in Abbildung 34 ersichtlich. Beide Gruppen konnten daher als weitestgehend strukturgleich angesehen werden.

Es konnte zu einem hohen Anteil von 94 % der MamBo-Teilnehmer:innen eine Kontrolle gefunden werden. Keinen Matchingpartner konnte tendenziell für besonders kranke und hochpreisige Versicherte der MamBo- Teilnehmer:innen gefunden werden. Trotz dieser Einschränkung ist die Repräsentativität der Population nach Propensity-Score-Matching in Bezug auf alle MamBo-Teilnehmer:innen als ausreichend hoch anzusehen.

Abbildung 34: Balance von Interventions- und Kontrollgruppe im Vorbeobachtungszeitraum



3.4.4 Auswirkungen auf die ambulante Inanspruchnahme und das Kodierverhalten

MamBo-Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe wiesen, verglichen mit den Nicht-Teilnehmer:innen aus der Kontrollgruppe, mehr ambulante Ärzt:innen-Quartals-Kontakte auf. Besonders deutlich ist diese Mehrinanspruchnahme bei den Quartalsfällen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Die Anzahl an Hausärzt:inkontakten hingegen sank bei den MamBo-

Teilnehmer:innen im Zeitverlauf kontinuierlich und lag im letzten Nachbeobachtungsjahr unter dem Wert der Gruppe der Nicht-Teilnehmer:innen.

Die Anzahl der Beanspruchung unterschiedlicher Ärzt:innen war in der Gruppe der MamBo-Teilnehmer:innen höher als in der Kontrollgruppe. Insbesondere bei der Anzahl unterschiedlicher Fachärzt:innen zeigte sich ein deutlicher Unterschied der beiden Gruppen über den gesamten Zeitverlauf hinweg (9,0 zu 8,0 [DiD von 0,8] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 9,3 zu 8,2 [DiD von 0,8] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

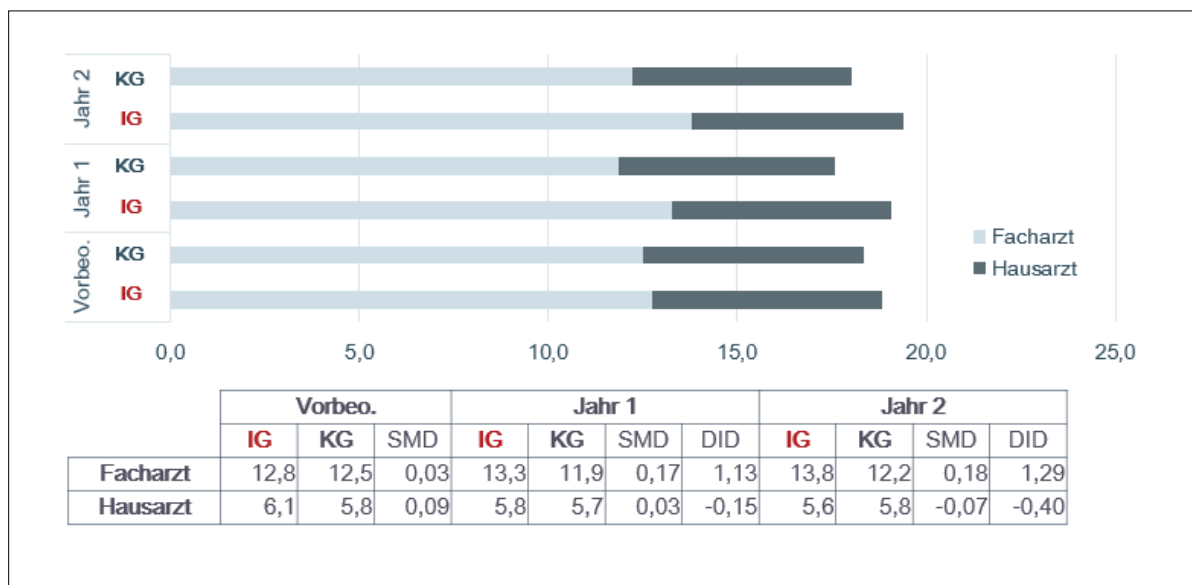
Der Anteil spezifischer Diagnosen verbesserte sich über den Zeitverlauf marginal in beiden Gruppen. In der Interventionsgruppe blieb dieser jedoch stets geringer als in der Kontrollgruppe. Der Anteil an gesicherten Diagnosen war in der Gruppe der MamBo-Teilnehmer:innen etwas höher als in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer:innen.

Tabelle 34 Ambulante Inanspruchnahme

	Vorbeobachtungszeitraum			Nachbeobachtungszeitraum Jahr 1				Nachbeobachtungszeitraum Jahr 2			
	IG	KG	SMD	IG	KG	DiD	SMD	IG	KG	DiD	SMD
Anzahl Quartalsfälle (Gesamt)	18,8	18,3	0,05	19,1	17,6	1,0	0,16	19,4	18,0	0,9	0,15
Anzahl Ärzt:in-Quartals-Kontakte (Hausärzt:in)	6,1	5,8	0,09	5,8	5,7	-0,2	0,03	5,6	5,8	-0,4	-0,07
Anzahl Ärzt:in-Quartals-Kontakte Fälle (Fachärzt:in)	12,8	12,5	0,03	13,3	11,9	1,1	0,17	13,8	12,2	1,3	0,18
Anzahl von Hausbesuchen	0,8	1,0	-0,04	1,1	1,4	0,0	-0,04	1,3	1,2	0,3	0,02
Anzahl unterschiedlicher Hausärzt:innen	2,4	2,3	0,13	2,3	2,2	-0,1	0,09	2,3	2,3	-0,2	0,02
Anzahl unterschiedlicher Fachärzt:innen	8,6	8,3	0,05	9,0	8,0	0,8	0,20	9,3	8,2	0,8	0,19
Anteil spezifischer Diagnosen	71,0	71,1	-0,01	71,4	71,5	-0,1	-0,01	72,0	72,4	-0,3	-0,03
Anteil gesicherter Diagnosen	90,3	89,7	0,08	90,2	90,4	-0,7	-0,02	91,2	90,9	-0,2	0,04

Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) sind fett hervorgehoben

Abbildung 35: Anzahl ambulante Ärzt:innen-Quartals-Kontakte



3.4.5 Auswirkungen auf die Arzneimittelverordnungen

Der Mittelwert der absoluten Anzahl unterschiedlicher Wirkstoffe lag in der gesamthaften Betrachtung über den zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum hinweg in der Interventionsgruppe geringfügig und ohne statistische Signifikanz unterhalb der Werte der Kontrollgruppe (8,8 zu 9,1 [DiD von 0,0] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 9,0 zu 9,4 [DiD von -0,1] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

Ebenfalls lag die mittlere Anzahl unterschiedlicher verschreibender Ärzt:innen in der gesamthaften Betrachtung über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg in der Gruppe der MamBo-Teilnehmer:innen geringfügig unterhalb der Werte der Nicht-Teilnehmer:innen (3,4 zu 3,6 [DiD von -0,1] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 3,5 zu 3,7 [DiD von -0,2] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

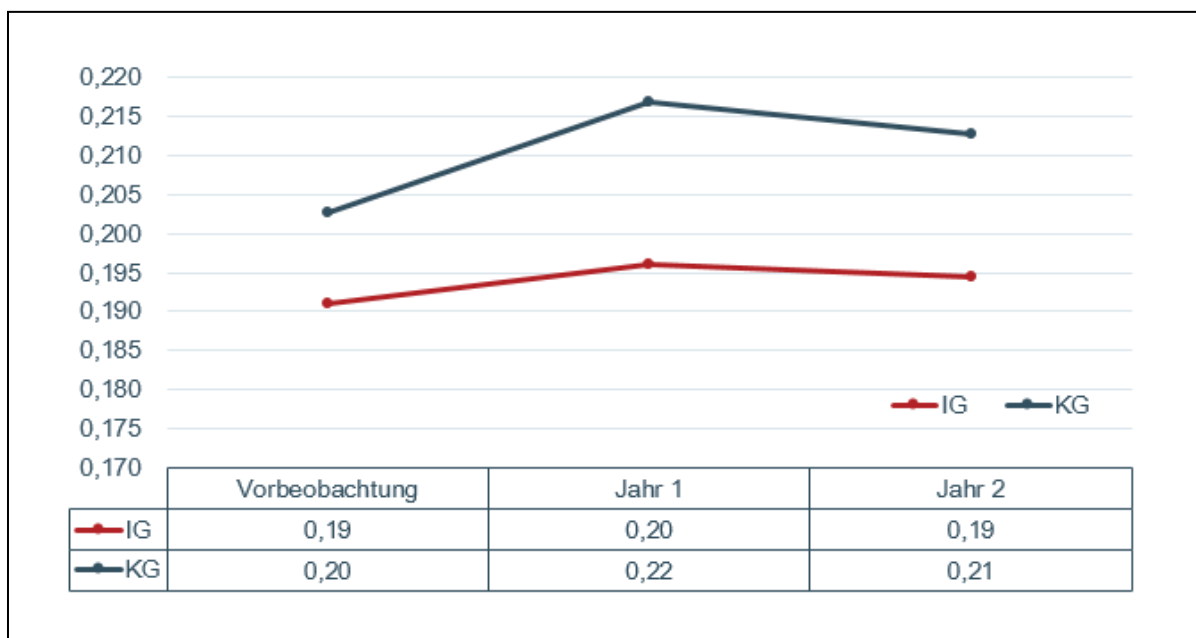
In der Interventionsgruppe hatten im Beobachtungszeitraum weniger Versicherte eine zeitgleiche Verordnung von ≥ 5 Wirkstoffen als in der Kontrollgruppe. Verschreibungen von ≥ 5 Wirkstoffen gleichzeitig wurden überwiegend durch Hausärzt:innen getätigt. Die mittlere Anzahl von Verordnungen aus der Priscus-Liste war in beiden Gruppen ähnlich. Eine marginal geringere Anzahl von Verordnungen dieser Liste der potenziell inadäquaten Medikation für ältere Menschen war in der Interventionsgruppe auszumachen (0,20 zu 0,22 [DiD von -0,01] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 0,19 zu 0,21 [DiD von -0,01] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

Tabelle 35 Arzneimittelsektor

	Vorbeobachtungszeitraum			Nachbeobachtungszeitraum Jahr 1				Nachbeobachtungszeitraum Jahr 2			
	IG	KG	SMD	IG	KG	DiD	SMD	IG	KG	DiD	SMD
Anzahl unterschiedliche Apotheken	2,2	2,2	0,02	2,3	2,2	0,1	0,07	2,3	2,2	0,1	0,07
Anzahl verordnete Arzneimittel der PRISCUS Liste	0,2	0,2	-0,03	0,2	0,2	0,0	-0,04	0,2	0,2	0,0	-0,04
Anzahl unterschiedlich verschreibende Ärzt:innen (Gesamt)	3,5	3,5	-0,03	3,4	3,6	-0,1	-0,07	3,5	3,7	-0,2	-0,10
Anzahl unterschiedlicher Wirkstoffe (Gesamt) - Anteil in %	8,4	8,7	-0,06	8,8	9,1	0,0	-0,06	9,0	9,4	-0,1	-0,07
Polypharmazie Fachärzt:in - Anteil in %	19,9	22,3	-0,06	20,0	24,4	-2,0	-0,10	23,1	26,8	-1,4	-0,09
Polypharmazie Hausärzt:in - Anteil in %	41,7	43,5	-0,04	46,1	46,6	1,3	-0,01	49,8	50,8	0,9	-0,02
Polypharmazie Gesamt - Anteil in %	44,8	47,3	-0,05	48,9	49,8	1,5	-0,02	52,8	54,0	1,2	-0,02

Signifikante Unterschiede (p < 0,05) sind fett hervorgehoben

Abbildung 36: Anzahl verordnete Arzneimittel der PRISCUS-Liste



3.4.6 Auswirkungen auf den stationären Sektor

Unter Berücksichtigung der bestehenden Unterschiede im Vorbeobachtungszeitraum (vollstationäre Krankenhausfälle: 0,4 (IG) / 0,5 (KG); vollstationäre Krankenhaustage: 3,3 (IG) / 3,5 (KG)) lässt sich eine leicht positive signifikante Tendenz im Bereich der beanspruchten vollstationären Krankenhausfälle und Krankenhaustagen zugunsten der MamBo-Teilnehmer:innen

beobachten. Über den Beobachtungszeitraum hinweg war in beiden Studiengruppen sowohl bei der Anzahl an vollstationären Krankenhausfällen als auch bei Anzahl an vollstationären Krankenhaustagen ein leichter Anstieg zu beobachten, dieser fällt jedoch für die Interventionsgruppe geringer aus als für die Kontrollgruppe.

Im Vergleich von MamBo-Teilnehmer:innen und Nicht-Teilnehmer:innen waren ähnlich viele ASK-Fälle im gesamten Nachbeobachtungszeitraum zu beobachten. Insgesamt machten ASK-Fälle etwa 15,5% aller Krankenhausfälle und 12,5% aller Krankenhaustage aus. Auch die Anzahl der „Kurzlieger“-Krankenhausfälle (Liededauer von drei Tagen oder weniger) bei vollstationären Krankenhausfällen über den Zeitverlauf war in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe nahezu gleich (0,2 zu 0,2 [DiD von 0,0] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 0,2 zu 0,2 [DiD von 0,0] im zweiten Nachbeobachtungsjahr). Die Anteile an ASK-Fälle und Kurzliegerfällen in Bezug auf alle vollstationären Krankenhausfälle war nahezu identisch in beiden Gruppen.

Tabelle 36 Stationärer Sektor

	Vorbeobachtungszeitraum			Nachbeobachtungszeitraum Jahr 1				Nachbeobachtungszeitraum Jahr 2			
	IG	KG	SMD	IG	KG	DiD	SMD	IG	KG	DiD	SMD
Anzahl Krankenhausfälle (vollstationär)	0,4	0,5	-0,04	0,5	0,6	0,0	-0,08	0,6	0,6	0,0	-0,06
Anzahl Krankenhaustage (vollstationär)	3,3	3,5	-0,02	4,3	5,1	-0,6	-0,06	5,0	5,7	-0,5	-0,05
Anzahl Krankenhausfälle durch ASK	0,1	0,1	-0,03	0,1	0,1	0,0	-0,05	0,1	0,1	0,0	-0,06
Anzahl Krankenhausfälle mit <= 3 Tagen „Kurzlieger“ (vollstationär)	0,2	0,2	-0,03	0,2	0,2	0,0	-0,07	0,2	0,2	0,0	-0,02
Anzahl Krankenhaustage durch ASK	0,3	0,5	-0,05	0,5	0,6	0,0	-0,05	0,5	0,7	0,0	-0,05
Anzahl Krankenhaustage (vollstationär)	3,3	3,5	-0,02	4,3	5,1	-0,6	-0,06	5,0	5,7	-0,5	-0,05

Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) sind fett hervorgehoben

Abbildung 37: Anzahl vollstationäre Krankenhaustage

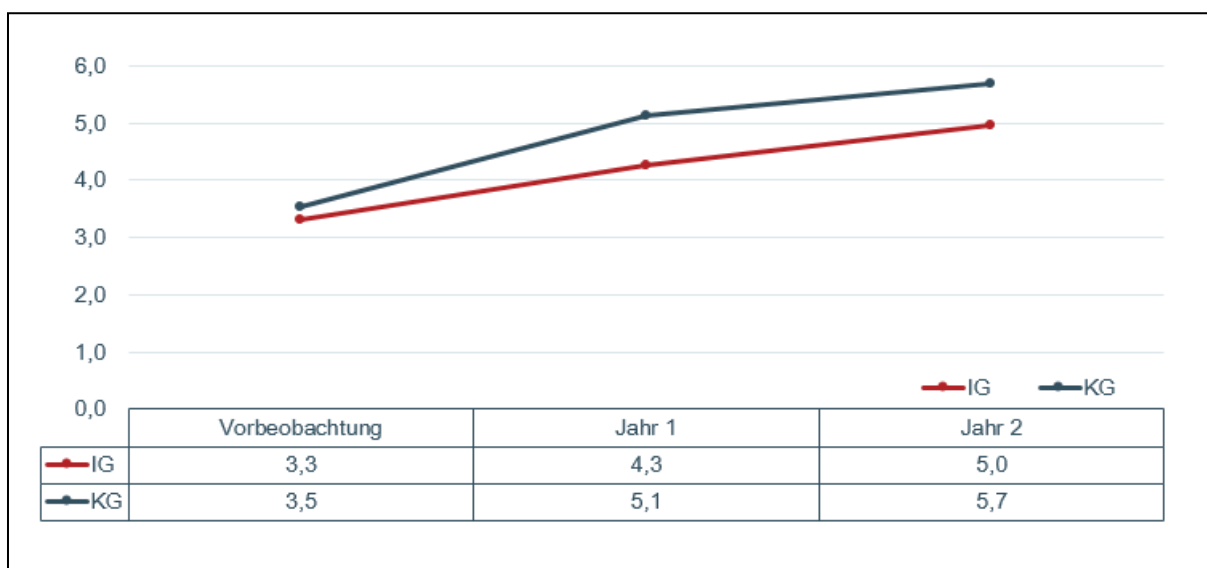
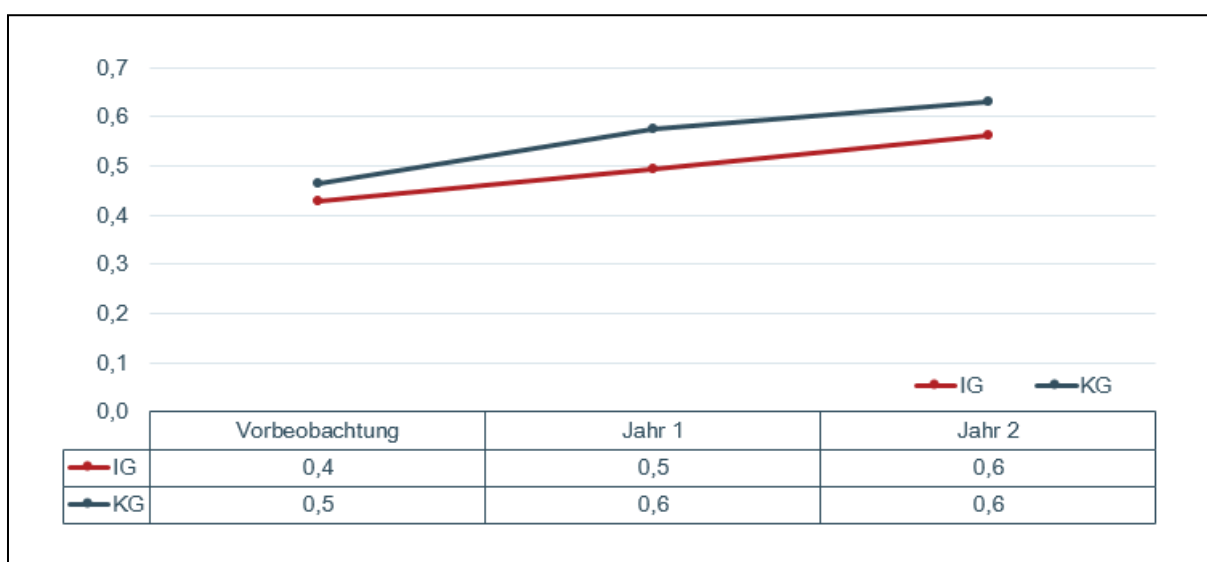


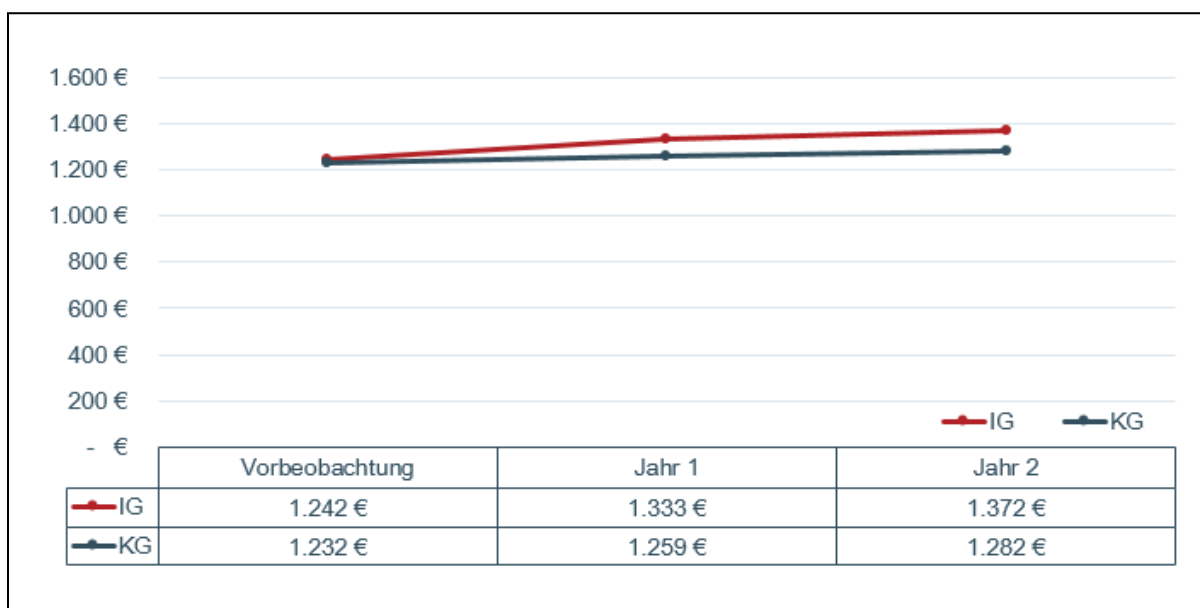
Abbildung 38: Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle



3.4.7 Auswirkungen auf die Leistungskosten aus Sicht der GKV

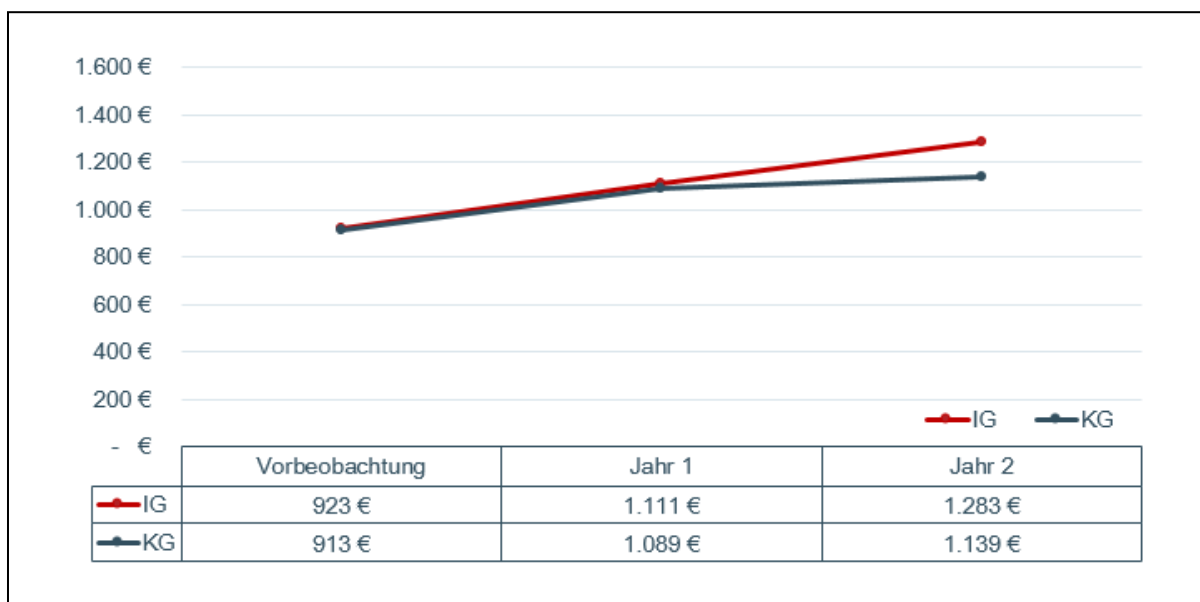
Im ambulanten Sektor konnten bei den Versicherten mit MamBo-Teilnahme gegenüber der Regelversorgung etwas höhere mittlere Fallgesamtkosten (ohne statistisch signifikante Effektgrößen) beobachtet werden (1.333 € zu 1259 € [DiD von 65 €] im ersten Jahr der Nachbeobachtung und 1.372 € zu 1.282 € [DiD von 79 €] im zweiten Nachbeobachtungsjahr). Die mittleren ambulanten Fallkosten stiegen in beiden Gruppen über den Zeitverlauf hinweg geringfügig an. Die mittleren Kosten im Bereich der Dialysesachkosten waren in den beiden Gruppen ähnlich niedrig (27 € zu 31 € [DiD von -4 €] im ersten Jahr der Nachbeobachtung und 39 € zu 37 € [DiD von 2 €] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

Abbildung 39: Fallgesamtkosten im ambulanten Sektor



Die mittleren Arzneimittelausgaben stiegen im Zeitverlauf in beiden Gruppen stetig an. Bei Betrachtung der Difference-in-Difference und somit unter Berücksichtigung der bestehenden Unterschiede im Vorbeobachtungszeitraum, hatten die Versicherten in der Interventionsgruppe tendenziell etwas höhere mittlere Ausgaben für Arzneimittel zu verzeichnen als die Nicht-Teilnehmer:innen in der Regelversorgung (1.111 € zu 1.089 € [DiD von 12 €] im ersten Jahr der Nachbeobachtung und 1.283 € zu 1.139 € [DiD 134 €] im zweiten Jahr der Nachbeobachtung). Diese Unterschiede wiesen jedoch keine statistisch signifikanten Effektgrößen auf.

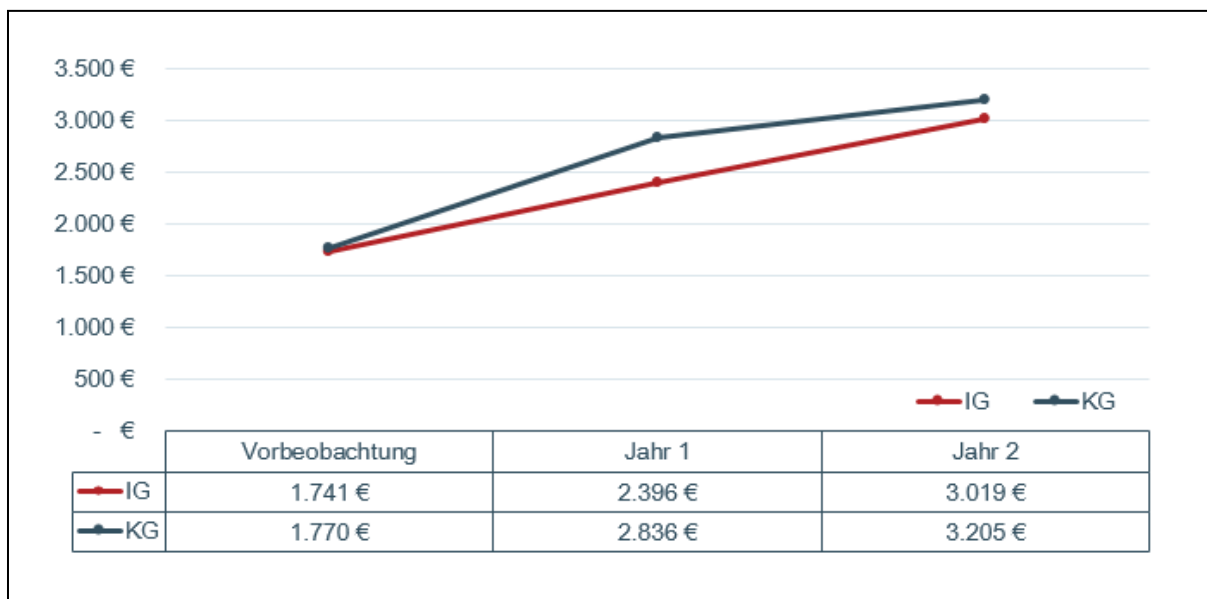
Abbildung 40: Arzneimittelkosten



Im stationären Sektor war ebenfalls in beiden Gruppen ein Kostenanstieg im Zeitverlauf zu beobachten. Bezogen auf die Kosten über den gesamten Zeitraum hinweg, zeigten sich Vorteile für die MamBo-Teilnehmer:innen. Diese waren jedoch durchgehend ohne signifikante statistische Effektgrößen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr beliefen sich die mittleren Kosten für voll-, teil- und vorstationäre Krankenhausfälle bei MamBo-Teilnehmer:innen auf 2.455 €

und bei den Nicht-Teilnehmer:innen auf 2.918 € (DiD -413 €) und im zweiten Nachbeobachtungsjahr auf 3.067 € zu 3.294 € (DiD -117 €). Ebenso konnte ein Vorteil der MamBo-Teilnehmer:innen gegenüber den Nicht-Teilnehmer:innen bei ausschließlicher Betrachtung der mittleren vollstationären stationären Kosten (2.396 € zu 2.836 € [DiD von -411 €] im ersten Jahr der Nachbeobachtung und 3.019 € zu 3.205 € [DiD -157 €] im zweiten Jahr der Nachbeobachtung) und geringfügig bei den mittleren vollstationären Kosten für ASK (271 € zu 300 € [DiD von 10 €] im ersten Jahr der Nachbeobachtung und 310 € zu 395 € [DiD -45 €] im zweiten Jahr der Nachbeobachtung) aufgezeigt werden.

Abbildung 41: Kosten im stationären Sektor



Wie in Abbildung 41 dargestellt, machen die stationären Kosten etwas mehr als die Hälfte der Gesamtleistungskosten der betrachteten Bereiche aus, gefolgt von ambulanten Kosten und Arzneimittelkosten. Unter der Berücksichtigung der bestehenden Unterschiede im Vorbeobachtungszeitraum zeigten sich in der gesamthaften Betrachtung im ersten Nachbeobachtungsjahr geringfügige - statistisch nicht signifikante - Vorteile für die MamBo-Teilnehmer:innen gegenüber den Nicht-Teilnehmer:innen aus der Regelversorgung (4.932 € zu 5.359 € [DiD von -362 €]). Die Mehrausgaben im ambulanten Sektor und im Arzneimittelsektor wurden durch Vorteile im stationären Sektor ausgeglichen und z.T. überkompensiert.

Der Kostenvorteil bleibt auch unter Berücksichtigung der Programmgebühren von 239 € bestehen. Dieser Kostenvorteil besteht im zweiten Nachbeobachtungsjahr nicht mehr. Hier übersteigen die Gesamtleistungskosten der MamBo-Teilnehmer:innen die Kosten der Kontrollgruppe, der Nicht-Teilnehmer:innen, geringfügig im zweiten Nachbeobachtungsjahr (5.761 € zu 5.753 € [DiD von 72 €]). Programmgebühren fallen im zweiten Jahr nicht mehr an.

Aufgrund der hohen Streuung der Kosten sind die Ergebnisse durchweg nicht signifikant, sodass ein zufälliger Effekt nicht ausgeschlossen werden kann.

Abbildung 42: Gesamtleistungskosten

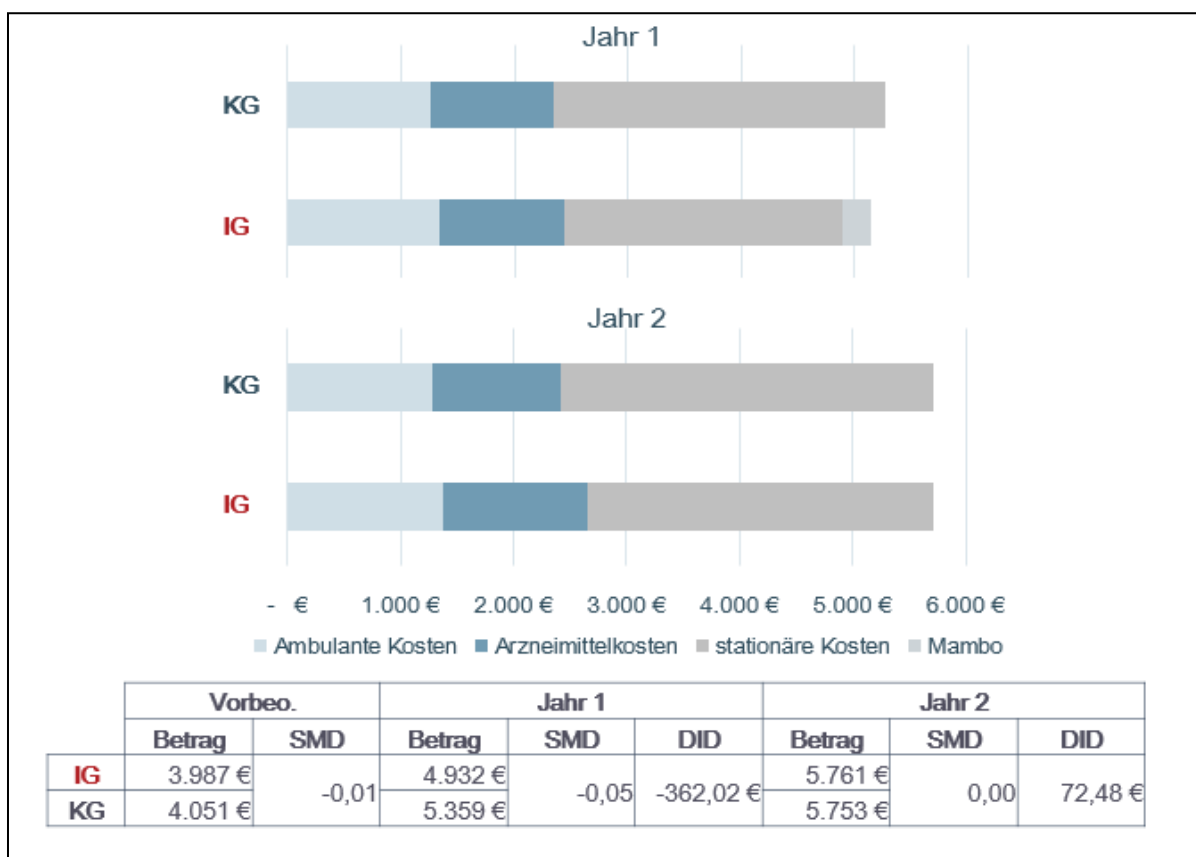


Tabelle 37 Leistungskosten

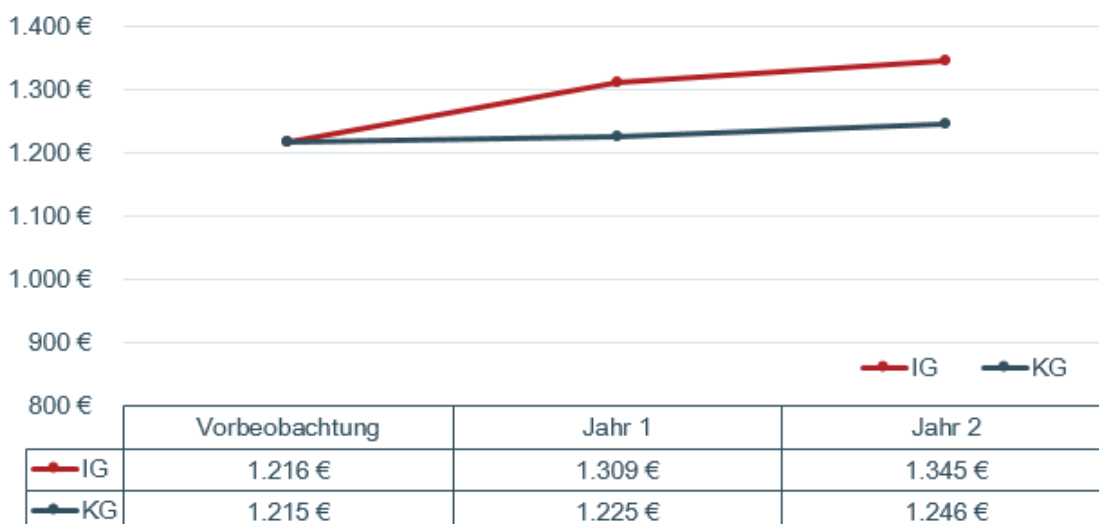
	Vorbeobachtungszeitraum			Nachbeobachtungszeitraum Jahr 1				Nachbeobachtungszeitraum Jahr 2			
	IG	KG	SMD	IG	KG	DiD	SMD	IG	KG	DiD	SMD
Programmgebühren MamBo	-	-	-	239€		-	-	-	-	-	-
Kosten für Arzneimittel	923€	913€	0,01	1.111 €	1.089 €	12€	0,01	1.283 €	1.139 €	134€	0,05
Kosten im ambulanten Sektor	1.242 €	1.232 €	0,01	1.333 €	1.259 €	65€	0,06	1.372 €	1.282 €	79€	0,07
Kosten im stationären Sektor (Gesamt)	1.799 €	1.849 €	-0,01	2.455 €	2.918 €	-413 €	-0,06	3.067 €	3.294 €	-177 €	-0,03
Kosten im stationären Sektor (vollstationär)	1.741 €	1.770 €	-0,01	2.396 €	2.836 €	-411€	-0,06	3.019 €	3.205 €	-157€	-0,02
Gesamtleistungskosten	3.987 €	4.051 €	-0,01	4.932 €	5.359 €	-362€	-0,05	5.761 €	5.753 €	72€	0,00

Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) sind fett hervorgehoben

Es wurde eine **Sensitivitätsanalyse** unter Bereinigung von Hochkostenfällen durchgeführt. Hierbei wurden die Kosten je Leistungsbereich auf das 99% Perzentil festgesetzt (winsorizing).

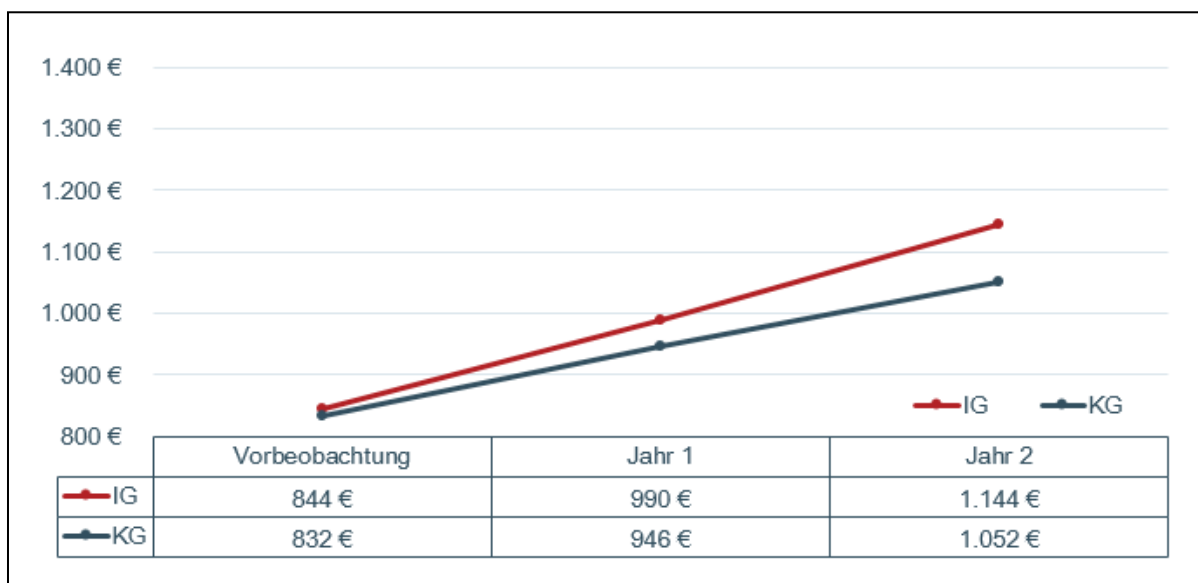
Im ambulanten Sektor sind die geringen Mehrkosten der MamBo-Teilnehmer:innen im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr etwas stärker ausgeprägt (1.309 € zu 1.225 € [DiD von 83 €] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 1.345 € zu 1.246 € [DiD von 98 €] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

Abbildung 43: Sensitivitätsanalyse p99 - ambulante Fallgesamtkosten



Die Unterschiede der beiden Gruppen bei den Arzneimittelkosten waren in der Kosten Sensitivitätsanalyse im zweiten Nachbeobachtungsjahr geringer als in der Kostenanalyse ohne Ausschluss der Hochkostenfälle. Im ersten Nachbeobachtungsjahr war der Unterschied jedoch marginal größer (990 € zu 946 € [DiD von 32 €] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 1.144 € zu 1.052 € [DiD von 80 €] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

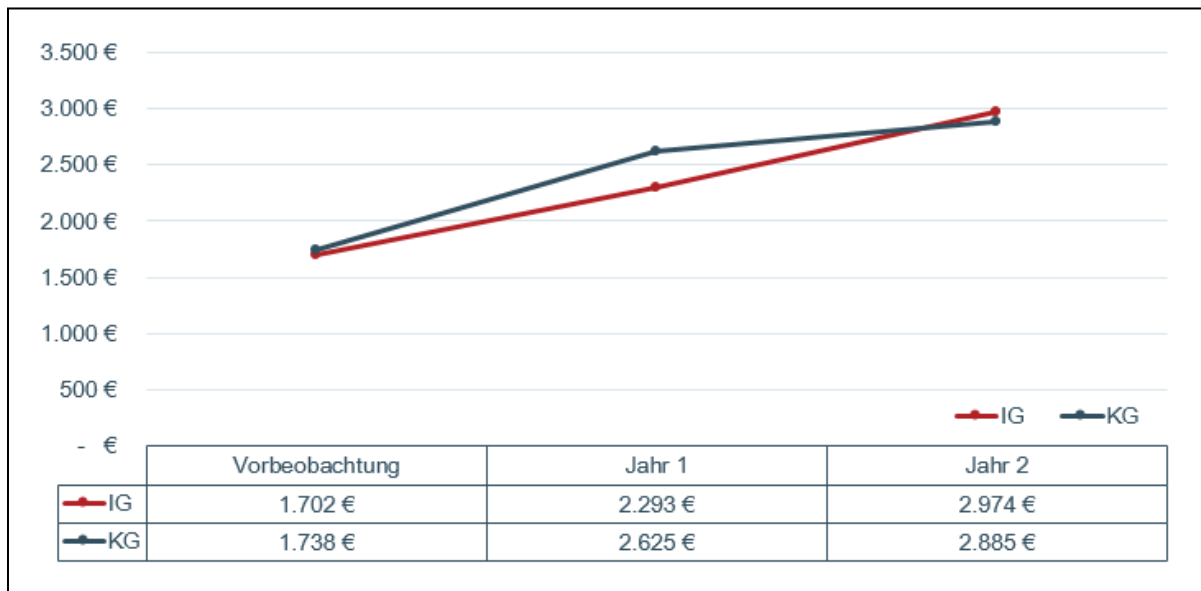
Abbildung 44: Sensitivitätsanalyse p99 - Arzneimittelkosten



Der Kostenvorteil der Gruppe der MamBo-Teilnehmern:innen aus der vorangegangenen Kostenanalyse im stationären Sektor bei den Kosten für voll-, teil- und vorstationär sowie ambulante Behandlung im Krankenhaus war nach Ausschluss der Hochkostenfälle im ersten Nachbeobachtungsjahr deutlich geringer und im zweiten Nachbeobachtungsjahr verzeichnete die

Interventionsgruppe einen finanziellen Nachteil gegenüber der Gruppe der Nicht-Teilnehmer:innen (2.293 € zu 2.625 € [DiD von -296 €] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 2.974 € zu 2.885 € [DiD von 125 €] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

Abbildung 45: Sensitivitätsanalyse p99 - Kosten im stationären Sektor



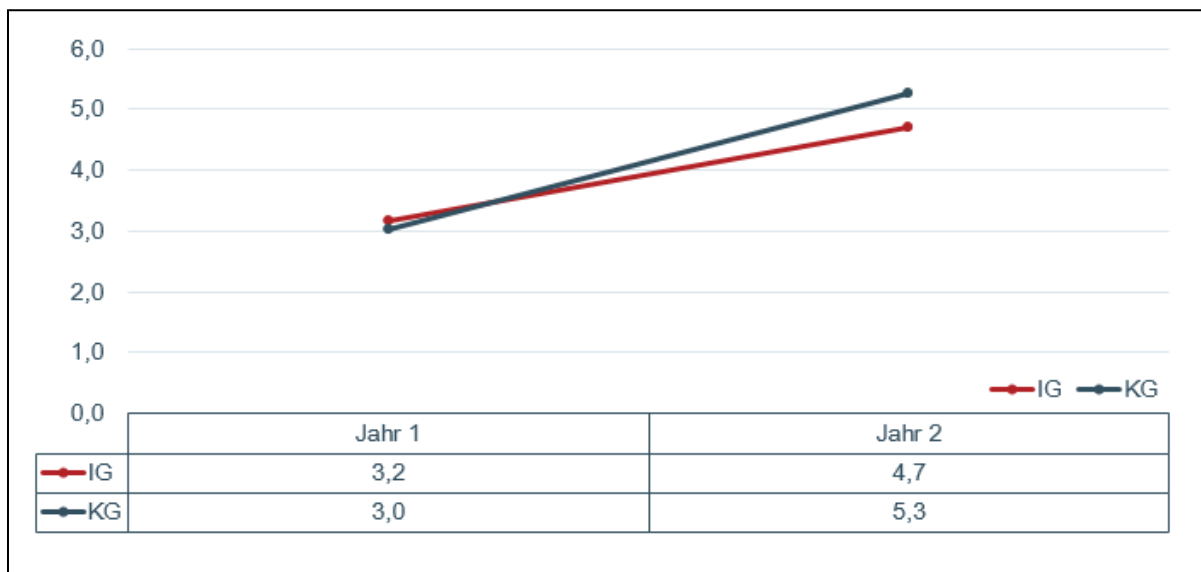
In der gesamthaften Betrachtung der Kosten für alle untersuchten Sektoren, zeigen sich, unter Bereinigung der Hochkostenfälle in der Sensitivitätsanalyse, etwas geringere Vorteile im ersten Nachbeobachtungsjahr (4.749 € zu 4.985 € [DiD von -169 €]) und höhere Kosten im zweiten Nachbeobachtungsjahr für die Interventionsgruppe (5.634 € zu 5.364 € [DiD von 337 €]).

3.4.8 Auswirkungen auf Patientensicherheit und Sterblichkeit

Bei den untersuchten Zielparametern zur Patientensicherheit (z.B. Anzahl Blutungen, Arzneimittelinduzierte Krankenhausfälle, PRISCUS-Verordnungen, Exzerbation einer COPD oder Dekompensation einer Herzinsuffizienz) konnten keine bedeutenden Unterschiede zwischen MamBo-Teilnehmern:innen und den Teilnehmern:innen in der Kontrollgruppe beobachtet werden.

Die Sterblichkeit lag in beiden Gruppen auf einem sehr ähnlichen Niveau von 3,2% zu 3,0% im ersten Nachbeobachtungsjahr und 4,7% zu 5,3% im zweiten Nachbeobachtungsjahr.

Abbildung 46: Sterblichkeit



3.4.9 Diskussion

Nach Durchführung des Propensity-Score-Matching bilden 2.057 MamBo-Teilnehmer:innen (Interventionsgruppe / IG) und 2.057 Nicht-Teilnehmer:innen (Kontrollgruppe / KG) die finale Studienpopulation. Durch das Propensity-Score-Matching wurde eine Angleichung zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe erreicht und beide Gruppen können als weitestgehend strukturgleich angesehen werden. So können statistisch beobachtbare Unterschiede im Nachbeobachtungszeitraum zurückgeführt werden auf die bestehende Intervention. Nach Einschätzungen der Evaluatoren ist nach Propensity-Score-Matching die Repräsentativität der Population in Bezug auf die MamBo-Teilnehmer:innen ebenfalls als ausreichend hoch anzusehen.

Zwischen der Gruppe der MamBo-Teilnehmer:innen und der Nicht-Teilnehmer:innen aus der Regelversorgung können für die untersuchten Zielparametern nur geringe Unterschiede ausgemacht werden, die zu einem Großteil statistisch nicht signifikant sind. So konnte nur eine Tendenz, jedoch kein signifikanter Effekt, bei der erhöhten ambulanten Inanspruchnahme in der Interventionsgruppe (MamBo-Teilnahme) gegenüber der Kontrollgruppe verzeichnet werden.

Diese Mehrinanspruchnahme bei den ambulanten Ärzt:innen-Quartals-Kontakten liegt vor allem in der gesteigerten fachärztlichen Versorgung (13,3 zu 11,9 [DiD von 1,1] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 13,8 zu 12,2 [DiD von 1,3] im zweiten Nachbeobachtungsjahr). Die Anzahl an Hausärzt:inkontakten hingegen sank bei den MamBo-Teilnehmer:innen im Zeitverlauf (5,8 zu 5,7 [DiD von -0,2] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 5,6 zu 5,8 [DiD von -0,4] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

Des Weiteren ist die Anzahl unterschiedlicher Wirkstoffe in der Interventionsgruppe in der Tendenz geringer als in der Kontrollgruppe jedoch ohne Signifikanz (8,8 zu 9,1 [DiD von 0,0] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 9,0 zu 9,4 [DiD von -0,1] im zweiten Nachbeobachtungsjahr). Hinsichtlich der Verschreibung von Medikamenten ist generell zu beachten, dass „Over the counter“-Medikation, d.h. rezeptfreie Medikamente ohne ärztliche Verschreibung, nicht

erfasst werden in den Routinedaten. Zusätzlich kann nur abgebildet werden, ob die Patient:innen die verordneten Arzneimittel abholen nicht aber, dass diese Medikamente ordnungsgemäß eingenommen werden.

Im Zuge von MamBo können Krankenhausfälle und Krankenhaustage kurzfristig, im ersten Nachbeobachtungsjahr, als auch mittelfristig, im zweiten Nachbeobachtungsjahr, signifikant gesenkt werden. Bei den Krankenhausfällen ist über die Zeit hinweg ein stärkerer Anstieg in der Kontrollgruppe zu verzeichnen (0,49 zu 0,58 [DiD von -0,05] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 0,56 zu 0,63 [DiD von -0,03] im zweiten Nachbeobachtungsjahr) ebenso wie bei den Krankenhaustagen (4,3 zu 5,1 [DiD von -0,6] im ersten Nachbeobachtungsjahr; 5,0 zu 5,7 [DiD von -0,5] im zweiten Nachbeobachtungsjahr).

Kostenseitig sind erhöhte Leistungsausgaben im ambulanten Sektor und im Arzneimittelsektor zu verzeichnen, wohingegen im stationären Sektor Einsparungen erzielt werden können. Die Gesamtsumme aus ambulant, Krankenhaus und Arzneimittel ist im ersten Jahr positiv aus Sicht der MamBo-Teilnehmer:innen und im zweiten Jahr in der Tendenz negativ. Die Gruppenunterschiede sind jedoch jeweils nicht signifikant (Gesamtleistungskosten 4.932 € zu 5.359 € [DiD von -362 €] im ersten Jahr der Nachbeobachtung und 5.761 € zu 5753 € [DiD 72 €] im zweiten Jahr der Nachbeobachtung).

Bei den untersuchten Zielparametern zur Patient:innensicherheit (PRISCUS-Liste, Polypharmazie), Versorgungsqualität (Blutungen, Schlaganfälle) und Prozessqualität (Anteil gesicherte Diagnosen, Anteil spezifische Diagnosen) können keine Unterschiede ausgemacht werden.

Die nachfolgenden Aspekte sind bei der Interpretation der gesundheitsökonomischen Ergebnisse basierend auf Routinedaten auch für diese Analyse zu berücksichtigen. In der hier beschriebenen Studie ist es nicht möglich, für nicht beobachtbare Confounder, welche ggf. die Studienergebnisse beeinflussen können (residual confounding), zu adjustieren.

Während bei randomisiert kontrollierten Studien (RCT) davon ausgegangen werden kann, dass nicht beobachtbare Faktoren durch die Randomisierung in beiden Gruppen gleich verteilt sind, kann diese Annahme nicht zwingend in Beobachtungsstudien getroffen werden. So könnten soziodemographische Faktoren, welche über Routinedaten schwer bis gar nicht abbildbar sind wie z. B. Bildung oder das Gesundheitsbewusstsein des Versicherten, mit der Teilnahme oder Nicht-Teilnahme am Programm assoziiert sein. Sollte sich die Interventionsgruppe hinsichtlich dieser soziodemographischen, nicht abbildbaren Merkmale systematisch von der Kontrollgruppe unterscheiden, kann dies zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Des Weiteren ist zu beachten, dass in einer Analyse auf Routinedaten keine Fallvalidierung über eine tatsächlich vorliegende Diagnose vorgenommen werden kann. Generell sind ausschließlich Leistungen ersichtlich, welche abgerechnet wurden. Dementsprechend ist es auch im Umkehrschluss nicht möglich zu überprüfen, ob hinter der Abrechnung eine erbrachte Leistung steht. Die Auswertung und dessen Aussage sind stark abhängig von der Qualität der übermittelten Daten.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Aus der formativen Evaluation wurde im Projektverlauf deutlich, dass die Innovation an der ersten Versorgungsebene, bei den Hausärzt:innen, ansetzt. Das Change - Management und die KV-Prozesse erwiesen sich für den Aufbau des Versorgungsmanagements und insbesondere der MoniKa-Intervention als nützlich. Durch die Ausstattung des MamBo-Teams im Versorgungsmanagement mit Kompetenzen und Methoden zur kontinuierlichen Verbesserung,

konnte die Veränderungsbereitschaft von MamBo-Ärzt:innen beeinflusst und ein bedarfsorientiertes Versorgungsmodell entwickelt werden. Es zeigte sich, dass die MamBo-Strukturen im Verlauf des Projektes in der Region verbreitet und von den Leistungserbringenden angenommen wurden – allerdings gilt dies ausschließlich für die Strukturen der „MoniKa-Intervention“. Dies zeichnete sich zudem in den Prozessdaten ab: Später eingeschriebene Ärzt:innen schrieben fokussierter Patient:innen mit Bedarf an der MoniKa-Intervention ein und insgesamt nahm der Anteil an MoniKa-Patient:innen an allen eingeschriebenen Patient:innen im Verlauf zu. Die Struktur des Bedarfsmanagement, inklusive der Bedarfsanalysen und KVP-Workshops mit Kostenträgern und Leistungserbringenden, konnte nicht nachhaltig implementiert werden. Auch hielt die Nutzung einer Netzakte zur digitalen Vernetzung der MamBo-Ärzt:innen nicht bestand.

Das Ziel von MamBo war es die ambulante Versorgung von multimorbiden Patient:innen zu verbessern und die Ärzt:innen bei der Informationsbeschaffung und durch Delegation zu entlasten.

Insgesamt weisen die direkt wahrgenommenen Effekte aus der Ärzt:innenbefragung darauf hin, dass die Ärzt:innen durch MamBo eine **Entlastung** erfahren können. Auch geben die direkten Effekte Hinweise darüber, dass die Ärzt:innen insbesondere über den Gesundheitszustand und das häusliche Umfeld der Patient:innen besser **informiert** sind. Signifikante Unterschiede im prä-post-Vergleich konnten sowohl bei den MamBo-Ärzt:innen als auch bei den Praxismitarbeiter:innen weder im Arbeitspensum, der Arbeitsbelastung und der allgemeinen Belastung (**Endpunkt: Entlastung**) noch in der Ablauforganisation (**Endpunkt: verbesserte Ressourcenallokation**) beobachtet werden. Aufgrund der geringen Stichprobe bei der Ärzt:innen und Mitarbeiter:innenbefragung können keine Aussagen zur signifikanten Verbesserung der Versorgung durch das Versorgungsmodell auf Leistungserbringerebene getroffen werden.

Zur Bewertung der Erreichung einer Verbesserung der ambulanten Versorgung wurden die Patient:innen befragt und mit Blick auf die Veränderung von patientenbezogene Endpunkte analysiert. Diese Endpunkte waren: **die Bewertung der objektiven Versorgungsqualität** (PACIC-11) (Goetz et al. 2012), **die soziale Unterstützung** (BS6 Skala) (Beutel et al. 2017), die **Medikationsadhärenz** (MARS-5D) (Mahler et al. 2010) sowie das **mentale Wohlbefinden** (WHO-5) (Topp et al. 2015) festgelegt.

Insgesamt hat die Effektevaluation der Patient:innen gezeigt, dass die soziale Unterstützung für alle Patient:innen im Beobachtungszeitraum gestiegen ist (vgl. Abbildung 27; Tabelle 29). Dabei lag der Cohen's d Effektschätzer für die Gesamtpopulation mit 0.181 weit über den Erwartungen von 0.110. Ähnlich in der MoniKa-Interventionsgruppe (G1) mit einem gemessenem Effektschätzer von 0.247 und einem erwartetem Effektschätzer von 0.200. Weder im mentalen Wohlbefinden noch im Coping oder in der Medikationsadhärenz kam es zu einer signifikanten Steigerung, unabhängig von der MoniKa-Intervention.

Weniger kohärente Ergebnisse lieferte die Analyse der objektiven Versorgungsqualität, hier waren die Cohen's D Effektschätzer nicht signifikant und nur in der MoniKa-Interventionsgruppe (G1) in positiver Richtung (vgl. Tabelle 29). Die IPW adjustierten Regressionsmodelle hingegen zeigten einen signifikant positiven Effekt auf die Bewertung der objektiven Versorgungsqualität durch die MoniKa-Intervention (vgl. Abbildung 28, Tabelle 32).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Patient:innenbefragung, dass MamBo in der Gesamtpopulation nur signifikant positiv auf die soziale Unterstützung wirken konnte. Für die MoniKa-Interventionsgruppe fiel dieser Effekt stärker aus. Zudem kann eine signifikante Steigung der

Akronym: MamBo

Förderkennzeichen: 01NVF17001

objektiven Versorgungsqualität für die MoniKa-Interventionsgruppe festgestellt werden. Vor dem Hintergrund, dass nur 35 % der eingeschriebenen und 26,38 % der prä-post befragten Patient:innen eine MoniKa-Intervention erhielten, ist die Gesamtwirkung von MamBo auf die Patient:innen als sehr gering einzuschätzen. Für die MoniKa-Patient:innen hingegen ist ein Nutzen durch MamBo anzuerkennen, welcher zudem durch die zusätzlich Evaluation des Covid-19 Zeitraumes gestärkt wird (vgl. Abbildung 30, Tabelle 33).

Mit Berücksichtigung der Ergebnisse aus der gesundheitsökonomischen Evaluation auf Basis der Abrechnungsdaten der Versicherten, die im Kern aus Sicht der GKV keine eindeutig signifikanten Kosteneinsparungen durch MamBo anzeigen, bestätigt sich, dass MamBo in der Breite der eingeschriebenen Patient:innen nur in Teilen gewirkt hat. Die signifikante Senkung der Krankenhausfälle und Krankenhaustage im ersten und im zweiten Nachbeobachtungsjahr lässt jedoch darauf schließen, dass es der Intervention gelungen ist kritische Situationen besser abzuwenden. Darüber hinaus zeigten sich bei den anderen betrachteten Parameter nur geringe und insignifikante Unterschiede.

5. Literaturverzeichnis

1. Bartholomeyczik, E. (1997): Arbeitsbelastung in der Krankenpflege: ZIS - GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences, 1997.
2. Beutel, Manfred E.; Brähler, Elmar; Wiltink, Jörg; Michal, Matthias; Klein, Eva M.; Jünger, Claus et al. (2017): Emotional and tangible social support in a German population-based sample: Development and validation of the Brief Social Support Scale (BS6). In: *PloS one* 12 (10), e0186516.
3. Bühring P. (2014): Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg: Chronisch kranke und ältere Patienten profitieren. In: *Dtsch Ärztebl.* 111 (38), A-1548.
4. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2019): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung. 3 (2): Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Online verfügbar unter <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/herzinsuffizienz/herzinsuffizienz-3aufl-vers2-lang.pdf>, zuletzt geprüft am 04.30.2021.
5. Bundesversicherungsamt (Hg.) (2009): Bericht des Bundesversicherungsamtes zur vergleichenden Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 2. Bundesversicherungsamt. Bonn.
6. Cole, Stephen R.; Hernán, Miguel A. (2008): Constructing inverse probability weights for marginal structural models. In: *American journal of epidemiology* 168 (6), S. 656–664.
7. Drewes, Hanneke W.; Steuten, Lotte M. G.; Lemmens, Lidwien C.; Baan, Caroline A.; Boshuizen, Hendriek C.; Elissen, Arianne M. J. et al. (2012): The effectiveness of chronic care management for heart failure: meta-regression analyses to explain the heterogeneity in outcomes. In: *Health services research* 47 (5), S. 1926–1959.
8. Elo, Satu; Kyngäs, Helvi (2008): The qualitative content analysis process. In: *Journal of advanced nursing* 62 (1), S. 107–115.
9. Ernstmann, Nicole (2008): Determinanten der subjektiven Nutzenbewertung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Rezepts. Zugl.: Köln, Univ., Diss., 2007. Münster: LIT (Organisation und Individuum, 2). Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3129436&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm. zuletzt geprüft am 04.30.2021.
10. Fortinsky, Richard H.; Kuchel, George A.; Steffens, David C.; Grady, James; Smith, Marie; Robison, Julie T. (2020): Clinical trial testing in-home multidisciplinary care management for older adults with cognitive vulnerability: Rationale and study design. In: *Contemporary clinical trials* 92, S. 105992.
11. Franke, Gabriele Helga; Mähner, Nicole; Reimer, Jens; Spangemacher, Barbara; Esser, Joachim (2000): Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. In: *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 21 (2), S. 166–172.
12. Fuß, Susanne; Karbach, Ute (2014): Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen, Stuttgart: Budrich; UTB (utb-studi-e-book, 4185).

13. Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag (Lehrbuch).
14. Goetz, Katja; Freund, Tobias; Gensichen, Jochen; Miksch, Antje; Szecsenyi, Joachim; Steinhäuser, Jost (2012): Adaptation and psychometric properties of the PACIC short form. In: *The American journal of managed care* 18 (2), e55-60.
15. Görig, T.; Diehl, K.; Herr, R. M.; Bock, C.; Mayer, M.; Schneider, S. (2016): Stadt-Land-Unterschiede im Angebot von Lebensstilberatung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 78 (8-09), S. 533–538.
16. Greenhalgh, Trisha; Robert, Glenn; Macfarlane, Fraser; Bate, Paul; Kyriakidou, Olivia (2004): Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. In: *The Milbank quarterly* 82 (4), S. 581–629.
17. Hammer, Antje; Ernstmann, Nicole; Ommen, Oliver; Wirtz, Markus; Manser, Tanja; Pfeiffer, Yvonne; Pfaff, Holger (2011): Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M). In: *BMC health services research* 11, S.
18. Heiler J, Pieloth K. (2015): Haben HzV Selektivverträge Zukunft? In: *Monitor Versorgungsforschung* (05), S. 14–15.
19. Karnowski, Veronika (2013): Diffusionstheorie. In: Wolfgang Schweiger und Andreas Fahr (Hg.): *Handbuch Medienwirkungsforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 513–528.
20. Laurant, Miranda; van der Biezen, Mieke; Wijers, Nancy; Watananirun, Kanokwaroon; Kontopantelis, Evangelos; van Vught, Anneke Jah (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 7, CD001271.
21. Mahler, Cornelia; Hermann, Katja; Horne, Rob; Ludt, Sabine; Haefeli, Walter Emil; Szecsenyi, Joachim; Jank, Susanne (2010): Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. In: *Journal of evaluation in clinical practice* 16 (3), S. 574–579.
22. Maybaum T. (2016): Hausarztzentrierte Versorgung: Hausärzte sind effektive Patientensteuerer. In: *Dtsch Ärztebl.* 113 (25), A-1196.
23. Mayring, Philipp (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10., neu ausgestattete Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
24. Oreg, Shaul; Bayazit, Mahmut; Vakola, Maria; Arciniega, Luis; Armenakis, Achilles; Barkauskiene, Rasa et al. (2008): Dispositional resistance to change: measurement equivalence and the link to personal values across 17 nations. In: *The Journal of applied psychology* 93 (4), S. 935–944.
25. Packer, Richard; Ben Shlomo, Yoav; Whiting, Penny (2019): Can non-pharmacological interventions reduce hospital admissions in people with dementia? A systematic review. In: *PLoS one* 14 (10), e0223717.

26. Patton, Michael Quinn (2015): *Qualitative research & evaluation methods. Integrating theory and practice*. Fourth edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE.
27. Percac-Lima, Sanja; Ashburner, Jeffrey M.; Zai, Adrian H.; Chang, Yuchiao; Oo, Sarah A.; Guimaraes, Erica; Atlas, Steven J. (2016): Patient Navigation for Comprehensive Cancer Screening in High-Risk Patients Using a Population-Based Health Information Technology System: A Randomized Clinical Trial. In: *JAMA internal medicine* 176 (7), S. 930–937.
28. Pfaff, Holger (Hg.) (2003): *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. Sankt Augustin: Asgard-Verl.
29. Rogers, Everett M. (2003): *Diffusion of innovations*. Fifth edition, Free Press trade paperback edition. New York, London, Toronto, Sydney: Free Press (Social science).
30. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens: Sondergutachten 2009 Kurzfassung*. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.
31. Schoen, Cathy; Osborn, Robin; Squires, David; Doty, Michelle; Pierson, Roz; Applebaum, Sandra (2011): New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. In: *Health affairs (Project Hope)* 30 (12), S. 2437–2448.
32. Scott, Shannon D.; Plotnikoff, Ronald C.; Karunamuni, Nandini; Bize, Raphaël; Rodgers, Wendy (2008): Factors influencing the adoption of an innovation: an examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK). In: *Implementation science : IS* 3, S. 41.
33. Topp, Christian Winther; Østergaard, Søren Dinesen; Søndergaard, Susan; Bech, Per (2015): The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 84 (3), S. 167–176.
34. VanderWeele, Tyler J.; Shpitser, Ilya (2013): On the definition of a confounder. In: *The Annals of Statistics* (41 (1)), S. 196–220.

Akronym: MamBo
Förderkennzeichen: 01NVF17001

6. Anhang

Anhang 1: Literaturrecherche

Anhang 2: Kodiersysteme

7. Anlagen

Anlage 1: Prozessdaten

Anlage 2: Leitfäden qualitative Interviews

Anlage 3: Fragebögen Patientinnen und Patienten

Anhang 1: Literaturrecherche

Suchstrategie Pubmed:

55 Resultate, am 18.08.2020 für den Zeitraum 2000 - 2020

Multimorbidity [Mesh] OR multi-morbidity [tiab] AND outpatient care [Mesh] OR primary health care [Mesh] OR ambulatory care [Mesh] OR primary care [tiab] AND Patient-centeredness [tiab] OR (Patient centered care approach [tiab]) AND Intervention [mesh] OR care management interventions [tiab]

Suchstrategie CENTRAL (nur Reviews):

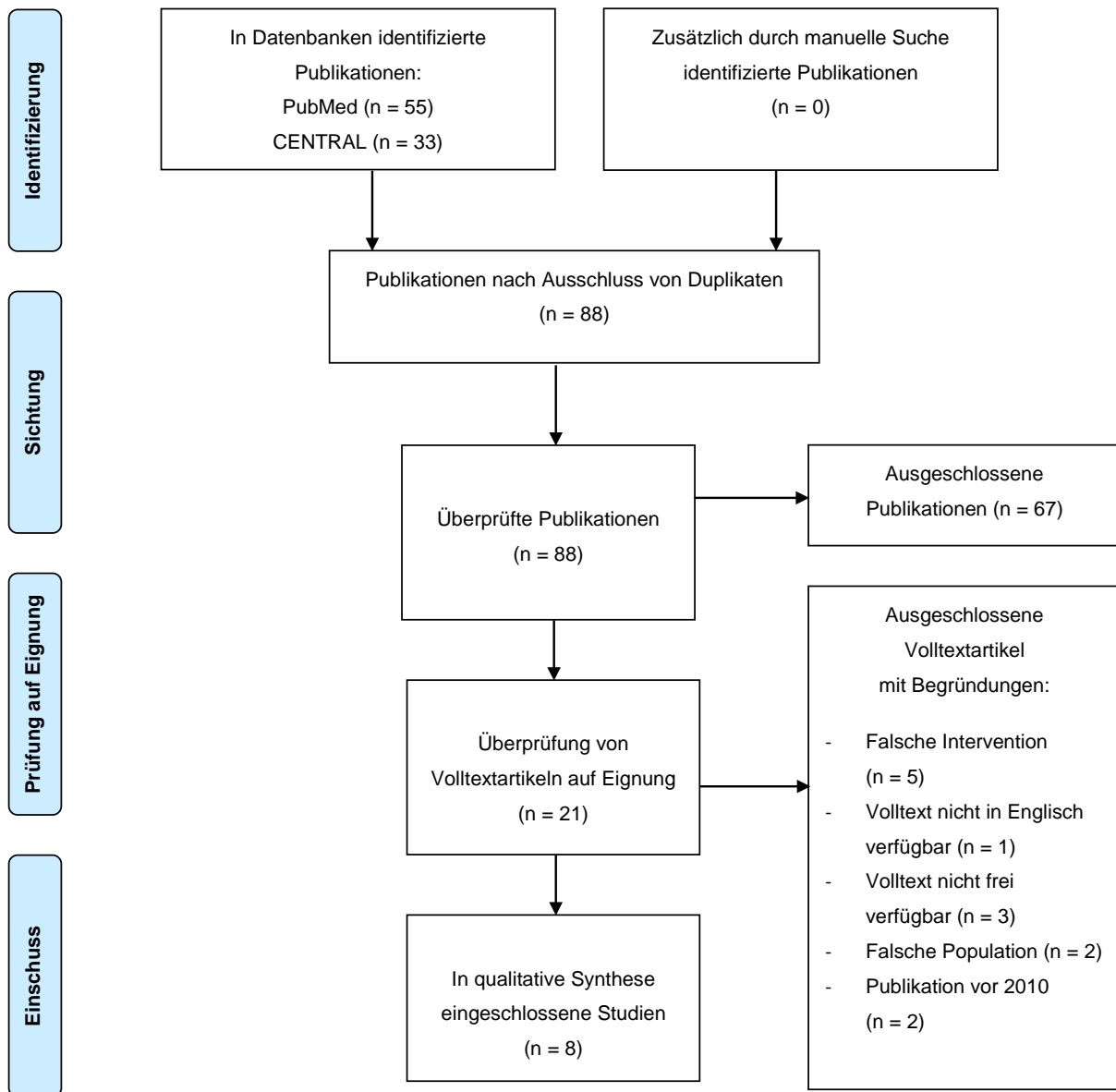
33 Resultate, am 18.08.2020

Multimorbi* AND primary care intervention

Einschlusskriterien:

- Erwachsene 18 +
- Patient:innenrelevante Intervention im ambulanten und häuslichen Setting
- Im weitesten Sinne multimorbide Patient:innen. Allerdings kein Ausschluss von Studien mit Fokus auf eine chronische Erkrankung (z.B. Herzinsuffizienz), sofern ein Volksleiden und weitere Erkrankungen für die Pathogenese naheliegend
- Ausschluss von Studien im rein stationären Setting, multiple Settings wurden wiederum eingeschlossen
- Ausschluss von rein medikamentös basierten Interventionen bzw. zur Verbesserung des Medikationsmanagements
- Ausschluss von Interventionen mit Fokus auf Angehörige und/ oder Gesundheitsberuf-ler:innen
- Ausschluss von Studien mit Publikation vor 2010

Abbildung 47: Prisma-Flowchart



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Tabelle 38: Studiencharakteristika

Autor	Studientyp	Population (Primärstudien)	Intervention (und Vergleich)	Endpunkte	Ergebnisse
Baker et al. (2018)	SR ⁵ Suche von 2005 – 2015, RCTs ⁶ , Follow-Up: 1 -36 Monat USA, Schweden, UK, Hong Kong	Patient:innen Gruppe: Erwachsene (19 Jahre+) mit zwei und mehr chronischen Erkrankungen, oder Depression und eine chronische Erkrankung, oder hohe Beanspruchung der Gesundheitsversorgung	Patient:innenfokussierte Pflegemanagement-Interventionen, die auf Multimorbidität mit hoher Pflegebelastung abzielen Vergleich: jeweiligen Standardversorgung	Besuche in der Notaufnahme, Krankenhausaufenthalt, ambulante Besuche, Kosten und Mortalität Klinische Endpunkte Von Patient:innen berichtete Ergebnisse (PROs)	Der Fokus lag auf nutzenbezogenen Endpunkten und weniger auf den krankheitsbezogenen. Daher nur vereinzelt Ergebnisse für definierte Endpunkte. Z.B. PROs wurden in acht Studien mit einer signifikanten Verbesserung berichtet.
Coulter et al. (2015)	SR über RCT's und Cluster RCT's Australien, USA, UK, China, Taiwan, Niederlande, Dänemark	Erwachsene (18 Jahre+) mit chronischen Erkrankungen, z.B. Herzkrankheiten, Schlaganfall, Krebs, Asthma,	Personalisierte Pflegeplanung durch eine antizipatorische Entscheidungsfindung zwischen Patient:innen und Gesundheitsberuflern zur Klärung von Zielen und	Klinische Endpunkte Psychischer Gesundheitsstatus, Subjektive Gesundheitsstatus	Verbesserung des systolischen Blutdrucks. Verringerung der depressiven Symptomatik (in fünf Studien). Eine weitere Studie erfasste eine Verbesserung für die Kontrollgruppe.

⁵ Systematic Review

⁶ Randomised controlled trial

		COPD ⁷ , Diabetes Mellitus	Präferenzen und zur Entwicklung Versorgungsplänen Vergleich: Standardversorgung	Selbstwirksamkeit	Subjektiver Gesundheitsstatus: diverse Skalen in Primärstudien angewendet, daher schwer vergleichbar. Selbstwirksamkeit: Positive Auswirkung durch personalisierte Versorgungspläne.
Drewes et al. (2012)	SR über diverse Studientypen und bestehende SR Spanien, Portugal, USA, UK, Schottland, Niederlande, Italien, Schweden, Canada, Argentinien, Irland, Australien, Neu Zeeland	Herzinsuffizienz bei Erwachsenen	Versorgungsmanagement bei chronischem Herzversagen, orientiert am Chronic care Managementmodell (CCM), zum Einschluss der Studie mussten mindestens zwei Komponenten des CCM vorliegen.	Reduzierung der Mortalität Hospitalisierung Steigerung der Lebensqualität (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire)	signifikante Reduzierung der Mortalität (um 18%, (95% CI ⁸ : 0.76–0.93; $I^2 = 0$) Verbesserung der (krankheitsspezifischen) Lebensqualität um 7,14 Punkte Hospitalisierung: 0.82 (95% CI: 0.72–0.94; $I^2 = 84$).
Fortinsky et al. (2020)	klinische Studie zur Testung der Wirksamkeit von Krankenschwestern und Pflegern geleiteten häuslichen Pflegemanagement-Teams	Erwachsene im Alter von ≥ 65 Jahren, die durch eine Medicare Advantage (MA) - Versicherung versichert sind und	576 (=N) Teilnehmer:innen werden randomisiert, nach Stratifizierung entsprechend der Erkrankungsbilder Intervention (n = 288): Pflegemanagementteam (3D Team): ein mobiles	PatientInnen: Notaufnahme Besuche, Krankenhausaufenthalte funktionelle Beeinträchtigung, Lebensqualität,	laufende Studie

⁷ Chronic obstructive pulmonary disease

⁸ Confidence interval

	Nordost USA	zu Hause mit Demenz, Depressionen und/oder nach einem kürzlich aufgetretenen Deliriumschub leben (kognitive Vulnerabilität) + jeweils einen Betreuer/ Familienmitglied	Team, mit Krankenschwestern und Pflegern als Leitung zur Bewertung und Bewältigung kognitiver Vulnerabilität und medizinischer Komorbiditäten Kontrolle (n = 288): Standard Versorgung = telefonisches Pflegemanagementprogramm	neuropsychologische Symptome Betreuern: Wohlbefinden, Stress, Belastung 3D Teams: Durchführbarkeit und Akzeptanz	
Laurent et al. (2018)	SR über RCT's UK, Kanada, Niederlande, USA, Spanien, Schweden, Süd Afrika,	Patient:innen: mit körperlichen Beschwerden Ärzt:innen: jeder in der Primärversorgung Pfleger/Pflegerin: qualifizierte Fachkräfte	Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch Krankenschwester/Pfleger Kontrolle: Routineversorgung durch Hausarzt/Hausärztin	Patient:innen: Mortalität, Gesundheitsstatus, Zufriedenheit, LQ ⁹ Einhaltung der klinischen Leitlinien durch den Praktiker	Todesfälle in ärztlicher Betreuung 6/1000 und in pflegerischer Betreuung 4-6/1000. Es konnte keine Vergleichbarkeit des Pflegeprozesses auf Metaebene geschaffen werden. Qualitative Einstufung: insgesamt sehr ähnlich, Pflegepersonal habe sich häufiger an die Richtlinien gehalten.

⁹ Lebensqualität

<p>Packer et al. (2019)</p>	<p>SR über RCT's USA, Deutschland, Finnland, Dänemark, UK, Niederlande, Norwegen,</p>	<p>Interventionen, die von Krankenschwestern/Krankenpfleger, Hausärzt:innen, Pflegepersonal erbracht werden.</p>	<p>Eingeschlossene Studien wurden in die Gruppen unterteilt: Pflegermanagement Interventionen, Beratung/Selbsthilfe, erweiterte hausärztliche Dienste oder Gedächtniskliniken, Ergotherapie oder Physiotherapie</p>	<p>Reduzierung von Krankenhausaufnahmen Mortalität</p>	<p>Keine Evidenz dafür, dass eine der Interventionen eine Reduzierung der Krankenhausaufnahmen oder der Mortalität bewirken. Schwache Evidenz dafür, dass die Interventionen die Krankenhausaufenthalte verkürzen. Fazit: Dennoch zeigt das Pflegemanagement plausibler Mechanismus zur Verringerung der Akuteinweisungen, indem die Pflege gezielter und aktiver gesteuert wird und Probleme schneller erkannt werden können.</p>
<p>Smith et al. (2016)</p>	<p>SR UK, USA, Kanada, Australien, Italien, Schottland, Österreich, Türkei, China, Schweden, Brasilien, Neu Zeeland, Niederlande, Schweiz, Taiwan, Iran, Japan, Polen</p>	<p>multimorbide Erwachsene in der Primärversorgung und in kommunalen Einrichtungen</p>	<p>Professionelle, organisatorische, patientenorientierte Interventionen. Dabei wurden die Primärstudien anhand ihrer Interventionen nach dem Taxonomie EPOC¹⁰ eingeordnet. Vergleich: Standardversorgung</p>	<p>Klinische Endpunkte psychische Gesundheit Patient:innen relevante Endpunkte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen</p>	<p>Medikamentennutzung und Adhärenz: in 4 Studien berichtet, mit jeweils kleiner Effektgröße, 2 Studien berichten eine Verbesserung. Ansonsten konnten keine Effekte zugunsten oder zuungunsten der Intervention erfasst werden.</p>

¹⁰ Effective Practice and Organisation of Care

				Medikamenten- nutzung und Ad- härenz	
Takeda et a. (2019)	SR über RCT's mit mind, 6 Monaten Follow-Up Schweden, Spa- nien, USA, Öster- reich	Patient:innen mit Herzinsuffizienz (18 Jahre+)	Disease Management In- terventionen (stationär, ambulant) Vergleich: Standardver- sorgung	Mortalität Wiederaufnah- men Gesundheitsbezo- gene Lebensquali- tät, Kosten oder Kostenwirksam- keit	Geringe Evidenz für die Wirksamkeit von Disease Management Interventio- nen auf die Mortalität. Die Wiederaufnahmen konnten durch die Interventionen reduziert werden. Weitere Endpunkte konnten durch hohe Heterogenität nicht ausgewertet werden.

Tabelle 39: Ausgeschlossene Studien

Ausgeschlossene Studie auf Volltextebene	Begründung
Becker, William C.; Bair, Matthew J.; Picchioni, Michael; Starrels, Joanna L.; Frank, Joseph W. (2018): Pain Management for Primary Care Providers: A Narrative Review of High-Impact Studies, 2014-2016. In: <i>Pain medicine (Malden, Mass.)</i> 19 (1), S. 40–49. DOI: 10.1093/pm/pnx146.	Falsche Intervention
Butterworth, J. E.; Hays, R.; McDonagh, S. T.J.; Richards, S. H.; Bower, P.; Campbell, J. (2019): Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations. In: <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (10). DOI: 10.1002/14651858.CD013124.pub2.	Volltext nicht frei verfügbar
Corry, M.; Neenan, K.; Brabyn, S.; Sheaf, G.; Smith, V. (2019): Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for providing education and psychosocial support for informal caregivers of adults with diagnosed illnesses. In: <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (5). DOI: 10.1002/14651858.CD012533.pub2.	Falsche Population
Cross, A. J.; Elliott, R. A.; Petrie, K.; Kuruvilla, L.; George, J. (2020): Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. In: <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (5). DOI: 10.1002/14651858.CD012419.pub2.	Volltext nicht frei verfügbar
Freund, Tobias; Kunz, Cornelia Ursula; Ose, Dominik; Szecsenyi, Joachim; Peters-Klimm, Frank (2012): Patterns of multimorbidity in primary care patients at high risk of future hospitalization. In: <i>Population health management</i> 15 (2), S. 119–124. DOI: 10.1089/pop.2011.0026.	Falsche Intervention und unpassende Population
Golden, Adam G.; Martin, Shanique; da Silva, Melanie; Roos, Bernard A. (2011): Care management and the transition of older adults from a skilled nursing facility back into the community. In: <i>Care management journals : Journal of case management ; The journal of long term home health care</i> 12 (2), S. 54–59. DOI: 10.1891/1521-0987.12.2.54.	Volltext nicht verfügbar
Hallberg, Ingalill Rahm; Kristensson, Jimmie (2004): Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. In: <i>Journal of clinical nursing</i> 13 (6B), S. 112–120. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01054.x.	Publikation vor 2010
Hsieh, Pei-Lun; Chen, Ching-Min (2016 Aug): Nurse-Led Care Models in the Context of Community Elders with Chronic Disease Management: A Systematic Review. China (Republic: 1949).	Publikation nicht auf Englisch verfügbar
Radwin, Laurel E.; Cabral, Howard J.; Wilkes, Gail (2009): Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. In: <i>Research in nursing & health</i> 32 (1), S. 4–17. DOI: 10.1002/nur.20302.	Publikation vor 2010
Rankin, A.; Cadogan, C. A.; Patterson, S. M.; Kerse, N.; Cardwell, C. R.; Bradley, M. C. et al. (2018): Interventions to improve the appropriate	Falsche Intervention

use of polypharmacy for older people. In: <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (9). DOI: 10.1002/14651858.CD008165.pub4.	
Ryan, R.; Santesso, N.; Lowe, D.; Hill, S.; Grimshaw, J. M.; Pictor, M. et al. (2014): Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. In: <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (4). DOI: 10.1002/14651858.CD007768.pub3.	Falsche Population
Sadak, Tatiana; Wright, Jacob; Borson, Soo (2018): Managing Your Loved One's Health: Development of a New Care Management Measure for Dementia Family Caregivers. In: <i>Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society</i> 37 (5), S. 620–643. DOI: 10.1177/0733464816657472.	Falsche Intervention bzw. Ansatz bei pflegenden Angehörigen und nicht Erkrankten
Wilson, A. D.; Childs, S.; Gonçalves-Bradley, D. C.; Irving, G. J. (2016): Interventions to increase or decrease the length of primary care physicians' consultation. In: <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (8). DOI: 10.1002/14651858.CD003540.pub3.	Falsche Intervention

Anhang 2: Kodiersysteme

Implementierungsprozess: Ärzt:innen

HAUPTKATEGORIE		Definition
	Unterkategorie I	
	Unterkategorie II	

MAMBOTEILNAHME		Der Start der Projektteilnahme.			
SOZIODEMOGRAFIE		Informationen, die die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe (z. B. Alter, Einkommen, Geschlecht) betreffen. So können Aussagen über die Teilnehmermerkmale getroffen werden.			
TEILNAHMEMOTIVATION	Erfahrungen früherer Projekte	Frühere Projekterfahrungen können einen motivierenden oder demotivierenden Effekt auf die Annahme von MamBo haben.			
	Relevanz sozialer Verantwortung	Die subjektiv wahrgenommene soziale Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Hier: Ärzt:innenetz, Familie, Peer.			
	Relevanz monetärer Anreize	Mit monetären Anreizen sind primär unternehmensorientierte Anreize gemeint. Wie die Optimierung der Prozesse in Hinblick auf Effizienz/ Kosten-Nutzen Verhältnisse.			
	Relevanz Patientenversorgung/-zufriedenheit	Die Teilnahme ist primär an patientenbezogenen Outcomes orientiert, wie die Verbesserung der med. Betreuung, Lückenlose Versorgung, Zufriedenheit, Fürsorge.			
	Relevanz Digitalisierung	Digitalisierung als Lösung von Schnittstellenproblemen in der ambulanten Versorgung.			
	Relevanz von Partizipation und Eigeninitiative	Partizipation als die Möglichkeit zur Entscheidungsteilhabe bereits in der Planungsphase von Projekten.			
	MamBo als Lösung für patientenbedingte Herausforderungen	<table border="1"> <tr> <td>eingeschränkte Mobilität</td> <td rowspan="3">Die Herausforderungen in der Versorgung multimorbider Patient:innen aus unterschiedlichen Perspektiven. Einerseits interessieren Herausforderungen die mit den Eigenschaften eines multimorbiden Patient:in zu tun haben (eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Mobilität, Kommunikation, Alter, soziale Unterstützung) und zum anderen Interessieren Aspekte des Gesundheitssystems, die die Versorgung von multimorbiden Patient:innen, mit ihren Eigenschaften, erschweren.</td> </tr> <tr> <td>Verständigungsprobleme</td> </tr> <tr> <td>geringe Compliance der Patienten</td> </tr> </table>	eingeschränkte Mobilität	Die Herausforderungen in der Versorgung multimorbider Patient:innen aus unterschiedlichen Perspektiven. Einerseits interessieren Herausforderungen die mit den Eigenschaften eines multimorbiden Patient:in zu tun haben (eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Mobilität, Kommunikation, Alter, soziale Unterstützung) und zum anderen Interessieren Aspekte des Gesundheitssystems, die die Versorgung von multimorbiden Patient:innen, mit ihren Eigenschaften, erschweren.	Verständigungsprobleme
eingeschränkte Mobilität	Die Herausforderungen in der Versorgung multimorbider Patient:innen aus unterschiedlichen Perspektiven. Einerseits interessieren Herausforderungen die mit den Eigenschaften eines multimorbiden Patient:in zu tun haben (eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Mobilität, Kommunikation, Alter, soziale Unterstützung) und zum anderen Interessieren Aspekte des Gesundheitssystems, die die Versorgung von multimorbiden Patient:innen, mit ihren Eigenschaften, erschweren.				
Verständigungsprobleme					
geringe Compliance der Patienten					

	MamBo zur Entlastung nichtmedizinischer Aufgaben	Sektorenübergreifende Zusammenarbeit	Aufgrund der physischen, psychischen und sozialen Bedingungen multimorbider Patient:innen entstehen zusätzliche und zeitaufwendige Aufgaben (z.B. Management Aufgaben, Angehörigenbetreuung, Überversorgung, Kommunikationsprobleme)
		Sozialmanagement	
		hoher Bürokratisierungsgrad	
		Emotionale Betreuung	
	Angehörigenbetreuung		
MamBo als Lösung für gesellschaftliche Herausforderungen	alternde Gesellschaft	Eine steigende Lebenserwartung geht mit einem erhöhtem Erkrankungsrisiko im Alter einher. Je älter die Menschen umso höher das Risiko an mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden. Der Bedarf an Versorgung steigt und mit ihm der Wunsch auch im Alter in den eigenen vier Wänden zu leben. Die soziale Unterstützung zu Hause wird geringer und ein Pflegeheim kommt aus verschiedenen Gründen (finanziell, Werte etc.) oftmals nicht in Frage.	
	Lange Betreuung zu Hause		
	geringe soziale Unterstützung		
MamBo als Lösung von Kosten durch Fehl- und Überversorgung		Kosten durch Fehl- und Überversorgungen können durch Eigenschaften multimorbider Patient:innen (z.B. Nutzen des Arztbesuchs als sozialer Kontakt oder eingeschränkter Mobilität) oder durch Fehlstrukturen im Gesundheitssystem entstehen (keine kurzfristigen Termine, Komplexität des Systems).	
Risiko Doppelverordnung bei Hausärzt:innen/ Fachärzt:innenbehandlung		Die strukturellen Herausforderungen im segmentierten System in Bezug auf die Medikamentensicherheit und die Medikamentenversorgung stellen ein Risiko dar.	
STRUKTURKOMPLEXITÄT MAMBO	Rolle der Fachärzt:innen in MamBo		Aufgaben des Facharztes oder der Fachärztin in MamBo aus eigener Sicht.
	Rolle der MFA		Die medizinischen Fachangestellten in den Praxen sind wichtiger Bestandteil der Praxis und der Umsetzung der MamBo Strukturen.
	Patient:inneneinschreibung	Herausforderungen	Die Einschreibung der Patient:innen obliegt den teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen. Relevant sind Faktoren, die die Einschreibung hemmen oder fördern.
Wen: Patient:innenmerkmale für die Einschreibung			

		Wie: Methode/ Prozessentwicklung Patienteneinschreibung	
		Wie viele: Sättigungsgrenze variiert	
	Zusammenarbeit Pronova BKK		Die Kategorie Zusammenarbeit PronovaBKK umfasst die Bewertung der Kommunikation, Kooperation und Prozessabstimmungen.
	Zusammenarbeit VM	Zusammenarbeit und Kommunikationsstrukturen mit VM	Die Kategorie Zusammenarbeit VM umfasst die Bewertung der Kommunikation, Kooperation und Prozessabstimmungen mit dem VM. Somit ist das RGL, bzw. das VM im Allgemeinen aber auch der MoniKa Einsatz, die Dialogpartnerin etc. dieser Kategorie zugehörig.
		Supervision und Monitoring	
		Delegationsprozess der Hausbesuche	
		Abstimmungsbedarf MoniKa	
	KVP Workshops		Teil des Projektes sind kontinuierliche Verbesserungsprozesse. Das können Workshops, Expertenpanels und lösungsorientierte Diskussionsrunden sein. Einige Prozesse befinden sich noch im Aufbau oder gar in der Planungsphase.
	MamBo-Workshops		Im Rahmen der KVP wurden verschiedene Workshops für die Praxismitarbeiter:innen angeboten
Anwendung der Netzakte		Äußerung zur Anwendbarkeit der im Projekt verwendeten Netzakte sind unter dieser Kategorie zu verstehen.	
Kritik an Evaluation der Patient:innen		Hier geht es um Kritik an dem Evaluationsvorgehen des Pilotprojektes, dessen Information für die weitere Prozess- und Ergebnisevaluation von Bedeutung ist.	
IMPLEMENTIERUNGSSTATUS / AKTIVITÄT			Entwicklung und Status der Implementierung der MamBo-Strukturen.
ERGEBNISQUALITÄT: ANWENDUNG IM PRAXISALLTAG	Erfolgte MoniKa Interaktion		Die durchgeführte und wahrgenommene Interaktionen der MoniKas aus Ärzt:innenperspektive.
	Verzahnung im Netzwerk		Mit Verzahnung ist hier die Zusammenarbeit unterschiedlicher sozialer Institutionen, Vereinen und Einrichtungen des Gesundheitswesens gemeint.

Soziale Gesundheit	Die soziale Gesundheit als Grundlage für Kontaktfreudigkeit, Sozialisation und Teilhabe an der Gesellschaft.
Sozialmanagement/ ganzheitliche Versorgung	Sozialmanagement meint, z.B. Unterstützung bei der Beantragung der Pflegestufe/ Pflegegeldern, Patientenverfügung und die Organisation von hauswirtschaftlicher Versorgung.
Erhöhte Behandlungscompliance	Die Bereitschaft eines Patienten/ einer Patientin zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen.
Ergänzende Versorgungsstruktur/ Schließung von Versorgungslücken	Die Monikas übernehmen Versorgungsleistungen die von keiner anderen Instanz übernommen bzw. abgedeckt werden.
Unabhängigkeit von KK und Arzt	Die MoniKa hat durch ihre von der KK und dem Arzt/ der Ärztin unabhängigen Funktion eine neutrale Position. Diese verschafft einen Innovationsnutzen in der Versorgung.
Bewusstseinschärfung ärztlich leistbarer Aufgaben	Bewusstseinschärfung meint, ein Bewusstsein auf Seiten der Ärzt:innen darüber zu entwickeln, was zu delegieren ist bzw. was delegiert werden sollte, da es die eigenen Kompetenzen und Kapazitäten übersteigt.
Weiterer Blickwinkel MoniKa	Die neutrale Position der Monikas ermöglicht eine weitere Sicht der Versorgungsstrukturen und Bedürfnisse auf Ebene der Patient:innen.
Patienteninformation	Die Patient:innen erlangen durch die MoniKa Intervention bestenfalls eine verbesserte Informiertheit.
Veränderung im Medikamentenmanagement	Patientenseitige oder ärztlich initiierte Veränderungen und Überarbeitungen des Medikationsplans.
Sicherheitsgefühl	Arztseitiges Gefühl der Sicherheit wird gestärkt durch die Projektteilnahme.
Gewährleistung von kontinuierlicher Versorgung	Aufgrund von mangelnder Zeit oder von Urlaub kann z.B. kein Hausbesuch oder eine adäquate Versorgung stattfinden. Durch geringe Mobilität und Autonomie der Patient:innen kann auch kein Praxisbesuch stattfinden. Durch die Delegation von Hausbesuchen in solchen Situationen, kann eine kontinuierliche Versorgung gewährleistet werden.

	Arbeitsentlastung/ gewonnene Zeitressourcen	Die direkte Arbeitsentlastung des Arztes oder der Ärztin durch MamBo und die Monikas.
	Zufriedenheit (Patient:innen/ Ärzt:innen / Angehörige)	Die Ergebnisqualität ist auch hier verbunden mit Emotionen und dem zufriedenstellenden Einsatz von MamBo. Dies kann sich auf die Praxis, das Personal oder auch die Patient:innen beziehen.
	(noch) nicht spürbarer Kosten/Nutzenvorteil	Das Ausbleiben von Veränderungen und Verbesserungen, oder eine (noch) unzureichende Quantifizierbarkeit eines möglichen Kosten-Nutzen-Vorteils.
	Erhöhter Ressourcenaufwand	Das angegliche bzw. unverhältnismäßige Kosten (Ressourcenaufwand)- Nutzenverhältnis.
SYSTEMIMMANENTE HERAUSFORDERUNGEN FÜR IMPLEMENTIERUNG UND ÜBERTRAGUNG	Projektabhängige Patient:innenselektion	Patient:innen werden aufgrund des Projektcharakters zunächst nach Region und KK selektiert um in das Projekt eingeschlossen zu werden.
	Verbindliche Mitgliedschaft im RGL	Um an dem Projekt MamBo teilzunehmen, müssen die Ärzt:innen Mitglied im Regionalen Gesundheitsnetz sein.
	Komplexität Gemeinschaftspraxis	Die Umsetzbarkeit der MamBo Strukturen im Kontext der Organisationsstruktur von Gemeinschaftspraxen ist komplex.
	Parallelstrukturen kontraproduktiv/ Konkretes Parallelprojekt im RGL	Krankenkassen sind bis zu einem gewissen Grad bei Leistungen über die Grundversorgung hinaus wettbewerbsfähig, um die Versorgungsqualität zu verbessern und um Innovationsanreize zu schaffen. Dadurch entsteht eine gewisse Konkurrenz zwischen den KK.
	Vergütungssystem ambulante Versorgung	Der einheitliche Bewertungsmaßstab und Deckelungen in der Vergütung ambulant ärztlicher Versorgung.
	KK als Wirtschaftsunternehmen	Als Konsequenz, dass KK die Kostenträger sind werden auch andere Projekte wie die hausarztzentrierte Versorgung im Rahmen des Projektes MamBo beworben. Konsequenz aus den strukturellen Gegebenheiten des Gesundheitssystems, denn hier haben die KK einen gewissen Marktspielraum.
	Befürchtete Einflussnahme der KK in die med. Versorgung	Die direkte Zusammenarbeit der Akteur:innen und der Ärzt:innen führt zu vermehrter Transparenz und eventueller Einflussnahme.

	Finanzierung	Finanzierung der Strukturen bei der Übertragung in das Versorgungsnetz.
	Flächendeckende Kooperation über Pilotregion erforderlich	Da die MamBo Strukturen momentan regional begrenzt sind würde die Übertragung in die Regelversorgung eine erhöhte Anforderung an die Netzwerkarbeit benötigen.
	Zeitdruck für erkennbare Veränderung	Um unternehmensorientierte Outcomes zu messen und Erfolge zu erkennen benötigt es einen langen Zeitraum, das im Laufe der Innovationsprojekte nur schwer erfüllt werden kann.
	Rahmenbedingung: Starke Netzwerkstrukturen in Leverkusen	Ist- Situation der Netzwerkstrukturen in Leverkusen, als Exemple der Regionalität.
MAMBO-SPEZIFISCHE ANREGUNGEN	Unterstützungsmaßnahmen: Netzwerkarbeit	Sammlung von Maßnahmen die eine regionale Vernetzung von relevanten Partnern erleichtert. Zum Beispiel könnte die Vernetzung durch eine Liste mit regional relevanten Netzwerkpartnern unterstützt werden.
	Digitale Lösung für Kommunikationsprobleme	Die Netzwerkakte als Lösung von Kommunikationsproblemen im Rahmen des segmentierten Gesundheitssystems.
	Verstärkt präventives Angebot in MamBo	Unterschieden werden präventive Hausbesuche bei präventiv Patient:innen in das Modell einzubeziehen, die nach der MamBo Definition noch nicht multimorbid sind.
	Übertragung in die Regelversorgung	Ausblick für die Regelversorgung und wie müsste und könnte die Umsetzung aussehen.

Implementierungsprozess: VM/ Monikas & BM

HAUPTKATEGORIE		Definition	
Unterkategorie I			
Unterkategorie II			
Unterkategorie III			
CHARAKTERISTIK DER INTERVIEWPARTNER:INNEN		Allgemeine Hintergrundinfos zur Charakteristik der Interviewpartner:innen (z.B. zum Lebenslauf o.Ä.)	
MOTIVATION FÜR MAMBO/ KOMPATIBILITÄT		Merkmale an denen der persönliche Vorteil von MamBo gesehen wird und somit die Motivation für die Durchführung des Projektes bestimmt.	
PROJEKTKONZEPTION UND PLANUNGSPHASE ¹¹	Konzeptentwicklung MamBo ¹		Konzeptentwicklung und Weiterentwicklung des MamBo Projektes.
	Fallzahlplanung/ Erreichen der Patient:innenzahlen ¹		Die Fallzahlplanung in MamBo definiert die vor Projektstart im Projektantrag und -plan festgelegten notwendige Anzahl ein eingeschriebener Patient:innen in MamBo.
	Phase Projektstart ¹		Beginn des Projektes (ca. 2. Jahreshälfte 2017; Juli-Dezember 2017).
VERBREITUNG DER INNOVATION / KOMMUNIKATION		Innovationskommunikation meint, welche Kommunikationskanäle für die Verbreitung der Versorgungsinnovation genutzt werden. Dabei geht es darum, wie Innovation nach außen kommuniziert wird. Hintergrund bildend ist die Theorie Rogers.	
STRUKTURKOMPLEX FÜR MAMBO-IMPLEMENTATIONSTATUS	Strukturen (Entwicklung) im Bedarfsmanagement (BM)	Krankenkassen-interne Schnittstellen/ Arbeitsorganisation	Das Bedarfsmanagement ist auf Kostenträgerseite (Pronova BKK) angesiedelt und auf institutioneller Ebene tätig.
		Bedarfsanalyse	Zur Ermittlung der Bedarfe, abgeleitet von den Bedürfnissen.
	Rolle der KK in MamBo		Die Rolle der Krankenkasse umfasst die Patient:inneneinschreibung und die Bereitstellung der Medikamentenlisten.
	Strukturen (Entwicklungen) im	Interne Kommunikationswege des MamBo-Teams / Arbeitsorganisation	Die verschiedenen Wege der internen Kommunikation, wie gestaltet sich der (in)formelle Austausch im RGL.

¹¹ Ausschließlich im Rahmen der ersten Erhebungswelle

Versorgungsmanagement (VM)	Arztakquise		Der Prozess, die Ärzt:innen von MamBo zu überzeugen und für das Projekt zu gewinnen.
	Weiterentwicklung/ Professionalisierung der Arbeitsabläufe		Etablierung von standardisierten Abläufen, Materialien etc., die während des Projektverlaufs entwickelt wurden, um Qualitätsstandards der Arbeit und Vorgehensweisen zu sichern.
	Rolle und Aufgabe (Aufgabenentwicklung) ² der "Versorgungsmanagerin"		offizielle Rolle Versorgungsmanager(in) aus dem Projektplan -> Verantwortlichkeit zur Etablierung des BM auf Seiten der Pronova
	Rolle und Aufgabe (Aufgabenentwicklung) ² der Monikas	MoniKa-Einsatz	Besondere Eigenschaften der MoniKa-Rolle: Wie charakterisiert sich der Einsatz der Monikas im Projektverlauf? Welche Strukturen und Prozesse haben sich etabliert?
		Aufgaben der Monikas	Die Aufgaben und Tätigkeiten sowie Funktionen der Monikas im Projekt.
		Besondere Eigenschaft / Abgrenzung zu anderen Leistungsbe-reichen	Die Monikas sind angestellt beim Ärzt:innennetzwerk und sind damit "neutral" und unabhängig von den Ärzt:innen, Krankenkassen, MDK und Pflegediensten. Den Patient:innen steht somit eine zusätzliche neutrale Ressource zur Verfügung.
		Herausforderungen für die Rolle der MoniKa	Situationen oder bestimmte Anforderungen, die als persönliche Herausforderung zur Erfüllung der Aufgabe der MoniKa gesehen werden
		Rolle der Angehörigen	Weitere Ressource der Patient:innen sind Angehörige, die pflegen oder sich kümmern.
		Aufgaben und Rolle der Dialogpartner:in (DP)	
	Aufgaben und Rolle der Patient:innenkoordination (PK)		Mitarbeiter:innen im RGL, die als PK für die Koordination der MoniKa-Einsätze verantwortlich sind. Dabei auch im Kontakt mit den Ärzt:innen, Praxen und Patient:innen stehen. Zuvor allgemein für

		das RGL, aktuell "nur noch" für MamBo (plus weiteres ähnliche Projekt) zuständig, sie hatten keine vorab definierte Rolle im MamBo Konzept.
	Schnittstellen Versorgungsnetzwerk	Das Versorgungsnetzwerk, umfasst Kooperationspartner:innen mit denen das RGL und speziell die Monikas zusammenarbeiten.
MamBo Projektinterne Schnittstellen/ Kommunikationsstruktur		Die Kommunikationswege und die Organisation der Projektpartner:innen (RGL, Pronova, DRL; IMVR, Ärzt:innenpraxen)
Patient:inneneinschreibung	Wen: Patient:innenmerkmale	Auswahlkriterien nach denen die Ärzt:innen entscheiden Patient:innen einzuschreiben.
	Welche: Herausforderungen /hemmende Faktoren	Verschiedene Herausforderungen der Patient:inneneinschreibung.
KVP Workshops: (VM- BM- Bedarfsanalyse-krankheitsspezifisch)		Durch den Ansatz des Change Managements die Akteur:innen in den Veränderungsprozess aktiv einzubinden, werden allgemeine Verbesserungsprozesse angestoßen. Es kommt zum Austausch, zur Kooperation und Reflexion sowie zur Verbesserung der Strukturen und Prozesse, damit sie denen, die MamBo anwenden und umsetzen tatsächlich nutzen.
KVP: MamBo Workshops		Workshops und Angebote für die MFAs in MamBo zur gemeinsamen Entwicklung von Lösungsansätzen zu relevanten Themen. Workshops entwickelten sich zur Bildungsreihe "MamBo Managerin" als MamBo MFA bzw. Erst-MFAs in den Praxen.
Zusammenarbeit und Rolle der Arztpraxen	Rolle der MFA	In jeder Ärzt:innenpraxis gibt es eine (Erst)MFA, die eine Art Führungsrolle inne hat und für die Akzeptanz und Durchführung, sowie für allgemeine Praxisabläufe und Integration von MamBo verantwortlich ist.
	Hausärztliche Praxen	Hausärzt:innenpraxen in der ambulanten Versorgung.
	Fachärztliche Praxen	Fachärzt:innenpraxen in der ambulanten Versorgung.

	Anwendung der Netzakte /Prozessentwicklung neue Akte ²	Aufgrund dessen, dass der Service für die aktuelle Netzakte eingestellt wurde, wurde eine neue Software entwickelt, welche sich noch in der Testung befindet und noch nicht allen Ärzt:innen zur Verfügung steht.
	Wissenschaftliche Evaluation/ Zusammenarbeit IMVR	IMVR (Uniklinik Köln) ist mit der formativen und summativen Evaluation von MamBo beauftragt. Dabei spiegelt es auch regelmäßig Zwischenergebnisse der Evaluation an die beteiligten Akteur:innen zurück, wodurch wiederum Veränderungen der Prozesse und Strukturen angestoßen werden können.
ERGEBNISQUALITÄT / VORTEILE DER INNOVATION	Persönliche Lernerfolge	Die persönlichen Lernerfolge der MamBo-Akteur:innen, die nur durch den Implementierungs- und Anwendungsprozess erfolgen konnten.
	Bedeutung von MamBo für das RGL	Die Bedeutung des Projekts für das RGL.
	Bedeutung von MamBo für die Pro-nova	Die Bedeutung des Projekts für die Krankenkasse.
	Bedeutung von MamBo für die Region	Die Bedeutung des Projekts für die Region Leverkusen.
	Mehrwert VM: Abgrenzung zu anderen Leistungsanbietern	Die MoniKa als "Schlüsselrolle"/"wichtigstes Element" von MamBo und ihre besondere Funktion.
	Vernetzung relevanter Versorgungsakteur:innen	Die Zusammenarbeit der beteiligten Akteur:innen im Versorgungsnetzwerk.
	Verbesserte Versorgungsqualität /Versorgungssituation	Die Verbesserung der Versorgungsqualität durch das Projekt.
	Ressourcenaufwand	Ressourcen sind Zeit und Kapital (personell und finanziell).
	Rückmeldungen der Ärzt:innen, Patient:innen und Angehörigen	Feedbacks von teilnehmenden MamBo-Ärzt:innen, Patient:innen oder Angehörigen.
	Theoretischer Mehrwert Bedarfsmanagement	Der theoretische Zusatznutzen durch das Bedarfsmanagement.
	Bewegende Fälle & Positivbeispiele der MoniKas	Individuelle Erfahrungswerte und Berichte von besonderer Bedeutung.
SYSTEMMOMENTE EINFLUSS-	unterschiedliche Kulturverständnis/ Organisationsformen	Unterschiedliche Berufskulturen führen zu unterschiedlichen Organisationsformen.
	Ressourcenknappheit (finanziell, personell, zeit)	Finanzielle und zeitliche Ressourcenknappheit z.B. der Pflegenotstand.

	Projekträger/ Innovationsfonds/ Politik	Die Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) ist hierfür zuständig.
	Gesetze/Politische Entscheidungswege	Rahmenbedingungen, die durch Gesetze bestimmt und definiert werden (z.B. SGB, DGSVO).
	Eigenschaften der Ärzt:innen	Von den Befragten getätigte Aussagen, die auf bestimmte Eigenschaften der Ärzt:innen schließen lassen bzw. direkt angesprochen werden.
	Konkurrenz zu anderen Professionen	Die Konkurrenz der Professionen untereinander.
	Parallele Versorgungsprojekte	Das RGL hat mit einer anderen großen Krankenkasse ein weiteres Projekt vertraglich beschlossen, welches ähnlich zu MamBo ist bzw. auf die vorhandenen Strukturen zurückgreift. Es soll wohl das MoniKa-Konzept ebenso Versicherten anderen KK zur Verfügung stehen.
	Finanzierung von häuslicher Pflege/Hilfeleistungen	Finanzierung der Pflegeleistungen durch Pflegekassen mit hohem Eigenanteil.
ZUKUNFTSPERSPEKTIVE	Für zukünftige Projekt	Die Regelversorgung finanziert durch die KK und die Aufnahmen in den Leistungskatalog.
	Verbesserungsvorschläge MamBo Struktur: BM-VM	Weitere Vorschläge wie MamBo und seine Strukturen in Zukunft umgesetzt und optimiert werden können.
	Übernahme in die Regelversorgung/ Zukunft MamBo	Ziel, dass (Teile von) MamBo als "medizinische Leistung" über kollektivvertragliche Regelung allen gesetzlichen Versicherten in Zukunft zur Verfügung stehen sollen. Dies ist nur möglich, wenn ein Nutzen über die wissenschaftliche Evaluation nachgewiesen werden kann.
	Erwartungen an den weiteren Projektverlauf	Die Erwartungen, die an MamBo gestellt werden.

Nützlichkeit des Change-Managements

HAUPTKATEGORIE		Definition	
Unterkategorie I			
Unterkategorie II			
UNTERNEHMENSBERATUNG	Konzeptentwicklung MamBo		Die Rolle bei der Konzeptentwicklung und Weiterentwicklung des MamBo Projektes.
	Hintergrund Unternehmensberatung (UB)		Mit Hintergrund ist der Haupttätigkeitsbereich der UB gemeint.
	interne Arbeitsorganisation		Interne Projektorganisation der UB: Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten
	Aufgaben und Rolle der UB		Die Aufgaben und Tätigkeiten bzw. Funktionen die die UB für und während der MamBo Implementierung übernommen hat.
	Rückzug der UB		Die UB sollte sich bis Ende 2018 aus dem Projekt schleichend zurückziehen. Sie ist bis dato noch punktuell beteiligt.
CHANGE-MANAGEMENT (CM)	Methoden des Change-Managements		Konkrete Methoden, die die UB angewendet haben, um die Prozessbeteiligten einzubinden und den Veränderungsprozess voranzubringen.
	Allgemeine Verbesserungsprozesse durch Austausch und Kooperation		Durch den Ansatz im CM, die Akteur:innen in den Veränderungsprozess aktiv einzubinden, werden allgemeine Verbesserungsprozesse angestoßen und Austausch, Kooperation und Reflexion zur Verbesserung der Strukturen und Prozesse geschaffen, damit sie denen, die MamBo anwenden und umsetzen tatsächlich nutzen.
	KVP- Workshops		Durch die Bedarfsanalyse von der KK wurden bisher zwei Patient:innenkollektive (Herzinsuffizienz, COPD) identifiziert, zu welche KVP-Treffen mit Ärzt:innen, KK, RGL und z.T. Expert:innen durchgeführt wurden (Herzinsuffizienz) oder geplant sind (COPD). Ziel sind die verbesserten Prozess- und Behandlungsabläufe und verbesserte Versorgung dieser Patient:innengruppen.
	Standardisierung der Arbeitsabläufe		

	Change im Versorgungsmanagement	Rollenschärfung	Veränderungen die im Rahmen des Versorgungsmanagements stattfanden. Personeller Art, Teambasierte Veränderungen, Entwicklung des Stellencharakteristika und die Standardisierung der Abläufe.
		Personelle Strukturanpassungen	
		Teamentwicklung (RGL)	
	Change in der KK	Organisationalen bzw. unternehmensphilosophische Veränderungen die sich durch MamBo indirekt für die KK ergeben.	
Change/Prozessoptimierung in den Arztpraxen	Perspektive der Ärzt:innen	Verbesserungsprozesse zur Praxisorganisation und der Praxisabläufe (Strukturen und Prozesse, nicht nur in Bezug auf MamBo).	
	Perspektive UB / VM /BM		
SYSTEMIMMANENTE EINFLUSSFAKTOREN FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG	Projektträger:in/ Innovationsfonds		Organisation, die die Projektabwicklung für den Innovationsfonds und die Verwaltung der Projektgelder übernimmt.
	Eigenschaften der Ärzt:innen		Von den Befragten getätigte Aussagen, die auf bestimmte Eigenschaften der Ärzt:innen schließen lassen bzw. direkt angesprochen werden.
	Vergütungssystem Ärzt:innen/ Anreize		Vergütungssystem der ambulanten Leistungen: Ärzt:innen rechnen nach EBM ab und werden budgetiert von KV quartalsweise pro Patient:in vergütet.

Auswirkungen der Corona Pandemie

HAUPTKATEGORIE		Definition
	Unterkategorie I	
AUSWIRKUNGEN AUF DIE PRAXIS	Existenz	Die Corona Pandemie hat einen direkten Einfluss auf die niedergelassenen Praxen.
	Schutz der Mitarbeiter:innen	
	Praxisstrukturen/ Organisation	
	Versorgungsabläufe	
AUSWIRKUNGEN AUF DIE PATIENT:INNEN		Die Corona Pandemie hat einen direkten Einfluss auf die Patient:innen im allgemeinen und die MamBo-Patient*innen.
AUSWIRKUNGEN AUF MAMBO	MamBo Allgemein	Die Corona Pandemie hat einen direkten Einfluss auf die Umsetzung und Inanspruchnahme der Projektstrukturen.
	Einschreibung Patient:innen	
	Versorgungsmanagement/ MoniKa-Intervention	
	Auswirkungen Bedarfsmanagement/ KK	

Anlage 1: Prozessdaten

MoniKa Intervention

Pro Patient:in wurden die folgenden Merkmale erhoben.

Merkmale	Ausprägungen und Beispiele
Patient:innen ID	eine sechsstellige Zahl
Einschreibedatum	Tag der Einschreibung
Kontaktart	Art des Kontaktes: Hausbesuch, Telefonkontakt / Telefon/Koordination (auch mit Ärzt:innen, Angehörigen etc.) , Besuch in der Beratungsstelle, Heimbesuch, Klinik,
Kontaktdatum	Datum des Kontakts mit einer MoniKa
Besuchszeit	Start- und Endzeit, sowie Gesamtzeit
Telefonische Kontaktzeit	Start- und Endzeit, sowie Gesamtdauer
Fahrtzeit	Gefahrene Zeit bis zum/zur Patient:in
Fahrkilometer	Gefahrene Strecke in Kilometer pro Hausbesuch
Koordinationszeit	Dauer von Koordinationsaufgaben mit Versorgungsakteur:innen / Angehörigen etc.
Dokumentationszeit	Zeit der patient:innenrelevanten Dokumentation
Ärzt:innen ID	zweistellige Zahl
Praxis ID	dreistellige Zahl
MoniKa ID	einstellige Zahl

Patient:inneneinschreibung je nach Ärzt:innen

Die Ärzt:innen waren für die Einschreibung der Patient:innen zuständig. Dazu wurden folgende Ärzt:innengebundene Merkmale erfasst.

Merkmal	Ausprägung
Ärzt:innen ID	einstellige Zahl
Praxis ID	dreistellige Zahl
Einschreibung Ärzt:innen	Datum des Teilnahmebeginns der Ärzt:innen
Ausschreibung Ärzt:innen	Beendigung der Teilnahme

Aufnahmedatum Patient:innen	Patient:inneneinschreibung
Summe eingeschriebene Patient:innen	Insgesamt eingeschriebene Patient:innen durch jeweilige Ärzt:innen

Ärzt:innen-Patient:innen Rekrutierung

Merkmal	Ausprägung
Einschreibedatum	Datum des Teilnahmebeginns der Ärzt:innen
Ärzt:innen ID	zweistellige Zahl
Praxis ID	dreistellige Zahl
Anzahl der MamBo-Patient:innen	Anzahl der Patient:innen pro Ärzt:innen die an MamBo teilnehmen
Davon MoniKa-Patient:innen	Anzahl der an MamBo teilnehmenden Patient:innen pro Ärzt:innen, die eine MoniKa Intervention erhalten haben
Anteil MoniKa	Das Verhältnis aus MamBo-Patient:innen und MoniKa-Patient:innen

Kontinuierlichen Verbesserungsprozesse (KVP)

Insgesamt fanden zwischen September 2017 und September 2020 29 KVP Termine. Dabei wurden jeweils die folgenden Merkmale festgehalten.

Merkmal	Ausprägung
Datum	Datum des stattgefundenen KVPS
Thema	Thema des KVPS
Teilnehmer:innenanzahl	Anzahl der Teilnehmenden pro Termin
Davon Ärzt:innen	Anzahl der teilnehmenden Ärzt:innen
Davon Praxismitarbeitende und MoniKas	Anzahl der teilnehmende Praxismitarbeitenden und MoniKas
Davon Andere	Weitere Teilnehmende die keiner der zuvor genannten Gruppen zugehörig sind
Agenda der Sitzung	Thematische Liste die es zu besprechen gilt
Weiteres	Sonstige Themeneinheiten wie z.B. Schulungen
ID Auflistung aller Teilnehmenden	jeweilige Zahl

Anlage 2: Leitfäden qualitative Interviews

Leitfäden Fokusgruppe / Einzelinterviews Ärzt:innen

„early adopter“- Fokugruppe / Einzelinterview¹²

Thema	Vorgehen	Notizen/ Intention
Begrüßung Ca. 5min	<p>Vielen Dank, dass Sie an MamBo teilnehmen und Sie die Zeit gefunden haben an der Fokusgruppe teilzunehmen.</p> <p>Wie Sie ja alle wissen soll es bei MamBo um die Verbesserung der ambulanten Versorgung multimorbider Patient:innen gehen, ob, wie und warum es mit dem Versorgungsmodell gelingen könnte, oder auch nicht gelingen könnte, bleibt zu klären. Aus diesem Grund haben wir Sie heute eingeladen.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Einstieg- Vorstellung MamBo
Rahmen Ca. 5min	<p>Die gesamte Runde soll maximal 90min Länge haben und wird durch ein Catering abgeschlossen. Ich werde die Diskussion wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Am Ende möchte ich Sie noch bitten einen Kurzfragebogen zu Ihrer Person auszufüllen, hier geht es um soziodemografische Daten und wie lange Sie schon an MamBo teilnehmen.</p> <p>Alle persönlichen Daten in den Interviews werden anonymisiert, sodass hinterher keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder Ihre Patient:innen möglich sein werden. Meine beiden Kollegen hier werden den Sprecherwechsel im Laufe der Diskussion notieren, das vereinfacht uns die spätere Transkription.</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p>	<ul style="list-style-type: none">- Erklärung des Rahmens- Kurzfragebogen austeilen (Gruppenzusammensetzung)- Vorstellung der Moderation und Protokollantin- Einwilligung zur Tonbandaufnahme- Tonband einschalten

¹² sprachliche Anpassungen auf eine Person und konkretere Fragen

Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen, wurden die Punkte angesprochen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Vorstellungsrunde ca. 5 min	Ich weiß nicht wie gut Sie sich untereinander schon kennen. Daher würde ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen; Ihren Namen, in welcher Fachrichtung Sie tätig sind und wie lange Sie schon an MamBo teilnehmen?	<ul style="list-style-type: none"> - Wie lange im ambulanten Dienst tätig - Wie lange schon im MamBo Projekt 		- Kennenlernen
Warm-Up (je nach Redebedarf) 10-15 min	Wir sind heute zusammgekommen, um über MamBo zu sprechen. Wir werden auf die einzelnen Punkte auch nochmal näher eingehen, aber erzählen Sie doch mal kurz, wie läuft das Projekt; welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht?	<ul style="list-style-type: none"> - ersten Erfahrungen mit MamBo - Stand der Dinge - Perspektive Hausärzt:innen, Fachärzt:innen 	- Wie bekommen Sie als Facharzt MamBo mit?	<ul style="list-style-type: none"> - Möglichst nicht unterbrechen, Notizen für spätere Rückfragen - Erste Eindrücke zur Zufriedenheit und Erfahrungen gewinnen - emotionaler Einstieg und Framing
Implementierung des MamBo Versorgungsmodell (ca. 10 min)				
Innovation-Decision-Process	Wie kam es dazu, dass Sie an MamBo teilnehmen wollten?	<ul style="list-style-type: none"> - Wie von MamBo erfahren - Gründe für die TN - Gründe für Hemmungen 	- Das RGL ist wegen der MamBo-Teilnahme aktiv an Sie herangetreten: Wie haben Sie das empfunden?	- individuelle „innovation-decision-process“ erfragen: Wissen, Überzeugung/ Werte, Entscheidung
Implementierung/ Projektvorbereitung	Sie haben sich für Teilnahme an MamBo entschieden: Wie ging es von da aus weiter?	<ul style="list-style-type: none"> - Schritte der Umsetzung - Ressourcenaufwand 	- Welche Schwierigkeiten gab es, bevor Sie starten konnten?	- Projektvorbereitung und Implementierung

			- Was haben Sie als erleichternd empfunden?	
Bewertung der MamBo-Strukturen (ca. 30 min)				
Patient:innen-Einschreibung	Nun wollen wir etwas genauer auf die Strukturen von MamBo eingehen. Wie läuft die Einschreibung der Patient:innen denn so?	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppe - bestimmte Indikationen - Aufwand Einschreibung 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche zusätzlichen Einschreibekriterien für potentielle MamBo-Patient:innen sind denkbar? - Welche Kriterien wünschen Sie sich? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nur wenn die Situation Prävention/ präventive Einschreibungen auftritt - Zielgruppe mit dem größten Nutzen aus Ärzt:innenperspektive - Hemmnisse bei der Einschreibung
MoniKa	Wie haben Sie bisher die Zusammenarbeit mit der MoniKa erlebt?	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderung im Praxisalltag - Veränderungen für/mit den Patienten - Wie klappt die Kooperation Arzt-MoniKa-Patient - Erwartungen an MoniKa 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie denken Sie erleben die Patienten die MoniKa? 	<ul style="list-style-type: none"> - Prozess des MoniKa-Einsatzes - Komplexität des Einsatzes
Zusammenarbeit mit den Akteuren	Wie läuft die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und den anderen Akteuren von MamBo?	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktregelmäßigkeit - Rückkopplung - RGL, BKK - Fachärzte (Netzakte) - Kontakt mit Sozialdienst 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit der Versorgungs- und der Bedarfsmangerin 	<ul style="list-style-type: none"> - Rolle der BKK (Initiator/ Einflussnehmer/ Okkupant) - Zusammenarbeit mit dem RGL

				- Ansprechpartner und Verantwortlichkeiten VM und BM hilfreich und sinnvoll?
KVP	Fallen Ihnen, über die bisher angesprochenen Aspekte/Bestandteile noch weitere Angebote ein, die Sie oder Ihre Praxismitarbeiter:innen (MFAs) im Rahmen von MamBo wahrgenommen haben.	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanntheit der MFA Workshops zur Arzneimitteltherapiesicherheit - Teilnahme ja / nein warum? - Veränderung seitdem 	<ul style="list-style-type: none"> - Kam das Angebot von Workshops zur Arzneimitteltherapiesicherheit auf sie zu? 	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanntheit der KVP Inhalte - Bewertung bisheriger Inhalte
Veränderungen im Praxisalltag- Reflexion/ Ergebnisqualität (15 min)				
Veränderung im Alltag für den Arzt?	Was hat sich in Ihrem Praxisalltag durch die Teilnahme an MamBo verändert?	<ul style="list-style-type: none"> - Entlastung - Zusätzlicher Aufwand <p>Zum Beispiel in Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einschreibung, MoniKa, Medikamentenmanagement, Netzakte, Dokumentation, Zusammenarbeit RGL, MoniKa 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Veränderung konnten Sie in Bezug auf Ihre Patient:innen sehen? <p>(Informierter/Zufriedener/besser versorgt oder größere Adherence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderungen im Praxisalltag - Evt. nur zusammenfassend die „größten“ Veränderungen - Veränderungen in der Versorgung und Gesundheitskompetenz der Patient:innen - Confirmation/ Bestätigung, eigener relativer Vorteil - Zufriedenheit der Patient:innen
Ausblick MamBo (5 min)				
Übertragung auf die Regelversorgung	Welches Potential hat MamBo für die Übertragung auf die Regelversorgung?	<ul style="list-style-type: none"> - Notwendige Veränderungen für die Übertragung 		<ul style="list-style-type: none"> - Überzeugung von MamBo - Einschätzung über das Übertragungspotential

Innovations-Kommunikation	Sprechen Sie mit Ihren Kollegen über die Teilnahme an MamBo?	<ul style="list-style-type: none"> - In welchem Rahmen - Warum nicht? 	<ul style="list-style-type: none"> - Würden Sie die Teilnahme an MamBo einem Kollegen empfehlen? - Wie und von wem könnten Ihre Kollegen wohl am ehesten überzeugt werden? 	<ul style="list-style-type: none"> - Werben überzeugte Ärzte bei ihren Kollegen für MamBo? („opinion leaders“; early adopters beeinflussen die innovation-decision der late adopters (nach Rogers),
Thema	Vorgehen			Notizen/ Intention
Schlusswort und Dank	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde?			<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Ergänzung - Abschluss und Verabschiedung
	Ich möchte mich bei allen Teilnehmer:innen recht herzlich für das Kommen bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche eine gute Heimreise.			

„late adopter“-Fokusgruppe

Thema	Vorgehen			Notizen/ Intention
Begrüßung Ca. 5min	<p>Vielen Dank, dass Sie an MamBo teilnehmen und Sie die Zeit gefunden haben an der Fokusgruppe teilzunehmen.</p> <p>Wie Sie ja alle wissen soll es bei MamBo um die Verbesserung der ambulanten Versorgung multimorbider Patient:innen gehen, ob, wie und warum es mit dem Versorgungsmodell gelingen könnte, oder auch nicht gelingen könnte, bleibt zu klären. Aus diesem Grund haben wir Sie heute eingeladen.</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg - Vorstellung MamBo
Rahmen Ca. 5min	<p>Die gesamte Runde soll maximal 90min Länge haben und wird durch ein Catering abgeschlossen. Ich werde die Diskussion wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Am Ende möchte ich Sie noch bitten einen Kurzfragebogen zu Ihrer Person auszufüllen, hier geht es um soziodemografische Daten und wie lange Sie schon an MamBo teilnehmen.</p> <p>Alle persönlichen Daten in den Interviews werden anonymisiert, sodass hinterher keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder Ihre Patient:innen möglich sein werden. Meine beiden Kollegen hier werden den Sprecherwechsel im Laufe der Diskussion notieren, das vereinfacht uns die spätere Transkription.</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Kurzfragebogen austeilen (Gruppenzusammensetzung) - Vorstellung der Moderation und Protokollantin - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen, wurden die Punkte angesprochen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Vorstellungsrunde ca. 5 min	<p>Ich weiß nicht, wie gut Sie sich untereinander schon kennen. Daher würde ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen; Ihren Namen, in welcher</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie lange im ambulanten Dienst tätig - Wie lange schon im MamBo Projekt 		<ul style="list-style-type: none"> - Kennenlernen

	Fachrichtung Sie tätig sind und wie lange Sie schon an MamBo teilnehmen?			
Warm-Up (je nach Redebedarf) 10-15 min	Wir sind heute zusammgekommen, um über MamBo zu sprechen. Wir werden auf die einzelnen Punkte auch nochmal näher eingehen, aber erzählen Sie doch mal kurz, wie läuft das Projekt; welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht?	<ul style="list-style-type: none"> - ersten Erfahrungen mit MamBo - Stand der Dinge - Perspektive Hausarzt/ Facharzt 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie bekommen Sie als Facharzt MamBo mit? 	<ul style="list-style-type: none"> - Möglichst nicht unterbrechen, Notizen für spätere Rückfragen - Erste Eindrücke zur Zufriedenheit und Erfahrungen gewinnen - emotionaler Einstieg und Framing
Implementierung des MamBo Versorgungsmodell (ca. 10 min)				
Innovation-Decision-Process	Wie kam es dazu, dass sie an MamBo teilnehmen wollten?	<ul style="list-style-type: none"> - Wie von MamBo erfahren - Gründe für die TN - Gründe für Hemmungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Das RGL ist wegen der MamBo-Teilnahme aktiv an Sie herangetreten: Wie haben Sie das empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> - individuelle „innovation-decision-process“ erfragen: Wissen, Überzeugung/ Werte, Entscheidung
Implementierung/ Projektvorbereitung	Sie haben sich für Teilnahme an MamBo entschieden: Wie ging es von da aus weiter?	<ul style="list-style-type: none"> - Schritte der Umsetzung - Ressourcenaufwand 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Schwierigkeiten gab es, bevor Sie starten konnten? - Was haben Sie als erleichternd empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> - Projektvorbereitung und Implementierung
Bewertung der MamBo-Strukturen (ca. 30 min)				

Patient:innen-Einschreibung	<p>Nun wollen wir etwas genauer auf die Strukturen von MamBo eingehen. Wie läuft die Einschreibung der Patient*innen denn so?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppe - bestimmte Indikationen - Aufwand Einschreibung 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche zusätzlichen Einschreibekriterien für potentielle MamBo-Patient:innen sind denkbar? - Welche Kriterien wünschen Sie sich? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nur wenn die Situation Prävention/präventive Einschreibungen auftritt - Zielgruppe mit dem größten Nutzen aus Ärzteperspektive - Hemmnisse bei der Einschreibung
MoniKa	<p>Wie haben Sie bisher die Zusammenarbeit mit der MoniKa erlebt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderung im Praxisalltag - Veränderungen für/mit den Patienten - Wie funktioniert die Kooperation Arzt-MoniKa-Patient - Erwartungen an MoniKa 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie denken Sie erleben die Patienten die MoniKa? 	<ul style="list-style-type: none"> - Prozess des MoniKa-Einsatzes - Komplexität des Einsatzes
Zusammenarbeit mit den Akteuren	<p>Wie läuft die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und den anderen Akteuren von MamBo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktregelmäßigkeit - Rückkopplung - RGL, BKK - Fachärzte (Netzakte) - Kontakt mit Sozialdienst 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit der Versorgungs- und der Bedarfsmangerin 	<ul style="list-style-type: none"> - Rolle der BKK (Initiator/ Einflussnehmer/ Okkupant) - Zusammenarbeit mit dem RGL - Ansprechpartner und Verantwortlichkeiten VM und BM hilfreich und sinnvoll?

KVP	Fallen Ihnen, über die bisher angesprochenen Aspekte/Bestandteile noch weitere Angebote ein, die Sie oder Ihre Praxismitarbeiter:innen (MFAs) im Rahmen von MamBo wahrgenommen haben.	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanntheit der MFA Workshops zur Arzneimitteltherapiesicherheit - Teilnahme ja / nein warum? - Veränderung seitdem 	<ul style="list-style-type: none"> - Kam das Angebot von Workshops zur Arzneimitteltherapiesicherheit auf sie zu? 	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanntheit der KVP Inhalte - Bewertung bisheriger Inhalte
Veränderungen im Praxisalltag-Reflexion/ Ergebnisqualität (15 min)				
Veränderung im Alltag für den Arzt?	Was hat sich in Ihrem Praxisalltag durch die Teilnahme an MamBo verändert?	<ul style="list-style-type: none"> - Entlastung - Zusätzlicher Aufwand <p>Zum Beispiel in Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einschreibung, MoNiKa, Medikamentenmanagement, Netzakte, Dokumentation, Zusammenarbeit RGL, MoNiKa 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Veränderung konnten Sie in Bezug auf Ihre Patient:innen sehen? <p>(Informierter/ Zufriedener/ besser versorgt oder größere Adherence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderungen im Praxisalltag - Evt. nur zusammenfassend die „größten“ Veränderungen - Veränderungen in der Versorgung und Gesundheitskompetenz der Patientinnen - Confirmation/ Bestätigung, eigener relativer Vorteil - Zufriedenheit der Patientinnen
Ausblick MamBo (5 min)				
Übertragung auf die Regelversorgung	Welches Potential hat MamBo für die Übertragung auf die Regelversorgung?	<ul style="list-style-type: none"> - Notwendige Veränderungen für die Übertragung 		<ul style="list-style-type: none"> - Überzeugung von MamBo - Einschätzung über das Übertragungspotential
Innovations-Kommunikation	Sprechen Sie mit Ihren Kollegen über die Teilnahme an MamBo?	<ul style="list-style-type: none"> - In welchem Rahmen - Warum nicht? 	<ul style="list-style-type: none"> - Würden Sie die Teilnahme an MamBo einem Kollegen empfehlen? - Wie und von wem könnten Ihre Kollegen wohl am 	<ul style="list-style-type: none"> - Werben überzeugte Ärzte bei ihren Kollegen für MamBo?

			ehesten überzeugt werden?	(„opinion leaders“; early adopters beeinflussen die innovation-decision der late adopters (nach Rogers),
Thema	Vorgehen			Notizen/ Intention
Schlusswort und Dank	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde?			<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Ergänzung - Abschluss und Verabschiedung
	Ich möchte mich bei allen Teilnehmer:innen recht herzlich für das Kommen bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche eine gute Heimreise.			

„late adopter“ – Telefoninterviews (2020)

Thema	Vorgehen	Notizen/ Intention
Begrüßung	<p>Vielen Dank, dass Sie an MamBo teilnehmen und Sie die Zeit gefunden haben an diesem Telefoninterview teilzunehmen.</p> <p>Wie Sie ja wissen, geht es bei MamBo um die Verbesserung der ambulanten Versorgung multimorbider Patient:innen. Ich möchte heute mit Ihnen darüber sprechen, wie die Einschreibung dieser Patient:innen in MamBo bei Ihnen verlaufen ist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg - Vorstellung MamBo/Ziel des Interviews
Rahmen	<p>Das Interview soll ca. 15-20 Minuten dauern. Das Telefonat werde ich auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen.</p> <p>Alle persönlichen Daten in den Interviews werden anonymisiert, sodass hinterher keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder Ihre Patient:innen möglich sein werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten

	Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?			
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen, wurden die Punkte angesprochen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Innovation-Decision	<i>Wie kam es dazu, dass Sie an MamBo teilnehmen wollten?</i>	- Gründe für Teilnahme	- <i>Was hatten Sie sich zu Beginn von MamBo versprochen?</i> - <i>Wie haben Sie von MamBo erfahren?</i>	- individuelle „innovation-decision-process“ erfragen: Wissen, Überzeugung/ Werte, Entscheidung
Erfahrungen mit MamBo	<i>Wie läuft die Einschreibung der Patient:innen so?</i>	- Warum so wenige/keine - Mögliche Gründe: o Honorar o Zeit o Informationen o Datenschutz o Einschreibekriterien/Patient*innen o Komplexität/Verständnis	- <i>Wie viele Patient:innen haben Sie für MamBo eingeschrieben?</i> - <i>Wie hat sich der Ablauf der Einschreibung im Laufe der Zeit verändert?</i> - <i>Woran hat es gelegen, dass Sie keine / weniger Patient:innen eingeschrieben haben?</i> - <i>Vor welchen Herausforderungen stehen Sie?</i> - <i>Hätte es noch mehr passende Patient:innen gegeben?</i> - <i>Wie wurden Sie bei dem Einschreibungsprozess unterstützt?</i>	- Was sind Gründe für die „Revidierung“? -
	<i>Wie sah die bisherige Zusammenarbeit mit einer MoniKa aus?</i>	- Wie weit fortgeschritten ist der Implementierungsprozess?	- <i>Wie gehen Sie mit der Rückmeldung der MoniKa um?</i>	- Zusammenarbeit MoniKa, Erfahrungen, Vorbehalte?

		- Welche Strukturen wurden überhaupt implementiert/ genutzt?	- <i>keine: Woran liegt das? Was hält Sie von einer Zusammenarbeit mit der MoniKa ab? Welche Schwierigkeiten sehen Sie?</i>	
	<i>Wie werden Ihre Mitarbeitenden in MamBo integriert?</i>	- Personelle Ressourcen - Unterstützung bzw. Umsetzung von MamBo in der Praxis	- <i>Wie bewerten Ihre Praxismitarbeitenden MamBo?</i>	- Infos über Praxisorganisation, Mitarbeitende
	<i>Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit dem RGL in Bezug zu MamBo gemacht?</i>	- Kommunikation /“Werbung“ der KK oder RGL?	- <i>Wie sieht der Kontakt mit der Krankenkasse aus?</i>	- Sonstige Erfahrungen mit Projektpartnern
Wünsche/ Reflexion	<i>Welche Unterstützung hätten Sie sich bei der Implementierung der Strukturen von MamBo noch gewünscht?</i>	- Was wurde vermisst - Gründe für fehlende Umsetzung	- <i>Welche Unterstützung wünschen Sie sich bei der Patient:inneneinschreibung?</i>	- Verbesserungsvorschläge - Gründe für fehlende Umsetzung
COVID-19	<i>Wie wirkt sich die aktuelle COVID-19-Situation auf die MoniKa-Intervention / das Projekt aus?</i>			- Auswirkungen der Pandemie auf die Projektstrukturen
Ausblick	<i>Wie geht es bei Ihnen mit MamBo weiter?</i>			
Schlusswort und Dank	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde?			- Möglichkeit zur Ergänzung
	Ich möchte mich recht herzlich bei Ihnen für die Bereitschaft für das Telefoninterview bedanken.			- Abschluss und Verabschiedung

„wenig Aktive“ – Telefoninterviews (2020)

Thema	Vorgehen			Notizen/ Intention
Begrüßung	<p>Vielen Dank, dass Sie an MamBo teilnehmen und Sie die Zeit gefunden haben an diesem Telefoninterview teilzunehmen.</p> <p>Wie Sie ja wissen, geht es bei MamBo um die Verbesserung der ambulanten Versorgung multimorbider Patient:innen. Ich möchte heute mit Ihnen darüber sprechen, wie die Einschreibung dieser Patient:innen in MamBo bei Ihnen verlaufen ist.</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg - Vorstellung MamBo/Ziel des Interviews
Rahmen	<p>Das Interview soll ca. 15-20 Minuten dauern. Das Telefonat werde ich auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen.</p> <p>Alle persönlichen Daten in den Interviews werden anonymisiert, sodass hinterher keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder Ihre Patient:innen möglich sein werden.</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen, wurden die Punkte angesprochen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Innovation-Decision	Wie kam es dazu, dass Sie an MamBo teilnehmen wollten?	<ul style="list-style-type: none"> - Gründe für Teilnahme 	<ul style="list-style-type: none"> - Was hatten Sie sich zu Beginn von MamBo versprochen? - Wie haben Sie von MamBo erfahren? 	<ul style="list-style-type: none"> - individuelle „innovation-decision-process“ erfragen: Wissen, Überzeugung/ Werte, Entscheidung
	Wie läuft die Einschreibung der Patient:innen so?	<ul style="list-style-type: none"> - Warum so wenige/keine - Mögliche Gründe: 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie viele Patient:innen haben Sie für MamBo eingeschrieben? 	<ul style="list-style-type: none"> - Was sind Gründe für die „Revidierung“?

Erfahrungen mit MamBo		<ul style="list-style-type: none"> ○ Honorar ○ Zeit ○ Informationen ○ Datenschutz ○ Einschreibekriterien/Patient*innen ○ Komplexität/Verständnis 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie hat sich der Ablauf der Einschreibung im Laufe der Zeit verändert? - Woran hat es gelegen, dass Sie keine / weniger Patient:innen eingeschrieben haben? - Vor welchen Herausforderungen stehen Sie? - Hätte es noch mehr passende Patient:innen gegeben? - Wie wurden Sie bei dem Einschreibungsprozess unterstützt? 	-
	Wie sah die bisherige Zusammenarbeit mit einer MoniKa aus?	<ul style="list-style-type: none"> - Wie weit fortgeschritten ist der Implementierungsprozess? - Welche Strukturen wurden überhaupt implementiert/genutzt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie gehen Sie mit der Rückmeldung der MoniKa um? - keine: Woran liegt das? Was hält Sie von einer Zusammenarbeit mit der MoniKa ab? Welche Schwierigkeiten sehen Sie? 	- Zusammenarbeit MoniKa, Erfahrungen, Vorbehalte?
	Wie werden Ihre Mitarbeitenden in MamBo integriert?	<ul style="list-style-type: none"> - Personelle Ressourcen - Unterstützung bzw. Umsetzung von MamBo in der Praxis 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie bewerten Ihre Praxismitarbeitenden MamBo? 	- Infos über Praxisorganisation, Mitarbeitende
	Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit dem RGL in Bezug zu MamBo gemacht?	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation /“Werbung“ der KK oder RGL? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie sieht der Kontakt mit der Krankenkasse aus? 	- Sonstige Erfahrungen mit Projektpartnern

Wünsche/ Reflexion	Welche Unterstützung hätten Sie sich bei der Implementierung der Strukturen von MamBo noch gewünscht?	<ul style="list-style-type: none"> - Was wurde vermisst - Gründe für fehlende Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Unterstützung wünschen Sie sich bei der Patient:in-neneinschreibung? 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserungsvorschläge - Gründe für fehlende Umsetzung
COVID-19	Wie wirkt sich die aktuelle COVID-19-Situation auf die MoniKa-Intervention / das Projekt aus?			<ul style="list-style-type: none"> - Auswirkungen der Pandemie auf die Projektstrukturen
Ausblick	Wie geht es bei Ihnen mit MamBo weiter?			
Schlusswort und Dank	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde?			<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Ergänzung - Abschluss und Verabschiedung
	Ich möchte mich recht herzlich bei Ihnen für die Bereitschaft für das Telefoninterview bedanken.			

Leitfäden Versorgungsmanagement

MoniKa- Fokusgruppe 2019

Thema	Vorgehen	Notizen/ Intention
Begrüßung Ca. 5min	<p>Vielen Dank, dass Sie die Zeit gefunden haben an der Fokusgruppe teilzunehmen.</p> <p>Wie Sie wissen soll es bei MamBo um die Verbesserung der ambulanten Versorgung multimorbider Patient:innen gehen, ob, wie und warum es mit dem Versorgungsmodell gelingen könnte, oder auch nicht gelingen könnte, bleibt zu klären. Aus diesem Grund haben wir Sie heute eingeladen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg - Vorstellung MamBo

Rahmen Ca. 5min	<p>Die gesamte Runde soll maximal 90min länge haben. Wir haben auch ein kleines Catering, sodass uns nicht die Bäuche knurren müssen. Ich werde die Diskussion wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Alle persönlichen Daten in den Interviews werden pseudonymisiert, allerdings können wir innerhalb des Forschungsteams keine Anonymität gewährleisten. Bei der Kommunikation nach außen werden alle persönlichen Daten anonymisiert. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Vorstellung der Moderation und Protokollantin - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen, wurden die Punkte angesprochen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Vorstellungsrunde ca. 5 min	<p>Sie kennen Sie vermutlich schon etwas besser, aber ich würde mich freuen, wenn wir vorab eine kleine Kennenlernrunde machen. Wie lange sind Sie denn jeweils schon als Monitoring und Koordinationsassistentin bei MamBo dabei und in welchem Bereich haben Sie vorher gearbeitet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsbeginn MoniKa - Vorheriger Arbeitsbereich (ambulant, stationär, KH, Sozialdienst) 		<ul style="list-style-type: none"> - Kennenlernen - Welche Vorerfahrungen mit Patient:innen (für den späteren Vergleich der Arbeit; was ist an der Arbeit als MoniKa anders?)
Warm-Up (je nach Redebedarf) 10-15 min	<p>Wir sind heute zusammgekommen um über MamBo und Ihre Aufgaben als Monitoring und Koordinationsassistent:in zu sprechen. Wir werden auf die einzelnen Punkte auch nochmal näher eingehen, aber erzählen Sie doch mal,</p>		<p>Welche Aufgaben haben Sie neben den Hausbesuchen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Möglichst nicht unterbrechen, Notizen für spätere Rückfragen - Erste Eindrücke zur Zufriedenheit und Erfahrungen gewinnen - Erste Hinweise über den Prozessablauf und die Prozessentwicklung

	wie sieht Ihr Alltag als MoniKa in MamBo aus?			- emotionaler Einstieg und Framing
Innovation-Decision-Process (5 min)	Wie ist es dazu gekommen, dass Sie sich auf die Stelle als Monitoring und Koordinationsassistent:in beworben haben?	<ul style="list-style-type: none"> - Wie von MamBo / MoniKa erfahren - Gründe für die Bewerbung - Erwartung / Motivation 	Was hat Sie an der Stelle als Monitoring und Koordinationsassistent:in angesprochen?	- individuelle „innovation-decision-process“ erfragen: Wissen, Überzeugung/Werte, Entscheidung - Projekteinstellung
Aufgabenverständnis, Strukturkomplexität und Prozessentwicklung (20 – 30 min)				
Struktureller Arbeitsrahmen	Als Monikas sind Sie ja Teil des Versorgungsmanagements, wie gestaltet sich die Zusammenarbeit im Team des RGLs	<ul style="list-style-type: none"> - Wer Arbeitet wann? - Wie werden die Aufträge aufgeteilt - Aufgabe Projektkoordination? - Kommunikation/ Wege des Austauschs - Aufgabe Jakobs (nur die eigenen Pat?) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie organisieren Sie die Aufgaben unter sich? - Wer hat welche Aufgaben? - Wie haben sich die Strukturen entwickelt? - Wie viele Patient:innen kann eine Person mit einer 50% Stelle abdecken - Gibt es Überschneidungen mit der Arbeit von dem AOK Projekt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisatorische Arbeitsteilung ist relevant für die Übertragung - Wie viel kann eine Person leisten? (Hinweis über Arbeitsbelastung)
Prozess der Hausbesuche	Können Sie mir einen typischen Ablauf eines Hausbesuches schildern? Von der Arzt/Ärztin-Anfrage bis zur Nachbereitung.	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination Arzt/Ärztin - Weg der Kommunikation - Kooperation / Terminvereinbarung Pat. - Dateneingabe/ Netzakte! - Was wird gemacht 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie häufig finden Hausbesuche statt? - Wie läuft die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen? - Wie unterschiedlich sind die Hausbesuche in Bezug auf die Kontaktzeit? - Worin ist die diese begründet? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie läuft die MoniKa – Interaktion ab → Hinweis auf die relevanten Kommunikationswege (Strukturkomplexität) - ist das, was beim Pat. gemacht wird Konform mit dem, was die Ärzte sagen?

			<ul style="list-style-type: none"> - Gibt es Patient:innengruppen bei denen Sie dann häufiger als einmal sind? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie hoch ist der Aufwand der Nachbereitung → Strukturkomplexität
Patient:innenkontakt und Emotionale Betroffenheit	Sie sind den Patient:innen ja sehr nah, fällt Ihnen ein besonderes (bewegendes) Erlebnis ein?		<ul style="list-style-type: none"> - Kommen solche Situationen öfter vor? - Welchen Einfluss haben solche Erfahrungen auf Ihre Arbeit? 	<ul style="list-style-type: none"> - Prägende Ereignisse die stärkend / förderliche für die Arbeit als Monika sein können. - Hinweis über emotionaler Betroffenheit
	Können Sie mir auch herausfordernden oder unangenehme Situationen im Rahmen Ihrer Arbeit schildern?	<ul style="list-style-type: none"> - Situationen die dem Pat. unangenehm sind - Situationen die der MoniKa unangenehm sind - Woran wird eine unangenehme Situation festgemacht? - Grenzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie sind Sie mit der Situation umgegangen? - Kommen solche Situationen öfter vor? - Können Sie hier bestimmte Merkmale beobachten, die die Patienten in unangenehmen Situationen teilen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweis über emotionale Belastung - Werden Situationen mit nach Hause genommen und gibt es hier eine bestimmten Patient:innentypen
	Welche Rolle spielen die Angehörigen der Patient:innen bei Ihrer Arbeit?	<ul style="list-style-type: none"> - Einflussnahme und Präsenz - Kommunikation mit den Angehörigen 		<ul style="list-style-type: none"> - Emotionale Belastung nicht nur durch die Patient:innen, sondern auch durch die Angehörigen zu erwarten - Gleichzeitig aber auch als fördernder Faktor zu erwarten, wenn Dankbarkeit der Angehörigen gezeigt wird. - Ggf. keine große Rolle, häufig geringe soz. Unterstützung
Prozessentwicklung	Wie hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert?	<ul style="list-style-type: none"> - Neue Arbeitsaufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgaben hinzugekommen? - HI-Monitoring durchgeführt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Haben die KVPs Auswirkungen auf die Arbeit der Monikas

		<ul style="list-style-type: none"> - Neue Vorgänge bei den Pat. - Arbeitsbelastung - Rollenschärfung 	<ul style="list-style-type: none"> - Wurden schon MamBo-Telefonate durchgeführt? - Welche Auswirkungen hat dies auf ihr Arbeitspensum? - Waren hier Anpassungen der Arbeitsteilung notwendig? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wird mit schnellen Veränderungen und zusätzlichen Aufgaben umgegangen (Überlastung?)
Zusammenarbeit mit den Akteur:innen	Wenn wir jetzt nochmal Ihre Arbeit in MamBo nochmal im gesamten betrachten, wie stehen sie noch mit anderen Akteur:innen in Verbindung?	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktregelmäßigkeit - RGL (kleines agiles Team), BKK - Sozialdienst, Pflegedienst, KK, Pflegeheimen, Krankenhaus und Entlass-Management 	<ul style="list-style-type: none"> - Stehen Sie im Kontakt mit der Pronova BKK? - Mit welchen Akteur:innen arbeiten Sie außerhalb der MamBo-Strukturen auch immer mal wieder zusammen? - Was läuft gut und was gestaltet sich als schwierig? 	<ul style="list-style-type: none"> - Komplexität der Strukturen/ Netzwerk
Reflexion/ Ergebnisqualität (15 min)				
	<p>In einem Interview hatte ein/e Arzt/Ärztin gesagt, „Dass es manchmal zu viel überkommt an Wünschen von den Patient:innen. dass durch den Besuch Wünsche erst kreierte werden, die zum Teil nicht befriedigt werden können in der Praxis.“</p> <p>Was ist Ihre Meinung zu dieser Aussage?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Überversorgung? - Nutzen für die Patient:innen - Kooperation Arztpraxen 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Rückmeldungen erhalten Sie von den Patient:innen? - Nehmen Sie eine Arbeitserleichterung für den/die Arzt/Ärztin oder das Praxisteam wahr? Welche Erfahrungen sie da gemacht haben. - Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht, dass auch ambulante Beratung möglich ist? 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht? - Fazit und Ergebnisqualität - Bedeutung gezielter Beratungsmodelle

	Welchen Einfluss hat die Arbeit als MoniKa auf Sie persönlich genommen?		- Würden Sie die Stelle als MoniKa weiterempfehlen?	- Innovationskommunikation und emotionale Bedeutung
Fazit / Ausblick MoniKa (5 min)				
Übertragung auf die Regelversorgung	Welches Potential hat MamBo für die Regelversorgung – Was wäre bei der Übertragung der MoniKa besonders wichtig?	- Notwendige Veränderungen für die Übertragung	- Welche Erwartungen haben Sie an den weiteren Projektverlauf? - Wie könnte man die Aufgaben der MoniKa noch verbessern?	- Überzeugung von MamBo - Einschätzung über das Übertragungspotential
Schlusswort und Dank	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde?			- Möglichkeit zur Ergänzung
	Ich möchte mich recht herzlich bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche weiterhin viel Spaß bei der Arbeit in MamBo.			- Abschluss und Verabschiedung

MoniKa Fokusgruppe 2020¹³

Thema	Vorgehen	Notizen/ Intention
-------	----------	--------------------

¹³ ergänzender Themenkomplex: Erhebung des Netzwerkes und Erstellung einer Netzwerkkarte + Coronapandemie

Begrüßung und Rahmen (ca. 5min)	<p>Vielen Dank, dass Sie die Zeit gefunden haben an der Fokusgruppe teilzunehmen. Ich freue mich heute zum einen auch mit Ihnen das Netzwerk der Monikas festzuhalten und zum anderen über die Entwicklungen von MamBo zu sprechen.</p> <p>Die gesamte Runde wird ca. 75 min dauern. Ich werde die Diskussion wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Alle persönlichen Daten in den Interviews werden pseudonymisiert, allerdings können wir innerhalb des Forschungsteams keine Anonymität gewährleisten. Bei der Kommunikation nach außen werden alle persönlichen Daten anonymisiert. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p> <p>➔ <u>Tonband einschalten!</u></p>			<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg - Erklärung des Rahmens - Vorstellung der Moderation und Protokollant:in - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen, wurden die Punkte angesprochen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ ntention
Einstieg und Netzwerkkarte (ca. 25 min)				
Vorstellungsrunde ca. 5 min	<p>Sie kennen sich ja schon und Frau [Name] durfte ich auch schon kennenlernen. Aber ich würde mich trotzdem freuen, wenn wir vorab kurz darüber sprechen, wie lange Sie als Monitoring und Koordinationsassistent:in bei MamBo dabei sind und in welchem Bereich Sie vorher gearbeitet haben? Ich lade auch Sie ein, gerne noch einmal zu berichten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsbeginn MoniKa - Vorheriger Arbeitsbereich ambulant, stationär, KH, Sozialdienst 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist es dazu gekommen, dass Sie nun als Monitoring und Koordinationsassistent:in arbeiten? - Was hat Sie an der Stelle als Monitoring und Koordinationsassistent:in angesprochen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kennenlernen - Welche Vorerfahrungen mit Patient:innen (für den späteren Vergleich der Arbeit; was ist an der Arbeit als MoniKa anders?)

<p>Ego-zentrierte Netzwerkkarte erstellen – „Namensgenerator“ Ca. 20 Minuten</p>	<p>Ich würde Sie bitten an eine typische Woche als MoniKa zu denken und zunächst vor Corona und mal alle Akteure zu benennen, mit denen Sie so in Verbindung stehen. Sie können diese dann auf den Post-ist notieren.</p> <p>...</p> <p>Auf dem Plakat das ich mitgebracht habe sehen sie Kreise. Hier können Sie gleich die Akteure anordnen, die für Sie sehr wichtig, wichtig und weniger wichtig sind, wenn es um Ihre Arbeit in MamBo geht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen - Angehörige/ Pflegende Angehörige - Ambulante Pflegedienste - Tagespflegen - Stationäre Pflegeeinrichtungen - Ärzt:innen/ Praxen / MFA - Therapeut:innen - Beantragung Pflegegrad (MDK?) - Sozialdienst/ KH - Gesprächskreise für pflegende Angehörige / Selbsthilfegruppen/ Demenzcafe - Lokale Vereine/ Wandergruppen - Haushaltsnahe Dienstleistende - Pflegekasse/ Sachbearbeiter Pronova - Sanitätshäuser - Sozial psychiatrische Zentren (SPZ) - DP, PK, VM / Team RGL - Pronova BKK - Kollege Netzakte 	<ul style="list-style-type: none"> - Mit wem stehen Sie sonst noch im Kontakt, auch wenn es mal nicht so typisch ist? - Dann würde ich sie nun bitten, die Verbindungen von Ihnen ausgehend einzuzeichnen und zwar vllt. Die mit denen Sie sehr häufig im Kontakt stehen mit einer durchgezogenen Linie und die mit denen sie weniger häufig im Kontakt stehen mit einer gestrichelten Linie. Gleiches können Sie auch gerne zwischen den Akteur:innen machen. - Und wenn Sie an die letzten Wochen während der Corona-Pandemie denken, sind da noch andere Akteur:innen relevant geworden oder bestimmte Akteur:innen wichtiger/ in den Hintergrund geraten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Flippchart mit großem Blatt der Netzwerkkarte - Kleine gelben Post-its - Anfertigung der Netzwerkkarte - (Hinweis: anders farbige Postits und anders Farbige Linien für Corona)
---	--	--	--	--

		- Journalist/Öffentlichkeitsarbeit		
Hauptteil: Prozessentwicklung und Ergebnisqualität (40 Minuten)				
Implementierungsstand und Entwicklungen (20 Minuten)				
Implementierungsstatus	<p>Lassen wir Corona für die nächsten Fragen erst mal außen vor- wir kommen gerne an späterer Stelle noch einmal darauf zurück.</p> <p>Was sich im Laufe des letzten Jahres in MamBo so getan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inanspruchnahme - Kooperation Arztpraxen 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Rolle spielt MamBo in der Versorgungslandschaft der Region Leverkusen? - An welchem Punkt stehen wir? - Werden noch häufig Prozesse angepasst? 	<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg - Innovationskommunikation und Implementierungsstatus - Ggf doch Corona vorziehen?! Je nach Situation!
Konkrete Entwicklungen im Projekt	<p>Welche personellen und strukturellen Veränderungen haben sich im Laufe des letzten Jahres ergeben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personalwechsel - Wie werden die Aufträge aufgeteilt - Kommunikation/ Wege des Austauschs 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie organisieren Sie die Aufgaben unter sich? - Wie teilen Sie sich auf Aufträge auf? - Wer hat welche Aufgaben? 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisatorische Arbeitsteilung ist relevant für die Übertragung
	<p>Wie sehen Ihre Aufgaben heute im Vergleich zum letzten Jahr aus?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgaben heute - Sozialmanagement Aufgaben - Medizinische Aufgaben - Administrative Aufgaben - Schwerpunkt der Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Was ist der Schwerpunkt Ihrer Arbeit? - Welche medizinisch Aufgaben werden übernommen? - Haben Sie Erfahrung in der Betreuung von Herzinsuffizienz Patient:innen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgabenentwicklung und Festigung der Aufgaben

			<ul style="list-style-type: none"> - Wie und mit welchen Ärzten wird in Bezug auf das HI-Monitoring zusammengearbeitet? - Wurden neue Maßnahmen entwickelt? - Bei den Ärzt:innen wird das Sozialmanagement als Ihre primäre Aufgabe wahrgenommen, wie stehen Sie dazu? 	
	Wie hat sich das MoniKa-light Konzept entwickelt?	- Aktueller Stand	<ul style="list-style-type: none"> - Wer ist dafür zuständig? - Wie kommt es bei den Patient:innen und Ärzt:innen an? 	- Aktueller Stand MoniKa-light
	Wie hat sich die Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Ärzt:innen entwickelt?	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination Arzt - Weg der Kommunikation - Kooperation / Terminvereinbarung Pat. - Dateneingabe/ Netzakte! - Was wird gemacht 	<ul style="list-style-type: none"> - Im letzten Jahr gab es hier ab und an noch Unstimmigkeiten über Ihre Aufgaben? Wie läuft der Abstimmungsprozess mittlerweile mit den Ärzt:innen? - Treffen Sie heute noch auf Widerstand bei Empfehlungen? - Wie läuft es mit der neuen Netzakte? Wird diese zur Kommunikation genutzt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit heute - Komplexität und Konfliktpotentiale

Gute und Konfliktreiche Zusammenarbeit	Wenn wir jetzt nochmal Ihre Arbeit in MamBo im gesamten betrachten, wie hat sich die Zusammenarbeit mit den anderen Akteur:innen entwickelt? Wir können uns dafür auch die Karte zu Hilfe nehmen.		<ul style="list-style-type: none"> - Mit Blick auf die Karte, wo läuft die Zusammenarbeit besonders gut? - Wo treten häufiger Schwierigkeiten oder Konflikte auf? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hinzugekommene Akteur:innen ergänzen - Blick auf die Karte - Komplexität und Konfliktpotential zu den einzelnen Akteur:innen - Ggf. grün orange und rote Farbe zum Umkreisen?
Reflexion/ Ergebnisqualität (ca. 15 min)				
Herausforderungen und Erfolge	Rückblickend, was sind die größten Herausforderungen im Rahmen der Arbeit als MoniKa?	<ul style="list-style-type: none"> - Situationen die den Patient:innen unangenehm sind - Grenzen der Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Strategien haben Sie zur Begegnung dieser entwickelt? - Kommen solche Situationen öfter vor? - Welchen Tipp würden Sie anderen Personen in Ihrer Position geben? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemmende Faktoren - Strukturkomplexität - Anforderungen an die Rolle als MoniKa - Hinweis über emotionale Belastung
	Was sind aus Ihrer Perspektive die größten MamBo-Erfolge?	<ul style="list-style-type: none"> - Positive Beispiele 	<ul style="list-style-type: none"> - Welchen Einfluss haben solche Erfahrungen auf Ihre Arbeit? - Worauf sind diese zurück zu führen - Welche Rückmeldungen erhalten Sie von den Patient:innen? - Nehmen Sie eine Arbeitserleichterung für den Ärzt:innen oder das Praxisteam wahr? 	<ul style="list-style-type: none"> - Prägende Ereignisse die stärkend / förderliche für die Arbeit als MoniKa sein können. - Ergebnisqualität

			Welche Erfahrungen sie da gemacht haben.	
Emotionale Betroffenheit	Welchen Einfluss hat die Arbeit als MoniKa auf Sie persönlich genommen?		<ul style="list-style-type: none"> - Was war Ihr persönliches MamBo Highlight? - Würden Sie die Stelle als MoniKa weiterempfehlen? 	- Innovationskommunikation und emotionale Bedeutung
Corona-Pandemie	Welche Auswirkungen hatte bzw. hat Corona auf Ihre Arbeit?	<ul style="list-style-type: none"> - Auswirkungen auf Patient:innen - Auswirkungen auf die Arbeit mit Pat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Rolle spielt Ihrer Arbeit in dieser außergewöhnlichen Zeit für die Versorgung? - Glauben Sie, die Pandemie wirkt sich nachhaltig auf die Rolle der MoniKa aus? Wie geht es weiter? 	- Funktion der MoniKa unter Corona-Bedingungen, Grenzen und Potentiale ihres Einsatzes
Ausblick MoniKa und Schluss (ca. 10 Minuten)				
Übertragung auf die Regelversorgung	Mit Blick in die Zukunft...Wie sollte es Ihrer Meinung nach mit MamBo weiter?	<ul style="list-style-type: none"> - Fazit für Übertragung - Herausforderungen für die Übertragung - Wünsche und Erwartungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Erwartungen haben Sie an eine Übertragung in die Regelversorgung? - Welche Herausforderungen kommen nun auf MamBo zu? 	- Überzeugung von MamBo Einschätzung über das Übertragungspotential

Netzwerkarte Abschluss	Werfen wir zum Schluss jetzt nochmal einen Blick auf die Karte. Bildet die Netzwerkarte aus Ihrer Perspektive jetzt alle relevanten Beteiligten ab?		Ich habe in der Zwischenzeit noch folgende Akteur:innen mitgeschrieben, die Sie nannten / beim letzten Mal nannten. Wo würden Sie diese einordnen?	<ul style="list-style-type: none"> - Netzwerkarte gemeinsam ansehen - Ggf. noch Rollen erklären lassen und notieren! - Ggf. Verbindungen erklären lassen - Foto von Netzwerkarte machen
Schlusswort und Dank	Gibt es noch irgendwas worüber wir noch nicht gesprochen haben, was Sie noch „loswerden“ möchten?			<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Ergänzung - Abschluss und Verabschiedung
	Ich möchte mich recht herzlich bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche weiterhin viel Spaß bei der Arbeit in MamBo.			

Projektkoordination (2019)

Thema	Vorgehen			Notizen/ Intention
Begrüßung Ca. 5min	<p>Vielen Dank, dass Sie die Zeit für dieses Interview gefunden haben.</p> <p>Wir haben auch Sie noch für ein Einzelinterview mit uns eingeladen, damit wir die Perspektive aller im Case Management tätigen Personen darstellen und auch ihre Rolle im Projekt besser verstehen können. Außerdem soll es darum gehen ob MamBo die ambulante Versorgung multimorbider Patient:innen verbessern kann.</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg - Vorstellung MamBo
Rahmen Ca. 5min	<p>Meinerseits können wir uns so viel Zeit für das Gespräch nehmen, wie wir brauchen. Erfahrungsgemäß dauert es so zwischen 45min und 60min. Ich werde das Interview wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Alle persönlichen Daten in den Interviews werden pseudonymisiert, allerdings können wir innerhalb des Forschungsteams keine Anonymität gewährleisten. Bei der Kommunikation nach außen werden alle persönlichen Daten anonymisiert. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen, wurden die Punkte angesprochen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Warm-Up (je nach Redebedarf) 5-10 min	<p>Wir sind heute zusammengekommen um über MamBo und Ihre Aufgaben als Projektkoordinator:in zu sprechen. Wir werden auf die einzelnen Punkte auch nochmal näher eingehen, aber erzählen Sie doch mal, wie sieht</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsaufgaben - Arbeitsorganisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Seit wann sind Sie im RGL tätig, seit wann in MamBo? - Mit welchen Aufgaben sind Sie betraut? - Haben Sie neben MamBo noch andere Aufgaben im RGL? 	<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg in das Thema - Offen in die Aufgaben der Projektkoordinator:in

	Ihr Alltag als Koordinatorin in MamBo aus?		- Wie viel Zeit bringen Sie in etwa nur für die MamBo-bezogenen Aufgaben auf?	
Innovation-Decision-Process (5 min)	Wie ist es dazu gekommen, dass Sie die Aufgabe der Projektkoordinator:in für MamBo übernehmen?	- Erwartung / Motivation	- Was waren ihre persönlichen Motive/Gründe? - Wie waren die Übergänge ihrer vorherigen Tätigkeit im RLG zu MamBo?	- individuelle „innovation-decision-process“ erfragen: Wissen, Überzeugung/Werte, Entscheidung - Projekteinstellung
Implementierung intern (5 min)	Wenn Sie an Ihre Anfänge bei MamBo zurück denken, was hat Sie beim Aufbau der internen MamBo Strukturen im RGL unterstützt?	- Unternehmensberatung - Aufbau der Strukturen - Schwierigkeiten	- Wie wurde das MamBo-Team im RGL etabliert? - Was hat die Unternehmensberatung im RGL gemacht? - Was für Schwierigkeiten gab es? - Sind sie in Berührung mit den KVP gekommen? (Expertenpanels, Workshops)	- Informationen über das Changemanagement
Aufgabenverständnis, Strukturkomplexität und Prozessentwicklung (20 min)				
Struktureller Arbeitsrahmen	Als Koordinator:in sind Sie ja Teil des Versorgungsmanagement, wie gestaltet sich die Zusammenarbeit im Team des RGLs.	- Kommunikation/Wege des Austauschs - Strukturen und Aufgaben im Versorgungsmanagement	- Wann und wie oft findet ein Austausch statt? - Wer hat welche Aufgaben? - Wie haben sich die Strukturen entwickelt?	- Organisatorische Arbeitsteilung ist relevant für die Übertragung - Wie viel kann eine Person leisten? (Hinweis über Arbeitsbelastung)

Koordinationsprozess der Hausbesuche	Können Sie mir einen typischen Ablauf der Koordination von Hausbesuchen schildern? Von der Ärzt:innen-Anfrage bis zur Nachbereitung.	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination Arzt/Ärztin - Koordination Patient:in - Weg der Kommunikation - Terminvereinbarung Pat. - Dateneingabe/ Neztakte! - Projektdokumentation - Was wird gemacht 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie häufig kommt denn so eine Anfrage vor? - Wie sieht so eine Anfrage aus? (Inhalte?) - Wie läuft die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen des Netzes? - Gibt es Patient:innengruppen für die mehr als eine einmalige Anfrage kommt? - Sind Sie auch für die Koordination der Hausbesuche für AOK Patient:innen zuständig? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweis auf die relevanten Kommunikationswege (Strukturkomplexität) - Wie hoch ist der Aufwand der Nachbereitung → Strukturkomplexität
	Sie sind ja im direkten Kontakt mit den Patienten – wie sieht denn so ein Telefonat aus?	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalte der Telefonate/ Fragen der Patient:innen - Bewegendes Ereignis? - Angehörige? - Länge der Telefonate 		<ul style="list-style-type: none"> - Inhalte der Telefonate - Prägende Ereignisse die stärkend / förderliche für die Arbeit sein können. - Hinweis über emotionale Betroffenheit
Patientenkontakt und Emotionale Betroffenheit	Können Sie sich an ein bewegendes Ereignis mit einem Patient:in erinnern?		<ul style="list-style-type: none"> - Kommen solche Situationen öfter vor? - Welchen Einfluss haben solche Erfahrungen auf Ihre Arbeit? - Welche Rolle spielen die Angehörigen der Patient:innen bei Ihrer Arbeit? 	-

	Können Sie sich mir auch herausfordernde oder unangenehme Situationen im Rahmen Ihrer Arbeit schildern?	<ul style="list-style-type: none"> - Schwierige Patient:innen - Schwierige Ärzt*innen - Woran wird eine herausfordernde Situation festgemacht? - Grenzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie sind Sie mit der Situation umgegangen? (welche Argumente für einen Hausbesuch?) - Kommen solche Situationen öfter vor? - Können Sie hier bestimmte Merkmale bei den Patient:innen oder Ärzt:innen beobachten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweis über emotionale Belastung - Werden Situationen mit nach Hause genommen und gibt es hier eine bestimmten Patient:innentypen
Prozess-entwicklung	Wie hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert?	<ul style="list-style-type: none"> - Neue Arbeitsaufgaben - Arbeitsbelastung - Rollenschärfung 	<ul style="list-style-type: none"> - Sind im Laufe der Zeit Aufgaben hinzugekommen? - Warum ist es zu dieser Veränderung gekommen? - Sind Sie für zusätzliche MamBo-Telefonate im Rahmen des MoniKa-light Konzepts verantwortlich? - Welche Auswirkungen hat dies auf ihr Arbeitspensum? 	<ul style="list-style-type: none"> - Haben die KVPs Auswirkungen auf die Arbeit der Koordinatorin - Wie wird mit schnellen Veränderungen und zusätzlichen Aufgaben umgegangen (Überlastung?)
Zusammenarbeit mit den Akteur:innen	Wenn wir jetzt nochmal Ihre Arbeit in MamBo im gesamten betrachten, wie stehen Sie noch mit anderen Akteur:innen in Verbindung?	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktregelmäßigkeit - Sozialdienst, Pflegedienst, KK, Pflegeheimen, Krankenhaus und Entlass-Management 	<ul style="list-style-type: none"> - Sonstige Anlässe für Kontakt mit Ärzt:innen? - Stehen Sie im Kontakt mit der Pronova BKK? - Mit welchen Akteur:innen arbeiten Sie außerhalb der MamBo-Strukturen auch zusammen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Komplexität der Strukturen/ Netzwerk
Reflexion/ Ergebnisqualität (15 min)				

	Können Sie nochmal kurz zusammenfassen, wie Sie das Versorgungsmanagement, wie es hier in einem Ärztenetz eingebunden ist, finden?	<ul style="list-style-type: none"> - Überversorgung? - Nutzen für die Patienten - Nutzen für Arztpraxen 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Rückmeldungen erhalten Sie von den Patient:innen und Ihren Kolleginnen? - Nehmen Sie eine Arbeitserleichterung für den Arzt oder das Praxisteam wahr? Welche Erfahrungen sie da gemacht haben. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht? - Fazit und Ergebnisqualität
	Welchen Einfluss hat die Arbeit auf Sie persönlich genommen?			<ul style="list-style-type: none"> - Emotionale Bedeutung
Fazit / Ausblick MamBo (5 min)				
Übertragung auf die Regelversorgung	Was wäre bei der Übertragung des Case Managements in andere regionale Ärztenetze besonders relevant zu beachten?	<ul style="list-style-type: none"> - Notwendige Veränderungen für die Übertragung 	<ul style="list-style-type: none"> - Für die den Aufbau der Strukturen besonders wichtig? - Was glauben Sie, wird sich zukünftig noch an ihrer Rolle verändern? - Welche Erwartungen haben Sie an den weiteren Projektverlauf? 	<ul style="list-style-type: none"> - Überzeugung von MamBo - Einschätzung über das Übertragungspotential
Schlusswort und Dank	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde?			<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Ergänzung - Abschluss und Verabschiedung
	Ich möchte mich recht herzlich bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche weiterhin viel Spaß bei der Arbeit in MamBo.			

Außendienst (Dialogpartner:in; 2019)

Thema	Vorgehen	Notizen/ Intention
Begrüßung	Vielen Dank, dass Sie die Zeit für dieses Interview gefunden haben.	<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg - Vorstellung MamBo

Ca. 5min	Wir haben auch Sie noch für ein Einzelinterview mit uns eingeladen, damit wir die Perspektive aller im Case Management tätigen Personen darstellen und auch ihre Rolle im Projekt besser verstehen können. Außerdem soll es darum gehen, ob MamBo die ambulante Versorgung multimorbider Patienten verbessern kann.			
Rahmen Ca. 5min	Meinerseits können wir uns so viel Zeit für das Gespräch nehmen, wir brauchen. Erfahrungsgemäß dauert es so zwischen 45min und 60min. Ich werde das Interview wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Alle persönlichen Daten in den Interviews werden pseudonymisiert, allerdings können wir innerhalb des Forschungsteams keine Anonymität gewährleisten. Bei der Kommunikation nach außen werden alle persönlichen Daten anonymisiert. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf? Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?			<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen, wurden die Punkte angesprochen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Warm-Up (je nach Redebedarf) 5-10 min	Wir sind heute zusammengekommen um über MamBo und Ihre Aufgaben als Dialogpartner:in zu sprechen. Wir werden auf die einzelnen Punkte auch nochmal näher eingehen, aber erzählen Sie doch mal, wie sieht Ihr Alltag als Koordinatorin in MamBo aus?	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsaufgaben - Arbeitsorganisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Seit wann sind Sie im RGL tätig, seit wann in MamBo? - Mit welchen Aufgaben sind Sie betraut? - Haben Sie neben MamBo noch andere Aufgaben im RGL? - Wie viel Zeit bringen Sie in etwa nur für die MamBo-bezogenen Aufgaben auf? 	<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg in das Thema - Offen in die Aufgaben der Projektkoordinatorin

Innovation-Decision-Process (5 min)	Wie ist es dazu gekommen, dass Sie die Aufgabe der Dialogpartner:in für MamBo übernehmen?	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartung / Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie waren die Übergänge ihrer vorherigen Tätigkeit im RLG zu MamBo? 	<ul style="list-style-type: none"> - individuelle „innovation-decision-process“ erfragen: Wissen, Überzeugung/Werte, Entscheidung - Projekteinstellung
Implementierung intern (5 – 10 min)	Wenn Sie an Ihre Anfänge bei MamBo zurückdenken, was hat Sie beim Aufbau der internen MamBo Strukturen im RGL unterstützt?	<ul style="list-style-type: none"> - Unternehmensberatung - Aufbau der Strukturen - Schwierigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wurde das MamBo-Team im RGL etabliert? - Was hat die Unternehmensberatung im RGL gemacht? - Was für Schwierigkeiten gab es? - Sind Sie in Berührung mit den KVP gekommen? (Expertenpanels, Workshops) 	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen über das Changemanagement
Aufgabenverständnis, Strukturkomplexität und Prozessentwicklung (15 min)				
Prozess der Praxisbesuche	Können Sie mir den Ablauf der „Ärzt:innenakquise“ beschreiben, vielleicht anhand eines Beispiels?	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination Ärzt:innen - Weg der Kommunikation - Was wird gemacht 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie lief es denn zum Beispiel bei der letzten Ärzt:innenpraxis ab, die Sie für MamBo gewinnen konnten? - Wie kontaktieren Sie die Ärzt:innen? - Was muss organisiert werden? - Wie lange dauern die Telefonate, Besuche etc.? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweis auf die relevanten Kommunikationswege (Strukturkomplexität) - Wie hoch ist der Aufwand → Strukturkomplexität
	Mit welchen Argumenten können Sie Ärzt:innen von der Teilnahme überzeugen?	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalte der Arztgespräche 	<ul style="list-style-type: none"> - Was ist ihr persönliches Erfolgserlebnis? - Warum machen Ärzt:innen nicht mit? - Wie wurde das Vorgehen (Ärzt:innenansprache, Akquise) entwickelt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalte der Gespräche - Prägende Ereignisse die stärkend / förderliche für die Arbeit sein können. - Prozessentwicklung

			- Gab es Veränderungen? Warum?	
	Können Sie sich an herausfordernde Situationen erinnern?	- Umgang mit „schwierigen Ärzt:innen“	- Kommen solche Situationen öfter vor? - Wie gehen Sie damit um? - „Schwierige“ Ärzt:innen? - Konkrete Strategien?	- hemmende faktoren
	Wenn ein „Netzwerk-Arzt“ zum „MamBo-Arzt“ geworden ist, wie läuft dann die weitere Zusammenarbeit zwischen Ihnen ab?	- weitere Aufgaben	- Wie oft findet Kontakt statt? - Welche Rolle spielen die MFAs im weiteren Verlauf?	
Zusammenarbeit mit den Akteuren	Wenn wir jetzt nochmal Ihre Arbeit in MamBo im gesamten betrachten, wie stehen Sie noch mit anderen Akteur:innen in Verbindung?	- Kontaktregelmäßigkeit - Pronova, Patient:innen	- Sonstige Anlässe für Kontakt mit Ärzt:innen? - Stehen Sie im Kontakt mit der Pronova BKK? -	- Komplexität der Strukturen/ Netzwerk
Reflexion/ Ausblick (10 min)				
Rolle der DP	Können Sie nochmal zusammenfassen, warum ist die Rolle der Dialogpartnerin für MamBo wichtig?	-	- Was bringt es dem Projekt? - Was bringt das den Ärzten? - Was glauben Sie, wird sich zukünftig noch an der Rolle DP verändern? (z.B. weniger Akquise mehr Betreuung?)	- Notwendigkeit der Rolle/ Bedeutung der Rolle DP - Fazit und Ergebnisqualität

Übertragung auf die Regel-versorgung	Was wäre bei der Übertragung des Case Managements in andere regionale Ärztenetze besonders relevant zu beachten?	- Notwendige Veränderungen für die Übertragung -	- Für den Aufbau der Strukturen besonders wichtig? - Welche Erwartungen haben Sie an den weiteren Projektverlauf?	- Überzeugung von MamBo - Einschätzung über das Übertragungspotential - Reflexion der eigenen Rolle für die Übertragung
Schlusswort und Dank	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde?			- Möglichkeit zur Ergänzung - Abschluss und Verabschiedung
	Ich möchte mich recht herzlich bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche weiterhin viel Spaß bei der Arbeit in MamBo.			

Versorgungsmanager:in (2019¹⁴)

Thema	Vorgehen			Notizen/ Intention
Begrüßung Ca. 5min	<p>Vielen Dank, dass sich Zeit für dieses Interview nehmen und uns bei der Evaluation unterstützen. Dies wird uns helfen MamBo noch besser zu verstehen.</p> <p>Das Interview soll ca. 60 Min. dauern. Ich werde das Interview wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Innerhalb des Forschungsteams können wir keine Anonymität gewährleisten. Bei der Kommunikation nach außen werden alle persönlichen Daten anonymisiert. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf? →Tonband einschalten!</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Einwilligung zur Tonaufnahme - Tonband einschalten
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention

¹⁴ Erstellung einer Netzwerkkarte im Rahmen einer Masterarbeit

Einstieg				
Ego-zentrierte Netzwerkkarte erstellen – „Namensgenerator“ (15 min)	<p>Ich habe ein großes Papier mitgebracht. Das werden wir gleich brauchen. Zuerst möchte ich Sie bitten von Ihnen ausgehend als Versorgungsmanager:in, alle Akteure zu benennen, mit denen Sie in Verbindung stehen wenn es um MamBo geht. Ich werde alle auf den Post-its notieren. Auf dem Blatt sehen sie die Kreise. Hier können Sie gleich die Akteure anordnen, die für Sie wichtig, weniger wichtig und nicht wichtig sind, wenn es um MamBo geht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - RGL, MoniKas, BKK, Bedarfsmanagement, Arztpraxen (HA/FA, MFAs; MamBo Teilnahme Ja/Nein), IMVR, 3Con, den Patienten, Vorgesetzte, DLR, ??? 	<ul style="list-style-type: none"> - In einer typischen Woche? - Mit wem stehen Sie regelmäßig in Kontakt? - Mit wem seltener? - Fallen Ihnen noch weitere Akteure ein? - Neben Ihnen als Versorgungsmanagerin, wer war / ist alles aus der Geschäftsstelle des RGL an MamBo beteiligt (gewesen)? 	<ul style="list-style-type: none"> - Generieren der Akteur:innen
Projektkonzeption / Innovation-Decision-Process (10 min)	<p>Ich würde nun erst nochmal auf die Anfänge von MamBo zurück kommen, wie ist es dazu gekommen, dass das RGL MamBo einführen wollte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Projektidee - Mehrwert MamBo 	<ul style="list-style-type: none"> - Wer war beteiligt, verantwortlich, „federführend“? - Wie kam es zu der Entscheidung? - Was ist das Innovative an MamBo? 	<ul style="list-style-type: none"> - Entscheidungsprozess – welche Einflüsse? - Entwicklungsprozess des Projekt(plan) - Vorbereitungsprozess - Akteur:innen notieren
Projektstart	<p>Erinnern Sie sich bitte an die Anfangszeit im Jahr 2017 zurück...</p> <p>Wie lief der Projektstart?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Projektstart: was lief gut, was nicht? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie lief die erste Woche/ der erste Monat? - Wie sind Sie/das RGL konkret vorgegangen um mit MamBo zu starten? - Wie war die Stimmung? 	<ul style="list-style-type: none"> - Einblicke in die internen Beweggründe und Abläufe des RGL
Hauptteil: Aufgabenverständnis, Strukturkomplexität und Prozessentwicklung (20 min)				

Position Versorgungsmanagerin / Versorgungsmanagement	<p>Kommen wir nun auf Ihre Position als Versorgungsmanagerin zu sprechen:</p> <p>Was genau sind Ihre Aufgaben als Versorgungsmanagerin?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgaben - (gefühlte) externe Erwartungen an die Rolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie ein Beispiel für einen typischen Tag im Versorgungsmanagement? 	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung des eigenen Rollen- und Aufgabenverständnis - Namen und Akteur:innen notieren
	<p>Wenn ich es richtig verstanden habe, setzt sich der Bereich des Versorgungsmanagements aus Ihnen und den derzeit drei Monikas zusammen. Richtig?</p> <p>Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und den Monikas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationswege - relevante weitere Akteur:innen und Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> - Wann und wie und wie oft findet ein Austausch/ Kontakt statt? - Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit ein? - Wer hat welche Aufgaben? - Zusätzliche Funktionen, Rollen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Subsystem Versorgungsmanagement verstehen - Akteur:innen notieren
	<p>Sie waren ja zu Beginn stark in die Ärzt:innenakquise involviert.</p> <p>Können Sie sich an die ersten Akquise Gespräche mit den Ärzten erinnern, wie liefen die?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ablauf - Herausforderungen - Prozessentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Was lief gut was nicht? - Fühlten Sie sich darauf vorbereitet? - Was hat sich im Laufe der Zeit verändert? - Was sind Gründe, warum Ärzt:innen (nicht) teilnehmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Rückschlüsse auf Change-Management möglich. - Selbstreflexion, Lernprozess? - Förderliche und hemmende Faktoren (Teilnahme)
Change-Management	<p>Ein weiteres Element von MamBo ist es, dass eine Unternehmensberatung mit dem Change Management zur Implementierung von MamBo beauftragt wurde.</p> <p>Wie kam es dazu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idee - Gründe der UB 	<ul style="list-style-type: none"> - Warum dieses Unternehmen? - Wie lief der Auswahlprozess, wenn es einen gab? - Wie lautete der konkrete Auftrag an die UB? - Position von der UB in Netzwerkkarte? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gründe für und Erwartungen an ein externes Change-Management - Eignung der Unternehmensberatung aus VM Perspektive

	Was genau hat die Unternehmensberatung gemacht?	<p>Projektbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projektvorbereitung im RGL - Projektstart - Reflexion von Erfahrungen/ ersten Ergebnissen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie hat die UB mit Ihnen zusammengearbeitet? - Was wäre womöglich ohne Unternehmensberatung anders verlaufen? - Gab es auch Schwierigkeiten? - Soweit ich weiß, war ursprünglich geplant, dass die Unternehmensberater auch bei allen teilnehmenden Ärzten „vorbeischauen“ sollten. Wie ist das gelaufen? - Was würden Sie jetzt anders machen? 	Nützlichkeit des Change-Managements
	Wie hat sich der Rückzug der Unternehmensberatung gestaltet? Bzw. wie soll dieser aussehen?	<ul style="list-style-type: none"> - aktueller Stand - Bedeutung für die eigenen Rolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Gibt es aus Ihrer Sicht als Versorgungsmanagerin noch andere Einsatzbereiche für eine Unternehmensberatung? 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexion des Rückzuges der UB aus MamBo - Weitere Bereiche zur Beratung aus VM Perspektive identifizieren
KVP-Workshops	Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit den KVP- Workshops gemacht?	<ul style="list-style-type: none"> - Ziele und Zielgruppen der Workshops - Annahme 	<ul style="list-style-type: none"> - Was genau ist die „Weiterbildung MamBo-Managerin“? - Wie kann ich mir den Ablauf solcher Workshops vorstellen? - Wie viele Teilnehmer nehmen an den Workshops teil? - Wie und wozu liefen die Expertenpanels ab? 	<ul style="list-style-type: none"> - Einfluss auf Netzwerkkarte? Gibt es durch die Workshops neue Verbindungen, Akteur:innen

			<ul style="list-style-type: none"> - Wie werden die Workshops weiterentwickelt? - Sehen Sie Veränderungen in den Praxisabläufen, bei den Patienten? 	
Zusammenarbeit der MamBo-Akteure	<p>Ein weiterer Baustein ist das Bedarfsmanagement von MamBo.</p> <p>Wann und wie tauscht sich das Bedarfs- und Versorgungsmanagement aus?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationswege - Themen und Gründe des Austauschs 	<ul style="list-style-type: none"> - Was sind Themen und Gründe? - Wie wünschen Sie sich die Zusammenarbeit? 	<ul style="list-style-type: none"> - Herausforderungen und hemmende Faktoren - Lessons learned - Strukturkomplexität
	<p>Netzwerkkarte auf andere relevante Verbindungen überprüfen:</p> <p>Können Sie mir noch erläutern inwiefern andere Beziehungen für das Versorgungsmanagement relevant sind?</p>	<p>Kommunikationsstrukturen aller Akteur:innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RGL – Ärzt:innen, MFAs - RGL – BKK - Eindruck Kommunikation BKK – (teilnehmende) Ärzt:innen - Eindruck Kommunikation Ärzt:innen – MoniKas - Patienten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Ist MamBo ein Gesprächsthema der Ärzte? - Wissen Sie inwiefern die Pronova mit den Ärzt:innen in Kontakt ist? 	<ul style="list-style-type: none"> - Beziehungen in der Netzwerkkarte - Netzwerkkarte vervollständigen
Netzakte	<p>Ich bin soweit informiert, dass es bald eine neue Netzakte geben wird. Ich wüsste gerne mehr darüber, wie Sie die Relevanz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Probleme und Bedeutung einer Netzakte 	<ul style="list-style-type: none"> - Was sind Erwartungen an die (neue) Netzakte? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nur MamBo-bezogen: nicht die allgemeinen Probleme mit der Netzakte vertiefen!

	einer funktionierenden Netzakte für MamBo einschätzen?		- Welche Erfahrungen mit der alten Netzakte sind hilfreich für die Entwicklung der neuen?	
Ausblick und Reflexion (ca. 5 Minuten)				
Implementierungsstand	Bitte beschreiben Sie mir die aktuelle Phase, in welcher sich das MamBo Projekt gerade (aus Ihrer Sicht) befindet?	- Ist-Zustand	- Welche Ziele wurden erreicht? - Was sind Ihre Erwartungen an den weiteren Verlauf von MamBo -	- Zukunftsaussichten
Regelversorgung	Was wäre bei der Übertragung der MamBo Strukturen in andere regionale Ärztenetze besonders relevant zu beachten?	- Bedeutung der Rollen - förderliche Faktoren	- Welche Strukturen müssten aus Ihrer Sicht sichergestellt werden, damit MamBo auch in der Regelversorgung funktionieren kann? - Wie könnte das konkret gemacht werden? - Welche Akteure und Ressourcen würden benötigt?	- Reflexion: Projektübertragung in die Regelversorgung
Schluss und Dank (ca. 5 Minuten)				
Abschied	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde? Bildet die Netzwerkkarte aus Ihrer Perspektive jetzt alle relevanten Beteiligten und Beziehungen untereinander ab?			- Möglichkeit zur Ergänzung
	Ich möchte mich recht herzlich bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche weiterhin viel Spaß bei der Arbeit in MamBo.			- Abschluss und Verabschiedung

Versorgungsmanager:in (2020)

Thema	Vorgehen	Notizen/ Intention
-------	----------	--------------------

Begrüßung Ca. 5min	<p>Vielen Dank, dass Sie erneut die Zeit für dieses Interview gefunden haben. Dies wird uns helfen ein rundes Bild für den Evaluationsbericht zu erkennen und den Implementierungsstand einschätzen zu können.</p> <p>Meinerseits können wir uns so viel Zeit für das Gespräch nehmen, wie wir brauchen. Dieses Mal wird es nicht aber nicht so lange sein also so 30 – 40 min. Ich werde das Interview wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Alle persönlichen Daten in den Interviews werden pseudonymisiert, allerdings können wir innerhalb des Forschungsteams keine Anonymität gewährleisten. Bei der Kommunikation nach außen werden alle persönlichen Daten anonymisiert. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p> <p>→Tonband einschalten!</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Rückblick und Einstieg (ca. 5 Min.)				
Stand letztes Jahr	<p>Sie haben letztes Jahr bereits mit meiner Kollegin über MamBo gesprochen. Dabei ging es vor allem auch um die Planungsphase, Startschwierigkeiten, das Change-Management sowie die Aufgabenverteilung. Ich würde noch einmal kurz zusammenfassen. Auf der einen Seite wissen wir, dass der Anfang etwas holprig war, zwischendurch der Einschreibedruck die gewünschten Zahlen zu erreichen, das ständige hin und her mit dem DLR und dann der Verlängerungsantrag. Auf der anderen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rollenveränderung - Beziehungen zu einander 		<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg in das Gespräch - Auf den aktuellen Stand bringen

	<p>Seite haben Sie uns die Entwicklungen im Aufbau der Struktur und der Aufgaben des Versorgungsmanagement erklärt-nämlich, dass hier ein Team aus den Monikas und Koordinatorinnen den Laden schmeißen. Wenn Sie jetzt nochmal an das letzte Gespräch denken, was hat sich seitdem getan?</p>			
Hauptteil: Implementierungsstand und Entwicklungen (ca. 20 Minuten)				
Implementierungsstand	<p>Welche Bedeutung hat MamBo für die Region und das Gesundheitsnetz?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Position gegenüber MamBo - Bedeutung von MamBo im RGL 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Ziele wurden erreicht? Welche konkret nicht? - Auf welchem Stand ist die Netzakte? - An welchem Punkt stehen wir? Werden noch häufig Prozesse angepasst? 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementierungsstand - Stand der regionalen Verankerung
Entwicklungen im Projekt	<p>Zu was hat sich MamBo entwickelt, wie würden Sie die Versorgungsform MamBo heute beschreiben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention MamBo - Verständnis über die Innovation - Gefestigte Strukturen 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie steht das noch im Einklang mit den ursprünglichen Gedanken? 	<ul style="list-style-type: none"> - Innovation MamBo heute
	<p>Wie hat sich das Versorgungsmanagement im Laufe des letzten Jahres entwickelt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Position Veränderung - Aufgaben Veränderung 	<ul style="list-style-type: none"> - Haben sich Ihre Aufgaben verändert? - Wie läuft es mit dem MoniKa light Baustein? - Wie sieht es bei den anderen Akteur:innen des VM aus? 	<ul style="list-style-type: none"> - Rolle des VM heute

	Wie sieht Zusammenarbeit zwischen dem Bedarfs- und Versorgungsmanagement heute aus?	<ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit des Austauschs - Form des Austausches 	<ul style="list-style-type: none"> - In welchen Situationen trifft das VM auf das BM? - Wie hat sich die Kommunikation verändert? 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Rolle hat das VM und BM als „Team“ heute noch
	An die Zusammenarbeit mit dem BM anknüpfend - welche Rolle spielte der KVP im letzten Jahr?	<ul style="list-style-type: none"> - KVP als weiterer Bestandteil im Projekt? - Schwierigkeiten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wurde der Projektbaustein weiterverfolgt und wenn ja wie? - Wurden weitere Bedarfe im Rahmen des KVPs identifiziert und Maßnahmen entwickelt? - Wie haben sich die bisherigen Konzepte entwickelt? - Den Ärzt:innen war zum Teil das HI-Monitoring nicht bekannt oder der Bedarf wurde nicht gesehen. Wie denken Sie darüber? - Werden weiterhin Workshops für MFAs oder Praxen angeboten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Projektbausteine werden weiter bedient? - Implementierungsstand der KVP
Herausforderungen und Erfolge	Rückblickend, was sind die größten MamBo-Herausforderungen- die DLR Verwaltung ausgenommen?	<ul style="list-style-type: none"> - Schwierigkeiten in MamBo - Herausfordernde/ Komplexe Strukturen 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Erkenntnisse nehmen Sie sich für den Aufbau eines neuen Projekts mit? 	<ul style="list-style-type: none"> - Herausforderungen und hemmende Faktoren - Lessons learned - Strukturkomplexität

			- Welchen Tipp würden Sie anderen Personen in Ihrer Position geben?	
	Was sind aus Ihrer Perspektive die größten MamBo-Erfolge?	- Positive Beispiele	- Worauf sind diese zurückzuführen?	- Förderliche Faktoren - Ergebnisqualität
Corona-Pandemie	Wie hat sich die aktuelle Covid-19-Pandemie bzw. wie wirkt sich diese auf MamBo und das Versorgungsmanagement aus?	- Bedeutung für das VM - Bedeutung für das RGL	- Was hat COVID-19 für eine Bedeutung für das RGL? - War es in der Pandemie von Vorteil, in einem Ärztenetz organisiert zu sein?	
Ausblick (ca. 5 Minuten)				
	Mit Blick in die Zukunft...Wie geht es mit MamBo weiter?	- Regelversorgung - Übergangsfinanzierung - Probleme nach Projektende	- Welche Herausforderungen kommen nun auf MamBo zu? - Wie könnte eine Übertragung in die Regelversorgung aussehen? - Wie könnte eine Finanzierung für MamBo in der Regelversorgung realisiert werden?	

Schluss und Dank (ca. 5 Minuten)				
Netzwerkkarte	Ich habe die beim letzten Mal entstandene Netzwerkkarte mitgebracht. Lassen Sie uns zum Abschluss nochmal einen Blick auf die Netzwerkkarte werfen. Hat sich an dem Bild seit letztem Jahre nun etwas verändert?	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderungen in der Netzwerkstruktur - Verdichtungen 	- Versuchen Sie mal ihre Rolle als Projektleitung im VM auszublenden, welche Akteur:innen die hier auftauchen spielen bei der Übertragung eine Rolle für das VM?	- Abschließender Vergleich von heute und letztem Jahr
				- Möglichkeit zur Ergänzung
Abschied	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde?			- Abschluss und Verabschiedung
	Ich möchte mich recht herzlich bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche weiterhin viel Spaß bei der Arbeit in MamBo.			

Leitfäden Bedarfsmanagement

Bedarfsmanager:in (2019)¹⁵

Thema	Vorgehen	Notizen/ Intention
Begrüßung Ca. 5min	<p>Vielen Dank, dass sich Zeit für dieses Interview nehmen und uns bei der Evaluation unterstützen. Dies wird uns helfen MamBo noch besser zu verstehen.</p> <p>Das Interview soll ca. 60 Min. dauern. Ich werde das Interview wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Innerhalb des Forschungsteams können wir keine Anonymität gewährleisten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Einwilligung zur Tonaufnahme - Tonband einschalten

¹⁵ Erstellung einer Netzwerkkart im Rahmen einer Masterarbeit

	Bei der Kommunikation nach außen werden alle persönlichen Daten anonymisiert. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf? →Tonband einschalten!			
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Einstieg				
Ego-zentrierte Netzwerkkarte erstellen – „Namensgenerator“ (15 min)	Ich habe ein großes Papier mitgebracht. Das werden wir gleich brauchen. Zuerst möchte ich Sie bitten von Ihnen ausgehend als Versorgungsmanager:in, alle Akteur:innen zu benennen, mit denen Sie in Verbindung stehen wenn es um MamBo geht. Ich werde alle auf den Post-its notieren. Auf dem Blatt sehen sie die Kreise. Hier können Sie gleich die Akteur:innen anordnen, die für Sie wichtig, weniger wichtig und nicht wichtig sind, wenn es um MamBo geht.	- RGL, MoniKas, BKK, Bedarfsmanagement, Arztpraxen (HA/FA, MFAs; MamBo Teilnahme Ja/Nein), IMVR, 3Con, den Patienten, Vorgesetzte, DLR, ???	- In einer typischen Woche? - Mit wem stehen Sie regelmäßig in Kontakt? - Mit wem seltener? - Fallen Ihnen noch weitere Akteure ein? - Neben Ihnen als Bedarfsmanagerin, wer war / ist alles aus der KK an MamBo beteiligt (gewesen)?	- Generieren der Akteur:innen
Projektkonzeption / Innovation-Decision-Process (10 min)	Ich würde nun erst nochmal auf die Anfänge von MamBo zurückkommen, wie ist es dazu gekommen, dass die Pronova ihren Versicherten MamBo anbieten wollte??	- Projektidee - Mehrwert MamBo	- Wer war beteiligt, verantwortlich, „federführend“? - Wie kam es zu der Entscheidung? - Was ist das Innovative an MamBo?	- Entscheidungsprozess – welche Einflüsse? - Entwicklungsprozess des Projekts(plan) - Vorbereitungsprozess - Akteure notieren
Projektstart	Erinnern Sie sich bitte an die Anfangszeit im Jahr 2017 zurück... Wie lief der Projektstart?	- Projektstart: was lief gut, was nicht?	- Wie lief die erste Woche/ der erste Monat?	- Einblicke in die internen Beweggründe und Abläufe des RGL

			<ul style="list-style-type: none"> - Wie sind Sie bei der BKK konkret vorgegangen um mit MamBo zu starten? - Wie war die Stimmung? 	
Hauptteil: Aufgabenverständnis, Strukturkomplexität und Prozessentwicklung (20 min)				
Position Bedarfsmanager:in / Bedarfsmanagement	<p>Kommen wir nun auf Ihre Position als Bedarfsmanagerin zu sprechen:</p> <p>Was genau sind Ihre Aufgaben als Bedarfsmanager:in?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgaben - (gefühlte) externe Erwartungen an die Rolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie ein Beispiel für einen typischen Tag im Bedarfsmanagement? - Haben Sie Aufgaben außerhalb des Bedarfsmanagements für MamBo oder für die BKK? 	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung des eigenen Rollen- und Aufgabenverständnis - Namen und Akteur:innen notieren
	<p>Was kann ich mir unter einer Bedarfsanalyse vorstellen? Können Sie mir dazu etwas mehr erzählen?</p> <p>(Beispiel?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgehen Bedarfsanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> - Wer stellt eine Anfrage? - Welche Daten werden ausgewertet? Und von wem? - Gibt es schon Ergebnisse? Und was passiert damit? Welche Auswirkungen haben sie? 	<ul style="list-style-type: none"> - Prozessverständnis
Change-Management	<p>Ein weiteres Element von MamBo ist es, dass eine Unternehmensberatung mit dem Change-Management zur Implementierung von MamBo beauftragt wurde.</p> <p>Wie kam es dazu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idee - Gründe der UB 	<ul style="list-style-type: none"> - Warum dieses Unternehmen? - Wie lief der Auswahlprozess, wenn es einen gab? - Wie lautete der konkrete Auftrag an die UB? - Position von der UB in Netzwerkkarte? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gründe für und Erwartungen an ein externes Change-Management - Eignung der Unternehmensberatung aus KK Perspektive

	Was genau hat die Unternehmensberatung gemacht?	Projektbereiche: - Aufbau BM - KVP - Bedarfsanalyse	- Wie hat die UB mit Ihnen zusammengearbeitet? - Was wäre womöglich ohne Unternehmensberatung anders verlaufen? - Gab es auch Schwierigkeiten? - Soweit ich weiß, war ursprünglich geplant, dass die Unternehmensberater auch bei allen teilnehmenden Ärzt:innen „vorbeischauen“ sollten. Wie ist das gelaufen? - Was würden Sie jetzt anders machen?	Nützlichkeit des Change-Managements
	Wie hat sich der Rückzug der Unternehmensberatung gestaltet? Bzw. wie soll dieser aussehen?	- aktueller Stand - Bedeutung für die eigenen Rolle	- Gibt es aus Ihrer Sicht als Versorgungsmanagerin noch andere Einsatzbereiche für eine Unternehmensberatung?	- Reflexion des Rückzuges der UB aus MamBo - Weitere Bereiche zur Beratung aus VM Perspektive identifizieren
KVP-Workshops	In MamBo gibt es das Ziel einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung (KVP) zu etablieren. Inwiefern ist das Bedarfsmanagement /die BKK miteingebunden?	- Ziele und Zielgruppen der Workshops - Annahme	- Fand im Vorhinein eine Bedarfsanalyse statt? - Welche Themen wurden identifiziert? - Wie war der genaue Ablauf? - Was sind die bisherigen Erfahrungen?	- Einfluss auf Netzwerkkarte? Gibt es durch die Workshops neue Verbindungen, Akteure
	Zentrales Element von MamBo ist das Versorgungsmanagement.	- Kommunikationswege	- Was sind Themen und Gründe? - Wie wünschen Sie sich die Zusammenarbeit?	- Herausforderungen und hemmende Faktoren

Zusammenarbeit der MamBo-Akteure	Wann und wie tauscht sich das Bedarfs- und Versorgungsmanagement aus?	- Themen und Gründe des Austauschs		- Lessons learned - Strukturkomplexität
	Wie sehen Sie die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und den anderen Akteuren?	Kommunikationsstrukturen aller Akteure: - RGL - Ärzte, MFAs - RGL – BKK - Eindruck Kommunikation BKK – (teilnehmende) Ärzte - Eindruck Kommunikation Ärzte – MoniKas - Patienten?		- Beziehungen in der Netzwerkkarte - Netzwerkkarte vervollständigen
Ausblick und Reflexion (ca. 5 Minuten)				
Implementierungsstand	Bitte beschreiben Sie mir die aktuelle Phase, in welcher sich das MamBo Projekt gerade (aus Ihrer Sicht) befindet?	- Ist-Zustand	- Welche Ziele wurden erreicht? - Was sind Ihre Erwartungen an den weiteren Verlauf von MamBo -	- Zukunftsperspektive
Regelversorgung	Was wäre bei der Übertragung der MamBo Strukturen in andere regionale Ärztenetze besonders relevant zu beachten?	- Bedeutung der Rollen - förderliche Faktoren	- Welche Strukturen müssten aus Ihrer Sicht sichergestellt werden, damit MamBo auch in der Regelversorgung funktionieren kann?	- Reflexion: Projektübertragung in die Regelversorgung

			<ul style="list-style-type: none"> - Wie wäre eine Übertragung von MamBo in die aktuellen Strukturen aller Krankenkassen möglich? - Welche Akteure und Ressourcen würden benötigt? 	
Schluss und Dank (ca. 5 Minuten)				
Abschied	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde? Bildet die Netzwerkkarte aus Ihrer Perspektive jetzt alle relevanten Beteiligten und Beziehungen untereinander ab?		<ul style="list-style-type: none"> - Ggf. noch Rollen erklären lassen und notieren! - Ggf. noch Akteure nachfragen - Ggf. Verbindungen erklären lassen - Abschluss und Verabschiedung 	
	Ich möchte mich recht herzlich bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche weiterhin viel Spaß bei der Arbeit in MamBo.			

Bedarfsmanager:in (2020)

Thema	Vorgehen	Notizen/ Intention
Begrüßung Ca. 5min	<p>Vielen Dank, dass Sie erneut die Zeit für dieses Interview gefunden haben. Dies wird uns helfen ein rundes Bild für den Evaluationsbericht zu erkennen und den Implementierungsstand einschätzen zu können.</p> <p>Meinerseits können wir uns so viel Zeit für das Gespräch nehmen, wie wir brauchen. Dieses Mal wird es nicht aber nicht so lange sein also so 30 – 40 min. Ich werde das Interview wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Alle persönlichen Daten in den Interviews werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten

	<p>pseudonymisiert, allerdings können wir innerhalb des Forschungsteams keine Anonymität gewährleisten. Bei der Kommunikation nach außen werden alle persönlichen Daten anonymisiert. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?</p> <p><u>→Tonband einschalten!</u></p>			
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Rückblick und Einstieg (ca. 5 Min.)				
Stand letztes Jahr	<p>Sie haben letztes Jahr bereits mit meiner Kollegin über MamBo gesprochen. Dabei ging es vor allem um die Planungsphase und Startschwierigkeiten, sowie die Aufgabenverteilung. Ich würde noch einmal kurz zusammenfassen. Auf der einen Seite wissen wir, dass der Anfang etwas holprig war, zwischendurch der Einschreibedruck die gewünschten Zahlen zu erreichen, das ständige hin und her mit dem DLR und dann der Verlängerungsantrag. Auf der anderen Seite haben Sie uns die Struktur und die Aufgaben des Bedarfsmanagement erklärt - nämlich, dass es verschiedene Fachbereiche sind, die hier zusammenarbeiten. Wenn Sie jetzt nochmal an das letzte Gespräch denken, was hat sich seitdem getan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rollenveränderung - Beziehungen zueinander 		<ul style="list-style-type: none"> - Einstieg in das Gespräch - Auf den aktuellen Stand bringen

Hauptteil: Implementierungsstand und Entwicklungen (ca. 20 Minuten)

Implementierungsstand	Welche Bedeutung hat MamBo für die Region und die Pronova?	<ul style="list-style-type: none"> - Position gegenüber MamBo - Bedeutung von MamBo in der Pronova 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Ziele wurden erreicht? Welche konkret nicht? - An welchem Punkt stehen wir? Werden noch häufig Prozesse angepasst? 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementierungsstand - Stand der regionalen Verankerung
Entwicklungen im Projekt	Zu was hat sich MamBo entwickelt, wie würden Sie die Versorgungsform MamBo heute beschreiben?	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention MamBo - Verständnis über die Innovation - Gefestigte Strukturen 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie steht das noch im Einklang mit den ursprünglichen Gedanken? 	<ul style="list-style-type: none"> - Innovation MamBo heute
	Wie hat sich das Bedarfsmanagement entwickelt?	<ul style="list-style-type: none"> - Position Veränderung - Aufgaben Veränderung 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Aufgabe übernimmt die KK / wie hat sich die Aufgabe gefestigt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Rolle des BM heute
	Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen dem Bedarfs- und Versorgungsmanagement heute aus?	<ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit des Austauschs - Form des Austausches 	<ul style="list-style-type: none"> - In welchen Situationen trifft das BM auf das VM? - Wie hat sich die Kommunikation verändert? 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Rolle hat das VM und BM als „Team“ heute noch
	An die Zusammenarbeit mit dem VM anknüpfend - welche Rolle spielte der KVP im letzten Jahr?	<ul style="list-style-type: none"> - KVP als weiterer Bestandteil im Projekt? - Schwierigkeiten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wurde der Projektbaustein weiterverfolgt? - Wie wurde der Prozess weiterverfolgt? - Wurden weitere Bedarfe identifiziert und Workshops angeboten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Projektbausteine werden weiter bedient? - Implementierungsstand der KVP

			- Wie haben sich die bisherigen Konzepte entwickelt?	
Herausforderungen und Erfolge	Rückblickend, was sind die größten MamBo-Herausforderungen? - die DLR Verwaltung ausgenommen.	- Schwierigkeiten in MamBo - Herausfordernde/ Komplexe Strukturen	- Welche Erkenntnisse nehmen Sie sich für den Aufbau eines neuen Projekts mit? - Welchen Tipp würden Sie anderen Personen an Ihrer Position geben?	- Herausforderungen und hemmende Faktoren - Lessons learned - Strukturkomplexität
	Was sind aus Ihrer Perspektive die größten MamBo-Erfolge?	- Positive Beispiele	- Worauf sind diese zurückzuführen?	- Förderliche Faktoren - Ergebnisqualität
Corona-Pandemie	Wie wirkt sich die aktuelle Covid-19-Pandemie auf MamBo und das Bedarfsmanagement aus?	- Bedeutung für das BM - Bedeutung für die KK	- Was hat COVID-19 für eine Bedeutung für die PronovaBKK?	
Ausblick (ca. 5 Minuten)				
Zukunftsperspektive	Mit Blick in die Zukunft...Wie geht es mit MamBo weiter?	- Regelversorgung - Übergangsfinanzierung - Probleme nach Projektende	- Welche Herausforderungen kommen nun auf MamBo zu? - Welche Rolle würde das Bedarfsmanagement bei einer Übertragung einnehmen?	-

			- Ist eine Unterstützung bei der Patient:inneneinschreibung auch in der Regelversorgung vorgesehen?	
Übertragung in die Regelversorgung	Wie wäre eine Übertragung von MamBo in die aktuellen Strukturen aller Krankenkassen möglich?	- Finanzierung - Abrechnung - Vertrag	- Wie könnte eine Finanzierung für MamBo in der Regelversorgung realisiert werden?	-
Schluss und Dank (ca. 5 Minuten)				
Netzwerkkarte	Ich habe Ihnen ja die entstandene Netzwerkkarte zuvor noch einmal zugeschickt. Lassen Sie uns zum Abschluss nochmal einen Blick auf die Netzwerkkarte werfen. Hat sich an dem Bild seit letztem Jahre nun etwas verändert?	- Veränderungen in der Netzwerkstruktur - Verdichtungen	- Versuchen Sie mal ihre Rolle als Projektleitung auszublenden, welche Akteur:innen die hier auftauchen spielen bei der Übertragung eine Rolle für das BM?	- Abschließender Vergleich von heute und letztem Jahr
Abschied	Möchten Sie noch etwas loswerden bzw. ergänzen, dass noch nicht angesprochen wurde?			- Möglichkeit zur Ergänzung
	Ich würde die Netzwerkkarte entsprechend anpassen und Ihnen noch einmal zukommen lassen. Sie können auch dann gerne noch einmal Veränderungen vornehmen. Ich möchte mich recht herzlich bedanken, ich freue mich auf die weitere Kooperation und wünsche weiterhin viel Spaß bei der Arbeit in MamBo.			- Abschluss und Verabschiedung

Leitfaden Unternehmensberatung

Thema	Vorgehen			Notizen/ Intention
Begrüßung Ca. 5min	Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview nehmen und uns bei der Evaluation unterstützen. Dies wird uns helfen, den Prozess der MamBo-Implementierung besser zu verstehen. Das Interview soll ca. 60 Min. dauern. Ich werde das Interview wie angekündigt auf Tonband aufnehmen, damit wir Ihre Aussagen hinterher wissenschaftlich auswerten können und uns dabei nicht auf unser Gedächtnis verlassen müssen. Bei der Kommunikation nach außen werden alle persönlichen Daten anonymisiert. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf? →Tonband einschalten!			<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung des Rahmens - Einwilligung zur Tonbandaufnahme - Tonband einschalten
Thema	Leitfragen	Check- indirektes Nachfragen	Konkretes Nachfragen	Notizen/ Intention
Rückblick und Einstieg (ca. 15 Min.)				
Projektkonzeption / Innovation-Decision-Process	Wie ist es dazu gekommen, dass 3Con für das MamBo Projekt das Change-Management übernommen hat?	<ul style="list-style-type: none"> - Gründe 	<ul style="list-style-type: none"> - Was ist das innovative an MamBo? - Wie wurde die Entscheidung getroffen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Entscheidungsfindung - Überzeugung, warum Projekt sinnvoll - Erwartungen an das Projekt
Projektvorbereitung/ Rolle der UB	Welche Vorbereitungen wurden für den Projektstart getroffen?	<ul style="list-style-type: none"> - Interne Ziele - Erfahrungen als „Change Manager“? 	<ul style="list-style-type: none"> - Was waren die Ziele dahinter? - Wie sind Sie als Projektmitarbeiter:in/-leiter:in an das Projekt herangegangen? - Was waren Erwartungen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Strategieplanung - Erwartungen, Haltung und Einstellungen gegenüber dem Projekt

	Welche Rollen wurden bei 3Con für das MamBo Projekt verteilt?		<ul style="list-style-type: none"> - Welche Aufgaben hatten Sie im Team? - Wer hat von 3Con noch Aufgaben für MamBo übernommen? - Wie sah das interne PM bei 3Con für MamBo aus? 	- PM Intern
Hauptteil: Implementierungsprozess und Entwicklungen (ca. 20 Minuten)				
Projektstart	<p>Kommen wir nun zum Start von MamBo. Erinnern Sie sich bitte an die Anfangszeit im Jahr 2017 zurück...</p> <p>Wie lief der Projektstart aus Ihrer Perspektive?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mit welchen Stakeholdern im Kontakt? - Wie war die Kommunikation? - Widerstände? (Ebenen, Beteiligte) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie lief die erste Woche/der erste Monat? - Wie sind Sie konkret vorgegangen, um mit MamBo zu starten? - Wie war die Stimmung (intern/extern)? 	- Beschreibung Projektstart und Implementierung
Zusammenarbeit	Mit welchen Akteuren standen Sie in Verbindung, wenn es um MamBo ging?	<ul style="list-style-type: none"> - RGL, MoniKas, BKK, BM, VM, Arztpraxen (HA/FA, MFAs; MamBo Teilnahme Ja/Nein), IMVR, den Patienten, Vorgesetzte, DLR, 3Con, 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche waren für Ihre Arbeit besonders relevant? - Welche weniger relevant? 	- Netzwerk
	Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit den von Ihnen genannten Akteuren?	<ul style="list-style-type: none"> - Strategien in der praktischen Anwendung - Wirkungsfelder des CM 	<ul style="list-style-type: none"> - An welcher Stelle gab es Schwierigkeiten? - Was lief gut? - Wen und wo konnten Sie und ihr Team unterstützen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Förderliche und hemmende Faktoren während Implementierungsprozess - Aufgaben

			<ul style="list-style-type: none"> - Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit der MamBo-Akteure untereinander? - Was hätte anders/besser laufen können? 	
Rückzug	Wie haben Sie den beginnenden Rückzug erlebt?	<ul style="list-style-type: none"> - Wann warum Rückzug - Gestaltung des Übergangs 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wurde der Zeitpunkt festgelegt? - Was waren die Gründe dafür? - Wann sind Sie konkret/official aus dem Projekt ausgestiegen? 	
Reflexion und Ausblick (ca. 5 Minuten)				
Erwartungen	Während des gesamten Implementierungsprozess/CM-Prozess... was kam anders als erwartet?		<ul style="list-style-type: none"> - Positiv/negativ? - Wie damit umgegangen? 	- Umgang mit Unerwartetem
Zukunftsperspektiven	Wie geht es mit MamBo weiter, auch wenn keine Unternehmensberatung mehr „im Boot“ ist?	<ul style="list-style-type: none"> - Auswirkungen des CM – positiv? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wo sehen Sie Potential? - Wo sehen Sie Herausforderungen bei der Übertragung in die Regelversorgung? 	- Risiken und Potentiale

	Welche Besonderheiten sehen Sie für Veränderungsprozesse bei Innovationsprojekten im Gesundheitswesen?	<ul style="list-style-type: none"> - Systemfaktoren - Projektfaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Herausforderungen zeigten sich da im speziellen bei MamBo? - Im Vergleich zu ihren bisherigen Projekten? - 	
	Was macht für Sie ein erfolgreiches Change-Management aus?	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungen vs. Realisierung - Herausforderungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Konnte das in der Form in MamBo verwirklicht/ angewendet werden? - Warum ja/nein? - Wo sähen Sie noch Handlungsbedarf? 	
Schluss und Dank (ca. 5 Minuten)				
Abschied	Gibt es noch irgendwas worüber wir noch nicht gesprochen haben, was Sie noch „loswerden“ möchten?			<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Ergänzung - Abschluss und Verabschiedung
	Vielen Dank für dieses spannende und aufschlussreiche Gespräch und, dass Sie sich die Zeit genommen haben!			

Anlage 3: Fragebögen

Patient:innenbefragung

Fragebogen t0

Befragung von Patientinnen und Patienten



Regionales
Gesundheitsnetz
Leverkusen eG

pronovaBKK
Partner für Ihre Gesundheit

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

durchgeführt vom:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr

Direktor: Prof. Dr. H. Pfaff

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie nehmen am Versorgungsmodell „Mambo“ teil. Bei der Einschreibung haben Sie uns Ihr Einverständnis gegeben, dass wir Ihnen diesen Fragebogen zusenden dürfen. **Dafür möchten wir uns herzlich bei Ihnen bedanken!** Die Befragung ist Teil einer wissenschaftlichen Studie zur Beurteilung des Mambo-Versorgungsmodells.

Um die Gesundheitsversorgung in der Region Leverkusen zu untersuchen und das Mambo-Versorgungsmodell zu bewerten, sind wir auf die Einschätzungen aller Teilnehmenden angewiesen. Wir möchten verstehen, wie es Ihnen geht und welche Erwartungen Sie an das Mambo-Versorgungsmodell haben. **Nur durch Ihre Antworten und Einschätzungen können wir die Patientensicht auf die Versorgung in Erfahrung bringen!** Sie tragen bei zum Erfolg des Forschungsprojektes, mit dessen Erkenntnissen langfristig Verbesserungen in der Patientenversorgung ermöglicht werden sollen.

Die Befragung wird von uns, dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) an der Universität zu Köln durchgeführt. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist.

Was müssen Sie nun tun?

1. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um den Fragebogen vollständig auszufüllen. Beantworten Sie den Fragebogen bitte zeitnah.
2. Bitte stecken Sie den **ausgefüllten Fragebogen** in den beigefügten portofreien Rückumschlag und senden Sie ihn an uns zurück. Für Sie entstehen dabei keine Kosten!

Alle von Ihnen gemachten Angaben in diesem Fragebogen sind freiwillig, werden **vertraulich** behandelt und **anonym** ausgewertet. Daten wie Name und Anschrift verbleiben ausschließlich am IMVR und werden lediglich benötigt, damit wir Sie postalisch kontaktieren können. Ihr Name wird zu keiner Zeit öffentlich gemacht. Auch Ihre Ärzte und Ihre Krankenkasse **erfahren nicht**, dass Sie an der Befragung teilnehmen und was Sie in dem Fragebogen angeben werden.

Wir freuen uns sehr über Ihre Mitarbeit und danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Holger Pfaff



Hinweise zum Ausfüllen

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- ☛ Bitte beantworten Sie die Fragen oder Aussagen möglichst zügig, denn meist ist der erste Gedanke der beste!
- ☛ Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – es zählt nur Ihre persönliche Meinung! Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- ☛ Sollte eine Frage oder Aussage nicht vollständig auf Sie zutreffen oder Ihnen eine Antwort schwer fallen, so entscheiden Sie sich für die Antwortmöglichkeit, die am ehesten zutreffen könnte.
- ☛ Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig, auch wenn Sie den Eindruck haben, dass sich Fragen wiederholen. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- ☛ In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden, andernfalls weisen wir Sie darauf hin.
- ☛ Bei Fragen zu Ihrem Arzt, denken Sie bitte an den Arzt, der Sie in das Mambo-Versorgungsmodell eingeschrieben hat.
- ☛ Kontrollieren Sie am Ende bitte, ob Sie alle Fragen vollständig ausgefüllt haben.
- ☛ Das Ausfüllen dauert ca. 15-20 Minuten. Wir bitten Sie, sich diese Zeit zu nehmen.

Wie füllt man den Fragebogen aus?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Ihre Meinung ändern, malen Sie das Kästchen komplett aus und machen Sie ein neues Kreuz an der gewünschten Stelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Arzt“. Gemeint sind aber auch die weibliche Form „die Ärztin“ oder die Mehrzahl „die Ärzte“ und „die Ärztinnen“.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Vertrauen!

Zunächst soll es um Ihre Erwartungen an Mambo und Ihre Gründe für die Teilnahme gehen.

1. Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Ich erwarte mir von Mambo...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	weiß ich nicht
..., dass meine Gesundheit sich verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass ich weniger Zeit für die Behandlung meiner Erkrankung aufwenden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass ich mehr Informationen zu meinen Erkrankungen bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass die Einnahme meiner Medikamente sicherer wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass bedrohliche Gesundheitszustände schneller erkannt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass ich leichter einen Ansprechpartner für meine Gesundheit finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass die mich Behandelnden besser zusammenarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass mein Arzt im Gespräch mehr Zeit für mich hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass mein Arzt besser über meine Gesundheit informiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Warum nehmen Sie an Mambo teil?

Hier können Sie mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen!

- Empfehlung meines Arztes
- Empfehlung meiner Krankenkasse
- Wunsch nach zusätzlichem Ansprechpartner
- Unzufriedenheit mit bisheriger Versorgung
- Überforderung mit meinen Erkrankungen
- Angst vor zukünftigem Erkrankungsverlauf
- Wunsch nach Unterstützung im häuslichen Umfeld
- Erhöhter Informationsbedarf
- Andere Gründe
Und zwar: _____

Die folgenden Frageblöcke (3 und 4) beziehen sich auf die Praxis des Arztes, der Sie in das Mambo-Versorgungsmodell eingeschrieben hat.

3. Handelt es sich bei der Praxis Ihres Arztes um eine...:

Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
--	---	--

4. Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
In dieser Praxis gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache zwischen den Arbeitsbereichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis weiß die rechte Hand nicht, was die linke tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis funktioniert die Koordination zwischen den Mitarbeitern schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis gibt es zwischen dem Arzt und anderen MitarbeiterInnen Schwierigkeiten bei der Absprache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Frageblöcke (5 bis 7) beziehen sich auf den Arzt, der Sie in das Mambo-Versorgungsmodell eingeschrieben hat.

5. Alles in allem finde ich meinen Arzt...				
gar nicht sympathisch	wenig sympathisch	mittelmäßig sympathisch	sehr sympathisch	äußerst sympathisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Mein Arzt ist offen und ehrlich zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt hat mehr Arbeit, als er bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass mein Arzt fachlich sehr kompetent ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meinem Arzt ist man in guten Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Zu Ihrem Eindruck zu den Gesprächen mit Ihrem Arzt:					
Wie empfinden Sie die Dauer der Gespräche mit Ihrem Arzt in der Regel?					
viel zu kurz	zu kurz	genau richtig	zu lang	viel zu lang	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie viel von dem, was Sie sich vornehmen zu klären, können Sie in der Regel mit Ihrem Arzt besprechen?					
gar nichts	weniges	etwa die Hälfte	vieles	alles	Ich nehme mir nichts vor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sehr überfordern Sie Gespräche mit Ihrem Arzt?					
gar nicht	wenig	mittelmäßig	sehr	extrem	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

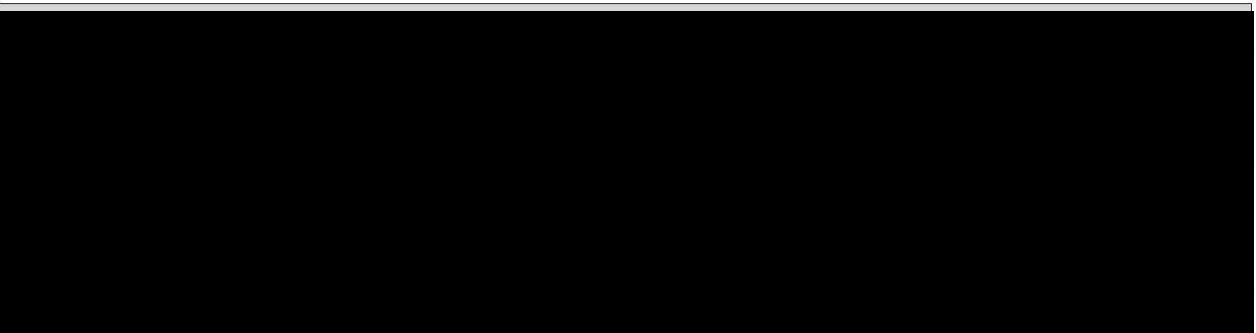
Im folgenden Frageblock (8) soll es um Ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten Ihrer Behandlung gehen.

8. Denken Sie an die letzten sechs Monate.

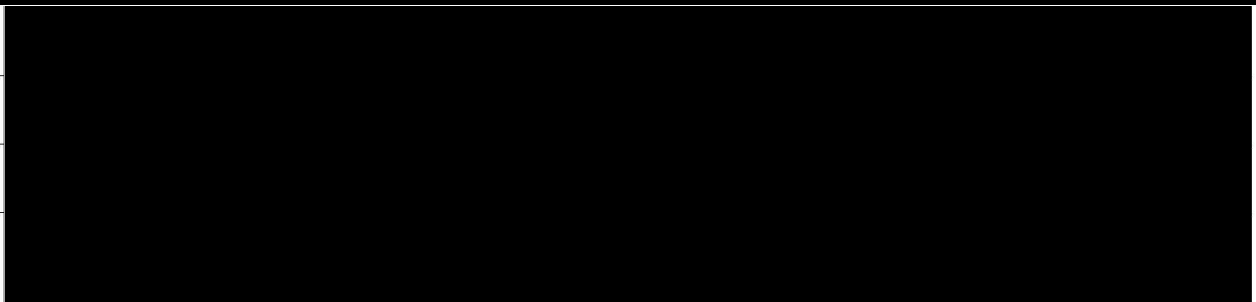
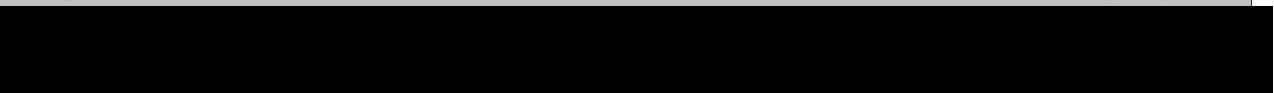
Wie zufrieden waren Sie mit...	nicht zufrieden	eher nicht zufrieden	eher zufrieden	voll und ganz zufrieden
... den Informationen zu Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Informationen zu Ihren Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der generellen Betreuung bei Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der persönlichen Betreuung durch Ihre Behandelnden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Terminverfügbarkeit bei Ihrem Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Hilfestellungen zu einem gesunden Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Unterstützung zur Krankheitsbewältigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Weiterbehandlung bei einem Facharzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Koordination Ihrer Versorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Versorgung insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der zeitlichen Zuwendung für Ihre Belange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im den folgenden Frageblöcken (9 und 10) geht es um Ihre Medikamente.

9.	Wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie täglich ein, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?	<u> </u> <u> </u>
	Wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu denen, die Ihnen verschrieben wurden, ein? (z.B. Schlafmittel, pflanzliche Mittel, etc.)	<u> </u> <u> </u>



Es geht weiterhin um Ihre Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung.



Im folgenden Frageblock (13) geht es weiterhin um Ihre Einschätzungen zu allen Behandlern (Hausärzten, Fachärzten, Praxismitarbeiterinnen usw.), die an Ihrer Gesundheitsversorgung in der Region Leverkusen beteiligt sind.

13. Bitte denken Sie auch beim Ausfüllen dieses Frageblocks an die letzten sechs Monate zurück.

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	stimme <u>überhaupt</u> nicht zu	stimme <u>eher nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und</u> <u>ganz</u> zu
Mir wurde vermittelt, dass es für mich wichtig ist, die Informationen zu meinen Erkrankungen und Behandlungen zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde danach gefragt, ob ich Informationen oder Unterlagen verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mündliche Informationen zu meinen Erkrankungen oder Behandlungen wurden mir zusätzlich auch schriftlich gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachbegriffe und Abkürzungen wurden mir in den Gesprächen erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den Gesprächen wurde deutlich und langsam genug gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde dazu ermuntert, Fragen zu stellen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Informationen wurden mir zusätzlich mündlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Einverständniserklärungen wurde darauf Wert gelegt, dass ich wirklich alles verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden meine Untersuchungsergebnisse verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nächsten Frageblöcke (14 bis 15) beziehen sich ganz allgemein auf Ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

14. Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig:

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	sehr einfach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig	weiß nicht
... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und entscheiden Sie durch ein Kreuz.

Inwieweit treffen die Aussagen auf Sie zu?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Ich mache Pläne und halte mich daran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich löse Schritt für Schritt die Probleme, die auf mich zukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Frageblöcken (16 bis 22) geht es um Ihren Gesundheitszustand und Ihr Wohlbefinden im Allgemeinen.

16. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 (sehr schlecht) und 7 (ausgezeichnet) an, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie insgesamt Ihren **Gesundheitszustand** während der letzten zwei Wochen einschätzen?

1 2 3 4 5 6 7
sehr schlecht ausgezeichnet

Wie würden Sie insgesamt Ihre **Lebensqualität** während der letzten zwei Wochen einschätzen?

1 2 3 4 5 6 7
sehr schlecht ausgezeichnet

17. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine kurze Strecke außer Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder im Sessel sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.						
In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten zwei Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Denken Sie an die <u>letzten sechs Monate</u> .	sehr stark	stark	weniger stark	gar nicht
Wie stark belastet es Sie,...				
... wegen Ihrer Krankheit nicht mehr so unabhängig zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch Ihre Krankheit nicht mehr voll einsatzfähig zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wegen Ihrer Krankheit weniger Lebensfreude zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wegen Ihrer Krankheit auf manches verzichten zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wegen Ihrer Krankheit Schmerzen zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass sich Ihre Gesundheit verschlechtern könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass durch Ihre Krankheit Ihre persönlichen Beziehungen leiden werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.	Wie viele Jahre sind Sie schon wegen Ihrer Erkrankung in ständiger Behandlung? <i>Eine ungefähre Angabe genügt.</i>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahre
------------	---	--

22.	Wie viel wiegen Sie? <i>Bitte machen Sie Ihre Angabe in Kilogramm (z.B. 73,5.) Falls Sie Ihr genaues Gewicht nicht kennen, versuchen Sie zu schätzen.</i>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> kg
	Wie groß sind Sie? <i>Bitte machen Sie ihre Angabe in Zentimetern (z.B. 173,5.) Falls Sie Ihr genaue Größe nicht kennen, versuchen Sie zu schätzen.</i>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm

Abschließend folgen noch einige generelle Fragen (23 bis 29)

23. Wie häufig steht Ihnen folgende Unterstützung durch andere Menschen zur Verfügung?	nie	manchmal	meist	immer
Jemand, der Sie zum Arzt fährt, wenn es nötig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand, der Ihnen Essen zubereitet, wenn Sie dazu nicht in der Lage sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand, der Ihnen bei alltäglichen Arbeiten hilft, wenn Sie krank sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand, der Ihnen in schwierigen Situationen gute Ratschläge gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand, dem Sie sich anvertrauen oder mit dem Sie über persönliche Probleme sprechen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand, der Ihre Probleme versteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Allgemeine Angaben
Wie alt sind Sie? <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahre
Welches Geschlecht haben Sie?
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Haben Sie einen Partner? / eine Partnerin?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leben Sie allein?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leben Sie in einer Senioren- oder Pflegeeinrichtung?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welchen Familienstand haben Sie?
<input type="checkbox"/> Ich bin verheiratet.
<input type="checkbox"/> Ich bin ledig.
<input type="checkbox"/> Ich bin geschieden.
<input type="checkbox"/> Ich bin verwitwet.
Was ist Ihre Muttersprache?
<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Eine andere, und zwar: _____

25. Haben Sie Kinder?

ja Wenn „Ja“: Wie viele?

Kinder

nein

Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?
(Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.)

Personen

26. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?

Bitte auch bei gegenwärtiger Krankschreibung beantworten.

Vollzeit, 30 Stunden/Woche und mehr

Teilzeit, 15 bis unter 30 Stunden/Woche

Teilzeit, 5 bis unter 15 Stunden/Woche

Hausfrau/-mann

arbeitslos / erwerbslos

Rentner/-in wegen Erwerbsminderung

Altersrentner/-in

aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

27. Welchen höchsten allgemeinen Schulabschluss haben Sie?

Ich bin von der Schule abgegangen
ohne Schulabschluss.

Ich habe den Volksschulabschluss.

Ich habe den Hauptschulabschluss.

Ich habe den Realschulabschluss
(Mittlere Reife).

Ich habe die Fachhochschulreife.

Ich habe das allgemeine Abitur.

28. Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen?

nein

ja, mein Sohn / meine Tochter

ja, jemand anderes: _____

ja, mein (Ehe-)Partner / meine (Ehe-)Partnerin

ja, ein Freund / eine Freundin

29. Falls Sie noch Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge haben, notieren Sie diese bitte hier.

(Bitte nennen Sie weder Ihren Namen, noch die Namen von Ärzten oder Anderen.)

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden
Rückumschlag und schicken ihn dann an uns zurück.
Das Porto bezahlen wir für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zweite Befragung von Patientinnen und Patienten



durchgeführt von:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr

Direktor: Prof. Dr. H. Pfaff

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie nehmen am Versorgungsmodell „Mambo“ teil. Bei der Einschreibung haben Sie uns Ihr Einverständnis gegeben, dass wir Ihnen auch diesen zweiten Fragebogen zusenden dürfen. Dafür und für das Ausfüllen des ersten Fragebogens möchten wir uns **herzlich bei Ihnen bedanken!** Dieser zweite Fragebogen ist nicht identisch mit dem Ersten, auch wenn sich manche Abschnitte ähneln können.

Für die wissenschaftliche Auswertung des Mambo-Versorgungsmodells ist es für uns von großer Wichtigkeit, dass Sie auch diesen zweiten Fragebogen ausfüllen. Nur so ist es möglich, den langfristigen Nutzen von Mambo zu erfassen. So tragen Sie zum Erfolg des Forschungsprojektes bei, mit dessen Erkenntnissen langfristig Verbesserungen in der Patientenversorgung ermöglicht werden sollen.

Auch diese Befragung wird von uns, dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) an der Universität zu Köln durchgeführt. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist.

Was müssen Sie nun tun?

1. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um den Fragebogen vollständig auszufüllen. Beantworten Sie den Fragebogen bitte zeitnah.
2. Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten portofreien Rückumschlag und senden Sie ihn an uns zurück. Für Sie entstehen dabei keine Kosten!
3. Die beigefügte Briefmarke ist ein **Geschenk**. Sie wird nicht für die Rücksendung des Fragebogens benötigt.

Alle von Ihnen gemachten Angaben in diesem Fragebogen sind freiwillig, werden vertraulich behandelt und anonym ausgewertet. Daten wie Name und Anschrift verbleiben ausschließlich am IMVR und werden lediglich benötigt, damit wir Sie postalisch kontaktieren können. Ihr Name wird zu keiner Zeit öffentlich gemacht. Auch Ihre Ärzte und Ihre Krankenkasse erfahren nicht, dass Sie an der Befragung teilnehmen und was Sie in dem Fragebogen angeben werden. Die zuständigen Ethikkommissionen haben dieses Vorgehen bewilligt.

Wir freuen uns sehr über Ihre Mitarbeit und danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Holger Pfaff



Hinweise zum Ausfüllen

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- ☞ Bitte beantworten Sie die Fragen oder Aussagen möglichst zügig, denn meist ist der erste Gedanke der beste!
- ☞ Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – es zählt nur Ihre persönliche Meinung! Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- ☞ Sollte eine Frage oder Aussage nicht vollständig auf Sie zutreffen oder Ihnen eine Antwort schwer fallen, so entscheiden Sie sich für die Antwortmöglichkeit, die am ehesten zutreffen könnte.
- ☞ Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig, auch wenn Sie den Eindruck haben, dass sich Fragen wiederholen. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- ☞ In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden, andernfalls weisen wir Sie darauf hin.
- ☞ Bei Fragen zu Ihrem Arzt, denken Sie bitte an den Arzt, der Sie in das Mambo-Versorgungsmodell eingeschrieben hat.
- ☞ Kontrollieren Sie am Ende bitte, ob Sie alle Fragen vollständig ausgefüllt haben.
- ☞ Das Ausfüllen dauert ca. 20-25 Minuten. Wir bitten Sie, sich diese Zeit zu nehmen.

Wie füllt man den Fragebogen aus?	stimme <u>überhaupt</u> nicht zu	stimme <u>eher nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Ihre Meinung ändern, malen Sie das Kästchen komplett aus und machen Sie ein neues Kreuz an der gewünschten Stelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Arzt“. Gemeint sind aber auch die weibliche Form „die Ärztin“ oder die Mehrzahl „die Ärzte“ und „die Ärztinnen“.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Vertrauen!

Zunächst soll es um den Arzt gehen, der Sie in Mambo eingeschrieben hat und um ihre Gesundheitsversorgung im Allgemeinen.

1. Zu Ihrem Eindruck zu den Gesprächen mit Ihrem Arzt:

Wie empfinden Sie die Dauer der Gespräche mit Ihrem Arzt in der Regel?

viel zu kurz zu kurz genau richtig zu lang viel zu lang

Wie viel von dem, was Sie sich vornehmen zu klären, können Sie in der Regel mit Ihrem Arzt besprechen?

gar nichts wenig etwa die Hälfte vieles alles ich nehme mir nichts vor

Wie sehr überfordern Sie Gespräche mit Ihrem Arzt?

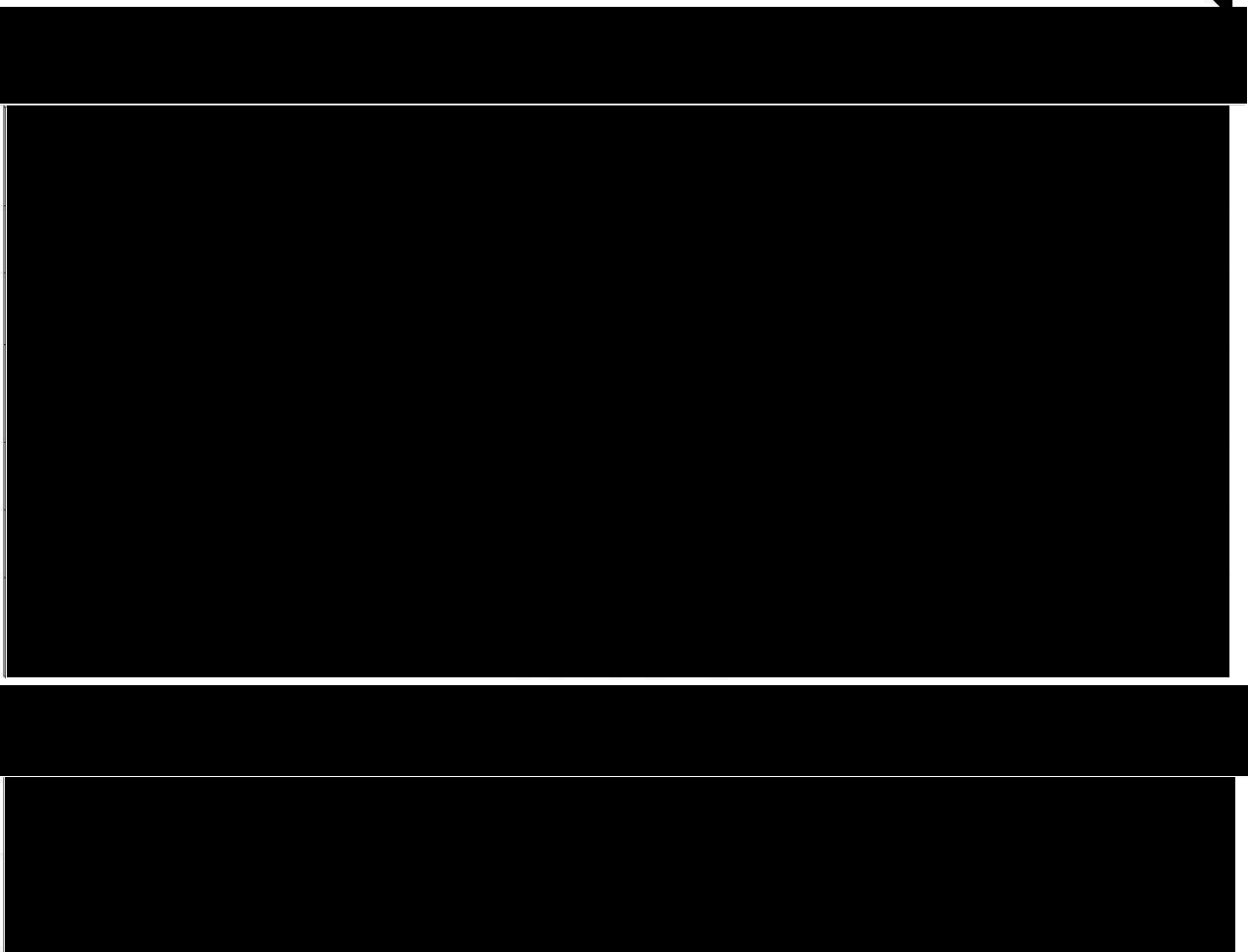
gar nicht wenig mittelmäßig sehr extrem

2. Wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie täglich ein, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?

□ □

Wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu denen, die Ihnen verschrieben wurden, ein? (z.B. Schlafmittel, pflanzliche Mittel, etc.)

□ □



6. Bitte denken Sie auch beim Ausfüllen dieses Fragenblocks an die <u>letzten sechs Monate</u> zurück.				
Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	stimme <u>überhaupt</u> nicht zu	stimme <u>eher nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>völl und</u> ganz zu
Mir wurde vermittelt, dass es für mich wichtig ist, die Informationen zu meinen Erkrankungen und Behandlungen zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde danach gefragt, ob ich Informationen oder Unterlagen verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mündliche Informationen zu meinen Erkrankungen oder Behandlungen wurden mir zusätzlich auch schriftlich gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachbegriffe und Abkürzungen wurden mir in den Gesprächen erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den Gesprächen wurde deutlich und langsam genug gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde dazu ermuntert, Fragen zu stellen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Informationen wurden mir zusätzlich mündlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Einverständniserklärungen wurde darauf Wert gelegt, dass ich wirklich alles verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden meine Untersuchungsergebnisse verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Mambo-Versorgungsmodell.

7. Denken Sie an das letzte Jahr in Mambo zurück.

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	stimme <u>überhaupt</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und</u> <u>ganz</u> zu	weiß ich nicht
Meine Gesundheit hat sich durch Mambo verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch Mambo muss ich weniger Zeit für die Behandlung meiner Erkrankungen aufwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch Mambo bekomme ich mehr Informationen zu meinen Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einnahme meiner Medikamente ist mit Mambo sicherer geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrohliche Gesundheitszustände werden durch Mambo schneller erkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Mambo finde ich leichter einen Ansprechpartner für meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Mambo arbeiten die mich Behandelnden besser zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch Mambo hat mein Arzt im Gespräch mehr Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Mambo ist mein Arzt besser über meine Gesundheit informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie oft hatten Sie Besuch von einer Mambo-Mitarbeiterin (MoniKa)?

<input type="checkbox"/> einmal	<input type="checkbox"/> zweimal	<input type="checkbox"/> dreimal	<input type="checkbox"/> häufiger	<input type="checkbox"/> keinmal
Empfanden Sie den Besuch der Mambo-Mitarbeiterin (MoniKa) als hilfreich? überhaupt nicht wenig mäßig sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Ich hatte keinen Besuch <input type="checkbox"/>
Hätten Sie sich häufigeren Besuch von einer Mambo-Mitarbeiterin (MoniKa) gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich möchte keinen Besuch				

9. Wie oft hatten Sie telefonischen Kontakt mit einer Mambo-Mitarbeiterin (MoniKa)?

<input type="checkbox"/> einmal	<input type="checkbox"/> zweimal	<input type="checkbox"/> dreimal	<input type="checkbox"/> häufiger	<input type="checkbox"/> keinmal
Empfanden Sie den telefonischen Kontakt mit einer Mambo-Mitarbeiterin (MoniKa) als hilfreich? überhaupt nicht wenig mäßig sehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Ich hatte keinen Kontakt <input type="checkbox"/>
Hätten Sie sich häufigeren telefonischen Kontakt mit einer Mambo-Mitarbeiterin (MoniKa) gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich möchte keinen telefonischen Kontakt				

➡ Falls Sie keinen Kontakt hatten, überspringen Sie Block 10 und fahren mit Block 11 fort.

10. Denken Sie an Ihren Kontakt mit der Mambo-Mitarbeiterin (MoniKa).					
Hat die <u>MoniKa</u> Ihnen bei folgenden Dingen geholfen?	trifft <u>überhaupt</u> nicht zu	trifft <u>eher</u> nicht zu	weder noch	trifft <u>eher</u> zu	trifft <u>voll und ganz</u> zu
Der Planung Ihrer Medikamenteneinnahme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbesprechung der Arztbesuche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination meiner gesundheitlichen Anliegen wie z.B. Facharztbesuche, Sozialdienste, Pflegegelder, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Beschaffung von Heilmitteln (z.B. Krankengymnastik) und Hilfsmitteln (z.B. Rollator).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Verbesserung meiner häuslichen Situation z.B. Vermeidung von Stolperfallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Denken Sie an die <u>letzten sechs Monate</u> .				
Wie zufrieden waren Sie mit...	nicht zufrieden	eher nicht zufrieden	eher zufrieden	<u>voll und ganz</u> zufrieden
... der Unterstützung zur Krankheitsbewältigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Koordination Ihrer Versorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Informationen zu Ihren Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Informationen zu Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden soll es um Sie, Ihre Gesundheit und Ihr soziales Umfeld gehen.

12. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und entscheiden Sie durch ein Kreuz.					
Inwieweit treffen die Aussagen auf Sie zu?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Ich mache Pläne und halte mich daran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich löse Schritt für Schritt die Probleme, die auf mich zukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig:					
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	sehr einfach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig	weiß nicht
... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie häufig steht Ihnen folgende Unterstützung durch andere Menschen zur Verfügung?					
	nie	manchmal	meist	immer	
Jemand, der Sie zum Arzt fährt, wenn es nötig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihnen Essen zubereitet, wenn Sie dazu nicht in der Lage sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihnen bei alltäglichen Arbeiten hilft, wenn Sie krank sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihnen in schwierigen Situationen gute Ratschläge gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, dem Sie sich anvertrauen oder mit dem Sie über persönliche Probleme sprechen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihre Probleme versteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15. Bitte geben Sie jeweils an, ob Sie sich oft, manchmal, selten oder nie so fühlen wie beschrieben.					
	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Keine Angabe
Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Gesellschaft anderer fehlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich sozial isoliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie das Gefühl, außen vor zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Denken Sie an die letzten sechs Monate.

Wie stark belastet es Sie,...	sehr stark	stark	weniger stark	gar nicht
... wegen Ihrer Krankheit nicht mehr so unabhängig zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch Ihre Krankheit nicht mehr voll einsatzfähig zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wegen Ihrer Krankheit weniger Lebensfreude zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wegen Ihrer Krankheit auf manches verzichten zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wegen Ihrer Krankheit Schmerzen zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass sich Ihre Gesundheit verschlechtern könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass durch Ihre Krankheit Ihre persönlichen Beziehungen leiden werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Beschreiben Sie Ihre Persönlichkeit ganz allgemein.

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich...	trifft <u>überhaupt nicht</u> zu	trifft <u>eher nicht</u> zu	weder noch	<u>eher zutreffend</u>	trifft <u>voll und ganz</u> zu
... bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werde leicht nervös und unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin eher zurückhaltend, reserviert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gehe aus mir heraus, bin gesellig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.				
	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine kurze Strecke außer Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder im Sessel sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Welche der folgenden Erkrankungen hat der Haus- oder Facharzt bei Ihnen festgestellt?	
<i>Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft!</i>	
<input type="checkbox"/> Verschleiß der Gelenke (Arthrose)	<input type="checkbox"/> Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
<input type="checkbox"/> Gefäßverkalkung (Arteriosklerose)	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Chronische Atemwegserkrankung (z.B. COPD)	<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin)
<input type="checkbox"/> Zuckererkrankung (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Depression

22. Denken Sie an das <u>letzte Jahr zurück</u> , seitdem Sie in Mambo eingeschrieben sind.	
Ist Ihnen eines der folgenden Ereignisse wiederfahren? <i>Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft!</i>	
<input type="checkbox"/> Kein Ereignis	
<input type="checkbox"/> Der Tod einer nahstehenden Person	
<input type="checkbox"/> Eine akute Verschlechterung Ihrer gesundheitlichen Situation mit einem Krankewageneinsatz	Mit Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ein Unfall/Sturz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ein anderes kritisches Ereignis und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

23. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 (sehr schlecht) und 7 (ausgezeichnet) an, die am besten auf Sie zutrifft.	
Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten zwei Wochen einschätzen?	
<input type="checkbox"/> 1 sehr schlecht	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 ausgezeichnet
Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten zwei Wochen einschätzen?	
<input type="checkbox"/> 1 sehr schlecht	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 ausgezeichnet

Zum Abschluss noch einige kurze, allgemeine Fragen.

24. Haben Sie einen Partner? / eine Partnerin?

ja nein

Leben Sie allein?

ja nein

Haben Sie Haustiere?

Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft!

ja, Katze(n) nein

ja, Hund(e) ja, andere(s) Haustier(e) und zwar: _____

25. Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen?

nein

ja, mein (Ehe-)Partner / meine (Ehe-)Partnerin

ja, mein Sohn / meine Tochter

ja, ein Freund / eine Freundin

ja, jemand anderes: _____

26. Falls Sie noch Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge haben, notieren Sie diese bitte hier.

(Bitte nennen Sie weder Ihren Namen, noch die Namen von Ärzten oder anderen.)

**Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und schicken ihn dann an uns zurück.
Das Porto bezahlen wir für Sie, die beigefügte Briefmarke wird nicht benötigt.**

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ärzt:innenbefragung

Fragebogen t0

Befragung von Ärztinnen & Ärzten

Befragung der am Versorgungsmodell „Mambo“ teilnehmenden und nicht teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte



durchgeführt vom:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr

Direktor: Prof. Dr. H. Pfaff

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten diesen Fragebogen, da Sie als Mitglied im Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen (RGL) an der Versorgung in der Region beteiligt sind und Sie diese aus der ärztlichen Sicht beurteilen können. Vor Kurzem ist das Projekt „Mambo“ im RGL gestartet. „Mambo“ zielt auf die Verbesserung der Versorgung multimorbider PatientInnen in der Region Leverkusen sowie auf die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten in der patientennahen Betreuung. Wir, die ForscherInnen des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), einem wissenschaftlichen Institut der Universität zu Köln, sind damit beauftragt das Versorgungsmodell „Mambo“ aus verschiedenen Blickwinkeln zu beurteilen.

Hierfür ist **auch die Meinung der Ärztinnen und Ärzte von Interesse, die nicht teilnehmen**. Daher sind **Ihre Meinungen, Bewertungen und Einschätzungen, unabhängig von Ihrer Teilnahme an „Mambo“, für uns wichtig**.

In diesem kurzen Fragebogen soll es um verschiedene Aspekte der Versorgung aus ärztlicher Sicht gehen. Hierzu zählen z.B. die Versorgung multimorbider PatientInnen, die Zusammenarbeit in der Versorgung in Leverkusen und Ihre Arbeitsbedingungen als Ärztinnen und Ärzte in der Region. Wir bitten Sie den **ausgefüllten Fragebogen** an uns zurückzusenden. Benutzen Sie hierfür den **portofreien Rückumschlag**.

Alle von Ihnen gemachten Angaben in diesem Fragebogen sind freiwillig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Daten werden im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie nur in pseudonymisierter Form ausgewertet. **Ihr Name wird zur keiner Zeit veröffentlicht.**

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig durch. Meist ist der erste spontane Einfall der stimmigste.
- Bitte beachten Sie die wechselnden Antwortkategorien.
- Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwort an, außer es wird explizit darauf hingewiesen, dass Mehrfachnennungen möglich sind.
- Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. **5-10min.**

Wie ausfüllen?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Ihre Meinung ändern wollen:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

In diesem Fragebogen ist bei der Nennung der männlichen Form (z. B. Kollege) selbstverständlich auch immer die weibliche Form (z. B. Kollegin) mit eingeschlossen und andersherum.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Frageblöcke (1-4): Ihre Einschätzungen zum Mambo-Versorgungsmodell

1	Nehmen Sie an dem Mambo-Versorgungsmodell teil?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Falls „Ja“, fahren Sie bitte hier fort. ↓	Falls „Nein“, fahren Sie bitte ab Frageblock 4 fort. →	

→Bitte füllen Sie die Frageblöcke 2 und 3 nur aus, wenn Sie an Mambo teilnehmen.

2	Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Ich erwarte von Mambo...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	weiß ich nicht
	..., dass der Gesundheitszustand meiner Patienten sich verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., dass ich besser über den Gesundheitszustand meiner Patienten informiert bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., dass ich besser über die Medikation meiner Patienten informiert bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., dass ich mehr Informationen über das häusliche Umfeld meiner Patienten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., dass ich mehr konstruktive Gesprächszeit für meine Patienten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., dass die Zusammenarbeit der behandelnden Einrichtungen erleichtert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., dass ein Austausch mit anderen an der Versorgung beteiligten Ärzten stattfindet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., dass ich eine Entlastung durch die Delegation von Aufgaben erfahre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., dass ich unkomplizierte Hilfe für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf erhalte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Welche Elemente des Mambo-Versorgungsmodells finden Sie besonders attraktiv? →Hier können Sie mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen:	
	Zusätzliche Monitoring- und Koordinations-Assistentinnen (MoniKa).	<input type="checkbox"/>
	Das Versorgungsmanagement beim Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen.	<input type="checkbox"/>
	Verstärkte Zusammenarbeit in der Region Leverkusen.	<input type="checkbox"/>
	Vereinfachte Zusammenarbeit mit der Krankenkasse.	<input type="checkbox"/>
	Treffen zwischen den Behandelnden zu kontinuierlichen Verbesserungsprozessen.	<input type="checkbox"/>
	Andere Gründe, und zwar: _____ _____	<input type="checkbox"/>

→Nun geht es mit Frageblock 5 weiter.

→Bitte füllen Sie Frageblock 4 nur aus, wenn Sie NICHT am Mambo-Versorgungsmodell teilnehmen!

4	Aus welchen Gründen nehmen Sie nicht am Mambo-Versorgungsmodell teil? →Hier können Sie mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen!
	Ich habe zu wenige Informationen über das Versorgungsmodell. <input type="checkbox"/>
	In meiner Praxis sind nur sehr wenige multimorbide Patienten. <input type="checkbox"/>
	Die bereits bestehenden Versorgungsstrukturen sind ausreichend. <input type="checkbox"/>
	Verstärkte Zusammenarbeit in der Region Leverkusen beabsichtige ich nicht. <input type="checkbox"/>
	Ich befürchte durch das Versorgungsmodell eine Einflussnahme der Krankenkasse. <input type="checkbox"/>
	Der erwartete Mehraufwand durch eine Teilnahme ist mir zu hoch. <input type="checkbox"/>
	Andere Gründe, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>

Frageblöcke (5-7): Zur Versorgung multimorbider Patienten

5	Bitte geben Sie an, wie häufig es in der Zusammenarbeit mit den folgenden Einrichtungen Probleme gibt.	nie	selten	manchmal	oft	immer	trifft nicht zu
	Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere niedergelassene (Fach-)Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegeheime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rehabilitationseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hospiz- und Palliativeinrichtungen (auch SAPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Wenn Sie an die <u>Behandlung</u> Ihrer multimorbiden Patienten denken. Wie sehr beansprucht Sie...	gar nicht	wenig	stark	sehr stark
	...die Informationsbeschaffung über den Krankheitsverlauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Informationsbeschaffung über das häusliche Umfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Informationsbeschaffung über die Medikation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Informationsbeschaffung über die Therapietreue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Anzahl der Hausbesuche bei immobilen Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Anzahl an unnötiger Hausbesuche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Behandlung Ihrer Patienten nach Krankenhausaufenthalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Denken Sie nun an die <u>Bedürfnisse</u> Ihrer multimorbiden Patienten. Wie sehr beansprucht Sie ...	gar nicht	wenig	stark	sehr stark
	...der Informationsbedarf der Patienten zu ihren Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...der Informationsbedarf der Patienten zu ihrer Medikation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...der Informationsbedarf der Patienten zu nicht medizinischen Themen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...das Mitteilungsbedürfnis der Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	Denken Sie bitte an einen Behandlungstermin mit einem multimorbiden Patienten.	
Wie lange dauert das Patientengespräch durchschnittlich?	_____	Minuten
Wie viel Zeit verwenden Sie durchschnittlich für die Informationsbeschaffung?	_____	Minuten
Wie viel Zeit benötigen Sie für die Nachbereitung?	_____	Minuten

Frageblöcke (8-14): Zu Ihrem Arbeitsalltag

8	Angaben zu Ihrer Praxis:	
Bei meiner Praxis handelt es sich um eine...:	Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>
	Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>
Wie viele medizinische Fachangestellte (MFA)/ Arzthelferinnen sind bei Ihnen tätig?	_____ Anzahl der Personen	

9	Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Arbeitspensum.	
Wenn Sie an Ihre Arbeit insgesamt denken, wie viele Stunden arbeiten Sie ungefähr im Durchschnitt pro Woche , d.h. von Montag bis Sonntag?	_____	Stunden
Mit wie vielen Patienten haben Sie an einem durchschnittlichen Tag persönlichen Kontakt (auch telefonisch oder per E-Mail) ?	_____	Patienten

10	Wie belastend sind die folgenden Aspekte Ihrer Arbeit für Sie?						
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz. 0 bedeutet „überhaupt nicht belastend“ und 6 bedeutet „extrem belastend“.		überhaupt nicht belastend extrem belastend					
	0	1	2	3	4	5	6
Patientenaufkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Leiden und Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit neuen Informationstechnologien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrative Pflichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeiten die nicht in mein Aufgabengebiet gehören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	Wie oft kommt es vor, dass ... Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Gegebenheiten an, wie häufig sich dies bei Ihnen ereignet.	nie immer				
		1	2	3	4	5
	...Sie aus Zeitgründen nicht auf die Wünsche oder Probleme der Patienten eingehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie nach der Arbeit körperlich völlig erschöpft sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie das Gefühl haben, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie das Gefühl haben, die Arbeit sei so viel, dass Sie nie damit fertig werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie sich durch die Patienten und ihre Probleme seelisch stark beansprucht fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Wenn Sie an Ihr Praxisteam insgesamt denken, wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu? In meiner Praxis ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	
...herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...haben wir Vertrauen zueinander.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...ist das Betriebsklima gut.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...vertreten wir viele Werte gemeinsam.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...gibt es häufig lange Wartezeiten auf die Termine.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...gibt es häufig lange Wartezeiten auf die Arztgespräche.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...kommt es häufig zu Störungen im Ablaufplan.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache zwischen den Arbeitsbereichen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...weiß manchmal die rechte Hand nicht, was die linke tut.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...funktioniert die Koordination zwischen den Mitarbeitern schlecht.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...gibt es zwischen Arzt/Ärzten und den anderen Mitarbeitern Schwierigkeiten bei der Absprache.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Abläufe und Strukturen innerhalb der Praxis eignen sich gut zur Vermeidung von Fehlern.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben innerhalb der Praxis Probleme mit der Patientensicherheit.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Patientensicherheit wird niemals vernachlässigt, um mehr Arbeit erledigen zu können.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist pures Glück, dass innerhalb der Praxis keine schwerwiegenden Fehler passieren.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14	Bitte geben Sie für jede Aussage den Grad der Zustimmung oder der Ablehnung an, indem Sie die entsprechende Nummer auf der Skala daneben markieren	Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz. 1 bedeutet „Stimme überhaupt nicht zu“ und 6 bedeutet „Stimme stark zu“.					
		1	2	3	4	5	6
	Stimme überhaupt nicht zu						Stimme stark zu
	Ich halte Veränderungen im Allgemeinen für negativ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich würde einen Routine-Tag jederzeit einem Tag voller unerwarteter Ereignisse vorziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich mag es lieber, dieselben alten Dinge zu tun als neue und verschiedene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Immer, wenn mein Leben eine stabile Routine bildet, suche ich nach Wegen dies zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin lieber gelangweilt als überrascht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frageblock (18): Zu Ihrer Person

18	Wie alt sind Sie?	_____	Welches Geschlecht haben Sie?	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
	Wie lange sind Sie im ambulanten Bereich tätig?	_____ Jahre		
Welchen Familienstand haben Sie?				
	Ich bin verheiratet.	<input type="checkbox"/>		
	Ich bin ledig.	<input type="checkbox"/>		
	Ich bin geschieden.	<input type="checkbox"/>		
	Ich bin verwitwet.	<input type="checkbox"/>		
Was ist Ihre Muttersprache?				
	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Eine andere, und zwar: _____		

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und schicken ihn dann an uns zurück.
Das Porto bezahlen wir für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zweite Befragung von Ärztinnen und Ärzten

Zweite Befragung der am Versorgungsmodell „Mambo“
teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte



durchgeführt vom:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft **i:mvr**

Direktor: Prof. Dr. H. Pfaff

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten diesen Fragebogen, da Sie als Mitglied im Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen (RGL) an der Versorgung in der Region beteiligt sind und Sie am Mambo Projekt teilnehmen. Vor einiger Zeit haben Sie dazu bereits einen ersten Fragebogen ausgefüllt. Hierfür möchten wir uns **herzlich bedanken**.

In diesem zweiten, kurzen Fragebogen soll es um Ihre Erfahrungen mit dem Mambo Projekt gehen. Eine zweite Befragung ermöglicht es uns, die entstandenen Veränderungen besser zu verstehen. Sie tragen somit zu einer möglichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei.

Wir bitten Sie den **ausgefüllten Fragebogen** an uns zurückzusenden. Benutzen Sie hierfür den **portofreien Rückumschlag**. Ihnen entstehen dabei keine Kosten. Alle von Ihnen gemachten Angaben in diesem Fragebogen sind freiwillig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Daten werden im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie nur in pseudonymisierter Form ausgewertet. **Ihr Name wird zur keiner Zeit veröffentlicht.**

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig durch. Meist ist der erste spontane Einfall der stimmigste.
- Bitte beachten Sie die wechselnden Antwortkategorien.
- Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwort an, außer es wird explizit darauf hingewiesen, dass Mehrfachnennungen möglich sind.
- Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. **5-10min.**

Wie ausfüllen?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Ihre Meinung ändern wollen:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

In diesem Fragebogen ist bei der Nennung der männlichen Form (z. B. Kollege) selbstverständlich auch immer die weibliche Form (z. B. Kollegin) mit eingeschlossen und andersherum.

Herr Ibrahim Demirer : ibrahim.demirer@uk-koeln.de; Tel: +49(0)221/478-97134

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Frageblöcke (1-4): Ihre Einschätzungen zum Mambo-Versorgungsmodell

1	Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Durch Mambo...	stimme <u>überhaupt</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und</u> <u>ganz</u> zu	weiß ich nicht
	...hat sich der Gesundheitszustand meiner Patienten verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...bin ich besser über den Gesundheitszustand meiner Patienten informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...bin ich besser über die Medikation meiner Patienten informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...habe ich mehr Informationen über das häusliche Umfeld meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...habe ich mehr konstruktive Gesprächszeit für meine Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...wird die Zusammenarbeit der behandelnden Einrichtungen erleichtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...findet ein Austausch mit anderen an der Versorgung beteiligten Ärzten statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...erfahre ich eine Entlastung durch die Delegation von Aufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...erhalte ich unkomplizierte Hilfe für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...haben sich die Praxisabläufe verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...können kritische Situationen meiner Patienten früher erkannt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	Welche Elemente des Mambo-Versorgungsmodells finden Sie besonders attraktiv? → Hier können Sie mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen:	
	Zusätzliche Monitoring- und Koordinations-Assistentinnen (MoniKa).	<input type="checkbox"/>
	Das Versorgungsmanagement beim Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen.	<input type="checkbox"/>
	Verstärkte Zusammenarbeit in der Region Leverkusen.	<input type="checkbox"/>
	Vereinfachte Zusammenarbeit mit der Krankenkasse.	<input type="checkbox"/>
	Treffen zwischen den Behandelnden zu kontinuierlichen Verbesserungsprozessen.	<input type="checkbox"/>
	Andere Gründe, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

3	Welche der folgenden Aspekte hätten Sie sich zusätzlich im Mambo Projekt gewünscht?	<i>→Auch hier können Sie mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen:</i>
	Unterstützung in der Praxisorganisation	<input type="checkbox"/>
	Informationsangebot zu Delegationsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>
	Förderung des „Wir-Gefühls“ in der regionalen Gesundheitsversorgung	<input type="checkbox"/>
	Elektronische Patientenakte	<input type="checkbox"/>
	Eine bessere Übersicht über den Mehrwert des Projekts	<input type="checkbox"/>
	Eine bessere Übersicht über die Mehrarbeit des Projekts	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

4	Denken Sie an Ihre Teilnahme am Mambo Projekt. Wie sehr stimmen sie folgenden Aussagen zu?	<u>stimme überhaupt nicht zu</u>	<u>stimme eher nicht zu</u>	<u>stimme eher zu</u>	<u>stimme voll und ganz zu</u>
	Ich würde meinen Kollegen eine Teilnahme am Mambo Projekt empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich würde mir wünschen, dass Mambo in die regionale Regelversorgung übernommen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin mit der aktuellen Rolle des RGL bzgl. der Koordination von Mambo zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die zusätzlich durchgeführten Leistungen der Monika in Bezug auf Herzinsuffizienz sind notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die zusätzlich durchgeführten Leistungen der Monika in Bezug auf COPD sind notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frageblöcke (5-7): Zur Versorgung multimorbider Patienten

5	Bitte geben Sie an, ob sich die Zusammenarbeit mit den folgenden Einrichtungen/ Personen durch Mambo verbessert hat.	gar nicht	wenig	stark	sehr stark
	Praxismitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere niedergelassene (Fach-)Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegeheime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rehabilitationseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hospiz- und Palliativeinrichtungen (auch SAPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Wenn Sie an die <u>Behandlung</u> Ihrer multimorbiden Patienten denken. Wie sehr beansprucht Sie...	gar nicht	wenig	stark	sehr stark
	...die Informationsbeschaffung über den Krankheitsverlauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Informationsbeschaffung über das häusliche Umfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Informationsbeschaffung über die Medikation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Informationsbeschaffung über die Therapietreue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Anzahl der Hausbesuche bei immobilen Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Anzahl an unnötiger Hausbesuche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...die Behandlung Ihrer Patienten nach Krankenhausaufenthalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Denken Sie nun an die <u>Bedürfnisse</u> Ihrer multimorbiden Patienten. Wie sehr beansprucht Sie ...	gar nicht	wenig	stark	sehr stark
	...der Informationsbedarf der Patienten zu ihren Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...der Informationsbedarf der Patienten zu ihrer Medikation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...der Informationsbedarf der Patienten zu nicht medizinischen Themen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...das Mitteilungsbedürfnis der Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	Denken Sie bitte an einen Behandlungstermin mit einem Mambo-Patienten.	
	Wie lange dauert das Patientengespräch durchschnittlich?	_____Minuten
	Wie viel Zeit verwenden Sie durchschnittlich für die Informationsbeschaffung?	_____Minuten
	Wie viel Zeit benötigen Sie für die Nachbereitung?	_____Minuten

Frageblöcke (8-13): Zu Ihrem Arbeitsalltag

8	Angaben zu Ihrer Praxis:	
	Wie viele medizinische Fachangestellte (MFA)/ Arzthelferinnen sind bei Ihnen tätig?	_____Anzahl der Personen
	Wie viele Ihrer MFAs haben eine Weiterbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA)?	_____Anzahl der Personen

9	Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Arbeitspensum.	
	Wenn Sie an Ihre Arbeit insgesamt denken, wie viele Stunden arbeiten Sie ungefähr im Durchschnitt pro Woche , d.h. von Montag bis Sonntag?	_____Stunden
	Mit wie vielen Patienten haben Sie an einem durchschnittlichen Tag persönlichen Kontakt (auch telefonisch oder per E-Mail)?	_____Patienten
	An wie vielen zusätzlichen Workhops haben Sie im Rahmen von MamBo teilgenommen?	_____Anzahl

10 Wie belastend sind die folgenden Aspekte Ihrer Arbeit für Sie?							
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz. 0 bedeutet „überhaupt nicht belastend“ und 6 bedeutet „extrem belastend“	überhaupt nicht belastend						extrem belastend
	0	1	2	3	4	5	6
Patientenaufkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Leiden und Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit neuen Informationstechnologien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrative Pflichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeiten die nicht in mein Aufgabengebiet gehören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Wie oft kommt es vor, dass ... Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Gegebenheiten an, wie häufig sich dies bei Ihnen ereignet.						
	nie					immer
	1	2	3	4	5	
...Sie aus Zeitgründen nicht auf die Wünsche oder Probleme der Patienten eingehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...Sie nach der Arbeit körperlich völlig erschöpft sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...Sie das Gefühl haben, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...Sie das Gefühl haben, die Arbeit sei so viel, dass Sie nie damit fertig werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...Sie sich durch die Patienten und ihre Probleme seelisch stark beansprucht fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12 Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Abläufe und Strukturen innerhalb der Praxis eignen sich gut zur Vermeidung von Fehlern.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben innerhalb der Praxis Probleme mit der Patientensicherheit.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Patientensicherheit wird niemals vernachlässigt, um mehr Arbeit erledigen zu können.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist pures Glück, dass innerhalb der Praxis keine schwerwiegenden Fehler passieren.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13	Wenn Sie an Ihr Praxisteam insgesamt denken, wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu? In meiner Praxis ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
...herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben wir Vertrauen zueinander.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist das Betriebsklima gut.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vertreten wir viele Werte gemeinsam.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es häufig lange Wartezeiten auf die Termine.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es häufig lange Wartezeiten auf die Arztgespräche.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...kommt es häufig zu Störungen im Ablaufplan.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache zwischen den Arbeitsbereichen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weiß manchmal die rechte Hand nicht, was die linke tut.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...funktioniert die Koordination zwischen den Mitarbeitern schlecht.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es zwischen Arzt/Ärzten und den anderen Mitarbeitern Schwierigkeiten bei der Absprache.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14	Haben Sie noch allgemeine oder spezifische Anmerkungen zu Mambo? (Verbesserungsvorschläge, Wünsche, Kritik etc.)

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und schicken ihn dann an uns zurück.
Das Porto bezahlen wir für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Befragung von Praxismitarbeiterinnen



durchgeführt vom:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft **i:mvr**

Direktor: Prof. Dr. H. Pfaff

Liebe Praxismitarbeitende,

Ihre Praxis nimmt am MamBo Versorgungsmodell teil und Sie haben sich dazu bereit erklärt, dass wir Sie über Ihre berufliche Adresse kontaktieren dürfen. Dafür möchten wir uns zunächst **herzlich bei Ihnen bedanken!**

Ziel dieser Befragung ist es, ein vollständiges Bild vom Versorgungsgeschehen aller Beteiligten, Patienten wie Behandler, zu erhalten. Daher sind Ihre Einschätzungen und Meinungen für uns wichtig und tragen zum Erfolg des Forschungsprojektes bei, mit dessen Erkenntnissen langfristig Verbesserungen in der Versorgung ermöglicht werden sollen.

Füllen Sie bitte den **Fragebogen** aus und senden Sie diesen im großen **portofreien Rückumschlag** zurück. Vergessen Sie bitte nicht auch die **Einverständniserklärung** zur Datenerfassung auszufüllen und im **kleinen portofreien Rückumschlag** zurückzusenden. Für Sie entstehen **keine Kosten!**

Alle von Ihnen gemachten Angaben in diesem Fragebogen sind freiwillig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Daten werden im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie nur in pseudonymisierter Form verwendet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig durch. Meist ist der erste spontane Einfall der stimmigste.
- Bitte beachten Sie die wechselnden Antwortkategorien.
- Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwort an, außer es wird explizit auf Mehrfachnennung hingewiesen.
- Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. **5 Minuten**.

Wie ausfüllen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Ihre Meinung ändern wollen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

In diesem Fragebogen ist bei der Nennung der männlichen Form (z. B. Kollege) selbstverständlich auch immer die weibliche Form (z. B. Kollegin) mit eingeschlossen und andersherum.

Herr Ibrahim Demirer : ibrahim.demirer@uk-koeln.de; Tel: +49(0)221/478-97134

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Zu Ihren Erwartungen an das Mambo-Versorgungsmodell

1	Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Ich erwarte von Mambo, dass...	stimme <u>überhaupt</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu	weiß ich nicht
	..., ich stärker in die Versorgung der Patienten eingebunden werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., die Zusammenarbeit der behandelnden Einrichtungen erleichtert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., der Gesundheitszustand der Patienten sich verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., ich an Fortbildungen teilnehmen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., ich einen erhöhten dokumentarischen Aufwand habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..., ich leichter einen Ansprechpartner im Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu Ihrem Arbeitsalltag

2	Bitte geben Sie an, wie häufig es in der Zusammenarbeit mit den folgenden Einrichtungen Probleme gibt.	nie	selten	manchmal	oft	immer	trifft nicht zu
	Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere niedergelassene (Fach-)Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegeheime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rehabilitationseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hospiz- und Palliativeinrichtungen (auch SAPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Bitte geben Sie an, wie belastend die folgenden Aspekte Ihrer Arbeit für Sie sind.							
	Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz. 0 bedeutet „überhaupt nicht belastend“ und 6 bedeutet „extrem belastend“.	überhaupt nicht belastend extrem belastend						
		0	1	2	3	4	5	6
	Patientenaufkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Umgang mit technischen Neuerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verwaltungsaufgaben (z.B. Dokumentation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	Wie oft kommt es vor, dass ... Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Gegebenheiten an, wie häufig sich dies bei Ihnen ereignet.	nie immer				
		1	2	3	4	5
	...Sie aus Zeitgründen nicht auf die Wünsche oder Probleme der Patienten eingehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie nach der Arbeit körperlich völlig erschöpft sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie das Gefühl haben, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie das Gefühl haben, die Arbeit sei so viel, dass Sie nie damit fertig werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie sich durch die Patienten und ihre Probleme seelisch stark beansprucht fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu Ihrer Praxis

5	Wenn Sie an Ihr Praxisteam insgesamt denken, wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu? In meiner Praxis ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...haben wir Vertrauen zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...ist das Betriebsklima gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vertreten wir viele Werte gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es häufig lange Wartezeiten auf die Termine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es häufig lange Wartezeiten auf die Arztgespräche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...kommt es häufig zu Störungen im Ablaufplan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache zwischen den Arbeitsbereichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...weiß die rechte Hand manchmal nicht, was die linke tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...funktioniert die Koordination zwischen den Mitarbeitern schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es zwischen Arzt/Ärzten und den anderen Mitarbeitern Schwierigkeiten bei der Absprache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	In unserer Praxis...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
	...werden wir dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...werden die Ideen der Mitarbeiter aufgegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...werden Verbesserungsvorschläge umgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...verlaufen Bemühungen für bessere Arbeitsabläufe im Sande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...kann man sich generell die Mühe sparen, Verbesserungsvorschläge zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...finden Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen Beachtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...ist man offen gegenüber neuen Ideen (Abläufe, Methoden, Technik, usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
	Die Abläufe und Strukturen innerhalb der Praxis eignen sich gut zur Vermeidung von Fehlern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wir haben innerhalb der Praxis Probleme mit der Patientensicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Patientensicherheit wird niemals vernachlässigt, um mehr Arbeit erledigen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es ist pures Glück, dass innerhalb der Praxis keine schwerwiegenden Fehler passieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend ein paar allgemeine Fragen

8 Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.						
In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Wie alt sind Sie? _____	Welches Geschlecht haben Sie? männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Wie lange arbeiten Sie in einer Arztpraxis? _____		Jahre.
Was ist Ihre Muttersprache?		
<input type="checkbox"/> Deutsch		<input type="checkbox"/> Eine andere, und zwar: _____
10 Welchen <u>höchsten</u> allgemeinen Schulabschluss haben Sie?		
Ich bin von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss.	<input type="checkbox"/>	Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife). <input type="checkbox"/>
Ich habe den Volksschulabschluss.	<input type="checkbox"/>	Ich habe die Fachhochschulreife. <input type="checkbox"/>
Ich habe den Hauptschulabschluss.	<input type="checkbox"/>	Ich habe das allgemeine Abitur. <input type="checkbox"/>

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und schicken ihn dann an uns zurück.
Das Porto bezahlen wir für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zweite Befragung von Praxismitarbeitenden



durchgeführt vom:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr

Direktor: Prof. Dr. H. Pfaff

Liebe Praxismitarbeitende,

Sie erhalten diesen Fragebogen, da ihre Praxis am MamBo Versorgungsmodell teilnimmt. Vor einiger Zeit haben Sie dazu bereits einen ersten Fragebogen ausgefüllt. Hierfür möchten wir uns **herzlich bedanken**.

In diesem zweiten, kurzen Fragebogen soll es um Ihre Erfahrungen mit dem Mambo Projekt gehen. Eine zweite Befragung ermöglicht es uns, die entstandenen Veränderungen besser zu verstehen. Sie tragen somit zu einer möglichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei.

Wir bitten Sie den **ausgefüllten Fragebogen** an uns zurückzusenden. Benutzen Sie hierfür den **portofreien Rückumschlag**. Ihnen entstehen dabei keine Kosten. Alle von Ihnen gemachten Angaben in diesem Fragebogen sind freiwillig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Daten werden im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie nur in pseudonymisierter Form ausgewertet. **Ihr Name wird zu keiner Zeit veröffentlicht.**

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig durch. Meist ist der erste spontane Einfall der stimmigste.
- Bitte beachten Sie die wechselnden Antwortkategorien.
- Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwort an, außer es wird explizit auf Mehrfachnennung hingewiesen.
- Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. **5 Minuten**.

Wie ausfüllen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Ihre Meinung ändern wollen:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

In diesem Fragebogen ist bei der Nennung der männlichen Form (z. B. Kollege) selbstverständlich auch immer die weibliche Form (z. B. Kollegin) mit eingeschlossen und andersherum.

Herr Ibrahim Demirer : ibrahim.demirer@uk-koeln.de; Tel: +49(0)221/478-97134

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihre Einschätzungen zum Mambo-Versorgungsmodell

1	Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen in Bezug auf Mambo zu?	stimme <u>überhaupt</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu	weiß ich nicht
	Durch Mambo werde ich stärker in die Versorgung der Patienten eingebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch Mambo wird die Zusammenarbeit der behandelnden Einrichtungen erleichtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch Mambo hat sich der Gesundheitszustand der Patienten verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch Mambo kann ich an Fortbildungen teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch Mambo habe ich einen erhöhten dokumentarischen Aufwand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch Mambo finde ich leichter einen Ansprechpartner im Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch Mambo hat sich mein Arbeitspensum reduziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich würde mir wünschen, dass Mambo in die regionale Regelversorgung übernommen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	Bitte geben Sie an, ob sich die Zusammenarbeit mit den folgenden Einrichtungen/ Personen durch Mambo verbessert hat.	gar nicht	wenig	stark	sehr stark
	Innerhalb der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere niedergelassene (Fach-)Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegeheime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rehabilitationseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hospiz- und Palliativeinrichtungen (auch SAPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Regionales Gesundheitsnetz (RGL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Denken Sie an die Teilnahme Ihrer Praxis am Mambo Projekt.	gar nicht	wenig	stark	sehr stark
	Wie stark war Ihr Kontakt zu den MoniKas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wie stark waren Sie in die Patienteneinschreibung involviert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wie stark wurden Sie zusätzlich durch MamBo belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu Ihrem Arbeitsalltag

4	Bitte geben Sie an, wie belastend die folgenden Aspekte Ihrer Arbeit für Sie sind.							
	Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz. 0 bedeutet „überhaupt nicht belastend“ und 6 bedeutet „extrem belastend“.	überhaupt nicht belastend extrem belastend						
		0	1	2	3	4	5	6
	Patientenaufkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Umgang mit technischen Neuerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verwaltungsaufgaben (z.B. Dokumentation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	Wie oft kommt es vor, dass...	nie immer				
	Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Gegebenheiten an, wie häufig sich dies bei Ihnen ereignet.	1	2	3	4	5
	... Sie aus Zeitgründen nicht auf die Wünsche oder Probleme der Patienten eingehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... Sie nach der Arbeit körperlich völlig erschöpft sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... Sie das Gefühl haben, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... Sie das Gefühl haben, die Arbeit sei so viel, dass Sie nie damit fertig werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... Sie sich durch die Patienten und ihre Probleme seelisch stark beansprucht fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu Ihrer Praxis

6	Wenn Sie an Ihr Praxisteam insgesamt denken, wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu? In meiner Praxis...	stimme <u>überhaupt</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu
	...herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...haben wir Vertrauen zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...ist das Betriebsklima gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vertreten wir viele Werte gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es häufig lange Wartezeiten auf die Termine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es häufig lange Wartezeiten auf die Arztgespräche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...kommt es häufig zu Störungen im Ablaufplan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache zwischen den Arbeitsbereichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...weiß die rechte Hand manchmal nicht, was die linke tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...funktioniert die Koordination zwischen den Mitarbeitern schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...gibt es zwischen Arzt/Ärzten und den anderen Mitarbeitern Schwierigkeiten bei der Absprache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	In unserer Praxis...	stimme <u>überhaupt</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu
	...werden wir dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...werden die Ideen der Mitarbeiter aufgegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...werden Verbesserungsvorschläge umgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...verlaufen Bemühungen für bessere Arbeitsabläufe im Sande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...kann man sich generell die Mühe sparen, Verbesserungsvorschläge zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...finden Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen Beachtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...ist man offen gegenüber neuen Ideen (Abläufe, Methoden, Technik, usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
	Die Abläufe und Strukturen innerhalb der Praxis eignen sich gut zur Vermeidung von Fehlern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wir haben innerhalb der Praxis Probleme mit der Patientensicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Patientensicherheit wird niemals vernachlässigt, um mehr Arbeit erledigen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es ist pures Glück, dass innerhalb der Praxis keine schwerwiegenden Fehler passieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend ein paar allgemeine Fragen

9	Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen	
	Mit wie vielen Patienten haben Sie an einem durchschnittlichen Tag persönlichen Kontakt (auch telefonisch oder per E-Mail)?	_____ Patienten
	An wie vielen Workshops haben Sie im Rahmen von MamBo teilgenommen?	_____ Anzahl
	Haben Sie eine Weiterbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin?	<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein

10	Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.					
In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und schicken ihn dann an uns zurück.
Das Porto bezahlen wir für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

