

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	AOK Baden-Württemberg
Förderkennzeichen:	01NVF18039
Akronym:	REKUP
Projekttitel:	REKUP - Rehabilitative Kurzzeitpflege ("REKUP") im stationären Umfeld – Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit
Autoren:	Frankenhauser-Mannuß, J.; Bauer, J. M.; Specht-Leible, N.; Keilhauer, A.; Walendzik, A.; Hüer, T.; Diekmann, S.; zur Nieden, P.; Neumann, A.; Pahmeier, K.; Wasem, J.;
Förderzeitraum:	1. Oktober 2019 – 30. September 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	5
II.	Abbildungsverzeichnis.....	6
III.	Tabellenverzeichnis.....	6
1.	Zusammenfassung.....	7
2.	Beteiligte Projektpartner.....	8
3.	Projektziele.....	9
3.1	Hintergrund.....	9
3.2	Zielsetzung, Hypothesen und Fragestellungen.....	10
3.3	Zielgrößen.....	11
4.	Projektdurchführung.....	11
4.1	Allgemeinverständliche Beschreibung der neuen Versorgungsform.....	11
a)	Definition der Zielgruppe.....	12
b)	Definition des Screeningverfahrens.....	12
c)	Definition des Zugangsverfahrens.....	15
d)	Konzeption der neuen Versorgungsform REKUP (Intervention).....	15
4.2	Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform.....	17
4.3	Implementierung des REKUP-Konzepts in den Modellkliniken.....	17
a)	Erarbeitung und Anpassung des Instrumentariums und des Evaluationskonzepts.....	17
b)	Rekrutierungs- und Beobachtungszeitraum, Datenerhebung und Evaluation.....	17
4.4	Relevante Arbeitsplanänderungen während der Projektlaufzeit.....	18

4.4.1 Änderung des methodischen Vorgehens bei der Rekrutierung und Evaluation einer Kontrollgruppe im geriatrischen Teilprojekt.....	18
4.4.2 Änderung der Interventionsdauer und des Nachbeobachtungszeitraums	18
4.4.3. Änderung des methodischen Vorgehens bei der Entwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen.....	19
5. Methodik	19
5.1 Studiendesign.....	19
5.1.1 Fallzahlkalkulation	20
5.1.2 Zielgrößen und Operationalisierung	20
5.1.3 Untersuchungsvariablen und Erhebungsinstrumente	20
5.2 Rekrutierung.....	21
5.2.1 Rekrutierung der Interventionsgruppe	21
5.2.2 Rekrutierung der Kontrollgruppen.....	21
5.2.2.1 <i>Historische Kontrollgruppe (H-KG)</i>	22
5.2.2.2 <i>Kontrollgruppe aus Sekundärdaten der AOK BW (S-KG)</i>	22
5.3 Datenerhebung	22
5.3.1 Datenquellen, Messzeitpunkte und Beobachtungszeitraum.....	22
5.3.1.1 <i>Teilprojekt 1: Vergleichende Analysen REKUP (IG) versus H-KG</i>	22
5.3.1.2 <i>Teilprojekt 2: Vergleichende Analysen REKUP (IG) versus S-KG</i>	23
5.3.2 Datenerfassung und Datenzusammenführung in Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)	24
5.3.2.1 <i>Datenerfassung und Datenzusammenführung in der Interventionsgruppe</i>	24
5.3.2.2 <i>Datenerfassung und Datenzusammenführung in der S-KG</i>	24
5.4 Auswertungsstrategie der Evaluation	24
5.4.1 Effektevaluation	25
5.4.1.1 <i>Auswertungsstrategie für die Hauptzielkriterien</i>	25
5.4.1.2 <i>Auswertungsstrategie für die Nebenzielkriterien</i>	25
5.4.1.3 <i>Effektstärken der Intervention und erforderliche Fallzahl</i>	25
5.4.1.4 <i>Statistische Verfahren</i>	25
5.4.2 Ökonomische Evaluation.....	26
5.4.2.1 <i>Zielpopulation</i>	26
5.4.2.3 <i>Matching und Datenlinkage</i>	27
5.4.2.4 <i>Operationalisierung und Definition der Zielgrößen</i>	27
5.4.2.5 <i>Statistische Auswertungsstrategien</i>	28

5.4.3	Prozessevaluation: Befragungen von Leistungserbringern und Leistungsträgern	28
5.4.4	Entwicklung Vergütungssystematik	29
6.	Projektergebnisse.....	30
6.1	Stichprobengrößen und Kollektive.....	30
6.1.1	Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)	30
6.1.2	Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG).....	30
6.2	Basischarakteristika der Studienteilnehmer	30
6.2.1	Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)	30
6.2.2	Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG).....	31
6.3	Vergleichende Untersuchung der Hauptzielkriterien	31
6.3.1	Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit und Überleitung in Rehabilitation, Versorgungsleistungen in KZP bzw. REKUP.....	31
6.3.1.1	Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)	31
6.3.1.2	Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)	32
6.3.2	Rehospitalisierungen während und nach KZP/REKUP	32
6.3.2.1	Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)	32
6.3.2.2	Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)	32
6.3.3	Rückführung ins häusliche Umfeld bzw. Überleitung in Langzeitpflege.....	32
6.3.3.1	Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)	32
6.3.3.2	Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)	33
6.3.4	Entwicklung des Pflegebedarfs	33
6.3.4.1	Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)	33
6.3.4.2	Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)	33
6.3.5	Entwicklung der Gesundheitskosten (nur TP2).....	34
6.3.6	Mortalität	35
6.3.6.1	Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)	35
6.3.6.2	Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)	35
6.3.7	Akzeptanz der neuen Versorgungsform, fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung.....	35
6.3.8	Zufriedenheit der Leistungserbringer	35
6.3.9	Patientenzufriedenheit	35
6.4	Vergleichende Untersuchung der sekundären Zielgrößen (TP1).....	36
6.4.1	Entwicklung funktioneller Fähigkeiten.....	36

6.4.2 Entwicklung subjektiver Gesundheitszustand	36
6.4.3 Entwicklung der Angehörigenbelastung	36
6.5 Prädiktorenanalysen (TP1)	36
6.6 Entwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen.....	37
7. Diskussion der Projektergebnisse	37
7.1 Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit und Inanspruchnahme von Rehabilitation.....	37
7.2 Rückführung ins häusliche Umfeld und Entwicklung des Pflegebedarfs.....	38
7.3 Rehospitalisierungen und Mortalität	38
7.4 Entwicklung der Gesundheitskosten.....	39
7.5 Einflussfaktoren und Determinanten.....	39
7.6 Akzeptanz, Praktikabilität und Transferpotenzial der neuen Versorgungsform REKUP....	40
7.7 Limitationen	40
7.8 Zentrale Weichenstellerfunktion der KZP ist verstärkt zu beachten	41
7.9 Finanzierungs- und Vergütungsmodelle	42
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	42
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	43
10. Literaturverzeichnis.....	44
11. Anhang.....	45
12. Anlagen.....	46

I. Abkürzungsverzeichnis

ANOVA-RM:	2-faktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung
AOK BW:	AOK Baden-Württemberg
BMI:	Body Mass Index
CC Reha:	Competence-Center Rehabilitation der AOK Baden-Württemberg
CFS:	Clinical Frailty Scale
DiD:	Difference-in-Difference
DP:	Dauerpflege
EAT 10:	Dysphagie-Screening
EQ-5D-5L:	Subjektiver Gesundheitszustand
GDS:	Geriatrische Depressions-Skala
GE:	gesundheitsökonomische Evaluation
GLM:	generalisiertes lineares Modell
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
H-KG:	Historische Kontrollgruppe
HR:	Hazard Ratio
IG:	Interventionsgruppe (REKUP)
IKER:	inkrementelle Kosteneffektivitätsrelation
IQA:	Interquartilsabstand
KG:	Kontrollgruppen
KI:	Konfidenzintervall
Koef:	Koeffizient
KV:	Krankenversicherung
KZP:	Kurzzeitpflege
Max:	Maximum
Min:	Minimum
MMSE:	Mini Mental State Examination
MNA:	Mini Nutritional Assessment
MW:	Mittelwert
NBZ:	Nachbeobachtungszeitraum
nVF:	neue Versorgungsform
NRS:	Numerische Rating Skala
P4P:	Pay-for-Performance
PG:	Pflegegrad
PM:	Personenmonate unter Beobachtung
PV:	Pflegeversicherung
REKUP:	rehabilitative Kurzzeitpflege
SD:	standard deviation
S-KG:	Kontrollgruppe aus Sekundärdaten der AOK Baden-Württemberg
SPV:	Soziale Pflegeversicherung
Std.Fehler:	Standardfehler
t1:	Messzeitpunkt 1 (Aufnahme in REKUP/KZP)
t2:	Messzeitpunkt 2 (Entlassung aus REKUP/KZP)
t3:	Messzeitpunkt 3 (3 Monate nach Entlassung aus REKUP/KZP)
t3x:	zusätzlicher Messzeitpunkt 3 (30 Tage nach Entlassung aus REKUP/KZP)
t4:	Messzeitpunkt 4 (6 Monate nach Entlassung aus REKUP/KZP)
TP1:	Teilprojekt 1 (vergleichende Analysen IG vs. H-KG)
TP2:	Teilprojekt 2 (vergleichende Analysen IG vs. S-KG)
TN:	Teilnehmer
TUG:	Timed Up and Go-Test

Akronym: REKUP

Förderkennzeichen: 01NVF18039

VAS: Visuelle Analogskala
vs.: versus

II. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Standardisiertes Screening- und Beurteilungsverfahren..... 14

Abbildung 2: Versorgungskonzept REKUP..... 16

III. **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner 8

Tabelle 2: Kriteriologie zur Bewertung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen 29

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Inkongruenzen zwischen hohem Rehabilitationsbedarf und geringer Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen sowie niedrige Quoten der Rücküberleitung nach Hause legen nahe, dass bei geriatrischen Patienten, die aus Akutkliniken in Kurzzeitpflege (KZP) entlassen werden, die poststationäre Versorgung optimiert werden kann. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, für rehabilitationsbedürftige, aber (noch) nicht rehabilitationsfähige geriatrische Patienten rehabilitative Kurzzeitpflege (REKUP) als neue Versorgungsform inhaltlich zu definieren, in zwei geriatrischen Rehabilitationskliniken zu implementieren und zu evaluieren.

Methodik: In REKUP wurden gegenüber der derzeitigen Regelversorgung in KZP regelhaft multiprofessionelle rehabilitative Therapien, psychosoziale Angebote und eine kontinuierliche medizinische Betreuung vorgehalten. Die Wirksamkeit wurde in einer kontrollierten, nicht-randomisierten prospektiven Interventionsstudie überprüft. Hierzu wurde über einen Beobachtungszeitraum von 7 Monaten (Aufenthalt in KZP/REKUP und 6-monatige Nachbeobachtungszeit, je nach Sub-Kollektiv jedoch verkürzter Nachbeobachtungszeitraum) die Entwicklung des Gesundheitszustands, des Pflegebedarfs sowie der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Bereich SGB V und SGB XI bei geriatrischen Patienten, die nach akutstationärem Aufenthalt entweder in REKUP (Interventionsgruppe [IG]) oder konventionelle KZP (Kontrollgruppen [KG]) entlassen wurden, analysiert. Der Effekt der neuen Versorgungsform wurde in 2 Teilprojekten im Rahmen vergleichender Analysen überprüft. In Teilprojekt 1 (TP1) wurden auf der Basis klinisch erhobener Daten die Teilnehmer (TN) der IG ($n = 49$) mit einer historischen Kontrollgruppe ([H-KG]: $n = 57$) verglichen, die in Pflegeheimen der Region rekrutiert wurde. In Teilprojekt 2 (TP2) erfolgten vergleichende Analysen zwischen IG ($n = 43$) und einer aus Sekundärdaten der AOK BW generierten KG ([S-KG]: $n = 86$). Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation (GE) wurden die Kosten der Versicherten anhand der Abrechnungsdaten der AOK BW über drei unterschiedlich lange Nachbeobachtungszeiträume (NBZ) analysiert. Hauptzielkriterien waren die Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit und Überleitung in Rehabilitation, die Quoten der Rückführung ins häusliche Umfeld bzw. der Überleitung in Dauerpflege, die Entwicklung des Pflegebedarfs und der Gesundheitskosten, Rehospitalisierungsraten und Mortalität. Leistungserbringer/-träger wurden per Interview zur Akzeptanz und Praktikabilität von REKUP befragt.

Ergebnisse: Im Vergleich zur H-KG zeigte die IG eine signifikant höhere Überleitungsquote in Rehabilitation sowie innerhalb von drei Monaten nach Entlassung eine signifikant höhere Überleitungsquote ins häusliche Umfeld. Der Pflegebedarf der IG bildet sich im Vergleich zur H-KG über ein signifikant weniger häufig negativ verändertes Versorgungssetting ab. Für die GE zeigt die modellbasierte Analyse einen statistisch signifikanten Interventionseffekt hinsichtlich der Kosten der IG gegenüber der S-KG für den kürzesten NBZ. Der auf Basis der Sekundärdatenanalyse ermittelte klinische Outcome zeigt für alle Kollektive einen statistisch signifikanten Unterschied zugunsten der IG. Auf Grundlage der Interviews zeigte sich eine hohe Akzeptanz und gute Praktikabilität von REKUP.

Diskussion: Die klinischen Ergebnisse (TP1) legen nahe, dass die Integration rehabilitativer Therapien in KZP bei einer Subgruppe geriatrischer Patienten mit Rehabilitationsbedarf die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitation steigert, zukünftigen Pflegebedarf reduziert, die Chancen auf Rückkehr nach Hause erhöht und ein längeres Verbleiben im häuslichen Umfeld ermöglicht. Die Ergebnisse der GE zeigen einen ersten Hinweis auf eine Vorteilhaftigkeit von REKUP. Allerdings führen in der Sekundärdatenanalyse Limitationen der Datengrundlage zu einer eingeschränkten Validität der Ergebnisse, sodass der Effekt der Intervention REKUP auf die entstandenen Kosten mit Unsicherheit behaftet und entsprechend kritisch zu betrachten ist.

2. Beteiligte Projektpartner

Einrichtung	Institut	Projektleitung / -mitarbeitende	Rolle im Projekt
AOK Baden-Württemberg (AOK BW)	Hauptverwaltung, Geschäftsbereich Versorgungsinnovation und sektorenübergreifende Versorgungslösungen	Dr. Julia Frankenhauser-Mannuß julia.frankenhauser-mannuss@bw.aok.de 0711 6525 18612	Konsortialführung, Projektleitung - und management
Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD)	Geriatrisches Zentrum am Universitätsklinikum Heidelberg, AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS Heidelberg Lehrstuhl für Geriatrie	Prof. Jürgen Bauer juergen.bauer@agaplesion.de 06221 319 15 01 Dr. Norbert Specht-Leible Anne Keilhauer	Konsortialpartner, Evaluation neue Versorgungsform
Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH (EsFoMed)		Sandra Diekmann sandra.diekmann@esfomed.de 0201 4517 379 Pauline zur Nieden Anja Neumann Kathrin Pahmeier	Konsortialpartner, Evaluation Gesundheitsökonomie
Universität Duisburg-Essen (UDE)	Lehrstuhl für Medizinmanagement	Prof. Jürgen Wasem juergen.Wasem@uni-due.de 0201 18-34283 Dr. Anke Walendzik Theresa Hüer	Konsortialpartner, Entwicklung Vergütungssystematik

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

Fachliche Ansprechpartnerin nach Projektende:

AOK Baden-Württemberg

Hauptverwaltung

Dr. Julia Frankenhauser-Mannuß

Presselstraße 19

70191 Stuttgart

julia.frankenhauser-mannuss@bw.aok.de

Die Kommunikation und Absprache im Konsortium zum Projektverlauf, aber auch zu einzelnen Arbeitsschritten und Meilensteinen erfolgte in regelmäßigen Jour Fixe-Runden. Dort wurden auch wesentliche Zwischenergebnisse abgestimmt und diskutiert.

3. Projektziele

3.1 Hintergrund

Krankheitsbedingte Funktionalitätseinbußen während der stationären Behandlung und eine im Mittel sinkende Krankenhausverweildauer führen bei geriatrischen Patienten zu einer Zunahme der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (KZP) nach Akutklinikaufenthalt (Augurzy et al., 2017; Rothgang & Müller, 2021; Rothgang et al., 2012; Rothgang et al., 2015; Braeske et al., 2017; Brucker et al., 2020; Kutzner & Rärer, 2021). Pflegereports der Pflegeversicherer (Rothgang, 2015) zeigen, dass die Mehrzahl dieser Personen in vollstationäre Dauerpflege überführt wird, während ca. ein Drittel in häusliche ambulante Pflege übergeleitet wird, und nur ca. 6% ohne weitere Pflegebedürftigkeit nach Hause zurückkehren. Unklar ist, ob diese hohe Überleitungsquote in Dauerpflege die Konsequenz einer unvermeidbar hohen Pflegebedürftigkeit des Kollektivs ist oder das Resultat einer nicht ausreichend bedarfsgerechten Versorgung in KZP darstellt (Braeske et al., 2017; Brucker et al., 2020; Kutzner & Rärer, 2021; Deckenbach & Pflug, 2019; Deckenbach et al., 2013).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die hier betrachtete Population mit Blick auf ihre Lebensphase, ihre Versorgungsbedarfe und ihre voraussichtliche Gesundheitsentwicklung eine äußerst heterogene Personengruppe darstellt (Bär et al., 2015; Braeske et al., 2017; Brucker et al., 2020; Deckenbach & Pflug, 2019). Bei einem kleinen Teil der in KZP entlassenen geriatrischen Patienten soll in KZP ein definiertes Zeitfenster bis zum Antritt einer geplanten Rehabilitationsmaßnahme überbrückt werden. Bei einem weiteren Teil liegen zum Zeitpunkt der Aufnahme in KZP trotz nicht gegebener Rehabilitationsfähigkeit (gemäß Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V, Begutachtungsanleitung „Vorsorge und Rehabilitation“) Besserungspotenziale vor, deren Förderung bzw. deren Missachtung von erheblicher Bedeutung für den weiteren Versorgungsbedarf und Versorgungsverlauf ist. Der Anteil der Personen mit Rehabilitationsbedarf nach Akutklinikaufenthalt wird auf etwa 44.4% der geriatrischen Patienten in KZP nach akutstationärem Aufenthalt geschätzt (Janßen, 2018). Demgegenüber werden Rehabilitationsmaßnahmen im Anschluss an Aufenthalte in KZP nur selten in Anspruch genommen (Frankenhauser-Mannuß, 2017; Thiel, 2019; Wasem et al., 2021; Rothgang et al., 2014).

Inkongruenzen zwischen hohem Rehabilitationsbedarf und geringer Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen sowie niedrige Quoten der Rücküberleitung nach Hause legen nahe, dass bei geriatrischen Patienten, die aus Akutkliniken in KZP entlassen werden, die poststationäre Versorgung optimiert werden muss. Offensichtlich gelingt es nicht in ausreichender Weise, Besserungspotenziale zu fördern und Funktionalitätseinbußen auf eine Weise zu stabilisieren oder zu verbessern, dass eine Rückleitung ins häusliche Umfeld möglich wird. Darüber hinaus gelingt es nur unzureichend, häusliche Settings zu stärken und in ausreichendem Maße auf die Versorgung der pflegebedürftigen Person vorzubereiten.

Die bedarfsgerechte Versorgung einer heterogenen Personengruppe hochbetagter multimorbider Menschen in KZP erfordert angemessene pflegfachliche, organisatorische, psychosoziale, ärztliche und rehabilitative Ressourcen. Bisher fehlen jedoch einheitliche Standards und eine Gesetzesgrundlage, die den Versorgungsauftrag hinsichtlich einer Steuerungsfunktion für ältere Personen nach Klinikaufenthalt klar abbilden (Deckenbach et al., 2013; Brucker et al., 2020; Kutzner & Rärer, 2021). Art und Intensität von Versorgungsleistungen folgen mehr dem Zufallsprinzip als den individuellen Bedarfen. Wissenschaftliche Erkenntnisse zum Gesundheitszustand und zur Gesundheitsentwicklung dieses Kollektivs sowie zu Art und Qualität der Versorgung in KZP liegen kaum vor (Rothgang et al., 2015; Bär et al., 2015; Kutzner & Rärer, 2021;

Deckenbach & Pflug, 2019; Deckenbach et al., 2013; Janßen, 2018; Thiel, 2019; Rothgang et al., 2014).

3.2 Zielsetzung, Hypothesen und Fragestellungen

Die neue Versorgungsform rehabilitativer Kurzzeitpflege (REKUP) will bei rehabilitationsbedürftigen, aber (noch) nicht rehabilitationsfähigen geriatrischen Patienten, die nach Akutklinikaufenthalt in KZP entlassen werden, die poststationäre ärztliche, aktivierend-pflegerische und multiprofessionell-therapeutische Versorgung verbessern. Dadurch sollen funktionelle Einschränkungen stabilisiert, Verbesserungspotenziale gefördert und häusliche Versorgungsarrangements gestärkt werden. Die Inhalte der neuen Versorgungsform REKUP für geriatrische Patienten sollten im Rahmen des geförderten Projektes definiert und das Konzept im stationären Setting einer geriatrischen Rehabilitationsklinik implementiert, modellhaft erprobt sowie begleitend evaluiert werden. Dabei wurden neben Informationen zur Entwicklung des Gesundheitszustands und des Pflegebedarfs auch solche zu Akzeptanz, Praktikabilität, Bedarfsorientierung und ggf. Modifikationsbedarf des neuen Versorgungskonzepts REKUP erhoben.

Folgende Arbeitshypothesen wurden geprüft:

1. Bei einem erheblichen Anteil der in REKUP versorgten geriatrischen Patienten gelingt es, Rehabilitationsfähigkeit herzustellen.
2. Mit und ohne Erreichen von Rehabilitationsfähigkeit werden durch REKUP funktionelle Fähigkeiten so stabilisiert bzw. verbessert, dass die Quote der Rücküberleitung geriatrischer Patienten mit und ohne Pflegebedarf ins häusliche Umfeld gesteigert und die Zahl medizinischer Komplikationen sowie frühe Wiederaufnahmen ins Krankenhaus reduziert werden. Ferner werden der Pflegebedarf und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Bereich SGB V und SGB XI insgesamt vermindert.
3. In REKUP werden durch psychosozial unterstützende Maßnahmen häusliche Pflegearrangements so gestärkt, dass nach Rücküberleitung ins häusliche Umfeld die Belastungen pflegender Angehöriger geringer sind als nach Rücküberleitungen aus konventioneller KZP.

Daneben wurden im Rahmen der Evaluation folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Wie beurteilen die an der Umsetzung von REKUP beteiligten Behandler in den Rehabilitationseinrichtungen die Implementierungsstrategie? Welche hindernden oder fördernden Faktoren lassen sich identifizieren? Gibt es Verbesserungsbedarfe bzw. Verbesserungspotenziale mit Blick auf eine erfolgreiche Implementierung?
2. Wie bewerten die in REKUP tätigen Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte sowie die Leistungsträger die Leistungsinhalte, Strukturen und Prozesse von REKUP? Wie bewerten sie die Vorgehensweisen bei der Überleitung in andere Versorgungssektoren (geriatrische Rehabilitation, Langzeitpflege, häusliches Umfeld) mit Blick auf Praktikabilität und Bedarfsorientierung? Gibt es Modifikationsbedarfe und Verbesserungspotenziale?
3. Wie bewerten Leistungserbringer und -träger die Differenzierungsfähigkeit der Zuweisungskriterien für REKUP? Wie wird das vereinfachte Antragsverfahren zur Überleitung in geriatrische Rehabilitation im Anschluss an REKUP bewertet? Sind ggf. Anpassungen erforderlich?

Über die Beantwortung dieser Fragestellungen sollte im Falle einer positiven Evaluation ein Konzept zum Transfer des Modells in andere stationäre Einrichtungen und Versorgungsbereiche erarbeitet und die Nachhaltigkeit des Modells gesichert werden.

3.3 Zielgrößen

Die oben formulierten Hypothesen zur Wirksamkeit der neuen Versorgungsform wurden im Rahmen vergleichender Analysen (Interventionsgruppe [IG] = Versorgung in REKUP vs. Kontrollgruppen [KG] = Versorgung in „konventioneller“ KZP) überprüft.

Hauptzielkriterien sind:

1. Die Häufigkeit der Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit und die Häufigkeit der Überleitung in geriatrische oder indikationsspezifische (orthopädische oder neurologische) Rehabilitation.
2. Die Häufigkeit des Auftretens medizinischer Komplikationen und (früher) Wiederaufnahmen ins Akutkrankenhaus während und nach KZP bzw. REKUP.
3. Die Quote der Rücküberleitung aus KZP bzw. REKUP ins häusliche Umfeld (mit oder ohne Bedarf an ambulanter Pflege) und die Quote der Überleitungen aus KZP bzw. REKUP in stationäre Langzeitpflege.
4. Die Entwicklung des Pflegebedarfs während und nach KZP bzw. REKUP (Anteil pflegebedürftiger Personen, Verteilung der Pflegegrade, Entwicklung der Pflegegrade).
5. Die Entwicklung der Gesundheitskosten während und nach KZP bzw. REKUP.
6. Die Mortalität während und nach REKUP bzw. KZP.
7. Die Akzeptanz der neuen Versorgungsform REKUP in den Modellkliniken (fördernde oder hinderliche Faktoren der Implementierung).
8. Zufriedenheit der Leistungserbringer (Mitarbeiter im Versorgungsbereich REKUP) sowie des Leistungsträgers mit der neuen Versorgungsform (Praktikabilität, Umsetzbarkeit, Modifikationsbedarf).
9. Die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen mit der Versorgung in KZP bzw. REKUP.

Nebenzielkriterien sind:

1. Die Entwicklung funktioneller Fähigkeiten im Bereich der Selbstversorgung (Aktivitäten des täglichen Lebens) und der Mobilität während und nach KZP bzw. REKUP.
2. Die Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustands während und nach KZP bzw. REKUP.
3. Die Belastungen pflegender Angehöriger nach Rücküberleitungen aus KZP bzw. REKUP ins häusliche Umfeld.

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation ist die Analyse der Kosten im Behandlungsverlauf sowie eine Bewertung der Kosten im Verhältnis zum Nutzen (Kosten-Effektivität) der neuen Versorgungsform REKUP anhand von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg (AOK-BW). Kosten und Ressourcenverbräuche von geriatrischen Versicherten, die eine rehabilitative Kurzzeitpflege nach stationärem Krankenhausaufenthalt erhalten, werden denen von Versicherten gegenübergestellt, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt in Kurzzeitpflege gehen.

4. Projektdurchführung

In Abbildung 1 (siehe Anhang 1) sind die während der Projektlaufzeit vom 01.10.2019 bis zum 30.09.2022 bewältigten Arbeitsschritte im zeitlichen Ablauf dargestellt.

4.1 Allgemeinverständliche Beschreibung der neuen Versorgungsform

Die rehabilitative Kurzzeitpflege ist ein trägerübergreifendes Angebot der Kranken- und Pflegeversicherung, wobei Leistungsinhalte der stationären Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI, § 39c SGB V) um rehabilitative Maßnahmen ergänzt und im Setting der stationären

Rehabilitation erbracht werden. Während in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen die Infrastruktur und das Fachpersonal für rehabilitative Therapien fehlen, verfügen Rehabilitationseinrichtungen bereits über multiprofessionelle Teams mit pflegerischen und therapeutischen Kompetenzen. Darüber hinaus entfällt so der belastende Wechsel von einer Kurzzeitpflege- in eine Rehabilitationseinrichtung bei der Inanspruchnahme einer anschließenden stationären Rehabilitationsleistung, sodass weniger Schnittstellenprobleme und Informationsverluste auftreten.

Ziel der rehabilitativen Kurzzeitpflege ist eine bedarfsgerechte Versorgung an der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung. Durch eine Erweiterung der stationären Kurzzeitpflege um aktivierend-therapeutische, multiprofessionelle rehabilitative Elemente, sollen Verbesserungspotentiale frühzeitig genutzt, den bekannten negativen Folgen von Bettlägerigkeit und Inaktivität wie z.B. Muskelatrophie, kognitive und psychische Veränderungen entgegengewirkt und somit der Wiederherstellungsprozess positiv beeinflusst werden.

Dadurch soll in der sich (teilweise) anschließenden Rehabilitation das Rehabilitationspotential voll ausgeschöpft, das Erreichen der Rehabilitationsziele gesichert und ggf. die notwendige Rehabilitationsdauer verkürzt sowie Nachsorgebedarf verringert werden. Dies soll wiederum zu leichterem Rückkehr in das häusliche Umfeld sowie zu einem geringeren Risiko für Wiederaufnahmen im Krankenhaus bzw. Überleitung in Langzeitpflege beitragen.

a) Definition der Zielgruppe

Zielgruppe von REKUP waren rehabilitationsbedürftige, aber entsprechend der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V (noch) nicht rehabilitationsfähige geriatrische Patienten, die aus Akutkliniken in KZP entlassen wurden. Bei diesen lag bei keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mehr vor und eine Entlassung ins häusliche Umfeld war (noch) nicht möglich. Bei vorliegenden Besserungspotenzialen schien es möglich, Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen (positive Rehabilitationsprognose). Die Definition der Zielgruppe folgte den Kriterien der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V vom 2.7.2018 (Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation).

b) Definition des Screeningverfahrens

Auf der Basis der Zielgruppendefinition wurde ein standardisiertes Screening- und Beurteilungsverfahren erarbeitet (siehe Abbildung 1). In Akutkliniken der Untersuchungsregionen Heidelberg / Rhein-Neckar-Kreis und Bad Schönborn / Mittlerer Oberrhein überprüfte der Kliniksozialdienst im Rahmen des Entlassmanagements gemeinsam mit dem zuständigen Arzt die Ein- und Ausschlusskriterien einer Überleitung in REKUP. So wurden Personen identifiziert, die für das neue Versorgungsangebot REKUP geeignet waren.

Da die Festlegung der poststationären Weiterversorgung (Überleitung nach Hause, in Rehabilitation, in KZP oder in REKUP) unter hohem Zeitdruck erfolgt, musste das Screening einfach und praktikabel sein. Zentrale Akteure bei der Weichenstellung sind die Kliniksozialdienste in den Akutkliniken. Sie wurden in die Entwicklung des Screeningverfahrens eingebunden, um dessen Tauglichkeit für den Klinikalltag zu gewährleisten. Für die Durchführung des Screenings wurde ein 1-seitiger Screeningbogen erarbeitet (siehe Anlage 1).

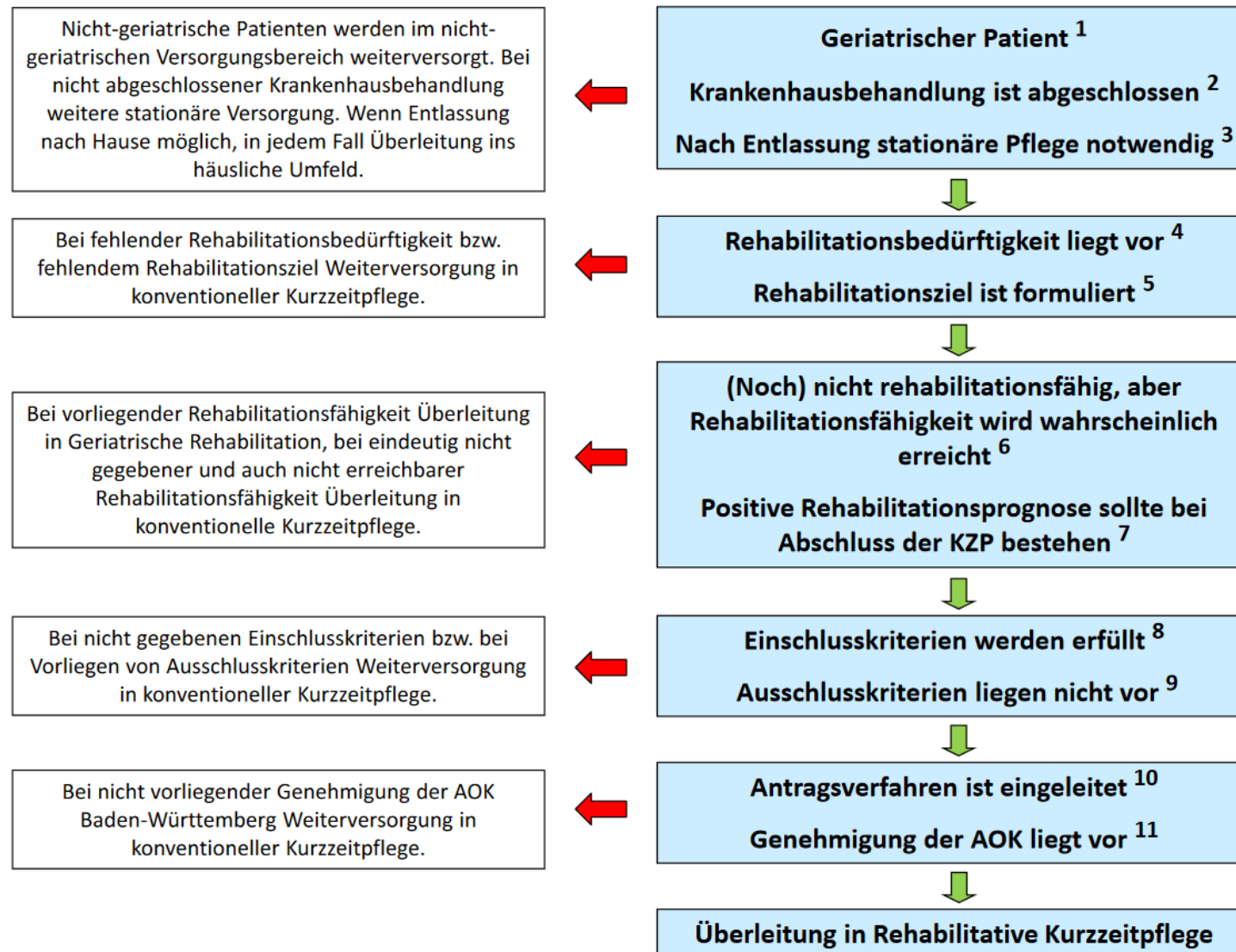
Nachfolgend wurden die Kliniksozialdienste von Akutkliniken der Modellregion über das neue Versorgungsangebot REKUP systematisch informiert und hinsichtlich des Screeningverfahrens zur Identifikation der Zielgruppe sowie zum Zugangsverfahren

Akronym: REKUP

Förderkennzeichen: 01NVF18039

unterrichtet. Dazu wurde unterstützend ein Leitfaden (siehe Anlage 2) erstellt, in dem die für die Indikationsstellung entscheidenden Kriterien und Definitionen, Ein- und Ausschlusskriterien sowie das Zugangsverfahren beschrieben wurden.

Abbildung 1: Standardisiertes Screening- und Beurteilungsverfahren



c) Definition des Zugangsverfahrens

Basis des Zugangs zu REKUP war die Indikationsstellung über ein positives Screening. Die Kliniksozialdienste sowie das Patienten- und Belegungsmanagement der Modellkliniken wurden in die Entwicklung des Zugangsverfahrens eingebunden. Es war Konsens, beim Zugangsverfahren zu REKUP keine neuen Wege zu gehen, sondern ein Vorgehen analog der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen einzuhalten. AHB-Antrag und REKUP-Screeningbogen wurden vom Stationsarzt der Akutklinik gemeinsam mit dem Kliniksozialdienst ausgefüllt und auf den etablierten Kommunikationswegen den zuständigen Prüfstellen (Competence-Center Rehabilitation (CC Reha)) der AOK BW zugeleitet. Nach Bewilligung erfolgte die möglichst zeitnahe Aufnahme (ca. 1-3 Tage zwischen Screening und Überleitung) in eine REKUP-Modellklinik – je nach Belegungssituation der Reha-Klinik. Diese Vorgehensweise wurde an die Mitarbeiter der CC Reha der für die Modellregionen zuständigen AOK-Bezirksdirektionen kommuniziert.

d) Konzeption der neuen Versorgungsform REKUP (Intervention)

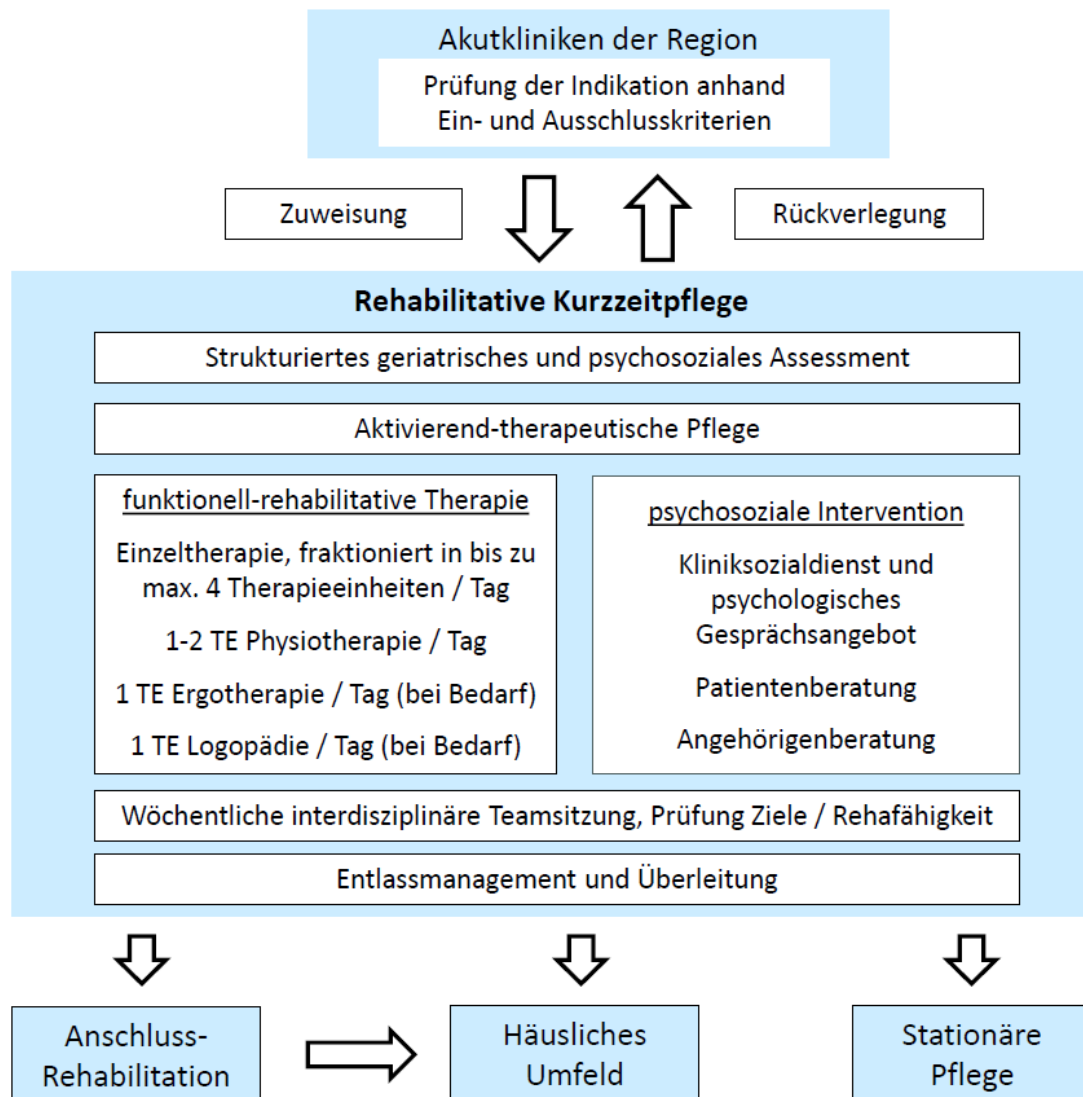
Die REKUP-Behandlung wurde auf den Stationen der Kliniken für Geriatrische Rehabilitation in Heidelberg (AGAPLESION Bethanien Krankenhaus) und Bad Schönborn (cts St. Rochus Kliniken) durchgeführt. Die Versorgung erfolgte durch die in den Kliniken vorgehaltenen multiprofessionellen Teams von Ärzten, Pflegefachkräften sowie Mitarbeitern der therapeutischen Bereiche (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/Gerontologie) und des Kliniksozialdiensts.

Der Versorgungsprozess und die Versorgungsleistungen im Bereich REKUP sind in Abbildung 2 dargestellt. Kernelement für die Organisation der Behandlung in REKUP ist die Durchführung eines standardisierten geriatrischen Assessments zeitnah nach Aufnahme. Auf dieser Basis wurden für jeden Patienten individuelle Behandlungsziele formuliert und ein entsprechender Behandlungsplan erstellt.

Die zur Zielerreichung erforderlichen Maßnahmen (Prophylaxe, Therapie, Beratung) wurden über einen dokumentierten individuellen Therapieplan gesteuert und im Rahmen einer wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzung Ziele und Maßnahmen überprüft und ggf. angepasst. Gleichzeitig wurde dabei gemäß der Begutachtungsanleitung „Vorsorge und Rehabilitation“ des GKV-Spitzenverbands (entsprechend § 282 SGB V) zur geriatrischen Rehabilitation bei jedem Patienten wöchentlich überprüft, ob Rehabilitationsfähigkeit hergestellt werden konnte. Bei hergestellter Rehabilitationsfähigkeit erfolgte die Überleitung in stationäre Rehabilitation.

Grundsätzlich entsprechen die Versorgungsleistungen in REKUP denen der üblichen Versorgung in der geriatrischen Rehabilitation. Alle Patienten erhielten eine Grundversorgung mit aktivierend-therapeutischer Pflege. Arztvisiten fanden zweimal wöchentlich sowie jederzeit bei Bedarf statt. Funktionell-rehabilitative Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, aktivierende Beschäftigung) wurden als Einzeltherapien in Therapieeinheiten von max. 15 Minuten Dauer durchgeführt, wenn angemessen auch in Form von Gruppentherapien. Der gegenüber rehabilitationsfähigen Patienten verminderten Belastbarkeit folgend, erhielt ein Patient maximal 4 Therapieeinheiten pro Tag (siehe Abbildung 2). Ziel aller Maßnahmen war die Förderung vorhandener rehabilitativer Potenziale. Dabei konnte die individuelle Zielsetzung sowohl eine Stabilisierung wie auch eine Verbesserung funktioneller Fähigkeiten bis hin zur Erlangung der Rehabilitationsfähigkeit (gemäß Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V, Begutachtungsanleitung „Vorsorge und Rehabilitation“) sein.

Abbildung 2: Versorgungskonzept REKUP



Die psychosoziale Intervention in REKUP umfasste Patienten- und Angehörigenberatung durch den Kliniksozialdienst sowie ein psychologisches Gesprächsangebot. Zudem erfolgte bei Bedarf eine weitere problemorientierte Beratung (Prothesen-, Ernährungs-, Kontinenzberatung etc.). Ziel war neben der Stärkung häuslicher Versorgungs- und Pflegearrangements nach Überleitung ins häusliche Umfeld mit oder ohne spezielle Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an die KZP auch die Unterstützung personenbezogener psychischer Ressourcen.

Die Zielgruppe wird bisher in konventioneller KZP versorgt. Insbesondere die für alle Patienten in REKUP kontinuierlich gewährleistete ärztliche, therapeutische und psychosoziale Versorgung hebt REKUP deutlich von der Regelversorgung ab, bei der die Vorhaltung von Versorgungsleistungen nicht selten mehr Zufälligkeiten als Bedarfen folgt.

Vorgesehen war beim REKUP-Konzept eine mittlere Verweildauer von 21 Tagen. Bei der Mehrzahl der Patienten wurde eine Rücküberleitung in ihr häusliches Umfeld mit oder ohne Inanspruchnahme einer speziellen Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an REKUP angestrebt. Im Fall erreichter Rehabilitationsfähigkeit wurde über ein vereinfachtes Verfahren ein Antrag auf geriatrische Rehabilitation gestellt und der Patient am selben

Ort, d.h. in der jeweiligen stationären Rehabilitation, ohne zusätzliche Verlegung weiterbehandelt.

Der Personal- und Finanzierungsbedarf für die Umsetzung dieses Versorgungskonzepts wurde unter Einbindung der Abteilungen Finanz- und Rechnungswesen kalkuliert und in mehreren Gesprächsrunden mit den Geschäftsführungen der Modellkliniken abgestimmt. Die Vergütung der REKUP-Behandlung erfolgte auf der Basis eines Tagessatzes, welcher sich an den Entgelten der stationären geriatrischen Rehabilitation orientierte. Für eine realistische Vergütung der neuen Versorgungsform nach Projektende und im Hinblick auf eine mögliche Übertragung in die Regelversorgung entwickelte der Projektpartner Universität Duisburg-Essen entsprechende Finanzierungs- und Vergütungsmodelle (siehe Kapitel 5 und 6).

4.2 Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform

Das Projekt baut auf bestehende Verträge und Strukturen auf. Mit den Rehabilitationseinrichtungen bestehen Verträge nach § 111 SGB V. Für die Durchführung der rehabilitativen Kurzzeitpflege in den stationären Rehabilitationseinrichtungen wurden für das Projekt weitere Verträge über Modellvorhaben nach § 63ff. SGB V geschlossen.

4.3 Implementierung des REKUP-Konzepts in den Modellkliniken

Die mit REKUP verbundenen Versorgungsleistungen sowie die zur Umsetzung erforderlichen Strukturen und Prozesse wurden im Rahmen von Gesprächsrunden auf Abteilungsebene in die patientennahen Bereiche der Modellkliniken kommuniziert. Das REKUP-Konzept unterscheidet sich hinsichtlich Intensität und Frequenz der rehabilitativen Leistungen von der geriatrischen Rehabilitation, nicht jedoch hinsichtlich der grundsätzlich vorgehaltenen Versorgungsleistungen. Alle für REKUP erforderlichen Therapieverfahren sowie Teamstrukturen sind in geriatrischen Rehabilitationskliniken gut etabliert. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten der geriatrischen Rehabilitationskliniken waren deshalb nicht mit neuen Inhalten oder Abläufen konfrontiert, was die Implementierung der neuen Versorgungsform vereinfachte. Neue Prozesse mussten im Bereich Patientenmanagement und Abrechnungswesen etabliert werden, um REKUP-Patienten bei Aufnahme als solche zu kennzeichnen und neue Kostenstellen für die Abrechnung zu definieren.

a) Erarbeitung und Anpassung des Instrumentariums und des Evaluationskonzepts

Siehe Ausführungen im nachfolgenden Kapitel 5.

b) Rekrutierungs- und Beobachtungszeitraum, Datenerhebung und Evaluation

Der Rekrutierungs- und Beobachtungszeitraum mit Datenerhebung begann Ende Oktober 2020 mit der Aufnahme erster Patienten in den Modellkliniken. Die Projektdurchführung war im gesamten Verlauf aufgrund der gravierenden Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Regelversorgung in Akut- und Rehabilitationskliniken erheblich erschwert. Dies betraf alle hier dargestellten Arbeitsschritte, in besonderem Maße aber die Implementierung, Rekrutierung und Datenerhebung. So kam es einerseits zu Verzögerungen gegenüber dem ursprünglich geplanten Projektablauf, weil die Implementierung des REKUP-Versorgungskonzepts in den Modellkliniken erst im Sommer 2020 realisierbar war. Andererseits wurde bei zu geringen Rekrutierungszahlen im weiteren Verlauf die angestrebte Stichprobengröße von 200 REKUP-Teilnehmern weit verfehlt. Nach abschlägig beschiedenem Antrag auf Laufzeitverlängerung musste deshalb das Evaluationskonzept mehrfach überarbeitet und angepasst werden (siehe Kapitel 5).

4.4 Relevante Arbeitsplanänderungen während der Projektlaufzeit

4.4.1 Änderung des methodischen Vorgehens bei der Rekrutierung und Evaluation einer Kontrollgruppe im geriatrischen Teilprojekt

Im Projektantrag wurde formuliert, dass als Kontrollgruppe für das geriatrische REKUP-Teilprojekt eine historische Kontrollgruppe rekrutiert wird, die aus Personen besteht, die nach Akutklinikaufenthalt in „herkömmlicher“ Kurzzeitpflege versorgt werden. Diese im Rahmen einer des REKUP-Projekts vorgeschalteten und vom Innovationsfonds unabhängigen Ist-Analyse im Versorgungsbereich der Kurzzeitpflege praktizierten Vorgehensweise hat sich nach einer einjährigen Laufzeit als methodisch ungeeignet erwiesen. Einerseits erschwerten hohe datenschutzrechtliche Hürden bei diesem Vorgehen das Erreichen einer ausreichenden Fallzahl. Gravierender war jedoch, dass bei diesem Einschlussverfahren, das aus Datenschutzgründen alternativlos ist, in erster Linie Personen rekrutiert wurden, die als Kontrollgruppe für die in REKUP einzuschließenden geriatrischen Patientinnen und Patienten nicht geeignet sind. Zwischenanalysen zeigten, dass bis dahin eingeschlossene Patientinnen und Patienten mit einem durchschnittlichen Barthel-Index von ca. 65 Punkten deutlich „besser“ waren, als die bei REKUP-Patientinnen und -REKUP-Patienten aufgrund der definierten Einschlusskriterien zu erwarten war. Letztere sollten zwar rehabilitationsbedürftig, aber noch nicht rehabilitationsfähig sein. Entgegen den ursprünglichen Erwartungen war die Ist-Analyse somit ungeeignet zur Erstellung einer REKUP-Kontrollgruppe. Vielmehr gaben die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Daten deutliche Hinweise auf eine Fehlallokation. Viele der eingeschlossenen Personen sollten nicht in Kurzzeitpflege versorgt werden, sondern einer geriatrischen Rehabilitation zugeführt werden.

Die Sicherung der Projektziele erforderte deshalb eine Änderung der Methodik bei der Rekrutierung und Evaluation einer Kontrollgruppe. Nach eingehenden Beratungen mit dem Institut für Medizinische Biometrie und Informatik des Universitätsklinikums Heidelberg sowie der AOK Baden-Württemberg sollte die Rekrutierung Evaluation der Kontrollgruppe nun über den Zugriff auf Sekundärdaten der AOK Baden-Württemberg erfolgen (Vgl. Kap. 5.2.2.2)

4.4.2 Änderung der Interventionsdauer und des Nachbeobachtungszeitraums

Eine Aufnahme von Patienten in REKUP war wegen der gravierenden Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Regelversorgung in Akut- und Rehabilitationskliniken nicht wie geplant ab Frühjahr 2020 möglich. Vor dem Hintergrund einer stabilen Pandemie-Situation schien im Sommer 2020 die Implementierung des REKUP-Versorgungskonzepts in den Modellkliniken realisierbar. Der offizielle Startschuss zur Patientenaufnahme erfolgte an den beiden Modellstandorten schließlich Anfang Oktober 2020. Mit Blick auf die Fallzahlerreichung und die Laufzeit des Projekts war deshalb zu berücksichtigen, dass pandemiebedingt eine Verlängerung der ursprünglich für einen Zeitraum von 13 Monaten vorgesehenen Rekrutierungsphase nach aller Wahrscheinlichkeit erforderlich sein würde, sodass zeitgleich ein entsprechender Antrag auf Laufzeitverlängerung gestellt wurde. Die Zuweisungs- und Rekrutierungszahlen waren nachfolgend abhängig vom weiteren Verlauf der COVID-19-Pandemie und deren Auswirkungen auf die Regelversorgung. Auch im Sommer und Herbst 2021 konnten die Rekrutierungszahlen trotz Impffortschritt, pandemischer Erholungsphase und zusätzlichen Maßnahmen zur Intensivierung der Rekrutierung nicht wesentlich gesteigert werden. Vor diesem Hintergrund war kritisch zu reflektieren, ob bei regulärer Fortführung des Projekts eine ausreichende Fallzahl erreicht werden könnte. Dabei war von zentraler Bedeutung, welche Fallzahl für eine methodisch saubere Evaluation des Effekts der Intervention auf die primären Endpunkte mindestens

erforderlich sein würde. Da der Antrag auf Laufzeitverlängerung von Seiten des Förderers im Dezember 2021 negativ beschieden wurde, wurden ab diesem Zeitpunkt als mögliche Szenarien ein sofortiger Abbruch des Projekts bzw. eine reguläre Beendigung ohne Laufzeitverlängerung zum 30.09.2022 erörtert. Eine sofortige Beendigung des Vorhabens hätte keine statistisch abgesicherten Aussagen über den Effekt der REKUP-Intervention erlaubt. Bei regulärer Fortführung ohne Laufzeitverlängerung war eine erneute Anpassung des Evaluationskonzepts erforderlich, um die Erreichung wesentlicher Projektziele und den damit verbundenen Erkenntnisgewinn zu sichern. Diese sah für die IG die Definition von 3 Kollektiven mit unterschiedlich langen Nachbeobachtungszeiträumen vor (vgl. Kap. 5.3.3.1). Grundidee dabei war, möglichst lange neue TN zu rekrutieren, um eine möglichst hohe Fallzahl zu erreichen. Bei einem Projektende zum 30.09.2022 musste die Nachbeobachtungszeit spätestens zum 30.04.2022 enden, weil sonst die für die Evaluation erforderliche Aufbereitung von Sekundärdaten nicht mehr zu gewährleisten war. Dieses Vorgehen wurde im August 2022 offiziell durch den Förderer genehmigt, und das Evaluationskonzept entsprechend angepasst.

4.4.3. Änderung des methodischen Vorgehens bei der Entwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen

Die Entwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen sollte ursprünglich einerseits die Auseinandersetzung mit verschiedenen Finanzierungsansätzen für Leistungen, die SGB-übergreifende Träger betreffen als auch die Umsetzung eines konsentierten konkreten mit Hilfe der im Projekt erhobenen Daten erstellten Finanzierungs- und Vergütungsansatzes basierend auf den Ergebnissen der gesundheitsökonomischen Evaluation, beinhalten. Aufgrund der verlängerten Rekrutierungsdauer standen die Daten der gesundheitsökonomischen Evaluation, welche als Grundlage für die Durchführung des Teilprojekts gedacht waren, nicht rechtzeitig zur Verfügung. Die Entwicklung und Konsentierung von Vergütungsmodellen fand deshalb ohne die Konkretisierung auf Basis der im Projekt erhobenen Kostendaten statt. Stattdessen wurden weiterhin grundsätzlich mögliche Vergütungs- und Finanzierungsmodelle entwickelt, die insbesondere die Fehlanreize an den Sektor- und SGB-Grenzen beim Versorgungsansatzes des Projektes und bei vergleichbaren Maßnahmen adressieren. Mit Hilfe einer wie geplant entwickelten Kriterialektologie wurden diese bewertet und in einem Workshop mit relevanten Stakeholdern diskutiert und konsentiert. Darüber hinaus sollte eine exemplarische Berechnung der Vergütungs- und Finanzierungsflüsse auf Basis von geschätzten Kosten- und Effektdaten des Projektes erfolgen. Mit dem Ziel der Konsolidierung wurden die im Projekt entwickelten grundsätzlichen Modelle im September 2022 in einem Diskussionsworkshop mit relevanten Stakeholdern der Leistungserbringung, der Finanzierung, der Patientenperspektive sowie der Wissenschaft aus den Feldern der geriatrischen Rehabilitation und der Pflege vorgestellt und ausführlich diskutiert. Die Diskussionsergebnisse dienen zur weiteren Ausdifferenzierung der entwickelten Modelle.

5. Methodik

Zur besseren Veranschaulichung der nachfolgenden Darstellungen wurde ein Ablaufplan zur Methodik erstellt (siehe Abbildung 1, Anhang 2).

5.1 Studiendesign

Die Studie untersuchte als nicht-randomisierte, kontrollierte prospektive Interventionsstudie über einen Beobachtungszeitraum von insgesamt 7 Monaten (Dauer

des Aufenthalts in KZP/REKUP und 6-monatige Nachbeobachtungszeit, je nach Kollektiv jedoch verkürzter Nachbeobachtungszeitraum, siehe 5.3) die Entwicklung der Lebenssituation, des Gesundheitszustands, des Pflegebedarfs sowie der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Bereich SGB V und SGB XI bei geriatrischen Patienten, die nach stationärem Aufenthalt in einer Akutklinik entweder in REKUP (Interventionsgruppe = IG) oder konventionelle KZP (Kontrollgruppen = KG) entlassen wurden. Die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform wurde in 2 Teilprojekten im Rahmen vergleichender Analysen (IG vs. KG) überprüft. In Teilprojekt 1 (TP1) wurden auf der Basis klinisch erhobener Daten die Teilnehmer (TN) der Intervention (IG) mit einer historischen Kontrollgruppe (H-KG) verglichen, die in Pflegeheimen der Region rekrutiert wurde (siehe 5.2). In Teilprojekt 2 (TP2) erfolgten vergleichende Analysen zwischen IG und einer aus Sekundärdaten der AOK BW generierten Kontrollgruppe (S-KG) ausschließlich auf der Basis von Sekundärdaten (siehe 5.2).

5.1.1 Fallzahlkalkulation

Aufgrund von Daten der AOK BW zur Inanspruchnahme von KZP nach Akutklinikaufenthalt sowie der Annahme, dass bei etwa 44.4% der Personen dieses Kollektivs ein Rehabilitationsbedarf vorliegt (Janßen, 2018), wurde die Zahl potentieller TN in der Untersuchungsregion auf etwa 500 in 12 Monaten geschätzt. Angestrebt wurde eine Fallzahl von 200 Personen in der IG. Dafür wurden in Heidelberg und in Bad Schönborn je 6 Plätze für REKUP vorgehalten. Bei einer angestrebten mittleren Verweildauer von 21 Tagen war so, bei angenommener verringerter Fallzahl in der Implementierungsphase (ersten beiden Quartale), eine Fallzahl von je etwa 100 Patienten innerhalb von 12 Monaten zu erwarten, maximal 17 Patienten pro Platz und Jahr entsprechend. Diese Kalkulation wurde jedoch aufgrund der Covid-19-Pandemie und ihren gravierenden Auswirkungen auf die Regelversorgung in Akut- und Rehakliniken deutlich verfehlt (siehe Abbildung 1, Anhang 3).

5.1.2 Zielgrößen und Operationalisierung

Die Haupt- und Nebenzielkriterien sind unter 3.3 gelistet. Alle Zielgrößen der Intervention sowie die dazugehörige Operationalisierung sind in Anlage 3 tabellarisch dargestellt.

5.1.3 Untersuchungsvariablen und Erhebungsinstrumente

Untersuchungsvariablen und Erhebungsinstrumente folgten den Haupt- und Nebenzielkriterien der Untersuchung sowie deren Operationalisierung (siehe Anlage 3). Sie sind dem Evaluationskonzept (siehe Anlage 4, Kapitel 5) detailliert zu entnehmen. Im Rahmen der Befragungen wurden etablierte standardisierte Testverfahren des geriatrischen Assessments eingesetzt. Variablen und Instrumentarium im TP1 (IG vs. H-KG) waren identisch, mussten bei der IG jedoch pandemiebedingt stark reduziert werden.

Die Datenerhebung begann Ende Oktober 2020. Zu diesem Zeitpunkt und im gesamten weiteren Verlauf waren aufgrund der COVID-19-Pandemie in den Modellkliniken aufwendige Schutzmaßnahmen etabliert, die die Befragung und Untersuchung von TN erschwerten. Das Untersuchungsprogramm wurde deshalb gegenüber dem ursprünglich geplanten Vorgehen deutlich reduziert, um Belastungen und Gefährdungen für die TN als Hochrisikogruppe möglichst gering zu halten.

Im TP2 wurden ausschließlich aus Routinedaten der KV und PV der AOK BW folgende Parameter übernommen: KV-Nummer und PV-Nummer, Alter und Geschlecht, ICD-kodierte Haupt- und Nebendiagnosen im Akutkrankenhaus, Medikationsverordnungen,

Aufnahmedaten und Verweildauer in Akutklinik, KZP und Rehabilitation, Pflegegrade, Inanspruchnahme von Leistungen für ambulante Pflege und Dauerpflege, Rehospitalisierungen im Verlauf, Mortalität sowie Kostendaten.

5.2 Rekrutierung

5.2.1 Rekrutierung der Interventionsgruppe

Die TN der IG wurden in Akutkliniken der Regionen Heidelberg / Rhein-Neckar-Kreis und Bad Schönborn / Mittlerer Oberrhein rekrutiert. Die Definition der Zielgruppe, das standardisierte Beurteilungsverfahren (Screening) sowie das Zugangsverfahren sind unter 4.1 dargestellt.

Einschlusskriterien waren: Geriatischer Patient (≥ 70 Jahre, Multimorbidität), Krankenhausbehandlung abgeschlossen, nach Entlassung stationäre Pflege notwendig, vorliegende Rehabilitationsbedürftigkeit, ein Rehabilitationsziel war formuliert; Patient war (noch) nicht rehabilitationsfähig, aber es schien wahrscheinlich, dass Rehabilitationsfähigkeit (gemäß der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V, Begutachtungsanleitung „Vorsorge und Rehabilitation“) erreicht werden kann. Partner des Versorgungsvertrags zur Durchführung der neuen Versorgungsform REKUP war die AOK BW, weshalb nur Versicherte dieser Krankenkasse eingeschlossen wurden.

Nicht eingeschlossen wurden Personen, bei denen eindeutig keine Besserungspotenziale vorlagen sowie Personen mit Erkrankungen, deren angemessene Versorgung in REKUP nicht gewährleistet war. *Ausschlusskriterien* waren: Patienten in terminalen Erkrankungsphasen, fehlende Aussicht auf die Herstellung einer ausreichenden Belastbarkeit für eine aktive Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme, vorliegender Pflegegrad (PG) >3 , lebensbedrohliche Akuterkrankung, fortgeschrittene Demenzerkrankung, nicht ausreichende Kommunikationsfähigkeit, ständige Beaufsichtigung erforderlich bei Hinlauftendenz, Eigen- oder Fremdgefährdung, therapierelevante Suchterkrankung, aufwändige Wundversorgung, dialysepflichtiger Patient, Tracheostoma und kontinuierlicher O₂-Bedarf.

Das Vorliegen einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung war ein Ausschlusskriterium. Personen mit leichten und mittelgradigen kognitiven Einschränkungen wurden jedoch eingeschlossen, weil diese nicht gegen die Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit sprachen und der Ausschluss einer relevanten Personengruppe Aussagen zur Wirksamkeit der neuen Versorgungsform REKUP erheblich eingeschränkt hätte.

5.2.2 Rekrutierung der Kontrollgruppen

Das Screening zur Identifikation geeigneter Studienteilnehmer im Rahmen des Entlassmanagements der Akutklinik erfolgte unter hohem Zeitdruck. Der für die Information und Aufklärung der Patienten sowie das Einholen des Einverständnisses erforderliche Zeitaufwand hätte die bevorstehende Entlassung verzögert, und damit die Abläufe in der Akutklinik behindert. Eine Randomisierung in den Akutkliniken war deshalb nicht möglich. Geeignete Personen wurden schnellstmöglich in REKUP übergeleitet. Auch hier war eine Randomisierung nicht praktikabel, weil bei Zuteilung in die KG eine erneute Weiterleitung in konventionelle KZP notwendig, aber nicht zumutbar gewesen wäre.

5.2.2.1 Historische Kontrollgruppe (H-KG)

Bereits im Vorfeld des REKUP-Projekts wurde deshalb in TP1 eine H-KG gebildet. Diese bestand aus Personen, die nach Akutklinikaufenthalt in der Studienregion in herkömmlicher KZP versorgt wurden. Ein- und Ausschlusskriterien der H-KG entsprechen denen der IG, jedoch wurden auch Personen eingeschlossen, die nicht bei der AOK BW krankenversichert sind. Das Screening auf Rehabilitationsbedürftigkeit und Besserungspotenziale wurde von Pflegefachkräften der Pflegeheime durchgeführt.

Nach ca. 1 Jahr Rekrutierung waren nur einzelne TN bei der AOK-BW-versicherte Personen. So war allein mit der H-KG als Kontrolle die Erreichung der Projektziele nicht gesichert, weil für die Evaluation wichtige Kostendaten und Versorgungsverläufe aus Sekundärdaten der AOK BW für die meisten TN der H-KG nicht verfügbar waren.

5.2.2.2 Kontrollgruppe aus Sekundärdaten der AOK BW (S-KG)

Zur Sicherung der Projektziele musste deshalb eine weitere KG über den Zugriff auf Sekundärdaten der AOK BW rekrutiert werden. Die S-KG wurde aus allen Versicherten der AOK BW rekrutiert, die wie die IG direkt im Anschluss an einen Akutklinikaufenthalt in KZP versorgt wurden. Die Identifikation dieser Personen erforderte die Verknüpfung von Daten der Krankenversicherung (KV) und der Pflegeversicherung (PV; siehe 5.3.2.2). Die *Einschlusskriterien* waren: Versorgungsabfolge Aufenthalt in KZP direkt im Anschluss an Aufenthalt in Akutklinik, Alter ≥ 70 Jahre und PG 0 (nicht pflegebedürftig) bis PG 3. *Ausschlusskriterien* waren vorliegender PG >3 , Alter < 70 Jahre sowie der Bezug von Leistungen für stationäre Pflege vor dem initialen Akutklinikaufenthalt.

5.3 Datenerhebung

5.3.1 Datenquellen, Messzeitpunkte und Beobachtungszeitraum

5.3.1.1 Teilprojekt 1: Vergleichende Analysen REKUP (IG) versus H-KG

Abbildung 6 (siehe Anhang 4) stellt den Ablauf der Studie, die Untersuchungszeitpunkte und die Beobachtungszeiträume für die IG dar. Bei Aufnahme in REKUP wurde nach einem Informations- und Aufklärungsgespräch das schriftliche Einverständnis zur Studienteilnahme eingeholt, bei nicht-einwilligungsfähigen Personen das des gesetzlichen Betreuers.

Innerhalb der ersten 3 Tage nach Aufnahme wurde ein Eingangsassessment durchgeführt (*Untersuchungszeitpunkt t1*). Dabei wurden von einer angeleiteten Studienmitarbeiterin neben soziodemografischen Basisdaten, Daten zum Gesundheitszustand und zu Gesundheitsrisiken, zum Pflegebedarf, sowie zu funktionellen Einschränkungen, zum subjektiven Gesundheitszustand, zu Kognition, zu Affekt und zum Ernährungszustand erhoben. Datenquellen waren Routinedaten, Eigen- und Fremdanamnese (Befragung TN, Angehörige bzw. des gesetzlichen Betreuers, Pflegepersonal) sowie die direkte Untersuchung bzw. Testung des TN. Unmittelbar vor Entlassung wurde der Verlauf in REKUP erfasst (*Untersuchungszeitpunkt t2*). Über dieselben Datenquellen wie zu t1 wurden Daten zur Gesundheitsentwicklung wie neue medizinische Probleme oder Komplikationen während REKUP (ungeplanter Abbruch, Wiederaufnahme in Akutklinik, Mortalität), zum Verlauf des Pflegebedarfs, zu Art und Anzahl der Versorgungsleistungen (Arztkontakte, Therapieeinheiten) in REKUP, die subjektive Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in REKUP sowie die Angehörigenbelastung erhoben. Darüber hinaus wurde die subjektive Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, die Sturzangst und das Schmerzempfinden abgefragt sowie Funktionstests mit dem TN durchgeführt.

Bei aufgrund der Covid-19-Pandemie deutlich verfehlten Rekrutierungszielen wäre eine Verlängerung des Rekrutierungszeitraums erforderlich gewesen, um eine Fallzahl zu erreichen, die statistisch gesicherte Aussagen zur Wirksamkeit der Intervention erlaubt hätte. Nach Ablehnung eines Antrags auf Laufzeitverlängerung war es erforderlich, das ursprüngliche Evaluationskonzept anzupassen und 3 Kollektive mit unterschiedlich langen Nachbeobachtungszeiträumen zu definieren (siehe Flow Chart der IG in Abbildung 1, Anhang 5).

Wie in Abbildung 1 (siehe Anhang 6) dargestellt wurde Kollektiv 1 (Aufnahme in REKUP vor dem 09.10.2021) bis t4 (6 Monate nach Entlassung aus REKUP) nachbeobachtet, Kollektiv 2 (Aufnahme in REKUP 10.10.2021 bis 10.01.2022) bis t3 (3 Monate nach Entlassung aus REKUP). Bei Kollektiv 3 (Aufnahme in REKUP vom 11.01.2022 bis 10.03.2022) erfolgte die Nachbeobachtung bis t3x (4 Wochen nach Entlassung aus REKUP). Bei Projektende zum 30.09.2022 endete die Nachbeobachtungszeit für alle Kollektive zum 30.04.2022, um die für die Evaluation erforderliche Aufbereitung von Sekundärdaten noch zu gewährleisten.

In der Nachbeobachtungsphase (3 (t3) und 6 (t4) Monate nach Entlassung aus REKUP bzw. KZP) wurde über telefonische Befragung von TN bzw. Angehörigen oder Pflegekräften der Verlauf nach REKUP erhoben. Diese Befragung umfasste die folgenden Parameter: Wohnsituation, Gesundheitsverlauf mit Erfassung neuer Komplikationen und Rehospitalisierung, Mortalität, Entwicklung des Pflegebedarfs sowie Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen wie ambulanter Pflegedienst oder stationäre Rehabilitation. Zudem wurde die subjektive Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, Schmerzempfinden, funktionelle Fähigkeiten sowie die Angehörigenbelastung erhoben.

Alle TN der H-KG wurden 6 Monate nachbeobachtet, während aus dargestellten Gründen die Nachbeobachtungszeit der Kollektive 2 und 3 der IG verkürzt war. Die Nachbeobachtung von Kollektiv 3 endete zum Untersuchungszeitpunkt t3x, den es nur für diese Subgruppe gab. Davon abgesehen war das methodische Vorgehen (Messzeitpunkte, Datenerhebung, Datenquellen) bei IG und H-KG identisch.

5.3.1.2 Teilprojekt 2: Vergleichende Analysen REKUP (IG) versus S-KG

Der Zugriff auf Sekundärdaten der AOK BW und die Bildung einer S-KG waren erforderlich, um Kostenanalysen zu ermöglichen. 6 Personen der IG verweigerten das Einverständnis, im Rahmen der Evaluation auf bei der AOK BW vorliegende Routinedaten zugreifen zu dürfen. Sekundärdatenanalysen der IG beruhen deshalb auf $n = 43$ TN gegenüber $n = 49$ TN der IG in der unter 5.3.1.1 dargestellten klinischen Erhebung.

Um zu vermeiden, dass unterschiedliche Fallzahlen und Datenquellen beim gleichen Kollektiv (IG) in unterschiedlichen, schwer nachvollziehbaren Ergebnissen resultieren, wurden aus Gründen der methodischen Schärfe im TP2 alle Daten der IG nicht aus der klinischen Erhebung übernommen, sondern den bei der AOK BW vorliegenden Sekundärdaten entnommen. Datenquellen beim TP2 sind somit ausschließlich Routinedaten der KV und PV. Beobachtungszeitraum und Untersuchungszeitpunkte t1 bis t4 inklusive t3x sind in S-KG und IG identisch (klinische Evaluation).

Die gesundheitsökonomische Evaluation wurde aufgrund der in 5.2.2.1 beschriebenen Limitationen der H-KG auf Basis der Daten der S-KG durchgeführt. Bei der klinischen Evaluation wurden die Kollektive primär über den Aufnahmezeitpunkt in REKUP definiert. Abhängig vom Aufnahmezeitpunkt ergaben sich die unterschiedlichen, verkürzten Nachbeobachtungszeiträume. Bei der gesundheitsökonomischen Evaluation hingegen wurden die Kollektive primär über den Nachbeobachtungszeitraum definiert, so dass sich

für TP 1 und TP 2 der klinischen Evaluation andere Kollektivgrößen ergaben als für die gesundheitsökonomische Evaluation. Auch der Referenzpunkt für den Nachbeobachtungszeitraum unterschied sich insofern: so beobachtete die gesundheitsökonomische Evaluation ab Entlassung aus dem initialen stationären Krankenhausaufenthalt (30, 90 bzw. 180 Tage), die klinische Evaluation ab Entlassung aus REKUP bzw. KZP (30, 90 bzw. 180 Tage). Für den Zeitraum vor dem initialen stationären Krankenhausaufenthalt (Prä-Zeitraum) konnten für alle Versicherten für die gesundheitsökonomische Evaluation Kostendaten über 180 Tage berücksichtigt werden.

5.3.2 Datenerfassung und Datenzusammenführung in Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)

5.3.2.1 Datenerfassung und Datenzusammenführung in der Interventionsgruppe

Zur Pseudonymisierung der Daten wurde bei der elektronischen Dateneingabe nur die Studien-ID (Kennzahl des TN) ohne Namen eingegeben. Im TP2 wurden für die IG unter Zugriff auf Sekundärdaten der AOK BW Basisdaten sowie Verlaufsdaten zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Bereich SGB V und SGB XI erhoben und analysiert. Nur so war eine gesundheitsökonomische Bewertung der Intervention möglich. Bei der Datenerhebung zu t1 wurde deshalb bei den TN der IG auch die KV-Nummer erfasst, um die in den Modellkliniken erhobenen Daten mit den Sekundärdaten zu verknüpfen. Die KV-Nummern wurden im AGAPLESION Bethanien Krankenhaus nicht elektronisch gespeichert. Eine Liste mit der Zuordnung von Studien-ID und KV-Nummer wurde nur zum Zwecke der Evaluation an die AOK-BW weitergeleitet.

Diese hat anhand der KV-Nummer die zur Evaluation erforderlichen Daten für jeden TN ermittelt, die zugehörige Studien-ID in den Daten hinterlegt und den Datensatz ohne personenbezogene Angaben an die Evaluatoren in Heidelberg und Essen übermittelt. Dieser erweiterten Nutzung der Daten haben die TN bzw. deren gesetzliche Betreuer explizit zugestimmt bzw. die Nutzung der Daten durch Nicht-Zustimmung entsprechend eingegrenzt.

5.3.2.2 Datenerfassung und Datenzusammenführung in der S-KG

Zur Rekrutierung der S-KG wurden bei der AOK Baden-Württemberg vorliegende Routinedaten aus dem Bereich der KV und der PV verknüpft und analysiert (siehe Anhang 7 : Abbildung 1). Einschlusskriterium war wie bei der IG die Versorgungsabfolge Aufenthalt in KZP direkt im Anschluss an einen Akutklinik-Aufenthalt. Unter allen Versicherten mit diesem Merkmal wurden Personen < 70 Jahre, Personen mit PG >3 sowie Personen, die bereits vor dem initialen Akutklinikaufenthalt Leistungen für stationäre Pflege bezogen, ausgeschlossen. Aus dieser Grundmenge wurden anhand folgender Matchingkriterien für jeden Interventionsgruppenteilnehmer zwei Zwillinge für die Kontrollgruppe selektiert: Pflegegrad vor Krankenhauseinweisung, Diagnosecluster bei Entlassung aus dem Akuthaus, Geschlecht und Alter. An die Basisdaten von t1 wurden für den Nachbeobachtungszeitraum die Verlaufsdaten aus den Bereichen KV und PV angehängt, die für die Evaluation der Hauptzielkriterien der Untersuchung erforderlich waren. Diese Datensätze wurden in pseudonymisierter Form von der AOK Baden-Württemberg an die Evaluatoren in Heidelberg und Essen transferiert.

5.4 Auswertungsstrategie der Evaluation

Das Studiendesign erlaubte durch prä-post-Vergleiche nicht nur Aussagen zur Wirksamkeit von REKUP bei den TN der IG sowie über die Bedeutung unterschiedlicher Prädiktoren des

Outcomes, vielmehr wurde die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform gegenüber konventioneller KZP im Rahmen vergleichender Analysen (Intervention vs. Kontrolle) in 2 Teilprojekten auf der Basis unterschiedlicher Datenquellen überprüft. Aufgrund der deutlich verzögerten Rekrutierung musste das Evaluationskonzept angepasst, und der Nachbeobachtungszeitraum bei 2 Kollektiven der IG verkürzt werden. Die verkürzte Nachbeobachtungszeit bei den Kollektiven 2 und 3 schränkt die Aussagekraft bzgl. der primären Endpunkte 1-6 sowie der sekundären Endpunkte 1-3 (siehe Anlage 3) nicht wesentlich ein. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Nachbeobachtungszeiten wurden für wesentliche Endpunkte Inzidenzraten pro 1000 Personenmonate (PM) berechnet.

5.4.1 Effektevaluation

5.4.1.1 Auswertungsstrategie für die Hauptzielkriterien

Die Hauptzielkriterien 1 bis 4 sowie 6 (siehe Anlage 3) wurden sowohl in TP1 auf der Basis einer klinischen Erhebung als auch in TP2 auf der Basis von Routinedaten der AOK BW überprüft. Um in TP2 Vergleichbarkeit der IG mit der S-KG zu gewährleisten, wurden bei der Rekrutierung der S-KG die TN nach den folgenden Merkmalen zu t1 gematcht (Matched Pairs; 1:2): Alter >70 Jahre, Geschlecht, Hauptbehandlungsdiagnose (entsprechend Clusterung vorab) sowie letzter PG vor Initialaufenthalt (siehe Abbildung 1, Anhang 7). Hauptzielkriterium 5 konnte ausschließlich in TP2 auf der Basis von Sekundärdaten evaluiert werden, die Hauptzielkriterien 7-9 ausschließlich in TP1 auf der Basis klinischer Befragungen.

5.4.1.2 Auswertungsstrategie für die Nebenzieldkriterien

Vergleichende Analysen bzgl. der Nebenzieldkriterien erfolgten zwischen IG und H-KG auf Basis klinischer Daten in TP1 (Anlage 3).

5.4.1.3 Effektstärken der Intervention und erforderliche Fallzahl

Für die Hauptzielgrößen der Intervention lagen zu Studienbeginn nur wenige Daten vor, welche überwiegend das unselektierte Gesamtkollektiv von Personen in KZP betrafen. Sie waren nur bedingt auf die REKUP-Zielgruppe übertragbar. Vor diesem Hintergrund war es schwierig, gut fundierte Erwartungswerte zur Effektstärke der Intervention zu formulieren. Hypothesen zu Effektstärken und erforderlichen Fallzahlen wurden deshalb auf der Basis von Zwischenauswertungen der H-KG bzgl. der primären Endpunkte 1 und 3 formuliert. In diesem Kollektiv wurden ca. 40 % der TN in Rehabilitation übergeleitet und ca. 30 % in Dauerpflege. Bei der Annahme, dass die Überleitungsquote in Rehabilitation von 40 % auf 65 % gesteigert, und die Überleitungsquote in Dauerpflege von 30 % auf 10 % reduziert werden kann, war bei beiden Endpunkten eine Fallzahl von $n = 66$ Teilnehmern ausreichend für eine statistisch erforderliche Power von 80%. Um diese Fallzahl zu erreichen, wurde nach abgelehntem Antrag auf Laufzeitverlängerung die Rekrutierungsphase zu Lasten einer verkürzten Nachbeobachtung in den Kollektiven 2 und 3 der IG verlängert (siehe Abbildung 1, Anhang 5).

5.4.1.4 Statistische Verfahren

Deskriptive Statistiken wurden entsprechend ihres Skalenniveaus und ihrer Verteilung entweder als Häufigkeiten (n) und Prozente (%), Mediane und Interquartilsbereiche (IQR)

oder Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) angeben. Gruppenunterschiede (IG vs. H-KG bzw. S-KG) wurden anhand Chi-Quadrat- bzw. Fisher-Exact-Tests, Mann-Whitney U Tests oder t-Tests für unabhängige Stichproben analysiert.

Veränderungen der verschiedenen Gruppen über den Beobachtungszeitraum (KZP/REKUP, drei und sechs Monate nach KZP/REKUP) wurden mittels 2-faktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung analysiert. Die Identifikation von Prädiktoren für ein verändertes Versorgungssetting innerhalb der IG erfolgte über eine multivariate binär logistische Regressionsanalyse (Likelihood-Quotient, schrittweise Vorwärts-Selektion), in die Variablen eingeschlossen wurden, die sich zuvor in univariaten Analysen zu den Gruppenunterschieden (Veränderung: ja vs. nein) als signifikant erwiesen haben.

Inzidenzraten wurden berechnet, indem die Anzahl der Fälle durch die Gesamtzahl der Personenmonate der Patienten unter Beobachtung geteilt wurde. Bei Eintritt des entsprechenden Ereignisses (Mortalität, Dauerpflege, Rehospitalisierung) bei einem TN wurden dessen beobachtete Personenmonate bis zu diesem Ereignis verwendet (Ausnahme = Rehospitalisierungsfälle: maximale Beobachtungsdauer je Patient). 95%-Konfidenzintervalle für das Inzidenzratenverhältnis zwischen der IG und der H-KG bzw. S-KG basieren auf der Exakten Poisson-Methode und exakten 2-seitiger mittlerer p-Werten. Die statistischen Analysen wurden mit SPSS Version 29 durchgeführt. Ein zweiseitiger p-Wert von $p < 0.05$ wurde als Signifikanzniveau festgelegt.

5.4.2 Ökonomische Evaluation

Um die in Kapitel 3 formulierten Ziele hinsichtlich einer Kosten- und Kosten-Effektivitätsanalyse umzusetzen, wurden die Kosten der Versicherten, die im Anschluss an einen stationären Aufenthalt eine rehabilitative Kurzzeitpflege (REKUP) erhielten, den Kosten von Versicherten gegenübergestellt, die im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt in Kurzzeitpflege (KZP) gingen (S-KG).

5.4.2.1 Zielpopulation

In die gesundheitsökonomische Evaluation wurden alle Versicherten der IG eingeschlossen, die eine Zustimmung für die Auswertung ihrer Routinedaten erteilt haben ($n=43$). Diesen Versicherten wurde eine Kontrollgruppe (S-KG) anhand von definierten Kriterien (Pflegegrad vor Krankenseinweisung, Diagnosecluster bei Entlassung aus dem Krankenhaus, Geschlecht und Alter) zugeteilt (Matched Pairs; 1:2). Einschlusskriterium war wie bei der IG die Versorgungsabfolge Aufenthalt in KZP direkt im Anschluss an einen Akutklinik-Aufenthalt. Unter allen Versicherten mit diesem Merkmal wurden Personen < 70 Jahre, Personen mit PG >3 sowie Personen, die bereits vor dem initialen Akutklinikaufenthalt Leistungen für stationäre Pflege bezogen, ausgeschlossen.

5.4.2.2 Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte

Für die eingeschlossenen Versicherten liegen aufgrund des in Kapitel 5.3.1.1 beschriebenen Rekrutierungsvorgehens unterschiedliche Zeiträume im Nachbeobachtungszeitraum (Post-Zeitraum) vor. Aufgrund dessen wurden 3 Kollektive gebildet, für die die Auswertung separat vorgenommen wurde:

- Kollektiv 1: Nachbeobachtungszeitraum von 180 Tagen,
- Kollektiv 2: Nachbeobachtungszeitraum von 90 Tagen,
- Kollektiv 3: Nachbeobachtungszeitraum von 30 Tagen.

Für den Zeitraum vor dem initialen stationären Krankenhausaufenthalt (Prä-Zeitraum) können Kostendaten für alle Versicherten aller 3 Kollektive über 180 Tage berücksichtigt werden. Der Zeitraum des initialen stationären Krankenhausaufenthalts wird separat betrachtet.

5.4.2.3 Matching und Datenlinkage

In die gesundheitsökonomische Evaluation wurden alle Versicherten der IG eingeschlossen, die eine Zustimmung für die Auswertung ihrer Abrechnungsdaten erteilt haben (siehe 5.3.2.1). Diesen Versicherten wurde eine Kontrollgruppe (S-KG) mittels Group-Matching (Matched Pairs; 1:2) anhand von definierten Kriterien zugeteilt (siehe 5.3.2.2).

Datengrundlage der gesundheitsökonomischen Evaluation waren pseudonymisierte Abrechnungsdaten der AOK-BW für die eingeschlossenen Versicherten (siehe 5.3.2.1 und 5.3.2.2).

Ein Zusammenspielen der Routinedaten mit den in der Studie erhobenen Primärdaten war nicht vorgesehen, da für die KG aufgrund des Studiendesigns ausschließlich Routinedaten vorlagen.

5.4.2.4 Operationalisierung und Definition der Zielgrößen

Folgende Parameter wurden anhand der Routinedaten für die IG und S-KG ermittelt:

- Soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht und Todesdatum,
- Dauer des initialen stationären Krankenhausaufenthalts sowie Anzahl der Rehospitalisierungen während REKUP bzw. des anschließenden KZP-Aufenthalts,
- Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitation sowie einer vollstationären Dauerpflege (DP) im Post-Zeitraum,
- Komorbiditäten anhand des Elixhauser Comorbidity Index Score,
- Inanspruchnahme und Kosten für den jeweiligen Beobachtungszeitraum je Leistungsbereich, d.h. Leistungen der stationären und ambulanten Krankenhausversorgung, Arzneimittel- sowie Heil-/Hilfsmittelversorgung, stationäre Rehabilitation und Pflege],
- Tage bis Dauerpflege oder Tod im Post-Zeitraum.

Die durchschnittlichen Kosten für die einzelnen Leistungsbereiche sowie die durchschnittlichen Gesamtkosten wurden für den jeweiligen Beobachtungszeitraum pro Tag ermittelt, um zu berücksichtigen, wenn Versicherte im Post-Zeitraum verstorben sind (= Kosten je Versicherten/versichertenindividuelle Tage unter Beobachtung).

Zusätzlich wurden die Interventionskosten von REKUP projektbezogen ermittelt, welche sich am Tagessatz der stationären geriatrischen Rehabilitation orientieren.

Für die Kosten-Effektivitäts-Analyse wurde als klinischer Parameter der kombinierte Endpunkt „Tage bis Dauerpflege oder Tod“ gewählt. Dieses ist darin begründet, dass für die KG nur Abrechnungsdaten der AOK-BW vorlagen, sodass ein Parameter gewählt werden musste, der aus den Routinedaten abgeleitet werden konnte. Primäres Ziel der neuen Versorgungsform REKUP ist die Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit. Dieser Parameter kann in den Abrechnungsdaten nicht ermittelt werden, sodass er als Outcome-Parameter für eine Kosten-Effektivitäts-Analyse nicht geeignet war. Sekundäres Ziel ist u. a. die Vermeidung von Dauerpflege. Vor diesem Hintergrund wurde für die Kosten-Effektivitäts-Analyse der kombinierte Endpunkt „Tage bis Dauerpflege oder Tod“ als Outcome-Parameter gewählt. Hierzu wurden auf Basis der Abrechnungsdaten die Tage bis

zum Beginn einer abgerechneten vollstationären Pflege bzw. bis zum Versterben ab Entlassung aus dem Initialaufenthalt gezählt.

5.4.2.5 Statistische Auswertungsstrategien

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation erfolgten deskriptive und inferenzstatistische Analysen der Ressourcenverbräuche und Kosten für die Beobachtungszeiträume anhand der jeweiligen zutreffenden Lageparameter (Minimum, Maximum, Mittelwert, Median, etc.). Für Mittelwertvergleiche wurde der Chi²-Test für kategoriale Variablen und der Mann-Whitney-U-Test für metrische Variablen genutzt. Statistische Signifikanz wurde bei einem p-Wert < 0,05 angenommen.

Um den Interventionseffekt auf die Gesamtkosten zu analysieren, wurde unter Verwendung des Difference-in-Difference-Ansatzes (DiD) ein generalisiertes lineares Modell mit Gamma-Verteilung (GLM) und Identitätslink für alle Kollektive geschätzt. Die so ermittelten inkrementellen Kosten können dem Outcome-Parameter, sofern statistisch signifikant, im Rahmen einer Kosten-Effektivitäts-Analyse gegenübergestellt werden.

Es erfolgte eine univariate Sensitivitätsanalyse hinsichtlich der Interventionskosten. Dabei wurde die Annahme getroffen, dass die Interventionskosten um +/- 10 % variieren, sodass ein möglicher Einfluss auf das Ergebnis ermittelt werden kann.

Zur Beurteilung des Interventionseffekts auf den kombinierten Endpunkt „Tage bis Dauerpflege oder Tod“ wurde eine Cox-Regression durchgeführt. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Ereignis innerhalb eines definierten Zeitraumes eintritt, wird als Hazard Ratio (HR) angegeben. Damit ist die Wahrscheinlichkeit gemeint, mit der Patientinnen und Patienten, die für eine bestimmte Zeit unter Beobachtung stehen, in dieser Zeit in Dauerpflege gehen oder versterben.

5.4.3 Prozessevaluation: Befragungen von Leistungserbringern und Leistungsträgern

Die Evaluation der Hauptzielgrößen 7, 8 und in Teilen 9 erfolgte auf der Basis halbstrukturierter Interviews (Gesprächsleitfäden mit berufsgruppenspezifischen, vorformulierten Schlüssel- und Eventualfragen angelehnt an Helfferich 2011, siehe Anlage 5) mit Ärzten, Therapeuten, Mitarbeitern aus dem Bereich Pflege sowie Verwaltung in den beiden Modellkliniken (REKUP), Mitarbeitern der Kliniksozialdienste (Modellkliniken und zuweisende Akutkliniken) und Mitarbeitern der AOK BW (CC Reha). Um möglichst die Projektumsetzung möglichst realitätsnah abzubilden, wurden für die Stichprobe Personen aus verschiedenen Klinikbereichen und in unterschiedlichen Verantwortungspositionen ausgewählt (siehe Anlage 6).

Vor allen Interviews unterzeichneten die Befragten eine Einverständniserklärung, erst danach wurde die Audioaufzeichnung gestartet und das Interview begonnen. Nachfolgend wurden die Interviews transkribiert und zur Auswertung ein Codesystem (siehe Anlage 7) erstellt. Alle 15 Interviews (12 Einzel- und 2 Interviews mit je 2 Personen, 1 Fokusgruppe) mit insgesamt 18 Personen, wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2002), computergestützt durch MAXQDA, sowie strategisch an Kuckarzt (2012) orientiert, ausgewertet. Die Interviews wurden anhand einer Kürzelliste anonymisiert.

Basierend auf den Ergebnissen wurden Empfehlungen zur Optimierung der Akzeptanz, der Implementierung sowie der Praktikabilität von REKUP hinsichtlich der Inhalte, Strukturen und Prozesse abgeleitet sowie Eindrücke von der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen sowie Annahmen zur antizipierten Wirkung von REKUP abgebildet.

Darüber hinaus wurden nach jeder Befragung kurze Protokolle erstellt, in denen teilweise Aussagen zur Zufriedenheit der Versorgung von Patienten und Angehörigen festgehalten

wurden. Diese erfolgten nicht systematisch, lassen aber ergänzende Eindrücke von der Zufriedenheit entstehen.

5.4.4 Entwicklung Vergütungssystematik

Die Finanzierungs- und Vergütungsmodelle für die Übertragung in die Regelversorgung wurden aufbauend auf einer Analyse der entsprechenden Konzepte für die Bereiche Rehabilitation und Kurzzeitpflege entwickelt. Da es sich bei REKUP um eine Einzelmaßnahme an der Grenze der beiden Sozialversicherungssysteme handelt, wurde auf grundlegend in beiden Systemen angelegte Verhandlungssysteme aufgebaut.

Für beide Bereiche wurden alternative Modelle entwickelt und zur Verdeutlichung von Trade-offs in der Erreichung gesundheitspolitischer Ziele mittels einer auf die Bereiche Finanzierung und Vergütung angepassten, in anderen Projekten schon erprobten, Krieriologie untersucht (vgl. Tabelle 2).

In einem Workshop unter Teilnahme relevanter Stakeholder der Leistungserbringung, der Finanzierung und der Patientenperspektive aus den Feldern der geriatrischen Rehabilitation und der Pflege wurden die Ergebnisse diskutiert und in kritischen Punkten angepasst.

Tabelle 2: Krieriologie zur Bewertung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen

Bewertungskriterium	
Anreize zur Versorgungsqualität	Anreize zu effektiver bedarfsgerechter Versorgung
	Anreize zu Patientenorientierung
	Anreize für Patientensicherheit
	Anreize zu Behandlungscoordination
Anreize zur Wirtschaftlichkeit	Anreize zu Behandlungseffizienz
	Anreiz-/Teilnahmekompatibilität für Leistungserbringer*innen und Patient*innen
Weitere Kriterien	Anreize bzgl. Equity/Gleichheit im Patientenzugang
	Innovationszugang
	Leistungsgerechtigkeit gegenüber Leistungserbringer*innen
	Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit**
	Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen
	Transparenz und Regulierbarkeit
	Realisierbarkeit

*nur für Vergütungsmodelle anwendbar, ** nur für Finanzierungsmodelle anwendbar

Quelle: eigene Darstellung (siehe auch Walenzik & Wasem 2019)

Eine Konkretisierung mit Kostendaten aus der gesundheitsökonomischen Evaluation des Projekts konnte nicht vorgenommen werden, da in Absprache mit dem Förderer aufgrund der Verzögerungen im Projektablauf noch keine entsprechenden Daten vorlagen.

6. Projektergebnisse

Nachfolgend sind die Ergebnisse und Analysen der klinischen Erhebung (TP1: IG vs. H-KG) sowie der Sekundärdatenanalysen (TP2: IG vs. S-KG) jeweils getrennt dargestellt, sowie die Ergebnisse der qualitativen Erhebung, der gesundheitsökonomischen Evaluation und der Entwicklung einer Vergütungssystematik und Vergütungsmodellen. Alle Detailergebnisse zur Effektevaluation sind in den Tabellen in Anhang 8 abgebildet, die ausführlichen Ergebnisse der Prozessevaluation sind in Anhang 10 zu finden.

6.1 Stichprobengrößen und Kollektive

6.1.1 Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)

In den Modellkliniken in Heidelberg und Bad Schönborn wurden von Oktober 2020 bis März 2022 insgesamt 54 TN in REKUP aufgenommen. Diese wurden im Rahmen des Entlassmanagements (Akutklinik) ca. 1-3 Tage nach erfolgtem Screening und Antragstellung in eine der REKUP-Modellkliniken übergeleitet. 5 TN verweigerten das Einverständnis zur Evaluation. Bei den eingeschlossenen 49 TN (1 Drop-out im Verlauf, siehe Abbildung 1, Anhang 5) wurden 3 Kollektive mit unterschiedlichen Nachbeobachtungszeiten gebildet (siehe 5.3). Kollektiv 1 (Nachbeobachtung 6 Monate nach Entlassung aus REKUP) bildeten $n = 28$ Personen, Kollektiv 2 (Follow-up 3 Monate) bestand aus $n = 13$ Personen und Kollektiv 3 (Nachbeobachtung für 4 Wochen nach Ende REKUP) aus $n = 8$ Personen (siehe Flow Chart IG, Abbildung 1, Anhang 5).

Die H-KG wurde im Zeitraum Februar 2019 bis März 2020 in Pflegeeinrichtungen der Untersuchungsregion rekrutiert und umfasste $n = 57$ Personen ($n = 4$ Drop-outs im Verlauf).

6.1.2 Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)

6 Personen der IG verweigerten die Zustimmung zur Verarbeitung der Routinedaten (siehe 5.3.1.2). Sekundärdatenanalysen basierten deshalb auf $n = 43$ TN der IG. Diese unterteilten sich wie folgt in drei Kollektive: Kollektiv 1 umfasste $n = 24$, Kollektiv 2 $n = 12$ und Kollektiv 3 $n = 7$ Personen. Aus den Routinedaten der AOK BW wurden über matching $n = 86$ Personen als S-KG definiert (siehe 5.3.2.2). Die gematchten TN wurden entsprechend der IG in drei Kollektive unterteilt. Kollektiv 1 beinhaltete $n = 48$, Kollektiv 2 umfasste $n = 24$ und Kollektiv 3 $n = 14$ Personen.

6.2 Basischarakteristika der Studienteilnehmer

6.2.1 Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)

TN der IG und der H-KG unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Alter ($p = .601$), Geschlecht ($p = .367$), Wohnsituation ($p = .968$), PG zum Zeitpunkt der Aufnahme in REKUP bzw. KZP ($p = .564$), Anzahl der Nebendiagnosen ($p = .283$) und Pflegebedarf bzw. der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes ($p = .591$). Über die Hälfte der TN beider Gruppen lebten vor dem Akutaufenthalt allein. In beiden Gruppen war ein erheblicher Teil der Personen kognitiv leicht eingeschränkt, es ergaben sich jedoch diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede ($p = .381$; siehe Basischarakteristika TP1 in Anhang 8: Tabelle 1).

Auch hinsichtlich weiterer zum Zeitpunkt t1 durchgeführter standardisierter Tests und Untersuchungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und H-KG (GDS: $p = .955$; MNA: $p = .295$; BMI: $p = .494$; CFS: $p = .418$; Sturzgeschichte: $p = .504$; siehe Anhang 8: Tabelle 1).

Signifikante Unterschiede bestanden bei der den Akutklinikaufenthalt verursachenden Hauptdiagnose ($p = .042$). Unfallchirurgisch-orthopädische Hauptdiagnosen waren in der IG überrepräsentiert. Bei Aufnahme in KZP bzw. REKUP nahmen die TN der IG signifikant mehr Medikamente ein als die TN der H-KG ($p < .001$). Auch bzgl. des Barthel-Index bei Aufnahme ließen sich signifikante Unterschiede feststellen ($p = .025$). So erreichten die TN der H-KG einen höheren Punktwert als die TN der IG (siehe Anhang 8: Tabelle 1).

6.2.2 Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)

TN der IG und der S-KG unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Alter ($p = .621$), Geschlecht ($p > .999$), PG vor Initialaufenthalt ($p = .944$) sowie Hauptdiagnosen ($p = .857$). Signifikante Unterschiede bestanden bei der Anzahl der Nebendiagnosen (mehr Nebendiagnosen der IG; $p < .001$) sowie der Anzahl der Medikamente (mehr Medikamente der S-KG; $p < .001$; siehe Basischarakteristika TP2 in Anhang 8: Tabelle 2).

6.3 Vergleichende Untersuchung der Hauptzielkriterien

Nachfolgend sind die Ergebnisse der primären Zielgrößen für TP1 (IG vs. H-KG) und TP2 (IG vs. S-KG) dargestellt (siehe hierzu auch Tabelle 3 zu TP1 und Tabelle 4 zu TP2 in Anhang 8). Um die unterschiedlichen Nachbeobachtungszeiträume der Kollektive 1 bis 3 von IG und S-KG zu berücksichtigen, wurden für wesentliche primäre Endpunkte Inzidenzraten pro 1000 Personenmonaten (PM) unter Beobachtung berechnet. Diese sind in den Tabellen 5 (TP1) und Tabelle 6 (TP2) dargestellt (siehe Anhang 8). Zudem wird über die Gesundheitsversorgung sowie die Versorgungsleistungen in TP 1 (IG vs. H-KG) berichtet (siehe Tabellen 7 und Tabelle 8 in Anhang 8).

6.3.1 Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit und Überleitung in Rehabilitation, Versorgungsleistungen in KZP bzw. REKUP

6.3.1.1 Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)

Die Abrechnungstage in REKUP (IG) betragen signifikant mehr als in konventioneller KZP (H-KG; $p = .001$, siehe Anhang 8: Tabelle 7).

Signifikant mehr TN der IG als der H-KG erreichten Rehabilitationsfähigkeit (gemäß Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V, Begutachtungsanleitung „Vorsorge und Rehabilitation“) und wurden, nach Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit im Rahmen der wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzung, in stationäre geriatrische Rehabilitation übergeleitet ($p < .001$; siehe Anhang 8: Tabelle 3). Der Anteil der rehabilitationsfähigen TN der IG entspricht dem der Rehaüberleitungen. Nur bei wenigen TN der IG konnte, insbesondere aufgrund von Rehospitalisierung, keine Rehabilitationsfähigkeit hergestellt werden.

Alle TN der IG wurden physiotherapeutisch behandelt (durchschnittlich 327 Minuten pro TN/Aufenthalt), fast alle erhielten Ergotherapie (durchschnittlich 187 Minuten pro TN/Aufenthalt), etwa ein Viertel Logopädie (durchschnittlich 187 Minuten pro TN/Aufenthalt) und knapp die Hälfte wurde durch den Kliniksozialdienst unterstützt (durchschnittlich 240 Minuten pro TN/Aufenthalt). Fast alle der REKUP-TN erhielten zusätzliche unterstützende oder therapeutische Maßnahmen wie Sturzprophylaxe-Training, physikalische Therapie, Entspannungsübungen, Ernährungs- oder Kontinenzberatung sowie supportive psychologische Gespräche (durchschnittlich 247 Minuten pro TN/Aufenthalt; siehe Anhang 8: Tabelle 8).

In konventioneller KZP (H-KG) wurden knapp zwei Drittel der TN physiotherapeutisch behandelt, jeweils 1 Person erhielt Ergotherapie oder Logopädie, Unterstützung durch Sozialdienste oder psychologische Gespräche waren nicht erfolgt. Im Vergleich zur IG ergaben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der erbrachten Versorgungsleistungen ($p = .001$; siehe Anhang 8: Tabelle 7).

6.3.1.2 Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)

Die Abrechnungstage in REKUP (IG) betragen signifikant mehr als in KZP der S-KG ($p = .030$; siehe Tabelle 3).

Es wurden hoch signifikant mehr TN der IG in geriatrische Rehabilitation übergeleitet als TN der S-KG ($p < .001$; siehe Anhang 8: Tabelle 4).

Insgesamt wurden über alle Gruppen fast alle Rehabilitationsmaßnahmen direkt im Anschluss an den Aufenthalt in REKUP/KZP durchgeführt.

6.3.2 Rehospitalisierungen während und nach KZP/REKUP

6.3.2.1 Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)

In REKUP wurden alle TN zwei Mal wöchentlich sowie bei Bedarf vom Stationsarzt visitiert. In der H-KG hatten, im Vergleich, hoch signifikant weniger Personen Arztkontakt in KZP ($p < .001$). Im Falle einer hausärztlichen Betreuung wurde mehr als die Hälfte nicht von ihrem bisherigen Hausarzt betreut (siehe Anhang 8: Tabelle 7).

Während REKUP/KZP gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich einer Rehospitalisierung zwischen IG und H-KG ($p = .278$; siehe Anhang 8: Tabelle 3). Auch bis zum Ende der Nachbeobachtung fanden sich weder bei der Zahl rehospitalisierter Personen (t3: $p = .473$; t4: $p = .838$; siehe Anhang 8: Tabelle 3) noch bei der Gesamtzahl der Rehospitalisierungen (t3: $p = .118$; t4: $p = .965$; siehe Anhang 8: Tabelle 3) signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Auch über die Berechnung der Inzidenzraten unter Berücksichtigung der verschiedenen Nachbeobachtungszeiträume der Kollektive ergaben sich weder hinsichtlich der Anzahl rehospitalisierter Personen ($p = .782$) noch für die Rehospitalisierungsfälle ($p = .090$) signifikanten Unterschiede zwischen IG und H-KG (siehe Anhang 8: Tabelle 5).

6.3.2.2 Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)

Zwischen IG und S-KG fanden sich sowohl während REKUP bzw. KZP ($p = .023$) als auch im Nachbeobachtungszeitraum zu beiden Zeitpunkten (t3: $p = .029$; t4: $p = .043$) signifikante Unterschiede hinsichtlich der rehospitalisierten Personen. Auch in Bezug auf die Rehospitalisierungsfälle ergaben sich signifikante Unterschiede betreffend KZP bzw. REKUP ($p = .022$), jedoch nicht mehr für die Zeitpunkte t3 und t4 (siehe Anhang 8: Tabelle 4). Auch über die Berechnung der Inzidenzraten ergab sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der rehospitalisierten Personen ($p = .019$), nicht jedoch bzgl. der Rehospitalisierungsfälle (siehe Anhang 8: Tabelle 6).

6.3.3 Rückführung ins häusliche Umfeld bzw. Überleitung in Langzeitpflege

6.3.3.1 Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)

Nur eine sehr geringe Anzahl von REKUP-TN mussten die sich anschließende geriatrische Rehabilitation aufgrund medizinischer Komplikationen abbrechen oder beendeten diese auf eigenen Wunsch vorzeitig. Die überwiegende Mehrheit konnte nach erfolgreichem Abschluss von REKUP bzw. anschließender Rehabilitation bis t3 ins häusliche Umfeld

zurückgeführt werden und damit signifikant mehr Personen als in der H-KG ($p = .011$; siehe Anhang 8: Tabelle 3).

Im Beobachtungszeitraum bis 3 Monate nach Ende von REKUP bzw. KZP wurden signifikant mehr TN der H-KG in stationäre Dauerpflege übergeleitet ($p = .015$; siehe Anhang 8: Tabelle 3). Dieser Effekt zeigte sich bei der Nachbeobachtung über 6 Monate nicht mehr. Die Inzidenzrate per PM für die Überleitung in Dauerpflege war in der IG signifikant niedriger als in der H-KG ($p = .029$; siehe Anhang 8: Tabelle 5).

6.3.3.2 Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)

Hoch signifikant mehr TN der IG konnten im Vergleich zur S-KG nach erfolgreichem Abschluss von REKUP bzw. anschließender Rehabilitation bis zum Zeitpunkt t3 ins häusliche Umfeld zurückgeführt werden ($p < .001$, siehe Anhang 8: Tabelle 4).

Im Beobachtungszeitraum bis 3 Monate nach Ende von REKUP bzw. KZP wurden hoch signifikant mehr TN der S-KG als TN der IG in stationäre Dauerpflege übergeleitet ($p < .001$). In der Nachbeobachtung bis t4 lässt sich ebenfalls ein hoch signifikanter Unterschied feststellen und weitaus mehr TN der S-KG als der IG wurden in Dauerpflege übergeleitet ($p < .001$; siehe Anhang 8: Tabelle 4). Auch die Inzidenzrate für eine Überleitung in Dauerpflege war nach REKUP hoch signifikant niedriger als in der S-KG ($p < .001$; siehe Anhang 8: Tabelle 6).

6.3.4 Entwicklung des Pflegebedarfs

6.3.4.1 Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)

Beim Vergleich der PG-Entwicklung innerhalb von 3 Monaten nach Ende von REKUP bzw. KZP konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der IG und H-KG festgestellt werden ($p = .903$). Auch nach 6 Monaten waren keine Unterschiede zu erkennen ($p = .910$; siehe Anhang 8: Tabelle 9).

Jedoch ließ sich bei einem signifikant höheren Anteil der H-KG im Vergleich zur IG innerhalb von 3 Monaten nach Ende von REKUP bzw. der KZP ein verändertes Versorgungssetting als Ausdruck erhöhten Pflegebedarfs (d. h. Wechsel in Dauerpflege oder Stärkung häuslicher Pflegearrangements durch neu engagierte ambulante Pflegedienst, pflegende Angehörige oder 24-h-Pflege) erkennen ($p = .004$; siehe Anhang 8: Tabelle 3).

6.3.4.2 Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)

Beim Vergleich der PG-Entwicklung zwischen IG und S-KG innerhalb der 3 Monate nach Ende von REKUP bzw. KZP war kein signifikanter Unterschied feststellbar ($p = .245$). Auch in der Nachbeobachtungszeit von 6 Monaten ließ sich kein Effekt auf die PG-Entwicklung abbilden ($p = .135$; siehe Anhang 8: Tabelle 10).

Ein hoch signifikanter Unterschied zwischen IG und S-KG zeigte sich in einer Veränderung des Versorgungssettings (d. h. Wechsel in Dauerpflege oder neue Inanspruchnahme ambulanter Pflege). So kam es im Zeitraum bis t3 bei TN der S-KG signifikant öfter zu einem negativ interpretierbaren Versorgungssetting als in der Gruppe der IG ($p < .001$; siehe Anhang 8: Tabelle 4).

6.3.5 Entwicklung der Gesundheitskosten (nur TP2)

Die Darstellung der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation gliedert sich nach den in der Methodik beschriebenen drei Kollektiven (Kollektiv 1: 180 Tage Nachbeobachtungszeit; Kollektiv 2: 90 Tage Nachbeobachtungszeit; Kollektiv 3: 30 Tage Nachbeobachtungszeit).

Für die gesundheitsökonomische Evaluation konnten in Kollektiv 1 24 (IG1) bzw. 48 (KG1), in Kollektiv 2 36 (IG2) bzw. 72 (KG2) und in Kollektiv 3 43 (IG3) bzw. 86 (KG3) Versicherte berücksichtigt werden. Statistisch signifikante Unterschiede in den Gruppen zeigten sich hinsichtlich der Dauer des initialen stationären Aufenthalts (zugunsten der KG) [Kollektiv 1 bzw. 3: $p < 0,05$; Kollektiv 2: $p < 0,01$] sowie, bezogen auf den Nachbeobachtungszeitraum, hinsichtlich der Anzahl an Versicherten mit Leistungen der DP ($p < 0,001$), Leistungen aus dem stationären Rehabereich ($p < 0,001$) sowie dem Anteil an Verstorbenen ($p < 0,05$) (zugunsten der IG). Der im Rahmen der GE genutzte auf Sekundärdaten basierende klinische Outcome „Tage bis DP oder Tod“ war in allen Kollektiven statistisch signifikant unterschiedlich zugunsten der IG ($p < 0,001$). Der Tabelle 11 und den Abbildungen 1-3 im Anhang 8 können weitere Details entnommen werden.

Tabelle 12 im Anhang 8 zeigt die Ergebnisse der Kosten über alle Kollektive, d. h. hier sind die durchschnittlichen Kosten der Versicherten für ihren jeweiligen maximalen Nachbeobachtungszeitraum berücksichtigt. Es zeigen sich statistisch signifikante Kostenunterschiede im Prä-Zeitraum ($p < 0,05$), nicht jedoch für Kosten des Initialaufenthaltes oder die durchschnittlichen Kosten im Post-Zeitraum.

In den Tabellen 13 - 15 im Anhang 8 sind die Ergebnisse zu den Kosten – gesamt und je Leistungsbereich – je Kollektiv dargestellt. Die Gesamtkosten je Tag waren im Kollektiv 1 im Prä-Zeitraum statistisch signifikant ($p < 0,05$) unterschiedlich, im Post-Zeitraum nicht. Die Difference-in-Difference-Berechnung zeigt hier einen Kostenvorteil der IG, ohne dass sich für den Interventionseffekt im generalisierten linearen Modell (GLM) ein statistisch signifikanter Einfluss zeigt. Das Ergebnis für Kollektiv 2 ist dem des Kollektivs 1 ähnlich, abgesehen davon, dass auch im Prä-Zeitraum kein statistisch signifikanter Unterschied zu erkennen ist.

Im Kollektiv 3 gibt es für die Kosten im Prä- und Post-Zeitraum keinen statistisch signifikanten Unterschied. Bei der Difference-in-Difference-Berechnung ergibt sich ein Kostenvorteil der IG gegenüber der KG, bei einem statistisch signifikanten Einfluss des Interventionseffekts auf die Kosten basierend auf den Ergebnissen des GLM ($p < 0,05$). Die detaillierten Ergebnisse sind in den Tabellen 16-18 abgebildet (siehe Anhang 8).

Bei statistisch signifikanten Vorteilen des klinischen Outcomes und gleichzeitig geringeren oder gleichen Kosten entfällt die Berechnung einer inkrementellen Kosteneffektivitätsrelation (IKER) im Sinne einer Kosten-Minimierungs-Analyse.

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass vor dem Hintergrund der kleinen Fallzahl, dem Studiendesign und den dem Matching inhärenten Limitationen (u. a. keine Möglichkeit Rehapotenzial als Kriterium einzuschließen) die Validität der Ergebnisse eingeschränkt ist. Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wurde geprüft, inwieweit eine Variation der Höhe der Interventionskosten zu einer Veränderung der Ergebnisse führen kann. Es zeigt sich dabei im Kollektiv 3 ein statistisch signifikanter Kostenvorteil der IG gegenüber der KG ($p < 0,05$) bei einer Senkung der Interventionskosten um 10%.

6.3.6 Mortalität

6.3.6.1 Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)

Sowohl während REKUP bzw. KZP ($p = > .999$) als auch im Nachbeobachtungszeitraum (t3: $p = .587$; t4: $p = .723$) wurden hinsichtlich der Mortalitätsrate im Vergleich zwischen IG und H-KG keine Unterschiede sichtbar (siehe Anhang 8: Tabelle 3). Auch über die Inzidenzraten zeigen sich in TP1 keine signifikanten Unterschiede ($p = .971$; siehe Anhang 8: Tabelle 5).

6.3.6.2 Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)

Sowohl in der Beobachtungszeit während REKUP bzw. KZP ($p = .005$) als auch im Zeitraum bis t3 ($p = .019$) lässt sich ein signifikanter Unterschied in der Mortalitätsrate zwischen IG und S-KG feststellen, der bis t4 ($p = .057$) nicht mehr abbildbar ist (siehe Anhang 8: Tabelle 5). Über den Gesamtverlauf per PM war die Risikorate für Mortalität in der IG gegenüber der S-KG signifikant erniedrigt ($p = .037$; siehe Anhang 8: Tabelle 6).

6.3.7 Akzeptanz der neuen Versorgungsform, fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung

Zur Evaluierung der Akzeptanz sowie der Zufriedenheit der Leistungserbringer mit der Praktikabilität (Inhalte, Strukturen, Prozesse) von REKUP wurden 14 halbstrukturierte Interviews (12 Einzelinterviews, 2 Interviews mit je 2 Personen) sowie eine Fokusgruppe mit insgesamt 18 Personen durchgeführt. In den beiden Modellkliniken wurden insgesamt 12 Personen befragt, in den Akutkliniken 3 Mitarbeiter des Sozialdienstes und beim Leistungsträger 3 Mitarbeiter der CC Reha (siehe Anlage 6). Bei der Befragung der Mitarbeiter der Modellkliniken und der Akutkliniken zeigte sich eine sehr hohe Akzeptanz der erprobten Versorgungsform. Alle Befragten bewerteten die Implementierung von REKUP als gelungen (siehe 6.3.7 in Anhang 10).

6.3.8 Zufriedenheit der Leistungserbringer

Alle Befragten bewerteten die REKUP-Inhalte als sehr gut umsetzbar. Pflege-Mitarbeiter wiesen jedoch darauf hin, dass bei z.T. erhöhtem pflegerischem Aufwand vermehrt auf die Grenzen der pflegerischen Versorgung in einer Rehaklinik zu achten ist. Auch Screening, Antragstellung und Zugangsverfahren wurden von allen Beteiligten als gut praktikabel beurteilt (siehe 6.3.8 in Anhang 10).

6.3.9 Patientenzufriedenheit

Bei der Patientenzufriedenheit waren per Fragebogen (ZUF-8) keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und H-KG zu erkennen ($p = .768$; siehe Anhang 8: Tabelle 8). Im Rahmen der qualitativen Interviews mit den Leistungserbringern wurde auch die wahrgenommene Zufriedenheit der Patienten sowie die antizipierte Wirkung erfragt. Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Versorgungskonzept wurde dabei als sehr hoch wahrgenommen (siehe 6.3.9.a in Anhang 10). Als besonders zuträglich für den Therapieerfolg wurde die nahtlose Überleitung ohne Ortswechsel als auch die lange Verweildauer bewertet, da diese den Druck sowohl von Patienten als auch Angehörigen und Kliniken nehme (siehe 6.3.9.b in Anhang 10).

Zudem wurden z.T. nach den Befragungen kurze Protokolle erstellt, in denen u.a. Aussagen zur Zufriedenheit der Versorgung von Patienten und Angehörigen festgehalten

wurden. Diese erfolgten nicht systematisch, lassen aber ergänzende Eindrücke von einer hohen Zufriedenheit entstehen (siehe 6.3.9.c in Anhang 10).

6.4 Vergleichende Untersuchung der sekundären Zielgrößen (TP1)

Die Ergebnisse der sekundären Endpunkte für IG und H-KG wurden vergleichend gegenübergestellt (siehe Anlage 3). Die Ergebnisse basieren in beiden Gruppen auf teilweise deutlich verringerten Fallzahlen. Fehlende Daten waren in der H-KG wesentlich durch logistische Probleme verursacht (nur 1 Besuchstermin in der Pflegeeinrichtung möglich), in der IG durch allgemeine pandemiebedingte Schutzmaßnahmen sowie Vorgaben zur Vermeidung zusätzlicher studienbedingter Risiken in Pandemiezeiten. Die detaillierten Ergebnisse sind in den Tabellen 19 – 21 abgebildet (siehe Anhang 8).

6.4.1 Entwicklung funktioneller Fähigkeiten

Bei der Entwicklung des Barthel-Index als auch der Esslinger Transferskala waren während REKUP bzw. KZP keine Gruppenunterschiede zu erkennen (Barthel-Index: $p = .099$; Esslinger Transferskala: $p = .383$; siehe Anhang 8: Tabelle 20). 3 und 6 Monate nach Ende REKUP bzw. KZP zeigte sich der Barthel-Index bei der IG signifikant stärker verbessert als in der H-KG ($p = .037$; siehe Anhang 8: Tabelle 20). Dieser signifikante Unterschied zugunsten der IG lässt sich auch zum Zeitpunkt t4 feststellen ($p = .049$; siehe Anhang 8: Tabelle 21).

6.4.2 Entwicklung subjektiver Gesundheitszustand

Hinsichtlich der Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustands und der Lebenszufriedenheit waren während REKUP bzw. KZP keine Unterschiede zu erkennen und bei den durchgeführten Befragungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede: EQ5D-5L (Index: $p = .281$; VAS: $p = .087$), Lebenszufriedenheit per NRS ($p = .268$). Das Schmerzempfinden (Messinstrument NRS) konnte bei der IG im Vergleich zur H-KG signifikant gesenkt werden ($p = .039$; siehe Anhang 8: Tabelle 19).

Gemessen über die visuelle Analogskala (VAS) des EQ5D-5L zeigte sich der subjektive Gesundheitszustand bei REKUP-TN gegenüber der H-KG 3 Monate nach Entlassung aus REKUP bzw. KZP signifikant gebessert ($p = .010$). Andere Parameter zur Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands und der Lebenszufriedenheit zeigten zum Zeitpunkt t3 keine Unterschiede zwischen den Gruppen (siehe Anhang 8: Tabelle 20).

6.4.3 Entwicklung der Angehörigenbelastung

Die zu geringe Anzahl vorliegender Daten erlaubt keine belastbaren Aussagen zur Entwicklung von Angehörigenbelastungen während und nach REKUP bzw. KZP. Die Vielzahl fehlender Daten in der H-KG ist dadurch erklärt, dass es aufgrund der Untersuchungslogistik nur schwer möglich war, tragfähigen Kontakt zu Angehörigen herzustellen. Dadurch war nur in wenigen Fällen eine ausreichende Compliance für die erforderlichen Angehörigenbefragungen gegeben. In REKUP behinderte die Pandemie (Besuchssperren für Angehörige) Angehörigenkontakte stark.

6.5 Prädiktorenanalysen (TP1)

Für Prädiktorenanalysen in der IG wurde eine auf erhöhten Pflegebedarf hinweisende Veränderung des Versorgungssettings innerhalb des Nachbeobachtungszeitraums

(Wechsel in Dauerpflege, neue Inanspruchnahme ambulanter Pflege oder Stärkung häuslicher Pflegearrangements durch pflegende Angehörige oder 24-h-Pflege) als kombinierter Endpunkt eines schlechten Behandlungsergebnisses definiert.

Nach logistischer Regression zeigten sich der Barthel-Index ($p = .048$) sowie der MMSE ($p = .008$) als unabhängige Prädiktoren des Behandlungsergebnisses. Die Parameter Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose und Pflegegrad sowie die behandelnde Klinik waren nicht von prädiktivem Wert (siehe Tabellen 22 und 23 in Anhang 8).

6.6 Entwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen

Die entwickelten Finanzierungsmodelle setzen auf einer Analyse der Finanzierungssysteme der beiden Sozialversicherungszweige GKV und SPV unter Berücksichtigung der in Teilen daraus entstehenden problematischen Anreizwirkungen in Bezug auf rehabilitative Maßnahmen an. Zur Finanzierung der rehabilitativen Kurzzeitpflege wurden drei Modellansätze entwickelt: eine reine Finanzierung durch die GKV ohne weitere Anpassungen, eine Differenzierung zwischen REKUP-Leistungsbestandteilen und eine damit verbundene Finanzierung der Anteile der Kurzzeitpflege nach den Regularien der SPV sowie als drittes Modell die Zuordnung der Finanzierungsverantwortung nach Rehabilitationsrisiko über Transferzahlungen, wobei die GKV primärer Kostenträger wäre. Die Details zu den Finanzierungsmodellen werden in Anhang 9 erläutert.

Bei der Konzeption der Vergütungsmodelle wird davon ausgegangen, dass diese analog zum Verfahren in der Rehabilitation mit der leistungserbringenden Institution von REKUP zu verhandeln ist. Weitergehende Reformen wie fundamentale Änderungen der Verhandlungsmodelle werden nicht erwogen, da es sich hier um die Integration einer Einzelmaßnahme und keine grundsätzliche Systemreform handelt. Die Grundformen der Vergütung, Fallpauschale und Tagessatz, die beide im System der Rehabilitation verwendet werden, wurden jeweils in drei Varianten gegenübergestellt. Dabei wird zwischen nicht nach Patientenmerkmalen differenzierte einheitliche, aufwandsspezifisch differenzierte sowie durch eine Pay-for-Performance-Komponente ergänzte Vergütungen unterschieden. Die Details zu den Vergütungsmodellen können Anhang 9 entnommen werden.

Im Ergebnis der kriteriengestützten Bewertung der Finanzierungs- und Vergütungsmodelle zeigten sich Trade-offs hinsichtlich der Zielerreichung der verschiedenen Kriterien, die in Anhang 9 aufgezeigt werden.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Innerhalb der Gesamtgruppe geriatrischer Patienten, die aus Akutkliniken in KZP entlassen werden, gibt es eine Subgruppe von Personen mit Rehabilitationsbedarf. Inkongruenzen zwischen Rehabilitationsbedarfen und der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen sowie niedrige Quoten der Rücküberleitung nach Hause legen nahe, dass in poststationärer KZP Rehabilitationsbedarfe nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt werden.

7.1 Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit und Inanspruchnahme von Rehabilitation

Ziel der Untersuchung war es, für rehabilitationsbedürftige, aber (noch) nicht rehabilitationsfähige geriatrische Patienten rehabilitative Kurzzeitpflege (REKUP) als neue Versorgungsform inhaltlich zu definieren, in zwei geriatrischen Rehabilitationskliniken zu implementieren und zu evaluieren. Gegenüber der derzeitigen Regelversorgung in KZP

wurde in REKUP regelhaft das multiprofessionelle rehabilitative Therapieangebot der geriatrischen Rehabilitationskliniken vorgehalten.

Die Ergebnisse zeigen, dass es in der neuen Versorgungsform REKUP bei der Mehrheit rehabilitationsbedürftigen geriatrischen Patienten durch die Integration rehabilitativer Therapien in KZP gelungen ist, Rehabilitationsfähigkeit (entsprechend der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V, Begutachtungsanleitung „Vorsorge und Rehabilitation“) herzustellen. Diese wurden wöchentlich im Rahmen einer interdisziplinären Teamsitzung überprüft. Gegenüber zwei KG ebenfalls rehabilitationsbedürftiger geriatrischer Patienten in konventioneller KZP hat REKUP die Inanspruchnahme von Rehabilitation nach KZP signifikant gesteigert (TP1: $p < .001$, siehe Anhang 8: Tabelle 3; TP2: $p < .001$, siehe Anhang 8: Tabelle 4).

7.2 Rückführung ins häusliche Umfeld und Entwicklung des Pflegebedarfs

Die Übernahme möglichst vieler Patienten aus REKUP in geriatrische Rehabilitation mag im Interesse der Modellkliniken gewesen sein. Die Rehabilitationserfolge untermauern jedoch deren Berechtigung.

Bis auf wenige Patienten, die auf eigenen Wunsch die Rehabilitationsmaßnahme abbrechen oder aufgrund von Rehospitalisierung abbrechen mussten, wurde bei allen anderen die Rehabilitation mit der Entlassung der Patienten zurück in ihr häusliches Umfeld erfolgreich abgeschlossen. Die Quote der Rücküberleitungen nach Hause war verglichen mit den beiden KG nach REKUP signifikant höher (TP1: $p = .011$, siehe Anhang 8: Tabelle 4; TP2: $p < .001$, siehe Anhang 8: Tabelle 4).

Bei der Entwicklung der Pflegegrade zeigten sich keine Gruppenunterschiede (TP1: siehe Anhang 8: Tabelle 9; TP2: siehe Anhang 8: Tabelle 10). Ein verändertes Versorgungssetting als Ausdruck eines erhöhten Pflegebedarfs (Wechsel in Dauerpflege, neue Inanspruchnahme ambulanten Pflege) war jedoch 3 Monate nach Ende von REKUP hoch signifikant weniger häufig zu beobachten als in beiden KG (TP1: $p = .004$, siehe Anhang 8: Tabelle 3; TP2: $p < .001$, siehe Anhang 8: Tabelle 4). Im gesamten Nachbeobachtungszeitraum war das Risiko einer Überleitung in stationäre Dauerpflege nach REKUP per Inzidenzratenverhältnis signifikant geringer als nach konventioneller KZP (TP1: $p = .029$, siehe Anhang 8: Tabelle 5; TP2: $p < .001$, siehe Anhang 8: Tabelle 6).

Diese Daten legen nahe, dass REKUP verglichen mit poststationärer Versorgung in konventioneller KZP zukünftigen Pflegebedarf und die Quote der Überleitungen in Dauerpflege reduziert und rehabilitationsbedürftigen geriatrischen Patienten nach Akutklinikaufenthalt ein längeres Verbleiben im häuslichen Umfeld ermöglicht.

7.3 Rehospitalisierungen und Mortalität

Hypothese war, dass die gegenüber konventioneller KZP in REKUP verbesserte ärztliche Versorgung frühe Rehospitalisierungen vermeidet. Dies bestätigte sich nur im auf Sekundärdaten basierten TP2 ($t2: p = .023$; $t3: p = .029$; $t4: p = .043$; siehe Anhang 8: Tabelle 4), nicht aber in der klinischen Erhebung gegenüber der H-KG (siehe Tabelle 3). Gleiches galt für die Rehospitalisierungen im gesamten Beobachtungszeitraum per Inzidenzratenverhältnis (TP1: $p = .782$, siehe Anhang 8: Tabelle 6; TP2: $p = .019$, siehe Anhang 8: Tabelle 6).

Auch die Mortalität war nur bei TP2 im Vergleich der IG zur S-KG signifikant erniedrigt (per Inzidenzratenverhältnis $p = .037$, siehe Anhang 8: Tabelle 6), während bei TP1 im Vergleich mit der H-KG keine Unterschiede sichtbar wurden (siehe Anhang 8: Tabelle 5).

Beide Beobachtungen legen nahe, dass die über Matching aus Routinedaten der AOK BW rekrutierte S-KG ein weniger selektiertes Kollektiv mit höherer Krankheitslast war als die TN der H-KG, die von Pflegeexperten als Personen mit Rehabilitationsbedarf identifiziert wurden. Dafür sprechen auch die erheblichen Unterschiede zwischen den beiden KG bei den Endpunkten Überleitung in Rehabilitation (TP1: $p = <.001$, siehe Anhang 8: Tabelle 3; TP2: $p = <.001$, siehe Anhang 8: Tabelle 4) sowie Überleitung in Dauerpflege (TP1 per Inzidenzrate: $p = .029$, siehe Anhang 8: Tabelle 5; TP2 per Inzidenzrate: $p = <.001$, siehe Anhang 8: Tabelle 6).

7.4 Entwicklung der Gesundheitskosten

Es gibt einen ersten Hinweis auf eine Vorteilhaftigkeit der neuen Versorgungsform REKUP. Allerdings führen Limitationen der Datengrundlage (u.a. ein verkürzter Nachbeobachtungszeitraum; Matching; Fallzahl) zu einer eingeschränkten Validität der Ergebnisse, sodass auf Basis der Sekundärdatenanalyse der Effekt der Intervention REKUP auf den klinischen Outcome und die entstandenen Kosten mit Unsicherheit behaftet und entsprechend kritisch zu betrachten ist.

Auf Basis der Evaluation besteht weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich des Einflusses von REKUP auf Kosten für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, auch im Verhältnis zu einem klinischen Outcome. Es wird empfohlen, eine kontrollierte klinische Studie mit größerer Fallzahl durchzuführen.

Die detaillierte Diskussion der gesundheitsökonomischen Projektergebnisse wird in Anhang 11 berichtet.

7.5 Einflussfaktoren und Determinanten

Die dargestellten Effekte sind bemerkenswert, weil einerseits die Zielgruppe der Intervention eine vulnerable Gruppe hochbetagter, multimorbider und gebrechlicher Personen war, andererseits die Intervention im kritischen Zeitfenster direkt nach Entlassung aus Akutklinikbehandlung stattfand.

Bei der Entwicklung funktioneller Fähigkeiten während REKUP bzw. KZP zeigten sich keine Gruppenunterschiede (Barthel-Index: $p = .099$, Esslinger Transferskala: $p = .383$, siehe Anhang 8: Tabelle 19). In der Nachbeobachtungszeit (t3) wurde für die IG ein gegenüber der H-KG signifikant höherer Barthel-Index ($p = .037$, siehe Anhang 8: Tabelle 20) sowie per VAS (EQ5D5L) signifikant verbesserte Lebensqualität ($p = .010$, siehe Anhang 8: Tabelle 20) erhoben. Dies ist aber aufgrund geringer Fallzahlen (missings) sowie der telefonischen Abfrage von fraglich belastbarer Aussagekraft. Somit ist unklar, ob die positiven REKUP-Effekte vorrangig durch körperlich-funktionelle Verbesserungen während REKUP zu erklären sind. Die umfangreiche Unterstützung durch den Kliniksozialdienst zur Stärkung häuslicher Pflegearrangements sowie der damit zusammenhängende Zeitfaktor mögen ebenso große Einflussfaktoren gewesen sein.

Vermutlich hatte auch der Umstand erheblichen Einfluss auf den weiteren Verlauf, dass REKUP im Gegensatz zur derzeitigen KZP im Krankenhaussektor stattfindet und die REKUP-TN den Pflegeheimsektor nicht betreten. Dadurch scheint das Risiko zu sinken, dass KZP zur Eintrittspforte in Dauerpflege wird. Auch psychologische und motivationale Effekte können hier von Bedeutung sein, wie in den Interviews geschildert wurde.

REKUP-TN mit gutem Behandlungserfolg (definiert als unverändertes Versorgungssetting zu t3; siehe 6.3.4) hatten zu t1 höhere Punktzahlen im Barthel-Index und beim MMSE. Nur ADL-Status (per Barthel-Index: $p = .048$) und Kognition (per MMSE: $p = .008$) erwiesen sich nach logistischer Regression als unabhängige Prädiktoren des Behandlungsergebnisses.

Eine sorgfältige Patientenauswahl vor Aufnahme in REKUP unter Ausschluss von Personen mit zu hohen Pflegebedarfen sowie zu starken kognitiven Einschränkungen scheint wesentlich für den Behandlungserfolg.

7.6 Akzeptanz, Praktikabilität und Transferpotenzial der neuen Versorgungsform REKUP

Für die Kliniksozialdienste der Akutkliniken war REKUP als zusätzliche Option im Rahmen des Entlassmanagements geriatrischer Patienten attraktiv. Die Indikationen müssen klar kommuniziert werden, um die Zuweisung ungeeigneter Patienten zu vermeiden. Die Akzeptanz der neuen Versorgungsform bei Mitarbeitern der Akutkliniken, Modellkliniken sowie bei den Leistungsträgern war hoch, weil diese den Grundgedanken von REKUP leicht nachvollziehen konnten. Jedoch gab es im Vorfeld im ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bereich Vorbehalte, dass die Arbeitsbelastung steigen könnte, weil in REKUP vermehrt Patienten mit hohem Versorgungsaufwand aufgenommen werden könnten. Die sorgfältige Patientenauswahl ist deshalb nicht nur wichtig für den Behandlungserfolg, sondern auch für die Akzeptanz von REKUP.

Bei guter Akzeptanz war die Implementierung des Versorgungskonzepts REKUP in den Modellkliniken unproblematisch. REKUP als „light“-Variante der geriatrischen Rehabilitation beinhaltet nichts grundsätzlich Neues. Die strukturellen Voraussetzungen sind gegeben, das erforderliche Behandlungsteam ist vorhanden und alle Behandlungsverfahren gut etabliert. Das Screenings- und Zuweisungsverfahren wurde von allen Beteiligten als einfach und praktikabel beurteilt, weil es weitgehend dem Vorgehen bei der Antragstellung zur geriatrischen Rehabilitation folgte.

Vor diesem Hintergrund scheint ein Transfer der neuen Versorgungsform in andere geriatrische Rehabilitationskliniken grundsätzlich unter der Voraussetzung leicht möglich, dass die Finanzierung als ausreichend angesehen wird. Allerdings ist selbst dann ein Transfer derzeit nur in Rehabilitationskliniken mit freien Kapazitäten realistisch. Bei Vollbelegung ist die Aufnahme eines Patienten in Rehabilitation attraktiver als die Aufnahme eines Patienten in REKUP (v.a. Pflegeaufwand). Zusätzliche Kapazitäten für REKUP vorzuhalten ist für geriatrische Rehabilitationskliniken keine Option, solange die Höhe des tatsächlichen Bedarfs unklar ist und keine verbindlichen Zusagen der Entscheidungs- und Leistungsträger zur Förderung und Finanzierung der neuen Versorgungsform vorliegen

7.7 Limitationen

Die Rekrutierung von REKUP-Patienten fiel in einen Zeitraum mit massiven Auswirkungen der COVID-Pandemie auf die Regelversorgung in Akut- und Rehabilitationskliniken. Die ursprünglich angestrebte Fallzahl wurde deshalb weit verfehlt (siehe Abbildung 1, Anhang 3), was die Aussagekraft der Ergebnisse teilweise abschwächt. Zusätzlich wurden aufgrund der reduzierten Fallzahl in der IG 3 Kollektive mit unterschiedlicher Nachbeobachtungszeit gebildet, was Aussagen zur Nachhaltigkeit der Ergebnisse einschränkt. Für einen Teil der Zielgrößen wurden deshalb nur Ergebnisse bis t3 dargestellt, weil danach die Fallzahl zu gering war.

Die Untersuchung und Befragung der REKUP-TN zu t1 und t2 sowie die Kontaktaufnahme mit Angehörigen waren durch die Pandemie-Schutzmaßnahmen massiv erschwert. Das ursprünglich vorgesehene Erhebungsinstrumentarium wurde reduziert, um die zusätzliche studienbedingte Gefährdung der TN in Pandemiezeiten zu minimieren.

Die Rekrutierung, Untersuchung und Befragung der H-KG in Pflegeeinrichtungen der Region vor Beginn der Pandemie machte deutlich, wie komplex und herausfordernd die

Durchführung prospektiver Interventionsstudien im Pflegeheimbereich ist (fragliche Compliance teilnehmender Einrichtungen, hohe Datenschutzhürden bereits im Vorfeld der Kontaktaufnahme mit möglichen TN, Unmöglichkeit der Randomisierung, schwierige Untersuchungs- und Befragungssituation, hoher Aufwand für Anfahrten).

Die genannten Punkte resultierten in einer beträchtlichen Anzahl fehlender Daten bei Parametern, die eine Untersuchung der TN erforderten. Trotz dieser Hindernisse konnten die wesentlichen Fragestellungen der Studie beantwortet werden.

Deutlich wurden auch die grundsätzlichen Limitationen von Sekundärdatenanalysen bei vergleichenden Analysen. In den Routinedaten liegen keine klinischen oder funktionellen Parameter vor. Ein Matching von IG und S-KG war nur über die Variablen Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose des initialen Akutklinikaufenthalts sowie Pflegegrad vor Initialaufenthalt möglich. TN von IG und S-KG wiesen bei den Matching-Kriterien keine Unterschiede auf. Wie unter 7.3 dargestellt unterschieden sich aber bei TN der H-KG und der S-KG bei wesentlichen Endpunkten die Ergebnisse gravierend. Dies legt nahe, dass die aus Sekundärdaten rekrutierte S-KG weniger selektiv war als die H-KG mit der Folge höherer Krankheitslast und schlechterer Prognose. Die vergleichenden Analysen in TP2 sind vor diesem Hintergrund kritisch zu bewerten.

7.8 Zentrale Weichenstellerfunktion der KZP ist verstärkt zu beachten

Die Ergebnisse bestätigen die von anderen Studien beschriebenen Inkongruenzen zwischen Rehabilitationsbedarfen geriatrischer Patienten in KZP und der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen während und nach KZP. Über ein Drittel der rehabilitationsbedürftigen Personen in der H-KG blieben therapeutisch unterversorgt. Dies mag durch den auch in der Untersuchung sichtbaren Bruch der ärztlichen Behandlungskontinuität in KZP mit verursacht sein. In der H-KG hatten fast ein Viertel der geriatrischen Patienten nach akutstationärem Aufenthalt keinen Arztkontakt während KZP und über die Hälfte wurden von einem ihnen bisher unbekanntem Hausarzt versorgt.

Bei der zunehmenden Inanspruchnahme poststationärer KZP durch geriatrische Patienten ist verstärkt zu beachten, dass in KZP entscheidende Weichenstellungen erfolgen. In dieser Untersuchung erfolgten fast alle Rehabilitationsmaßnahmen direkt im Anschluss an REKUP bzw. KZP. Rehabilitationsmaßnahmen werden also während bzw. direkt nach KZP durchgeführt oder später nie mehr. Umgekehrt erfolgte die Mehrzahl an Überleitungen in stationäre Langzeitpflege innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus REKUP bzw. KZP.

Die Daten legen nahe, dass die Integration rehabilitativer Therapien in KZP bei einer Subgruppe geriatrischer Patienten mit Rehabilitationsbedarf die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsmaßnahmen steigert, zukünftigen Pflegebedarf reduziert, die Chancen auf Rückkehr nach Hause erhöht und ein längeres Verbleiben im häuslichen Umfeld ermöglicht. Das Vorenthalten rehabilitativer Therapien dagegen erhöht das Risiko einer Überleitung in Dauerpflege.

Somit zeigen die Ergebnisse auf, dass die Weichenstellung in KZP durch konzeptionelle Weiterentwicklungen unter Integration rehabilitativer Elemente substanziell verbessert werden kann. Mögliche Settings für folgende Umsetzungsschritte wären neben geriatrischen Rehabilitationskliniken neu zu schaffende solitäre Bereiche für REKUP in Pflegeeinrichtungen. Bei Letzteren wäre zu prüfen, ob in diesem Kontext die erforderlichen multiprofessionellen, rehabilitativ-therapeutischen sowie strukturellen Voraussetzungen darstellbar sind. Unabdingbare Voraussetzung für den Transfer der neuen Versorgungsform REKUP sind jedoch verbindliche Zusagen der Entscheidungs- und Leistungsträger zur Stärkung und Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation innerhalb und außerhalb der KZP.

7.9 Finanzierungs- und Vergütungsmodelle

Die kriteriengestützte Bewertung der Finanzierungs- und Vergütungsmodelle zeigte Trade-offs hinsichtlich der Zielerreichung der verschiedenen Kriterien. Die finale Auswahl eines Finanzierungs- und Vergütungsmodells setzt daher eine Priorisierung der einzelnen Kriterien voraus, die normativ durch den Gesetzgeber erfolgen sollte. Bei der Entwicklung der beschriebenen Finanzierungs- und Vergütungsmodelle wurden weitergehende Reformen mit fundamentalen Änderungen der bestehenden Finanzierungs- und Vergütungssysteme nicht erwogen, da es sich bei dem zugrundeliegenden Innovationsfondsprojekt um die Integration einer Einzelmaßnahme in die Regelversorgung und keine grundsätzliche Systemreform handelt. Auf längere Sicht sind jedoch im Sinne einer optimalen Anreizgestaltung grundsätzliche Reformen der Finanzierung der Rehabilitation an den Schnittpunkten von Kranken- und Pflegeversicherung anzustreben. Für eine nachhaltige Überleitung der rehabilitativen Kurzzeitpflege in die Regelversorgung ist es essentiell, geeignete Vergütungs- und Finanzierungsstrukturen zu etablieren.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Eine zunehmende Zahl geriatrischer Patienten wird aus Akutkliniken in KZP entlassen. Dort erfolgen wichtige Weichenstellungen: entweder Rücküberleitung ins häusliche Umfeld oder Überleitung in Dauerpflege. Die Ergebnisse legen nahe, dass die neue Versorgungsform REKUP unter Integration rehabilitativer Therapien in KZP bei einer Subgruppe geriatrischer Patienten mit Rehabilitationsbedarf die Chancen auf Rückkehr nach Hause erhöht und ein längeres Verbleiben im häuslichen Umfeld ermöglicht. Gleichzeitig zeigte sich eine hohe Akzeptanz der neuen Versorgungsform bei Mitarbeitern der Akutkliniken, der Modellkliniken sowie bei den Leistungsträgern, weshalb sich die Implementierung des Versorgungskonzepts REKUP in beiden Modellkliniken als unproblematisch erwies.

Ein Transfer der neuen Versorgungsform REKUP in weitere geriatrische Rehabilitationskliniken scheint u.a. deshalb leicht möglich. Diese Ausweitung ist erforderlich, um die Effizienz und Praktikabilität der neuen Versorgungsform in einem nächsten Schritt auf einer breiteren Basis unter Einbindung weiterer Modellkliniken, unterschiedlicher Regionen und zusätzlicher Leistungsträger (sowie in Zeiten ohne pandemiebedingte Auswirkungen auf die Regelversorgung) zu überprüfen. Die für den Transfer der Versorgungsform notwendigen Eckpunkte wurden im Rahmen des Projekts definiert und haben sich als praktikabel erwiesen.

Die Definition der Zielgruppe (siehe auch 4.1.a) folgt den Kriterien der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V vom 2.7.2018 (Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation).

Das standardisierte Screening- und Beurteilungsverfahren (siehe auch 4.1.b) zur Identifikation geeigneter Patienten wurde unter Einbeziehung der Kliniksozialdienste als zentrale Akteure der Weichenstellung beim Entlassmanagement in Akutkliniken erarbeitet. Für die Durchführung des Screenings wurde ein 1-seitiger Screeningbogen entworfen (siehe Anlage 1), sowie unterstützend ein Leitfaden mit Definitionen sowie Ein- und Ausschlusskriterien erstellt (siehe Anlage 2). Bei einem Transfer sind im Vorfeld der Implementierung häufig geäußerte Vorbehalte zu berücksichtigen, dass die Arbeitsbelastung steigen könnte, weil in REKUP vermehrt Patienten mit hohem Versorgungsaufwand aufgenommen werden könnten. Eine sorgfältige Patientenauswahl ist deshalb zentral für die Akzeptanz von REKUP (und gleichzeitig auch für den Behandlungserfolg; siehe auch 7.6).

Das Zugangs- und Genehmigungsverfahren erfolgte analog dem Vorgehen bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen. Ein AHB-Antrag und der REKUP-Screeningbogen wurden auf den etablierten Kommunikationswegen an die zuständigen Prüfstellen gesandt, was sich als gut praktikabel erwies.

Das Versorgungskonzept REKUP wurde definiert. REKUP als „light“-Variante der geriatrischen Rehabilitation beinhaltet nichts grundsätzlich Neues. Multiprofessionelle Teamstrukturen sowie alle erforderlichen Therapieverfahren sind in geriatrischen Rehabilitationskliniken gut etabliert. Neue Prozesse sind nur im Bereich Patientenmanagement und Abrechnungswesen erforderlich, um REKUP-Patienten bei Aufnahme als solche zu kennzeichnen und neue Kostenstellen für die Abrechnung zu definieren.

Die genannten Punkte ermöglichen grundsätzlich einen Transfer der neuen Versorgungsform in andere geriatrische Rehabilitationskliniken – unter der Voraussetzung einer ausreichenden Finanzierung. Selbst bei ausreichender Finanzierung ist aber ein Transfer derzeit nur in Rehabilitationskliniken mit freien Kapazitäten realistisch. Bei guter Auslastung ist mit Blick auf den mutmaßlichen Pflegeaufwand die Aufnahme eines Patienten in Rehabilitation attraktiver als die Aufnahme eines Patienten in REKUP. Zusätzliche Kapazitäten für REKUP vorzuhalten ist für geriatrische Rehabilitationskliniken keine Option, solange die Höhe des tatsächlichen Bedarfs unklar ist und keine verbindlichen Zusagen der Entscheidungs- und Leistungsträger zur Förderung und Finanzierung der neuen Versorgungsform vorliegen.

Mögliche Settings für folgende Umsetzungsschritte wären neben geriatrischen Rehabilitationskliniken neu zu schaffende solitäre Bereiche für REKUP in Pflegeeinrichtungen. Bei Letzteren wäre zu prüfen, ob in diesem Kontext die erforderlichen multiprofessionellen, rehabilitativ-therapeutischen sowie strukturellen Voraussetzungen darstellbar sind.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Bisher sind folgende Veröffentlichungen des Geriatrischen Zentrums am Universitätsklinikum Heidelberg, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg, geplant:

„Rehabilitationsbedarf in Kurzzeitpflege - Gesundheitsversorgung und Gesundheitsentwicklung nach akutstationärem Aufenthalt“; geplante Veröffentlichung: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie

„How can inpatient short-term inpatient care be improved? Results from the REKUP study“; geplante Veröffentlichung: BMC Geriatrics

„REKUP – Akzeptanz und Praktikabilität einer neuen Versorgungsform. Ergebnisse der qualitativen Befragung“; geplante Veröffentlichung: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie
Bereits eingereichte Abstracts: Keilhauer, A., Specht-Leible, N., Werner, C., zur Nieden, P., Diekmann, S., Neumann, A., Walendzik, A., Hüer, T., Frankenhauser-Mannuß, J., Bauer, J. M. (2023). *Ergebnisse der Rehabilitativen Kurzzeitpflege (REKUP) nach akutstationärem Krankenhausaufenthalt*. Eingereicht (25.04.2023) als Symposiumsbeitrag, Kongress der DGGG, 14.-16.09.2023, Frankfurt a.M.

Keilhauer, A., Specht-Leible, N., Werner, C., zur Nieden, P., Diekmann, S., Pahmeier, K., Neumann, A., Walendzik, A., Hüer, T., Raszke, P., Frankenhauser-Mannuß, J., Bauer, J. M. (2023). *How can inpatient short-term care be improved? Results from the REKUP study*.

Eingereicht (02.06.2023) als Beitrag, Kongress der European Geriatric Medicine Society, 20.-22.09.2023, Helsinki (Finnland).

Bisher sind folgende Veröffentlichungen des Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH geplant:

„Kostenanalyse einer rehabilitativen Kurzzeitpflege (REKUP)“; geplante Veröffentlichung: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie

Bisher sind folgende Veröffentlichungen des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen geplant:

„Implementierung der rehabilitativen Kurzzeitpflege in die Regelversorgung: Modelle zur Finanzierung und Vergütung“; geplante Veröffentlichung: Die Rehabilitation

10. Literaturverzeichnis

Augurzky, B., Hentschker, C., Pilny, A., Wübker, A. (2017). *BARMER Krankenhausreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 4*. Berlin: Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung.

Bär, M., Schönemann-Gieck, P., Süs, E. (2015). *Vom Heim nach Hause. Abschlussbericht eines Modellprojekts zur Beratung von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausaufenthalt*. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg.

Braeske, G., Nauen, K., Pflug, C., Meyer-Rötze, S. H., Pisarek, P. (2017). *Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW*. Berlin: Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. IGES Institut.

Brucker, U., Schmidt-Ohlemann, M., Schweizer, C., Warnach, M. (2020). *Perspektiven der Kurzzeitpflege – Chancen für eine gelingende Teilhabe*. Diskussionspapier. Abrufbar unter: <https://bag-more.de/wp-content/uploads/Perspektiven-fuer-die-Kurzzeitpflege.pdf> [Zugegriffen: 06.05.22].

Deckenbach, B., Stöppler, C., Klein, S. (2013). *Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)*. Berlin: Studienbericht für das Bundesministerium für Gesundheit.

Deckenbach, B., Pflug, C. (2019). *Modellerprobung „Überleitungsmanagement und Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege“*. Berlin: Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. IGES Institut.

Frankenhauser-Mannuß, J., Auer, R. (2017). *Bedeutung von Rehabilitation und Kurzzeitpflege in der Versorgung älterer (pflegebedürftiger) Personen*. Berlin: 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung.

Helfferrich, C. (2012). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Janßen, H. (2018) *Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege*. Berlin/Bremen: Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Hochschule Bremen.

Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kutzner, J., Räker, M. (2021). Stand und Perspektive der Kurzzeitpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg), *Pflege-Report 2021*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. Abrufbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_9 [letzter Zugriff 02.05.2023].

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Weiß, C., Wolter, A. (2012). *BARMER GEK Pflegereport 2012*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 18. Siegburg: Asgard Verlagsservice.

Rothgang, H., Huter, K., Kalwitzki, T., Mundhenk, R. (2014). *Reha XI. Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung. Kurzbericht*. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.

Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R., Unger, R. (2015). *BARMER GEK Pflegereport 2015*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36. Berlin: Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung.

Rothgang, H., Müller, R. (2021). *BARMER GEK Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 32. Berlin: Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn/Berlin.

Thiel, S. (2019). *Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und Kurzzeitpflege. Eine epidemiologische Reihenuntersuchung in regional ausgewählten Pflegeeinrichtungen Bayerns, Bremens, Brandenburgs, Berlins und von Rheinland-Pfalz* (Dissertation). Universität Halle (Saale), Medizinische Fakultät.

Walendzik A, Wasem J. (2019). *Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen: Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme*. Berlin.

Wasem, J., Frankenhauser-Mannuß, J., Hüer, T., Walendzik, A. (2021). *Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitation*. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg), *Krankenhaus-Report 2021*, S.100-108. Abrufbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_6 [letzter Zugriff 02.05.2023].

11. Anhang

Anhang 1: Abbildung 1: Projektverlauf

Anhang 2: Abbildung 1: Ablaufplan Methodik (IG)

Anhang 3: Abbildung 1: Zeitplan Fallzahlerreichung

Anhang 4: Abbildung 1: Messzeitpunkte und Datenerhebung

Anhang 5: Abbildung 1: Flow Chart (IG)

Anhang 6: Abbildung 1: Darstellung der drei Kollektive (IG) im Verlauf

Anhang 7: Abbildung 1: Datenerhebung und -zusammenführung Sekundärdatenanalyse (S-KG)

Akronym: REKUP

Förderkennzeichen: 01NVF18039

Anhang 8: Detailedarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Anhang 9: Detailedarstellung der Projektergebnisse Finanzierungs- und Vergütungsmodell

Anhang 10: Detailergebnisse der Prozessevaluation

Anhang 11: Detailedarstellung der Diskussionsergebnisse

12. Anlagen

Anlage 1: Screeningbogen REKUP

Anlage 2: Leitfaden Screening REKUP

Anlage 3: Übersicht primäre und sekundäre Endpunkte (REKUP) mit Operationalisierung

Anlage 4: Evaluationskonzept

Anlage 5: Halbstrukturierte Interview-Leitfäden (Modellkliniken: Bereich Pflege, Physiotherapie, Sozialdienst, Verwaltung (Belegungsmanagement), ärztlicher Bereich; Akutkliniken: Sozialdienste; Leistungsträger: CC Reha)

Anlage 6: Stichprobe qualitative Interviews

Anlage 7: Codesystem qualitative Interviews

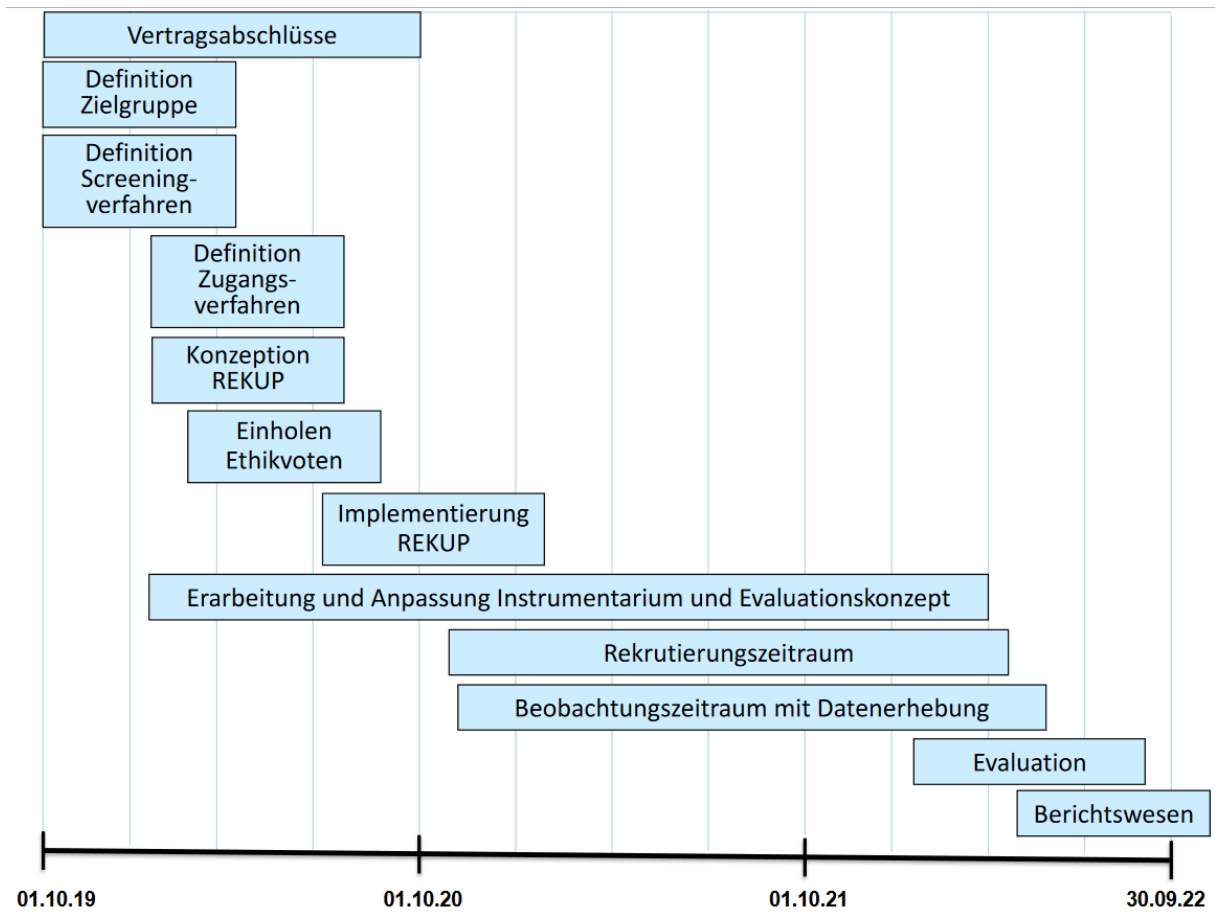
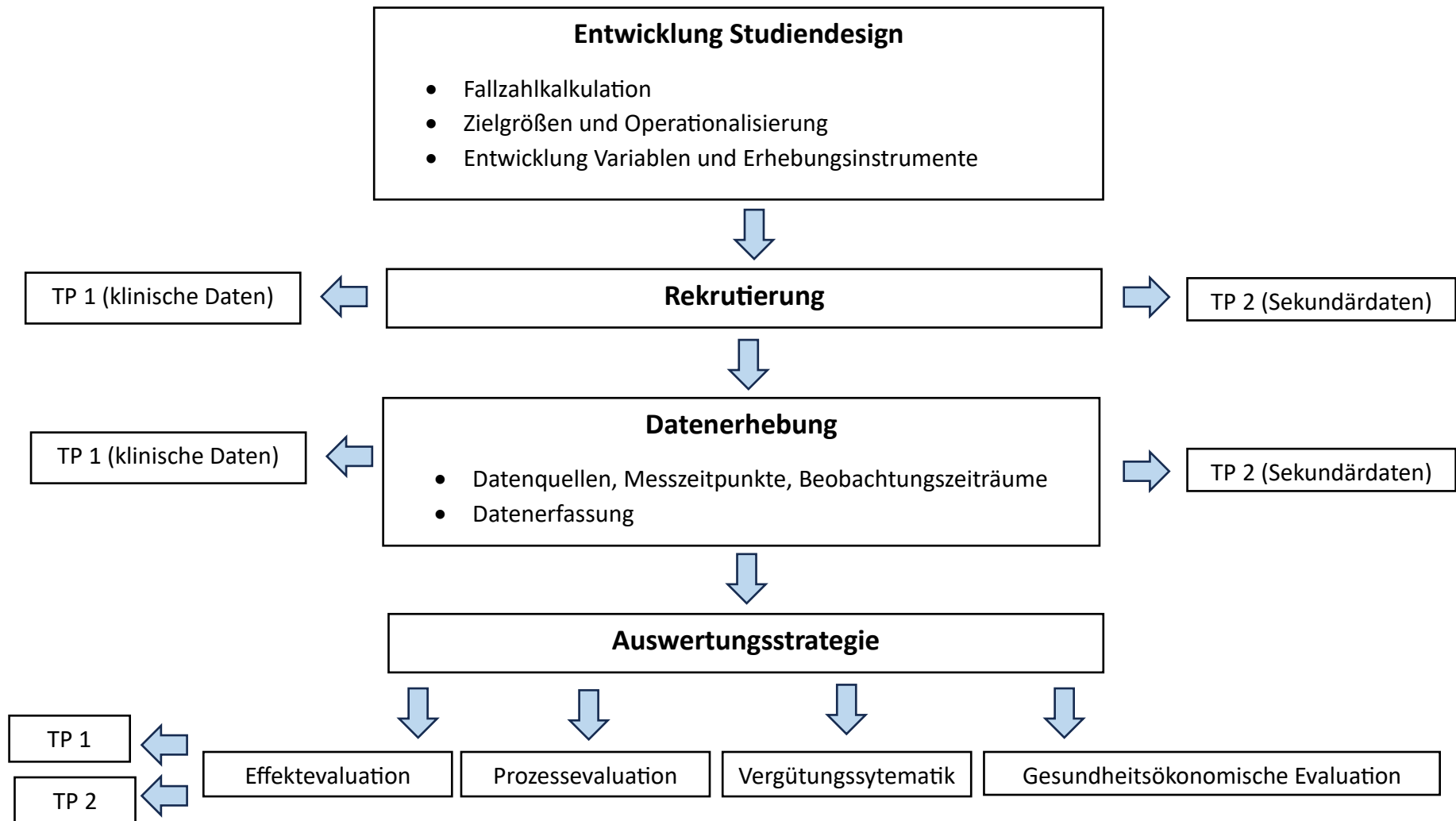


Abbildung 1: Projektverlauf



Anhang 3: Abbildung 1: Zeitplan Fallzahlerreichung

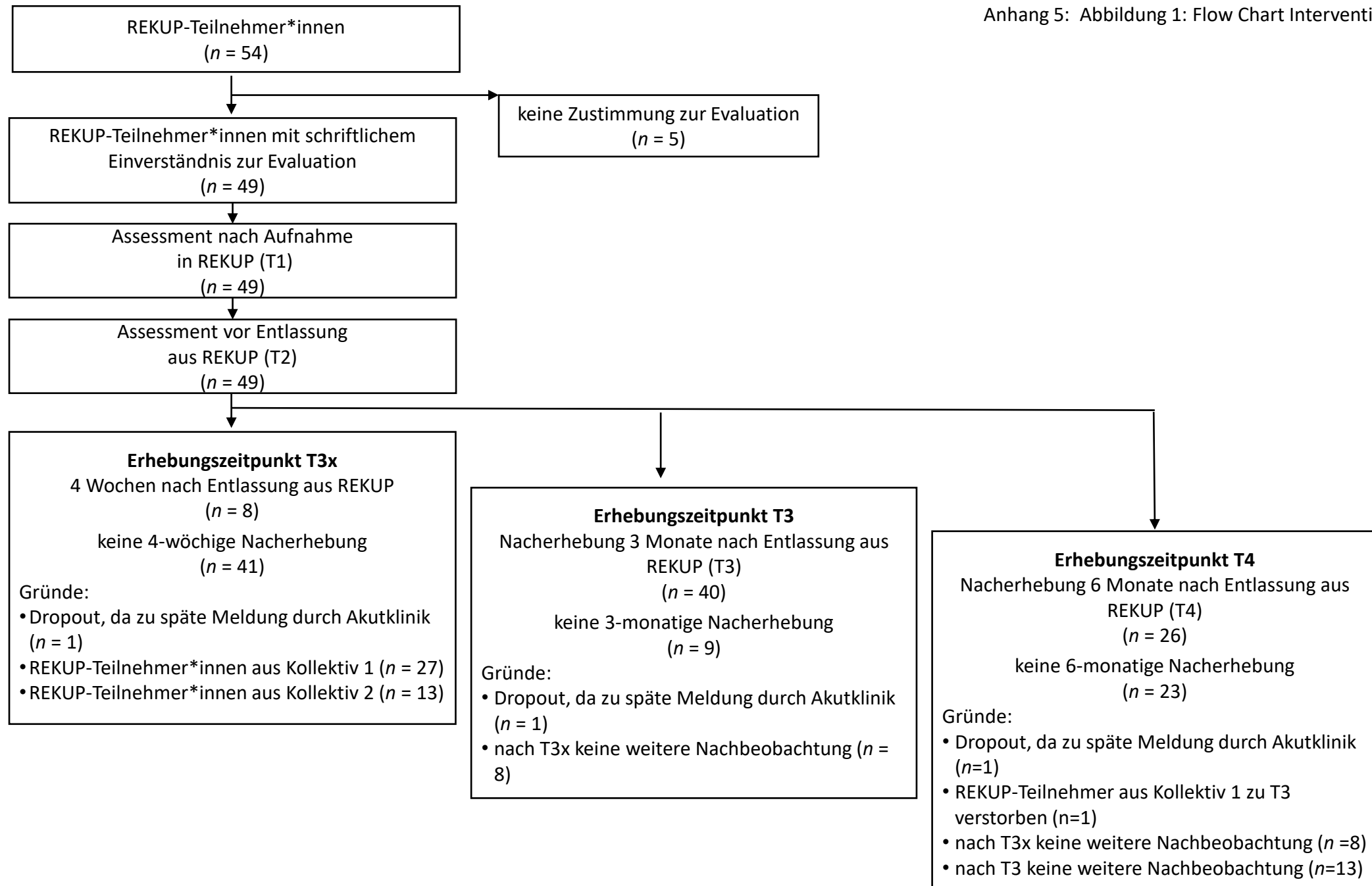
Zeitplan zur Fallzahlerreichung: Studienteilnehmer/innen Interventionsgruppe (IG), Ist-/Soll-Vergleich

IST-ZAHLEN	2020												2021												2022			SUMMEN	
	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	März	Σ Ist	Σ Plan
	<i>geriatrische Patienten/innen (gP)</i>																												
Agaplesion Bethanien Krankenhaus (Heidelberg)									1	2	0		1	3	0	2	1	1	1	1	0	0	4	4	3	3	3	30	100
Sankt Rochus Kliniken (Bad-Schönborn)									1	1	0		2	3	2	3	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	19	100
Gesamt pro Monat (gP)									2	3	0		3	6	2	5	2	1	3	1	0	1	5	5	4	3	3		
Rekrutierung je Quartal	0			0			0			5			11			8			4			11			10				
Rekrutierung kumuliert	0			0			0			5			16			24			28			39			49			49	200

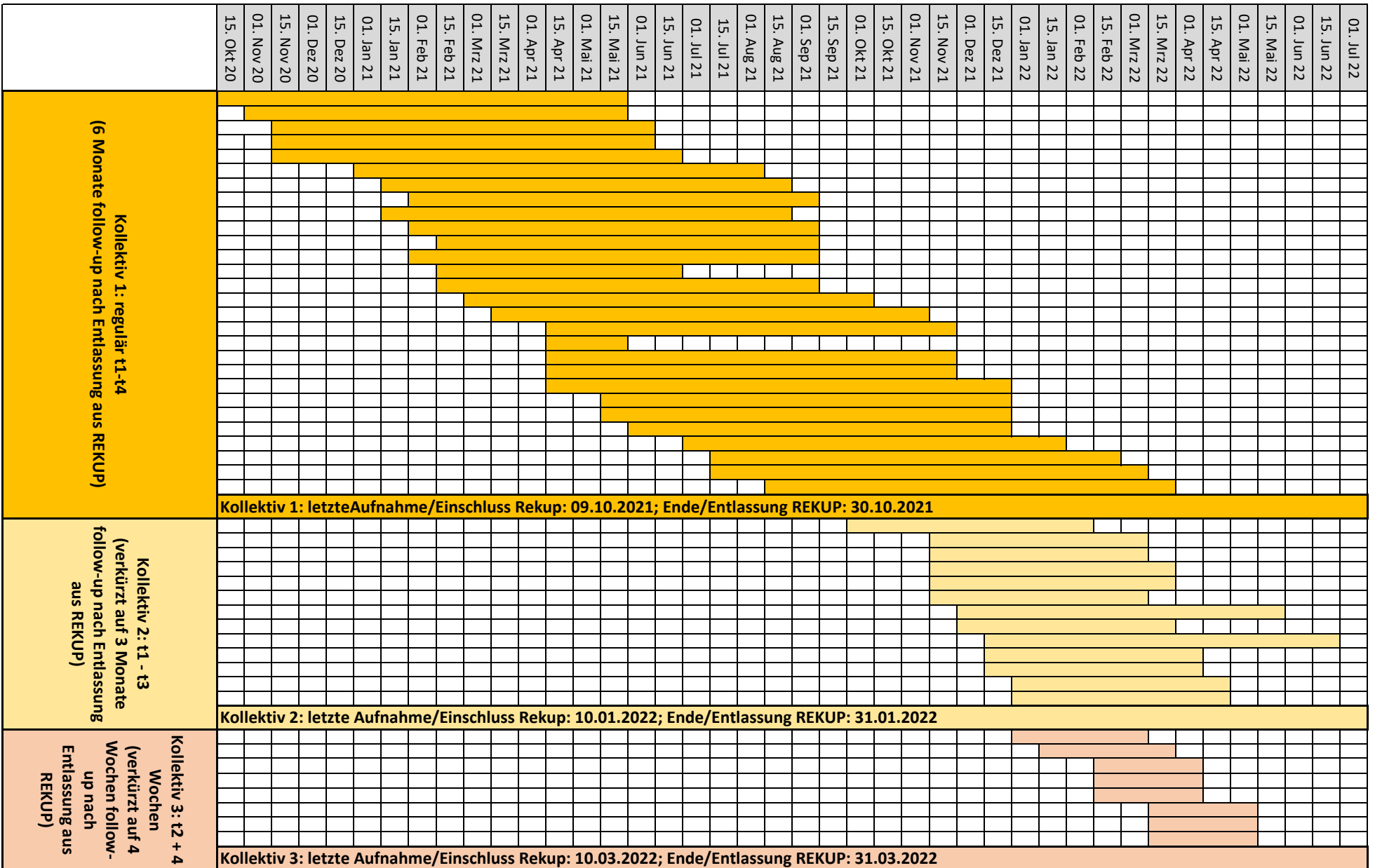
SOLL-ZAHLEN	2020				2021				2022	Σ Plan
	N (Q1/2020)	N (Q2/2020)	N (Q3/2020)	N (Q4/2020)	N (Q1/2021)	N (Q2/2021)	N (Q3/2021)	N (Q4/2021)	N (Q1/2022)	
	SOLL je Quartal (gP)	12	20	24	24	24	24	24	24	24
SOLL kumuliert (gP)	12	32	56	80	104	128	152	176	200	200

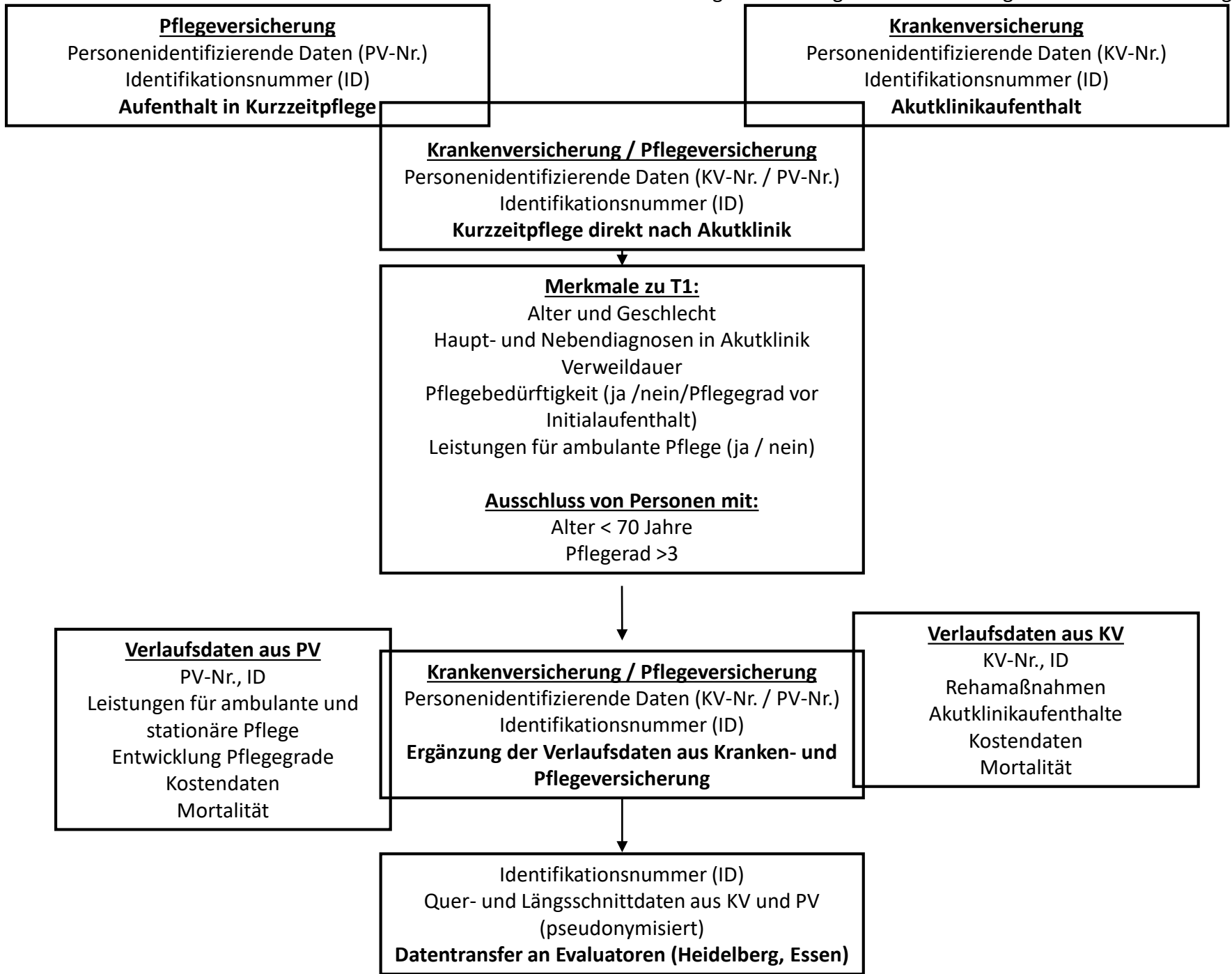
Abkürzungen: gP = geriatrische Patient/innen

Rekrutierung und Einschluss		Rekrutierung Identifikation geeigneter Personen durch Screening in Akutklinik Prüfung der Einschluss- und Ausschlusskriterien
		✓ Einschlusskriterien erfüllt
		Aufklärung und Einwilligung, Beantragung einer rehabilitativen Kurzzeitpflege Informations- und Aufklärungsgespräch, Antragstellung bei AOK Baden-Württemberg
		✓ schriftliche Einwilligung und Bewilligung REKUP liegen vor
Aufenthalt REKUP	T1	Eingangsassessment (Tag 1-3 nach Aufnahme in REKUP) Basisdaten, Gesundheitszustand, funktionelle Einschränkungen, Angehörigenbelastung (Nutzung von Routinedaten, Eigen- und Fremdanamnese, Testung)
	T2	Verlauf während REKUP (vor Entlassung aus REKUP) Gesundheitsentwicklung, Komplikationen, Pflegebedarf, subjektive Bewertung des Aufenthalts (Nutzung von Routinedaten, Eigen- und Fremdanamnese, Testung)
		✓ REKUP beendet
	Nachbeobachtung	T3 x
T3		Verlauf nach REKUP (3 Monate nach Entlassung aus REKUP) Wohnsituation, Gesundheitsverlauf, Komplikationen, Entwicklung Pflegebedarf, Angehörigenbelastung, Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen (telefonische Befragung, Analyse von Kostenträgerdaten)
T4		Verlauf nach REKUP (6 Monate nach Entlassung aus REKUP) Wohnsituation, Gesundheitsverlauf, Komplikationen, Entwicklung Pflegebedarf, Angehörigenbelastung, Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen (telefonische Befragung, Analyse von Kostenträgerdaten)
		✓ Nachbeobachtung abgeschlossen



Anhang 6: Abbildung 1: Kollektive im Verlauf





6. Projektergebnisse Evaluation– Detailergebnisse per Tabellen

Tabelle 1: Basischarakteristika der TN in TP 1 (IG vs. H-KG)

Charakteristik	IG		H-KG		p-Wert ¹
	n	Deskriptive Statistik	n	Deskriptive Statistik	
Alter	49	82.3 ± 6.6	57	81.7 ± 5.9	0.601
Frauen	49	35 (71.4)	57	36 (63.2)	0.367
Institution	49				-
Agaplesion Bethanien Krankenhaus		19 (38.8)	-	-	
Cts Sankt Rochus Kliniken		30 (61.2)	-	-	
Wohnsituation	49		57		0.968
alleinlebend		27 (55.1)		30 (52.6)	
mit Partner/Angehörigen		18 (36.7)		22 (38.6)	
Sonstiges (betreutes Wohnen, 24h-PK)		4 (8.2)		5 (8.8)	
Hauptdiagnosen	49		57		0.042
unfallchirurgisch/orthopädisch		33 (67.4)		26 (45.6)	
internistisch/onkologisch		13 (26.5)		20 (35.1)	
neurologisch/psychiatrisch		3 (6.1)		11 (19.3)	
Nebendiagnosen (Anzahl, t1)	49	8.9 ± 6.0	55	7.8 ± 4.3	0.283
Medikamente (Anzahl, t1)	49	12.4 ± 4.3	57	9.4 ± 3.8	<0.001
Pflegegrad (Aufnahme REKUP/KZP, t1)	49	2 [0-3]	56	2 [2-2]	0.564
Inanspruchnahme Pflegedienst (t0)	49	20 (40.8)	56	20 (35.7)	0.591
Barthel-Index, Pkt.	49	50.0 [32.5-60.0]	57	60.0 [40.0-70.0]	0.025
MMSE					
Mittelwert	37	23.2 ± 5.0	50	22.8 ± 5.5	0.743
Kognitive Einschränkungen (Pkt. < 24)	37	15 (40.5)	50	25 (50.0)	0.381
GDS	38	5 [3-8]	43	5 [3-7]	0.955
MNA	46	6.6 ± 2.5	51	6.0 ± 2.8	0.295
BMI	45	25.9 ± 4.5	52	25.2 ± 5.7	0.494
CFS	49	6.7 ± 0.5	56	6.6 ± 1.1	0.418
Sturz in den letzten 12 Monaten (ja)	48	40 (83.3)	50	39 (78.0)	0.504

Deskriptive Daten sind angegeben als n (%), Median [Interquartilsbereich], Mittelwert ± Standardabweichung. ¹p-Werte für t-Tests für unabhängige Stichproben (Alter, Nebendiagnosen, Medikamente, MMSE: Mittelwert, MNA, BMI, CFS), Mann-Whitney U Test (Barthel-index, GDS, Pflegegrad) oder Chi-Quadrat-Test (Geschlecht, Wohnsituation, Hauptdiagnosen, Inanspruchnahme Pflegedienst, kognitive Einschränkungen, Sturz in den letzten 12 Monaten).

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 2: Basischarakteristika der TN in TP2 (IG vs. S-KG)

Charakteristik	IG		S-KG		p-Wert ¹
	n	Deskriptive Statistik	n	Deskriptive Statistik	
Alter	43	82.2 ± 6.0	86	82.7 ± 5.7	0.621
Frauen	43	30 (69.8)	86	60 (69.8)	>0.999
Hauptdiagnosen	43		86		0.857
unfallchirurgisch/orthopädisch		30 (69.8)		56 (65.1)	
internistisch/onkologisch		11 (25.6)		26 (30.2)	
neurologisch/psychiatrisch		2 (4.7)		4 (4.7)	
Nebendiagnosen (t1)	43	18.9 ± 8.8	86	13.2 ± 6.8	<0.001
Medikamente ²	43	8.1 ± 3.7	86	12.1 ± 5.6	<0.001
Pflegegrad vor Initialaufenthalt	43	2 [0-3]	86	2 [0-3]	0.944
Abrechnungstage	43	18.7 ± 4.7	86	22.6 ± 14.9	0.030

Deskriptive Daten sind angegeben als n (%), Median [Interquartilsbereich], Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für t-Tests für unabhängige Stichproben (Alter, Nebendiagnosen, Medikamente), Mann-Whitney U Test (Pflegergrad) oder Chi-Quadrat Test (Geschlecht, Hauptdiagnosen).

²Anzahl der Medikamentenverordnungen laut Medikamentenplan 3 Monate vor Aufnahme bis 7 Tage nach Aufnahme.

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 3: Vergleichende Analysen der primären Endpunkte in TP1 (IG vs. H-KG)

Verlaufsdaten	IG		H-KG		p-Wert ¹
	n	Deskriptive Statistik	n	Deskriptive Statistik	
Überleitung stationäre Reha nach KZP/REKUP	48		50		
Ja		40 (83.3)		21 (42.0)	<0.001
Nein		8 (16.7)		29 (58.0)	
Rehospitalisierte Personen während KZP/REKUP	49		56		
Ja		11 (22.4)		8 (14.3)	0.278
Nein		38 (77.6)		48 (85.7)	
Rehospitalisierte Personen 3 Monate nach KZP/REKUP	43		53		
Ja		21 (48.8)		22 (41.5)	0.473
Nein		22 (51.2)		31 (58.5)	
Rehospitalisierte Personen 6 Monate nach KZP/REKUP	37		50		
Ja		23 (62.2)		30 (60.0)	0.838
Nein		14 (37.8)		20 (40.0)	
Rehospitalisierungsfälle (Gesamtanzahl)					
während KZP/REKUP	49	0.2 ± 0.4	56	0.1 ± 0.4	0.283
3 Monate nach KZP/REKUP	39	0.6 ± 1.1	52	0.3 ± 0.5	0.118
6 Monate nach KZP/REKUP	26	0.4 ± 0.5	44	0.3 ± 0.5	0.965
Überleitung in häusliches Umfeld innerhalb von 3 Monaten nach KZP/REKUP	45		52		
Ja		40 (88.9)		35 (67.3)	0.011
Nein		5 (11.1)		17 (32.7)	
Inanspruchnahme von Dauerpflege innerhalb von 3 Monaten nach KZP/REKUP	40		55		
Ja		4 (10.0)		17 (30.9)	0.015
Nein		36 (90.0)		38 (69.1)	
Inanspruchnahme von Dauerpflege innerhalb von 6 Monaten nach KZP/REKUP	30		54		
Ja		5 (16.7)		18 (33.3)	0.101
Nein		25 (83.3)		36 (66.6)	
Verändertes Versorgungssetting zu t ³	40		51		0.004
Ja		12 (30.0)		31 (60.8)	
Nein		28 (70.0)		20 (39.2)	
Mortalität während KZP/REKUP	49		57		
Ja		0 (0.0)		1 (1.8)	>0.999
Nein		49 (100.0)		56 (98.2)	
Mortalität 3 Monate nach KZP/REKUP	41		57		
Ja		3 (7.3)		6 (10.5)	0.587
Nein		38 (92.7)		51 (89.5)	
Mortalität 6 Monate nach KZP/REKUP	29		53		
Ja		7 (24.1)		11 (20.8)	0.723
Nein		22 (75.9)		42 (79.2)	

Deskriptive Daten sind angegeben als n (%) oder Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für t-Tests für unabhängige Stichproben (Krankenhausfälle) oder Chi-Quadrat bzw. Exakter-Fisher Test (alle anderen Variablen).

²verändertes Versorgungssetting definiert als neue Inanspruchnahme Pflegedienst, Inanspruchnahme Dauerpflege, Umzug zu Angehörigen, Einzug von Angehörigen oder neue 24h-Pflegekraft im Vergleich zu t₀.

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 4: Vergleichende Analysen der primären Endpunkte in TP2 (IG vs. S-KG)

Verlaufsdaten	IG		S-KG		p-Wert ¹
	n	Deskriptive Statistik	n	Deskriptive Statistik	
Überleitung stationäre Reha nach KZP/REKUP	43		86		
Ja		36 (83.7)		12 (14.0)	<0.001
Nein		7 (16.3)		74 (86.0)	
Rehospitalisierte Personen während KZP/REKUP	43		86		
Ja		8 (18.6)		33 (38.4)	0.023
Nein		35 (81.4)		53 (61.6)	
Rehospitalisierte Personen innerhalb von 3 Monaten nach KZP/REKUP	38		74		
Ja		17 (44.7)		49 (66.2)	0.029
Nein		21 (55.3)		25 (33.8)	
Rehospitalisierte Personen innerhalb von 6 Monaten nach KZP/REKUP	32		62		
Ja		19 (59.4)		49 (79.0)	0.043
Nein		13 (40.6)		13 (21.0)	
Rehospitalisierungsfälle					
während KZP/REKUP, Gesamtanzahl	43	0.2 ± 0.5	86	0.4 ± 0.6	0.022
3 Monate nach KZP/REKUP, Gesamtanzahl	36	0.5 ± 0.8	62	0.5 ± 0.7	0.920
6 Monate nach KZP/REKUP, Gesamtanzahl	23	0.4 ± 0.9	36	0.1 ± 0.4	0.206
Überleitung in häusliches Umfeld innerhalb von 3 Monaten nach KZP/REKUP	43		86		
Ja		36 (83.7)		32 (37.2)	<0.001
Nein		7 (16.3)		54 (62.8)	
Verändertes Versorgungssetting zu t ³	37		76		<0.001
Ja		12 (32.4)		53 (69.7)	
Nein		25 (67.6)		23 (30.3)	
Inanspruchnahme von Dauerpflege innerhalb von 3 Monaten nach KZP/REKUP	36		68		
Ja		4 (10.0)		47 (69.1)	<0.001
Nein		32 (90.0)		21 (30.9)	
Inanspruchnahme von Dauerpflege innerhalb von 6 Monaten nach KZP/REKUP	27		63		
Ja		5 (18.5)		48 (76.2)	<0.001
Nein		22 (81.5)		15 (23.8)	
Mortalität während KZP/REKUP	43		86		
Ja		0 (0.0)		13 (15.1)	0.005
Nein		43 (100.0)		73 (84.9)	
Mortalität 3 Monate nach KZP/REKUP	37		77		
Ja		3 (8.1)		21 (27.3)	0.019
Nein		34 (91.9)		56 (72.7)	
Mortalität 6 Monate nach KZP/REKUP	26		57		
Ja		6 (23.1)		26 (45.6)	0.057
Nein		20 (76.9)		31 (54.4)	

Deskriptive Daten sind angegeben als n (%) oder Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für t-Tests für unabhängige Stichproben (Krankenhausfälle) oder Chi-Quadrat bzw. Exakter-Fisher Test (alle anderen Variablen).

²verändertes Versorgungssetting definiert als neue Inanspruchnahme Pflegedienst, Inanspruchnahme Dauerpflege, Umzug zu Angehörigen, Einzug von Angehörigen oder neue 24h-Pflegekraft im Vergleich zu t₀.

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 5: Inzidenzraten primärer Endpunkte in TP1 (IG vs. H-KG)

Variable		Fälle	Personen- monate	Inzidenzrate (95% KI) pro 1.000 Personenmonate	Inzidenzraten- verhältnis (95% KI)	p- Wert
Mortalität	IG (n = 49)	7	254	28 (11-57)	0.98 (0.32-2.84)	0.971
	H-KG (n = 57)	10	354	28 (14-52)		
Dauerpflege	IG (n = 48)	5	203	25 (8-57)	0.35 (0.10-0.98)	0.029
	H-KG (n = 55)	18	255	71 (42-112)		
Rehospitalisierte Personen	IG (n = 49)	23	192	12 (76-180)	1.08 (0.60-1.92)	0.782
	H-KG (n = 57)	30	270	11 (75-159)		
Rehospitalisierung Fälle, Anzahl (gesamt)	IG (n = 49)	44	254	173 (126-233)	1.45 (0.93-2.28)	0.090
	H-KG (n = 56)	40	335	119 (85-163)		

Berechnung der Inzidenzraten unter Berücksichtigung der verschiedenen Nachbeobachtungszeiträume der Kollektive. Abbruch der Nachbeobachtung bei Eintritt des entsprechenden Ereignisses (Mortalität, Rehospitalisierung, Dauerpflege). Berechnung der Personenmonate für Mortalität und Rehospitalisierung ab t1 und für Dauerpflege ab t2. KI = Konfidenzintervall. KI für Inzidenzratenverhältnis basiert auf der Exakten Poisson-Methode. p-Wert = exakter 2-seitiger mittlerer p-Wert.

Tabelle 6: Inzidenzraten primärer Endpunkte in TP2 (IG vs. S-KG)

		Fälle	Personen- monate	Inzidenzrate (95% KI) pro 1.000 Personenmonate	Inzidenzraten- verhältnis (95% KI)	p- Wert
Mortalität	IG (n = 43)	6	202	30 (11-65)	0.41 (0.14-1.02)	0.037
	S-KG (n = 86)	26	358	73 (47-106)		
Dauerpflege	IG (n = 43)	5	165	30 (10-70)	0.08 (0.02-0.20)	<0.001
	S-KG (n = 86)	48	126	381 (281-505)		
Rehospitalisierte Personen	IG (n = 43)	19	143	130 (80-201)	0.54 (0.30-1.93)	0.019
	S-KG (n = 86)	49	199	246 (182-326)		
Rehospitalisierung Fälle, Anzahl (gesamt)	IG (n = 43)	36	202	178 (125-247)	0.89 (0.58-1.34)	0.560
	S-KG (n = 86)	72	358	201 (157-253)		

Berechnung der Inzidenzraten unter Berücksichtigung der verschiedenen Nachbeobachtungszeiträume der Kollektive. Abbruch der Nachbeobachtung bei Eintritt des entsprechenden Ereignisses (Mortalität, Rehospitalisierung, Dauerpflege). Berechnung der Personenmonate für Mortalität und Rehospitalisierung ab t1 und für Dauerpflege ab t2. KI = Konfidenzintervall. KI für Inzidenzratenverhältnis basiert auf der Exakten Poisson-Methode. p-Wert = exakter 2-seitiger mittlerer p-Wert.

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 7: Gesundheitsversorgung in TP1 (IG vs. H-KG)

KZP	IG		H-KG		p-Wert ¹
	n	Deskriptive Statistik	n	Deskriptive Statistik	
Abrechnungstage	49	18.8 ± 4.4	52	28.2 ±17.0	<0.001
Therapieeinheiten erhalten	49		52		
Ja		49 (100)		34 (65.4)	<0.001
Nein		0 (0)		18 (34.6)	
Arztkontakt	49		51		
Ja		49 (100)		37 (72.5)	<0.001
Nein		0 (0)		14 (27.5)	
Facharztkontakt	49		51		
Ja		25 (51.0)		11 (21.6)	0.002
Nein		24 (49.0)		40 (78.4)	
Neuer Hausarzt	--		30		
Ja		--		18 (60.0)	--
Nein		--		12 (40.0)	
Patientenzufriedenheit (ZUF-8, Pkt.)	33	23.6 ± 4.8	45	23.2 ± 5.5	0.768

Deskriptive Daten sind angegeben als n (%) oder Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für t-Tests für unabhängige Stichproben (Abrechnungstage, Patientenzufriedenheit) oder Chi-Quadrat bzw. Exakter-Fisher Test (Therapieeinheiten, Arztkontakt, Facharztkontakt).

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 8: Versorgungsleistungen in REKUP bzw. KZP (IG vs. H-KG)

Therapieart	IG		H-KG	
	n	Deskriptive Statistik	n	Deskriptive Statistik
Therapieeinheiten während REKUP/KZP erhalten	49	49 (100)	5 2	34 (65.4)
Physiotherapie erhalten	49	49 (100)	5 2	32 (61.5)
Therapieeinheiten pro Aufenthalt		12.4 ± 4.5		-
Therapieminuten pro TN/Aufenthalt		326.6 ± 127.0		-
Ergotherapie erhalten	49	46 (93.9)	5 2	1 (1.9)
Therapieeinheiten pro Aufenthalt		6.3 ± 3.1		-
Therapieminuten pro TN/Aufenthalt		186.5 ± 95.1		-
Logotherapie erhalten	49	11 (22.4)	5 2	1 (1.9)
Therapieeinheiten pro Aufenthalt		6.5 ± 5.7		-
Therapieminuten pro TN/Aufenthalt		186.8 ± 180.1		-
Sozialtherapeutisch* erhalten	49	22 (44.9)	5 2	0 (0)
Therapieeinheiten pro Aufenthalt		3.5 ± 2.9		-
Therapieminuten pro TN/Aufenthalt		240 ± 81.4		-
Sonstiges** erhalten	49	46 (93.9)	5 2	7 (13.5)
Therapieeinheiten pro Aufenthalt		8.0 ± 6.2		-
Therapieminuten pro TN/Aufenthalt		246.6 ± 193.4		-

Deskriptive Daten sind angegeben als n (%) sowie Mittelwert ± Standardabweichung.

*Sozialtherapeutische Maßnahmen: Beratungsleistungen Sozialdienst: sozialrechtliche Beratung, klinische Sozialberatung, Beratung zu informellen/formellen Netzwerken, Beratung ambulante Weiterversorgung

**Sonstige Maßnahmen: Psychologie: Diagnostik, supportive Einzelgespräche; Zusätzliche Trainings: Arm-Hand-Training, Bewegungstrainer aktiv/passiv, kardiologisches Einzeltraining, Ergometer Einzel/Gruppe, Sturzprophylaxe, Neurohalle, Terrain-Training; Beratung: Hilfsmittel-Beratung, Kontinenzberatung, Ernährungsberatung, Prothesensprechstunde; Gruppentherapie: Funktions- und Hirnleistungsgruppe, FIT-Gruppe, TEP-Gruppe, Balance-Gruppe; Physikalische Anwendungen: Lymphdrainage, Massage, Sandbox (Wärmebehandlung), Heusack (Entspannungstherapie), sonstige physikalische Therapien, weitere Entspannungstherapien; Kunst und Werken; Angehörigenberatung

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 9: Entwicklung Pflegegrad (IG vs. H-KG)

Variable	Beginn KZP/REKUP (t1)	3 Monate nach KZP/REKUP (t3)	6 Monate nach KZP/REKUP (t4)	ANOVA-RM (Gruppe × Zeit)	p-Wert
Pflegegrad					0.903
IG (n = 38)	1.6 ± 1.3	2.2 ± 1.1	--		
H-KG (n = 48)	1.8 ± 1.1	2.4 ± 1.1	--		
Pflegegrad					0.910
IG (n = 22)	1.2 ± 1.1	--	2.0 ± 1.1		
H-KG (n = 39)	1.7 ± 1.0	--	2.4 ± 1.2		

Deskriptive Daten sind angegeben als Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für Interaktionseffekte zwischen Gruppe (IG, H-KG) und Zeit (T1 vs. T3/T4) berechnet anhand 2-faktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVA-RM)

Tabelle 10: Entwicklung Pflegegrad (IG vs. S-KG)

Charakteristik	Vor Initialaufenthalt (t0)	3 Monate nach KZP/REKUP (t3)	6 Monate nach KZP/REKUP (t4)	ANOVA-RM (Gruppe × Zeit)	p-Wert
Pflegegrad					0.245
IG (n = 38)	1.8 ± 1.3	2.3 ± 1.0	--		
S-KG (n = 48)	1.8 ± 1.1	2.6 ± 0.7	--		
Pflegegrad					0.135
IG (n = 20)	1.5 ± 1.2	--	2.0 ± 1.1		
S-KG (n = 31)	1.5 ± 1.1	--	2.5 ± 0.8		

Deskriptive Daten sind angegeben als Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für Interaktionseffekte zwischen Gruppe (IG, H-KG) und Zeit (T1 vs. T3/T4) berechnet anhand 2-faktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVA-RM)

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 11: Deskription der Patientencharakteristika für alle Kollektive

Soziodemographische Daten	Kollektiv 1		Kollektiv 2		Kollektiv 3	
	IG1	S-KG1	IG2	S-KG2	IG3	S-KG3
N	24	48	36	72	43	86
Alter zum Zeitpunkt Aufnahme REKUP [IG] bzw. Aufnahme in KZP [S-KG] nach KH [MW (SD) in Jahren]	80.71 (5.99)	81.38 (5.80)	81.33 (6.11)	82.22 (5.67)	82.19 (6.03)	82.72 (5.66)
Männlich [n (%)]	8 (33.3)	16 (33.3)	11 (30.6)	22 (30.6)	13 (30.2)	26 (30.2)
Weiblich [n (%)]	16 (66.7)	32 (66.7)	25 (69.4)	50 (69.4)	30 (69.8)	60 (69.8)
Dauer Aufenthalt REKUP bzw. KZP[†] [MW in Tagen [Min.; Max.]]	20.5 [11; 22]	20.4 [0; 86]	20.8 [11; 30]	22.8 [0; 86]	19.6 [2; 30]	18.7 [0; 30]
Dauer des initialen stationären KH-Aufenthalts[†] [MW in Tagen [Min.; Max.]]	22.8* [5; 74]	20.4* [1; 96]	24.1** [5; 103]	15.3** [1; 96]	22.5* [5; 103]	14.7* [1; 96]
Patienten mit Rehospitalisierung(en) während REKUP bzw. KZP [n (%)]	4 (16,6)	17 (35,4)	7 (19,4)	24 (33,3)	10 (23,3)	27 (31,4)
Komorbiditäten: Elixhauser Comorbidity Index Score[†] [MW [Min.; Max.]]	14.2 [-3; 33]	11.4 [-4; 31]	13.4 [-3; 33]	11.0 [-4; 31]	13.5 [-3; 37]	10.8 [-4; 33]
Patienten mit Reha-Aufenthalt im Post-Zeitraum[†][n (%)]	20*** (83.3)	7*** (14.6)	32*** (88.9)	11*** (15.3)	34*** (79.1)	7*** (8.1)
Im Post-Zeitraum Verstorben[†] [n (%)]	3* (12.5)	13* (27.1)	1* (2.8)	15* (20.8)	1* (2.3)	12* (14.0)
Tage im Nachbeobachtungszeitraum [MW [Min.; Max.]]	171.6 [40; 180]	145.2 [2; 180]	88.6 [40; 90]	79.5 [2; 90]	29.7 [19; 30]	28.1 [2; 30]
Patienten mit abgerechneter vollstationärer Dauerpflege im Post-Zeitraum [n (%)]	1*** (4.2)	26*** (54.2)	4 *** (11.1)	43 *** (59.7)	1*** (2.3)	29*** (33.7)
Tage bis Dauerpflege oder Tod[†] [MW [Min.; Max.]]	167.6*** [40; 180]	82.0*** [2; 180]	85.2*** [20; 90]	48.9*** [2; 90]	29.5*** [19; 30]	25.4*** [2; 30]

[†] Variablen mit Überprüfung auf statistische signifikante Gruppenunterschiede mittels Mann-Whitney-U-Test.

Unterschied zwischen IG und S-KG ist statistisch signifikant ($p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$).

IG: Interventionsgruppe; S-KG: Kontrollgruppe aus Sekundärdaten; KH: Krankenhaus; KZP: Kurzzeitpflege; MW: Mittelwert; REKUP: Rehabilitative Kurzzeitpflege; SD: Standardabweichung.

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Abbildung 1: Kaplan-Meier-Kurve Kollektiv 1

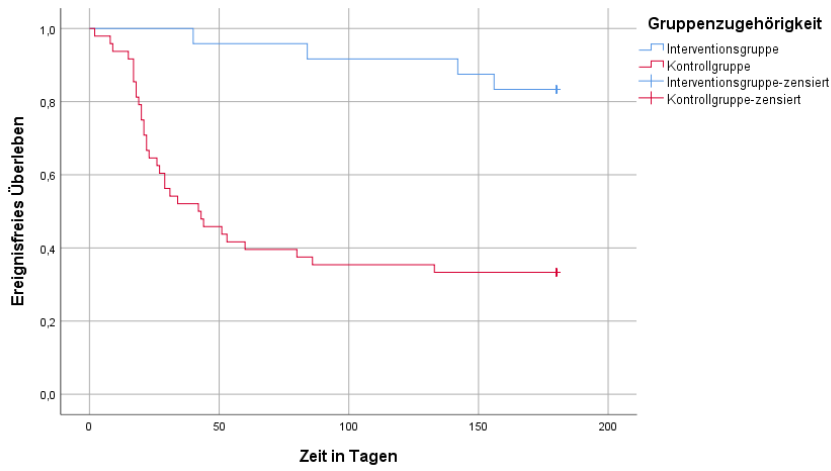


Abbildung 2: Kaplan-Meier-Kurve Kollektiv 2

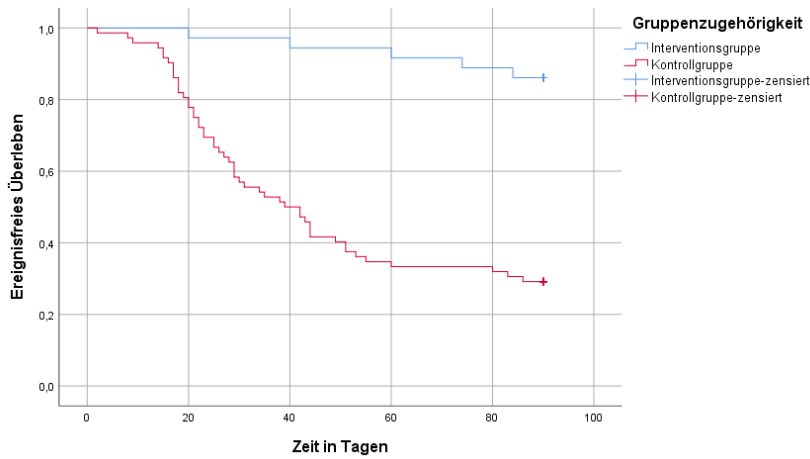
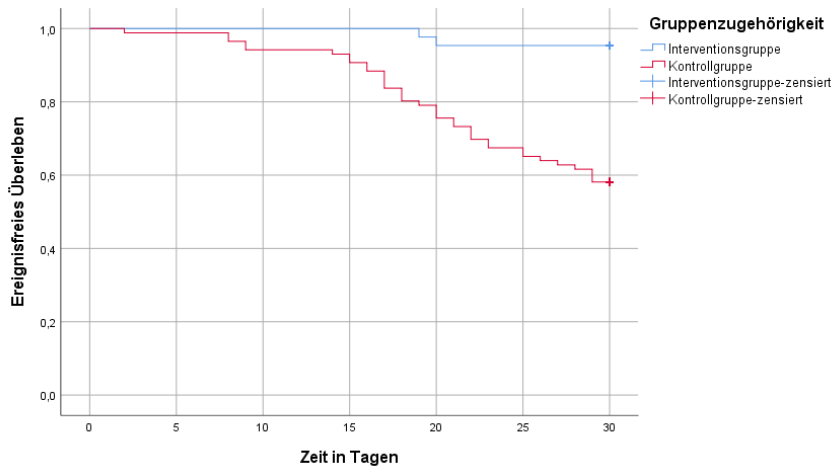


Abbildung 3: Kaplan-Meier-Kurve Kollektiv 3



Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 12: Ergebnisse der Kosten für das Gesamtkollektiv

Gesamtkollektiv		Interventionsgruppe			Kontrollgruppe (Sekundärdaten)		
		Anzahl an Versicherten mit mind. 1 Leistung	Kosten in €		Anzahl an Versicherten mit mind. 1 Leistung	Kosten in €	
			N (%)	MW (SD)		Min; Max	N (%)
Gesamtkosten (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum		403.24* (673.37)	1.14; 2.838,20		209.06* (480.64)	0.02; 3.473,19
	Initialaufenthalt	43 (100%)	644.76 (380.81)	305.01; 1.802,80	86 (100%)	586.78 (322.84)	177.97; 1.748,39
	Post-Zeitraum		442.83 (570.11)	24.79; 3.475,26		419.46 (666.56)	37.12; 5.532,06

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung.

Unterschied zwischen IG und S-KG ist statistisch signifikant ($p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,0001^{***}$);

Überprüfung auf statistisch signifikante Gruppenunterschiede mittels Mann-Whitney-U-Test.

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 13: Gesamtkosten und Kosten je Leistungsbereich für das Kollektiv 1 (Nachbeobachtungszeitraum von 180 Tagen)

Kollektiv 1		IG1			S-KG1		
		Anzahl Versicherte mit mind. 1 Leistung	Kosten in €		Anzahl Versicherte mit mind. 1 Leistung	Kosten in €	
			N (%)	MW ^a (SD)		Min; Max	N (%)
Gesamtkosten (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	24 (100%)	373.65* (629.49)	1.14; 2.529,31	48 (100%)	188.75* (521.34)	0.02; 3.473,19
	Initial-aufenthalt		733.67 (440.56)	338.15; 1.802,80		592.93 (304.31)	206.65; 1.748,39
	Post-Zeitraum		518.47 (725.57)	54.87; 3.475,26		538.18 (852.17)	37.12; 5.532,06
Krankenhaus (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	14 (58.3%)	43.01 (63.28)	;0 232.31	20 (41,7%)	22.71 (39.85)	0; 171.63
	Initial-aufenthalt	24 (100%)	733.67 (440.56)	338.15; 1.802,80	48 (100%)	592.93 (304.31)	206.65; 1.748,39
	Post-Zeitraum	11 (45.8%)	32.91 (46.02)	0; 124.92	32 (66.7%)	94.89 (169.42)	0; 788.11
Pflegeleistungen (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	14 (58.3%)	7.86 (8.77)	0; 28.04	31 (64.6%)	6,75 (6.87)	0; 18.58
	Post-Zeitraum	18 (75.0%)	18.29*** (18.06)	0; 54.99	47 (97.9%)	35.21*** (50.16)	0; 335.18
Stationäre Rehabilitation (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	2 (8.3%)	1,00 (4,65)	0; 22.82	2 (4.2%)	0.68 (4.41)	0; 30.53
	Post-Zeitraum	20 (83.3%)	27,50*** (23.23)	0; 114.04	7 (14.6%)	5,18*** (13.95)	0; 60.86
Heil- und Hilfsmittel (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	22 (91.7%)	316.74 (610.48)	0; 2.467,38	47 (97.9%)	181.22 (518.42)	0; 3.455,20
	Post-Zeitraum	24 (100%)	404.87 (731.86)	5.95; 3.394,47	48 (100%)	364.35 (727,00)	1.74; 4.533,67
Arzneimittel (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	23 (95.8%)	4.96 (4.69)	0; 17,55	46 (95.8%)	5,09 (5.61)	0; 28.19
	Post-Zeitraum	23 (95.8%)	4.72** (3.86)	0; 11.81	47 (97.9%)	17.14** (39.15)	0; 236.69
Ambulante KH-Behandlungen (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	2 (8.33%)	0,07 (0.27)	0; 1.25	8 (16.67%)	0.63 (2.64)	0; 17.32
	Post-Zeitraum	3 (12.5%)	0,18 (0.53)	0; 2.16	3 (6.3%)	0.25 (1.43)	0.48; 9.85
Interventionskosten REKUP (IG) / Kosten KZP (S-KG) (Gesamtkosten in €)	ohne Corona-Zuschlag	24 (100%)	4.695,19 (524.12)	2.524,50; 5.049,00	48 (100%)	1.727,19* (985.87)	203.65; 5.103,04
	mit Corona-Zuschlag ^b		4.858,85* (542.39)	2.612,50; 5.225,00			

IG: Interventionsgruppe; S-KG: Kontrollgruppe aus Sekundärdaten; KZP: Kurzzeitpflege; MW: Mittelwert; REKUP: rehabilitative Kurzzeitpflege; SD: Standardabweichung.

Unterschied zwischen IG und S-KG1 ist statistisch signifikant ($p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$); Überprüfung auf statistisch signifikante Gruppenunterschiede mittels Mann-Whitney-U-Test.

^a: Durchschnittliche Kosten je Tag über alle eingeschlossenen Patientinnen und Patienten.

^b: Lediglich die Interventionskosten mit Corona-Zuschlag wurden auf statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zu den Kosten der KZP geprüft.

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 14: Gesamtkosten und Kosten je Leistungsbereich für das Kollektiv 2 (Nachbeobachtungszeitraum von 90 Tagen)

Kollektiv 2		IG2			S-KG2		
		Anzahl Versicherte mit mind. 1 Leistung	Kosten in €		Anzahl Versicherte mit mind. 1 Leistung	Kosten in €	
			N (%)	MW ^a (SD)		Min; Max	N (%)
Gesamtkosten (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	36 (100%)	395.71 (702.38)	1.50; 2.838,20	72 (100%)	235.60 (504.97)	6.28; 3.481,87
	Initialaufenthalt		697.24 (481.23)	481.23; 305.01		595.78 (330.98)	177.97; 1.748,39
	Post-Zeitraum		440.71 (517.16)	108.33; 2.957,56		395.22 (682.80)	45.72; 5.532,06
Krankenhaus (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	29 (80.5%)	34.94 (54.85)	0; 232.31	38 (52.7%)	22.68 (38.89)	0; 178.64
	Initialaufenthalt	36 (100%)	69.,24 (481.23)	481.23; 305.01	72 (100%)	595.78 (330.98)	177.97; 1.748,39
	Post-Zeitraum	14 (38.8%)	33.39 (49.60)	0; 158.88	40 (55.5%)	87.73 (149.07)	0; 788.11
Pflegeleistungen (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	23 (63.8%)	10.75 (14.13)	0; 68.33	50 (69.4%)	8.51 (14.22)	0; 112.99
	Post-Zeitraum	29 (80.5%)	16.24*** (15.32)	0; 55.76	72 (100%)	31.52*** (41.60)	0; 335.18
Stationäre Rehabilitation (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	3 (8.3%)	1.06 (4.,40)	0; 22.82	5 (6.9%)	1.94 (9.20)	0; 67.10
	Post-Zeitraum	32 (88.8%)	51.83*** (28.30)	0; 124.21	11 (15.3%)	9.88*** (24.75)	0; 106.60
Heil- und Hilfsmittel (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	34 (94.4%)	344.53 (690.56)	0; 2.820,56	70 (97.2%)	191.99 (497.59)	0; 3.455,20
	Post-Zeitraum	35 (97.2%)	278.60 (519.48)	0; 2.796,47	72 (100%)	224.19 (563.53)	0.52; 4.533,67
Arzneimittel (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	35 (97.2%)	4.33*** (4.02)	0; 17.55	72 (100%)	9.97*** (9.54)	0.30; 67.97
	Post-Zeitraum	34 (94.4%)	4.03*** (3.58)	0; 14.77	70 (97.2%)	12.48*** (18.54)	0; 114.11
Ambulante KH-Behandlungen (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	4 (11.1%)	0.11 (0.31)	0; 1.25	12 (16,6%)	0,51 (2,21)	0; 17.32
	Post-Zeitraum	2 (5.5%)	0.11 (0.38)	0; 1.78	7 (9.7%)	0.30 (1.32)	0; 9.85
Interventionskosten REKUP (IG) / Kosten KZP (S-KG) (Gesamtkosten in €)	ohne Corona-Zuschlag	36 (100%)	4.762,13 (576.37)	2.524,50; 6.885,00	72 (100%)	1.888,89* (1.088,95)	64.17; 5.443,61
	mit Corona-Zuschlag ^b		4.928,23* (596.46)	2.612,50; 7.125,00			

IG: Interventionsgruppe; S-KG: Kontrollgruppe aus Sekundärdaten; KZP: Kurzzeitpflege; MW: Mittelwert; REKUP: rehabilitative Kurzzeitpflege; SD: Standardabweichung.

Unterschied zwischen IG und S-KG ist statistisch signifikant ($p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$); Überprüfung auf statistisch signifikante Gruppenunterschiede mittels Mann-Whitney-U-Test.

^a: Durchschnittliche Kosten je Tag über alle eingeschlossenen Patientinnen und Patienten. ^b: Lediglich die Interventionskosten mit Corona-Zuschlag wurden auf statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zu den Kosten der KZP geprüft.

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 15: Gesamtkosten und Kosten je Leistungsbereich für das Kollektiv 3 (Nachbeobachtungszeitraum von 30 Tagen)

Kollektiv 3		IG3			S-KG3		
		Anzahl Versicherte mit mind. 1 Leistung	Kosten in €		Anzahl Versicherte mit mind. 1 Leistung	Kosten in €	
			N (%)	MW ^a (SD)		Min; Max	N (%)
Gesamtkosten (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum		403.24 (673.37)	1.14; 2.838,20		223.69 (480.87)	3.37; 3.477,32
	Initial-aufenthalt	43 (100%)	644.76 (380.81)	305.01; 1.802,80	86 (100%)	586.78 (616.14)	177.97; 1.748,39
	Post-Zeitraum		331.82 (282.84)	24.79; 2.033,89		375,18 (616,14)	69,75; 5.532,06
Krankenhaus (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	22 (51.2%)	37.11 (56.64)	0; 232.31	39 (45.4%)	20.61 (36.92)	0; 178.64
	Initial-aufenthalt	43 (100%)	644.76 (380.81)	305.01; 1.802,80	86 (100%)	586.78 (322.84)	177.97; 1.748,39
	Post-Zeitraum	8 (18.6%)	36.14 (82.38)	0; 297.62	35 (40.7%)	91.86 (159.07)	0; 788.11
Pflegeleistungen (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	28 (65.1%)	11.11 (13.88)	0; 68.33	60 (69.8%)	9.52 (14.01)	0; 112.99
	Post-Zeitraum	27 (62.8%)	8.86*** (9.74)	0; 47.94	80 (93.0%)	19.84*** (36.87)	0; 335.18
Stationäre Rehabilitation (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	5 (11.6%)	2.11 (0.00)	0; 26.70	6 (7.0%)	1.68 (8.44)	0.00; 67.10
	Post-Zeitraum	34 (79.1%)	61.61*** (44.70)	0; 229.58	7 (8.1%)	10.05*** (35.21)	0; 167.93
Heil- und Hilfsmittel (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	39 (90.7%)	348.38 (664.34)	0; 2.820,56	84 (97.7%)	186.26 (473.12)	0; 3.455,20
	Post-Zeitraum	7 (16.3%)	68.50*** (267.22)	0; 1.732,07	86 (100%)	177.45*** (504.61)	0.47; 4.533,67
Arzneimittel (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	42 (97.7%)	4.33 (3.92)	0; 17.55	84 (97.7%)	5.19 (6.76)	0; 49.02
	Post-Zeitraum	7 (16.3%)	1,37*** (5.03)	0; 28.20	83 (96.5%)	17.99*** (29.47)	0; 182.07
Ambulante KH-Behandlungen (Kosten je Tag in €)	Prä-Zeitraum	8 (18.6%)	0.20 (0.50)	0; 2.53	12 (14.0%)	0.43 (2.03)	0; 17.32
	Post-Zeitraum	0 (0.0%)	-	-	4 (4.7%)	0.25 (1.34)	0; 9.85
Interventionskosten REKUP (IG) / Kosten KZP (S-KG) (Gesamtkosten in €)	ohne Corona-Zuschlag		4.493,93 (1.145,57)	459.00; 6.885,00			
	mit Corona-Zuschlag ^b	43 (100%)	4.650,58* (1.185,59)	475.00; 7.125,00	86 (100%)	1.581,31* (650.43)	64.17; 3.276,53

IG: Interventionsgruppe; S-KG: Kontrollgruppe aus Sekundärdaten; KZP: Kurzzeitpflege; MW: Mittelwert; REKUP: rehabilitative Kurzzeitpflege; SD: Standardabweichung.

Unterschied zwischen IG und S-KG ist statistisch signifikant ($p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$); Überprüfung auf statistisch signifikante Gruppenunterschiede mittels Mann-Whitney-U-Test.

^a: Durchschnittliche Kosten je Tag über alle eingeschlossenen Patientinnen und Patienten.

^b: Lediglich die Interventionskosten mit Corona-Zuschlag wurden auf statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zu den Kosten der KZP geprüft.

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 16: Ergebnisse des generalisierten linearen Modells für Kollektiv 1

Kollektiv 1	Koef.	Std.Fehler	p-Wert	95%-Konfidenzintervall	
Zeit [Post-Zeitraum]	349.42	107.67	0.001	118.91	258.60
Gruppe [IG]	184.90	105.94	0.081	-22.74	392.53
Gruppe * Zeit [IG * Postzeitraum]	-204.60	201.76	0.311	-600.05	190.85
Konstante	188.76	35.64	<0,001	118.91	258.60

Koef.: Koeffizient; Std.Fehler: Standardfehler; IG: Interventionsgruppe

Tabelle 17: Ergebnisse des generalisierten linearen Modells für Kollektiv 2

Kollektiv 2	Koef.	Std.Fehler	p-Wert	95%-Konfidenzintervall	
Zeit [Post-Zeitraum]	159.62	63.48	0.012	35.21	284.03
Gruppe [IG]	160.11	83.77	0.056	-4.06	324.30
Gruppe * Zeit [IG * Postzeitraum]	-114.63	131.84	0.385	-373.04	143.78
Konstante	235.60	32.50	<0.001	171.89	299.30

Koef.: Koeffizient; Std.Fehler: Standardfehler; IG: Interventionsgruppe

Tabelle 18: Ergebnisse des generalisierten linearen Modells für Kollektiv 3

Kollektiv 3	Koef.	Std.Fehler	p-Wert	95%-Konfidenzintervall	
Zeit [Post-Zeitraum]	151.49	53.45	0.005	46.73	256.25
Gruppe [IG]	179.55	74.96	0.017	32.64	326.46
Gruppe * Zeit [IG * Postzeitraum]	-222.91	104.99	0.034	-428.69	-17.13
Konstante	223.69	27.37	<0.001	170.04	277.33

Koef.: Koeffizient; Std.Fehler: Standardfehler; IG: Interventionsgruppe

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 19: Vergleichende Analysen der sekundären Endpunkte in TP1 (IG vs. H-KG), Vergleich t1-t2

Charakteristik	Beginn KZP/REKUP (t1)	Ende KZP/REKUP (t2)	ANOVA-RM p-Wert (Gruppe × Zeit)
Barthel Index			
IG (n = 47)	49 ± 17	58 ± 20	0.099
H-KG (n = 42)	56 ± 21	61 ± 23	
Esslinger Transferskala			
IG (n = 47)	1.6 ± 1.5	1.1 ± 1.4	0.383
H-KG (n = 33)	1.2 ± 1.6	0.9 ± 1.4	
EQ5D-5L Index			
IG (n = 31)	0.40 ± 0.29	0.56 ± 0.23	0.281
H-KG (n = 35)	0.48 ± 0.33	0.58 ± 0.27	
EQ5D-5L VAS			
IG (n = 31)	41 ± 22	56 ± 21	0.087
H-KG (n = 38)	54 ± 20	57 ± 14	
Lebenszufriedenheit			
IG (n = 31)	2.9 ± 1.4	3.2 ± 1.0	0.268
H-KG (n = 37)	3.0 ± 1.0	3.0 ± 0.9	
Schmerz			
IG (n = 33)	4.9 ± 2.8	3.9 ± 2.5	0.039
H-KG (n = 39)	3.0 ± 2.5	3.4 ± 2.6	

Deskriptive Daten sind angegeben als Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für Interaktionseffekte zwischen Gruppe (IG, H-KG) und Zeit (t1 vs. t2) berechnet anhand 2-faktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVA-RM)

Tabelle 20: Vergleichende Analysen der sekundären Endpunkte in TP1 (IG vs. H-KG), Vergleich t1-t3

Charakteristik	Beginn KZP/REKUP (t1)	3 Monate nach KZP/REKUP (t3)	ANOVA-RM p-Wert (Gruppe × Zeit)
Barthel Index			
IG (n = 35)	50 ± 17	66 ± 29	0.037
H-KG (n = 45)	56 ± 22	63 ± 25	
EQ5D-5L Index			
IG (n = 18)	0.40 ± 0.30	0.50 ± 0.30	0.361
H-KG (n = 24)	0.50 ± 0.36	0.55 ± 0.33	
EQ5D-5L VAS			
IG (n = 18)	39 ± 17	57 ± 17	0.010
H-KG (n = 25)	52 ± 20	53 ± 20	
Lebenszufriedenheit			
IG (n = 19)	3.3 ± 1.1	3.4 ± 1.0	0.383
H-KG (n = 24)	2.7 ± 1.0	3.1 ± 1.1	
Schmerz			
IG (n = 19)	5.4 ± 3.1	5.0 ± 1.8	0.396
H-KG (n = 26)	2.9 ± 2.6	3.3 ± 2.7	

Deskriptive Daten sind angegeben als Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für Interaktionseffekte zwischen Gruppe (IG, H-KG) und Zeit (t1 vs. t3) berechnet anhand 2-faktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVA-RM)

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 21: Vergleichende Analysen der sekundären Endpunkte in TP1 (IG vs. H-KG), Vergleich t1-t4

Charakteristik	Beginn KZP/REKUP (t1)	6 Monate nach KZP/REKUP (t4)	ANOVA-RM p-Wert (Gruppe × Zeit)
Barthel Index			
IG (n = 22)	53 ± 17	73 ± 25	0.049
H-KG (n = 41)	56 ± 21	66 ± 27	
EQ5D-5L Index			
IG (n = 13)	0.42 ± 0.30	0.60 ± 0.21	0.699
H-KG (n = 18)	0.53 ± 0.34	0.66 ± 0.27	
EQ5D-5L VAS			
IG (n = 12)	44 ± 17	54 ± 21	>0.999
H-KG (n = 18)	54 ± 19	64 ± 23	
Lebenszufriedenheit			
IG (n = 13)	3.3 ± 1.2	3.1 ± 1.4	0.113
H-KG (n = 17)	3.0 ± 1.0	3.5 ± 0.9	
Schmerz			
IG (n = 13)	4.9 ± 2.8	5.0 ± 2.2	0.429
H-KG (n = 18)	3.0 ± 2.6	4.3 ± 2.5	

Deskriptive Daten sind angegeben als Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für Interaktionseffekte zwischen Gruppe (IG, H-KG) und Zeit (t1 vs. t4) berechnet anhand 2-faktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVA-RM)

Anhang 8: Detaildarstellung der Projektergebnisse Evaluation

Tabelle 22: Prädiktorenanalysen (TP1, IG)

Variable	Veränderte Versorgungssituation zu t3		p-Wert ¹
	Ja (n = 12)	Nein (n = 28)	
Alter	83.4 ± 5.4	80.8 ± 6.3	0.208
Frauen	9 (75.0)	22 (78.6)	0.804
Institution			
Agaplesion Bethanien Krankenhaus	8 (66.7)	15 (53.6)	0.443
Cts Sankt Rochus Kliniken	4 (33.3)	13 (46.4)	
Unfallchirurgische/orthopädische	9 (75.0)	18 (64.3)	0.507
Nebendiagnosen	7.9 ± 5.0	9.3 ± 7.2	0.552
Medikamente	11.7 ± 3.4	11.8 ± 4.3	0.913
Pflegegrad	2.1 ± 1.2	1.7 ± 1.2	0.368
Barthel-Index	39.6 ± 14.2	54.0 ± 16.5	0.013
MMSE ^a	19.3 ± 5.8	24.9 ± 3.2	0.021
GDS ^b	7.3 ± 4.4	5.1 ± 4.0	0.173
CFS	6.9 ± 0.3	6.5 ± 0.6	0.004
Mangelernährung ^c	9 (75.0)	12 (61.5)	0.416
Sturz letzte 12 Monate	12 (100)	20 (71.4)	0.079
EQ5D-5L Index ^d	0.37 ± 0.26	0.42 ± 0.32	0.668
EQ5D-5L VAS ^d	40 ± 26	44 ± 22	0.645
Lebenszufriedenheit ^d	2.3 ± 1.3	3.3 ± 1.3	0.063
Schmerz ^e	5.2 ± 2.6	4.9 ± 3.2	0.808

Deskriptive Daten sind angegeben als n (%) oder Mittelwert ± Standardabweichung.

¹p-Werte für t-Tests für unabhängige Stichproben oder Chi-Quadrat bzw. Exakter-Fisher Test.

^aja: n = 9 vs. nein: n = 23; ^bja: n = 10 vs. nein: n = 23; ^cja: n = 12 vs. nein: n = 26; ^dja: n = 9 vs. nein: n = 25; ^eja: n = 10 vs. nein: n = 25.

Tabelle 23: Regressionsanalyse der Prädiktoren (TP1, IG)

Variable	B	SEM	Odds Ratio (95% CI)	p-Wert
Barthel-Index	-0.106	0.054	0.89 (0.81-0.99)	0.048
MMSE	-0.361	0.136	0.53 (0.53-0.91)	0.008

Multivariate binär logistische Regressionsanalyse (Likelihood-Quotient, schrittweise Vorwärts-Selektion)

6.6. Entwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen

Die entwickelten Finanzierungsmodelle setzen auf einer Analyse der Finanzierungssysteme der beiden Sozialversicherungszweige GKV und SPV unter Berücksichtigung der in Teilen daraus entstehenden problematischen Anreizwirkungen in Bezug auf rehabilitative Maßnahmen an.

Grundsätzlich werden, wie in *Tabelle 1* gezeigt, drei Modellansätze entwickelt:

1. Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), keine weiteren Anpassungen
2. Differenzierung zwischen REKUP-Leistungsbestandteilen und Finanzierung der Anteile der Kurzzeitpflege nach den Regularien der Sozialen Pflegeversicherung (SPV)
3. Finanzierung durch die Krankenkassen und Zuordnung der Finanzierungsverantwortung nach Rehabilitationsrisiko über Transferzahlungen

Tabelle 1: Übersicht über die Finanzierungsmodelle

Modelle	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Grundgedanke	Finanzierung durch die GKV	Differenzierung zwischen REKUP-Leistungsbestandteilen und Finanzierung der Anteile der Kurzzeitpflege nach den Regularien der SPV	Finanzierung nach Maßnahmenrisiko → Transferzahlungen der SPV an die GKV
Kostenträger	GKV	GKV und SPV	GKV und SPV
Patientenzahlung	Nach GKV-Regularien	Nach SPV-Regularien	Nach GKV-Regularien

Quelle: eigene Darstellung

Modell 1 baut auf der Finanzierung der rehabilitativen Kurzzeitpflege während der REKUP-Projektlaufzeit auf, nämlich letztlich aus Mitteln der GKV (in Form der Mittel des Innovationsfonds). Die rehabilitative Kurzzeitpflege könnte auch in der Regelversorgung durch die Krankenkassen, in dem Falle direkt, finanziert werden. Hierzu könnten die Finanzierungsverfahren der stationären Rehabilitation analog angewendet werden, sodass sich nur ein geringer regulativer Anpassungsbedarf ergeben würde.

Auch die Patientenzahlungen würden in diesem Modell analog zu den Patientenzahlungen der GKV für die stationäre Rehabilitation gestaltet.

Vergleichbar wurde die Finanzierung für die „Übergangspflege im Krankenhaus“ gemäß § 39e SGB V gestaltet, die mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz im Jahr 2021 als neue Leistung der GKV eingeführt wurde.

Modell 2 zielt auf eine Differenzierung der rehabilitativen Kurzzeitpflege in seine Leistungsbestandteile ab, die Kurzzeitpflege auf der einen und die medizinische Rehabilitation auf der anderen Seite. In dieser Konstellation würde, ohne generelle Veränderung der Finanzierungsverantwortung, die GKV die Kosten für die rehabilitativen Elemente tragen und, je nach Pflegegrad der Patient*innen, entweder die SPV oder aber die GKV die Kosten für den auf die Kurzzeitpflege fallenden Anteil der neuen Versorgungsform.

Für dieses Modell wäre zunächst eine Differenzierung aller REKUP-Leistungsbestandteile notwendig, was jedoch nicht trivial ist, da bspw. sowohl die stationäre Rehabilitation als auch die Kurzzeitpflege Leistungen wie Unterbringung und Verpflegung beinhalten. Allerdings lässt sich argumentieren, dass die betroffenen Patient*innen alternativ ohne

das Angebot der REKUP meist reguläre Kurzzeitpflege erhalten hätten, sodass die in beiden Leistungsbestandteilen enthaltenen Leistungen insofern der Kurzzeitpflege zuzuordnen wären. Dieses Argument würde jedoch nicht für Patient*innen greifen, die alternativ die Übergangspflege im Krankenhaus gemäß § 39e SGB V genutzt hätten, da diese vollständig von der GKV finanziert wird.

Die Aufteilung der Finanzierung auf die Kostenträger GKV und SPV hat hier auch Auswirkungen auf die Patientenzuzahlungen. Diese würden in diesem Modell für den Kostenanteil der Kurzzeitpflege nach den Regularien der SPV erfolgen. Pflegebedürftige Personen, die die maximalen gesetzlichen Ansprüche angespart haben, hätten unabhängig von ihrem Pflegegrad vermutlich keine Zuzahlungen zu erwarten, wohingegen Personen ohne Pflegegrad insbesondere für die Kostenkomponenten Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten, für die für diesen Personenkreis keine gesetzlichen Ansprüche vorgesehen sind, relevante Zuzahlungen leisten müssten. Da dies zu einer stärkeren Belastung der Patient*innen als in der GKV führt und falls auch die Kosten für Unterbringung und Verpflegung dem Anteil der Kurzzeitpflege zugeordnet würden, sollte in diesem Modell in Erwägung gezogen werden, dass die gängigen GKV-Zuzahlungen entfallen, was allerdings zu einer Zusatzbelastung der GKV führen würde.

Modell 3 greift die grundsätzliche Diskussion um die Finanzierung von Maßnahmen nach Maßnahmenrisiko, d.h. die anreizgerechte Zuordnung der Kostenträger, auf. Im Sinne einer zügigen und relativ unkomplizierten Anwendbarkeit wird der Vorschlag des Sachverständigenrats Gesundheit 2014 aufgegriffen und eine Verteilung der Maßnahmenkosten der REKUP zu jeweils 50% auf die Systeme der GKV und der SPV vorgenommen. Primäre Kostenträger sind hier die gesetzlichen Krankenkassen, die 50% der Maßnahmenkosten per Transferzahlung von der SPV erhalten.

Vergütungsverhandlungen mit den Leistungserbringenden würden analog zur sonstigen stationären Rehabilitation zwischen Krankenkassen und Rehabilitationskliniken erfolgen. Die Konstruktion hat zur Folge, dass für die Patient*innen die Regularien der GKV gelten und die Zuzahlungen bestimmen.

Im Ergebnis der kriteriengestützten Bewertung zeigten sich Trade-offs hinsichtlich der Zielerreichung der verschiedenen Kriterien. Modell 1 scheint zwar mit dem geringsten Regulierungsbedarf verbunden zu sein, geht allerdings aufgrund der nicht anreizgerechten Verteilung von Kosten hinsichtlich möglicher Maßnahmeerfolge mit negativen Anreizen in den Bereichen Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit, Versorgungsqualität, Behandlungseffizienz und Gleichheit im Patientenzugang einher. Die Modelle 2 und 3 reduzieren die genannten negativen Anreize zwar zum Teil, da sie einen Teil der Maßnahmenkosten der SPV zuordnen, erfordern jedoch auch größere regulative Anpassungen. Bei der Betrachtung des Kriteriums der „Realisierbarkeit“ gestalten sich die Modelle 2 und 3 günstiger als Modell 1. Modell 2 dürfte dabei jedoch höhere administrative Kosten verursachen und deshalb auf Skepsis stoßen. Dazu liegt es aufgrund höherer Zuzahlungen weniger im Patienteninteresse. Hier punktet Modell 3, das jedoch den Einstieg in eine breitere Reformdiskussion für Finanzierungsmodelle an den Grenzen der Sozialversicherungssysteme darstellen und daher auf Umsetzungshindernisse stoßen könnte.

Bei der Konzeption der Vergütungsmodelle wird davon ausgegangen, dass diese analog zum Verfahren in der Rehabilitation mit der leistungserbringenden Institution von REKUP zu verhandeln ist. Weitergehende Reformen wie fundamentale Änderungen der Verhandlungsmodelle werden nicht erwogen, da es sich hier um die Integration einer Einzelmaßnahme und keine grundsätzliche Systemreform handelt. Es wird unterschieden

zwischen den Vergütungsformen Fallpauschale und Tagessatz. In beiden Fällen wiederum stehen einheitliche Sätze ohne Fallschweredifferenzierung, nach Fallschwere differenzierte Sätze sowie Sätze, die mit einer Performance-Komponente (P4P) ergänzt werden, zur Auswahl.

Wie in Tabelle 2 dargestellt, werden zwei Grundformen der Vergütung in jeweils drei Varianten einander gegenübergestellt.

Tabelle 2: Übersicht über die Vergütungsmodelle

1 Fallpauschalen	2 Tagessätze
1a Einheitliche Fallpauschale	2a Einheitliche Tagessätze
1b Aufwandsspezifisch differenzierte Fallpauschale	2b Aufwandsspezifisch differenzierte Tagessätze
1c Fallpauschalen mit einer P4P-Komponente	2c Tagessätze mit einer P4P-Komponente

Die Modelle einheitlicher Vergütung in der Form von Fallpauschalen oder Tagessätzen orientieren sich am Vergütungssystem der Rehabilitation. Bei der Fallpauschale wird davon ausgegangen, dass trotz unterschiedlicher Dauer der Maßnahme bis zur Rehabilitationsfähigkeit (oder bis zum Abbruch wegen Nichterreichung der Rehabilitationsfähigkeit) sich die Kosten über die Gesamtgruppe der Patient*innen ausgleicht. Tagessätze wiederum berücksichtigen stärker die Variabilität der Dauer von REKUP, die im Konzept selber angelegt ist. Im Projekt wurden seitens der AOK Baden-Württemberg Tagessätze gezahlt, die sich in der Höhe an den verhandelten Tagessätzen der Rehabilitation in den Kliniken in Baden-Württemberg orientierten. Hier wurde davon ausgegangen, dass die erhöhten Kosten durch Pflegeleistungen durch geringere Kosten für rehabilitative Maßnahmen ausgeglichen werden.

In beiden Fällen könnte einheitlich für alle Patient*innen vergütet oder entsprechend dem unterschiedlichen Aufwand verschiedener Patientengruppen differenziert werden. Im Falle einer einheitlichen Vergütung kann die Möglichkeit der gesonderten Vergütung von bestimmten Leistungskomplexen wie z.B. der Knochendichtemessung erwogen werden.

Bei Orientierung an den Vergütungsregelungen der Kurzzeitpflege könnte die Aufwandsdifferenzierung anhand der Pflegegrade ermittelt werden; es sind jedoch auch andere Differenzierungen z.B. anhand von Diagnosen oder Schweregraden möglich.

Bei der Bewertung der Vergütungsmodelle geht es, anders als bei den Finanzierungsmodellen, in erster Linie um die Anreizsituation, der sich die Leistungserbringenden gegenübersehen. Die Diskussion beschränkt sich dabei ausschließlich auf Anreize, die sich aus der jeweiligen Vergütungsform ergeben – Aspekte der Vergütungshöhe werden nicht adressiert.

Im Ergebnis der kriteriengestützten Bewertung wurde deutlich, dass auch hier Trade-offs hinsichtlich der Zielerreichung der verschiedenen Zielkriterien vorliegen. Aufwandsdifferenziertere Modelle scheinen Vorteile bzgl. der Anreize zur Versorgungsqualität und der Vermeidung von Risikoselektion zu haben; jedoch besteht noch Unklarheit bzgl. geeigneter Differenzierungskriterien. Der Tagessatz punktet insofern gegenüber der Fallpauschale, da hier die bewusst differenziert angesteuerte Aufenthaltsdauer in REKUP abbildbar ist. Sein Einsatz kann aber zur Notwendigkeit von Prüfroutinen im Sinne der Wirtschaftlichkeit der Versorgung führen. Modelle mit P4P-Elementen bedürfen noch weiterer Ausdifferenzierung.

6.3.7 Akzeptanz der neuen Versorgungsform, fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung

a) Akzeptanz

Bei der Befragung der Mitarbeiter der Modellkliniken und der Akutkliniken zeigte sich eine sehr hohe Akzeptanz der erprobten Versorgungsform. Von keiner Berufsgruppe wurde ein besonderer Mehraufwand bzgl. der REKUP-Patienten benannt, die zum Großteil „einfach mitliefen“. Anfängliche Sorge hinsichtlich der Aufnahme von vermeintlich schwerstpflegebedürftigen Patienten erfüllten sich nicht. Die ausgeprägte Akzeptanz des Versorgungskonzepts entstand v.a. durch das Erkennen der Notwendigkeit (Versorgungslücke zwischen Akutversorgung und Rehabilitation) sowie durch die gute Zusammenarbeit im Team als auch mit den externen Schnittstellen. Die Leiterin eines Sozialdienstes (Akutklinik) berichtet:

„Auch von meinem Team her war da von Anfang an eine ganz große Akzeptanz, weil, wie gesagt, diese Versorgungslücke dort zu sehen und...von dem her sind wir dann direkt dort mit aufgesprungen.“ (LSdK2, Z 41-43)

Von den Mitarbeitern des Leistungsträgers wurde das Konzept ebenfalls als positiv und fortsetzungswert erachtet. Allerdings wurde auch Unzufriedenheit hinsichtlich einer unzureichenden medizinischen Prüfung geäußert und ermahnt, das Angebot nicht als einfache Option in einer prekären nachstationären Versorgungslandschaft zu missbrauchen:

„(...) also den Verdacht hatte ich, dass es einfach für die Sozialdienste in den Krankenhäusern, beim Entlassungsmanagement so war: Ok, rehafähig sind sie nicht, dahin können wir sie nicht entlassen, KZP-Platz krieg ich nicht, machen wir REKUP draus.“ (Ma1cc, Z 23-26)

b) Förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung

Alle Befragten bewerteten die Implementierung von REKUP als gelungen. Als förderliche Faktoren wurden identifiziert: transparente Kommunikation, guter Informationsfluss zwischen den Schnittstellen, Einsatz strukturierender Unterlagen (Abläufe, Verantwortlichkeiten, Kontaktdaten). Eine hohe Akzeptanz im Team wurde als wichtiger Implementierungsfaktor erachtet sowie eine gute Kooperation mit dem Leistungsträger:

„(...) und [ich] kann sagen, aufgrund der ganzen wunderbar aufgearbeiteten Unterlagen, die wir bekommen haben, der Leitfaden und der Erklärungen dazu, war es eigentlich ganz unproblematisch das Ganze hier bei uns mit zu implementieren.“ (LSdK2, Z 35-19)

Als hinderlich wurden v.a. die Auswirkungen der Corona-Pandemie identifiziert: auf den Regelbetrieb (Krankheitsausfälle, begrenzte Aufnahmekapazitäten, veränderte Krankenhausstrukturen etc.), auf die externe Kommunikation (zuweisende Kliniken) sowie auf die Patienten-Compliance. Als z.T. schwierig wurde die interne Kommunikation auf die Stationen (Modellklinik A) wahrgenommen. Darüber hinaus wurde ein Informationsdefizit bzgl. des REKUP-Programms bei Patienten und Angehörigen konstatiert sowie bei den häufig wechselnden Assistenzärzten, wie eine Mitarbeiterin (Akutklinik) berichtet:

„(...) ich hatte so den Eindruck, man muss immer wieder daran erinnern. Also es hat eine Weile gedauert bis (...) alle Stationsärzte da von selbst dran gedacht haben. Also am Anfang haben wir vom Sozialdienst häufiger daran erinnert, aber irgendwann im Laufe der Zeit: „Ist das REKUP?“ und dann haben die schon von selbst gekuckt, ah, AOK, ok, dann machen wir doch REKUP. Oberärzte waren gleich mit im Boot, also das hat gut geklappt, aber bei den Assistenten (...) die wechseln häufig.“ (MaSdK1, Z 70-78)

Als wünschenswert wurde die Vergrößerung des Einzugsgebiets sowie die Rekrutierung von mehr zuweisenden Kliniken erachtet als auch eine verbesserte externe (Akutkliniken) und interne (Stationsebene) Kommunikation. Es wurde eine optimierte Patienten-Information angeregt als auch eine angepasste personelle und materielle Ausstattung bei Mehrbelastung durch REKUP-Patienten. Zudem wurde die Implementierung einer zentralen REKUP-Ansprechperson für Angehörige in den Modellkliniken vorgeschlagen.

6.3.8 Zufriedenheit der Leistungserbringer- Praktikabilität der Inhalte, Strukturen und Prozesse

a) Inhalte

Alle Befragten bewerteten die REKUP-Inhalte als sehr gut umsetzbar, sie hätten in der Umsetzung meist keinen Unterschied zu den Inhalten regulärer Reha-Patienten dargestellt. Pflege-Mitarbeiter wiesen jedoch darauf hin, dass bei z.T. erhöhtem pflegerischem Mehraufwand und zukünftig erhöhter Fallzahl vermehrt auf die Grenzen der pflegerischen Versorgung in einer Rehaklinik zu achten ist.

Die Sinnhaftigkeit des Angebots im Spannungsfeld zwischen Entlassdruck und verzögerter Rehafähigkeit geriatrischer Patienten wird betont und v.a. die lange Verweildauer als ausschlaggebend für eine erfolgreiche Überleitung ins häusliche Umfeld erachtet. Man könne besser die Gesundheitsentwicklung abgesehen und das häusliche Versorgungssetting entsprechend ausgestalten. Zudem könne bspw. der Sozialdienst früher ansetzen, mehr Informationen einholen und habe über den Verlauf mehr Zeit zu reagieren, wie eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes (Modellklinik) beschreibt:

„Ich fand das auch immer schön, ich war ja schon recht früh dann mit den Angehörigen in Kontakt und auch mit dem Patienten. Und dann kann ich das von vornerein begleiten und auch besser organisieren. (...) wir sind ja abhängig von mehreren Leuten, von mehreren Stellen und da können wir auch besser reagieren.“ (Ma2SdD, Z125-130)

Auch die befragten Ärzte zeigten sich zufrieden mit der Praktikabilität. Der Stationsarzt als kontinuierlicher Ansprechpartner könne Veränderungen frühzeitig erkennen und im Notfall reagieren. Insbesondere bei hoch vulnerablen, poststationären Patienten sei dies zentral.

Therapeutisch habe es v.a. bei Patienten mit Teilbelastung vermehrt assistive Situationen gegeben, die Patienten waren jedoch gut integrierbar. Lediglich der therapeutische Takt (verkürzte Einheiten) sei bei REKUP anders. Pandemiebedingt fanden die Einheiten oft im Zimmer und in abgespeckter Form statt. V.a. für Teilbelastungspatienten sei die Versorgungsform sinnvoll, da sie mehr Zeit benötigten und so von Beginn an Muster trainiert werden könnten, die keine Vollbelastung erforderten. Eine längere Verweildauer mit früh beginnenden, kurzen Einheiten sei von großem Vorteil bzgl. des Reha-Erfolges:

„(...) wenn so Sachen wie Vollbelastung (...) noch nicht da ist, grad nach irgendwelchen Operationen (...), wo dann ein Patient eigentlich einfach nochmal in die KZP muss und erst dann die Reha gestartet werden kann, wenn die Patienten da zu früh kommen ist einfach der Reha-Erfolg nicht gegeben. Und grad da ist das so das Ding, dass man dann während der Kurzzeitpflege-Phase [Rekup] bei uns natürlich mit einfachen Therapien schon starten kann und dann in der Reha richtig durchstarten kann.“ (Ma1SdD, Z 99-105)

Die Mitarbeiter des Leistungsträgers bewerteten die Praktikabilität des neuen Versorgungsweges als gelungen und berichten von einer reibungslosen Zusammenarbeit mit den Akut- und Modellkliniken. Die Bearbeitung der REKUP-Fälle sei unproblematisch, da sie wie reguläre AHB-Anträge gehandhabt werden konnten.

b) Strukturen

Als größtes strukturelles Problem bei der Umsetzung wurde die Pandemie identifiziert. Sie belastete im erheblichen Maße die Krankenhausstrukturen (Krankenstand, Isolation und Compliance der Patienten, Aufnahmekapazität, erschwerte Zuweisungen, veränderte Abläufe). V.a. die externe Kommunikation war massiv gestört. Zukünftig sollte maßgeblich Wert auf die regelmäßige externe Kommunikation gelegt werden, um die Versorgungsoption in den Akuthäusern zu etablieren:

„(...) also wenn man es nochmal zu tun hätte und sowas auflegt, würden wir uns einfach eine engere Abstimmung zum Beispiel mit dem Klinikum [Stadt] wünschen. Weil das einfach ein großer Zuweiser ist und da kam man halt, auch bedingt durch die Pandemiesituation nicht so dran.“ (ChaA, Z 135 – 138)

Die Sozialdienste als auch die Ärzte der Akutklinken wurden als zentrale Schnittstellen für die Identifikation potenzieller REKUP-Patienten identifiziert. Sie müssen entsprechend informiert sein, so dass am Ende auch Patienten und Angehörige gut beraten sind. Der häufige Wechsel der Assistenzärzte muss hierbei stärker beachtet werden. Bei den Befragungen wurde die Verankerung einer zentralen REKUP-Ansprechperson gewünscht, da eine gute Kommunikation mit festen Ansprechpartnern als zentral bewertet wurde.

Auch die internen Kommunikationsstrukturen könnten z.T. verbessert werden, so v.a. die Kommunikation auf die Stationen sowie die transparente Kenntlichmachung der REKUP-Patienten im System (Modellklinik A). Dies hänge jedoch eng mit der verwaltungstechnischen Krankenhausstruktur zusammen.

Bei z.T. pflegebedürftigeren REKUP-Patienten, wurde eine Verbesserung der personellen Krankenhausstruktur angeregt. Pflegerisch zu aufwendige Patienten könnten im jetzigen Zuschnitt nur im Einzelfall versorgt werden, genauso wie Patienten mit demenzieller Erkrankung - hier sei eine Rehabilitation nicht ausgeschlossen, aber die Reha-Kliniken müssten strukturell darauf vorbereitet sein.

Ein weiteres strukturelles Problem wurde bzgl. Teilbelastungspatienten identifiziert: Patienten mit prognostizierter Vollbelastung in 6 Wochen seien z.T. ausgeschlossen worden und auch jene mit nicht vollständig erreichter Vollbelastung konnten nicht die angedachten Erfolge erzielen, da REKUP bzw. die Reha zum Zeitpunkt der Vollbelastung beendet war. Es wurde eine flexible Verlängerungsoption gewünscht. Der Leistungsträger fordert hierfür eindeutige Kriterien sowie Einzelfallprüfung.

„Also wenn nun mal eine Teilbelastung da ist und das nun mal 6 Wochen dauert, dann in der 6. Woche sagen müssen: „Jetzt müssen sie gehen“. Das ist (...) medizinisch nicht gut durchdacht.“ (MaPhA, Z 303-305)

Es bestehe ein grundsätzliches strukturelles Versorgungsproblem: zu wenige KZP-Plätze bei enormen Entlassdruck der Akutklinken. Dieses Spannungsfeld habe zum einen häufige Fehlzuweisungen von noch nicht rehafähigen Patienten zur Folge. Zum anderen lasse die strukturelle Zugangsbarriere zur Reha für noch nicht rehafähige Patienten eine gefährliche Versorgungslücke entstehen, die vermehrte Pflegebedürftigkeit zur Folge habe, wie eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes (Akutklinik) beschreibt:

„(...) gerade im Bereich der unfallchirurgischen Patienten oder der neurologischen Patienten, (...) bei denen wir sehen, da bräuchte man vielleicht nur noch eine gute Woche bis der Patient in die Rehafähigkeit gerät aufgrund der Fortschritte, die er bei uns schon im Haus macht. Dann ist es ja schade, wenn wir aufgrund unserer Verweildauern im Krankenhaus der Patient nicht diese Möglichkeit eröffnen können eine Rehafähigkeit zu erlangen, dann ist es natürlich immer sehr schade, wenn man die

„Patienten dann ungefördert quasi weiterversorgt und das vielleicht auch der Endstand bleibt bei dem Patienten.“ (LSdK2, Z 136 – 142)

Hier könnte REKUP als neuer Versorgungsweg, so die übereinstimmende Meinung, Abhilfe schaffen, darf im Rahmen des grundsätzlichen strukturellen Versorgungsproblems jedoch nicht als einfache und schnelle Versorgungsvariante missbraucht werden.

Viele potenzielle REKUP-Patienten wurden aufgrund ihrer Krankenkassenzugehörigkeit ausgeschlossen. Es wurde angeregt, dieses Kriterium aufzubrechen, die Strukturen auszuweiten und REKUP in einem größeren Einzugsgebiet mit mehr Kliniken zu erproben.

c) Prozesse

Zugangsverfahren (Akutklinik) und Differenzierungsfähigkeit der Zuweisungskriterien

Der Zugang zum REKUP-Verfahren war in den Akutkliniken verankert und oblag v.a. der Einschätzung von Sozialdienst und Ärzten, deren Blick für potenzielle REKUP-TN erst geschärft werden musste. Der Screeningbogen zur anschließenden Prüfung der Zugangskriterien sei differenziert anwendbar gewesen und habe schnell verdeutlicht, ob es sich um einen potenziellen REKUP-Patienten handle. Bei Unsicherheit erfolgte die Beratung im Team.

„Und da sind wir tatsächlich direkt im Beratungsgespräch am Patientenbett, sind im Austausch mit Arzt und Pflege. (...) Und dann war eigentlich ganz schnell klar anhand dieses Screeningbogens, der ja durchaus überschaubar ist...hat man das mit Pflege und Arzt und Patient gemeinsam ausgefüllt und dann war ja schon ganz klar ersichtlich, ob der Patient ein REKUP-Patient werden kann oder nicht.“ (LSdK2, Z 51-55)

Auch die Antragstellung wurde als unproblematisch, entsprechend eines regulären AHB-Antrags, bewertet. Als besonders hilfreich wurde das Zusammenstellen eines DinA4-Blattes mit allen wichtigen Informationen zum Zugangs- und Antragsverfahren erachtet. Die Zuweisungskriterien seien gut differenzierbar und nachvollziehbar. Von Vorteil sei eine bereits erfolgte Prüfung durch die Modellklinik. Die Befragten berichten von einer sehr guten Zusammenarbeit zwischen Akut- und Modellklinik sowie mit dem Leistungsträger.

„(...) also relativ schnell, also eigentlich innerhalb von...einer Stunde kam die Zusage und dann konnte ich einen Termin mit der Aufnahme vereinbaren.“ (MaSdK1, Z 46 – 47)

Das Entlassverhalten der Akutkliniken wurde unterschiedlich bewertet: einige stellten keine Veränderung fest, wohingegen v.a. Mitarbeiter der Akutklinik-Sozialdienste selbst sowie des Leistungsträgers angaben, REKUP habe zu früheren Entlassungen geführt. Im prekären Feld der nachstationären Versorgung sei das Angebot gerne genutzt worden, zumal es von den Patienten sehr gut angenommen wurde. Mitarbeiter des Leistungsträgers wünschten sich eine verstärkte medizinische Prüfung sowie Feedback nach erfolgter Maßnahme seitens der Sozialdienste und/oder der Versicherten.

Aufnahmeverfahren (Modellklinik)

Das Aufnahmeverfahren in den Modellkliniken wurde als reibungslos bewertet, die geringe Fallzahl erleichterte den Aufnahmeprozess und ein individuelles Vorgehen. Die Eingrenzung der Zielgruppe sei adäquat gewesen, wie eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes (Modellklinik) berichtet:

„Aber mir fallen da jetzt auch zwei Beispiele ein, wo ich gesagt hätte, die waren schon fit (...) direkt für die Reha (...). Eine Dame und ein Mann. Der größte Teil war perfekt.“ (Ma2SdD, Z 158 – 159)

In Modellklinik A erfolgte auch bei regulären Reha-Aufnahmen eine Prüfung auf Fehlzuzuweisung und ggf. eine Ummeldung als REKUP-Fall über den Leistungsträger erfolgt.

„Also im Grunde genommen mussten wir immer auf die Patienten kucken, wenn sie da sind, ob die nicht doch REKUP-Patienten sind, ja. (...) und wir haben in Einzelfällen mit der AOK Kontakt aufgenommen. Ja, das war unkompliziert.“ (ChaA, Z 59 – 64)

Die weitere Organisation habe der eines regulären Reha-Patienten entsprochen und keinen Mehraufwand verursacht bspw. mit der Besprechung des Patienten im interdisziplinären Team bei Aufnahme (und anschließend einmal pro Woche).

Rehaüberleitungsprozess, Kriterien zur Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit

Nach Feststellung der Refähigkeit im Rahmen der Teambesprechung, schloss sich die Reha nahtlos an REKUP an. Für die Patienten habe sich der Übergang lediglich anhand ihres Therapieplans widerspiegelt, ansonsten aber kaum bemerkbar gemacht (gleiches Zimmer, gleiches Betreuungsteam), wie eine Mitarbeiterin berichtet:

„Und wir haben Patienten ja dann gleich bei uns auf der Reha-Station aufgenommen. Das heißt, die waren dann, wenn alles glatt lief, 6 Wochen im gleichen Zimmer, auf der gleichen Station und die brauchten nicht nochmal transportiert werden, das Zimmer wechseln, nochmal andere Leute, nochmal andere Umgebung. Also ich denk, für die geriatrischen Patienten war das sicherlich vorteilhafter als zwischendurch in ein Pflegeheim zu müssen.“ (MaBeQ, Z 170 – 176)

Der Verwaltungsprozess sei gut handhabbar gewesen, jedoch die Darstellung als ein Fall statt zwei Fälle (REKUP- und Reha-Fall) wünschenswert, so dass der Reha-Fall nicht als Neuaufnahme dokumentiert werden müsse.

Vom Leistungsträger wurde der Reha-Überleitungsprozess als unproblematisch entsprechend des Prozesses einer regulären AHB bewertet. Auch wenn REKUP im Papierverfahren erfolge und die Reha per Datenträgerverfahren, habe es keine Probleme gegeben. Beim Übergang in die Reha erfolgte lediglich eine Meldung der Modellklinik an den Leistungsträger.

6.3.9 Die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen mit der Versorgung in KZP/REKUP

Bei der Patientenzufriedenheit waren per Fragebogen (ZUF-8) keine Unterschiede zwischen IG und H-KG zu erkennen: die Mittelwerte lagen bei 23.6 ± 4.8 (IG) bzw. 23.2 ± 5.5 Punkten ($p = .768$). Im Rahmen der qualitativen Interviews mit den Leistungserbringern wurde auch die wahrgenommene Zufriedenheit der Patienten sowie die antizipierte Wirkung erfragt. Darüber hinaus wurden nach jeder Befragung zusätzlich kurze Protokolle erstellt, in denen teilweise Aussagen zur Zufriedenheit der Versorgung von Patienten und Angehörigen festgehalten wurden. Diese erfolgten nicht systematisch, lassen aber ergänzende Eindrücke von der Zufriedenheit entstehen.

Auf Grundlage der Routinedaten der AOK konnte für die S-KG keine Patientenzufriedenheit abgebildet werden.

a) Wahrgenommene Zufriedenheit der Patienten

Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Versorgungskonzept wurde als sehr hoch eingeschätzt. Es habe keine negativen Reaktionen gegeben (Sozialdienst/Akutklinik). Den Patienten sei bewusst gewesen, dass es sich um ein sehr gutes Angebot handle und motiviert, eine Übergangslösung im Hinblick auf das Ziel Reha zu finden. Die Motivation

sei wichtig und so bspw. auch die lange Verweildauer (z.T. als Barriere wahrgenommen) akzeptiert:

„(...) es gab ein paar [Patienten], die gesagt haben, ah, das ist ganz schön lang. Das waren ja diese 21 Tage und dann erst noch 3 Wochen Reha hintendran. Das waren viele vor allem Hochaltrige, die dann gesagt haben, so lange möchte ich eigentlich nicht von zu Hause weg sein. Aber (...) viele haben dann trotzdem gesagt, ok, (...) den Weg würd' ich dann trotzdem gerne gehen, auch wenn das so lange ist.“ (MaSdK3, Z 48 – 53)

Die Patienten differenzierten meist nicht zwischen REKUP, KZP und Reha, der Hauptunterschied für die Patienten habe darin bestanden, nicht ins Pflegeheim zu müssen. Dies habe einen großen psychischen Effekt, da nicht das Gefühl aufkomme, abgeschoben zu werden. Einige Patienten seien sich erst im Austausch mit anderen über ihren besonderen Versorgungsweg bewusst geworden.

Der einmalige Ortswechsel (Reha-Klinik), habe die Akzeptanz stark erhöht. Genauso wie die Kostenfreiheit bei gleichzeitig sichergestellten Therapien und ggf. anschließender Reha mit potenziell besserem Gesamtergebnis. Auch der individuelle Zuschnitt, je nach Belastungsniveau, wurde positiv bewertet. Die hohe Akzeptanz konstituiere sich darüber hinaus v.a. über die lange Verweildauer, die weniger Druck und Überforderung erzeugen:

„Oder natürlich auch, wenn die Leute vom Barthel her noch gar nicht gut sind und einfach Zeit benötigen, um einfach noch alles zu verkraften, weil wir wissen ja alle, wie schnell die Krankenhäuser entlassen müssen, auch nach schweren Operationen. Und dass man einfach dann nochmal drei Wochen Zeit hat, dass die Patienten sich ein bisschen regenerieren können, dass sie schon die kurzen Therapien haben können und nicht gleich mit 100 starten müssen. Das ist bei vielen, grad in dem Alter, ein großes Problem, wenn die direkt vom Krankenhaus in die Reha kommen, selbst einfach noch nicht richtig fit sind oder einfach auch noch ein bisschen Zuwendung bräuchten und dass sie dann einfach von den Therapien überfordert sind und dann eigentlich erst nach 2-3 Wochen eigentlich erst mit der Reha richtig starten können. Das ist also wirklich von Vorteil.“ (Ma1SdD, Z 105-114)

Die längere Zeitspanne habe zudem zur Folge, dass der eigene Fortschritt besser sichtbar werde und nochmals die Akzeptanz steigern. V.a. Teilbelastungspatienten profitierten, da sie ohne Vollbelastung bereits zu Beginn trainieren konnten. Die Patienten fühlten sich über die Zeit sicherer in ihrer Mobilität und ihre sichtbaren Fortschritte stärkten das Selbstbewusstsein und damit weitere Fortschritte.

Als ebenfalls die Akzeptanz fördernder Faktor, wurde eine sich über die Zeit ergebende Beziehung zu den Therapeuten erachtet. Dauerhaft gleiche Therapeuten festigten den Therapieerfolg und somit die Zufriedenheit der Patienten.

Jedoch habe es auch Patienten gegeben, die die lange Verweildauer plus das pandemiebedingte Besuchsverbot, insbesondere nach langem akutstationärem Aufenthalt, nicht gut tolerierten und dies zu einer verminderten Akzeptanz führte. Die Akzeptanz sinke auch durch kognitiv eingeschränkte Mitpatienten.

b) Einflussfaktoren für antizipierte Wirkung

Als grundlegend für die Wirksamkeit von REKUP wurde die geeignete Patientenauswahl erachtet und v.a. für TN mit Teilbelastung als sinnvoll bewertet. Eine frühzeitige Aktivierung und Beübung sei jedoch für alle Patienten sinnvoll hinsichtlich des Therapieerfolges. REKUP sichere jedoch nicht nur tägliche Therapieeinheiten, sondern auch ein breites Spektrum sozialpsychologischer und beratender Angebote, was die Wirksamkeit verstärke. Auch die kontinuierliche medizinische Versorgung sichere den Erfolg, da durch eine engmaschige Beobachtung Rehospitalisierungen vermieden würden.

Die vernetzte Weitergabe von Patienten-Informationen im Team wurde als weiterer Faktor für den Erfolg bewertet.

Dauerhaft gleiche Therapeuten hätten nicht nur Einfluss auf die Akzeptanz, sondern festigten auch den Therapieerfolg. Die entstehenden Beziehungen seien förderlich und die Therapeuten besser in der Lage, die Therapien individuell auszurichten. Auch der Verbleib in derselben Einrichtung wird als zentraler Faktor für den Erfolg von REKUP gewertet, wovon v.a. delirgefährdete TN profitierten:

„Und man hat eben diesen Wechsel nicht. Weil die geriatrischen Patienten, die durchaus auch mit ihren Diagnosen eher delirgefährdet sind oder so ist das natürlich, dass man die nicht so oft transportieren muss und nicht so oft wechseln muss, ist das sicherlich ein Vorteil.“ (MaBeA, Z 211 – 214)

Als zentral für die Wirkung von REKUP wurde die Akzeptanz, die Motivation sowie das subjektive Erleben der Patienten benannt. So verhinderten kürzere Therapieeinheiten Überforderung. Über die längere Verweildauer seien zudem Erfolge gut sichtbar, förderten damit die Selbstwirksamkeit und somit weitere Fortschritte. Regelmäßige Therapien beuge zudem Frustrationen und weiteren psychischen Problemen vor.

„Und diese Therapien, die hier einfach stattfinden und dort [reguläre KZP] nicht, da ist dann auch ganz viel Frustration bei den Patienten auch da. Also wenn die dann nach 3 Wochen KZP aus einem Pflegeheim kommen und dann da 3 Wochen nur lagen, ist da sehr viel Frustration einfach, die man einfach umgehen kann, wenn Therapien regelmäßig stattfinden und dann hat man da auch viel weniger psychische Probleme oder auch dass die so wirklich in Depressionen leider rutschen. Das gibt es leider immer auch wieder.“ (Ma1SdD, Z 289 – 295)

Zeit wurde als zentraler Faktor für die antizipierte Wirkung von REKUP erörtert. Ein größeres Zeitfenster ermögliche es, sich bspw. nach schwerer Operation zu regenerieren ohne in eine Therapielücke zu fallen. Für die Mitarbeiter der Reha-Klinik eröffne der größere Zeithorizont zudem eine kontinuierliche Betreuung die es erlaube, die längerfristige Gesundheitsentwicklung und den Therapieerfolg abzusehen und ein entsprechendes häusliches Setting zu organisieren.

c) Zufriedenheit der Patienten und Angehörige (Protokolle)

Befragte Personen der H-KG beschwerten sich v.a. über die medizinische und pflegerische Versorgung, das Ausbleiben rehabilitativer Maßnahmen, ihre psycho-soziale Situation, die Strukturen der regulären KZP sowie über die Versorgung in dieser.

So sei die medizinische Versorgung in Anbetracht des vorangegangenen Akutereignisses mangelhaft: oftmals komme der eigene Hausarzt nicht in die Einrichtung und eine regelhafte Betreuung durch einen neuen Hausarzt für KZP-Gäste nicht vorgesehen.

„Insgesamt habe sie [KZP-Gast] sich medizinisch schlecht betreut gefühlt – in den 4 Wochen KZP sei nicht einmal ein Arzt bei ihr gewesen.“ (Studien-ID: D10109014)

Auch die pflegerische Versorgung wurde kritisiert. So sei kaum eine Mobilisation erfolgt, auch über ausbleibende Hygienemaßnahmen wird berichtet. Bei aufwendiger Versorgung nach akutstationärem Aufenthalt wird von einigen Patienten eine Überforderung der Pflegekräfte beobachtet.

Auch das Verordnen rehabilitativer Maßnahmen über den Hausarzt, sei durch die oft ausbleibende hausärztliche Versorgung verkompliziert. So berichten TN der H-KG von einem großen organisatorischen Aufwand, der zur Konsequenz habe, dass sich der Beginn der rehabilitativen Anwendungen verzögere oder aufgrund der kurzen Restverweildauer

nicht mehr vollumfänglich erbracht werden könne. Seitens der Einrichtungen gäbe es kaum Hilfestellung diese zu beantragen. KZP-Gäste ohne Angehörige, so viele der Befragten, seien verloren und bekämen gar keine rehabilitativen Maßnahmen.

„Sie [KZP-Gast] sei schon wieder recht stabil gewesen, nun habe sie aber hier in der KZP seit einer Woche keine Anwendungen mehr erhalten. Ihre Tochter regle dies gerade mit dem Hausarzt, das nehme aber sehr viel Zeit in Anspruch und bis dahin habe sie alles wieder verlernt.“ (Studien-ID: D10109014)

Auch mit ihrer psychosozialen Betreuung waren viele Befragte in der regulären KZP unzufrieden. Die oft ungeklärte Weiterversorgungssituation schaffe Missmut, Ängste und depressive Verstimmung. Zudem finde kein interessanter Alltag statt. Es wird über Langeweile, ausbleibende Ansprache und stark kognitiv beeinträchtigte Mitbewohner*innen berichtet. Einige zeigten sich stark belastet von ihrer Abhängigkeitssituation sowie gelegentlichen Aggressionen der Pflegekräfte.

Die Strukturen der KZP, inklusive des Übergangs aus dem Akutkrankenhaus, werden als „unübersichtlich“ und schlecht organisiert beschrieben, wie von einer Angehörigen:

„Die Tochter der TN gibt an, dass die Strukturen der KZP unübersichtlich seien und der Übergang vom Akutkrankenhaus in die KZP schlecht organisiert. Es sei bis jetzt kein endgültiger Arztbrief vorhanden und auch die Medikation habe sich wohl verändert, ohne dass sie wisse warum bzw. wer das verordnet habe. Sie habe nicht gewusst, dass rehabilitative Maßnahmen selbstständig über den Hausarzt organisiert werden müssten, deswegen sei bisher auch noch nichts in die Wege geleitet worden.“ (Studien-ID: F30183020)

In KZP herrsche eine mangelhafte Informationspolitik (bspw. zum Entlasstermin). Die Finanzierung der KZP mache v.a. denjenigen Sorgen, die bisher noch keinen Pflegegrad haben. Einige beschwerten sich über schlecht ausgestattete Zimmer sowie das eintönige Essen. Andere TN der H-KG äußerten sich jedoch auch dankbar bzgl. der gegebenen Versorgung:

„Ihr [KZP-Gast] habe es in der Einrichtung sehr gut gefallen, da sie wusste, dass sie nicht alleine sei und im Notfall immer jemand vor Ort.“ (Studien-ID: F30242027)

Auch die TN der IG (REKUP) zeigten sich z.T. unzufrieden mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung, ihrer psychosozialen Situation, den gegebenen Strukturen sowie der Versorgung in REKUP.

So gaben einige wenige an, mit der medizinischen Betreuung nicht zufrieden zu sein, da sie bspw. die im Akuthaus verschriebene Medikation nicht erhalten hätten. Der Großteil zeigte sich jedoch zufrieden mit der medizinischen Versorgung, die durch eine engmaschige Betreuung Komplikationen so gut es gehe zu verhindern suche. Auch in REKUP wurde die pflegerische Versorgung kritisiert, da die Mitarbeiter*innen kaum Zeit hätten bspw. für Hygienemaßnahmen. Gelegentlich wird von aggressivem Verhalten der Pflegekräfte sowie Gefühlen des Ausgeliefertseins berichtet.

Es wurde sich über zu wenige rehabilitative Anwendungen beschwert und mehr mobilitätsfördernde Anwendungen (statt bspw. Gedächtnistraining) gewünscht. Die meisten Befragten zeigten sich jedoch sehr zufrieden mit den erhaltenen Maßnahmen und konnten Verbesserungen ihres Zustandes feststellen.

„Sie gibt an, dass sie froh sei, trotz ihres oft schlechten Zustandes (Übelkeit mit Erbrechen über 2 Wochen) Anwendungen erhalten zu haben.“ (Studien-ID: D1010)

Bzgl. ihrer psychosozialen Situation zeigten sich vielen von der pandemischen Situation beeinflusst. Isolation auf dem Zimmer, ausgesetzte rehabilitative Maßnahmen und nur eingeschränkte Sozialkontakte wurden als sehr belastend empfunden. Darüber hinaus

berichten viele über Ängste und Hilflosigkeit insbesondere was ihre weitere Versorgungssituation betreffe.

Z. T. wurde eine schlechte Kommunikation und unklare Ansprechpartner bemängelt, was v.a. im Pandemie-Kontext von Angehörigen als belastend bewertet wurde. Auch die Zuweisungs- und Entlassstrukturen müssten transparenter gemacht werden, so ein Angehöriger. Er habe selbst den Sozialdienst eines Akutkrankenhauses auf REKUP aufmerksam machen müssen.

Viele der Befragten äußerten sich jedoch sehr dankbar, um die Chance, die REKUP ihnen biete und lobten das unterstützende Umfeld. V.a. vor dem Hintergrund des alternativen Versorgungsweges KZP wurde REKUP als besonders positiv bewertet (v.a. von TN, die bereits in KZP waren):

„Die TN gibt an, sehr froh über die Aufnahme im REKUP-Programm zu sein, denn vor Kurzem sei sie auch in regulärer KZP gewesen. Dort habe sie keinerlei rehabilitative Maßnahmen erhalten und nur deswegen sei es zu Komplikationen mit ihrer Schulter-Prothese gekommen.“ (Studien-ID: A1052)

Viele wussten die lange Zeitspanne zu schätzen, die ihnen zur Genesung zur Verfügung stand. Nur so ein langsamer Wiederaufbau sowie eine Erholung möglich, wie ein TN berichtet:

„Der TN berichtet, dass ihm die 3 Wochen Extrazeit durch das REKUP-Programm sehr gut getan hätten und ihm die nötige Zeit zur Heilung verschafft hätten, ohne dabei eine stetige Beübung außer Acht zu lassen. Er hoffe, dass das Programm weitergeführt werde.“ (Studien-ID: A1053)

Die Klinik-Mitarbeiter berichten von viel positivem Feedback und wenigen Beschwerden der Angehörigen. Allerdings sei der Kontakt durch die Pandemie nur eingeschränkt möglich gewesen. Besonders positiv sei das feste Zeitfenster mit klarem Ablaufplan aufgenommen worden. Dies habe viel Druck von den Angehörigen genommen, wie eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes beschreibt:

„Das nimmt ja auch der Familie unwahrscheinlich Druck, wenn man weiß, es gibt eine Lösung!“ (MaPhA, Z 273 – 274)

Die lange Verweildauer wurde sowohl negativ als auch positiv bewertet. So sei die lange Zeit in Anbetracht des akutstationären Aufenthalts sowie des Besuchsverbots besonders belastend für Patient*innen und Angehörige. Andererseits schaffe die Verweildauer die Option, das häusliche Versorgungssetting entsprechend der neuen Bedarfe anzupassen. Auch, dass REKUP kostenfrei gewesen sei, habe viele entlastet. Von vielen Angehörigen sei REKUP als „Vor-Reha“ bewertet worden. Alle, so v.a. Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes, seien begeistert gewesen von dem Angebot.

7.4 Entwicklung der Gesundheitskosten

Die in Abschnitt 4.4.2 beschriebenen Rekrutierungsprobleme in Kombination mit der Einschränkung der Projektlaufzeit haben dazu geführt, dass die Auswertung nach verschiedenen Kollektiven in Abhängigkeit des möglichen Nachbeobachtungszeitraums erfolgte. Grundsätzlich ist dabei zu beachten, dass es durch die Verkürzung des Nachbeobachtungszeitraums zu einer Einschränkung der Validität der Ergebnisse kommen kann, da ggf. im weiteren Verlauf vorhandene klinische Ereignisse und entstehende Kosten nicht berücksichtigt werden können. Die Nachbeobachtungszeit von 30 Tagen im Kollektiv 3 schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse demnach erheblich ein, da die Versicherten von den 30 Tagen durchschnittlich 20 Tage institutionalisiert sind, sodass Leistungen, die verzögert anfallen, wie bspw. notwendige Heil- und Hilfsmittel für die Versorgung in der häuslichen Umgebung, nicht berücksichtigt werden. Dieses gilt in abgeschwächter Form auch für das Kollektiv 2. Abgesehen von dem eingeschränkten Nachbeobachtungszeitraum in den Kollektiven 2 und 3, sind bei der Interpretation der beschriebenen Ergebnisse zur Kosteneffektivität weitere Punkte zu berücksichtigen.

Die Validität und Reliabilität der Ergebnisse sind in allen Kollektiven aufgrund der geringen Fallzahl eingeschränkt. Mit den ermittelten Zahlen zu den Gesamtkosten je Tag im Post-Zeitraum lässt sich für die drei Kollektive eine insgesamt schwache Effektstärke zwischen $d=0,02$ und $d=0,09$ ableiten. Die mit diesen Fallzahlen und Werten erreichte Power liegt in allen Kollektiven bei deutlich $< 80\%$. Um belastbare Ergebnisse hinsichtlich der Entwicklung der Kosten in den drei Kollektiven treffen zu können, wäre für einen Mann-Whitney-U-Test bei einem vermuteten schwachen Effekt von $d=0,2$, einer angestrebten Power von 80% und einer 1:2 Verteilung auf IG und S-KG die Auswertung von 928 Versicherten (IG: 309; S-KG: 619) notwendig gewesen. Mit den gegebenen Fallzahlen und einer angestrebten Power von 80% hätte in den drei Kollektiven eine Effektstärke von $d=0,73$ (Kollektiv 1), $d=0,59$ (Kollektiv 2) bzw. $d=0,54$ (Kollektiv 3) erreicht werden müssen.

Hinzu kommt, dass es sich um sehr heterogene Daten handelt, was sich bspw. darin zeigt, dass die Versicherten der S-KG, obwohl sie im Prä-Zeitraum weniger Leistungen in Anspruch genommen haben als die IG (und in Kollektiv 1 statistisch signifikant geringere Kosten aufwiesen), im Post-Zeitraum statistisch signifikant höhere Kosten erzielen, welche mit einer höheren Inanspruchnahme im Vergleich zur IG einhergehen. Zudem ist die Anzahl an Versicherten, die im Nachbeobachtungszeitraum in DP gehen oder versterben in der S-KG deutlich höher. Ein Teil dieser Heterogenität der Daten lässt sich möglicherweise durch das methodische Vorgehen beim Matching erklären. So konnte beim Matching der S-KG aufgrund der Einschränkungen der Abrechnungsdaten nicht berücksichtigt werden, ob die Versicherten am Ende des initialen stationären Aufenthalts rehabilitationsbedürftig, aber (noch) nicht rehabilitationsfähig waren. Dieses war Einschlusskriterium für die IG. Versicherte, bei denen keine Besserungspotentiale absehbar waren, wurden für die IG nicht berücksichtigt, sodass es möglich ist, dass trotz ähnlicher Diagnose die Versicherten der S-KG in einem schlechteren Zustand das Krankenhaus verlassen haben und der Effekt von REKUP somit überschätzt wurde.

Zudem wurde beim Matching auf zweistelliger Ebene der ICD-Klassifikation hinsichtlich der Hauptdiagnose für den initialen stationären Aufenthalt gematcht ohne Berücksichtigung der abgerechneten DRG, was eine zusätzliche Einschränkung in der Vergleichbarkeit der Gruppen darstellen kann. Dieses spiegelt sich in den Unterschieden hinsichtlich der Dauer und Kosten des initialen stationären Aufenthalts wider. Die IG ist durchschnittlich statistisch signifikant länger im Krankenhaus gewesen und erzielte höhere, wenn auch nicht statistisch signifikant, Aufenthaltskosten als die S-KG. Inwieweit dieses mit einer avisierten nahtlosen Überleitung von stationärem Krankenhausaufenthalt in REKUP zusammenhängen kann, lässt sich nicht nachvollziehen. Dabei ist zu

berücksichtigen, dass ambulante Abrechnungsdaten für die vorliegende Analyse nicht berücksichtigt werden konnten. Eine Vollständigkeit ist somit nicht gewährleistet.

Eine weitere Limitation liegt in der ausschließlichen Verwendung von Routinedaten, anhand derer die S-KG zur IG gematcht wurde. Somit war es nicht möglich, bspw. den kognitiven Status oder die Gebrechlichkeit zu erfassen, die sich zum einen auf die Rehabilitationsfähigkeit und zum anderen bei Unausgewogenheit auf die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen auswirken. Auch die Berechnung des Elixhauser Comorbidity Index Scores basierte nur auf Daten der stationären Abrechnung, da ambulante Abrechnungsdaten nicht vorlagen.

Hinsichtlich des Outcome-Parameters „Tage ohne Dauerpflege oder Tod“ ist zu erkennen, dass die Überlebensrate im Nachbeobachtungszeitraum in der IG deutlich höher ist und auch weniger Versicherte der IG Leistungen für vollstationäre DP abgerechnet bekommen. Da für die S-KG ausschließlich Routinedaten vorlagen, musste ein Outcome-Parameter gewählt werden, der valide anhand von Routinedaten ermittelbar ist. Grundsätzlich wäre dieser Parameter geeignet, den Effekt von REKUP zu bewerten. Allerdings ist die korrekte Ermittlung des Beginns der DP mit Schwierigkeiten verbunden, da das Datum des Abrechnungszeitraums nicht immer gleichzusetzen ist mit dem Beginn des Leistungsdatums. Diesbezüglich wurden Plausibilisierungsprüfungen vorgenommen, um eine Überschätzung zu vermeiden [in 2 Fällen der IG und in 16 Fällen der S-KG war es notwendig, das Leistungsdatum des Beginns der DP mit dem Ende von REKUP bzw. der KZP zu korrigieren].

In einer Sensitivitätsanalyse wurde überprüft, inwieweit eine Erhöhung oder Senkung der Interventionskosten um 10 %, das Gesamtergebnis beeinflussen kann. Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse bestätigen den Trend der Ergebnisse in den Kollektiven. So zeigt sich in den Kollektiven 1 und 2 weiterhin kein statistisch signifikanter Interventionseffekt auf die Gesamtkosten pro Tag und im Kollektiv 3 wird der Trend des Ergebnisses, d.h. günstigere Gesamtkosten pro Tag der IG, bestätigt. Für dieses Kollektiv zeigt sich ein statistisch signifikanter Interventionseffekt auf die Gesamtkosten pro Tag, wenn die Interventionskosten um 10% gesenkt werden ($p < 0,05$). Bei einer Erhöhung der Interventionskosten zeigt sich kein statistisch signifikanter Interventionseffekt ($p = 0,051$).

Vor dem Hintergrund der genannten Limitationen, die zu einer eingeschränkten Validität der Ergebnisse führen, ist der Effekt der Intervention REKUP auf den klinischen Outcome der gesundheitsökonomischen Evaluation und die entstandenen Kosten mit Unsicherheit behaftet und entsprechend kritisch zu betrachten.



REKUP – Rehabilitative Kurzzeitpflege

Aufnahmeverfahren / Screening

Patienten-ID: _____

Eingangsvoraussetzungen

- Geriatrischer Patient ¹ Ja Nein
- Krankenhausbehandlung abgeschlossen ² Ja Nein
- nach Entlassung ist stationäre Pflege notwendig ³ Ja Nein

Gesundheitsbezogene Punkte

- Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor ⁴ Ja Nein
- Rehabilitationsziel ist formuliert ⁵ Ja Nein
-
- (Noch) nicht rehabilitationsfähig, aber Rehabilitationsfähigkeit wird wahrscheinlich erreicht ⁶ Ja Nein
- Positive Rehabilitationsprognose sollte bei Abschluss der KZP bestehen ⁷ Ja Nein
- Einschlusskriterien werden erfüllt ⁸ Ja Nein
- Ausschlusskriterien wurden ausgeschlossen ⁹ Ja Nein



Rehabilitative Kurzzeitpflege (Modellprojekt REKUP)

AOK Baden-Württemberg

AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg

cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn

Leitfaden zur Identifikation geeigneter Patienten / Indikationsstellung

Die Identifikation geeigneter Patienten für das neue stationäre Versorgungsangebot der rehabilitativen Kurzzeitpflege sowie die Indikationsstellung zur Überleitung in rehabilitative Kurzzeitpflege erfolgt über ein standardisiertes Verfahren (Screening), bei dem geltende Begutachtungsanleitungen und Abgrenzungskriterien zur geriatrischen Rehabilitation Anwendung finden (siehe Anhang). Die nachfolgenden Definitionen und Abgrenzungskriterien sind dabei zu beachten.

ACHTUNG

Partner des Versorgungsvertrags zur Finanzierung der rehabilitativen Kurzzeitpflege ist während der Modellphase die AOK Baden-Württemberg. In rehabilitative Kurzzeitpflege können deshalb nur geriatrische Patienten übergeleitet werden, die bei der AOK Baden-Württemberg krankenversichert sind.

1 Geriatrischer Patient

Zielgruppe der rehabilitativen Kurzzeitpflege sind geriatrische Patienten. Wesentliche Merkmale geriatrischer Patienten sind:

- die geriatritypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter (> 70 Jahre)
- durch akute und chronische Erkrankungen verursachte Einschränkungen der Mobilität, der Kognition und des Affekts, der Sensorik und der Kommunikation, der Selbstversorgung sowie evtl. drohende oder bereits bestehende Pflegebedürftigkeit
- ein geriatrisches Risikoprofil; z. B. Sturzgefährdung, Polypharmazie, Ernährungsprobleme, Muskelabbau und Kraftverlust (Sarkopenie), wiederholte Klinikaufenthalte und Komplikationen
- eine allgemein erhöhte Vulnerabilität bei eingeschränkten Reservekapazitäten

2 Krankenhausbehandlung ist abgeschlossen

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit liegt nicht mehr vor, wenn:

- die vitalen / vegetativen Parameter (Herzkreislauf, Blutdruck, Atmung, Temperatur) stabil sind
- die Diagnostik und die Akuttherapie der zur Aufnahme führenden Erkrankung, der Begleiterkrankungen sowie evtl. Komplikationen abgeschlossen ist
- eine adäquate Weiterversorgung nicht mehr der besonderen Mittel der Krankenhausbehandlung bedarf, sondern ambulant gewährleistet ist

Bei Patienten, die in rehabilitative Kurzzeitpflege übergeleitet werden, muss die Krankenhausbehandlung abgeschlossen sein. Sie stehen zur Entlassung an, und weitere Krankenhausbehandlung ist nicht mehr erforderlich.

Diagnostische Maßnahmen oder die Durchführung von i.v.-Therapien sind in der rehabilitativen Kurzzeitpflege (entsprechend der Situation in konventioneller Kurzzeitpflege) nicht möglich. Eine regelmäßige ärztliche Überwachung gesundheitlicher Risiken ist gewährleistet.

3 Nach Entlassung aus der Akutklinik ist stationäre Pflege notwendig

Patienten, bei denen nach Abschluss der Behandlung im Akutkrankenhaus eine Entlassung zurück ins häusliche Umfeld möglich und gesichert ist, werden aus der Akutklinik ins häusliche Umfeld übergeleitet.

Bei Patienten, die in rehabilitative Kurzzeitpflege übergeleitet werden, ist eine Entlassung zurück ins häusliche Umfeld nicht möglich, da die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld nicht gesichert bzw. zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus noch nicht gesichert oder unklar ist.

Bedarf an stationärer Pflege besteht nicht nur für einen absehbaren Zeitraum von wenigen Tagen. Der Bedarf an stationärer Pflege und damit auch an Kurzzeitpflege ist primär durch die vorliegenden körperlichen Einschränkungen verursacht, und nicht durch das Fehlen einer häuslichen Pflegeperson oder einer noch unzureichenden Ausstattung bzw. Anpassung des häuslichen Umfelds.

4 Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht beim Vorliegen von nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten, der Selbstversorgung und der Teilhabe aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Die vorliegenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Selbstversorgung bilden sich im Barthel-Index ab.

Über die kurative Versorgung im Akutkrankenhaus hinaus ist ein mehrdimensionaler, interdisziplinärer Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich. Es besteht Bedarf für aktivierend-therapeutische Pflege und spezielle therapeutische Leistungen wie Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Ergotherapie, Logopädie oder psychosoziale Unterstützung.

Nach Feststellung einer Rehabilitationsbedürftigkeit sind möglichst frühzeitig rehabilitative Maßnahmen einzuleiten, um Besserungschancen zeitnah zu mobilisieren und weiterem Abbau vorzubeugen.

In Abgrenzung zur indikationsspezifischen Rehabilitation sind bei der geriatrischen Rehabilitation mehr als eine Erkrankung bzw. Krankheitsfolge zu berücksichtigen. Der Rehabilitationsbedarf der Zielgruppe rehabilitativer Kurzzeitpflege ist primär somatisch begründet.

5 Rehabilitationsziel ist formuliert

Übergeordnete Rehabilitationsziele sind der Erhalt, die Verbesserung und ein Wiedergewinn größtmöglicher Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe; insbesondere auch Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit.

Konkrete Rehabilitationsziele können sein:

- Verbesserung der Sitzstabilität
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit
- Verbesserung von Transfer, Stehen und Gehen
- Verbesserung des Toilettengangs
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen
- Verbesserung der Kommunikation
- Verbesserung der Tagesstrukturierung (z. B. zur Gewährleistung zeitgerechter Medikamenten- und Nahrungsaufnahme)
- Reduzierung des Bedarfs an Fremdhilfe

Vor Überleitung in rehabilitative Kurzzeitpflege muss ein konkretes individuelles, alltagsrelevantes und realistisches Rehabilitationsziel für den Patienten formuliert werden.

6 (Noch) nicht rehabilitationsfähig, aber Rehabilitationsfähigkeit wird wahrscheinlich erreicht

Rehabilitationsfähigkeit ist die ausreichende körperliche und geistige Belastbarkeit für die mehrmals tägliche aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen. Der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation ist dabei niedrighschwelliger ausgelegt als bei der indikationsspezifischen Rehabilitation.

Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn:

1. die vitalen / vegetativen Parameter (Herzkreislauf, Blutdruck, Atmung, Temperatur) stabil sind
2. die klinische Diagnostik abgeschlossen ist
3. die medizinische, besonders medikamentöse Therapie weitgehend festgelegt ist
4. keine Notwendigkeit zur dauernden Beaufsichtigung besteht (Hinlaufftendenz, Eigen- und Fremdgefährdung)
5. die bestehenden Begleiterkrankungen und Komplikationen vom Fachpersonal der Rehabilitation adäquat behandelt werden können

6. bestehende Begleiterkrankungen und Komplikationen die aktive Teilnahme an einer geriatrischen Rehabilitation nicht verhindern
7. die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine Belastbarkeit des Patienten mehrmals täglich aktive rehabilitative Maßnahmen von mindestens 15 Minuten Dauer im Sitzen erlauben

Bei vorliegender geriatrischer Rehabilitationsfähigkeit kann bei geriatrischen Patienten eine stationäre oder ambulante geriatrische Rehabilitation indiziert sein. Patienten, die in rehabilitative Kurzzeitpflege übergeleitet werden, erfüllen jedoch die oben genannten Kriterien nicht vollständig. Sie sind (noch) nicht rehabilitationsfähig.

Die Punkte 1-5 müssen erfüllt sein, sonst ist eine Übernahme in rehabilitative Kurzzeitpflege nicht möglich. Die Punkte 6 und 7 dürfen bei Personen in rehabilitativer Kurzzeitpflege jedoch (noch) nicht erfüllt sein. Durch vorliegende Erkrankungen, Begleiterkrankungen und Komplikationen ist die aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen nicht oder nur in zu geringem Maße gegeben. So erlaubt die gegenüber rehabilitationsfähigen Patienten verminderte Belastbarkeit lediglich nur eine passive Teilnahme oder nur geringere Umfänge einer aktiven Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen als unter Punkt 7 vorgegeben. Aus diesem Grund ist die Zielgruppe der rehabilitativen Kurzzeitpflege noch nicht hinreichend rehabilitationsfähig. Aufgrund der gravierenderen funktionellen Einschränkungen ist der Barthel-Index bei Zuweisungen zur rehabilitativen Kurzzeitpflege niedriger als bei Zuweisungen zur geriatrischen Rehabilitation. Der Punktwert wird in der Regel unter 35 liegen. Gleichzeitig ist bei den Patienten wahrscheinlich, dass durch die Inanspruchnahme einer rehabilitativen Kurzzeitpflege Rehabilitationsfähigkeit erreicht werden kann.

Beispiele sind Patienten mit nicht-belastungsstabil versorgten Frakturen, Patienten mit erheblichem Muskel- und Kraftabbau im Rahmen eines langwierigen und komplikationsreichen Krankheitsverlaufs oder Patienten, bei denen im Rahmen des Klinikaufenthalts ein Delir auftrat (siehe auch Patienten-Vignetten).

7 Positive Rehabilitationsprognose sollte bei Abschluss der KZP bestehen

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Bei positiver Rehabilitationsprognose ist die Erreichbarkeit des Rehabilitationsziels durch geeignete Maßnahmen in einem notwendigen Zeitraum wahrscheinlich, unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und vor dem Hintergrund relevanter Kontextfaktoren.

Bei der Prognosestellung ist zu berücksichtigen, dass mit zunehmendem Alter aufgrund reduzierter Reserven sowohl die Chancen einer kompletten Rückbildung von Schädigungen auf Körperebene (Restitution) als auch deren Ausgleichsmöglichkeiten über andere Körperfunktionen (Kompensation) abnehmen. Für den Wiedergewinn von Aktivitäten und Teilhabe kommt daher im Alter umso mehr der Ausgestaltung von umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren (Adaptation) Bedeutung zu.

Eine positive Rehabilitationsprognose für die geriatrische Rehabilitation ist anzunehmen, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft:

- Beseitigung oder Verminderung der alltagsrelevanten Beeinträchtigungen durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar

- Strategien zur Alltagsbewältigung (Kompensation) sind mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg anzuwenden (trainierbar)
- Anpassungsmöglichkeiten (Adaptation) sind vorhanden und nutzbar

Bei Überleitung in rehabilitative Kurzzeitpflege liegt eine positive, evtl. eine noch unklare Rehabilitationsprognose vor.

8 Einschlusskriterien werden erfüllt

Eine Überleitung in rehabilitative Kurzzeitpflege ist möglich bei multimorbiden geriatrischen Patienten mit internistischen, chirurgischen, orthopädischen, neurologischen und seltener gerontopsychiatrischen Erkrankungen, die die zuvor genannten Kriterien (Punkte 1-7) erfüllen.

Nach der Hauptbehandlungsdiagnose in der Akutklinik sowie nach Pflegestatus werden die Patienten verschiedenen Fallgruppen zugeordnet (diese Zuordnung ist nicht Aufgabe des Screenings).

In den Patienten-Vignetten sind einzelne Zielgruppen der rehabilitativen Kurzzeitpflege beispielhaft nochmals beschrieben.

9 Ausschlusskriterien liegen nicht vor

Die Versorgung von Patienten mit nachfolgend gelisteten Erkrankungen, Komplikationen oder versorgungsrelevanten Einschränkungen ist in rehabilitativer Kurzzeitpflege nicht zu gewährleisten. Die nachfolgenden Merkmale stellen deshalb Ausschlusskriterien dar:

- Patienten in terminalen Erkrankungsphasen
- fehlende Aussicht auf die Herstellung einer ausreichenden Belastbarkeit für eine aktive Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme
- lebensbedrohliche Akuterkrankung
- vorliegender Pflegegrad >3
- fortgeschrittene Demenzerkrankung
- Suchterkrankung
- keine ausreichende Kommunikationsfähigkeit
- ständige Beaufsichtigung erforderlich bei Hinlauftendenz, Eigen- oder Fremdgefährdung
- aufwändige Wundversorgung
- dialysepflichtiger Patient
- isolationspflichtiger Patient
- Tracheostoma
- kontinuierlicher O₂-Bedarf

Der Punktwert des Barthel-Index wird bei Personen, die in rehabilitative Kurzzeitpflege übergeleitet werden, in der Regel unter 35 liegen. Ein höherer Punktwert im Barthel-Index ist jedoch für sich allein kein Ausschlusskriterium.

10 Antragsverfahren eingeleitet

Der Kliniksozialdienst bzw. der zuständige Arzt der Akutklinik führen im Rahmen des Entlassmanagements das Screening durch. Bei positivem Screening füllen Sozialdienst und Stationsarzt das Standard AHB-Formular für den betreffenden Patienten / Versicherten aus und schicken diesen mit dem Screeningbogen an das zuständige CC-Reha der AOK Baden-Württemberg.

Anträge aus Akutkliniken in Heidelberg / Mannheim / Rhein-Neckar-Kreis an:

AOK-Bezirksdirektion Rhein-Neckar-Odenwald

CompetenceCenter Rehabilitation

Renzstr. 11-13 - 68161 Mannheim

Telefon: 0621 176 - 8867

Fax: 0621 176 - 918867

Anträge aus Akutkliniken in Karlsruhe / Bruchsal / Bretten an:

AOK-Bezirksdirektion Mittlerer Oberrhein

CompetenceCenter Rehabilitation

Kriegsstr. 41 - 76133 Karlsruhe

Telefon: 0721 3711 - 620

Fax: 0721 3711 - 91620

Gleichzeitig klärt der Sozialdienst die Aufnahme des Patienten zur rehabilitativen Kurzzeitpflege in einer der beiden Modelleinrichtungen:

AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg

cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn

11 Genehmigung der AOK liegt vor

Sobald die Genehmigung der AOK vorliegt, kann der Patient nach Rücksprache mit der aufnehmenden Klinik in rehabilitative Kurzzeitpflege übergeleitet werden. Für den Transport muss eine Verordnung organisiert werden. Dies ist wichtig für die Übernahme der Fahrtkosten durch die Krankenkasse.

Bei fehlender Bewilligung erfolgt alternativ eine Entlassung in konventionelle Kurzzeitpflege.

Geltende Richtlinien / Abgrenzungskriterien

Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V vom 2.7.2018.

Anlage 3: Tabellarische Übersicht der primären und sekundären Endpunkte (REKUP) mit Operationalisierung

Primäre Endpunkte	Operationalisierung	Erhebungszeitpunkte
1. Die Häufigkeit der Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit und die Häufigkeit der Überleitung in geriatrische oder indikations-spezifische (orthopädische oder neurologische) Rehabilitation.	TP1 ¹ : Abfrage über Erhebungsbogen: <ul style="list-style-type: none"> t2: „Überleitung in stationäre Reha geplant: Ja/Nein“ t3x, t3, t4: „Überleitung in stationäre Reha erfolgt: Ja/Nein“ TP2: Inanspruchnahme der Versorgungsleistung ambulante oder stationäre Rehabilitation (und Zahlung entsprechender Entgelte aus der KV ³)	t2 ⁵ (geplant für Zeitraum t2-t3x ⁶ /t3 ⁷) t3x ⁶ (für Zeitraum t2-t3x) t3 ⁷ (für Zeitraum t2-t3) t4 ⁸ (für Zeitraum t3-t4)
2. Die Häufigkeit des Auftretens medizinischer Komplikationen und (frühe) Wiederaufnahmen ins Akutkrankenhaus während und nach KZP/REKUP	TP1: Abfrage über Erhebungsbogen: <ul style="list-style-type: none"> t2, t3x, t3, t4: „Wiederaufnahme im Krankenhaus: Ja/Nein; Ursache“ TP2: Inanspruchnahme der Versorgungsleistung stationärer Krankenhausbehandlung (KV)	t2 (für Zeitraum t1 ⁴ -t2) t3x (für Zeitraum t2-t3x) t3 (für Zeitraum t2-t3) t4 (für Zeitraum t3-t4)
3. Die Quote der Rücküberleitung aus KZP/REKUP ins häusliche Umfeld (mit oder ohne Bedarf an ambulanter Pflege) und die Quote der Überleitungen aus KZP/REKUP in stationäre Langzeitpflege.	TP1: Abfrage über Erhebungsbogen: <ul style="list-style-type: none"> t2: „Geplante Wohnsituation nach REKUP ggf. nach Reha: alleinlebend/ mit Partner/ mit Angehörigen/sonstige Wohnsituation (Bezeichnung)“ t3x/t3/t4: „Wohnsituation: alleinlebend/ mit Partner/ Angehörigen/ stationäre Dauerpflege/ sonstige Wohnsituation (Bezeichnung)“ TP2: Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen für ambulante oder stationäre Pflege (und Zahlung entsprechender Beträge aus der PV ⁹)	t2 (geplant für Zeitraum t2-t3x/t3) t3x (für Zeitraum t2-t3x) t3 (für Zeitraum t2-t3) t4 (für Zeitraum t3-t4)
4. Die Entwicklung des Pflegebedarfs während und nach KZP/REKUP (Anteil pflegebedürftiger Personen, Verteilung der Pflegegrade, Entwicklung der Pflegegrade).	TP1: Abfrage über Erhebungsbogen: <ul style="list-style-type: none"> t1, t2, t3x, t3, t4: „Aktueller Pflegegrad“ t1 (Bezug: vor Akutereignis), t3x, t3, t4: „Unterstützungsleistung: ambulanter Pflegedienst: Ja/Nein“ t3x, t3, t4: Wohnsituation: Stationäre Dauerpflege: Ja/Nein“ TP2: Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen für ambulante oder stationäre Pflege und Zahlung der entsprechenden Beträge aus der PV je Pflegegrad	t2 (für Zeitraum t1-t2) t3x (für Zeitraum t2-t3x) t3 (für Zeitraum t2-t3) t4 (für Zeitraum t3-t4)

Anlage 3: Tabellarische Übersicht der primären und sekundären Endpunkte (REKUP) mit Operationalisierung

Primäre Endpunkte	Operationalisierung	Erhebungszeitpunkte
5. Die Entwicklung der Gesundheitskosten während und nach KZP/REKUP.	<p>TP1: über klinische Daten nicht abbildbar</p> <p>TP2: Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Bereich der KV und der PV für ambulante und stationäre Krankenhausaufenthalte, Medikamente, therapeutische Leistungen (Physiotherapie u.a.), Hilfsmittel, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen und Höhe der daraus resultierenden Zahlungen</p>	<p>Prä-Zeitraum¹¹ vor Initialaufenthalt</p> <p>Post-Zeitraum¹² nach Initialaufenthalt</p>
6. Mortalität während und nach KZP/REKUP.	<p>TP1: Abfrage über Erhebungsbogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> t2, t3x, t3, t4: „Verstorben: Ja/Nein; Ursache“ <p>TP2: Ende des Versicherungsverhältnisses (Beendigung von Beitragszahlungen / Versorgungsleistungen)</p>	<p>t2 (für Zeitraum t1-t2)</p> <p>t3x (für Zeitraum t2-t3x)</p> <p>t3 (für Zeitraum t2-t3)</p> <p>t4 (für Zeitraum t3-t4)</p>
7. Die Akzeptanz der neuen Versorgungsform rehabilitative Kurzzeitpflege (REKUP) in den Modellkliniken (fördernde oder hinderliche Faktoren der Implementierung).	<p>TP1: Halbstrukturierte Interviewleitfäden für Leistungserbringer (Behandlungsteam und Leitungsebene der Modellkliniken), zuweisender Akutkliniken (Sozialdienste) und Leistungsträger (AOK BW); Abfrage im Rahmen qualitativer Interviews; Qualitative Datenanalyse</p> <p>TP2: über Sekundärdaten nicht abbildbar</p>	Nach Abschluss der Rekrutierungsphase in den Modellkliniken
8. Zufriedenheit der Leistungserbringer (Mitarbeiter im Versorgungsbereich rehabilitative Kurzzeitpflege) sowie des Leistungsträgers mit der neuen Versorgungsform (Praktikabilität, Umsetzbarkeit, Modifikationsbedarf).	<p>TP1: Halbstrukturierte Interviewleitfäden für Leistungserbringer (Behandlungsteam und Leitungsebene der Modellkliniken), zuweisender Akutkliniken (Sozialdienste) und Leistungsträger (AOK BW); Abfrage im Rahmen qualitativer Interviews; Qualitative Datenanalyse</p> <p>TP2: über Sekundärdaten nicht abbildbar</p>	Nach Abschluss der Rekrutierungsphase in den Modellkliniken
9. Die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen mit der Versorgung in KZP/REKUP.	<p>TP1: Abfrage über standardisierten Fragebogen (ZUF-8); ergänzt durch Abfrage der wahrgenommenen Zufriedenheit der Patienten sowie die antizipierte Wirkung bei Leistungserbringern (nur IG¹³); Ergänzt durch qualitative Statements per Protokoll (IG und H-KG¹⁴)</p> <p>TP2: über Sekundärdaten nicht abbildbar</p>	t2 (für Zeitraum t1-t2)

Anlage 3: Tabellarische Übersicht der primären und sekundären Endpunkte (REKUP) mit Operationalisierung

Sekundäre Endpunkte	Operationalisierung	Erhebungszeitpunkte
1. Die Entwicklung funktioneller Fähigkeiten im Bereich der Selbstversorgung (Aktivitäten des täglichen Lebens) und der Mobilität während und nach KZP/ REKUP.	TP1: Abfrage über standardisierte geriatrische Assessments (Testbatterie): <ul style="list-style-type: none"> • t1, t2, t3x, t3, t4: Barthel-Index; Clinical Frailty Scale; Esslinger Transferskala <ul style="list-style-type: none"> ➤ t1, t2: Direkte Befragung/Testung vor Ort ➤ t3, t4: Telefonische Befragung TP2: über Sekundärdaten nicht abbildbar	t1 / t2 / t3x / t3 / t4
2. Die Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustands während und nach KZP/REKUP.	TP1: Abfrage über standardisierte geriatrische Assessments (Testbatterie): <ul style="list-style-type: none"> • t1, t2, t3x, t3, t4: EQ-5D-5L, aktuelle Lebenszufriedenheit und Schmerz per NRS¹⁰ <ul style="list-style-type: none"> ➤ t1, t2: Direkte Befragung/Testung vor Ort ➤ t3, t4: Telefonische Befragung TP2: über Sekundärdaten nicht abbildbar	t1 / t2 / t3x / t3 / t4
3. Die Belastungen pflegender Angehöriger nach Rücküberleitungen aus KZP/REKUP ins häusliche Umfeld.	TP1: Abfrage über standardisierten Fragebogen: <ul style="list-style-type: none"> • t2, t3x, t3, t4: Carer Qol <ul style="list-style-type: none"> ➤ t2: Telefonische Befragung, ggf. vor Ort ➤ t3x, t3, t4: Telefonische Befragung TP2: über Sekundärdaten nicht abbildbar	t2 (für Zeitraum t1-t2) t3x (für Zeitraum t2-t3x) t3 (für Zeitraum t2-t3) t4 (für Zeitraum t3-t4)

Legende	
¹ TP1: Teilprojekt 1 (IG vs. H-KG)	⁸ t4: Befragung 6 Monate nach Entlassung aus REKUP
² TP 2: Teilprojekt 2 (IG vs. S-KG)	⁹ PV: Pflegeversicherung
³ KV: Krankenversicherung	¹⁰ NRS: Numerische Rankingskala
⁴ t1: Befragung nach Aufnahme in REKUP	¹¹ Prä-Zeitraum: 180 Tage vor Initialaufenthalt (alle Kollektive); Gesundheitsökonomisch wurden abweichende Zeiträume berücksichtigt als in der klinischen Studie
⁵ t2: Befragung vor Entlassung aus REKUP	¹² Post-Zeitraum: 30 (Kollektiv 3), 90 (Kollektiv 2) und 180 (Kollektiv 3) Tage nach Initialaufenthalt; Gesundheitsökonomisch wurden abweichende Zeiträume berücksichtigt als in der klinischen Studie
⁶ t3x: Befragung 4 Wochen nach Entlassung aus REKUP	¹³ IG: REKUP-Interventionsgruppe
⁷ t3: Befragung 3 Monate nach Entlassung aus REKUP	¹⁴ H-KG: Historische Kontrollgruppe

1. Fragestellungen und Arbeitshypothesen der Evaluation

Ziel der Untersuchung ist es, die Inhalte der neuen Versorgungsform einer rehabilitativen Kurzzeitpflege (REKUP) für geriatrische Patienten zu definieren, und das Konzept im stationären Setting einer geriatrischen Rehabilitationsklinik zu implementieren, modellhaft zu erproben sowie begleitend zu evaluieren. Die zentrale Fragestellung ist, ob die neue Versorgungsform REKUP bei rehabilitationsbedürftigen, aber (noch) nicht rehabilitationsfähigen geriatrischen Patienten, die nach akutstationärer Krankenhausbehandlung in Kurzzeitpflege (KZP) entlassen werden, die poststationäre Versorgung verbessert und die weitere Gesundheitsentwicklung dieser Personen positiv beeinflusst.

REKUP hält im Gegensatz zur bisherigen Versorgungspraxis im Bereich KZP regelhaft zusätzlich aktivierend-therapeutische und multiprofessionelle rehabilitative Leistungen vor. Deren gezielter Einsatz zeitnah nach Entlassung aus der Akutklinik soll bei den Patienten vorliegende rehabilitative Potenziale frühzeitig unterstützen und fördern bzw. bei nicht adäquater Weiterversorgung dieser Personen drohende funktionelle Abbauprozesse verhindern.

Die Evaluation überprüft folgende Arbeitshypothesen:

1. Bei einem erheblichen Anteil der in rehabilitativer Kurzzeitpflege versorgten geriatrischen Patienten gelingt es, Rehabilitationsfähigkeit herzustellen. Diese Personen haben im weiteren Verlauf eine positive Rehabilitationsprognose.
2. Mit und ohne Erreichen von Rehabilitationsfähigkeit werden durch rehabilitative Kurzzeitpflege funktionelle Fähigkeiten so stabilisiert bzw. verbessert, dass die Quote der Rücküberleitung geriatrischer Patienten mit und ohne Pflegebedarf ins häusliche Umfeld gesteigert und die Zahl medizinischer Komplikationen sowie früher Wiederaufnahmen im Krankenhaus reduziert werden. Ferner werden der Pflegebedarf und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Bereich SGB V und SGB XI insgesamt vermindert.
3. In rehabilitativer Kurzzeitpflege werden durch psychosozial unterstützende Maßnahmen häusliche Pflegearrangements so gestärkt, dass nach Rücküberleitung ins häusliche Umfeld die Belastungen pflegender Angehöriger geringer sind als nach Rücküberleitungen aus konventioneller KZP.

Daneben werden im Rahmen der Evaluation folgende Fragestellungen bearbeitet:

4. Wie beurteilen die an der Umsetzung der rehabilitativen Kurzzeitpflege beteiligten Behandler in den Rehabilitationseinrichtungen die Implementierungsstrategie? Welche hindernden oder fördernden Faktoren lassen sich identifizieren? Gibt es Verbesserungsbedarfe bzw. Verbesserungspotenziale mit Blick auf eine erfolgreiche Implementierung?
5. Wie bewerten die in der rehabilitativen Kurzzeitpflege tätigen Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte sowie die Leistungsträger die Leistungsinhalte, Strukturen und Prozesse der rehabilitativen Kurzzeitpflege? Wie bewerten sie die Vorgehensweisen bei der Überleitung in andere Versorgungssektoren (geriatrische Rehabilitation, Langzeitpflege, häusliches Umfeld) mit Blick auf Praktikabilität und Bedarfsorientierung? Gibt es Modifikationsbedarfe und Verbesserungspotenziale?

6. Wie bewerten Leistungserbringer und -träger die Differenzierungsfähigkeit der Zuweisungskriterien für rehabilitative Kurzzeitpflege? Wie wird das vereinfachte Antragsverfahren zur Überleitung in geriatrische Rehabilitation im Anschluss an die rehabilitative Kurzzeitpflege bewertet? Sind ggf. Anpassungen erforderlich?

Über die Beantwortung dieser Fragestellungen soll im Falle einer positiven Evaluation ein Konzept zum Transfer des Modells in andere stationäre Einrichtungen und Versorgungsbereiche erarbeitet, und die Nachhaltigkeit des Modells gesichert werden.

2. Studiendesign

Die Studie untersucht als nicht-randomisierte, kontrollierte prospektive Interventionsstudie über einen Beobachtungszeitraum von insgesamt 7 Monaten (Dauer des Aufenthalts in KZP/REKUP und 6-monatige Nachbeobachtungszeit, je nach Kollektiv jedoch verkürzter Nachbeobachtungszeitraum), die Entwicklung der Lebenssituation, des Gesundheitszustands, des Pflegebedarfs sowie der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Bereich SGB V und SGB XI bei geriatrischen Patienten, die nach stationärem Aufenthalt in einer Akutklinik entweder in REKUP (Interventionsgruppe = IG) oder konventionelle KZP (Kontrollgruppen = KG) entlassen wurden.

Die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform wird in 2 Teilprojekten im Rahmen vergleichender Analysen (IG vs. KG) überprüft. In Teilprojekt 1 (TP1) wird auf der Basis klinisch erhobener Daten die Teilnehmer (TN) der Intervention (IG) mit einer historischen Kontrollgruppe (H-KG) verglichen, die in Pflegeheimen der Region rekrutiert wurde. In Teilprojekt 2 (TP2) erfolgen vergleichende Analysen zwischen IG und einer aus Sekundärdaten der AOK BW generierten Kontrollgruppe (S-KG) ausschließlich auf der Basis von Sekundärdaten.

2.1 Rekrutierung der Interventionsgruppe

Die TN der IG werden in Akutkliniken der Regionen Heidelberg / Rhein-Neckar-Kreis und Bad Schönborn / Mittlerer Oberrhein rekrutiert. Im Rahmen des Entlassmanagements überprüft der Kliniksozialdienst in zuweisenden Akutkliniken gemeinsam mit dem zuständigen Arzt die Ein- und Ausschlusskriterien einer Überleitung in REKUP. Dieses standardisierte Beurteilungsverfahren (Screening) folgt der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V von 2018 sowie den dabei geltenden Definitionen und Abgrenzungskriterien zur geriatrischen Rehabilitation. So werden Personen identifiziert, die für das neue Versorgungsangebot REKUP geeignet sind. Die Übernahme in REKUP erfordert eine Antragstellung analog dem geltenden AHB-Verfahren und die Genehmigung des zuständigen CC Rehabilitation der AOK Baden-Württemberg.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien - Interventionsgruppe

In die Untersuchung eingeschlossen werden geriatrische Patienten, bei denen die Krankenhausbehandlung abgeschlossen und nach Entlassung stationäre Pflege notwendig ist. Der Bedarf an stationärer Pflege besteht nicht nur für einen absehbaren Zeitraum von wenigen Tagen. Er ist primär durch die vorliegenden körperlichen Einschränkungen verursacht und nicht durch das Fehlen einer häuslichen Pflegeperson oder einer noch unzureichenden Ausstattung bzw. Anpassung des häuslichen Umfelds. Patienten, bei denen nach Abschluss der Behandlung im Akutkrankenhaus eine Entlassung zurück ins häusliche Umfeld möglich und gesichert ist, werden aus der Akutklinik ins häusliche Umfeld übergeleitet und nicht in die Untersuchung eingeschlossen.

Eingeschlossen werden bei Entlassung rehabilitationsbedürftige, aber (noch) nicht rehabilitationsfähige geriatrische Patienten, bei denen es wahrscheinlich scheint, dass Rehabilitationsfähigkeit erreicht werden kann. Rehabilitationsfähige Patienten werden bei Entlassung in geriatrische oder indikationsspezifische (orthopädische oder neurologische) Rehabilitation übergeleitet und nicht in die Untersuchung eingeschlossen. Ebenfalls nicht eingeschlossen werden Personen, bei denen eindeutig keine Besserungspotenziale vorliegen.

Partner des Versorgungsvertrags zur Finanzierung von REKUP ist in der Modellphase die AOK Baden-Württemberg. In die Untersuchung aufgenommen und in REKUP übergeleitet werden deshalb nur Personen, die bei der AOK Baden-Württemberg krankenversichert sind.

Die *Einschlusskriterien* sind:

- Geriatrischer Patient (≥ 70 Jahre, Multimorbidität)
- Krankenhausbehandlung ist abgeschlossen
- Nach Entlassung ist stationäre Pflege notwendig
- Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor
- Ein konkretes Rehabilitationsziel ist formuliert
- Der Patient ist (noch) nicht rehabilitationsfähig, aber es scheint wahrscheinlich, dass Rehabilitationsfähigkeit erreicht werden kann

Die Versorgung von Patienten mit nachfolgend gelisteten Erkrankungen, Komplikationen oder versorgungsrelevanten Einschränkungen ist in REKUP nicht zu gewährleisten. Die nachfolgenden Merkmale stellen deshalb Ausschlusskriterien dar.

Ausschlusskriterien sind:

- Patienten in terminalen Erkrankungsphasen
- Fehlende Aussicht auf die Herstellung einer ausreichenden Belastbarkeit für eine aktive Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme
- Vorliegender Pflegegrad >3
- Lebensbedrohliche Akuterkrankung
- Fortgeschrittene Demenzerkrankung
- Nicht ausreichende Kommunikationsfähigkeit
- Ständige Beaufsichtigung erforderlich bei Hinlauftendenz, Eigen- oder Fremdgefährdung
- Therapierelevante Suchterkrankung
- Aufwändige Wundversorgung
- Dialysepflichtiger Patient
- Isolationspflichtiger Patient
- Tracheostoma
- Kontinuierlicher O_2 -Bedarf

Eine Teilnahme an rehabilitativen Therapien setzt ausreichende Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit voraus. Das Vorliegen einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung ist deshalb ein Ausschlusskriterium. Es werden aber Personen eingeschlossen, bei denen frühe (vielleicht bis zum Einschluss noch nicht diagnostizierte) Stadien von Demenzerkrankungen vorliegen. Darüber hinaus bestehen auch ohne Demenzerkrankung bei multimorbiden hochbetagten Menschen nicht selten leichte kognitive Einschränkungen, die durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder leichtere Verlaufsformen eines Delirs verursacht sein können. Leichte kognitive Einschränkungen sprechen nicht gegen die Chance einer funktionellen Besserung oder die Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit. Es ist im Gegenteil anzunehmen, dass gerade

diese Personen und ihre Angehörigen von dem neu konzipierten Versorgungsangebot REKUP profitieren können.

Der Ausschluss einer relevanten Personengruppe mit leichten kognitiven Einschränkungen, aber potentiell günstiger Prognose mit Blick auf bestehende funktionelle Einschränkungen würde Aussagen zur Wirksamkeit der neuen Versorgungsform REKUP erheblich einschränken, und damit auch notwendige nachfolgende Optimierungsschritte im Versorgungsbereich KZP generell behindern. Aus diesem Grund sind Personen mit leichten kognitiven Einschränkungen von der Teilnahme an der Untersuchung nicht ausgeschlossen. Folglich werden vermutlich auch (vorübergehend) nicht-einwilligungsfähige Personen eingeschlossen. Aus den genannten Gründen scheint diese Vorgehensweise gerechtfertigt.

2.3 Rekrutierung der Kontrollgruppen

Die Identifikation geeigneter Untersuchungsteilnehmer erfolgt über ein standardisiertes Screening im Rahmen des Entlassmanagements der Akutklinik. Dabei ist es die Aufgabe des Kliniksozialdienstes der zuweisenden Kliniken, zur Entlassung anstehende Patienten ohne Zeitverzug aus der Akutklinik in den nachfolgenden Versorgungsbereich überzuleiten. Der für die Information und Aufklärung der Patienten sowie das Einholen des Einverständnisses erforderliche Zeitaufwand würde die bevorstehende Entlassung verzögern, und damit mit dem berechtigten Interesse der Akutklinik kollidieren. Eine Randomisierung in der Akutklinik ist deshalb nicht praktikabel, stattdessen werden alle geeigneten Personen schnellstmöglich in REKUP übergeleitet. Auch hier ist eine Randomisierung nicht praktikabel, weil bei Zuteilung in die Kontrollgruppe eine erneute Weiterleitung in konventionelle KZP notwendig, aber nicht zumutbar wäre. Bei Nicht-Einwilligung werden die Patienten in REKUP versorgt, ohne dass sie Studienteilnehmer sind. Im Vorfeld der Antragstellung stimmten alle an der Projektplanung Beteiligten überein, dass eine Randomisierung der Studienteilnehmer unter den Realbedingungen der Versorgungssituation in Akutkliniken nicht möglich ist.

2.3.1 Teilprojekt 1 (TP1): Historische Kontrollgruppe (H-KG)

Bereits vor Beginn des Förderzeitraums wurde deshalb, wie im Projektantrag formuliert, in TP1 eine historische Vergleichsgruppe (H-KG) gebildet. Diese besteht aus Personen, die nach Akutklinikaufenthalt in der Studienregion in herkömmlicher KZP versorgt wurden. Nach ca. 1 Jahr Rekrutierung waren nur einzelne TN bei der AOK-versicherte Personen. Eine weitere Rekrutierung der H-KG war mit Pandemiebeginn ab März 2020 aufgrund der Schutzmaßnahmen in Pflegeeinrichtungen nicht mehr möglich. So war allein mit der H-KG die Erreichung der Projektziele nicht gesichert (primärer Endpunkt 5: Gesundheitskosten), weil für die Evaluation erforderliche Kostendaten und Versorgungsverläufe aus Sekundärdaten der AOK BW für die meisten TN der H-KG nicht verfügbar waren.

2.3.2 Teilprojekt 2 (TP2): Kontrollgruppe aus Sekundärdaten der AOK BW (S-KG)

Das Vorgehen zur Gewinnung einer historischen Kontrollgruppe war insofern für sich allein ungeeignet zur Rekrutierung einer REKUP-Vergleichsgruppe. Die Sicherung der Projektziele erforderte deshalb eine Änderung der Methodik unter Rekrutierung und Evaluation einer Kontrollgruppe. Nach eingehenden Beratungen mit dem Institut für Medizinische Biometrie und Informatik des Universitätsklinikums Heidelberg sowie der AOK Baden-Württemberg erfolgt die Rekrutierung und Evaluation einer zusätzlichen Kontrollgruppe (S-KG) über den Zugriff auf Sekundärdaten der AOK BW.

2.4 Ein- und Ausschlusskriterien der Kontrollgruppen

2.4.1 Teilprojekt 1 (TP1): historische Kontrollgruppe (H-KG)

Ein- und Ausschlusskriterien der H-KG entsprechen denen der IG, jedoch wurden auch Personen eingeschlossen, die nicht bei der AOK BW krankenversichert sind. Das Screening auf Rehabilitationsbedürftigkeit und Verbesserungspotenziale wurde von Pflegefachkräften der Pflegeheime durchgeführt.

2.4.2 Teilprojekt 2 (TP2): Kontrollgruppe aus Sekundärdaten der AOK BW (S-KG)

Die S-KG wird aus allen Versicherten der AOK BW rekrutiert, die wie die IG direkt im Anschluss an einen Akutklinikaufenthalt in KZP versorgt wurden. Die Identifikation dieser Personen erforderte die Verknüpfung von Daten der Krankenversicherung (KV) und der Pflegeversicherung (PV). Die *Einschlusskriterien* waren: Versorgungsabfolge Aufenthalt in KZP direkt im Anschluss an Aufenthalt in Akutklinik, Alter ≥ 70 Jahre und PG 0 (nicht pflegebedürftig) bis 3. *Ausschlusskriterien* waren vorliegender PG >3 , Alter < 70 Jahre sowie der Bezug von Leistungen für stationäre Pflege vor dem initialen Akutklinikaufenthalt.

2.5 Beschreibung der Intervention – Rehabilitative Kurzzeitpflege (REKUP)

REKUP für geriatrische Patienten ist eine stationäre Versorgungseinheit, die 6 Plätze in 1- und 2-Bett-Zimmern vorhält. Bei einer angestrebten mittleren Verweildauer von 21 Tagen ist eine Fallzahl von ca. 100 Patienten innerhalb der ersten 12 Monate zu erwarten (max. 17 Patienten pro Platz und Jahr). Die ursprünglich kalkulierte Fallzahl wurde jedoch aufgrund der Covid-19-Pandemie und der mit ihr in Akut- und Rehakliniken einhergehenden veränderten Abläufe in der Regelversorgung deutlich verfehlt. Dieser Umstand erforderte eine Anpassung des Evaluationskonzepts, um die Erreichung wesentlicher Projektziele und den damit verbundenen Erkenntnisgewinn zu sichern.

REKUP wird in die Krankenstationen der Kliniken für Geriatrische Rehabilitation in Heidelberg (AGAPLESION Bethanien Krankenhaus) und Bad Schönborn (cts St. Rochus Kliniken) integriert. Die räumliche, strukturelle und personelle Ausstattung der Kliniken erfüllt die Anforderungen an den Versorgungsbereich rehabilitative Kurzzeitpflege. Die Versorgung der Patienten erfolgt durch ein interdisziplinäres Team von Ärzten, Pflegefachkräften sowie Mitarbeitern der therapeutischen Bereiche (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/Gerontologie) und des Kliniksozialdiensts.

Kernelement für die Organisation der Behandlung im Versorgungsbereich rehabilitative Kurzzeitpflege ist die Durchführung eines standardisierten geriatrischen und psychosozialen Assessments zeitnah nach Aufnahme. Es ist Teil der üblichen Routineversorgung in der stationären Geriatrie und wird von angeleiteten Mitarbeitern der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen durchgeführt.

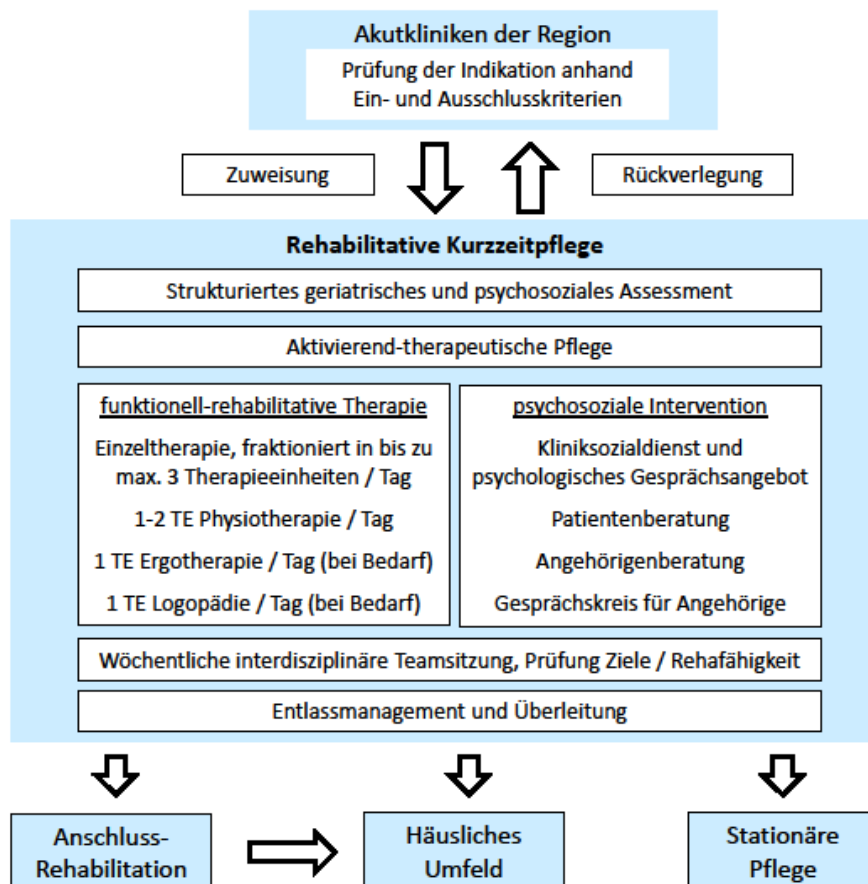
Das geriatrische Assessment beinhaltet die Erfassung der Diagnosen und Medikamente, die Anamnese und eine körperliche Untersuchung sowie die Beurteilung krankheitsbedingter funktioneller Einschränkungen in den Bereichen Selbstversorgung, Kraft- und Ernährungszustand sowie Mobilität. Psychosoziale Inhalte des Assessments sind die Beurteilung der Kognition, der Emotion, des Affekts und des Selbstbilds (subjektiver Gesundheitszustand). Eine sorgfältige Evaluation der häuslichen Situation (Wohnort, Pflegestatus, Unterstützungsbedarf und unterstützende Personen) ermöglicht die frühzeitige Einleitung gezielter Maßnahmen zur Stärkung häuslicher Pflegearrangements.

Neben Ressourcen und Gefährdungen werden die Einstellungen und Wünsche des Patienten erhoben.

Auf dieser Basis werden für jeden Patienten individuelle Behandlungsziele formuliert und ein entsprechender Behandlungsplan erstellt, die zur Zielerreichung erforderlichen Maßnahmen (Prophylaxen, Therapien, Beratung) über einen dokumentierten individuellen Therapieplan gesteuert. Im Rahmen einer wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzung werden Ziele und Maßnahmen überprüft, und bei Bedarf angepasst. Gleichzeitig wird dabei wöchentlich gemäß Begutachungskriterien des GKV-Spitzenverbands zur geriatrischen Rehabilitation bei jedem Patienten überprüft, ob Rehabilitationsfähigkeit hergestellt werden konnte.

Den Versorgungsprozess und die Versorgungsleistungen im Bereich rehabilitative Kurzzeitpflege zeigt die nachfolgende *Abbildung 1*. Die Überleitung in REKUP erfolgt direkt aus der Akutklinik nach Indikationsstellung durch Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien. Grundsätzlich entsprechen die pflegerische Versorgung sowie das Therapieangebot in REKUP denen der üblichen Versorgung in der geriatrischen Rehabilitation. Alle Patienten erhalten eine Grundversorgung mit aktivierend-therapeutischer Pflege. Die Therapieumfänge sind bei den (noch) nicht-rehabilitationsfähigen Patienten in REKUP jedoch geringer als bei rehabilitationsfähigen Patienten in geriatrischer Rehabilitation. Die Intensität der ärztlichen Versorgung ist geringer als im Krankenhaus, eine Arztvisite findet in REKUP nur zweimal wöchentlich statt.

Abbildung 1: Versorgungskonzept REKUP



Die funktionell-rehabilitativen Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, aktivierende Beschäftigung) werden als Einzeltherapien in Therapieeinheiten von max.

15 Minuten Dauer durchgeführt. Der gegenüber rehabilitationsfähigen Patienten verminderten Belastbarkeit folgend, erhält ein Patient maximal 3 Therapieeinheiten pro Tag. Ziel der aktivierend-therapeutischen Pflege und des funktionell-rehabilitativen Therapieangebots ist die Förderung vorhandener rehabilitativer Potenziale. Dabei kann die individuelle Zielsetzung sowohl eine Stabilisierung wie auch eine Verbesserung funktioneller Fähigkeiten bis hin zur Erlangung der Rehabilitationsfähigkeit sein.

Die psychosoziale Intervention in REKUP umfasst Patienten- und Angehörigenberatung durch den Kliniksozialdienst sowie ein psychologisches Gesprächsangebot. Ziel ist neben der Stärkung häuslicher Versorgungs- und Pflegearrangements nach Überleitung ins häusliche Umfeld mit oder ohne spezielle Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an REKUP, auch eine Unterstützung personenbezogener psychischer Ressourcen.

Das Entlassmanagement mündet in die Überleitung des Patienten in den weiterversorgenden Bereich. Es ist zu erwarten, dass einzelne Patienten während des Aufenthalts in REKUP versterben, einige weitere müssen vermutlich aufgrund medizinischer Komplikationen oder anderer Abbruchkriterien in den Krankenhaussektor zurückverlegt werden. Bei der Mehrzahl der Patienten wird eine Rücküberleitung in ihr häusliches Umfeld mit oder ohne Inanspruchnahme einer speziellen Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an REKUP angestrebt. Andere Patienten werden in stationäre Dauerpflege übergeleitet. Im Fall erreichter Rehabilitationsfähigkeit wird über ein vereinfachtes Verfahren ein Antrag auf geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation gestellt, und der Patient einer speziellen Rehabilitationsmaßnahme zugeleitet.

2.6 Rechtliche und ethische Aspekte

Die Untersuchung wird in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki in ihrer aktuellen Fassung durchgeführt, das Studienprotokoll vor Studienbeginn der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg zur Begutachtung vorgelegt. Mit der Durchführung der Studie wird erst nach Vorliegen eines positiven Votums begonnen.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Die Zustimmung kann von den Teilnehmern (TN) bzw. bei nicht-einwilligungsfähigen TN von ihrem gesetzlichen Betreuer jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die weitere medizinische Versorgung zurückgezogen werden. Die Studienteilnehmer bzw. bei nicht-einwilligungsfähigen TN ihre gesetzlichen Betreuer werden vor Studienbeginn schriftlich und mündlich über Wesen und Tragweite der geplanten Untersuchung, insbesondere über den möglichen Nutzen für ihre Gesundheit und eventuelle Risiken, aufgeklärt. Ihre Zustimmung wird durch Unterschrift auf der Einwilligungserklärung dokumentiert. Bei Rücktritt von der Studie werden bereits gewonnene Daten vernichtet oder beim TN angefragt, ob er mit der Auswertung der Daten einverstanden ist.

Die Namen der TN und alle anderen vertraulichen Informationen unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Datenschutzgesetzes der Evangelischen Kirche Deutschlands (DSG-EKD). Eine Weitergabe von Teilnehmerdaten erfolgt nur in pseudonymisierter Form, für gesundheitsökonomische Analysen unter Angabe der Krankenversicherungsnummer und der Studienkennzahl. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Personenbezogene Daten werden mit der

elektronischen Eingabe pseudonymisiert, und der bei Durchführung von Datenanalysen und Auswertungen anonymisiert. Alle im Rahmen der Untersuchung erhobenen Daten werden für einen Zeitraum von maximal 10 Jahren nach Studienende aufbewahrt.

2.7 Laufzeit

Die Laufzeit des Projekts umfasst den Zeitraum vom 01.10.2019 bis zum 30.09.22. Die Datenerhebung erfolgt über einen Zeitraum von insgesamt 20 Monaten. Mit der Rekrutierung von TN und der Datenerhebung wird erst nach Vorliegen eines positiven Ethikvotums begonnen.

3. Fallzahlschätzung

Bei der AOK Baden-Württemberg vorliegende Daten zeigen, dass in den Jahren 2017 und 2018 in der Untersuchungsregion ca. 1600 AOK-versicherte Personen jährlich KZP im Anschluss an einen Akutklinikaufenthalt in Anspruch nahmen. Nach vorliegenden Untersuchungen kann in diesem Kollektiv der Anteil von Personen mit Rehabilitationsbedarf und Besserungspotenzial auf ca. 44,4% geschätzt werden (Janßen, 2018). Danach wäre in der Untersuchungsregion mit ca. 500 potenziellen TN in 12 Monaten zu rechnen.

Angestrebt wird innerhalb eines Rekrutierungszeitraums von 13 Monaten eine Fallzahl von 200 Personen in der Interventionsgruppe, je 100 in Heidelberg und Bad Schönborn. Für die Projektlaufzeit werden in Heidelberg und in Bad Schönborn je 6 Plätze REKUP vorgehalten. Bei einer angestrebten mittleren Verweildauer von 21 Tagen ist darüber eine Fallzahl von je ca. 100 Patienten innerhalb von 12 Monaten zu erwarten (max. 17 Patienten pro Platz und Jahr).

Die zu erwartende Fallzahl wurde jedoch aufgrund der Covid-19-Pandemie und der mit ihr in Akut- und Rehakliniken einhergehenden veränderten Abläufe in der Regelversorgung, deutlich verfehlt. Dieser Umstand erforderte eine Anpassung des Evaluationskonzepts, um die Erreichung wesentlicher Projektziele und den damit verbundenen Erkenntnisgewinn zu sichern.

Für die Rekrutierung der Kontrollgruppe aus Sekundärdaten der AOK Baden-Württemberg steht unter Bezug auf Daten von 2017 und 2018 unselektiert eine Grundgesamtheit von ca. 8000 Personen mit der Versorgungsabfolge KZP nach Akutklinik zur Verfügung.

4. Datenerhebung, Datenquellen, Messzeitpunkte und Nachbeobachtungszeitraum

4.1 Teilprojekt 1: Vergleichende Analysen IG versus H-KG

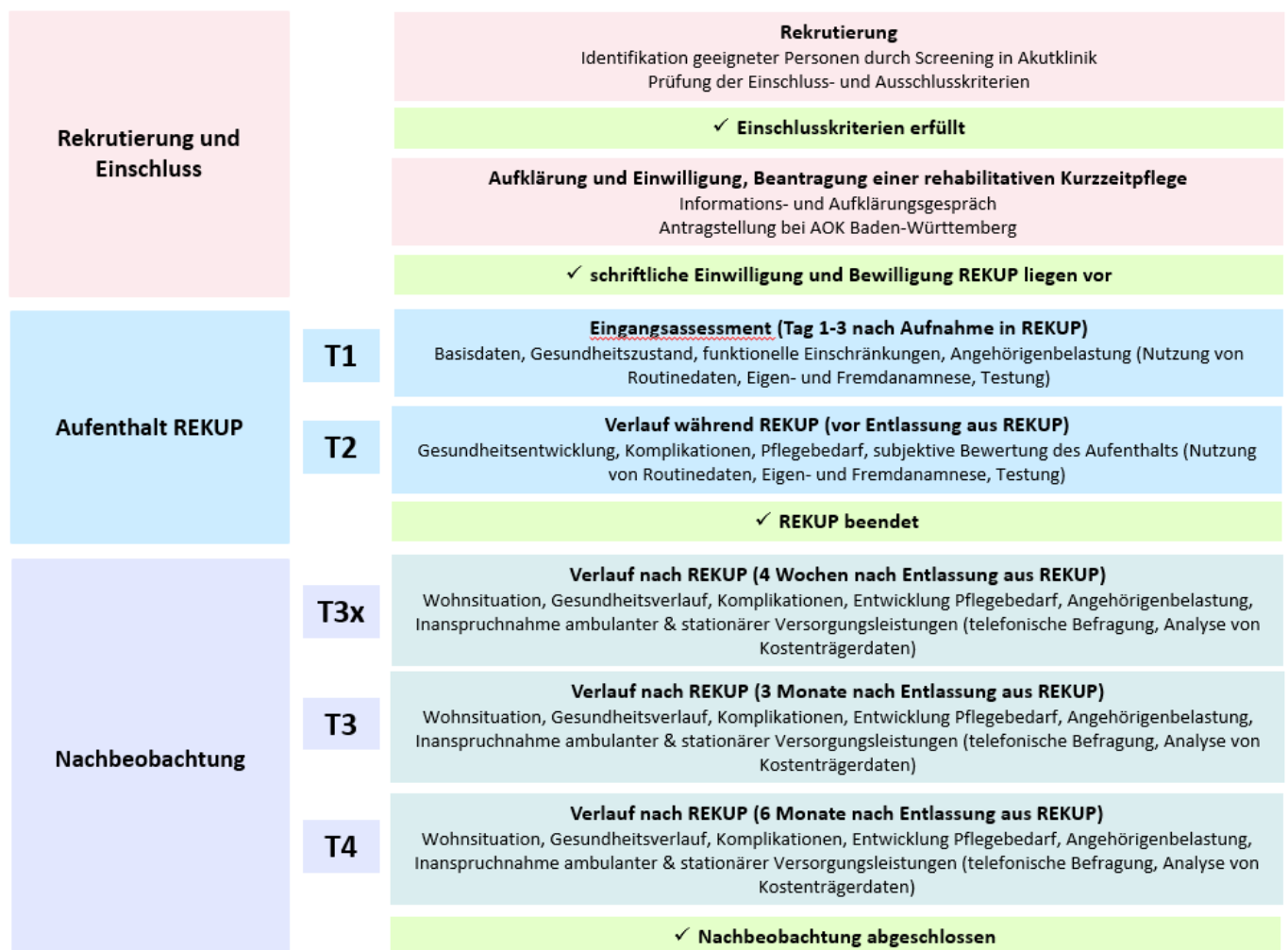
Abbildung 2 stellt den Ablauf der Studie, die Untersuchungszeitpunkte und die Beobachtungszeiträume für die IG dar. Bei Aufnahme in REKUP wurde nach einem Informations- und Aufklärungsgespräch das schriftliche Einverständnis zur Studienteilnahme eingeholt, bei nicht-einwilligungsfähigen Personen das des gesetzlichen Betreuers.

Innerhalb der ersten 3 Tage nach Aufnahme wurde ein Eingangsassessment durchgeführt (*Untersuchungszeitpunkt t1*). Dabei wurden von einer angeleiteten Studienmitarbeiterin neben soziodemografischen Basisdaten, Daten zum

Gesundheitszustand und zu Gesundheitsrisiken, zum Pflegebedarf, sowie zu funktionellen Einschränkungen, zum subjektiven Gesundheitszustand, Kognition, Affekt und zum Ernährungszustand erhoben. Datenquellen waren Routinedaten, Eigen- und Fremdanamnese (Befragung TN, Angehörige bzw. des gesetzlichen Betreuers, Pflegepersonal) sowie direkte Untersuchung bzw. Testung des TN.

Unmittelbar vor Entlassung wurde der Verlauf in REKUP erfasst (*Untersuchungszeitpunkt t2*). Über dieselben Datenquellen wie zu t1 wurden Daten zur Gesundheitsentwicklung wie neue medizinische Probleme oder Komplikationen während REKUP (ungeplanter Abbruch, Wiederaufnahme in Akutklinik, Mortalität), zum Verlauf des Pflegebedarfs, Art und Anzahl der Versorgungsleistungen (Arztkontakte, Therapieeinheiten) in REKUP, die subjektive Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in REKUP sowie die Angehörigenbelastung erhoben. Darüber hinaus wurde die subjektive Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, Sturzangst, Schmerzempfinden abgefragt sowie Funktionstests mit dem TN durchgeführt.

Abbildung 2: Standardisiertes Screening- und Beurteilungsverfahren



Bei gegenüber der Planung deutlich verzögerter Rekrutierung aufgrund der Covid-19-Pandemie, war eine Anpassung des Evaluationskonzepts erforderlich, um die Erreichung wesentlicher Projektziele und den damit verbundenen Erkenntnisgewinn zu sichern. Die Anpassung des Evaluationskonzepts sieht die Definition von 3 Kollektiven mit unterschiedlich langen Nachbeobachtungszeiträumen vor. Grundidee

ist es, die Fortsetzung der Rekrutierung über einen möglichst langen Zeitraum zu ermöglichen, um noch eine größtmögliche Fallzahl zu erreichen.

Für die Evaluation wurden vor diesem Hintergrund drei verschiedene Teilnehmer-Kollektive definiert:

- Kollektiv 1: Aufnahme/Einschluss in REKUP vor dem 09.10.2021, Entlassung vor dem 30.10.21. Nachbeobachtung bis t4, 6 Monate nach Entlassung aus REKUP (Ende zum 30.04.2022).
- Kollektiv 2: Aufnahme/Einschluss in REKUP 10.10.2021 bis 10.01.2022, Entlassung vor dem 31.01.2022. Nachbeobachtung bis T3, 3 Monate nach Entlassung aus REKUP (Ende zum 30.04.2022).
- Kollektiv 3: Aufnahme/Einschluss in REKUP vom 11.01.2022 bis 10.03.2022, Entlassung vor dem 31.03.2022. Nachbeobachtung bis T3x, 4 Wochen nach Entlassung aus REKUP (Ende zum 30.04.2022).

Bei Projektende zum 30.09.2022 endet die Nachbeobachtungszeit zum 30.04.2022, um die für die Evaluation erforderliche Aufbereitung von Sekundärdaten zu gewährleisten.

In der Nachbeobachtungsphase wurde über telefonische Befragung von TN bzw. Angehörigen oder Pflegekräften der Verlauf nach REKUP erhoben: Wohnsituation, Gesundheitsverlauf mit Erfassung neuer Komplikationen und Rehospitalisierung, Mortalität, Entwicklung des Pflegebedarfs sowie Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen wie ambulanter Pflegedienst oder stationäre Rehabilitation. Zudem wurde die subjektive Lebensqualität und -zufriedenheit, Schmerzempfinden, funktionelle Fähigkeiten sowie die Angehörigenbelastung erhoben.

Alle TN der H-KG wurden 6 Monate nachbeobachtet, während aus dargestellten Gründen die Nachbeobachtungszeit der Kollektive 2 und 3 der IG verkürzt war. Die Nachbeobachtung von Kollektiv 3 endete zum Untersuchungszeitpunkt t3x, den es nur für diese Subgruppe gab. Davon abgesehen war das methodische Vorgehen (Messzeitpunkte, Datenerhebung, Datenquellen) bei IG und H-KG identisch.

Die unterschiedlichen Kollektive einschließlich des unterschiedlich langen Nachbeobachtungszeitraums werden bei der Auswertung der Haupt- und Nebenzieldaten entsprechend beachtet.

4.2 Teilprojekt 2: Vergleichende Analysen IG versus S-KG

Der Zugriff auf Sekundärdaten der AOK BW und die Bildung einer S-KG waren erforderlich, um Kostenanalysen zu ermöglichen (primärer Endpunkt 5). Die weiteren Hauptzielkriterien der Studie (Endpunkte 1-6) werden ebenfalls auch durch die Erfassung und Analyse von bei der AOK Baden-Württemberg vorliegenden Sekundärdaten evaluiert. Die TN der IG mussten dieser erweiterten Nutzung ihrer Daten gesondert zustimmen. 6 TN der IG gaben ihre Zustimmung nicht.

Um zu vermeiden, dass unterschiedliche Fallzahlen und Datenquellen beim gleichen Kollektiv (IG) in unterschiedlichen, schwer nachvollziehbaren Ergebnissen resultieren, wurden aus Gründen der methodischen Schärfe im TP2 alle Daten der IG nicht aus der klinischen Erhebung übernommen, sondern den bei der AOK BW vorliegenden Sekundärdaten entnommen. Datenquellen beim TP2 sind somit ausschließlich Routinedaten der KV und PV. Beobachtungszeitraum und Untersuchungszeitpunkte t1 bis t4 inkl. t3x sind in S-KG und IG identisch.

5. Untersuchungsvariablen und Erhebungsinstrumentarium

5.1 Teilprojekt 1 (TP1): IG versus H-KG

Untersuchungsvariablen und Erhebungsinstrumente folgten den Haupt- und Nebenzielkriterien der Untersuchung sowie deren Operationalisierung. Im Rahmen der Befragungen wurden etablierte standardisierte Testverfahren des geriatrischen Assessments eingesetzt. Variablen und Instrumentarium im TP1 waren bei IG und H-KG identisch.

Die Datenerhebung in der IG begann Ende Oktober 2020. Zu diesem Zeitpunkt und im gesamten weiteren Verlauf waren aufgrund der COVID-19-Pandemie in den Modellkliniken aufwändige Schutzmaßnahmen etabliert, die die Befragung und Untersuchung von TN erschwerten. Das Untersuchungsprogramm wurde deshalb gegenüber dem ursprünglich bei Antragstellung geplanten Vorgehen deutlich reduziert, um zusätzliche studienbedingte Belastungen und Gefährdungen für die TN als Hochrisikogruppe möglichst gering zu halten. In der H-KG vor Pandemiebeginn noch zusätzlich erhobene Parameter, die in der IG aus dargestellten Gründen nicht als Vergleichswerte vorliegen, sind nachfolgend nicht gelistet. In IG und H-KG wurden folgende Variablen erhoben:

Erhebungen zu t1

Zum *Untersuchungszeitpunkt t1* erhält der TN eine Studien-ID, die auf allen Erhebungsbögen dokumentiert wird. Die Modellklinik bzw. das Pflegeheim erhält ein Einrichtungskennzeichen (Einrichtungs-ID), das auf dem Erhebungsbogen zu t1 dokumentiert wird. Aus vorliegender Pflegedokumentation werden folgende Daten übernommen:

- Name und Geburtsjahr
- Geschlecht
- Krankenversicherungsnummer (KV-Nr.)
- Kontaktdaten des TN bzw. einer Bezugsperson (für telefonische Nachbefragungen)
- Hauptbehandlungsdiagnose und Verweildauer im Akutkrankenhaus
- Anzahl Nebendiagnosen
- Anzahl Medikamente
- Befunde des Screeningbogens incl. Rehabilitationsziel
- Aufnahme datum in REKUP/KZP
- Überleitung in geriatrische oder fachspezifische Rehabilitation bereits bei Aufnahme geplant?
- Pflegebedürftigkeit (definiert über Einstufung in Pflegegrad; wenn ja Pflegegrad)

Die Erfassung der Krankenversicherungsnummer (KV-Nr.) ist erforderlich, weil im Rahmen der Evaluation beim Kosten- bzw. Leistungsträger (AOK Baden-Württemberg) vorliegende Sekundärdaten analysiert werden.

Folgende Daten werden durch Befragung des TN oder seiner Angehörigen / des gesetzlichen Betreuers erhoben:

- Wohnsituation vor Akutklinikaufnahme (allein lebend / mit Partner / mit Angehörigen / sonstige Wohnform (bspw. Betreutes Wohnen, 24h-Pflegekraft etc.))
- Falls zutreffend: Inanspruchnahme von Leistungen für ambulante Pflege / von Pflegesachleistungen / von Hilfsmitteln und häusliches Pflegearrangement vor Akutklinikaufnahme
- Soziodemografische Angaben (Familienstand, Kinder und Unterstützungsleistung dieser)

Fremdanamnestisch über eine Befragung von Pflegekräften werden folgende Parameter erhoben:

- Ernährungszustand (Body Mass Index - BMI)
- Barthel-Index

Der *Body Mass Index (BMI)* ist ein standardisiertes Verfahren zur Einschätzung des Ernährungszustands unter Berücksichtigung von Körpergewicht und Körpergröße. Der *Barthel-Index* (Mahoney, 1965) ist ein validiertes Instrument zur Beurteilung der Selbstständigkeit bzw. des Unterstützungsbedarfs in basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs). Die Einschätzung erfolgt durch Beobachtung, niedrige Punktzahlen zeigen einen hohen Unterstützungsbedarf.

Die Erhebung nachfolgender Parameter erfordert eine Befragung bzw. Untersuchung / Testung des TN:

- Subjektiver Gesundheitszustand (EQ-5D-5L)
- Clinical Frailty Scale
- Esslinger Transferskala
- Timed Up and Go-Test (TUG)
- aktuelle Sturzangst (ja/nein) und Sturzanamnese (letzte 12 Monate)
- Schmerzeinschätzung (numerische Rating Skala)
- Dysphagie-Screening (EAT-10)
- Mini Nutritional Assessment (MNA)
- MMSE (Mini Mental State Examination)
- Uhrentest (Clock Completion Test)
- GDS (Geriatrische Depressions-Skala)
- aktuelle Lebenszufriedenheit
- Reha-Ziel mit Einordnung der aktuellen Zielerreichung auf NRS
- Erwartungen an REKUP/KZP

Der *EQ-5D-5L* (von der Schulenburg, 1998) ist ein validierter Gesundheitsfragebogen, auf dem der TN ankreuzt, welche Aussagen zu 5 Dimensionen der Gesundheit (Mobilität, für sich selbst sorgen, alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen, Angst) am besten zutreffen. Zudem wird auf einer numerischen Skala von 0 (schlechtest denkbarer) bis 100 (best denkbarer) gekennzeichnet, wie gut oder schlecht der persönliche Gesundheitszustand aktuell ist.

Die *Clinical Frailty Scale* (Rockwood, 2005) ist ein klinisches Instrument zur Einschätzung von Frailty. Hierzu wird der Zustand des TN durch Beobachtung und ergänzende Angaben des TN sowie des Pflegepersonals und der Angehörigen durch den Untersucher auf einer Skala zwischen 1 („very fit“) und 9 („terminally ill“) festgelegt.

Die *Esslinger Transfer Skala* (Runge, 1995) ist ein validiertes Testverfahren zur Beurteilung des Unterstützungsbedarfs bei Transfers. Die Einstufung ist 5-stufig skaliert und reicht von H0 (keine personelle Hilfe erforderlich) bis H4 (ein professioneller Helfer nicht ausreichend).

Der „Timed Up and Go“-Test (TUG) ist ein Instrument zur Beurteilung der Mobilität und des Sturzrisikos (Podsiadlo & Richardson, 1991). Der Patient sitzt in einem Stuhl mit Armenlehnen und wird aufgefordert, eine Wegstrecke von 3 m zu gehen (mit oder ohne Hilfsmittel), sich umzudrehen und die Wegstrecke erneut zurückzulegen und sich wieder in die Ausgangsposition zu setzen. Die dafür benötigte Zeit wird per Stoppuhr gemessen und dem Wert ein entsprechender Punktescore zugeordnet.

Darüber hinaus werden die akute subjektive Sturzangst (ja/nein) sowie die Zahl der Stürze in den letzten 12 Monaten erfragt.

Die *numerische Rating Skala* (Bortz, 2006) ist ein validiertes Verfahren zur Schmerzeinschätzung. Auf einer numerischen Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkste Schmerzen) wird das subjektive Schmerzempfinden markiert.

Das *Dysphagie-Screening EAT-10* (Belafsky, 2008) ist ein validiertes Verfahren zur Beurteilung des Aspirationsrisikos. Durch Befragung des Pflegepersonals zu Auffälligkeiten beim Essen und Trinken werden Hinweise für das Vorliegen einer Schluckstörung erfasst.

Das *Mini Nutritional Assessment short form* (MNA-SF; Rubenstein, 2001) erfasst über 6 Items das Risiko für Mangelernährung bei älteren Menschen. Die Daten werden sowohl über direkte Befragung des TN bzw. der Angehörigen als auch über die Pflegedokumentation und ggf. durch Messung anthropometrischer Parameter erhoben.

Der *MMSE (Mini Mental State Examination)* nach Folstein (1975) ist ein validiertes Testverfahren des kognitiven Screenings. Unterschiedliche Dimensionen der geistigen Leistungsfähigkeit wie Orientiertheit, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit u. a. werden über insgesamt 30 Fragen bzw. Aufgaben überprüft. Erniedrigte Werte weisen auf bestehende kognitive Einschränkungen hin.

Der Uhrentest (Watson, 1993) gibt Hinweise auf vorliegende kognitive Beeinträchtigungen. Der TN wird aufgefordert, in eine entsprechende Vorlage die Ziffern einer Uhr einzuzeichnen. Quadranten, die mehr oder weniger als 3 Ziffern enthalten, werden als fehlerhaft bewertet. Mehr als 3 Fehlerpunkte sprechen für das Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung.

Die *Geriatrische Depressions-Skala (GDS)* nach Yesavage (1983) ist ein validierter Fragebogen zur Beurteilung der affektiven Situation. Hohe Punktzahlen weisen auf eine depressive Stimmungslage hin. Dieser Test wird nur durchgeführt, wenn der TN in der Lage ist, den Fragebogen selbstständig zu beantworten.

Die aktuelle Lebenszufriedenheit wird anhand einer Frage („Wenn Sie an Ihre gesamte aktuelle Lebenssituation denken, wie zufrieden sind Sie im Moment damit?“) abgefragt. Die Antwortmöglichkeiten von „völlig unzufrieden“ bis „völlig zufrieden“ werden bepunktet.

Zudem wird das persönliche Reha-Ziel des TN erfragt und der subjektive aktuelle Stand der Zielerreichung auf einer Skala von 1 („unfähig die Aktivität auszuführen“) bis 10

(„kann die Aktivität auf dem gleichen Niveau wie vor der Verletzung oder dem Problem ausführen“) markiert.

Darüber hinaus wird der TN zu seinen Erwartungen bzgl. der bevorstehenden rehabilitativen Kurzzeitpflege bzw. KZP befragt und diese in einem Freitext notiert.

Erhebungen zu t2

Zum *Untersuchungszeitpunkt t2* am Ende des Aufenthalts in REKUP werden folgende Daten erhoben:

- Studien-ID
- Entlassdatum und Verweildauer in REKUP
- medizinische Probleme / Komplikationen in REKUP (wenn ja welche: Sturz / Fraktur, Aspiration, Infektion, kardiovaskuläre Komplikationen, Stoffwechsellentgleisung, sonstige; Freitext)
- Versorgungsleistungen in KZP: Anzahl Arztvisiten und Facharztkonsile, Anzahl Therapieeinheiten und Therapieminuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), Beratung durch Sozialdienst, psychologische Unterstützung
- vorzeitiger Abbruch REKUP (wenn ja Ursache)
- Wiederaufnahme im Krankenhaus (wenn ja Ursache)
- Verstorben
- Pflegebedürftigkeit (wenn ja Pflegegrad) und Hilfsmittelbedarf
- Falls zutreffend: Überleitung in geriatrische oder fachspezifische Rehabilitation
- Entlassort / geplante Wohnsituation nach REKUP/Reha (allein lebend / mit Partner / mit Angehörigen / stationäre Dauerpflege, sonstige Wohnform (betreutes Wohnen, 24h-Pflegekraft etc.), Umzug aus eigener Häuslichkeit in die Wege geleitet)
- Bewertung der Erwartungen an REKUP und Erwartungen an die nächsten 3 Monate
- subjektiver Gesundheitszustand (EQ-5D)
- Esslinger Transferskala
- Timed Up and Go-test (TUG)
- Schmerzeinschätzung (numerische Rating Skala)
- aktuelle Sturzangst
- Reha-Ziel mit Einordnung der aktuellen Zielerreichung auf NRS
- aktuelle Lebenszufriedenheit
- subjektive Bewertung der Behandlung (ZUF-8)
- Barthel-Index
- Clinical Frailty Scale
- Angehörigenbelastung (CarerQol)

Medizinische Probleme bzw. Komplikationen während REKUP/KZP, Versorgungsleistungen, ein vorzeitiger Abbruch (und die Ursache), eine Wiederaufnahme im Krankenhaus (und ihre Ursache) sowie der Tod des TN sind vorliegender Pflegedokumentation zu entnehmen. Der Entlassort, das heißt die Wohnsituation im Anschluss an den Aufenthalt in REKUP/Reha bzw. KZP (allein lebend / mit Partner / mit Angehörigen / stationäre Dauerpflege, sonstige Wohnsituation wie betreutes Wohnen, 24h-Pflegekraft etc.) wird eigen- oder fremdanamnestisch erfragt.

Der *ZUF-8* (Schmidt, 1989) ist ein validierter Fragebogen zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit. Dabei kreuzt der TN bei 8 Fragen an, welche Aussagen zur erhaltenen Behandlung am besten zutreffen.

Zur Erfassung von Angehörigenbelastungen werden validierte Testverfahren eingesetzt. Bei CarerQoI (Brouwer, 2006) markieren Angehörige bei 7 Items, welche Aussagen am besten zu ihrer derzeitigen Pflegesituation passen. Bei CarerQoI-VAS markieren Angehörige auf einer numerischen Skala von 0 (völlig unzufrieden) bis 10 (völlig zufrieden), wie zufrieden sie sich derzeit fühlen. Aufgrund besserer Praktikabilität wird die Angehörigenbelastung für den Zeitraum t1 bis t2 und nicht für den jeweiligen Zeitpunkt t1 und t2 erhoben.

Erhebungen zu t3x (nur IG), t3 und t4

Zu den *Untersuchungszeitpunkten t3x, t3 und t4*, 4 Wochen bzw. drei und sechs Monate nach Ende des Aufenthalts in REKUP/KZP werden folgende Daten erhoben:

- Studien-ID
- Entlassdatum REKUP
- Dokumentation, mit wem (TN und/oder Angehörigen) die Befragung durchgeführt wurde, Dokumentation bzw. Begründung, falls Befragung nicht durchgeführt werden konnte
- medizinische Probleme / Komplikationen nach REKUP/KZP (wenn ja welche: Sturz / Fraktur, Aspiration, Infektion, kardiovaskuläre Komplikationen, Stoffwechsellentgleisung, sonstige; Freitext)
- Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen (ambulante oder stationäre Pflege, Pflegesachleistungen, ambulante oder stationäre Therapien/Rehabilitation, Arztkontakte) und entsprechende Kostendaten
- Wiederaufnahme im Krankenhaus (wenn ja Ursache)
- Verstorben
- Pflegebedürftigkeit (wenn ja Pflegegrad)
- Hilfsmittelbedarf
- Wohnsituation (allein lebend / mit Partner / mit Angehörigen / stationäre Dauerpflege, sonstige Wohnform bspw. betreutes Wohnen oder 24h-Pflegekraft)

Für TN und Angehörige wurden darüber hinaus zu jedem Untersuchungszeitpunkt (t3x, t3 und t4) zwei unterschiedliche Testbatterien eingesetzt:

Inhalt TN:

- subjektiver Gesundheitszustand (EQ-5D)
- Barthel-Index
- Aktuelle Sturzangst
- Schmerzeinschätzung (numerische Rating Skala)
- Aktuelle Lebenszufriedenheit
- Reha-Ziel mit Einordnung der aktuellen Zielerreichung auf NRS
- Erwartungen der letzten 3 Monate und Erwartungen an die nächsten 3 Monate

Inhalt Angehörige:

- Barthel-Index

- Falls zutreffend: Angehörigenbelastung (CarerQol und CarerQol-VAS)

Datenquellen ist eine telefonische Befragung des TN bzw. seiner Angehörigen / des gesetzlichen Betreuers.

5.2 Teilprojekt 2 (TP2): IG versus S-KG

Im TP2 wurden für die IG und die S-KG ausschließlich Routinedaten der KV und PV der AOK BW erhoben und analysiert.

Erhebungen zu t1

Zum *Untersuchungszeitpunkt t1* erhält der TN eine Studien-ID, die in den Datentabellen dokumentiert wird. Aus vorliegenden Routinedaten der Kranken- und Pflegeversicherung der AOK Baden-Württemberg werden folgende Daten übernommen:

- Krankenversicherungsnummer (KV-Nr.)
- Pflegeversicherungsnummer (PV-Nr.)
- Alter
- Geschlecht
- ICD-kodierte Hauptbehandlungsdiagnose im Akutkrankenhaus und Anzahl Nebendiagnosen zum Zeitpunkt des Initialaufenthalts
- Verweildauer im Akutkrankenhaus
- Aufnahme datum in KZP
- Anzahl Medikamente (per Verordnungen 3 Monate vor Initialaufenthalt sowie 7 Tage nach Aufnahme in KZP)
- Pflegebedürftigkeit (ja / nein; definiert über Einstufung in Pflegegrad; wenn ja Pflegegrad)
- Inanspruchnahme von Leistungen für ambulante Pflege (ja /nein; Bezug von Leistungen für stationäre Pflege zu t1 war Ausschlusskriterium)

Erhebungen zu t2

Zum *Untersuchungszeitpunkt t2* am Ende des Aufenthalts in der KZP werden folgende Daten erhoben:

- Studien-ID
- Verweildauer in KZP
- Inanspruchnahme von Rehabilitation (ja / nein)
- Wiederaufnahme in Akutklinik (ja / nein; wenn ja: Hauptbehandlungsdiagnose und Verweildauer)
- Pflegebedürftigkeit (ja/nein; definiert über Einstufung in Pflegegrad; wenn ja Pflegegrad)
- Inanspruchnahme von Leistungen für ambulante oder stationäre Pflege (ja/nein)
- Mortalität
- Kostendaten (ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflegekosten)

Erhebungen zu t3x, t3 und t4

Zu den *Untersuchungszeitpunkten t3x, t3 und t4* bzw. 4 Wochen, drei und sechs Monate nach Ende des Aufenthalts in der KZP werden folgende Daten erhoben:

- Studien-ID
- Inanspruchnahme von Rehabilitation (ja/nein)

- Wiederaufnahme in Akutklinik (ja/nein; wenn ja: Hauptbehandlungsdiagnose und Verweildauer)
- Pflegebedürftigkeit (ja/nein; definiert über Einstufung in Pflegegrad; wenn ja Pflegegrad)
- Inanspruchnahme von Leistungen für ambulante oder stationäre Pflege (ja/nein)
- Mortalität
- Kostendaten (ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflegekosten)

6. Datenerfassung und -zusammenführung in Teilprojekt 2 (IG versus S-KG)

6.1 Interventionsgruppe (IG)

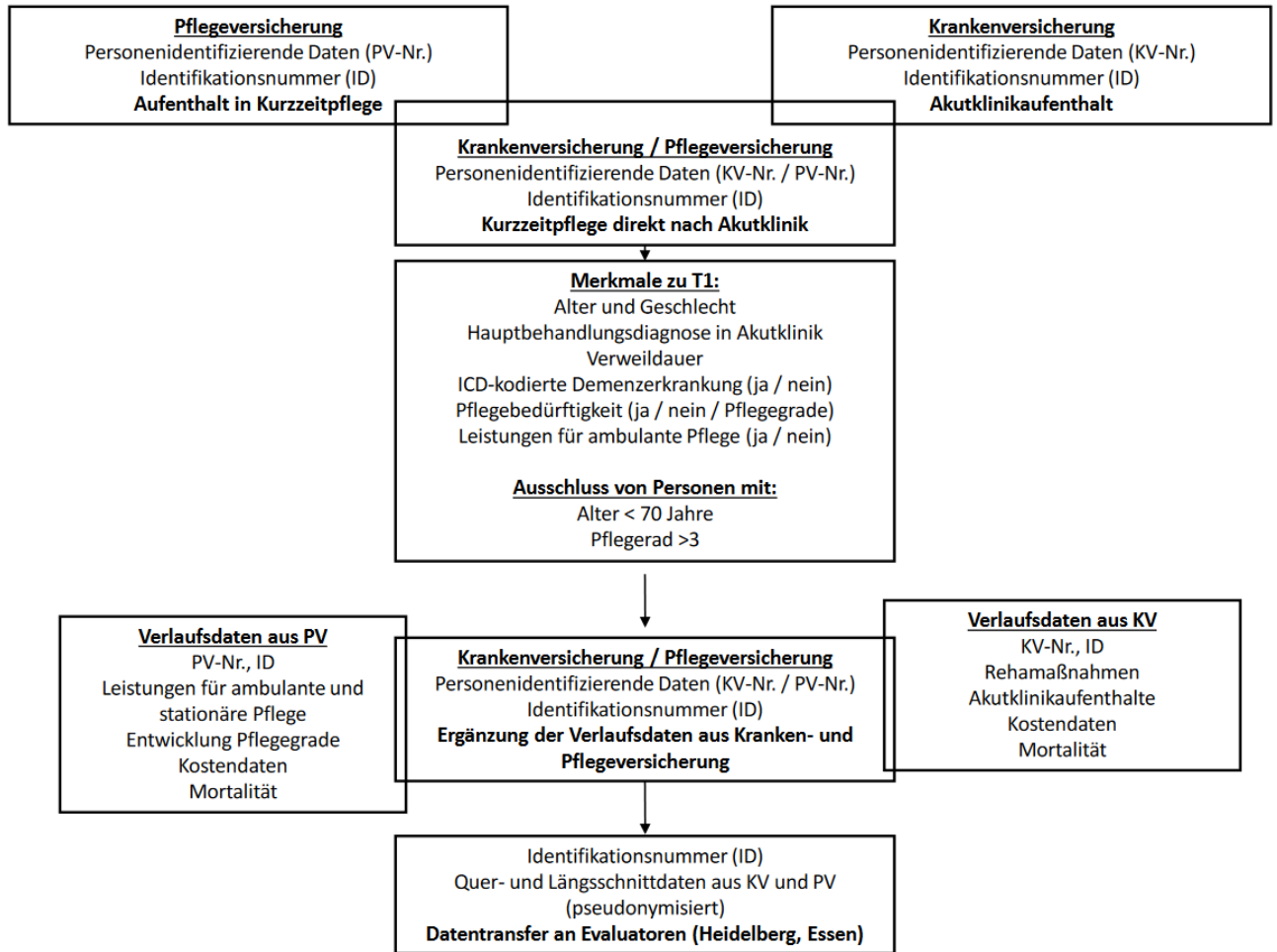
Zur Pseudonymisierung der Daten wird bei der elektronischen Dateneingabe nur die Studien-ID (Kennzahl des TN) ohne Namen eingegeben. Bei den elektronisch gespeicherten Daten ist kein Personenbezug mehr herstellbar. Aus Datenanalysen generierte statistische Auswertungen ermöglichen keinerlei Rückschluss auf Einzelpersonen. Im TP2 werden für die IG unter Zugriff auf Sekundärdaten der AOK BW Basisdaten sowie Verlaufsdaten zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Bereich SGB V und SGB XI erhoben und analysiert. Nur so ist eine gesundheitsökonomische Bewertung der Intervention möglich. Bei der Datenerhebung zu t1 wird deshalb bei den TN der IG auch die KV-Nummer erfasst, um die in den Modellkliniken erhobenen Daten mit den Sekundärdaten zu verknüpfen. Die KV-Nummern werden im AGAPLESION Bethanien Krankenhaus nicht elektronisch gespeichert. Eine Liste mit der Zuordnung von Studien-ID und KV-Nummer wird nur zum Zwecke der Evaluation an die AOK-BW weitergeleitet.

Diese hat anhand der KV-Nummer die zur Evaluation erforderlichen Daten für jeden TN ermittelt, die zugehörige Studien-ID in den Daten hinterlegt, und den Datensatz ohne personenbezogene Angaben an die Evaluatoren in Heidelberg und Essen übermittelt. Dieser erweiterten Nutzung der Daten haben die TN bzw. deren gesetzliche Betreuer explizit zugestimmt bzw. die Nutzung der Daten durch Nicht-Zustimmung entsprechend eingegrenzt.

6.2 Kontrollgruppe aus Sekundärdaten der AOK BW (S-KG)

Zur Rekrutierung der S-KG werden bei der AOK Baden-Württemberg vorliegende Routinedaten aus dem Bereich der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung verknüpft und analysiert (siehe *Abbildung 3*). Einschlusskriterium ist wie bei der IG die Versorgungsabfolge Aufenthalt in KZP direkt im Anschluss an Aufenthalt in Akutklinik. Unter allen Versicherten mit diesem Merkmal werden Personen < 70 Jahre, Personen mit PG >3 sowie Personen, die bereits vor dem initialen Akutklinikaufenthalt Leistungen für stationäre Pflege bezogen, ausgeschlossen.

Abbildung 3: Datenerhebung und -zusammenführung Sekundärdatenanalyse (S-KG)



Merkmale, die zum Zeitpunkt t1 erhoben werden, sind Alter und Geschlecht, Hauptbehandlungsdiagnose und Verweildauer im Akutkrankenhaus, Pflegebedürftigkeit (ja/nein, Pflegegrad), Anzahl der Nebendiagnosen (Initialaufenthalt), Anzahl der Medikamente (per Verordnungen 3 Monate vor Initialaufenthalt und 7 Tage nach Aufnahme in KZP) und der Bezug von Leistungen für ambulante Pflege. Diese Merkmale ermöglichen im Rahmen der statistischen Auswertungen einen Abgleich der S-KG mit der IG.

An die Basisdaten von t1 werden für den Nachbeobachtungszeitraum die Verlaufsdaten aus den Bereichen KV und PV angehängt, die für die Evaluation der Hauptzielkriterien der Untersuchung erforderlich waren. Diese Datensätze werden in pseudonymisierter Form von der AOK Baden-Württemberg an die Evaluatoren in Heidelberg und Essen transferiert.

7 Zielgrößen

Die Studie untersucht über einen Beobachtungszeitraum von insgesamt 7 Monaten (Dauer des Aufenthalts in REKUP/KZP und 6-monatige Nachbeobachtungszeit, je nach Kollektiv jedoch verkürzter Nachbeobachtungszeitraum) die Entwicklung der Lebenssituation, des Gesundheitszustands und des Pflegebedarfs geriatrischer Patienten, die nach stationärem Aufenthalt in einer Akutklinik entweder in

rehabilitative Kurzzeitpflege (Intervention) oder konventionelle Kurzzeitpflege (Kontrolle) entlassen werden.

Hauptzielkriterien sind:

1. Die Häufigkeit der Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit und die Häufigkeit der Überleitung in geriatrische oder indikationsspezifische (orthopädische oder neurologische) Rehabilitation.
2. Die Häufigkeit des Auftretens medizinischer Komplikationen und (frühe) Wiederaufnahmen ins Akutkrankenhaus während und nach REKUP/KZP.
3. Die Quote der Rücküberleitung aus REKUP/KZP ins häusliche Umfeld (mit oder ohne Bedarf an ambulanter Pflege) und die Quote der Überleitungen in stationäre Langzeitpflege.
4. Die Entwicklung des Pflegebedarfs während und nach REKUP/KZP (Anteil pflegebedürftiger Personen, Verteilung der Pflegegrade, Entwicklung der Pflegegrade, verändertes Versorgungssetting).
5. Die Entwicklung der Gesundheitskosten während und nach REKUP/KZP (Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Bereich SGB V und SGB XI: Krankenhausaufenthalte, Medikamente, Hilfsmittel, ambulante oder stationäre Pflege, therapeutische Leistungen).
6. Mortalität.
7. Die Akzeptanz der neuen Versorgungsform REKUP in den Modellkliniken (fördernde oder hinderliche Faktoren der Implementierung).
8. Zufriedenheit der Leistungserbringer (Mitarbeiter im Versorgungsbereich rehabilitative Kurzzeitpflege) sowie des Leistungsträgers mit der neuen Versorgungsform (Praktikabilität, Umsetzbarkeit, Modifikationsbedarf).
9. Die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen mit der Versorgung in REKUP/KZP.

Nebenzielkriterien sind:

1. Die Entwicklung funktioneller Fähigkeiten im Bereich der Selbstversorgung (Aktivitäten des täglichen Lebens) und der Mobilität während und nach REKUP/KZP.
2. Die Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustands während und nach REKUP/KZP.
3. Die Belastungen pflegender Angehöriger nach Rücküberleitungen aus REKUP/KZP ins häusliche Umfeld.

Nachfolgend sind die primären und sekundären Endpunkte der Intervention sowie deren Operationalisierung und die Erhebungszeitpunkte in einer tabellarischen Übersicht dargestellt.

Anlage 5: Halbstrukturierte Interviewleitfäden, Prozessevaluation Rekup

Sozialdienst, zuweisende Akutkliniken



Thema	Thematische Aspekte	Konkrete Nachfrage
Projektvorstellung	<ul style="list-style-type: none"> Vorstellung des Projekts „Rekup“ (Ziele, Umsetzung, ggf. erste Ergebnisse) 	<ul style="list-style-type: none"> Gibt es Fragen zum Projekt oder zum Ablauf des Projekts?
EVE	<ul style="list-style-type: none"> EVE und Infoblatt aushändigen und erläutern Insbesondere Hinweis auf Start der Audioaufnahme EVE unterschreiben (doppelte Ausführung) 	<ul style="list-style-type: none"> Gibt es weitere Fragen zum Ablauf des Interviews oder zur EVE?
Audioaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> Audioaufnahme starten 	
Impuls	<ul style="list-style-type: none"> Impuls: Assoziationen mit Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> Was kommt Ihnen zuerst in den Sinn, wenn Sie an Rekup denken? Ein bestimmtes Schlagwort? Warum?
Tätigkeitsbezogene Angaben	<ul style="list-style-type: none"> Art der Tätigkeit (Berufsgruppe) Schnittstellen Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Berührungspunkte hatten Sie mit Rekup? Inwiefern hatten Sie Kontakt mit Rekup-Patienten oder waren in Rekup-Prozesse involviert? Wie sah dies konkret aus?
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungen bei der Implementierung des Projekts Positive/negative Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> Wurde das neue Projekt zu Beginn ausreichend kommuniziert? Über welche Kanäle wurde es kommuniziert? Wie wurde dies im Team (Sozialdienst, aber auch andere Bereiche) aufgenommen? Gab es Unruhe oder Sorgen im Team bzgl. der neuen Versorgungsform? Wenn ja, welcher Art? Welche Prozesse waren zu Beginn holprig, mussten sich erst noch besser einspielen? Gab es etwas, das besonders gut funktioniert hat zu Beginn?
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> Tätigkeitsbezogene Erfahrungen bei der Umsetzung von Rekup <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sozialdienst Positive/negative Aspekte Bewertung Praktikabilität 	<ul style="list-style-type: none"> Was kennzeichnet einen Rekup-Patienten? Worin liegt der Unterschied zu einem regulären Reha-Patienten? Profitieren Rekup-Patienten von dem Programm? Warum? Worin liegt die besondere Qualität des Rekup-Programms? Gab es besondere Schwierigkeiten oder besonders positive Aspekte bei der Umsetzung des Programms? Wie bewerten Sie insgesamt die Umsetzung von Rekup?

Anlage 5: Halbstrukturierte Interviewleitfäden, Prozessevaluation Rekup

Sozialdienst, zuweisende Akutkliniken



		<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbereich: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie verlief die Identifizierung (Akuthaus) von Rekup-Patienten? Wie war der Prozess? Welche Schwierigkeiten gab es hierbei? ○ Konnten potenzielle Rekup-Patienten anhand der Zuweiskriterien ausreichend von anderen Patienten (Reha) abgegrenzt werden? Waren die Kriterien gut anwendbar? ○ Waren die Hintergrundinformationen zu Rekup ausreichend um in der Praxis beurteilen zu können ob der Versicherte tatsächlich für Rekup in Frage kommt? ○ Mussten bzgl. Identifizierung von Rekup-Patienten besonders oft Rückfragen gestellt werden (cc Reha)? War der Ablauf anders als bei regulären Reha-Patienten? Worin lagen die Unterschiede? ○ Hat Rekup etwas am Verlegungsverhalten der Akutkliniken verändert? Wenn ja, inwiefern? ○ Worin sehen Sie Unterschiede im Vergleich zur regulären KZP? Wo liegen jeweils die Vor- und Nachteile? ○ Existieren bei Rekup-Patienten schwierigere Versorgungssituationen als bei regulären Reha-Patienten? Wie schätzen Sie das ein? Worin liegen die Unterschiede?
Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz Patienten • Akzeptanz Angehörige • Akzeptanz Mitarbeiter*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Patienten aufgenommen? Gab es Feedback zu Rekup? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Angehörigen aufgenommen? Gab es Feedback zu Rekup? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie schätzen Sie die Akzeptanz des neuen Programms unter den Mitarbeiter*innen ein? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Gab es Feedback zu Rekup?
Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> • Rekup als neues Versorgungskonzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist Rekup ein Versorgungskonzept an der zukünftig festgehalten werden sollte? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, warum? Was gilt es zukünftig aus Ihrer Perspektive zu verbessern? • Halten Sie Rekup auch auf andere geriatrische Kliniken übertragbar? Was braucht es dafür? Worauf sollten andere Kliniken bei der Einführung und Umsetzung von Rekup achten?



Thema	Thematische Aspekte	Konkrete Nachfrage
Projektvorstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Projekts „Rekup“ (Ziele, Umsetzung, ggf. erste Ergebnisse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Fragen zum Projekt oder zum Ablauf des Projekts?
EVE	<ul style="list-style-type: none"> • EVE und Infoblatt aushändigen und erläutern • Insbesondere Hinweis auf Start der Audioaufnahme • EVE unterschreiben (doppelte Ausführung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es weitere Fragen zum Ablauf des Interviews oder zur EVE?
Audioaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Audioaufnahme starten 	
Impuls	<ul style="list-style-type: none"> • Impuls: Assoziationen mit Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kommt Ihnen zuerst in den Sinn, wenn Sie an Rekup denken? Ein bestimmtes Schlagwort? Warum?
Tätigkeitsbezogene Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Tätigkeit (Berufsgruppe) • Schnittstellen Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Berührungspunkte hatten Sie mit Rekup? • Inwiefern hatten Sie Kontakt mit Rekup-Patienten oder waren in Rekup-Prozesse involviert? Wie sah dies konkret aus?
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen bei der Implementierung des Projekts • Positive/negative Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde das neue Projekt zu Beginn ausreichend kommuniziert? Über welche Kanäle wurde es kommuniziert? Wie wurde dies im Team (Pflege) aufgenommen? • Gab es Unruhe oder Sorgen im Team bzgl. der neuen Versorgungsform? Wenn ja, welcher Art? • Welche Prozesse waren zu Beginn holprig, mussten sich erst noch besser einspielen? • Gab es etwas, das besonders gut funktioniert hat zu Beginn?
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbezogene Erfahrungen bei der Umsetzung von Rekup <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pflege • Positive/negative Aspekte • Bewertung Praktikabilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kennzeichnet einen Rekup-Patienten? Worin liegt der Unterschied zu einem regulären Reha-Patienten? • Profitieren Rekup-Patienten von dem Programm? Warum? Worin liegt die besondere Qualität des Rekup-Programms? • Gab es besondere Schwierigkeiten oder besonders positive Aspekte bei der Umsetzung des Programms? Wie bewerten Sie insgesamt die Umsetzung von Rekup?



		<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbereich: <ul style="list-style-type: none"> ○ War die Aufnahme von Reкуп-Patienten mit besonderen Schwierigkeiten verbunden? Welchen? ○ Mussten bei Aufnahme besonders oft Rückfragen gestellt werden? War diese anders als bei regulären Reha-Patienten? Worin lagen die Unterschiede? ○ Inwiefern war die Pflege von Reкуп-Patienten anders als von regulären Reha-Patienten? Gestaltete sich diese aufwendiger? Bedurfte es mehr Behandlungspflege? Worin lag der Unterschied? ○ Existieren bei Reкуп-Patienten schwierigere Versorgungssituationen als bei regulären Reha-Patienten? Worin liegen die Unterschiede? ○ Inwiefern war die ärztliche Behandlung anders als bei regulären Reha-Patienten? Gab mehr Notfälle und Rückverlegungen ins Akuthaus? ○ Gab es Unterschiede in der Therapie-Umsetzung bei Reкуп-Patienten zu regulären Reha-Patienten? Wie stand es um die Motivation bei Reкуп-Patienten? ○ Wie funktionierte die Überleitung in die stationäre Reha? Was war hierbei für die Pflege zu beachten? ○ Hat Reкуп etwas am Verlegungsverhalten der Akutkliniken verändert? ○ Wurde aufgrund von Reкуп etwas am Personalschlüssel geändert? Wurde diese zusätzliche Versorgung irgendwie berücksichtigt?
Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz Patienten • Akzeptanz Angehörige • Akzeptanz Mitarbeiter*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Patienten aufgenommen? Gab es Feedback zu Reкуп? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Angehörigen aufgenommen? Gab es Feedback zu Reкуп? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie schätzen Sie die Akzeptanz des neuen Programms unter den Mitarbeiter*innen ein? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Gab es Feedback zu Reкуп?
Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> • Reкуп als neues Versorgungskonzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist Reкуп ein Versorgungskonzept an der zukünftig festgehalten werden sollte? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, warum? Was gilt es zukünftig aus Ihrer Perspektive zu verbessern? • Halten Sie Reкуп auch auf andere geriatrische Kliniken übertragbar? Was braucht es dafür? Worauf sollten andere Kliniken bei der Einführung und Umsetzung von Reкуп achten?

Thema	Thematische Aspekte	Konkrete Nachfrage
Projektvorstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Projekts „Reкуп“ (Ziele, Umsetzung, ggf. erste Ergebnisse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Fragen zum Projekt oder zum Ablauf des Projekts?
EVE	<ul style="list-style-type: none"> • EVE und Infoblatt aushändigen und erläutern • Insbesondere Hinweis auf Start der Audioaufnahme • EVE unterschreiben (doppelte Ausführung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es weitere Fragen zum Ablauf des Interviews oder zur EVE?
Audioaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Audioaufnahme starten 	
Impuls	<ul style="list-style-type: none"> • Impuls: Assoziationen mit Reкуп 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kommt Ihnen zuerst in den Sinn, wenn Sie an Reкуп denken? Ein bestimmtes Schlagwort? Warum?
Tätigkeitsbezogene Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Tätigkeit (Berufsgruppe) • Schnittstellen Reкуп 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Berührungspunkte hatten Sie mit Reкуп? • Inwiefern hatten Sie Kontakt mit Reкуп-Patienten oder waren in Reкуп-Prozesse involviert? Wie sah dies konkret aus?
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen bei der Implementierung des Projekts • Positive/negative Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde das neue Projekt zu Beginn ausreichend kommuniziert? Über welche Kanäle wurde es kommuniziert? Wie wurde dies im Team (Verwaltung) aufgenommen? • Gab es Unruhe oder Sorgen im Team bzgl. der neuen Versorgungsform? Wenn ja, welcher Art? • Welche Prozesse waren zu Beginn holprig, mussten sich erst noch besser einspielen? • Gab es etwas, das besonders gut funktioniert hat zu Beginn?
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbezogene Erfahrungen bei der Umsetzung von Reкуп <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verwaltung (Belegungsmanagement) • Positive/negative Aspekte • Bewertung Praktikabilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kennzeichnet einen Reкуп-Patienten? Worin liegt der Unterschied zu einem regulären Reha-Patienten? • Profitieren Reкуп-Patienten von dem Programm? Warum? Worin liegt die besondere Qualität des Reкуп-Programms? • Gab es besondere Schwierigkeiten oder besonders positive Aspekte bei der Umsetzung des Programms? Wie bewerten Sie insgesamt die Umsetzung von Reкуп?



		<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbereich: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie verlief die Identifizierung (Akuthaus) und/oder Aufnahme von Reкуп-Patienten? Wie war der Prozess? ○ An welcher Stelle haben Sie Meldung über einen Reкуп-Patienten bekommen? Wie war dann der Ablauf? Gab es hierbei Probleme? ○ Waren die Hintergrundinformationen zu Reкуп ausreichend um in der Praxis beurteilen zu können, ob der Versicherte tatsächlich für Reкуп in Frage kommt? ○ Mussten bzgl. Identifizierung/Aufnahme von Reкуп-Patienten besonders oft Rückfragen gestellt werden (Akutklinik, AOK, Rehaklinik)? War der Ablauf anders als bei regulären Reha-Patienten? Worin lagen die Unterschiede? ○ Ist der (technische) Prozess (Anlegen des Reкуп-Falls, automatisierte Briefe, Abrechnungen, Übergang in normale Reha-Maßnahme) sinnvoll und flüssig oder sehen Sie hier Optimierungsbedarfe? ○ Hat Reкуп etwas am Verlegungsverhalten der Akutkliniken verändert? ○ Wurde aufgrund von Reкуп etwas am Personalschlüssel geändert? Wurde diese zusätzliche Versorgung irgendwie berücksichtigt? ○ Worin sehen Sie Unterschiede im Vergleich zur regulären Kurzzeitpflege? Wo liegen jeweils die Vor- und Nachteile? ○ Wie funktionierte die Überleitung in die stationäre Reha? Was war hierbei für das Belegungsmanagement zu beachten?
<p>Akzeptanz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz Patienten • Akzeptanz Angehörige • Akzeptanz Mitarbeiter*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Patienten aufgenommen? Gab es Feedback zu Reкуп? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Angehörigen aufgenommen? Gab es Feedback zu Reкуп? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie schätzen Sie die Akzeptanz des neuen Programms unter den Mitarbeiter*innen ein? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Gab es Feedback zu Reкуп?



Ausblick	<ul style="list-style-type: none">• Reкуп als neues Versorgungskonzept	<ul style="list-style-type: none">• Ist Reкуп ein Versorgungskonzept an der zukünftig festgehalten werden sollte? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, warum? Was gilt es zukünftig aus Ihrer Perspektive zu verbessern?• Halten Sie Reкуп auch auf andere geriatrische Kliniken übertragbar? Was braucht es dafür? Worauf sollten andere Kliniken bei der Einführung und Umsetzung von Reкуп achten?
-----------------	--	--



Thema	Thematische Aspekte	Konkrete Nachfrage
Projektvorstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Projekts „Rekup“ (Ziele, Umsetzung, ggf. erste Ergebnisse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Fragen zum Projekt oder zum Ablauf des Projekts?
EVE	<ul style="list-style-type: none"> • EVE und Infoblatt aushändigen und erläutern • Insbesondere Hinweis auf Start der Audioaufnahme • EVE unterschreiben (doppelte Ausführung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es weitere Fragen zum Ablauf des Interviews oder zur EVE?
Audioaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Audioaufnahme starten 	
Impuls	<ul style="list-style-type: none"> • Impuls: Assoziationen mit Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kommt Ihnen zuerst in den Sinn, wenn Sie an Rekup denken? Ein bestimmtes Schlagwort? Warum?
Tätigkeitsbezogene Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Tätigkeit (Berufsgruppe) • Schnittstellen Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Berührungspunkte hatten Sie mit Rekup? • Inwiefern hatten Sie Kontakt mit Rekup-Patienten oder waren in Rekup-Prozesse involviert? Wie sah dies konkret aus?
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen bei der Implementierung des Projekts • Positive/negative Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde das neue Projekt zu Beginn ausreichend kommuniziert? Über welche Kanäle wurde es kommuniziert? Wie wurde dies im Team (andere Ärzte, Pflege, Therapeuten) aufgenommen? • Gab es Unruhe oder Sorgen im Team bzgl. der neuen Versorgungsform? Wenn ja, welcher Art? • Welche Prozesse waren zu Beginn holprig, mussten sich erst noch besser einspielen? • Gab es etwas, das besonders gut funktioniert hat zu Beginn?
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbezogene Erfahrungen bei der Umsetzung von Rekup <ul style="list-style-type: none"> ➤ Arzt • Positive/negative Aspekte • Bewertung Praktikabilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kennzeichnet einen Rekup-Patienten? Worin liegt der Unterschied zu einem regulären Reha-Patienten? • Profitieren Rekup-Patienten von dem Programm? Warum? Worin liegt die besondere Qualität des Rekup-Programms? • Gab es besondere Schwierigkeiten oder besonders positive Aspekte bei der Umsetzung des Programms? Wie bewerten Sie insgesamt die Umsetzung von Rekup?



		<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbereich: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie verlief die Aufnahme von Rekup-Patienten? Mussten besonders oft Rückfragen gestellt werden? War diese anders als bei regulären Reha-Patienten? Worin lagen die Unterschiede? ○ Inwiefern war die ärztliche Behandlung anders als bei regulären Reha-Patienten? Gab mehr Notfälle und Rückverlegungen ins Akuthaus? ○ Inwiefern war die Pflege von Rekup-Patienten anders als von regulären Reha-Patienten? Gestaltete sich diese aufwendiger? Bedurfte es mehr Behandlungspflege? Worin lag der Unterschied? ○ Gab es Unterschiede in der Therapie-Umsetzung bei Rekup-Patienten zu regulären Reha-Patienten? Wie stand es um die Motivation bei Rekup-Patienten? ○ Existieren bei Rekup-Patienten schwierigere Versorgungssituationen als bei regulären Reha-Patienten? Worin liegen die Unterschiede? ○ Hat Rekup etwas am Verlegungsverhalten der Akutkliniken verändert? ○ Wurde aufgrund von Rekup etwas am Personalschlüssel geändert? Wurde diese zusätzliche Versorgung irgendwie berücksichtigt? ○ Wie schätzen Sie die ärztliche Versorgung im Vergleich zur regulären KZP ein? Worin liegt der Unterschied? ○ Wie funktionierte der Übergang in die stationäre Reha? Was war hierbei für den ärztlichen Bereich zu beachten?
<p>Akzeptanz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz Patienten • Akzeptanz Angehörige • Akzeptanz Mitarbeiter*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Patienten aufgenommen? Gab es Feedback zu Rekup? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Angehörigen aufgenommen? Gab es Feedback zu Rekup? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie schätzen Sie die Akzeptanz des neuen Programms unter den Mitarbeiter*innen ein? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Gab es Feedback zu Rekup?
<p>Ausblick</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rekup als neues Versorgungskonzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist Rekup ein Versorgungskonzept an der zukünftig festgehalten werden sollte? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, warum? Was gilt es zukünftig aus Ihrer Perspektive zu verbessern? • Halten Sie Rekup auch auf andere geriatrische Kliniken übertragbar? Was braucht es dafür? Worauf sollten andere Kliniken bei der Einführung und Umsetzung von Rekup achten?



Thema	Thematische Aspekte	Konkrete Nachfrage
Projektvorstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Projekts „Reкуп“ (Ziele, Umsetzung, ggf. erste Ergebnisse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Fragen zum Projekt oder zum Ablauf des Projekts?
EVE	<ul style="list-style-type: none"> • EVE und Infoblatt aushändigen und erläutern • Insbesondere Hinweis auf Start der Audioaufnahme • EVE unterschreiben (doppelte Ausführung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es weitere Fragen zum Ablauf des Interviews oder zur EVE?
Audioaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Audioaufnahme starten 	
Impuls	<ul style="list-style-type: none"> • Impuls: Assoziationen mit Reкуп 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kommt Ihnen zuerst in den Sinn, wenn Sie an Reкуп denken? Ein bestimmtes Schlagwort? Warum?
Tätigkeitsbezogene Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Tätigkeit (Berufsgruppe) • Schnittstellen Reкуп 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Berührungspunkte hatten Sie mit Reкуп? • Inwiefern hatten Sie Kontakt mit Reкуп-Patienten oder waren in Reкуп-Prozesse involviert? Wie sah dies konkret aus?
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen bei der Implementierung des Projekts • Positive/negative Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde das neue Projekt zu Beginn ausreichend kommuniziert? Über welche Kanäle wurde es kommuniziert? Wie wurde dies im Team (Therapeuten) aufgenommen? • Gab es Unruhe oder Sorgen im Team bzgl. der neuen Versorgungsform? Wenn ja, welcher Art? • Welche Prozesse waren zu Beginn holprig, mussten sich erst noch besser einspielen? • Gab es etwas, das besonders gut funktioniert hat zu Beginn?
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbezogene Erfahrungen bei der Umsetzung von Reкуп <ul style="list-style-type: none"> ➤ Physiotherapie • Positive/negative Aspekte • Bewertung Praktikabilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kennzeichnet einen Reкуп-Patienten? Worin liegt der Unterschied zu einem regulären Reha-Patienten? • Profitieren Reкуп-Patienten von dem Programm? Warum? Worin liegt die besondere Qualität des Reкуп-Programms? • Gab es besondere Schwierigkeiten oder besonders positive Aspekte bei der Umsetzung des Programms? Wie bewerten Sie insgesamt die Umsetzung von Reкуп?



		<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbereich: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie verlief die Aufnahme von Reкуп-Patienten? Wurden zu Beginn bestimmte regelhafte Aufnahme-Assessments durchgeführt? Waren hierbei Unterschiede zu regulären Reha-Patienten festzustellen? ○ Inwiefern war die therapeutische Betreuung im Verlauf anders als bei regulären Reha-Patienten? Gestaltete sich diese aufwendiger? Bedurfte es mehr Betreuung bei der Therapie? ○ Existieren bei Reкуп-Patienten schwierigere Bedingungen zur Therapie als bei regulären Reha-Patienten? Worin liegen die Unterschiede? ○ Wie stand es um die Motivation bei Reкуп-Patienten was Therapie angeht? ○ Hat Reкуп etwas am Verlegungsverhalten der Akutkliniken verändert? ○ Wurde aufgrund von Reкуп etwas am Personalschlüssel geändert? Wurde diese zusätzliche Versorgung irgendwie berücksichtigt? ○ Wie schätzen Sie die therapeutische Versorgung im Vergleich zur regulären KZP ein? Worin liegt der Unterschied? ○ Wie funktionierte der Übergang in die stationäre Reha? Was war hierbei für den therapeutischen Bereich zu beachten?
Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz Patienten • Akzeptanz Angehörige • Akzeptanz Mitarbeiter*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Patienten aufgenommen? Gab es Feedback zu Reкуп? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Angehörigen aufgenommen? Gab es Feedback zu Reкуп? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie schätzen Sie die Akzeptanz des neuen Programms unter den Mitarbeiter*innen ein? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Gab es Feedback zu Reкуп? •
Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> • Reкуп als neues Versorgungskonzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist Reкуп ein Versorgungskonzept an der zukünftig festgehalten werden sollte? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, warum? Was gilt es zukünftig aus Ihrer Perspektive zu verbessern? • Halten Sie Reкуп auch auf andere geriatrische Kliniken übertragbar? Was braucht es dafür? Worauf sollten andere Kliniken bei der Einführung und Umsetzung von Reкуп achten?

Thema	Thematische Aspekte	Konkrete Nachfrage
Projektvorstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Projekts „Reкуп“ (Ziele, Umsetzung, ggf. erste Ergebnisse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Fragen zum Projekt oder zum Ablauf des Projekts?
EVE	<ul style="list-style-type: none"> • EVE und Infoblatt aushändigen und erläutern • Insbesondere Hinweis auf Start der Audioaufnahme • EVE unterschreiben (doppelte Ausführung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es weitere Fragen zum Ablauf des Interviews oder zur EVE?
Audioaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Audioaufnahme starten 	
Impuls	<ul style="list-style-type: none"> • Impuls: Assoziationen mit Reкуп 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kommt Ihnen zuerst in den Sinn, wenn Sie an Reкуп denken? Ein bestimmtes Schlagwort? Warum?
Tätigkeitsbezogene Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Tätigkeit (Berufsgruppe) • Schnittstellen Reкуп 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Berührungspunkte hatten Sie mit Reкуп? • Inwiefern hatten Sie Kontakt mit Reкуп-Patienten oder waren in Reкуп-Prozesse involviert? Wie sah dies konkret aus?
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen bei der Implementierung des Projekts • Positive/negative Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde das neue Projekt zu Beginn ausreichend kommuniziert? Über welche Kanäle wurde es kommuniziert? Wie wurde dies im Team (Sozialdienst, aber auch andere Bereiche) aufgenommen? • Gab es Unruhe oder Sorgen im Team bzgl. der neuen Versorgungsform? Wenn ja, welcher Art? • Welche Prozesse waren zu Beginn holprig, mussten sich erst noch besser einspielen? • Gab es etwas, das besonders gut funktioniert hat zu Beginn?
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbezogene Erfahrungen bei der Umsetzung von Reкуп <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sozialdienst • Positive/negative Aspekte • Bewertung Praktikabilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kennzeichnet einen Reкуп-Patienten? Worin liegt der Unterschied zu einem regulären Reha-Patienten? • Profitieren Reкуп-Patienten von dem Programm? Warum? Worin liegt die besondere Qualität des Reкуп-Programms? • Gab es besondere Schwierigkeiten oder besonders positive Aspekte bei der Umsetzung des Programms? Wie bewerten Sie insgesamt die Umsetzung von Reкуп?



		<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbereich: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie verlief die Identifizierung (Akuthaus) oder/und Aufnahme (Rehaklinik) von Rekup-Patienten? Wie war der Prozess? ○ Hat Rekup etwas am Verlegungsverhalten der Akutkliniken verändert? Inwiefern? ○ Waren die Hintergrundinformationen zu Rekup ausreichend um in der Praxis beurteilen zu können ob der Versicherte tatsächlich für Rekup in Frage kommt? ○ Mussten bzgl. Identifizierung/Aufnahme von Rekup-Patienten besonders oft Rückfragen gestellt werden (cc Reha)? War der Ablauf anders als bei regulären Reha-Patienten? ○ Ist der (technische) Prozess (Anlegen des REKUP-Falls, automatisierte Briefe, Abrechnung mit der Reha-Einrichtung, Übergang in normale Reha-Maßnahme) sinnvoll und flüssig oder sehen Sie hier Optimierungsbedarfe? ○ Inwiefern war die ärztliche Behandlung anders als bei regulären Reha-Patienten? Gab mehr Notfälle und Rückverlegungen ins Akuthaus? ○ Existieren bei Rekup-Patienten schwierigere Versorgungssituationen als bei regulären Reha-Patienten? Wie schätzen Sie das ein? Worin liegen die Unterschiede? ○ Wie funktionierte der Übergang in die stationäre Reha? Was war hierbei für den Sozialdienst zu beachten? ○ Wurde aufgrund von Rekup etwas am Personalschlüssel geändert? Wurde diese zusätzliche Versorgung irgendwie berücksichtigt? ○ Worin sehen Sie Unterschiede im Vergleich zur regulären KZP? Wo liegen jeweils die Vor- und Nachteile?
<p>Akzeptanz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz Patienten • Akzeptanz Angehörige • Akzeptanz Mitarbeiter*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Patienten aufgenommen? Gab es Feedback zu Rekup? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Angehörigen aufgenommen? Gab es Feedback zu Rekup? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie schätzen Sie die Akzeptanz des neuen Programms unter den Mitarbeiter*innen ein? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Gab es Feedback zu Rekup?



Ausblick	<ul style="list-style-type: none">• Reкуп als neues Versorgungskonzept	<ul style="list-style-type: none">• Ist Reкуп ein Versorgungskonzept an der zukünftig festgehalten werden sollte? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, warum? Was gilt es zukünftig aus Ihrer Perspektive zu verbessern?• Halten Sie Reкуп auch auf andere geriatrische Kliniken übertragbar? Was braucht es dafür? Worauf sollten andere Kliniken bei der Einführung und Umsetzung von Reкуп achten?
-----------------	--	--



Thema	Thematische Aspekte	Konkrete Nachfrage
Projektvorstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Projekts „Rekup“ (Ziele, Umsetzung, ggf. erste Ergebnisse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Fragen zum Projekt oder zum Ablauf des Projekts?
EVE	<ul style="list-style-type: none"> • EVE und Infoblatt aushändigen und erläutern • Insbesondere Hinweis auf Start der Audioaufnahme • EVE unterschreiben (doppelte Ausführung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es weitere Fragen zum Ablauf des Interviews oder zur EVE?
Audioaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Audioaufnahme starten 	
Impuls	<ul style="list-style-type: none"> • Impuls: Assoziationen mit Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kommt Ihnen zuerst in den Sinn, wenn Sie an Rekup denken? Ein bestimmtes Schlagwort? Warum?
Tätigkeitsbezogene Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Tätigkeit (Berufsgruppe) • Schnittstellen Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Berührungspunkte hatten Sie mit Rekup? • Inwiefern hatten Sie Kontakt mit Rekup-Patienten oder waren Sie eher im Hintergrund (Prozesse) tätig? Wie sahen Ihre Berührungspunkte konkret aus?
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen bei der Implementierung des Projekts • Positive/negative Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde das neue Projekt zu Beginn ausreichend kommuniziert? Über welche Kanäle wurde es kommuniziert? Wie wurde dies im Team (CC Reha) aufgenommen? • Gab es Unruhe oder Sorgen im Team bzgl. der neuen Versorgungsform? Wenn ja, warum? • Welche Prozesse waren zu Beginn holprig, mussten sich erst noch besser einspielen? • Gab es etwas, das besonders gut funktioniert hat zu Beginn?
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbezogene Erfahrungen bei der Umsetzung von Rekup <ul style="list-style-type: none"> ➤ cc Reha/AOK • Positive/negative Aspekte • Bewertung Praktikabilität 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Was kennzeichnet einen Rekup-Patienten? Worin liegt der Unterschied zu einem regulären Reha-Patienten? ➤ Profitieren Rekup-Patienten von dem Programm? Warum? Worin liegt die besondere Qualität des Rekup-Programms? ➤ Gab es besondere Schwierigkeiten oder besonders positive Aspekte bei der Umsetzung des Programms? Wie bewerten Sie insgesamt die Umsetzung von Rekup?



		<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbezogen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie funktionierte das Antrags- und Aufnahmeverfahren? Wie wurde ein potenzieller Rekup-Patient identifiziert? An welchen Stellen sehen Sie hier Verbesserungsbedarf? ➤ Inwiefern war der Aufnahme-Prozess anders als bei regulären Reha-Patienten? Gab es hierbei besondere Problemstellen? ➤ Waren die Hintergrundinformationen zu Rekup ausreichend um in der Praxis beurteilen zu können ob der Versicherte tatsächlich für Rekup in Frage kommt? ➤ Gab es viele Austausch/Rückfragen mit dem betreffenden Sozialdienst in der Klinik? ➤ Hat Rekup etwas am Verlegungsverhalten der Akutkliniken verändert? ➤ Ist der (technische) Prozess (Anlegen des REKUP-Falls, automatisierte Briefe, Abrechnung mit der Reha-Einrichtung, Übergang in normale Reha-Maßnahme) sinnvoll und flüssig oder sehen Sie hier Optimierungsbedarfe? ➤ Wie funktionierte der Übergang in die stationäre Reha? ➤ Wo sehen Sie Unterschiede zur regulären Kurzzeitpflege?
<p>Akzeptanz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz Patienten • Akzeptanz Angehörige • Akzeptanz Mitarbeiter*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Patienten aufgenommen? Gab es Feedback zu Rekup? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Angehörigen aufgenommen? Gab es Feedback zu Rekup? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet? • Wie schätzen Sie die Akzeptanz des neuen Programms unter den Mitarbeiter*innen ein? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Gab es Feedback zu Rekup?
<p>Ausblick</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rekup als neues Versorgungskonzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist Rekup ein Versorgungskonzept an der zukünftig festgehalten werden sollte? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, warum? Was gilt es zukünftig aus Ihrer Perspektive zu verbessern? • Halten Sie Rekup auch auf andere geriatrische Kliniken übertragbar? Was braucht es dafür? Worauf sollten andere Kliniken bei der Einführung und Umsetzung von Rekup achten?



Thema	Thematische Aspekte	Konkrete Nachfrage
Projektvorstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Projekts „Rekup“ (Ziele, Umsetzung, ggf. erste Ergebnisse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Fragen zum Projekt oder zum Ablauf des Projekts?
EVE	<ul style="list-style-type: none"> • EVE und Infoblatt aushändigen und erläutern • Insbesondere Hinweis auf Start der Audioaufnahme • EVE unterschreiben (doppelte Ausführung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es weitere Fragen zum Ablauf des Interviews oder zur EVE?
Audioaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Audioaufnahme starten 	
Impuls	<ul style="list-style-type: none"> • Impuls: Assoziationen mit Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kommt Ihnen zuerst in den Sinn, wenn Sie an Rekup denken? Ein bestimmtes Schlagwort? Warum?
Tätigkeitsbezogene Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Tätigkeit (Berufsgruppe) • Schnittstellen Rekup 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Berührungspunkte hatten Sie mit Rekup? • Inwiefern hatten Sie Kontakt mit Rekup-Patienten oder waren in Rekup-Prozesse involviert? Wie sah dies konkret aus?
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen bei der Implementierung des Projekts • Positive/negative Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde das neue Projekt zu Beginn ausreichend kommuniziert? Über welche Kanäle wurde es kommuniziert? Wie wurde dies im Team (Modellklinik allgemein) aufgenommen? • Gab es Unruhe oder Sorgen im Team bzgl. der neuen Versorgungsform? Wenn ja, welcher Art? • Welche Prozesse waren zu Beginn holprig, mussten sich erst noch besser einspielen? • Gab es etwas, das besonders gut funktioniert hat zu Beginn?
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Positive/negative Aspekte • Bewertung Praktikabilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Was kennzeichnet einen Rekup-Patienten? Worin liegt der Unterschied zu einem regulären Reha-Patienten? • Profitieren Rekup-Patienten von dem Programm? Warum? Worin liegt die besondere Qualität des Rekup-Programms? • Gab es besondere Schwierigkeiten oder besonders positive Aspekte bei der Umsetzung des Programms? Wie bewerten Sie insgesamt die Umsetzung von Rekup?



Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none">• Akzeptanz Patienten• Akzeptanz Angehörige• Akzeptanz Mitarbeiter*innen	<ul style="list-style-type: none">• Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Patienten aufgenommen? Gab es Feedback zu Reкуп? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet?• Wie wurde das Konzept, Ihrer Einschätzung nach, von den Angehörigen aufgenommen? Gab es Feedback zu Reкуп? Inwiefern wurde es als positiv/negativ bewertet?• Wie schätzen Sie die Akzeptanz des neuen Programms unter den Mitarbeiter*innen ein? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Gab es Feedback zu Reкуп?
Ausblick	<ul style="list-style-type: none">• Reкуп als neues Versorgungskonzept	<ul style="list-style-type: none">• Ist Reкуп ein Versorgungskonzept an der zukünftig festgehalten werden sollte? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, warum? Was gilt es zukünftig aus Ihrer Perspektive zu verbessern?• Halten Sie Reкуп auch auf andere geriatrische Kliniken übertragbar? Was braucht es dafür? Worauf sollten andere Kliniken bei der Einführung und Umsetzung von Reкуп achten?

	Einrichtung	Bereich	Position
Fokusgruppe			
	cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn, geriatrische Klinik	Pflege	Pflegedirektion
	cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn, geriatrische Klinik	Pflege	Bereichsleitung KZP
	cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn, geriatrische Klinik	Sozialdienst	Mitarbeiter/in
	Geriatrisches Zentrum am Universitätsklinikum Heidelberg	Forschung	Projektleitung
	Geriatrisches Zentrum am Universitätsklinikum Heidelberg	Forschung	Wiss. Mitarbeiter/in
Einzelinterviews			
<i>Modellklinik 1</i>	AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg, geriatrische Reha-Klinik	Pflege	Bereichsleitung
	AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg, geriatrische Reha-Klinik	Ärztlicher Bereich	Chefarzt
	AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg, geriatrische Reha-Klinik	Physiotherapie	Mitarbeiter/in
	AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg, geriatrische Reha-Klinik	Sozialdienst	Mitarbeiter/in
	AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg, geriatrische Reha-Klinik	Belegungsmanagement	Mitarbeiter/in
<i>Modellklinik 2</i>	cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn, geriatrische Klinik	Pflege	Bereichsleitung KZP
	cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn, geriatrische Klinik	Pflege	Mitarbeiter/in
	cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn, geriatrische Klinik	Ärztlicher Bereich	Oberarzt Geriatrie
	cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn, geriatrische Klinik	Sozialdienst	Mitarbeiter/in
	cts Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn, geriatrische Klinik	Sozialdienst	Mitarbeiter/in
<i>Akutkliniken</i>	AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg, geriatrische Akutklinik	Sozialdienst	Mitarbeiter/in
	Städtisches Klinikum Karlsruhe	Sozialdienst	Leitung
	Uniklinik Heidelberg, orthopädische Klinik	Sozialdienst	Mitarbeiter/in
<i>Leistungsträger</i>	Competence Center Rehabilitation, AOK Baden-Württemberg	Bezirksdirektion Rhein-Neckar-Odenwald	Leitung
	Competence Center Rehabilitation, AOK Baden-Württemberg	Bezirksdirektion Mittlerer Oberrhein	Mitarbeiter/in
	Competence Center Rehabilitation, AOK Baden-Württemberg	Bezirksdirektion Mittlerer Oberrhein	Mitarbeiter/in

Auswertung qualitative Interviews: Codesystem

Oberkategorie	Code	Subcode	Anzahl	Codeinhalte, Memos, Ankerbeispiele
Implementierung			79	Einstellungen der Mitarbeiter*innen sowie der Klinik- bzw. Leitungsebene zur Implementierung von ReKup (positive und negative Aspekte); Feedback zu neuem Projekt; förderliche Aspekte; kommunikative Faktoren; Identifizierung von Barrieren zu und mit Projektstart, Verbesserungsbedarfe
	Förderliche Aspekte		14	Einstellungen der Mitarbeiter*innen sowie der Klinik- bzw. Leitungsebene zur Implementierung von ReKup (positive Aspekte), förderliche Faktoren für den Projektstart <i>Ankerbeispiel: „Auch von meinem Team her war da von Anfang an eine ganz große Akzeptanz, weil, wie gesagt, diese Versorgungslücke dort zu sehen und...von dem her sind wir dann direkt dort mit aufgesprungen.“ (LSdK2, Z 41-43)</i>
	Barrieren		19	Einstellungen der Mitarbeiter*innen sowie der Klinik- bzw. Leitungsebene zur Implementierung von ReKup (negative Aspekte), Befürchtungen, vor und bei Implementierung identifizierte Barrieren <i>Ankerbeispiel: „Die Pflege hat gesagt, wir brauchen mehr Personal, wenn wir jetzt so Vollpflegefälle kriegen.“ (MaPfA, Z 65-66)</i>
	Kommunikation		27	Kommunikative Aspekte bei der Implementierung in Bezug auf das Klinkteam sowie hinsichtlich des Leistungsträgers: Information, Informationsweitergabe, Transparenz, Vorbereitung der Prozesse; Kommunikation zwischen den Schnittstellen <i>Ankerbeispiel: „Erstens Mal, war das Projekt super vorbereitet [...]. Und von daher waren ja alle Infos transparent gemacht [...]. Wir Pflegemitarbeiter waren drauf vorbereitet durch Besprechungen [...]“ (BID, Z 44-47)</i>

Auswertung qualitative Interviews: Codesystem

	Verbesserungsbedarfe		19	<p>Verbesserungsbedarfe hinsichtlich der Implementierung</p> <p>Ankerbeispiel: „<i>Ich weiß nicht, ob man [das Projekt] vielleicht nicht noch ein bisschen hätte publik machen können in anderen Häusern, [...] hätte vielleicht noch ein bisschen mehr sein können, so dass andere Krankenhäuser [...] oder unsere sonstigen Zuweiser einfach auch besser Bescheid wissen, dass sie auch die Möglichkeit gehabt hätten...</i>“ (MaBeA , Z 139-142)</p>
Umsetzung			426	<p>Beurteilung der Umsetzung des Projekts hinsichtlich der Leistungsinhalte, Strukturen und Prozesse aus Sicht der Leistungserbringer und Leistungsträger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prozesse: Zugangsverfahren (Screening Akutklinik), Aufnahmeverfahren, Rehaüberleitung - Leistungsinhalte: Beurteilung der Leistungsinhalte aus Perspektive der verschiedenen Bereiche (Pflege, Therapie, Ärzte, Sozialdienst, Administration, Leistungsträger); Beurteilung des Therapieerfolgs (förderliche und hinderliche Faktoren) sowie Vergleich mit regulärer KZP - Strukturen: Barrieren bei der Umsetzung (hinderliche Faktoren); strukturelle Verbesserungsbedarfe
	Prozesse		89	Beurteilung der Prozesse durch alle an den Schnittstellen Beteiligte
		Zugangsverfahren (Screening)	37	<p>Identifikation geeigneter Reкуп-Patient*innen im Akutkrankenhaus, positive Aspekte, hinderliche Faktoren, Differenzierungsfähigkeit der Zuweisungskriterien, Beurteilung des Antragsverfahrens, Auswirkungen auf das Verlegungsverhalten (Akutkliniken)</p> <p>Ankerbeispiel: „<i>Und dann war eigentlich ganz schnell klar anhand dieses Screeningbogens, [...] ob der Patient ein Reкуп-Patient werden kann oder nicht.</i>“ (LSdK2, Z 53-55)</p>

Auswertung qualitative Interviews: Codesystem

		Aufnahmeverfahren	24	Aufnahmeprozess in Modellklinik, Bewertung der Prozesse, Barrieren <i>Ankerbeispiel: „Wir wurden halt informiert, wenn ein neuer Rekup-Patient angereist ist, [...], dass wir dann auch keine Zeit verloren haben, [...] und uns einfach kurz vorgestellt haben, wenn Probleme sind. Also das hat eigentlich alles gut funktioniert.“ (Ma1SdD, Z 133 – 139)</i>
		Rehaüberleitung	28	Positive und hinderliche Aspekte bei der Überleitung in stationäre Reha nach dem Rekup-Aufenthalt, Barrieren, Verbesserungsbedarfe <i>Ankerbeispiel: „Wir wussten auch, [...] wenn die AOK den Rekup-Fall genehmigt, genehmigen wir auch im Anschluss die Reha. Also das war eigentlich automatisch klar, das war unkompliziert, das wir auch immer planen konnten mit diesen 6 Wochen Anwesenheit“ (MaBeA , Z 87-90)</i>
	Leistungsinhalte		175	Beurteilung der Leistungsinhalte aus Perspektive der unterschiedlichen Bereiche (Pflege, Therapie, Ärzte, Sozialdienst, Administration, Leistungsträger)
		pflegerische Versorgung	22	Tätigkeitsbezogene Beurteilung der Leistungsinhalte im pflegerischen Bereich <i>Ankerbeispiel: „Die [Rekup-Patienten] haben keinen Unterschied gemacht in der Versorgung zu einem Reha-Patienten. Wir haben die genau so versorgt, gewaschen, gekleidet, gemacht, wie bei allen anderen auch.“ (MaPfA, Z 175-177)</i>
		therapeutische Versorgung	23	Tätigkeitsbezogene Beurteilung der Leistungsinhalte im therapeutischen Bereich

Auswertung qualitative Interviews: Codesystem

Auswertung				Ankerbeispiel: „Also der einzige Unterschied für uns war, dass man halt wusste, dass die Therapie-Einheiten einfach kürzer waren [...].“ (BID, Z 65-67)
		ärztliche Versorgung	17	Tätigkeitsbezogene Beurteilung der Leistungsinhalte im ärztlichen Bereich Ankerbeispiel: „Die waren jetzt nicht wesentlich aufwendiger [in der ärztlichen Versorgung als Reha-Patienten]. Der geriatrische Reha-Patient ist per se aufwendig.“ (ChaA, Z 177-178)
		Sozialdienst	41	Tätigkeitsbezogene Beurteilung der Leistungsinhalte aus Sicht des Sozialdienstes (Zuweiserkliniken und Modellkliniken) Ankerbeispiel: „Und allein dadurch, dass halt einfach die Zeit gegeben ist, um alles wirklich zu klären und zu machen und zu tun, dass man einfach auch schon mal viel mehr Zeit für alles hat, das hat es auch uns vom Sozialdienst leichter gemacht alles zu organisieren. Auch wenn die Leute schwerer betroffen waren.“ (Ma1SdD, Z 236-239)
		Administration	31	Tätigkeitsbezogene Beurteilung der Leistungsinhalte aus administrativer Perspektive (Zuweiser; Leistungserbringer; Leistungsträger) Ankerbeispiel: „Weil wenn die Reкуп-Zeit abgelaufen war, dann war der Patient bei [...] „roter Pfeil“, also praktisch entlassen. Und dann wussten wir, die Reкуп-Zeit ist zu Ende und dann haben wir den direkt wieder als Reha-Patienten angemeldet und dann konnte man in der Stationsgrafik ja genau sehen, wie viel Reha-Tage er hat. Also das fand ich jetzt ganz unspektakulär.“ (MaSdK1, Z 124-128)
		Leistungsträger (AOK)	41	Tätigkeitsbezogene Beurteilung der Leistungsinhalte aus Sicht des Leistungsträgers

Auswertung qualitative Interviews: Codesystem

				Ankerbeispiel: „[...] wichtig ist, ist dass die Kommunikation stimmt. Die Kommunikation zu den Sozialdiensten, dass die wissen, wer ist der Ansprechpartner in der Krankenversicherung, wer ist der Ansprechpartner bei den Einrichtungen, welche Einrichtung macht mit.“ (Lcc, Z 316-319)
	Therapieerfolg Rekup		66	Förderliche und hinderliche Faktoren für den Therapieerfolg (Reha-Überleitung, Überleitung ins häusliche Umfeld) von Rekup; Aussagen zum Therapieerfolg; Warum ist Rekup ein gutes/schlechtes Projekt? Ankerbeispiel: „Das heißt, die waren dann, [...] 6 Wochen im gleichen Zimmer, auf der gleichen Station und die brauchten nicht nochmal transportiert werden, das Zimmer wechseln, nochmal andere Leute, nochmal andere Umgebung. Also ich denk, für die geriatrischen Patienten war das sicherlich vorteilhafter als zwischendurch in ein Pflegeheim zu müssen.“ (MaBeA, Z 172-176)
	Reguläre KZP		41	Vergleich Rekup mit den Bedingungen der regulären Kurzzeitpflege Ankerbeispiel: „Und ich denk halt insgesamt, dass die Aktivierung im Reha-Bereich höher, größer ist als die in der regulären Kurzzeitpflege, wo ich schon die Patienten nach der Kurzzeitpflege wiedergetroffen habe, die gesagt haben, sie haben mehr oder weniger nur im Bett gelegen.“ (MaSdK1, Z 154-158)
	Strukturen		55	Strukturelle Barrieren und Problemstellen bei der Umsetzung (pflegerischer, therapeutischer, ärztlicher, sozialdienstlicher, administrativer Bereich, Bereich Leistungsträger); Strukturelle Verbesserungsbedarfe bei der Umsetzung; Barrieren Ankerbeispiel: "Wir haben natürlich einfach durch die Pandemie schon ein wenig Schwierigkeiten gehabt, weil Regelveranstaltungen ausgefallen sind. [...] und das hat sicherlich die Kommunikation nochmal deutlich erschwert.“ (ChaA, Z 43-48)

Auswertung qualitative Interviews: Codesystem

Akzeptanz			131	Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Projekt (Prozesse, Strukturen, Inhalte) in den Modellkliniken/Leistungserbringer, bei den Leistungsträgern sowie bei Patient*innen und Angehörigen
	Akzeptanz Patient*innen		60	Positive und negative Aspekte hinsichtlich der Akzeptanz und Zufriedenheit von Rekup durch Patient*innen (Prozesse, Strukturen, Inhalte) Ankerbeispiel: „ <i>Sehr, sehr gute Akzeptanz. Also viele haben auch gesehen, dass es ihnen was bringt, dass sie da einfach einen Zeithorizont haben wo sie sich erholen können, wo sie nicht unter einen so unglaublichen Leistungsdruck stehen, dass man jeden Tag jetzt große Fortschritte macht. Von daher war das, war das gut.</i> “ (ChaA, Z 241-244)
	Akzeptanz Mitarbeiter*innen Modellklinik		38	Positive und negative Aspekte hinsichtlich der Akzeptanz und Zufriedenheit von Rekup durch Mitarbeiter*innen der Modellkliniken (Prozesse, Strukturen, Inhalte) Ankerbeispiel: „ <i>Deswegen haben wir als Team das eher auch als Chance gesehen, dass wir dann kucken können, wie sich das Ganze entwickelt und ob das dann vielleicht auch auf Dauer was werden könnte.</i> “ (Ma1SdD, Z 67-69)
	Akzeptanz Angehörige		26	Positive und negative Aspekte hinsichtlich der Akzeptanz und Zufriedenheit von Rekup durch Angehörige (Prozesse, Strukturen, Inhalte) Ankerbeispiel: „ <i>Das nimmt ja auch der Familie unwahrscheinlich Druck, wenn man weiß, es gibt eine Lösung!</i> “ (MaPhA, Z 273-274)
	Akzeptanz Leistungsträger		7	Positive und negative Aspekte hinsichtlich der Akzeptanz und Zufriedenheit von Rekup durch Mitarbeiter*innen des Leistungsträgers (Prozesse, Strukturen, Inhalte)

Auswertung qualitative Interviews: Codesystem

				Ankerbeispiel: „Also wir haben im Team schon immer diskutiert, was machen wir mit den Personen, die noch nicht rehafähig sind, die fallen da durch und von daher wurde, als ich das vorgestellt hatte, dass da Rekup kommt, das sehr positiv aufgenommen von den Kollegen, die gesagt haben, hey, das ist doch mal was, wo man sagen kann, genau die Leute, die fallen jetzt nicht durch's Raster, sondern die kriegen jetzt tatsächlich ein bisschen mehr wie sonst“ (Ma2cc, Z 316-317)
Ausblick			43	Faktoren für die zukünftige Implementierung von Rekup in anderen Reha-Kliniken (Implementierung, Optimierungsbedarf, Ökonomie) Statements zur zukünftigen Implementierung (Sinnhaftigkeit des Projekts; Vorteile des Projekts etc.)
	Zukünftige Implementierung		43	<p>Wichtige Faktoren für die zukünftige Implementierung an anderen Reha-Kliniken, ökonomische Faktoren, Optimierungsbedarfe; Statements zur zukünftigen Implementierung (Sinnhaftigkeit des Projekts; Vorteile des Projekts etc.)</p> <p>Ankerbeispiel: „Verhaltensauffällige Patienten sind schwierig, Patienten, die eine Weglauftendenz mitbringen oder eine ausgeprägte demenzielle Erkrankung, wobei, da muss man die Einfügung machen, man kann auch Demente rehabilitieren, nur muss ich wissen auf was ich mich dann einlass', weil dann braucht die Einrichtung einen Zuschnitt dafür und die Ausstattung.“ (ChaA, Z 92-95)</p>