

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	BARMER
Förderkennzeichen:	01NVF17029
Akronym:	RubiN
Projekttitel:	Regional ununterbrochen betreut im Netz
Autoren:	(TP1) Prof. Dr. Neeltje van den Berg, Simone Gloystein, Heiko Krause, (TP2) Prof. Dr. Volker E. Amelung, Dr. Matthias Arnold, Ann-Kathrin Klähn, Felix Freigang, (TP3) Dr. Karola Mergenthal, Dr. Fabian Engler, (TP4) Prof. Dr. Katja Götz
Förderzeitraum:	1. Juli 2018 – 30. Juni 2022

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis.....	6
II. Abbildungsverzeichnis	7
III. Tabellenverzeichnis.....	9
1. Ziele der Evaluation.....	11
2. Darstellung des Evaluationsdesigns.....	12
2.1 Design des Forschungsvorhabens.....	12
2.2 Festlegung der Studienpopulation.....	15
2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien	15
2.2.2 Beschreibung der Intervention in der Interventionsgruppe.....	15
2.2.3 Beschreibung der Vorgehensweise in der Kontrollgruppe	16
2.2.4 Stichprobengröße und Fallzahlschätzung	17
2.3 Methodik der Teilprojekte	18
2.3.1 TP1 – Quantitative Evaluation der Primärdaten	18
2.3.2 TP2 – Gesundheitsökonomische Evaluation, Schnittstellenanalyse und Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien.....	20
2.3.2.1 Gesundheitsökonomische Evaluation.....	20
2.3.2.2 Schnittstellenanalyse und szenariogestütztes Verfahren.....	23
2.3.3 TP3 – Prozessevaluation Machbarkeit und Umsetzung.....	24
2.3.3.1 Verlaufsbefragung von Patientinnen und Patienten der IG	24
2.3.3.2 Befragung von Patientinnen und Patienten der KG.....	25
2.3.3.3 Befragung der neuqualifizierten CM.....	26
2.3.3.4 Fragebogenbefragung ärztlicher Mitglieder der beteiligten Ärztenetze.....	27
2.3.3.5 (Gruppen-) Befragung von Versorgenden in den IN und KN (multiprofessionelles Setting)	28
2.3.4 TP4 – Prozessevaluation Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit.....	28

2.3.4.1	Psychometrische Betrachtung der Fragebögen zur Akzeptanz und Zufriedenheit aus Patienten- und Angehörigenperspektive und deren Analyse	28
2.3.4.2	Qualitative Datenerhebung und -analyse	29
3.	Ergebnisse der Evaluation	29
3.1	TP1 – Quantitative Evaluation mit Primärdaten	30
3.1.1	Beschreibung der Studienpopulation	30
3.1.2	Prüfung auf Strukturgleichheit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe	32
3.1.3	Analyse der Schweregrade der Patientinnen und Patienten auf der Basis des ANGELINA-Instrumentes	34
3.1.4	Inhalte der Intervention in der Interventionsgruppe auf der Basis der Kontakt- und Leistungsdokumentation	36
3.1.5	Betrachtung des primären Endpunktes bzw. der sekundären Endpunkte	38
3.1.5.1	Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index	38
3.1.5.1.1	Subgruppenanalyse: Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index für ein ausgewähltes Interventionsnetz	47
3.1.5.1.2	Subgruppenanalyse: Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index für Patientinnen und Patienten mit maximalem BI-Score zu t0	51
3.1.5.1.3	Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index von t0 zu t1 und t2	53
3.1.5.2	Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung diverser sekundärer Endpunkte	63
3.1.5.2.1	Entwicklung der Lebensqualität	63
3.1.5.2.2	Entwicklung der Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens	76
3.1.5.2.3	Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit	79
3.1.5.2.4	Entwicklung der mobilen Leistungsfähigkeit	82
3.1.5.2.5	Entwicklung der Ernährungssituation	86
3.1.5.2.6	Entwicklung der wahrgenommenen Pflegebelastung auf der Seite der Angehörigen	91
3.1.6	Zusammenfassung der quantitativen Evaluation der Primärdaten	93
3.2	TP2 – Gesundheitsökonomische Evaluation, Schnittstellenanalyse und Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien	100
3.2.1	Gesundheitsökonomische Evaluation	100
3.2.1.1	Eingeschlossene Patienten	100
3.2.1.2	Kostenanalyse	101
3.2.1.2.1	Ambulante Kosten	102
3.2.1.2.2	Stationäre Kosten	102
3.2.1.2.3	Ambulante Krankenhauskosten	102
3.2.1.2.4	Arzneimittelkosten	103

3.2.1.2.5 Heilmittelkosten	103
3.2.1.2.6 Hilfsmittelkosten	104
3.2.1.2.7 Krankentransportkosten	104
3.2.1.2.8 Kosten für häusliche Krankenpflege	104
3.2.1.2.9 Pflegeleistungskosten	105
3.2.1.2.10 Rehabilitationskosten	105
3.2.1.2.11 Zahnarztkosten	106
3.2.1.2.12 Gesamtkosten.....	106
3.2.1.2.13 Zusammenfassung der Kostenanalyse	111
3.2.1.3 Einflussfaktoren auf die Gesamtkosten – Multiple lineare Regression	111
3.2.1.4 Effektmaß – Primärer Endpunkt Barthel-Index.....	112
3.2.1.5 Kosteneffektivitätsanalyse	113
3.2.1.5.1 Interventionskosten	113
3.2.1.5.2 Ergebnisse der Kosteneffektivitätsanalyse	114
3.2.1.5.2.1 Sensitivitätsanalysen der Kosteneffektivitätsanalyse	115
3.2.1.6 Vermeidbare Krankenhauseinweisungen	116
3.2.1.7 Weitere Analysen	118
3.2.1.7.1 Quartalsweise Kosten im zeitlichen Verlauf	118
3.2.1.7.2 Einfluss von Kostenausreißern	125
3.2.1.7.3 Kostenanalyse auf Netzebene.....	127
3.2.1.8 Zusammenfassung der gesundheitsökonomischen Evaluation.....	127
3.2.2 Qualitative Schnittstellenanalyse in den Kontrollnetzen.....	128
3.2.2.1 Zielsetzung, Stichprobe und Rekrutierung.....	128
3.2.2.2 Thematische Darstellung der Ergebnisse.....	129
3.2.2.2.1 Allgemeine Herausforderungen der geriatrischen Versorgung.....	129
3.2.2.2.2 Schnittstellenprobleme der geriatrischen Versorgung.....	130
3.2.2.2.3 Förderliche Faktoren der Schnittstellenkonsolidierung durch Ärztetzstrukturen	132
3.2.2.2.4 Chancen eines Care und Case Managements aus Sicht der Akteurinnen und Akteure der KG-Ärztetze	133
3.2.2.2.5 Zusammenfassung der qualitativen Schnittstellenanalyse in den Kontrollnetzen.	134
3.2.3 Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM.....	135
3.2.3.1 Ergebnisse	135
3.2.3.1.1 Zukünftiger Stellenwert von Care und Case Management.....	136
3.2.3.1.2 Zukünftige Ausgestaltung von Care und Case Management.....	137
3.2.3.1.3 Zukünftige Leistungen eines Care und Case Managers	139
3.2.3.1.4 Notwendige Qualifikationen eines Care und Case Managers	142

3.2.3.1.5 Zukünftige Umsetzung von Care und Case Management.....	144
3.2.3.1.6 Gesetzliche Verankerung von Care und Case Management.....	144
3.2.3.1.7 Organisationale Ansiedelung von Care und Case Management.....	145
3.2.3.1.8 Voraussetzung für Inanspruchnahme von Care und Case Management	148
3.2.3.1.9 Zusammenfassung der Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM	149
3.3 TP3 – Prozessevaluation Schwerpunkt Machbarkeit und Umsetzung	150
3.3.1 Ergebnisse zur qualitativen Befragung von Patientinnen und Patienten.....	150
3.3.1.1 Fallverläufe und Rolle des CCM	150
3.3.1.2 Zusammenfassung: CCM aus Patientenperspektive.....	154
3.3.2 Ergebnisse zu qualitativen Expertenworkshops mit den neu qualifizierten CM	155
3.3.2.1 Passung der Intervention: Schulung und Curriculum	155
3.3.2.1.1 Hintergrund	155
3.3.2.1.2 Übertragung des Schulungskonzepts.....	156
3.3.2.1.3 Angemessenheit des Curriculums.....	157
3.3.2.2 Förderliche und Hemmende Faktoren bei der Umsetzung	159
3.3.2.2.1 Förderlich: Ärztenetze als rahmengebende Institutionen.....	159
3.3.2.2.2 Förderlich: Beauftragung des CCM durch Arztpraxen	160
3.3.2.2.3 Hemmnis: Schneller Sample-Aufbau.....	160
3.3.2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	160
3.3.2.4 Vergleich Versorgungsstrukturen und Erfahrungen	160
3.3.2.5 Vernetzung: Besonderheiten der Netze	161
3.3.3 Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung der ärztlichen Mitglieder in den Ärztenetzen	164
3.3.3.1 Kollaboration und Koordination zwischen Versorgern.....	164
3.3.3.2 Besonderheiten von Ärztenetzen	168
3.3.4 Ergebnisse aus den qualitativen multiprofessionellen Fokusgruppenbefragung der Versorgenden in den Ärztenetzen.....	170
3.3.4.1 Integration in den Ärztenetzen	170
3.3.4.1.1 Implementierung und Umsetzung nach Protokoll.....	170
3.3.4.1.2 Fortlaufende Versorgungskoordination.....	173
3.4 TP4 – Prozessevaluation Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit	174
3.4.1 Qualitative Vorstudien	174
3.4.1.1 Perspektive der Leistungserbringer speziell der CM auf die Akzeptanz und Zufriedenheit – Entwicklung eines Fragebogens	176
3.4.1.1.1 Stichprobenbeschreibung	176
3.4.1.1.2 Fragebogendarstellung	176

3.4.1.2	Perspektive der Patienten und Patientinnen auf die Akzeptanz und Zufriedenheit – Entwicklung eines Fragebogens	178
3.4.1.2.1	Stichprobenbeschreibung	178
3.4.1.2.2	Fragebogendarstellung: Deskription und psychometrische Eigenschaften	179
3.4.1.3	Perspektive der Angehörigen auf die Akzeptanz und Zufriedenheit – Entwicklung eines Fragebogens	180
3.4.1.3.1	Stichprobenbeschreibung	180
3.4.1.3.2	Fragebogendarstellung: Deskription und psychometrische Eigenschaften	181
3.4.1.4	Zusammenfassung.....	181
3.4.2	Qualitative Erhebung zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit der neuen Versorgungsform.....	182
3.4.2.1	Interviews mit Patienten und Patientinnen.....	182
3.4.2.1.1	Stichprobenbeschreibung	182
3.4.2.1.2	Thematische Darstellung.....	182
3.4.2.2	Interviews mit Angehörigen.....	186
3.4.2.2.1	Stichprobenbeschreibung	186
3.4.2.2.2	Thematische Darstellung.....	187
3.4.2.3	Fokusgruppen mit den Leistungserbringern.....	188
3.4.2.3.1	Stichprobenbeschreibung	189
3.4.2.3.2	Thematische Darstellung.....	189
3.4.2.4	Zusammenfassung.....	194
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	194
5.	Literaturverzeichnis	200
6.	Anhang	203
7.	Anlagen	205

I. Abkürzungsverzeichnis

4PL	4-Punkte-Likert-Skala
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
ÄK	Ärztchamber(n)
ÄN	Ärztchenetz und Ärztenetze
BI	Barthel-Index
BL	Baseline
CCA	Complete Case Analyse
CCM	Care- und Casemanagement
CER	Cost-Effectiveness Ratio
CI	Confidence Interval
CM	Care- und Casemanagerinnen bzw. Casemanager
DemTect	Demenz-Detektionstest
eCRF	elektronischer Case Report Form
FAS	Full Analysis Set
FC	Forced Choice
FU12	Follow-Up nach 12 Monaten
FU21	Follow-Up nach 21 Monaten
HPS	Häusliche Pflegeskala
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICD	International Classification of Diseases
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
IG	Interventionsgruppe
IN	Interventionsnetz(e)
IN1–IN5	Erstes Interventionsnetz–fünftes Interventionsnetz
KG	Kontrollgruppe
KN	Kontrollnetz(e)
KN1–KN3	Erstes Kontrollnetz–drittes Kontrollnetz
KP	Kontaktprotokoll
KV	Kassenärztliche Vereinigung(en)
LNW	Leistungsnachweis
MAR	Missing at Random
MFA	Medizinische Fachangestellte
MICE	Multiple Imputation by Chained Equations
MNA	Mini Nutritional Assessment
PMM	Predictive Mean Matching
SGB	Sozialgesetzbuch
t0	Zeitpunkt der BL- Befragung
t1	Zeitpunkt der FU12- Befragung
t2	Zeitpunkt der FU21- Befragung
TP	Teilprojekt(e)
TUG	Timed “Up and Go”
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart des Studiendesigns	13
Abbildung 2: Methodischer Überblick der Teilprojekte.....	18
Abbildung 3: TP1_Consort-Diagramm.....	31
Abbildung 4: TP1_Verteilung der Angelina-Scores nach IG und KG	35
Abbildung 5: TP1_Verteilung des ANGELINA-Schweregrades in IG und KG zu t0	36
Abbildung 6: TP1_Entwicklung des BI in der Studienpopulation von t0 zu t1.....	39
Abbildung 7: TP1_Entwicklung des BI in der Studienpopulation nach Netzzugehörigkeit von t0 zu t1	40
Abbildung 8: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach BI-Beeinträchtigung in IG und KG zu t0 und t1	41
Abbildung 9: TP1_Verteilung der Studienpopulation auf die Kategorien nach BI-Score in IG und KG zu t0 und t1.....	42
Abbildung 10: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach BI-Beeinträchtigung zu t0 und t1.....	49
Abbildung 11: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach BI-Beeinträchtigung für IN5 und KG zu t0 und t1	49
Abbildung 12: TP1_Verteilung der Studienpopulation auf die Kategorien nach BI-Score in IG und KG zu t0 und t1.....	50
Abbildung 13: TP1_Verteilung der 1.536 Patientinnen und Patienten nach Geschlecht, Altersgruppe, ... für BI-Score=100 Punkte zu t0	52
Abbildung 14: TP1_Entwicklung der BI-Scores von t0 (BI=100 Punkte) zu t1	53
Abbildung 15: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit BI zu allen Erhebungszeitpunkten (t0 bis t2)	54
Abbildung 16: TP1_Entwicklung des BI in der Studienpopulation von t0 bis t2.....	55
Abbildung 17: TP1_Verteilung der Studienpopulation auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2.....	58
Abbildung 18: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Geschlecht auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2.....	58
Abbildung 19: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Altersgruppe auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2.....	59
Abbildung 20: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Wohnort auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2.....	60
Abbildung 21: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Häuslicher Gemeinschaft auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2.....	61
Abbildung 22: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Berufsabschluss auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2.....	61
Abbildung 23: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach sozialer Unterstützung auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2.....	62
Abbildung 24: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach finanzieller Situation auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2.....	62
Abbildung 25: TP1_Verteilung der IADL-Scores in der Studienpopulation zu t0 und t1	77

Abbildung 26: TP1_Verteilung der IADL-Scores in der IG und KG zu t0 und t1	77
Abbildung 27: TP1_Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach DemTect in der Studienpopulation von t0 zu t1	80
Abbildung 28: TP1_Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach DemTect in der IG und KG von t0 zu t1	80
Abbildung 29: TP1_Verteilung der Studienpopulation in Mobilitätskategorien (TUG) zu t0 und t1	83
Abbildung 30: TP1_Verteilung in Mobilitätskategorien (TUG) nach IG und KG zu t0 und t1	84
Abbildung 31: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach MNA-Score (Stufe 1) zu t0 und t1	86
Abbildung 32: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach MNA-Score (Stufe 1) nach IG und KG zu t0 und t1	87
Abbildung 33: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Stufe 2 auf die Ernährungskategorien zu t0	87
Abbildung 34: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Stufe 2 auf die Ernährungskategorien nach IG und KG zu t0	88
Abbildung 35: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Stufe 2 auf die Ernährungskategorien zu t1	89
Abbildung 36: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Stufe 2 auf die Ernährungskategorien nach IG und KG zu t1	89
Abbildung 37: TP1_Verteilung der HPL-Scores in der IG und KG zu t0 und t1	92
Abbildung 38: TP2_CCA CONSORT Flussdiagramm	100
Abbildung 39: TP2_FAS CONSORT Flussdiagramm	101
Abbildung 40: TP2_CCA Cost Effectiveness Plane	116
Abbildung 41: TP2_CCA Tornado-Diagramm	116
Abbildung 42: TP2_Gesamtkosten je Gruppe im Studienverlauf	118
Abbildung 43: TP2_Ambulante Kosten je Gruppe im Studienverlauf	119
Abbildung 44: TP2_Stationäre Kosten je Gruppe im Studienverlauf	119
Abbildung 45: TP2_Ambulante stationäre Kosten je Gruppe im Studienverlauf	120
Abbildung 46: TP2_Arzneimittelkosten je Gruppe im Studienverlauf	121
Abbildung 47: TP2_Heilmittelkosten je Gruppe im Studienverlauf	121
Abbildung 48: TP2_Hilfsmittelkosten je Gruppe im Studienverlauf	122
Abbildung 49: TP2_Kosten für Krankentransport je Gruppe im Studienverlauf	123
Abbildung 50: TP2_Kosten für häusliche Krankenpflege je Gruppe im Studienverlauf	123
Abbildung 51: TP2_Pflegeleistungskosten je Gruppe im Studienverlauf	124
Abbildung 52: TP2_Rehabilitationskosten je Gruppe im Studienverlauf	124
Abbildung 53: TP2_Zahnartzkosten je Gruppe im Studienverlauf	125
Abbildung 54: TP2_Zukünftiger Stellenwert von Care und Case Management	136

Abbildung 55: TP2_Zukünftige Ausgestaltung von Care und Case Management: Substitution vs. Delegation.....	137
Abbildung 56: TP2_Für die Ausübung des Care und Case Managements infrage kommende nicht-ärztliche Gesundheitsberufe.....	139
Abbildung 57: TP2_Künftig durch Care und Case Manager zu erbringende Leistungen.....	140
Abbildung 58: TP2_Künftig durch Care und Case Manager zu übernehmende Aufgaben....	141
Abbildung 59: TP2_Notwendige Qualifikationen eines Care und Case Managers	142
Abbildung 60: TP2_Künftige Umsetzung von Care und Case Management.....	144
Abbildung 61: TP2_Künftige Verankerung der Leistungen des Care und Case Managements im SGB	145
Abbildung 62: TP2_Künftige Ansiedlung des Care und Case Managements	146
Abbildung 63: TP2_Geeignete Institutionen für die künftige Ansiedlung des Care und Case Managements	147
Abbildung 64: TP2_Besonders geeignete Organisationen für die Ansiedlung des Care und Case Managements	147
Abbildung 65: TP2_Voraussetzungen für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements.....	148
Abbildung 66: TP2_Prinzipien für die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements	149
Abbildung 67: TP3_PICTOR-Schaubild P0502 und zugehörige Bild- und Fallbeschreibung ..	154
Abbildung 68: TP3_Idealer Curriculum aus Sicht der CM, thematischen Auswertung	159
Abbildung 69: TP3_Ablauf und Erbringungskontext CCM, Modelldarstellung.....	170

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auflistung der Fragebogeninstrumente zur Primärdatenerhebung	14
Tabelle 2: Verteilung der rekrutierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die ÄN	17
Tabelle 3: TP1_Verteilung der in die Studie eingeschlossenen Studienpopulation auf die ÄN	32
Tabelle 4: TP1_Soziodemografische Daten und Daten zum BI nach Gruppenzugehörigkeit zu Baseline.....	32
Tabelle 5: TP1_Schweregradeinstufung nach ANGELINA-Score.....	35
Tabelle 6: TP1_Ergebnisse für den Barthel-Index zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten im Auswertedatensatz für 3.272 Patientinnen und Patienten.....	43
Tabelle 7: TP1_Ergebnisse der multivariaten Analyse des Einflusses der Intervention auf die Entwicklung des BI (IN1-IN5 vs. KG)	45
Tabelle 8: TP1_Ergebnisse für den BI für IN5 und KG zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1.....	47
Tabelle 9: TP1_Ergebnisse der multivariaten Analyse des Einflusses der Intervention auf die Entwicklung des BI für das IN5 vs. KG.....	51

Tabelle 10: TP1_Ergebnisse für den BI für 662 Patientinnen und Patienten, die einen BI zu den Erhebungszeitpunkten t0, t1 und t2 vorweisen	55
Tabelle 11: TP1_Schematische Zusammenfassung der Ergebnisse der Multilevelanalysen (gemischte Modelle) für den primären und die sekundären Outcomes.....	99
Tabelle 12: TP2_Teilnehmende je Krankenkasse.....	100
Tabelle 13: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (N=1.832) – CCA (in Euro)	107
Tabelle 14: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (N=459) – CCA (in Euro).....	108
Tabelle 15: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (N=2.161) – FAS (in Euro)	109
Tabelle 16: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (N=527) – FAS (in Euro).....	110
Tabelle 17: TP2_Ergebnisse der Regressionsanalyse CCA	111
Tabelle 18: TP2_Ergebnisse der Regressionsanalyse FAS.....	112
Tabelle 19: TP2_Barthel-Index – CCA.....	113
Tabelle 20: TP2_Barthel-Index – FAS	113
Tabelle 21: TP2_Kosteneffektivitätsanalyse CCA.....	114
Tabelle 22: TP2_Kosteneffektivitätsanalyse FAS	115
Tabelle 23: TP2_ACSC Kostenanalyse CCA (in Euro)	117
Tabelle 24: TP2_ACSC Kostenanalyse FAS (in Euro).....	117
Tabelle 25: TP2_Gesamtkosten ohne Extremwerte über dem 95. Perzentil – CCA (in Euro).....	126
Tabelle 26: TP2_Gesamtkosten ohne Extremwerte über dem 95. Perzentil – FAS (in Euro).....	126
Tabelle 27: TP2_Übersicht der Interviewteilnehmenden nach KN.....	129
Tabelle 28: TP2_Stichprobe der szenariobasierten Erhebung.....	135
Tabelle 29: TP3_Merkmale der Patientinnen und Patienten, die an der qualitativen Befragung teilgenommen haben.....	151
Tabelle 30: TP3_Lehrplan CCM-/ GeriNurse-Praxisschulung.....	156
Tabelle 31: TP4_Soziodemografie der CM (n= 21).....	176
Tabelle 32: TP4_Bewertung des Arbeitsspektrums (n= 21).....	177
Tabelle 33: TP4_Bewertung der Arbeitszufriedenheit (n= 21)	177
Tabelle 34: TP4_Beschreibung der Stichprobe (n = 302).....	179
Tabelle 35: TP4_Beschreibung der Stichprobe (n = 137).....	181
Tabelle 36: TP4_Soziodemografie der Angehörigen der Interventionsnetze (n= 21)	187
Tabelle 37: TP4_Soziodemografie der Angehörigen der Kontrollnetze (n= 10)	187
Tabelle 38: TP4_Soziodemografie der Fokusgruppenteilnehmenden aus den Interventionsnetzen (n= 46)	189

1. Ziele der Evaluation

Die zentrale Fragestellung im Projekt RubiN (Regional ununterbrochen betreut im Netz) lautet: Verbessert ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und assessmentgestütztes CCM die Identifikation, die Versorgungssituation und den Gesundheitszustand geriatrischer Patientinnen und Patienten, die so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können sollen?

Diese Fragestellung wurde auf drei Ebenen (Ebene der Leistungsempfänger (=Patientinnen und Patienten bzw. An- und Zugehörige), Ebene der Leistungserbringer und Ebene der ÄN) mit verschiedenen Methoden und Evaluationsendpunkten untersucht. Damit sollten wichtige Informationen in Hinblick auf die Übertragung des Versorgungskonzepts (CCM) in die Regelversorgung gewonnen werden [1].

Die Implementierung dieses Versorgungskonzeptes, nämlich des geriatrischen CCM in die ÄN der IG des Projektes RubiN, wurde, dem Untersuchungsfokus entsprechend, in 4 TP umfassend qualitativ und quantitativ evaluiert:

- TP1: (Quantitative Evaluation mit Primärdaten – federführend Universitätsmedizin Greifswald)
- TP2: (Gesundheitsökonomische Evaluation – federführend inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH in Berlin)
- TP3: (Prozessevaluation Machbarkeit und Umsetzung mit Schwerpunkt auf die Unterschiede zwischen den Praxisnetzen – federführend Goethe-Universität Frankfurt am Main)
- TP4: (Prozessevaluation Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit – federführend Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck)

Folgende spezifische Forschungsfragestellungen und -hypothesen waren zu untersuchen:

1. Auf der Ebene der Patientinnen und Patienten und der An- und Zugehörigen:
RubiN führt bei den Patientinnen und Patienten zu ...
 - a) einer besseren Fähigkeit bei der Bewältigung von Alltagsaktivitäten,
 - b) einer verbesserten Fähigkeit bei der Bewältigung täglich notwendiger Verrichtungen im Haushalt,
 - c) einer besseren Gesundheitssituation in Bezug auf geriatrische Aspekte,
 - d) einer besseren Mobilität,
 - e) einem verringerten Sturzrisiko,
 - f) einer erhöhten Lebensqualität,
 - g) einer besseren Behandlungszufriedenheit,
 - h) einer besser abgestimmten Medikation,
 - i) einer Reduktion von ungeplanten Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen z.B. ungeplante Hospitalisierungen, unnötige Institutionalisierungen in Pflegeheimen oder Altenheimen etc.)
 - j) einer Reduktion von Mangelernährung,
 - k) einer Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisungen,
 - l) einer günstigeren Kosteneffektivität im Vergleich zu Patientinnen und Patienten, die eine Regelversorgung in ÄN erhalten.

RubiN führt bei den An- und Zugehörigen zu ...

- a) einer Reduktion der Belastung,
- b) einer besseren Unterstützung,
- c) einer höheren Zufriedenheit.

2. Auf der Ebene der Leistungserbringer:
RubiN führt zu ...

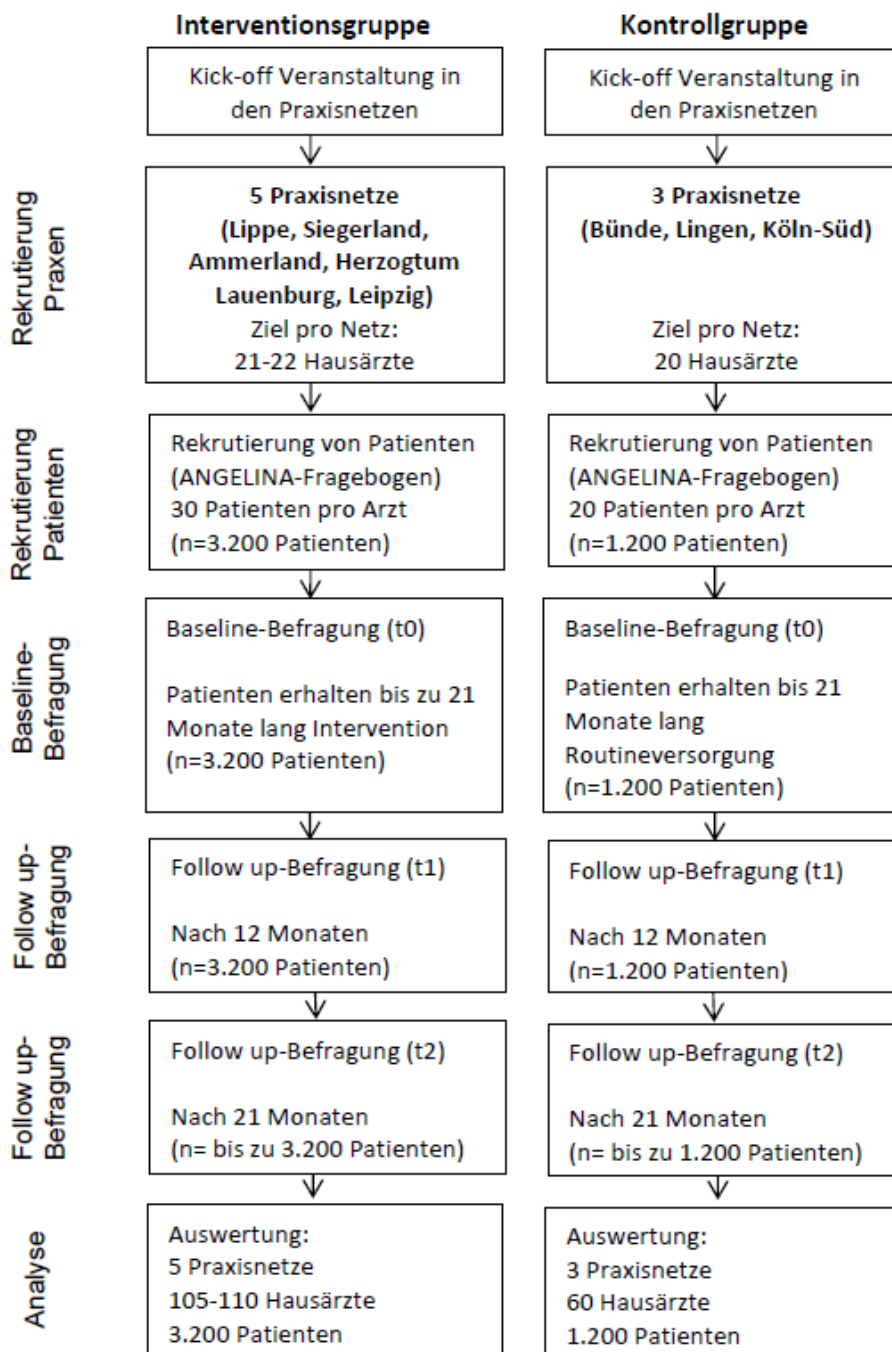
- a) einer kürzeren Dauer zwischen der Identifizierung eines Versorgungsbedarfes und seiner Umsetzung
 - b) zu einer Reduktion der (sektorenübergreifenden) Schnittstellenproblematik zwischen verschiedenen Leistungserbringern
 - c) zu einer höheren Zufriedenheit mit der Versorgungssituation
 - d) vermehrter Teamarbeit durch Delegation im Vergleich zu Leistungserbringern, die eine Regelversorgung in Praxisnetzen durchführen.
3. Auf der Ebene der ÄN:
Untersuchung folgender Fragestellungen:
- a) Sind die Inhalte des Curriculums für CM passfähig mit den Aufgaben, die in unterschiedlichen Netzen durchgeführt werden? An welchen Stellen muss das Curriculum ggfs. angepasst oder ergänzt werden?
 - b) Werden Diagnostik- und Versorgungsleistungen auf der Basis eines definierten Algorithmus den Leistungserbringern (Hausarzt, Facharzt, CM) zugeordnet?
 - c) Welcher Anteil der benötigten Versorgungsleistungen ist nach 12 Monaten umgesetzt und durch wen (Hausarzt, Facharzt, CM, Pflegedienst, usw.)?
 - d) Ist das (Schulungs-)Konzept zum CCM [2], welches im GeriNet Leipzig entwickelt wurde, grundlegend auf andere Netzwerke übertragbar? Welche Funktionen lassen sich gut übertragen, welche sind von regionalen Gegebenheiten abhängig? An welchen Stellen braucht es regionale Anpassungen?
 - e) Welche Barrieren und welche förderlichen Faktoren werden bei der Vernetzung identifiziert?
4. Im Rahmen der Prozessevaluation:
Untersuchung, inwieweit durch RubiN ...
- a) die Interventionsmaßnahmen akzeptiert und genutzt werden,
 - b) sich die Kommunikation und Kollaboration zwischen den Beteiligten (Patientinnen und Patienten, An- und Zugehörige, CM, Leistungsanbieter etc.) erhöht,
 - c) die Intervention protokollkonform machbar und umsetzbar ist bzw. welche förderlichen und hemmenden Faktoren vorliegen.

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

2.1 Design des Forschungsvorhabens

Das Design des RubiN-Projektes entspricht dem einer prospektiv kontrollierten Interventionsstudie. Fünf nach § 87b SGB V zertifizierte ÄN fungierten als IN und diese implementierten das im GeriNet e.V. entwickelte Versorgungskonzept [3], angepasst an die regionalen Gegebenheiten. Sie bildeten die IG. Drei weitere ÄN, die ebenfalls nach § 87b SGB V zertifiziert sind, gestalteten die Versorgung der Studienpopulation entsprechend der in diesen ÄN üblichen Regelversorgung („care as usual“) und bildeten die KG. Die Zuordnung der einzelnen acht Praxisnetze in die IG bzw. KG erfolgte nach pragmatischen Aspekten. Für eine randomisierte Zuteilung der Praxisnetze war die Anzahl der Regionen zu klein und die Netze waren zu unterschiedlich. Berücksichtigt wurde aber, dass sowohl in der IG als auch in der KG jeweils eine städtische Region neben den ansonsten eher ländlichen Regionen enthalten war. Das Studiendesign ist in Abbildung 1 schematisch dargestellt und im Studienprotokoll [4] beschrieben.

Abbildung 1: Flowchart des Studiendesigns



Eine patientenspezifische Erhebung der zur Messung des Studienerfolges benötigten Outcomes erfolgte anhand von **Primär- und Sekundärdaten** der in den jeweiligen Hausarztpraxen per geriatrischem Screeninginstrument (siehe Anlage 2) identifizierten Patientinnen und Patienten mit entsprechenden geriatrischen Merkmalskomplexen.

Primärdaten: Die Primärdaten der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten wurden in den IN nach erfolgter Bedarfsfeststellung durch die CM zu drei Zeitpunkten erhoben (siehe Tabelle 1). Die Bedarfsfeststellung erfolgte mithilfe des ANGELINA-Fragebogens inkl. der Unterstützung von geschulten MFA der Hausarztpraxen. In den KN unterstützten ebenfalls dafür speziell geschulte MFA der Hausarztpraxen mithilfe des ANGELINA-Bogens, die Bedarfsfeststellung zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses (BL) sowie nach 12 Monaten

(FU12) zu erheben. Hier erfolgte jedoch keine Intervention durch die CM. In den IN und KN wurden zum Vergleich des Gesundheitszustandes und der Wirksamkeit des geriatrischen Versorgungsmanagements nach der Identifizierung durch ANGELINA die geriatrischen Assessments durchgeführt.

In zwei IN und in den KN erfolgte die Datendokumentation zu den patientenrelevanten Erhebungsinstrumenten zu allen Erhebungszeitpunkten direkt auf der Basis eines IT-gestützten Datendokumentationssystems (Studiendatenbank RubiN (CentraXX; CXX-Version: 3.18.1.18; Kairos GmbH)) webbasiert per eCRFs (siehe Anlagen (TP1-Fragebögen zur Erfassung der Primärdaten)). Drei IN erfassten jeweils die Daten über eine praxiseigene Software (PalliDoc) und übermittelten dann per Datenexport (xml-Format) die Daten zur Übertragung in die Studiendatenbank RubiN. Das Datenmanagement erfüllte alle aktuellen datenschutzrechtlichen Standards.

Tabelle 1: Auflistung der Fragebogeninstrumente zur Primärdatenerhebung

Outcome	Messinstrument/ Operationalisierung	Erhebungs- zeitpunkt
(A) Ebene der Patienten		
(1) primär		
Alltagsaktivitäten	Barthel-Index (ADL)	BL; FU12; FU21
(2) sekundär		
Gesundheitssituation in Bezug auf geriatrische Aspekte	ANGELINA Screening	BL; FU12
Bewältigung täglich notwendiger Verrichtungen im Haushalt	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)	BL; FU12
Mobilität	Timed "Up and Go", Mobilitätstest	BL; FU12
Kognitive Einschätzung	DemTect	BL; FU12
Lebensqualität	WHOQOL-OLD/ WHOQOL-BREF	BL; FU12
Mangelernährung	Minimal Nutritional Assessment, MNA-Elderly	BL; FU12
Soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, familiärer Hintergrund, weitere relevante soziodemographische Daten)	Eigenentwicklung	BL; FU12; FU21
Stürze	Sturzprotokoll	Interim (wenn erfolgt)
Dokumentation der erbrachten Beratungs- bzw. Koordinierungsleistungen durch die CM im Rahmen der Intervention (nur IG)	Kontakt- (Leistungs-) Protokoll	Interim (wenn erfolgt)
(B) Ebene der An- und Zugehörigen		
Reduktion der Belastung	Häusliche Pflegeskala	BL; FU12
Soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, familiärer Hintergrund, weitere relevante soziodemographische Daten)	Eigenentwicklung	BL; FU12

BL = Baseline; FU12 = Follow-Up nach 12 Monaten; FU21 = Follow-Up nach 21 Monaten

Sekundärdaten: Bei den Sekundärdaten handelt es sich um einen Auszug von patientenbezogenen Routinedaten der beteiligten Krankenkassen bezüglich Inanspruchnahme und Kosten von Gesundheitsleistungen der Patientinnen und Patienten.

Für die **Prozessevaluation** wurde eine Primärdatenerhebung durchgeführt. Mittels eines umfassenden qualitativen und quantitativen Ansatzes wurde eine mehrperspektivische Sichtweise angestrebt. Quantitative Daten wurden aus Fragebogenerhebungen und administrativen Daten von Patientinnen und Patienten, Zu- und Angehöriger sowie vom Leistungserbringer (ärztliche und nichtärztliche) erhoben. Zudem wurden Experteninterviews mit Patientinnen und Patienten, Zu- und Angehörigen, Leistungserbringern (ärztliche und

nichtärztliche) sowie Fokusgruppen-Diskussionen mit allen Beteiligten in den IN und KN durchgeführt, zum Vergleich und Herausarbeiten der Besonderheiten von ÄN.

Zur Einhaltung ethischer und wissenschaftlicher Standards folgte die Studie den Vorgaben der ICH Guideline for Good Clinical Practice (Leitlinie der „Guten klinischen Praxis“ GCP), den Deklarationen von Helsinki und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Im Vorfeld der Studie wurden Ethikvoten der zuständigen Ethikkommissionen eingeholt.

2.2 Festlegung der Studienpopulation

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

a) Arztpraxen

Einschlusskriterien:

- Ärztin oder Arzt muss Mitglied im jeweiligen ÄN (nach §87b SGB V zertifiziert) sein
- Ärztin oder Arzt muss eine Kassenzulassung haben

Ausschlusskriterien:

- ausschließlich privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte

b) Patientinnen und Patienten

Einschlusskriterien:

- gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die ≥ 70 Jahre alt sind
- müssen mindestens zwei Punkte aus mindestens zwei unterschiedlichen Themenkomplexen im geriatrischen Screening per ANGELINA-Fragebogen erreicht haben (siehe Anlage 2)
- müssen ausreichende deutsche Sprachkenntnisse besitzen
- für Patientinnen und Patienten, die in der Gesundheitsversorgung betreut werden und/oder einen Einwilligungsvorbehalt haben, muss die Betreuerin oder der Betreuer die Einwilligungserklärung mitunterschreiben

Ausschlusskriterien:

- Patientinnen und Patienten, die zum Rekrutierungszeitpunkt in stationären Pflegeeinrichtungen lebten
- Patientinnen und Patienten mit einer terminalen Erkrankung in der letzten Lebensphase und/oder Inanspruchnahme einer spezialisierten palliativen Versorgung (SAPV, Hospiz)
- Patientinnen und Patienten mit einer bipolaren Störung oder anderen schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte konsekutiv durch die Ärztinnen und Ärzte der beteiligten ÄN der IG und KG.

2.2.2 Beschreibung der Intervention in der Interventionsgruppe

In den ÄN der IG erfolgte bei Angehörigen aus Gesundheitsberufen (MFA, Therapeuten oder Pflegefachkräfte) eine Schulung für das CCM bei geriatrischen Patientinnen und Patienten [2] durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des GeriNet Leipzig. Pro ÄN wurden vier CM qualifiziert. Die CM waren nach ihrer Qualifizierung in der Lage, die Versorgungsbedarfe der geriatrischen Patientinnen und Patienten in die soziale Gesetzgebung einzuordnen und in der Region ein regionales geriatricspezifisches Netzwerk zu gestalten, d. h. sie konnten entsprechende Kommunikations- und Kollaborationsstrukturen aufbauen. Weiterhin konnten sie aufgrund des beim Erstkontakt erhobenen geriatrischen Basisassessments eine

Risikoeinschätzung vornehmen und einen optimalen Behandlungsplan für die Patientin oder für den Patienten individuell ausarbeiten und sie waren in der Lage, fallbezogene Verläufe zu monitoren und zu bewerten und auch zu beurteilen, ob der Versorgungsplan ggf. korrigiert bzw. angepasst werden sollte. Die CM konnten Versorgungslücken erkennen und ggf. über Fallbesprechungen und „Runde Tisch“-Konferenzen die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit beeinflussen. Die CM arbeiteten eng mit der Hausärztin oder dem Hausarzt zusammen und koordinierten die Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten und kollaborierten eng mit allen anderen Gesundheitsprofessionen in dem jeweiligen ÄN.

Der so geschulte CM führte mit den Patientinnen und Patienten, die in die Studienteilnahme eingewilligt hatten, das geriatrische Basisassessment durch. Das geriatrische Basisassessment besteht aus Messinstrumenten, die die verschiedenen Aspekte der Geriatrie und die patientenrelevanten Endpunkte abdecken und diente gleichzeitig auch als BL-Befragung zu t0 (siehe Tabelle 1).

Auf Basis der Ergebnisse des Basisassessments wurde für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten eine individuelle Risikoeinschätzung vorgenommen (strukturierte Einschätzung aufgrund der Ergebnisse des Screeninginstrumentes ANGELINA in leichter, mittlerer oder schwerer Versorgungsfall (siehe Tabelle 5)) und es wurde ein individueller Versorgungsplan erstellt. Der CM organisierte die professions-, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende Versorgung der Patientin oder des Patienten vor Ort im ÄN. Entsprechend der Ausprägung des Versorgungsfalls wurde der Aufwand pro Patientin oder pro Patienten für das CCM festgelegt. Dabei übernahm der CM die Koordination der Versorgung im ÄN und in der Gesundheitsregion und war darum bemüht, Versorgungslücken vorzubeugen bzw. diese zu schließen. Nach 12 Monaten wurde das Follow-Up- Assessment zu t1 durchgeführt, welches aus den gleichen Messinstrumenten wie zu t0 bestand (siehe Tabelle 1).

Zur Dokumentation des durch das CCM erbrachten Leistungsspektrums kam ein Erfassungsbogen in Form des Kontakt- bzw. Leistungsprotokolls (siehe Anlage 13 bzw. Anlage 14) zum Einsatz, welches jeden Kontakt mit der geriatrischen Studienteilnehmerin oder dem geriatrischen Studienteilnehmer der IG erfasste.

2.2.3 Beschreibung der Vorgehensweise in der Kontrollgruppe

In den ÄN der KG führten die Hausarztpraxen das Identifizieren (Screening) der geriatrischen Patientinnen und Patienten auch mithilfe des ANGELINA-Bogens durch und schlossen bei Erfüllung der Einschlusskriterien (siehe 2.2.1) die identifizierten Patientinnen und Patienten nach Abgabe der Einwilligungserklärung in die Studie ein. Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden zu Studienbeginn (BL) und nach 12 Monaten (FU12) im Rahmen der Evaluation durch speziell für diese Aufgabe geschulte Mitarbeiter des jeweiligen ÄN befragt (gleiche Erhebungsinstrumente (siehe Tabelle 1) wie für die IG). Nach der BL-Befragung erhielten die Patientinnen und Patienten der KG dann die in den KN übliche Regelversorgung („care as usual“) und nach 12 Monaten zu t1 erfolgte die FU12-Befragung wieder mit den gleichen Instrumenten wie bei den Patientinnen und Patienten in den IN. Zur studienkonformen Erhebung und Dokumentation absolvierten die Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter im Vorfeld eine Einweisung in die Datenerhebung und in die Dateneingabe in die Studiendatenbank RubiN in CentraXX. In den KN wurden die Assessments durch die teilnehmenden Praxen ebenfalls unter Beachtung von Struktur- und Beobachtergleichheit erhoben. Ein einheitlicher Qualifizierungs- und Erfahrungsstand der an der Erhebung beteiligten Personen wurde sichergestellt und mit geeigneten Maßnahmen überprüft (Anwendungserprobungen).

2.2.4 Stichprobengröße und Fallzahlschätzung

Das Projekt RubiN wurde in einem versorgungsnahen Setting durchgeführt. Es war davon auszugehen, dass innerhalb der einzelnen Arztpraxen eine reduzierte Varianz in Bezug auf die Patienteneigenschaften und Arbeitsabläufe bestand, innerhalb der ÄN jedoch nicht. Aus diesem Grund war es notwendig, die Fallzahlschätzung für den primären Endpunkt auf Grundlage einer Clusterrandomisierung vorzunehmen [5].

Die Fallzahlschätzung erfolgte für den primären Endpunkt (BI) des Projektes RubiN. Es wurden folgende Parameterannahmen getroffen:

- Fehler 1. Art (α): 5%
- Fehler 2. Art (β): 15% (\cong Power von 85%)
- Effektstärke (d): 0,3
- Verhältnis Intervention/Kontrolle: 3/1
- Intraclusterkorrelationskoeffizient: 0,15
- Drop-out Rate: 33%

Bei den getroffenen Parameterannahmen wurde für das Verhältnis der IG zur KG ein Verhältnis von 3 zu 1 vereinbart. In die Fallzahlberechnung wurde miteinbezogen, dass die Ärztenetze der Interventionsgruppe mehr Patienten rekrutieren können als Ärztenetze der Kontrollgruppe. Die Kontrollnetzte haben nämlich einerseits einen erheblichen Aufwand mit der Rekrutierung und Datenerhebung zu zwei Zeitpunkten, andererseits sind jedoch die finanziellen Anreize vergleichsweise mit den Interventionsnetzen gering, sodass hier von einer schwächeren Rekrutierungsstärke ausgegangen werden musste.

Zum Nachweis eines angenommenen Effektes von $d=0,3$, bei einem Teilnehmer-Verhältnis von 3:1 zwischen der IG und der KG, einer Power=0,85 und $\alpha=0,05$ wurden mindestens 534 Teilnehmerinnen und Teilnehmer benötigt (davon 400 in der IG und 134 in der KG).

Je ÄN wurden schätzungsweise 21 bis 22 Arztpraxen beteiligt, die durchschnittlich jeweils ca. 30 Studienteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer rekrutiert haben. Bei einem angenommenen Intraclusterkorrelationskoeffizienten von 0,15 war ein „Designeffekt“ von 5,5 in der Fallzahlplanung zu berücksichtigen. Hierdurch erhöhte sich die notwendige Stichprobengröße auf 2.937.

Bei einer angenommenen Dropout-Rate von 33% sollten mindestens 4.384 ($2.937/0,67=4.384$) Teilnehmerinnen und Teilnehmer, aufgerundet 4.400, eingeschlossen werden. Insgesamt konnten für die Studie RubiN 4.489 Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutiert werden (siehe Tabelle 2). Davon haben die fünf IN 3.418 Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die drei KN 1.071 Teilnehmerinnen und Teilnehmer einschreiben können (Verhältnis 3,2:1, gerundet 3:1).

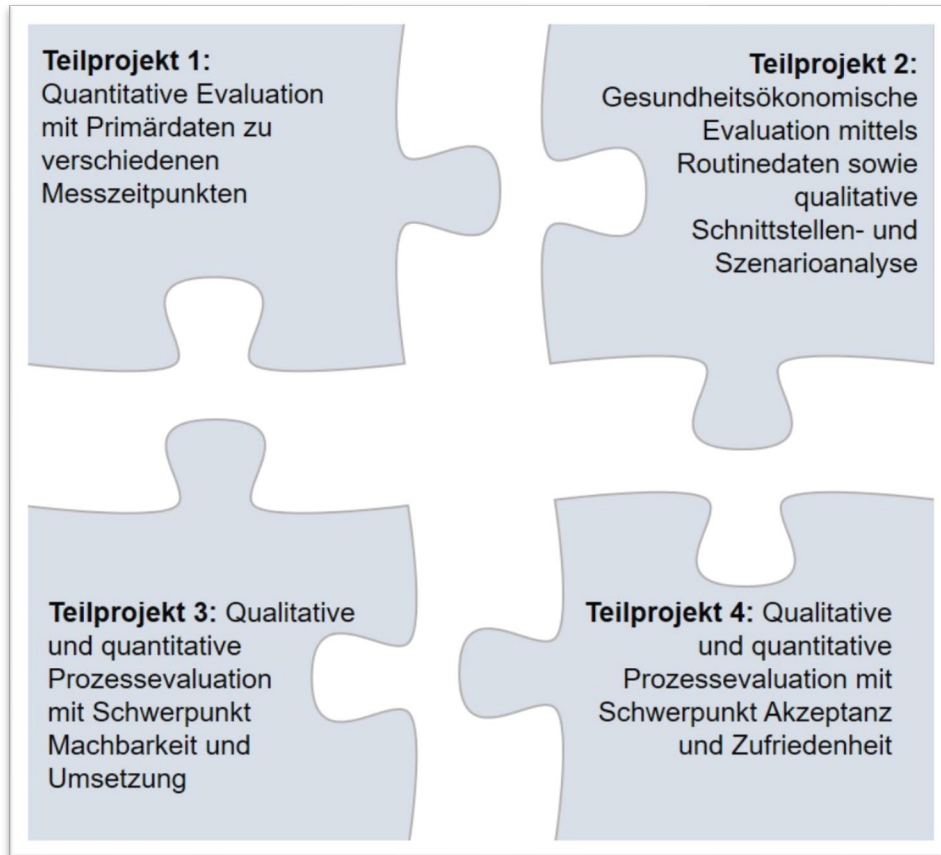
Tabelle 2: Verteilung der rekrutierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die ÄN

Variablen	Gesamt								
Gesamt: n	4.489								
(%)	(100)								
IG|KG	3.418					1.071			
(%)	(76,14);(100)					(23,86);(100)			
IN1-IN5|KN1-KN3	687	658	698	672	703	400	283	388	
(%)	(20,10)	(19,25)	(20,42)	(19,66)	(20,57)	(37,35)	(26,42)	(36,23)	

2.3 Methodik der Teilprojekte

Die Evaluation von RubiN bestand aus vier verschiedenen Teilprojekten. Die folgende Abbildung zeigt die methodischen Ansätze der jeweiligen TP und diese werden im Verlauf genauer dargestellt.

Abbildung 2: Methodischer Überblick der Teilprojekte



2.3.1 TP1 – Quantitative Evaluation der Primärdaten

Im TP1 erfolgte die Primärdatenerhebung außerhalb der Prozessevaluation. Die Daten für die quantitative Evaluation in TP1 wurden durch Assessments erhoben. Assessments sind in der Geriatrie integraler Bestandteil der Diagnostik und der Erhebung der Bedarfe von Patientinnen und Patienten. Diese Bedarfe beinhalten körperliche, geistige, funktionale und soziale Aspekte, die in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden müssen. In der Evaluation bedienen wir uns also genau der Instrumente, die auch in der Diagnostik und Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten genutzt werden.

Im Verlauf des RubiN-Projektes wurden zu drei Zeitpunkten Daten erhoben. Die BL-Erhebung bestand inhaltlich aus dem gleichen geriatrischen Assessment wie die FU12-Erhebung (siehe Tabelle 1). Aufgrund der unterschiedlichen Rekrutierungszeitpunkte war es für die Patientinnen und Patienten, die bis zum 31.03.2019 (± 4 Wochen) eingeschrieben wurden (nur IG), möglich, zu einem weiteren Erhebungszeitpunkt (FU21) innerhalb der Projektlaufzeit den BI (Primäroutcome) erneut zu erheben.

Die Charakteristika der Arztpraxen und der Patientinnen oder Patienten zu BL (t0) wurden per deskriptiver Statistik analysiert, wobei für kontinuierliche und normalverteilte Variablen der Mittelwert mit Standardabweichung und für kategoriale Variablen absolute Häufigkeiten und Prozentsätze angegeben wurden, um den Erfolg der Cluster-Verteilung einzuschätzen. Die

primäre Analyse folgte dem Intention-to-treat-Prinzip und beruht auf den Daten aller eingeschlossenen Patientinnen und Patienten in der IG vs. KG, d. h. die Ergebnisse aus den fünf IN werden 12 Monate (t1) nach dem BL-Assessment (t0) mit den Ergebnissen der drei KN verglichen. Bei den quantitativen Parametern erfolgte die Auswertung – sofern die statistischen Voraussetzungen erfüllt waren – mit multivariaten Modellen und Multilevel-Analysen, um für Unterschiede zwischen den Leistungserbringern und zwischen den ÄN (z.B. unterschiedliche Zusammensetzung aus Haus- und Fachärzten, Größe der ÄN) adjustieren zu können. Die statistischen Analysen erfolgten auf der einen Seite mit der Statistiksoftware JMP (Softwareprodukt der Firma SAS) und auf der anderen Seite wurden die gemischten Modelle mit der Statistiksoftware SAS Enterprise Guide® (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) berechnet.

Bei der Methode der Gemischten Modelle handelt es sich um eine Mehrebenenmodell-Analyse. Sie findet Anwendung in der Auswertung „geschachtelter“ Daten (weisen eine hierarchische Struktur auf), wie eben auch bei längsschnittlich erhobenen Daten [6, 7]. Die wesentlichen Vorteile von Mehrebenenanalysen bestehen in der adäquaten Berücksichtigung der Abhängigkeiten in den Daten, in der Möglichkeit der Betrachtung von Einflussvariablen auf verschiedenen Ebenen (Mikro- und Makroebenen) und in einer guten Flexibilität und in weniger strengen Voraussetzungen als bei anderen statistischen Verfahren [8]. Im Rahmen des RubiN-Projektes wurden bestimmte Items (Fragebogeninhalte) für jeden Patienten, sofern möglich, mehrfach erfasst zu zeitlich aufeinanderfolgenden Erhebungszeitpunkten (BL (t0), FU12 (t1) und FU21 (t2)). Bei der statistischen Auswertung war zu berücksichtigen, dass alle Items, welche zum gleichen Subjekt (Patientinnen oder Patienten) erhoben werden, eine Abhängigkeitsstruktur aufweisen.

Die primäre Analyse wurde für den primären Endpunkt (den BI) auf der Basis der Messzeitpunkte t0 und t1 durchgeführt.

Zur Bildung der linearen gemischten Modelle wurden jeweils die zu untersuchenden Endpunkte (primär und sekundär) (siehe Tabelle 1) als abhängige Variablen für die Zeitpunkte zu t0 und zu t1 und die zu BL erhobenen patientenspezifischen Variablen, wie Altersgruppe, Geschlecht, Berufsabschluss, Wohnort, Häusliche Gemeinschaft, Soziale Unterstützung, Finanzielle Situation und Ärztenetzzugehörigkeit, als unabhängige Variablen in die Modelle aufgenommen. Zur Feststellung des Interventionseffektes wurde in den Modellen der Interaktionsterm „Gruppe*Zeit“ im Gruppenvergleich ermittelt und auf Signifikanz getestet.

Für die Analysen zu den primären bzw. sekundären Endpunkten (siehe Tabelle 1) wurden die Daten jeweils nach der Methode der vollständigen Daten (CCA) ausgewertet. Das heißt, Patienten mit fehlenden Werten hinsichtlich der zu analysierenden Endpunkte wurden jeweils ausgeschlossen. Die Belastbarkeit dieser Vorgehensweise wurde im Vorwege überprüft, indem unter Nutzung der Methode der multiplen Imputation getestet wurde. Die Untersuchung der Struktur der fehlenden Daten und ein Vergleich zwischen den Datensätzen mit und ohne Imputation führte dazu, dass auf eine Imputation verzichtet und der Methode der vollständigen Daten (CCA) der Vorzug gegeben wurde.

Zu den a priori primären Fragestellungen wurden zusätzlich zwei Subanalysen durchgeführt. Sie wurden aus den Ergebnissen der a priori Fragestellungen generiert und dienten der Erlangung weiterer Erkenntnisgewinne.

(1) Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index für ein ausgewähltes Interventionsnetz (siehe 3.1.5.1.1)

- hat den direkten Gruppenvergleich zwischen der Kontrollgruppe und einem Interventionsnetz, welches sich durch eine sehr gute Dokumentationsqualität auszeichnete, zum Inhalt. Hier wird die Analyse des BI noch einmal analog zur Hauptanalyse für die ausgewählte Population durchgeführt.

(2) Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index für Patientinnen und Patienten mit maximalem BI-Score zu t0 (siehe 3.1.5.1.2)

- hatte zum Ziel, das Patientenkollektiv zu untersuchen, welches zu t0 einen BI-Score von 100 Punkten (maximal erreichbarer Score) vorwies. Neben der deskriptiven Beschreibung hinsichtlich der Charakteristika zu t0 (Geschlecht, Altersgruppe, Wohnort, Häusliche Gemeinschaft, Berufsausbildung, Soziale Unterstützung und Finanzielle Situation) erfolgte die Betrachtung der Score-Entwicklung für den BI von 100 Punkten zu t0 zu den entsprechenden Punktwerten zu t1.

Alle Tests und Analysen wurden mit einem zweiseitigen Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ durchgeführt. Die Daten wurden pseudonymisiert ausgewertet.

2.3.2 TP2 – Gesundheitsökonomische Evaluation, Schnittstellenanalyse und Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien

2.3.2.1 Gesundheitsökonomische Evaluation

Im Rahmen der Evaluation des Innovationsfondsprojektes RubiN erfolgte eine gesundheitsökonomische Evaluation. Diese umfasste auch eine Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Auswirkungen auf die Qualität der ambulanten Versorgung, die anhand ambulant-sensitiver Krankenhauseinweisungen beurteilt wurde.

Evaluation der Leistungsanspruchnahme

Die Analyse der Inanspruchnahme von Leistungen und assoziierten Kosten erfolgte auf Grundlage von Routinedaten (Krankenkassenabrechnungsdaten) der beteiligten Krankenkassen. Die Kosten folgender Leistungen wurden in die Kostenanalyse einbezogen: Ambulante Behandlungen, stationäre Aufenthalte, ambulante Behandlungen im Krankenhaus, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Pflegeleistungen, häusliche Krankenpflege, Krankentransport, Rehabilitation (soweit von der Krankenkasse getragen) und Zahnarztbehandlungen.

Dafür wurden für alle Teilnehmenden die Routinedaten vor und während der Intervention verwendet. Die Gesundheitskosten wurden von den teilnehmenden Krankenkassen aufbereitet und lagen quartalsweise ein Quartal vor Patienteneinschluss, also dem vierten Quartal 2018, bis einschließlich dem Quartal des Interventionsendes, also dem vierten Quartal 2020 vor.

Da der Interventionsstart für die einzelnen Teilnehmenden nicht zeitgleich erfolgte, wurde der individuelle Interventionszeitraum ab individuellem Patienteneinschluss plus 12 Monate definiert. Als BL (t0) wurde das Quartal direkt vor Interventionsbeginn definiert. Für die Kostenvergleiche wurden somit BL-Kosten bzw. t0-Kosten als die im Quartal vor Interventionsbeginn anfallenden Kosten berechnet. Die Kosten nach Intervention wurden als die Kosten des Quartals 12 Monate nach Patienteneinschluss (Kosten FU12, t1) festgelegt.

Bei den stationären Daten war das Aufnahmedatum ausschlaggebend: Wenn dieses innerhalb des Beobachtungsquartals lag, dann wurden die Kosten in die Analyse eingeschlossen, selbst wenn das Entlassdatum außerhalb des Quartals lag. Bei Arzneimittel- und Hilfsmitteldaten war das Abgabedatum, bei Heilmitteln der Behandlungsbeginn, beim Krankentransport der Transportbeginn, bei häuslicher Krankenpflege, Pflegeleistungen und Rehabilitation der Leistungsbeginn ausschlaggebend.

Kosteneffektivitätsanalyse

Um Aussagen über die Kosten-Nutzen-Relation des Versorgungskonzeptes RubiN treffen zu können, erfolgte ergänzend eine Zusammenführung der erhobenen Kostendaten mit der nutzenbezogenen primären Outcome-Variable. Der primäre Endpunkt des Projekts ist der Grad der Ausführung von Alltagsaktivitäten der Patienten operationalisiert anhand des BI. Die Sekundärdaten (Routinedaten der Krankenkassen) wurden patientenbezogen und pseudonymisiert mit den erhobenen Primärdaten (Alltagstätigkeit anhand des BI) aus TP1 durch eine unabhängige Treuhandstelle verknüpft (Linkage). Durch die Zusammenführung der Primär- und Sekundärdaten unter Berücksichtigung der Interventionskosten konnte eine Kosteneffektivitätsanalyse durchgeführt werden.

Die Kosteneffektivität (CER – Cost-Effectiveness Ratio) für die KG wurde folgendermaßen berechnet:

$$CER_{\text{Kontrollnetze}} = \frac{\text{Differenz der durchschnittlichen Gesamtkosten der KG}}{\text{Durchschnittlicher zusätzlicher Barthel – Index – Score der KG}}$$

Die Kosteneffektivität (CER – Cost-Effectiveness Ratio) für die IG wurde folgendermaßen berechnet:

$$CER_{\text{Intervention}} = \frac{\text{Differenz der durchschnittlichen Gesamtkosten der IG}}{\text{Durchschnittlicher zusätzlicher Barthel – Index – Score der IG}}$$

Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER – Incremental Cost-Effectiveness Ratio) wurde folgendermaßen berechnet:

$$ICER_{\text{RubiN}} = \frac{(\text{Differenz der durchschnittlichen Gesamtkosten der IG}) - (\text{Differenz der durchschnittlichen Gesamtkosten der KG})}{(\text{Durchschnittlicher zusätzlicher Barthel – Index – Score der IG}) - (\text{Durchschnittlicher zusätzlicher Barthel – Index – Score der KG})}$$

Um die Unsicherheit der Kosten und Effektschätzer zu beurteilen, wurde als Sensitivitätsanalyse ein Bootstrapping-Verfahren simuliert und in der Kosteneffektivitätsebene (Cost Effectiveness Plane) dargestellt. Darüber hinaus wurde die Unsicherheit der einzelnen Kostenkomponenten in univariaten Sensitivitätsanalysen überprüft und graphisch in einem Tornado-Diagramm dargestellt. Ziel der univariaten Sensitivitätsanalysen war es, die Robustheit des ICER gegenüber Veränderungen in den einzelnen Kostenkomponenten zu überprüfen. Für alle Sensitivitätsanalysen wurde die Unsicherheit der Punktschätzer innerhalb der Spannweite des 95% Konfidenzintervalls variiert. Für die Interventionskosten konnte kein Konfidenzintervall bestimmt werden, weshalb eine generische Variation von +/-30% der mittleren Interventionskosten gewählt wurde.

Analyse der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen

Des Weiteren wurde untersucht, ob sich die Anzahl der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen (ambulatory care sensitive conditions, ACSC [9]) in den fünf Interventionsnetzen von den drei Kontrollnetzen voneinander unterscheidet. In die Analyse einbezogen werden folgende ACSC-Diagnostikgruppen in Anlehnung an die WHO [9]:

- Ischämische Herzerkrankungen (ICD-10: I20-I25)
- Herzinsuffizienz (ICD-10: I50)
- Bronchitis und COPD (ICD-10: J40-J47)
- Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14)
- Hypertonie (ICD-10: I10-I15)
- Mangelernährung und Ernährungsdefizite (ICD-10: E40-E46)
- Zahnerkrankungen (ICD-10: K08)
- Harnwegserkrankungen (ICD-10: N30-N39)

Analysiert wurden die Häufigkeit dieser ACSC-Diagnostikgruppen in den Interventions- und Kontrollnetzen sowie die damit verbundenen stationären Kosten.

Umgang mit fehlenden Daten

Als Hauptanalysen wurden die Daten mit der Complete Case Analysis-Methode (CCA) ausgewertet (Patienten mit fehlenden Werten wurden ausgeschlossen). Zusätzlich wurde die Auswirkung fehlender Werte mit einem Imputationsverfahren getestet. Dieser zweite Datensatz wird im Folgenden als Full Analysis Set (FAS) bezeichnet. Die FAS soll die Auswirkungen potentieller Verzerrungen durch fehlende Werte aufzeigen, indem sie systematisch alle Patienten nach Einschluss in die Studie einbezieht, und so die Ergebnisse aller Teilnehmer berücksichtigt.

CCA

Bei der CCA wurden alle Patienten mit in die Analyse eingeschlossen, für die sowohl Primärdaten (BI) zu beiden Zeitpunkten (BL und t1) als auch Sekundärdaten (Kosten) vorlagen. Patienten mit fehlenden Daten wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

FAS

Beim FAS wurden fehlende Daten zum Teil imputiert, das heißt, fehlende Daten wurden in der Datenmatrix durch ein Imputationsverfahren vervollständigt. Um fehlende Werte bei Patienten für Kosten- und Effektdaten zu imputieren, wurde eine Multiple Imputation durch verkettete Gleichungen (multiple imputation by chained equations – MICE) unter Verwendung von Predictive Mean Matching (PMM) verwendet. Unter der Voraussetzung zufällig verteilter fehlender Werte (Missing at Random MAR) erzeugt diese Multiple Imputation robuste Schätzer. Sollten die Effektschätzer Abweichungen zwischen FAS und CCA zeigen, sind nicht-zufällig verteilte fehlende Werte naheliegend. Dies kann andeuten, dass es systematische Gründe für die fehlende Informationen gibt.

Definition und Umgang mit Loss-to-Follow-up (FAS)

Patienten, die inaktiv gesetzt wurden (Loss-to-follow-up Patienten) haben entweder ihre Einwilligung in die Studie nicht offiziell widerrufen (keine Bereitschaft), sind umgezogen, in ein Pflegeheim oder palliative Einrichtung eingewiesen worden oder sind verstorben. Für diese Patienten wurde ein angepasstes Vorgehen gewählt: Patienten mit fehlender Bereitschaft wurden komplett ausgeschlossen, da davon auszugehen ist, dass diese ihren Teilnahmewiderruf vergessen haben. Bei Patienten, die vor t1 (FU12) verstorben sind und somit keine Daten zum BI vorliegen, wurde der BI auf 0 gesetzt und die Kosten aus dem Quartal vor dem Versterben für die Kostenanalyse benutzt. Bei Patienten, die nach t1 verstarben, bei denen aber kein BI erhoben wurde, wurde der BI imputiert. Auch bei allen anderen Patienten mit einem Inaktivsetzungsgrund wurde der BI imputiert und die Kosten aus dem vierten Quartal nach Interventionsstart genutzt.

Weitere Analysen

Quartalsweise Kosten im zeitlichen Verlauf

Um die Veränderung der Kosten innerhalb des Interventionszeitraums zu verstehen, wurden zusätzlich die Kosten quartalsweise angeschaut. Hierdurch kann u.a. eingeschätzt werden, ob durch die Festlegung der t1-Messung auf ein Quartal nach 12 Monaten nach Einschluss die Interventionsauswirkungen adäquat abgebildet werden konnten oder ob hierdurch eine mögliche Über- oder Unterschätzung bei starken Veränderungen im Zeitverlauf entstehen konnten. Das Quartal vor Interventionsstart (BL) wurde jeweils mit dem ersten, zweiten, dritten und vierten Quartal nach Interventionsstart verglichen und graphisch in Boxplots aufgearbeitet.

Kostenanalyse mit Extremkostenausschluss

Um den Einfluss von Kostenausreißern auf die Ergebnisse der Kostenanalysen auszuschließen, wurden Extremkosten über dem 95. Perzentil innerhalb der einzelnen Kostenkategorien in einem weiteren Schritt ausgeschlossen.

Kostenanalyse auf Netzebene

Um herauszufinden, ob es einen Unterschied zwischen den Netzen bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gibt, wurde eine Kostenanalyse auf Netzebene durchgeführt.

Einflussfaktoren auf die Gesamtkosten – Multiple lineare Regression

Um die Auswirkungen anderer erklärender Faktoren neben der Gruppenzugehörigkeit zu analysieren, wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Die multiple Regression ermöglicht es, den Einfluss potenzieller Einflussfaktoren auf die Gesamtkosten zu t1 zu ermitteln. Das Basismodell beinhaltete als unabhängige Variablen (potenzielle Einflussfaktoren) die Gesamtkosten zu t0 und die Dummy-Variable für die Gruppenzugehörigkeit (KG=0 and IG=1). Das Modell wurde in zwei Schritten um das Geschlecht und das Alter erweitert.

2.3.2.2 Schnittstellenanalyse und szenariogestütztes Verfahren

Im Zuge der qualitativen Untersuchung der Versorgungsschnittstellen auf Ebene der Kontrollnetze erfolgte zunächst ein strukturiertes Literaturreview zu sozialgesetzbuch- und sektorenübergreifenden Lücken, Doppelungen, Fehlanreizen und Gelingensfaktoren. Die Literatursuche erfolgte sowohl über einschlägige Datenbanken wie PubMed, LIVIVO und Beck-Online als auch über Google Scholar sowie mittels forward und backward citation searches in identifizierten Quellen. Auf Grundlage dieser Vorarbeiten wurden akteursgruppenspezifische Interviewleitfäden erstellt, welche für die Befragung involvierter ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringender bzw. Akteure der Kontrollnetze zu bestehenden Versorgungsbarrieren und -fehlansreizen zum Einsatz kamen. Die Interviewleitfäden wurden zuvor mit Projektakteurinnen und -akteuren pilotiert und entsprechend der Anmerkungen adaptiert. Pro Netz sollten je die Geschäftsführer (n=3), drei niedergelassene Haus- oder Fachärzte (n=9) und zwei MFAs (n=6) befragt werden. Ziel war es, auf Basis der hierdurch gewonnenen Informationen Schnittstellenprobleme in der Versorgung in den Kontrollnetzen zu identifizieren und zu klassifizieren. Darüber hinaus sollten innovative Lösungsansätze zur Verbesserung von Kooperations- und Koordinationsproblemen in der geriatrischen Netzversorgung festgestellt werden.

Um einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn für die Evaluation von RubiN zu erzielen, wurden zudem unterschiedliche Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM aus Sicht von Vertretern regionaler, den beteiligten Ärztenetzen zugeordneten KV und ÄK analysiert. Hierfür wurde ein mehrstufiges, szenariobasiertes Befragungsformat entwickelt. Ausgangspunkt bildeten unterschiedliche Themencluster, welche durch sog. Deskriptoren, also konkret beschreibende Elemente, zu realistischen Transfer- und Verstetigungsszenarien verdichtet wurden und zunächst mittels eines eigens programmierten Online-Surveys abgefragt wurden. Die Themencluster wurden auf Grundlage der bisherigen Projekterkenntnisse von RubiN sowie einschlägiger Literatur gebildet (für eine Beschreibung der Themencluster und Deskriptoren, siehe 3.2.3 Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM). Der Online-Survey wurde an fünf Vertreter beteiligter KV und sieben Vertreter beteiligter ÄK geschickt (n=12). Die initiale Kontaktaufnahme für den Online-Survey erfolgte durch die Konsortialführung des Projektes (BARMER). In einem nächsten Schritt wurden basierend auf den Ergebnissen des Online-Surveys leitfadenbasierte, telefonische Follow-Up-Interviews mit einigen der zuvor befragten Akteurinnen und Akteuren der regionalen KV und der ÄK durchgeführt, um die Entscheidungen für oder gegen bestimmte Szenarien zu vertiefen bzw.

Begründungen zu kontextualisieren. Dabei handelte es sich um ein self-activation sample mit keiner ex ante festgelegten Zielstichprobengröße.

Datenauswertung

Die qualitativ erhobenen Daten aus den telefonischen Einzelinterviews im Zuge der Schnittstellenanalyse sowie des szenariogestützten Verfahrens wurden verbatim transkribiert und nach vorher festgelegten Kriterien inhaltsanalytisch unter Einsatz des qualitativen Datenanalyseprogramms MAXQDA ausgewertet [10]. Das Analyseverfahren erfolgte auf Basis der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [11], die wie folgt gegliedert ist: Zunächst wurde die (1) spezifische Auswertungsperspektive unter Berücksichtigung der Forschungsfragen und des Erkenntnisinteresses festgelegt. In einem weiteren Schritt (2) wurde das Datenmaterial entsprechend fixiert, die Analyseeinheit bestimmt und ein ex ante Kategoriensystem gebildet. Das Kategoriensystem baute maßgeblich auf den in den theoretischen Vorüberlegungen konzipierten Untersuchungsvariablen sowie den Hypothesen auf. Darauf folgte die (3) Extraktion bzw. Erzeugung eines thematisch geordneten Informationskonglomerats: Das ex ante gebildete Kategoriensystem leitete diesen Verfahrensschritt zwar an, blieb zugleich jedoch offen für Anpassungen. Dementsprechend konnten die Dimensionen existierender Kategorien verändert und neue Kategorien konstruiert werden, wenn sich bestimmte Sachverhalte aus dem Datenmaterial nicht auf das bestehende Kategoriensystem anwenden ließen. Schließlich wurden (4) die Daten hinsichtlich ihres Informationsgehalts aufbereitet, bedeutungsgleiche Informationen zusammengefasst und fallübergreifend ausgewertet. Abschließend wurde im Rahmen der Datentriangulation mit TP 3 eruiert, ob und welche Komponenten des Versorgungskonzeptes RubiN einen Beitrag leisten können, die identifizierten Schnittstellenprobleme zu lösen. Hierfür wurden die in TP3 angelegten Codierleitfäden nach inhaltsgleichen Codierungen untersucht und in einem konsensbasierten Verfahren Überschneidungen im codierten Material identifiziert sowie gemeinsam hinsichtlich der Fragestellung interpretiert.

Die Auswertung der quantitativ erhobenen Daten des Online-Surveys erfolgte mit dem statistischen Analyseprogramm R®, Version 3.6.2 und 4.0.2. Ausgangspunkt bildeten deskriptive Verfahren, die einen ersten Überblick über die vorliegenden Daten vermittelten. In Abhängigkeit vom Skalenniveau (kategorial oder metrisch) der Variablen, wurden absolute und relative Häufigkeiten berechnet und grafisch dargestellt.

2.3.3 TP3 – Prozessevaluation Machbarkeit und Umsetzung

Die Prozessevaluation in TP3 zur Machbarkeit und Umsetzung bestand aus vier Teilen und erfolgte im Mixed Methods-Design:

- Qualitative Befragung von Patientinnen und Patienten der IG und KG, wobei in der IG im Sinne einer Verlaufserhebung zwei Befragungen stattfanden (vor Start und ca. 1 Jahr nach Start der Intervention)
- Qualitativer Expertenworkshop mit den neu qualifizierten CM
- Quantitative Fragebogenerhebung der ärztlichen Mitglieder in den Arztnetzen
- Qualitative multiprofessionelle Fokusgruppenbefragung der Versorgenden in den Ärztenetzen

2.3.3.1 Verlaufsbefragung von Patientinnen und Patienten der IG

Für die qualitative Untersuchung von Versorgungsverläufen und der besonderen Rolle der CM im Hinblick auf die fallbezogene Versorgungscoordination wurden mit Studienteilnehmenden zu Beginn und gegen Ende der Intervention leitfadengestützte Interviews geführt.

Rekrutierung und Sampling

Jedes Arztnetz übermittelte eine Liste der ersten 15 eingeschlossenen Patienten an das evaluierende Zentrum in Frankfurt am Main. Anhand dieser Liste fand in zufallsgenerierter Reihenfolge eine Kontaktaufnahme mit den Patientinnen und Patienten statt und in der Reihenfolge der Zustimmung wurde mit sechs Patientinnen und Patienten ein Interviewtermin vereinbart. Ziel war es pro Arztnetz 4-6 Personen zu interviewen.

Datenerhebung und Dokumentation

Für die Erstbefragung wurden die Gesprächspartnerinnen und -Partner in ihrer Häuslichkeit aufgesucht und eine besondere Interviewmethode, die Pictor Technique, angewandt. Die Pictor Technique ist eine qualitative Interviewmethode, die im Zusammenhang mit Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen entwickelt wurde und bei der das im Rahmen eines Interviews stattfindende Gespräch ergänzt wird um eine Visualisierungstechnik [12, 13]. In unserer Adaption dieser Methode wurde im Interview zusammen mit den Teilnehmenden ein Schaubild zur Darstellung der jeweiligen „Versorgungslandschaft“ erstellt. Hier konnten die Teilnehmenden in einer schematischen, leicht umzusetzenden Form das an ihrer Versorgung beteiligte Hilfenetz bildlich darstellen, um dann unter Bezugnahme auf die Darstellung die eigene Versorgungssituation mündlich zu reflektieren. Der hierfür entwickelte Frageleitfaden umfasste neben der dreischrittigen Anleitung zur Erstellung des Pictor-Schaubildes Fragen, die auf die an der jeweiligen Versorgung beteiligten „Menschen, Dienste und anderen Faktoren“, auf die Verteilung von Zuständigkeiten und auf die Beziehungen zwischen den einzelnen Beteiligten orientierten.

Für die Zweitbefragung wurde pandemiebedingt, d. h. aufgrund von Kontaktverboten und Dienstreiseeinschränkungen, auf persönliche Interviews mit Hausbesuchen verzichtet und stattdessen auf leitfadengestützte Telefoninterviews zurückgegriffen. Die Umstellung von persönlichen Interviews auf Telefoninterviews machte den Verzicht auf die in der Erstbefragung eingesetzte Visualisierungsmethode und damit eine Anpassung des Frageleitfadens notwendig.

Datenauswertung

Die im Rahmen der Befragung generierten Daten umfassten sowohl die im Interview erstellten Bilder, als auch die Texte des audio-aufgezeichneten, verbatim transkribierten Interviews. Die Interviewtranskripte wurden mit Hilfe eines an die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse [14] angelehnten Verfahrens aufbereitet und ausgewertet. Zunächst wurde in einem mehrstufigen, kombinierten Verfahren das Kategoriensystem entwickelt und der Vergleich mit dem gesamten Textmaterial der Erstbefragung vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurde das Kategoriensystem auf das Textmaterial der Zweitbefragung angewandt und dann für einen verlaufsbezogenen Vergleich und zur Abbildung von Veränderungen durch die Intervention strukturierte Fallbetrachtungen angelegt. Ergänzend fand die Auswertung der in den Pictorinterviews erstellten Schaubilder statt. Hierfür wurde ein vierstufiges Interpretationsschema von Norman Denzin [15] verwendet und für den speziellen Anwendungsbereich der Pictor-Schaubilder [16] angepasst. Die Bildinterpretation wurde als Teil einer initiierenden Bild-Text-Arbeit der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse vorangestellt und diente weiterhin zur Unterstützung der fallbezogenen Auswertung. In die Projektdatei (MAXQDA) importiert, parallelisierten sie dort die Interviewtranskripte und ermöglichten eine den Text mit dem Bild vergleichende Betrachtung.

2.3.3.2 Befragung von Patientinnen und Patienten der KG

Um qualitative Daten für eine Vergleichsmöglichkeit zwischen IG und KG hinsichtlich Versorgungsprozessen und der darin geleisteten interprofessionellen Zusammenarbeit zu generieren wurden auch Patientinnen und Patienten der KN befragt.

Rekrutierung und Sampling

Die Rekrutierung und Auswahl der befragten Patientinnen und Patienten fand analog zur Befragung der IG statt. Zunächst wurden die Personen der IG rekrutiert und befragt und anschließend die Teilnehmenden der KG.

Datenerhebung und Dokumentation

Hier kam in einem ÄN die in den IN angewandte Methode der Pictor-Interviews zum Einsatz. Die Befragungen in den beiden anderen KN erfolgten nach der Umstellung auf Telefoninterviews und folgte dieser Erhebungsmethode unter Verwendung des angepassten Frageleitfadens.

Datenauswertung

Die Interviewtranskripte (und Schaubilder) wurden in den Datensatz der Erst- und Zweitbefragung von Patientinnen und Patienten der IG übernommen und waren Gegenstand der beschriebenen Inhaltsanalysen. Da mit Teilnehmenden der KG kein Zweitinterview geführt wurde, konnte auf der Ebene der KG keine Verlaufsorientierung eingenommen werden. Gleichwohl diente der fallbezogene Vergleich zwischen „Versorgungslandschaften“ aus IN und KN zur Fundierung von anhand der IG-Interviews herausgearbeiteten Veränderungen durch die Intervention.

2.3.3.3 Befragung der neuqualifizierten CM

Rekrutierung und Sampling

Ziel in diesem Evaluationsabschnitt war es, alle neuqualifizierten CM zu erreichen.

Datenerhebung und Dokumentation

Die Befragung der neuqualifizierten Gesundheitsfachkräfte hinsichtlich Machbarkeit und Umsetzung der Intervention wurde in Form von 5 videokonferenzgestützten Expertenworkshops durchgeführt und nicht, wie ursprünglich vorgesehen, mittels persönlicher Einzelinterviews. Die Workshops zielten trotzdem in der Art von Experteninterviews darauf ab, grundlegende Informationen zur jeweiligen Umsetzung der Intervention in den Modellregionen aus Sicht der neuqualifizierten CM zu gewinnen und für die Evaluation das erfahrungsbasierte und im Rahmen des CCM gewonnene Prozess- und Betriebswissen [17] der Teilnehmenden geltend zu machen. Ähnlich wie bei den Interviews der Zweitbefragung von Patientinnen und Patienten machten es pandemiebedingte Kontaktbeschränkungen erforderlich, von der ursprünglichen Konzeption der Workshops in Präsenz abzurücken. In Absprache mit den anderen TP und nach einer Methodendiskussion insbesondere mit TP2 und TP4 wurde für die Workshops ein erweitertes videokonferenzgestütztes Online-Format konzipiert und mit Unterstützung der jeweiligen Projektkoordination in den ÄN umgesetzt [18, 19].

An den Workshops nahmen jeweils die CCM-Teams der einzelnen IN teil, so dass nahezu alle neuqualifizierten CM Teil der Befragung waren. Unter Anwendung von Interviewmethoden, die an der Pictor Technique angelehnt waren, wurde in den Workshops die Umsetzung des in den Praxisnetzen geleisteten CCM behandelt. Sowohl die fallbezogene Betreuungsarbeit als auch der Aufbau von regionalen Versorgungsstrukturen (beides in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Versorgern) war Gegenstand der Workshopsitzungen. Die mit den Workshops verfolgte Fragestellung umfasste dabei die Themen interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der CM, Unterschiede und Besonderheiten der einzelnen ÄN, sowie fördernde und hemmende Faktoren bei der Vernetzung. Zusätzlich sollte die Passfähigkeit der RubiN-CCM-Schulung für das konkrete Anwendungsfeld in den jeweiligen Modellregionen exploriert werden. Es fand eine umfassende Ergebnisdokumentation der Workshops statt. Dafür erstellten die Teilnehmenden zur Visualisierung der von ihnen durchgeführten Fallbesprechungen teilstandardisierte Fallbilder (1.). Jede Gruppe erarbeitete eine

Versorgernetz-Karte (2.). Die Bearbeitung der Fragen zur CCM-Schulung erfolgte schriftlich in Stillarbeit (3.). Darüber hinaus wurden die Workshops in ihren Verläufen von je zwei Mitgliedern des Studienteams protokolliert und die Protokollinhalte im Anschluss miteinander abgeglichen und vervollständigt (4.).

Datenauswertung

Ziel der Befragung, die im Rahmen und mittels der Expertenworkshops erfolgte, war es, Daten über die Umsetzung der Intervention vor Ort insbesondere die Vernetzungsarbeit der CM zu gewinnen. Das übergeordnete Ziel der Auswertung dieser im Rahmen der Workshops erhobenen Daten war es, Aussagen über geteilte Wissensbestände und Deutungsmuster [20] aber auch zu Erfahrungen und Praktiken der (inter)professionellen Zusammenarbeit der Teilnehmenden treffen zu können. Dafür wurden Schaubilder (Versorgernetz-Karten) und Protokollinhalte in einem „thematischen Vergleich“ [20] auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht. Zusätzlich wurde das Antwortmaterial auf die in den Workshop gestellte „Schulungsfrage“ mithilfe einer thematischen Analyse [21] betrachtet. Dafür wurde ein Codesystem erstellt und thematischen Kategorien unter Anwendung der Creative Coding-Funktion von MAXQDA 2018 entwickelt.

2.3.3.4 Fragebogenbefragung ärztlicher Mitglieder der beteiligten Ärztenetze

Rekrutierung und Sampling

Ziel war es, alle ärztlichen Mitglieder der beteiligten Arztnetze zu befragen. Die Rekrutierung, d. h. die Versendung der Fragebogenlinks fand über die Koordinationsstellen der jeweiligen Arztnetze statt. Lediglich in einem Arztnetz funktionierte diese Form der Verteilung des Befragungslinks nicht, so dass hier Papierfragebögen zur Verfügung gestellt wurden, die von der Koordinationsstelle des Arztnetzes an die Teilnehmenden versendet wurden.

Datenerhebung

Die Befragung der Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte der beteiligten ÄN mithilfe eines standardisierten Fragebogens zielte vor allem auf quantitative Aspekte der Prozessevaluation. Es wurde ein selbstentwickelter Fragebogen verwendet. Aufbauend auf eine Literaturrecherche sowie anhand der Inhalte der CCM-Schulung im RubiN-Projekt wurden für die hausärztliche Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten relevante Versorgungsaspekte extrahiert. Mit dem Fragebogen sollte nun erfasst werden, welche (möglichen) Auswirkungen das CCM aus Sicht von Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzten auf ihre Betreuungs- und Versorgungsleistungen hat und welche Tätigkeiten im Rahmen eines CM delegiert werden können. In einer Freitextabfrage wurden die Teilnehmenden zudem nach den Vorteilen (für Patientinnen und Patienten), den Erleichterungen (für die Praxen) und den Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einem geriatrischen CM befragt. Die Teilnehmenden der IG wurden in einem gesonderten Fragenkomplex nach Aspekten der Zusammenarbeit mit den CM befragt. Die Befragung richtete sich an alle ärztlichen Mitglieder der beteiligten ÄN, sowohl der IG als auch der KG.

Datenauswertung

Die Auswertung der Antworten auf die Auswahl- bzw. Skalenfragen erfolgte deskriptiv mittels IBM SPSS Statistics 25. Die Häufigkeiten der gewählten Antwortmöglichkeiten wurden dabei gruppiert nach IG und KG dargestellt. Die Ergebnisse der Freitextfragen wurden unter Zuhilfenahme von MS Excel 2016 und der Datenanalysesoftware MAXQDA 2018 inhaltsanalytisch unter Verwendungen von qualitativen sowie quantitativen Elementen ausgewertet. Zunächst erfolgte durch schlagwortbasiertes Codieren die Entwicklung von qualitativen Kategorien. Diese erfuhren dann in einem zweiten Schritt eine Häufigkeitsauszählung hinsichtlich der umfassten Codes bzw. Subkategorien [11].

2.3.3.5 (Gruppen-) Befragung von Versorgenden in den IN und KN (multiprofessionelles Setting)

In Zusammenarbeit mit TP 4 wurde ein gemeinsamer Frageleitfaden für Fokusgruppeninterviews erstellt. Diese sollten im multiprofessionellen Setting, das heißt unter Beteiligung von CM und am Projekt mitwirkender Praxisteams (Ärztinnen und Ärzte sowie MFA) der IN stattfinden. Der Frageleitfaden umfasste Fragen zu den beiden von TP3 und TP4 bearbeiteten Schwerpunktbereichen der Prozessevaluation. Die multiprofessionellen Fokusgruppeninterviews in den IN wurden federführend von TP4 durchgeführt (Abschnitt 2.3.4.2).

Ein Frageleitfaden für multiprofessionelle Fokusgruppeninterviews mit Beteiligten der KN wurde in Zusammenarbeit mit TP 4 und TP2 erstellt. Basierend auf diesem Leitfaden wurde ein Fokusgruppeninterview in einem KN sowie Einzelinterviews mit Praxismitarbeitende geführt. Die Interviews wurden audio-aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Für die Auswertung wurde zusätzlich auf Interviewdaten mit Versorgenden der Kontrollnetze zurückgegriffen, die im Rahmen der von TP2 geleisteten qualitativen Schnittstellenanalyse (Abschnitt 2.3.2.2) erhoben wurden.

Datenauswertung

Für die Auswertung der multiprofessionellen Fokusgruppeninterviews im Hinblick auf Machbarkeit und Umsetzung der Intervention wurde zunächst ein Codierleitfaden mit Haupt- und Unterkategorien entwickelt. Die Kategorien bildeten zunächst die relevanten Fragestellungen, wie z.B. Ausmaß der Interventionsimplementierung, umsetzungsfördernde und umsetzungshemmende Faktoren, Veränderungen von (interprofessionellen) Versorgungsstrukturen, Schulung und Qualifikation der CM ab. Anschließend wurden die transkribierten Interviews codiert und das Kategoriensystem bearbeitet und erweitert. Die erweiterte Auswertung einzelner Kategorien (Feinanalyse) konzentrierte sich wieder auf relevante Aspekte der Prozessevaluation. Die Ergebnisdarstellung erfolgte in Form einer empirischen Fundierung der kritischen Prozessbeschreibung von Implementierung und Umsetzung der Intervention in den ÄN.

2.3.4 TP4 – Prozessevaluation Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit

Die Prozessevaluation in TP4 bestand aus zwei methodischen Teilen. Zum einen erfolgte die Entwicklung von drei verschiedenen Erhebungsinstrumenten zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell (Patienten und Patientinnen, Angehörige und CM) auf Basis von Vorerfahrungen, Studienlage und einer qualitativen Vorstudie. Die psychometrische Überprüfung der entwickelten Erhebungsinstrumente erfolgte aufgrund der Fallzahlgrößen für die Gruppe der Patienten und Patientinnen sowie der Angehörigen. Zum anderen erfolgte die Durchführung von Interviews und Fokusgruppen in den Netzen. Dabei wurden Patienten und Patientinnen und Angehörige in Einzelinterviews zu ihrer Versorgungssituation befragt. Die Fokusgruppen waren interprofessionell zusammengesetzt, bestehend aus Ärzten und Ärztinnen, CM und MFA.

2.3.4.1 Psychometrische Betrachtung der Fragebögen zur Akzeptanz und Zufriedenheit aus Patienten- und Angehörigenperspektive und deren Analyse

Für die Analysen wurde das Statistikprogramm SPSS 27.0 (SPSS Inc., IBM) verwendet. Im ersten Schritt erfolgte eine deskriptive Auswertung der soziodemographischen Variablen, für stetige Variablen wurden der Mittelwert und die Standardabweichung und für kategoriale Daten wurden die Häufigkeit und der prozentuale Anteil angegeben. Für die einzelnen Items des Fragebogens wurden die Itemkennwerte ermittelt. Neben der Verteilung der

Antworthäufigkeiten wurden der Mittelwert, die Standardabweichung sowie die Kurtosis und Schiefe berechnet. Eine explorative Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenextraktion wurde durchgeführt, um die Dimensionalität der Items zu prüfen. Die Zahl der Komponenten wurde durch Eigenwert > 1 determiniert. Die Komponenten wurden einer Varimax Rotation unterzogen. Des Weiteren wurde das Kaiser-Meyer-Olkin Kriterium (KMO) zur Stichprobeneignung und der Bartlett-Test auf Sphärizität geprüft. Alle Items, die eine Faktorenladung $>0,5$ aufwiesen, wurden dem jeweiligen Faktor zugeordnet. Die interne Konsistenz wurde durch das Cronbach's α ermittelt. Dabei stehen Werte $>0,8$ für eine gute, $>0,6$ für eine akzeptable und $>0,4$ für eine schlechte interne Konsistenz.

2.3.4.2 Qualitative Datenerhebung und -analyse

Vor dem Hintergrund der Frage, wie zufrieden Patienten und Patientinnen, Angehörige sowie Leistungserbringer mit der Versorgung in solch einem Versorgungsmodell wie RubiN sind, kann qualitative Forschung einen wichtigen Beitrag leisten, um die subjektive Sichtweise der Beteiligten genauer zu erfassen. Das primäre Forschungsinteresse galt dabei explizit der Erfassung der Erfahrungen, Meinungen und Perspektiven der drei verschiedenen Gruppen. Die interviewten Patienten und Patientinnen sowie die Angehörigen dieser Patienten und Patientinnen sollten dabei mindestens ein Jahr lang in RubiN eingeschrieben sein. Die Interviews und die Fokusgruppen wurden mittels eines teilstandardisierten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Interviewleitfäden wurden in einem interdisziplinären Team in Lübeck sowie mit den Beteiligten aus TP3 und TP4 entwickelt. Interviewleitfäden strukturieren hierbei die Kommunikation, indem sie einen Themenweg vorgeben und sind besonders dann geeignet, wenn eine offene Herangehensweise zur Beantwortung der Fragestellung mit dem Fokus auf Teilaspekte kombiniert werden soll. Teilstandardisierte Interviewleitfäden erlauben den Forschenden, situativ und der Gesprächsdynamik entsprechend zu reagieren oder bei Bedarf ausführlicher auf einzelne von den Befragten angesprochene Aspekte einzugehen. Die Interviews mit den Patienten und Patientinnen sowie den Angehörigen fanden aufgrund der Sars-CoV-2 Pandemie und damit zusammenhängend dem für Mitarbeitende des UKSH, Campus Lübeck geltenden Dienstreiseverbots telefonisch statt. Die kurze Aufhebung des Dienstreiseverbots im August und September 2020 führte dazu, dass die Fokusgruppen alle in Präsenz in den jeweiligen Netzen durch uns durchgeführt werden konnten. Die Interviews und Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet und anschließend orthographisch transkribiert. Zur Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse verwendet [11]. Die Auswertung selbst erfolgte softwaregestützt durch das Analyseprogramm ATLAS.ti, Version 8.4. Diese Software unterstützt bei der Verwaltung, Gruppierung, Zuordnung und visueller Darstellung der Transkripte wie auch der Textbausteine und einzelnen Kategorien (Scientific Software Development GmbH, 2020). Bei der Auswertung der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine zusammenfassende Inhaltsanalyse mit der Erstellung eines Kategoriensystems nach deduktiv-induktivem Vorgehen.

3. Ergebnisse der Evaluation

Die Evaluation des Projektes RubiN wurde, wie geplant, arbeitsteilig durch die vier Evaluationspartner durchgeführt.

- **TP1 - Quantitative Evaluation mit Primärdaten**
Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie u. Community Health
- **TP2 - Gesundheitsökonomische Evaluation**
Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung – inav

- **TP3 - Prozessevaluation Machbarkeit und Umsetzung mit Schwerpunkt auf die Unterschiede zwischen den Praxisnetzen**
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main
- **TP4 - Prozessevaluation Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit**
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin Campus Lübeck

In der Folge werden die einzelnen Evaluationsschwerpunkte entsprechend in den separaten Gliederungspunkten 3.1 bis 3.4 ausgeführt.

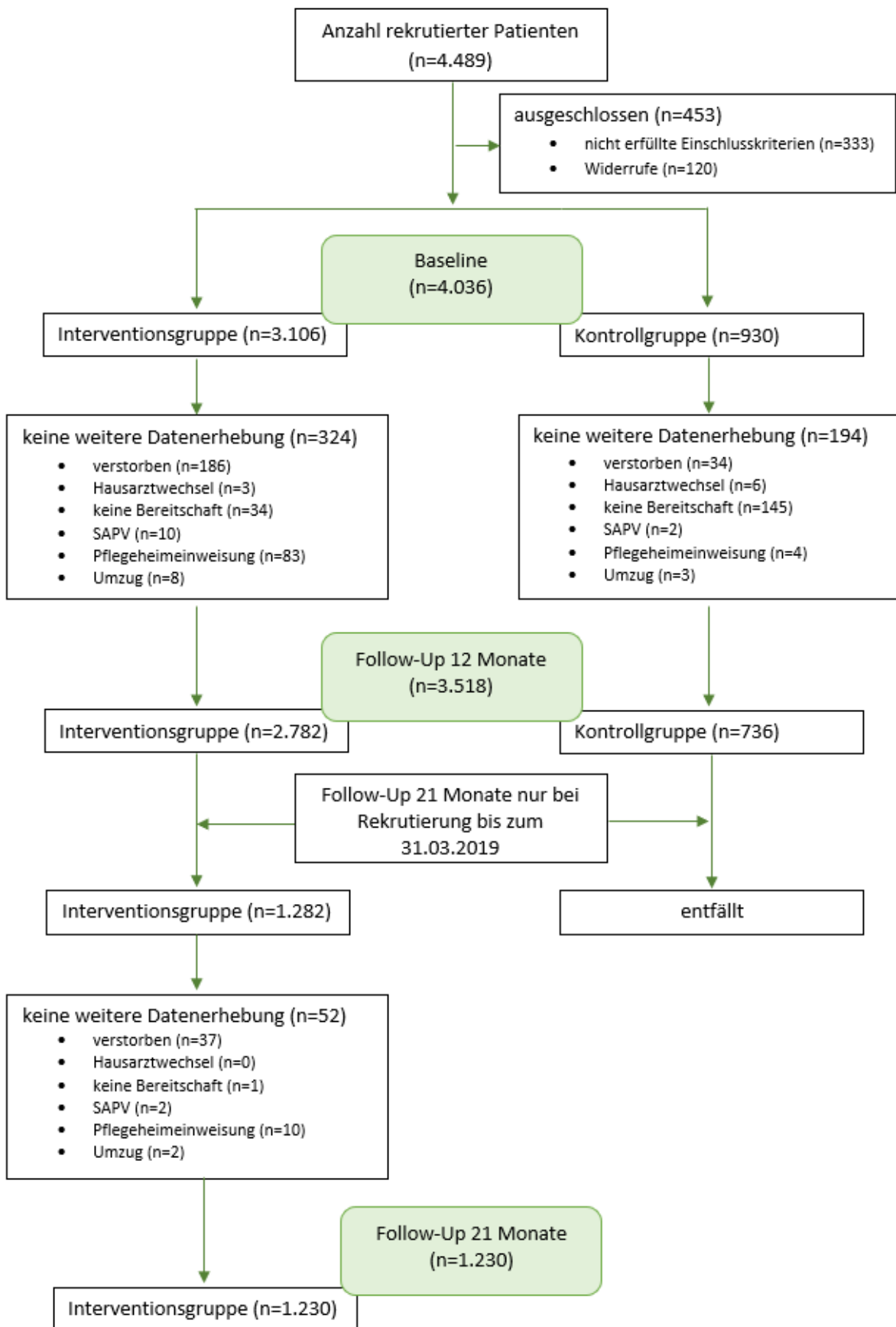
3.1 TP1 – Quantitative Evaluation mit Primärdaten

3.1.1 Beschreibung der Studienpopulation

Für die Studie RubiN wurden insgesamt 4.489 Patientinnen und Patienten rekrutiert. Davon wurden für die fünf IN (= IG) 3.418 Patientinnen und Patienten und für die drei KN (= KG) 1.071 Patientinnen und Patienten in den Hausarztpraxen der jeweiligen ÄN eingeschrieben per erteilter Einverständniserklärung.

Die Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien (Alter ≥ 70 ; Erreichen eines ANGELINA-Screening-Scores von ≥ 2 aus mindestens zwei unterschiedlichen Themenkomplexen; Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung) führte zum Ausschluss von 333 Patientinnen bzw. Patienten. Weitere 120 Patientinnen bzw. Patienten widerriefen Ihre erteilte Einwilligung zur Studienteilnahme (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: TP1_Consort-Diagramm



Somit konnten 4.036 Patientinnen und Patienten in den pseudonymisierten Auswertedatensatz für BL (t0) aufgenommen werden. Davon gehören 3.106 Patientinnen und Patienten der IG und 930 Patientinnen und Patienten der KG an. In Tabelle 3 ist die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die einzelnen ÄN (IN1 bis IN5 und KN1 bis KN3) dargestellt.

Tabelle 3: TP1_Verteilung der in die Studie eingeschlossenen Studienpopulation auf die ÄN

Variablen	Gesamt								
Gesamt: n	4.036								
(%)	(100)								
IG|KG	3.106						930		
(%)	(76,96);(100)						(23,04);(100)		
IN1-IN5|KN1-KN3	633	622	534	657	660	377	252	301	
(%)	(20,38)	(20,03)	(17,19)	(21,15)	(21,25)	(40,54)	(27,1)	(32,37)	

3.1.2 Prüfung auf Strukturgleichheit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Strukturgleichheit wäre gegeben, wenn sich die IG und die KG hinsichtlich bestimmter Einflussvariablen nicht voneinander unterscheiden, also statistisch gesehen dahingehend nicht verschieden sind. Derartige Einflussvariablen können das Alter, das Geschlecht, die Bildung, aber auch weitere Individuumsfaktoren sein. In der deskriptiven Auswertung für t0 wird die Gesamtpopulation anhand von Mittelwerten und Standardabweichungen (stetige Variablen) und Häufigkeiten und Anteilen (kategoriale Variablen) zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses beschrieben. Dabei wird immer zunächst die gesamte Studienpopulation, dann die Aufspaltung in IG bzw. KG und danach die Auflistung für die einzelnen IN (IN1 bis IN5) bzw. KN (KN1 bis KN3) betrachtet. Die Gesamtübersicht hierzu findet sich im Anhang 1.

Zunächst geht es um soziodemografische Daten der Patientinnen und Patienten, die per Fragebogen erhoben worden sind und zu den Einflussfaktoren bezüglich der Strukturgleichheit zählen (siehe hierzu auch folgende Tabelle 4).

Tabelle 4: TP1_Soziodemografische Daten und Daten zum BI nach Gruppenzugehörigkeit zu Baseline

Variable	Gesamt (N=4036)	IG (N=3106)	IN1 (N=633)	IN2 (N=622)	IN3 (N=534)	IN4 (N=657)	IN5 (N=660)	KG (N=930)	KN1 (N=377)	KN2 (N=252)	KN3 (N=301)
Alter											
Alter (Jahre)											
M	81,6	81,9	81,9	82,4	81,9	81,2	82,1	80,8	80,1	81,8	80,5
SD	5,8	5,8	5,7	5,9	5,7	5,6	6	5,7	5,6	5,6	5,7
p (Test jeweils vs. KG)	-	<0.0001*1	<0.0001*1	<0.0001*1	0.0003*1	0.1370 ¹	<0.0001*1	-	-	-	-
Altersgruppen											
70-79 (%)	36	34	31	32	34	40	34	41	46	34	42
≥80 (%)	64	66	69	68	66	60	66	59	54	66	58
p (Test jeweils vs. KG)	-	<0.0001*2	<0.0001*2	<0.0001*2	0.0055*2	0.4660 ²	0.0031*2	-	-	-	-
Geschlecht											
weiblich (%)	64	64	63	66	63	68	61	63	62	63	63
männlich (%)	36	36	37	34	37	32	39	37	38	37	37
p (Test jeweils vs. KG)	-	0.4603 ²	0.9405 ²	0,2505 ²	0,8248 ²	0.0466*2	0.5328 ²	-	-	-	-
Bildung											
Schulbildung											
niedrig (%)	74	74	83	62	48	79	84	73	80	50	81
höher (%)	26	26	17	38	52	21	16	27	20	50	19
p (Test jeweils vs. KG)	-	0,8320 ²	<0.0001*2	<0.0001*2	<0.0001*2	0.0077*2	<0.0001*2	-	-	-	-
Berufsbildung											
niedrig (%)	76	76	88	70	50	83	82	76	80	65	80
höher (%)	24	24	12	30	50	17	18	24	20	35	20
p (Test jeweils vs. KG)	-	0,9780 ²	<0.0001*2	<0.0224*2	<0.0001*2	0.0009*2	0.0051*2	-	-	-	-

Variable	Gesamt (N=4036)	IG (N=3106)	IN1 (N=633)	IN2 (N=622)	IN3 (N=534)	IN4 (N=657)	IN5 (N=660)	KG (N=930)	KN1 (N=377)	KN2 (N=252)	KN3 (N=301)
Lebenssituation											
Wohnort											
ländlich (%)	41	43	77	79	2	22	41	34	47	2	41
städtisch (%)	59	57	23	21	98	78	59	66	53	98	59
p (Test jeweils vs. KG)	-	<0.0001* ²	<0.0001* ²	<0.0001* ²	<0.0001* ²	<0.0001* ²	0.0072* ²	-	-	-	-
Häusliche Gemeinschaft											
alleinlebend (%)	41	42	42	45	45	46	32	38	30	51	37
nicht alleinlebend (%)	59	58	58	55	55	54	68	62	70	49	63
p (Test jeweils vs. KG)	-	0,0243* ²	0.1034 ²	0.0076* ²	0.0047* ²	0.0005* ²	0.0259* ²	-	-	-	-
Soziale Unterstützung											
vorhanden (%)	86	90	87	85	90	94	92	77	89	62	72
nicht vorhanden (%)	14	10	13	15	10	6	8	23	11	38	28
p (Test jeweils vs. KG)	-	<0.0001* ²	<0.0001* ²	<0.0001* ²	<0.0001* ²	<0.0001* ²	<0.0001* ²	-	-	-	-
Finanzielle Situation											
ausreichend (%)	81	80	77	74	85	82	80	83	82	81	85
nicht ausreichend (%)	19	20	23	26	15	18	20	17	18	19	15
p (Test jeweils vs. KG)	-	0,0692 ²	<0.0083* ²	<0.0004* ²	0,3354 ²	0,7718 ²	0,3159 ²	-	-	-	-
Barthel-Index (ADL) zu Baseline (t0)											
ADL-Total-Score											
M	87,5	86,2	81,5	86,7	90,3	90,1	83	92,2	90,9	92,2	93,9
SD	18,2	18,7	18,9	19,3	16,2	14,5	21,7	15,7	18,5	15,1	11,4
p (Test jeweils vs. KG)	-	<0.0001* ¹	<0.0001* ¹	<0.0001* ¹	0,0381* ¹	0,0090* ¹	<0.0001* ¹	-	-	-	-

Anmerkungen: N=Anzahl Probanden; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; p-Wert (Unterschiede zwischen IG und KG und zwischen IN1 bis IN5 und KG); ¹ two-sided pooled t-Test, ² Chi²-Test, * p < 0.05

a. Soziodemografische Daten zu t0:

Insgesamt sind in der Studienpopulation mehr Frauen (64%) als Männer (36%) vertreten. Die Verteilung der 4.036 Patientinnen und Patienten nach Geschlecht zeigte sich als dahingehend einheitlich, dass sowohl in der IG (36% männlich) als auch in der KG (37% männlich) die gleiche Verteilung wie in der gesamten Studienpopulation hinsichtlich des Geschlechts zu verzeichnen ist. Auch die einzelnen AN, also die IN und KN, zeigen eine sehr ähnliche Verteilung des Geschlechts (Minimum 32% männlich, Mittelwert 36% männlich, Maximum 39% männlich).

Die Verteilung des Alters zeigte sich ebenso homogen. Der Mittelwert betrug in der gesamten Studienpopulation 81,6 Jahre und nach Geschlecht betrachtet ergab sich mit 81,5 Jahren bei den Männern und mit 81,7 Jahren bei den Frauen das gleiche Bild. Aus Anhang 1 und Tabelle 4 geht hervor, dass es zwischen der IG und der KG ($p < ,0001$) und zwischen den IN1, IN2, IN3 und IN5 und der KG hinsichtlich des Mittelwertes des Alters signifikante Unterschiede gab.

Die Betrachtung der Verteilung in zwei Altersgruppen, nämlich in die Gruppe der „70-79“ und in die Gruppe der „≥80“ zeigte für die gesamte Studienpopulation, dass der Gruppe der Älteren 64 % der Patienten zu Studienbeginn angehörten. Diese Verteilung ergab sich auch für die IG (66% in der Gruppe „≥80“) und die einzelnen IN. In der KG, bzw. in den KN1 und KN3 zeigte sich eine andere Verteilung für die beiden Altersgruppen. Hier sind die Patienten weniger in der älteren Altersgruppe (59%) vertreten und nur das KN2 zeigt mit 66% den gleichen Anteil wie die IN in der Altersgruppe von „≥80“.

Für die Kategorien „niedrig“ und „höher“ bei den Schulabschlüssen und den Berufsabschlüssen zeigt sich eine übereinstimmende Verteilung zwischen der IG und KG (Schulabschluss: $p = 0,8320$; Berufsabschluss: $p = 0,9780$). Sowohl bei den Schul- als auch bei den Berufsabschlüssen beläuft sich der Anteil in der Kategorie „niedrig“ auf ca. 75%. Schaut man auf Netzebene, also auf die IN und KN, dann liegen besonders im IN3 und im KN2 andere Verteilungen vor. Im IN3 ist sowohl für den Schul- als auch für den Berufsabschluss der Patientinnen und Patienten eine Gleichverteilung (jeweils ca. 50%) auf die beiden Kategorien „niedrig“ und „höher“ vorhanden. Im KN2 haben gleichviele Patientinnen und Patienten

(jeweils 50%) einen höheren bzw. niedrigen Schulabschluss und mit 65% einen um 10% geringeren Anteil in der Kategorie Berufsabschluss „niedrig“ als die KG und IG.

Weitere Aspekte, wie z.B. „Wohnort“, „Häusliche Gemeinschaft“, „Soziale Unterstützung“ und „Finanzielle Situation“ sind dem Anhang 1 und der Tabelle 4 zu entnehmen. Außerdem finden sich die soziodemografischen Angaben auch in Grafiken dargestellt im Anhang 2.

b. Geriatrische Gesundheitssituation zu t0:

Zur Einschätzung der Gesundheitssituation werden der Score des geriatrischen Screeninginstrumentes ANGELINA, die danach ausgeführte Schweregradeinteilung und der Score aus dem BI herangezogen. Die detaillierten Informationen dazu finden sich im Anhang 1 und in den Grafiken im Anhang 3.

Der ANGELINA-Score, als Ergebnis des geriatrischen Screenings, zeigt bei der Betrachtung der gesamten Studienpopulation für den Score 2 bis 8 eine gute Gleichverteilung mit jeweils ca. 14%, nur der Score 9 (= schlechtestes erreichbares Ergebnis im Screening) ist mit 4% wenig vertreten. Schaut man auf die Verteilung innerhalb der IG bzw. KG, so zeigt sich, dass in der IG am häufigsten der Score 7 mit 17% und in der KG am häufigsten der Score 3 mit 21% erreicht wurde. Dieses Bild zeigt sich auch für die Betrachtung der einzelnen IN und KN.

Die aufgrund der ANGELINA-Scores ermittelte Schweregradeinteilung, die für die Scores 2 („leicht“ (Ang.≤2)) und 3 („mittel“ (Ang.=3)) sehr „empfindlich“ (eng) festgelegt wurde, erfolgte für die Scores von 4 bis 9 sehr „grob“ und zusammenfassend zu Schweregrad „schwer“ (Ang.≥4). Das führte dazu, dass in der Studienpopulation 73% der Patienten dem Schweregrad „schwer“ zugeordnet wurden. Nach Gruppen betrachtet, gehörten 77% der Patientinnen und Patienten in der IG und 61% der Patientinnen und Patienten in der KG dem Schweregrad „schwer“ an. Für die Schweregrade „leicht“ bzw. „mittel“ ergab sich eine Gleichverteilung in den Gruppen (IG: 11% bzw. 12% und KG: 18% bzw. 21%). Die Verteilungen in den einzelnen IN und KN zeigen ebenfalls einheitliche Anteile für die einzelnen Schweregrade.

Der BI-Score (Primäroucome dieser Studie), der ebenfalls zu Beginn der Studie erhoben wurde, wurde mit voller Punktzahl, also mit 100 Punkten, von 44% der gesamten Studienpopulation erreicht. Innerhalb der Gruppen erreichten 39% in der IG und 64% in der KG die maximale Punktzahl, ein Bild, welches sich auch auf Netzebene entsprechend zeigte.

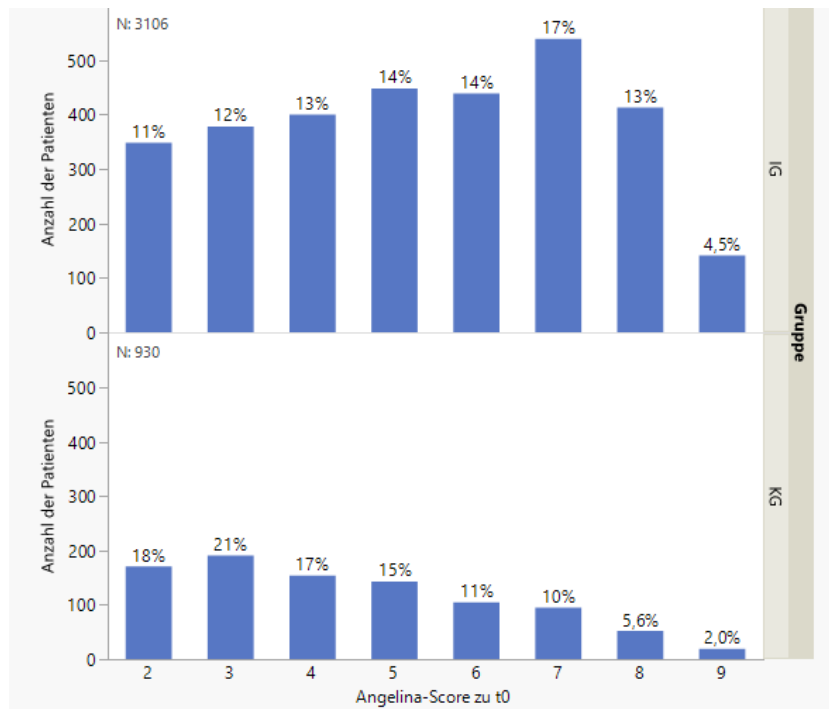
Auf der Basis der deskriptiven Auswertungen konnte in Bezug auf die Soziodemografie der zu BL eingeschlossenen Patientinnen und Patienten nur bedingt Strukturgleichheit zwischen der IG und KG für Geschlecht, Schul- und Berufsbildung und finanzielle Situation und zwischen den IN und KG festgestellt werden. Hinsichtlich der geriatrischen Gesundheitssituation ergaben sich Abweichungen zwischen der IG und KG und den IN und KN. Es zeigte sich sehr deutlich, dass die KG im Vergleich zur IG aufgrund der erreichten ANGELINA-Scores und der entsprechenden Schweregradeinteilungen hinsichtlich der geriatrischen Gesundheitssituation „besser ausgestattet“ in die Studie startete. Auch die Verteilung der BI-Scores spiegelt diesen Fakt für die KG im Vergleich zur IG wider (siehe Tabelle 4).

3.1.3 Analyse der Schweregrade der Patientinnen und Patienten auf der Basis des ANGELINA-Instrumentes

Zur Identifizierung der geriatrischen Patientinnen und Patienten für eine mögliche Teilnahme an der Studie RubiN wurde in den beteiligten Hausarztpraxen ein im Rahmen eines in Leipzig durchgeführten Modellprojektes (Gerivita) entwickeltes geriatrisches Screeninginstrument eingesetzt. Dieser Selbstauskunftfragebogen „ANGELINA“ (siehe Anlage 2) fragt folgende sieben Domänen ab: „Wohnen/Hilfebedarf“, „Medikation“, „Mobilität“, „Sinne“, „Krankenhaus“, „Kognition“ und „Stimmung“. Mit einem ANGELINA-Score von ≥2 aus mindestens zwei unterschiedlichen Domänen erfüllten die Patienten dahingehend ein Einschlusskriterium (siehe 2.2.1). In Abbildung 4 ist die Verteilung der erreichten Scores für

die Studienpopulation nach Gruppenzugehörigkeit dargestellt. Es zeigt sich, dass die höheren Scores 6 bis 9 (=Ausdruck für einen schlechteren geriatrischen Gesundheitszustand) in der IG häufiger bei Studieneintritt erreicht wurde als in der KG.

Abbildung 4: TP1_Verteilung der Angelina-Scores nach IG und KG



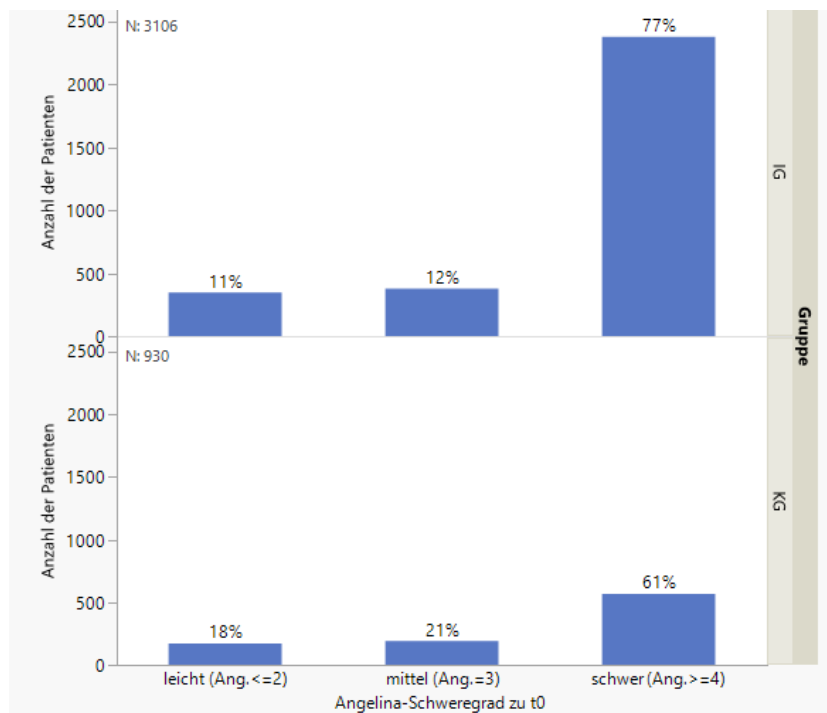
Anhand der erreichten ANGELINA-Score-Ergebnisse erfolgte die Eingruppierung der geriatrischen Patientinnen und Patienten nach Schweregrad (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: TP1_Schweregradeinstufung nach ANGELINA-Score

Schweregradeinstufung zum Zeitpunkt der Rekrutierung (ANGELINA)			
	leichter Schweregrad	mittlerer Schweregrad	schwerer Schweregrad
Höhe des Scores (ANGELINA)	= 2	= 3	≥ 4
Schweregrad	1	2	3
Stärke des ausgeprägten Risikos	leicht	mäßig	erheblich
Interpretation des ausgeprägten Risikos	kurzzeitige geringe Einschränkungen/ Funktionsstörungen	anhaltende geringe Einschränkungen/ Funktionsstörungen	fortschreitende Einschränkungen/ Funktionsstörungen

Wie aus Abbildung 5 ersichtlich, ergab sich für 77% der Patientinnen und Patienten in der IG und für 61% in der KG die Einstufung in den höchsten Schweregrad 3 („schwer“) anhand der erreichten Scores im geriatrischen Screeninginstrument ANGELINA.

Abbildung 5: TP1_Verteilung des ANGELINA-Schweregrades in IG und KG zu t0



Die Fragestellung, welche Determinanten den ANGELINA-Score und damit die Schweregrade der Patientinnen und Patienten insbesondere beeinflussen, wurde mit einem multiplen linearen Regressionsmodell analysiert. Als abhängige Variable wurde der ANGELINA-Score neben neun potentiellen Prädiktoren (Alter, Geschlecht, Bildung (Schule, Beruf), Lebenssituation (Wohnort, Häusliche Gemeinschaft), soziale Unterstützung, finanzielle Situation und Pflegegrad) in das Modell eingeschlossen. Bezüglich der in das Modell einfließenden Faktoren stand ein dahingehend vollständiger Datensatz für 3.306 Patienten zur Verfügung. In dieser untersuchten Studienpopulation zeigten sich die gleichen Verteilungen der ANGELINA-Scores und Schweregrade, wie in der gesamten Studienpopulation.

Die Analyse (siehe Anhang 4) ergab, dass insbesondere das Vorliegen eines Pflegegrades statistisch signifikant höhere ANGELINA-Scorewerte vorhersagt, aber auch die Zugehörigkeit zur höheren Altersgruppe (≥ 80), ein niedriger Schulabschluss, das Vorhandensein sozialer Unterstützung und eine von den Patientinnen und Patienten als nicht ausreichend angegebene finanzielle Situation führten statistisch signifikant zu erhöhten Scorewerten, und sind somit ein Hinweis auf das Vorliegen schlechterer geriatrischer Gesundheitszustände der entsprechenden Patientinnen und Patienten. Für die Prädiktoren Geschlecht, Berufsabschluss, Häusliche Gemeinschaft und Wohnort zeigten sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge im Rahmen der Analyse.

3.1.4 Inhalte der Intervention in der Interventionsgruppe auf der Basis der Kontakt- und Leistungsdokumentation

Das Ziel der Intervention bestand im Projekt RubiN darin, die häufig sehr komplexen und individuellen Unterstützungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten zu ermitteln, zu decken bzw. so zu koordinieren, dass die Patientinnen und Patienten so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können und es zu einer möglichen Entlastung pflegender Angehöriger kommt. Es ging also um die Erbringung von Beratungs- und Koordinierungsleistungen durch die CM für die zuvor festgestellten individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten (geriatrisches Assessment und daraus resultierende Bedarfseinschätzung) in den fünf IN der IG. Zur Erfassung der durch die CM erbrachten Leistungen wurde zu Beginn der Studie zunächst das „Kontaktprotokoll“ (KP) (siehe Anlage 13)

und später der „Leistungsnachweis“ (LNW) (siehe Anlage 14) eingesetzt. So liegen für einige Patientinnen und Patienten beide Dokumentationsarten, für andere nur KP und für wieder andere nur LNW vor.

Für den Interventionszeitraum von BL bis FU12 wurden insgesamt für 3.059 Patientinnen und Patienten der IG (64% weiblich) 10.912 KP (=Vorstufe des LNW-CRFs (siehe Anlage 13)) und 24.028 LNW (siehe Anlage 14) in der Studiendatenbank für das Projekt „RubiN“ in CentraXX erfasst. Es wurden also für den Interventionszeitraum insgesamt 34.940 Dokumente zu den Aktivitäten des CCM angelegt (siehe Anhang 6). Im Durchschnitt wurden pro Patientin bzw. pro Patient 11,4 Dokumente ausgefüllt (SD 9,25). Die minimale Anzahl pro Patientin bzw. pro Patienten betrug 1 Dokument und die maximale Anzahl pro Patientin bzw. pro Patienten betrug 105 Dokumente. Am häufigsten wurden 6 Dokumente pro Patientin bzw. pro Patienten erfasst.

Da erst mit der Einführung des LNW im Vergleich zum KP zusätzliche und weiterführende Inhalte durch die CM dokumentiert werden konnten, gibt es nicht zu jeder Patientin bzw. zu jedem Patienten gleichermaßen die entsprechenden Angaben. Im Anhang 6 sind deshalb die dokumentierten Aspekte dahingehend gekennzeichnet, dass jeweils angegeben ist, aus welchem Protokolltyp die Information stammt.

Das **IN5** hat die Inhalte der zunächst eingesetzten KP in die Erfassungsstruktur der später eingeführten LNW transferiert und somit eine sehr gute Dokumentationsqualität erreicht (siehe Anhang 7). Es wurden insgesamt im IN5 für 649 Patienten 5.198 LNW für den Interventionszeitraum von 12 Monaten, also zwischen BL und FU12, in der Datenbank für das Projekt „RubiN“ in CentraXX erfasst. Im Durchschnitt wurden pro Patientin bzw. pro Patienten 8 LNW ausgefüllt. Die minimale Anzahl pro Patientin bzw. pro Patienten beträgt 1 LNW und die maximale Anzahl pro Patientin bzw. pro Patienten beträgt 34 LNW. Am häufigsten wurden 6 LNW pro Patientin bzw. pro Patienten erfasst. Im Anhang 7 sind für die 649 Patientinnen und Patienten des IN5 die durch die CM dokumentierten Aspekte aufgelistet.

Daraus geht hervor, dass es sich bei den durch die CM dokumentierten Kontakten in ca. 87% um Kontakte mit den Patientinnen bzw. Patienten direkt handelte und 13% der dokumentierten Kontakte unter Beteiligung Angehöriger stattfand. Die Beratungsdauer betrug durchschnittlich 31,7 Minuten, die gefahrene Strecke belief sich durchschnittlich auf 2,9 km. 56% der dokumentierten Kontakte fanden persönlich zwischen den CM und den Patientinnen bzw. Patienten bzw. Angehörigen statt und 44% wurden telefonisch ausgeführt. Es wurde fast ausschließlich zu Hause (99%) beraten und es handelte sich nahezu immer um einen zuvor geplanten Termin (98%).

Die Beratungsinhalte konnten kategorisiert angegeben werden nach „Medizinisch“, „Pflegerisch“, „Therapeutisch“ und „Sozial“ (Mehrfachantworten waren möglich). Am häufigsten wurden zu sozialen (93%) und medizinischen (92%) Aspekten Beratungs- und Koordinierungsleistungen durch die CM erbracht und dokumentiert, aber auch zu therapeutischen (23%) und pflegerischen (20%) Inhalten gab es Beratungsbedarf.

Die CM konnten getrennt nach Sozialgesetzbüchern detailliert angeben, welche dort jeweils angesiedelten Themen im Fokus der Beratung der Patientinnen und Patienten standen (siehe Anhang 7). Die Beratung bzw. eine Aufklärung erfolgte hinsichtlich Leistungen der Grundsicherung (SGB II), der Krankenversicherung (SGB V), der Rentenversicherung (SGB VI), der Unfallversicherung (SGB VII), der Rehabilitation (SGB IX), der Pflegeversicherung (SGB XI), des Widerspruchsverfahrens (SGB X) und der Sozialhilfe (SGB XII). Es wurde weiterhin informiert zu der Thematik Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, zu Ehrenamtsnetzen, zu Bewegungsangeboten, zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen, Selbsthilfegruppen und zu anderen Themen. Innerhalb des Themenbereiches Krankenversicherung (SGB V) wurde beraten bzw. koordiniert vor allem bezüglich Hilfsmittel (16%), Ambulanter Pflegedienst (Medizinische Behandlungspflege) (4%), Physiotherapie (4%) und Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (2,5%) und Haushaltshilfe (2,6%). Die am häufigsten dokumentierten Aspekte des

Themenbereiches Pflegeversicherung (SGB XI) bezogen sich auf den Pflegegrad (18%), den Hausnotruf (6,5%), den Ambulanten Pflegedienst (Grundpflege) (4,6%), die Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (3%) und die Tagespflege (1,5%). Besonders häufig wurden Beratungs- und Koordinierungsleistungen auch hinsichtlich der Patientenverfügung (13%) und der Vorsorgevollmacht (16%) erbracht. Informationsbedarf seitens der Patientinnen und Patienten und auch der Angehörigen bestand darüber hinaus auch zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen, zur Sozialen Aktivierung, zu haushaltsnahen Dienstleistungen und zum Mittagstisch. Auch in der Weiterleitung zu fachärztlichen Netzwerkpartnern wurden die Patientinnen und Patienten unterstützt.

Es stand also ein breit gefächertes Beratungs- und Koordinierungsbedarf im Vordergrund des CCM im Rahmen der Intervention, den es galt, zu planen und umzusetzen. Mit diesen Anstrengungen wurde individuell auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen eingegangen und es hat sich gezeigt, wie komplex und vielschichtig häusliche Versorgungsfälle sind.

3.1.5 Betrachtung des primären Endpunktes bzw. der sekundären Endpunkte

3.1.5.1 Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index

Der primäre Endpunkt der Ergebnisanalyse beinhaltet im Rahmen des TP1 die Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des BI-Scores von BL (t0) zu FU12 (t1). Beim BI handelt es sich um einen Fragebogen (Fremdeinschätzung), der Tätigkeiten, die zu den alltäglichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gehören, wie z.B. Essen, Ankleiden, Körperpflege und die Toilettenbenutzung erfasst (siehe Anlage 3). Bereits 1965 wurde dieses Instrument von der Ärztin Mahoney und der Physiotherapeutin Barthel entwickelt, um den Unterstützungsbedarf bei den Alltagsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten strukturiert zu erfassen in Form von Punktwerten. Weiterführend bestand aber auch das Ziel, anhand der ermittelten Punktwerte zu weiteren Zeitpunkten eine Verbesserung oder Verschlechterung in den Alltagsbedürfnissen bei den Patientinnen und Patienten festzustellen [22].

Mit dem im Rahmen dieses Projektes eingesetzten BI (entspricht der Kurzfassung des Hamburger Manuals) [23] wird also der Umfang der Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten bezüglich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) ermittelt. Es werden folgende 10 Items abgefragt:

- Essen
- Aufsetzen und Umsetzen
- Sich waschen
- Toilettenbenutzung
- Baden/Duschen
- Aufstehen und Gehen
- Treppensteigen
- An- und Auskleiden
- Stuhlkontinenz
- Harnkontinenz

Zu jeder Item-Abfrage werden die jeweiligen Punktwerte (0 – max. 15 Punkte) erfasst und zu einem Score aufsummiert. Maximal können 100 Punkte und minimal 0 Punkte erreicht werden. Ein höherer Score steht für eine größere Unabhängigkeit.

Im Rahmen der Auswertung des primären Endpunktes wurden die Patientinnen und Patienten berücksichtigt, für die sowohl zu t0 als auch zu t1 ein BI-Score berechenbar war. Der Auswertedatensatz umfasst für den Zeitraum der ersten 12 Monate der Intervention also 3.272 Patientinnen und Patienten (siehe Tabelle 6). In Abbildung 6 und Abbildung 7 ist

eindrucksvoll für diese betrachtete Studienpopulation gezeigt, welche „Wege“ der BI-Score von t0 zu t1 für die einzelnen Patientinnen und Patienten insgesamt bzw. kategorisiert nach Netzzugehörigkeit „genommen“ hat. Dabei zeigt der blaue Kurvenlinienverlauf die Verbesserung, der grüne Linienvorlauf die Konstanz und der rote Linienvorlauf die Verschlechterung des BI-Scores von t0 zu t1 an.

Abbildung 6: TP1_Entwicklung des BI in der Studienpopulation von t0 zu t1

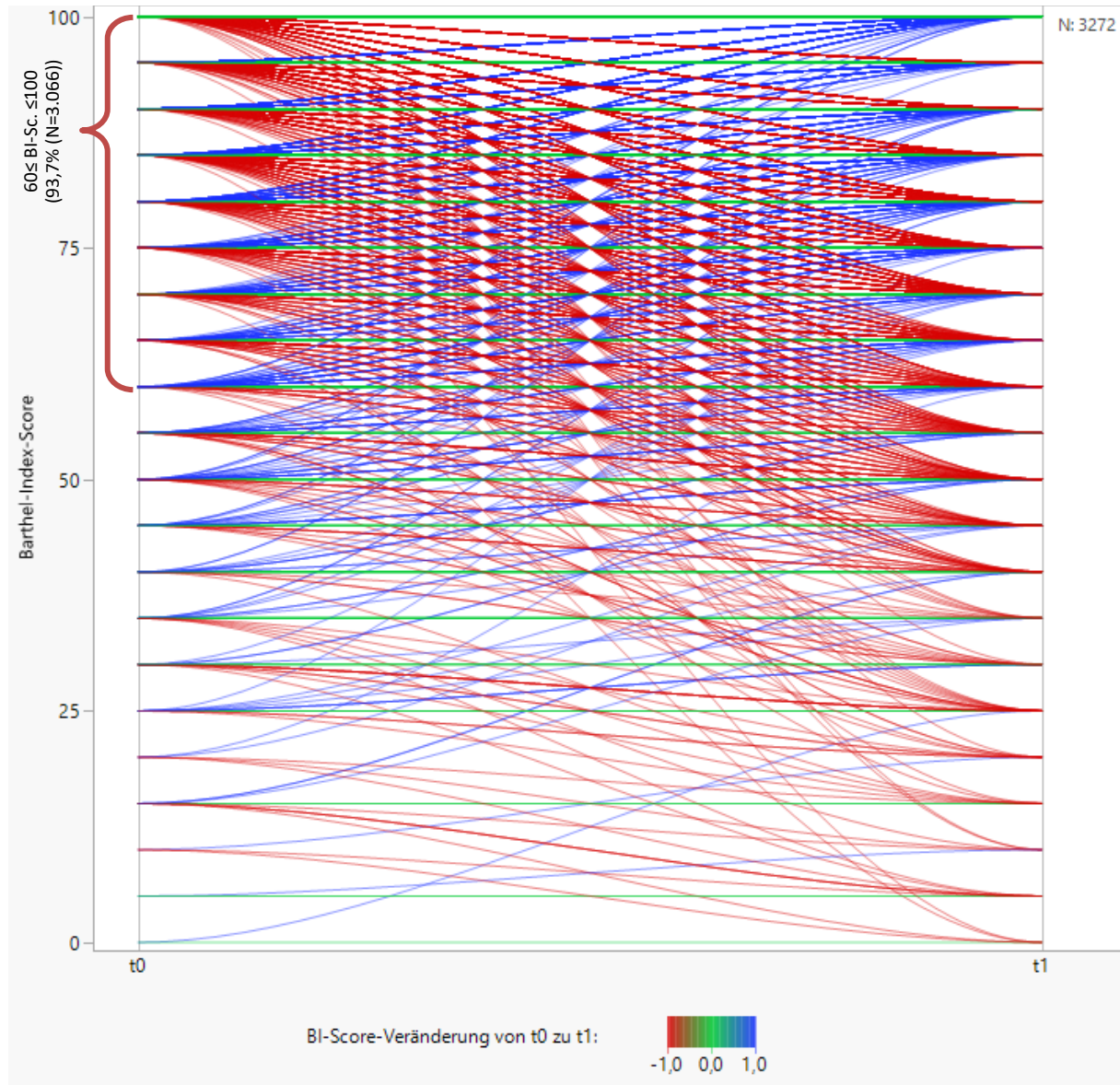
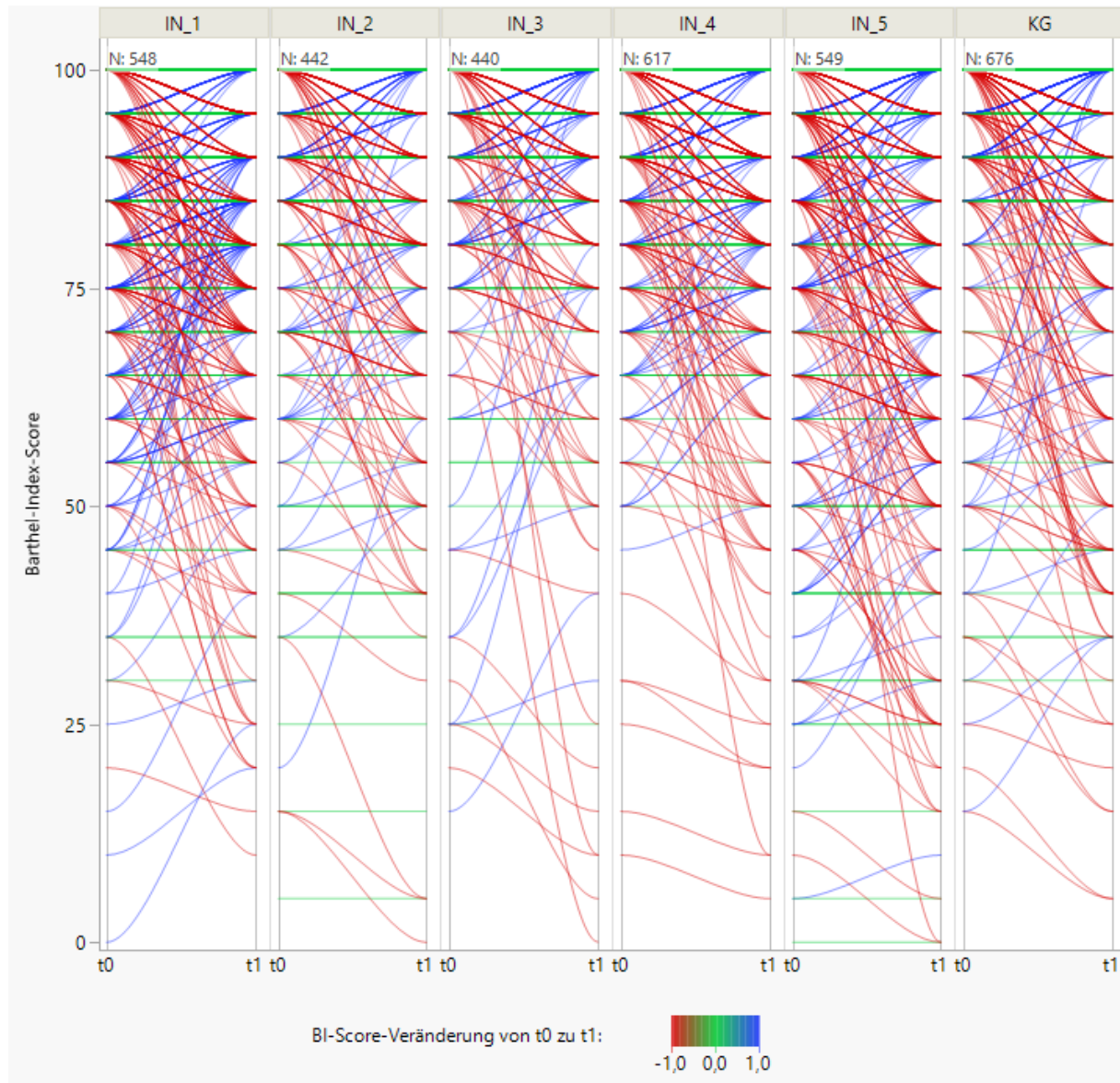


Abbildung 7: TP1_Entwicklung des BI in der Studienpopulation nach Netzzugehörigkeit von t0 zu t1



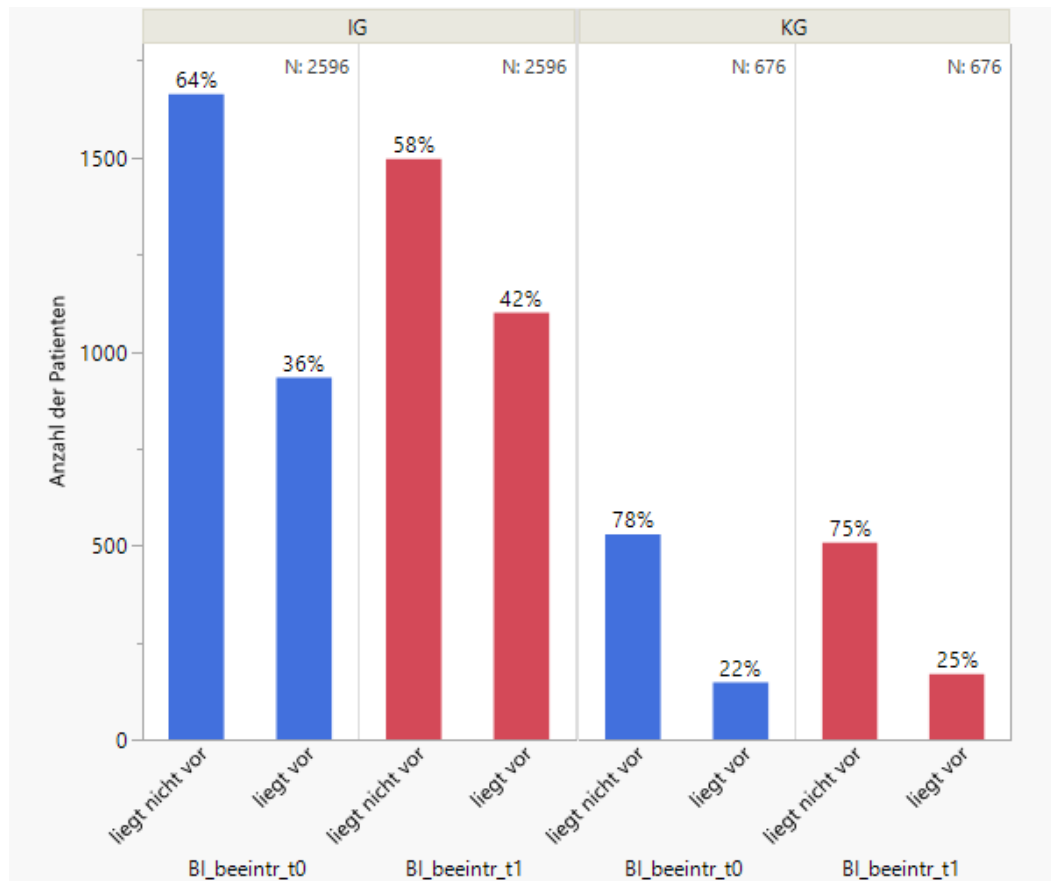
Um die Entwicklung des primären Endpunktes zunächst beschreibbar zu machen, wurden die Score-Mittelwerte, die Einteilung nach Vorhandensein einer Beeinträchtigung (wenn von den 10 Items mindestens ein Item=0, dann liegt eine Beeinträchtigung vor) und die Kategorienbildung (0-30=„weitgehend pflegeabhängig“, 35-80=„hilfsbedürftig“, 85-95=„punktuell hilfsbedürftig“ und 100=„Zustand kompletter Selbständigkeit“) herangezogen [24]. In Tabelle 6 sind dazu die entsprechenden Werte bzw. Daten für die IG, die IN, die KG und KN aufgeführt zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1.

Die BI-Mittelwertbetrachtung für die 3.272 Patientinnen und Patienten zeigt zunächst, dass es zu einer Mittelwertabnahme von t0 (89,15 Punkte) zu t1 (86,55 Punkte) gekommen ist. Es gibt sowohl zu t0 als auch zu t1 keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Die MW der KG sind sowohl zu t0 als auch zu t1 insgesamt höher als in der IG. Ein MW-Abfall um ca. 3 Punkte ist für die IG und KG gleichermaßen über den Zeitraum von 12 Monaten eingetreten.

Die Einteilung der Patientinnen und Patienten nach dem Vorliegen einer Beeinträchtigung im BI ergab zu t0, also zu t0, dass 33% der 3.272 Patientinnen und Patienten eine Beeinträchtigung aufweisen, also in mindestens einem Item des BI nur 0 Punkte erreicht haben. Das gleiche Bild zeigte sich bei der Betrachtung nach Geschlecht (männlich=31,3% und weiblich=33,9%). Innerhalb der IG wiesen zu t0 36% und innerhalb der KG 22% der

Patientinnen und Patienten mindestens in einem Item eine Beeinträchtigung auf (siehe Abbildung 8). Auch hier zeigt sich wieder deutlich, dass die KG hinsichtlich der geriatrischen Gesundheitssituation besser ausgestattet in die Studie startete. Die Entwicklung der Einteilung nach dem Vorhandensein einer Beeinträchtigung innerhalb des Interventionszeitraumes (t0 zu t1) zeigte sich wieder homogen. So nahm der Anteil der Beeinträchtigten insgesamt um ca. 6% zu (ca. 39% der 3.272 Patientinnen und Patienten) und das zeigte sich auch für das Geschlecht (männlich=37% und weiblich=39,8%). In der IG stieg der Anteil der Beeinträchtigten (von 36% auf 42,4%) stärker an als in der KG (von 22% auf 25%) (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach BI-Beeinträchtigung in IG und KG zu t0 und t1

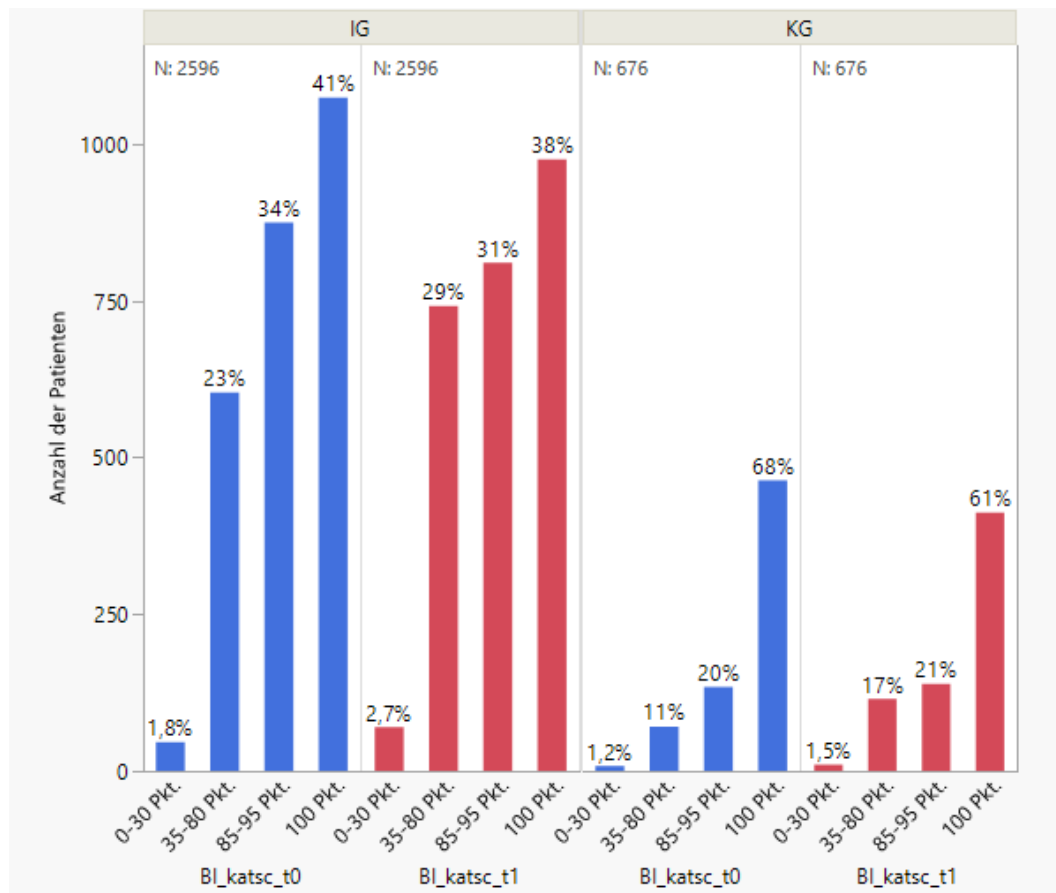


Erfolgt die Beschreibung des BI-Scorewertes in folgenden Kategorien (siehe Tabelle 6) [23],

- 0-30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig
- 35-80 Punkte: hilfsbedürftig
- 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig
- 100 Punkte: Zustand kompletter Selbständigkeit

ergibt sich die in Abbildung 9 dargestellte Verteilung der Patientinnen und Patienten.

Abbildung 9: TP1_Verteilung der Studienpopulation auf die Kategorien nach BI-Score in IG und KG zu t0 und t1



Auch bei dieser Betrachtung ist auffällig, dass die KG zu t0 der IG gegenüber besser aufgestellt ist hinsichtlich der BI-Score-Kategorien. 68% der Patientinnen und Patienten der KG haben bei der BL-Erhebung einen BI-Score von 100 Punkten erreicht und gruppieren sich dementsprechend in die Kategorie „Zustand kompletter Selbständigkeit“ ein, in der IG haben dagegen nur 41% der Patientinnen und Patienten diesen maximalen Wert erzielt. Im Verlauf der 12-Monate-Beobachtungszeit ergab sich eine Verschiebung der beiden oberen Kategorien „100 Punkte“ und „85-95 Punkte“ sowohl in der IG als auch in der KG zugunsten der beiden unteren Kategorien um ca. -7%. Die Verschiebung in der KG ist jedoch vor allem dem KN1 geschuldet. Hier fiel der Anteil in der Kategorie „100 Punkte“ von t0 zu t1 um ca. 14% ab.

Tabelle 6: TP1_Ergebnisse für den Barthel-Index zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten im Auswertedatensatz für 3.272 Patientinnen und Patienten

Variablen	Barthel-Index																							
	Gesamt									männlich						weiblich								
Gesamt	n																							
	3.272																							
	(100)																							
IG|KG	2.596									908						1.688								
(%)	(79,3)									(77,9)						(80,1)								
IN1-IN5|KN1-KN3	548	442	440	617	549	313	165	198	195	144	158	195	216	123	66	68	353	298	282	422	333	190	99	130
(%)	(21,1)	(17,0)	(16,9)	(23,8)	(21,1)	(46,3)	(24,4)	(29,3)	(21,5)	(15,9)	(17,4)	(21,5)	(23,8)	(47,9)	(25,7)	(26,5)	(20,9)	(17,7)	(16,7)	(25,0)	(19,7)	(45,4)	(23,6)	(31,0)
Barthel-Index_Mittelwertbildung zu t0 und t1																								
Bi zu t0	MW																							
	89,15																							
	(SD)																							
	(16,55)																							
IG|KG	88,06									87,41						88,41								
(SD)	(16,81)									(18,12)						(16,05)								
IN1-IN5|KN1-KN3	83,45	88,67	91,76	91,47	85,38	91,49	93,79	95,93	83,49	86,91	90,51	91,10	85,69	95,41	94,77	96,76	83,43	89,51	92,46	91,64	85,18	88,95	93,13	95,50
(SD)	(17,13)	(17,04)	(14,52)	(12,96)	(20,01)	(18,09)	(12,94)	(9,04)	(19,56)	(18,61)	(17,22)	(13,74)	(19,64)	(14,02)	(13,68)	(8,63)	(15,66)	(16,19)	(12,75)	(12,60)	(20,26)	(19,93)	(12,45)	(9,25)
Bi zu t1	MW																							
	86,55																							
	(SD)																							
	(18,75)																							
IG|KG	85,54									84,24						86,24								
(SD)	(18,87)									(20,96)						(17,62)								
IN1-IN5|KN1-KN3	81,37	86,40	90	88,92	81,63	87,08	92,30	94,24	82	84,03	87,82	88,03	80,37	92,85	92,88	94,49	81,02	87,55	91,22	89,34	82,45	83,34	91,92	94,11
(SD)	(18,03)	(18,59)	(16,76)	(15,78)	(22,75)	(21,22)	(15,12)	(11,87)	(20,83)	(20,61)	(20,16)	(16,52)	(24,38)	(15,37)	(15,01)	(12,90)	(16,30)	(17,45)	(14,40)	(15,42)	(21,63)	(23,27)	(15,25)	(11,33)
Barthel-Index_Einteilung nach Beeinträchtigung zu t0 und t1																								
Bi zu t0	n (beeinträchtigt)																							
	1.080																							
	(%)																							
	(33,01);(100)																							
IG|KG	933									331						602								
(%)	(35,94);(100)									(36,45);(100)						(35,66);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	256	149	142	166	220	69	38	40	83	55	56	55	82	13	10	11	173	94	86	111	138	56	28	29
(%)	(46,72)	(33,71)	(32,27)	(26,9)	(40,07)	(22,04)	(23,03)	(20,2)	(42,56)	(38,19)	(35,44)	(28,21)	(37,96)	(10,57)	(15,15)	(16,18)	(49,01)	(31,54)	(30,5)	(26,3)	(41,44)	(29,47)	(28,28)	(22,31)
Bi zu t1	n (beeinträchtigt)																							
	1.269																							
	(%)																							
	(38,78);(100)																							
IG|KG	1.100									385						715								
(%)	(42,37);(100)									(42,4);(100)						(42,36);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	290	179	158	214	259	85	43	41	86	66	58	73	102	19	13	14	204	113	100	141	157	66	30	27
(%)	(52,92)	(40,5)	(35,91)	(34,68)	(47,18)	(27,16)	(26,06)	(20,71)	(44,1)	(45,83)	(36,71)	(37,44)	(47,22)	(15,45)	(19,7)	(20,59)	(57,79)	(37,92)	(35,46)	(33,41)	(47,15)	(34,74)	(30,3)	(20,77)
Barthel-Index_Einteilung nach Kategorien zu t0 und t1																								
Bi zu t0	n (0-30 Pkt. = weitgehend pflegeabhängig)																							
	54																							
	(%)																							
	(1,65);(100)																							
IG|KG	46									20						26								
(%)	(1,77);(100)									(2,2);(100)						(1,54);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	8	6	7	5	20	7	1	0	6	2	5	1	6	2	1	0	2	4	2	4	14	5	0	0
(%)	(1,46)	(1,36)	(1,59)	(0,81)	(3,64)	(2,24)	(0,61)	(0)	(3,08)	(1,39)	(3,16)	(0,51)	(2,78)	(1,63)	(1,52)	(0)	(0,57)	(1,34)	(0,71)	(0,95)	(4,2)	(2,63)	(0)	(0)
Bi zu t0	n (35-80 Pkt. = hilfsbedürftig)																							
	674																							
	(%)																							
	(20,6);(100)																							
IG|KG	603									214						389								
(%)	(23,23);(100)									(23,57);(100)						(23,05);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	201	94	64	102	142	39	17	15	63	33	23	36	59	7	6	5	138	61	41	66	83	32	11	10
(%)	(36,68)	(21,27)	(14,55)	(16,53)	(25,87)	(12,46)	(10,3)	(7,58)	(32,31)	(22,92)	(14,56)	(18,46)	(27,31)	(5,69)	(9,09)	(7,35)	(39,09)	(20,47)	(14,54)	(15,64)	(24,92)	(16,84)	(11,11)	(7,69)
Bi zu t0	n (85-95 Pkt. = punktuell hilfsbedürftig)																							
	1.008																							
	(%)																							
	(30,81);(100)																							
IG|KG	874									275						599								
(%)	(33,67);(100)									(30,29);(100)						(35,49);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	204	131	137	228	174	54	40	40	60	45	44	61	65	14	9	8	144	86	93	167	109	40	31	32
(%)	(37,23)	(29,64)	(31,14)	(36,95)	(31,69)	(17,25)	(24,24)	(20,2)	(30,77)	(31,25)	(27,85)	(31,28)	(30,09)	(11,38)	(13,64)	(11,76)	(40,79)	(28,86)	(32,98)	(39,57)	(32,73)	(21,05)	(31,31)	(24,62)

Variablen	Barthel-Index														
	Gesamt					männlich					weiblich				
Bi zu t0	n (100 Pkt. = komplette Selbständigkeit)					604					932				
(%)	(46,94);(100)					(51,85);(100)					(44,23);(100)				
IG|KG	1.073					399					674				
(%)	(41,33);(100)					(43,94);(100)					(39,93);(100)				
IN1-IN5|KN1-KN3	135	211	232	282	213	66	64	86	97	86	69	147	146	185	127
(%)	(24,64)	(47,74)	(52,73)	(45,71)	(38,8)	(33,85)	(44,44)	(54,43)	(49,74)	(39,81)	(19,55)	(49,33)	(51,77)	(43,84)	(38,14)
Bi zu t1	n (0-30 Pkt. = weitgehend pflegeabhängig)					36					44				
(%)	(2,44);(100)					(3,09);(100)					(2,09);(100)				
IG|KG	70					34					36				
(%)	(2,7);(100)					(3,74);(100)					(2,13);(100)				
IN1-IN5|KN1-KN3	14	7	9	10	30	9	4	5	2	14	5	3	4	8	16
(%)	(2,55)	(1,58)	(2,05)	(1,62)	(5,46)	(4,62)	(2,78)	(3,16)	(1,03)	(6,48)	(1,42)	(1,01)	(1,42)	(1,9)	(4,8)
Bi zu t1	n (35-80 Pkt. = hilfsbedürftig)					299					557				
(%)	(26,16);(100)					(25,67);(100)					(26,44);(100)				
IG|KG	741					268					473				
(%)	(28,54);(100)					(29,52);(100)					(28,02);(100)				
IN1-IN5|KN1-KN3	222	125	78	128	188	68	46	34	45	75	154	79	44	83	113
(%)	(40,51)	(28,28)	(17,73)	(20,75)	(34,24)	(34,87)	(31,94)	(21,52)	(23,08)	(34,72)	(43,63)	(26,51)	(15,6)	(19,67)	(33,93)
Bi zu t1	n (85-95 Pkt. = punktuell hilfsbedürftig)					285					664				
(%)	(29);(100)					(24,46);(100)					(31,51);(100)				
IG|KG	810					236					574				
(%)	(31,2);(100)					(25,99);(100)					(34);(100)				
IN1-IN5|KN1-KN3	205	124	128	234	119	59	37	35	65	40	146	87	93	169	79
(%)	(37,41)	(28,05)	(29,09)	(37,93)	(21,68)	(30,26)	(25,69)	(22,15)	(33,33)	(18,52)	(41,36)	(29,19)	(32,98)	(40,05)	(23,72)
Bi zu t1	n (100 Pkt. = komplette Selbständigkeit)					545					842				
(%)	(42,39);(100)					(46,78);(100)					(39,96);(100)				
IG|KG	975					370					605				
(%)	(37,56);(100)					(40,75);(100)					(35,84);(100)				
IN1-IN5|KN1-KN3	107	186	225	245	212	59	57	84	83	87	48	129	141	162	125
(%)	(19,53)	(42,08)	(51,14)	(39,71)	(38,62)	(30,26)	(39,58)	(53,16)	(42,56)	(40,28)	(13,6)	(43,29)	(50)	(38,39)	(37,54)

Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung des BI-Scores als primären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt. Diese Methode eignet sich besonders für die Analyse von Daten mit wiederholten Beobachtungen für gleiche Individuen (Longitudinaldaten) und es lassen sich nicht nur Populationseffekte, sondern auch individuen-spezifische Effekte modellieren.

Das Modell beinhaltet als abhängige Variable den BI-Score (Summe über die 10 Items mit Min=0 und Max=100) zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuen-spezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- ÄN-Zugehörigkeit (IN1 bis IN5 und KG) bzw. Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet. In Tabelle 7 und 7a sind die Ergebnisse der Effektschätzung aufgeführt.

Tabelle 7: TP1_Ergebnisse der multivariaten Analyse des Einflusses der Intervention auf die Entwicklung des BI (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		97,3996	1,2879	2914	75,63	<,0001	0,05	94,8743	99,9248
Gruppe	IN 1	-7,4875	0,9860	2914	-7,59	<,0001	0,05	-9,4208	-5,5542
Gruppe	IN 2	-2,8583	1,1194	2914	-2,55	0,0107	0,05	-5,0531	-0,6635
Gruppe	IN 3	-2,0815	1,0438	2914	-1,99	0,0462	0,05	-4,1281	-0,03492
Gruppe	IN 4	-0,6715	0,8998	2914	-0,75	0,4556	0,05	-2,4359	1,0928
Gruppe	IN 5	-5,4478	0,9572	2914	-5,69	<,0001	0,05	-7,3246	-3,5711
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	BI t1	-2,9567	0,4480	2914	-6,60	<,0001	0,05	-3,8351	-2,0782
time	BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	≥80	-4,4090	0,5896	2914	-7,48	<,0001	0,05	-5,5652	-3,2529
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschl_1	männlich	0,5533	0,6285	2914	0,88	0,3787	0,05	-0,6790	1,7856
Geschl_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	1,9059	0,7087	2914	2,69	0,0072	0,05	0,5164	3,2955
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	Stadt	2,4886	0,6831	2914	3,64	0,0003	0,05	1,1493	3,8280
Wohnort_1	Land	0	.	.	.	.	.	.	.
H_Gemeinschaft_1	nicht alleinlebend	-3,3562	0,6185	2914	-5,43	<,0001	0,05	-4,5689	-2,1434
H_Gemeinschaft_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soz_Unterstuetzung_1	vorhanden	-7,4655	0,8564	2914	-8,72	<,0001	0,05	-9,1448	-5,7862
Soz_Unterstuetzung_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Fin_Situation_1	ausreichend	4,7236	0,7271	2914	6,50	<,0001	0,05	3,2979	6,1492
Fin_Situation_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN 1*BI t1	1,1339	0,6775	2914	1,67	0,0943	0,05	-0,1944	2,4623
gruppe*time	IN 1*BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN 2*BI t1	1,1129	0,7784	2914	1,43	0,1529	0,05	-0,4133	2,6391
gruppe*time	IN 2*BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN 3*BI t1	1,2259	0,7302	2914	1,68	0,0933	0,05	-0,2058	2,6576
gruppe*time	IN 3*BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN 4*BI t1	0,4483	0,6456	2914	0,69	0,4875	0,05	-0,8175	1,7142
gruppe*time	IN 4*BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN 5*BI t1	-0,5295	0,6907	2914	-0,77	0,4434	0,05	-1,8839	0,8249
gruppe*time	IN 5*BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*BI t1	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Tabelle 7a: TP1_Ergebnisse der multivariaten Analyse des Einflusses der Intervention auf die Entwicklung des BI (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		96,1456	1,2586	2918	76,39	<.0001	0,05	93,6778	98,6134
gruppe	IG	-3,5610	0,7147	2918	-4,98	<.0001	0,05	-4,9624	-2,1596
gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	BI_t1	-2,9567	0,4483	2918	-6,60	<.0001	0,05	-3,8356	-2,0777
time	BI_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-4,5515	0,5937	2918	-7,67	<.0001	0,05	-5,7157	-3,3873
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschl_1	männlich	0,4418	0,6339	2918	0,70	0,4858	0,05	-0,8011	1,6847
Geschl_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	2,3486	0,6899	2918	3,40	0,0007	0,05	0,9959	3,7013
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	Stadt	4,0550	0,5942	2918	6,82	<.0001	0,05	2,8898	5,2201
Wohnort_1	Land	0	.	.	.	.	.	.	.
H_Gemeinschaft_1	nicht alleinlebend	-3,5366	0,6215	2918	-5,69	<.0001	0,05	-4,7553	-2,3179
H_Gemeinschaft_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soz_Unterstuetzung_1	vorhanden	-7,2232	0,8604	2918	-8,40	<.0001	0,05	-8,9103	-5,5362
Soz_Unterstuetzung_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Fin_Situation_1	ausreichend	4,8849	0,7326	2918	6,67	<.0001	0,05	3,4485	6,3214
Fin_Situation_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IG*BI_t1	0,6243	0,5078	2918	1,23	0,2190	0,05	-0,3713	1,6200
gruppe*time	IG*BI_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*BI_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*BI_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Die Analysen zeigen:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Tabelle 6):

dass sich der mittlere BI-Score der Patientinnen und Patienten um 2,9567 Punkte ($p < .0001$; KI[-3,8351;-2,0782]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass vier IN signifikant geringere mittlere BI-Scores (-2,0815 bis -7,4875 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich BI-Score-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Leben und eine ausreichende finanzielle Situation sich BI-Score-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: 1,1339 ($p=0,0943$; KI[-0,1944;2,4623]).
→ Erhöhung des mittleren BI-Scores des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: 1,1129 ($p=0,1529$; KI[-0,4133;2,6391]).
→ Erhöhung des mittleren BI-Scores des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: 1,2259 ($p=0,0933$; KI[-0,2058;2,6576]).
→ Erhöhung des mittleren BI-Scores des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN4: 0,4483 ($p=0,4875$; KI[-0,8175;1,7142]).
→ Erhöhung des mittleren BI-Scores des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -0,5295 ($p=0,4434$; KI[-1,8839;0,8249]).
→ Verringerung des mittleren BI-Scores des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Tabelle 6a):

dass sich der mittlere BI-Score der Patientinnen und Patienten um 2,9567 Punkte ($p < ,0001$; KI[-3,8356;-2,0777]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren BI-Score (-3,5610 Punkte ($p < ,0001$; KI[-4,9624;-2,1596])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich BI-Score-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Leben und eine ausreichende finanzielle Situation sich BI-Score-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: 0,6243 ($p = 0,2190$; KI[-0,3713;1,6200]).
 → Erhöhung des mittleren BI-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

3.1.5.1.1 Subgruppenanalyse: Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index für ein ausgewähltes Interventionsnetz

Das IN5 hat eine besonders gute Dokumentationsqualität der geriatrischen Assessments zu den Erhebungszeitpunkten erzielt. Dieses IN wird analog zur Hauptanalyse (siehe 3.1.5.1) noch einmal der KG gegenübergestellt, um den Interventionseffekt auf die Entwicklung des Primäroutcomes, des BI für dieses Setting zu ermitteln.

Die dafür zu analysierende Studienpopulation umfasst insgesamt 1.225 Patientinnen und Patienten. Davon gehören 549 dem IN5 und 676 der KG an. Es wurden auch hier nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, für die sowohl zu t0 als auch zu t1 der BI-Score berechenbar war. In Tabelle 8 sind die Daten hinsichtlich der BI-Score-Mittelwerte, der Einteilung der Patientinnen und Patienten nach dem Vorliegen einer Beeinträchtigung (wenn von den 10 Items mindestens ein Item=0, dann liegt eine Beeinträchtigung vor) und der Kategorienbildung (0-30=„weitgehend pflegeabhängig“, 35-80=„hilfsbedürftig“, 85-95=„punktuell hilfsbedürftig“ und 100=„Zustand kompletter Selbständigkeit“) für das IN5 und die KG jeweils zu t0 und t1 zusammengestellt.

Tabelle 8: TP1_Ergebnisse für den BI für IN5 und KG zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1

		Barthel-Index															
Variablen		Gesamt				männlich				weiblich							
Gesamt		1.225															
	n	(100);(100)															
	(%)	(38,61);(100)															
	IG|KG	676				216				257							
	(%)	(44,82)				(55,18);(100)				(45,67)							
	INS|KN1-KN3	549	313	165	198	216	123	66	68	333	190	99	130				
	(%)	(100)	(46,3)	(24,41)	(29,29)	(100)	(47,86)	(25,68)	(26,46)	(100)	(45,35)	(23,63)	(31,03)				
Barthel-Index_ Mittelwertbildung zu t0 und t1																	
BI zu t0		MW				89,78				91,08				88,96			
	(SD)	(17,77)															
	IG|KG	85,38				93,35				85,69				95,60			
	(SD)	(20,01)				(14,81)				(19,64)				(12,70)			
	INS|KN1-KN3	85,38	91,49	93,79	95,93	85,69	95,41	94,77	96,76	85,18	88,95	93,13	95,50				
	(SD)	(20,01)	(18,09)	(12,94)	(9,04)	(19,64)	(14,02)	(13,68)	(8,63)	(20,26)	(19,93)	(12,45)	(9,25)				
BI zu t1		MW				86,5				87,39				85,94			
	(SD)	(20,61)															
	IG|KG	81,63				90,45				80,37				93,29			
	(SD)	(22,75)				(17,75)				(24,38)				(14,62)			
	INS|KN1-KN3	81,63	87,08	92,30	94,24	80,37	92,85	92,88	94,49	82,45	83,34	91,92	94,11				
	(SD)	(22,75)	(21,22)	(15,12)	(11,87)	(24,38)	(15,37)	(15,01)	(12,90)	(21,63)	(23,27)	(15,25)	(11,33)				
Barthel-Index_ Einteilung nach Beeinträchtigung zu t0 und t1																	
BI zu t0		n (beeinträchtigt)				367				116				251			
	(%)	(29,96);(100)															
	IG|KG	220				147				82				34			
	(%)	(40,07)				(21,75);(100)				(37,96)				(13,23);(100)			
	INS|KN1-KN3	220	69	38	40	82	13	10	11	138	56	28	29				
	(%)	(40,07)	(22,04)	(23,03)	(20,2)	(37,96)	(10,57)	(15,15)	(16,18)	(41,44)	(29,47)	(28,28)	(22,31)				

Barthel-Index													
Variablen		Gesamt 428				männlich 148				weiblich 280			
BI zu t1	n (beeinträchtigt)	(34,94);(100)				(31,29);(100)				(37,23);(100)			
	IG|KG (%)	259	169			102	46			157	123		
	(%)	(47,18)	(25);(100)			(47,22)	(17,9);(100)			(47,15)	(29,36);(100)		
	IN5|KN1-KN3 (%)	259	85	43	41	102	19	13	14	157	66	30	27
	(%)	(47,18)	(27,16)	(26,06)	(20,71)	(47,22)	(15,45)	(19,7)	(20,59)	(47,15)	(34,74)	(30,3)	(20,77)
Barthel-Index - Einteilung nach Kategorien zu t0 und t1													
BI zu t0	n (0-30 Pkt. = weitgehend pflegeabhängig)	28 (2,29);(100)				9 (1,9);(100)				19 (2,53);(100)			
	IG|KG (%)	20	8			6	3			14	5		
	(%)	(3,64)	(1,18);(100)			(2,78)	(1,17);(100)			(4,2)	(1,19);(100)		
	IN5|KN1-KN3 (%)	20	7	1	0	6	2	1	0	14	5	0	0
	(%)	(3,64)	(2,24)	(0,61)	(0)	(2,78)	(1,63)	(1,52)	(0)	(4,2)	(2,63)	(0)	(0)
BI zu t0	n (35-80 Pkt. = hilfsbedürftig)	213 (17,39);(100)				77 (16,28);(100)				136 (18,09);(100)			
	IG|KG (%)	142	71			59	18			83	53		
	(%)	(25,87)	(10,5);(100)			(27,31)	(7);(100)			(24,92)	(12,65);(100)		
	IN5|KN1-KN3 (%)	142	39	17	15	59	7	6	5	83	32	11	10
	(%)	(25,87)	(12,46)	(10,3)	(7,58)	(27,31)	(5,69)	(9,09)	(7,35)	(24,92)	(16,84)	(11,11)	(7,69)
BI zu t0	n (85-95 Pkt. = punktuell hilfsbedürftig)	308 (25,14);(100)				96 (20,3);(100)				212 (28,19);(100)			
	IG|KG (%)	174	134			65	31			109	103		
	(%)	(31,69)	(19,82);(100)			(30,09)	(12,06);(100)			(32,73)	(24,58);(100)		
	IN5|KN1-KN3 (%)	174	54	40	40	65	14	9	8	109	40	31	32
	(%)	(31,69)	(17,25)	(24,24)	(20,2)	(30,09)	(11,38)	(13,64)	(11,76)	(32,73)	(21,05)	(31,31)	(24,62)
BI zu t0	n (100 Pkt. = komplette Selbständigkeit)	676 (55,18);(100)				291 (61,52);(100)				385 (51,2);(100)			
	IG|KG (%)	213	463			86	205			127	258		
	(%)	(38,8)	(68,49);(100)			(39,81)	(79,77);(100)			(38,14)	(61,58);(100)		
	IN5|KN1-KN3 (%)	213	213	107	143	86	100	50	55	127	113	57	88
	(%)	(38,8)	(68,05)	(64,85)	(72,22)	(39,81)	(81,3)	(75,76)	(80,88)	(38,14)	(59,47)	(57,58)	(67,69)
BI zu t1	n (0-30 Pkt. = weitgehend pflegeabhängig)	40 (3,27);(100)				16 (3,38);(100)				24 (3,19);(100)			
	IG|KG (%)	30	10			14	2			16	8		
	(%)	(5,46)	(1,48);(100)			(6,48)	(0,78);(100)			(4,8)	(1,91);(100)		
	IN5|KN1-KN3 (%)	30	8	2	0	14	1	1	0	16	7	1	0
	(%)	(5,46)	(2,56)	(1,21)	(0)	(6,48)	(0,81)	(1,52)	(0)	(4,8)	(3,68)	(1,01)	(0)
BI zu t1	n (35-80 Pkt. = hilfsbedürftig)	303 (24,73);(100)				106 (22,41);(100)				197 (26,2);(100)			
	IG|KG (%)	188	115			75	31			113	84		
	(%)	(34,24)	(17,01);(100)			(34,72)	(12,06);(100)			(33,93)	(20,05);(100)		
	IN5|KN1-KN3 (%)	188	68	25	22	75	16	8	7	113	52	17	15
	(%)	(34,24)	(21,73)	(15,15)	(11,11)	(34,72)	(13,01)	(12,12)	(10,29)	(33,93)	(27,37)	(17,17)	(11,54)
BI zu t1	n (85-95 Pkt. = punktuell hilfsbedürftig)	258 (21,06);(100)				89 (18,82);(100)				169 (22,47);(100)			
	IG|KG (%)	119	139			40	49			79	90		
	(%)	(21,68)	(20,56);(100)			(18,52)	(19,07);(100)			(23,72)	(21,48);(100)		
	IN5|KN1-KN3 (%)	119	68	32	39	40	26	13	10	79	42	19	29
	(%)	(21,68)	(21,73)	(19,39)	(19,7)	(18,52)	(21,14)	(19,7)	(14,71)	(23,72)	(22,11)	(19,19)	(22,31)
BI zu t1	n (100 Pkt. = komplette Selbständigkeit)	624 (50,94);(100)				262 (55,39);(100)				362 (48,14);(100)			
	IG|KG (%)	212	412			87	175			125	237		
	(%)	(38,62)	(60,95);(100)			(40,28)	(68,09);(100)			(37,54)	(56,56);(100)		
	IN5|KN1-KN3 (%)	212	169	106	137	87	80	44	51	125	89	62	86
	(%)	(38,62)	(53,99)	(64,24)	(69,19)	(40,28)	(65,04)	(66,67)	(75)	(37,54)	(46,84)	(62,63)	(66,15)

Die BI-Mittelwertbetrachtung für die 1.225 Patientinnen und Patienten zeigt zunächst, dass es zu einer Mittelwertabnahme von t0 (89,78 Punkte) zu t1 (86,50 Punkte) gekommen ist. Es gibt sowohl zu t0 als auch zu t1 einen Unterschied zwischen den Geschlechtern. D.h., zu t0 ist der MW bei den männlichen Patienten um 2 Punkte höher als bei den weiblichen Patienten, zu t1 beträgt dieser Unterschied 1,5 Punkte. Die MW der KG sind sowohl zu t0 als auch zu t1 insgesamt um ca. 8 Punkte höher als in dem IN5. Ein MW-Abfall um ca. 3 Punkte ist für das IN5 und die KG gleichermaßen über den Zeitraum von 12 Monaten eingetreten.

Die Einteilung der Patientinnen und Patienten nach dem Vorliegen einer Beeinträchtigung im BI ergab zu t0, dass 30% der 1.225 Patientinnen und Patienten eine Beeinträchtigung aufwiesen, also in mindestens einem Item des BI nur 0 Punkte erreicht haben (siehe Abbildung 10). Bei der Betrachtung nach Geschlecht zeigte sich, dass zu t0 24,5% der männlichen und 33,4% der weiblichen Patienten eine Beeinträchtigung in mindestens einem Item hatten. Innerhalb des IN5 wiesen zu t0 40,1% und innerhalb der KG 22% der Patientinnen und Patienten mindestens in einem Item eine Beeinträchtigung auf (siehe Abbildung 11). Auch in dieser Betrachtung zeigt sich deutlich, dass die KG gegenüber dem IN5 wesentlich besser aufgestellt ist hinsichtlich der Eingruppierung nach Beeinträchtigung. Die Entwicklung der Einteilung nach dem Vorhandensein einer Beeinträchtigung innerhalb des Interventionszeitraumes (t0 zu t1) zeigte, dass es insgesamt zu einem Anstieg des Anteils der Beeinträchtigten um 5% (von 30% auf 35%) kam. Im Vergleich zur KG kam es im IN5 zu einem stärkeren Anstieg des Anteils der Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigung. Im IN5

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

stieg der Anteil der Beeinträchtigten von 40% auf 47% an, in der KG von 22% auf 25% (siehe Abbildung 11).

Abbildung 10: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach BI-Beeinträchtigung zu t0 und t1

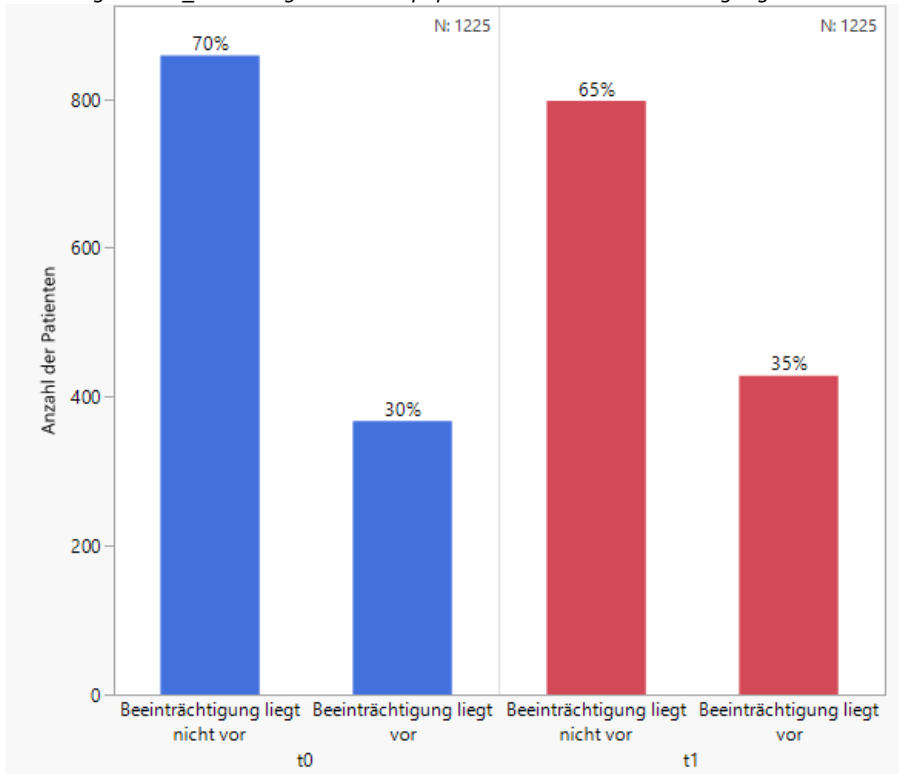
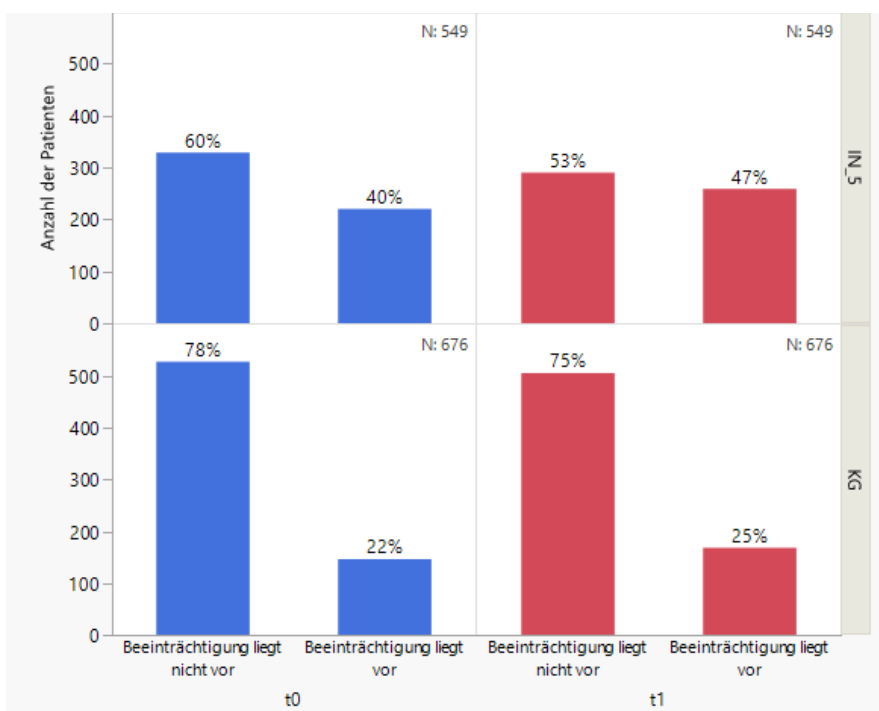


Abbildung 11: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach BI-Beeinträchtigung für IN5 und KG zu t0 und t1

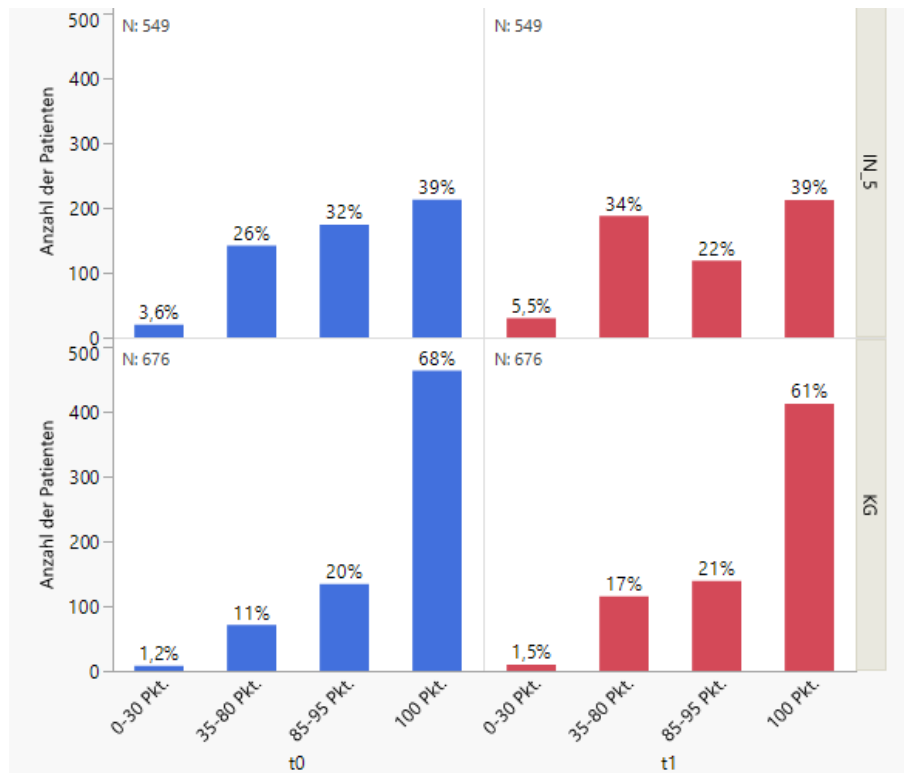


Erfolgt die Beschreibung des BI- Scorewertes in folgenden Kategorien (siehe Tabelle 8) [23],

- 0-30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig
- 35-80 Punkte: hilfsbedürftig
- 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig
- 100 Punkte: Zustand kompletter Selbständigkeit

ergibt sich die in Abbildung 12 dargestellte Verteilung der Patientinnen und Patienten.

Abbildung 12: TP1_Verteilung der Studienpopulation auf die Kategorien nach BI-Score in IG und KG zu t0 und t1



Auch bei dieser Betrachtung ist auffällig, dass die KG zu t0 dem IN5 gegenüber besser aufgestellt ist hinsichtlich der BI-Scores. 68% der Patientinnen und Patienten der KG haben bei der BL-Erhebung einen BI-Score von 100 Punkten („Zustand kompletter Selbständigkeit“) erreicht, in dem IN5 haben dagegen nur 39% der Patientinnen und Patienten diesen maximalen Wert erzielt. Im Verlauf der 12-Monate-Beobachtungszeit ergab sich eine Verschiebung der Kategorie „85-95 Punkte“ im IN5 um -10% zugunsten der beiden unteren Kategorien „0-30 Punkte“ bzw. „35-80 Punkte“. Die Verschiebung in der KG von t0 zu t1 um -7% von der höchsten Kategorie „100 Punkte“ zugunsten der beiden unteren Kategorien ist vor allem dem KN1 geschuldet. Hier fiel der Anteil in der Kategorie „100 Punkte“ von t0 zu t1 um ca. 14% ab.

Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM im IN5 gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung des BI-Scores als primären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt. Diese Methode eignet sich besonders für die Analyse von Daten mit wiederholten Beobachtungen für gleiche Individuen (Longitudinaldaten) und es lassen sich nicht nur Populationseffekte, sondern auch individuenspezifische Effekte modellieren.

Das Modell beinhaltete als abhängige Variable den BI-Score (Summe über die 10 Items mit Min=0 und Max=100) zu den Zeitpunkten t0 und t1 für die Patientinnen und Patienten des IN5 und der KG. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuenspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- ÄN-Zugehörigkeit (IN5 und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet. In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der Effektschätzung aufgeführt.

Tabelle 9: TP1_Ergebnisse der multivariaten Analyse des Einflusses der Intervention auf die Entwicklung des BI für das IN5 vs. KG

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		94,9784	1,9926	1.106	47,67	<,0001	0,05	91,0688	98,8881
gruppe	IN 5	-5,2303	1,0178	1.106	-5,14	<,0001	0,05	-7,2274	-3,2333
gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	BI t1	-2,9567	0,4574	1.106	-6,46	<,0001	0,05	-3,8541	-2,0592
time	BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	≥ 80	-7,0634	0,9916	1.106	-7,12	<,0001	0,05	-9,0091	-5,1177
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschl_1	männlich	2,5097	1,0489	1.106	2,39	0,0169	0,05	0,4516	4,5679
Geschl_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	1,6954	1,2280	1.106	1,38	0,1677	0,05	-0,7140	4,1047
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	Stadt	4,0982	1,0378	1.106	3,95	<,0001	0,05	2,0620	6,1344
Wohnort_1	Land	0	.	.	.	.	.	.	.
H_Gemeinschaft_1	nicht alleinlebend	-4,5131	1,0894	1.106	-4,14	<,0001	0,05	-6,6505	-2,3756
H_Gemeinschaft_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soz_Unterstuetzung_1	vorhanden	-6,2811	1,3334	1.106	-4,71	<,0001	0,05	-8,8974	-3,6649
Soz_Unterstuetzung_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Fin_Situation_1	ausreichend	7,0326	1,2816	1.106	5,49	<,0001	0,05	4,5179	9,5473
Fin_Situation_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN 5*BI t1	-0,5295	0,7053	1.106	-0,75	0,4530	0,05	-1,9133	0,8543
gruppe*time	IN 5*BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*BI t1	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*BI t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Die Analyse zeigt:

für IN5 vs. KG (siehe Tabelle 9):

dass sich der mittlere BI-Score der Patientinnen und Patienten um 2,9567 Punkte ($p < ,0001$; KI[-3,8541;-2,0592]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung des IN5 ergibt, dass es signifikant einen geringeren mittleren BI-Score (-5,2303 Punkte ($p < ,0001$; KI[-7,2274;-3,2333])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich BI-Score-erniedrigend und die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht, das städtische Leben und eine ausreichende finanzielle Situation sich BI-Score-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN5: -0,5295 ($p = 0,4530$; KI[-1,9133;0,8543]).
 → Verringerung des mittleren BI-Scores des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

3.1.5.1.2 Subgruppenanalyse: Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index für Patientinnen und Patienten mit maximalem BI-Score zu t0

Die Patientinnen bzw. die Patienten konnten zu t0 einen BI-Score von minimal 0 Punkten bis maximal 100 Punkten im Rahmen des durchgeführten geriatrischen Assessments erreichen.

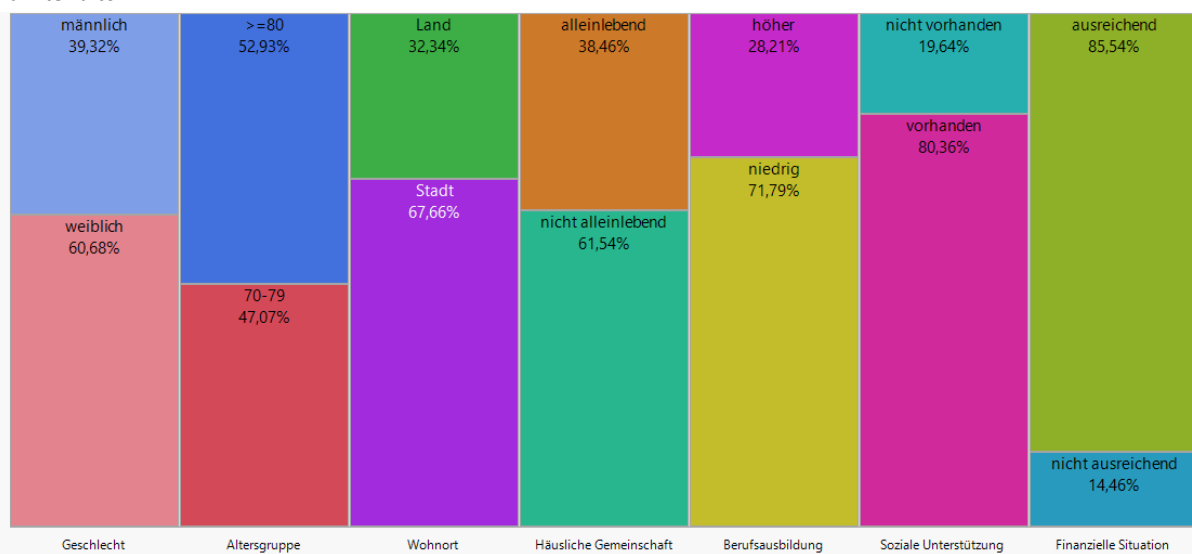
In diesem Abschnitt geht es um die Untersuchung der Gruppe der Patientinnen und Patienten, die den Maximalwert von 100 Punkten zu t0 erzielt haben.

Dabei handelt es sich um 1.536 Patientinnen und Patienten, für die sowohl zu t0 als auch zu t1 ein BI-Score vorliegt. Stellt sich nun die Frage: „Wer sind die Patientinnen bzw. Patienten, die zu Beginn der Studie einen BI-Score von 100 Punkten hatten? Von den 1.536 Patientinnen und Patienten sind 1.073 (70%) in der IG und 463 (30%) in der KG eingeschrieben.

Folgende individuen-spezifische Merkmale sind insbesondere in diesem Patientenkollektiv ausgeprägt:

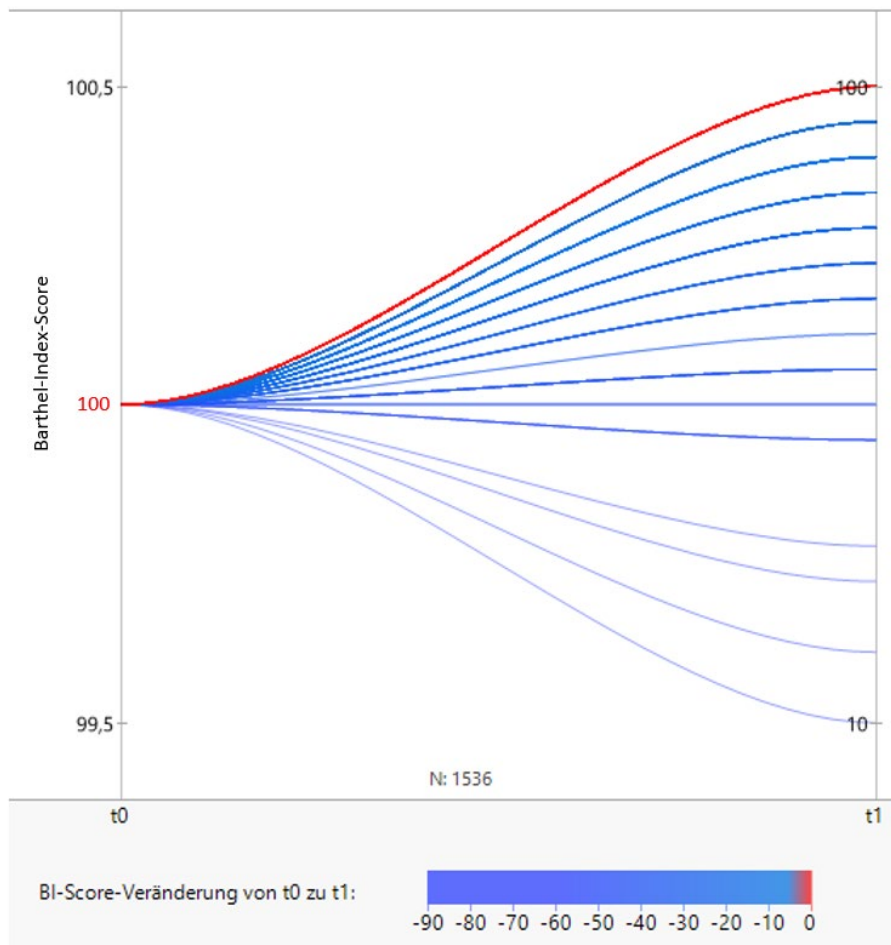
Die Patientinnen und Patienten sind überwiegend weiblich (61%), 53% gehören der Altersgruppe „≥80“ an, 68% wohnen städtisch, 72% haben einen niedrigeren Berufsabschluss, 62% leben nicht allein in der Häuslichkeit, 80% erhalten soziale Unterstützung und 86% gaben ihre finanzielle Situation als ausreichend an (siehe Abbildung 13).

Abbildung 13: TP1_Verteilung der 1.536 Patientinnen und Patienten nach Geschlecht, Altersgruppe, ... für BI-Score=100 Punkte zu t0



In Abbildung 14 ist die Entwicklung der BI-Scores von t0 zu t1 für die Patientinnen und Patienten, die zu t0 100 Punkte im BI erzielt haben, dargestellt.

Abbildung 14: TP1_Entwicklung der BI-Scores von t0 (BI=100 Punkte) zu t1



78% (n=1.195) der Patientinnen und Patienten, für die zu t0 ein BI-Score von 100 Punkten ermittelt wurde, erzielten zu t1 erneut 100 Punkte im BI. Die rote Kurvenlinie zeigt in Abbildung 14 diese Patientinnen und Patienten. Das gleiche Bild ergab sich bei der Betrachtung nach Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht. 77% der IG bzw. 79% der KG und 80% der Männer bzw. 77% der Frauen, die zu t0 die maximale Punktzahl von 100 im BI-Score erreichten, erzielten diese auch zu t1. Die Sicht auf die Zugehörigkeit zu den Altersgruppen zeigte, dass in der höheren Altersgruppe weniger Patientinnen und Patienten das BI-Score-Maximum auch zu t1 erreichten als in der jüngeren Altersgruppe („ ≥ 80 “=73% vs. „70-79“=83%).

Die Analyse mit der Methode des gemischten Modells zur Schätzung des Interventionseffektes in dieser Subgruppe lieferte keine signifikanten Ergebnisse, es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der IG und KG zu t1.

3.1.5.1.3 Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index von t0 zu t1 und t2

Der BI als primärer Endpunkt der Ergebnisanalyse im Zuge des TP1 wurde nicht nur zu t0 und t1 (FU12) erhoben, sondern auch zu einem weiteren Zeitpunkt, nach weiteren 9 Monaten zu t2 (FU21).

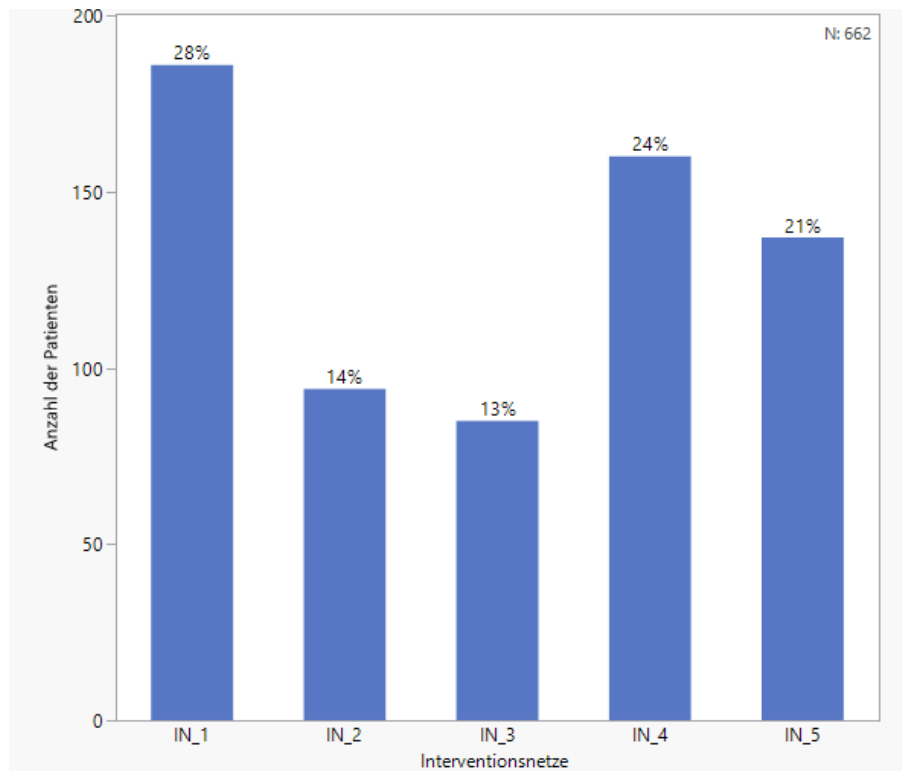
Zwischen t0 und t1 lagen 12 Monate, zwischen t1 und t2 weitere 9 Monate, in denen die Intervention in der IG fortgeführt wurde. Ob eine Patientin oder ein Patient den Zeitpunkt der t2-Befragung erreicht hat oder nicht, hing davon ab, wann die Rekrutierung erfolgte. Nur die Patientinnen und Patienten, die spätestens bis zum 31.03.2019 (± 4 Wochen) in die Studie

eingeschlossen wurden, konnten den Gesamtzeitraum von 21 Monaten bis zur t2-Befragung während der Projektlaufzeit durchlaufen.

Die Patientinnen und Patienten der KG hatten insofern keine Chance, die t2-Befragung zu absolvieren, da diese erst zu späteren Zeitpunkten als zum 31.03.2019 rekrutiert werden konnten.

Über die drei Befragungszeitpunkte BL (t0), FU12 (t1) und FU21 (t2) hinweg liegen insgesamt für 662 Patientinnen und Patienten jeweils die BI-Scores vor, die eine Einschätzung zur Selbständigkeit dieser Patientinnen und Patienten bezüglich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ erlauben. Diese Patientinnen und Patienten teilen sich, wie in Abbildung 15 dargestellt, auf die fünf IN auf.

Abbildung 15: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit BI zu allen Erhebungszeitpunkten (t0 bis t2)



Es wurden also folgende 10 Items

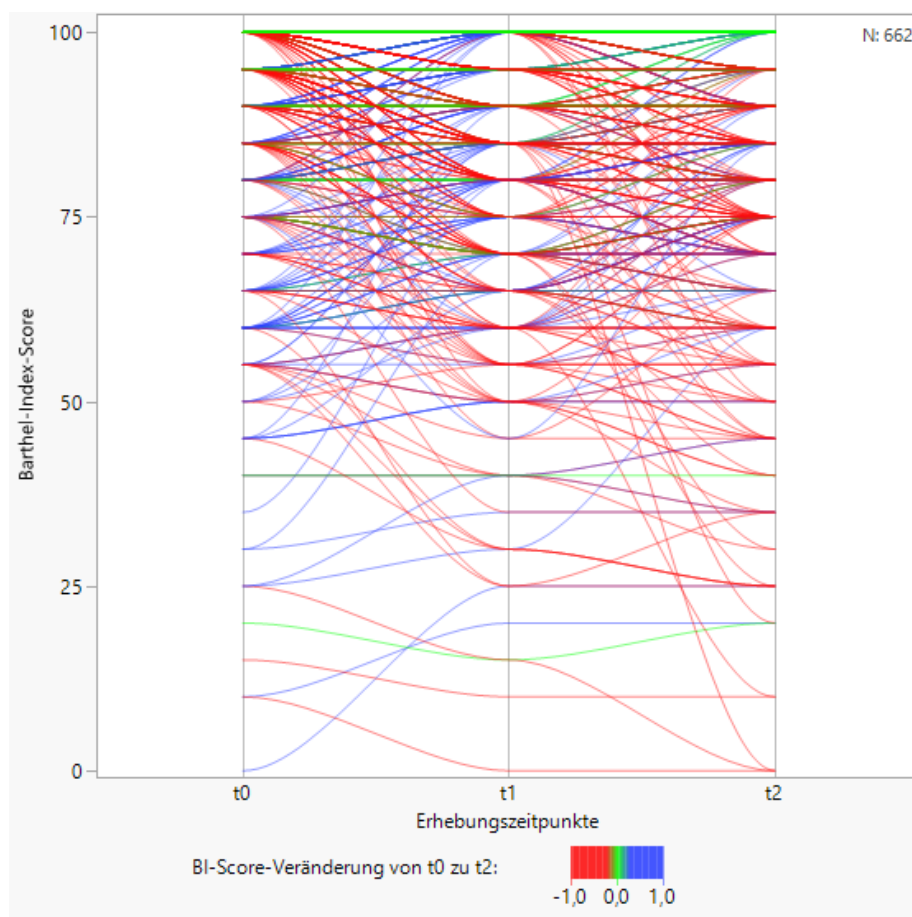
- Essen
- Aufsetzen und Umsetzen
- Sich waschen
- Toilettenbenutzung
- Baden/Duschen
- Aufstehen und Gehen
- Treppensteigen
- An- und Auskleiden
- Stuhlkontinenz
- Harnkontinenz

zu den drei Zeitpunkten abgefragt und die jeweiligen Punktwerte (0 – max. 15 Punkte) erfasst und zu einem Score aufsummiert. Maximal konnten 100 Punkte und minimal 0 Punkte erreicht werden. Ein höherer Score steht für eine größere Unabhängigkeit in Bezug auf die „Aktivitäten des täglichen Lebens“. Die hier betrachtete Gruppe der 662 Patientinnen und Patienten gehört zu 69% der Altersgruppe „≥80“ an und ist zu 67% weiblichen Geschlechts. Zu t0 haben

43% der 662 Patientinnen und Patienten den maximalen BI-Score von 100 Punkten erreicht, zu t1 sind es 36% und zu t2 sind es noch 33%, die die maximale Punktzahl erzielten.

In Abbildung 16 ist dargestellt, wie sich die BI-Scores der 662 Patientinnen und Patienten von t0 über t1 zu t2 entwickelt haben. Bei 41% (grüne Kurvenlinien) der Patientinnen und Patienten blieb der BI-Score über die 21 Monate (von t0 zu t2) konstant, bei 20% (blaue Kurvenlinien) kam es zu einer Erhöhung, also Verbesserung und bei 39% (rote Kurvenlinien) trat eine Verschlechterung im BI-Score ein.

Abbildung 16: TP1_Entwicklung des BI in der Studienpopulation von t0 bis t2



Um die Entwicklung des primären Endpunktes beschreibbar zu machen, wurden wieder die Score-Mittelwerte, die Einteilung nach Vorhandensein einer Beeinträchtigung (wenn von den 10 Items mindestens ein Item=0, dann liegt eine Beeinträchtigung vor) und die Kategorienbildung (0-30=„weitgehend pflegeabhängig“, 35-80=„hilfsbedürftig“, 85-95=„punktuell hilfsbedürftig“ und 100=„Zustand kompletter Selbständigkeit“) herangezogen. In Tabelle 10 sind dazu die entsprechenden Werte bzw. Daten für die einzelnen IN der IG aufgeführt zu den Erhebungszeitpunkten t0, t1 und t2.

Tabelle 10: TP1_Ergebnisse für den BI für 662 Patientinnen und Patienten, die einen BI zu den Erhebungszeitpunkten t0, t1 und t2 vorweisen

Variablen		Barthel-Index_t2														
		Gesamt					männlich				weiblich					
Gesamt	IG	662					216				446					
	(%)	(100)					(32,63)				(67,37)					
	IN1-IN5	186	94	85	160	137	60	21	32	52	51	126	73	53	108	86
	(%)	(28,1)	(14,2)	(12,84)	(24,17)	(20,69)	(27,78)	(9,72)	(14,81)	(24,07)	(23,61)	(28,25)	(16,37)	(11,88)	(24,22)	(19,28)
Barthel-Index _ Mittelwertbildung zu t0, t1 und t2																
BI zu t0	MW	88,40					87,85				88,67					
	(SD)	(16,48)					(16,98)				(16,24)					
	IN1-IN5	84,70	93,30	92,18	92,03	83,47	83,83	91,66	90,47	92,21	84,90	85,12	93,77	93,21	91,94	82,62
	(SD)	(18,06)	(12,15)	(14,99)	(12,43)	(19,27)	(21,92)	(12,28)	(17,15)	(11,39)	(16,32)	(16,33)	(12,16)	(13,59)	(12,95)	(20,86)

Die BI-Mittelwertbetrachtung für die 662 Patientinnen und Patienten zeigt zunächst, dass es zu einer Mittelwertabnahme von t0 (88,4 Punkte) zu t1 (86,2 Punkte) und zu t2 (85,24 Punkte) gekommen ist. Es gibt sowohl zu t0 als auch zu t1 und t2 keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Die Einteilung der Patientinnen und Patienten nach dem Vorliegen einer Beeinträchtigung im BI ergab zu BL, also zu t0, dass 35,4% der 662 Patientinnen und Patienten eine Beeinträchtigung aufweisen, also in mindestens einem Item des BI nur 0 Punkte erreicht haben. Nahezu das gleiche Bild zeigte sich bei der Betrachtung nach Geschlecht (männlich=36,11% und weiblich=35,0%). Die Entwicklung der Einteilung nach dem Vorhandensein einer Beeinträchtigung innerhalb des Interventionszeitraumes (t0 zu t1; 12 Monate) zeigte sich wieder homogen. So nahm der Anteil der Beeinträchtigten insgesamt um 6% zu (41,8% der 662 Patientinnen und Patienten) und das zeigte sich auch für das Geschlecht (männlich=41,7% und weiblich=41,93%). Die Betrachtung zum Interventionszeitraum von t1 zu t2 (9 Monate) gibt auch einen einheitlichen Verlauf wieder. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigung stieg um 5 % (47,0% der 662 Patientinnen und Patienten) insgesamt an und dieser Anstieg war auch für das Geschlecht gleichlautend (männlich=47,0% und weiblich=46,9%).

Erfolgt die Beschreibung des BI-Scorewertes in folgenden Kategorien für die einzelnen Erhebungszeitpunkte (t0, t1 und t2) (siehe Tabelle 10) [23],

- 0-30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig
- 35-80 Punkte: hilfsbedürftig
- 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig
- 100 Punkte: Zustand kompletter Selbständigkeit

ergibt sich die in Abbildung 17 dargestellte Verteilung der Patientinnen und Patienten.

Im Verlauf der Beobachtungszeit von t0 zu t1 ergab sich eine Verschiebung der oberen Kategorie „100 Punkte“ („Zustand kompletter Selbständigkeit“) zugunsten der beiden mittleren Kategorien um 7%. Die Betrachtung der Kategorieneingruppierung anhand der erzielten BI-Scores für den Zeitraum von t1 zu t2 (9 Monate) zeigt, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten in der höchsten Kategorie von t1 zu t2 moderat abnimmt (um 3%) und ansonsten es in den beiden unteren Kategorien „0-30 Punkte“ und „30-80 Punkte“ kaum zu Verschiebungen kommt.

Die Verteilung auf die BI-Score-Kategorien nach Geschlecht ist in Abbildung 18 gezeigt. In der Gruppe der Frauen kommt es über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg insgesamt zu einem stärkeren Abfall des Anteils in der obersten Kategorie („100 Punkte“) als bei den Männern und besonders von t0 zu t1 ist der Unterschied markant. Bei den Frauen hat der Anteil um 10% abgenommen, bei den Männern waren es nur 3% weniger Patientinnen und Patienten, die noch mit 100 Punkten in der Kategorie „komplette Selbständigkeit“ zu t1 eingestuft waren.

Abbildung 17: TP1_Verteilung der Studienpopulation auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2

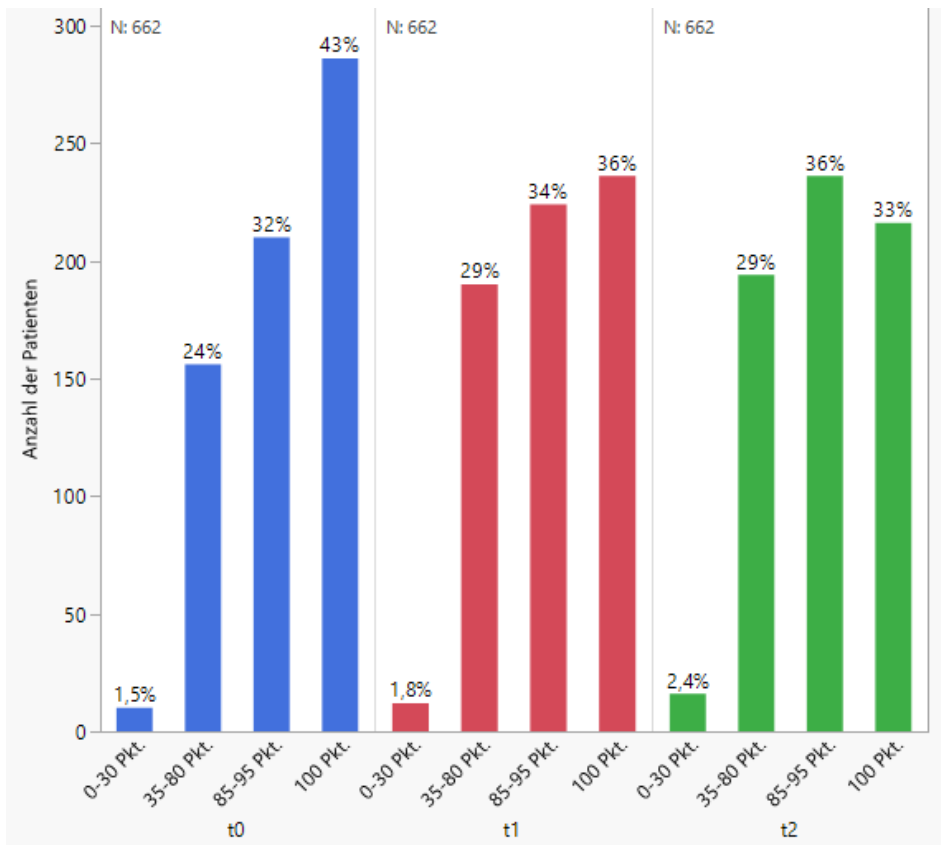


Abbildung 18: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Geschlecht auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2

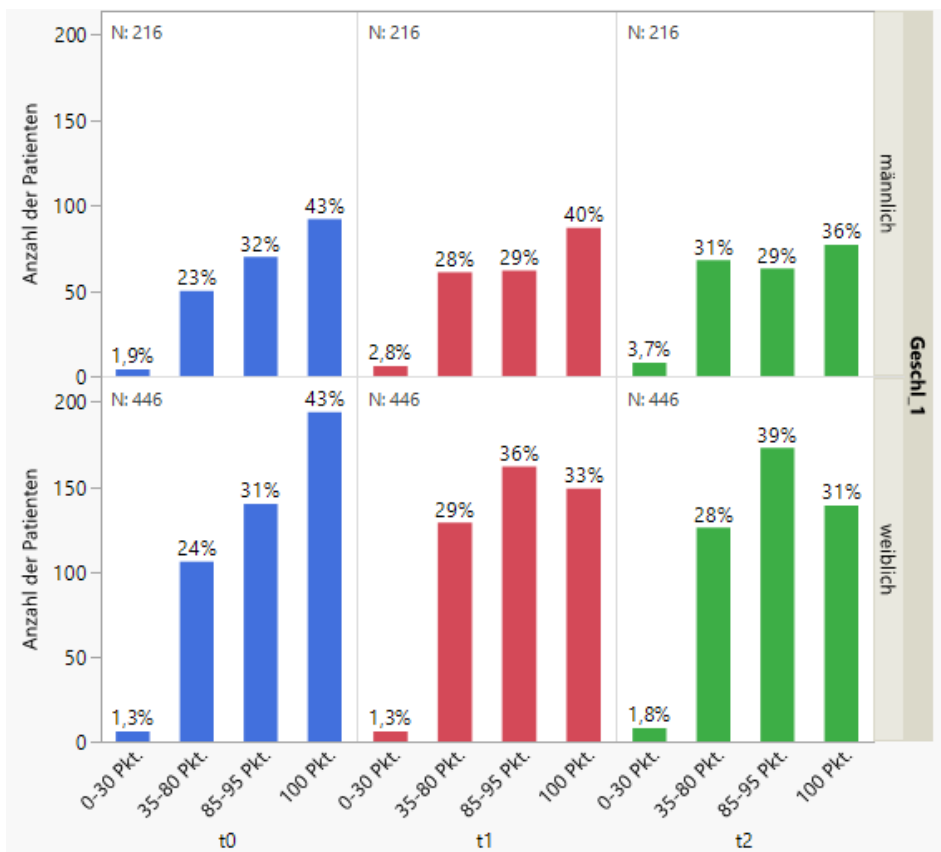
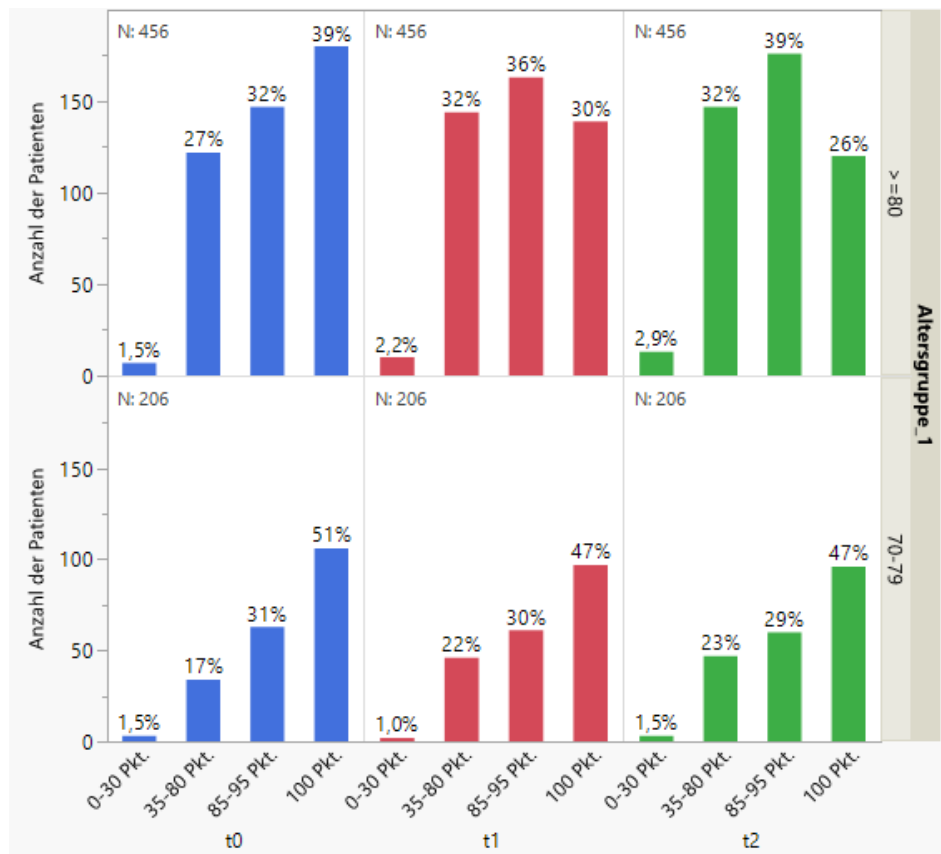


Abbildung 19: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Altersgruppe auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2



Auf die Altersgruppen „70-79“ und „≥80“ aufgeschlüsselt, lässt sich erkennen, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten zu t0 in der BI-Score-Kategorie „100 Punkte“ um 12% geringer in der älteren Altersgruppe ist, als in der jüngeren Altersgruppe (siehe Abbildung 19). Weiterhin ist festzustellen, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten in der höchsten Kategorie („komplette Selbständigkeit“ in der jüngeren Altersgruppe von t0 (51%) über t1 (47%) bis zu t2 (47%) relativ konstant bleibt, während in der Altersgruppe „≥80“ der Anteil in der höchsten Kategorie relativ stark abfällt (t0 (39%), t1 (30%) und t2 (26%)). Dieser im Vergleich große Abfall aus der Kategorie „komplette Selbständigkeit“ in der älteren Altersgruppe hat sich vor allem in der Kategorie „85-95 Punkte“ („punktuell hilfsbedürftig“) und auch in der Kategorie „35-80 Punkte“ („hilfsbedürftig“) angelagert.

Der Blick auf den Wohnort der Patientinnen und Patienten (siehe Abbildung 20) zeigt, dass bei den städtisch lebenden Patientinnen und Patienten in der Kategorie „komplette Selbständigkeit“ der Anteil um 9% höher ist als bei den ländlich lebenden Patientinnen und Patienten. Über die Erhebungszeitpunkte gesehen, zeigt sich jedoch für beide Gruppen (ländlich vs. städtisch) ein relativ homogener Verlauf für die höchste BI-Score-Kategorie (von t0 zu t1 „-7% bzw. -8%“ und von t1 zu t2 „-2% bzw. -4%“).

Die Verteilung der Häuslichen Gemeinschaft („alleinlebend“ vs. „nicht alleinlebend“) auf die BI-Score-Kategorien gibt ein homogenes Bild wider (siehe Abbildung 21). Sowohl die Einstufung nach Berufsabschluss („niedriger“ vs. „höher“) als auch die Beurteilung der eigenen finanziellen Situation durch die Patientinnen bzw. Patienten („ausreichend“ vs. „nicht ausreichend“) führt in der BI-Score-Kategorien-Zuordnung generell zu t0, weniger im Verlauf von t0 zu t1 bzw. von t1 zu t2, zu markanten Unterschieden (siehe Abbildung 22 und Abbildung 24). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der gleichen Betrachtung (siehe Abbildung 23) bezüglich der Einstufung nach dem Vorliegen sozialer Unterstützung („vorhanden“ vs. „nicht vorhanden“). Das bedeutet: Zu t0 sind die Anteile der Patientinnen und Patienten in der BI-Score-Kategorie „100 Punkte“ bedeutend größer bei den Patientinnen und Patienten,

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

die einen höheren Berufsabschluss (+15%) haben, eine ausreichende finanzielle Situation (+17%) und das Nichtvorhandensein sozialer Unterstützung (+24%) angaben. Die Veränderungen in den jeweiligen Anteilen von t0 zu t1 und von t1 zu t2 sind wieder homogen und es kommt zu einer Abnahme des Anteils in den jeweiligen BI-Score-Kategorien der „kompletten Selbständigkeit“ („100 Punkte“) um ca. 10% von t0 zu t2.

Abbildung 20: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Wohnort auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2

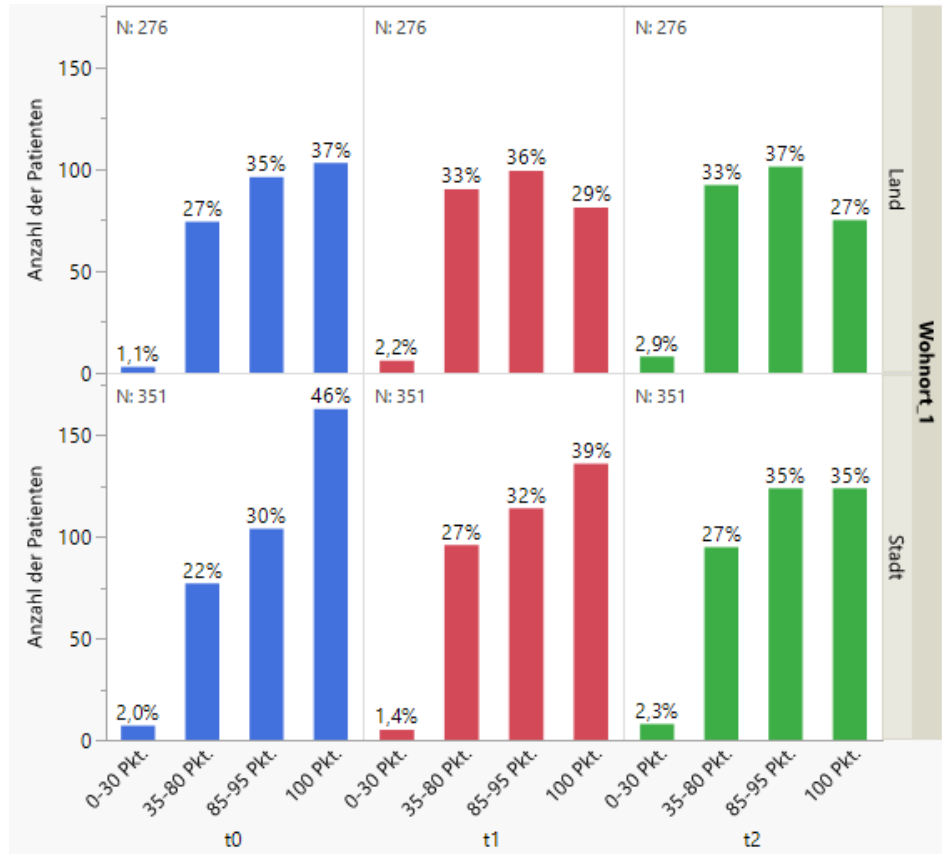


Abbildung 21: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Häuslicher Gemeinschaft auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2

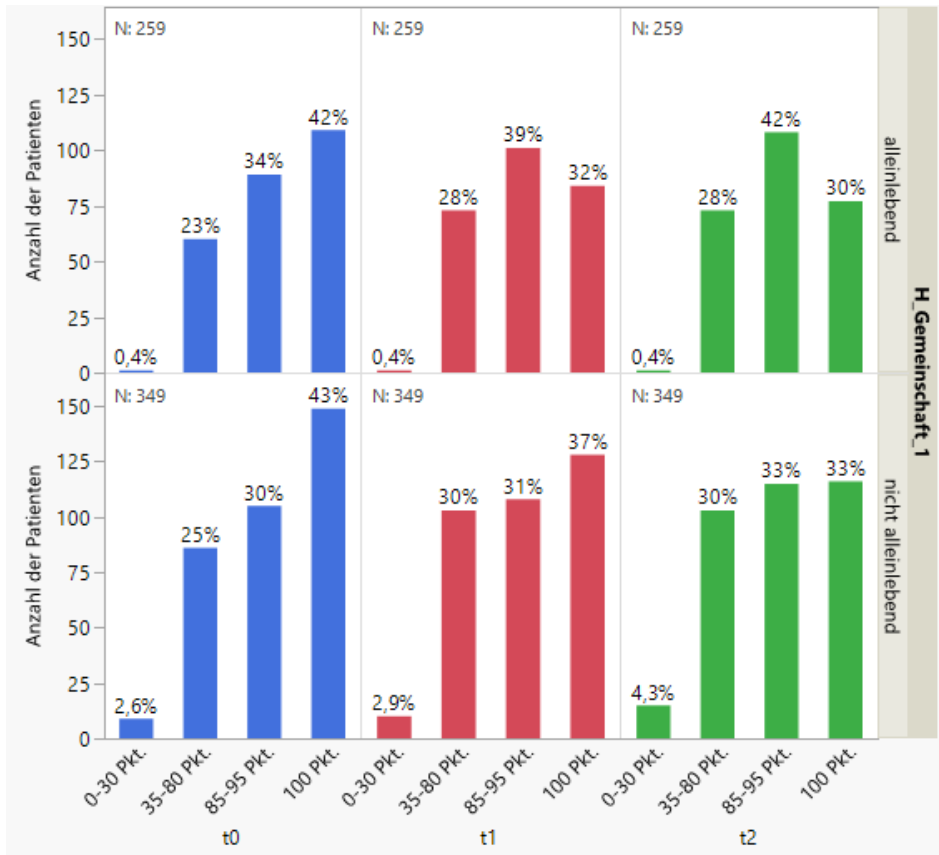


Abbildung 22: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach Berufsabschluss auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2

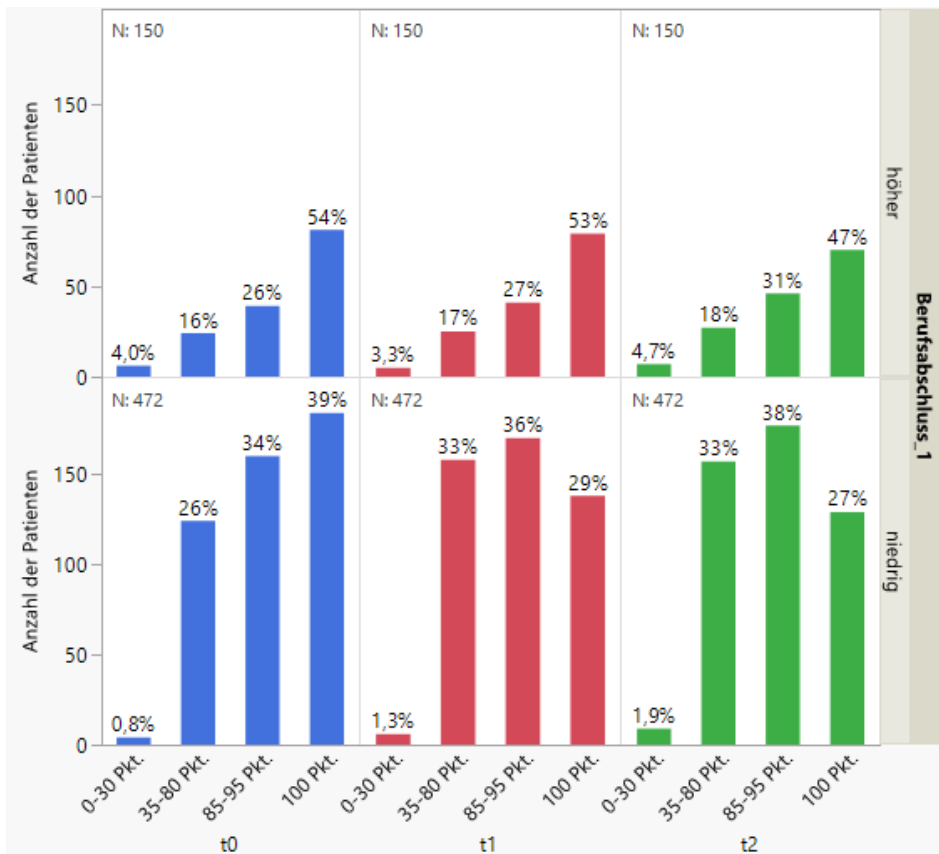


Abbildung 23: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach sozialer Unterstützung auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2

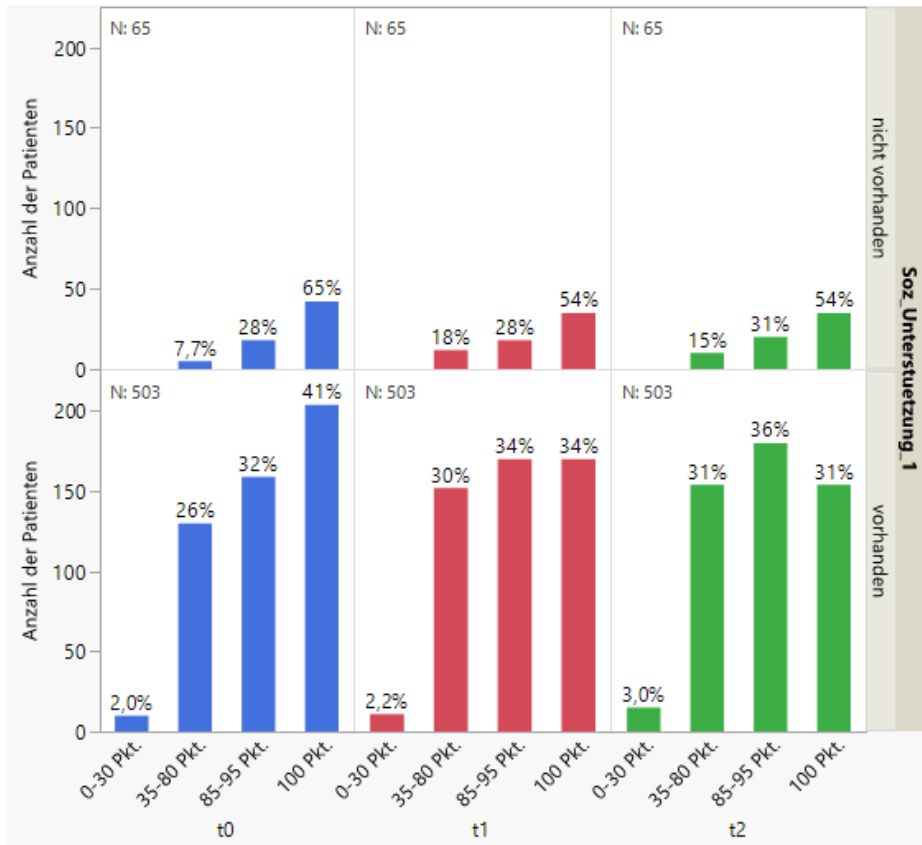
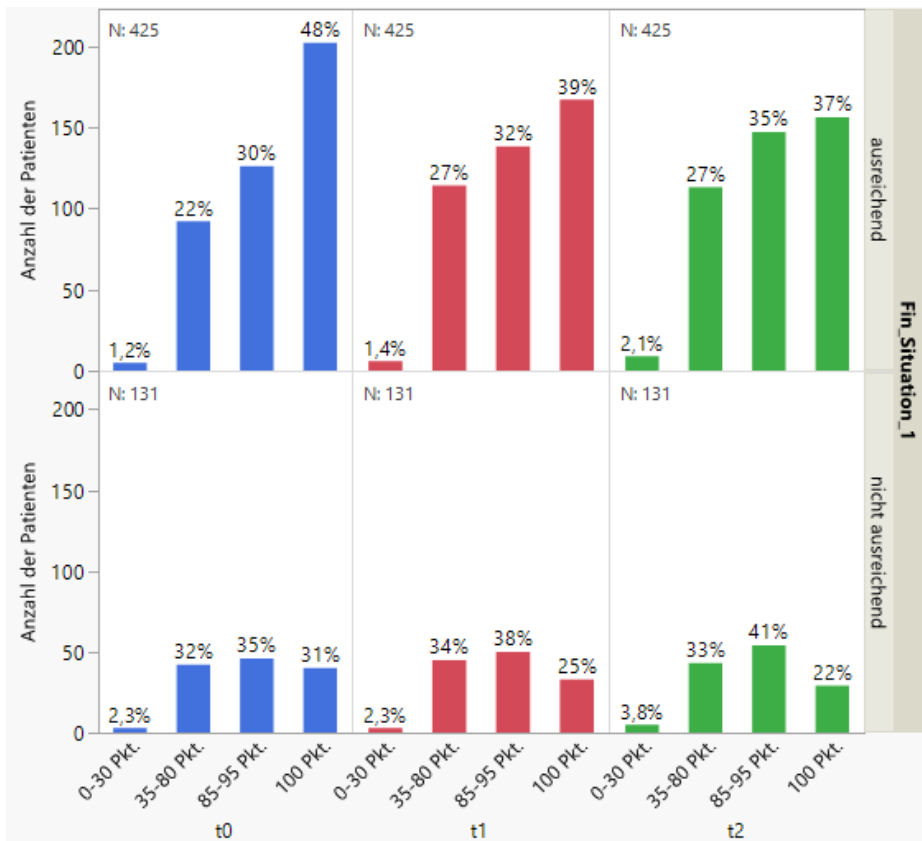


Abbildung 24: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach finanzieller Situation auf die Kategorien nach BI-Score zu t0, t1 und t2



3.1.5.2 Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung diverser sekundärer Endpunkte

Zur weiteren vergleichenden Effektmessung (Wirkung des CCM) zwischen der IG und der KG wurden sekundäre Outcomes (siehe Tabelle 1) zu folgenden Aspekten untersucht: Lebensqualität, Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Kognition, Mobilität, Ernährungsstatus und wahrgenommenen Belastung von pflegenden Angehörigen.

3.1.5.2.1 Entwicklung der Lebensqualität

Um einen Interventionserfolg messbar zu machen, ging es auch um die Erfassung des subjektiven Befindens der Patientinnen und Patienten, um die Erfassung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Im Rahmen des Projektes wurden dazu zwei Fragebögen eingesetzt, die auf Initiative der WHO innerhalb der WHOQOL-Gruppe entwickelt wurden. Dabei handelt es sich zum einen um den WHOQOL_BREF (Kurzversion des WHOQOL_100) (siehe Anlage 8), der die subjektive Lebensqualität im Erwachsenenalter erfasst und zum anderen um den WHOQOL_OLD (siehe Anlage 7), der zusätzlich die subjektive Lebensqualität im Alter berücksichtigt [25].

Beide Fragebögen zur Lebensqualität sind Selbstauskunftsbögen und sind in Kombination einzusetzen, um die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen entsprechend zu berücksichtigen.

a) WHOQOL_BREF

Der WHOQOL_BREF erhebt 26 Items, die jeweils über eine fünfstufige Antwortskala (Likertskala) mit (1) bis (5) zu beantworten sind.

Aus den ersten beiden Items „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“ und „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?“ wird der „Globalwert“ berechnet, es wird also eine allgemeine Einschätzung der Lebensqualität mit der Beurteilung des Gesundheitszustandes der jeweils befragten Patientin bzw. des jeweils befragten Patienten verbunden.

Die anderen 24 Items verteilen sich auf vier Domänen:

1. Domäne „Physische Lebensqualität“ (7 Items)

Hier geht es um die Abbildung des allgemeinen körperlichen Zustandes der befragten Person, das heißt, es wird erfasst, inwieweit die Person körperlich in der Lage ist, Dinge des täglichen Lebens zu verrichten bzw. ob Schmerzen, Schlafprobleme, Mobilitätseinschränkungen oder Abhängigkeiten von medizinischen Behandlungen einschränkend wirken.

2. Domäne „Psychische Lebensqualität“ (6 Items)

In dieser Domäne geht es um den allgemeinen psychischen Zustand der befragten Person. Es wird erfasst, ob die Person positive Gefühle erleben kann, ob die Person mit sich selbst, mit ihrem Äußeren und dem eigenen Leben zufrieden ist, sich gut konzentrieren kann oder aber durch negative Gefühle belastet ist.

3. Domäne „Soziale Beziehungen“ (3 Items)

Diese Domäne spiegelt die Zufriedenheit der befragten Person mit ihren sozialen Beziehungen wider. Dazu gehören neben den persönlichen Beziehungen auch das Sexualleben und die Unterstützung durch Freunde.

4. Domäne „Umwelt“ (8 Items)

Hier wird ermittelt, wie die befragte Person die Qualität ihrer Umwelt einschätzt und wie sicher sie sich in ihrem täglichen Leben fühlt. Dazu zählt die Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen, den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln, dem Zugang zu Gesundheitsdiensten, Informationen und zu Beförderungsmitteln sowie zu Freizeitaktivitäten.

Die Berechnung des Globalwertes und der vier Domänen wurde auf der Basis des WHOQOL_BREF-Manuels der WHO per Skalentransformation der jeweiligen Summenwerte auf eine Skala von 0 bis 100 durchgeführt [25]. Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der Lebensqualität als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell für den WHOQOL_BREF beinhaltet jeweils als abhängige Variable den Globalwert und die vier Domänenwerte (berechnet nach [25]) zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuen-spezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- ÄN-Zugehörigkeit (IN1 bis IN5 und KG) bzw. Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und sowohl für den Globalwert als auch für die einzelnen Domänen berechnet. Im Anhang sind die jeweiligen Ergebnisse der Effektschätzung tabellarisch aufgeführt (siehe Anhang 8 bis Anhang 17).

Die Analysen zeigen:

1.) Für den WHOQOL_BREF: Globalwert:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 8):

dass sich der mittlere Globalwert der Patientinnen und Patienten um 0,9348 Punkte ($p=0,1303$; KI[-0,2764;2,1459]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant vergrößert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Globalwerte (-5,4131 bis -11,5739 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Globalwert-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Globalwert-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -0,4915 ($p=0,6669$; KI[-2,7309;1,7479]).
→ Verringerung des mittleren Globalwertes des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: -1,3152 ($p=0,2850$; KI[-3,7270;1,0967]).
→ Verringerung des mittleren Globalwertes des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: -1,4274 ($p=0,2685$; KI[-3,9563;1,1016]).
→ Verringerung des mittleren Globalwertes des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN4: -1,4429 ($p=0,2292$; KI[-3,7953;0,9096]).
→ Verringerung des mittleren Globalwertes des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

- IN5: -3,1834 ($p=0,0021$; KI[-5,2117;-1,1552]).
→ Verringerung des mittleren Globalwertes des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 9):

dass sich der mittlere Globalwert der Patientinnen und Patienten um 0,9348 Punkte ($p=0,1304$; KI[-0,2768;2,1463]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Globalwert (-7,8215 Punkte ($p<,0001$; KI[-9,5798;-6,0632])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Globalwert-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Globalwert-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -1,7096 ($p=0,0244$; KI[-3,1980;-0,2212]).
→ Verringerung des mittleren Globalwertes der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

2.) Für den WHOQOL_BREF: Domäne(1) „Physische Lebensqualität“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 10) zeigt sich:

dass sich der mittlere Domänenwert(1) der Patientinnen und Patienten um 0,1526 Punkte ($p=0,7654$; KI[-0,8500;1,1552]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant vergrößert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Domänenwerte(1) (-5,7774 bis -8,5709 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung und ein höheres Alter (≥ 80) sich Domänenwert(1)-erniedrigend und das männliche Geschlecht, ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(1)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: 1,6642 ($p=0,0808$; KI[-0,2041;3,5325]).
→ Erhöhung des mittleren Domänenwertes(1) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: -0,2331 ($p=0,8183$; KI[-2,2218;1,7557]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(1) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: -2,5873 ($p=0,0160$; KI[-4,6925;-0,4820]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(1) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN4: -0,3432 ($p=0,7318$; KI[-2,3069;1,6205]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(1) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -2,2854 ($p=0,0079$; KI[-3,9703;-0,6005]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(1) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 11) zeigt sich:

dass sich der mittlere Domänenwert(1) der Patientinnen und Patienten um 0,1526 Punkte ($p=0,7662$; KI[-0,8536;1,1588]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat.

Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Domänenwert(1) (-7,4385 Punkte ($p < ,0001$; KI[-9,1893;-5,6877])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung und ein höheres Alter (≥ 80) sich Domänenwert(1)-erniedrigend und das männliche Geschlecht, ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(1)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -0,7936 ($p = 0,2091$; KI[-2,0324;0,4452]).
 → Verringerung des mittleren Domänenwertes(1) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

3.) Für den WHOQOL_BREF: Domäne(2) „Psychische Lebensqualität“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 12) zeigt sich:

dass sich der mittlere Domänenwert(2) der Patientinnen und Patienten um 0,3388 Punkte ($p = 0,4675$; KI[-0,5755;1,2530]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant vergrößert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Domänenwerte(2) (-4,7201 bis -7,5694 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung, ein höheres Alter (≥ 80) und das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft sich Domänenwert(2)-erniedrigend und das männliche Geschlecht, ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(2)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: 1,1546 ($p = 0,1901$; KI[-0,5728;2,8820]).
 → Erhöhung des mittleren Domänenwertes(2) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: -1,0138 ($p = 0,2755$; KI[-2,8364;0,8088]).
 → Verringerung des mittleren Domänenwertes(2) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: -3,2810 ($p = 0,0010$; KI[-5,2346;-1,3275]).
 → Verringerung des mittleren Domänenwertes(2) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN4: -1,6683 ($p = 0,0696$; KI[-3,4705;0,1339]).
 → Verringerung des mittleren Domänenwertes(2) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -0,01593 ($p = 0,9838$; KI[-1,5515;1,5196]).
 → Verringerung des mittleren Domänenwertes(2) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 13) zeigt sich:

dass sich der mittlere Domänenwert(2) der Patientinnen und Patienten um 0,3388 Punkte ($p = 0,4690$; KI[-0,5787;1,2562]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Domänenwert(2) (-5,8121 Punkte ($p < ,0001$; KI[-7,2334;-4,3908])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung und ein höheres Alter (≥ 80) sich Domänenwert(2)-erniedrigend und das männliche Geschlecht, ein höherer beruflicher Abschluss, das

städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(2)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -0,7356 ($p=0,2032$; KI[-1,8688;0,3977]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(2) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

4.) Für den WHOQOL_BREF: Domäne(3) „Soziale Beziehungen“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 14) zeigt sich:

dass sich der mittlere Domänenwert(3) der Patientinnen und Patienten um 1,1194 Punkte ($p=0,0794$; KI[-0,1314;2,3703]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant vergrößert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Domänenwerte(3) (-4,0442 bis -10,8002 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht sich Domänenwert(3)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(3)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -0,6213 ($p=0,6218$; KI[-3,0910;1,8485]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(3) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: -2,1548 ($p=0,1074$; KI[-4,7786;0,4689]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(3) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: -1,6895 ($p=0,2414$; KI[-4,5173;1,1384]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(3) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN4: -2,7503 ($p=0,0291$; KI[-5,2201;-0,2806]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(3) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN5: -2,3679 ($p=0,0284$; KI[-4,4857;-0,2502]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(3) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 15) zeigt sich:

dass sich der mittlere Domänenwert(3) der Patientinnen und Patienten um 1,1194 Punkte ($p=0,0792$; KI[-0,1308;2,3697]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Domänenwert(3) (-5,9837 Punkte ($p<,0001$; KI[-7,5647;-4,4027])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht sich Domänenwert(3)-erniedrigend und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(3)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -1,9718 ($p=0,0136$; KI[-3,5370;-0,4067]).
→ Verringerung des mittleren Domänenwertes(3) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

5.) Für den WHOQOL_BREF: Domäne(4) „Umwelt“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 16) zeigt sich:

dass sich der mittlere Domänenwert(4) der Patientinnen und Patienten um 1,8398 Punkte ($p < .0001$; KI[0,9781;2,7015]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant vergrößert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Domänenwerte(4) (-4,7616 bis -9,3471 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit zur höheren Altersgruppe (≥ 80) und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Domänenwert(4)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(4)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -1,0816 ($p=0,1898$; KI[-2,6988;0,5356]).
➔ Verringerung des mittleren Domänenwertes(4) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: -2,0670 ($p=0,0188$; KI[-3,7904;-0,3436]).
➔ Verringerung des mittleren Domänenwertes(4) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN3: -2,5691 ($p=0,0058$; KI[-4,3918;-0,7463]).
➔ Verringerung des mittleren Domänenwertes(4) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN4: -0,7600 ($p=0,3795$; KI[-2,4560;0,9359]).
➔ Verringerung des mittleren Domänenwertes(4) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -1,2101 ($p=0,1033$; KI[-2,6663;0,2460]).
➔ Verringerung des mittleren Domänenwertes(4) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 17) zeigt sich:

dass sich der mittlere Domänenwert(4) der Patientinnen und Patienten um 1,8398 Punkte ($p < .0001$; KI[0,9782;2,7015]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Domänenwert(4) (-6,5628 Punkte ($p < .0001$; KI[-7,8087;-5,3170])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit zur höheren Altersgruppe (≥ 80) und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Domänenwert(4)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(4)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -1,4565 Punkte ($p=0,0073$; KI[-2,5206;-0,3924]).
➔ Verringerung des mittleren Domänenwertes(4) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

b) WHOQOL_OLD

Der WHOQOL_OLD erhebt 24 Items zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität im Alter, die jeweils über eine fünfstufige Antwortskala (Likertskala) mit (1) bis (5) zu beantworten sind.

Die 24 Items verteilen sich auf sechs Facetten (à 4 Items):

1. Facette „Sinnesfunktionen“

In dieser Facette werden die Sinnesfunktionen untersucht und ermittelt, in welchem Maße Veränderungen im Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Appetit und Tastsinn die

Lebensqualität der befragten Personen tangieren. Hier wird eher auf das Funktionieren als auf das Eingeschränktsein fokussiert. Es wird der Einfluss der Funktionsfähigkeit der Sinne bei den Personen auf die Beteiligung an täglichen Aktivitäten abgefragt.

2. Facette „Autonomie“

Hier werden die Unabhängigkeit, die Kontrolle, die Entscheidungsfreiheit bzw. -fähigkeit und der Einfluss dieser Faktoren auf die Lebensqualität der befragten Patientinnen und Patienten erhoben. Außerdem werden hier Gefühle, die aus den verlorengegangenen Fähigkeiten resultieren können und auch Fragen der Würde erfasst.

3. Facette „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“

In dieser Facette wird die Anerkennung für Erreichtes in der Vergangenheit und die Zufriedenheit damit erhoben. Es erfolgt eine Rückschau auf das bisherige Leben. Dabei ist das „Erreichte“ sehr individuell geprägt. Außerdem geht es darum, ob es den befragten Personen möglich ist, sich mit Anderen an Vergangenes zu erinnern und über die Gegenwart und Zukunft zu reflektieren.

4. Facette „Soziale Partizipation (Teilhabe)“

Hier wird die Einschätzung der befragten Person erfasst, wie sie ihre Zeit nutzen kann, ob sie sich als Teil der Gemeinschaft fühlt und in welchem Maße sie sich für die eigenen Belange einsetzen kann.

5. Facette „Ängste und Befürchtungen vor Tod und Sterben“

Hier wird die Einstellung der befragten Person zum Thema des eigenen Todes und des Sterbens nahestehender Menschen abgefragt.

6. Facette „Intimität“

In dieser Facette wird die Möglichkeit der befragten Person beleuchtet, körperliche Nähe mit einem Partner oder anderen nahestehenden Personen teilen zu können. Es wird erfragt, inwieweit Sexualität im Alter an Bedeutung verliert und wie stark enge und vertraute Beziehungen sich auf die empfundene Lebensqualität auswirken.

Aus allen Facetten-Werten wird ein Gesamtwert ermittelt, der es erlaubt, die subjektive Lebensqualität im Alter allgemein zu bestimmen.

Die Berechnung des Gesamtwertes und der sechs Facetten wurde auf der Basis des WHOQOL_OLD-Manuels der WHO ebenfalls per Skalentransformation der jeweiligen Summenwerte auf eine Skala von 0 bis 100 durchgeführt [25]. Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der Lebensqualität als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell für den WHOQOL_OLD beinhaltet jeweils als abhängige Variable den Gesamtwert und die sechs Facetten-Werte (berechnet nach [25]) zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuenspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- ÄN-Zugehörigkeit (IN1 bis IN5 und KG) bzw. Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und sowohl für den Gesamtwert als auch für die einzelnen Facetten berechnet. Im Anhang sind die jeweiligen Ergebnisse der Effektschätzung tabellarisch aufgeführt (siehe Anhang 18 bis Anhang 31).

Die Analysen zeigen:

1.) Für den WHOQOL_OLD: Gesamtwert:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 18) zeigt sich:

dass sich der mittlere Gesamtwert der Patientinnen und Patienten um 1,3486 Punkte ($p=0,0005$; KI[0,5938;2,1034]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant vergrößert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Gesamtwerte (-5,7330 bis -8,5734 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Gesamtwert-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Gesamtwert-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -0,9947 ($p=0,1731$; KI[-2,4263;0,4368]).
→ Verringerung des mittleren Gesamtwertes des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: -1,2654 ($p=0,1017$; KI[-2,7810;0,2502]).
→ Verringerung des mittleren Gesamtwertes des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: -3,8291 ($p=<,0001$; KI[-5,5031;-2,1552]).
→ Verringerung des mittleren Gesamtwertes des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN4: -0,9913 ($p=0,1982$; KI[-2,5018;0,5192]).
→ Verringerung des mittleren Gesamtwertes des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -0,6570 ($p=0,3165$; KI[-1,9432;0,6291]).
→ Verringerung des mittleren Gesamtwertes des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 19) zeigt sich:

dass sich der mittlere Gesamtwert der Patientinnen und Patienten um 1,3486 Punkte ($p=0,0005$; KI[0,5920;2,1052]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Gesamtwert (-7,2006 Punkte ($p=<,0001$; KI[-8,3678;-6,0333])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Gesamtwert-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Gesamtwert-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -1,3416 ($p=0,0052$; KI[-2,2826;-0,4005]).
→ Verringerung des mittleren Gesamtwertes der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

2.) Für den WHOQOL_OLD: Facette(1) „Sinnesfunktion“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 20) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(1) der Patientinnen und Patienten um 1,9558 Punkte ($p=0,0037$; KI[0,6361;3,2754]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant vergrößert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Facettenwerte(1) (-4,0864 bis -7,4633 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter, die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(1)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(1)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -2,2564 ($p=0,0775$; KI[-4,7620;0,2492]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(1) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: 0,1098 ($p=0,9355$; KI[-2,5482;2,7677]).
→ Erhöhung des mittleren Facettenwertes(1) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: -5,8821 ($p=<,0001$; KI[-8,8256;-2,9386]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(1) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN4: -0,9913 ($p=0,1982$; KI[-2,5018;0,5192]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(1) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -2,0629 ($p=0,0723$; KI[-4,3132;0,1873]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(1) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 21) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(1) der Patientinnen und Patienten um 1,9558 Punkte ($p=0,0038$; KI[0,6317;3,2799]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(1) (-6,3478 Punkte ($p=<,0001$; KI[-8,3302;-4,3655])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter, die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(1)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(1)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -2,8131 ($p=0,0008$; KI[-4,4616;-1,1646]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(1) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

3.) Für den WHOQOL_OLD: Facette(2) „Autonomie“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 22) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(2) der Patientinnen und Patienten um 3,1168 Punkte ($p=<,0001$; KI[1,7640;4,4697]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant vergrößert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Facettenwerte(2) (-5,3038 bis -10,1571 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter, das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft und das Vorhandensein sozialer

Unterstützung sich Facettenwert(2)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(2)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -3,7799 (p=0,0040; KI[-6,3496;-1,2101]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(2) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN2: -4,8926 (p=0,0004; KI[-7,6101;-2,1752]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(2) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN3: -4,4316 (p=0,0041; KI[-7,4521;-1,4111]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(2) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN4: -4,0954 (p=0,0030; KI[-6,7990;-1,3918]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(2) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN5: -0,7389 (p=0,5303; KI[-3,0480;1,5702]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(2) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 23) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(2) der Patientinnen und Patienten um 3,1185 Punkte (p=<.0001; KI[1,7629;4,4741]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(2) (-8,1203 Punkte (p=<.0001; KI[-9,8870;-6,3536])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter, das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(2)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(2)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -3,2574 (p=0,0002; KI[-4,9447;-1,5701]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(2) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

4.) Für den WHOQOL_OLD: Facette(3) „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 24) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(3) der Patientinnen und Patienten um 1,2310 Punkte (p=0,0155; KI[0,2349;2,2270]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant vergrößert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Facettenwerte(3) (-4,5487 bis -8,0617 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(3)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(3)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -0,6305 ($p=0,5139$; KI[-2,5246;1,2636]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(3) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: -2,6900 ($p=0,0085$; KI[-4,6932;-0,6868]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(3) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN3: -2,1113 ($p=0,0627$; KI[-4,3347;0,1121]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(3) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN4: -0,2532 ($p=0,8040$; KI[-2,2535;1,7471]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(3) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -0,1269 ($p=0,8834$; KI[-1,8244;1,5706]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(3) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 25) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(3) der Patientinnen und Patienten um 1,2308 Punkte ($p=0,0156$; KI[0,2338;2,2278]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(3) (-6,0031 Punkte ($p<,0001$; KI[-7,4060;-4,6001])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(3)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(3)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -0,9967 ($p=0,1155$; KI[-2,2382;0,2448]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(3) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

5.) Für den WHOQOL_OLD: Facette(4) „Soziale Partizipation (Teilhabe)“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 26) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(4) der Patientinnen und Patienten um 1,3296 Punkte ($p=0,0277$; KI[-2,5133;-0,1460]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Facettenwerte(4) (-8,7146 bis -17,3005 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(4)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(4)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: 3,5573 ($p=0,0019$; KI[1,3084;5,8063]).
→ Erhöhung des mittleren Facettenwertes(4) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN2: 3,6961 ($p=0,0023$; KI[1,3173;6,0748]).
→ Erhöhung des mittleren Facettenwertes(4) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN3: -1,5223 ($p=0,2562$; KI[-4,1509;1,1063]).

- ➔ Verringerung des mittleren Facettenwertes(4) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN4: 5,3929 ($p < .0001$; KI[3,0254;7,7604]).
 - ➔ Erhöhung des mittleren Facettenwertes(4) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN5: 4,9346 ($p < .0001$; KI[2,9140;6,9553]).
 - ➔ Erhöhung des mittleren Facettenwertes(4) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 27) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(3) der Patientinnen und Patienten um 1,3293 Punkte ($p = 0,0285$; KI[-2,5186;-0,1399]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(3) (-12,8112 Punkte ($p < .0001$; KI[-14,5620;-11,0604])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(3)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(3)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: 3,6057 ($p < .0001$; KI[2,1255;5,0858]).
 - ➔ Erhöhung des mittleren Facettenwertes(3) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

6.) Für den WHOQOL_OLD: Facette(5) „Ängste und Befürchtungen vor Tod und Sterben“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 28) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(5) der Patientinnen und Patienten um 0,9243 Punkte ($p = 0,2611$; KI[-0,6884;2,5370]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass IN1, IN2 und IN4 signifikant geringere mittlere Facettenwerte(5) (-3,7913 bis -6,3991 Punkte) und dass IN3 und IN5 nicht signifikant geringere mittlere Facettenwerte(5) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht sich Facettenwert(5)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -0,6884 ($p = 0,6604$; KI[-3,7611;2,3844]).
 - ➔ Verringerung des mittleren Facettenwertes(5) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: -0,09510 ($p = 0,9540$; KI[-3,3305;3,1403]).
 - ➔ Verringerung des mittleren Facettenwertes(5) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: -4,8223 ($p = 0,0094$; KI[-8,4623;-1,1823]).
 - ➔ Verringerung des mittleren Facettenwertes(5) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN4: -1,0214 ($p = 0,5358$; KI[-4,2562;2,2133]).
 - ➔ Verringerung des mittleren Facettenwertes(5) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -3,3609 ($p = 0,0174$; KI[-6,1313;-0,5906]).
 - ➔ Verringerung des mittleren Facettenwertes(5) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 29) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(5) der Patientinnen und Patienten um 0,9246 Punkte ($p=0,2613$; KI[-0,6892;2,5385]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(5) (-3,5965 Punkte ($p=0,0010$; KI[-5,7444;-1,4486])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht sich Facettenwert(5)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -1,9698 ($p=0,0551$; KI[-3,9830;0,04331]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(5) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

7.) Für den WHOQOL_OLD: Facette(6) „Intimität“:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 30) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(6) der Patientinnen und Patienten um 2,6105 Punkte ($p=<,0001$; KI[1,3483;3,8727]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle fünf IN signifikant geringere mittlere Facettenwerte(6) (-4,3090 bis -7,9875 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter sich Facettenwert(6)-erniedrigend und ein höherer Berufsabschluss, das städtische Wohnen, das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft, das Vorhandensein sozialer Unterstützung und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(6)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -2,5697 ($p=0,0346$; KI[-4,9525;-0,1868]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(6) des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN2: -4,1996 ($p=0,0011$; KI[-6,7228;-1,6763]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(6) des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN3: -4,3507 ($p=0,0029$; KI[-7,2109;-1,4906]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(6) des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN4: -0,9614 ($p=0,4567$; KI[-3,4941;1,5713]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(6) des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -2,9277 ($p=0,0073$; KI[-5,0656;-0,7899]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(6) des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 31) zeigt sich:

dass sich der mittlere Facettenwert(6) der Patientinnen und Patienten um 2,6087 Punkte ($p=<,0001$; KI[1,3454;3,8720]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(6) (-6,0119 Punkte ($p=<,0001$; KI[-7,8069;-4,2169])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter sich Facettenwert(6)-erniedrigend und ein höherer Berufsabschluss, das städtische Wohnen,

das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft, das Vorhandensein sozialer Unterstützung und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(6)-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -2,9065 (p=0,0003; KI[-4,4773;-1,3358]).
→ Verringerung des mittleren Facettenwertes(6) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

3.1.5.2.2 Entwicklung der Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens

Der IADL-Fragebogen (siehe Anlage 4) erfragte Alltagskompetenzen der Patientinnen und Patienten im RubiN-Projekt in Selbstauskunft zu t0 und t1. Dieser Fragebogen wurde bereits 1969 entwickelt [26] und es werden folgende acht Items erhoben:

- Telefon
- Einkaufen
- Kochen
- Haushalt
- Wäsche
- Transportmittel
- Medikamente
- Geldhaushalt

Zu jeder Item-Abfrage werden die jeweiligen Punktwerte (0 oder 1 Punkt) erfasst und zu einem Score aufsummiert. Maximal können 8 Punkte und minimal 0 Punkte erreicht werden. Ein höherer Score steht für eine größere Unabhängigkeit hinsichtlich der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens.

Im Rahmen der Auswertung dieses sekundären Endpunktes wurden die Patientinnen und Patienten berücksichtigt, für die sowohl zu t0 als auch zu t1 ein IADL-Score vorlag (siehe Abbildung 25). Der Auswertedatensatz umfasst für den Zeitraum der ersten 12 Monate der Intervention 3.146 Patientinnen und Patienten.

Abbildung 25: TP1_Verteilung der IADL-Scores in der Studienpopulation zu t0 und t1

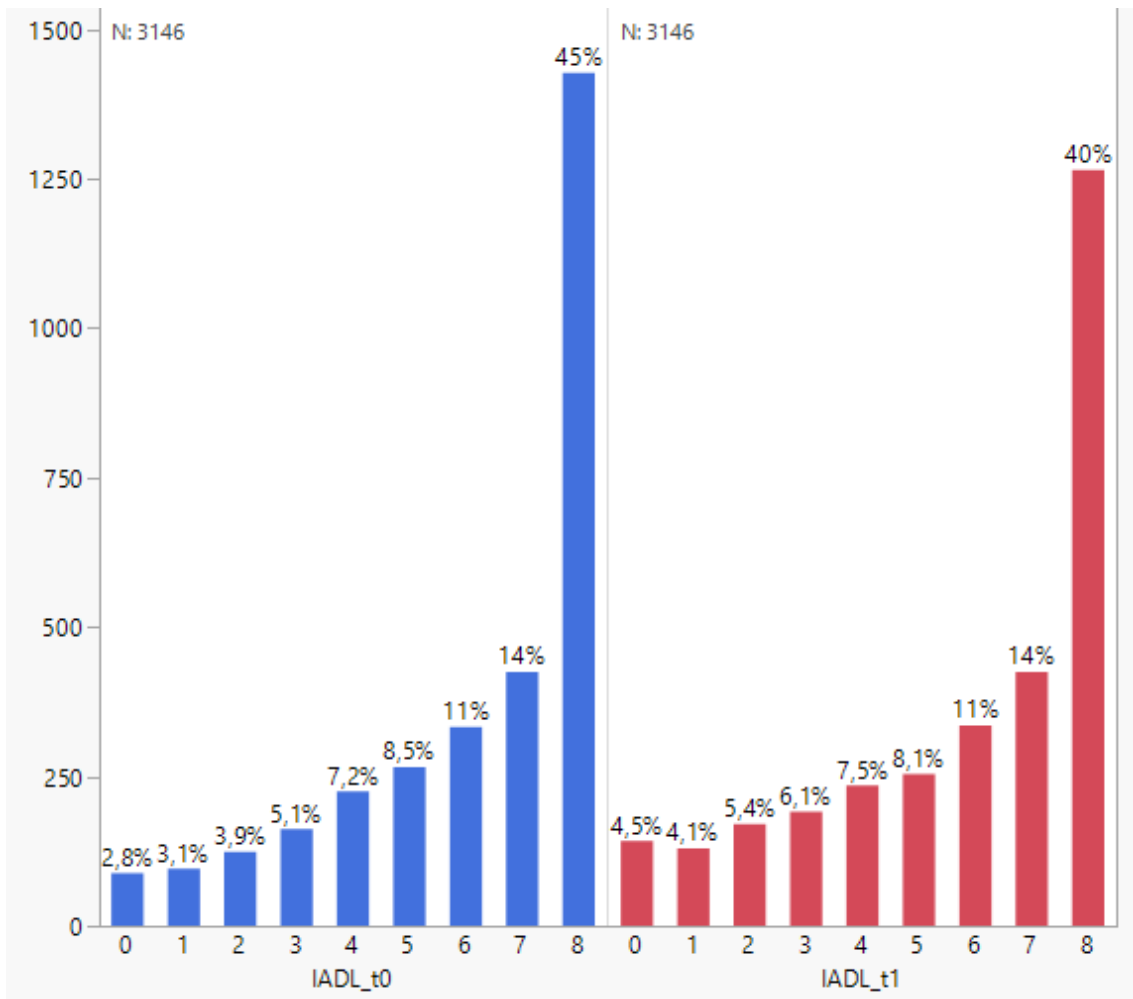
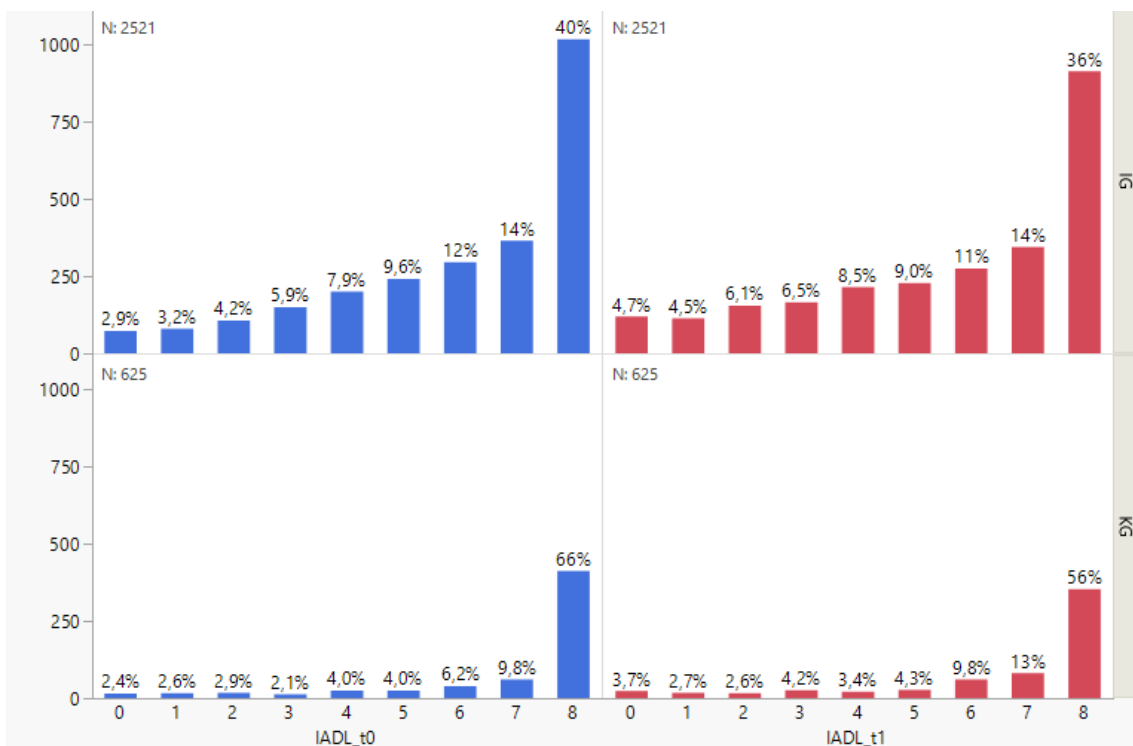


Abbildung 26: TP1_Verteilung der IADL-Scores in der IG und KG zu t0 und t1



Es zeigt sich bei deskriptiver Betrachtung, dass in der IG der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem IADL-Score von 8 Punkten (maximale Unabhängigkeit) sich von t0 zu t1 um 4% verringerte, in der KG ergab sich eine Verringerung dahingehend um 10% (siehe Abbildung 26).

Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der Unabhängigkeit bezüglich der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell für den IADL beinhaltete als abhängige Variable den IADL-Score der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuenspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- ÄN-Zugehörigkeit (IN1 bis IN5 und KG) bzw. Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet. Im Anhang sind die Ergebnisse der Effektschätzung tabellarisch aufgeführt (siehe Anhang 32 bzw. Anhang 33).

Die Analysen zeigen:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 32):

dass sich der mittlere IADL-Score der Patientinnen und Patienten um 0,2838 Punkte ($p < ,0001$; KI[-0,3930;-0,1746]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass alle IN signifikant geringere mittlere IADL-Scores (-0,4002 bis -0,9548 Punkte) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das männliche Geschlecht, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich IADL-Score-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Leben und eine ausreichende finanzielle Situation sich IADL-Score-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: 0,001241 ($p=0,9880$; KI[-0,1608;0,1632]).
→ Erhöhung des mittleren IADL-Scores des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN2: -0,1020 ($p=0,2842$; KI[-0,2889;0,08477]).
→ Verringerung des mittleren IADL-Scores des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: 0,006319 ($p=0,9436$; KI[-0,1687;0,1813]).
→ Erhöhung des mittleren IADL-Scores des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN4: -0,07521 ($p=0,3456$; KI[-0,2315;0,08112]).
→ Verringerung des mittleren IADL-Scores des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

- IN5: -0,07619 ($p=0,3703$; KI[-0,2429;0,09055]).
→ Verringerung des mittleren IADL-Scores des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 33):

dass sich der mittlere IADL-Score der Patientinnen und Patienten um 0,2838 Punkte ($p<,0001$; KI[-0,3930;-0,1746]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren IADL-Score (-0,5736 Punkte ($p<,0001$; KI[-0,7643;-0,3828])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das männliche Geschlecht, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich IADL-Score-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Leben und eine ausreichende finanzielle Situation sich IADL-Score-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: -0,04787 ($p=0,4457$; KI[-0,1709;0,07520]).
→ Verringerung des mittleren IADL-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

3.1.5.2.3 Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit

Mit dem DemTect (siehe Anlage 9) wurde ein Fragebogeninstrument eingesetzt innerhalb des geriatrischen Assessments für das Projekt RubiN, welches leichte kognitive Beeinträchtigungen und demenzielle Störungen bei den Patientinnen und Patienten ermitteln kann [27].

Der Fragebogen umfasst fünf Aufgabenstellungen, die leicht zu erheben sind und einen großen Bereich kognitiver Fähigkeiten abdecken. Dazu wird in der ersten Aufgabe (3 Punkte) der Patientin bzw. dem Patienten eine Wortliste aus zehn unterschiedlichen Wörtern vorgelesen, die dann unabhängig der Reihenfolge in zwei Versuchen durch die Patientinnen und Patienten wiederholt werden sollen. Bei der zweiten Aufgabe (3 Punkte) geht es um das Zahlenumwandeln. Auf der einen Seite soll die Patientin bzw. der Patient zwei arabische Zahlen in Zahlworte schriftlich umformen und auf der anderen Seite zwei Zahlworte in arabische Zahlen umschreiben. Die dritte Frage (4 Punkte) des Fragebogens wird auch als Supermarktfrage bezeichnet. Hier geht es um das Aufzählen möglichst vieler Dinge, die man in einem Supermarkt kaufen kann, innerhalb einer Minute. Die vierte Frage (3 Punkte) beschäftigt sich wieder mit Zahlen. Es geht um das Wiederholen vorgelesener Zahlenreihen in umgekehrter Reihenfolge. Die fünfte Aufgabe (5 Punkte) besteht darin, die Wortliste aus Aufgabe 1 erneut zu wiederholen. Dabei war zu beachten, dass die Patientinnen und Patienten über diese erneute Abfrage nicht zuvor informiert wurden.

In die Betrachtung der DemTect-Entwicklung während der Interventionszeit von 12 Monaten wurden 1.999 Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden.

Die Ermittlung der Gesamtpunktzahl, entsprechend dem Auswerteschema für Patientinnen und Patienten, die 60 Jahre und älter sind, erlaubte folgende Eingruppierung der Patientinnen und Patienten [27] (siehe Abbildung 27 und Abbildung 28):

- 13-18 Punkte: altersgemäße kognitive Leistung
- 9-12 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung
- 0-8 Punkte: Demenzverdacht

Abbildung 27: TP1_Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach DemTect in der Studienpopulation von t0 zu t1

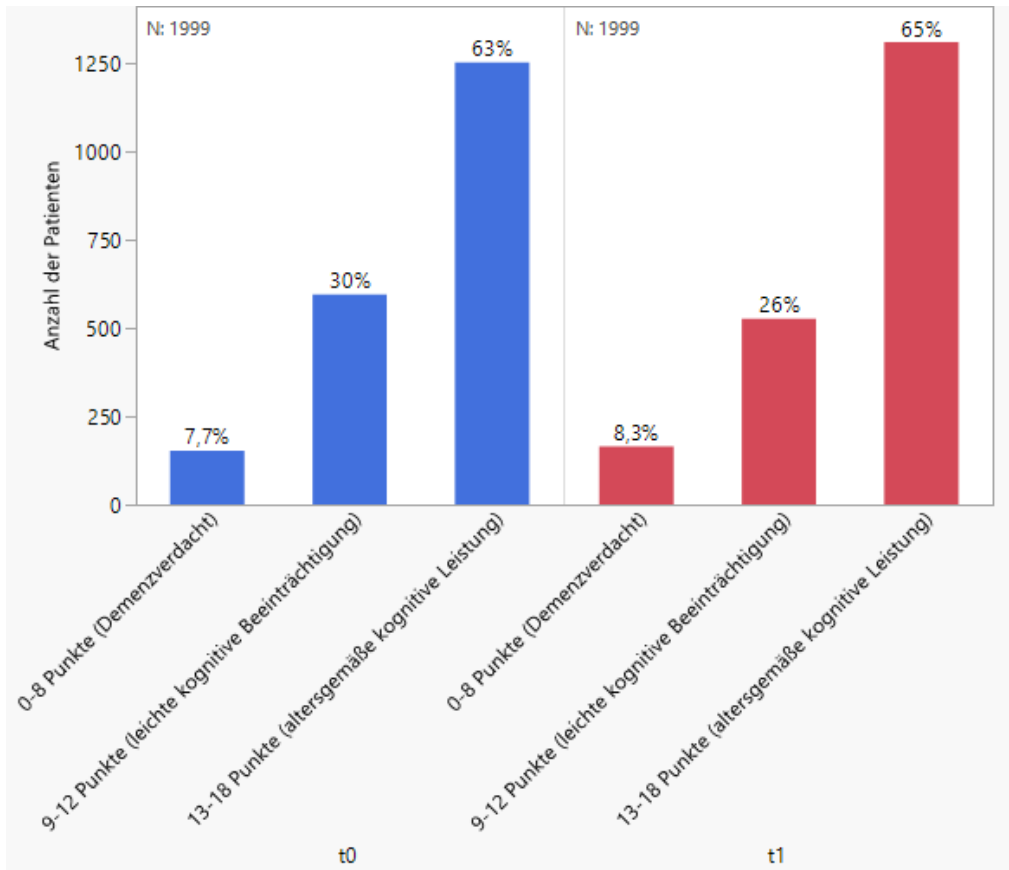
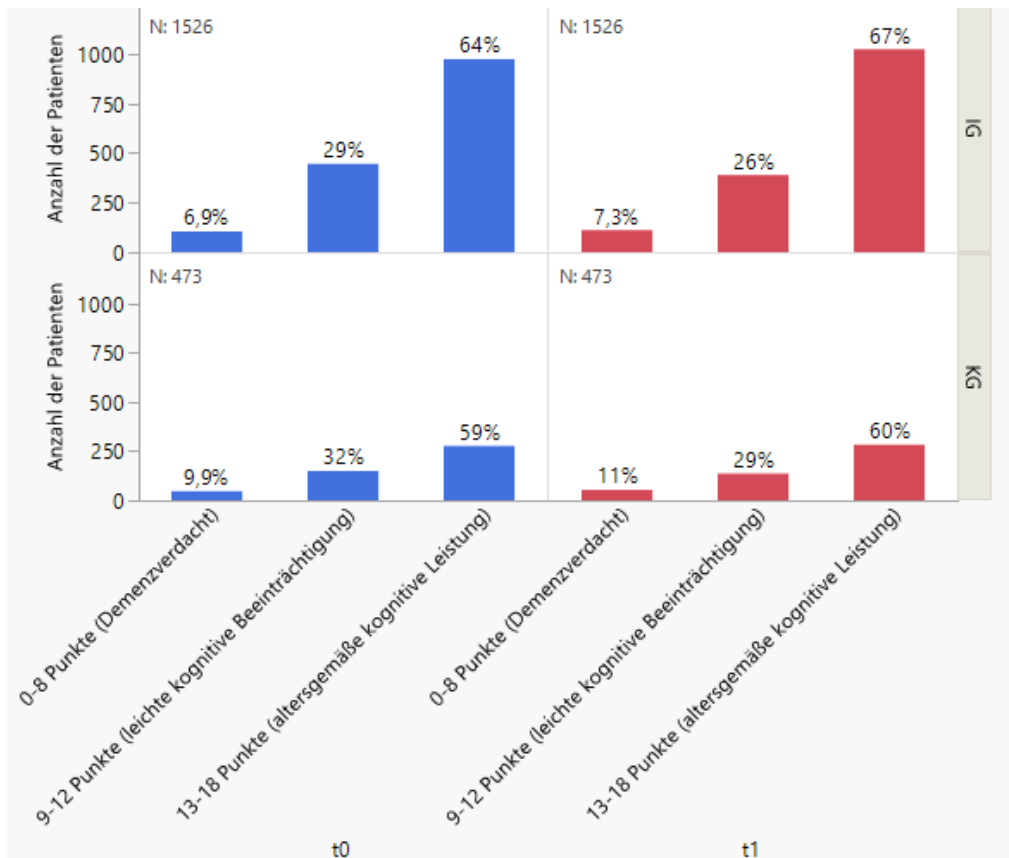


Abbildung 28: TP1_Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach DemTect in der IG und KG von t0 zu t1



Es zeigt sich bei deskriptiver Betrachtung, dass in der IG ein Anstieg für die Gruppe mit 13-18 Punkten (altersgemäße kognitive Leistung) um 3% eintrat, in der KG ergab sich nur ein Anstieg von 1%.

Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell für den DemTect beinhaltete als abhängige Variable den DemTect-Score der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuen-spezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- ÄN-Zugehörigkeit (IN1 bis IN5 und KG) bzw. Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet. Im Anhang sind die Ergebnisse der Effektschätzung tabellarisch aufgeführt (siehe Anhang 34 bzw. Anhang 35).

Die Analysen zeigen:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 34):

dass sich der mittlere DemTect-Score der Patientinnen und Patienten um 0,03837 Punkte ($p=0,7650$; KI[-0,2134;0,2902]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass die IN1, IN2 und IN3 signifikant höhere mittlere DemTect-Scores (0,5866 bis 1,7071 Punkte) und das IN4 ebenfalls, aber nicht signifikant, einen höheren DemTect-Score (0,1595) und das IN5 einen signifikant geringeren DemTect-Score (-0,5059) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das männliche Geschlecht und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich DemTect-Score-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, und eine ausreichende finanzielle Situation sich DemTect-Score-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: 1,2648 ($p=<,0001$; KI[0,8477;1,6819]).
→ Erhöhung des mittleren DemTect-Scores des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN2: -0,5035 ($p=0,0382$; KI[-0,9796;-0,02739]).
→ Verringerung des mittleren DemTect-Scores des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN3: 0,03738 ($p=0,8588$; KI[-0,3747;0,4494]).
→ Erhöhung des mittleren DemTect-Scores des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN4: 0,1140 ($p=0,5479$; KI[-0,2581;0,4862]).
→ Erhöhung des mittleren DemTect-Scores des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN5: -0,01030 ($p=0,9600$; KI[-0,4127;0,3921]).

- ➔ Verringerung des mittleren DemTect-Scores des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 35):

dass sich der mittlere DemTect-Score der Patientinnen und Patienten um 0,03837 Punkte ($p=0,7682$; KI[-0,2169;0,2937]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen höheren mittleren DemTect-Score (0,4272 Punkte ($p=0,0166$; KI[0,07773;0,7766])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das männliche Geschlecht und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich DemTect-Score-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss und eine ausreichende finanzielle Situation sich DemTect-Score-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: 0,2107 ($p=0,1604$; KI[-0,08353;0,5049]).
 - ➔ Erhöhung des mittleren DemTect-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

3.1.5.2.4 Entwicklung der mobilen Leistungsfähigkeit

Zur Beurteilung der Mobilität (Beweglichkeit und Körpergleichgewicht) der Patientinnen und Patienten wurde für das Projekt RubiN der TUG (Timed „Up and Go“-Test) [28] eingesetzt. Dieser einfach auszuführende Test erfordert die aktive Teilnahme der Patientinnen und Patienten, ist ohne Fremdhilfe auszuführen und wird durch eine Zeitmessung in Sekunden bewertet. Die Teilnehmer müssen vom Sitzen aufstehen, 3 Meter hin- und zurückgehen und sich wieder hinsetzen und können Hilfsmittel, wie z.B. einen Gehstock nutzen, falls erforderlich (siehe Anlage 5). Wurde die initiale Frage: „Durchführung des TUG möglich?“ mit „nein“ beantwortet, war keine Zeitermittlung möglich und es erfolgte die Eingruppierung in die Kategorie „immobil“. Zur Interpretation der Ergebnisse der Zeitmessung für die Patientinnen und Patienten, die den TUG durchführen konnten, wurden die erreichten Zeiten in drei weitere Kategorien eingeordnet:

1. Zeit unter 20 Sekunden:

- keine (unter 10 Sekunden) oder geringe Mobilitätseinschränkungen liegen vor, jedoch in der Regel ohne funktionelle Auswirkungen

2. Zeit zwischen 20 und 29 Sekunden:

- funktionell relevante Mobilitätseinschränkungen liegen vor (Graubereich)

3. Zeit über 30 Sekunden:

- ausgeprägte Mobilitätseinschränkungen liegen vor, die in der Regel eine intensive Hilfestellung durch andere Personen und eine adäquate Hilfsmittelversorgung erfordern

Der Auswertedatensatz zu diesem sekundären Endpunkt umfasst 2.975 Patientinnen und Patienten. Zu t0 konnten davon 5,3% den TUG nicht ausführen wegen Immobilität und zu t1 waren es 11%, für die die Eingangsfrage nach Durchführbarkeit des TUG mit „nein“ beantwortet wurde.

Zur Interpretation der Entwicklung der Mobilität von t0 zu t1 wurden die Patientinnen und Patienten berücksichtigt, für die nach erfolgter Durchführung des TUG jeweils Zeitmessungen vorlagen. In Abbildung 29 ist dargestellt, wie diese 2.605 Patientinnen und Patienten zu den beiden Erhebungszeitpunkten auf die drei Kategorien insgesamt verteilt sind und Abbildung 30 zeigt die entsprechende Kategorienzuzuordnung nach Gruppenzugehörigkeit (IG vs. KG).

Es zeigt sich, dass die Studienpopulation hinsichtlich ihrer Mobilität zu BL und auch nach FU12 gut aufgestellt war. 75% zu t0 und dann noch 70% zu t1 der Patientinnen und Patienten wiesen keine oder nur geringe Mobilitätseinschränkungen (Durchführung des TUG war in weniger als 20 Sekunden möglich) auf. Nur 9% (t0) bzw. 10% (t1) benötigten für die Durchführung des TUG 30 Sekunden oder mehr und zeigten damit ausgeprägte Mobilitätseinschränkungen. Die Betrachtung nach Gruppenzugehörigkeit zeigt, dass in der KG sogar 86% zu t0 und 84% zu t1 der Patientinnen und Patienten der ersten Kategorie zugeordnet wurden wegen ihrer guten Ergebnisse, die sie im Ausführen des TUG erzielten. In der IG gehörten 73% (t0) bzw. 67% (t1) der ersten Kategorie an, entsprechend höher waren die Anteile für die beiden schlechteren Kategorien (TUG \geq 20 und \leq 29 Sekunden bzw. TUG \geq 30 Sekunden).

Abbildung 29: TP1_Verteilung der Studienpopulation in Mobilitätskategorien (TUG) zu t0 und t1

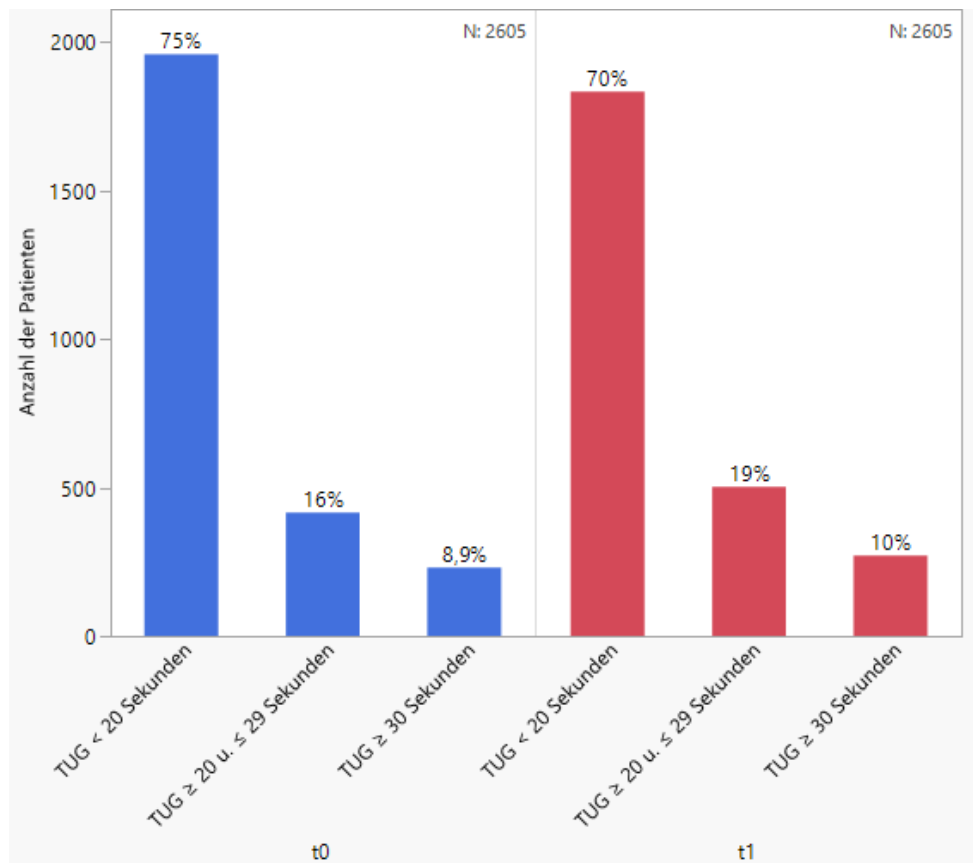
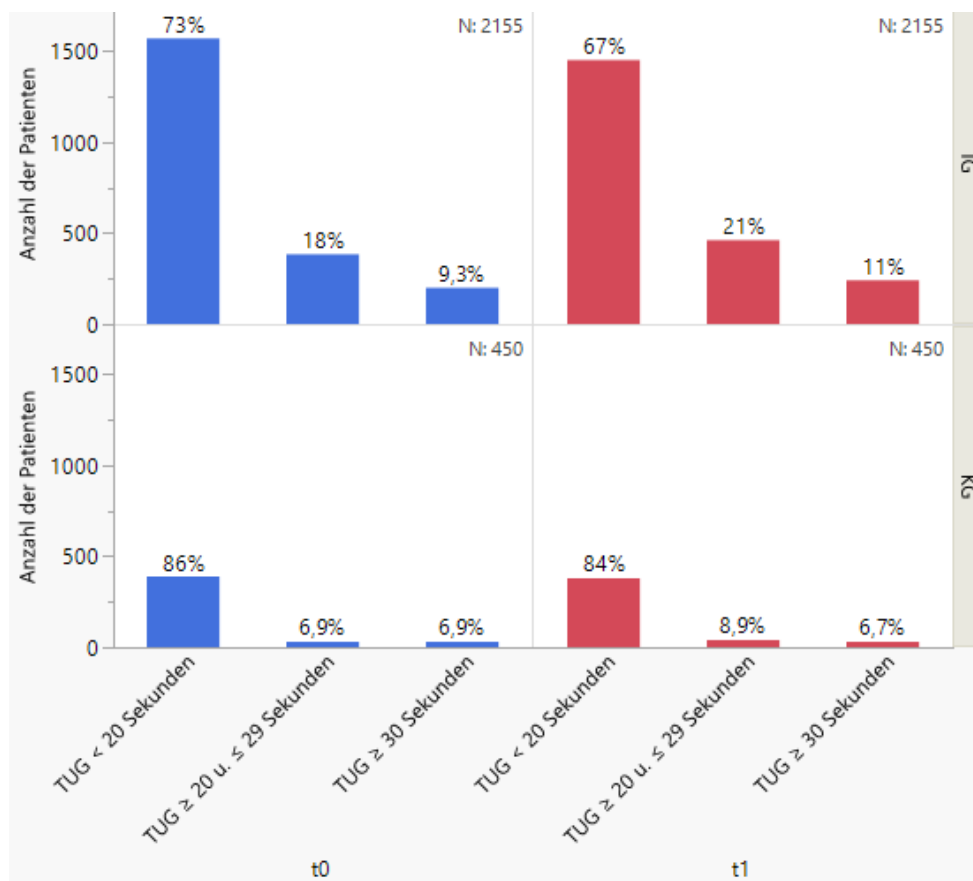


Abbildung 30: TP1_Verteilung in Mobilitätskategorien (TUG) nach IG und KG zu t0 und t1



Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der Mobilität als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell beinhaltet für den TUG als abhängige Variable drei Eingruppierungen in die TUG Kategorien (1. Zeit unter 20 Sekunden; 2. Zeit zwischen 20 und 29 Sekunden und 3. Zeit über 30 Sekunden) der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuenspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- ÄN-Zugehörigkeit (IN1 bis IN5 und KG) bzw. Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet. Im Anhang sind die Ergebnisse der Effektschätzung tabellarisch aufgeführt (siehe Anhang 38 bzw. Anhang 39).

Die Analysen zeigen:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 38):

dass sich der mittlere Wert zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien der Patientinnen und Patienten um 0,009501 Punkte ($p=0,6726$; $KI[-0,03459;0,05359]$) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass die IN1, IN2 und IN5 signifikant höhere mittlere Werte zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien (0,1064 bis 0,2767 Punkte) und das IN3 und das IN4

ebenfalls, aber nicht signifikant, einen höheren mittleren Wert zur Eingruppierung in die TUG-Kategorien (0,02024 bzw. 0,02232) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “ und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich hinsichtlich der Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien erhöhend und ein höherer beruflicher Abschluss und eine ausreichende finanzielle Situation sich hinsichtlich der Eingruppierung in die TUG-Kategorien erniedrigend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: -0,07452 ($p=0,0175$; KI[-0,1360;-0,01305]).
→ Verringerung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN2: 0,05254 ($p=0,1424$; KI[-0,01767;0,1228]).
→ Erhöhung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: 0,03005 ($p=0,3665$; KI[-0,03519;0,09528]).
→ Erhöhung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN4: 0,2046 ($p=<,0001$; KI[0,1443;0,2650]).
→ Erhöhung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN5: 0,08533 ($p=0,0107$; KI[0,01979;0,1509]).
→ Erhöhung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 39):

dass sich der mittlere Wert zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien der Patientinnen und Patienten um 0,009501 Punkte ($p=0,6781$; KI[-0,03538;0,05438]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen höheren mittleren Wert zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien (0,09258 Punkte ($p=0,0069$; KI[0,02538;0,1598])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “ und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich hinsichtlich der Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien erhöhend und ein höherer beruflicher Abschluss und eine ausreichende finanzielle Situation sich hinsichtlich der Eingruppierung in die TUG-Kategorien erniedrigend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: 0,06302 ($p=0,0128$; KI[0,01342;0,1126]).
→ Erhöhung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

3.1.5.2.5 Entwicklung der Ernährungssituation

Zur Einschätzung des Ernährungszustandes der geriatrischen Patientinnen und Patienten wurde innerhalb des RubiN-Projektes der MNA [29] eingesetzt. Die Handhabung dieses Instrumentes ist sehr unkompliziert und es kann zielsicher festgestellt werden, ob bei der jeweiligen Patientin bzw. bei dem jeweiligen Patienten das Risiko einer Mangelernährung vorliegt bzw. eine Unterernährung bereits eingetreten ist. Der MNA ist zweistufig aufgebaut (siehe Anlage 6). Die erste Stufe, die Voranamnese, fragt 6 Items ab und es können maximal 14 Punkte erreicht werden. Die zweite Stufe, die Anamnese, erhebt weitere 12 Items (u. a. auch 2 anthropometrische Messungen) und hier können maximal 16 Punkte erzielt werden. Die Erhebung der Daten erfolgt durch Befragung, professionelle Einschätzung und Messungen seitens geschulten Personals. Zunächst wird die Voranamnese erhoben. Erreicht die Patientin bzw. der Patient hier 12 Punkte oder mehr, liegt ein normaler Ernährungszustand vor und die Erhebung ist somit abgeschlossen. Erzielt die Patientin bzw. der Patient jedoch in der Voranamnese weniger als 12 Punkte, schließt sich die Anamnese an. Anhand der hier vergebenen Punktzahl und der Punktzahl aus der Voranamnese wird eine Summe ermittelt, die es erlaubt, anhand von drei Kategorien den Ernährungsstatus für die jeweilige Patientin bzw. für den jeweiligen Patienten zu bestimmen.

Kategorien:

- <17 Punkte Mangelernährung; schlechter Ernährungszustand
- 17 bis 23,5 Punkte Risiko für Mangelernährung/Unterernährung
- 24 bis 30 Punkte Normaler Ernährungszustand

Der Auswertedatensatz zu diesem sekundären Endpunkt umfasst 2.976 Patientinnen und Patienten. Für diese Patientinnen und Patienten liegen sowohl zu t0 als auch zu t1 die Punktzahlen für die Voranamnese vor. In Abbildung 31 bzw. Abbildung 32 ist gezeigt, wie die Verteilung der Patientinnen und Patienten nach der Voranamnese auf die erreichbaren Punkte war. Eine Punktzahl von mehr als 11 Punkten spiegelte einen zufriedenstellenden Ernährungsstatus wider.

Abbildung 31: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach MNA-Score (Stufe 1) zu t0 und t1

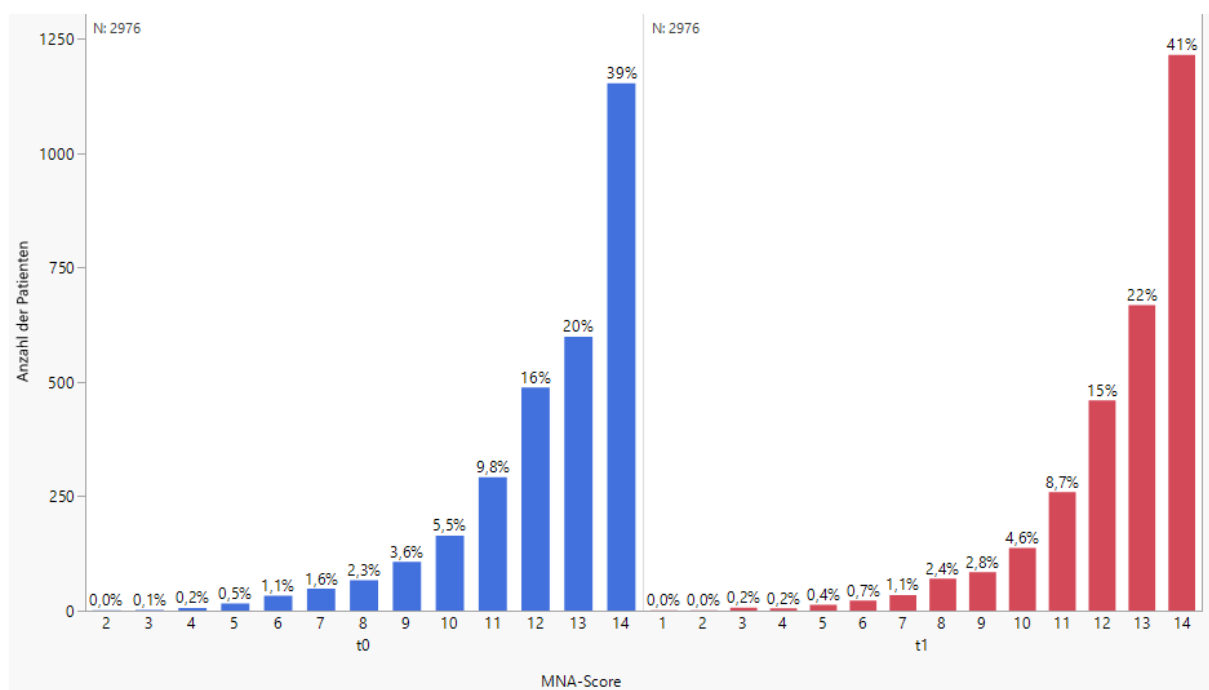
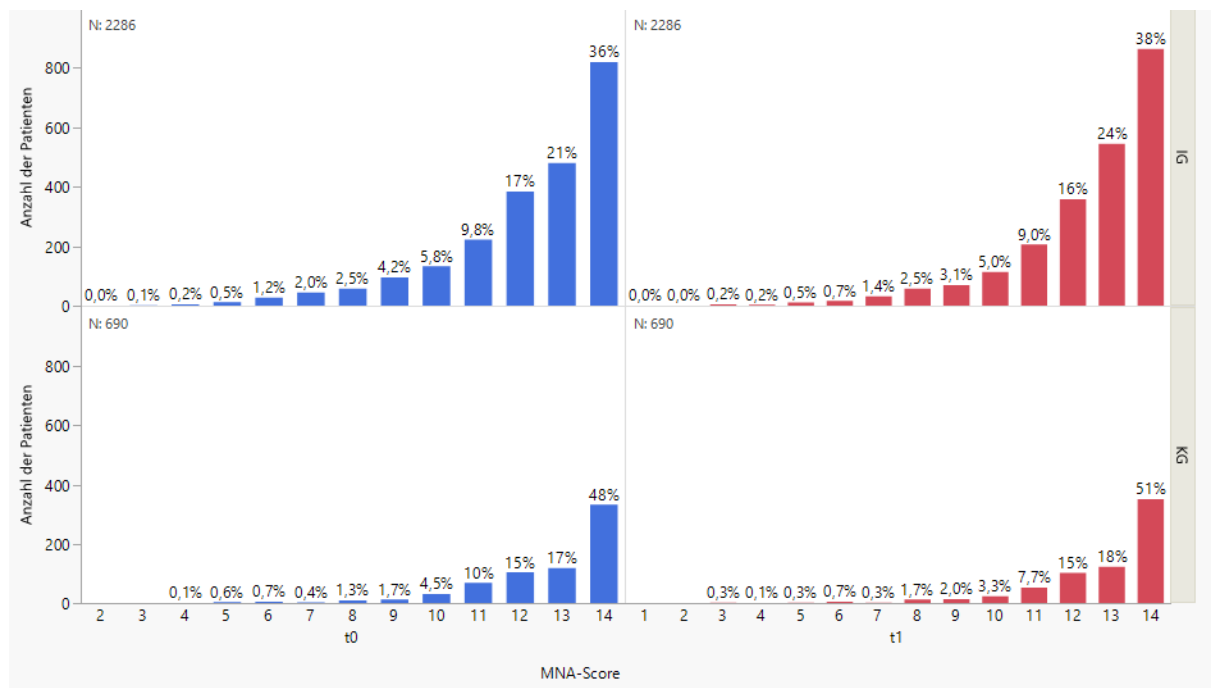


Abbildung 32: TP1_Verteilung der Studienpopulation nach MNA-Score (Stufe 1) nach IG und KG zu t0 und t1



736 Patientinnen und Patienten erzielten in der Voranamnese eine Punktzahl von 11 Punkten oder weniger. Für diese Patientinnen und Patienten schloss sich die weitere und detailliertere Erhebung zum Ernährungszustand (Anamnese) an. Diese Anamnese absolvierten 556 von den 736 Patientinnen und Patienten, die in die drei Kategorien entsprechend eingruppiert werden konnten zu t0 (siehe Abbildung 33 bzw. Abbildung 34).

Abbildung 33: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Stufe 2 auf die Ernährungskategorien zu t0

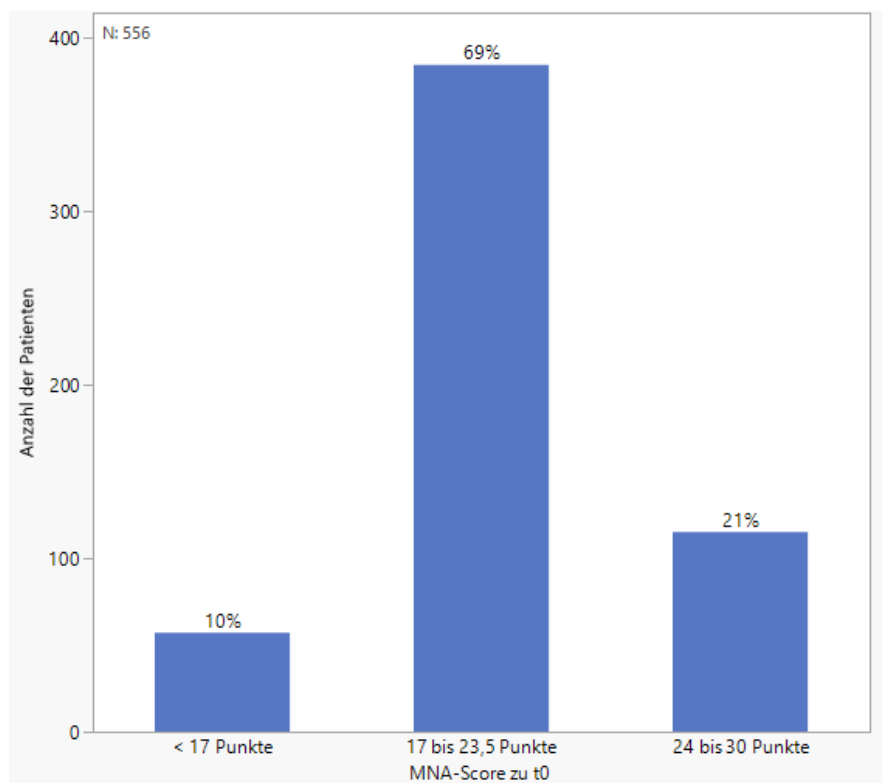
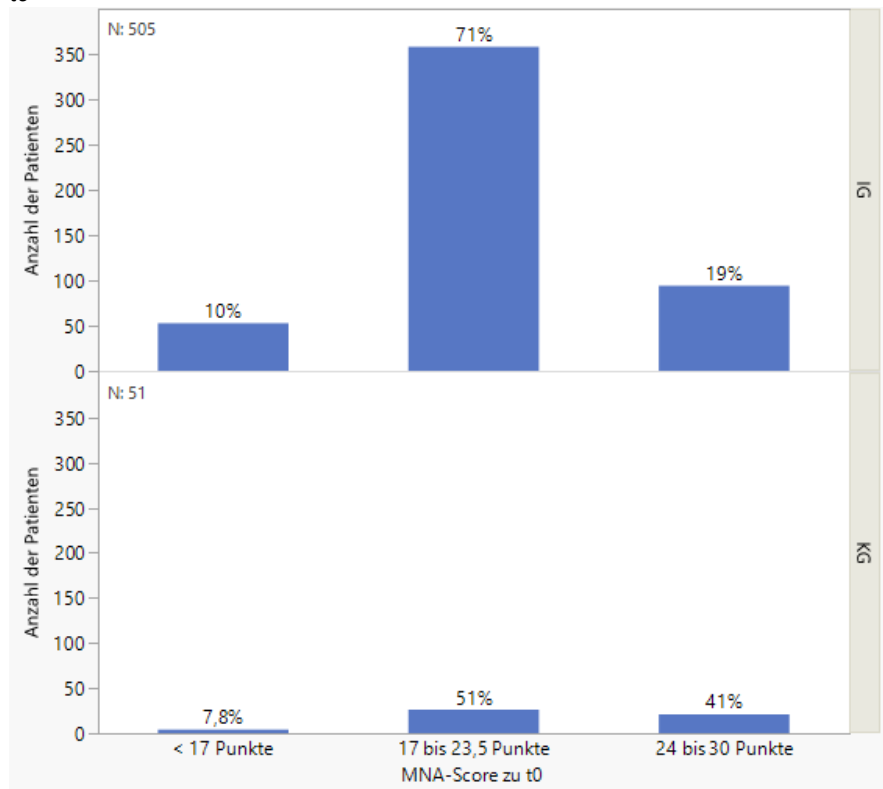


Abbildung 34: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Stufe 2 auf die Ernährungskategorien nach IG und KG zu t0



Zu t1 erreichten von den 556 Patientinnen und Patienten in der MNA-Voranamnese 294 Patientinnen und Patienten eine Punktzahl größer als 11, sodass nur für die Differenz, für 262 Patientinnen und Patienten, eine Anamnese als zweite Stufe der MNA-Erhebung angezeigt war. Von diesen 262 Patientinnen und Patienten wurde für 200 Patientinnen und Patienten die Anamnese durchgeführt und diese ließ eine Kategorisierung, wie in Abbildung 35 und Abbildung 36 gezeigt, zu.

Abbildung 35: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Stufe 2 auf die Ernährungskategorien zu t1

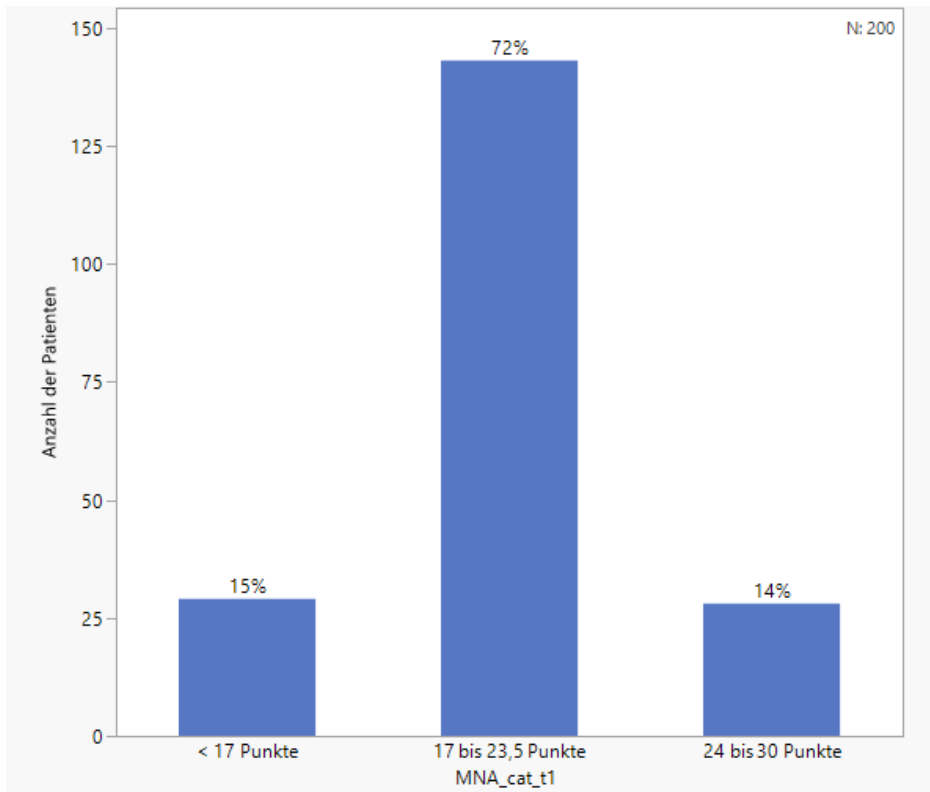
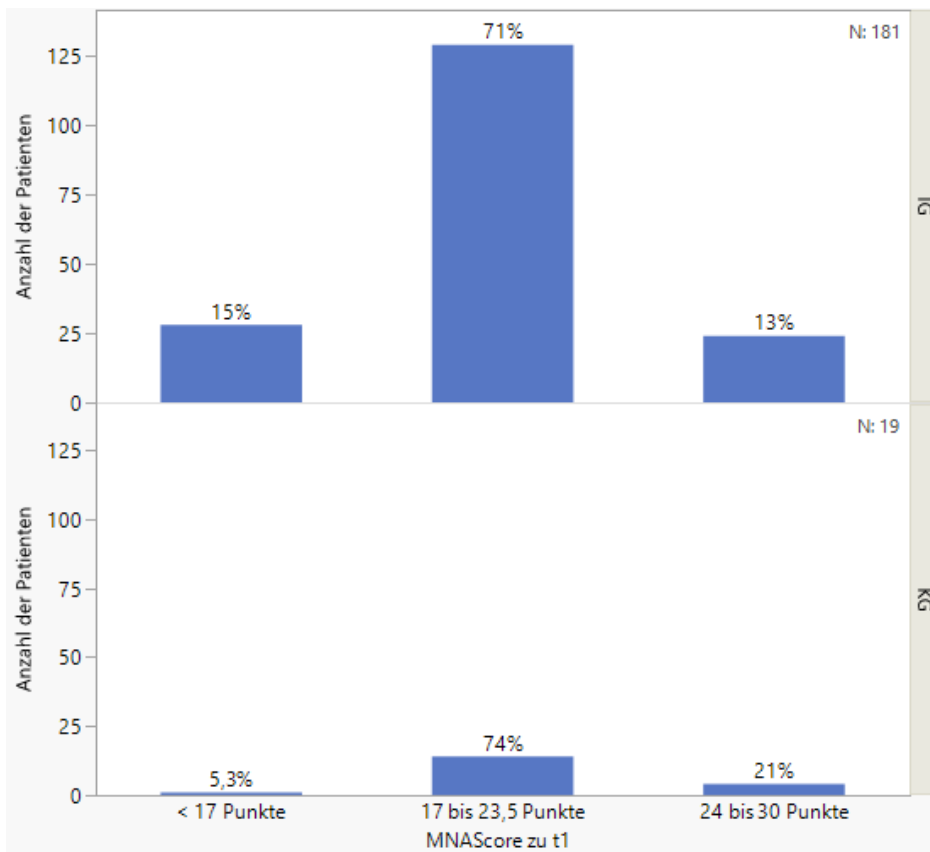


Abbildung 36: TP1_Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Stufe 2 auf die Ernährungskategorien nach IG und KG zu t1



Es zeigt sich, dass 75% der Studienpopulation hinsichtlich ihres Ernährungszustandes zu BL und sogar 79% der Studienpopulation zu FU12 nicht gefährdet war hinsichtlich einer Fehl-

bzw. Mangelernährung. In der IG haben zu t0 74% und zu t1 77% kein Erfordernis, die 2. MNA-Stufe zu durchlaufen, in der KG sind es zu t0 sogar 81% und zu t1 84% der Patientinnen und Patienten, deren Ergebnis in der Voranamnese auf einen normalen Ernährungszustand hinweist.

Die Eingruppierung der Patientinnen und Patienten (Punktzahl von ≤ 11 in der Voranamnese), in die Ernährungszustandskategorien 1 bis 3 zeigt sowohl zu t0 als auch zu t1 und auch in der IG und KG, dass ca. 70% der Patientinnen und Patienten, die die 2. Stufe des MNA-Instrumentes durchlaufen haben, in Kategorie 2 eingeordnet sind und somit für diese Patientinnen und Patienten ein Risiko für Mangelernährung/Unterernährung besteht.

Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung des Ernährungszustandes als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell beinhaltet für den MNA als abhängige Variable den MNA-Score der Voranamnese der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuenspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- ÄN-Zugehörigkeit (IN1 bis IN5 und KG) bzw. Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet. Im Anhang sind die Ergebnisse der Effektschätzung tabellarisch aufgeführt (siehe Anhang 40 und Anhang 41).

Die Analysen zeigen:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 40):

dass sich der mittlere MNA-Score der Patientinnen und Patienten um 0,09633 Punkte ($p=0,2182$; KI[-0,05703;0,2497]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass die IN1 und IN5 signifikant geringere mittlere MNA-Scores (-0,7617 bzw. -0,8674 Punkte) und die IN2, IN3 und IN4 ebenfalls, aber nicht signifikant, einen geringeren MNA-Score (-0,00347 bis -0,00347) zu t0 als die KG aufweisen. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich MNA-Score-erniedrigend und das männliche Geschlecht und eine ausreichende finanzielle Situation sich MNA-Score-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: 0,3925 ($p=0,0014$; KI[0,1516;0,6333]).
→ Erhöhung des mittleren MNA-Scores des IN1 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN2: 0,02578 ($p=0,8529$; KI[-0,2468;0,2983]).
→ Erhöhung des mittleren MNA-Scores des IN2 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant
- IN3: -0,06846 ($p=0,6289$; KI[-0,3461;0,2092]).
→ Verringerung des mittleren MNA-Scores des IN3 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

- IN4: 0,2611 ($p=0,0221$; KI[0,03757;0,4845]).
→ Erhöhung des mittleren MNA-Scores des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN5: -0,2406 ($p=0,0591$; KI[-0,4906;0,009284]).
→ Verringerung des mittleren MNA-Scores des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 41):

dass sich der mittlere MNA-Score der Patientinnen und Patienten um 0,09633 Punkte ($p=0,2202$; KI[-0,05769;0,2504]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen niedrigeren mittleren MNA-Score (-0,4040 Punkte ($p<.0001$; KI[-0,5792;-0,2288])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich MNA-Score-erniedrigend und das männliche Geschlecht und eine ausreichende finanzielle Situation sich MNA-Score-erhöhend auswirken.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: 0,1093 ($p=0,2267$; KI[-0,06795;0,2866]).
→ Erhöhung des mittleren MNA-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, nicht signifikant

3.1.5.2.6 Entwicklung der wahrgenommenen Pflegebelastung auf der Seite der Angehörigen

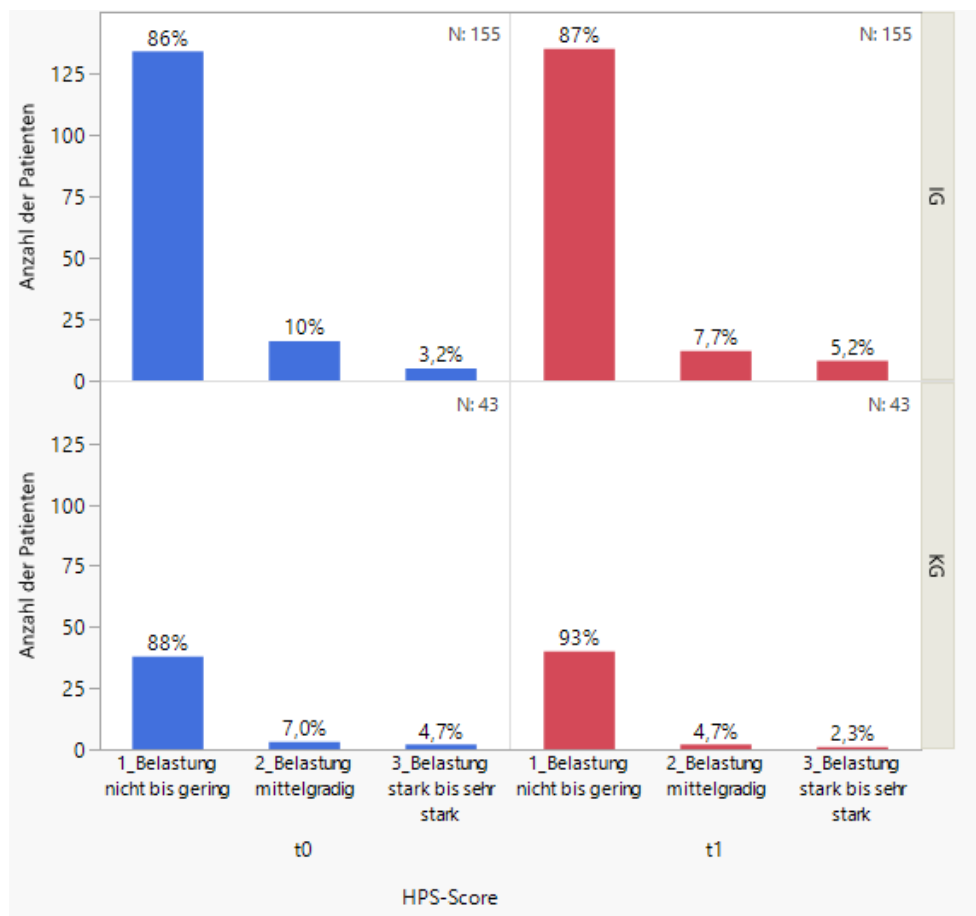
Bei der Berechnung des Interventionseffektes auf die Entwicklung der wahrgenommenen Pflegebelastung auf der Seite der Angehörigen geht es um die Frage, ob sich das pflege- und betreuungsbedingte Belastungsempfinden bei den Angehörigen durch die Intervention im Zeitraum von t0 bis t1 verändert hat. Der im Rahmen des RubiN-Projektes eingesetzte Fragebogen „Häusliche Pflegeskala“ (HPS) [30] ist ein standardisiertes Untersuchungsinstrument, welches die Höhe der subjektiv empfundenen Belastung von Angehörigen durch die Pflege einer nahestehenden Person im häuslichen Kontext misst (siehe Anlage 11). Die HPS umfasst 28 Items, die durch die Angehörigen beantwortet werden. Dazu bietet jeweils eine 4-stufige Skala („stimmt nicht“=0 Punkte; „stimmt ein wenig“=1 Punkt; „stimmt überwiegend“=2 Punkte und „stimmt genau“=3 Punkte) die Antwortmöglichkeiten. Angehörige, die in allen Items die stärkste Belastung angeben, erzielen den maximalen Punktwert von 84 Punkten. Der geringste zu erreichende Punktwert von 0 Punkten zeigt an, dass durch die Pflege der Patientinnen bzw. Patienten bei den Angehörigen keine subjektiv messbare Belastung vorhanden ist.

Die Interpretation des HPS-Scores, entsprechend dem Auswerteschema für Patientinnen und Patienten, die nicht an Demenz, sondern an einer anderen Erkrankung erkrankt sind, erlaubte folgende Eingruppierung der Patientinnen und Patienten [30]:

- 0-41 Punkte: Belastungsausmaß: nicht bis gering
- 42-55 Punkte: Belastungsausmaß: mittelgradig
- 56-84 Punkte: Belastungsausmaß: stark bis sehr stark

Im Rahmen der Auswertung dieses sekundären Endpunktes wurde ein Auswertedatensatz berücksichtigt, der sowohl für t0 als auch für t1 einen HPS-Score für die Patientinnen und Patienten beinhaltet. Insgesamt steht für 198 Patientinnen und Patienten die Angehörigenperspektive bezüglich der Ausprägung der Pflegebelastung im Zeitraum der Intervention (12 Monate) zur Verfügung.

Abbildung 37: TP1_Verteilung der HPL-Scores in der IG und KG zu t0 und t1



Es zeigt sich bei deskriptiver Betrachtung (siehe Abbildung 37), dass in der IG der Anteil der Angehörigen mit einem HPS-Score-Bereich von 0 bis 41 Punkte (Belastungsausmaß: nicht bis gering) sich von t0 zu t1 um 1% erhöhte, in der KG ergab sich eine Erhöhung dahingehend um 5%. Für den Score-Bereich von 56 bis 84 Punkten (Belastungsausmaß: stark bis sehr stark) lässt sich beschreiben, dass hier der Anteil in der IG um 2% von t0 zu t1 angestiegen ist und in der KG hat sich der Anteil von t0 zu t1 um 2,4% verringert.

Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der wahrgenommenen Pflegebelastung auf der Seite der Angehörigen als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell für die HPS beinhaltete als abhängige Variable die HPS-Scores für die Angehörigen der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende angehörigenspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- ÄN-Zugehörigkeit (IN1 bis IN5 und KG) bzw. Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≤ 39 vs. 40-59; ≥ 60)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Erwerbstätigkeit (erwerbstätig/in Ausbildung vs. nicht erwerbstätig)
- Mobilität (Pat. weitgehend mobil vs. Pat. immobil)
- Pflege (Pat. gepflegt vs. Pat. nicht gepflegt)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet. Im Anhang sind die Ergebnisse der Effektschätzung tabellarisch aufgeführt (siehe Anhang 36 und Anhang 37). Die Analysen zeigen:

a.) für IN1 bis IN5 vs. KG (siehe Anhang 36):

dass sich der mittlere HPS-Score der Angehörigen um 4,6250 Punkte ($p=0,0230$; KI[-8,6029;-0,6471]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der einzelnen fünf IN ergibt, dass das IN4 nicht signifikant einen höheren mittleren HPS-Score (0,4639 Punkte) und dass das IN5 ebenfalls nicht signifikant, einen geringeren mittleren HPS-Score (-2,6044 Punkte) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass sich das Erwerbstätigsein bzw. das In-Ausbildung-Sein der Angehörigen HPS-Score-erniedrigend und die Erbringung von Pflegeleistungen gegenüber den Patienten sich HPS-Score-erhöhend auswirkt.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IN1: keine Daten
- IN2: keine Daten
- IN3: keine Daten
- IN4: 5,8092 ($p=0,0253$; KI[0,7281;10,8903]).
→ Erhöhung des mittleren HPS-Scores des IN4 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant
- IN5: 5,0815 ($p=0,0261$; KI[0,6148;9,5483]).
→ Erhöhung des mittleren HPS-Scores des IN5 gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

b.) für IG vs. KG (siehe Anhang 37):

dass sich der mittlere HPS-Score der Angehörigen um 4,6250 Punkte ($p=0,0226$; KI[-8,5915;-0,6585]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie nicht signifikant einen niedrigeren mittleren HPS-Score (-1,5617 Punkte ($p=0,6366$; KI[-8,0813;4,9580])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass sich das Erwerbstätigsein bzw. das In-Ausbildung-Sein der Angehörigen HPS-Score-erniedrigend und die Erbringung von Pflegeleistungen gegenüber den Patienten sich HPS-Score-erhöhend auswirkt.

Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit

- IG: 5,2942 ($p=0,0166$; KI[0,9771;9,6114]).
→ Erhöhung des mittleren HPS-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1, signifikant

3.1.6 Zusammenfassung der quantitativen Evaluation der Primärdaten

In der Zusammenschau der Ergebnisse der Evaluation der quantitativen Primärdaten im Rahmen des TP1 ist festzustellen, dass sich nicht explizit ein positiver Interventionseffekt gezeigt hat. Die IG, die im Unterschied zur KG (care as usual) durch ein umfassendes CCM während des Interventionszeitraumes (12 Monate) im RubiN-Projekt begleitet wurde, konnte hinsichtlich der gemessenen Outcomes sich nahezu ausnahmslos nicht signifikant von der KG absetzen.

Die deskriptiven Auswertungen zeigten vor allem, dass die Studienpopulation in der IG älter als in der KG war. In der IG gehörten 66% der Patientinnen und Patienten der Altersgruppe ≥ 80 Jahre an, in der KG betrug der Anteil 59%. Das Ergebnis des geriatrischen Screenings (ANGELINA-Fragebogen) ergab, dass 77% der Patientinnen und Patienten der IG und 61% der Patientinnen und Patienten der KG dem höchsten Schweregrad „schwer“ zugewiesen wurden bei Studieneintritt. Auch die Bestimmung des BI-Scores zeigte zu t0, dass in der KG der Mittelwert des BI-Scores um ca. 5 Punkte über dem in der IG lag, das heißt, dass in der KG die Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten bezüglich der „Aktivitäten des täglichen

Lebens“ höher war als in der IG zu Studienbeginn. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, der den maximalen BI-Score von 100 Punkten zu t0 erzielte, lag in der KG bei 64% und in der IG bei 39%.

Die Ergebnisse der Multilevelanalysen, die innerhalb des TP1 zu den einzelnen Outcomes durchgeführt wurden, sind in Tabelle 11 schematisch dargestellt.

Für den mittleren BI-Score, den primären Endpunkt, hat sich für die IG gegenüber der KG ein um 0,6243 Punkte nicht signifikant erhöhter mittlerer Scorewert ($p=0,2190$; KI[-0,3713;1,6200]) zu t1 als Interventionseffekt gezeigt.

Der Interventionseffekt für den mittleren IADL-Score zu t1 zeigt, dass die IG gegenüber der KG einen um 0,04787 Punkte nicht signifikant geringeren mittleren IADL-Score ($p=0,4457$; KI[-0,1709;0,07520]) hat. Bezüglich der Lebensqualität zeigt die Betrachtung des Interventionseffektes zu t1, dass für den WHOQOL_BREF die mittleren Scores der IG gegenüber der KG im „Globalwert“ (-1,7096 Punkte; ($p=0,0244$; KI[-3,1980;-0,2212])) und in den Domänen „Soziale Beziehungen“ (-1,9718 Punkte; ($p=0,0136$; KI[-3,5370;-0,4067])) und „Umwelt“ (-1,4565 Punkte; ($p=0,0073$; KI[-2,5206;-0,3924])) signifikant geringer sind. Das ergab sich ebenfalls, allerdings nicht signifikant, für die Domänen „Physische Lebensqualität“ (-0,7936 Punkte; ($p=0,2091$; KI[-2,0324;0,4452])) und „Psychische Lebensqualität“ (-0,7356 Punkte; ($p=0,2032$; KI[-1,8688;0,3977])). Zur Analyse des Interventionseffektes auf die Lebensqualität wurde auch der WHOQOL_OLD mit seinem „Gesamtwert“ und den sechs Facetten betrachtet. Hier ergaben sich zu t1 signifikant geringere mittlere Scorewerte für die IG gegenüber der KG im „Gesamtwert“ (-1,3416 Punkte; ($p=0,0052$; KI[-2,2826;-0,4005])) und in den Facetten „Sinnesfunktion“ (-2,8131 Punkte; ($p=0,0008$; KI[-4,4616;-1,1646])), „Autonomie“ (-3,2574 Punkte; ($p=0,0002$; KI[-4,9447;-1,5701])) und „Intimität“ (-2,9065 Punkte; ($p=0,0003$; KI[-4,4773;-1,3358])). In den Facetten „Aktivitäten“ und „Tod und Sterben“ traten ebenfalls für die IG im Vergleich zur KG zum Zeitpunkt t1 geringere mittlere Scorewerte auf, jedoch nicht signifikant (-0,9967 Punkte; ($p=0,1155$; KI[-2,2382;0,2448]) bzw. (-1,9698 Punkte; ($p=0,0551$; KI[-3,9830;0,04331])). Mit der Facette „Soziale Partizipation“ konnte ein positiver signifikanter Interventionseffekt gezeigt werden. Der mittlere Scorewert hat sich für die IG zum Zeitpunkt t1 gegenüber der KG signifikant um 3,6057 Punkte ($p<.0001$; KI[2,1255;5,0858]) erhöht.

Ein ebenfalls positiver signifikanter Interventionseffekt zeigte sich im Gruppenvergleich zu t1 für den TUG (mobile Leistungsfähigkeit). Hierfür hat sich eine Erhöhung (bedeutet Verschlechterung) des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien in der IG im Vergleich zur KG um 0,06302 Punkte ($p=0,0128$; KI[0,01342;0,1126]) als signifikant erwiesen. Auch die Betrachtung des DemTect und des MNA zeigt positive Interventionseffekte, allerdings nicht signifikant. Beim DemTect kam es im Gruppenvergleich zu t1 für die IG gegenüber der KG zu einer nicht signifikanten mittleren Scoreerhöhung von 0,2107 Punkten ($p=0,1604$; KI[-0,08353;0,5049]) und beim MNA erhöhte sich nicht signifikant der mittlere MNA-Score der IG gegenüber der KG zu t1 um 0,1093 Punkte ($p=0,2267$; KI[-0,06795;0,2866]).

Die Betrachtung der einzelnen Determinanten, die auf die Scoreentwicklung des primären Outcomes und der sekundären Outcomes von t0 zu t1 wirkten, wie Geschlecht (weiblich vs. männlich), Altersgruppe (70-79 vs. ≥ 80), Berufsabschluss (niedrig vs. höher), Wohnort (ländlich vs. städtisch), häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend), soziale Unterstützung (nicht vorhanden vs. vorhanden) und finanzielle Situation (nicht ausreichend vs. ausreichend), ergab gegenüber der jeweiligen Referenz folgendes Bild (es werden nur signifikante Ergebnisse berichtet; Scoreerhöhung bedeutet Verbesserung, außer beim TUG):

- Die Zugehörigkeit zur höheren Altersgruppe „ ≥ 80 “ führte für die Facette „Tod und Sterben“ (2,0451 Punkte ($p=0,0296$; KI[0,2029;3,8873])) des Lebensqualitätsfragebogens WHOQOL_OLD und für den TUG (0,1598 Punkte ($p<.0001$; KI[0,1101; 0,2096])) zu einer signifikant mittleren Scorewert-Erhöhung, ansonsten zeigten sich für

die anderen Endpunkte, wie BI (-4,5515 Punkte ($p < .0001$; KI[-5,7157;-3,3873])), IADL (-0,7974 Punkte ($p < .0001$; KI[-0,9543;-0,6406])), WHOQOL_BREF (Domänen „physische“ (-3,3468 Punkte ($p < .0001$; KI[-4,9128;-1,7808])) und „psychische Lebensqualität“ (-1,6158 Punkte ($p = 0,0129$; KI[-2,8890;-0,3426])) und „Umwelt“ (-2,4311 Punkte ($p < .0001$; KI[-3,5022;-1,3600])), WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (-3,0271 Punkte ($p < .0001$; KI[-4,0745;-1,9797])), Facetten „Sinnesfunktionen“ (-8,4132 Punkte ($p < .0001$; KI[-10,1328;-6,6935])), „Autonomie“ (-5,1278 Punkte ($p < .0001$; KI[-6,6428;-3,6128])), „Aktivitäten“ (-1,3424 Punkte ($p = 0,0262$; KI[-2,5253;-0,1594])), „soziale Partizipation“ (-3,2227 Punkte ($p < .0001$; KI[-4,7296;-1,7158])) und „Intimität“ (-1,8362 Punkte ($p = 0,0211$; KI[-3,3962;-0,2763])), DemTect (-1,2830 Punkte ($p < .0001$; KI[-1,5621;-1,0039])) und MNA (-0,2181 Punkte ($p = 0,0009$; KI[-0,3469;-0,08929])), signifikante Verringerungen in den Scorewerten gegenüber der jüngeren Altersgruppe „70-79“.

- Das Vorliegen des männlichen Geschlechts führte gegenüber dem weiblichen Geschlecht in den Domänen der „physischen“ (2,0653 Punkte ($p = 0,0162$; KI[0,3828;3,7477])) und „psychischen Lebensqualität“ (2,6614 Punkte ($p = 0,0001$; KI[1,2948;4,0279])) (WHOQOL_BREF), in der Facette „Tod und Sterben“ (5,0933 Punkte ($p < .0001$; KI[3,1128;7,0739])) (WHOQOL_OLD) und im MNA (Ernährungsstatus) (0,2583 Punkte ($p = 0,0002$; KI[0,1213;0,3953])) signifikant zu höheren Scores. Die Scores des IADL (-0,5795 Punkte ($p < .0001$; KI[-0,7474;-0,4116])), der Domäne „soziale Beziehung“ (-2,1991 Punkte ($p = 0,0022$; KI[-3,6052;-0,7930])) (WHOQOL_BREF), der Facette „Sinnesfunktionen“ (-4,5543 Punkte ($p < .0001$; KI[-6,3986;-2,7099])) (WHOQOL_OLD) und des DemTect (-1,4559 Punkte ($p < .0001$; KI[-1,7635;-1,1484])) nahmen für das männliche Geschlecht gegenüber dem weiblichen Geschlecht signifikant ab.
- Ein höherer Berufsabschluss bewirkte für die Outcomes BI (2,3486 Punkte ($p = 0,0007$; KI[0,9959;3,7013])), IADL (0,4552 Punkte ($p < .0001$; KI[0,2734;0,6369])), WHOQOL_BREF („Globalwert“ (2,3734 Punkte ($p = 0,0078$; KI[0,6259;4,1208])) und Domänen „Physische“ (2,6318 Punkte ($p = 0,0043$; KI[0,8255;4,4380])) und „Psychische Lebensqualität“ (3,1361 Punkte ($p < .0001$; KI[1,6658;4,6064])) und „Umwelt“ (3,8986 Punkte ($p < .0001$; KI[2,6647;5,1326])), WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (3,1650 Punkte ($p < .0001$; KI[1,9578;4,3722])) und Facetten „Sinnesfunktionen“ (3,5080 Punkte ($p = 0,0005$; KI[1,5264;5,4896])), „Autonomie“ (5,5665 Punkte ($p < .0001$; KI[3,8216;7,3114])), „Aktivitäten“ (3,9902 Punkte ($p < .0001$; KI[2,6275;5,3529])), „Soziale Partizipation“ (2,3088 Punkte ($p = 0,0092$; KI[0,5719;4,0457])) und „Intimität“ (3,7443 Punkte ($p < .0001$; KI[1,9474;5,5412])) und DemTect (1,4057 Punkte ($p < .0001$; KI[1,0967;1,7147])) signifikant höhere Scorewerte gegenüber einem niedrigen Berufsabschluss, außer für den TUG. Hier kam es zu einer signifikanten Verringerung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien (Verbesserung) (-0,09200 Punkte ($p = 0,0014$; KI[-0,1484;-0,03557])) für Patienten und Patientinnen mit einem höheren Berufsabschluss gegenüber jenen mit einem geringeren Berufsabschluss.
- Gegenüber dem ländlichen Leben führte das städtische Leben zu höheren Scores für den BI (4,0550 Punkte ($p < .0001$; KI[2,8898;5,2201])), den IADL (0,4059 Punkte ($p < .0001$; KI[0,2489;0,5628])), den WHOQOL_BREF („Globalwert“ (1,9272 Punkte ($p = 0,0140$; KI[0,3904;3,4640])), „physische Lebensqualität“ (2,0616 Punkte ($p = 0,0110$; KI[0,4738;3,6495])) und „psychische Lebensqualität“ (1,7371 Punkte ($p = 0,0086$; KI[0,4421;3,0320])) und den WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (1,5957 Punkte ($p = 0,0033$; KI[0,5314;2,6599])), Facetten „Sinnesfunktionen“ (2,8452 Punkte ($p = 0,0014$; KI[1,0983;4,5921])), „Autonomie“ (2,2668 Punkte ($p = 0,0039$; KI[0,7275;3,8061])), „Aktivitäten“ (1,2245 Punkte ($p = 0,0458$; KI[0,02262;2,4265])),

„soziale Partizipation“ (1,7171 Punkte ($p=0,0280$; KI[0,1858;3,2484])) und „Intimität“ (1,8593 Punkte ($p=0,0217$; KI[0,2716;3,4469])).

- Das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft wirkte sich gegenüber dem Alleinleben beim BI (-3,5366 Punkte ($p<.0001$; KI[-4,7553;-2,3179])), dem IADL (-0,7300 Punkte ($p<.0001$; KI[-0,8934;-0,5666])), dem WHOQOL_OLD (Domäne „Autonomie“ (-7,0091 Punkte ($p<.0001$; KI[-8,6133;-5,4048])) und dem MNA (-0,2202 Punkte ($p=0,0014$; KI[-0,3550;-0,08545])) scorereduzierend aus. Nur hinsichtlich der Facette „Intimität“ (5,1093 Punkte ($p<.0001$; KI[3,4534;6,7651])) (WHOQOL_OLD) führte das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft zu einer Scoreerhöhung gegenüber Alleinlebenden.
- Das Vorhandensein sozialer Unterstützung zeigte gegenüber den Patientinnen und Patienten, die keine soziale Unterstützung angaben, eine Verschlechterung in den Scores des BI (-7,2232 Punkte ($p<.0001$; KI[-8,9103;-5,5362])), des IADL (-1,2567 Punkte ($p<.0001$; KI[-1,4854;-1,0279])), des WHOQOL_BREF („Globalwert“ (-5,5970 Punkte ($p<.0001$; KI[-7,7196;-3,4744])), Facetten „physische Lebensqualität“ (-7,9969 Punkte ($p<.0001$; KI[-10,2057;-5,7880])), „psychische Lebensqualität“ (-4,0705 Punkte ($p<.0001$; KI[-5,8593;-2,2816])) und „Umwelt“ (-2,3817 Punkte ($p=0,0019$; KI[-3,8856;-0,8778])), des WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (-3,1827 Punkte ($p<.0001$; KI[-4,6709;-1,6946])), Facetten „Sinnesfunktionen“ (-7,6307 Punkte ($p<.0001$; KI[-10,0720;-5,1893])), „Autonomie“ (-4,5653 Punkte ($p<.0001$; KI[-6,7154;-2,4151])), „Aktivitäten“ (-2,5918 Punkte ($p=0,0025$; KI[-4,2741;-0,9095])), „soziale Partizipation“ (-6,3606 Punkte ($p=0,0025$; KI[-8,5008;-4,2203])), des DemTect (-0,6523 Punkte ($p=0,0005$; KI[0,2795;1,0038])) und des MNA (-0,5285 Punkte ($p<.0001$; KI[-0,7140;-0,3429])). Nur hinsichtlich der Facette „Intimität“ (3,5423 Punkte ($p=0,0017$; KI[1,3280;5,7567])) (WHOQOL_OLD) und des TUG führte das Vorhandensein sozialer Unterstützung zu einer Scoreerhöhung gegenüber den Patientinnen und Patienten, die angaben, keine soziale Unterstützung zu haben. Beim TUG kam es also zu einer signifikanten Erhöhung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien (Verschlechterung) (0,1450 Punkte ($p<.0001$; KI[0,07536;0,2147])) für Patienten und Patientinnen mit sozialer Unterstützung gegenüber jenen mit fehlender sozialer Unterstützung.
- Eine ausreichende finanzielle Situation führte für die Outcomes BI (4,8849 Punkte ($p<.0001$; KI[6,3214;3,4485])), IADL (0,6451 Punkte ($p<.0001$; KI[0,4523;0,8379])), WHOQOL_BREF („Globalwert“ (6,2712 Punkte ($p<.0001$; KI[4,3486;8,1938])), „Physische Lebensqualität“ (6,3300 Punkte ($p<.0001$; KI[4,3399;8,3200])), „Psychische Lebensqualität“ (5,8101 Punkte ($p<.0001$; KI[4,1855;7,4347])), „Soziale Beziehungen“ (3,9726 Punkte ($p<.0001$; KI[2,2720;5,6732])), „Umwelt“ (8,8494 Punkte ($p<.0001$; KI[7,4910;10,2078])), WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (5,9257 Punkte ($p<.0001$; KI[4,5952;7,2563])), „Sinnesfunktionen“ (4,3467 Punkte ($p<.0001$; KI[2,1633;6,5302])), „Autonomie“ (7,3870 Punkte ($p<.0001$; KI[5,4603;9,3138])), „Aktivitäten“ (7,2172 Punkte ($p<.0001$; KI[5,7137;8,7207])), „Soziale Partizipation“ (6,7740 Punkte ($p<.0001$; KI[4,8590;8,6891])), „Intimität“ (8,0716 Punkte ($p<.0001$; KI[6,0923;10,0509])), DemTect (0,6416 Punkte ($p=0,0005$; KI[0,2795;1,0038])) und MNA (0,4326 Punkte ($p<.0001$; KI[0,2733;0,5919])) zur Scoreerhöhung gegenüber jenen Patienten und Patientinnen, die angaben, dass ihre finanzielle Situation nicht ausreichend sei. Für den TUG wirkte eine ausreichende finanzielle Situation signifikant Score-erniedrigend hinsichtlich des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien (Verbesserung) (-0,1136 Punkte ($p=0,0004$; KI[-0,1759;-0,05124])).

Die Betrachtung der einzelnen Einflussfaktoren im Vergleich zu den jeweiligen Referenzkategorien zeigt deutlich, dass die Zugehörigkeit zur höheren Altersgruppe „ ≥ 80 “ und

das Vorhandensein sozialer Unterstützung zu geringeren Scorewerten führen. Dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich negativ auf die Scoreentwicklung auswirkt im Vergleich zu den Patientinnen und Patienten, die keine soziale Unterstützung angaben, kann damit begründet werden, dass es im RubiN-Projekt um Patientinnen und Patienten ging, die noch in der eigenen Häuslichkeit lebten und wenn diese Patientinnen und Patienten keine soziale Unterstützung angaben, ist davon auszugehen, dass noch ein gutes Maß bezüglich Selbständigkeit (BI und IADL), Lebensqualität (WHOQOL_BREF und -_OLD), Mobilität (TUG), kognitiver Leistungsfähigkeit (DemTect) und Ernährungssituation (MNA) vorhanden war. Patientinnen und Patienten, die einen höheren Berufsabschluss haben, städtisch wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation angaben, erzielten für die einzelnen Outcomes nahezu ausnahmslos höhere Scorewerte gegenüber den jeweiligen Referenzkategorien. Diese Kombination aus ebendiesen Variablen verzeichnet offensichtlich in allen abgefragten Outcomes den besseren Verlauf in der jeweiligen Scoreentwicklung.

Bleibt zu interpretieren, weshalb die Intervention, die durch die CM sehr umfangreich (siehe 3.1.4) in den fünf IN umgesetzt bzw. ausgeführt wurde, nicht zu einem positiv messbaren Effekt gegenüber der KG („care as usual“) führte.

Bei dem RubiN-Projekt handelt es sich um eine multizentrische Studie, die in einem realen Versorgungssetting durchgeführt wurde. Allen beteiligten ÄN (IN und KN) ist gemein, dass es sich um zertifizierte ÄN (nach §87b SGB V) handelt, die schon per se die Versorgung ihrer Patienten in den beteiligten Hausarztpraxen auf hohem Niveau und ggfs. standardisierter ausführen als Praxen, die nicht in einem ÄN organisiert sind. Des Weiteren lag bei der Patientenschaft zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses bereits ein großer Unterschied hinsichtlich der Einstufung nach dem geriatrischen Screening per ANGELINA-Bogen (siehe 3.1.3) vor. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die hier den höchsten Schweregrad (schlechterer geriatrischer Zustand) erreichten, war in der IG mit 77% sehr viel höher als in der KG (61%). Ein gleiches Bild zeigte sich dann auch mit der Erhebung des BI im BL-Assessment (BI-Score von 100 Punkten zu t0: KG=64% und IG=39%).

Die Untersuchung des Verlaufes der BI-Scores (Primäroutcome im RubiN-Projekt) über die Interventionszeit (12 Monate) hinweg, also von t0 bis t1, zeigte, dass sich der BI-Score, der sich ohnehin auf hohem Niveau bewegte (75% der Patientinnen und Patienten hatten zu t0 85 Punkte und mehr oder 25% der Patientinnen und Patienten hatten zu t0 das Maximum von 100 Punkten erzielt), kaum veränderte zu t1. Das ist wohl dem sogenannten „Ceiling-Effekt“ (Deckeneffekt) geschuldet, der beim BI aufgetreten ist. Das heißt, dass der BI für noch in der eigenen Häuslichkeit lebende Patientinnen und Patienten zu „einfach“ ist. Viele Patientinnen und Patienten erreichten also „spielend“ eine sehr gute Punktzahl, obgleich ihre Leistungsfähigkeit bezüglich der im BI abgefragten Items sehr verschieden sein konnte. Ein noch besseres Resultat als die maximal erreichbaren 100 Punkte, konnte gar nicht erreicht werden, egal wie fähig die Patientinnen bzw. Patienten im Bewältigen alltäglicher Tätigkeiten waren. Das BI-Ergebnis hat also möglicherweise für einige Patientinnen und Patienten die „Decke“ erreicht, der BI war also für diese Gruppe nicht das geeignete Messinstrument. Ein weiterer Punkt, der das Ausbleiben des Nachweises eines positiven Interventionseffektes per BI mit verursacht haben könnte, ist der, dass der BI für kleinere Änderungen wenig sensitiv ist (ordinalskaliert und nur maximal 4 Abstufungen in den einzelnen Items).

Ein wesentlicher Punkt für das Nichtnachweisen eines positiven Interventionseffektes im Rahmen des RubiN-Projektes ist auch in der Auswahl der ÄN für die KG zu sehen. Wie bereits beschrieben, handelte es sich bei den drei Kontrollnetzen genauso wie bei den fünf Interventionsnetzen um ÄN, die nach §87b SGB V zertifiziert sind. Die KN gestalteten die Versorgung ihrer Studienpopulation entsprechend der in den ÄN üblichen Regelversorgung. Diese Regelversorgung ist allerdings aufgrund der in der Vergangenheit erfolgten Teilnahmen der KN an diversen und innovativen Projekten beeinflusst. Das heißt, die Strukturen in diesen ÄN, das Personal und möglicherweise sogar die Patientinnen und Patienten haben mitunter

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

bereits in Programmen agiert, deren Ziel darin bestand, multiprofessionell, sektorenübergreifend und assessmentgestützt Beratungs- und Koordinierungsleistungen durch speziell dafür ausgebildete Personen für eine Verbesserung der Patientenversorgung anzubieten und umzusetzen.

Tabelle 11: TP1_Schematische Zusammenfassung der Ergebnisse der Multilevelanalysen (gemischte Modelle) für den primären und die sekundären Outcomes

Variablen	KG zu t1 vs. t0		IG vs. KG zu t0		IG vs. KG zu t1 (Interventionseffekt)		Altersgruppe		Geschlecht		Berufsabschluss		Wohnort		Häusliche Gemeinschaft		Soziale Unterstützung		Finanzielle Situation	
	t0	t1	KG	IG	KG	IG	70-79	>=80	weibl.	männl.	niedrig	höher	ländlich	städtisch	alleinlebend	nicht alleinlebend	nicht vorhanden	vorhanden	nicht ausreichend	ausreichend
BI	0	↓	0	↓	0	↑ n.s.	0	↓	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓	0	↓	0	↑
IADL	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↓	0	↑	0	↑	0	↓	0	↓	0	↑
WHOQOL_BREF																				
Globalwert	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
phys. Lebensqualität	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
psych. Lebensqualität	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
soziale Beziehung	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑ n.s.	0	↑ n.s.	0	↑ n.s.	0	↑ n.s.	0	↑
Umwelt	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑ n.s.	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
WHOQOL_OLD																				
Gesamtwert	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
Sinnesfunktionen	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↓	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
Autonomie	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓	0	↓	0	↑
Aktivitäten (V/G/Z)	0	↑	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
soziale Partizipation	0	↓	0	↓	0	↑	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
Tod u. Sterben	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↑ n.s.	0	↓ n.s.	0	↓ n.s.	0	↓ n.s.	0	↑ n.s.
Intimität	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↑	0	↑	0	↑
DemTect	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓	0	↑	0	↓ n.s.	0	↑ n.s.	0	↓	0	↑
TUG	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑	0	↑	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓ n.s.	0	↑	0	↓
MNA	0	↑ n.s.	0	↓	0	↑ n.s.	0	↓	0	↑	0	↑ n.s.	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓	0	↑

0 = Referenzkategorie; ↓ = vermindert vs. Referenz (signifikant); ↑ = erhöht vs. Referenz (signifikant); n.s. = nicht signifikant

3.2 TP2 – Gesundheitsökonomische Evaluation, Schnittstellenanalyse und Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien

Das TP2 unterteilt sich nachfolgend in die gesundheitsökonomische Evaluation, die qualitative Schnittstellenanalyse in den Kontrollnetzen sowie die Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM.

3.2.1 Gesundheitsökonomische Evaluation

3.2.1.1 Eingeschlossene Patienten

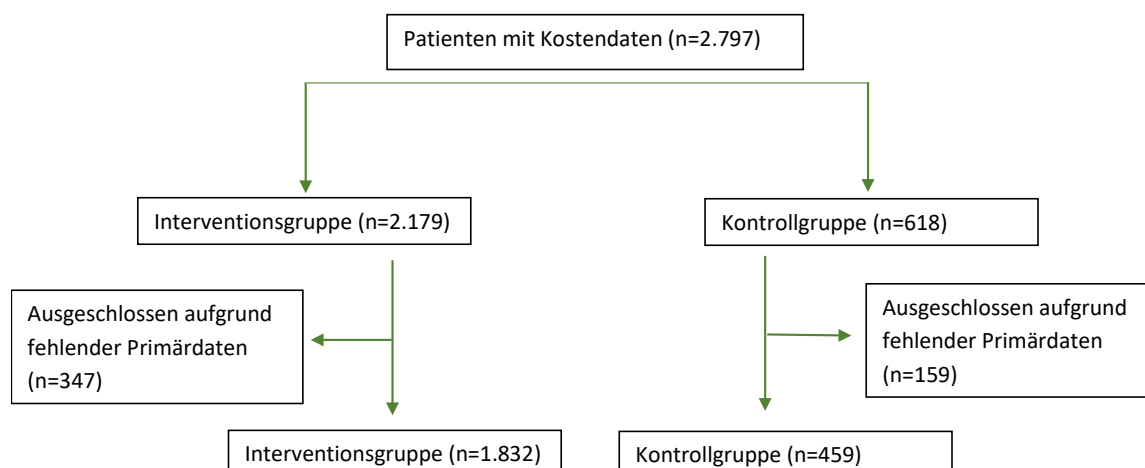
Für die Kostenanalyse standen Abrechnungsdaten von 2.797 Teilnehmenden von insgesamt acht Krankenkassen zur Verfügung (siehe Tabelle 12). Es lagen nicht für alle in die Evaluationsstudie eingeschlossenen Patienten, die in die Analysen des TP1 eingeschlossen wurden, auch Krankenkassendaten vor. Nur Krankenkassen, die an dem Projekt RubiN beteiligt waren, lieferten auch Abrechnungsdaten.

Tabelle 12: TP2_Teilnehmende je Krankenkasse

Krankenkasse	Anzahl der eingeschlossenen Patienten
AOK Nordwest	728
Barmer	583
DAK	561
AOK Niedersachsen	383
IKK	240
Knappschaft	147
TK	93
KKH	62
Gesamt	2.797

Für die **CCA** wurden 2.291 Patienten in die Analyse eingeschlossen, für die sowohl vollständige Primärdaten (BI) zu beiden Zeitpunkten als auch Sekundärdaten (Kosten) vorlagen. Von diesen Patientinnen und Patienten gehörten 1.832 Patientinnen und Patienten der IG und 459 Patientinnen und Patienten der KG an (siehe Abbildung 38).

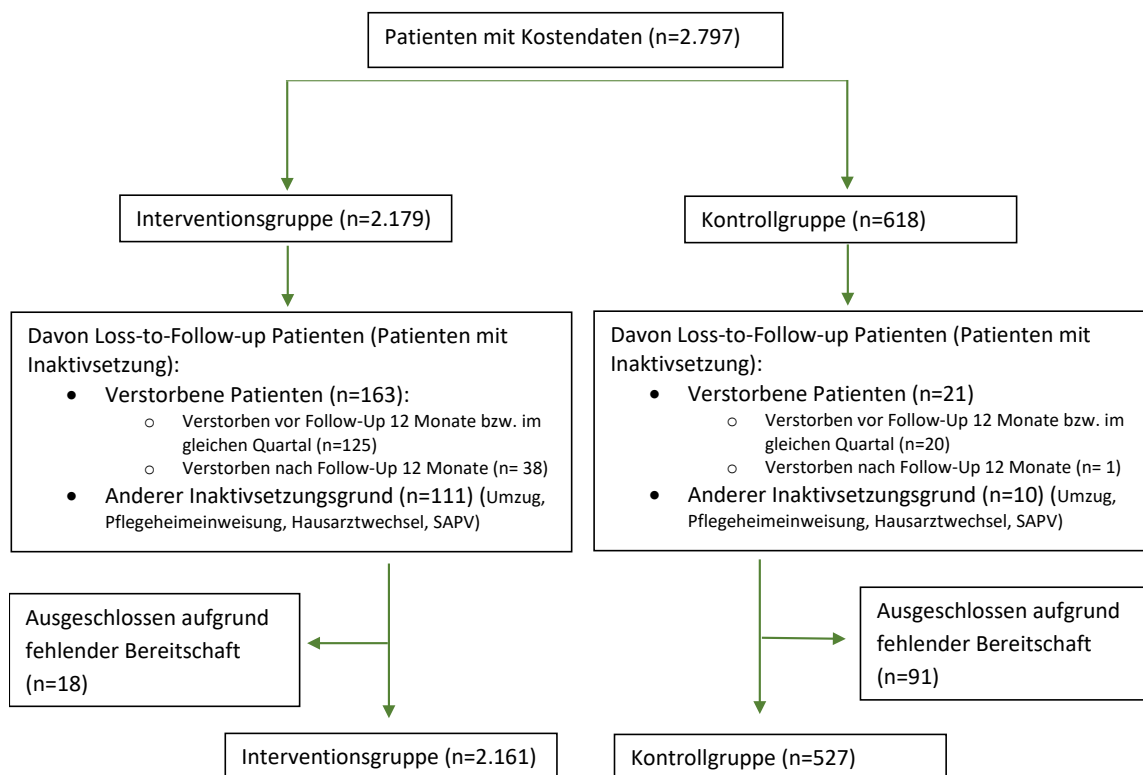
Abbildung 38: TP2_CCA CONSORT Flussdiagramm



Für die **FAS** wurden 2.688 Patientinnen und Patienten in die Analyse eingeschlossen, für die fehlende Daten zum Teil imputiert wurden. Von diesen Patientinnen und Patienten gehörten 2.161 Patientinnen und Patienten der IG und 527 Patientinnen und Patienten der KG an.

109 Patientinnen und Patienten mit fehlender Bereitschaft wurden komplett ausgeschlossen (18 in der IG und 91 in der KG). 145 Patientinnen und Patienten sind vor t1 (FU12) bzw. im gleichen Quartal verstorben (125 in der IG und 20 in der KG). Da hier keine Daten zum BI vorliegen, wurde der BI auf 0 gesetzt und die Kosten aus dem Quartal vor dem Versterben für die Kostenanalyse genutzt. Für 39 Patientinnen und Patienten, die nach t1 verstarben (38 in der IG und 1 in der KG) und bei denen kein BI zu t1 erhoben wurde, wurde der BI imputiert. Auch bei den 121 Patientinnen und Patienten mit einem anderen Inaktivsetzungsgrund (111 in der IG und 10 in der KG) bei denen kein BI zu t1 erhoben wurde, wurde der BI imputiert und die Kosten aus dem vierten Quartal nach Interventionsstart genutzt (siehe Abbildung 39)

Abbildung 39: TP2_FAS CONSORT Flussdiagramm



3.2.1.2 Kostenanalyse

Die Differenz der jeweiligen Versorgungskosten wurde im BL-Zeitraum (Quartal vor Projekteinschluss) im Vergleich zum Zeitraum t1 (Quartal vor dem Zeitpunkt 12 Monate nach Studieneinschluss) berechnet (z. B. $\text{Gesamtkosten}_{t1-t0} = \text{Gesamtkosten}_{t1} - \text{Gesamtkosten}_{t0}$). Negative Werte stehen damit für einen Rückgang der Versorgungskosten, positive Werte von $\text{Gesamtkosten}_{t1-t0}$ für einen Anstieg der Versorgungskosten. Um den Unterschied der jeweiligen Veränderungen der Kostenarten zwischen IG und KG zu überprüfen, wurde ein nicht-parametrischer gebootstrapter t-Test mit 100.000 Iterationen verwendet. Die Ergebnisse der Kostenanalyse können der Tabelle 13, Tabelle 14, Tabelle 15, und Tabelle 16 entnommen werden.

3.2.1.2.1 Ambulante Kosten

CCA

Ambulante Kosten entstanden bei 1.817 Patientinnen und Patienten in der IG (99,18%) und 449 Patientinnen und Patienten in der KG (97,82%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-48, 40], $p = 0,8751$, KG: 95% CI [-58, 43], $p = 0,8083$). Auch der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-51, 40], $p = 0,8859$).

FAS

Ambulante Kosten entstanden bei 2.144 Patientinnen und Patienten in der IG (99,21%) und 517 Patientinnen und Patienten in der KG (98,10%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-47, 36], $p = 0,8217$, KG: 95% CI [-49, 44], $p = 0,9557$). Auch der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-40, 43], $p = 0,8939$).

Zusammenfassung ambulante Kosten

Weder in der CCA noch in der FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

3.2.1.2.2 Stationäre Kosten

CCA

Stationäre Kosten entstanden bei 470 Patientinnen und Patienten in der IG (25,66%) und 103 Patientinnen und Patienten in der KG (22,44%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [127, 672], $p < 0,001$, KG: 95% CI [-149, 393], $p = 0,3962$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-657, 120], $p = 0,17$).

FAS

Stationäre Kosten entstanden bei 615 Patientinnen und Patienten in der IG (28,46%) und 130 Patientinnen und Patienten in der KG (24,67%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG niedriger und in der KG höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-166, 389], $p = 0,449$, KG: 95% CI [-411, 229], $p = 0,6399$). Auch der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-611, 232], $p = 0,3864$).

Zusammenfassung stationäre Kosten

Weder in der CCA noch in der FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

3.2.1.2.3 Ambulante Krankenhauskosten

CCA

Ambulante Krankenhauskosten entstanden bei 109 Patientinnen und Patienten in der IG (5,95%) und 17 Patientinnen und Patienten in der KG (3,70%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied in beiden Gruppen nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-4, 3], $p = 0,7637$, KG: 95% CI [-1, 6], $p = 0,111$). Auch der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-1, 7], $p = 0,148$).

FAS

Ambulante Krankenhauskosten entstanden bei 149 Patientinnen und Patienten in der IG (6,89%) und 20 Patientinnen und Patienten in der KG (3,80%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied in beiden Gruppen nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-3, 5], $p = 0,5079$, KG: 95% CI [0, 6], $p = 0,05621$). Auch der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-3, 5], $p = 0,5237$).

Zusammenfassung ambulante Krankenhauskosten

Weder in der CCA noch in der FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

3.2.1.2.4 Arzneimittelkosten

CCA

Arzneimittelkosten entstanden bei 1.811 Patientinnen und Patienten in der IG (98,85%) und 455 Patientinnen und Patienten in der KG (99,13%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-225, 12], $p = 0,08381$, KG: 95% CI [-753, 412], $p = 0,6697$). Auch der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-187, 123], $p = 0,7745$).

FAS

Arzneimittelkosten entstanden bei 2.136 Patientinnen und Patienten in der IG (98,84%) und 523 Patientinnen und Patienten in der KG (98,24%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-215, 20], $p = 0,1004$, KG: 95% CI [-664, 360], $p = 0,6293$). Auch der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-177, 111], $p = 0,7269$).

Zusammenfassung Arzneimittelkosten

Weder in der CCA noch in der FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

3.2.1.2.5 Heilmittelkosten

CCA

Heilmittelkosten entstanden bei 755 Patientinnen und Patienten in der IG (41,21%) und 198 Patientinnen und Patienten in der KG (43,14%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-137, -28], $p < 0,001$, KG: 95% CI [-69, 35], $p = 0,5293$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant (95% CI [6, 121], $p = 0,0184$).

FAS

Heilmittelkosten entstanden bei 877 Patientinnen und Patienten in der IG (40,58%) und 227 Patientinnen und Patienten in der KG (43,07%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-111, -13], $p < 0,001$, KG: 95% CI [-81, 24], $p = 0,2974$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant [-26, 90], $p = 0,2762$).

Zusammenfassung Heilmittelkosten

In der CCA konnte ein statistisch signifikanter Unterschied der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden, in der FAS nicht.

3.2.1.2.6 Hilfsmittelkosten

CCA

Hilfsmittelkosten entstanden bei 906 Patientinnen und Patienten in der IG (49,45%) und 213 Patientinnen und Patienten in der KG (46,41%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-299, 5], $p = 0,0342$, KG: 95% CI [-10, 313], $p = 0,05601$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant (95% CI [75, 482], $p < 0,001$).

FAS

Hilfsmittelkosten entstanden bei 1.130 Patientinnen und Patienten in der IG (52,29%) und 254 Patientinnen und Patienten in der KG (48,20%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der KG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-243, 191], $p = 0,7555$, KG: 95% CI [0, 314], $p = 0,0216$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-78, 438], $p = 0,1732$).

Zusammenfassung Hilfsmittelkosten

In der CCA konnte ein statistisch signifikanter Unterschied der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden, in der FAS nicht.

3.2.1.2.7 Krankentransportkosten

CCA

Krankentransportkosten entstanden bei 422 Patientinnen und Patienten in der IG (23,03%) und 77 Patientinnen und Patienten in der KG (16,78%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-188, 150], $p = 0,7451$, KG: 95% CI [-73, 53], $p = 0,7555$). Auch der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-131, 166], $p = 0,7869$).

FAS

Krankentransportkosten entstanden bei 571 Patientinnen und Patienten in der IG (26,42%) und 100 Patientinnen und Patienten in der KG (18,98%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-218, 132], $p = 0,6261$, KG: 95% CI [-158, 25], $p = 0,1364$). Auch der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-162, 138], $p = 0,9235$).

Zusammenfassung Krankentransportkosten

Weder in der CCA noch in der FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

3.2.1.2.8 Kosten für häusliche Krankenpflege

CCA

Kosten für häusliche Krankenpflege entstanden bei 326 Patientinnen und Patienten in der IG (17,79%) und 54 Patientinnen und Patienten in der KG (11,76%) zu mindestens einem

Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-158, -7], $p < 0,01$, KG: 95% CI [-44, 66], $p = 0,7211$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant (95% CI [52, 126], $p < 0,001$).

FAS

Kosten für häusliche Krankenpflege entstanden bei 448 Patientinnen und Patienten in der IG (20,73%) und 71 Patientinnen und Patienten in der KG (13,47%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-139, -6], $p = 0,011$, KG: 95% CI [-39, 71], $p = 0,5887$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant (95% CI [46, 124], $p < 0,001$).

Zusammenfassung Kosten für häusliche Krankenpflege

Sowohl in der CCA als auch in der FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

3.2.1.2.9 Pflegeleistungskosten

CCA

Pflegeleistungskosten entstanden bei 869 Patientinnen und Patienten in der IG (47,43%) und 141 Patientinnen und Patienten in der KG (30,72%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-509, -332], $p < 0,001$, KG: 95% CI [-345, 44], $p = 0,1224$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant (95% CI [169, 369], $p < 0,001$).

FAS

Pflegeleistungskosten entstanden bei 1.085 Patientinnen und Patienten in der IG (50,21%) und 181 Patientinnen und Patienten in der KG (34,25%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-565, -385], $p < 0,001$, KG: 95% CI [-348, 25], $p = 0,08681$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant (95% CI [211, 412], $p < 0,001$).

Zusammenfassung Pflegeleistungskosten

Sowohl in der CCA als auch in der FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

3.2.1.2.10 Rehabilitationskosten

CCA

Rehabilitationskosten entstanden bei 56 Patientinnen und Patienten in der IG (3,06%) und 11 Patientinnen und Patienten in der KG (2,40%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-1, 95], $p = 0,0272$, KG: 95% CI [-9, 88], $p = 0,09901$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-73, 62], $p = 0,9119$).

FAS

Rehabilitationskosten entstanden bei 64 Patientinnen und Patienten in der IG (2,96%) und 15 Patientinnen und Patienten in der KG (2,85%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die

Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG niedriger und in der KG höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [6, 96], $p < 0,01$, KG: 95% CI [-177, 60], $p = 0,483$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-230, 25], $p = 0,107$).

Zusammenfassung Rehabilitationskosten

Weder in CCA noch in FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

3.2.1.2.11 Zahnarztkosten

CCA

Zahnarztkosten entstanden bei 719 Patientinnen und Patienten in der IG (39,25%) und 182 Patientinnen und Patienten in der KG (39,65%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der KG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-7, 24], $p = 0,2796$, KG: 95% CI [4, 80], $p = 0,008601$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-8, 73], $p = 0,08041$).

FAS

Zahnarztkosten entstanden bei 820 Patientinnen und Patienten in der IG (37,95%) und 207 Patientinnen und Patienten in der KG (39,28%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der KG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-5, 21], $p = 0,2254$, KG: 95% CI [4, 70], $p = 0,011$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-7, 63], $p = 0,09181$).

Zusammenfassung Zahnarztkosten

Weder in CCA noch in FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

3.2.1.2.12 Gesamtkosten

CCA

Die Betrachtung der Differenz Gesamtkosten_{t1-t0} zeigte, dass in der IG die Gesamtkosten während der Interventionsphase (t1-t0) im Vergleich zur BL durchschnittlich stiegen, während sie in der KG sanken, allerdings war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant (IG: 95% CI [-897, 63], $p = 0,08841$, KG: 95% CI [-779, 803], $p = 0,9925$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-136, 1001], $p = 0,1272$).

FAS

Die Betrachtung der Differenz Gesamtkosten_{t1-t0} zeigte, dass die Gesamtkosten während der Interventionsphase (t1-t0) im Vergleich zur BL in beiden Gruppen stiegen, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-1.133, -142], $p = 0,0132$, KG: 95% CI [-1.106, 477], $p = 0,4528$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-322, 987], $p = 0,3088$).

Zusammenfassung Gesamtkosten

Weder in CCA noch in FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG festgestellt werden.

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

Tabelle 13: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (N=1.832) – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	3.064,94	7.629,01	977,87	0	186.855,40
Gesamtkosten _{t1}	3.490,16	6.895,66	1.754,47	0	130.627,10
Gesamtkosten _{t1-t0}	425,22	8.257,83	147,64	-183.666,70	116.686,40
Ambulante Kosten _{t0}	288,71	654,24	190,93	0	18.044,60
Ambulante Kosten _{t1}	291,78	717,16	188,13	0	20.521,96
Ambulante Kosten _{t1-t0}	3,07	363,59	-2,50	-3.347,39	6.625,20
Stationäre Kosten _{t0}	1.031,31	5.445,68	0	0	184.673,00
Stationäre Kosten _{t1}	657,07	2.622,88	0	0	39.363,63
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-374,23	6.035,37	0	-184.673,00	39.363,63
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	7,65	48,37	0	0	734,58
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	8,14	51,49	0	0	1.003,35
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	0,49	62,78	0	-666,63	1.003,35
Arzneimittelkosten _{t0}	490,25	1.673,22	212,00	0	46.566,88
Arzneimittelkosten _{t1}	594,88	2.008,84	248,24	0	37.466,26
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	104,64	1.738,72	11,56	-25.498,95	34.828,91
Heilmittelkosten _{t0}	101,29	439,93	0	0	12.980,80
Heilmittelkosten _{t1}	179,45	1.101,71	0	0	26.940,02
Heilmittelkosten _{t1-t0}	78,17	886,52	0	-1.955,52	24.698,04
Hilfsmittelkosten _{t0}	155,17	1.553,97	0	0	57.208,86
Hilfsmittelkosten _{t1}	288,19	2.895,97	0	0	98.742,68
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	133,02	2.651,62	0	-21.688,16	95.144,12
Krankentransportkosten _{t0}	190,08	2.934,03	0	0	112.957,40
Krankentransportkosten _{t1}	224,09	2.164,90	0	0	58.494,96
Krankentransportkosten _{t1-t0}	34,01	2972,97	0	-84.205,56	58.494,96
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	136,79	933,21	0	0	34.508,21
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	213,47	1.329,98	0	0	51.622,50
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	76,68	574,04	0	-2.669,70	17.114,29
Pflegeleistungskosten _{t0}	531,78	1.155,00	0	0	9.638,49
Pflegeleistungskosten _{t1}	951,85	1.546,54	0	0	11.993,69
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	420,07	1.085,84	0	-6.721,58	9.602,88
Rehabilitationskosten _{t0}	83,78	991,91	0	0	30.573,00
Rehabilitationskosten _{t1}	41,15	386,05	0	0	6.226,00
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	-42,63	1.058,60	0	-30.573,00	6.226,00
Zahnarztkosten _{t0}	48,13	275,50	0	0	5.329,67
Zahnarztkosten _{t1}	40,08	192,23	0	0	3.377,36
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-8,05	332,90	0	-5.329,67	3.377,36

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

Tabelle 14: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (N=459) – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	2.601,90	5.549,78	799,32	0	91.077,10
Gesamtkosten _{t1}	2.581,81	6.560,40	895,87	0	118.308,60
Gesamtkosten _{t1-t0}	-20,09	4.564,22	-20,05	-34.818,70	29.632,66
Ambulante Kosten _{t0}	254,96	311,47	177,11	0	2.721,07
Ambulante Kosten _{t1}	259,97	461,59	165,21	0	8.053,28
Ambulante Kosten _{t1-t0}	5,01	456,87	0	-2.109,45	7.097,13
Stationäre Kosten _{t0}	601,67	2.052,10	0	0	18.770,78
Stationäre Kosten _{t1}	479,70	2.075,76	0	0	24.197,76
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-121,97	2.934,39	0	-18.770,78	24.197,76
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	4,29	28,14	0	0	259,11
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	1,98	17,95	0	0	191,77
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	-2,32	31,14	0	-259,11	172,95
Arzneimittelkosten _{t0}	552,04	3.680,42	219,21	0	77.970,24
Arzneimittelkosten _{t1}	675,21	4.907,73	203,54	0	103.386,40
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	123,17	1.469,60	1,81	-3.787,96	25.416,12
Heilmittelkosten _{t0}	112,05	321,30	0	0	4.536,48
Heilmittelkosten _{t1}	127,61	468,96	0	0	6.463,32
Heilmittelkosten _{t1-t0}	15,56	437,21	0	-3.446,82	5.779,72
Hilfsmittelkosten _{t0}	219,49	1.769,39	0	0	34.892,00
Hilfsmittelkosten _{t1}	101,98	345,95	0	0	4.226,79
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	-117,51	1.793,22	0	-34.892,00	4.226,79
Krankentransportkosten _{t0}	78,77	537,24	0	0	9.162,00
Krankentransportkosten _{t1}	91,13	429,11	0	0	5.475,40
Krankentransportkosten _{t1-t0}	12,36	588,39	0	-9.162,00	3.618,09
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	108,00	455,54	0	0	3.746,94
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	97,39	413,41	0	0	3.857,24
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	-10,61	273,67	0	-2.179,14	1.654,16
Pflegeleistungskosten _{t0}	549,63	1.491,90	0	0	15.173,69
Pflegeleistungskosten _{t1}	702,04	1.486,48	0	0	10.356,25
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	152,42	959,53	0	-11.538,56	6.026,68
Rehabilitationskosten _{t0}	57,00	431,03	0	0	5.124,00
Rehabilitationskosten _{t1}	17,82	310,77	0	0	6.427,40
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	-39,18	533,29	0	-5.124,00	6.427,40
Zahnarztkosten _{t0}	64,00	404,88	0	0	5.815,03
Zahnarztkosten _{t1}	26,98	87,80	0	0	972,30
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-37,03	413,08	0	-5.815,03	815,16

Tabelle 15: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (N=2.161) – FAS (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	3.459,60	8.940,71	1.126,03	0	206.376,50
Gesamtkosten _{t1}	4.109,54	7.771,17	2.003,33	0	130.627,10
Gesamtkosten _{t1-t0}	649,95	9.778,64	163,90	-206.376,50	116.686,40
Ambulante Kosten _{t0}	297,81	664,15	194,55	0	18.044,60
Ambulante Kosten _{t1}	302,53	729,47	193,59	0	20.521,96
Ambulante Kosten _{t1-t0}	4,73	396,59	-1,10	-3.347,39	7.052,22
Stationäre Kosten _{t0}	1.092,68	5.270,90	0	0	184.673,00
Stationäre Kosten _{t1}	992,04	3.875,77	0	0	67.564,27
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-100,64	6.472,49	0	-184.673,00	67.564,27
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	10,62	67,14	0	0	1.372,58
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	9,32	60,91	0	0	1.202,63
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	-1,30	77,34	0	-1.173,73	1.202,63
Arzneimittelkosten _{t0}	531,52	1.821,62	218,92	0	46.566,88
Arzneimittelkosten _{t1}	627,72	2.074,67	255,62	0	37.466,26
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	96,20	1.712,20	11,52	-25.498,95	34.828,91
Heilmittelkosten _{t0}	111,84	529,50	0	0	13.859,01
Heilmittelkosten _{t1}	170,96	1.024,38	0	0	26.940,02
Heilmittelkosten _{t1-t0}	59,11	876,31	0	-13.859,01	24.698,04
Hilfsmittelkosten _{t0}	252,01	4.276,59	0	0	186.295,90
Hilfsmittelkosten _{t1}	305,32	2.751,98	0	0	98.742,68
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	53,31	4.725,58	0	-186.295,90	95.144,12
Krankentransportkosten _{t0}	257,42	3.227,87	0	0	112.957,40
Krankentransportkosten _{t1}	307,19	2.651,05	0	0	69.833,83
Krankentransportkosten _{t1-t0}	49,77	2.931,56	0	-84.205,56	58.494,96
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	157,76	896,70	0	0	34.508,21
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	226,91	1.255,03	0	0	51.622,50
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	69,15	595,76	0	-4.215,89	17.114,29
Pflegeleistungskosten _{t0}	614,38	1.240,47	0	0	9.638,49
Pflegeleistungskosten _{t1}	1.088,88	1.694,24	0	0	12.157,15
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	474,50	1.202,15	0	-6.721,58	11.429,15
Rehabilitationskosten _{t0}	88,18	999,07	0	0	30.573,00
Rehabilitationskosten _{t1}	41,14	395,82	0	0	6.226,00
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	-47,05	1.067,06	0	-30.573,00	6.226,00
Zahnarztkosten _{t0}	45,39	257,15	0	0	5.329,67
Zahnarztkosten _{t1}	37,54	183,05	0	0	3.377,36
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-7,85	312,80	0	-5.329,67	3.377,36

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

Tabelle 16: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (N=527) – FAS (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	2.821,21	5.476,59	905,76	0	91.077,10
Gesamtkosten _{t1}	3.113,90	7.437,02	1.027,61	0	118.308,60
Gesamtkosten _{t1-t0}	292,69	5.840,69	-2,81	-34.818,70	69.239,12
Ambulante Kosten _{t0}	260,49	305,64	179,81	0	2.721,07
Ambulante Kosten _{t1}	261,17	444,69	166,10	0	8.053,28
Ambulante Kosten _{t1-t0}	0,68	446,15	0	-2.109,45	7.097,13
Stationäre Kosten _{t0}	659,11	2.136,67	0	0	18.770,78
Stationäre Kosten _{t1}	735,13	3.118,60	0	0	39.112,98
Stationäre Kosten _{t1-t0}	76,02	3.787,10	0	-18.770,78	39.112,98
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	4,69	29,05	0	0	259,11
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	2,04	18,26	0	0	191,77
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	-2,65	30,90	0	-259,11	172,95
Arzneimittelkosten _{t0}	578,15	3.510,95	225,01	0	77.970,24
Arzneimittelkosten _{t1}	696,39	4.665,11	207,17	0	103.386,40
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	118,24	1.437,62	1,81	-5157,45	25.416,12
Heilmittelkosten _{t0}	108,51	306,33	0	0	4.536,48
Heilmittelkosten _{t1}	134,37	536,57	0	0	7.049,24
Heilmittelkosten _{t1-t0}	25,86	514,68	0	-3.446,82	7.049,24
Hilfsmittelkosten _{t0}	249,94	1.833,17	0	0	34.892,00
Hilfsmittelkosten _{t1}	115,90	363,28	0	0	4.226,79
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	-134,04	1.846,93	0	-34.892,00	4.226,79
Krankentransportkosten _{t0}	80,28	510,51	0	0	9.162,00
Krankentransportkosten _{t1}	137,14	926,42	0	0	18.990,82
Krankentransportkosten _{t1-t0}	56,87	1.006,14	0	-9.162,00	18.990,82
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	126,28	478,84	0	0	3.746,94
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	111,10	442,75	0	0	3.857,24
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	-15,18	345,77	0	-2.179,14	3.021,71
Pflegeleistungskosten _{t0}	640,77	1.560,75	0	0	15.173,69
Pflegeleistungskosten _{t1}	806,50	1.578,65	0	0	10.356,25
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	165,74	982,07	0	-11.538,56	6.026,68
Rehabilitationskosten _{t0}	53,78	413,24	0	0	5.124,00
Rehabilitationskosten _{t1}	87,30	1.359,55	0	0	29.933,20
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	33,51	1.424,28	0	-5.124,00	29.933,20
Zahnarztkosten _{t0}	59,21	378,61	0	0	5.815,03
Zahnarztkosten _{t1}	26,85	86,39	0	0	972,30
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-32,36	386,80	0	-5.815,03	815,16

3.2.1.2.13 Zusammenfassung der Kostenanalyse

In der CCA sanken die durchschnittlichen Gesamtkosten in der KG, während sie in der IG anstiegen. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war nicht statistisch signifikant. In der FAS stiegen die durchschnittlichen Gesamtkosten in beiden Gruppen, wobei der Anstieg in der IG statistisch signifikant war. Der Unterschied im Anstieg zwischen den beiden Gruppen war auch hier nicht statistisch signifikant.

Dies kann andeuten, dass der Loss-to-Follow-Up nicht komplett zufällig zwischen IG und KG war. Da es auch zu unterschiedlichen Ergebnissen bei den einzelnen Kostenkomponenten kommt, kann nicht vollständig von einem zufälligen Ausscheiden ausgegangen werden. Das kann jedoch auch durch die kleinen Fallzahlen in den Kostenkomponenten zustande kommen.

3.2.1.3 Einflussfaktoren auf die Gesamtkosten – Multiple lineare Regression

CCA

In allen drei Modellen wurde ein signifikanter Gruppenunterschied bei der Veränderung der Gesamtkosten von t0 zu t1 ermittelt. Die IG hatte um 728 bis 764 € höhere Kosten als die KG. Die Gesamtkosten zu t0 hatten auch in allen drei Modellen einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Gesamtkosten zu t1. Zudem hatte das Geschlecht einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Gesamtkosten zu t1. Weibliche Patientinnen hatten 860 bis 864 € niedrigere Kosten als männliche Teilnehmer. Das Alter hatte keinen statistisch signifikanten Einfluss (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: TP2_Ergebnisse der Regressionsanalyse CCA

Regressionsergebnisse			
	Abhängige Variable: Gesamtkosten zu t1		
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Gruppenzugehörigkeit: IG	729,8* (325,4) p = 0,025	763,61* (324,92) p = 0,01885	728,27* (326,03) p = 0,02559
Gesamtkosten zu t0	0,3855*** (0,01794) p < 0,001	0,38409*** (0,01791) p < 0,001	0,38465*** (0,01791) p < 0,001
Geschlecht: Weiblich		-859,92** (275,49) p = 0,00182	-863,9** (275,47) p = 0,00173
Alter			29,73 (23,07) p = 0,19775
Konstante	1579*** (294,6) p < 0,001	2.127,64*** (342,6) p < 0,001	-261,20 (1885,52) p = 0,88983
Beobachtungen	2.291	2.291	2.291
R²	0,1703	0,1739	0,1745
Adjustiertes R²	0,1696	0,1728	0,173
Standardfehler der Residuen	6.231	6.219	6.218
F Statistik	234,9***	160,4***	120,8***

Anmerkung. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Abgebildet sind die nicht standardisierten Regressionskoeffizienten (Betas). Standardfehler sind in Klammern dargestellt. Im Falle von kategorialen Variablen (Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht) gibt der geschätzte Koeffizient den Effekt im Vergleich zur jeweiligen Referenzkategorie an. Folgende Referenzkategorien wurden definiert: Kontrollgruppe, Männlich.

FAS

In allen drei Modellen wurde ein signifikanter Gruppenunterschied bei der Veränderung der Gesamtkosten von t0 zu t1 ermittelt. Die IG hatte um 673 bis 724 € höhere Kosten als die KG. Die Gesamtkosten zu t0 hatten auch in allen drei Modellen einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Gesamtkosten zu t1. Zudem hatte das Geschlecht einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Gesamtkosten zu t1. Weibliche Patientinnen hatten 570 bis 576 € niedrigere Kosten als männliche Teilnehmer. Auch das Alter hatte einen statistisch signifikanten Einfluss. Mit jedem Lebensjahr erhöhen sich die Gesamtkosten zu t1 um 47 € (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: TP2_Ergebnisse der Regressionsanalyse FAS

Regressionsergebnisse			
Abhängige Variable: Gesamtkosten zu t1			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Gruppenzugehörigkeit: IG	715,1* (328,2) p = 0,0294	724,43* (328,07) p = 0,0273	673,3* (328,8) p = 0,0407
Gesamtkosten zu t0	0,2674*** (0,01592) p < 0,001	0,26612*** (0,01592) p < 0,001	0,2666*** (0,01591) p < 0,001
Geschlecht: Weiblich		-569,81* (281,19) p = 0,0428	-576,2* (281) p = 0,0404
Alter			47,32* (23,27) p = 0,0421
Konstante	2.052*** (296,3) p < 0,001	2.433,06*** (350,66) p < 0,001	-1.377 (1907) p = 0,4701
Beobachtungen	2.688	2.688	2.688
R²	0,1035	0,105	0,1065
Adjustiertes R²	0,1028	0,1039	0,1051
Standardfehler der Residuen	6.593	6.589	6.585
F Statistik	144,4***	97,78***	74,46***

Anmerkung. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Abgebildet sind die nicht standardisierten Regressionskoeffizienten (Betas). Standardfehler sind in Klammern dargestellt. Im Falle von kategorialen Variablen (Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht) gibt der geschätzte Koeffizient den Effekt im Vergleich zur jeweiligen Referenzkategorie an. Folgende Referenzkategorien wurden definiert: Kontrollgruppe, Männlich.

Zusammenfassung Multiple Regression

Die Ergebnisse der multiplen Regression zeigen, dass höhere Gesamtkosten zu t0, die Gruppenzugehörigkeit zur IG, das männliche Geschlecht und in der FAS auch das höhere Alter einen Einfluss auf höhere Gesamtkosten zum Zeitpunkt t1 hatten.

3.2.1.4 Effektmaß – Primärer Endpunkt Barthel-Index

CCA

Der Unterschied des BI in der IG zwischen den zwei Zeitpunkten betrug 2,61. Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($W = 1.805.100$, $p < 0,01$). Der Unterschied des BI in der KG zwischen den zwei Zeitpunkten betrug 3,21. Dieser Unterschied war auch statistisch signifikant ($W = 115.480$, $p < 0,01$). Die Differenz des Gruppenmittelwertes der Veränderung des BI zwischen t0 und t1 betrug -0,6. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant ($W = 410.888$, $p = 0,4182$). Die Ergebnisse sind grafisch in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: TP2_Barthel-Index – CCA

	t ₀	t ₁
IG	87,54	84,92
Intragruppendifferenz		2,61
KG	92,35	89,14
Intragruppendifferenz		3,21
Gruppendifferenz der Zeitpunktdifferenz		-0,60

FAS

Der Unterschied des BI in der IG zwischen den zwei Zeitpunkten betrug 6,06. Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($W = 2.540.002$, $p < 0,01$). Der Unterschied des BI in der KG zwischen den zwei Zeitpunkten betrug 5,14. Dieser Unterschied war auch statistisch signifikant ($W = 151.161$, $p < 0,01$). Die Differenz des Gruppenmittelwertes der Veränderung des BI zwischen t₀ und t₁ betrug 0,92. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant ($W = 572.445$, $p = 0,8426$). Die Ergebnisse sind grafisch in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: TP2_Barthel-Index – FAS

	t ₀	t ₁
IG	85,78	79,72
Intragruppendifferenz		6,06
KG	91,08	85,94
Intragruppendifferenz		5,14
Gruppendifferenz der Zeitpunktdifferenz		0,92

Zusammenfassung Barthel-Index

Die Veränderungen im BI zeigten sich in beiden Analysen als nicht signifikant im Gruppenunterschied. Die Unterschiede zwischen t₁ und t₀ und im Gruppenunterschied zeigten sich als klinisch nicht relevant (BI Spannbreite reicht von 0 – 100, eine minimal klinische Veränderung von 15% der Spannbreite wären 15 Punkte).

3.2.1.5 Kosteneffektivitätsanalyse

3.2.1.5.1 Interventionskosten

Für die Berechnung der durchschnittlichen Interventionskosten pro IN wurden die für die RubiN-Intervention vorab geschätzten Kosten herangezogen. Die gesamten fallzahlabhängigen Versorgungsleistungen bestehen aus den Gehältern der 3,5 CM mit vier Kfz in der Versorgungsphase (2019 und 2020) und betragen 475.800,00 €. Die fallzahlunabhängigen Versorgungsleistungen entstehen zum einen für die Aufbau- und Schulungsphase im 4. Quartal 2018. In diesem Zeitraum erhielten die 3,5 CM ebenfalls Gehalt und bekamen vier Kfz zur Verfügung gestellt. Zum anderen entstanden Gemeinkosten analog zur Infrastrukturpauschale mit 25 % des Gehalts der CM für den gesamten Zeitraum der Aufbau- und Schulungs- sowie Versorgungsphase. Somit sind fallunabhängige Versorgungsleistungen in Höhe von ca. 178.463,44 € zu ergänzen. Die Gesamtversorgungsleistungen betragen damit ca. 654.263,44 €. Verteilt auf die 640 Patientinnen und Patienten pro Netz ergeben sich Interventionskosten in Höhe von 1.022,29 € für den gesamten Interventionszeitraum von 9 Quartalen. Pro Person ergeben sich somit Interventionskosten von 113,59 € pro Quartal. Eine genaue Beschreibung der Berechnung der Interventionskosten kann dem Anhang 42 entnommen werden.

3.2.1.5.2 Ergebnisse der Kosteneffektivitätsanalyse

CCA

Für die Kosteneffektivitätsanalyse wurde die durchschnittliche Veränderung der Gesamtkosten zwischen t0 und t1 (Gesamtkosten_{t1-t0}) verwendet. Die Differenz Gesamtkosten_{t1-t0} der IG ohne Berücksichtigung der Interventionskosten betrug 425,22 € pro Person. Unter Berücksichtigung der Interventionskosten pro Person in Höhe von 113,59 €, erhöht sich dieser Wert auf 538,81 €.

Zudem wurde für die Kosteneffektivitätsanalyse das Ergebnis der Hauptanalyse des primären Endpunktes des BI als Effektmaß herangezogen. Die Differenz des Gruppenmittelwertes der Veränderung des BI zwischen t0 und t1 betrug -0,6.

Die Kosteneffektivitäts-Verhältnisse (Cost-Effectiveness-Ratio; CER) wurden berechnet und sind in Tabelle 21 dargestellt. Das Kosteneffektivitäts-Verhältnis für die IG nach zwölf Monaten betrug 206,44 € pro Punkt-Veränderung des BI. Es gibt die Veränderung der Kosten im Verhältnis zu einer Veränderung einer Einheit des betrachteten klinischen Effekts wieder. Zum Vergleich mit der KG wurde das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER) berechnet. Das ICER für die Interventionsphase (558,90/ -0,60) betrug -931,50 € pro Punkt-Veränderung des BI.

Tabelle 21: TP2_Kosteneffektivitätsanalyse CCA

	Interventionsphase	
	IG	KG
Veränderung des Barthel-Index	2,61	3,21
Differenz		-0,60
Interventionskosten (€)	113,59	-
Veränderung der Gesundheitskosten (€)	425,22	-20,09
Differenz (€)		558,90
CER (€/Barthel)	206,44	-6,25
ICER (€/Barthel)		-931,5

Anmerkung. CER = Cost-Effectiveness-Ratio, ICER Incremental Cost-Effectiveness-Ratio

FAS

Für die Kosteneffektivitätsanalyse wurde die durchschnittliche Veränderung der Gesamtkosten zwischen t0 und t1 (Gesamtkosten_{t1-t0}) verwendet. Die Differenz Gesamtkosten_{t1-t0} der IG ohne Berücksichtigung der Interventionskosten betrug 649,95 € pro Person. Unter Berücksichtigung der Interventionskosten pro Person in Höhe von 113,59 €, erhöht sich dieser Wert auf 763,54 €.

Zudem wurde für die Kosteneffektivitätsanalyse das Ergebnis der Hauptanalyse des primären Endpunktes des BI als Effektmaß herangezogen. Die Differenz des Gruppenmittelwertes der Veränderung des BI zwischen t0 und t1 betrug 0,92.

Die Kosteneffektivitäts-Verhältnisse (Cost-Effectiveness-Ratio; CER) wurden berechnet und sind in Tabelle 22 dargestellt. Das Kosteneffektivitäts-Verhältnis für die IG nach zwölf Monaten betrug 126,00 € pro Punkt-Veränderung des BI. Es gibt die Veränderung der Kosten im Verhältnis zu einer Veränderung einer Einheit des betrachteten klinischen Effekts wieder. Zum Vergleich mit der KG wurde das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER) berechnet. Das ICER für die Interventionsphase (470,85 / 0,92) betrug 511,79 € pro Punkt-Veränderung des BI.

Tabelle 22: TP2_Kosteneffektivitätsanalyse FAS

	Interventionsphase	
	IG	KG
Veränderung des Barthel-Index Differenz	6,06	5,14
		0,92
Interventionskosten (€)	113,59	-
Veränderung der Gesundheitskosten (€) Differenz (€)	649,95	292,69
		470,85
CER (€/Barthel)	126,00	56,94
ICER (€/Barthel)		511,79

Anmerkung. CER = Cost-Effectiveness-Ratio, ICER Incremental Cost-Effectiveness-Ratio

Zusammenfassung

Die Differenz zwischen den Gruppen bei der Veränderung des BI lag sowohl bei der CCA als auch bei der FAS sehr nah bei null. Aufgrund des leicht negativen Effektes in der CCA, war auch der ICER negativ, während er bei der FAS im positiven Bereich lag.

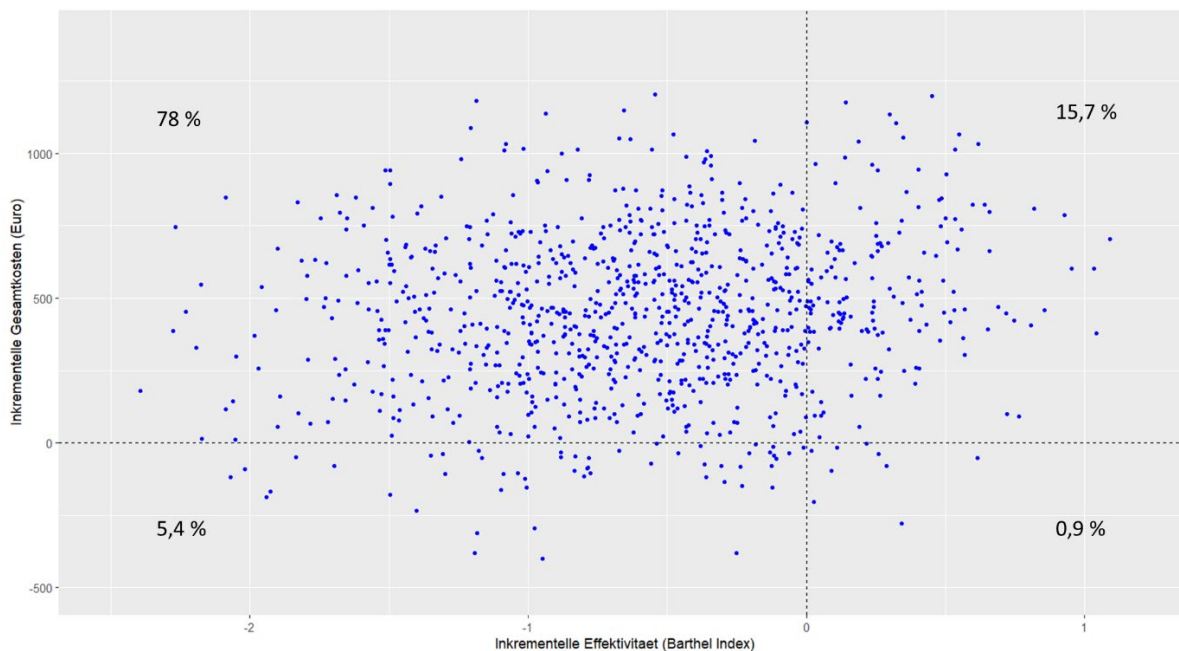
Die der FAS zugrunde liegende Annahme, dass Daten nach dem Zufallsprinzip fehlen (MAR), welche eine Voraussetzung für die Anwendung der Multiplen Imputation ist, ist trotz der unterschiedlichen Effektmaße bei der CCA und der FAS haltbar. Bei der FAS wurden auch Patienten eingeschlossen, bei denen beispielweise nur zu einem Zeitpunkt der BI erhoben wurde. Die untersuchte Patientenkohorte in den beiden Analysen unterscheidet sich aus diesem Grund (Anzahl der Patienten in CCA: 2.291; in FAS: 2.688). Das Effektmaß BI unterscheidet sich aus diesem Grund in beiden Gruppen, wobei die Differenz t1-t0 des BI-Scores der Gruppen für beide Analysen minimal war und bei unter 1 lag. Sowohl die Veränderung des Effektes zwischen den Zeitpunkten je Gruppe als auch im zeitlichen Gruppenvergleich war bei beiden Analysen minimal.

3.2.1.5.2.1 Sensitivitätsanalysen der Kosteneffektivitätsanalyse

Um die Robustheit der Ergebnisse der Hauptanalyse (CCA) zu untersuchen, wurde die Variation des ICER per Bootstrapping untersucht. Die Sensitivitätsanalysen der FAS können dem Anhang 43 und dem Anhang 44 entnommen werden.

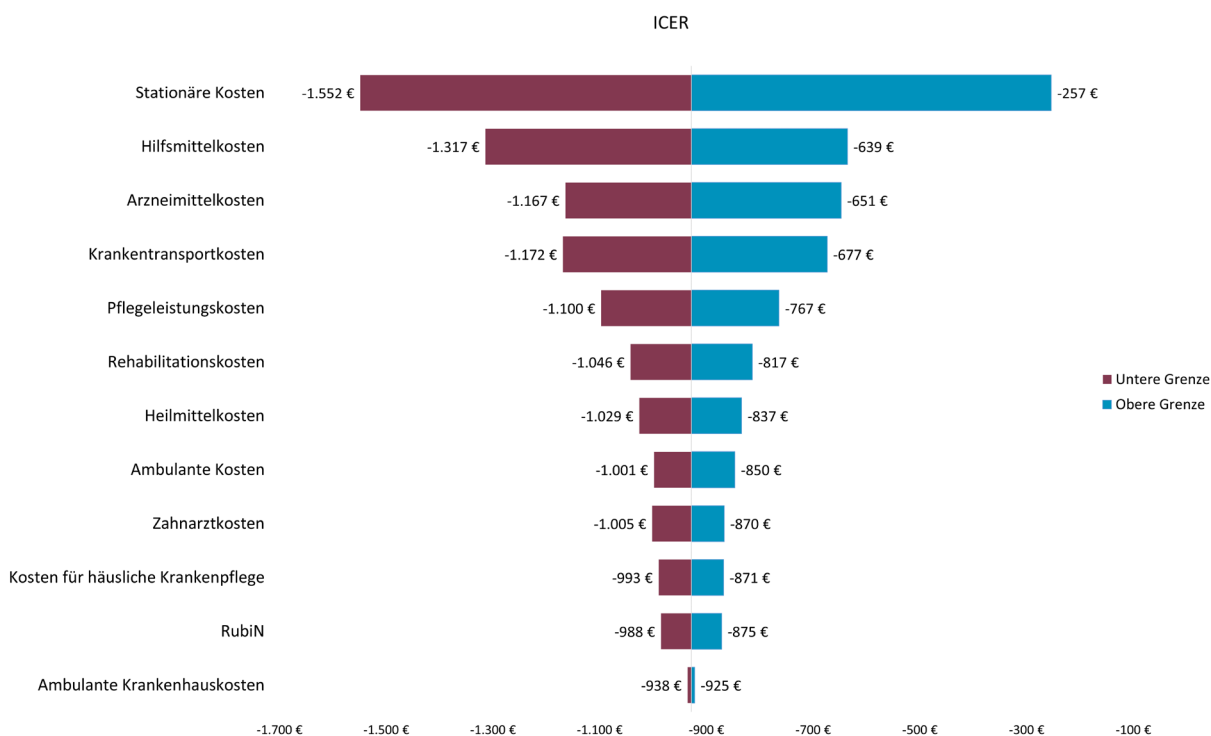
In Abbildung 40 ist der Cost Effectiveness Plane mit gebootstrappten Schätzungen für die inkrementellen Kosten und den inkrementellen Effekt für die CCA abgebildet. Der überwiegende Anteil der Simulationen zeigte einen negativen inkrementellen Effekt zugunsten der IG (83,4 %). 93,7% aller simulierten Werte lagen in den oberen zwei Feldern des Plots und waren teurer als die Versorgung in der KG.

Abbildung 40: TP2_CCA Cost Effectiveness Plane



Für die weitere Untersuchung der Robustheit bzw. Ergebnisunsicherheit wurden univariate Sensitivitätsanalysen für jeden Kostenposten durchgeführt und in einem Tornado-Diagramm dargestellt (Abbildung 41). Die einzelnen Kostenkategorien wurden jeweils anhand des 95%-Konfidenz-Intervalls variiert. Da die Interventionskosten fix waren, wurden sie um +/- 30% variiert. In dem Tornado-Diagramm wird ersichtlich, welchen Einfluss die Variation auf das ICER hat. Die stationären Kosten hatten den größten Einfluss auf das ICER.

Abbildung 41: TP2_CCA Tornado-Diagramm



3.2.1.6 Vermeidbare Krankenhauseinweisungen

Für die Analyse der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen wurden in Anlehnung an die WHO acht ACSC-Diagnostikgruppen einbezogen (vgl. 2.3.2.1).

CCA

Mit mindestens einer ICD-Codierung innerhalb der ACSC-Diagnostikgruppen lagen 316 Fälle für 240 Patientinnen und Patienten in der IG und 58 Fälle für 49 Patientinnen und Patienten in der KG für den t0-Zeitraum vor. Mit mindestens einer ICD-Codierung innerhalb der ACSC-Diagnostikgruppen lagen 245 Fälle für 199 Patientinnen und Patienten in der IG und 42 Fälle für 34 Patientinnen und Patienten in der KG für den t1-Zeitraum vor.

Der Unterschied in der Anzahl der Fälle zwischen den beiden Zeitpunkten war in der IG statistisch signifikant ($p < 0,05$, 95% CI [0,653, 0,938]), in der KG hingegen nicht. Der Unterschied in der Veränderung t1-t0 zwischen den Gruppen war nicht statistisch signifikant.

Die mit den ACSC-Fällen assoziierten stationären Kosten sind in der nachfolgenden Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23: TP2_ACSC Kostenanalyse CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
IG ACSC Kosten _{t0}	924,55	5.368,36	2.070,84	0	184.673,00
IG ACSC Kosten _{t1}	579,16	2.526,11	921,34	0	39.363,63
IG ACSC Kosten _{t1-t0}	-345,39	5.922,08	-1.410,66	-184.673,00	39.363,63
KG ACSC Kosten _{t0}	522,55	1.934,74	1.956,28	0	18.770,78
KG ACSC Kosten _{t1}	409,83	1.976,38	0	0	24.197,76
KG ACSC Kosten _{t1-t0}	-112,72	2.755,32	-1.829,20	-18.770,78	24.197,76

Die ACSC-assoziierten stationären Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [100, 636], $p < 0,001$, KG: 95% CI [-147, 365], $p = 0,4064$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-629, 120], $p = 0,1812$).

FAS

Mit mindestens einer ICD-Codierung innerhalb der ACSC-Diagnostikgruppen lagen 400 Fälle für 300 Patientinnen und Patienten in der IG und 75 Fälle für 62 Patientinnen und Patienten in der KG für den t0-Zeitraum vor. Mit mindestens einer ICD-Codierung innerhalb der ACSC-Diagnostikgruppen lagen 383 Fälle für 288 Patientinnen und Patienten in der IG und 65 Fälle für 49 Patientinnen und Patienten in der KG für den t1-Zeitraum vor.

Der Unterschied in der Anzahl der Fälle zwischen den beiden Zeitpunkten war weder in der IG noch der KG statistisch signifikant. Auch der Unterschied in der Veränderung t1-t0 zwischen den Gruppen war nicht statistisch signifikant.

Die mit den ACSC-Fällen assoziierten stationären Kosten sind in der nachfolgenden Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: TP2_ACSC Kostenanalyse FAS (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
IG ACSC Kosten _{t0}	958,29	5.128,46	2.070,84	0	184.673,00
IG ACSC Kosten _{t1}	875,47	3.734,75	921,34	0	67.564,27
IG ACSC Kosten _{t1-t0}	-82,82	6.265,34	-1.410,66	-184.673,00	67.564,27
KG ACSC Kosten _{t0}	589,58	2.041,14	1.956,28	0	18.770,78
KG ACSC Kosten _{t1}	655,75	3.039,46	0	0	39.112,98
KG ACSC Kosten _{t1-t0}	66,17	3.641,47	-1.829,20	-18.770,78	39.112,98

Die ACSC-assoziierten stationären Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG niedriger und in der KG höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nicht

statistisch signifikant (IG: 95% CI [-174, 362], $p = 0,5173$, KG: 95% CI [-396, 231], $p = 0,6721$). Der Unterschied in der Differenz (t_1-t_0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant (95% CI [-575, 243], $p = 0,4494$).

Zusammenfassung vermeidbare Krankenhauseinweisungen

Sowohl in der CCA als auch FAS konnten keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede in den ACSC-Krankenhauseinweisungen oder durch ACSC verursachte Kosten nachgewiesen werden.

3.2.1.7 Weitere Analysen

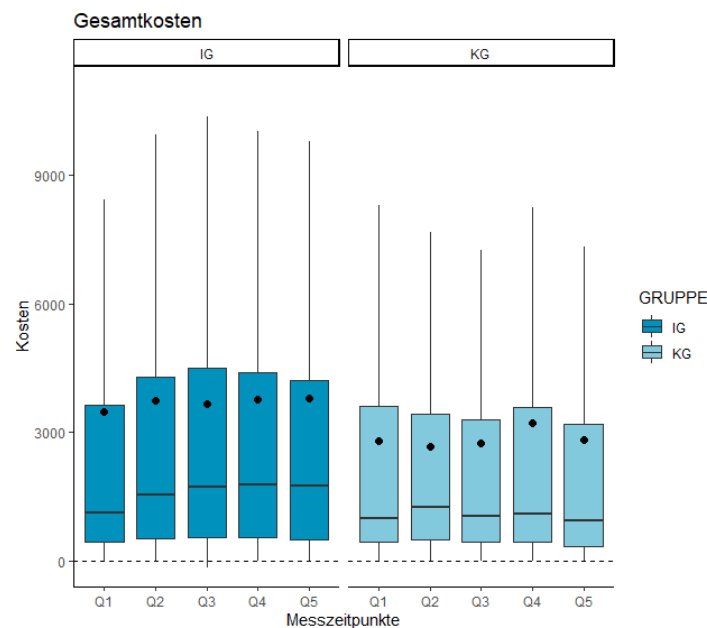
3.2.1.7.1 Quartalsweise Kosten im zeitlichen Verlauf

Die Versorgungskosten wurden zusätzlich quartalsweise angeschaut. Hierbei wurde das Quartal vor Interventionsstart (BL) jeweils mit dem ersten, zweiten, dritten und vierten Quartal nach Interventionsstart verglichen und graphisch in Boxplots aufgearbeitet. Für diese Analyse wurden keine Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die ggf. keinen BI zu t_0 bzw. t_1 vorliegen haben. Es wurden dementsprechend alle 2.797 Patienten, für die Versorgungskosten vorliegen, in die Analyse eingeschlossen. Von diesen Patientinnen und Patienten gehörten 2.179 Patientinnen und Patienten der IG und 618 Patientinnen und Patienten der KG an. Für alle Patientinnen und Patienten lagen Kostendaten zu allen Quartalen vor.

Gesamtkosten

Die Gesamtkosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 42 dargestellt. Die Mediane steigen in der IG im Zeitverlauf leicht an, in der KG verbleiben sie ungefähr auf einem Niveau. Die Mittelwerte hingegen zeigten sowohl in der IG als auch in der KG leichte Schwankungen im zeitlichen Verlauf, weshalb sich keine validen Aussagen über die Existenz zeitlicher Trends ableiten lassen.

Abbildung 42: TP2_Gesamtkosten je Gruppe im Studienverlauf

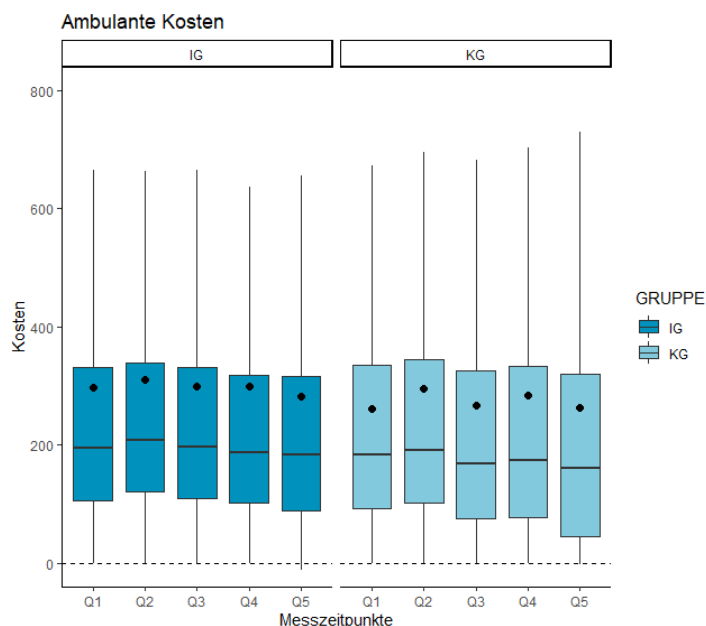


Ambulante Kosten

Die durchschnittlichen Kosten für die ambulante ärztliche Versorgung im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 43 dargestellt. Diese waren sowohl in der IG als auch in der KG nahezu konstant und zeigten keine relevante Änderung im zeitlichen Verlauf. Mediane

sanken im Verlauf der Messzeitpunkte in beiden Behandlungsarmen. Zwischen Mittelwerten und Medianen lag eine Differenz, die auf Kostenausreißer zurückgeführt werden kann.

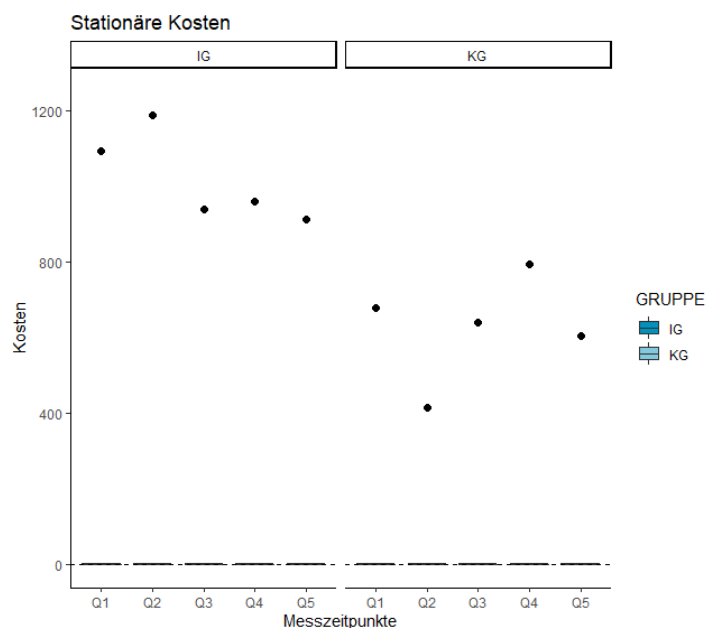
Abbildung 43: TP2_Ambulante Kosten je Gruppe im Studienverlauf



Stationäre Kosten

Die durchschnittlichen stationären Kosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 44 dargestellt. In dieser Abbildung werden die Boxplots nicht mit dargestellt, da bei nur durchschnittlich ca. 15% der Teilnehmenden jedes Quartal stationäre Kosten angefallen sind. Die medianen Werte lagen in beiden Gruppen zu allen Messzeitpunkten am Nullpunkt. Die Mittelwerte schwankten hingegen insbesondere in der KG über die Quartale hinweg stark, was auf die Fallzahlgröße zurückzuführen ist. Insgesamt lassen sich aufgrund der geringen Fallzahl und der starken Schwankungsbreite keine validen Aussagen über die Existenz zeitlicher Trends ableiten.

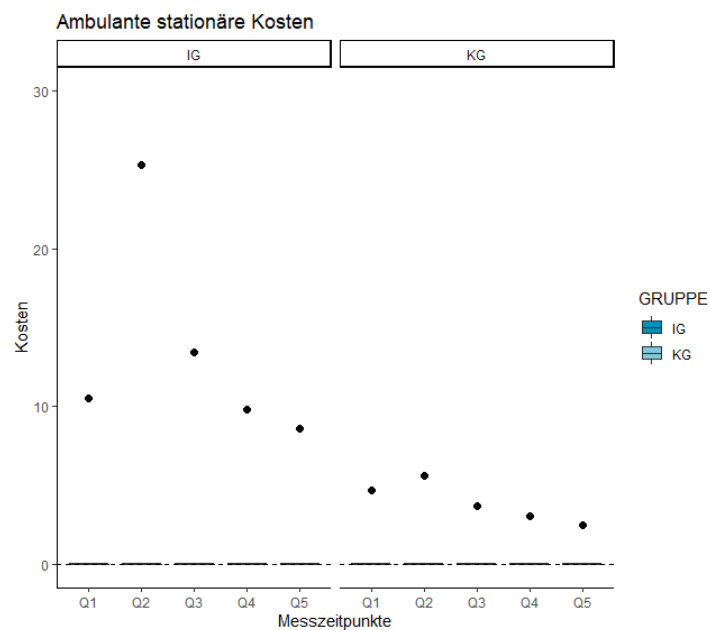
Abbildung 44: TP2_Stationäre Kosten je Gruppe im Studienverlauf



Ambulante Krankenhauskosten

Die durchschnittlichen ambulanten Krankenhauskosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 45 dargestellt. Auch bei dieser Kostenkategorie lagen die Mediane zu allen Messzeitpunkten und in beiden Gruppen bei nahezu null. In dieser Kostenkategorie entstanden lediglich für durchschnittlich ca. 4% der Teilnehmenden in jedem Quartal Kosten, sodass auch hier eine Darstellung von Boxplots und Medianen nicht möglich war. Die Fallzahl ist hierbei zu gering, um zeitliche Trends zu beurteilen.

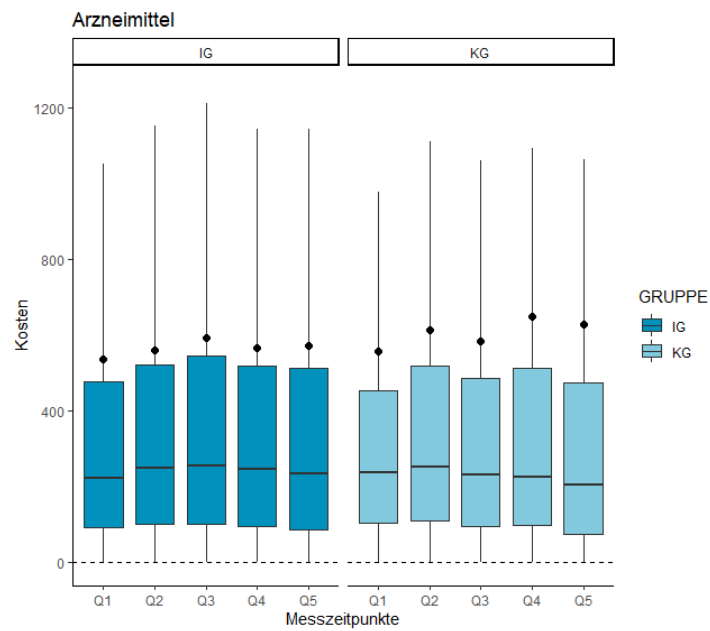
Abbildung 45: TP2_Ambulante stationäre Kosten je Gruppe im Studienverlauf



Arzneimittelkosten

Die durchschnittlichen Arzneimittelkosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 46 dargestellt. Dabei waren die Mediane sowie die Quantile der beiden Behandlungsarme etwa gleich verteilt und blieben über den Verlauf der Studie konstant. Die Mittelwerte hingegen waren in beiden Gruppen variabler. In beiden Gruppen kann von einem Anstieg der Arzneimittelkosten im Verlauf der Studie gesprochen werden, dieser fiel jedoch in der KG steiler aus.

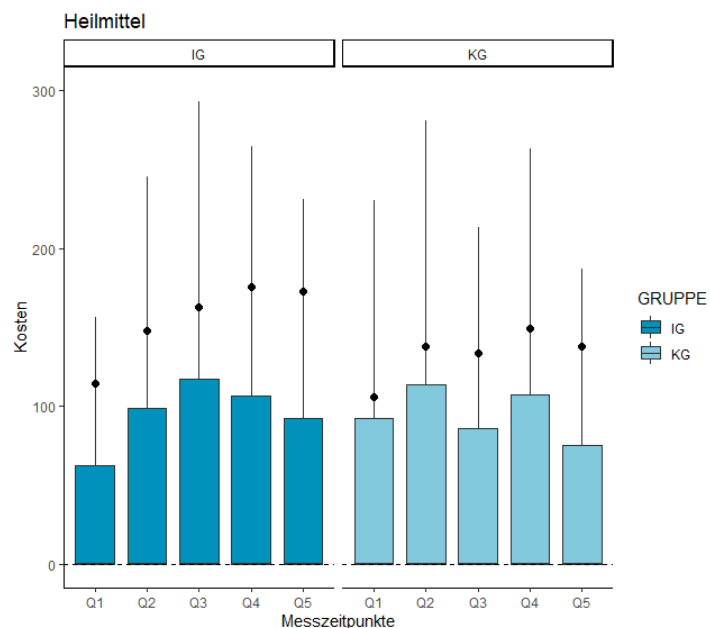
Abbildung 46: TP2_Arzneimittelkosten je Gruppe im Studienverlauf



Heilmittelkosten

Die durchschnittlichen Heilmittelkosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 47 dargestellt. Die medianen Heilmittelkosten lagen zu allen Messzeitpunkten und in beiden Gruppen bei nahezu null. In der IG stiegen die Mittelwerte bis zum vierten Quartal und blieben zum Ende der Studie etwa auf demselben Niveau. Auch in der KG konnten im Zeitverlauf steigende Mittelwerte beobachtet werden, die jedoch Schwankungen unterlagen. Insgesamt nahmen die mittleren Heilmittelkosten in beiden Behandlungsarmen zu.

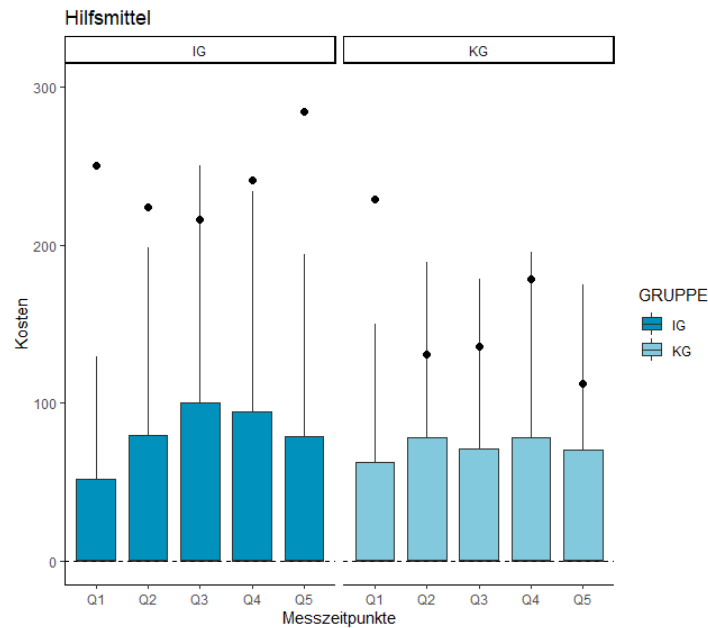
Abbildung 47: TP2_Heilmittelkosten je Gruppe im Studienverlauf



Hilfsmittelkosten

Die durchschnittlichen Hilfsmittelkosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 48 dargestellt. Die medianen Werte befanden sich zu allen Messzeitpunkten in beiden Gruppen am Nullpunkt. Die Mittelwerte jedoch variierten in beiden Behandlungsarmen stark, was auf Kostenausreißer schließen lässt. Im Verlauf kam es in der IG zunächst zu einer Reduktion der Kosten bis zum dritten Quartal, auf welche ein Anstieg folgte. Zu Q5 lagen die mittleren Kosten höher als zu Beginn. In der KG schwankte der Mittelwert zwischen Beginn und Ende des Verlaufs, lag zu Q5 jedoch erheblich unter dem Wert des ersten Quartals.

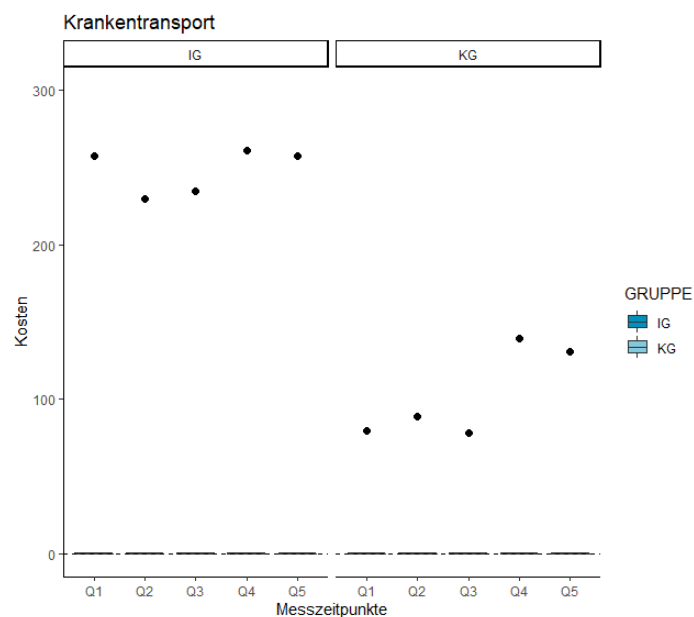
Abbildung 48: TP2_Hilfsmittelkosten je Gruppe im Studienverlauf



Krankentransportkosten

Die durchschnittlichen Krankentransportkosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 49 dargestellt. Da in dieser Kostenkategorie ebenfalls nur für durchschnittlich 15% der Teilnehmenden Kosten in jedem Quartal entstanden, können wiederholt nur Mediane und Mittelwerte gezeigt werden. Die Mediane waren in beiden Gruppen und zu allen Messzeitpunkten erneut sehr niedrig. Die Fallzahl war hierbei zu gering, um zeitliche Trends zu beurteilen.

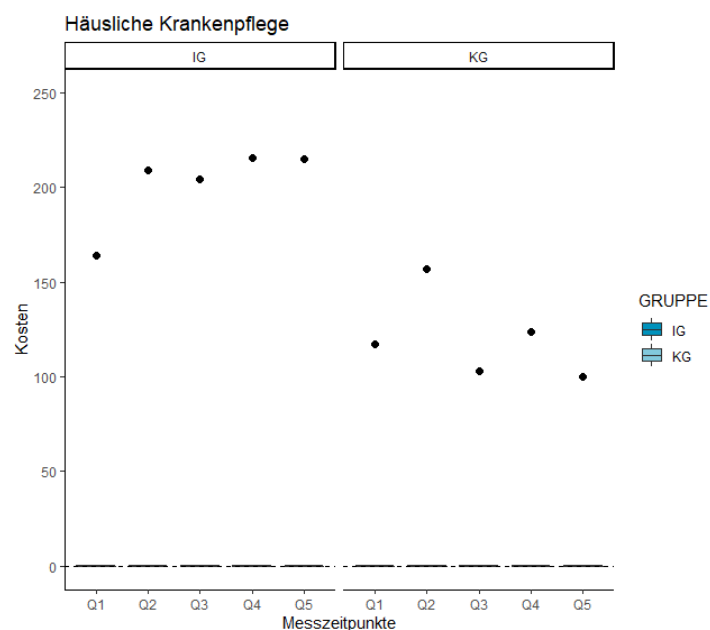
Abbildung 49: TP2_Kosten für Krankentransport je Gruppe im Studienverlauf



Kosten für die häusliche Krankenpflege

Die durchschnittlichen Kosten für die häusliche Krankenpflege im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 50 dargestellt. In dieser Kategorie konnten nur bei durchschnittlich ca. 15% der Teilnehmenden Kosten in jedem Quartal verzeichnet werden. Aus diesem Grund konnten Mittelwerte sowie die Interquartilsrange ebenfalls nicht gleichzeitig dargestellt werden. Die medianen Kosten lagen in beiden Gruppen zu allen Zeitpunkten bei null. Die Fallzahl war hierbei zu gering, um zeitliche Trends zu beurteilen.

Abbildung 50: TP2_Kosten für häusliche Krankenpflege je Gruppe im Studienverlauf

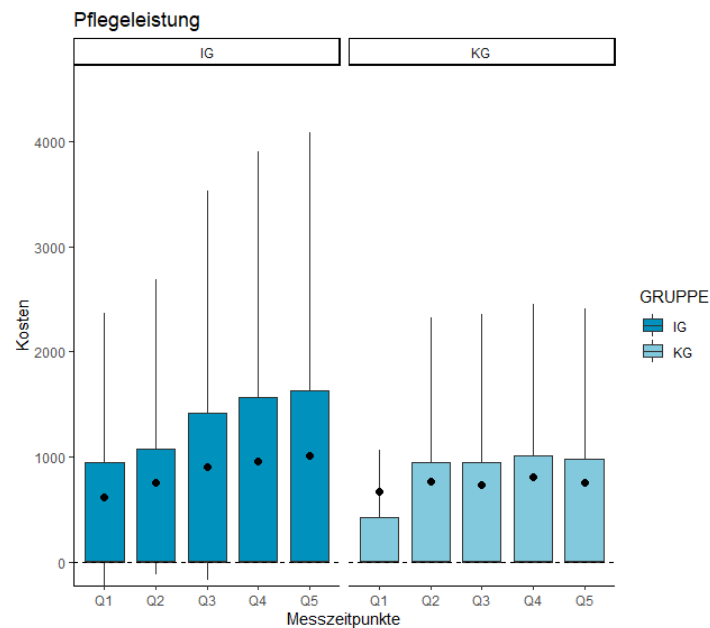


Pflegeleistungskosten

Die durchschnittlichen Pflegeleistungskosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 51 dargestellt. Bei Betrachtung dieser Kostenkategorie war in der IG in Bezug auf die Mittelwerte ein klarer zeitlicher Aufwärtstrend zu erkennen. In der KG verblieben die mittleren Pflegeleistungskosten im Verlauf auf einem konstanten Niveau. Da bei nur

durchschnittlich ca. 40% der Teilnehmenden Kosten zu jedem Quartal anfielen, war auch hier die Fallzahl zu gering, um zeitliche Trends zu beurteilen.

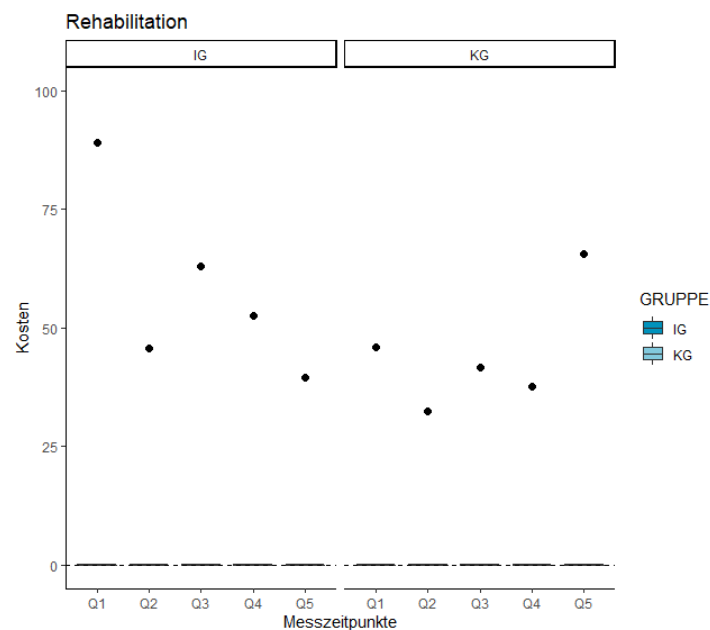
Abbildung 51: TP2_Pflegeleistungskosten je Gruppe im Studienverlauf



Rehabilitationskosten

Die durchschnittlichen Rehabilitationskosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 52 dargestellt. Alle Mediane lagen erneut am Nullpunkt und zu keinem Messzeitpunkt konnte ein Quartil angezeigt werden, da nur für durchschnittlich ca. 2% der Teilnehmenden Kosten in jedem Quartal in diesem Bereich entstanden. In beiden Behandlungsarmen waren bei Betrachtung der Mittelwerte starke Schwankungen zu erkennen. Die Fallzahl war hierbei zu gering, um zeitliche Trends zu beurteilen.

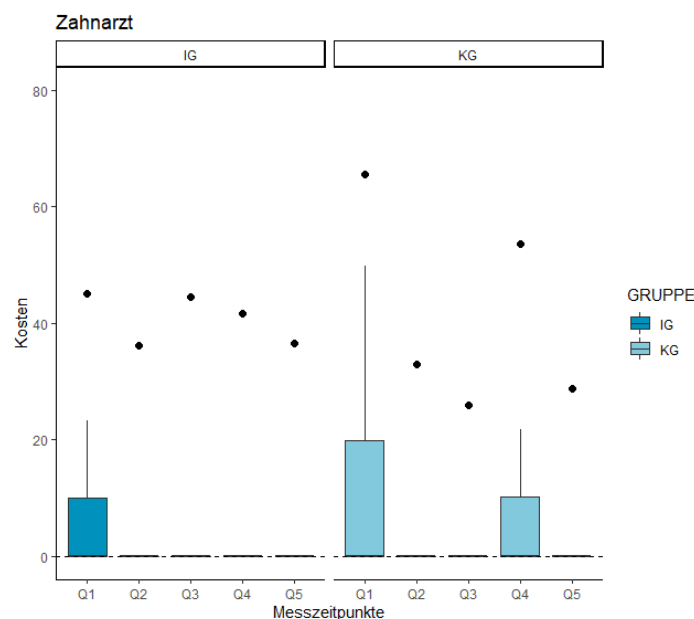
Abbildung 52: TP2_Rehabilitationskosten je Gruppe im Studienverlauf



Zahnarztkosten

Die durchschnittlichen Zahnarztkosten im Gruppen- und Quartalsvergleich sind in Abbildung 53 dargestellt. Die Mediane lagen auch in dieser Kostenkategorie am Nullpunkt. In dieser Kostenkategorie fielen für durchschnittlich ca. 25% der Studienteilnehmenden Kosten in jedem Quartal an, weshalb nicht zu allen Messzeitpunkten die Quantile der Daten in der Abbildung erscheinen. Der Mittelwert fiel in der IG zum zweiten Quartal ab und stieg zum folgenden Messzeitpunkt wieder an. Insgesamt kam es im Verlauf zu einer Reduktion der mittleren Zahnarztkosten in der IG. In der KG konnten starke Schwankungen der Mittelwerte beobachtet werden. Zum Ende lagen sie im Vergleich zum Beginn auf einem niedrigeren Niveau

Abbildung 53: TP2_Zahnarztkosten je Gruppe im Studienverlauf.



3.2.1.7.2 Einfluss von Kostenausreißern

Um einen Einfluss von Kostenausreißern auf die Ergebnisse der Kostenanalysen auszuschließen, wurden Extremkosten über dem 95. Perzentil innerhalb der einzelnen Kostenkategorien in einem weiteren Schritt ausgeschlossen.

CCA

Die Gesamtkosten ohne Kostenausreißer beliefen sich zu t0 auf durchschnittlich 1.210,26 € in der IG und 1.019,03 € in der KG. Zu t1 lagen die Gesamtkosten ohne Kostenausreißer in der IG bei 1.574,58 € und in der KG bei 1.104,32 €. Die Differenz zwischen den zwei Beobachtungszeitpunkten lag in der IG bei 364,33 € und in der KG bei 85,29 €, allerdings ist dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-459, -269], $p < 0,001$, KG: 95% CI [-235, 69], $p = 0,2752$). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG lag bei 279,04 € und war statistisch signifikant (95% CI [147, 415], $p < 0,001$).

Die Ergebnisse der Kostenanalyse ohne Extremwerte sind in der Tabelle 25 dargestellt. Für einen Vergleich mit den Gesamtkosten inklusive Kostenausreißern, wurden diese mit in der Tabelle aufgeführt.

Tabelle 25: TP2_Gesamtkosten ohne Extremwerte über dem 95. Perzentil – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
IG Gesamtkosten o. E. t ₀	1.210,26	1.425,95	671,17	0	9.204,50
IG Gesamtkosten o. E. t ₁	1.574,58	1.483,56	1.010,19	0	8.383,91
IG Gesamtkosten o. E. t _{1-t0}	364,33	1.605,92	137,44	-7.034,58	8.049,18
KG Gesamtkosten o. E. t ₀	1.019,03	1.177,52	565,25	0	6.920,54
KG Gesamtkosten o. E. t ₁	1.104,32	1.179,69	649,39	0	5.924,66
KG Gesamtkosten o. E. t _{1-t0}	85,29	1.212,48	-0,77	-5.390,11	4.899,38
IG Gesamtkosten _{t0}	3.064,94	7.629,01	977,87	0	186.855,40
IG Gesamtkosten _{t1}	3.490,16	6.895,66	1.754,47	0	130.627,10
IG Gesamtkosten _{t1-t0}	425,22	8.257,83	147,64	-183.666,70	116.686,40
KG Gesamtkosten _{t0}	2.601,90	5.549,78	799,32	0	91.077,10
KG Gesamtkosten _{t1}	2.581,81	6.560,40	895,87	0	118.308,60
KG Gesamtkosten _{t1-t0}	-20,09	4.564,22	-20,05	-34.818,70	29.632,66

Anmerkung: o.E. = ohne Extremwerte

FAS

Die Gesamtkosten ohne Kostenausreißer beliefen sich zu t₀ auf durchschnittlich 1.366,89 € in der IG und 1.155,63 € in der KG. Zu t₁ lagen die Gesamtkosten ohne Kostenausreißer in der IG bei 1.863,33 € und in der KG bei 1.280,68 €. Die Differenz zwischen den zwei Beobachtungszeitpunkten lag in der IG bei 496,45 € und in der KG bei 125,05 €, allerdings ist dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant (IG: 95% CI [-598, -394], p = < 0,001, KG: 95% CI [-284, 44], p = 0,1312). Der Unterschied in der Differenz (t₁-t₀) zwischen IG und KG lag bei 371,40 € und war statistisch signifikant (95% CI [220, 523], p < 0,001).

Die Ergebnisse der Kostenanalyse ohne Extremwerte sind in der Tabelle 26 dargestellt. Für einen Vergleich mit den Gesamtkosten inklusive Kostenausreißern, wurden diese mit in der Tabelle aufgeführt.

Tabelle 26: TP2_Gesamtkosten ohne Extremwerte über dem 95. Perzentil – FAS (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
IG Gesamtkosten o. E. t ₀	1.366,89	1.598,87	725,29	0	10.365,51
IG Gesamtkosten o. E. t ₁	1.863,33	1.823,66	1.216,36	0	10.262,71
IG Gesamtkosten o. E. t _{1-t0}	496,45	1.940,80	154,84	-9.440,64	10.050,31
KG Gesamtkosten o. E. t ₀	1.155,63	1.302,95	606,03	0	6.920,54
KG Gesamtkosten o. E. t ₁	1.280,68	1.394,97	698,13	0	9.791,63
KG Gesamtkosten o. E. t _{1-t0}	125,05	1.478,42	3,60	-5.390,11	8.766,35
IG Gesamtkosten _{t0}	3.459,60	8.940,71	1.126,03	0	206.376,50
IG Gesamtkosten _{t1}	4.109,54	7.771,17	2.003,33	0	130.627,10
IG Gesamtkosten _{t1-t0}	649,95	9.778,64	163,90	-206.376,50	116.686,40
KG Gesamtkosten _{t0}	2.821,21	5.476,59	905,76	0	91.077,10
KG Gesamtkosten _{t1}	3.113,90	7.437,02	1.027,61	0	118.308,60
KG Gesamtkosten _{t1-t0}	292,69	5.840,69	-2,81	-34.818,70	69.239,12

Anmerkung: o.E. = ohne Extremwerte

Zusammenfassung des Einflusses von Kostenausreißern

Insgesamt zeigt der oben dargestellte Vergleich, dass Kostenausreißer einen wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Der statistisch signifikante Gruppenunterschied in der Differenz (t₁-t₀) der Kosten ohne Ausreißer lag in der IG zwischen 279 € (CCA) und 371 € (FAS)

höher als in der KG. Mit Kostenausreißern war der Gruppenunterschied in der Differenz (t1-t0) zwar noch höher (445 € in der CCA und 357 € in der FAS), dabei aber nicht statistisch signifikant.

3.2.1.7.3 Kostenanalyse auf Netzebene

Um herauszufinden, ob es einen Unterschied zwischen den Netzen bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gibt, wurde eine Kostenanalyse auf Netzebene durchgeführt (CCA). Die Ergebnisse sind in den Tabellen im Anhang abgebildet (Anhang 45 bis Anhang 52).

Die Kostendifferenz zwischen den Zeitpunkten (t1-t0) im IN1 betrug 937,32 €, im IN2 -343,59 €, im IN3 504,07 €, im IN4 593,30 € und im IN5 269,20 €. Der Unterschied zwischen der Kostendifferenz von -20,09 € zwischen den Zeitpunkten (t1-t0) in der gesamten KG und den einzelnen IN, war nur beim Vergleich mit dem IN1 statistisch signifikant (95% CI [290, 1.633], $p < 0,01$). Hier war die Kostendifferenz im IN um 957,41 € höher als in der KG.

Es wurde für alle Kostenkategorien untersucht, ob sich die Kostendifferenzen zwischen den Zeitpunkten (t1-t0) zwischen der gesamten KG und dem IN1, IN2, IN3, IN4 bzw. IN5 unterscheiden. Kostenkategorien mit statistisch signifikanten Unterschieden der Differenzen (t1-t0) zwischen den Gruppen sind in der Anhang 53 im Anhang aufgeführt. Im IN1 konnten neben den statistisch signifikanten höheren Gesamtkosten auch statistisch signifikante höhere Kosten bei den Heil- und Hilfsmitteln, der häuslichen Krankenpflege, den Pflegeleistungen, und der Rehabilitation beobachtet werden. Für Patientinnen und Patienten in diesem Netz fielen im Vergleich zur KG daher fast über alle Kategorien hinweg statistisch signifikant höhere Kosten an.

3.2.1.8 Zusammenfassung der gesundheitsökonomischen Evaluation

Kostenanalyse

Bei der CCA sanken die durchschnittlichen Gesamtkosten in der KG, während sie in der IG anstiegen. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war allerdings nicht statistisch signifikant. Bei der FAS stiegen die durchschnittlichen Gesamtkosten sowohl in der IG als auch in der KG, wobei nur der Kostenanstieg in der IG statistisch signifikant war. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war nicht statistisch signifikant.

Einen Einfluss auf höhere Gesamtkosten zum Zeitpunkt t1 hatten höhere Gesamtkosten zu t0, die Gruppenzugehörigkeit zur IG, das männliche Geschlecht und in der FAS auch das höhere Alter.

Kosteneffektivitätsanalyse

Der ICER in der CCA betrug -931,50 € pro Punkt-Veränderung des BI. Der ICER in der FAS betrug 511,79 € pro Punkt-Veränderung des BI.

Die Kosteneffektivitätsebene mit gebootstrappten Schätzungen für die inkrementellen Kosten und den inkrementellen Effekt für die CCA zeigte für den überwiegenden Anteil der Simulationen einen negativen inkrementellen Effekt zugunsten der IG (83,4 %). 93,7% aller simulierten Werte lagen in den oberen zwei Feldern des Plots und waren teurer als die Versorgung in der KG. In der FAS lagen über 73 % der simulierten Werte im rechten oberen Feld des Plots und waren sowohl teurer als auch weniger effektiv als die Versorgung in der KG.

Die univariaten Sensitivitätsanalyse für jeden Kostenposten ergaben, dass die stationären Kosten sowohl in der CCA als auch der FAS den größten Einfluss auf das ICER hatten. Bei der Kosteneffektivitätsebene mit gebootstrappten Schätzungen zeigte sich in der IG ein negativer inkrementeller Effekt bei gleichzeitig höheren Kosten.

Vermeidbare Krankenhauseinweisungen

Die Betrachtung der Differenz der ACSC-assoziierten stationären Kosten zeigte, dass in der CCA die Gesamtkosten der IG während der Interventionsphase (t1-t0) im Vergleich zur BL durchschnittlich stärker sanken als in der KG. In der FAS sanken die durchschnittlichen Gesamtkosten der IG ebenfalls, jedoch konnte in der KG ein Anstieg beobachtet werden. Diese Unterschiede waren allerdings in beiden Analysen nicht statistisch signifikant zwischen IG und KG.

Weitere Analysen

Die quartalsweisen Kosten im Zeitverlauf zeigten sowohl in der IG als auch in der KG einen leichten Aufwärtstrend bei den Arzneimitteln und Heilmitteln. In den anderen Kostenkategorien konnten Schwankungen im zeitlichen Verlauf beobachtet werden bzw. war ein konstanter Verlauf zu beobachten. Auch bei den Gesamtkosten war kein klarer zeitlicher Trend zu erkennen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass bei der Kostenanalyse keine anderen Ergebnisse zu sehen gewesen wären, wenn die Kosten eines Quartals später in die Analyse eingeflossen wären.

Bei Ausschluss der Kostenausreißer ergab sich sowohl in der CCA als auch der FAS ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG in der Betrachtung der Gesamtkostendifferenzen zwischen t0 und t1, wobei die Kosten in der IG höher waren.

Auf Netzebene zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen einzelnen IG-Netzen und der Gesamt-KG bei einzelnen Kostenkategorien. Diese Unterschiede waren hierbei fast ausschließlich auf höhere Kosten in dem jeweiligen IG-Netz im Vergleich zur KG zurückzuführen.

3.2.2 Qualitative Schnittstellenanalyse in den Kontrollnetzen

3.2.2.1 Zielsetzung, Stichprobe und Rekrutierung

Um innovative Lösungsansätze zur Verbesserung von Kooperations- und Koordinationsproblemen bzw. Schnittstellenproblemen in der geriatrischen Netzversorgung zu identifizieren, wurden zwischen Juni und September 2020 insgesamt 14 qualitative, leitfadengestützte Telefoninterviews mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Akteurinnen und Akteuren aus dem niedergelassenen und stationären Bereich (niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte (HA); niedergelassene sowie stationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte (FA); Medizinische Fachangestellte (MFA) niedergelassener Haus- und Facharztpraxen) sowie den Geschäftsführungen (GF) der Kontrollnetze geführt (siehe Übersicht in Tabelle 27). Die Telefoninterviews zielten u.a. darauf ab, eine vielstimmige Bestandsaufnahme typischer Schnittstellenprobleme zu ermöglichen und die Potenziale eines CCM aus Perspektive der Kontrollnetze zu diskutieren. Der Leitfaden wurde auf Grundlage eines strukturierten Literaturreviews erstellt und umfasste Fragen zu folgenden Themenkomplexen: Gewährleistung von Informationsflüssen bei Sektorenübergängen und SGB-übergreifenden Leistungen (insbesondere SGB V und XI); rechtliche, bürokratische und organisatorische Hürden der Zusammenarbeit; Strategien zur Gewährleistung von Versorgungskontinuität für geriatrische Patientinnen und Patienten (siehe Anlage 15 bis Anlage 18). Der Leitfaden wurde mittels Kommentierungsverfahren mit fünf am Projekt beteiligten Akteurinnen und Akteuren der Zielgruppe adaptiert. Interviewteilnehmende wurden über ein im Rahmen der Studie initiiertes Netzwerkmanagement sowie Mitarbeitende der Geschäftsführungen gewonnen und erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50 Euro. Die Dauer der Interviews variierte und betrug im Durchschnitt 30,2 Minuten (Minimum=20 Minuten, Maximum=43 Minuten). Abschließend wurde im Rahmen der Datentriangulation mit TP 3 und TP 4 eruiert, ob und welche Komponenten des Versorgungskonzeptes RubiN einen Betrag leisten können, die identifizierten Schnittstellenprobleme zu lösen.

Tabelle 27: TP2_Übersicht der Interviewteilnehmenden nach KN

Verteilung der Befragungsteilnehmenden	KN_1	KN_2	KN_3
Anzahl der Teilnehmenden nach KN, insgesamt	4	4	6
Anzahl befragter GF nach KN	1	1	1
Anzahl befragter HA nach KN	1	1	1
Anzahl befragter FA nach KN	2	1	3
Anzahl befragter MFA nach KN	0	1	1

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der telefonischen Einzelinterviews ausgehend von den mittels einer MAXQDA-gestützten Inhaltsanalyse identifizierten Kategorien dargestellt. Zunächst werden die Besonderheiten der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten aus Sicht der Befragungsteilnehmenden beleuchtet. Anschließend folgt eine Darstellung der wahrgenommenen Schnittstellenprobleme in der Versorgung allgemein und mit Blick auf die Zielgruppe des Projektes im Speziellen. Schließlich wird aufgezeigt, inwieweit sich die Strukturen der ÄN aus Sicht der Befragten förderlich auf die Schnittstellenkonsolidierung auswirken und inwieweit CCM als eine sinnvolle Ergänzung zu bereits bestehenden Ansätzen und Angeboten der ÄN gesehen wird und welche Akzeptanzfaktoren dafür vorauszusetzen sind.

3.2.2.2 Thematische Darstellung der Ergebnisse

3.2.2.2.1 Allgemeine Herausforderungen der geriatrischen Versorgung

„Ich sage immer, die Geriatrie ist wie so ein Lymphsystem. Die hört nicht irgendwo auf und fängt irgendwo an. [...] Und je mehr Versorgende voneinander wissen, umso besser ist es dann auch.“ (RubiN_GF_KN)

Mit diesem Vergleich unterstrich der Geschäftsführer eines ÄN die Komplexität der geriatrischen Versorgung, die seiner Meinung nach einen Mehrbedarf an Kommunikations- und Kooperationsinitiativen erfordere. Nach Ansicht der Befragten sei in den letzten Jahren eine **Verdichtung des geriatrischen Versorgungsbedarfs** in den Regionen der KG-ÄN zu beobachten gewesen, der zudem „von Jahr zu Jahr [steige]“. Mit Blick auf die eigene Praxis begründete ein Facharzt diese Tendenz durch steigende Lebenserwartungen der Menschen und das mitunter fortschreitende Wegbrechen regionaler Versorgungsangebote. Dies führe letztlich zu einer Konzentration des Aufwands bei einigen wenigen Leistungserbringenden, gerade im ländlichen Raum.

Neben den mitunter **komplexen Erkrankungsbildern** und der **Multimorbidität** geriatrischer Patientinnen und Patienten, ist es insbesondere der Erhalt der Selbstständigkeit der älteren, zumeist hochbetagten Menschen, welcher die geriatrische Versorgung antreiben sollte:

„Warum? Weil es letztendlich für den Patienten in seinen Auswirkungen auch bedeutend ist. Wenn Sie die Lebensqualität von alten Menschen abfragen, dann steht an oberster Stelle [...] die Selbstständigkeit, Autonomie. In den eigenen Räumen, soweit es geht, selbstversorgt und selbstbestimmt zu leben. Und das ist das oberste Ziel letztendlich der Geriatrie. Da kommen natürlich viele Elemente zusammen. Aber es ist eben etwas, was über die Medizin, über die eigentliche klinische Medizin hinausreicht und deshalb in die Versorgung mit hineinreicht.“ (RubiN_FA_KN)

Somit erfordere eine konsequent patientenorientierte geriatrische Versorgung mit dem Ziel des **Selbstständigkeitserhalts** entsprechende Konzepte für den Übergang von medizinischen zu pflegerischen, rehabilitativen und sozialen Leistungen. Denn letztlich müssten sich Leistungserbringende an folgenden Fragestellungen orientieren:

„[...] wie lebt der [Patient/die Patientin] denn konkret im häuslichen Umfeld? Sind da Angehörige, die sich um ihn kümmern? Oder ist er alleinstehend? Welchen Pflegedienst müssen wir dazu organisieren?“ (RubiN_HA_KN)

Die Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten ginge folglich mit einem höheren Zeit- und intensiveren **Betreuungsaufwand** einher, welcher von den fach- und hausärztlichen Praxisstrukturen und -ressourcen nach Ansicht der Befragten kaum bzw. nicht ausreichend abgedeckt sei. Einerseits, weil die Ansprache der Patientinnen und Patienten mehr Geduld und Zuwendung erfordere, und andererseits, weil die Abstimmung der Behandlungsprozesse und die Klärung des Unterstützungsbedarfs komplex sei:

„[...] die Besonderheit rein im Ablauf der Sprechstunde ist, dass – so ist es natürlich de facto meistens nicht – man eigentlich etwas höheren Zeitbedarf bräuchte, um sie [ältere Patientinnen/Patienten] suffizient zu behandeln, sodass Arzt und Patient eigentlich mit einem guten Gefühl aus der Behandlung herausgehen. Die Realität ist natürlich häufig, dass man zu wenig Zeit hat.“ (RubiN_HA_KN)

„[...] ich finde die Patienten sind immer, die sind immer sehr alleine. Die haben manchmal so viele Fragen [...]. Zum Beispiel: wenn man eine Pflegestufe beantragen möchte oder wenn man einen Behindertenausweis beantragen möchte, weil ich, was weiß ich, nicht mehr so gut laufen kann oder so. Das sind alles so Sachen, wo die gar nicht wissen: wo muss ich das machen? Wo kann ich das machen? Wie kann ich das machen und was sind meine Rechte und was nicht?“ (RubiN_MFA_KN)

3.2.2.2 Schnittstellenprobleme der geriatrischen Versorgung

Mit Blick auf die Ausgestaltung von Schnittstellenübergängen in der geriatrischen Versorgung fehle es nach Ansicht der Befragten an **Standards der Zusammenarbeit**. So beschrieb der Geschäftsführer eines Kontrollnetzes, dass eine lückenlose Abstimmung zwar „die Intention von allen Einzelakteuren [sei], aber das zusammenzubringen und das nachher zu bespielen und zu kontrollieren, das ist halt nicht gegeben.“ Die auf diese Weise entstehenden Schnittstellenprobleme würden überdies durch einen mangelhaften Fluss von behandlungsrelevanten Informationen zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren potenziert. Insbesondere der erratische Austausch von Befunden wurde von einem Großteil der Befragten als kritisch betrachtet. Dieser fuße einem niedergelassenen Facharzt zufolge auf einem „Einbahnstraßenprinzip“:

„[...] beim Großteil ist es so, dass der Patient geschickt wird und man dann erfährt, dass irgendwelche Untersuchungen bereits gemacht worden sind, worüber es aber überhaupt keine Befunde oder schriftliche Nachrichten gibt. Wo dann genau dasselbe Problem wieder auftritt, wo man dann lange allen möglichen Stellen hinterher telefonieren muss, um etwas zu bekommen.“ (RubiN_FA_KN)

Diese Probleme seien insbesondere an den Sektorenübergängen in besonderer Weise zu beobachten; hier gingen einem befragten Hausarzt zufolge „ganz viele Information verloren“, weil es an einem ganzheitlich ausgerichteten und von allen Akteurinnen und Akteuren gleichermaßen getragenen Überleitungsmanagement mangle:

„das [Überleitungsmanagement] ist auf jeden Fall meines Erachtens ausbaufähig und ausbauwürdig. Weil man kann zwar einen Standard formulieren und gemeinsam verabschieden, aber es sind zu viele Menschen und Versorger, die dann diesen Standard einhalten müssen, dass man da eigentlich immer am Ball bleiben muss“ (RubiN_GF_KN)

Als ein möglicher Grund für die unzufriedenstellende Austauschbereitschaft der Leistungserbringenden können nach Ansicht der Befragten **verkrustete Rollenverständnisse** und deren professionelle Sozialisation herangezogen werden. So gebe es einem Facharzt zufolge „eben immer noch viele Kollegen, die wirklich in einer ganz strengen hierarchischen

Denkweise unterwegs sind“ und zudem etliche „Einzelkämpfer“ insbesondere unter den ärztlichen Berufsgruppen, die anderen (nicht-ärztlichen) Gesundheitsberufen wenig Vertrauen und Anerkennung entgegenbringen:

„Ärzte sind ja häufig doch Einzelkämpfer. Und letzten Endes beobachtet man doch immer wieder, wenn es darauf ankommt, dass die Ärzte zusammenhalten sollten, tun sie es doch nicht. Dann kommt doch immer wieder der Einzelkämpfer durch. Und einer meint dann doch wieder, er kann es besser als der andere.“ (RubiN_HA_KN)

„die Fähigkeit zu revidieren, anderen Gesundheitsberufen ihre eigene Kompetenz zuzuschreiben und die nicht einfach nur als ärztlichen Anordnungsempfänger wahrzunehmen, ist nicht sehr ausgeprägt. [...] das ist tatsächlich eine Sozialisationsfrage, weil das lernt man im Studium nicht. Diese Grundhaltung hat man entweder zufällig mitgebracht oder sie sich anders drauf geschafft. Und das ist in den Praxen ein großes Problem“ (RubiN_FA_KN)

Die Art und Weise, wie Informationen kommuniziert werden, verschärfe nach Ansicht der Befragten mitunter das Potenzial von Schnittstellenbrüchen. So sei vor allem eine einheitliche und wechselseitige „Kommunikation von Arzt zu Arzt immer noch nicht gesichert“: Viele Praxen griffen auf das Verfassen analoger Briefe zurück, was einen zeitlichen und finanziellen Mehraufwand bedeute; auch die **Kommunikation** per Fax sei noch immer „gelebte Wirklichkeit [...] – viele Dinge kommen dann gar nicht [an]“. Niedrigschwelliger und direkter seien in diesem Zusammenhang Telefonate. Zudem scheitere es laut eines Facharztes bislang an einer interoperablen, „gesicherten digitalen Kommunikation von Praxis zu Praxis. Da sind wir ein Entwicklungsland in Deutschland.“ Unabhängig von der Nutzung des Mediums wurden auch **datenschutzrechtliche Vorgaben** als Herausforderung für eine nahtlose Kommunikation zwischen den Professionen und die Versorgungsplanung herausgestellt; mitunter erzeugen diese zusätzlichen administrativen Aufwand:

„[Die Archivierung von Datenschutzerklärungen] ist ein Zeitaufwand, der nicht unerheblich ist. Und auch die Weitergabe von Befunden ist halt mit solchen Formularen verbunden. Also, das macht schon erheblichen Aufwand der Administrativen, der auch letzten Endes nirgendwo abgebildet ist.“ (RubiN_FA_KN)

Überdies fehle es einem befragten Facharzt zufolge an einer **Übersicht des Versorgungsplans**; diese müsse idealerweise durch eine Stelle bzw. Fachperson geschaffen werden, „der auch so viel Sachkenntnis hat, dass er auch in der Lage ist, entbehrliche Therapie wegzulassen und sich auf das Notwendige zu beschränken“. Er hob in diesem Zusammenhang die vielen „fachisolierten Therapieansätze“ und eine gewisse **Leitlinienheterogenität** gerade zum Ende eines Versorgungsplans hin als kritisch hervor:

„Ein [...] großes Problem ist, gerade wenn wir mal in die Gruppe der Höherbetagten hineingehen, dass in diesen Patienten häufig viele Fachgesellschaftsleitlinien wiederzufinden [sind], die aber ein Mensch allein nicht aushalten kann. Das heißt, wir haben zwar viele Leitlinien zum Anfang von Therapie, aber wir haben wenig Leitlinien zum Beenden von Therapien. Das heißt, die Herausforderung [...] ist eben auch Therapie wieder abzubauen [...]. [Das] würde ich als Leitlinien-Polydrama bezeichnen.“ (RubiN_FA_KN)

Als weitere Herausforderung für die geriatrische Versorgung wurde zudem der pflegerische und ärztliche **Fachkräftemangel**, gerade im ländlichen Raum, hervorgehoben. So beschrieb der Geschäftsführer eines Kontrollnetzes, dass „wir einen großen Mangel in der Pflege [haben], und zwar nicht nur quantitativ, wir haben einen qualitativen Mangel“. Dies schränke nicht zuletzt die Überleitungsmöglichkeiten massiv ein und führe mitunter zu Versorgungsbrüchen, wie eine MFA hervorhob:

„Ich wohne in einem kleinen Ort, wo man aber halt nicht die Möglichkeiten vor Ort hat für die älteren Patienten, dass die zum Facharzt kommen. Das ist für die schon ein

Aufwand, sage ich mal, [...]in die nächste Stadt zu fahren, um einen Facharzt zu besuchen. Das bleibt dann einfach ganz oft aus, weil die das überhaupt nicht bewältigen können. Also die Facharzttermine sind generell problematisch, weil man mitunter ja sehr lange drauf warten muss. Und dann die Wege dahin sind für einige Patienten auch einfach nicht mehr machbar.“ (RubiN_MFA_KN)

Auf ärztlicher Seite wurde zudem festgestellt, dass für den Versorgungsablauf vor allem die „gelernte Unselbstständigkeit“ der (pflegerischen) Fachkräfte vor dem Hintergrund **haftungsrechtlicher Rahmenbedingungen** limitierend sei:

„[Der haftungsrechtliche Rahmen muss] praktikabler gedacht werden. Wenn ich jemanden drei Jahre eine qualifizierte Ausbildung gebe, um bei den Pflegekräften zu bleiben, dann darf der doch solche [versorgungsrelevanten] Entscheidungen treffen. Wie soll er das nicht können?“ (RubiN_HA_KN)

Nicht zuletzt wurde auch die **Vergütungssystematik** als Hürde der geriatrischen Versorgung benannt, weil „der zusätzliche Zeitbedarf und die Komplexität nirgendwo abgebildet [sei]“:

„[...] der Zeitaufwand und das Volumen [ist] halt bei polymorbiden Patienten deutlich größer ist als bei anderen. Und in der Gebührenordnung wird eigentlich alles über einen Kamm geschert. Da wird eigentlich nur danach unterschieden, ob einer über 60 oder unter 60 ist und dann ist es das eigentlich auch schon.“ (RubiN_FA_KN)

3.2.2.3 Förderliche Faktoren der Schnittstellenkonsolidierung durch Ärztenetzstrukturen

Für die befragten Geschäftsführenden bedeutete **Vernetzung**, „mit allen Beteiligten [...] in Kommunikation zu sein“ und „sich gemeinsam gewissen Herausforderungen, die vielleicht auch besonders lokaltypisch sind, zu widmen“. Ferner sah ein Facharzt die Bedeutung von Vernetzung zum einen in der „Vernetzung zwischen den Fachgruppen Hausärzte, Fachärzte untereinander“, zum anderen „dann aber auch [...] in der Region mit weiteren Leistungserbringern, Pflegediensten, Sanitätshäusern, Apotheken“. Das Ziel der Vernetzung sei demnach, „Redundanzen zu reduzieren und eine möglichst effektive Versorgung zu gestalten“. Ein anderer Facharzt betrachtete Vernetzung als einen reziproken und idealerweise egalitären **Beteiligungsprozess**, von welchem letztlich alle Involvierten profitieren:

„Vernetzung bedeutet für mich, Prozesse zu initiieren, auf die man sich im Konsens einigen muss, weil da gibt es keine Anordnung und keine Hierarchie. Das heißt, ich muss etwas bauen, von dem jeder einen Mehrwert hat. Sowohl die beteiligten Praxen als eben auch die Patienten, und oder aber in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern wie zum Beispiel Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Das heißt, Vernetzung heißt ich finde eine Lösung, die in der Regel als Win-Win-Win-Lösung organisiert sein sollte.“ (RubiN_FA_KN)

Diesbezüglich böten die ÄN ideale Voraussetzung. So erklärte ein Facharzt, dass „wir allein durch das regelmäßige Zusammenarbeiten, sich persönlich zu kennen, schon strukturierter und auch mit Qualitätsverbesserungen arbeiten“. Ein weiterer Facharzt sehe „den Erfolg von Vernetzung [...] in [seiner] täglichen Arbeit“:

„[...] wenn ich zum Beispiel mit Patientendaten versorgt werde, ohne dass ich stundenlang suchen, kramen, zusammentragen muss. Wenn ich zum Beispiel auf bestimmte Behandlungsstandards, die im Netz definiert sind, und die konsentiert sind zwischen Hausärzten, Fachärzten, Internisten, Chirurgen, zurückgreifen kann und weiß, dass ich da das Richtige tue, medizinisch, ohne dass dann bestimmte Zuweisungen wegbrechen von denen man ja früher gar nichts erfahren hat.“ (RubiN_FA_KN)

Weitere Potenziale der Vernetzung wurden von den Befragten in der **Arbeitsentlastung** und dem kollegialen Austausch gesehen. Nach Ansicht eines Geschäftsführers könne ein „einzelner Arzt, einzelne Ärztin [...] ja nicht immer Expertin in allen Dingen sein“. Eine Netzstruktur könne somit bei den alltäglichen Aufgaben wie bspw. „Hygienemaßnahmen, Datenschutz, Abrechnungen, Mitarbeitergewinnung oder Arbeitsrecht“, aber auch bei der Weiterentwicklung der Expertise der Ärztinnen und Ärzte unterstützen. Zudem wurde der politische Rückhalt, welchen die Akteurinnen und Akteure durch die Ärztenetzstrukturen erfahren, als wertvoll betrachtet:

„Und ich habe nach den Jahren jetzt Allgemeinmedizin als niedergelassener Arzt einfach das Gefühl, dass wir unter zu schwacher Repräsentation gegenüber Kassen und Politik leiden und noch mehr leiden werden in Zukunft. Und dadurch brauchen wir starke Gemeinschaften.“ (RubiN_HA_KN)

Außerdem fördere die Ärztenetzstruktur die **interdisziplinäre Zusammenarbeitskultur** und trage auf diese Weise einer effizienten Versorgung bei:

„Interdisziplinäres Arbeiten bedeutet für mich als Arzt, dass ich unterschiedliche Kollegen habe, Hausärzte, Fachärzte für Augenheilkunde, viele andere Disziplinen, die mir im Idealfall auch persönlich von Versammlungen, von der Netzarbeit bekannt sind, und die ich dann konkret ansprechen kann um meine Patienten, die Probleme haben, bestmöglich weiterzuleiten und versorgt zu wissen.“ (RubiN_FA_KN)

3.2.2.2.4 Chancen eines Care und Case Managements aus Sicht der Akteurinnen und Akteure der KG-Ärztetze

„[...] wenn Patienten im zunehmend dichteren Diagnostik- und Therapie-Dschungel zwischen verschiedenen Fachrichtungen nicht wie so eine Flipperkugel hin- und herlaufen, sondern strukturiert und im Idealfall, wenn notwendig geführt, von A nach B laufen und diagnostische Schritte zielgerichtet abgearbeitet werden. Das wäre eine Erfolgsgeschichte.“ (RubiN_GF_KN)

So beschrieb der Geschäftsführer eines Kontrollnetzes die Potenziale eines CCM für die Versorgung geriatrischer Patienten. Einen besonderen Mehrwert erlange CCM aus seiner Sicht dadurch, dass vermehrt das „multifaktoriellen Geschehen“ geordnet betrachtet und eine **ganzheitliche Perspektive** auf geriatrische Versorgung – gerade an den Schnittstellen der Sozialgesetzbücher jenseits der medizinischen Bedarfe – umgesetzt werden könne:

„Aber [die CM] sind eigentlich diejenigen, die der Sache gerecht werden und auch den großen Überblick haben. Und all die Dinge, die nicht nur medizinisch sind, sondern auch die anderen Dinge mitberücksichtigen, wenn es um Pflegegrad-Einstufung geht oder um den Rollator oder: Wer führt den Hund aus? Oder: Wer kümmert sich um die Wäsche? Also, das ist ja ein multifaktorielles Geschehen, was geriatrische Patienten beschäftigt.“ (RubiN_GF_KN)

Letztlich wäre nach Ansicht der Befragten durch den koordinierenden Einsatz eines CCM auch eine **Entlastung der Leistungserbringenden** zu erwarten. Zudem sei durch ein CCM die Möglichkeit für einen längeren Verbleib der geriatrischen Patientinnen und Patienten in der **Häuslichkeit** gewährleistet, da seltener auf Betreuungsangebote von Pflegeeinrichtungen als „Notlösung“ zurückgegriffen werden müsse.

Als entscheidender Akzeptanzfaktor für den Einsatz von CCM stellte ein Facharzt heraus, dass „[...] man dann direkt einen kurzfristigen, zeitlichen Benefit oder Informationsbenefit hat, ohne entsprechend vermehrten administrativen Aufwand“. Ein Hausarzt beschrieb diese Erwartung folgendermaßen:

„Es muss so schlank wie möglich und so effektiv wie möglich sein, um dann im Nachhinein schneller Entscheidungen zu treffen und eine bessere Einordnung zu

haben. Und dann kann es natürlich auch zeitsparend sein. Aber wenn ich erst einmal um die Welt laufen muss, um mir einen Jet zu besorgen, dann bin ich nicht schneller gewesen.“ (RubiN_HA_KN)

Überdies müsse es nach Ansicht eines anderen Facharztes **finanzielle Anreize** für ein CCM geben, denn [...] „es wird nur gelebt, wenn es entsprechend bezahlt wird.“ Dafür müsse einem Geschäftsführer zufolge zunächst, „eine Vergütungsstruktur gefunden werden“. Ferner sei entscheidend, dass die CM weitestgehend **handlungsautonom** – und nicht nur delegationsgetrieben – agieren können, wofür jedoch eine ausreichende Kompetenzbildung erforderlich sei. Letztlich sei der Mehrwert eines CCM in der geriatrischen Versorgung gerade vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung langfristig nur dann gegeben, wenn „weniger Berufspolitik und mehr Pragmatismus“ gelebt werde. Zusammenfassend stellte ein Geschäftsführer eines Kontrollnetzes den Nutzen eines CCM mit Blick auf die Potenziale, Schnittstellen zu konsolidieren folgendermaßen heraus:

„Ich sage mal, das Thema Schnittstellenthematik ist, glaube ich, das Elementarste, was uns hier in der Versorgung auch zukünftig beschäftigen wird. Und wenn man das gar nicht hinbekommt, dass wirklich die einzelnen Bereiche miteinander kommunizieren, dann werden die ein großes Versorgungsproblem haben. Wenn man nicht in der Lage oder nicht bereit ist, wirklich die Delegation auch vernünftig zu beleben, auch entsprechende Rechtsrahmen zu schaffen, werden wir ein großes Versorgungsproblem haben. Weil die Ärzte alleine können das nicht schaffen. Ihnen fehlt da auch komplett der Überblick und ich brauche einfach dazwischengeschaltete Ebenen, die das können. Und diese Expertise muss man auch achten und wertschätzen und im Zweifelsfall auch noch weiter schulen, aber ohne die geht es nicht. (RubiN_GF_KN)

3.2.2.5 Zusammenfassung der qualitativen Schnittstellenanalyse in den Kontrollnetzen

Die qualitative Schnittstellenanalyse zielte u. a. darauf ab, eine vielstimmige Bestandsaufnahme typischer Schnittstellenprobleme der geriatrischen Versorgung zu ermöglichen und die Potentiale eines CCM aus Perspektive der Kontrollnetze zu diskutieren. Zu diesem Zweck wurden insgesamt 14 qualitative, leitfadengestützte Telefoninterviews mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Akteurinnen und Akteuren aus dem niedergelassenen und stationären Bereich (niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte; niedergelassene sowie stationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte; MFA) sowie den Geschäftsführungen der Kontrollnetze geführt. Die Ergebnisse zeigen einerseits die vielfältigen Herausforderungen in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten, mit denen Leistungserbringende konfrontiert sind: Dazu zählt die wahrnehmbare Verdichtung des geriatrischen Versorgungsbedarfs infolge einer alternden Bevölkerungsstruktur in den Regionen der Kontrollnetze, die gerade im ländlichen Raum durch einen steigenden Fachkräftemangel zu Verteilungsschwierigkeiten führt. Gleichzeitig erfordere insbesondere eine multimorbide bzw. komplex erkrankte Person eine erhöhte Betreuungsintensität. Andererseits wird aus den Ergebnissen ersichtlich, dass bereits länger bestehende und sich fortschreibende Schnittstellenprobleme diese Herausforderungen zusätzlich verschärfen; fehlende Zusammenarbeitsstandards, mangelnder Wille zur Kooperation sowie ökonomische und rechtliche Fehlanreize wurden von den Befragten u. a. als versorgungsrelevante Schnittstellenprobleme der Regelversorgung genannt. Die Governance-Strukturen der ÄN seien den Befragten zufolge jedoch insofern förderlich, als dass sie Möglichkeitsräume für eine Zusammenarbeitskultur eröffnen und zudem praktische Arbeitsentlastungen verschaffen. Aus Sicht der Befragten wäre ein CCM in jedem Fall wünschenswert, um Informationsflüsse zu konsolidieren, Versorgungseffizienz zu steigern und somit letztlich auch den Patientinnen und Patienten zu mehr Selbstständigkeit und Autonomie zu verhelfen. Dafür müssten allerdings

entsprechende Vergütungs- und Organisationsmodelle gefunden werden, die einen nachhaltigen Anreiz zum Einsatz von CCM böten.

3.2.3 Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM

3.2.3.1 Ergebnisse

Um einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn für die Evaluation von RubiN zu erzielen, wurden unterschiedliche Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM aus Sicht regionaler KV und ÄK analysiert. Hierfür wurde ein mehrstufiges, szenariobasiertes Befragungsformat entwickelt. Ausgangspunkt bildeten unterschiedliche Themencluster, welche durch sog. Deskriptoren, also konkret beschreibende Elemente, zu realistischen Transfer- und Verstetigungsszenarien verdichtet wurden und zunächst mittels eines eigens programmierten Online-Surveys (Anlage 19) abgefragt wurden. Die Themencluster wurden auf Grundlage der bisherigen Projekterkenntnisse von RubiN sowie einschlägiger Literatur gebildet. Durch die Variation der Deskriptoren ergaben sich je Themencluster zwei bis vier graduell unterschiedliche Entscheidungspfade, welche die Befragten entweder durch Forced Choice (FC) auszuwählen oder mittels einer 4-Punkte-Likert-Skala (4PL) zu bewerten hatten; die 4PL umfasste dabei die Ausprägungen „ja“ bzw. „stimme voll und ganz zu“ (4), „eher ja“ bzw. „stimme eher zu“ (3), „eher nein“ bzw. „stimme eher nicht zu“ (2), und „nein“ bzw. „stimme überhaupt nicht zu“ (1). Die Themencluster beinhalteten im Wesentlichen die Aspekte (a) künftiger Stellenwert von CCM in der Gesundheitsversorgung, (b) Ausgestaltung von CCM im Hinblick auf Regelungskompetenzen (u. a. Delegation bzw. Substitution), (c) Qualifikation der Care und Case Manager (Ausgangs- und Zusatzqualifikation), Umsetzung von CCM, (d) gesetzliche Verankerung von CCM, (e) organisationale Ansiedelung von CCM sowie die (f) Voraussetzungen der Leistungsanspruchnahme (siehe Anhang 54 bis Anhang 61). Die dem Online-Survey zugrundeliegende Definition von CCM orientierte sich an den Leitlinien der DGCC und wurde um ein medizinisches bzw. gesundheitsbezogenes Professions- bzw. Handlungsfeldprofil konkretisiert [31]. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass die Szenarien vorrangig nicht auf Case Management-Ansätze der Sozialen Arbeit oder der Verwaltung abzielen, sondern auf pflegerische und medizinische Kontexte zu beziehen seien.

In einem nächsten Schritt wurden basierend auf den Ergebnissen des Online-Surveys leitfadenbasierte, telefonische Follow-Up-Interviews mit einigen der zuvor befragten Akteurinnen und Akteuren der regionalen KV und der ÄK durchgeführt, um die Entscheidungen für oder gegen bestimmte Szenarien zu vertiefen bzw. Begründungen zu kontextualisieren (Anlage 18).

Insgesamt nahmen acht von zwölf angefragten Akteurinnen und Akteuren der KV und ÄK am Online-Survey teil; mit drei Vertreterinnen und Vertretern konnte ein Follow-Up-Interview geführt werden. Die Interviews dauerten zwischen 27 Minuten und 38 Minuten. Der Leitfaden wurde auf Grundlage der jeweiligen Survey-Ergebnisse adaptiert. Die initiale Kontaktaufnahme für den Online-Survey erfolgte durch die Konsortialführung des Projektes (BARMER). Die Stichprobe ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 28: TP2_Stichprobe der szenariobasierten Erhebung

Verteilung der Befragungsteilnehmenden	KV n (%)	ÄK n (%)
Anzahl der Teilnehmenden am Online-Survey	4 (50)	4 (50)
Anzahl der Teilnehmenden am telefonischen Einzelinterview	2 (25)	1 (12,5)

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse des Online-Surveys beschrieben und durch konkretisierende Informationen aus den Follow-Up-Interviews vertieft. Der Kapitelaufbau folgt der Logik des zuvor beschriebenen Erhebungsinstruments.

3.2.3.1.1 Zukünftiger Stellenwert von Care und Case Management

Eingangs wurden die Teilnehmenden gebeten, die zukünftige Bedeutung und Rolle von CCM einzuschätzen. Dabei konnten sie mittels einer 4PL bewerten, inwiefern sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

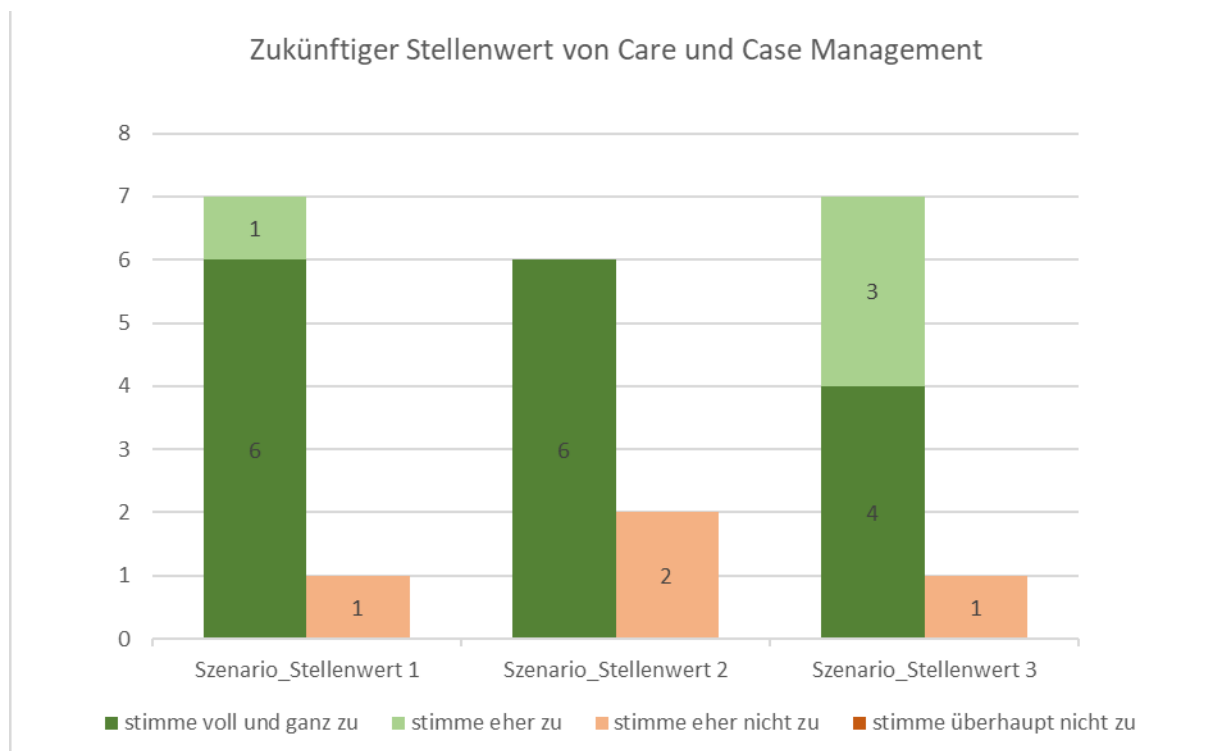
Szenario_Stellenwert 1: „Care und Case Management wird in Zukunft einen wichtigen Beitrag zur Orientierung und Navigation von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem leisten“. Diesem Szenario stimmten sechs Befragte „voll und ganz zu“, mit einer gänzlichen Zustimmung aufseiten der KV-Vertreterinnen und Vertreter [4 KV; 2 ÄK].

Szenario_Stellenwert 2: „Care und Case Management wird in Zukunft eine zentrale Bedeutung bei der Organisation und Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungsansätze zukommen“. Diesem Szenario stimmten ebenfalls sechs Befragte „voll und ganz zu“, mit einer gänzlichen Zustimmung aufseiten der KV-Vertreterinnen und Vertreter [4 KV; 2 ÄK].

Szenario_Stellenwert 3: „Care und Case Management wird in Zukunft eine wichtige Rolle bei der Entlastung u.a. ambulanter/stationärer Versorgungsstrukturen zukommen. Diesem Szenario stimmten vier Befragte „voll und ganz zu“ [3 KV; 1 ÄK].

Die Befragungsergebnisse des ersten Themenclusters sind nachfolgend grafisch dargestellt.

Abbildung 54: TP2_Zukünftiger Stellenwert von Care und Case Management



Damit zeigt sich, dass dem künftigen Beitrag von CCM zur Orientierung und Navigation von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem – besonders aufseiten der befragten KV-Vertreterinnen und -Vertreter – ein großer Wert beigemessen wird.

3.2.3.1.2 Zukünftige Ausgestaltung von Care und Case Management

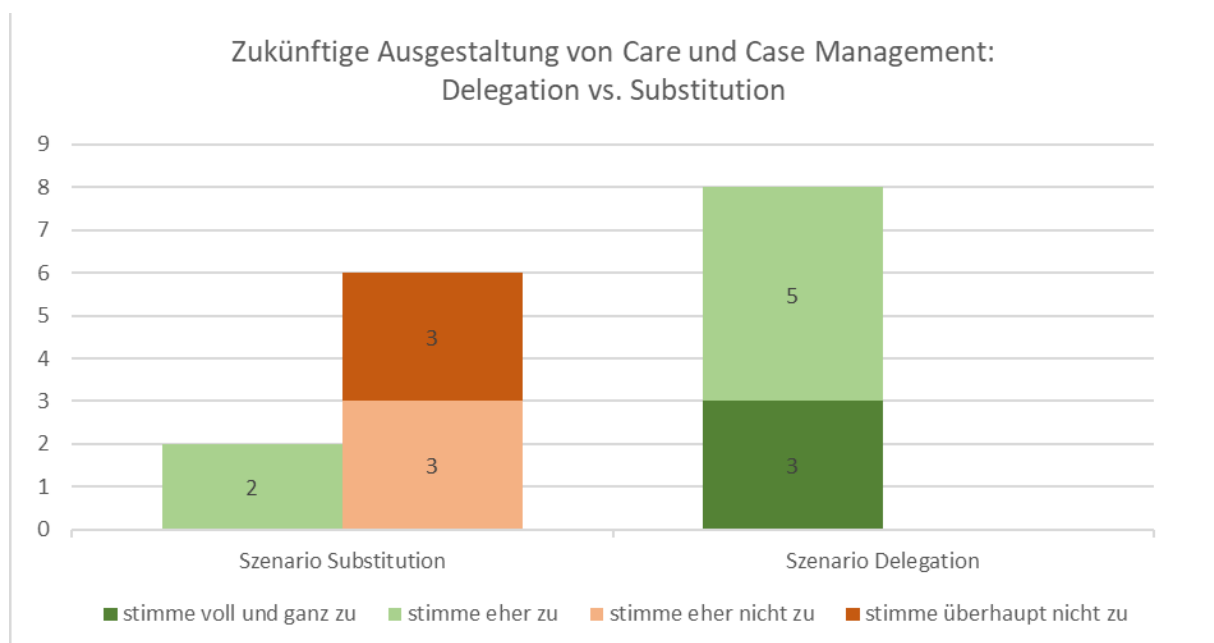
In einem zweiten Themencluster wurde die zukünftige Ausgestaltung von CCM zur Bewertung gestellt. Hierfür standen zunächst die zwei nachfolgenden Szenarien zur Disposition, welche mittels einer 4PL bewertet werden sollten:

Szenario Delegation: „Ein Teil der bisher von ärztlichen Leistungserbringern der ambulanten/stationären Versorgung geleisteten koordinativen Tätigkeiten sollte künftig unter deren Verantwortung im Rahmen des CCMs von Vertretern anderer Gesundheitsberufe ausgeführt werden können (Delegation).“ Für dieses Szenario entschieden sich alle acht Befragten. Dabei stimmten drei Personen der Delegation „voll und ganz zu“ [1 KV; 2 ÄK], wohingegen fünf Befragte „eher zustimmen“ [3 KV; 2 ÄK] wählten.

Szenario Substitution: „Ein Teil der bisher von ärztlichen Leistungserbringern der ambulanten/stationären Versorgung geleisteten koordinativen Tätigkeiten sollte künftig ganz in die Verantwortung von Vertretern anderer Gesundheitsberufe gegeben werden können (Substitution).“ Für dieses Szenario entschieden sich zwei Teilnehmende mit „stimme eher zu“ [2 ÄK]. Drei Befragte bewerteten dieses Szenario mit „stimme eher nicht zu“ [2 KV; 1 ÄK], wohingegen drei Teilnehmende diesem Szenario „überhaupt nicht zustimmen“ [2 KV; 1 ÄK].

Die Befragungsergebnisse dieses Entscheidungspfads sind nachfolgend grafisch dargestellt.

Abbildung 55: TP2_Zukünftige Ausgestaltung von Care und Case Management: Substitution vs. Delegation



Die Entscheidung gegen das Szenario Substitution wurde in einem Freitextfeld folgendermaßen begründet:

„CCM umfasst nicht Substitution von Gesundheitsleistungen verschiedener Leistungserbringer, sondern Koordination“ [KV-Vertreter]

„Substitution wird zu einer fehlenden Akzeptanz in der Ärzteschaft führen“ [KV-Vertreter]

„Das Substitutionsprinzip beschreibt die Verantwortungsübergabe an Personen, die nicht in den Versorgungskontext eines Patienten direkt eingebunden sind. Es stellen sich Verantwortlichkeits- und Haftungsfragen, die im Delegationsverfahren eindeutig sind.“ [KV-Vertreter]

Das Spannungsfeld zwischen Delegation und Substitution ist auch in den Follow-Up-Interviews diskutiert worden. Für einen befragten ÄK-Vertreter liegt die Ursächlichkeit der Akzeptanzproblematik in der wahrgenommenen unscharfen Abgrenzung von Delegation und Substitution begründet:

*„[...] viele reden über Delegation- oder Substitution, ihnen ist aber nicht klar, um welche Themenbereiche es geht. [...] Manche denken, wenn die Arzthelferin die Spritze gibt, anstelle des Arztes, ist es bereits eine Substitution. Und auch Ärztinnen und Ärzte wissen vielfach gar nicht, was ihre jeweilige Verantwortlichkeiten sind.“
(ÄK_I_RubiN_Szen)*

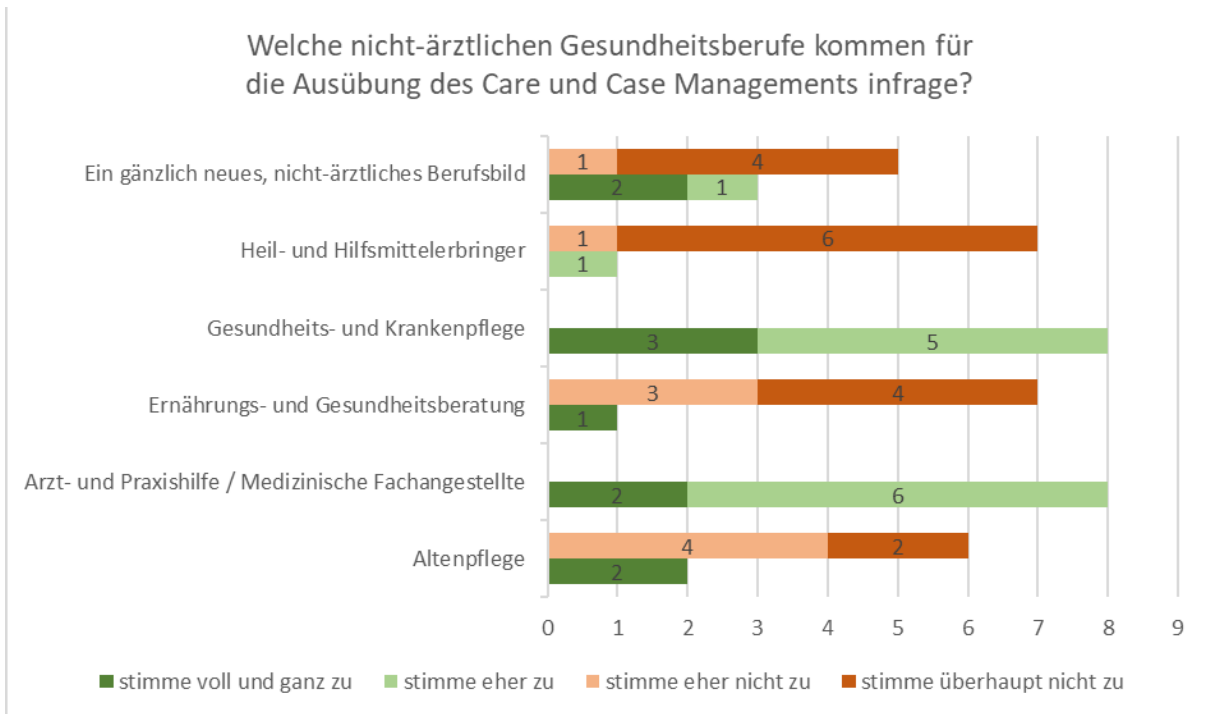
In ähnlicher Weise argumentierte auch die Vertretung einer regionalen KV für das Delegationsszenario; für sie bliebe Substitution zudem negativ behaftet, weil dadurch der Eindruck erzeugt würde, dass ärztlichen Akteurinnen und Akteuren „etwas weggenommen wird und dann nicht mehr durchzuführen bzw. abzurechnen ist“ (KV_I_RubiN_Szen). Dies schmälere die Akzeptanz und würde schlussendlich nicht zu der gewünschten Entlastung der Ärzteschaft führen. Hinsichtlich möglicher Fallstricke von Leistungssubstitution schilderte eine KV-Vertretung im Follow-Up-Interview folgendes Beispiel:

*„Nehmen Sie mal ein Beispiel, was ja schon viele Jahre existiert, und das ist das Wundmanagement in Substitution. Es gibt ja gewisse, ich nenne sie mal Pflegeschwestern, obwohl das wahrscheinlich nicht der richtige Ausdruck ist, die im Auftrage von Firmen ausgebildet werden, um ambulant bei Wundheilung zu unterstützen. Das wird oftmals von Krankenhäusern in die Wege geleitet, bevor Patienten stationär entlassen werden. Und in den Praxen kommen dann die Anforderungen für die Materialien an, die dann auch möglicherweise deutlich teurer sind als andere vergleichbare Materialien. Das ist für Hausärzte ein Ärgernis. Und da liegt ein bisschen eine Gefahr drin, wenn Sie substituierte Leistungen haben, die aber unvollständig sind, also unvollständig in Bezug auf Verordnungsleistung. Dass also dann wiederum Praxen oder Ärzte in Anspruch genommen werden müssen, um Folgeleistungen zu erbringen, dann wird die Sache für Ärzte nicht mehr überschaubar. Und das sollte es eigentlich nicht geben. Dann muss man eine Substitution so regeln, dass es ein komplett separater Bereich ist, der mit Krankenkassen abgerechnet wird, wo dann Krankenkassen auch die Verantwortung dazu übernehmen.“
(KV_II_RubiN_Szen)*

Die Substitution medizinischer Leistungen müsse entsprechend an klare organisationale und rechtliche Vorgaben geknüpft sein, um Fehlanreize zu vermeiden und die notwendige Akzeptanz bei ärztlichen Leistungserbringenden zu schaffen.

Wurde einem der beiden o. g. Szenarien (eher) im Online-Survey zugestimmt, so sind die Teilnehmenden daraufhin gefragt worden, welche nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe ihrer Meinung nach für die Ausübung des CCM künftig infrage kommen sollten. Dementsprechend wurden verschiedene nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zur Bewertung aufgeführt. Die größten Zustimmungswerte erhielten „Arzt- und Praxishilfe“ bzw. „Medizinische Fachangestellte“ und „Gesundheits- und Krankenpflege“; der „Arzt- und Praxishilfe bzw. Medizinischen Fachangestellten“ wurde hinsichtlich der Ausübung des CCM von zwei „voll und ganz zugestimmt“ [1 KV; 1 ÄK] und von sechs Teilnehmenden „eher zugestimmt“ [3 KV, 3 ÄK]. Dem Berufsbild der „Gesundheits- und Krankenpflege“ wurde von drei „voll und ganz zugestimmt“ [3 KV] und von fünf Personen „eher zugestimmt“ [1 KV; 4 ÄK]. Am wenigsten Zustimmungswerte erhielten „Heil- und Hilfsmittelerbringer“, der „Ernährungs- und Gesundheitsberatung“ und die „Altenpflege“. Ein gänzlich neues, nicht-ärztliches Berufsbild wäre nach Meinung von drei Experten und Expertinnen für die Ausübung des CCM vorstellbar (siehe Abbildung 56). Als sonstige nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, die für die Ausübung des CCM infrage kämen, wurde von zwei Personen der Beruf des „physician assistants“ in einem Freitextfeld genannt [1 KV; 1 ÄK].

Abbildung 56: TP2_ Für die Ausübung des Care und Case Managements infrage kommende nicht-ärztliche Gesundheitsberufe



Hinsichtlich eines gänzlich neuen, nicht-ärztlichen Berufsbildes gab eine KV-Vertretung, die dieser Auswahloption zuvor ihren Zuspruch gegeben hatte, im Rahmen eines Follow-Up-Interviews ihre Vorstellung folgendermaßen an:

„Da denke ich auch an ganz spezielle Dinge, die mit größeren Praxiskooperationen oder MVZs zu tun haben. Also, es wird Delegationsmodelle geben im Bereich der Betriebswirtschaft. Also wir haben ja inzwischen Praxiskooperationen, die umfassen 25 bis 30 Ärzte einer Fachrichtung. Und das heißt, die betriebsinternen Prozesse von innerbetrieblichen Verträgen bis hin zu Abrechnungsfragen bis hin zu Steuerungsmodulen bis hin zu Fortbildungsplanung, das sind betriebswirtschaftliche Abläufe, auf die MFA nicht geschult sind. Also da könnte ich mir durchaus vorstellen, dass solche Großkooperationen auch einen Betriebswirt beschäftigen. Aber das sind, wie gesagt, spezielle Dinge. Das ist nichts für den Normalalltag, sondern das sind ganz spezielle Dinge für Großkooperationen. Da mag es auch Leute geben, die zum Beispiel Public Health studiert haben, die so etwas dann könnten, also Managementfunktionen für Großpraxen. [...] die haben in der Patientenversorgung im Sinne von Care und Case Management nichts zu tun, was die Patienten betrifft. Aber die machen natürlich ein Case Management für ihre Ärzte, also von Dienstplangestaltung angefangen bis zur Heimbetreuung und ähnlichem, eine Koordinationsfunktion in Bezug auf die Aufgabenverteilung auf die Ärzte in großen Korporation.“ (KV_II_RubiN_Szen)

Wie diese Schilderungen verdeutlichen, geht mit der Idee eines gänzlich neuen Berufsbildes ein spezifisches Setting und eher breit gefasster Begriff von CCM einher.

3.2.3.1.3 Zukünftige Leistungen eines Care und Case Managers

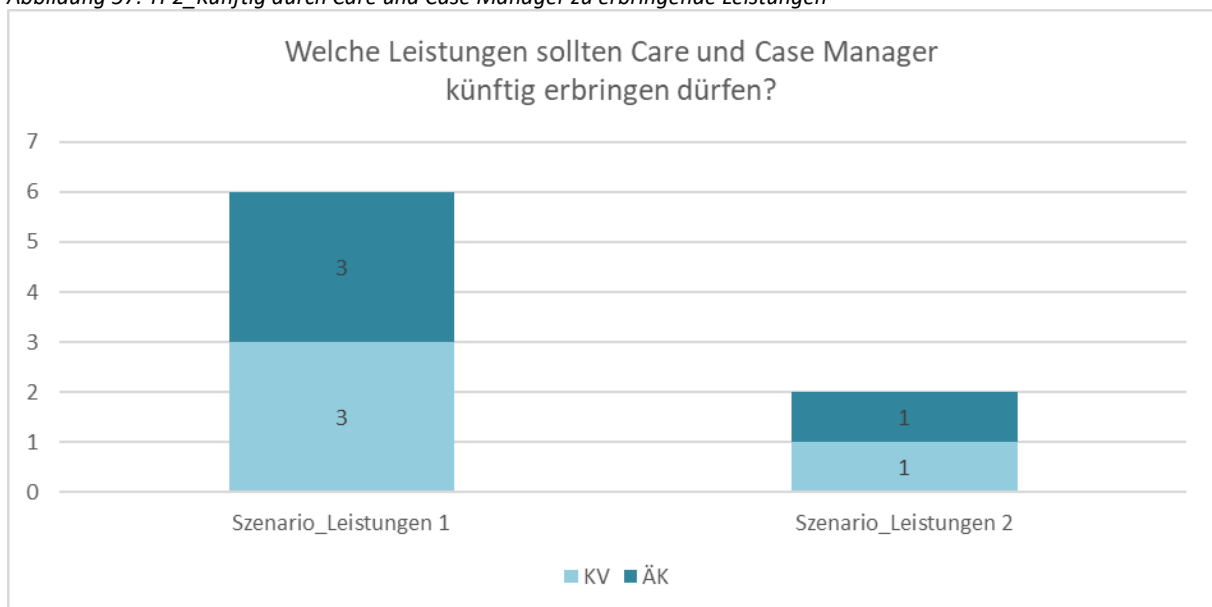
In einem dritten Themencluster sollten Leistungen, welche ein CM künftig erbringen sollte, bewertet werden. Hierfür standen zunächst die nachfolgenden zwei Szenarien zur Disposition, für die sich die Teilnehmenden mittels FC entscheiden mussten:

Szenario_Leistungen 1: „CCM sollte eine ausschließlich unterstützende, koordinierende und beratende Funktion im Sinne eines Lotsenansatzes haben. Dies umfasst die Koordination von Leistungen sowie die Durchführung von Beratungen, die sich an der Lebenswelt der Patienten orientieren.“ Für dieses Szenario entschieden sich insgesamt sechs der Befragten [3 KV; 3 ÄK].

Szenario_Leistungen 2: CCM sollte neben einer unterstützenden, koordinierenden und beratenden Funktion auch bestimmte medizinische Versorgungsleistungen erbringen. Für dieses Szenario entschieden sich insgesamt zwei der Befragten [1 KV; 1 ÄK].

Die Befragungsergebnisse dieses Entscheidungspfads sind nachfolgend grafisch dargestellt.

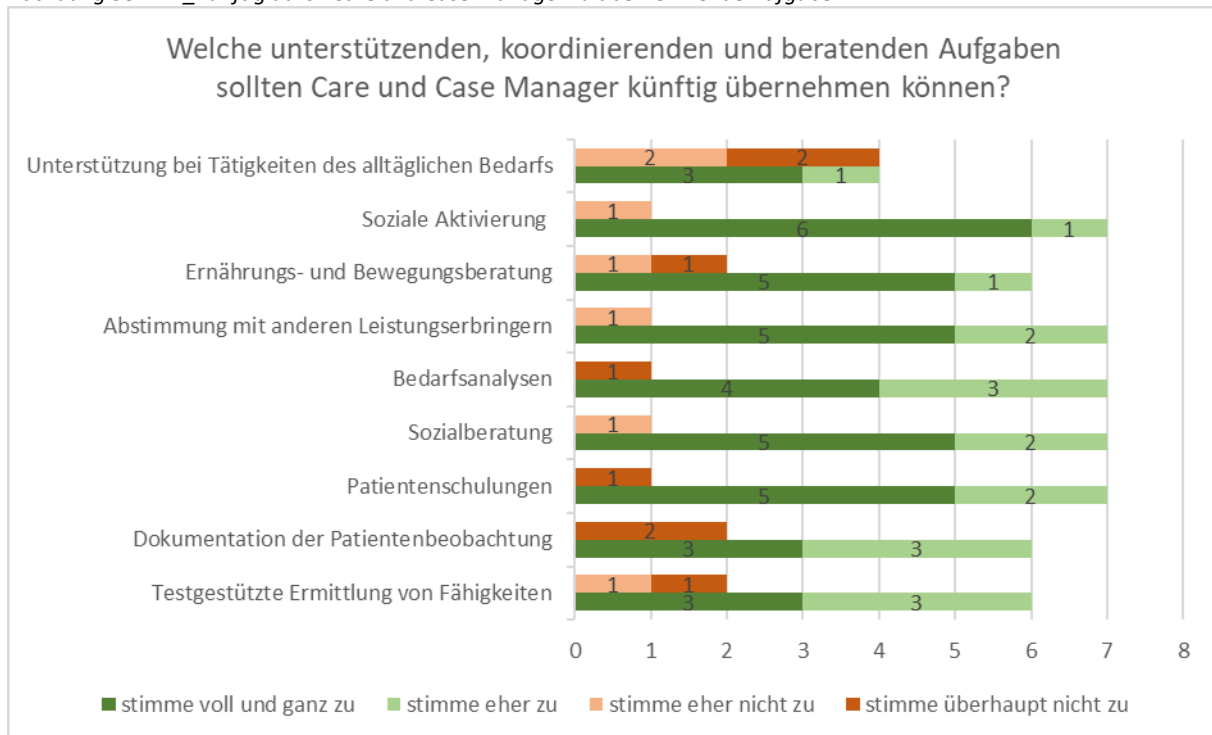
Abbildung 57: TP2_Künftig durch Care und Case Manager zu erbringende Leistungen



Lehnten die Befragten Szenario_Leistungen 2 ab, wurden sie über ein Freitextfeld um eine Begründung gebeten. Ein ÄK-Vertreter gab an, dass CCM allein schon ein anspruchsvoller Job sei und es an Neutralität im Anbietermarkt mangle. Zudem wurde herausgestellt, dass CCM „ein eigener Leistungsbereich mit eigenem Anspruch auf Vergütung und eigenem Tätigkeits- und Berufsfeld werden sollte“ (ÄK-Vertreter). Ein KV-Vertreter gab an, dass „medizinische Versorgungsleistungen durchaus delegiert werden können, sollten aber im Kontext ärztlicher Verantwortung geschehen“.

Stimmten die Befragten für eines der beiden Szenarien, wurden sie gefragt, welche unterstützenden und beratenden Aufgaben ein CM ihrer Meinung nach künftig übernehmen können sollte. Vorgegebene Aufgabenbereiche sollten sodann mittels einer 4PL bewertet werden. Die Befragten sprachen sich überwiegend für die Optionen soziale Aktivierung (z. B. Vermittlung von Freizeitangeboten), die Abstimmung mit anderen Leistungserbringern, Sozialberatung und Patientenschulungen aus (siehe Abbildung 58).

Abbildung 58: TP2_Künftig durch Care und Case Manager zu übernehmende Aufgaben



Entschieden sich die Befragten für Szenario_Leistungen 2, also dafür, dass CM zudem bestimmte medizinische Versorgungsleistungen übernehmen können sollten, wurden sie gebeten, die infrage kommenden Leistungen zu bewerten. Dafür wurden verschiedene Versorgungsleistungen vorgestellt, welche jedoch nur von einer Person bewertet wurden. CM sollten dieser Person nach neben den unterstützenden, koordinierenden und beratenden Aufgaben zusätzlich folgende Versorgungsleistungen übernehmen können: Venöse Blutentnahme, Wundversorgung, Intravenöse Injektionen, Injektionen in liegende Infusionssysteme von Medikamenten, Anlegen von (Kurz-)Infusionen, Flüssigkeitssubstitution und Parenterale Ernährung.

Die Ergebnisse dieses Themenclusters verdeutlichen, dass CCM aus Sicht der Befragten eine vorrangig koordinierende Funktion mit anteiligen Beratungsleistungen umfassen sollte. Die Unterstützungsleistung bezüglich alltäglicher Tätigkeiten sollte demnach auf eben diesen Koordinationsansatz konzentriert sein und Betroffene bedarfsweise bspw. an Sozialdienste weitervermittelt werden. Medizinische Versorgungsleistungen wurden von einem Großteil der Befragten nicht bzw. nur eingeschränkt als Aufgabe des CCM gesehen. Niedrigschwellige medizinische Versorgungsleistungen seien jedoch im Kontext ärztlicher Delegation und mit entsprechender Qualifikation grundsätzlich vorstellbar – und auch wünschenswert, da sie potenziell zu einer Entlastung ärztlicher Leistungserbringender beitragen könnten. Dieser Aspekt wurde auch von der zuvor im Online-Survey befürwortenden KV-Vertretung im Rahmen des Follow-Up-Interviews adressiert:

„Aber wir müssen ihn [den Arzt] da ein Stück weit auch entlasten und ich glaube, wenn man da Kernkompetenzen hat, wie beispielsweise eine ausgebildete Krankenschwester, dann kann die halt mal auch einen Katheter wechseln oder so. Also das im besten Falle. Natürlich, ich weiß auch, dass ich da mit der Antwort wahrscheinlich weit abweiche von anderen, weil das nicht oft so gesehen wird. Also die meisten sagen tatsächlich, Case und Care Management ist eben keine medizinische Leistung.“ (KV_I_RubiN_Szen)

Am Beispiel eines palliativmedizinischen CCM gab die ÄK-Vertretung an, dass ein CM – eine adäquate Ausbildung vorausgesetzt – als eine Art „first responder“ fungieren und in diesem

Zusammenhang auch niedrigschwellig unterstützende Versorgungsleistungen erbringen können müsse, um die ärztlichen Leistungserbringenden zu entlasten:

„Wenn der Patient bestimmte Schmerzen hat, natürlich erwarte ich dann und wünsche mir, dass dann gerade Palliativmedizinische Case Manager in einem solchen [palliativmedizinischen] Netz sagen: ‚Ich bin hier der First Responder, ich entscheide ob da ein Arzt dazukommen muss oder aber jemand spezialisiertes aus der Pflege, oder, oder.‘ Wenn die dann merken, das Problem hier ist eine unzureichende Schmerzmedikation, dann können die innerhalb eines vorgesteckten Rahmens selber Medikamente geben. Das stelle ich mir als eine sinnvolle Form vor, Stichwort: Bedarfsmedikation.“ (ÄK_I_RubiN_Szen)

3.2.3.1.4 Notwendige Qualifikationen eines Care und Case Managers

In einem vierten Themencluster standen die notwendigen Qualifikationen eines CM zur Bewertung. Hierfür konnten die Befragten mittels FC aus drei Szenarien wählen:

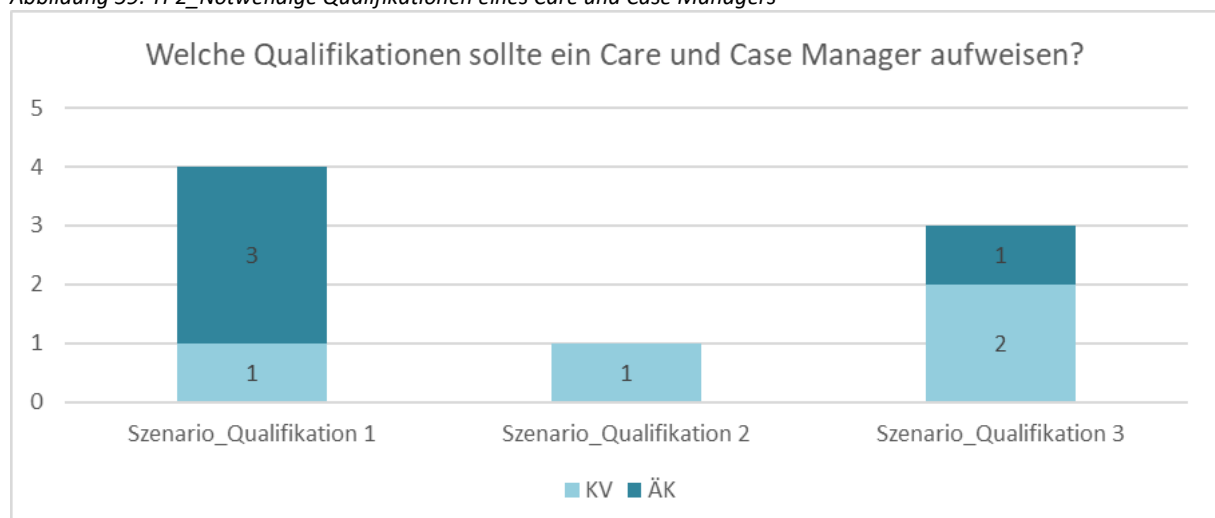
Szenario_Qualifikation 1: „Ein Care und Case Manager sollte künftig mindestens eine Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf absolviert haben sowie einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich aufweisen.“ Für dieses Szenario entschieden sich insgesamt vier der befragten Personen [1 KV; 3 ÄK].

Szenario_Qualifikation 2: „Ein Care und Case Manager sollte künftig mindestens eine akademische Erstausbildung im Gesundheitsbereich absolviert haben sowie einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich aufweisen.“ Für dieses Szenario entschied sich lediglich eine der befragten Personen [1 KV].

Szenario_Qualifikation 3: „Sowohl die berufliche als auch die akademische Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf kann sinnvoll sein.“ Für dieses Szenario entschieden sich insgesamt drei der befragten Personen [2 KV; 1 ÄK].

Die Befragungsergebnisse dieses Entscheidungspfads sind nachfolgend grafisch dargestellt.

Abbildung 59: TP2_Notwendige Qualifikationen eines Care und Case Managers



Anschließend wurden den Befragten, welche sich für Szenario 1 entschieden, zwei weitere Aufbauszenarien vorgestellt, welche sie mittels 4PL zu bewerten hatten:

Aufbauszenario_Qualifikation 1.1: „Ein Care und Case Manager sollte künftig über die berufliche Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf und Erfahrung in der Versorgungspraxis hinaus eine zertifizierte Weiterbildung zum Care und Case Manager absolviert haben.“ Für dieses Aufbauszenario stimmten drei Befragte „voll und ganz zu“ [1 KV; 2 ÄK]; eine Person stimmte „eher zu“ [1 ÄK].

Aufbauszenario_Qualifikation 1.2: „Ein Care und Case Manager sollte künftig eine für das neue Anforderungsprofil ‚Care und Care Management‘ geschaffene Berufsausbildung absolviert haben, welche verschiedene Tätigkeitsspezialisierungen und -vertiefungen vorsieht.“ Für dieses Aufbauszenario stimmten drei Befragte „eher zu“ [1 KV; 2 ÄK]; eine Person stimmte „eher nicht zu“ [1 ÄK].

Aufbauszenario_Qualifikation 1.1 und Aufbauszenario_Qualifikation 1.2 wurden über die Deskriptoren „akademische Ausbildung“ variiert und entsprechend derjenigen Person, die sich zuvor für Szenario 2 (siehe oben) entschieden hatte, zur Auswahl bzw. Bewertung gestellt; dabei fanden beide Aufbauszenarien (Aufbauszenario_Qualifikation 2.1 und Aufbauszenario_Qualifikation 2.2) Zustimmung.

Entschieden sich Teilnehmende für Szenario_Qualifikation 3, sollten die nachfolgenden zwei Aufbauszenarien bewertet werden:

Aufbauszenario_Qualifikation 3.1: „Ein Care und Case Manager sollte künftig über die berufliche und/oder akademische Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf und Erfahrung in der Versorgungspraxis hinaus eine zertifizierte Weiterbildung zum Care und Case Manager absolviert haben.“ Diesem Aufbauszenario stimmte lediglich eine Person [1 KV] zu; die anderen beiden Befragten stimmten diesem Aufbauszenario nicht zu [1 KV; 1 ÄK].

Aufbauszenario_Qualifikation 3.2: „Ein Care und Case Manager sollte künftig eine für das neue Anforderungsprofil ‚Care und Care Management‘ geschaffene Berufsausbildung und/oder akademische Ausbildung absolviert haben, welche verschiedene Tätigkeitsspezialisierungen und -vertiefungen vorsieht.“ Diesem Aufbauszenario stimmten zwei Personen [1 KV; 1 ÄK] zu; die andere befragte Person stimmte diesem Aufbauszenario nicht zu [1 KV].

Die Ergebnisse dieses Themenclusters verdeutlichen, dass in der Tendenz eine grundständige Berufsausbildung gegenüber einer akademischen Grundausbildung von dem Großteil der Befragten für ein CCM bevorzugt wurde. Die akademische Ausbildung – beispielsweise zum „physician assistant“ – wäre im Sinne einer Weiterqualifizierungsmaßnahme jedoch grundsätzlich vorstellbar, wie die ÄK-Vertretung im Rahmen des Follow-Up-Interviews verdeutlichte:

„[...] ich kenne mindestens zwei Studiengänge, die voll vor die Wand gefahren sind, weil die Leute, die das dann studiert haben, am Ende dann nicht das machen durften, was sie eigentlich gelernt hatten. [...] junge Abiturientinnen [...] bekamen dann nach dem Studium die klare Order, jetzt musst du nochmal eine Ausbildung [...] anschließen, damit du das was du erlernt hast auch machen darfst. Also, krasse Grundsatzfehler bei der Rechtskonstruktion. Bei den Aufbaustudiengängen, Physician Assistant, ist das was anderes, sprich, das sind Menschen, die bereits eine Primärqualifikation haben, klassischerweise in der Krankenpflege, seltener auch MFA. Und wenn die das dann anschließen, die wissen, wovon sie reden. Die kennen den Rahmen, und, das ist eher wie eine Form der Weiterqualifizierungsmaßnahme zu sehen“ (ÄK_I_RubiN_Szen)

3.2.3.1.5 Zukünftige Umsetzung von Care und Case Management

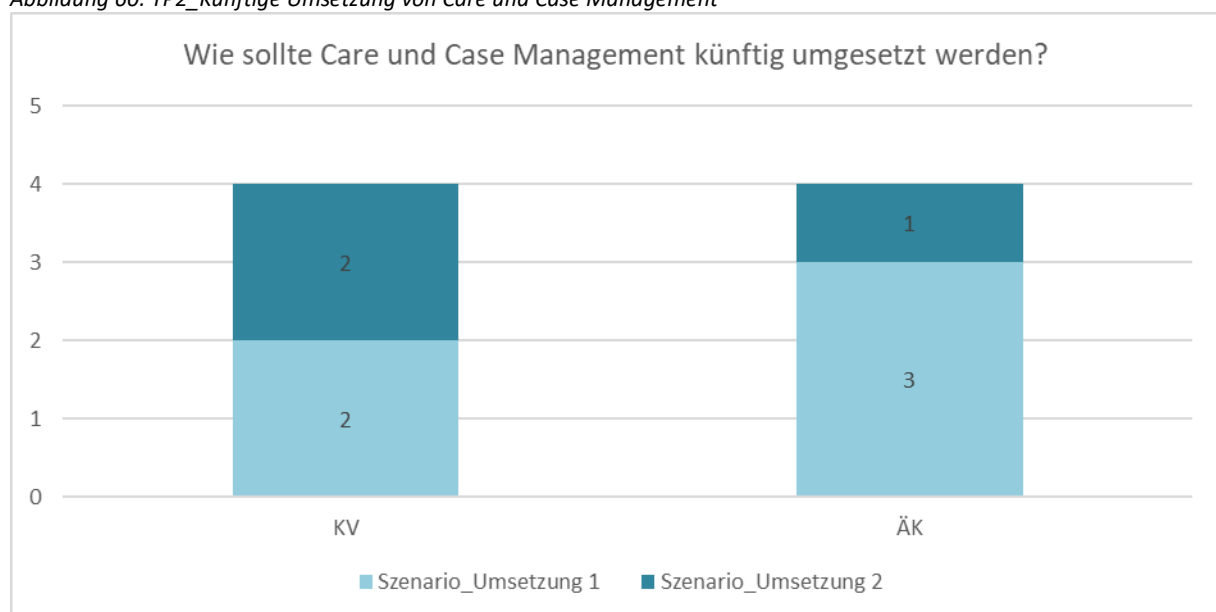
In einem fünften Themencluster stand die Art der Umsetzung von CCM zur Bewertung. Hierfür konnten die Befragten mittels FC aus zwei Szenarien wählen:

Szenario_Umsetzung 1: „Care und Case Management wird sowohl aufsuchend/wohnortnah als auch zentral erfolgen.“ Für dieses Szenario entschieden sich insgesamt fünf der befragten Personen [2 KV; 3 ÄK].

Szenario_Umsetzung 2: „Care und Case Management sollte in der Hauptsache aufsuchend und wohnortnah erfolgen.“ Für dieses Szenario entschieden sich insgesamt drei der befragten Personen [2 KV; 1 ÄK].

Die Befragungsergebnisse dieses Entscheidungspfads sind nachfolgend grafisch dargestellt.

Abbildung 60: TP2_Künftige Umsetzung von Care und Case Management



Schließlich wurden die Befragten gebeten, die nachfolgende Aussage mittels einer 4PL zu bewerten: „Care und Case Management sollte künftig zusätzlich durch technologisch medierte Kontaktformate unterstützt werden, wie z.B. Videokonsultationen und/oder telefonisch.“ Diese Aussage bewerteten sechs Personen mit „stimme voll und ganz zu“ [3 KV; 3 ÄK] und zwei mit „stimme eher zu“ [1 KV; 1 ÄK].

3.2.3.1.6 Gesetzliche Verankerung von Care und Case Management

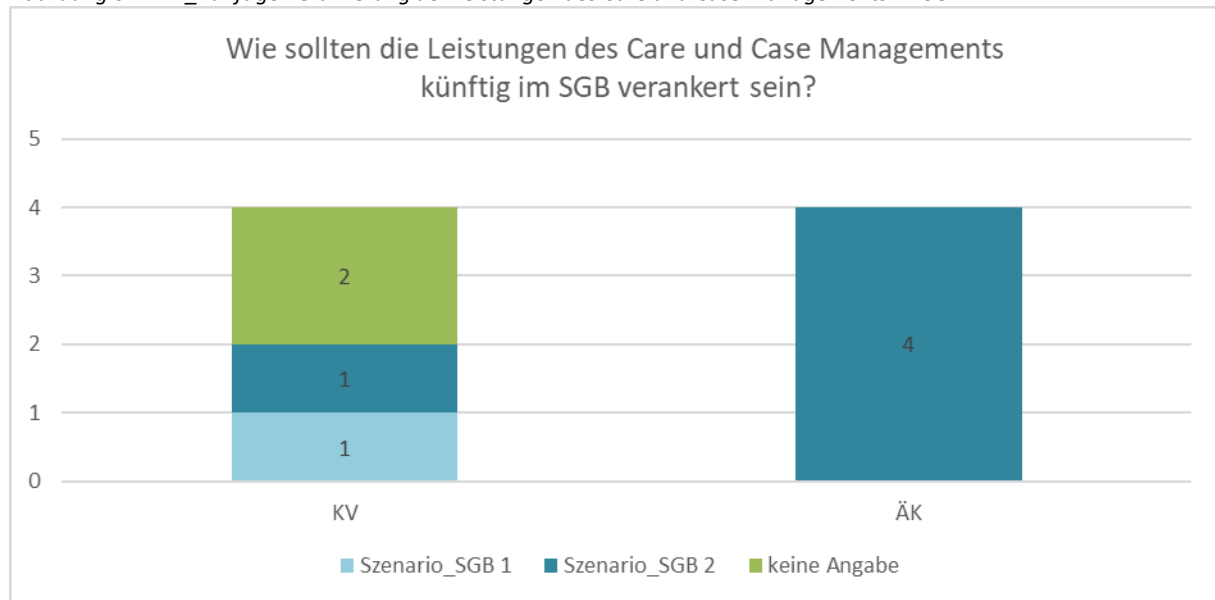
In einem sechsten Themencluster stand die Verankerung von CCM im SGB zur Bewertung. Hierfür konnten die Befragten hinsichtlich der Frage „Wie sind die Leistungen des Care und Case Managements Ihrer Meinung nach im Sozialgesetzbuch zu verankern?“ mittels FC aus zwei Szenarien wählen:

Szenario_SGB 1: „Care und Case Management sollte (sich) künftig hauptsächlich auf Leistungen aus dem SGB V konzentrieren.“ Für dieses Szenario entschied sich eine der befragten Personen [1 KV].

Szenario_SGB 2: „Care und Case Management sollte (sich) künftig über das SGB V hinaus Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern verbinden.“ Für dieses Szenario entschieden sich insgesamt fünf der befragten Personen [1 KV; 4 ÄK]. Zwei dieser Personen [1 KV; 1 ÄK] konkretisierten über ein Freitextfeld, dass insbesondere folgende Sozialgesetzbücher relevant seien: SGB II, V, VI, VII, IX, XI.

Zwei Personen gaben an, diese Frage nicht beurteilen zu können. Die Befragungsergebnisse dieses Entscheidungspfads sind nachfolgend grafisch dargestellt.

Abbildung 61: TP2_Künftige Verankerung der Leistungen des Care und Case Managements im SGB



Die Entscheidung gegen das Szenario_SGB 1, in welchem die Leistungen des CCM auf das SGB V beschränkt sein sollten, begründeten die Befragten in einem Freitextfeld damit, dass es zu viele Überschneidungen zwischen den Sozialgesetzbüchern gäbe (ÄK) und die Arbeit des CCMs auch „im (Alten-)Pflegebereich, in der Kinder-, Behinderten-, Obdachlosen-, Häftlings- und Asylantenbetreuung relevant sein kann“ (ÄK). Zudem geht „eine umfassende Koordination von Hilfe und Unterstützung weit über die Grenzen des SGB V hinaus“ (KV). Eine ÄK-Vertretung gab folgende Antwort im Freitextfeld:

„Die verschiedenen Rechtskreise des SGB bieten beispielsweise sehr oft gleiche Leistungen für gleiche Sachverhalte an und der Betroffene „schwimmt“, ebenso muss geschaut werden, welcher SGB Bereich zuständig ist.“

3.2.3.1.7 Organisationale Ansiedelung von Care und Case Management

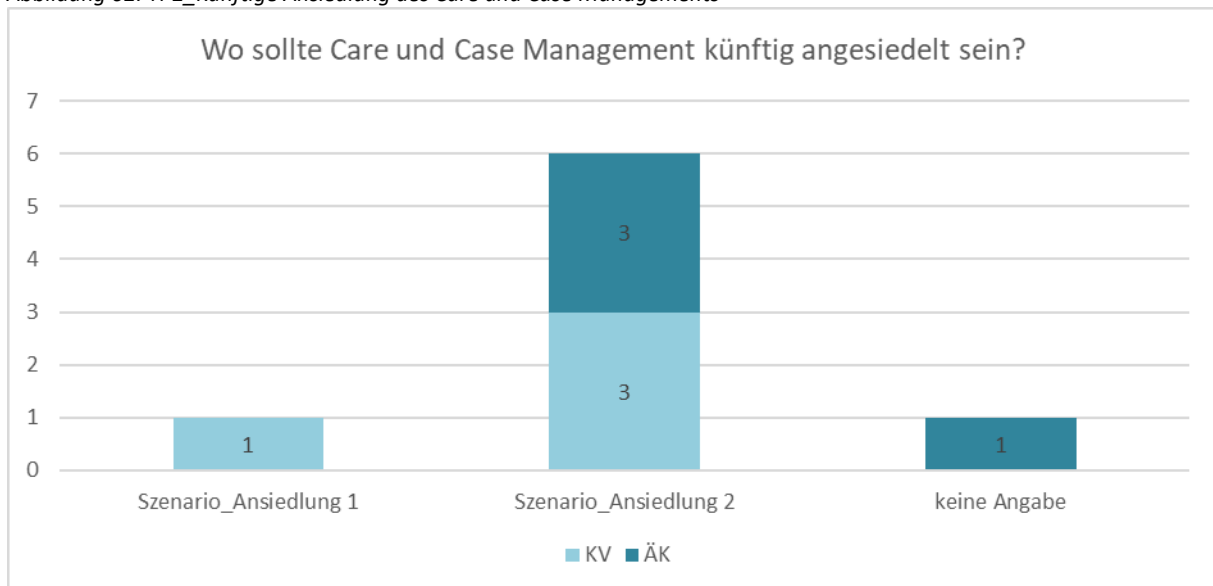
In einem siebten Themencluster stand die organisationale/institutionelle Ansiedelung von CCM zur Bewertung. Hierfür konnten die Befragten mittels einer FC aus zwei Szenarien wählen:

Szenario_Ansiedelung 1: „Care und Case Management wird künftig ausschließlich bei haus- und/oder fachärztlichen Praxen und/oder Krankenhäusern angesiedelt sein.“ Für dieses Szenario entschied sich eine der befragten Personen [1 KV].

Szenario_Ansiedlung 2: „Care und Case Management wird künftig neben haus- und/oder fachärztlichen Praxen und/oder Krankenhäusern auch bei mind. Einer der nachfolgenden medizinischen Kooperationseinheiten angesiedelt sein: MVZ nach §95 SGB V; Gemeinschaftspraxis; Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften von Vertragsärzten; Organisierte Arztnetze nach §87b SGB V.“ Für dieses Szenario entschieden sich sechs der befragten Personen [3 KV; 3 ÄK]. Eine Person gab an, diese Entscheidung nicht beurteilen zu können.

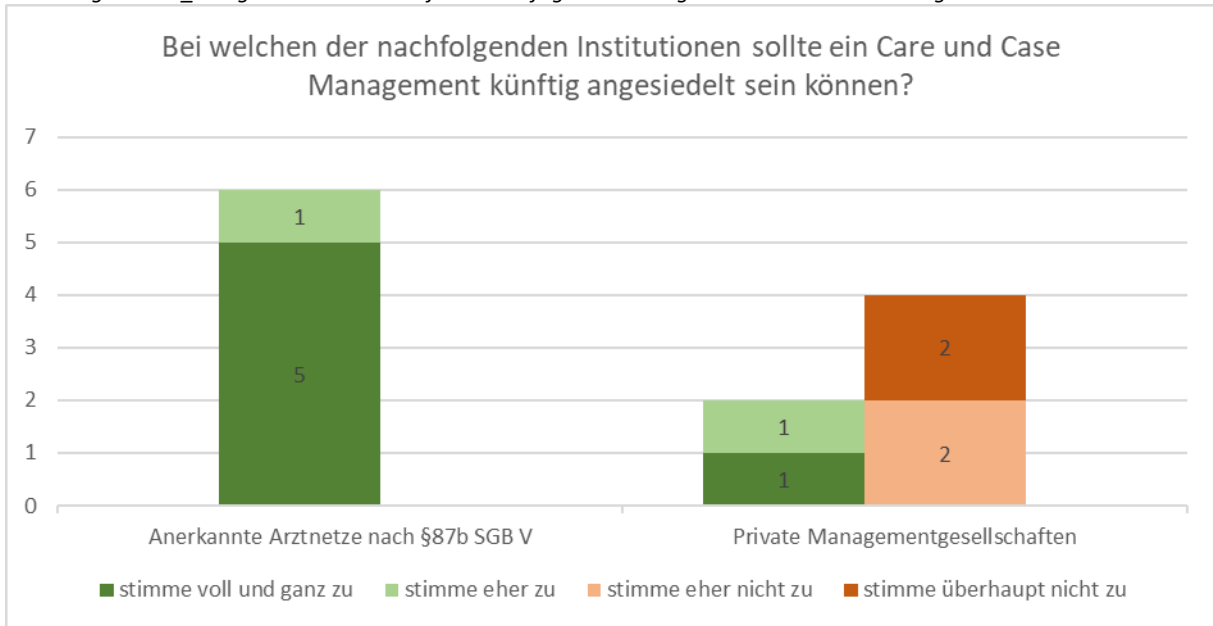
Eine Person gab an, diese Entscheidung nicht beurteilen zu können. Die Befragungsergebnisse dieses Entscheidungspfad sind nachfolgend grafisch dargestellt.

Abbildung 62: TP2_Künftige Ansiedlung des Care und Case Managements



Die Personen, die sich für Szenario_Ansiedlung 2 entschieden, wurden gebeten, mittels einer 4-PL zu bewerten, bei welchen medizinischen Kooperationseinheiten CCM künftig angesiedelt sein sollte (siehe Abbildung 63). Hier stimmte die Mehrheit der Befragten für organisierte AN nach §87b SGB V [3 KV; 3 ÄK]. Weniger eindeutig wurde für „Private Managementgesellschaften“ abgestimmt: Hier stimmten lediglich zwei Personen zu [1 KV; 1 ÄK]; für insgesamt vier der Befragten kommen diese jedoch (eher) nicht infrage [2 KV; 2 ÄK]. Zwei Personen enthielten sich. Als weitere Institutionen nannten die Befragten über ein Freitextfeld „Organisationen mit entsprechendem Bedarf (bspw. Gemeinden, stationäre Einrichtungen, Haftanstalten)“, „Zusammenschlüsse von Arztpraxen außerhalb der Netze, Kommunen“ und die „Kassenärztliche Vereinigung“.

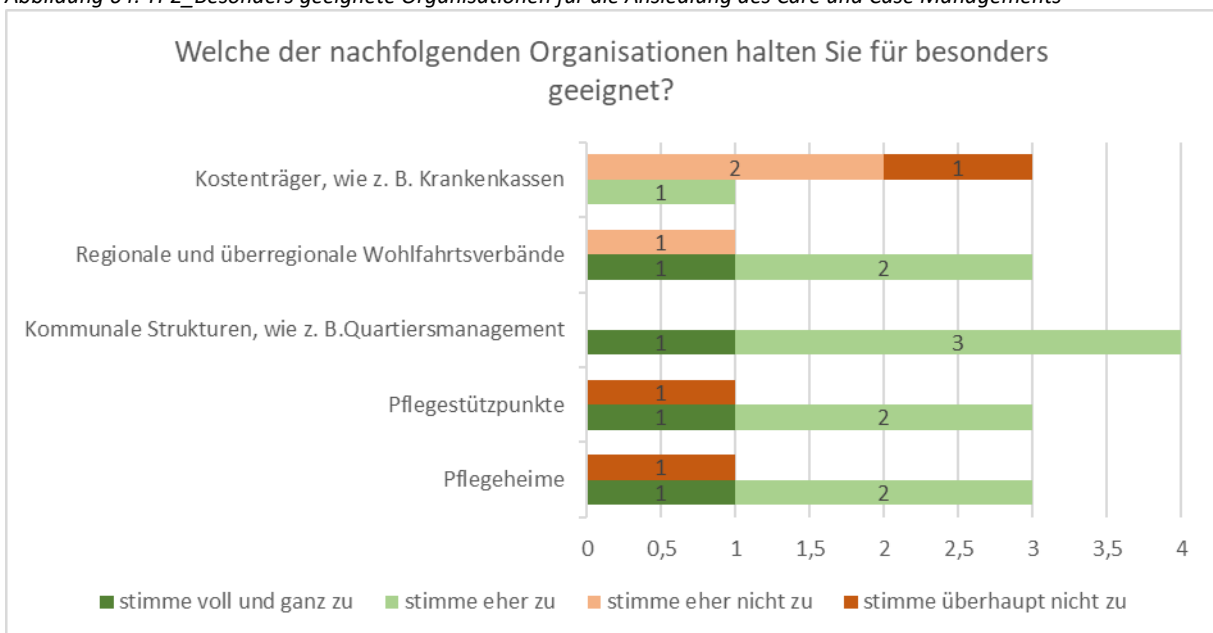
Abbildung 63: TP2_Geeignete Institutionen für die künftige Ansiedlung des Care und Case Managements



Anschließend sollten die Teilnehmenden folgende Frage mittels einer FC beurteilen: „Kann ein Care und Case Management künftig zudem auch bei mindestens einer der nachfolgenden Organisationen angesiedelt sein: Pflegeheime und –Stützpunkte, Wohlfahrtsverbände, kommunale Institutionen (bspw. Quartiersmanagement), Kostenträger?“ Diese wurde von vier Befragten [2 KV; 2 ÄK] bejaht und von zwei Personen verneint [1 KV; 1 ÄK].

Sofern die Befragten für eine Ansiedlung von CCM an eine der o.g. Organisationen stimmten, wurden sie gebeten, diese jeweils mittels einer 4PL zu bewerten (siehe Abbildung 64). Besonders geeignet erscheinen demnach kommunale Strukturen, wie bspw. ein Quartiersmanagement, sowie Pflegeheime und -stützpunkte, regionale und überregionale Wohlfahrtsverbände; deutlich Ablehnung gab es hingegen für ein Ansiedlungsszenario bei Kostenträgern, wie bspw. Krankenkassen.

Abbildung 64: TP2_Besonders geeignete Organisationen für die Ansiedlung des Care und Case Managements



3.2.3.1.8 Voraussetzung für Inanspruchnahme von Care und Case Management

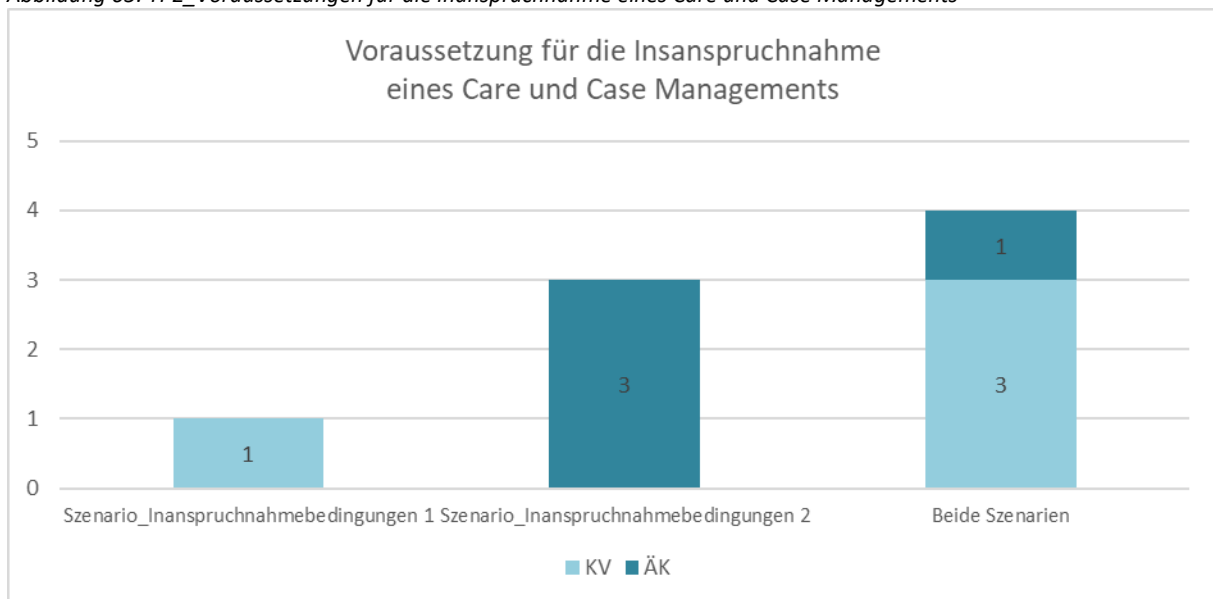
In einem achten Themencluster standen Voraussetzungsszenarien für die Inanspruchnahme von CCM zur Bewertung. Hierfür konnten die Befragten mittels einer FC zunächst aus zwei Szenarien wählen:

Szenario_Inanspruchnahmebedingungen 1: „Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Care und Case Management sollte diagnosespezifisch definiert sein, d.h. beispielsweise für chronisch kranke und/oder multimorbide Patientinnen und Patienten mit mehr als einem Merkmalskomplex.“ Für dieses Szenario entschied sich eine der befragten Personen [1 KV].

Szenario_Inanspruchnahmebedingungen 2: „Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Care und Case Management sollte ganzheitlich an Lebenswelten ausgerichtet sein, d.h. ausschlaggebend ist nicht die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Patientengruppe, sondern all jene auf Grundlage eines individuellen Assessments ermittelten Patientenmerkmale, die einen besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarf oder eine eingeschränkte Selbstmanagementfähigkeit bedingen. Dies schließt auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit ein.“ Für dieses Szenario entschieden sich drei der befragten Personen [3 ÄK].

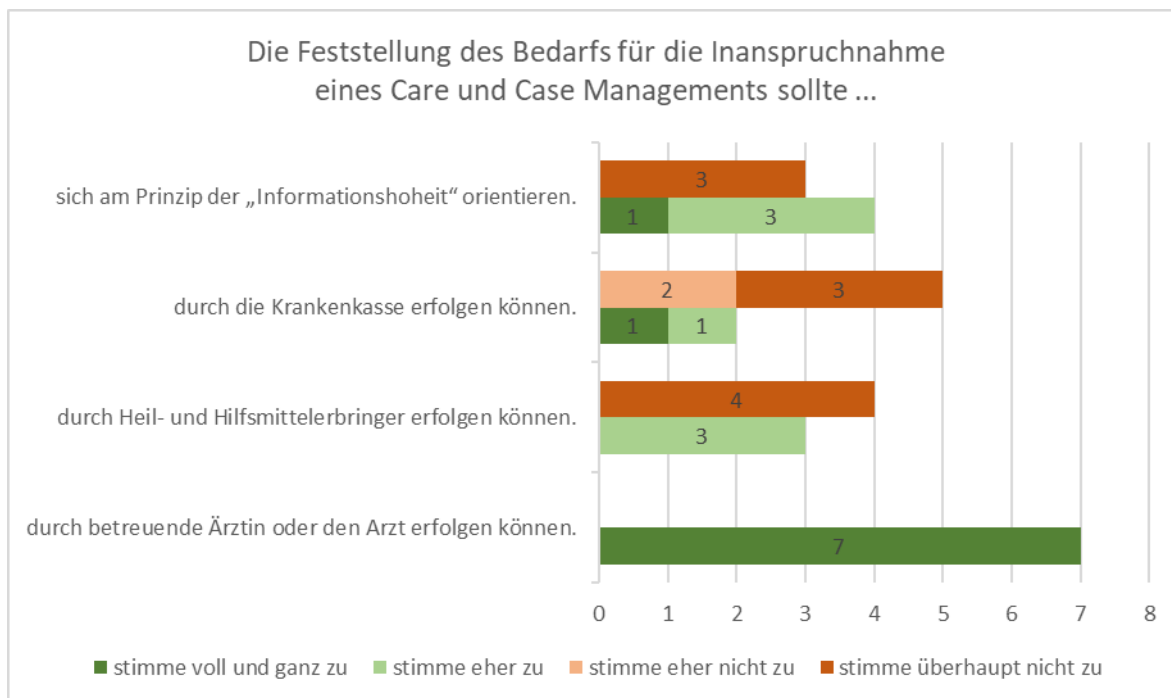
Vier Personen waren der Ansicht, dass beide Optionen sinnvoll sein können [3 KV; 1 ÄK]. Die Befragungsergebnisse dieses Entscheidungspfads sind nachfolgend grafisch dargestellt.

Abbildung 65: TP2_Voraussetzungen für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements



Im Anschluss wurden die Teilnehmenden gebeten, Szenarien für die Feststellung der Inanspruchnahme mittels einer 4PL zu bewerten (siehe Abbildung 66).

Abbildung 66: TP2_Prinzipien für die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements



Abschließend wurden die Teilnehmenden gefragt, ob es ihrer Meinung nach sinnvoll sei, dass CCM künftig bedarfsweise nach unterschiedlichen, zu definierenden Lotsengraden (analog zu Pflegegraden) verordnet werden können sollte. Diesem Szenario stimmten vier Personen zu [2 KV; 2 ÄK], drei Personen lehnten dies ab [2 KV; 1 ÄK]. Eine Person gab an, dieses Szenario nicht beurteilen zu können [1 ÄK].

3.2.3.1.9 Zusammenfassung der Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM

Ziel der in diesem Kapitel dargestellten Analyse war es, präferierte Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM aus Sicht regionaler KV und ÄK zu identifizieren. Hierfür wurde ein mehrstufiges, szenariobasiertes Befragungsformat durchgeführt, bestehend aus einem Online-Survey und telefonischen Follow-Up-Interviews. Insgesamt nahmen acht von zwölf angefragten Akteurinnen und Akteuren der KV und ÄK am Online-Survey teil; mit drei Vertreterinnen und Vertretern konnte ein Follow-Up-Interview durchgeführt werden.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass dem künftigen Beitrag von CCM zur Orientierung und Navigation von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem – besonders aufseiten der befragten KV-Vertreterinnen und -Vertreter – ein großer Wert beigemessen wird. Aus Sicht der Teilnehmenden umfasst CCM eine vorrangige Koordinationsfunktion mit anteiligen, sozialgesetzbuchübergreifenden Beratungsleistungen; medizinische Versorgungsleistungen wurden von einem Großteil der Befragten nicht bzw. nur eingeschränkt als Aufgabe des CCM gesehen. Allerdings wurde deutlich, dass in Abhängigkeit zur CM-Qualifizierung und klaren Delegationsregelungen auch bestimmte medizinische Versorgungsleistungen erbracht werden könnten, da diese letztlich zu einer Entlastung der ärztlichen Leistungserbringenden beitragen. Hinsichtlich der Qualifikationen äußerten die Befragten eine Präferenz für eine grundständige Berufsausbildung gegenüber einer akademischen Grundausbildung. Eine akademische Ausbildung – beispielsweise zum „physician assistant“ – wäre jedoch im Sinne einer Weiterqualifizierungsmaßnahme grundsätzlich vorstellbar. Hinsichtlich der organisationalen Verankerungen kamen für einen Großteil der Befragten neben niedergelassenen Haus- und Facharztpraxen und Krankenhäusern auch nach Art. 87b SGB V zertifizierte AN und kommunale Träger infrage; eine Ansiedelung bei Kostenträgern und privaten Managementgesellschaften wurde hingegen seltener präferiert. Insgesamt

verdeutlichen die Analyseergebnisse der Transfer- und Verstetigungsszenarien die unterschiedlichen Spannungsfelder der gesundheitspolitischen Regelungsbedarfe, welche die Voraussetzung für tragfähige und nachhaltige CCM-Governancestrukturen bilden.

3.3 TP3 – Prozessevaluation Schwerpunkt Machbarkeit und Umsetzung

In den folgenden Abschnitten werden Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Prozessevaluation mit Schwerpunkt Umsetzung und Machbarkeit dargestellt und diskutiert. Zunächst wird auf die Integration der Intervention in den ÄN eingegangen und der Prozess der Implementierung des CCM aus verschiedenen Blickrichtungen beleuchtet: Die Umsetzung der Intervention in den ÄN, die Versorgungsverläufe geriatrischer Patientinnen und Patienten und die Rolle des CCM sowie die Angemessenheit des verwendeten Qualifizierungskonzepts für die CM werden gesondert thematisiert, bevor in einem zusammenführenden Abschnitt Stärken und Schwächen des CM Konzepts und dessen Umsetzung in den ÄN analysiert werden. Ein zweiter Schwerpunkt der Ergebnisdarstellung widmet sich verschiedenen Aspekten der (interprofessionellen) Zusammenarbeit, wie sie im Rahmen der Implementierung der neuen Versorgungsstruktur und der Umsetzung des CCM beobachtet werden konnten. Dazu gehören an dieser Stelle ein qualitativer Vergleich von Versorgungserfahrungen von an der Studie teilnehmenden Patientinnen und Patienten der Kontroll- und IG, die Betrachtung der von den CCM-Teams geleisteten Vernetzungsarbeit in den Modellregionen, die Darstellung von Vorteilen und Schwierigkeiten einer koordinierten Versorgung aus Sicht beteiligter Ärztinnen und Ärzte sowie der – anhand von Interviews mit Versorgern der KN herausgearbeiteten – allgemeinen Besonderheiten von ÄN hinsichtlich (interprofessioneller) Zusammenarbeit.

3.3.1 Ergebnisse zur qualitativen Befragung von Patientinnen und Patienten

3.3.1.1 Fallverläufe und Rolle des CCM

Befragung von Patientinnen und Patienten

Um qualitative Daten zur Versorgungssituation der Studienteilnehmenden und zur Bedeutung, die Letztere dem CCM beimessen, zu erheben, wurden zu Beginn der Intervention 20 leitfadengestützte Interviews mit n=24 Patientinnen und Patienten sowie n=5 versorgenden Angehörigen in den IN geführt. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 63 Minuten (Minimum=33, Maximum=107 Minuten), fanden bei den Befragten zu Hause statt und es wurde eine spezielle Interviewmethode, die Pictor Technique [32] angewandt. Zusätzlich wurde mit einem standardisierten Fragebogen soziodemographische Daten von den teilnehmenden Patientinnen und Patienten abgefragt. Eine Zweitbefragung von n=20 Interviewteilnehmenden nach Ablauf von mindestens 12 Monaten erfolgte pandemiebedingt mittels leitfadengestützter Telefoninterviews. Diese dauerten im Durchschnitt 24 Minuten (Minimum=20, Maximum=76 Minuten). Zusätzlich wurden 11 Interviews mit Studienteilnehmenden aus den KN geführt, die in Abschnitt 3.3.2.4 vorgestellt werden. An dieser Stelle erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse der Erst- und Zweitbefragung in den IN.

Rekrutierung

Die Rekrutierung für die Erstinterviews (Pictor) fand von Februar bis Mai 2019 statt. Dafür wurde dem Studienteam für jedes IN eine Liste mit Kontaktdaten von jeweils ca. 20 Studienteilnehmenden durch die örtliche Projektkoordination zur Verfügung gestellt. Daraufhin folgte die telefonische Anfrage zur Interviewbereitschaft bei den gelisteten Studienteilnehmenden und die Vereinbarung von 3-5 (durchschnittlich 4) Terminen pro IN. Die Weitergabe der Kontaktdaten sowie die Kontaktaufnahme erfolgte auf Grundlage der Einwilligung der betroffenen Personen zum Studieneintritt. In einem IN wurden die Termine mit den Interviewteilnehmenden durch die Projektkoordination vor Ort ausgemacht und

vorab keine Daten zur Kontaktaufnahme zur Verfügung gestellt. Die Interviews fanden im Zeitraum von März bis Juni 2019 in der Häuslichkeit der Teilnehmenden statt. Insgesamt wurden 13 Einzelinterviews, 6 Doppelinterviews und ein Interview mit vier Personen (ein Patientenpaar und zwei Angehörige) geführt. Während der Interviews entstanden insgesamt 23 Pictor-Bilder, d. h. eine Visualisierung der „individuellen Versorgungslandschaft“ der Teilnehmenden.

Die Rekrutierung für die Zweitbefragung fand von März bis Mai 2020 statt. Dafür wurden alle Teilnehmenden der Erstbefragung, soweit sie nach wie vor als Teilnehmende der RubiN-Studie geführt wurden, erneut telefonisch kontaktiert und um die Teilnahme an einem Telefoninterview gebeten. Die Kontaktaufnahme durch ein Mitglied des Studienteams war mit der Projektkoordination vor Ort abgesprochen und die Patientinnen und Patienten in den meisten Fällen vor der Kontaktaufnahme von der betreuenden Gesundheitsfachkraft informiert. In einem IN wurden die Terminabsprache und der Telefonkontakt erneut von der Projektkoordination vermittelt. Insgesamt konnten 17 Termine vereinbart werden. Eine Teilnehmerin zog ihre Interviewzusage wieder zurück, erklärte sich aber bereit ein Pictor-Schaubild ihrer aktuellen Versorgungssituation anzufertigen und sich auf postalischen Weg zu beteiligen. Die Telefoninterviews (16 Einzelinterviews und 2 Doppelinterviews (unter Beteiligung von jeweils 3 Personen inklusive Interviewer) wurden zwischen März und Juni 2020 geführt.

Die generierten Daten bestehen (1.) aus dem Text des audio-aufgezeichneten, verbatim transkribierten Interviews sowie (2.) aus den in Interviews der Erstbefragung mit der Pictor-Methode erstellten Schaubilder.

Fallbezogene Verlaufsauswertung

Anhand der Erst- und Zweitinterviews wurden insgesamt n=19 Fälle, für die eine Verlaufsdocumentation mit je zwei Befragungspunkten aus Patienten- bzw. Angehörigensicht vorliegt, gesondert betrachtet. In diesem Sample sind die einzelnen IN mit 2-5 Fällen vertreten. Eine Übersicht zu soziodemographischen Angaben zum Zeitpunkt des Erstinterviews finden sich in Tabelle 29.

Tabelle 29: TP3_Merkmale der Patientinnen und Patienten, die an der qualitativen Befragung teilgenommen haben

Merkmale der Patientinnen und Patienten		Interventionsnetze (n=24)	Kontrollnetze (n=11)
Geschlecht Anzahl (%)	Männlich	10 (41,7)	4 (36,4)
	Weiblich	14 (58,3)	7 (63,6)
Alter (Jahre)	MW (SD)	79,04 (3,67)	78,45 (2,79)
	Min - Max	71 - 85	74 - 83
	Fehlend	0	2
Ich lebe allein zu Hause	Ja	11 (45,8)	2 (18,2)
	Nein, mit (Ehe-)Partner	10 (41,7)	9 (81,8)
	Nein, mit Angehörigen	4 (16,7)	0
Pflegegrad	Keinen Pflegegrad	9 (37,5)	9 (81,8)
	Kein Pflegegrad, aber beantragt	5 (20,8)	0
	Pflegegrad 1	3 (12,5)	0
	Pflegegrad 2	3 (12,5)	0
	Pflegegrad 3	3 (12,5)	1 (9,1)
	Pflegegrad 4	1 (4,2)	
	Pflegegrad 5	0	
	Fehlend	0	1 (9,1)

Wohnort	Großstadt mit >100.000 EW	5 (20,8)	3 (27,3)
	Größere Kleinstadt mit 20.000-100.000 EW	3 (12,5)	6 (54,5)
	Ländliche Kleinstadt mit 5.000-20.000 EW	4 (16,7)	2 (18,2)
	Dörfliche Siedlung <5.000 EW	12 (50,0)	0

Für diese Fälle ließ sich ein Versorgungsverlauf in Bezug auf das Zusammenspiel verschiedener Akteure in der Versorgung und die besondere Rolle der CM in diesem Szenario betrachten. Die Grundlegende Analyseeinheit bei der Betrachtung eines Fallverlaufs bildete die „individuelle Versorgungslandschaft“. Sie umfasst „Menschen, Dienste und andere Faktoren“, die – nach Angaben der interviewten Person – an der Versorgung beteiligt sind. Die Versorgungslandschaft zentriert damit in der fallbezogenen Auswertung der Patienten- und Angehörigeninterviews auf die subjektive Versorgungserfahrung der Studienteilnehmenden. Der Eindruck oder die „Spur“, den das CCM hier hinterlässt sowie Veränderungen im zeitlichen Verlauf lassen sich aufzeigen.

In der fallbezogenen Auswertung der Versorgungsverläufe wurden anhand des vorliegenden Interviewmaterials vier Sinnkategorien bilden. Dabei standen zu jeder Kategorie die folgenden Fragen in Bezug auf die Verlaufsfälle im Vordergrund: a.) Wie sehen Patientinnen und Patienten ihre eigene Versorgung bzw. Versorgungssituation? b.) Welche Veränderungen sind im Projektverlauf ersichtlich? c.) Welche Rollen oder Positionen begleiten das CCM innerhalb der vorgestellten individuellen Versorgungslandschaften? d.) Was machen die CM, was ermöglicht das CCM (aus Sicht der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen)? Die Ergebnisse der Fallbetrachtungen sind nachfolgend und im Anhang 62 zusammengefasst.

a. Merkmale Versorgungslandschaften

Im Zentrum einer jeweiligen Versorgungslandschaft stehen nicht zwangsläufig Ärztinnen und Ärzte und andere Leistungserbringer, sondern viel eher Beziehungen zu unmittelbaren Angehörigen und weiteren Personen des persönlichen Umfelds. Der Fall P0502 ist hierfür instruktiv (siehe Abbildung 67). Teilweise sind Patientinnen oder Patienten selbst Angehörige und in die Versorgung einer anderen Person eingebunden. Die Grenzen zwischen versorgenden und zu versorgenden Personen sind entsprechend fließend.

Weiterhin bemerkenswert ist die große Bedeutung, die Hilfsmittel haben. Vom Duschstuhl, über das Blutdruck-Tagebuch oder den neuen Handlauf bei der Eingangstreppe: oft sind solche „Dinge“ strukturierendes Element einer Versorgungslandschaft. Sie helfen Studienteilnehmenden den Alltag im Alter zu bewältigen und tragen oft in hohem Maße dazu bei (ein Gefühl von) Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit zu bewahren und Selbstbewusstsein zu fördern. Auch dies lässt sich am Fallbeispiel P0502 (Abbildung 67) exemplifizieren. Es sind die Gehilfen (Stock und Rollator), die im Schaubild gleichsam zwischen den beiden Seiten rechts (medizinischer Bereich) und links (Freunde und Familie) vermitteln.

Geriatrische Versorgung wird von teilnehmenden Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen als komplexes Zusammenspiel verschiedener in Beziehungen stehender Elemente definiert. Was die Teilnehmenden erzählen und mittels ihrer Schaubilder visualisieren, weist darauf hin, dass Patientin oder Patient zu sein von den Teilnehmenden nicht als eine feststehende Aufgabe verstanden und erlebt wird, sondern als kontinuierliche, auch flexible Umgangsweise und Aushandlungssache.

b. Veränderungen Versorgungslandschaften

Eine Veränderung der individuellen Versorgungslandschaften der betrachteten Fälle geht oft einher mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (z. B. Wegfall von Sozialkontakten bei voranschreitender Mobilitätseinschränkung) und resultiert gleichzeitig

aus Entwicklungen angestoßen durch im Rahmen des CCM erbrachter Beratungs- und/oder Koordinierungsleistungen. Einzelne Elemente (Menschen, Dienste, andere Faktoren) treten hinzu, oft auf Vermittlung und Initiative der/des CM. Das CCM selbst rückt dabei selten in eine zentrale Position der Versorgungslandschaft (siehe nächster Absatz).

c. Positionen CCM

In den von den Versorgungslandschaften abgebildeten Versorgungs- bzw. Hilfenetzen der Patientinnen und Patienten spielt das CCM jeweils eine unterschiedlich starke Rolle. Nicht selten ist die Position der CM eher randständig bzw. das CCM wird als beratende Instanz, die im Hintergrund wirkt oder auch nur bereitsteht, wahrgenommen. In den Schilderungen der Patientinnen und Patienten wird die CM häufig als verlässliche und zumeist kompetente Ansprechpartnerin ausgewiesen. Die CM ist jemand, die da ist, die man anrufen und um Rat fragen kann, die aber auch von sich aus anruft, evtl. vorbeikommt, um einmal „nach dem Rechten“ zu sehen, also durch präventive Hausbesuche oder telefonisches Nachfragen manchmal auch eine Kontrollinstanz darstellt ohne dass dabei jemals auf individueller Ebene alle Stränge einer Versorgungscoordination mit dem CCM verbunden wären oder die komplette Koordinierung einer individuellen Versorgungslandschaft durch die CM übernommen werden würde. Sehr bezeichnend ist folgende Interviewpassage, in der ein selbst als Patient an der Studie teilnehmender Angehöriger einer Studienteilnehmenden sich zur Unterstützung äußert, die er für die Versorgungscoordination hinsichtlich der Bedarfe seiner Frau erhält. Er sagt:

„Und so, mit dieser Frau //Name Casemanagerin/, ist es dann halt so, da kommt adäquate Hilfe. Sie kann genau sagen 'So, das und das ist der nächste Schritt'. Ich habe ihre Handynummer, im Akut-Fall, das musste ich gestern eh in Anspruch nehmen, dann kann ich eben kurz Rücksprache halten und eh dann weiß ich wieder, wo es langgeht.“ (P0203)

Der CM wird hier die Rolle einer Lotsin oder Wegweiserin zugeschrieben. Entscheidend ist hier, dass die CM diese Funktion nicht einmalig zu einem singulären Zeitpunkt ausfüllt, sondern ihre Bedeutung für die Patientin und deren Angehörigen besteht hier in einer fortwährenden Verfügbarkeit. Die CM konnte hier ein Vertrauensverhältnis zu dem Angehörigen etablieren, in dem sie sich immer wieder bereit, d.h. erreichbar und kompetent, zeigt, durch „kurze Rücksprache“ „adäquate Hilfe“ zu leisten.

d. Aufgaben CCM

Das CCM erhebt individuelle Versorgungsbedarfe und vermittelt medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Hilfeleistungen (Anhang 62). Durch die Vermittlung von Hilfsmitteln und Sozialkontakten kann das CCM beispielsweise Teilhabe ermöglichen. Bedarf und Möglichkeiten für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen können erhoben und die Inanspruchnahme haushaltsnaher Dienstleistungen (inklusive Kostenübernahme) eingeleitet werden. All dies kann in den betrachteten Fällen zur Erhöhung individueller Selbstständigkeit beitragen. Das CCM unterstützt bei Anträgen und gewährleistet den Informationsfluss zwischen Patientinnen und Patienten und deren Hausärztinnen und -Ärzten, wie folgendes Zitat aus einem Interview mit einer Patientin zum Ausdruck bringt:

„Also ich finde die Frau sehr nett, einfühlsam und Sie stellt auch keine Fragen, ähm, wie soll ich mich jetzt ausdrücken, die peinlich sind. Also für mich war peinlich, dass ich inkontinent bin [...] und das hat sie für mich, das [hat sie] mit meinem Arzt besprochen. Das brauchte ich ihm gar nicht erneut zu sagen. Das hatte sie schon mit ihm gesprochen und er hatte mich erst zu einem Urologen geschickt und dann hat er mir Einlagen verschrieben. Da brauchte ich gar nicht erneut drum fragen, das hat er so gemacht, weil er von Frau //Name CM / schon unterrichtet war.“ (P0404_2)

Das CCM kann Angehörige entlasten, in dem moralischer aber auch organisatorischer Beistand geleistet wird und Verantwortung übernommen wird.

Eine wichtige erbrachte Leistung, die sich in den Berichten unserer Interviewpartnerinnen und -partner finden lässt, ist es, Hilfesuche und Hilfeannahme zu legitimieren, d. h. bei Patientinnen und Patienten das Berechtigungsgefühl für den Erhalt von Leistungen zu stärken. Dies kann beispielweise dadurch gelingen, wenn eine CM der Prüfung des MDK für eine Pflegegraderhöhung beiwohnt.

Abbildung 67: TP3_PICTOR-Schaubild P0502 und zugehörige Bild- und Fallbeschreibung



3.3.1.2 Zusammenfassung: CCM aus Patientenperspektive

Das Patientin- und Patient-Sein im höheren und hohen Alter wird von den Studienteilnehmenden, mit denen gesprochen wurde, nicht als Zustand, sondern eher als ein diffuser, oft mit erheblichen Unsicherheiten verbundener Veränderungsprozess erlebt, in dem oft eine Vielzahl von und Vielfalt an gesundheitlicher und anderer Probleme zusammenkommen mit unterschiedlichsten Lösungsstrategien. Beides ist entscheidend dafür, dass wir es nicht mit einer einheitlichen Kategorie – die geriatrische Patientin bzw. der geriatrische Patient – zu tun haben, sondern mit einem sehr heterogenen Feld. Das CCM, das

im Rahmen von RubiN angeboten wird, scheint für die Arbeit in diesem Feld vorteilhaft positioniert. Aufgrund der Nähe zu Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten gleichermaßen scheinen die CM in den betrachteten Fällen meist in der Lage zu sein, die je individuelle Versorgungssituation mit den je spezifischen Problemen der Patientinnen und Patienten zu erfassen und „passgenaue“ Hilfestellungen zu entwickeln. Die CM wirkt dabei oft genug erfolgreich als Vermittler und Arrangeur sowohl im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung aber auch im Bereich des Wohnumfeldes, der haushaltsnahen Dienstleistungen und der sozialen Kontakte und kann so für die Patientinnen und Patienten und mit ihnen gemeinsam Strukturen schaffen, die oft als sehr verlässlich wahrgenommen werden und damit Sicherheit im Versorgungsalltag zu Hause herstellen.

3.3.2 Ergebnisse zu qualitativen Expertenworkshops mit den neu qualifizierten CM

3.3.2.1 Passung der Intervention: Schulung und Curriculum

Dieser Abschnitt untersucht das Schulungskonzept des CCM im Hinblick auf dessen Angemessenheit und Passung. Dabei steht die Beantwortung folgender Fragen im Vordergrund: Wie ließ sich das (Schulungs-)Konzept zum Casemanagement, welches von GeriNet e.V. in Leipzig entwickelt wurde, auf die Bedingungen der anderen Modellregionen übertragen? Welcher Anpassungsbedarf am Curriculum lässt sich aufgrund der Erfahrungen der CM in den IN formulieren?

3.3.2.1.1 Hintergrund

GeriNet e.V. war Schulungspartner des Projekts und hat die Qualifizierung der im Rahmen der Intervention eingesetzten Gesundheitsfachkräfte übernommen. Grundlage für die Qualifizierung bildete das modulare GeriNurse-Curriculum [2]. Es lehnt sich an das Fortbildungscurriculum „Case Management in der ambulanten Medizin“ der Bundesärztekammer [33] an. Das Curriculum der Bundesärztekammer wiederum greift Elemente aus dem „Schulungskonzept agneszwei“ auf, das im Rahmen der Initiative „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ entwickelte wurde [34]. Das GeriNurse-Curriculum versteht sich als Weiterbildungsprogramm für Angehörige von Gesundheitsfachberufen. Die Lernziele umfassen dabei die spezielle Fallbegleitung von „Risikopatienten ab dem 65. Lebensjahr“ (Casemanagement) „unter Berücksichtigung der regionalen und länderspezifischen Versorgungsstrukturen“ (Caremanagement). „Das Fachcurriculum stellt die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in den Mittelpunkt und ermöglicht den Absolventen, die Komplexität der älteren multimorbiden Patienten bis hin zum hochaltrigen Risikopatienten im ambulanten Setting zu begleiten.“ [2] Es werden 10 Handlungsfelder definiert, für die im Rahmen des Curriculums Fachkompetenzen, Fertigkeiten und Sozialkompetenzen vermittelt werden sollen:

1. Gesundheits- und Projektmanagement
2. Risikoerkennung – Erstellung clinical pathways
3. Casemanagement
4. Risikomanagement, Abrechnungsverfahren, Controlling
5. Caremanagement - Regionales Quartiersmanagement
6. Public Health – Gremienarbeit
7. Evidence-based Medicine, Nursing - Wissenschaftliches Arbeiten
8. Versorgungsmodelle entwickeln
9. Qualitätsmanagement
10. Supervision, Coaching, kollegiale Beratung, Fallbesprechung

Das angepasste Curriculum, das bei der Qualifizierung im RubiN-Projekt zur Anwendung kam, konzentrierte sich dabei auf die Handlungsfelder 1-6. Das geht aus dem Lehrplan für die Praxisschulungen, die vor Ort in den 5 Modellregionen durchgeführt wurden, vor, welcher

dem Studienteam vorliegt (Tabelle 30). Die Schwerpunkte bilden die Handlungsfelder „Casemanagement“ und „Risikoerkennung“. Mit kleineren Zeitkontingenten sind die Handlungsfelder „Gesundheits- und Projektmanagement“, „Caremanagement – Regionales Quartiersmanagement“ sowie „Public Health – Gremienarbeit“ (letzteres als Teil des Caremanagements) berücksichtigt.

Tabelle 30: TP3_ Lehrplan CCM-/ GeriNurse-Praxisschulung

Lerninhalte/Themen	Zeiteinheit
Gesundheits-/Projektmanagement	5 h
Risikoerkennung – Erstellung Clinical Pathways	10 h
Casemanagement	15 h
Risikomanagement/Abrechnungsverfahren/Controlling	5 h
Caremanagement – Regionales Quartiersmanagement/Public Health/Gremienarbeit	5 h

Das Qualifizierungsprogramm bestand für die angehenden CM aus einem Onlineteil (40 Stunden) und einer Praxisschulung in Präsenz (40 Stunden). Die Onlineschulung bestand aus der selbstständigen Bearbeitung einer Hausaufgabe, Videosprechstunden und Videotutorials (abrufbar über eine Blended-Learning-Plattform). Die Praxisschulung absolvierten die Teilnehmenden in Form eines einwöchigen Präsenz-Workshops, der in jedem Netz durchgeführt wurde. An die beiden Schulungsformate (online und in Präsenz) schloss sich die „erweiterte Ausbildung im praktischen Alltag“ an. Diese umfasste 1.) den begleiteten Praxiseinsatz mit Überprüfung des Einsatzes von Assessment, Beratung und Hilfeplanerstellung, 2.) die strukturierte Reflexion durch die Erstellung von Fallvorstellungen für die kollegiale Beratung; sowie 3.) das begleitende Coaching in Form von Einzel- und Gruppensupervision und Möglichkeit zur Fallbesprechung mit der Tutorin oder dem Tutor. Dafür waren insgesamt 250 Stunden für die CM im Projektverlauf vorgesehen.

3.3.2.1.2 Übertragung des Schulungskonzepts

Zur Bearbeitung der Frage, welche Anpassungen des Schulungskonzeptes im Projektverlauf vorgenommen wurden und welche Funktionen sich bei seiner Umsetzung gut auf die Modellregionen übertragen ließen, werden im folgenden Informationen verwendet, die mittels zweier explorativer Experteninterviews [35] und einem plausibilisierenden Expertengespräch mit den beiden für die Schulung verantwortlichen Personen gewonnen wurden. Die beiden Einzelinterviews wurden im Herbst 2019 vor Ort geführt (TP4). Ihnen ging eine Abstimmung des Frageleitfadens zwischen TP3 und TP4 voraus. Das Doppelinterview erfolgte ein Jahr später über eine Videokonferenzschaltung (TP3).

Inhaltliche Anpassungen

Nach Aussage der verantwortlichen Trainerin und des Trainers wurde das vorhandene Schulungskonzept von GeriNet unter Vornahme geringer Anpassungen bei der Qualifizierung der CCM-Gesundheitsfachkräfte angewandt. Beide Gesprächspartner betonen die hohe inhaltliche Kontinuität zwischen beiden Konzepten:

„Ansonsten wird eigentlich alles sehr gleich gemacht. Also ich sehe jetzt nicht den Unterschied zwischen GeriNurse und Rubin. Weil es sind GeriNurses. Es sind ja GeriNurses, die da arbeiten jetzt, genau.“ (CCM-Trainer, Einzelinterview 2019)

Formale Anpassungen seien allerdings notwendig geworden:

„[D]ie Grundlage bleibt. Das Fachcurriculum-GeriNurse, klinisch wie ambulant. Also wir mussten jetzt aufgrund des Gutachtens und der Streichung von Geldern das Curriculum nochmal anpassen. Also wir wären sonst mit einer praktischen Woche in der Region gestartet und hätten mit einer praktischen Woche in der Region geendet. Das geht nicht mehr. Also wir hatten dann umdisponiert und haben gesagt 40 Stunden online sollen sie voraus machen.“ (CCM-Trainerin, Einzelinterview 2019)

Eine inhaltliche Anpassung, die bei der Übertragung des GeriNurse-Curriculums auf den RubiN-Kontext erfolgt sei, ist die starke Betonung des geriatrischen Assessments und hier besonders die standardisierte Erhebung von Lebensqualität:

*„Was jetzt bei Rubin noch einmal einen gesonderten Fall nochmal aufregend ist, ist nochmal eine Erweiterung der riesigen Assessments was Lebensqualität angeht.“
(CCM-Trainer, Einzelinterview 2019)*

Darüber hinaus wurden nach Aussage der Trainerin und des Trainers inhaltlich keine wesentlichen Veränderungen vorgenommen. Allerdings spielten von Beginn an regionale Besonderheiten und die jeweils netzspezifische Versorgungsstruktur eine Rolle in der Qualifizierung der CM.

Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

Regionale Besonderheiten der jeweiligen ÄN fanden mithilfe einer Rechercheaufgabe, die die Erstellung des gemeinsamen sogenannten Dienstleistungskatalogs beinhaltete, im Schulungsprogramm einen strukturierten Niederschlag. Der in der ersten Schulungseinheit von den Teilnehmenden erstellte Dienstleistungskatalog sollte einen Überblick bieten, über die netzspezifische Versorgungsstruktur und das zukünftige Wirkungsfeld der Schulungsabsolventinnen und Absolventen. Wie die Trainerin im Interview berichtete, konnte mithilfe des Dienstleistungskatalogs einerseits der in einem Netz vorhandene Wissenstand zu Angeboten und Dienstleistern reflektiert und ergänzt werden. Zum anderen konnte anhand des Dienstleistungskatalogs im Rahmen des Schulungsprogramms auf regionalspezifische Versorgungs- bzw. Angebotslücken, z. B. in manchen Netzen im Bereich der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, eingegangen werden:

„Die Casemanager haben uns dann während der Schulungen ganz deutlich gezeigt, wo sozusagen Bedarfe sind. Also wir haben dann natürlich auch uns vermehrt auch darauf fokussiert, was jetzt gerade so Gründung von niedrigschwelligen Betreuungen oder so was geht, da haben wir natürlich..., [wenn wir sahen, das] existiert schon, da mussten wir hier weniger darauf eingehen, weil die Strukturen schon bestehen. Da sind wir in anderen Regionen deutlich mehr darauf eingegangen, gerade auf diese Betreuung nach SGB § 45b, da existiert in vielen Regionen noch nichts, oder nur wenig, das heißt wir haben auch gerade die Projektleitung und die Casemanager dort darauf hingewiesen, dass man hier sehr viel Strukturen aufbauen muss im Bereich des Caremanagements. Da muss man dann ganz regional darauf eingehen.“ (CCM-Trainerin, Einzelinterview 2019)

Im Interview geht der Trainer weiterhin auf Inhalte des GeriNurse-Curriculums ein, die sich gut auf die einzelnen ÄN übertragen ließen:

„Gut übertragen lassen sich so Anwendungsbeispiele. Depressionen, lässt sich überall gleich anwenden, also Umgang mit Depressionen, lässt sich überall gleich an [...] das sind so die allgemein gültigen Sachen. Umgang mit Ämtern, auch überall allgemeingültig, kann man sagen. Umgang mit schwierigen Patientensituationen, also das wiederholt sich auch tatsächlich überall. Ähnliche Fälle, also überall hat man einen gewissen Prozentsatz an Gewaltfällen, überall hat man einen gewissen Prozentsatz an extremer Isolation, überall hat man so seine Probleme mit dem Wohnumfeld, Mobilität, [...] man muss unterscheiden zwischen Stadt und Land. Mobilität ist trotzdem auch in der Stadt eine Problematik.“ (CCM-Trainer, Einzelinterview 2019)

3.3.2.1.3 Angemessenheit des Curriculums

Die Frage nach der Angemessenheit des Schulungsprogramms war Gegenstand der als Workshop ausgerichteten vidoekonferenzgestützten Gruppeninterviews, welche mit den qualifizierten Gesundheitsfachkräften der einzelnen IN im Sommer 2020 geführt wurden.

In dem dafür vorgesehenen Workshopteil sollten die Teilnehmenden vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen Kompetenzanforderungen und Schulungsinhalte des CCM reflektieren. Dafür wurden die Teilnehmenden gebeten, sich (1.) in einem Gedankenexperiment vorzustellen, sie würden die Schulung für eine neue Generation von CM vorbereiten und (2.) in Stillarbeit dazu zwei Fragen zu beantworten. Die Fragen lauteten: „Was müsste in dieser Schulung aus Ihrer Sicht unbedingt behandelt werden? Was würden Sie einer neuen Generation von Care- und Casemanagern von Ihren Erfahrungen mitgeben wollen?“ Die Antworten wurden per Email an die Sitzungsleitung geschickt. Die Teilnehmenden erhielten daraufhin die Gelegenheit, das Thema mündlich zu diskutieren, ohne dass die versandten Antworten gezeigt und explizit zum Gegenstand des Austauschs innerhalb der Workshopgruppe gemacht worden wären.

Die Antworten, die auf beide Fragestellungen von den Teilnehmenden aller 5 Workshops eingesandt wurden, wurden in der Nachbereitung in einem Datensatz zusammengefasst und unter Anwendung einer thematischen Analyse und der Creative Coding-Funktion von MAXQDA 2018 ausgewertet. Die Antworten konnten in 5 thematische Hauptkategorien unterteilt werden (siehe Abbildung 68). Diese Kategorien sind:

1. Fachwissen CCM mit den Unterkategorien „Medizinisches Grundwissen“, „Grundlagen Casemanagement“ und „Gesundheitssystemwissen“ (u.a. gesetzliche Grundlagen).
2. Schlüsselqualifikationen (wie z. B. Durchhaltevermögen, Empathie) mit der bedeutenden Unterkategorie „Kommunikation“;
3. Hinweise aus der Praxis;
4. Allgemeine Voraussetzungen (z. B. Lernbereitschaft, Berufserfahrung);
5. Wie sollte die Qualifizierung aussehen. Letztere Kategorie umfasst weniger Lern- und Wissensinhalte aber Bemerkungen zur formalen Ausgestaltung der Schulung, wie sie aus Sicht der CM vorteilhaft und für die Intervention angemessen ist.

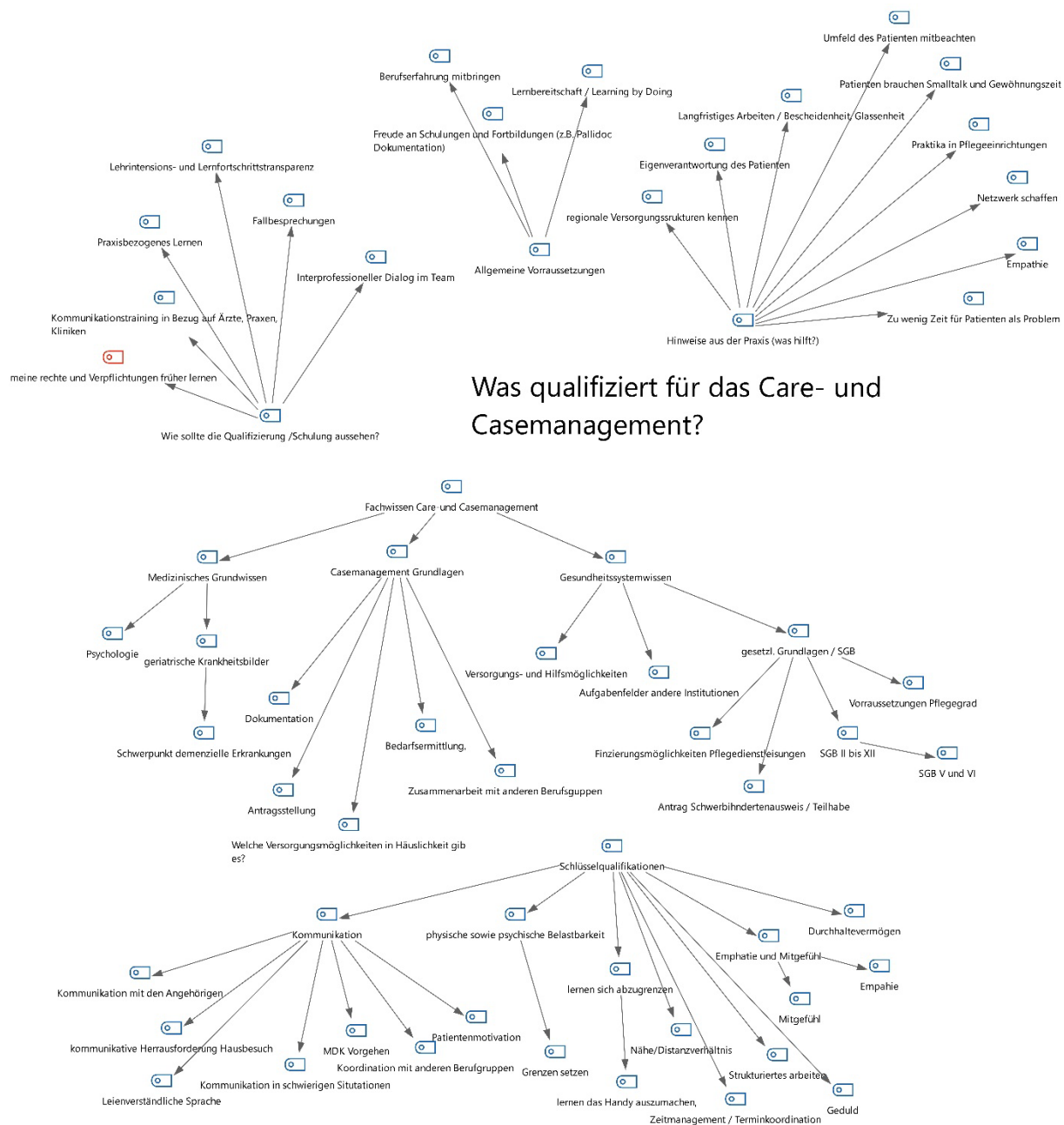
In den Reflexionen der Teilnehmenden CM stehen sich zunächst die beiden „gewichtigen“ Kategorien des CCM-Fachwissens und die der Schlüsselqualifikationen gegenüber.

Bemerkenswert sind die als „Hinweise aus der Praxis“ kategorisierten Wissens Elemente, die die Bedeutung praktischer Erfahrungen und die Notwendigkeit einer gewissen Arbeitspraxis ansprechen.

In den im Anschluss an diese Methode erfolgten Diskussionen zur Schulung kommen weitere Punkte zum Ausdruck. So sollte nach Ansicht der Teilnehmerinnen eines Workshops die Schulung stärker praktisch ausgerichtet werden und stattdessen weniger Theorie, z. B. zu Kommunikationsmodellen, beinhalten. Medizinisches Fachwissen sei dennoch wichtig und sei bei der erlebten Schulung, u. a. aus Zeitmangel, zu wenig vermittelt worden. (Protokoll Workshop CCM, 9.6.2020). Eine andere Workshopgruppe meinte, dass im Rahmen der Schulung zu wenig auf die Vorausbildung der Teilnehmenden eingegangen worden sei (Protokoll Workshop CCM, 24.06.2020).

Ein starkes Bedürfnis nach praxisbezogenen Lerninhalten und Schulungsmethoden lassen sich in den Antworten der Teilnehmenden erkennen. Die kontinuierliche fachliche Begleitung, die das Schulungskonzept in der Umsetzungsphase der Intervention für die neuqualifizierten CM vorsah, erscheint vor diesem Hintergrund genauso angemessen, wie die anwendungsorientierten Lernzielüberprüfungen wie Beispielfallbesprechungen und begleitete Praxiseinsätze (Hospitation).

Abbildung 68: TP3_Idealer Curriculum aus Sicht der CM, thematischen Auswertung



3.3.2.2 Förderliche und Hemmende Faktoren bei der Umsetzung

In diesem Abschnitt werden Ergebnisse der vorangegangenen Darstellungen zusammengeführt und förderliche und hemmende Faktoren bei der Umsetzung exploriert. Für deren Diskussion wird auf Ergebnisse der multiprofessionellen Fokusgruppeninterviews rekurriert.

3.3.2.2.1 Förderlich: Ärztenetze als rahmende Institutionen

Die Implementierung der Intervention erfolgte im Rahmen von zertifizierten AN. AN fungierten dabei als Projekt-Trägerorganisationen für die jeweiligen Modellregionen. Daraus resultierten bedeutsame Vorteile: (1.) Das jeweilige AN garantierte die regionale Verankerung der Intervention und erlaubte den Zugriff auf etablierte Strukturen. Hier sind insbesondere die beteiligten Haus- und Facharztpraxen selbst zu nennen. Sie konnten als Mitglieder der jeweiligen AN in die Projektumsetzung eingebunden werden und so konnte die Gewinnung

von Studienteilnehmenden erreicht werden. (2.) Die ÄN steuerten mit den Geschäftsstellen und der damit verbundenen technischen Ausstattung, den Büroräumen, den Wissensbeständen etc. eine wichtige operative Ressource für die CCM-Umsetzung bei. (3.) ÄN fungierten weiterhin als Arbeitgeber der CM und ermöglichten damit deren formale Unabhängigkeit von den (einzelnen) Arztpraxen. Das ÄN kann an dieser Stelle als förderlicher Faktor für die Umsetzung des CCM förderlicher Faktor aufgeführt werden.

3.3.2.2 Förderlich: Beauftragung des CCM durch Arztpraxen

Die CM konnten gegenüber den Patientinnen und Patienten als im Auftrag von deren (Haus-) Ärztinnen handelnd auftreten. Dieser Umstand wirkte, trotz der formalen Unabhängigkeit der CM von den Arztpraxen und wegen des Vertrauensvorschlusses, den die CM von vielen Patientinnen und Patienten aus diesem Grund entgegengebracht bekamen, als förderlicher Faktor für die Umsetzung der Intervention.

*„Ich rufe im Auftrag von Frau Dr. <T4>, von Herrn Sowieso, Frau Sowieso‘, egal welcher Arzt es jetzt ist. Wenn ich das gesagt habe, war das Vertrauen da. Hätte ich das nicht gesagt, also einfach nur eine Telefonliste von Patienten – nein.“
(RubiN_FG1_CM)*

3.3.2.3 Hemmnis: Schneller Sample-Aufbau

Mit Studienstart musste für den erfolgreichen Projektablauf von Beginn an schnell eine hohe Anzahl Studienteilnehmender bereitstehen. Das war für die Evaluation der komplexen Intervention notwendig, stellte aber eine Hürde für deren Umsetzung dar. Beispielhaft geht ein Hausarzt während eines Fokusgruppeninterviews auf diese Schwierigkeiten ein:

„[D]ie Anfangssituation war schwierig. Wo man echt dann Leute rekrutieren musste, die gar nicht wollten. War auch für uns doof, ja wir haben auch anderes zu besprechen, als zu sagen: „Möchten Sie nicht ins RubiN Projekt? Wollen Sie vielleicht doch?“ Das ist für uns auch echt doof gewesen. Also besser ist tatsächlich, man sucht die Leute dann raus, schreibt die in so ein Projekt ein, wenn auch was zu tun ist. Also das fände ich jetzt als Arzt besser.“ (RubiN_FG_4_A)

3.3.2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Vier Aspekte (interprofessioneller) Zusammenarbeit werden in diesem Abschnitt gesondert betrachtet. Zunächst geht es um die Zusammenarbeit, wie sie im Rahmen der Interventionsumsetzung in den einzelnen ÄN etabliert werden konnte. Hier soll insbesondere auf Besonderheiten der einzelnen Netze eingegangen werden. Anschließend soll anhand der Ergebnisse einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten der ÄN (IN und KN) die Zusammenarbeit zwischen Praxen und CM im Rahmen der Intervention aus ärztlicher Sicht betrachtet werden. Ein dritter Abschnitt widmet sich den Besonderheiten von ÄN im Allgemeinen und deren Bedeutung für interprofessionelle Zusammenarbeit.

3.3.2.4 Vergleich Versorgungsstrukturen und Erfahrungen

Um Unterschiede in den (interprofessionellen) Versorgungsstrukturen der ÄN darzustellen, wurden zu Beginn der Intervention mit einer speziellen Befragungstechnik (Pictor Technique) die „individuellen Versorgungslandschaften“ von Studienteilnehmenden erhoben (siehe Abschnitt 3.3.1.1). Zum Vergleich wurden auch in den KG Patientinnen und Patienten zu ihrer Versorgung und den an der Versorgung beteiligten Hilfenetzen befragt. In einem KN konnten im Juni 2019 mit n=4 Patientinnen und Patienten und n=1 versorgendem Angehörigen ein Pictor-Interview geführt werden. Mit n=7 Studienteilnehmenden der 2 anderen KN wurden im März 2020 sowie im Februar 2021 leitfadengestützte Telefoninterviews geführt. Diese waren ebenfalls dahingehend ausgelegt, die Versorgungssituation der Befragten, sowie die an der Versorgung beteiligten „Menschen, Dienste und andere Faktoren“ zu erfassen und die

jeweiligen Unterstützungs- und Versorgerstrukturen der Studienteilnehmenden darzustellen. Die Rekrutierung der Interviewteilnehmenden fand mit Unterstützung der Geschäftsführungen sowie Projektmitarbeitenden der ÄN statt, die dem Studienteam Kontaktdaten von Studienteilnehmenden zur Verfügung stellten. Die Teilnehmenden wurden zumeist telefonisch, in wenigen Fällen zusätzlich schriftlich kontaktiert, um einen Interviewtermin zu vereinbaren. Die Dauer der Pictor-Interviews betrug durchschnittlich 49 Minuten und fand bei den Befragten zu Hause statt, die Telefoninterviews dauerten im Durchschnitt 29 Minuten.

Die Interviews wurden audio-aufgezeichnet, verbatim transkribiert und zusammen mit den Transkripten der Patienteninterviews der IG und unter Einsatz der Analysesoftware MAXQDA18 inhaltsanalytisch ausgewertet.

Unterschiede der Ärztenetze

Es zeigte sich, dass sich Unterschiede in den (interprofessionellen) Versorgungsstrukturen der ÄN nur bedingt mit Hilfe der Daten aus der Befragung der Patientinnen und Patienten (sowie der Angehörigen) darstellen lassen. Die einzelnen Fälle scheinen mit ihren spezifischen Problemlagen und Versorgungsarrangements in der Regel hierfür zu individuell und zu vielgestaltig zu sein, um einen sinnvollen Vergleich von Versorgungsstrukturen auf Ärztenetzebene zu ziehen. Das ÄN erscheint den befragten Patientinnen und Patienten nicht als nennenswerte Kategorie, wenn sie auf ihre Versorgung und die daran beteiligten Akteure blicken. Der Berührungspunkt zwischen Netz und Patientin bzw. Patient oder auch den versorgenden Angehörigen ist in KN und IN die Hausarztpraxis (seltener eine Facharztpraxis). In den Interventionsnetzen kommt als entsprechende Instanz das CCM bzw. die CM hinzu, das die Interviewteilnehmenden als persönliche und ebenfalls sehr individuelle Unterstützung wahrnehmen.

Veränderung durch die Intervention

Darüber hinaus wird beim Vergleich der Äußerungen von Patientinnen und Patienten und Angehörigen aus den IN mit denen der KN deutlich, dass diejenigen Gesprächspartnerinnen und -partner, die im Rahmen von RubiN in Kontakt mit einer CM stehen, stärker informiert wirken und in höherem Maße über Möglichkeiten und Zugänge zu spezifischen geriatrischen Versorgungsleistungen „Bescheid wissen“, als dies zumindest bei manchen Patientinnen und Patienten der KN der Fall ist. Was manchen Teilnehmenden der KG zu fehlen scheint, ist ein Ansprechpartner, den die Teilnehmenden der IG in Person der CM vorweisen können. Die Anbindung an das CCM vermittelt Letzteren die Sicherheit, zu wissen, an wen man sich wenden kann, wenn es nötig sein sollte – eine Sicherheit, die in der im Folgenden zitierten Passage aus einem Interview mit einer Teilnehmenden aus einem KN nicht vorliegt. Auf die Frage am Ende des Interviews, ob sie noch etwas anmerken wolle, fragt sie den Interviewer:

„[I]ch weiß nicht, in was für ner Position Sie sind, aber was gibt es für Möglichkeiten, das würde ich gerne wissen [...], wenn wir mal Hilfe brauchen, oder ich Hilfe brauche, von außen.“ (P0701)

Bei vielen Teilnehmenden der IG scheinen durch das Vorliegen von (Informations-)Zugängen Zukunftserwartungen zu überwiegen, die von relativer Zuversicht geprägt sind.

3.3.2.5 Vernetzung: Besonderheiten der Netze

Expertenworkshops CCM

Ergänzend zu den Interviews mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wurde eine Befragung der CM durchgeführt. Diese erfolgte mittels 5 videokonferenzgestützter Workshops, die im Zeitraum von Mai bis Juli 2020 stattfanden. In der Art von Fokusgruppeninterviews wurden hier die CM als Expertinnen und Experten zur Umsetzung des CCM in den jeweiligen ÄN befragt. Unter Anwendung verschiedener Aktivierungs- und

Visualisierungsmethoden konnten die Teilnehmenden ihre Erfahrungen und Sichtweisen diskutieren und in Einzel- wie auch Gruppenarbeit unterschiedliche Ergebnisdokumente erstellen. Die Workshops wurden von 2 Mitgliedern des Studienteams geleitet, wobei eine Rollenaufteilung in Moderation und technische Unterstützung vorgenommen wurde. Die Workshops beinhalteten für alle Teilnehmenden einmal die 60-minütige Videokonferenz und zum anderen die vorbereitende Erarbeitung einer Diskussionsgrundlage. Der Workshop wurde ursprünglich als Präsenzveranstaltung geplant. Für die aufgrund der Pandemiesituation notwendige Übertragung der inhaltlichen Konzeption in das asynchron-synchrone Online-Format, wurde auf mediendidaktische Beratung einer Vertreterin des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen zurückgegriffen. Im Anschluss an die Online-Sitzungen wurden die Teilnehmenden gebeten, sich an einer Kurzevaluation zu beteiligen. Die auf diesem Wege anonym erhobenen Rückmeldungen der Teilnehmenden wurde verwendet, um Anpassungen am Programm der Workshops vorzunehmen.

Insgesamt nahmen an den 5 Sitzungen 23 CM teil, 4 bis 5 Teilnehmende pro Netz. Sowohl die patientenbezogene Betreuungsarbeit (Casemanagement) als auch die auf den Aufbau von regionalen Versorgungsstrukturen und die Zusammenarbeit mit anderen Versorgern bezogene Vernetzungsarbeit der CM (Caremanagement) wurde in den Workshopsitzungen zum Thema gemacht. Im Themenbereich Casemanagement wurden mit den Teilnehmenden Fallbesprechungen hinsichtlich der beteiligten Versorgungsakteure auf Grundlage der insgesamt 21 im Vorfeld der jeweiligen Sitzung von den CM erstellten Fallbildern durchgeführt. Für die Bearbeitung des Schwerpunkts Caremanagement nahmen die Teilnehmenden eine Kartierung des vorliegenden Versorgernetzes vor. Hierauf konzentriert sich nachfolgende Ergebnisdarstellung. Ein dritter Workshopteil beinhaltete eine Reflexion zu Schulung und Qualifikation (siehe Abschnitt 3.3.2.1.3).

Die Erstellung der Versorgernetz-Karten erfolgte im Rahmen der videokonferenzgestützten Expertenworkshops mit den CM in Gruppenarbeit und mithilfe einer für das digitale Format adaptierten Variante der Pictor Technique [32]. Dabei wurden die Teilnehmenden zunächst gebeten, eine aus den Fallbesprechungen im vorangegangenen Workshopteil extrahierte Sammlung von „Menschen, Dienste und andere Faktoren“ zu ergänzen und zu verändern (Frage: „Mit wem arbeiten Sie bei der Koordination der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten zusammen? Mit wem haben Sie im Rahmen des CCM regelmäßig zu tun?“). Jeder aufgelistete Versorger wurde hier mithilfe eines digitalen Pictor-Pfeils dargestellt. Für jeden neuen Akteur, den die Teilnehmenden zu der Liste hinzunahmen, wurde ein neuer Pictor-Pfeil mit einer vom Plenum konsentierten Bezeichnung auf der mittels Screensharing für alle Teilnehmenden sichtbaren Oberfläche erstellt. Die Diskussion wurde dabei durch gezielte Nachfragen zu einzelnen Pfeilen und zur Art der jeweiligen Zusammenarbeit von der Moderation angeleitet. Die Anordnung der Pfeile erfolgte in einem zweiten Schritt durch eine von der Gruppe zu Beginn des Workshops bestimmten Teilnehmerin. Diese ordnete die Pfeile in der Weise an, wie es von der Workshopgruppe diskutiert und konsentiert wurde. Auf diese Art entstand ein strukturiertes Schaubild für jedes ÄN, mit dem nun jeweils eine Kartierung des im Rahmen des CCM geknüpften bzw. verwendeten Versorgernetzes vorliegt (Anhang 63). Die Bilder 1-4 liegen in einer finalisierten Fassung vor, Schaubild 5 konnte während des Workshops aufgrund technischer Schwierigkeiten nicht vollendet werden.

Während der Schaubilderstellung wurden von der Sitzungsleitung Impulsfragen zum Thema Zusammenarbeit und Netzstruktur an die Gruppe gestellt und die Teilnehmerinnen erhielten die Möglichkeit, die auf der gemeinsamen Versorger-Karte platzierten Bildelemente zu kommentieren sowie auf Probleme der Zusammenarbeit einzugehen. Die Diskussion wurde von beiden an den Sitzungen teilnehmenden Mitgliedern des Studienteams protokolliert. Die Protokolle flossen anschließend in eine die Schaubilderauswertung begleitende thematische Analyse ein.

Besonderheiten Versorgernetze

In allen 5 Versorgernetz-Karten finden sich gleichermaßen die folgenden Versorgergruppen genannt bzw. aufgeführt: Hausärzte, Fachärzte, Pflegedienste, Therapeuten (z.T. getrennte Aufführung von Ergotherapie und Physiotherapie), Sanitätshäuser und Haushaltshilfen (bzw. Hauswirtschaftskraft). Daneben gibt es auch besondere Zusammenarbeits-Akteure, die lediglich in der Karte jeweils einer CM-Gruppe aufgeführt wurden. Diese sind z. B.: Wohnungsgenossenschaft, Schlaganfallotse, Seniorenreisen, Handwerker, Vermieter, Apotheke, Alzheimergesellschaft, Hospiz, Pflegestützpunkte. Hier könnte u.a. die netzspezifische Zusammenarbeit mit einer regionalen Selbsthilfegruppe (Alzheimergesellschaft) oder auch die Präsenz eines besonderen Modellprojekts (Schlaganfallotse) im betreffenden Netz zum Ausdruck kommen. Das singuläre Auflisten von Wohnungsbaugenossenschaften beispielsweise weist auf eine lokale Besonderheit für die Planung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen hin. Im städtisch geprägtem ÄN treten Wohnungsbaugenossenschaften augenscheinlich nicht selten als die Vermieter von Patientinnen und Patienten auf und mussten dort entsprechend von den CM in die Versorgungskoordination einbezogen werden.

Andere netzspezifischen Besonderheiten, die in den Workshops zum Ausdruck gebracht wurden, beziehen sich auf das Vorhandensein einer geriatrischen Klinik im Wirkungsgebiet des CCM.

Besondere strukturelle Voraussetzungen

In der Versorgernetz-Karte eines CCM-Teams (Anhang 63, Bild 1) fällt auf, dass der mit „Ehrenamt“ beschriftete Pfeil am äußersten Rand des Schaubildes platziert ist und vom Pfeil „PatientInnen“ weg weist. Aus den Bemerkungen der Teilnehmenden wird deutlich, dass Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliches Engagement hier stark zu fehlen scheinen. Dieser Mangel ist im Zusammenhang mit den besonderen Voraussetzungen zu verstehen, die in dem betreffenden Bundesland für die Abrechnung des Entlastungsbetrages für häusliche Pflege gelten. Im Vergleich zu anderen Bundesländern mussten sich hier zum Zeitpunkt der Intervention nicht-professionelle Helferinnen und Helfer relativ aufwendig qualifizieren, bevor sie über den Entlastungsbeitrag einer Patientin oder eines Patienten entschädigt werden konnten. Die CM machen diese landesspezifische Voraussetzung dafür verantwortlich, dass in ihrem Netz die ehrenamtliche Unterstützung und Nachbarschaftshilfe nur schwer zu institutionalisieren sei und dass trotz bestehenden Bedarfes der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen keine hohe Bedeutung beigemessen werden kann. Dass diesbezüglich eine strukturelle Besonderheit in diesem Netz vorherrscht, lässt sich auch daran ablesen, dass „Ehrenamt“ in den Versorgernetz-Karten von drei anderen CCM-Teams ebenfalls aufgeführt ist („Ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe“ in Bild 4), der betreffende Pfeil sich aber jeweils in relativ zentraler Position befindet.

Geleistete Vernetzung

Die meisten Teams berichten von speziellen Reha-Sportgruppen, die auf Initiative der CM etabliert worden seien oder sich gerade im Aufbau befinden würden (Protokoll Workshop CCM 09.6.2020). Als Ergänzung zu der Feststellung, dass mit Ausnahme der Sportgruppen „viel Neues in der Versorgungslandschaft nicht hinzugekommen sei“ (Protokoll Workshop CCM, 09.06.2020) betont eine Teilnehmerin die Vermittlerrolle, die die CM zwischen unterschiedlichen Versorgungsangeboten und Leistungsbringern einnehmen. Sie gibt folgende, wohl für das Selbstverständnis aller Teams treffende Aufgabenbeschreibung des CCM: „Aus dem, was es bereits gibt, für die Patienten das passende Angebot zu finden und sie darin zu unterstützen, das Angebot in Anspruch zu nehmen.“ (Protokoll Workshop CCM, 09.06.20).

Schwierigkeiten

Als hemmende Faktoren in der Vernetzungstätigkeit werden in den Workshopgruppen einerseits fehlende Angebote, wie beispielsweise in Nachtcafés, geltend gemacht. Zum anderen berichten die CM vom allgemeinen Fachkräftemangel bei Gesundheitsdienstleistern, z. B. im Bereich der ambulanten Pflege oder der Physiotherapie, welche erschwerend auf die Arbeit der CM gewirkt habe. Dieser Aspekt der personellen Unterversorgung findet sich im Material der multiprofessionellen Fokusgruppeninterviews bestätigt. Den Zusammenhang zwischen Fachkräftemangel und Vernetzungsarbeit im Rahmen des CCM bringt hier eine CM wie folgt zum Ausdruck:

„Wir haben aber auch wirklich viel, also ich finde, das hat man auch im Verlauf der Projektlaufzeit gemerkt, dass wir doch vielen Diensten auch die Patienten zugeschustert haben tatsächlich. Also wir haben so wirklich im Verlauf gemerkt, dass wirklich ganz oft dann wirklich wahnsinnig die Kapazitäten erschöpft sind. Die haben natürlich auch alle Personalmangel, das ist halt ein Thema, das brauchen wir nicht runterreden, ist halt so. Die ambulanten Dienste sind oft einfach so überfordert, dass auch die keine Aufnahmemöglichkeiten mehr haben, was natürlich dann auch wiederum die Arbeit und die Versorgung – ja, erschwert.“ (RubiN_FG5_CM)

Zusammenfassung

Mit Blick auf die Ergebnisse der Expertenworkshops lässt sich zusammenfassend sagen, dass (Multi-)Professionalität und hohe Flexibilität der CCM-Teams sowie deren institutionelle Anbindung in die Praxisnetze dazu führen kann, dass es den einzelnen CM gelingt, für „ihre“ Patientinnen und Patienten belastbare und je eigene Versorgungsnetze zu knüpfen und dabei die unterschiedlichen jeweils zur Verfügung stehenden und notwendigen Versorger und Ressourcen (private, wie öffentliche) über Sektorengrenzen hinweg zusammenzubringen. Die erfolgreiche Arbeit der CM beruht dabei oft auf dem engen kommunikativen Austausch mit Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten, dem kontinuierlichen Einbezug des Umfeldes sowie einer regionalen Vernetzungstätigkeit, die die Besonderheiten der jeweiligen Kontexte berücksichtigt. Caremanagement und Casemanagement stehen dabei in einer wechselseitigen Beziehung und so hat die fallbezogene Versorgungskoordination in den einzelnen Modellregionen für viele geriatrische Patientinnen und Patienten tragfähige Versorgungsstrukturen entstehen lassen.

3.3.3 Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung der ärztlichen Mitglieder in den Ärztenetzen

3.3.3.1 Kollaboration und Koordination zwischen Versorgern

Um die Möglichkeiten und Grenzen, die für den Einsatz eines CCM in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten in zertifizierten AN bestehen, zu erheben, wurde im Herbst 2020 eine Fragebogenbefragung durchgeführt. Befragt wurden die ärztlichen Mitglieder der insgesamt acht an RubiN beteiligten AN. Die Teilnehmenden wurden gebeten die Versorgungssituation speziell ihrer geriatrischen Patientinnen und Patienten zu bewerten und Einschätzungen zu einem geriatrischen CCM abzugeben. Zusätzlich wurden Angaben zur Person und Praxis der befragten Haus- und Fachärztinnen bzw. -Ärzte erfasst.

Befragungsdurchführung

Die Befragung erfolgte mit einem selbstentwickelten Fragebogen, welcher größtenteils online über das Befragungstool SoSci Survey erstellt und verteilt wurde. Der Fragebogen beinhaltet 21 bzw. 22 Fragen. In der Version des Fragebogens, der in den AN ausgeteilt wurde, befand sich eine zusätzliche Frage zur Bewertung der Zusammenarbeit mit den CM. Fragen und Antwortmöglichkeiten wurden vor dem Einsatz des Online-Fragebogens mit insgesamt sieben

Hausärztinnen und Hausärzten in kognitiven Pre-Tests erprobt. Für die Befragung wurde ein Internet-Link zum jeweiligen Fragebogen elektronisch an die beteiligten Praxisnetze übermittelt. Die Internet-Links wurden dann von den Leitungen der Praxisnetze mit einer Teilnahmeempfehlung an ihre ärztlichen Mitglieder per Email weitergeleitet. Die Anzahl der Weiterleitungen lässt sich näherungsweise anhand der Mitgliedsstärke der Praxisnetze von ca. 720 Ärztinnen und Ärzten insgesamt, davon 348 mit hausärztlicher Facharztqualifikation bzw. Tätigkeit (Selbstauskünfte der Netze vor der Befragung) angeben. In allen Netzen erfolgte im Verlauf der Befragungszeit mindestens eine Erinnerung per Email, die erneut den Link zum jeweiligen Fragebogen enthielt. Um die Quote der Rückläufe aus den KN nach Ablauf der Onlinebefragung zu erhöhen, wurde der Fragebogen an die Ärztinnen und Ärzte zweier KN zusätzlich in Papierform verschickt. Die Adresslisten wurden zu diesem Zweck von den jeweiligen Geschäftsstellen zur Verfügung gestellt.

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgte zwischen September und November 2020 anonym. Die Auswertung der Antworten auf die Auswahl- bzw. Skalenfragen erfolgte deskriptiv mittels IBM SPSS Statistics 25. Die Ergebnisse der Freitextfragen wurden unter Zuhilfenahme von MS Excel 2016 und der Datenanalysesoftware MAXQDA 2018 inhaltsanalytisch ausgewertet.

Stichprobenbeschreibung

Der Fragebogen wurde von $n = 111$ Ärztinnen und Ärzten der beteiligten AN ausgefüllt, davon waren $n = 76$ Mitglied eines IN und $n = 35$ eines KN. Bezogen auf die Mitgliederstärken der Netze ergibt das eine Rücklaufquote von ca. 15,4 % insgesamt und 14,62 % bzw. 16,5 % für IN und KN im Einzelnen.

93,7 % der Teilnehmenden gaben an, niedergelassen zu sein und 75,7 % nannten als ihre Facharztqualifikationen Allgemein- und/oder Innere Medizin. 24,3 % gaben eine andere Facharztqualifikation an. Die Teilnehmenden waren im Mittel 54,78 Jahre alt (Standardabweichung 8,85) und zu 35,1 % weiblich. Aus beiden Gruppen gaben knapp zwei Drittel der Teilnehmenden an, dass die eigene Praxis Patientinnen und Patienten für die RubiN-Studie eingeschlossen und betreut habe (Intervention $n = 48$ vs. Kontrolle $n = 23$). Die meisten davon, nämlich insgesamt 41 Ärztinnen und Ärzte, schätzen die Anzahl der von der eigenen Praxis eingeschlossen Studienpatientinnen und -patienten auf zwischen 20 und 100, gegenüber 15 mit unter 20 und 9 mit mehr als 100.

Zusammenarbeit und Delegation

Über 90,0 % ($n=41$ aus 45) der Teilnehmenden aus den IN, die mit ihren Patientinnen und Patienten in den RubiN-Modellversuch einbezogen waren, gaben an, mit der Zusammenarbeit mit den CM zufrieden zu sein. Auch die Aussagen: „Der Casemanager schien mir kompetent“, „Ich hatte einen persönlichen Ansprechpartner“ und „Die Kommunikation erfolgte zeitnah“ erhielten mit jeweils über 90,0 % ($n=41-42$ aus 45) große Zustimmung. Mehr als zwei Drittel bezeichneten die Aussagen „Ich konnte mir dort Rat holen“ ($n=33$ aus 45) und „Wir haben die zukünftige Versorgung gemeinsam besprochen“ ($n=37$ aus 45) als zutreffend.

87,0 % ($n=40$ aus 46) der RubiN-Ärztinnen und -Ärzte aus den IN fanden, dass sich durch ihre Teilnahme an dem Modellversuch die Versorgung ihrer geriatrischen Patientinnen und Patienten verbessert habe. Die Einschätzung, wie gut die Versorgung ihrer geriatrischen Patientinnen und Patienten insgesamt ist, fiel bei den Antworten der Teilnehmenden aus den IN positiver aus als bei den Antworten aus den KN. Mehr als Dreiviertel der teilnehmenden RubiN-Ärztinnen und -Ärzte aus den IN ($n=36$ u. 37 aus 46) gaben jeweils an, dass sich die Informiertheit über die Versorgungssituation und die Hilfsmittelbedarfe ihrer geriatrischen Patienten durch die Studienteilnahme verbessert habe. Jeweils weniger als 40 % der teilnehmenden RubiN-Ärztinnen und -Ärzte aus den IN sahen hingegen eine Verbesserung durch die Studienteilnahme bei der Informiertheit über therapeutische Maßnahmen ($n=18$ aus 44), die finanzielle Situation ($n=16$ aus 43) und die fachärztliche Versorgung ($n=13$ aus 45) ihrer geriatrischen Patientinnen und Patienten.

Die Zustimmung zur Frage, ob verschiedene Leistungen von einer Casemanagerin oder einem Casemanager außerhalb der Praxis übernommen werden können, war bei den Teilnehmenden der IN höher als bei denen der KN. Vor allem traf dies auf die Leistungsgruppe der medizinischen Erhebungen und Testverfahren zu. Insgesamt zeigten beide Vergleichsgruppen eine hohe Bereitschaft zur Delegation von Versorgungsaufgaben an ein CCM.

Vorteile, Erleichterungen, Schwierigkeiten des CCM

In offen formulierter Frageform wurden die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nach Vorteilen (für Patientinnen und Patienten), nach Erleichterungen (im Praxisalltag) und nach allgemeinen Schwierigkeiten des geriatrischen CCM befragt. In drei Freitextfeldern, die den Fragen zugeordnet waren, konnten die Teilnehmenden jeweils ihre Einschätzungen in freigewählter Form angeben.

Bei der Auswertung der Antworttexte konnten insgesamt 409 Einzelantworten identifiziert werden. Jede identifizierte Einzelantwort wurde entweder *in vivo* oder in leicht abstrahierter Form codiert. In einem induktiven Verfahren wurden nun thematische Hauptkategorien entwickelt, denen die einzelnen Codes zugeordnet wurden. Dabei war lediglich die einfache Zuordnung möglich und es wurde überdies darauf geachtet die Hauptkategorien auf möglichst gleichmäßigem Abstraktionsniveau zu bilden. Nur wenige Codes pro Fragestellung mussten aufgrund von Nicht-Eindeutigkeit der jeweiligen Codierungen einer allgemeinen Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet werden.

Die im Auswertungsprozess gebildeten Hauptkategorien bildeten nun Grundlage einer Häufigkeitsauszählung. Die Anzahlen der jeweils einer Hauptkategorie zugeordneten Unterodes wurden im Anschluss miteinander verglichen.

a. Vorteile

Auf die Frage, welche Vorteile eine ganzheitliche Versorgungskoordination für geriatrische Patientinnen und Patienten habe, erhielten wir von insgesamt 87 Ärztinnen und Ärzten eine Antwort (61 aus IN und 26 aus KN). Aus den sich im Umfang und Inhalt stark voneinander unterscheidenden Freitexten konnten hier 189 Einzelantworten (d.h. Nennungen von Vorteilen) identifiziert werden (150 Intervention, 39 Kontrolle). Diese konnten fünf thematischen Kategorien zugeordnet werden. Diese sind (geordnet nach der Menge an Unterodes, die in einer Kategorie zusammengeführt wurden):

- 1.) Wohlergehen und Selbstständigkeit der Patienten (Verbleib in der Häuslichkeit),
- 2.) Informationen bereitstellen und Zugänge schaffen (für Patienten),
- 3.) Informationsgewinnung und -weitergabe (für Ärzte)
- 4.) Verbesserte/Umfassendere Versorgung,
- 5.) ebenenübergreifende Koordination und Kommunikation,
- 6.) Entlastung und Unterstützung bei ärztlichen Tätigkeiten.
- 7.) Ansprechpartner haben

Eine achte Kategorie „Sonstiges“ umfasst wenige Teilantworten, die aufgrund ungenauer Formulierung nicht zugeordnet werden konnten, sowie zwei negative Vorteilsnennungen (Untercode: „keine Vorteile“).

Die Antworten auf die Frage nach Vorteilen des CCM zeigen, dass die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte mit dem CCM neben einer allgemeinen Verbesserung der Versorgung vor allem eine Steigerung des Wohlergehens und der Selbstständigkeit ihrer geriatrischen Patientinnen und Patienten verbinden. Dies gilt im größeren Ausmaß für die Teilnehmenden der IN, bei denen **„Wohlergehen und Selbstständigkeit der Patienten (Verbleib in der Häuslichkeit)“** die merkmalsreichste Auswertungskategorie darstellt. In der Mitbetreuung von geriatrischen Patientinnen und Patienten werden weiterhin die CM von vielen Ärztinnen und Ärzten als diejenigen gesehen, die einerseits **„Informationen bereitstellen (für Patienten)“**

und andererseits **„Informationen gewinnen und weitergeben (für Ärzte)“**. Die befragten Ärztinnen und Ärzte weisen damit dem CCM eine für die Patientenversorgung wichtige Schnittstellenfunktion oder Mittlerrolle zu, die einerseits einen adäquaten Informationsfluss in beide Richtungen zu ermöglichen hilft, andererseits aber insbesondere für die Ärztinnen und Ärzte mehr beinhaltet als die einfache Weitergabe von Informationen, sondern für die Verbesserung der Versorgungssituation einen eigenständigen Beitrag zu leisten vermag, z. B. was die Bereiche der Früherkennung und Beurteilung des Wohnumfeldes angeht. Dies gilt auch hier in einem leicht stärkeren Ausmaß für die Teilnehmenden aus den IN.

b. Erleichterungen

Die Frage nach Erleichterungen im Praxisalltag, die sich mit dem Einsatz von CM in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten erreichen lassen, beantworteten insgesamt 85 Ärztinnen und Ärzte (59 Intervention und 26 Kontrolle). 108 Einzelantworten (Erleichterungen) konnten aus den Freitexten extrahiert werden (77 Intervention, 31 Kontrolle). Deren Zuordnung erfolgte in drei thematischen Kategorien:

- 1.) Zielgerichtete Abläufe und Effiziente Arbeitsteilung (inkl. Unterstützung bei Beratungstätigkeiten)
- 2.) Sicherheit, Kontrolle und Informationsgewinnung
- 3.) Verbesserung von Kommunikation, Austausch und Vernetzung

Eine vierte Kategorie („Sonstiges“) umfasst wenige Einzelantworten, die aufgrund ungenauer Formulierung nicht zugeordnet werden konnten, sowie zwei negative Vorteilsnennungen („keine Vorteile“).

Erleichterungen im Praxisalltag sehen die befragten Ärztinnen und Ärzte durch das Angebot eines geriatrischen Casemanagement vor allem auf dem Gebiet der Prozessoptimierung und Zusammenarbeit (Kategorie: **„Zielgerichtete Abläufe und effiziente Arbeitsteilung“**). Insgesamt 63 und damit 58,33% der gezählten Erleichterungsnennungen entfielen auf diese Hauptkategorie. Darunter fällt z. B. die häufig getätigte allgemeine Angabe: „Zeitersparnis für Arzt und Praxis“ (Intervention: 17, Kontrolle: 10, Gesamt: 27), aber auch die Nennung von sehr speziellen Aspekten einer (möglichen) praxisbezogenen Arbeitsorganisationsverbesserung durch ein geriatrisches Casemanagement, wie beispielsweise „schnelle Reaktionsmöglichkeiten bei Veränderungen“ und „bessere Patientencompliance“. Auch die – insbesondere von der IG relativ häufig angesprochene – Unterstützung des Praxisteam bei Beratungstätigkeiten wurde als Unterkategorie „Beratungstätigkeit und Aufklärung“ (Intervention: 9, Kontrolle: 1, Gesamt 10), zur Hauptkategorie „Zielgerichtete Abläufe und effiziente Arbeitsteilung“ hinzugezählt.

Bei der Frage, welche Erleichterung ein geriatrisches Casemanagement, für die Arztpraxen bereithält, zeigt sich eine ungleiche Verteilung von Antworten aus den Interventions- und Kontrollnetzen. Ist in den Antworten beider Untersuchungsgruppen die 1. Hauptkategorie **„Zielgerichtete Abläufe und Effiziente Arbeitsteilung (inkl. Unterstützung bei Beratungstätigkeiten)“** gleichermaßen stark vertreten, so gilt dies nicht für die 2. Hauptkategorie **Sicherheit, Kontrolle und Informationsgewinnung**. Hier wurden 29,87% der Erleichterungsnennungen aus den IN (n=23) zusammengefasst, aber nur 9,68% der Antworten aus einem KN (n=3). Dieses Verhältnis lässt sich dahingehend interpretieren, dass sich die eingesetzten CM im Lauf der Intervention aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten möglicherweise tatsächlich in einem gewissen Ausmaß für ein Aufgabenspektrum profilieren konnten, das über eine einfache Arbeitsteilung durch Delegation von Tätigkeiten, wie z. B. Sozialberatungen und Schnittstellenkoordinierung, hinausweist. „Kontrolle der Versorgungs- und Therapiesituation“, „gute Hinweise für Rezeptierungen“ und „frühzeitige therapeutische Interventionsmöglichkeit“ sind Beispiele für von IN-Ärztinnen und -Ärzten in der Befragung angeführte Erleichterungen, die auf eine enge Verzahnung zwischen den diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten der Ärztinnen und Ärzte selbst und den Unterstützungsleistungen

des geriatrischen Casemanagements hinweisen. Die unter dieser Kategorie vorgebrachten Erleichterungen scheinen demnach aus einer nicht nur unidirektionalen, interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und CM zu resultieren und nicht aus einem einfachen Task-Shifting von der Arztpraxis auf die CM.

c. Schwierigkeiten

Zur Frage nach Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Einsatz von Casemanagern zur Mitbetreuung geriatrischer Patienten nutzen 84 Teilnehmende das Freitextfeld (59 Intervention und 25 Kontrolle). 112 Einzelantworten konnten aus den eingegebenen Texten extrahiert werden (83 Intervention, 29 Kontrolle). Daraus wurden wiederum 7 thematische Kategorien gebildet:

- 1.) Schwierigkeiten mit Abstimmung und Kommunikation
- 2.) Vertrauen und Akzeptanz (von Patientenseite)
- 3.) Grenzen der Kompetenz und Passfähigkeit der Maßnahme
- 4.) Hürden bei Umsetzung und Strukturelles
- 5.) Überversorgung und höhere Kosten
- 6.) Schwächung des Arzt-Patienten-Verhältnisses
- 7.) keine Schwierigkeiten

Auch hier umfasst eine Sonderkategorie „Sonstiges“ wenige Einzelantworten, die nicht eindeutig formuliert sind und deswegen keiner thematischen Kategorie zugeordnet werden konnten. Der negative Antwortcode „keine“ wurde hier – anders als bei den vorangegangenen Fragen – nicht unter „Sonstiges“ subsumiert. Die hohe Frequenz dieses Kodes bei den Antworten auf die Frage nach den Schwierigkeiten des CM, rechtfertigt hier die Etablierung einer eigenen Hauptkategorie („keine“).

Bei den Antworten auf die Frage nach Schwierigkeiten des Casemanagements bildet „keine“, mit 21 Nennungen aus den IN und 4 Nennungen aus den KN, die insgesamt stärkste Kategorie. 29,76% aller 84 Antwortenden gaben in ihrem Freitextfeld explizit an, dass sie keine Schwierigkeiten eines geriatrischen CM sehen.

Für den Vergleich der Antworten aus den IN und den KN ist die Kategorie „**Grenzen der Kompetenz und Passfähigkeit der Maßnahme**“ interessant. Diese Kategorie umfasst 20,34% der Antworten aus einem IN, wohingegen lediglich 12% der Kontrollnetzantworten eine Schwierigkeit in diesem Bereich angeben. Ein ähnlicher Unterschied zwischen IN und KN lässt sich bei der Kategorie „**Überversorgung und höhere Kosten**“ feststellen. Aus den IN erhielten wir hier immerhin 9 Antworten, die Schwierigkeiten dieser Art, wie z. B. „höhere Inanspruchnahme von budgetierten Hilfsleistungen“, „Mitnahmentalität“, „hohe Kosten für Heil- und Hilfsmittel“, thematisieren. Demgegenüber lassen sich keine Antworten der KG dieser Kategorie zuordnen.

Ein umgekehrtes Verhältnis liegt bei den Kategorien „**Schwierigkeiten Abstimmung und Kommunikation**“ (Intervention: 14,46%, Kontrolle: 27,59%) und „**Vertrauen und Akzeptanz (von Patientenseite)**“ (Intervention: 9,64%, Kontrolle: 24,14%) vor. Hier haben die Teilnehmenden aus den KN verhältnismäßig häufiger Schwierigkeiten dieser Kategorie, wie z.B. „Akzeptanz von Angehörigen“, „Patientenakzeptanz“ und „Vertrauen aufbauen“, genannt als Teilnehmende aus den IN.

3.3.3.2 Besonderheiten von Ärztenetzen

Vor dem Hintergrund, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung eine immer größere Rolle spielt, sollten diesbezüglich die Besonderheiten von AN herausgearbeitet werden. Hierfür sollte die Befragung von Versorgern in den KN und hier insbesondere multiprofessionelle Fokusgruppeninterviews dienen, die im Herbst 2020 als Präsenzveranstaltung in den jeweiligen AN stattfinden sollte. Bei der Rekrutierung wurde das Studienteam von Mitarbeitenden der jeweiligen Geschäftsstellen

unterstützt. Pandemiebedingt und aufgrund voranschreitender Kontaktbeschränkungen bzw. Vorsichtsmaßnahmen in den Netzen konnten nicht genügend Teilnehmende gewonnen werden und lediglich eins der geplanten Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 5 Teilnehmenden stattfinden. Als Ersatz für die ausgefallenen Gruppeninterviews wurden mit 3 MFA der betreffenden KN leitfadengestützte Telefoninterviews geführt. Dafür wurde eine angepasste Variante des für die Fokusgruppeninterviews in Zusammenarbeit mit TP2 und TP4 entwickelten Frageleitfadens verwendet. Eines der Einzelinterviews konnte aufgrund einer bereits vorangegangenen Befragung im TP2 nicht gewertet werden. Zur Kompensation der ausgefallenen Interviews konnten nach Absprache im Evaluationskonsortiums die Transkripte von 14 Einzelinterviews (2 Haus- und 5 Fachärztinnen bzw. -ärzte, 7 MFA), die im Rahmen der Schnittstellenanalyse im TP2 zwischen Juni und September per Telefon geführt worden waren (siehe Abschnitt 3.2.2.1) dem Materialkorpus hinzugefügt und ausgewertet werden. Dieses Verfahren erschien plausibel, nachdem im Evaluationskonsortium die Frageleitfäden der Befragungsreihen auf Übereinstimmungen überprüft worden waren und eine relevante Schnittmenge der Fragebereiche festgestellt wurde.

Analyseverfahren

Die Interviews wurden letztlich dahingehend betrachtet, welche Auskünfte sie über die spezifischen Besonderheiten von ÄN geben. Vorausgegangen war eine thematische Analyse bezüglich der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten und der (interprofessionellen) Zusammenarbeit aus Sicht der Teilnehmenden der Befragung. Die dabei entwickelte thematische Kategorie **Besonderheiten von Praxisnetzen**, die systematisch alle in den Interviews getätigten Bemerkungen zu den besonderen Rahmenbedingungen eines jeweiligen ÄN und den Vorteilen der Teilhabe in dem ÄN umfasste, wurde in einem zweiten Auswertungsschritt einer Feinanalyse unterzogen, und der Kategorie weitere Untercodes hinzugefügt. Die Generierung von Untercodes erfolgte induktiv. Zu jeder mit „Besonderheiten Praxisnetze“ codierten Interviewpassage, das heißt zu jedem Segment, wurden bis zu drei passende, die Kernaussage(n) des Segments verallgemeinernde Codes, im Sinne von Kategorien, gefunden. Die Untercodes sollten möglichst so formuliert werden, dass sie (theoretisch) in mehr als einem Segment „gefunden“ werden können, also verschiedene, spezifische Antworten zu einer allgemeinen Antwort zusammenfassen können und damit jeweils als eine Kategorie von Besonderheiten von Praxisnetzen funktionieren. Die Generierung solcher Kategorien erfolgte in einem iterativen Prozess durch zum Teil mehrfache Anpassung und voranschreitende Abstraktion einmal gefundener Codebezeichnungen.

Besonderheiten von Ärztenetzen

Die thematische Unterteilung der Hauptkategorie ergab ein 6-gliedriges Kategoriensystem:

1. Zusammenarbeit und Austausch zwischen Praxen
2. Ermöglichung integrierter Versorgung (interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit)
3. Teilnahme an Verbundprojekten
4. Verallgemeinerung von Erfahrungen (z. B. Wissenstransfer durch Schulungen)
5. Effektive Patientenversorgung durch Ressourcenmanagement
6. Gemeinsame Interessensvertretung und regionales Versorgungsmanagement

Ermöglichung integrierter Versorgung

ÄN stellen Strukturen bereit, die einerseits regional verankert sind, sich gleichzeitig praxisübergreifend darstellen und in denen unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit erprobt werden. In Praxisnetzen sind damit geeignete Voraussetzungen für die Etablierung integrierter Versorgungsprozesse gegeben. Geeignete Strukturen müssen nicht „aus dem Nichts“ geschaffen werden. Das bedeutet nicht, dass in den betreffenden Netzen interprofessionelle Zusammenarbeit in hohem Maße stattfinden würde. Viele Interviewpartnerinnen und -Partner beklagen den unzureichenden Grad an

interprofessioneller Zusammenarbeit in ihrem AN. Die herausgearbeiteten Besonderheiten von AN stellen zusammengenommen aber förderliche Voraussetzungen dar. In AN treffen Initiativen und Modellprojekte zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf eingespielte Verfahren des Austausches, auf in der Zusammenarbeit zu einem gewissen Grad erfahrene Praxisteams und organisatorische Möglichkeiten zur Vernetzung und Zusammenarbeit.

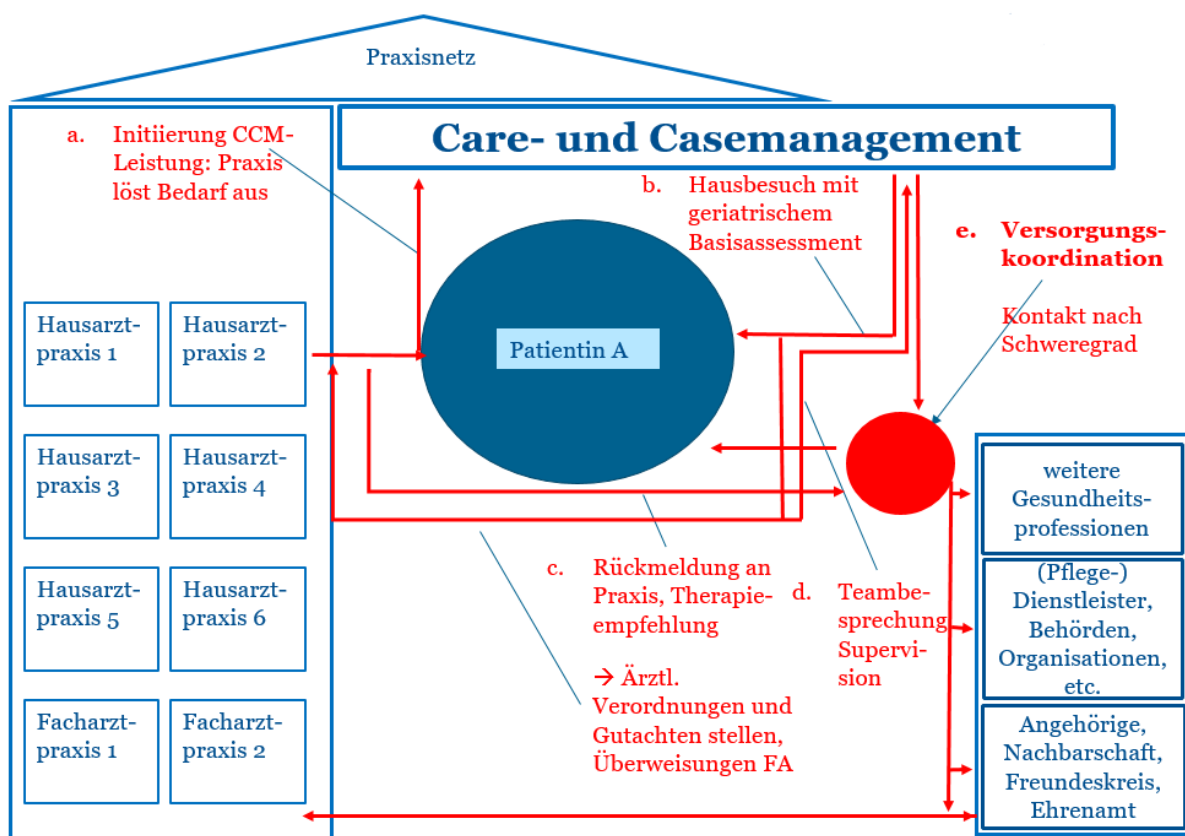
3.3.4 Ergebnisse aus den qualitativen multiprofessionellen Fokusgruppenbefragung der Versorgenden in den Ärztenetzen

3.3.4.1 Integration in den Ärztenetzen

3.3.4.1.1 Implementierung und Umsetzung nach Protokoll

Zur Bearbeitung der Fragen nach Implementierung und protokollkonformer Umsetzung der Intervention folgt an dieser Stelle eine problemzentrierte Prozessbeschreibung der Casemanagement-Intervention. Grundlage bildet das fünfstufige Protokoll einer idealtypischen Leistungserbringung im Rahmen des CCM (Abbildung 69). Das Protokoll umfasst folgende Abfolge von Schritten: a.) Initiierung: Bedarfsauslösung und Einschreibung, b.) Hausbesuch mit geriatrischem Basisassessment, c.) Versorgungsplanerstellung und Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen, d.) Teambesprechung und Supervision, e.) Fortlaufende Versorgungskoordination. Die Umsetzung dieses Protokolls wird im Folgenden beschrieben und unter Rückgriff auf Ergebnisse einer inhaltsanalytischen Auswertung der multiprofessionellen Fokusgruppeninterviews, die zum Projektende in den Interventionsnetzen mit an der Intervention beteiligten Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzten, MFA, CM) geführt wurden (vgl. Abschnitt 3.4.2.3), diskutiert.

Abbildung 69: TP3_Ablauf und Erbringungskontext CCM, Modelldarstellung



a. Bedarfsauslösung und Einschreibung

Durch die Hausarztpraxis wird bei einer Patientin oder einem Patienten der Bedarf für ein CCM ausgelöst. Hierauf folgt bei Erfüllung der Teilnahme Kriterien die Einschreibung der Patientin oder des Patienten in das Projekt.

Zu Studienbeginn musste quasi ad hoc eine hohe Fallzahl an Studienteilnehmenden rekrutiert werden. Dies konnte unter besonderem Einsatz (z. B. Informationsveranstaltungen für teilnehmende Praxen) der Projektleitungen vor Ort sowie den CCM-Teams erreicht werden. Es wurden beispielsweise in den ÄN sogenannte Praxistage durchgeführt, zu denen CM vor Ort in einzelnen Arztpraxen die Praxisteams bei der Werbung und Auswahl von Patientinnen und Patienten unterstützen und sich potenziellen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern vorstellen konnten.

Die Notwendigkeit in kurzer Zeit hohe Fallzahlen an Studienteilnehmenden zu erzielen, führte zum Teil zu einer von Leistungserbringern als problematisch empfundenen Einschreibepaxis, wie nachstehendes Interviewzitat beispielhaft zeigt. Hiernach kam es zu Beginn zur Aufnahme von „viele[n] präventiven Fällen“. Mit der Verstetigung der Interventionsimplementierung im Projektverlauf konnte sich dies verbessern. Neue Teilnehmerinnen und Teilnehmer seien „jetzt mehr nach Bedarf“ eingeschrieben worden, wie eine CM im Fokusgruppeninterview berichtete:

„Ja. Ich glaube auch jetzt läuft das mit der Einschreibung irgendwie besser, weil also zumindest bei den Ärzten, bei denen das so präsent ist, dann wird das halt einfach bei Bedarf, wird jemand eingeschrieben. Also am Anfang mussten wir auch gucken, dass wir viele Teilnehmer auch einfach zusammenkriegen. Man hat ja diese Rahmenbedingungen, sage ich mal auch. Und jetzt ist es eigentlich – finde ich jedenfalls ganz oft so, dass es gut läuft, weil es einfach nach Bedarf läuft. Also, da gibt es eigentlich immer irgendwas zu tun. Also es sind nicht mehr so ganz, ganz viele präventive Fälle, wo die eigentlich noch super fit sind und gar nicht so genau wissen, was sie jetzt mit uns anfangen sollen. Sondern es ist immer eigentlich ein bisschen was zu tun. Manchmal intensiver, also manchmal auch richtige schwere Fälle und manchmal so mittelschwere Fälle.“ (RubiN_FG2_CM)

b. Hausbesuch mit Basisassessment

Die Casemanagerin stattet der Patientin einen Hausbesuch ab und führt das standardisierte geriatrische Basisassessment durch.

Der Anwendung der fragebogenbasierten Messinstrumente im Rahmen des Assessments muss eine entscheidende Bedeutung für die Umsetzung des CCM auf Fallebene beigemessen werden. Der Hausbesuch erschöpfte sich allerdings nicht in der Anwendung der Assessment-Methoden. In nachfolgendem Zitat wird der umfassende Charakter der Hausbesuche eindrücklich zum Ausdruck gebracht. Gleichzeitig werden auch Schwierigkeiten deutlich, die für die in Interviewführung oft wenig geübten CM aus den umfassenden Assessmentverfahren z. T. erwachsen:

„War natürlich, so einige Fragebögen haben einem ja geholfen mal herauszufinden, was liegt unter Umständen im Argen? Wo muss unterstützt werden? So diese grundsätzlichen Bögen. Und die Zeit, die man sich dann da genommen hat, gerade beim Erstbesuch, und einfach mal die Patienten auch reden lassen. Man musste natürlich auch drauf drängen, dass dann alles auch ausgefüllt war. Aber sich die Zeit zu nehmen und mal zu gucken, ja: Was braucht derjenige oder diejenige unter Umständen? Was ist hier vonnöten? Oder was ist eigentlich auch schon gut?“ (RubiN_FG10_CM)

c. Versorgungsplanerstellung und Zusammenarbeit mit Praxen

Hier wird ein individueller Versorgungsplan erstellt mit der Empfehlung für (ärztliche, pflegerische, soziale und/oder therapeutische) Versorgungsleistungen. Es erfolgt eine Rückmeldung an die Hausarztpraxis. Evtl. ist die Rücksprache mit der Ärztin oder dem Arzt, z. B. bei der Verordnung von Hilfsmitteln oder der Gutachtenerstellung, notwendig.

Die in den gemeinsamen Fokusgruppeninterviews befragten Ärztinnen und Ärzte sowie CM der einzelnen IN berichteten weitestgehend übereinstimmend, dass die Rückmeldung von Assessmentdaten und den im Versorgungsplan festgehaltenen Maßnahmen in der Regel gut funktioniert habe. Die Ergebnisse der standardisierten Fragebogenbefragung beteiligter Ärztinnen und Ärzte (Abschnitt 3.3.3.1) bekräftigen den Eindruck, dass der Informationsfluss zwischen CM und Arztpraxen aus ärztlicher Sicht kein Problem für die Umsetzung der Intervention in den ÄN darstellte. Neben dem direkten, persönlichen Kontakt zwischen CM und Mitgliedern des Praxisteam, kamen in den Netzen auch formalisierte Rückmeldeverfahren zum Einsatz. Es scheint, dass diese sich in den einzelnen Netzen unterschieden und in den Modellregionen unterschiedliche Lösungen zur Verstärkung und Systematisierung von CM-Praxis-Kommunikation gefunden wurden. Der „Feedbackbogen“, der in einem Netz zum Einsatz kam und bei dessen Erstellung man auf die Erfahrungen aus einem vorangegangenen Versorgungsprojekt (ebenfalls mit aufsuchendem Casemanagementangebot) zurückgreifen konnte, kann an dieser Stelle als Beispiel für ein erfolgreich angewandtes Kommunikationsverfahren angeführt werden, das in Kombination mit wechselseitigen persönlichen, beispielsweise telefonischen Kontakt ereignissen, den reibungsarmen Informationsaustausch ermöglichen konnte. Eine CM erläutert die genannte Verfahrensweise im Fokusgruppeninterview wie folgt:

„Und dann gibt es eben einen Feedback-Bogen, den wir ja gemeinsam entwickelt haben sozusagen am Anfang des Projektes und da stehen dann sowohl die Assessments auch drauf, als auch: was habe ich vorgefunden und welche Maßnahmen habe ich durchgeführt. Und die gab es nach Erstbesuch und jetzt nach Follow-Ups [...], das gleiche nochmal und zwischendurch, wenn irgendwas ganz Markantes uns aufgefallen ist oder der Patient uns nochmal kontaktiert hat, gab es [das] auch zwischendurch. Also wir haben immer versucht, unsere Ärzte da auf dem Laufenden zu halten und die Praxen.“ (RubiN_FG_3CM)

Die Empfängerseite dieses Rückmeldungsverfahrens wird im Fokusgruppeninterview durch eine MFA repräsentiert, die auf den Feedbackbogen im Zusammenhang mit der Beschreibung eines Vertrauensverhältnisses, das zwischen CM und Arztpraxis bestanden habe, eingeht:

„Das Vertrauen war halt da, wenn was auf dem Feedbackbogen stand, was wir dazu beitragen können, dass es den Patienten bessergeht, zum Beispiel: was weiß ich, ein Rollator oder ein Rollstuhl oder keine Ahnung was, dann vertraut man – also dann empfindet man das als plausibel. Weil wenn es nicht nötig wäre, dann wäre es garantiert nicht von Ihnen empfohlen. Und da[mit] konnte man schon arbeiten.“ (RubiN_FG3_MFA)

Und auch ein Hausarzt geht in seiner Schilderung der Kommunikation zwischen CM und Arztpraxis auf den Feedbackbogen ein und ergänzt, dass oft zusätzlich die Patientinnen und Patienten selbst als Informationsübermittler am Kommunikationsprozess beteiligt waren:

„Also wir schreiben die ein, dann kriegen wir einen Feedback-Bogen und dann ist es meistens so, dass die Kommunikation häufig auch über den Patienten läuft. Die sagen, die haben was, ich sage: ‚Rufen Sie da nochmal an, die kümmern sich. Kann ich wenig dran tun.‘ Kann höchstens unterstützen, wenn irgendwie ein Antrag oder so noch mitunterschieden werden muss. Grad der Behinderung geht ja wieder auf mich zurück, der Antrag, dass ich den dann ausfüllen muss. Oder Reha-Antrag oder so, falls man darauf kommt, dass eine Reha Sinn macht. Und ansonsten gab es mal kurze

Telefonate, war aber selten [...] – das meiste konnten wir über diese Kommunikationsbögen klären und natürlich über die Leute an sich.“ (RubiN_FG3_A)

d. Teambesprechung und „Supervision“

Wichtig für den Prozess der Leistungserbringung in den AN war für die CM die Anbindung an das jeweilige CCM-Team. Die Teilnehmerin eines Fokusgruppeninterviews beschreibt die in den Netzen vorherrschende Arbeitsweise, bei der die selbstständige Arbeit der CM mit Patientinnen und Patienten rückgekoppelt ist an den intensiven und regelmäßigen Austausch im Team, wie folgt:

„Also bei uns ist es halt so, wir arbeiten halt relativ selbständig im Arbeitsalltag, sage ich jetzt mal. Wir fahren halt alleine zu den Patienten und so weiter, aber wir haben halt immer unser Team im Rücken. Also wir tauschen uns immer extrem viel aus mit unseren Kolleginnen. Und haben halt auch unsere Teamsitzungen, wo wir dann halt auch immer so versuchen, irgendwelche Probleme zu lösen.“ (RubiN_FG6_CM)

Die CM der einzelnen IN präsentieren sich in 5 Expertenworkshops (Befragung der CM, siehe Abschnitt 3.3.2.5) ausnahmslos als eingespielte und in der Fallbesprechung geübte Arbeitsteams. Weiterhin hatten die CM die Möglichkeit im Rahmen des Schulungsprogramms arbeitsbegleitend Fallbesprechung unter professioneller Anleitung durchzuführen (siehe Abschnitt 3.3.2.1. Zeitweise waren hierfür wöchentliche Onlinesitzungen für Gruppen- und Einzelgespräche mit der Trainerin bzw. dem Trainer vorgesehen.

3.3.4.1.2 Fortlaufende Versorgungskoordination

An zentraler Stelle beinhaltete die Intervention auf Patientenebene die professions-, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende Versorgungskoordination, d. h. die Initiierung und Umsetzung der in einem individuellen Versorgungsplan festgelegten Maßnahmen. Die Aufgaben, die hierbei das CCM aus Patientensicht übernehmen und die Rolle, welche die CM gegenüber den Patientinnen und Patienten dabei einnehmen konnte, sind Gegenstand der Betrachtungen in Abschnitt 3.3.1.1. Die interprofessionelle Zusammenarbeit, die im Rahmen der geleisteten Fallkoordination erbracht wurde, wird unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte unter Punkt 3.3.2.3 behandelt. An dieser Stelle kann auf die wiederholte Kontaktaufnahme der bzw. des CM mit der Patientin bzw. dem Patienten eingegangen werden, welche die fortlaufende Versorgungskoordination bedeutete und die in Abhängigkeit der Risikoeinschätzung bzw. des Schweregrads des betreffenden Falles, häufiger oder weniger häufig erfolgen sollte.

Die Intensität der Fallbegleitung und der vorherrschende Modus der Kontaktaufnahme (Hausbesuche, Telefonate) gestaltete sich in der Praxis wohl sehr individuell und war je nach Bedarfslage, unterschiedlich stark ausgeprägt. Einen Eindruck, welchen Stellenwert der Hausbesuch in der Versorgungskoordination in der Regel einnahm und in welcher Frequenz er bei einzelnen Teilnehmenden teilweise angewandt wurde, liefert folgendes Zitat einer CM aus einem Fokusgruppeninterview:

„Und das ist einfach schön, wenn man dann jetzt sozusagen zum zweiten Mal wieder hinfährt, nach einem Jahr. Manche hat man auch zwischendurch auch besucht, wo eben Unterstützungsbedarf war. Und wenn Sie dann sehen was [...] was für einen Benefit die dann empfinden, oder auch sagen: ‚Jetzt wo mein Mann einmal die Woche in der Tagespflege – Ich gehe jetzt immer schwimmen, das wollte ich schon immer mal wieder machen.‘ (TL1, FG_1/IN_4)

Nach dieser mit einem Beispiel sehr anschaulich vorgebrachten Schilderung wurde ein Hausbesuch in der Regel lediglich zu Beginn der Intervention und nach einem Jahr durchgeführt, bei entsprechendem Unterstützungsbedarf der/des Studienteilnehmenden geschah dies allerdings öfter. Selbst bei einer niedrigen Frequenz an Hausbesuchen wird von Seiten der CM aber von einem positiven Effekt, von einem „Benefit“, den der Hausbesuch und

die damit implizite Erbringung von Beratungs- und Koordinierungsleistungen für die besuchten Personen bedeutet, ausgegangen und entsprechend die nacherzählte Rückmeldung der/des Angehörigen interpretiert.

Gleichzeitig scheinen Fällen, die eine intensiv geleistete Kontaktpflege mit häufigen Hausbesuchen nötig werden lassen, keine Seltenheit zu sein. Beispielhaft sei folgendes Zitat einer CM aus einem Fokusgruppeninterview aufgeführt, in dem eine spontane Quantifizierung der Betreuungsverhältnisse vorgenommen wird, die regelmäßig und sogar monatlich einen Hausbesuch beinhalten:

„Und die anderen sind unendlich dankbar. Und das sind prozentual, ich kann nur von mir sprechen, um die 50 Prozent, wo noch immer noch Kontakt ist, wo ich regelmäßig hinfahre, die mich anrufen. Und ich sage mal so 20 Prozent, wo ich bestimmt jeden Monat hinfahre, um einfach nur sozial vieles noch abzufedern oder vielleicht noch auszubauen, zu optimieren, zu gucken, ob alles noch soweit okay ist. Einfach einen sozialen Bezug hergestellt habe, den ich dann in dem Moment darstelle.“
(RubiN_FG_1_CM)

Der regelmäßige bis hin zum monatlichen Hausbesuch wird hier als wesentliches Element einer kontinuierlichen Zusammenarbeit bestimmt, die die CM mit einem Teil (20-50%) der Studienteilnehmenden etablieren konnte.

3.4 TP4 – Prozessevaluation Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit

3.4.1 Qualitative Vorstudien

Rekrutierung

Aus den insgesamt fünf Interventionsnetzen war das Ziel mindestens ein CM zu gewinnen, die sich für ein Interview bereit erklärt. Pro IN wurden ca. vier CM beschäftigt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte im Rahmen einer gemeinsamen Auftaktveranstaltung aller am Projekt beteiligten CM, die am 19.04.2019 in Oldenburg, Niedersachsen stattfand. Im Anschluss daran erfolgten die Einzelinterviews.

Im GeriNet e.V. Leipzig erfolgte im November 2019 die Rekrutierung der CM sowie Patienten und Patientinnen für Interviews, um mehr über die Wünsche an die Versorgung zu erfahren.

a) Interviews mit allen CM zu Projektstart

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt erklärten sich acht von 20 CM bereit, über ihre Beweggründe der Projektteilnahme in einem Interview Auskunft zu geben. Alle Interviewten waren weiblich und stammten überwiegend aus Berufen mit pflegerischem Hintergrund, z. B. aus der stationären Pflege oder Altenpflege. Die Interviews dauerten durchschnittlich zehn Minuten.

Darstellung der thematischen Inhalte

Im Folgenden werden die Kategorien „Versorgungsgestaltung“ sowie „Versorgung durch CM“ dargestellt. Die Kategorie „Versorgungsgestaltung“ bezieht sich auf die Möglichkeiten, die die CM nutzen können, um die Versorgung der Patienten und Patientinnen zu gestalten. Dies umfasste die Unterstützung und Stärkung der geriatrischen Patienten und Patientinnen, die stärkere Vernetzung insbesondere in ländlichen Regionen sowie die Vernetzung verschiedener Professionen. Ein Großteil der Interviewten äußerte, dass RubiN Raum gebe, um Patienten und Patientinnen möglichst ganzheitlich zu versorgen. Die Unterstützung des Patienten und der Patientinnen ist dabei das zentrale Element. CCM wurde als Möglichkeit angesehen, die Patienten und Patientinnen individualisiert zu versorgen und Ressourcen dem Bedarf entsprechend zu nutzen.

„Die größten Vorteile für den Patienten sehe ich in dem individuellen Case-Management, das heißt ich fahre nach Einschreibung ja zum Erstbesuch, nehme den Hilfebedarf auf, gucke erstmal, was da so los ist in dem jeweiligen Haushalt und kann dann dem Patienten mit Zeit und Ruhe und meiner Erfahrung und ja, zur Seite stehen“ (TN8).

Einen weiteren Aspekt in der Patientenversorgung in RubiN stellte der Einbezug der Angehörigen dar. Für die CM ergab sich nun auch die Möglichkeit, Angehörige aktiv in die Versorgung zu integrieren. Des Weiteren wurde auch die besondere Rolle in der Versorgung hervorgehoben:

„Dass wir der Fürsprecher der Patienten sind – dass wir wirklich nach Wünschen fragen und gucken wie wir die Wünsche erreichen können“ (TN3).

Zudem wurde wahrgenommen, dass auch eine Stärkung der Regionen insbesondere in ländlichen Gegenden mit dieser Versorgung vorgenommen wird.

„Die größten Vorteile sind die Vernetzung verschiedener Angebote in der Region passgenau auf den Patienten abgestimmt anbieten zu können“ (TN6).

Die Vernetzung fand dabei nicht nur geographisch, sondern auch fachlich statt. In RubiN arbeiten verschiedene Professionen koordiniert zusammen, um eine möglichst umfangreiche Versorgung zu gewährleisten. Die Kombination aus selbstständiger Arbeit sowie Arbeit in einem interdisziplinären Team wurde als sehr ausgewogen empfunden. Dabei zeigte sich vor allem durch den kollegialen Austausch, dass die eigenen Arbeitsweisen weiterentwickelt wurden und zugleich die Arbeitsweise anderer beeinflusst wurde.

Versorgung durch CM

Die Neuerungen in der Versorgung, die das Berufsbild des CM in RubiN mit sich brachten und wie sie von den befragten CM erfahren wurden, umfassen ebenso eine wahrgenommene Entlastung des Hausarztes/ der Hausärztin. Von den Teilnehmenden wurde oftmals genannt, dass ihre Arbeit als Ergänzung zur medizinisch-therapeutischen Perspektive des Hausarztes/ der Hausärztin gesehen wurde.

„Ich nehme meine pflegfachliche Wahrnehmung wahr, ich gebe Empfehlungen weiter, das heißt der Arzt bekommt eine andere Perspektive aus meiner Sicht. Und ich finde, das ist auch legitim, weil der Arzt hat eine ganz andere therapeutische Sichtweise, er hat ganz andere Herangehensweisen und wenn wir unsere beiden dann ergänzen, kann das nur gut werden“ (TN1).

Die in RubiN tätigen CM nahmen bewusst ihre besondere Stellung wahr, die sich einerseits in der Entlastungsfunktion und andererseits in dem Erleben des Patienten in der Häuslichkeit widerspiegelt.

„Die Entlastung ist erstmal vordergründig, dass wir ihn sozusagen dabei unterstützen bei den, bei der Bewältigung der Assessments, aber auch die größere – Entlastung ist meiner Meinung nach eigentlich dieser Hausbesuch, weil dort auch Dinge erkannt werden, gesehen werden, die sich, die sich in der Arztpraxis nie so zeigen und dadurch eigentlich auch Hilfeplan erstellt werden kann“ (TN2).

Ein weiterer wichtiger Punkt, der in den Interviews zum Vorschein kam, war der Zugewinn an Gestaltungsspielraum in der Versorgung von geriatrischen Patienten und Patientinnen. Einer anderen Teilnehmerin war der Umfang der Versorgung, welcher sektorenübergreifend vonstattengeht, wichtig:

„[...] das ist eben das Schöne an unserem Projekt, dass ich wirklich alles aufgreifen kann, wirklich jeden Bedarf. Ob es sozial ist, ob es pflegerisch ist oder medizinisch ist, ich kann gucken, ich kann mich mit den Menschen austauschen, ich kann wirklich auch

soziale Kontakte fördern und denen ihr Leben wirklich wieder ein bisschen rund zu machen“ (TN4).

b) GeriNet e.V. Leipzig

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt beteiligten sich sieben CM und zwei Patientinnen an den Interviews. Das Alter der CM betrug im Mittel 36 Jahre, fünf weiblichen und zwei männlichen Geschlechts. Die für das qualitative Interview rekrutierten Patientinnen waren im Schnitt 82 Jahre alt sowie weiblichen Geschlechts. Die Dauer der Interviews lag zwischen 20 und 120 Minuten.

Darstellung der thematischen Inhalte

Die aus den Interviews mit den Patientinnen gewonnenen Daten wurden fünf Themenkomplexen zugeordnet. Diese waren: Entlastung durch die CM; Sinnhaftigkeit; Erreichbarkeit der CM; Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Angebote sowie allgemeine Zufriedenheit. Die aus den Interviews mit den CM gewonnenen Daten wurden sechs Themenkomplexen zugeordnet. Diese waren: wichtige Aufgaben im geriatrischen CCM; bereits bestehende geriatrische Angebote; Arbeitsweisen/ Arbeitsplatz; Herausforderungen; Kooperation sowie Unterstützung. Zur Pilotierung des Fragebogens wurden kognitive Interviews mit drei CM und zwei Angehörigen geführt. Es zeigte sich, dass die Berufsbezeichnung „Care- und Case-Manager“ besser durch die Begriffe „Versorgungskoordinator“ bzw. in einem IN durch „Gesundheitshelfer“ ersetzt werden sollte, da dies die gängigen Bezeichnungen der Berufsgruppen in den einzelnen Interventionsnetzen widerspiegelt.

3.4.1.1 Perspektive der Leistungserbringer speziell der CM auf die Akzeptanz und Zufriedenheit – Entwicklung eines Fragebogens

Die Projektkoordinatoren der einzelnen Netze wurden bei der Rekrutierung der CM um Unterstützung gefragt. Über einen Email-Verteiler wurde der Zugang zur Online-Befragung (Plattform SurveyMonkey) im Februar 2020 versendet. Insgesamt wurden 23 CM angeschrieben. Innerhalb von vier Wochen wurde um Beantwortung gebeten.

3.4.1.1.1 Stichprobenbeschreibung

Von 23 CM nahmen 21 an der Befragung teil. Die CM waren im Mittel 44 Jahre alt (min. 24 max. 58 Jahre). Von 21 CM waren 19 weiblichen Geschlechts. Zwei CM machten keine Angabe zu ihrem Alter und Geschlecht. Die CM betreuten zwischen 50 und 250 Patienten und Patientinnen, was einem durchschnittlichen Wert von 146 Patienten und Patientinnen je CM entsprach.

Tabelle 31: TP4_Soziodemografie der CM (n= 21)

Variablen	Angaben
Geschlecht, weiblich	19 (90,5%)
Alter, MW (SD); min. –max.	42 (8,7); 23 – 57
Anzahl der zu betreuenden Patienten und Patientinnen, MW (SD); min. –max.	146 (49,5); 50 – 250

MW Mittelwert; SD Standardabweichung

3.4.1.1.2 Fragebogendarstellung

Die vorliegende Darstellung konzentriert sich auf die Aspekte Arbeitsspektrum und Arbeitszufriedenheit. Der gesamte Fragebogen kann in der Anlage 22 eingesehen werden. Für die Darstellung wurden die prozentualen Anteile für die Kategorie „trifft voll und ganz zu“ bzw. „sehr zufrieden“ sowie die Mittelwerte (mit Standardabweichung) ausgewählt und sind in den

folgenden Tabellen aufgeführt. Insgesamt zeigte sich eine hohe Zustimmung bei den einzelnen Aussagen zum Arbeitsspektrum der CM, vor allem hinsichtlich des Ernstnehmens der Bedürfnisse der Patienten sowie des Eingehens auf die Anliegen der Patienten während des Gesprächs. Der überwiegende Teil der CM erlebte die Arbeit als sinnstiftend.

Tabelle 32: TP4_Bewertung des Arbeitsspektrums (n= 21)

Wie bewerten Sie folgende Aussage? (1 trifft voll und ganz zu – 6 trifft gar nicht zu)	Trifft voll und ganz zu, n (%)	MW (SD)
Ich bin regional gut vernetzt.	2 (9,5)	1,95 (0,38)
Ich habe Kenntnisse über die regionalen Versorgungsangebote für geriatrische Patienten.	4 (19)	1,86 (0,48)
Ich arbeite gern im Team.	16 (76,2)	1,29 (0,56)
Ich respektiere die Meinung meiner Patienten.	16 (76,2)	1,24 (0,44)
Ich gehe auf die Anliegen meiner Patienten während des Gesprächs ein.	19 (90,5)	1,10 (0,30)
Ich nehme meine Patienten mit ihren Bedürfnissen ernst.	19 (90,5)	1,10 (0,30)
Ich unterstütze meine Patienten bei ihren Fragen.	18 (85,7)	1,14 (0,36)
Ich unterstütze die Angehörigen bei ihren Fragen.	17 (81,0)	1,19 (0,40)
Ich habe das Gefühl, dass durch meine Betreuung sich das Allgemeinbefinden meiner Patienten verbessert hat.	7 (33,3)	1,76 (0,62)
Ich nehme mir ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patienten.	11 (52,4)	1,57 (0,68)
Ich erlebe die Arbeit als Casemanager*in als sinnstiftend.	17 (81,0)	1,19 (0,40)

MW Mittelwert; SD Standardabweichung

Die befragten CM waren insgesamt zufrieden mit Ihrer Arbeit und mit Ihrer Teilnahme an RubiN. In einzelnen Bereichen, wie bezüglich der Kooperation innerhalb und außerhalb des AN als auch hinsichtlich der Anerkennung, die für die eigene Arbeit im AN erhalten wurde, und der psychischen Arbeitsbelastung, konnte eine geringere Zufriedenheit beobachtet werden. Die Möglichkeit der Unterbreitung regionaler oder auch innerhalb des AN bestehender Angebote wurde ebenso mit einer geringeren Zufriedenheit bewertet.

Tabelle 33: TP4_Bewertung der Arbeitszufriedenheit (n= 21)

Wie zufrieden sind Sie mit...	sehr zufrieden, n (%)	MW (SD)
(1 sehr zufrieden – 6 sehr unzufrieden)		
ihrem Arbeitsspektrum.	7 (33,3)	1,71 (0,56)
ihrem Entscheidungsspielraum.	9 (42,9)	1,71 (0,78)
dem Grad der Abwechslung Ihrer Arbeitsaufgaben.	10 (47,6)	1,57 (0,60)
der Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können.	7 (33,3)	1,86 (0,85)
Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen.	7 (33,3)	1,76 (0,62)
der körperlichen Arbeitsbelastung.	11 (52,4)	1,76 (1,18)
der psychischen Arbeitsbelastung.	3 (14,3)	2,33 (0,86)
der Zeit, die Sie für die Betreuung Ihrer Patienten haben.	9 (42,9)	1,95 (1,12)
der Kooperation innerhalb des Ärztenetzes	2 (9,5)	2,10 (0,54)
der Kooperation außerhalb des Ärztenetzes	1 (4,8)	2,52 (0,81)
der Anerkennung, die Sie von ihren Patienten für Ihre Arbeit bekommen.	14 (66,7)	1,33 (0,48)
der Anerkennung, die Sie im Ärztenetz für Ihre Arbeit bekommen.	4 (19,0)	2,33 (0,86)
den Angeboten (z.B. Bewegungsförderung), die Sie ihren Patienten innerhalb des Ärztenetzes unterbreiten.	1 (4,8)	2,29 (0,64)
regionalen Versorgungsangeboten (z.B. Selbsthilfegruppen) für geriatrische Patienten außerhalb des Ärztenetzes.	0	2,71 (0,64)
den abrechenbaren Leistungen.	0	2,86 (0,73)
Ihrem Einkommen.	4 (19,0)	2,48 (1,12)
der Anzahl der von Ihnen zu betreuenden Patienten.	1 (4,8)	2,43 (0,68)

Wie zufrieden sind Sie mit... (1 sehr zufrieden – 6 sehr unzufrieden)	sehr zufrieden, n (%)	MW (SD)
der Teilnahme am Projekt RubiN.	10 (47,6)	1,60 (0,68)
dem Austausch unter den Casemanager*innen in den verschiedenen Ärztenetzen.	5 (23,8)	2,19 (1,03)
Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit als Casemanager*in.	10 (47,6)	1,62 (0,67)

MW Mittelwert; SD Standardabweichung

3.4.1.2 Perspektive der Patienten und Patientinnen auf die Akzeptanz und Zufriedenheit – Entwicklung eines Fragebogens

Rekrutierung

Die Rekrutierung erfolgte durch die fünf teilnehmenden IN im Zeitraum von Mai 2020 bis August 2020. Die Projektkoordinatoren aller IN erhielten per Post je 100 Fragebögen für die Patienten und Patientinnen. Die Patienten und Patientinnen sollten konsekutiv durch die CM eingeschlossen werden. Die Aushändigung der Fragebögen erfolgte während der Hausbesuche durch die CM. Zusätzlich zum Fragebogen erhielt jeder Patient und jede Patientin einen vorfrankierten Rückumschlag, sodass der Fragebogen kostenlos nach Lübeck zur Studienzentrale geschickt werden konnte. Als Einschlusskriterium wurde eine geistige Gesundheit vorausgesetzt. Falls die Patienten und Patientinnen selbst nicht mehr in der Lage waren den Fragebogen auszufüllen, durfte ein Angehöriger diese Aufgabe für Sie übernehmen.

Fragebogenentwicklung

Für die Entwicklung des Fragebogens „Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Patienten“ wurde hauptsächlich auf einen bereits existierenden Fragebogen aus Südkorea zurückgegriffen [36]. Hierzu wurde um Erlaubnis bei der Studiengruppe gebeten. Der koreanische Fragebogen bestand aus 38 Fragen und zielte darauf ab, die Zufriedenheit der durch den CM betreuten Patienten und Patientinnen zu erfassen. Der koreanische Fragebogen berücksichtigte auch medizinische Aspekte. Diese waren für die vorliegende Fragestellung jedoch weniger relevant und es wurden daher 23 Fragen herausgenommen. Der koreanische Fragebogen wurde durch weitere selbst generierte Fragen aus den Interviews heraus ergänzt. Der vorliegende Fragebogen bestand aus 31 Fragen, der sich in den Bereich Zufriedenheit (17 Fragen) und in den Bereich Akzeptanz mit dem Versorgungsmodell (14 Fragen) gliederte. Dieser kann in der Anlage 23 eingesehen werden.

3.4.1.2.1 Stichprobenbeschreibung

Von 500 versandten Fragebögen wurden 302 ausgefüllt zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 60%. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden war weiblich (65,9%). Das Durchschnittsalter lag bei 82 Jahren ($\pm 5,2$). Zu ihrer häuslichen Situation machten 132 Patienten und Patientinnen die Angabe, dass sie allein zu Hause leben. Einen Pflegegrad besaßen 66% der Patienten und Patientinnen. Detaillierte Informationen können aus der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 34: TP4_Beschreibung der Stichprobe (n = 302)

Variablen		Anzahl (%)	MW (SD)
Geschlecht	Männlich	96 (31,8)	
	Weiblich	199 (65,9)	
	Fehlend	7 (2,3)	
Alter (Jahre)			82,03 (5,2)
	Min - Max		70 - 98
	Fehlend	6 (2,0)	
Ich lebe allein zu Hause	Ja	132 (43,7)	
	Nein	161 (53,3)	
	Fehlend	9 (3,0)	
Pflegegrad	Keinen Pflegegrad	91 (30,1)	
	Pflegegrad 1	41 (13,6)	
	Pflegegrad 2	105 (34,8)	
	Pflegegrad 3	42 (13,9)	
	Pflegegrad 4	6 (2,0)	
	Pflegegrad 5	5 (1,7)	
	Fehlend	12 (4,0)	

MW Mittelwert; SD Standardabweichung

3.4.1.2 Fragebogendarstellung: Deskription und psychometrische Eigenschaften

Die deskriptive Darstellung hinsichtlich der Verteilung und der Itemkennwerte bezüglich der einzelnen Variablen des Fragebogens kann aus dem Anhang 64 entnommen werden.

Die Mittelwerte lagen zwischen 1,11 („Ich würde den Versorgungskordinator weiterempfehlen“) und 3,26 („Die Angebote (z.B. Bewegungsgruppe) haben mich dabei unterstützt, neue Kontakte zu knüpfen“).

Mittels explorativer Faktorenanalyse wurde eine sechs-Faktorenlösung mit einer Gesamtvarianz R^2 von 64,66% (KMO = 0,847; Bartlett-Test auf Sphärizität $P < 0,01$) ermittelt. Diese Tabelle ist im Anhang 65 genauer dargestellt. Im Folgenden wird auf die sechs Faktoren und deren zugrundeliegende Bezeichnung eingegangen.

Faktor 1: Zufriedenheit mit dem CCM / Empathie

Die Faktorladungen lagen zwischen 0,780 („Der Versorgungskordinator ist während des Gesprächs auf meine Anliegen eingegangen“) und 0,394 („Ich habe keine Hemmungen mit dem Versorgungskordinator über meine Probleme zu sprechen“). Die interne Konsistenz lag bei $\alpha = 0,915$.

Faktor 2: Auswirkungen durch die Koordination / Unterstützungsangebote

Die Ladungen für Faktor 2 (F2) lagen im Bereich von 0,829 („Der Versorgungskordinator hat mir dabei geholfen, mich selbst besser zu organisieren“) bis 0,621 („Meine Familie/Partner wird durch die Betreuung durch den Versorgungskordinator entlastet“) mit einer internen Konsistenz von $\alpha = 0,841$.

Faktor 3: Sinnhaftigkeit der Betreuung durch den CCM

Für Faktor 3 lagen die Ladungen zwischen 0,771 („Die Betreuung durch den Versorgungskordinator ist meiner Meinung nach sinnvoll“) und 0,593 („Ich habe die vom Versorgungskordinator vorgeschlagenen Angebote/Dienste in Anspruch genommen“). Die interne Konsistenz lag bei $\alpha = 0,809$.

Faktor 4: Betreuungsaspekte

Die Faktorladungen für F4 lagen zwischen 0,805 („Der Versorgungskordinator berücksichtigt meine Meinung, inwiefern meine Familie einbezogen werden soll“) und 0,539 („Die Anzahl

der Besuchstermine durch den Versorgungskoordinator ist ausreichend/angemessen“) mit einer internen Konsistenz von $\alpha = 0,763$.

Faktor 5: Entscheidungsunterstützung

Die Ladungen für Faktor 5 lagen im Bereich von 0,721 („Der Versorgungskoordinator hat auf meine Kontaktaufnahme schnell reagiert“) bis 0,427 („Die vom Versorgungskoordinator zur Verfügung gestellten Materialien waren leicht zu verstehen“). Die interne Konsistenz betrug $\alpha = 0,524$.

Faktor 6: Erreichbarkeit

Für Faktor 6 lagen die Ladungen zwischen 0,725 („Ich weiß, wie ich den Versorgungskoordinator erreichen kann“) und 0,517 („Der Versorgungskoordinator hat sich ausreichend Zeit für mich genommen“) mit einer internen Konsistenz von $\alpha = 0,625$.

3.4.1.3 Perspektive der Angehörigen auf die Akzeptanz und Zufriedenheit – Entwicklung eines Fragebogens

Rekrutierung

Die Befragung erfolgte im Zeitraum von Mai 2020 bis August 2020. Die CM verteilten konsekutiv die Fragebögen an die Angehörigen bei Hausbesuchen. Hierzu erhielten im Vorfeld die Projektkoordinatoren der fünf IN je 50 Fragebögen. Zusätzlich zum Fragebogen erhielt jede/r Angehörige/r einen vorfrankierten Rückumschlag, sodass der Fragebogen kostenlos nach Lübeck zur Studienzentrale geschickt werden konnte.

Fragebogenentwicklung

Für die Entwicklung des Fragebogens „Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Angehörigen“ wurden auf die persönlichen Interviews mit CM und Patienten und Patientinnen im November 2019 in Leipzig zurückgegriffen (siehe 3.4.1). Zusätzlich lag ein Fragebogen aus Südkorea vor [36], der den Fokus auf die Patientenzufriedenheit mit einem CCM legt, allerdings auch wichtige Anhaltspunkte für die Erstellung eines Fragebogens zur Angehörigenzufriedenheit lieferte. Letztendlich wurden elf Fragen zur Testung der Akzeptanz und Zufriedenheit in den neu erstellten Angehörigenfragebogen aufgenommen. Um den Fragebogen einer ersten Pilotierung zu unterziehen, erfolgte im Januar 2020 die Überprüfung der Sinnhaftigkeit und Praktikabilität einzelner Fragen. Dies wurde durch die „Concurrent Think aloud Methode“ mittels kognitiver Interviews analysiert [37]. Angehörige wurden telefonisch darum gebeten, an der Pilotierung teilzunehmen, um bei Bedarf die Anpassung oder auch Ergänzung einzelner Items vorzunehmen. Der finale Fragebogen kann in der Anlage 24 eingesehen werden.

3.4.1.3.1 Stichprobenbeschreibung

An der Befragung nahmen 137 Angehörige teil. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 55%. Von den 137 Angehörigen waren 100 (73,0%) weiblich und 36 (26,3%) männlich. Das durchschnittliche Alter betrug 66,0 Jahre. Als Grad der Verwandtschaft wurde am häufigsten Tochter/Sohn (54,7%) oder Ehepartner/-in (33,6%) angegeben. Detaillierte soziodemographische Angaben sind aus Tabelle 35 zu entnehmen.

Tabelle 35: TP4_Beschreibung der Stichprobe (n = 137)

Variablen		Anzahl (%)	MW (SD)
Geschlecht	Männlich	36 (26,3)	
	Weiblich	100 (73,0)	
	Fehlend	1 (0,7)	
Alter (Jahre)			66,0 (13,6)
	Min - Max		25 - 90
	Fehlend	3 (2,2)	
Grad der Verwandtschaft	Tochter / Sohn	75 (54,7)	
	Ehepartner	46 (33,6)	
	Lebensgefährte	5 (3,6)	
	Enkel	2 (1,5)	
	Nichte/ Neffe	1 (0,7)	
	Fehlend	8 (5,8)	

MW Mittelwert; SD Standardabweichung

3.4.1.3.2 Fragebogendarstellung: Deskription und psychometrische Eigenschaften

Der Fragebogen zur Erfassung der Akzeptanz und Zufriedenheit durch die Versorgungskordinatoren/Gesundheitshelfer aus Perspektive der Angehörigen beinhaltete elf Items und ist detailliert im Anhang 66 dargestellt. Die Mittelwerte für die einzelnen Antwortmöglichkeiten lagen zwischen 1,12 („Ich weiß, wie ich den Versorgungskordinator erreichen kann“) und 2,01 („Ich habe das Gefühl, dass sich die Situation meines/meines Mannes/Frau/Partner durch den Versorgungskordinator verbessert hat.“).

Die explorative Faktorenanalyse, dargestellt im Anhang 67, ergab eine zwei-Faktorenlösung mit einer erklärten Gesamtvarianz R^2 von 59% (KMO = 0,828; Bartlett-Test auf Sphärität $P < 0,001$). Für **Faktor 1 „Auswirkungen durch die Koordination“** lagen die Ladungen zwischen 0,703 („Insgesamt bin ich mit der Betreuung durch den Versorgungskordinator zufrieden.“) und 0,786 („Ich werde durch den Versorgungskordinator entlastet.“) mit einer internen Konsistenz von $\alpha = 0,843$. Bei **Faktor 2 „Erreichbarkeit“** ergaben sich Faktorenladungen zwischen 0,624 („Das durch den Versorgungskordinator ausgehändigte Infomaterial war verständlich.“) und 0,755 („Die Erreichbarkeit des Versorgungskordinators war gut.“) mit einer internen Konsistenz von $\alpha = 0,683$.

3.4.1.4 Zusammenfassung

Mit den vorliegenden Fragebögen ist es möglich die Ergebnisqualität, im Rahmen der Umsetzung eines innovativen Versorgungsmodells aus verschiedenen Perspektiven (CM, Patienten und Patienten und Angehörige) zu betrachten. Die Fragebögen zeichnen sich durch eine Kürze aus und umfassen die Akzeptanz und Zufriedenheit der angebotenen Versorgungselemente in einem CCM. Zu dem zeigen die verschiedenen Erhebungen bei den jeweiligen Zielgruppen sehr geringe fehlende Werte auf, und die darin enthaltenen Themen weisen eine akzeptable bis sehr gute interne Konsistenz auf und lassen vermuten, dass sie von ihrer Faktorenstruktur her schlüssig sind. Der Fragebogen für die CM kann aufgrund der geringen Fallzahl nicht auf seine psychometrischen Eigenschaften hin überprüft werden. Durch den Einsatz in anderen Projekten, die in ähnlicher Weise das Ziel haben, durch ein CCM die Versorgung von Patienten und Patientinnen zu koordinieren und zu strukturieren, können die Fragebögen weiterentwickelt werden und hinsichtlich der Betrachtung der relevanten Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) weiter profitieren.

3.4.2 Qualitative Erhebung zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit der neuen Versorgungsform

Der Fokus der folgenden dargestellten Ergebnisse liegt auf der Akzeptanz und Zufriedenheit mit dieser neuen Versorgungsform. Neben der Patientenperspektive werden die Angehörigen und verschiedene Leistungserbringer bei der Betrachtung berücksichtigt.

3.4.2.1 Interviews mit Patienten und Patientinnen

Rekrutierung

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmenden für die telefonischen Einzelinterviews erfolgte im Zeitraum März bis Juli 2020 durch die jeweiligen Praxisnetze. Die Verantwortlichen vor Ort wurden über die Einschlusskriterien im Vorfeld informiert. Wichtig war, dass die Patienten und Patientinnen bereits 12 Monate an RubiN teilgenommen hatten. Die finale Rekrutierung erfolgte anschließend durch die CM bzw. die Praxisangestellten. Nach erfolgreicher Rekrutierung erhielt das Studienteam in Lübeck von der jeweiligen Projektleitung eine Aufstellung über die potentiell Teilnehmenden. Wie viele Personen für eine Teilnahme an der vorliegenden Studie angefragt wurden, ist nicht bekannt, da nur zu denjenigen Personen Informationen vorliegen, die einer Teilnahme zustimmten. Die Datenerhebung fand in der Zeit von März bis Juli 2020 statt. In den Interventionsnetzen erfolgten die telefonischen Einzelinterviews zwischen März und Mai 2020, in den Kontrollnetzen daran anschließend in den vorab festgelegten Kalenderwochen zwischen Mai und Juli 2020. Wiederholte Befragungen derselben Person gab es nicht. Die Einzelinterviews wurden ausschließlich telefonisch durchgeführt. Die Teilnehmenden befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in ihrer Häuslichkeit und wurden gebeten, während des Interviews nach Möglichkeit allein zu sein. Teilnehmende erhielten eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro.

3.4.2.1.1 Stichprobenbeschreibung

In den Interventionsnetzen wurden 44 Telefoninterviews mit Patienten und Patientinnen durchgeführt. Die Stichprobe bestand aus $n=30$ weiblichen und $n=14$ männlichen Teilnehmenden. Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug 81,4 Jahre ($\pm 4,7$). Die Dauer der Interviews variierte und betrug im Durchschnitt 27,4 Minuten (Minimum=10 Minuten, Maximum=76 Minuten). In den Kontrollnetzen wurden 15 Telefoninterviews mit Patienten und Patientinnen, die mehrheitlich weiblich ($n= 11$) waren, durchgeführt. Das durchschnittliche Alter lag bei 79 Jahren. Die Dauer der Interviews variierte und betrug im Durchschnitt 25,7 Minuten (Minimum=12 Minuten, Maximum=75 Minuten).

3.4.2.1.2 Thematische Darstellung

Im Folgenden werden wesentliche Aspekte aus den Interviews der Patienten und Patientinnen der IN vorgestellt.

Aktuelle Versorgungssituation

Zu der Hauptkategorie „aktuelle Versorgungssituation“ zählte neben dem aktuellen Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen auch die aktuelle Versorgungssituation. Diese Kategorie diente vor allem zu Beschreibung der interviewten Patienten und Patientinnen.

Aktueller Gesundheitszustand

Ein breites Spektrum an gesundheitlichen Problemen und Vorerkrankungen wurde von den Befragten beschrieben, welches unterschiedliche Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen hat und somit einen Unterstützungsbedarf in der Versorgung hervorruft. Die Vorerkrankungen reichten von diversen chronischen Erkrankungen, über Krebserkrankungen bis hin zu psychischen Problemen.

Aktuelle Versorgungssituation

Bezüglich der aktuellen Versorgungssituation der Befragten haben sich zwei wesentliche Gegebenheiten herauskristallisiert: Ein Großteil der Patienten und Patientinnen lebt mit den jeweiligen Ehepartnern zusammen, welche zumeist wesentlich in die Versorgung eingebunden waren oder die Versorgung zur Gänze übernahmen. Des Weiteren wurde deutlich, dass ebenso viele Patienten und Patientinnen alleine lebten, und nur wenig bis keine Unterstützung in ihrer Versorgung erfahren hatten, abgesehen von RubiN. Zwar gaben die Befragten häufig an, Angehörige zu haben, aber nicht immer lebten diese in unmittelbarer Nähe, um in der Versorgung unterstützen zu können. Oftmals lebten die Kinder in weit entfernten Städten und können im Alltag nicht unterstützend tätig sein. Bei Patienten und Patientinnen, die Angehörige in der Nähe hatten, zeigte sich meist ein Einbezug derer in die Versorgung.

Rolle des CCM

Jegliche Aspekte, die im Zusammenhang mit dem CCM standen, zählten zu dieser Kategorie. In der hier vorliegenden Analyse waren dabei vor allem die Gründe für die Inanspruchnahme, die konkreten Hilfestellungen und das Erleben der Versorgung relevant.

Gründe der Inanspruchnahme

Ob die von der CM unterbreiteten Angebote in Anspruch genommen wurden oder nicht, hing von unterschiedlichen Faktoren ab. Patienten und Patientinnen fühlten sich motiviert, sich an die CM zu wenden, da sie wussten, dass sie eine ehrliche und kompetente Antwort bekommen. Sie hatten nicht das Gefühl, dass sie bei Fragen und Anliegen nur getröstet werden.

„Weil ich eine ehrliche - und ordentliche Antwort kriege. Ich werde nicht getröstet, nach hinten geschoben oder sonst irgendwas? Im Gegenteil. Wir können offen sprechen“ (RubiN_TN28).

Die Patienten und Patientinnen gaben an, das Gefühl zu haben, dass sie bei der CM immer alles ansprechen können und sich gekümmert wird. Es wurden keine wesentlichen Hindernisse für die Inanspruchnahme der unterbreiteten Angebote identifiziert. Der einzige Grund, wieso Patienten und Patientinnen diverse Angebote nicht nutzen, war lediglich, dass aktuell kein Bedarf dafür bestand.

Konkrete Hilfestellungen

Im Rahmen des Projekts RubiN leisteten die CM verschiedene Hilfestellungen. Je nach individuellen Bedürfnissen unterstützte das CM Patienten und Patientinnen in einer Vielzahl von Angelegenheiten. Das Hauptaugenmerk lag auf der Unterstützung bei der Beantragung verschiedener Leistungen, wie z. B. Pflegestufe, häusliche Pflegedienste, und Schwerbehindertenausweise.

„Viel mit mir zusammen war und auch viel erreicht hat, zum Beispiel ein Duschbrett und was noch... Ach ja und denn haben wir zusammen den Behindertenausweis ausgefüllt und haben ihn auch bekommen, also das habe ich, muss ich sagen Frau <Versorgungskoordinatorin> zu bedanken“ (RubiN_TN11).

Die Patienten und Patientinnen erhielten auch Unterstützung bei der Suche nach einem Pflegeheim (z. B. für den Ehepartner), einer altersgerechten Wohnung oder wurden bei baulichen Veränderungen oder der Anschaffung von Hilfsmitteln für ein altersgerechtes Wohnen zu Hause beraten.

Erleben der Versorgung durch die CM

Patienten und Patientinnen beschrieben ihre persönlichen Erfahrungen mit der Versorgung durch die CM. Alle gaben an, mit der Betreuung sehr zufrieden zu sein. Durch den regelmäßigen Kontakt mit der CM hatten die Patienten und Patientinnen ein Gefühl von Sicherheit, weil sie immer jemanden haben, der ihnen zuhört. Bei Fragen oder Bedenken bestand jederzeit die Möglichkeit, sich an die CM zu wenden. Und dieses Gefühl, ständig jemanden an seiner Seite zu haben, wurde von den Befragten als sehr positiv empfunden.

„Man fühlt sich doch etwas sicherer, wenn man so alleine ist, wissen Sie? Die Kinder kümmern sich nicht um einen und - und ich weiß, dass man bei [Name] wirklich gut aufgehoben ist“ (RubiN_TN1).

Die Teilnehmenden berichteten, dass sich die CM immer Zeit nahm, um sich die Probleme anzuhören, auch wenn sie durch die Betreuung vieler Patienten und Patientinnen nur wenig Zeit hatte. Die CM wurden als sehr kompetent beschrieben, die alle notwendigen Fähigkeiten mitbringen.

„Ich finde es super. Sie ist - eine ganz kompetente Frau und dann sehr nett, und liebevoll, und - verständnisvoll, und apart. Obwohl sie auch in Zeitnot ist, nimmt sie sich auch wirklich die Zeit. Also ich bin sehr zufrieden. Sie spricht die ... alles an, was so ist - mit dem, und - na wie es einem geht und so weiter und - ja. Es ist - ist wirklich schön (RubiN_TN2).

Veränderungen durch RubiN

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie durch die Teilnahme am Projekt RubiN irgendwelche Veränderungen in ihrer Versorgung wahrgenommen haben. Zusätzlich wurden die Befragten gebeten, die wahrgenommene Veränderung zu bewerten.

Konkrete Veränderungen in der Versorgungssituation

Nicht für alle Patienten und Patientinnen kam es zu spürbaren Veränderungen durch die von RubiN geleistete Versorgung. Den Patienten und Patientinnen fiel es teilweise schwer, konkrete Veränderungen zu benennen. Einige Patienten und Patientinnen gaben an, keine Veränderungen benennen zu können, da sie die angebotenen Hilfestellungen bislang nicht in Anspruch genommen hatten, da bisher nur ein geringer Unterstützungsbedarf bestand. Aber auch Patienten und Patientinnen, die zwar zuvor berichteten, bestimmte Angebote in Anspruch genommen zu haben, gaben letztendlich an, keine Veränderungen in ihrer Versorgung bemerkt zu haben. Dennoch berichteten einige Teilnehmende, dass RubiN ihre Versorgung verbessert hat.

„Ja, also, dass ich hier eine bessere Versorgung habe [...], dass ich da sehr gut versorgt werde, was vorher nicht der Fall war“ (RubiN_TN10).

Die am häufigsten berichtete Veränderung war, dass sich die Patienten und Patientinnen nicht mehr allein fühlten und das Gefühl hatten, dass sich jemand um sie kümmerte.

„Dass ich mich nicht alleine fühle, dass ich immer jemanden habe, mit dem ich reden kann und der mir im Notfall auch wirklich hilft. Wenn ich jetzt richtig krank wäre, würde <Name> bestimmt sich auch um mich kümmern. Jedenfalls mich auf den Weg bringen“ (RubiN_TN34).

Bewertung dieser Veränderung

Die Patienten und Patientinnen berichteten, wie sie diese Veränderung erlebten. Alle Patienten und Patientinnen, die durch RubiN Veränderungen in ihrer Versorgung bemerkten, empfanden diese Veränderungen als sehr positiv. Die Patienten und Patientinnen gaben ein Gefühl von Sicherheit an, weil sie eine Person hatten, an die sie sich bei Fragen jederzeit wenden konnten. Die Möglichkeit, jederzeit anrufen zu können, wurde sehr geschätzt.

„Na, als, als, super. Etwas Besseres kann ich mir gar nicht vorstellen. Also ich, ich, ich kann gar nicht genug sagen, wie, wie dankbar ich ihr bin und mit welcher, welcher Aufmerksamkeit und Hingabe, und auch wenn ich sie anrufe oder sie nicht gleich erreiche, bei RubiN anrufe, da wird nie, sofort kommt ein Rückruf, wenn ich sie nicht gleich erreiche, oder... Also das funktioniert sagenhaft“ (RubiN_TN19).

Die Gewissheit, jemanden kontaktieren zu können, wenn Hilfe benötigt wird, wirkte sich auch positiv auf die psychische Gesundheit des Patienten aus. Die Patienten und Patientinnen gaben an, allgemein glücklicher und motivierter zu sein.

„Dass ich ein ganzes neues, ein ganz neuer Mensch geworden bin. Dass ich ein ganz neues Leben habe, dass ich viel glücklicher bin. Dass ich einfach ein, einen neuen Anfang gewagt habe. Und da hat die Frau < Name > mich sehr, sehr unterstützt. Auch den Mut mir da zu gegeben“ (RubiN_TN21).

Auch in den Kontrollnetzen wurde nach der aktuellen Versorgungssituation und nach der möglichen Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten gefragt

Aktuelle Versorgungssituation

Zur Hauptkategorie „aktuelle Versorgungssituation“ wurden der aktuelle Gesundheitszustand sowie auch die aktuelle Versorgungssituation gezählt.

Aktueller Gesundheitszustand

Ein breites Spektrum an gesundheitlichen Problemen und Vorerkrankungen wurde von den Befragten beschrieben, welches unterschiedliche Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen hat und somit einen Unterstützungsbedarf in der Versorgung hervorruft. Die Vorerkrankungen reichten von diversen chronischen Erkrankungen wie COPD oder Diabetes Mellitus, über Wirbelsäulenprobleme und Arthrose bis hin zu koronarer Herzkrankheit. Nur einzelne Patienten und Patientinnen gaben an, keine gesundheitlichen Probleme zu haben.

Aktuelle Versorgungssituation

Bezüglich der aktuellen Versorgungssituation der Befragten wurde deutlich, dass alle Patienten und Patientinnen zu Hause lebten und größtenteils auch nur wenig Unterstützung in der Versorgung benötigen.

„Aber die häusliche Pflege, also die persönliche Pflege, die mache ich selbst, denn ich will morgens um sieben Uhr noch nicht wen Fremdes hier so durch die Wohnung hetzen haben. Und dafür habe ich jetzt zum Putzen, kommt die jetzt jede Woche und das ist mir wichtiger“ (RubiN_TN55).

Unterstützung in der Versorgung

Der Großteil der Befragten gab an, bislang keine Unterstützung in der Versorgung zu beziehen, da sie sich noch völlig selbständig versorgen können. Einzelne Patienten und Patientinnen erhielten Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst oder durch Angehörige.

„Es kommt der Pflegedienst, ich habe von der < Verein > eine Haushaltshilfe, die kommt zum Einkaufen, die kommt zum Wischen und Fenster putzen und was so Sache ist. Und wie gesagt, sonst kommt, brauche ich nur anrufen, irgendeiner kommt her von meinen Kindern“ (RubiN_TN49).

Einschätzung der Versorgung

Der Großteil der Patienten und Patientinnen gab an, mit ihrer aktuellen Versorgungssituation zufrieden zu sein. Nur einzelne befragte Patienten und Patientinnen gaben an, nicht ganz mit ihrer Versorgung zufrieden zu sein, was vor allem Terminprobleme bei bestimmten Spezialisten umfasste.

Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten

Jegliche Versorgungsangebote, medizinischer oder therapeutischer Art sowie soziale Angebote oder der Bezug von Pflegegeldern, wurden ebenfalls erhoben. Nur wenige der Patienten und Patientinnen gaben an, an sozialen Angeboten wie Seniorengruppen oder Kaffeetreffen teilzunehmen.

„Dann bin ich hier noch in einer Gruppe, wo man kocht. So „Kochen in Trauer“ heißt das“ (RubiN_TN54).

Auch nur einzelne Befragte gaben an, dass sie finanzielle Unterstützung aufgrund eines bestehenden Pflegegrades beziehen. Nur wenige Patienten und Patientinnen nutzten außerhalb der Hausarztversorgung weitere medizinische Versorgungsangebote. Der Großteil der Interviewten war körperlich sehr aktiv und besuchte regelmäßige Sport- und Bewegungsangebote.

„Ja wie gesagt, Physiotherapie. Aber nicht in so Muskeldingen, sondern richtig von – das heißt < Firmenname > in < Ort > da sind wirklich Therapeuten, da sind auch meistens Leute, die entweder am Knie operiert sind oder alles Mögliche, die wieder fit gemacht werden sollen. Und so wollen die ja auch meine Muskeln stärken und die Ärztin meint, dass meine Gangunsicherheit davon käme, dass meine Muskeln erschlaft wären“ (RubiN_TN50).

3.4.2.2 Interviews mit Angehörigen

Rekrutierung

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmenden für die telefonischen Einzelinterviews erfolgte im Zeitraum März bis Juli 2020 durch die jeweiligen Praxisnetze. Wichtig war, dass die Angehörigen insbesondere deren Patienten und Patientinnen, bereits 12 Monate an RubiN teilgenommen hatten. Die finale Rekrutierung erfolgte anschließend durch die CM bzw. die Praxisangestellten. Diese traten mit Angehörigen in Kontakt, die den Einschlusskriterien entsprachen und für die Studie in Frage kamen. Nach erfolgreicher Rekrutierung erhielt das Studienteam in Lübeck von der jeweiligen Projektleitung eine Aufstellung über die Teilnehmenden. Wie viele Personen für eine Teilnahme an der vorliegenden Studie angefragt wurden, ist nicht bekannt, da nur zu denjenigen Personen Informationen vorliegen, die einer Teilnahme zustimmten. Die Datenerhebung fand in der Zeit von März bis Juli 2020 statt. In den Interventionsnetzen erfolgten die telefonischen Einzelinterviews zwischen März und Mai 2020, in den Kontrollnetzen daran anschließend in den vorab festgelegten Kalenderwochen zwischen Mai und Juli 2020. Wiederholte Befragungen derselben Person gab es nicht. Die Einzelinterviews wurden ausschließlich telefonisch durchgeführt. Die Teilnehmenden befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in ihrer Häuslichkeit und wurden gebeten, während des Interviews nach Möglichkeit allein zu sein. Teilnehmende erhielten eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro.

3.4.2.2.1 Stichprobenbeschreibung

In den Interventionsnetzen wurden insgesamt 22 Angehörige für diese Studie rekrutiert. Hiervon sagte eine Teilnehmende (n=1) ohne Angaben von Gründen wieder ab, sodass insgesamt 21 telefonische Interviews mit Angehörigen im RubiN-Projekt durchgeführt wurden. 85% davon waren weiblichen Geschlechts. Das Alter aller Teilnehmenden reichte von 33 bis 85 Jahren. Bei den Angehörigen handelte es sich entweder um erwachsene Kinder oder Ehepartner/ Ehepartnerinnen geriatrischer Patienten und Patientinnen. Tabelle 36 zeigt die soziodemographischen Daten der interviewten Angehörigen in den Interventionsnetzen.

Tabelle 36: TP4_Soziodemografie der Angehörigen der Interventionsnetze (n= 21)

Charakteristika		Angabe
Geschlecht, weiblich, n (%)		18 (85,7)
Alter in Jahren, MW (SD); Range		62,95 (2,61); 33 – 85
Verwandtschaftsverhältnis	- Tochter	11
	- Ehefrau	7
	- Sohn	2
	- Ehemann	1

MW Mittelwert; SD Standardabweichung

In den Kontrollnetzen wurden insgesamt zehn Angehörige innerhalb des RubiN-Projekts rekrutiert, von denen alle an telefonischen Einzelinterviews teilnahmen. 80% der Teilnehmenden waren weiblichen Geschlechts. Das Alter aller Teilnehmenden reichte von 41 bis 81 Jahren. Bei den Angehörigen handelte es sich mehrheitlich um erwachsene Kinder der an RubiN teilnehmenden Patienten und Patientinnen. Tabelle 37 zeigt die soziodemographischen Daten der interviewten Angehörigen in den Kontrollnetzen.

Tabelle 37: TP4_Soziodemografie der Angehörigen der Kontrollnetze (n= 10)

Charakteristika		Angabe
Geschlecht, weiblich, n (%)		8 (80)
Alter in Jahren, MW (SD); Range		53,10 (12,44); 41 – 81
Verwandtschaftsverhältnis	- Tochter	4
	- Schwiegertochter	2
	- Ehemann	1
	- Sohn	1
	- Enkelin	1
	- Nichte zweiten Grades	1

MW Mittelwert; SD Standardabweichung

3.4.2.2 Thematische Darstellung

Gesundheitliche Versorgungssituation

Insgesamt stellte sich die gesundheitliche Versorgungssituation geriatrischer Patienten und Patientinnen für ihre Angehörigen individuell und sehr unterschiedlich dar. Maßgebend hierfür war nicht nur der gesundheitliche Zustand der Patienten und Patientinnen, sondern auch die eigene persönliche Situation der beteiligten Angehörigen sowie externe Umstände, die die Versorgungssituation ermöglichten. Es zeigte sich, dass erwachsene Kinder und Ehepartner/ Ehepartnerinnen geriatrischer Patienten und Patientinnen häufig die einzigen Verantwortlichen in der gesundheitlichen Versorgungssituation waren. Das Versorgungsspektrum der pflegenden Angehörigen reichte hierbei von Unterstützung bei Bedarf bis hin zu gesundheitlicher Versorgung rund um die Uhr. Im Rahmen dessen ergaben sich für pflegende Angehörige psychische sowie physische Belastungen, die wiederum Konsequenzen für alle Beteiligten und Auswirkungen auf die Versorgungssituation haben können. Insbesondere ein geringes Zeitbudget bei gleichzeitigem Aufrechterhalten eines Privat- und ggf. Berufslebens kann für beteiligte Angehörige stark belastend sein. Für den Umgang mit diesen Belastungen war die Entwicklung individueller Strategien und die Zuhilfenahme persönlicher Ressourcen essenziell. Trotzdem spielte der Wunsch nach Unterstützung und Entlastung, gesellschaftlicher Akzeptanz, vereinfachtem Informationszugriff und konkreten Ansprechpersonen eine zentrale Rolle. Angehörige schätzten zwar Möglichkeiten und Angebote durch Gesundheitsfachberufe und Leistungserbringer des Gesundheitssystems. Allerdings fühlten sie sich häufig nicht ernst genommen, mit der Versorgungssituation überfordert und empfanden den Umgang mit ihnen bzw. den geriatrischen Patienten und Patientinnen selbst als nicht angemessen. Dieser

Eindruck kann mitunter dadurch entstehen, dass Vorschläge und Ideen von gesundheitlichem Fachpersonal nicht realisierbar waren. Dies führt nicht zur angestrebten Entlastung, sondern zu dem Wunsch nach Ansprechpersonen, die kontinuierlich erreichbar waren und auf die individuelle Versorgungssituation zugeschnittene Informationen bei Bedarf bereitstellen können. Beteiligte Angehörige, denen im Rahmen selbst entwickelter Strategien entsprechende Ansprechpersonen zur Verfügung standen, fühlten sich insgesamt zufriedener und entlastet. Die Vielfalt und Intensität der Tätigkeiten, die von den pflegenden Angehörigen in der gesundheitlichen Versorgungssituation erbracht wurden, sowie der Umgang mit Versorgungsstrukturen und daraus folgenden Belastungen und Konsequenzen, kann als Selbstaufgabe der Angehörigen betrachtet werden.

Erfahrungen Angehöriger im Versorgungsmodell RubiN

Im Fokus dieses Themenkomplexes standen die Erfahrungswerte beteiligter Angehöriger geriatrischer Patienten und Patientinnen im Versorgungsmodell RubiN. Da die gesundheitliche Versorgungssituation aus medizinischen, sozialen, rechtlichen und emotionalen Aspekten zusammengesetzt war, ergaben sich für Angehörige ebenso vielfältige Fragestellungen und Bedürfnisse. Insgesamt empfand der Großteil der Befragten die CCM Intervention als positiv und sinnvoll. Die Leistungen der CM hatten für befragte Angehörige einen Mehrwert und führten zu einer Verbesserung der Versorgungssituation. Diese Verbesserung ließ sich an unterschiedlichen Gesichtspunkten feststellen. Zunächst hatte die Arbeit der CM in RubiN zur Folge, dass die gesundheitliche Versorgung für die beteiligten Patienten und Patientinnen selbst qualitativ aufgewertet wurde. Dies geschieht z.B. in Form der Organisation von Hilfsmitteln, Dienstleistungen und der Einbezug weiterer lokaler und regionaler Strukturen wie Pflegediensten oder Einrichtungen für Tagespflege. Auch der regelmäßige Kontakt zu den geriatrischen Patienten und Patientinnen führte zur Anregung und Förderung der Beteiligten. Veränderungen in der gesundheitlichen Versorgungssituation ergaben sich jedoch nicht nur für die beteiligten Patienten und Patientinnen selbst, sondern auch für die involvierten Angehörigen. Angehörige hatten in RubiN eine Ansprechperson gefunden, die alle versorgungsrelevanten Aspekte adäquat adressierten und bearbeiteten. Dies umfasste Unterstützung in fachlichen, administrativen, medizinischen, therapeutischen und rechtlichen Fragen. Darüber hinaus erfuhren Angehörige emotionale Unterstützung, die dazu führt, dass sie sich weniger gestresst, ernst genommen und entlastet fühlten. Infolgedessen können sie bestärkt im ambulanten Setting der gesundheitlichen Versorgung z.B. im Kontakt mit Leistungserbringern auftreten. Auch dies wirkte sich positiv auf die Leistung der Angehörigen und die Qualität der gesundheitlichen Versorgungssituation aus. Diese Entlastung hatte ebenfalls einen positiven Effekt auf die sozialen Beziehungen der Angehörigen und zeigte ein verbessertes Verhältnis zu ihrer Umwelt und den geriatrischen Patienten und Patientinnen. Angehörige schätzten besonders die kontinuierliche und vertrauensvolle Versorgung durch die CM. In dieser Studie gab es wenig Angehörige, die keine Veränderungen in der Versorgungssituation feststellen konnten. In diesen Fällen wurde jedoch ausdrücklich differenziert, dass dies an der Entwicklung eigener Strategien im Umgang mit der Versorgungssituation lag und nicht an der CCM Intervention, sodass hier wenig Optimierungsbedarf besteht. Befragte Angehörige dieser Studie wünschten sich einstimmig eine weiterführende und intensivere Betreuung durch CM.

3.4.2.3 Fokusgruppen mit den Leistungserbringern

Rekrutierung

Bei den Teilnehmern der Fokusgruppen handelt es sich um Personen aus den ÄN, die sich an RubiN beteiligt haben und den Interventionsnetzen zugeordnet waren. Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer erfolgte von Juni bis Juli 2020 über die Projektkoordinatoren der jeweiligen ÄN. Die Zusammensetzung der Teilnehmenden sollte möglichst heterogen sein und jeweils aus Ärzten und Ärztinnen, MFA und CM bestehen. Die Fokusgruppen fanden zwischen

August und September 2020 in den Räumlichkeiten der jeweiligen ÄN statt. Insgesamt wurden zehn Fokusgruppen mit je drei bis sieben Teilnehmenden durchgeführt. Teilnehmende erhielten eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro.

3.4.2.3.1 Stichprobenbeschreibung

Es wurden in den fünf Interventionsnetzen jeweils zwei Fokusgruppen, also insgesamt zehn Fokusgruppen mit n=46 Teilnehmenden (n= 15 Ärzte und Ärztinnen, n= 14 MFA und n= 17 CM) im Alter von 23 bis 66 Jahren durchgeführt. 80,4 % der Teilnehmenden waren weiblich, die Berufsgruppen waren im Durchschnitt ungefähr gleich stark vertreten. Die Fokusgruppendifkussionen dauerten durchschnittlich 75,6 Minuten ($\pm 13,5$).

Tabelle 38: TP4_Soziodemografie der Fokusgruppenteilnehmenden aus den Interventionsnetzen (n= 46)

Charakteristika	Angaben
Alter in Jahren, MW (SD); Range	46,6 (10,5); 23-66
Geschlecht, weiblich, n (%)	37 (80,4)
Tätig im Praxisnetz / Ärztenetz als, n	
Ärzte und Ärztinnen	15
Medizinische Fachangestellte	14
Care- und Case-Manager	17
Tätigkeitsdauer im Praxisnetz / Ärztenetz, n [§]	
Weniger als 1 Jahr	1
1 bis 5 Jahre	13
6 bis 10 Jahre	8
Mehr als 10 Jahre	7

[§]variiert aufgrund fehlender Angaben; MW Mittelwert; SD Standardabweichung

3.4.2.3.2 Thematische Darstellung

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen äußerten Ihre Akzeptanz bzw. Zufriedenheit mit dem neuen Versorgungsmodell insbesondere durch die Veränderungen in der Versorgung, die sie wahrgenommen und auch als positiv bewertet haben. Dabei kristallisierten sich folgende Unterkategorien heraus:

- Belastung der Hausärzte
- Belastung Pflegedienst
- Entlastung Angehörige
- Einblick in die Lebenswelt der Patienten
- Förderung der Versorgung zu Hause
- Patientenzufriedenheit
- Lebensqualität
- Gefühl von Sicherheit
- Mehr Zeit für Patientenversorgung
- Sensibilisierung der geriatrischen Versorgung
- Veränderungen

Belastung der Hausärzte und Hausärztinnen

Die Phase der Rekrutierung wurde anfänglich von den meisten Praxen als sehr aufwändig und zeitintensiv beschrieben. Im Verlauf sei deutlich geworden, wie sehr die Ärzte und Ärztinnen und die MFA durch die Tätigkeiten der CM entlastet worden seien und welche Zufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen dadurch entstanden sei, unter anderem auch dadurch, dass die Ärzte und Ärztinnen nicht mehr alleinverantwortlich für die Versorgung ihrer Patienten und Patientinnen gewesen seien.

„Eine große Entlastung, weil wir ja die Dinge dann nicht machen müssen... Wir müssen nicht selber drauf kommen, wir kriegen was vorgeschlagen. [...] und Sie machen es ja von sich aus quasi und ergänzen das Ganze sehr gut“ (RubiN_FG6_A).

Auffallend sei gewesen, dass durch die Etablierung einer CM viele Patienten und Patientinnen deutlich seltener in die Praxis gekommen seien. Gewisse Unsicherheiten mit Krankheiten oder Fragen an die Versorgung sowie anderer Gesprächsbedarf seien durch den regelmäßigen Kontakt mit den CM aufgefangen worden. Patienten und Patientinnen, die trotzdem mit Beratungsanlässen aus dem Fachbereich der CM in die Praxis kamen, seien an die CM verwiesen worden. Auch die CM nahmen wahr, dass durch ihre Tätigkeiten eine Entlastung der Hausärzte und Hausärztinnen erreicht werden konnte.

„Dass also der Hausarzt erstmal entlastet ist durch die – durch die Hilfsangebote, die wir machen und er hat natürlich auch ein komplettes geriatrisches Screening von uns bekommen, das muss man auch ganz klar sagen“ (RubiN_FG3_CM).

Hervorgehoben wurde zudem die Netzwerkarbeit, die im Rahmen der Umsetzung des Versorgungsmodells geleistet worden sei und die die Arbeit der Ärzte und Ärztinnen deutlich verbessert und erleichtert habe.

Belastung der Pflegedienste

Für Ambulante Pflegedienste wurde ebenfalls eine Entlastung wahrgenommen, da viele Tätigkeiten, wie z.B. das Durchführen diverser geriatrischer Assessments, von den CM durchgeführt worden seien und es somit eine große Zeitersparnis für die Pflegedienste ergeben habe. Die CM hätten zudem auch viele Fragen und Probleme abgefangen, mit denen die Patienten und Patientinnen ansonsten an den Pflegedienst herangetreten wären.

„Und den Pflegedienst auch entlastet, weil die sagen: ‚Super, wenn du das machst‘ und dann haben die einen Papierkram weniger und haben natürlich auch eine Patientin, die zufrieden ist“ (RubiN_FG2_CM).

Entlastung der Angehörigen

Auch für die Angehörigen der geriatrischen Patienten und Patientinnen konnte eine Entlastung sowohl in zeitlicher, finanzieller als auch psychischer Hinsicht beobachtet werden. Aufgrund der Unterstützung in der Versorgung durch die CM sowie einer organisierten Haushalts-, Betreuungs- oder Tagespflege hätten die Angehörigen wieder freie Stunden oder Tage für sich selbst.

„Was für einen Benefit die dann empfinden, oder auch sagen: ‚Jetzt wo mein Mann einmal die Woche in der Tagespflege [ist] – Ich gehe jetzt immer schwimmen, das wollte ich schon immer mal wieder machen““ (RubiN_FG3_CM).

Durch die Hilfe bei der Beantragung von Pflegegeldern und Sachmitteln sowie Vergünstigungen durch beantragte Schwerbehindertenausweise seien die Angehörigen finanziell entlastet und in der Folge z.T. auch psychisch entspannter gewesen. Angehörige, die nicht in der Nähe wohnten, seien froh und erleichtert über die gesicherte Versorgung durch die CM gewesen.

Einblick in die Lebenswelt der Patienten und Patientinnen

Der Einblick in die Lebenswelt der Patienten und Patientinnen habe sich durch das CCM verbessert. Die von den CM durchgeführten Hausbesuche hätten zusätzliche Eindrücke von der Wohnsituation inkl. vorhandener Gerüche wie Urin, Eindrücke der Essensversorgung, der Medikamentencompliance etc. erlaubt und damit eine ganzheitliche Betrachtung der Patienten und Patientinnen und ihrer Lebenswelt ermöglicht. Durch das Gesamtbild sowie der erhöhten Gesprächsbereitschaft der Patienten und Patientinnen in ihrer eigenen Häuslichkeit seien Pflegebedürfnisse identifiziert worden, die in der Akutsituation des Praxisbesuchs unbemerkt geblieben wären, sodass die Hausbesuche als enorm wichtig empfunden wurden.

„Neben dem, was wir von der ärztlichen Seite her oder von der Praxisseite her machen konnten, gab es ein zweites Standbein. Es gab nochmal jemanden, der zu Hause geguckt hat. Viele Patienten, die vielleicht Hausbesuche bedürftigen oder wo man sagt: ‚Da macht es eigentlich mal Sinn, mal hinzufahren, sich das Zuhause mal anzugucken‘, das haben wir zeitlich nicht, das ist zeitlich nicht möglich [...] Und das ist zumindest glaube ich ein großer Gewinn durch dieses Projekt gewesen, dass man eben die Häuslichkeit dieser Patienten dann auch gesehen hat“ (RubiN_FG6_A).

In einigen Fällen seien desolate Lebensbedingungen aufgedeckt worden, die zuvor hinter Fassaden aus gepflegter Kleidung und vornehmlichem Verhalten verborgen geblieben seien. Manchmal seien auch nur Kleinigkeiten aufgedeckt worden, die jedoch zu einer besseren Versorgung beigetragen und die Patienten und Patientinnen ermutigt hätten, zu Hause zu bleiben.

Förderung der Versorgung zu Hause

Durch den Einblick in die Lebenswelt der Patienten und Patientinnen sei es möglich gewesen, entsprechende präventive Unterstützungsmöglichkeiten zu organisieren, um einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu fördern. Es seien sowohl medizinische und therapeutische Probleme als auch soziale Aspekte berücksichtigt worden. Folgende Maßnahmen zur Förderung der häuslichen Versorgung habe es unter anderem gegeben: Anpassungen im Wohnraum für mehr Barrierefreiheit, einen Einsatz von Hilfsmitteln, das Hinzuziehen eines ambulanten Pflegedienstes, die Organisation eines Betreuungsservices zur Unterstützung beim Einkaufen oder Reinigen des Haushalts, die Bestellung von Essen auf Rädern sowie Verordnungen für Physio- und Ergotherapie zum Erhalt der Mobilität. Die Organisation und Koordination all dieser Maßnahmen hätten es den Patienten und Patientinnen ermöglicht, sicher und zufrieden in ihrer eigenen Wohnung zu verbleiben.

„Ich Sorge dafür, dass die Menschen versorgt zu Hause sind und zu Hause bleiben dürfen zur Vermeidung von stationären Aufenthalten. Ich glaube, bis dato habe ich wenig Überleitungen in den vollstationären Bereich, ich glaube prozentual 7 von einem Schnitt von über 200 Patienten. Und das ist nicht viel“ (RubiN_FG1_CM).

Auch die Ärzte und Ärztinnen wünschten sich, ihre Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden Krankheiten nicht immer gleich in ein Krankenhaus einweisen zu müssen und waren froh über die Integration der Patienten und Patientinnen in ihrem gewohnten Umfeld.

Patienten- und Patientinnenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen mit dem Versorgungsmodell wurde von allen Beteiligten wahrgenommen. Die Möglichkeit zu haben, sich bei jemanden melden zu können und über das eigene Befinden oder die eigenen Probleme zu sprechen, habe sich positiv auf das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen ausgewirkt.

„Also das Gespräch, auch über Dinge mal zu sprechen, die vielleicht noch nie Platz und Raum gefunden haben. Plötzlich kommen die ans Tageslicht. Und das ist für die Patienten dann auch eine Form von Wohlbefinden. Wir wollen ja im Prinzip Selbstbestimmtheit und Stabilität. Und wenn ich mich von der Psyche her auch mal ein bisschen befreit habe von irgendwelchem Gedankenkarussell, geht es mir plötzlich auch besser. Oder den Leuten mal ins Gewissen reden, dass sie das doch mal bitte jetzt vielleicht mal angehen könnten“ (RubiN_FG2_CM).

Die Patienten und Patientinnen hätten durchweg positive Rückmeldungen an die CM gegeben und alle seien dankbar gewesen, dass sie an dem Projekt teilnehmen durften. Sie hätten selbst erkannt, dass sie von dem Projekt profitieren würden und seien sowohl mit ihren positiven als auch negativen Entwicklungen zufrieden gewesen. Besonders zufrieden seien sie über organisierte Hilfsmittel, Wohnraumanpassungen sowie die Unterstützungen bei Anträgen

gewesen. Ihnen seien durch die CM viele neue Möglichkeiten aufgezeigt worden, etwas Neues wie Sportgruppen oder andere soziale Angebote auszuprobieren und Abwechslung in den Alltag zu bringen.

„Manche haben sich auch einfach gefreut, dass einfach mal was Neues – die waren, sind so in ihrem Alltagsstrott, kommt nicht viel Neues rein, oder - und wir haben ja auch eine Reha-Sportgruppe hier zum Beispiel gegründet und da haben manche auch gesagt: „Mensch toll, einfach mal wieder rauskommen, einfach mal wieder neuer Input, dass mal wieder jemand nach Hause kommt“ (RubiN_FG4_CM).

Die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen haben sich auch im einfacheren und freundlicheren Umgang bei der Behandlung in der Praxis ausgewirkt.

„Bei einigen Patienten, die grundsätzlich in die Praxis kamen und immer so eine innere Anspannung hatten oder immer so eine Abwehrhaltung so gegen alles, was man vorgeschlagen hat [...] die jetzt aber unter RubiN so viel Positives erfahren haben, dass das Handling in der Praxis mit den Patienten viel einfacher geworden ist. Die sind dankbar, die sind wirklich freundlich“ (RubiN_FG3_MFA).

Lebensqualität

Es wurde sowohl von den Hausärzten und Hausärztinnen als auch von den CM eine Steigerung der Lebensqualität der Patienten und Patientinnen wahrgenommen. Die Patienten und Patientinnen hätten unter Berücksichtigung sozialer Aspekte glücklicher gewirkt und eine erhöhte Lebensfreude gezeigt. Die Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit und körperlichen Fitness hätten sich positiv auf die Teilnahme an Aktivitäten ausgewirkt. Die Patienten und Patientinnen hätten vermehrt an Sportgruppen teilgenommen, neue Freundschaften gegründet oder wieder Ausflüge in Parks etc. gemacht.

„Und wenn man das dann sieht, wie glücklich die Patienten sind und was für einen Sprung die dann machen auch noch, in bestimmten Bereichen, einfach weil sie wieder mehr Teilhabe haben, dann ist das total genial“ (RubiN_FG1_A).

Es wurde beobachtet, dass die sozialmedizinischen Wünsche in der Praxis oft nicht zum Ausdruck gebracht worden seien und auch medizinische Werte wie der INR-Wert sich unter dem CCM stabilisiert hätten. Durch die Verordnungen von Hilfsmitteln oder Wohnraumanpassungen hätten viele Patienten und Patientinnen zudem wieder die Möglichkeit gehabt, das Haus verlassen zu können.

„Und viele sind auch mobiler geworden, viele haben durch die Bereitstellung oder die Vermittlung einer Hilfe die Möglichkeit bekommen, das Haus mal wieder zu verlassen. Ich habe viele Patienten, die ein Elektromobil jetzt nutzen können und begeisterte Fahrer sind und sich wie ein Schneekönig freuen, dass sie irgendwie mal zu einem anderen Supermarkt können als zu dem, der um die Ecke ist, weil es da halt was Anderes zum Einkaufen gibt“ (RubiN_FG5_CM).

Gefühl von Sicherheit

Alle an der Versorgung beteiligten Personen konnten ein Gefühl von Sicherheit verspüren. Sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch CM berichteten, dass die Patienten und Patientinnen durch den regelmäßigen Kontakt mit den CM ein starkes Sicherheitsgefühl hätten erlangen können, da sie eine feste Ansprechperson gehabt hätten, die jederzeit erreichbar und vertrauenswürdig gewesen sei. Viele ältere Menschen hätten nämlich keine Angehörigen gehabt oder diese hätten oft weit weg gewohnt.

„Das ist jetzt auch ja eine Sicherheit, wenn jemand angesprochen wird und dann sozusagen das Herz ausschütten darf, also eine sehr vertrauensvolle Ebene findet. Das ist ja auch eine Sicherheit, die man hat, wenn man weiß: man kann diejenige anrufen, die hört mir zu, die kommt, mit der kann ich darüber reden“ (RubiN_FG6_A).

Ärzte und Ärztinnen konnten spüren, dass sich die Patienten und Patientinnen sicherer gefühlt hätten, wenn regelmäßig eine Person in die Häuslichkeit kommt, die eng mit den Hausärzten und Hausärztinnen zusammenarbeitet, was letztendlich auch ein Gefühl von Sicherheit bei den Ärzten und Ärztinnen ausgelöst habe. Die Ärzte und Ärztinnen fühlten sich in sozialmedizinischen Tätigkeiten oft ein wenig überfordert und daher sicherer und souveräner in ihrer Arbeit, wenn sie wussten, dass die CM diese Tätigkeiten übernahmen und die Versorgung ihrer Patienten und Patientinnen somit gewährleistet worden sei.

„Für mich wenigstens als Arzt war das sehr entlastend, wenn ich weiß die Patienten sind gut versorgt. Das gibt mir auch Sicherheit in der Versorgung der Patienten, hilft mir bei der täglichen Arbeit, Entscheidungen auch zu treffen oder Probleme zu lösen und entlastet mich extrem“ (RubiN_FG4_A).

CM erfuhren ebenfalls ein Gefühl von Sicherheit, welches daraus resultiert habe, dass sie für sich einen klar definierten Arbeits- und Versorgungsauftrag nachgingen, bei dem sie durch die gute Zusammenarbeit im interprofessionellen Team optimal unterstützt worden seien.

„Also ich finde das schön, im Team zu arbeiten und nicht so als Allein, im Alleingang zu sagen: Jetzt entscheide mal [...] Sondern man kann zusammen sich austauschen und das finde ich echt eine Bereicherung inhaltlich, fachlich und auch seelisch eine Entlastung, zu sagen: ‚Nein, wir haben es gemeinsam so entschlossen, wir probieren es jetzt nochmal zu Hause‘“ (RubiN_FG7_CM).

Mehr Zeit für die Patienten- und Patientinnenversorgung

Ein großer Vorteil der Projektarbeit der CM sei gewesen, dass diese in ihrer Zeitgestaltung frei und zeitlich unbegrenzt gewesen seien. Sie hätten sich für ihre Patienten und Patientinnen so viel Zeit wie nötig nehmen und so Versorgungslücken, die aufgrund zeitlich begrenzter Ressourcen und fehlender Schnittmengen unter den Professionen in der Regelversorgung entstünden, füllen oder Gesprächsbedarf decken können. Auch die Patienten und Patientinnen hätten wahrgenommen, dass die CM vermehrt Zeit für sie hätten.

„Und gerade das Gespräch, dass man auch mal sein Herz ausschütten kann, dass auch jemand vielleicht mal Zeit hat und nicht gleich auf die Uhr guckt oder sagt: ‚Ich muss mal weiter.‘ Das ist glaube ich ein ganz großer Gewinn von RubiN gewesen“ (RubiN_FG6_A).

Sensibilisierung der geriatrischen Versorgung

Ärzte und Ärztinnen gaben an, durch die Teilnahme an dem Projekt mehr für das Thema geriatrische Versorgung sensibilisiert worden zu sein und nun einen gewissen Rundumblick gewonnen zu haben. Hierzu zählten einerseits die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln oder auch der rechtzeitige Hinweis zur Beantragung von finanziellen Mitteln wie Pflegegrad oder dem Einholen diverser Genehmigungen. Sie seien aufgrund der Anregungen und Sichtweisen der CM z.T. neue therapeutische Wege gegangen und hätten versucht, durch Ausnahmeregelungen vermehrte Verordnungen ausstellen zu können. Ihnen sei die sozialmedizinische Bedeutung und der Stellenwert von Assessments bewusster geworden, wenige hätten sogar den Versorgungsbedarf einiger Patienten und Patientinnen unterschätzt.

„Denn ich glaube, ich bin wesentlich mehr sensibilisiert frühzeitig jetzt, auch wenn jetzt das Projekt nicht mehr da ist, aber frühzeitig zu überlegen: An was muss ich denn noch denken, außer Medikamente und Krankengymnastik und sowas?“ (RubiN_FG2_A).

Sonstige Veränderungen

Diese Kategorie beschreibt weitere Veränderungen, die im Rahmen des RubiN-Projekts beobachtet wurden. Das CCM könne z.B. dabei helfen, Patienten und Patientinnen mit einer Facharztüberweisung vorzuselektieren.

„Meine Warteliste ist unendlich lang, ich muss Menschen abweisen und nicht zu wenig. Aber, wenn dann natürlich aus dem Netz vom Case-Manager irgendwas kommt [...] Dann ist das sozusagen ja schon mal so eine vorselektionierte Klientel und dann sage ich: ‚Na ja, das ist dann auch wichtig. Das muss dann halt vorgezogen werden‘“ (RubiN_FG1_A).

Die CM hätten zudem auch ihre Patienten und Patientinnen zu mehr Selbstständigkeit und Selbstverantwortlichkeit angeleitet, indem sie ihnen kleinere Aufgaben gestellt hätten. Bei Patienten und Patientinnen, die sich aufgrund ihres Alters und der Krankheit körperlich und kognitiv verschlechtert hätten, seien Sicherheitsmaßnahmen wie der Entzug des Autoführerscheins eingeleitet worden.

„Er war hochgradig dement, er ist noch Auto gefahren. Da haben wir dann dafür gesorgt, dass der Führerschein weggeht“ (RubiN_FG2_CM).

3.4.2.4 Zusammenfassung

Die Interviews mit den Patienten und Patientinnen verdeutlichen die positive Funktion eines CM. Das CCM wird als sehr hilfreich für den eigenen Versorgungsalltag wahrgenommen und vermittelt Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung und mit den daraus entstehenden Rahmenbedingungen. Die CM leistet vor allem Hilfestellungen im alltäglichen Umgang mit der geriatrischen Erkrankung und wird als kompetente Person wahrgenommen, die ebenso die Kontinuität der Versorgung sicherstellt. Die Patienten und Patientinnen sind insgesamt sehr zufrieden mit der CM und dem CCM, da es an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtet ist und die Patienten und Patientinnen ganzheitlich in den Blick nimmt. Die Angehörigen zeigten sich ebenfalls sehr zufrieden mit der Versorgung durch eine CM und finden dies vor allem auch für sich selbst als sehr unterstützend und entlastend bei der Betreuung ihrer geriatrisch zu pflegenden Patienten und Patientinnen. Die CM vermittelt den Angehörigen ebenso ein Gefühl von Sicherheit und sie fühlen sich ernstgenommen hinsichtlich des Umgangs mit verschiedensten herausfordernden Situationen im Versorgungsalltag mit ihren geriatrisch zu pflegenden Patienten und Patientinnen. In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass das gegenseitige Vertrauen einen wesentlichen Aspekt für interprofessionelle Zusammenarbeit darstellt. Das interprofessionelle Arbeiten wird als sehr zufriedenstellend erlebt und führt zu einer Entlastung bei den an der Versorgung beteiligten Professionen und erlaubt einen holistischen Zugang auf diese Patientengruppe.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Das Ziel des Projektes RubiN bestand in der Überprüfung, ob ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und assessmentgestütztes CCM, das im Rahmen des Projektes in fünf, nach §87b SGB V zertifizierten ÄN (IN1 bis IN5) als Intervention ausgeführt wurde, zu einer Verbesserung in der Identifikation, der Versorgungssituation und des Gesundheitszustandes der geriatrischen Patientinnen und Patienten, die noch in der eigenen Häuslichkeit lebten, führt. Drei weitere ÄN, die ebenfalls nach §87b SGB V zertifiziert sind, gestalteten die Versorgung der Studienpopulation entsprechend der in den ÄN üblichen Regelversorgung und bildeten die KG.

RubiN wurde in einem realen Versorgungssetting ausgeführt und für die acht ÄN (alle nach §87b SGB V zertifiziert) evaluiert. Durch die Zertifizierung kann in allen ÄN vorausgesetzt werden, dass die Koordination der Leistungserbringer und die Integration der Leistungsarten auf gutem Niveau sind. Die ÄN bilden somit eine gute Grundlage, um als Lotsenträger zu fungieren. Allerdings muss auch bedacht werden, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb dieser ÄN und auch das Maß an Integration auf höherem Niveau liegen als in der Regelversorgung außerhalb der ÄN.

Die Fragestellung des Projektes wurde auf drei Ebenen (Ebene der Leistungsempfänger, Ebene der Leistungserbringer und Ebene der ÄN) mit unterschiedlichen Methoden und Evaluationsendpunkten untersucht. Um als zentrales Beurteilungsmerkmal die Ansprüche des Wirtschaftlichkeitsgebots des SGB V in den Vordergrund zu stellen, wurde der medizinische Nutzen als primäre Hypothese formuliert und von einer gesundheitsökonomischen Evaluation sowie qualitativer Forschung begleitet.

Primärer Effekt (Medizinischer Nutzen anhand BI)

Die in TP1 ausgeführte Evaluation der quantitativen Primärdaten konnte nicht zeigen, dass die Intervention zu einem positiv messbaren medizinischen Nutzen gegenüber der Versorgung in den ÄN der KG führte.

Die Analyse des primären Endpunktes (gemessen anhand des BI) auf Patientenebene über die erste Interventionszeit (12 Monate) hinweg, zeigte, dass sich der BI-Score in der Interventionszeit nicht signifikant verbesserte (t1 vs t0). Auch im Vergleich mit der KG konnte in der IG keine signifikante Verbesserung nachgewiesen werden.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass durch das nichtrandomisierte kontrollierte Design Ungleichgewichte in den Populationen zwischen IG und KG verbleiben können. Diese Ungleichgewichte können in der statistischen Analyse nur bedingt kontrolliert werden. Insbesondere wurden Unterschiede in folgenden Kriterien festgestellt:

- Die Studienpopulation in der IG war signifikant älter (66% der Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe ≥ 80 Jahre) als in der KG (59%).
- Das Ergebnis des geriatrischen Screenings (ANGELINA) ergab, dass 77% der Patientinnen und Patienten der IG und 61% der Patientinnen und Patienten der KG dem höchsten Schweregrad „schwer“ zugewiesen wurden bei Studieneintritt.
- Auch die Bestimmung des BL Scores des primären Endpunkts (BI-Score) zeigte, dass in der KG der BI-Scores um ca. fünf Punkte über dem in der IG lag. Das heißt, dass in der KG die Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten bezüglich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ höher war als in der IG zu Studienbeginn.

Weiterhin zeigte sich, dass das Erhebungsinstrument BI sich als zu wenig veränderungssensitiv erwies und ab einem Score von 60 Punkten dem Ceiling-Effekt (Deckeneffekt) unterlag. Sowohl in der IG als auch in der KG war der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Scores über 60 im BI sehr hoch. Insgesamt erreichten zu t0 ca. 94 % der Patientinnen und Patienten einen BI-Score zwischen 60 und 100 Punkten (IG=93,4%; KG=94,5%). Der Anteil der Patientinnen und Patienten, der den maximalen BI-Score von 100 Punkten zu t0 erzielte, lag in der KG bei 68% und in der IG bei 41%. Das bedeutet, dass eine mögliche bzw. tatsächliche Verbesserung in der Ausführung der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ bei den Patientinnen und Patienten unterschätzt wurde. Diese Problematik hat sich bereits in anderen Untersuchungen gezeigt [38] und es wird angestrebt, für Patientinnen und Patienten, die chronisch (geriatrisch) erkrankt sind und ansonsten noch eine gute Selbstversorgung hinsichtlich der ADL aufweisen (hier im RubiN-Projekt: „Leben in der eigenen Häuslichkeit“), das Erhebungsinstrument BI zu ergänzen und die Itemabfrage sensitiver zu gestalten.

Die Auswertung der primären Hypothese konnte somit die Überlegenheit der IG nicht bestätigen. Aus den oben genannten Gründen kann deshalb ein medizinischer Nutzen der Lotsentätigkeit in ÄN zwar nicht bewiesen, aber auch nicht ausgeschlossen werden.

Gesundheitsökonomische Evaluation

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation von RubiN zeigen, dass die Intervention des CCM mit Mehrkosten einhergeht, die im Projektverlauf potentielle Einsparungen überwiegen. Im Zusammenspiel mit der Nichtüberlegenheit des CCM auf den primären Endpunkt (BI-Score) kommt es somit zu keiner gesundheitsökonomischen

Verbesserung der Versorgungssituation. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 78% wird die RubiN-CCM-Intervention von der Regelversorgung der ÄN dominiert – das heißt die IG verursacht zusätzliche Kosten, ohne zusätzlichen medizinischen Nutzen zu generieren.

Bei der Bewertung der RubiN CM-Intervention muss die Besonderheit der Studienpopulation und das Ziel der Intervention mit einfließen. Bei dem eingeschlossenen Sample handelt es sich um Personen über 70 Jahre mit hohen Gesundheitskosten, welche mit zunehmendem Alter noch weiter ansteigen [39]. Das deklarierte Ziel des CM ist der Ausgleich einer Unter- und Fehlversorgung; die Intervention sollte demnach zu einer höheren Inanspruchnahme primärer Versorgungsleistungen der Patientinnen und Patienten führen. Ein Anzeichen hierfür zeigte sich auch in der Kostenanalyse von RubiN: Zwar war der Gruppenunterschied zur KG nicht signifikant, trotzdem zeigten sich in der IG im Zeitverlauf statistisch signifikante Kostenzunahmen bei den Heil- und Hilfsmitteln, der häuslichen Krankenpflege und den Pflegeleistungen, während die stationären Kosten sanken (CCA). Dies könnte bei einer allgemeinen Gesamtkostenzunahme auf eine leichte Umverteilung der Kosten zwischen den verschiedenen Gesundheitskostenkategorien hindeuten. Da die ÄN der KG jedoch auch bereits ein hohes Niveau an koordinierter Versorgung anbieten, fallen die Umverteilungen geringer aus als in anderen CCM Interventionen. In einem systematischen Review zur Kosteneffektivität von CM-Interventionen konnte gezeigt werden, dass Kosteneffektivitäts-Studien in vielen Fällen kostenwirksame Ergebnisse zeigen konnten [40].

Des Weiteren sind die Effekte des CM möglicherweise erst nach einem längeren Zeitraum sichtbar und können aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraumes von nur einem Jahr nicht adäquat erfasst werden. Das gilt insbesondere für die Kostenanalyse. Die Interventionskosten des CM sind zu Beginn aufgrund der „Set-up“- und Trainingskosten wesentlich höher als während der Intervention. Zwar hatten die Interventionskosten nur einen geringen Einfluss auf den ICER (vgl. Abbildung 41: TP2_CCA Tornado-Diagramm), trotzdem könnte der kurze Studienzeitraum die Ergebnisse leicht verzerren. Bei längerer Projektlaufzeit fallen die initialen „Set-up“- und Trainingskosten weniger ins Gewicht.

Sekundäre Effekte (Patientenperspektive)

Die Untersuchung der Auswirkung des CCM auf die Entwicklung weiterer sekundärer Endpunkte, wie Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Lebensqualität, Kognition, Mobilität, Ernährungsstatus und wahrgenommene Belastung von pflegenden Angehörigen, konnte auch nahezu ausnahmslos keine positiven Effekte, die auf die Wirkung des CCM zurückzuführen sind, in der IG gegenüber der KG zeigen. Lediglich in drei IN kam es zu einem Anstieg des DemTect-Scores im Vergleich zur KG im Verlauf von t0 zu t1. Ansonsten hat sich für alle anderen untersuchten sekundären Outcomes eine Verminderung der Scores in den fünf IN gegenüber der KG ergeben.

Prozessevaluation (Patienten- und Angehörigenperspektive)

Die Ergebnisse, die in TP4 gewonnen wurden, stehen im Einklang mit internationalen Erkenntnissen. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass eine gute und funktionierende Zusammenarbeit eine essentielle Voraussetzung für eine optimale Versorgung darstellt [41]. Die Zusammenarbeit wurde sowohl innerhalb als auch außerhalb der ÄN als sehr gut bezeichnet und für alle Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen wurde ein großer Mehrwert durch die Teilnahme am Versorgungsmodell erkannt. Als Fundament dieser gut funktionierenden Zusammenarbeit wurde das gegenseitige Vertrauen zwischen den einzelnen Professionen angegeben. Diese Vertrauensbasis konnte dadurch entstehen, dass sich alle Beteiligten über die eigenen Zuständigkeiten sowie die Rollen der anderen im Klaren waren, die fachlichen Kompetenzen der anderen gesehen und die erbrachten Leistungen anerkannt und wertgeschätzt wurden. Zu dieser Erkenntnis kamen bereits Gregory et al. [42] und Pullon [43], die gegenseitigen Respekt verbunden mit gegenseitigem Vertrauen als Kernelement der interprofessionellen Zusammenarbeit identifizierten. Des Weiteren zeigte

sich bei den Patienten und Patientinnen sowie den Angehörigen eine hohe Zufriedenheit mit der Versorgung. Die soziale Unterstützung, die beide Gruppen durch eine CM erfahren, ist eine wichtige Basis für eine kontinuierliche Versorgung in einem fragmentierten Gesundheitssystem[44].

Schließlich kann mit den entwickelten Fragebögen eine relevante Forschungslücke geschlossen werden, da bisher nationale Instrumente für diese spezifische Versorgung im Rahmen eines CM und der Abbildung der Akzeptanz und Zufriedenheit nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind.

Prozessevaluation (Umsetzung und Machbarkeit)

In allen fünf Modellregionen konnte die Intervention umgesetzt werden. Eine mit den Studienzielen übereinstimmende Anzahl von Patientinnen und Patienten im Alter von über 70 Jahren erhielt, nachdem auf Grundlage der strukturierten Risikoeinschätzung ihr besonderer geriatrischer Unterstützungsbedarf festgestellt war, für mindestens ein Jahr lang das assessmentgestützte CM. Diese Leistung wurde von den im Rahmen des Projekts qualifizierten Gesundheitsfachkräften der jeweiligen ÄN erbracht. Die erbrachte CM-Leistung folgte dabei einem – in Absprache und in Kooperation mit den betreuenden, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ausgeführten – Versorgungsplan, der auf Grundlage eines nach Einwilligung der Studienteilnehmenden durchgeführten Basisassessments erstellt wurde. Speziell die Ergebnisse der im Rahmen der Prozessevaluation erfolgten Befragung von teilnehmenden Patientinnen und Patienten zeigen, dass es in den betrachteten Fällen bei Bedarf zu erfolgreichen Vermittlungen von medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Hilfeleistungen gleichermaßen kam und bei Studienteilnehmenden regelmäßig eine professions-, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende Versorgungskoordination erreicht werden konnte.

Das Schulungskonzept, das für die Qualifizierung der Gesundheitsfachkräfte, welche die CM-Leistungen erbrachten, angewandt wurde, zeigte sich weitestgehend übertragbar auf die Interventionsregionen. Die Passung der Qualifizierung auf die jeweiligen Bedingungen und Besonderheiten der verschiedenen ÄN konnte dabei weniger durch gezielte, regionenbezogene Veränderung des Curriculums erreicht werden, aber durch die konsequente Aufnahme von Praxiselementen in das Schulungsprogramm, wie z. B. die gemeinsame Erarbeitung eines Dienstleistungskatalogs pro Schulungsgruppe, mit dem Zweck das jeweilige Versorger-Angebot einer Region, inklusive etwaiger Angebotslücken, zu erheben, systematisiert abzubilden und die erarbeiteten regionenspezifischen Informationen für die spätere Erbringung von Beratungs- und Koordinierungsleistungen nutzbar zu machen. Die Befragung der im Projekt tätigen CM zu den Qualifizierungserfordernissen ihrer Arbeit offenbart den hohen Anteil, den das Lernen in der Praxis an der Qualifizierung der zum Einsatz gekommenen Gesundheitsfachkräfte offenkundig ausmachte. Dies scheint insbesondere durch die Etablierung von Teamstrukturen, in denen die einzelnen CM selbstständig operieren, sich aber austauschen und gegenseitig anleiten konnten, und zum anderen durch die eine Qualitätskontrolle zum Ziel habende, vom Schulungsteam über den Zeitraum der Intervention hinweg kontinuierlich angebotene Gesprächsbegleitung für die CM, ermöglicht worden zu sein.

Mit der Zusammenarbeit zwischen CM und Arztpraxen wurden in Bezug auf die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in den beteiligten ÄN Ansätze einer koordinierten, das heißt einer team-basierten und kollaborativen Versorgung verwirklicht. Die Entlastung, die beteiligte Arztpraxen durch die Tätigkeit der CM erfuhren, ging oft über die reine Delegation von administrativen Tätigen und ärztlichen Beratungsleistungen hinaus. Dem CM scheint auch aus Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Intervention eine eigenständige Verantwortung und Expertise in der Patientenversorgung zugefallen zu sein, die (1.) aus der Beförderung von Kommunikation und Vermittlung einer wechselseitigen Informationsweitergabe zwischen Patientinnen und Patientinnen (und deren

Unterstützungsnetz) und den Arztpraxen bestand, (2.) aus der spezialisierten Beratungskompetenz der CM resultierte und (3.) die besonderen Kapazitäten des assesmentgestützten CCM zur Erhebung von fallbezogenen Gesundheitsdaten und Kontextinformationen sowie zur übergeordneten, regionalen Vernetzungsarbeit beinhaltete. Die in die Evaluation einbezogenen Daten aus den Befragungen von Ärztinnen und Ärzten, CM, wie auch Patientinnen und Patienten (und Angehörigen) zum Umsetzungsprozess weisen darauf hin, dass Abstimmungs- und Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arztpraxen und den CM einerseits oder auch Akzeptanzprobleme von Seiten der Patientinnen und Patientinnen gegenüber den CM andererseits in der Praxis gelöst werden konnten und insgesamt keine Relevanz im Sinne eines hemmenden Faktors für die Intervention beigemessen werden muss.

Mit Blick auf die Ergebnisse der Prozessevaluation (Schwerpunkt Umsetzung und Machbarkeit) lässt sich zusammenfassend sagen, dass (Multi-)Professionalität und hohe Flexibilität der CCM-Teams sowie deren institutionelle Anbindung an die ÄN dazu beitragen konnten, dass es den einzelnen CM in der Regel gelang, für „ihre“ Patientinnen und Patienten belastbare Versorgungsnetze zu knüpfen und dabei die unterschiedlichen jeweils zur Verfügung stehenden und notwendigen Versorgenden und andere Ressourcen (private, wie öffentliche) über Sektorengrenzen hinweg zusammenzubringen. Die erfolgreiche Arbeit der CM beruhte dabei oft auf dem engen kommunikativen Austausch mit Patientinnen und Patienten sowie mit Ärztinnen und Ärzten, dem systematischen Einbezug des jeweiligen Umfeldes in die Versorgungskoordination sowie einer regionalen Vernetzungstätigkeit, die Besonderheiten der jeweiligen Kontexte berücksichtigte. Caremanagement und Casemanagement stehen dabei in einer wechselseitigen Beziehung und so hat die fallbezogene Versorgungskoordination in den einzelnen Modellregionen für viele geriatrische Patientinnen und Patienten tragfähige Versorgungsstrukturen entstehen lassen.

Prozessevaluation (Qualitative Schnittstellanalyse in den KN und Szenarioanalyse)

Die Ergebnisse der qualitativen Schnittstellenanalyse zeigen die wahrgenommene Verdichtung des geriatrischen Versorgungsbedarfs infolge einer alternden Bevölkerungsstruktur in den KN-Regionen. Die demografische Entwicklung werde nach Aussage der Befragten gerade im ländlichen Raum künftig zu Problemen des Zugangs und zu Versorgungsdiskontinuitäten für geriatrische Patientinnen und Patienten führen. Durch einen steigenden Fachkräftemangel würden diese Tendenzen zusätzlich verschärft. Als typische Schnittstellenprobleme in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten wurden von den Befragten fehlende Zusammenarbeitsstandards, mangelnder Wille zur Kooperation sowie ökonomische und rechtliche Fehlanreize genannt. Andererseits seien den Befragten zufolge die Strukturen der ÄN insofern förderlich, als dass sie neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit (bspw. durch den Einsatz telemedizinischer Infrastrukturen, durch „Leuchtturmprojekte“, durch gezielte Weiterbildungs- und Koordinationsangebote) und zudem ganz praktische Entlastungen (bspw. durch Materialbeschaffungen, Unterstützung der Kommunikation mit KV und ÄK) verschaffen. Dies sind geeignete Voraussetzungen, um die zumeist sektoren- und systemübergreifend verlaufende Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten an den Übergängen zwischen hausärztlicher und spezialfachärztlicher Versorgung, dem stationären Bereich, geriatrischer Rehabilitation und Anschlussversorgung zu stärken. Zu einem ähnlichen Schluss gelangt auch das Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit aus dem Jahr 2018 : Demnach hätten ÄN grundsätzlich das Potenzial, die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu verbessern; zu den Anforderungen an die Zertifizierung eines ÄN nach § 87b Abs. 4 SGB V gehört bspw. eine verbindliche versorgungsorientierte Kooperation mit einem nichtärztlichen oder stationären Leistungserbringer [45]. Das CCM wurde von den Befragten als potenziell sinnvolle Ergänzung bereits bestehender Ansätze des Schnittstellenmanagements auf Netzebene gesehen; nicht

zuletzt, um auch der demografischen Entwicklung in ländlichen Regionen mit bedarfsgerechten und lückenlosen Versorgungsangeboten zu begegnen.

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangen auch die befragten Vertreterinnen und Vertreter der KV und ÄK im Rahmen der szenariogestützten Analyse. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass dem künftigen Beitrag von CCM zur Orientierung und Navigation von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem – besonders aufseiten der befragten KV-Vertreterinnen und -Vertreter – ein großer Wert beigemessen wird. Hinsichtlich der organisationalen Verankerungen kamen für einen Großteil der Befragten neben niedergelassenen Haus- und Facharztpraxen und Krankenhäusern insbesondere auch zertifizierte AN infrage. Schlussendlich müssten aber zunächst entsprechende gesundheits- und ordnungspolitische Rahmenbedingungen für den Einsatz des CCM geschaffen werden, wie eine Vielzahl von Gutachten und Fachartikeln der letzten Jahre verdeutlicht [46-49].

Limitationen der qualitativen Prozessevaluationen

Bei den qualitativen Einzelinterviews und Fokusgruppen in TP2, TP3 und TP4 ist von einem moderaten Selektionsbias auszugehen. Zwar erfolgten die Stichprobenziehungen der Befragungsteilnehmenden grundsätzlich kriteriengeleitet (bspw. Alter, Geschlecht; Berufsgruppenzugehörigkeit), dennoch ist davon auszugehen, dass sich überwiegend Personen zu den Gesprächen bereit erklärten, die eine ausgeprägte Meinung und auch ein entsprechendes Mitteilungsinteresse hatten. Eine indifferente, neutrale Position war daher eher nicht zu erwarten. Zudem erfolgte die Rekrutierung von Befragungsteilnehmenden in einer Mehrzahl der Fälle über Gatekeeper, die somit einen entsprechenden Einfluss auf das vertretene Meinungsspektrum haben konnten.

Die Entwicklung der Fragebögen und die daraus gewonnenen quantitativen Ergebnisse sind unter Vorbehalt eines Selektion-Bias zu diskutieren, da in der Regel nur die Angehörigen, Patienten und Patientinnen sowie CM geantwortet haben, die interessiert und dem Thema gegenüber offen waren und wahrscheinlich von den Angeboten des CCM profitiert haben. Es wurden zudem nicht die Gründe einer Nichtteilnahme erhoben. Eine psychometrische Überprüfung des Fragebogens für die CM fand nicht statt, da die Stichprobengröße hierfür zu gering war. Zudem war es dem Studiendesign geschuldet, dass die Test-Retest-Reliabilität sowie die Änderungssensitivität nicht zu ermitteln war.

Schlussfolgerungen

Die Evaluation des Projekts RubiN kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Umsetzung eines geriatrischen CCM bei AN sowohl bei Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen als auch bei Leistungserbringern und AN positiv empfunden wurde. AN als Träger des CCM-Programms konnten als guter Ankerpunkt bestätigt werden und können für die Implementierung von CCM-Programmen empfohlen werden.

Die Bewertung des RubiN Projekts auf Basis des Wirtschaftlichkeitsgebot (SGB V) muss jedoch anders beurteilt werden. Die RubiN-Intervention (CCM) konnte den medizinischen Nutzen der geriatrischen Patientinnen und Patienten nicht erhöhen. Den natürlichen Mehrkosten des CCM steht somit keine Effektsteigerung gegenüber. Da es hierbei wesentliche Einschränkungen in der externen Validität der Evaluation (Selektionsbias) gibt, kann die Frage der Wirtschaftlichkeit nicht abschließend beantwortet werden.

5. Literaturverzeichnis

1. Stetler, C.B., et al., *The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience*. J Gen Intern Med, 2006. **21 Suppl 2**(Suppl 2): p. S1-8.
2. Kasprick, L., et al., *Musterfachcurriculum Geriatrie – GeriNurse – sektorenübergreifendes Care- und Casemanagement 2018*: unveröffentlicht.
3. Kasprick, L., *GeriNeTrainer, Kongressband Deutsche Gesellschaft für Geriatrie Thieme Verlag*. 2013.
4. Gloystein, S., et al., *RubiN - continuous care in regional networks: a study protocol for a prospective controlled trial*. BMC Geriatr, 2021. **21**(1): p. 183.
5. Chenot, J.-F., *Cluster-randomisierte Studien: eine wichtige Methode in der allgemeinmedizinischen Forschung*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2009. **103**(7): p. 475-480.
6. Bryk, A. and S. Raudenbush, *Application of Hierarchical Linear Models to Assessing Change*. Psychological Bulletin, 1987. **101**: p. 147-158.
7. Singer, J. and J. Willett, *Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence*. 2003.
8. Geiser, C., *Lineare Strukturgleichungsmodelle*, in *Datenanalyse mit Mplus: Eine anwendungsorientierte Einführung*, C. Geiser, Editor. 2010, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. p. 41-92.
9. WHO, *Ambulatory care sensitive conditions in Germany*. 2015, World Health Organization. Regional Office for Europe: Copenhagen.
10. Rädiker, S. and U. Kuckartz, *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. 2019: Springer.
11. Mayring, P. and T. Fenzl, *Qualitative Inhaltsanalyse*, in *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, N. Baur and J. Blasius, Editors. 2019, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. p. 633-648.
12. King, N., et al., *The Pictor technique: a method for exploring the experience of collaborative working*. Qual Health Res, 2013. **23**(8): p. 1138-52.
13. Mergenthal, K. and C. GÜthlin, *Kooperationen sichtbar machen durch Anwendung der Pictor Technique-Online ZFA*. 10, 2018. **10**(940): p. 401-401.
14. Pawicki, M., Kuckartz, Udo (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 188 S.[Rezension]. Journal for educational research online, 2014. **6**(2): p. 141-145.
15. Denzin, N.K., „*Reading Film–Filme und Videos als sozialwissenschaftliches Erfahrungsmaterial*“, in *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, U. Flick, E.v. Kardorff, and I. Steinke, Editors. 2007, Rowohlt: Reinbeck bei Hamburg. p. 416-428.
16. King, N., et al., *The Pictor technique: exploring experiences of collaborative working from the perspectives of generalist and specialist nurses*, in *Applied qualitative research in psychology*, J. Brooks and N. King, Editors. 2017, Macmillan Education/Palgrave: London. p. 221-234.
17. Meuser, M. and U. Nagel, *Experteninterviews-vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. 1989.

18. Wirtz, A.L., et al., *Computer-Mediated communication to facilitate synchronous online focus group discussions: feasibility study for qualitative HIV research among transgender women across the United States*. Journal of medical Internet research, 2019. **21**(3): p. e12569.
19. Tuttas, C.A., *Lessons learned using web conference technology for online focus group interviews*. Qualitative Health Research, 2015. **25**(1): p. 122-133.
20. Meuser, M. and U. Nagel, *ExpertInneninterviews—vielfach erprobt, wenig bedacht*, in *Qualitativ-empirische sozialforschung*. 1991, Springer. p. 441-471.
21. Braun, V. and V. Clarke, *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative research in psychology, 2006. **3**(2): p. 77-101.
22. Mahoney, F.I. and D.W. Barthel, *Functional Evaluation: The Barthel Index*. Md State Med J, 1965. **14**: p. 61-5.
23. Lübke, N., M. Meinck, and W. Von Renteln-Kruse, *[The Barthel Index in geriatrics. A context analysis for the Hamburg Classification Manual]*. Z Gerontol Geriatr, 2004. **37**(4): p. 316-26.
24. Beltz, S., et al., *Multivariate analysis of independent determinants of ADL/IADL and quality of life in the elderly*. BMC Geriatr, 2022. **22**(1): p. 894.
25. Conrad, I., et al., *WHOQOL-OLD und WHOQOL-BREF : Manual : Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter*. 1. Auflage ed. 2016, Göttingen ; Bern ; Wien: Hogrefe.
26. Lawton, M.P. and E.M. Brody, *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist, 1969. **9**(3): p. 179-86.
27. Kalbe, E., et al., *DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia*. Int J Geriatr Psychiatry, 2004. **19**(2): p. 136-143.
28. Podsiadlo, D. and S. Richardson, *The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons*. J Am Geriatr Soc, 1991. **39**(2): p. 142-8.
29. Guigoz, Y., B. Vellas, and P.J. Garry, *Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation*. Nutr Rev, 1996. **54**(1 Pt 2): p. S59-65.
30. Gräßel, E. and M. Leutbecher, *Häusliche Pflege-Skala (HPS) zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. 1993, Ebersberg: Vless.
31. DGCC, *Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen*. 2020, Medhochzwei Heidelberg. p. S. 2-3.
32. Brooks, J., et al., *The Pictor Technique: Exploring Experiences of Collaborative Working from the Perspectives of Generalist and Specialist Nurses*, in *Applied Qualitative Research in Psychology*, J.K. Brooks, Nigel Editor. 2017, Palgrave Macmillan: London. p. 221-234.
33. Bundesärztekammer. *Fortbildungscurriculum "Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung"*. 2016, zuletzt geprüft: 01.06.2022; Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Curriculum_CM_amb_med_Versorgung.pdf.

34. IGB. *Schulungskonzept zur Ausbildung hochqualifizierter agnes_zwei-Fachkräfte im Land Brandenburg. Anlage zum Rahmenkonzept zur arztunterstützenden, besseren Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal: Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (Hg.)*. 2014, zuletzt geprüft: 05.07.2022; Available from: https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/service/igib/schulungskonzept_agneszwei.pdf.
35. Bogner, A., *Interviews mit Experten : Eine praxisorientierte Einführung*. Springer eBook Collection. 2014, Wiesbaden: Springer VS.
36. Park, C.S., et al., *Korean Patient-Perceived Satisfaction Scale of Community-Based Case Management Services (Korean-PSCCM): Development and Psychometric Evaluation*. J Community Health Nurs, 2017. **34**(1): p. 32-45.
37. Pohontsch, N.J. and T. Meyer, *Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten*. Die Rehabilitation, 2015. **54**: p. 53-59.
38. Hager, K., et al., *Acute Geriatrics, stationary geriatric Rehabilitation and Day Clinic- where do the Patients in the ADLs improve the most?* Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, 2015. **48**: p. 41-42.
39. Gesundheitsberichterstattung_des_Bundes. *Krankheitskosten in Mio € für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, ICD-10 (Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Krankheitskostenrechnung)*. 2022 [zuletzt geprüft 22.06.2022].
40. Klaehn, A.K., et al., *Cost-effectiveness of case management: a systematic review*. Am J Manag Care, 2022. **28**(7): p. e271-e279.
41. Zwarenstein, M., J. Goldman, and S. Reeves, *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane database of systematic reviews, 2009(3).
42. Gregory, P.A. and Z. Austin, *Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians*. Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada, 2016. **149**(4): p. 236-245.
43. Pullon, S., *Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships*. Journal of interprofessional care, 2008. **22**(2): p. 133-147.
44. Slatyer, S., et al., *Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis*. BMC Health Services Research, 2019. **19**(1): p. 1-10.
45. KBV. *Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach §87b Abs. 4 SGB V*. 2013, letzter Abruf am 30.06.2022; Available from: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23322/e23323/e23325/attr_objs23366/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018_ger.pdf.
46. Ruppel, T., S. Gloystein, and N.v.d. Berg, *Care- und Casemanagement in der Regelversorgung*. GesundheitsRecht, 2022. **21**(8): p. 488-495.
47. Braeseke, G., et al. *Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. IGES-Institut im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums*. 2018 letzter Abruf: 30.06.2022; Available from:

https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23322/e23323/e23325/attr_obj23366/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018_ger.pdf.

48. Von Schell, A., *Care und Case Management - eine Lücke im Gesundheits- und Sozialwesen*. Case Management, 2021. **21**(4): p. 170-175.
49. Brinkmeier, M., *Von der Praxis bis zur Politik: Zur Goovernance von Patientenlotsen*. Case Management, 2021. **21**(4): p. 176-180.

6. Anhang

- Anhang 1: TP1_Soziodemografische Daten und Daten zur geriatrischen Gesundheitssituation der Patienten und der Angehörigen zu BL
- Anhang 2: TP1_Grafiken zu den soziodemografischen Daten der Patientinnen und Patienten zu t0
- Anhang 3: TP1_Daten zur Beschreibung der geriatrischen Gesundheitssituation der Patientinnen und Patienten zu t0
- Anhang 4: TP1_Lineares multiples Modell für die Analyse der Determinanten auf den ANGELINA-Score mit Parameterschätzern und p-Werten
- Anhang 5: TP1_Grafik zum Vergleich zwischen t0 und t1 des Angelina-Scores nach Netzzugehörigkeit
- Anhang 6: TP1_Beschreibung des CCM per KP und LNW in der IG
- Anhang 7: TP1_Beschreibung des CCM per LNW im IN5
- Anhang 8: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_GLOBAL_2177 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 9: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_GLOBAL_2177 (IG vs. KG)
- Anhang 10: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_PHYS_2127 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 11: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_PHYS_2127 (IG vs. KG)
- Anhang 12: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_PSYCH_2121 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 13: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_PSYCH_2121 (IG vs. KG)
- Anhang 14: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_SOZ_1860 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 15: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_SOZ_1860 (IG vs. KG)
- Anhang 16: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_UMWELT_2124 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 17: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_UMWELT_2124 (IG vs. KG)
- Anhang 18: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_GES_2029 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 19: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_GES_2029 (IG vs. KG)
- Anhang 20: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_SINNESF_2029 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 21: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_SINNESF_2029 (IG vs. KG)
- Anhang 22: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_AUTONOM_2029 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 23: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_AUTONOM_2029 (IG vs. KG)
- Anhang 24: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_AKTIV_2029 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 25: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_AKTIV_2029 (IG vs. KG)

- Anhang 26: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_PARTIZIP_2029 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 27: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_PARTIZIP_2029 (IG vs. KG)
- Anhang 28: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_TOD_2029 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 29: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_TOD_2029 (IG vs. KG)
- Anhang 30: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_INTIM_2029 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 31: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_INTIM_2029 (IG vs. KG)
- Anhang 32: TP1_Ergebnisse: IADL_3146 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 33: TP1_Ergebnisse: IADL_3146 (IG vs. KG)
- Anhang 34: TP1_Ergebnisse: DemTect_1999 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 35: TP1_Ergebnisse: DemTect_1999 (IG vs. KG)
- Anhang 36: TP1_Ergebnisse: HPS_184 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 37: TP1_Ergebnisse: HPS_184 (IG vs. KG)
- Anhang 38: TP1_Ergebnisse: TUG_2605 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 39: TP1_Ergebnisse: TUG_2605 (IG vs. KG)
- Anhang 40: TP1_Ergebnisse: MNA_2976 (IN1-IN5 vs.KG)
- Anhang 41: TP1_Ergebnisse: MNA_2976 (IG vs. KG)
- Anhang 42: TP2_Interventionskostenberechnung
- Anhang 43: TP2_FAS Cost Effectiveness Plane
- Anhang 44: TP2_FAS Tornado-Diagramm
- Anhang 45: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN1, N=394) – CCA (in Euro)
- Anhang 46: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN2, N=308) – CCA (in Euro)
- Anhang 47: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN3, N=196) – CCA (in Euro)
- Anhang 48: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN4, N=510) – CCA (in Euro)
- Anhang 49: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN5, N=424) – CCA (in Euro)
- Anhang 50: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (KN1, N=237) – CCA (in Euro)
- Anhang 51: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (KN2, N=90) – CCA (in Euro)
- Anhang 52: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (KN3, N=132) – CCA (in Euro)
- Anhang 53: TP2_Statistisch signifikante Kostendifferenzen auf Netzebene (in Euro)
- Anhang 54: TP2_Surveyalgorithmus zukünftiger Stellenwert von Care und Case Management
- Anhang 55: TP2_Surveyalgorithmus zukünftige Ausgestaltung von Care und Case Management

- Anhang 56: TP2_Surveyalgorithmus zukünftige Leistungen eines Care und Case Managers
- Anhang 57: TP2_Surveyalgorithmus notwendige Qualifikationen eines Care und Case Managers
- Anhang 58: TP2_Surveyalgorithmus zukünftige Umsetzung von Care und Case Management
- Anhang 59: TP2_Surveyalgorithmus gesetzliche Verankerung von Care und Case Management
- Anhang 60: TP2_Surveyalgorithmus organisationale Ansiedelung von Care und Case Management
- Anhang 61: TP2_Surveyalgorithmus Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Care und Case Management
- Anhang 62: TP3_Auswertungstabelle Fallverläufe (Fälle mit Erst- und Zweitinterview)
- Anhang 63: TP3_Ergebnisdokumentation CCM-Workshops, Versorgernetz-Karten 1-5
- Anhang 64: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz der Versorgung aus Perspektive der Patienten: Verteilung der Antwortmöglichkeiten und Itemkennwerte
- Anhang 65: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz der Versorgung aus Perspektive der Patienten: explorative Faktorenanalyse
- Anhang 66: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz der Versorgung aus Perspektive der Angehörigen: Verteilung der Antwortmöglichkeiten und Itemkennwerte
- Anhang 67: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz der Versorgung aus Perspektive der Angehörigen: explorative Faktorenanalyse

7. Anlagen

- Anlage 1: TP1_FB_Demografische Daten der Patientinnen und Patienten
- Anlage 2: TP1_FB_ANGELINA-Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten
- Anlage 3: TP1_FB_Barthel-Index der Patientinnen und Patienten
- Anlage 4: TP1_FB_Instrumentelle Aktivitäten (IADL) der Patientinnen und Patienten
- Anlage 5: TP1_FB_Timed Up & Go der Patientinnen und Patienten
- Anlage 6: TP1_FB_Mini Nutritional Assessment (MNA) der Patientinnen und Patienten
- Anlage 7: TP1_FB_WHOQOL_OLD der Patientinnen und Patienten
- Anlage 8: TP1_FB_WHOQOL_BREF der Patientinnen und Patienten
- Anlage 9: TP1_FB_DemTect der Patientinnen und Patienten
- Anlage 10: TP1_FB_Demografische Daten der Angehörigen
- Anlage 11: TP1_FB_Häusliche Pflegeskala der Angehörigen
- Anlage 12: TP1_FB_Sturzprotokoll der Patientinnen und Patienten
- Anlage 13: TP1_FB_Kontaktprotokoll zur Erfassung des CCM in der IG
- Anlage 14: TP1_FB_Leistungsnachweis (LNW) zur Erfassung des CCM in der IG
- Anlage 15: TP2_Interviewleitfaden: Geschäftsführer
- Anlage 16: TP2_Interviewleitfaden: Fachärzte der Kontrollnetze

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

Anlage 17: TP2_Interviewleitfaden: Niedergelassene Hausärzte der Kontrollnetze

Anlage 18: TP2_Interviewleitfaden: MFAs der Kontrollnetze

Anlage 19: TP2_inav_Online-Survey_Szenario

Anlage 20: TP2_inav_Leitfaden_Szenario

Anlage 21: TP3_Fragebogen zur Arztbefragung

Anlage 22: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der CM

Anlage 23: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Patienten und Patientinnen

Anlage 24: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Angehörigen

Anhang 1: TP1_Soziodemografische Daten und Daten zur geriatrischen Gesundheitssituation der Patienten und der Angehörigen zu BL

Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich											
Gesamt:	n	4.036									1.456						2.580											
	(%)	(100)									(36,08);(100)						(63,92);(100)											
	IG|KG	3.106				930					1.111			345			1.995			585								
	(%)	(76,96);(100)									(23,04);(100)						(77,33);(100)						(22,67);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	633	622	534	657	660	377	252	301	236	213	195	212	255	142	92	111	397	409	339	445	405	235	160	190			
	(%)	(20,38)	(20,03)	(17,19)	(21,15)	(21,25)	(40,54)	(27,1)	(32,37)	(21,24)	(19,17)	(17,55)	(19,08)	(22,95)	(41,16)	(26,67)	(32,17)	(19,9)	(20,5)	(16,99)	(22,31)	(20,3)	(40,17)	(27,35)	(32,48)			
Soziodemografische Daten der Patienten																												
Alter [Jahre]	Mittelwert	81,6									81,5						81,7											
	(SD)	(5,8)									(5,8)						(5,8)											
	IG|KG	81,9				80,8					82			80,1			81,8			81,1								
	(SD)	(5,8)									(5,7)						(5,6)						(5,6)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	81,9	82,3	81,9	81,2	82,1	80,2	81,8	80,5	81,8	83,1	81,7	81,1	82,0	79,0	81,4	80,4	82,0	82,0	82,0	81,2	82,1	80,9	82,0	80,7			
	(SD)	(5,7)	(5,8)	(5,7)	(5,6)	(6,0)	(5,6)	(5,6)	(5,7)	(5,7)	(5,8)	(5,5)	(5,5)	(5,9)	(5,0)	(5,7)	(6,0)	(5,7)	(5,7)	(5,8)	(5,7)	(6,1)	(5,9)	(5,5)	(5,4)			
Altersgruppen	n	1.447									542						905											
70-79	(%)	(35,85);(100)									(37,23);(100)						(35,08);(100)											
	IG|KG	1.062				385					378			164			684			221								
	(%)	(34,19);(100)									(41,4);(100)						(34,29);(100)						(37,78);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	199	196	182	260	225	174	86	125	76	57	70	89	86	77	35	52	123	139	112	171	139	97	51	73			
	(%)	(31,44)	(31,51)	(34,08)	(39,57)	(34,09)	(46,15)	(34,13)	(41,53)	(32,2)	(26,76)	(35,9)	(41,98)	(33,73)	(54,23)	(38,04)	(46,85)	(30,98)	(33,99)	(33,04)	(38,43)	(34,32)	(41,28)	(31,88)	(38,42)			
80-89	n	2.189									777						1412											
	(%)	(54,24);(100)									(53,37);(100)						(54,73);(100)											
	IG|KG	1.712				477					617			160			1095			317								
	(%)	(55,12);(100)									(51,29);(100)						(46,38);(100)						(54,19);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	374	351	296	342	349	183	140	154	139	122	111	107	138	64	47	49	235	229	185	235	211	119	93	105			
	(%)	(59,08)	(56,43)	(55,43)	(52,05)	(52,88)	(48,54)	(55,56)	(51,16)	(58,9)	(57,28)	(56,92)	(50,47)	(54,12)	(45,07)	(51,09)	(44,14)	(59,19)	(55,99)	(54,57)	(52,81)	(52,1)	(50,64)	(58,13)	(55,26)			
≥90	n	400									137						263											
	(%)	(9,91);(100)									(9,41);(100)						(10,19);(100)											
	IG|KG	332				68					116			21			216			47								
	(%)	(10,69);(100)									(7,31);(100)						(6,09);(100)						(8,03);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	60	75	56	55	86	20	26	22	21	34	14	16	31	1	10	10	39	41	42	39	55	19	16	12			
	(%)	(9,48)	(12,06)	(10,49)	(8,37)	(13,03)	(5,31)	(10,32)	(7,31)	(8,9)	(15,96)	(7,18)	(7,55)	(12,16)	(0,7)	(10,87)	(9,01)	(9,82)	(10,02)	(12,39)	(8,76)	(13,58)	(8,09)	(10)	(6,32)			
≥80	n	2.589									914						1.675											
	(%)	(64,15);(100)									(62,77);(100)						(64,92);(100)											
	IG|KG	2044				545					733			181			1.311			364								
	(%)	(65,81);(100)									(58,6);(100)						(52,46);(100)						(65,71);(100)			(62,22);(100)		
	IN1-IN5|KN1-KN3	434	426	352	397	435	203	166	176	160	156	125	123	169	65	57	59	274	270	227	274	266	138	109	117			
	(%)	(68,56)	(68,49)	(65,92)	(60,43)	(65,91)	(53,85)	(65,87)	(58,47)	(67,8)	(73,24)	(64,1)	(58,02)	(66,27)	(45,77)	(61,96)	(53,15)	(69,02)	(66,01)	(66,96)	(61,57)	(65,68)	(58,72)	(68,13)	(61,58)			

Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich											
Bildung																												
Schulabschluss		3.706 (91,82);(100)									1.344 (92,31);(100)						2.362 (91,55);(100)											
	n																											
	(%)																											
	IG|KG	2.817 (90,7);(100)									889 (95,59);(100)						1.807 (90,58);(100)						555 (94,87);(100)					
	(%)																											
	IN1-IN5|KN1-KN3	623	428	477	650	639	373	216	300	232	148	172	210	248	140	83	111	391	280	305	440	391	233	133	189			
	(%)	(98,42)	(68,81)	(89,33)	(98,93)	(96,82)	(98,94)	(85,71)	(99,67)	(98,31)	(69,48)	(88,21)	(99,06)	(97,25)	(98,59)	(90,22)	(100)	(98,49)	(68,46)	(89,97)	(98,88)	(96,54)	(99,15)	(83,13)	(99,47)			
keinen Schulabschluss		89 (2,21);(100)									32 (2,2);(100)						57 (2,21);(100)											
	n																											
	(%)																											
	IG|KG	71 (2,29);(100)									18 (1,94);(100)						7 (2,03);(100)						11 (1,88);(100)					
	(%)																											
	IN1-IN5|KN1-KN3	9	15	6	21	20	11	2	5	4	5	3	3	10	3	2	2	5	10	3	18	10	8	0	3			
	(%)	(1,42)	(2,41)	(1,12)	(3,2)	(3,03)	(2,92)	(0,79)	(1,66)	(1,69)	(2,35)	(1,54)	(1,42)	(3,92)	(2,11)	(2,17)	(1,8)	(1,26)	(2,44)	(0,88)	(4,04)	(2,47)	(3,4)	(0)	(1,58)			
Hauptschule		2.543 (63,01);(100)									905 (62,16);(100)						1.638 (63,49);(100)											
	n																											
	(%)																											
	IG|KG	1.937 (62,36);(100)									606 (65,16);(100)						234 (67,83);(100)						372 (63,59);(100)					
	(%)																											
	IN1-IN5|KN1-KN3	500	244	201	485	507	268	102	236	173	83	62	161	192	108	42	84	327	161	139	324	315	160	60	152			
	(%)	(78,99)	(39,23)	(37,64)	(73,82)	(76,82)	(71,09)	(40,48)	(78,41)	(73,31)	(38,97)	(31,79)	(75,94)	(75,29)	(76,06)	(45,65)	(75,68)	(82,37)	(39,36)	(41)	(72,81)	(77,78)	(68,09)	(37,5)	(80)			
Mittlere Reife		618 (15,31);(100)									195 (13,39);(100)						423 (16,4);(100)											
	n																											
	(%)																											
	IG|KG	462 (14,87);(100)									156 (16,77);(100)						50 (14,49);(100)						106 (18,12);(100)					
	(%)																											
	IN1-IN5|KN1-KN3	70	119	113	99	61	49	64	43	29	33	34	25	24	18	17	15	41	86	79	74	37	31	47	28			
	(%)	(11,06)	(19,13)	(21,16)	(15,07)	(9,24)	(13)	(25,4)	(14,29)	(12,29)	(15,49)	(17,44)	(11,79)	(9,41)	(12,68)	(18,48)	(13,51)	(10,33)	(21,03)	(23,3)	(16,63)	(9,14)	(13,19)	(29,38)	(14,74)			
Abitur		330 (8,18);(100)									177 (12,16);(100)						153 (5,93);(100)											
	n																											
	(%)																											
	IG|KG	258 (8,31);(100)									72 (7,74);(100)						37 (10,72);(100)						35 (5,98);(100)					
	(%)																											
	IN1-IN5|KN1-KN3	34	40	108	34	42	21	39	12	21	22	58	18	21	8	21	8	13	18	50	16	21	13	18	4			
	(%)	(5,37)	(6,43)	(20,22)	(5,18)	(6,36)	(5,57)	(15,48)	(3,99)	(8,9)	(10,33)	(29,74)	(8,49)	(8,24)	(5,63)	(22,83)	(7,21)	(3,27)	(4,4)	(14,75)	(3,6)	(5,19)	(5,53)	(11,25)	(2,11)			
andere/weiß nicht		126 (3,12);(100)									35 (2,4);(100)						91 (3,53);(100)											
	n																											
	(%)																											
	IG|KG	89 (2,87);(100)									37 (3,98);(100)						6 (1,74);(100)						31 (5,3);(100)					
	(%)																											
	IN1-IN5|KN1-KN3	10	10	49	11	9	24	9	4	5	5	15	3	1	3	1	2	5	5	34	8	8	21	8	2			
	(%)	(1,58)	(1,61)	(9,18)	(1,67)	(1,36)	(6,37)	(3,57)	(1,33)	(2,12)	(2,35)	(7,69)	(1,42)	(0,39)	(2,11)	(1,09)	(1,8)	(1,26)	(1,22)	(10,03)	(1,8)	(1,98)	(8,94)	(5)	(1,05)			
SA niedrig		2.632 (65,21);(100)									937 (64,35);(100)						1.695 (65,7);(100)											
	n																											
	(%)																											
	IG|KG	2.008 (64,65);(100)									624 (67,1);(100)						241 (69,86);(100)						383 (65,47);(100)					
	(%)																											
	IN1-IN5|KN1-KN3	509	259	207	506	527	279	104	241	177	88	65	164	202	111	44	86	332	171	142	342	325	168	60	155			
	(%)	(80,41)	(41,64)	(38,76)	(77,02)	(79,85)	(74,01)	(41,27)	(80,07)	(75)	(41,31)	(33,33)	(77,36)	(79,22)	(78,17)	(47,83)	(77,48)	(83,63)	(41,81)	(41,89)	(76,85)	(80,25)	(71,49)	(37,5)	(81,58)			

Variablen	Gesamt									Männlich						weiblich								
SA hoch	948									372						576								
(%)	(23,49);(100)									(25,55);(100)						(22,33);(100)								
IG|KG	720				228					285			87			435			141					
(%)	(23,18);(100)				(24,52);(100)					(25,65);(100)			(25,22);(100)			(21,8);(100)			(24,1);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	104	159	221	133	103	70	103	55	50	55	92	43	45	26	38	23	54	104	129	90	58	44	65	32
(%)	(16,43)	(25,56)	(41,39)	(20,24)	(15,61)	(18,57)	(40,87)	(18,27)	(21,19)	(25,82)	(47,18)	(20,28)	(17,65)	(18,31)	(41,3)	(20,72)	(13,6)	(25,43)	(38,05)	(20,22)	(14,32)	(18,72)	(40,63)	(16,84)
Berufsabschluss	3.687									1.337						2.350								
(%)	(91,35);(100)									(91,83);(100)						(91,09);(100)								
IG|KG	2.808				879					1.002			335			1.806			544					
(%)	(90,41);(100)				(94,52);(100)					(90,19);(100)			(97,1);(100)			(90,53);(100)			(92,99);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	620	424	480	649	635	371	209	299	228	145	174	208	247	141	83	111	392	279	306	441	388	230	126	188
(%)	(97,95)	(68,17)	(89,89)	(98,78)	(96,21)	(98,41)	(82,94)	(99,34)	(96,61)	(68,08)	(89,23)	(98,11)	(96,86)	(99,3)	(90,22)	(100)	(98,74)	(68,22)	(90,27)	(99,1)	(95,8)	(97,87)	(78,75)	(98,95)
keinen Berufsabschluss	661									82						579								
(%)	(16,38);(100)									(5,63);(100)						(22,44);(100)								
IG|KG	548				113					57			25			491			88					
(%)	(17,64);(100)				(12,15);(100)					(5,13);(100)			(7,25);(100)			(24,61);(100)			(15,04);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	185	60	21	128	154	38	11	64	20	10	1	11	15	10	3	12	165	50	20	117	139	28	8	52
(%)	(29,23)	(9,65)	(3,93)	(19,48)	(23,33)	(10,08)	(4,37)	(21,26)	(8,47)	(4,69)	(0,51)	(5,19)	(5,88)	(7,04)	(3,26)	(10,81)	(41,56)	(12,22)	(5,9)	(26,29)	(34,32)	(11,91)	(5)	(27,37)
Lehre	2.006									813						1.193								
(%)	(49,7);(100)									(55,84);(100)						(46,24);(100)								
IG|KG	1.502				504					621			192			881			312					
(%)	(48,36);(100)				(54,19);(100)					(55,9);(100)			(55,65);(100)			(44,16);(100)			(53,33);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	346	208	179	404	365	234	111	159	157	77	61	151	175	90	36	66	189	131	118	253	190	144	75	93
(%)	(54,66)	(33,44)	(33,52)	(61,49)	(55,3)	(62,07)	(44,05)	(52,82)	(66,53)	(36,15)	(31,28)	(71,23)	(68,63)	(63,38)	(39,13)	(59,46)	(47,61)	(32,03)	(34,81)	(56,85)	(46,91)	(61,28)	(46,88)	(48,95)
Fachschulabschluss	621									257						364								
(%)	(15,39);(100)									(17,65);(100)						(14,11);(100)								
IG|KG	458				163					174			83			284			80					
(%)	(14,75);(100)				(17,53);(100)					(15,66);(100)			(24,06);(100)			(14,24);(100)			(13,68);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	51	101	126	86	94	64	52	47	26	38	36	29	45	36	27	20	25	63	90	57	49	28	25	27
(%)	(8,06)	(16,24)	(23,6)	(13,09)	(14,24)	(16,98)	(20,63)	(15,61)	(11,02)	(17,84)	(18,46)	(13,68)	(17,65)	(25,35)	(29,35)	(18,02)	(6,3)	(15,4)	(26,55)	(12,81)	(12,1)	(11,91)	(15,63)	(14,21)
Hochschulabschluss	246									146						100								
(%)	(6,1);(100)									(10,03);(100)						(3,88);(100)								
IG|KG	202				44					124			22			78			22					
(%)	(6,5);(100)				(4,73);(100)					(11,16);(100)			(6,38);(100)			(3,91);(100)			(3,76);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	24	24	114	22	18	10	22	12	20	12	65	16	11	3	12	7	4	12	49	6	7	7	10	5
(%)	(3,79)	(3,86)	(21,35)	(3,35)	(2,73)	(2,65)	(8,73)	(3,99)	(8,47)	(5,63)	(33,33)	(7,55)	(4,31)	(2,11)	(13,04)	(6,31)	(1,01)	(2,93)	(14,45)	(1,35)	(1,73)	(2,98)	(6,25)	(2,63)
andere/weiß nicht	153									39						114								
(%)	(3,79);(100)									(2,68);(100)						(4,42);(100)								
IG|KG	98				55					26			13			72			42					
(%)	(3,16);(100)				(5,91);(100)					(2,34);(100)			(3,77);(100)			(3,61);(100)			(7,18);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	14	31	40	9	4	25	13	17	5	8	11	1	1	2	5	6	9	23	29	8	3	23	8	11
(%)	(2,21)	(4,98)	(7,49)	(1,37)	(0,61)	(6,63)	(5,16)	(5,65)	(2,12)	(3,76)	(5,64)	(0,47)	(0,39)	(1,41)	(5,43)	(5,41)	(2,27)	(5,62)	(8,55)	(1,8)	(0,74)	(9,79)	(5)	(5,79)

Variablen		Gesamt							Männlich							weiblich								
BS niedrig	n	2.820							934							1.886								
	(%)	(69,87);(100)							(64,15);(100)							(73,1);(100)								
	IG|KG	2.148			672				704			230				1.444			442					
	(%)	(69,16);(100)			(72,26);(100)				(63,37);(100)			(66,67);(100)				(72,38);(100)			(75,56);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	545	299	240	541	523	297	135	240	182	95	73	163	191	102	44	84	363	204	167	378	332	195	91	156
(%)	(86,1)	(48,07)	(44,94)	(82,34)	(79,24)	(78,78)	(53,57)	(79,73)	(77,12)	(44,6)	(37,44)	(76,89)	(74,9)	(71,83)	(47,83)	(75,68)	(91,44)	(49,88)	(49,26)	(84,94)	(81,98)	(82,98)	(56,88)	(82,11)
BS höher	n	867							403							464								
	(%)	(21,48);(100)							(27,68);(100)							(17,98);(100)								
	IG|KG	660			207				298			105				362			102					
	(%)	(21,25);(100)			(22,26);(100)				(26,82);(100)			(30,43);(100)				(18,15);(100)			(17,44);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	75	125	240	108	112	74	74	59	46	50	101	45	56	39	39	27	29	75	139	63	56	35	35	32
(%)	(11,85)	(20,1)	(44,94)	(16,44)	(16,97)	(19,63)	(29,37)	(19,6)	(19,49)	(23,47)	(51,79)	(21,23)	(21,96)	(27,46)	(42,39)	(24,32)	(7,3)	(18,34)	(41)	(14,16)	(13,83)	(14,89)	(21,88)	(16,84)
Lebenssituation																								
Wohnort	n	3.734							1.353							2.381								
	(%)	(92,52);(100)							(92,93);(100)							(92,29);(100)								
	IG|KG	2.838			896				1.017			336				1.821			560					
	(%)	(91,37);(100)			(96,34);(100)				(91,54);(100)			(97,39);(100)				(91,28);(100)			(95,73);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	626	437	487	652	636	376	220	300	233	151	177	209	247	142	84	110	393	286	310	443	389	234	136	190
(%)	(98,89)	(70,26)	(91,2)	(99,24)	(96,36)	(99,73)	(87,3)	(99,67)	(98,73)	(70,89)	(90,77)	(98,58)	(96,86)	(100)	(91,3)	(99,1)	(98,99)	(69,93)	(91,45)	(99,55)	(96,05)	(99,57)	(85)	(100)
dörflich/ländlich	n	1.528							584							944								
	(%)	(37,86);(100)							(40,11);(100)							(36,59);(100)								
	IG|KG	1.227			301				466			118				761			183					
	(%)	(39,5);(100)			(32,37);(100)				(41,94);(100)			(34,2);(100)				(38,15);(100)			(31,28);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	478	339	9	144	257	174	5	122	188	120	4	55	99	69	1	48	290	219	5	89	158	105	4	74
(%)	(75,51)	(54,5)	(1,69)	(21,92)	(38,94)	(46,15)	(1,98)	(40,53)	(79,66)	(56,34)	(2,05)	(25,94)	(38,82)	(48,59)	(1,09)	(43,24)	(73,05)	(53,55)	(1,47)	(20)	(39,01)	(44,68)	(2,5)	(38,95)
städtisch	n	2.185							765							1.420								
	(%)	(54,14);(100)							(52,54);(100)							(55,04);(100)								
	IG|KG	1.597			588				548			217				1.049			371					
	(%)	(51,42);(100)			(63,23);(100)				(49,32);(100)			(62,9);(100)				(52,58);(100)			(63,42);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	146	90	477	508	376	197	214	177	44	29	173	154	148	72	83	62	102	61	304	354	228	125	131	115
(%)	(23,06)	(14,47)	(89,33)	(77,32)	(56,97)	(52,25)	(84,92)	(58,8)	(18,64)	(13,62)	(88,72)	(72,64)	(58,04)	(50,7)	(90,22)	(55,86)	(25,69)	(14,91)	(89,68)	(79,55)	(56,3)	(53,19)	(81,88)	(60,53)
keine Angabe	n	21							4							17								
	(%)	(0,52);(100)							(0,27);(100)							(0,66);(100)								
	IG|KG	14			7				3			1				11			6					
	(%)	(0,45);(100)			(0,75);(100)				(0,27);(100)			(0,29);(100)				(0,55);(100)			(1,03);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	2	8	1	0	3	5	1	1	1	2	0	0	0	1	0	0	1	6	1	0	3	4	1	1
(%)	(0,32)	(1,29)	(0,19)	(0)	(0,45)	(1,33)	(0,4)	(0,33)	(0,42)	(0,94)	(0)	(0)	(0)	(0,7)	(0)	(0)	(0,25)	(1,47)	(0,29)	(0)	(0,74)	(1,7)	(0,63)	(0,53)
häusliche Gemeinschaft	n	3.745							1.352							2.393								
	(%)	(92,79);(100)							(92,86);(100)							(92,75);(100)								
	IG|KG	2.822			923				1.008			344				1.814			579					
	(%)	(90,86);(100)			(99,25);(100)				(90,73);(100)			(99,71);(100)				(90,93);(100)			(98,97);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	596	438	487	654	647	377	245	301	219	152	177	211	249	142	91	111	377	286	310	443	398	235	154	190
(%)	(94,15)	(70,42)	(91,2)	(99,54)	(98,03)	(100)	(97,22)	(100)	(92,8)	(71,36)	(90,77)	(99,53)	(97,65)	(100)	(98,91)	(100)	(94,96)	(69,93)	(91,45)	(99,55)	(98,27)	(100)	(96,25)	(100)

Variablen		Gesamt							Männlich							weiblich								
alleinlebend	n	1.526							281							1.245								
	(%)	(37,81);(100)							(19,3);(100)							(48,26);(100)								
	IG|KG	1.179							221							958								
	(%)	(37,96);(100)							(19,89);(100)							(48,02);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	249	198	221	303	208	113	124	110	45	43	37	53	43	16	27	17	204	155	184	250	165	97	97	93
(%)	(39,34)	(31,83)	(41,39)	(46,12)	(31,52)	(29,97)	(49,21)	(36,54)	(19,07)	(20,19)	(18,97)	(25)	(16,86)	(11,27)	(29,35)	(15,32)	(51,39)	(37,9)	(54,28)	(56,18)	(40,74)	(41,28)	(60,63)	(48,95)
nicht alleinlebend	n	2.219							1.071							1.148								
	(%)	(54,98);(100)							(73,56);(100)							(44,5);(100)								
	IG|KG	1.643							787							856								
	(%)	(52,9);(100)							(70,84);(100)							(42,91);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	347	240	266	351	439	264	121	191	174	109	140	158	206	126	64	94	173	131	126	193	233	138	57	97
(%)	(54,82)	(38,59)	(49,81)	(53,42)	(66,52)	(70,03)	(48,02)	(63,46)	(73,73)	(51,17)	(71,79)	(74,53)	(80,78)	(88,73)	(69,57)	(84,68)	(43,58)	(32,03)	(37,17)	(43,37)	(57,53)	(58,72)	(35,63)	(51,05)
Soziale Unterstützung	n	3.631							1.300							2.331								
	(%)	(89,97);(100)							(89,29);(100)							(90,35);(100)								
	IG|KG	2.714							960							1.754								
	(%)	(87,38);(100)							(86,41);(100)							(87,92);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	588	430	479	650	567	375	245	297	211	150	174	210	215	141	91	108	377	280	305	440	352	234	154	189
(%)	(92,89)	(69,13)	(89,7)	(98,93)	(85,91)	(99,47)	(97,22)	(98,67)	(89,41)	(70,42)	(89,23)	(99,06)	(84,31)	(99,3)	(98,91)	(97,3)	(94,96)	(68,46)	(89,97)	(98,88)	(86,91)	(99,57)	(96,25)	(99,47)
Durch die Familie	n	2.868							1.041							1.827								
	(%)	(71,06);(100)							(71,5);(100)							(70,81);(100)								
	IG|KG	2.250							807							1.443								
	(%)	(72,44);(100)							(72,64);(100)							(72,33);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	481	324	380	572	493	288	131	199	171	117	143	188	188	112	49	73	310	207	237	384	305	176	82	126
(%)	(75,99)	(52,09)	(71,16)	(87,06)	(74,7)	(76,39)	(51,98)	(66,11)	(72,46)	(54,93)	(73,33)	(88,68)	(73,73)	(78,87)	(53,26)	(65,77)	(78,09)	(50,61)	(69,91)	(86,29)	(75,31)	(74,89)	(51,25)	(66,32)
Durch Pflegepersonal	n	127							33							94								
	(%)	(3,15);(100)							(2,27);(100)							(3,64);(100)								
	IG|KG	80							27							53								
	(%)	(2,58);(100)							(2,43);(100)							(2,66);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	13	21	24	7	15	31	7	9	4	8	7	2	6	2	0	4	9	13	17	5	9	29	7	5
(%)	(2,05)	(3,38)	(4,49)	(1,07)	(2,27)	(8,22)	(2,78)	(2,99)	(1,69)	(3,76)	(3,59)	(0,94)	(2,35)	(1,41)	(0)	(3,6)	(2,27)	(3,18)	(5,01)	(1,12)	(2,22)	(12,34)	(4,38)	(2,63)
Durch andere Personen	n	145							41							104								
	(%)	(3,59);(100)							(2,82);(100)							(4,03);(100)								
	IG|KG	108							27							81								
	(%)	(3,48);(100)							(2,43);(100)							(4,06);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	19	22	25	31	11	16	14	7	6	7	7	3	4	7	5	2	13	15	18	28	7	9	9	5
(%)	(3)	(3,54)	(4,68)	(4,72)	(1,67)	(4,24)	(5,56)	(2,33)	(2,54)	(3,29)	(3,59)	(1,42)	(1,57)	(4,93)	(5,43)	(1,8)	(3,27)	(3,67)	(5,31)	(6,29)	(1,73)	(3,83)	(5,63)	(2,63)
Durch Jemanden	n	3.140							1.115							2.025								
	(%)	(77,8);(100)							(76,58);(100)							(78,49);(100)								
	IG|KG	2.438							861							1.577								
	(%)	(78,49);(100)							(77,5);(100)							(79,05);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	513	367	429	610	519	335	152	215	181	132	157	193	198	121	54	79	332	235	272	417	321	214	98	136
(%)	(81,04)	(59)	(80,34)	(92,85)	(78,64)	(88,86)	(60,32)	(71,43)	(76,69)	(61,97)	(80,51)	(91,04)	(77,65)	(85,21)	(58,7)	(71,17)	(83,63)	(57,46)	(80,24)	(93,71)	(79,26)	(91,06)	(61,25)	(71,58)

Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich								
Durch Niemanden	n	491									185						306								
	(%)	(12,17);(100)									(12,71);(100)						(11,86);(100)								
	IG|KG	276				215					99			86			177			129					
	(%)	(8,89);(100)				(23,12);(100)					(8,91);(100)			(24,93);(100)			(8,87);(100)			(22,05);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3		75	63	50	40	48	40	93	82	30	18	17	17	17	20	37	29	45	45	33	23	31	20	56	53
	(%)	(11,85)	(10,13)	(9,36)	(6,09)	(7,27)	(10,61)	(36,9)	(27,24)	(12,71)	(8,45)	(8,72)	(8,02)	(6,67)	(14,08)	(40,22)	(26,13)	(11,34)	(11)	(9,73)	(5,17)	(7,65)	(8,51)	(35)	(27,89)
Finanzielle Situation	n	3.568									1.282						2.286								
	(%)	(88,4);(100)									(88,05);(100)						(88,6);(100)								
	IG|KG	2.683				885					951			331			1.732			554					
	(%)	(86,38);(100)				(95,16);(100)					(85,6);(100)			(95,94);(100)			(86,82);(100)			(94,7);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3		577	421	475	651	559	374	212	299	209	145	174	210	213	142	79	110	368	276	301	441	346	232	133	189
	(%)	(91,15)	(67,68)	(88,95)	(99,09)	(84,7)	(99,2)	(84,13)	(99,34)	(88,56)	(68,08)	(89,23)	(99,06)	(83,53)	(100)	(85,7)	(99,1)	(92,7)	(67,48)	(88,79)	(99,1)	(85,43)	(98,72)	(83,13)	(99,47)
Finanzen nicht ausreichend	n	695									206						489								
	(%)	(17,22);(100)									(14,15);(100)						(18,95);(100)								
	IG|KG	541				154					160			46			381			108					
	(%)	(17,42);(100)				(16,56);(100)					(14,4);(100)			(13,33);(100)			(19,1);(100)			(18,46);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3		133	109	73	117	109	69	40	45	38	34	23	28	37	19	15	12	95	75	50	89	72	50	25	33
	(%)	(21,01)	(17,52)	(13,67)	(17,81)	(16,52)	(18,3)	(15,87)	(14,95)	(16,1)	(15,96)	(11,79)	(13,21)	(14,51)	(13,38)	(16,3)	(10,81)	(23,93)	(18,34)	(14,75)	(20)	(17,78)	(21,28)	(15,63)	(17,37)
Finanzen ausreichend	n	2.873									1.076						1.797								
	(%)	(71,18);(100)									(73,9);(100)						(69,65);(100)								
	IG|KG	2.142				731					791			285			1.351			446					
	(%)	(68,96);(100)				(78,6);(100)					(71,2);(100)			(82,61);(100)			(67,72);(100)			(76,24);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3		444	312	402	534	450	305	172	254	171	111	151	182	176	123	64	98	273	201	251	352	274	182	108	156
	(%)	(70,14)	(50,16)	(75,28)	(81,28)	(68,18)	(80,9)	(68,25)	(84,39)	(72,46)	(52,11)	(77,44)	(85,85)	(69,02)	(86,62)	(69,57)	(88,29)	(68,77)	(49,14)	(74,04)	(79,1)	(67,65)	(77,45)	(67,5)	(82,11)
Momentaner Pflegegrad	n	3.855									1.389						2.466								
	(%)	(95,52);(100)									(95,4);(100)						(95,58);(100)								
	IG|KG	2.978				877					1.058			331			1.920			546					
	(%)	(95,88);(100)				(94,3);(100)					(95,23);(100)			(95,94);(100)			(96,24);(100)			(93,33);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3		618	562	511	654	633	372	205	300	229	193	185	211	240	142	79	110	389	369	326	443	393	230	126	190
	(%)	(97,63)	(90,35)	(95,69)	(99,54)	(95,91)	(98,67)	(81,35)	(99,67)	(97,03)	(90,61)	(94,87)	(99,53)	(94,12)	(100)	(85,87)	(99,1)	(97,98)	(90,22)	(96,17)	(99,55)	(97,04)	(97,87)	(78,75)	(100)
Pflegegrad liegt nicht vor	n	2.443									890						1.553								
	(%)	(60,53);(100)									(61,13);(100)						(60,19);(100)								
	IG|KG	1.821				622					636			254			1.185			368					
	(%)	(58,63);(100)				(66,88);(100)					(57,25);(100)			(73,62);(100)			(59,4);(100)			(62,91);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3		332	338	315	507	329	277	133	212	131	114	106	155	130	121	54	79	201	224	209	352	199	156	79	133
	(%)	(52,45)	(54,34)	(58,99)	(77,17)	(49,85)	(73,47)	(52,78)	(70,43)	(55,51)	(53,52)	(54,36)	(73,11)	(50,98)	(85,21)	(58,7)	(71,17)	(50,63)	(54,77)	(61,65)	(79,1)	(49,14)	(66,38)	(49,38)	(70)
Pflegegrad liegt vor	n	1.381									486						895								
	(%)	(34,22);(100)									(33,38);(100)						(34,69);(100)								
	IG|KG	1.148				233					418			68			730			165					
	(%)	(36,96);(100)				(25,05);(100)					(37,62);(100)			(19,71);(100)			(36,59);(100)			(28,21);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3		286	224	196	147	295	85	65	83	98	79	79	56	106	18	23	27	188	145	117	91	189	67	42	56
	(%)	(45,18)	(36,01)	(36,7)	(22,37)	(44,7)	(22,55)	(25,79)	(27,57)	(41,53)	(37,09)	(40,51)	(26,42)	(41,57)	(12,68)	(25)	(24,32)	(47,36)	(35,45)	(34,51)	(20,45)	(46,67)	(28,51)	(26,25)	(29,47)

Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich								
nicht bekannt	n	31									13						18								
	(%)	(0,77);(100)									(0,89);(100)						(0,7);(100)								
IG|KG	(%)	9				22					4			9			5			13					
	(%)	(0,29);(100)				(2,37);(100)					(0,36);(100)			(2,61);(100)			(0,25);(100)			(2,22);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	(%)	0	0	0	0	9	10	7	5	0	0	0	0	4	3	2	4	0	0	0	0	5	7	5	1
	(%)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1,36)	(2,65)	(2,78)	(1,66)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1,57)	(2,11)	(2,17)	(3,6)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1,23)	(2,98)	(3,13)	(0,53)
Angelina																									
Gesamt:	n	4.036									1.456						2.580								
	(%)	(100);(100)									(100);(100)						(100);(100)								
IG|KG	(%)	3.106				930					1.111			345			1.995			585					
	(%)	(100);(100)				(100);(100)					(100);(100)			(100);(100)			(100);(100)			(100);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	(%)	633	622	534	657	660	377	252	301	236	213	195	212	255	142	92	111	397	409	339	445	405	235	160	190
	(%)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
Score 2	n	519									191						328								
	(%)	(12,86);(100)									(13,12);(100)						(12,71);(100)								
IG|KG	(%)	348				171					128			63			220			108					
	(%)	(11,2);(100)				(18,39);(100)					(11,52);(100)			(18,26);(100)			(11,03);(100)			(18,46);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	(%)	82	70	61	80	55	67	44	60	39	21	25	20	23	28	15	20	43	49	36	60	32	39	29	40
	(%)	(12,95)	(11,25)	(11,42)	(12,18)	(8,33)	(17,77)	(17,46)	(19,93)	(16,53)	(9,86)	(12,82)	(9,43)	(9,02)	(19,72)	(16,3)	(18,02)	(10,83)	(11,98)	(10,62)	(13,48)	(7,9)	(16,6)	(18,13)	(21,05)
Score 3	n	569									219						350								
	(%)	(14,1);(100)									(15,04);(100)						(13,57);(100)								
IG|KG	(%)	378				191					144			75			234			116					
	(%)	(12,17);(100)				(20,54);(100)					(12,96);(100)			(21,74);(100)			(11,73);(100)			(19,83);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	(%)	72	63	91	84	68	80	44	67	30	25	37	28	24	36	16	23	42	38	54	56	44	44	28	44
	(%)	(11,37)	(10,13)	(17,04)	(12,79)	(10,3)	(21,22)	(17,46)	(22,26)	(12,71)	(11,74)	(18,97)	(13,21)	(9,41)	(25,35)	(17,39)	(20,72)	(10,58)	(9,29)	(15,93)	(12,58)	(10,86)	(18,72)	(17,5)	(23,16)
Score 4	n	554									213						341								
	(%)	(13,73);(100)									(14,63);(100)						(13,22);(100)								
IG|KG	(%)	400				154					145			68			255			86					
	(%)	(12,88);(100)				(16,56);(100)					(13,05);(100)			(19,71);(100)			(12,78);(100)			(14,7);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	(%)	84	70	70	102	74	54	46	54	34	20	19	35	37	24	21	23	50	50	51	67	37	30	25	31
	(%)	(13,27)	(11,25)	(13,11)	(15,53)	(11,21)	(14,32)	(18,25)	(17,94)	(14,41)	(9,39)	(9,74)	(16,51)	(14,51)	(16,9)	(22,83)	(20,72)	(12,59)	(12,22)	(15,04)	(15,06)	(9,14)	(12,77)	(15,63)	(16,32)
Score 5	n	591									215						376								
	(%)	(14,64);(100)									(14,77);(100)						(14,57);(100)								
IG|KG	(%)	448				143					160			55			288			88					
	(%)	(14,42);(100)				(15,38);(100)					(14,4);(100)			(15,94);(100)			(14,44);(100)			(15,04);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	(%)	98	75	76	109	90	58	33	52	32	26	30	36	36	21	13	21	66	49	46	73	54	37	20	31
	(%)	(15,48)	(12,06)	(14,23)	(16,59)	(13,64)	(15,38)	(13,1)	(17,28)	(13,56)	(12,21)	(15,38)	(16,98)	(14,12)	(14,79)	(14,13)	(18,92)	(16,62)	(11,98)	(13,57)	(16,4)	(13,33)	(15,74)	(12,5)	(16,32)
Score 6	n	544									188						356								
	(%)	(13,48);(100)									(12,91);(100)						(13,8);(100)								
IG|KG	(%)	439				105					155			33			284			72					
	(%)	(14,13);(100)				(11,29);(100)					(13,95);(100)			(9,57);(100)			(14,24);(100)			(12,31);(100)					
IN1-IN5|KN1-KN3	(%)	96	98	69	88	88	53	24	28	30	33	27	31	34	15	9	9	66	65	42	57	54	38	15	19
	(%)	(15,17)	(15,76)	(12,92)	(13,39)	(13,33)	(14,06)	(9,52)	(9,3)	(12,71)	(15,49)	(13,85)	(14,62)	(13,33)	(10,56)	(9,78)	(8,11)	(16,62)	(15,89)	(12,39)	(12,81)	(13,33)	(16,17)	(9,38)	(10)

Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich								
Score 7	n	634									228						406								
	(%)	(15,71);(100)									(15,66);(100)						(15,74);(100)								
	IG|KG	539									194						345								
	(%)	(17,35);(100)									(17,46);(100)						(17,29);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	104	112	92	95	136	45	28	22	33	46	34	31	50	13	12	9	71	66	58	64	86	32	16	13
	(%)	(16,43)	(18,01)	(17,23)	(14,46)	(20,61)	(11,94)	(11,11)	(7,31)	(13,98)	(21,6)	(17,44)	(14,62)	(19,61)	(9,15)	(13,04)	(8,11)	(17,88)	(16,14)	(17,11)	(14,38)	(21,23)	(13,62)	(10)	(6,84)
Score 8	n	465									142						323								
	(%)	(11,52);(100)									(9,75);(100)						(12,52);(100)								
	IG|KG	413									129						284								
	(%)	(13,3);(100)									(11,61);(100)						(14,24);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	74	103	58	76	102	14	25	13	27	31	16	23	32	4	6	3	47	72	42	53	70	10	19	10
	(%)	(11,69)	(16,56)	(10,86)	(11,57)	(15,45)	(3,71)	(9,92)	(4,32)	(11,44)	(14,55)	(8,21)	(10,85)	(12,55)	(2,82)	(6,52)	(2,7)	(11,84)	(17,6)	(12,39)	(11,91)	(17,28)	(4,26)	(11,88)	(5,26)
Score 9	n	160									60						100								
	(%)	(3,96);(100)									(4,12);(100)						(3,88);(100)								
	IG|KG	141									56						85								
	(%)	(4,54);(100)									(5,04);(100)						(4,26);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	23	31	17	23	47	6	8	5	11	11	7	8	19	1	0	3	12	20	10	15	28	5	8	2
	(%)	(3,63)	(4,98)	(3,18)	(3,5)	(7,12)	(1,59)	(3,17)	(1,66)	(4,66)	(5,16)	(3,59)	(3,77)	(7,45)	(0,7)	(0)	(2,7)	(3,02)	(4,89)	(2,95)	(3,37)	(6,91)	(2,13)	(5)	(1,05)
Schweregradeinteilung																									
leicht (=2)	n	519									191						328								
	(%)	(12,86);(100)									(13,12);(100)						(12,71);(100)								
	IG|KG	348									128						220								
	(%)	(11,2);(100)									(11,52);(100)						(11,03);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	82	70	61	80	55	67	44	60	39	21	25	20	23	28	15	20	43	49	36	60	32	39	29	40
	(%)	(12,95)	(11,25)	(11,42)	(12,18)	(8,33)	(17,77)	(17,46)	(19,93)	(16,53)	(9,86)	(12,82)	(9,43)	(9,02)	(19,72)	(16,3)	(18,02)	(10,83)	(11,98)	(10,62)	(13,48)	(7,9)	(16,6)	(18,13)	(21,05)
mittel (=3)	n	569									219						350								
	(%)	(14,1);(100)									(15,04);(100)						(13,57);(100)								
	IG|KG	378									144						234								
	(%)	(12,17);(100)									(12,96);(100)						(11,73);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	72	63	91	84	68	80	44	67	30	25	37	28	24	36	16	23	42	38	54	56	44	44	28	44
	(%)	(11,37)	(10,13)	(17,04)	(12,79)	(10,3)	(21,22)	(17,46)	(22,26)	(12,71)	(11,74)	(18,97)	(13,21)	(9,41)	(25,35)	(17,39)	(20,72)	(10,58)	(9,29)	(15,93)	(12,58)	(10,86)	(18,72)	(17,5)	(23,16)
schwer (>=4)	n	2.948									1.046						1.902								
	(%)	(73,04);(100)									(71,84);(100)						(73,72);(100)								
	IG|KG	2.380									839						1.541								
	(%)	(76,63);(100)									(75,52);(100)						(77,24);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	479	489	382	493	537	230	164	174	167	167	133	164	208	78	61	68	312	322	249	329	329	152	103	106
	(%)	(75,67)	(78,62)	(71,54)	(75,04)	(81,36)	(61,01)	(65,08)	(57,81)	(70,76)	(78,4)	(68,21)	(77,36)	(81,57)	(54,93)	(66,3)	(61,26)	(78,59)	(78,73)	(73,45)	(73,93)	(81,23)	(64,68)	(64,38)	(55,79)
Barthel-Index																									
Gesamt	n	3.935									1.418						2.517								
	(%)	(97,5);(100)									(97,39);(100)						(97,56);(100)								
	IG|KG	3.065									1.093						1.972								
	(%)	(98,68);(100)									(98,38);(100)						(98,85);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	627	610	523	656	649	375	209	286	233	208	190	211	251	142	79	104	394	402	333	445	398	233	130	182
	(%)	(99,05)	(98,07)	(97,94)	(99,85)	(98,33)	(99,47)	(82,94)	(95,02)	(98,73)	(97,65)	(97,44)	(99,53)	(98,43)	(100)	(85,87)	(93,69)	(99,24)	(98,29)	(98,23)	(100)	(98,27)	(99,15)	(81,25)	(95,79)

Variablen		Gesamt							Männlich							weiblich									
100 Punkte	n	1.740							682							1.058									
	(%)	(43,11);(100)							(46,84);(100)							(41,01);(100)									
	IG|KG	1.186							438							244									
	(%)	(38,18);(100)							(39,42);(100)							(70,72);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	144	264	265	283	230	245	124	185	70	84	99	97	88	111	57	76	74	180	166	186	142	134	67	109
	(%)	(22,75)	(42,44)	(49,63)	(43,07)	(34,85)	(64,99)	(49,21)	(61,46)	(29,66)	(39,44)	(50,77)	(45,75)	(34,51)	(78,17)	(61,96)	(68,47)	(18,64)	(44,01)	(48,97)	(41,8)	(35,06)	(57,02)	(41,88)	(57,37)
95-85 Punkte	n	1.181							375							806									
	(%)	(29,26);(100)							(25,76);(100)							(31,24);(100)									
	IG|KG	995							326							49									
	(%)	(32,03);(100)							(29,34);(100)							(14,2);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	219	185	158	237	196	69	54	63	67	66	53	65	75	18	14	17	152	119	105	172	121	51	40	46
	(%)	(34,6)	(29,74)	(29,59)	(36,07)	(29,7)	(18,3)	(21,43)	(20,93)	(28,39)	(30,99)	(27,18)	(30,66)	(29,41)	(12,68)	(15,22)	(15,32)	(38,29)	(29,1)	(30,97)	(38,65)	(29,88)	(21,7)	(25)	(24,21)
35-85 Punkte	n	919							318							601									
	(%)	(22,77);(100)							(21,84);(100)							(23,29);(100)									
	IG|KG	802							290							28									
	(%)	(25,82);(100)							(26,1);(100)							(8,12);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	248	145	89	129	191	52	28	37	85	50	31	47	77	10	7	11	163	95	58	82	114	42	21	26
	(%)	(39,18)	(23,31)	(16,67)	(19,63)	(28,94)	(13,79)	(11,11)	(12,29)	(36,02)	(23,47)	(15,9)	(22,17)	(30,2)	(7,04)	(7,61)	(9,91)	(41,06)	(23,23)	(17,11)	(18,43)	(28,15)	(17,87)	(13,13)	(13,68)
< 35 Punkte	n	95							43							52									
	(%)	(2,35);(100)							(2,95);(100)							(2,02);(100)									
	IG|KG	82							39							4									
	(%)	(2,64);(100)							(3,51);(100)							(1,16);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	16	16	11	7	32	9	3	1	11	8	7	2	11	3	1	0	5	8	4	5	21	6	2	1
	(%)	(2,53)	(2,57)	(2,06)	(1,07)	(4,85)	(2,39)	(1,19)	(0,33)	(4,66)	(3,76)	(3,59)	(0,94)	(4,31)	(2,11)	(1,09)	(0)	(1,26)	(1,96)	(1,18)	(1,12)	(5,19)	(2,55)	(1,25)	(0,53)
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)																									
auswertbare	n	3.828							1.284							2.544									
	(%)	(94,85);(100)							(88,19);(100)							(98,6);(100)									
	IG|KG	2.935							968							316									
	(%)	(94,49);(100)							(87,13);(100)							(91,59);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	531	600	531	629	644	372	240	281	134	204	195	188	247	139	83	94	397	396	336	441	397	233	157	187
	(%)	(83,89)	(96,46)	(99,44)	(95,74)	(97,58)	(98,67)	(95,24)	(93,36)	(56,78)	(95,77)	(100)	(88,68)	(96,86)	(97,89)	(90,22)	(84,68)	(100)	(96,82)	(99,12)	(99,1)	(98,02)	(99,15)	(98,13)	(98,42)
Time Up & Go (TUG)																									
auswertbare	n	3.694							1.329							2.365									
	(%)	(91,53);(100)							(91,28);(100)							(91,67);(100)									
	IG|KG	2.829							997							332									
	(%)	(91,08);(100)							(89,74);(100)							(96,23);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	596	535	501	617	580	344	235	286	210	180	184	196	227	136	88	108	386	355	317	421	353	208	147	178
	(%)	(94,15)	(86,01)	(93,82)	(93,91)	(87,88)	(91,25)	(93,25)	(95,02)	(88,98)	(84,51)	(94,36)	(92,45)	(89,02)	(95,77)	(95,65)	(97,3)	(97,23)	(86,8)	(93,51)	(94,61)	(87,16)	(88,51)	(91,88)	(93,68)
< 10 Sek.	n	787							308							479									
	(%)	(19,5);(100)							(21,15);(100)							(18,57);(100)									
	IG|KG	438							158							150									
	(%)	(14,1);(100)							(14,22);(100)							(43,48);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	24	36	155	122	101	153	97	99	10	16	54	38	40	66	44	40	14	20	101	84	61	87	53	59
	(%)	(3,79)	(5,79)	(29,03)	(18,57)	(15,3)	(40,58)	(38,49)	(32,89)	(4,24)	(7,51)	(27,69)	(17,92)	(15,69)	(46,48)	(47,83)	(36,04)	(3,53)	(4,89)	(29,79)	(18,88)	(15,06)	(37,02)	(33,13)	(31,05)

Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich								
10-20 Sek.	n	380									123						257								
	(%)	(9,42);(100)									(8,45);(100)						(9,96);(100)								
	IG|KG	314									110						204								
	(%)	(10,11);(100)									(9,9);(100)						(10,23);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	70	95	40	36	73	39	17	10	29	28	15	12	26	7	5	1	41	67	25	24	47	32	12	9
	(%)	(11,06)	(15,27)	(7,49)	(5,48)	(11,06)	(10,34)	(6,75)	(3,32)	(12,29)	(13,15)	(7,69)	(5,66)	(10,2)	(4,93)	(5,43)	(0,9)	(10,33)	(16,38)	(7,37)	(5,39)	(11,6)	(13,62)	(7,5)	(4,74)
20-30 Sek.	n	1.890									675						1.215								
	(%)	(46,83);(100)									(46,36);(100)						(47,09);(100)								
	IG|KG	1.520									530						990								
	(%)	(48,94);(100)									(47,7);(100)						(49,62);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	402	272	241	330	275	117	103	150	143	86	96	100	105	50	36	59	259	186	145	230	170	67	67	91
	(%)	(63,51)	(43,73)	(45,13)	(50,23)	(41,67)	(31,03)	(40,87)	(49,83)	(60,59)	(40,38)	(49,23)	(47,17)	(41,18)	(35,21)	(39,13)	(53,15)	(65,24)	(45,48)	(42,77)	(51,69)	(41,98)	(28,51)	(41,88)	(47,89)
> 30 Sek.	n	637									223						414								
	(%)	(15,78);(100)									(15,32);(100)						(16,05);(100)								
	IG|KG	557									199						358								
	(%)	(17,93);(100)									(17,91);(100)						(17,94);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	100	132	65	129	131	35	18	27	28	50	19	46	56	13	3	8	72	82	46	83	75	22	15	19
	(%)	(15,8)	(21,22)	(12,17)	(19,63)	(19,85)	(9,28)	(7,14)	(8,97)	(11,86)	(23,47)	(9,74)	(21,7)	(21,96)	(9,15)	(3,26)	(7,21)	(18,14)	(20,05)	(13,57)	(18,65)	(18,52)	(9,36)	(9,38)	(10)
Mini Nutritional Assessment (MNA)																									
berechenbare	n	3.663									1.322						2.341								
	(%)	(90,76);(100)									(90,8);(100)						(90,74);(100)								
	IG|KG	2.777									991						1.786								
	(%)	(89,41);(100)									(89,2);(100)						(89,52);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	555	550	400	641	631	376	220	290	211	187	142	208	243	141	83	107	344	363	258	433	388	235	137	183
	(%)	(87,68)	(88,42)	(74,91)	(97,56)	(95,61)	(99,73)	(87,3)	(96,35)	(89,41)	(87,79)	(72,82)	(98,11)	(95,29)	(99,3)	(90,22)	(96,4)	(86,65)	(88,75)	(76,11)	(97,3)	(95,8)	(100)	(85,63)	(96,32)
keine Anamnese	n	2.665									996						1.669								
	(%)	(66,03);(100)									(68,41);(100)						(64,69);(100)								
	IG|KG	1.962									715						1.247								
	(%)	(63,17);(100)									(64,36);(100)						(62,51);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	333	453	301	481	394	291	172	240	126	153	106	169	161	120	71	90	207	300	195	312	233	171	101	150
	(%)	(52,61)	(72,83)	(56,37)	(73,21)	(59,7)	(77,19)	(68,25)	(79,73)	(53,39)	(71,83)	(54,36)	(79,72)	(63,14)	(84,51)	(77,17)	(81,08)	(52,14)	(73,35)	(57,52)	(70,11)	(57,53)	(72,77)	(63,13)	(78,95)
weitere Anamnese	n	998									326						672								
	(%)	(24,73);(100)									(22,39);(100)						(26,05);(100)								
	IG|KG	815									276						539								
	(%)	(26,24);(100)									(24,84);(100)						(27,02);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	222	97	99	160	237	85	48	50	85	34	36	39	82	21	12	17	137	63	63	121	155	64	36	33
	(%)	(35,07)	(15,59)	(18,54)	(24,35)	(35,91)	(22,55)	(19,05)	(16,61)	(36,02)	(15,96)	(18,46)	(18,4)	(32,16)	(14,79)	(13,04)	(15,32)	(34,51)	(15,4)	(18,58)	(27,19)	(38,27)	(27,23)	(22,5)	(17,37)
WHOQOL-OLD																									
auswertbare	n	2.637									965						1.672								
	(%)	(65,34);(100)									(66,28);(100)						(64,81);(100)								
	IG|KG	1.821									652						1.169								
	(%)	(58,63);(100)									(58,69);(100)						(58,6);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	329	335	296	314	547	337	196	283	120	114	107	100	211	131	78	104	209	221	189	214	336	206	118	179
	(%)	(51,97)	(53,86)	(55,43)	(47,79)	(82,88)	(89,39)	(77,78)	(94,02)	(50,85)	(53,52)	(54,87)	(47,17)	(82,75)	(92,25)	(84,78)	(93,69)	(52,64)	(54,03)	(55,75)	(48,09)	(82,96)	(87,66)	(73,75)	(94,21)

Variablen		Gesamt							Männlich							weiblich								
		WHOQOL-BREF																						
auswertbare	n	2.564							946							1.618								
	(%)	(63,53);(100)							(64,97);(100)							(62,71);(100)								
	IG|KG	1.744							627							1.117								
	(%)	(56,15);(100)							(56,44);(100)							(55,99);(100)								
IN1-INS|KN1-KN3	290	296	296	311	551	342	193	285	111	100	102	106	208	132	79	108	179	196	194	205	343	210	114	177
(%)	(45,81)	(47,59)	(55,43)	(47,34)	(83,48)	(90,72)	(76,59)	(94,68)	(47,03)	(46,95)	(52,31)	(50)	(81,57)	(92,96)	(85,87)	(97,3)	(45,09)	(47,92)	(57,23)	(46,07)	(84,69)	(89,36)	(71,25)	(93,16)
		DemTect																						
Kognitive Beeinträchtigt.	n	2.970							1.017							1.953								
	(%)	(73,59);(100)							(69,85);(100)							(75,7);(100)								
	IG|KG	2.097							695							1.402								
	(%)	(67,51);(100)							(62,56);(100)							(70,28);(100)								
IN1-INS|KN1-KN3	361	329	381	509	517	353	236	284	114	92	132	159	198	131	87	104	247	237	249	350	319	222	149	180
(%)	(57,03)	(52,89)	(71,35)	(77,47)	(78,33)	(93,63)	(93,65)	(94,35)	(48,31)	(43,19)	(67,69)	(75)	(77,65)	(92,25)	(94,57)	(93,69)	(62,22)	(57,95)	(73,45)	(78,65)	(78,77)	(94,47)	(93,13)	(94,74)
altersgemäß (13-18 Pkt)	n	1.679							486							1.193								
	(%)	(41,6);(100)							(33,38);(100)							(46,24);(100)								
	IG|KG	1.255							357							898								
	(%)	(40,41);(100)							(32,13);(100)							(45,01);(100)								
IN1-INS|KN1-KN3	215	245	274	289	232	167	126	131	69	70	81	69	68	55	41	33	146	175	193	220	164	112	85	98
(%)	(33,97)	(39,39)	(51,31)	(43,99)	(35,15)	(44,3)	(50)	(43,52)	(29,24)	(32,86)	(41,54)	(32,55)	(26,67)	(38,73)	(44,57)	(29,73)	(36,78)	(42,79)	(56,93)	(49,44)	(40,49)	(47,66)	(53,13)	(51,58)
leicht (9-12 Pkt)	n	883							342							541								
	(%)	(21,88);(100)							(23,49);(100)							(20,97);(100)								
	IG|KG	618							227							391								
	(%)	(19,9);(100)							(20,43);(100)							(33,33);(100)								
IN1-INS|KN1-KN3	128	58	97	166	169	87	84	94	38	17	42	62	68	41	33	41	90	41	55	104	101	46	51	53
(%)	(20,22)	(9,32)	(18,16)	(25,27)	(25,61)	(23,08)	(33,33)	(31,23)	(16,1)	(7,98)	(21,54)	(29,25)	(26,67)	(28,87)	(35,87)	(36,94)	(22,67)	(10,02)	(16,22)	(23,37)	(24,94)	(19,57)	(31,88)	(27,89)
Demenzverdacht (<=8 Pkt.)	n	408							189							219								
	(%)	(10,11);(100)							(12,98);(100)							(8,49);(100)								
	IG|KG	224							111							78								
	(%)	(7,21);(100)							(9,99);(100)							(22,61);(100)								
IN1-INS|KN1-KN3	18	26	10	54	116	99	26	59	7	5	9	28	62	35	13	30	11	21	1	26	54	64	13	29
(%)	(2,84)	(4,18)	(1,87)	(8,22)	(17,58)	(26,26)	(10,32)	(19,6)	(2,97)	(2,35)	(4,62)	(13,21)	(24,31)	(24,65)	(14,13)	(27,03)	(2,77)	(5,13)	(0,29)	(5,84)	(13,33)	(27,23)	(8,13)	(15,26)
		Demographische Daten der Angehörigen (DDA)																						
Genderverteilung	Gesamt	n	1.003							437							566							
		(%)	(24,85);(100)							(30,01);(100)							(21,94);(100)							
		IG|KG	755							324							431							
		(%)	(24,31);(100)							(29,16);(100)							(21,6);(100)							
IN1-INS|KN1-KN3	44	230	138	130	213	168	49	31	16	98	66	53	91	71	29	13	28	132	72	77	122	97	20	18
(%)	(6,95)	(36,98)	(25,84)	(19,79)	(32,27)	(44,56)	(19,44)	(10,3)	(6,78)	(46,01)	(33,85)	(25)	(35,69)	(50)	(31,52)	(11,71)	(7,05)	(32,27)	(21,24)	(17,3)	(30,12)	(41,28)	(12,5)	(9,47)
davon weibl. Pfl.	davon weibl. Pfl.	n	684							390							294							
		(%)	(16,95);(100)							(26,79);(100)							(11,4);(100)							
		IG|KG	531							292							98							
		(%)	(17,1);(100)							(26,28);(100)							(28,41);(100)							
IN1-INS|KN1-KN3	25	150	98	101	157	99	33	21	13	90	61	48	80	62	24	12	12	60	37	53	77	37	9	9
(%)	(3,95)	(24,12)	(18,35)	(15,37)	(23,79)	(26,26)	(13,1)	(6,98)	(5,51)	(42,25)	(31,28)	(22,64)	(31,37)	(43,66)	(26,09)	(10,81)	(3,02)	(14,67)	(10,91)	(11,91)	(19,01)	(15,74)	(5,63)	(4,74)

Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich								
davon männl. Pfl.	n	319									47						272								
	(%)	(7,9);(100)									(3,23);(100)						(10,54);(100)								
	IG|KG	224				95					32			15			192			80					
	(%)	(7,21);(100)				(10,22);(100)					(2,88);(100)			(4,35);(100)			(9,62);(100)			(13,68);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	19	80	40	29	56	69	16	10	3	8	5	5	11	9	5	1	16	72	35	24	45	60	11	9
	(%)	(3)	(12,86)	(7,49)	(4,41)	(8,48)	(18,3)	(6,35)	(3,32)	(1,27)	(3,76)	(2,56)	(2,36)	(4,31)	(6,34)	(5,43)	(0,9)	(4,03)	(17,6)	(10,32)	(5,39)	(11,11)	(25,53)	(6,88)	(4,74)
Altersgruppen																									
Gesamt		944									412						532								
	(%)	(23,39);(100)									(28,3);(100)						(20,62);(100)								
	IG|KG	706				238					303			109			403			129					
	(%)	(22,73);(100)				(25,59);(100)					(27,27);(100)			(31,59);(100)			(20,2);(100)			(22,05);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	38	231	125	107	205	161	47	30	13	100	57	44	89	69	27	13	25	131	68	63	116	92	20	17
	(%)	(6)	(37,14)	(23,41)	(16,29)	(31,06)	(42,71)	(18,65)	(9,97)	(5,51)	(46,95)	(29,23)	(20,75)	(34,9)	(48,59)	(29,35)	(11,71)	(6,3)	(32,03)	(20,06)	(14,16)	(28,64)	(39,15)	(12,5)	(8,95)
älter 59 Jahre		630									328						302								
	(%)	(15,61);(100)									(22,53);(100)						(11,71);(100)								
	IG|KG	452				178					235			93			217			85					
	(%)	(14,55);(100)				(19,14);(100)					(21,15);(100)			(26,96);(100)			(10,88);(100)			(14,53);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	20	159	97	60	116	118	38	22	8	81	53	30	63	58	23	12	12	78	44	30	53	60	15	10
	(%)	(3,16)	(25,56)	(18,16)	(9,13)	(17,58)	(31,3)	(15,08)	(7,31)	(3,39)	(38,03)	(27,18)	(14,15)	(24,71)	(40,85)	(25)	(10,81)	(3,02)	(19,07)	(12,98)	(6,74)	(13,09)	(25,53)	(9,38)	(5,26)
40-59 Jahre		301									82						219								
	(%)	(7,46);(100)									(5,63);(100)						(8,49);(100)								
	IG|KG	242				59					67			15			175			44					
	(%)	(7,79);(100)				(6,34);(100)					(6,03);(100)			(4,35);(100)			(8,77);(100)			(7,52);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	17	72	25	42	86	42	9	8	5	19	3	14	26	10	4	1	12	53	22	28	60	32	5	7
	(%)	(2,69)	(11,58)	(4,68)	(6,39)	(13,03)	(11,14)	(3,57)	(2,66)	(2,12)	(8,92)	(1,54)	(6,6)	(10,2)	(7,04)	(4,35)	(0,9)	(3,02)	(12,96)	(6,49)	(6,29)	(14,81)	(13,62)	(3,13)	(3,68)
jünger 40 Jahre		13									2						11								
	(%)	(0,32);(100)									(0,14);(100)						(0,43);(100)								
	IG|KG	12				1					1			1			11			0					
	(%)	(0,39);(100)				(0,11);(100)					(0,09);(100)			(0,29);(100)			(0,55);(100)			(0);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	1	0	3	5	3	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	5	3	0	0	0
	(%)	(0,16)	(0)	(0,56)	(0,76)	(0,45)	(0,27)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0,51)	(0)	(0)	(0,7)	(0)	(0)	(0,25)	(0)	(0,59)	(1,12)	(0,74)	(0)	(0)	(0)
häusliche Gemeinschaft																									
Gesamt		985									431						554								
	(%)	(24,41);(100)									(29,6);(100)						(21,47);(100)								
	IG|KG	735				250					318			113			417			137					
	(%)	(23,66);(100)				(26,88);(100)					(28,62);(100)			(32,75);(100)			(20,9);(100)			(23,42);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	44	231	139	112	209	168	51	31	16	99	67	46	90	71	29	13	28	132	72	66	119	97	22	18
	(%)	(6,95)	(37,14)	(26,03)	(17,05)	(31,67)	(44,56)	(20,24)	(10,3)	(6,78)	(46,48)	(34,36)	(21,7)	(35,29)	(50)	(31,52)	(11,71)	(7,05)	(32,27)	(21,24)	(14,83)	(29,38)	(41,28)	(13,75)	(9,47)
alleinlebend		89									30						59								
	(%)	(2,21);(100)									(2,06);(100)						(2,29);(100)								
	IG|KG	72				17					24			6			48			11					
	(%)	(2,32);(100)				(1,83);(100)					(2,16);(100)			(1,74);(100)			(2,41);(100)			(1,88);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	4	24	14	8	22	9	7	1	3	5	4	3	9	2	3	1	1	19	10	5	13	7	4	0
	(%)	(0,63)	(3,86)	(2,62)	(1,22)	(3,33)	(2,39)	(2,78)	(0,33)	(1,27)	(2,35)	(2,05)	(1,42)	(3,53)	(1,41)	(3,26)	(0,9)	(0,25)	(4,65)	(2,95)	(1,12)	(3,21)	(2,98)	(2,5)	(0)

Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich								
nicht alleinlebend	n	896									401						495								
	(%)	(22,2);(100)									(27,54);(100)						(19,19);(100)								
	IG|KG	663									294						107								
	(%)	(21,35);(100)									(26,46);(100)						(31,01);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	40	207	125	104	187	159	44	30	13	94	63	43	81	69	26	12	27	113	62	61	106	90	18	18
	(%)	(6,32)	(33,28)	(23,41)	(15,83)	(28,33)	(42,18)	(17,46)	(9,97)	(5,51)	(44,13)	(32,31)	(20,28)	(31,76)	(48,59)	(28,26)	(10,81)	(6,8)	(27,63)	(18,29)	(13,71)	(26,17)	(38,3)	(11,25)	(9,47)
Verhältnis zum Patienten																									
Gesamt		961									418						543								
	(%)	(23,81);(100)									(28,71);(100)						(21,05);(100)								
	IG|KG	723									313						410								
	(%)	(23,28);(100)									(28,17);(100)						(30,43);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	44	231	135	107	206	166	42	30	16	99	65	44	89	70	23	12	28	132	70	63	117	96	19	18
	(%)	(6,95)	(37,14)	(25,28)	(16,29)	(31,21)	(44,03)	(16,67)	(9,97)	(6,78)	(46,48)	(33,33)	(20,75)	(34,9)	(49,3)	(25)	(10,81)	(7,05)	(32,27)	(20,65)	(14,16)	(28,89)	(40,85)	(11,88)	(9,47)
Ehe/Lebenspartner/in		486									293						193								
	(%)	(12,04);(100)									(20,12);(100)						(7,48);(100)								
	IG|KG	341									212						81								
	(%)	(10,98);(100)									(19,08);(100)						(23,48);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	19	118	88	35	81	103	25	17	10	71	54	25	52	56	16	9	9	47	34	10	29	47	9	8
	(%)	(3)	(18,97)	(16,48)	(5,33)	(12,27)	(27,32)	(9,92)	(5,65)	(4,24)	(33,33)	(27,69)	(11,79)	(20,39)	(39,44)	(17,39)	(8,11)	(2,27)	(11,49)	(10,03)	(2,25)	(7,16)	(20)	(5,63)	(4,21)
andere Angehörige		451									116						335								
	(%)	(11,17);(100)									(7,97);(100)						(12,98);(100)								
	IG|KG	364									93						271								
	(%)	(11,72);(100)									(8,37);(100)						(13,58);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	23	108	45	67	121	59	15	13	5	25	11	17	35	14	6	3	18	83	34	50	86	45	9	10
	(%)	(3,63)	(17,36)	(8,43)	(10,2)	(18,33)	(15,65)	(5,95)	(4,32)	(2,12)	(11,74)	(5,64)	(8,02)	(13,73)	(9,86)	(6,52)	(2,7)	(4,53)	(20,29)	(10,03)	(11,24)	(21,23)	(19,15)	(5,63)	(5,26)
andere Personen		24									9						15								
	(%)	(0,59);(100)									(0,62);(100)						(0,58);(100)								
	IG|KG	18									8						10								
	(%)	(0,58);(100)									(0,72);(100)						(0,5);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	2	5	2	5	4	4	2	0	1	3	0	2	2	0	1	0	1	2	2	3	2	4	1	0
	(%)	(0,32)	(0,8)	(0,37)	(0,76)	(0,61)	(1,06)	(0,79)	(0)	(0,42)	(1,41)	(0)	(0,94)	(0,78)	(0)	(1,09)	(0)	(0,25)	(0,49)	(0,59)	(0,67)	(0,49)	(1,7)	(0,63)	(0)
Schulabschluss																									
Gesamt		949									419						530								
	(%)	(23,51);(100)									(28,78);(100)						(20,54);(100)								
	IG|KG	707									306						401								
	(%)	(22,76);(100)									(27,54);(100)						(32,75);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	43	226	134	105	199	165	47	30	16	95	63	44	88	71	29	13	27	131	71	61	111	94	18	17
	(%)	(6,79)	(36,33)	(25,09)	(15,98)	(30,15)	(43,77)	(18,65)	(9,97)	(6,78)	(44,6)	(32,31)	(20,75)	(34,51)	(50)	(31,52)	(11,71)	(6,8)	(32,03)	(20,94)	(13,71)	(27,41)	(40)	(11,25)	(8,95)
keinen Abschluss		5									2						3								
	(%)	(0,12);(100)									(0,14);(100)						(0,12);(100)								
	IG|KG	3									1						2								
	(%)	(0,1);(100)									(0,09);(100)						(0,29);(100)								
	IN1-IN5|KN1-KN3	0	1	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
	(%)	(0)	(0,16)	(0)	(0)	(0,3)	(0,53)	(0)	(0)	(0)	(0,47)	(0)	(0)	(0)	(0,7)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0,49)	(0,43)	(0)	(0)

Variablen		Gesamt									Männlich									weiblich								
Hauptschule	n	436									236									200								
	(%)	(10,8);(100)									(16,21);(100)									(7,75);(100)								
	IG|KG	304									164									72								
	(%)	(9,79);(100)									(14,76);(100)									(20,87);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	17	98	49	42	98	93	19	20	5	49	31	23	56	52	12	8	12	49	18	19	42	41	7	12				
(%)	(2,69)	(15,76)	(9,18)	(6,39)	(14,85)	(24,67)	(7,54)	(6,64)	(2,12)	(23)	(15,9)	(10,85)	(21,96)	(36,62)	(13,04)	(7,21)	(3,02)	(11,98)	(5,31)	(4,27)	(10,37)	(17,45)	(4,38)	(6,32)				
Mittlere Reife	n	274									106									168								
	(%)	(6,79);(100)									(7,28);(100)									(6,51);(100)								
	IG|KG	226									86									20								
	(%)	(7,28);(100)									(7,74);(100)									(5,8);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	19	83	42	32	50	31	12	5	8	36	15	10	17	10	7	3	11	47	27	22	33	21	5	2				
(%)	(3)	(13,34)	(7,87)	(4,87)	(7,58)	(8,22)	(4,76)	(1,66)	(3,39)	(16,9)	(7,69)	(4,72)	(6,67)	(7,04)	(7,61)	(2,7)	(2,77)	(11,49)	(7,96)	(4,94)	(8,15)	(8,94)	(3,13)	(1,05)				
Abitur	n	209									63									146								
	(%)	(5,18);(100)									(4,33);(100)									(5,66);(100)								
	IG|KG	155									46									17								
	(%)	(4,99);(100)									(4,14);(100)									(4,93);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	7	34	37	31	46	33	16	5	3	4	15	11	13	5	10	2	4	30	22	20	33	28	6	3				
(%)	(1,11)	(5,47)	(6,93)	(4,72)	(6,97)	(8,75)	(6,35)	(1,66)	(1,27)	(1,88)	(7,69)	(5,19)	(5,1)	(3,52)	(10,87)	(1,8)	(1,01)	(7,33)	(6,49)	(4,49)	(8,15)	(11,91)	(3,75)	(1,58)				
andere/weiß nicht	n	25									12									13								
	(%)	(0,62);(100)									(0,82);(100)									(0,5);(100)								
	IG|KG	19									9									3								
	(%)	(0,61);(100)									(0,81);(100)									(0,87);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	0	10	6	0	3	6	0	0	0	5	2	0	2	3	0	0	0	5	4	0	1	3	0	0				
(%)	(0)	(1,61)	(1,12)	(0)	(0,45)	(1,59)	(0)	(0)	(0)	(2,35)	(1,03)	(0)	(0,78)	(2,11)	(0)	(0)	(0)	(1,22)	(1,18)	(0)	(0,25)	(1,28)	(0)	(0)				
Berufsabschluss																												
Gesamt	n	942									416									526								
	(%)	(23,34);(100)									(28,57);(100)									(20,39);(100)								
	IG|KG	701									303									113								
	(%)	(22,57);(100)									(27,27);(100)									(32,75);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	43	223	134	105	196	165	47	29	16	94	63	44	86	71	29	13	27	129	71	61	110	94	18	16				
(%)	(6,79)	(35,85)	(25,09)	(15,98)	(29,7)	(43,77)	(18,65)	(9,63)	(6,78)	(44,13)	(32,31)	(20,75)	(33,73)	(50)	(31,52)	(11,71)	(6,8)	(31,54)	(20,94)	(13,71)	(27,16)	(40)	(11,25)	(8,42)				
keinen Abschluss	n	60									36									24								
	(%)	(1,49);(100)									(2,47);(100)									(0,93);(100)								
	IG|KG	47									26									10								
	(%)	(1,51);(100)									(2,34);(100)									(2,9);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	3	12	4	12	16	11	0	2	1	6	3	6	10	8	0	2	2	6	1	6	6	3	0	0				
(%)	(0,47)	(1,93)	(0,75)	(1,83)	(2,42)	(2,92)	(0)	(0,66)	(0,42)	(2,82)	(1,54)	(2,83)	(3,92)	(5,63)	(0)	(1,8)	(0,5)	(1,47)	(0,29)	(1,35)	(1,48)	(1,28)	(0)	(0)				
Lehre	n	504									230									274								
	(%)	(12,49);(100)									(15,8);(100)									(10,62);(100)								
	IG|KG	359									159									71								
	(%)	(11,56);(100)									(15,59);(100)									(20,58);(100)								
IN1-IN5|KN1-KN3	24	120	52	51	112	104	23	18	10	52	24	23	50	52	12	7	14	68	28	28	62	52	11	11				
(%)	(3,79)	(19,29)	(9,74)	(7,76)	(16,97)	(27,59)	(9,13)	(5,98)	(4,24)	(24,41)	(12,31)	(10,85)	(19,61)	(36,62)	(13,04)	(6,31)	(3,53)	(16,63)	(8,26)	(6,29)	(15,31)	(22,13)	(6,88)	(5,79)				

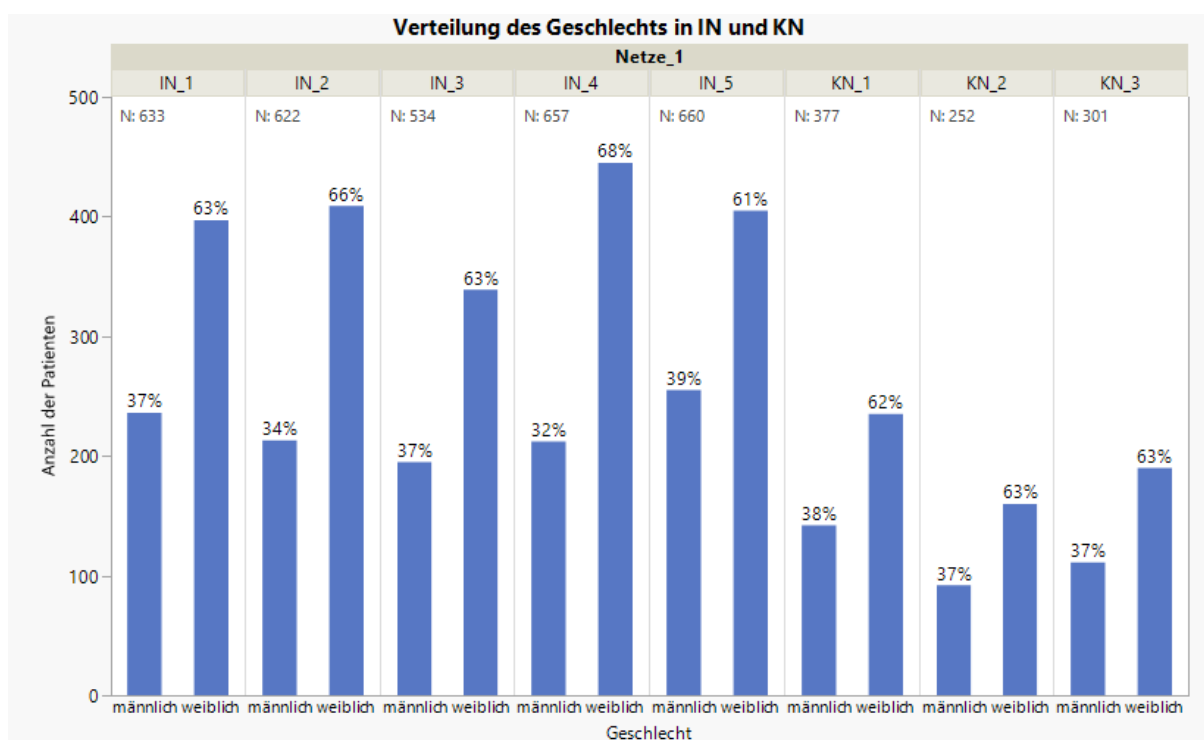
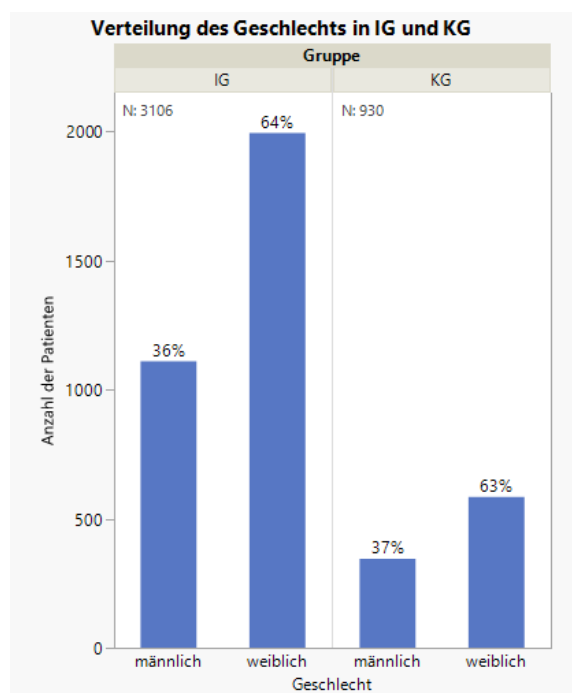
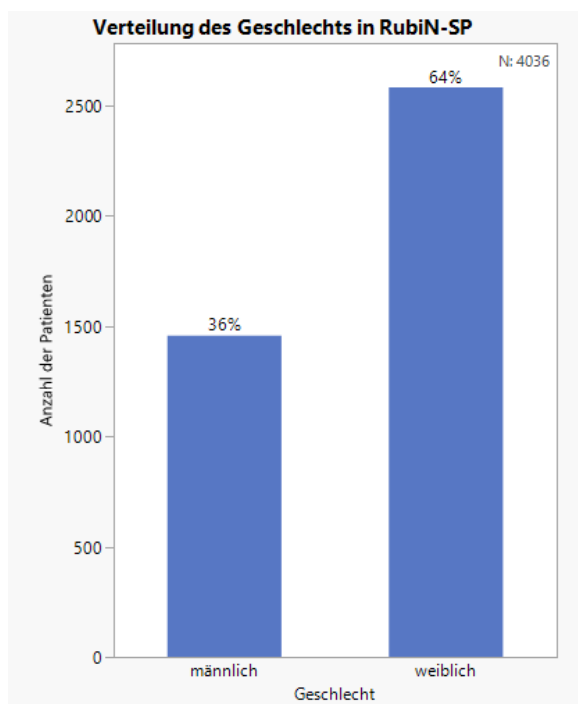
Variablen		Gesamt							Männlich							weiblich									
Fachschulabschluss	n	205							89							116									
	(%)	(5,08);(100)							(6,11);(100)							(4,5);(100)									
	IG|KG	156							70							86									
	(%)	(5,02);(100)							(6,3);(100)							(4,31);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	11	55	30	19	41	33	13	3	3	27	17	6	17	9	10	0	8	28	13	13	24	24	3	3
	(%)	(1,74)	(8,84)	(5,62)	(2,89)	(6,21)	(8,75)	(5,16)	(1)	(1,27)	(12,68)	(8,72)	(2,83)	(6,67)	(6,34)	(10,87)	(0)	(2,02)	(6,85)	(3,83)	(2,92)	(5,93)	(10,21)	(1,88)	(1,58)
Hochschulabschluss	n	129							39							90									
	(%)	(3,2);(100)							(2,68);(100)							(3,49);(100)									
	IG|KG	106							32							74									
	(%)	(3,41);(100)							(2,88);(100)							(3,71);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	4	22	41	18	21	13	9	1	1	2	16	6	7	1	6	0	3	20	25	12	14	12	3	1
	(%)	(0,63)	(3,54)	(7,68)	(2,74)	(3,18)	(3,45)	(3,57)	(0,33)	(0,42)	(0,94)	(8,21)	(2,83)	(2,75)	(0,7)	(6,52)	(0)	(0,76)	(4,89)	(7,37)	(2,7)	(3,46)	(5,11)	(1,88)	(0,53)
andere/weiß nicht	n	44							22							22									
	(%)	(1,09);(100)							(1,51);(100)							(0,85);(100)									
	IG|KG	33							16							17									
	(%)	(1,06);(100)							(1,44);(100)							(0,85);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	1	14	7	5	6	4	2	5	1	7	3	3	2	1	1	4	0	7	4	2	4	3	1	1
	(%)	(0,16)	(2,25)	(1,31)	(0,76)	(0,91)	(1,06)	(0,79)	(1,66)	(0,42)	(3,29)	(1,54)	(1,42)	(0,78)	(0,7)	(1,09)	(3,6)	(0)	(1,71)	(1,18)	(0,45)	(0,99)	(1,28)	(0,63)	(0,53)
Erwerbstätigkeit																									
Gesamt	n	960							420							540									
	(%)	(23,79);(100)							(28,85);(100)							(20,93);(100)									
	IG|KG	715							308							407									
	(%)	(23,02);(100)							(27,72);(100)							(20,4);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	44	226	132	107	206	166	49	30	16	97	63	44	88	71	28	13	28	129	69	63	118	95	21	17
	(%)	(6,95)	(36,33)	(24,72)	(16,29)	(31,21)	(44,03)	(19,44)	(9,97)	(6,78)	(45,54)	(32,31)	(20,75)	(34,51)	(50)	(30,43)	(11,71)	(7,05)	(31,54)	(20,35)	(14,16)	(29,14)	(40,43)	(13,13)	(8,95)
nicht Erwerbstätig	n	653							324							329									
	(%)	(16,18);(100)							(22,25);(100)							(12,75);(100)									
	IG|KG	472							228							244									
	(%)	(15,2);(100)							(20,52);(100)							(12,23);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	27	149	103	60	133	120	37	24	10	73	56	27	62	61	22	13	17	76	47	33	71	59	15	11
	(%)	(4,27)	(23,95)	(19,29)	(9,13)	(20,15)	(31,83)	(14,68)	(7,97)	(4,24)	(34,27)	(28,72)	(12,74)	(24,31)	(42,96)	(23,91)	(11,71)	(4,28)	(18,58)	(13,86)	(7,42)	(17,53)	(25,11)	(9,38)	(5,79)
Erwerbstätig/Ausbildung	n	307							96							211									
	(%)	(7,61);(100)							(6,59);(100)							(8,18);(100)									
	IG|KG	243							80							163									
	(%)	(7,82);(100)							(7,2);(100)							(8,17);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	17	77	29	47	73	46	12	6	6	24	7	17	26	10	6	0	11	53	22	30	47	36	6	6
	(%)	(2,69)	(12,38)	(5,43)	(7,15)	(11,06)	(12,2)	(4,76)	(1,99)	(2,54)	(11,27)	(3,59)	(8,02)	(10,2)	(7,04)	(6,52)	(0)	(2,77)	(12,96)	(6,49)	(6,74)	(11,6)	(15,32)	(3,75)	(3,16)
Erwerbstätigkeit beendet																									
Gesamt	n	780							324							456									
	(%)	(19,33);(100)							(22,25);(100)							(17,67);(100)									
	IG|KG	629							262							367									
	(%)	(20,25);(100)							(23,58);(100)							(18,4);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	34	210	111	92	182	99	30	22	12	87	54	35	74	37	16	9	22	123	57	57	108	62	14	13
	(%)	(5,37)	(33,76)	(20,79)	(14)	(27,58)	(26,26)	(11,9)	(7,31)	(5,08)	(40,85)	(27,69)	(16,51)	(29,02)	(26,06)	(17,39)	(8,11)	(5,54)	(30,07)	(16,81)	(12,81)	(26,67)	(26,38)	(8,75)	(6,84)

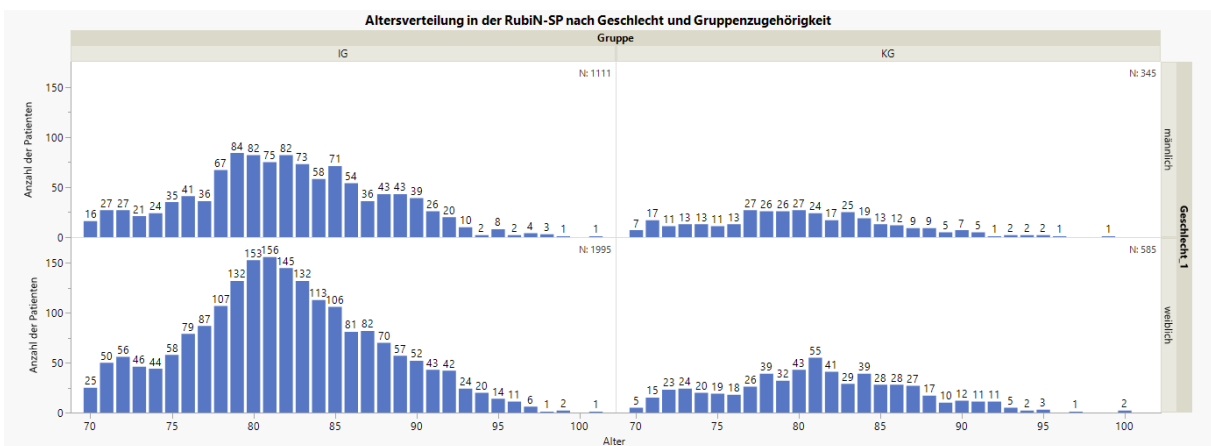
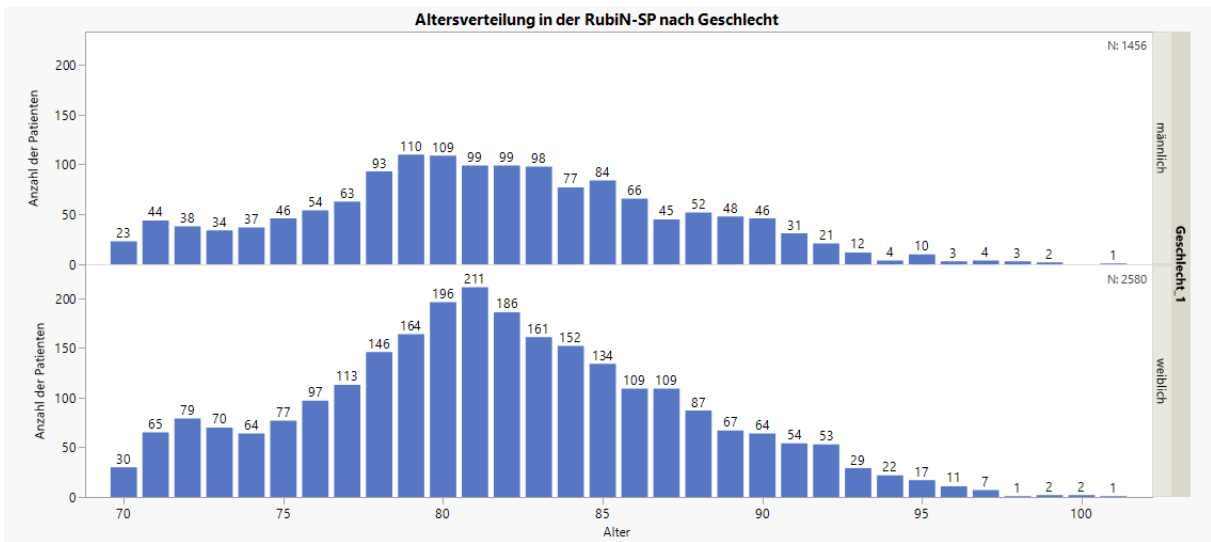
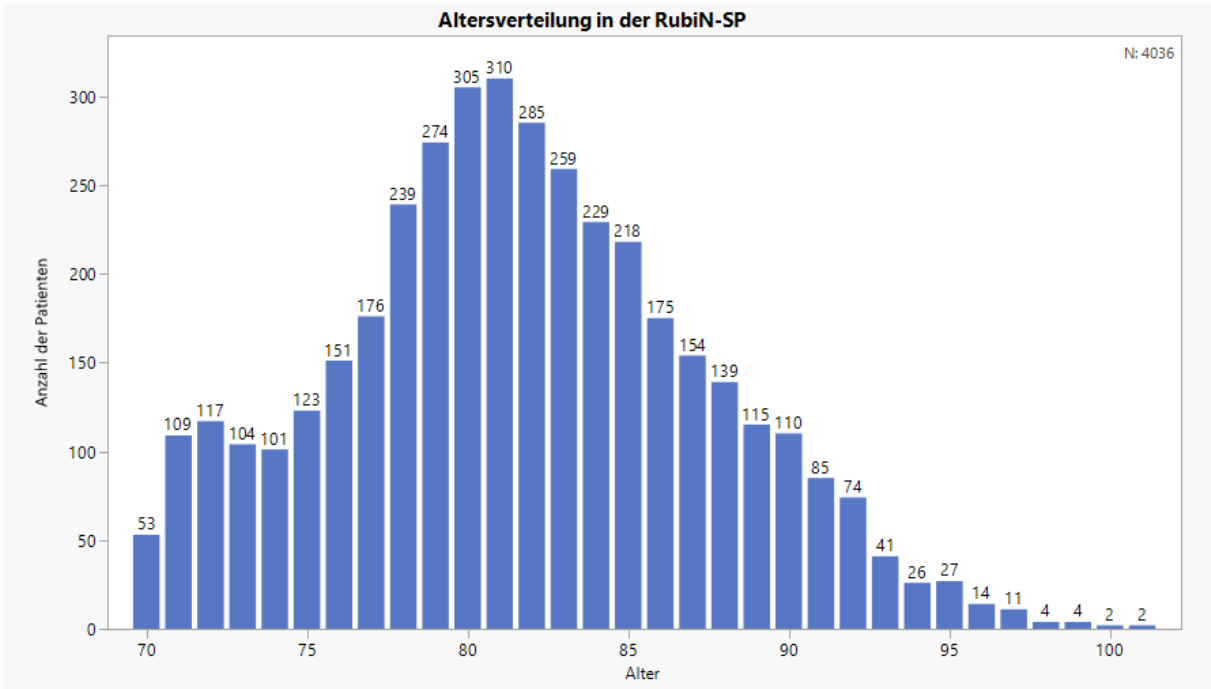
Variablen		Gesamt								Männlich								weiblich															
nicht angegeben	n	696								290								406															
	(%)	(17,24);(100)								(19,92);(100)								(15,74);(100)															
	IG|KG	555				141				231				59				324				82											
	(%)	(17,87);(100)				(15,16);(100)				(20,79);(100)				(17,1);(100)				(16,24);(100)				(14,02);(100)											
	IN1-IN5|KN1-KN3	28	202	105	75	145	93	28	20	10	84	52	25	60	36	15	8	18	118	53	50	85	57	13	12								
	(%)	(4,42)	(32,48)	(19,66)	(11,42)	(21,97)	(24,67)	(11,11)	(6,64)	(4,24)	(39,44)	(26,67)	(11,79)	(23,53)	(25,35)	(16,3)	(7,21)	(4,53)	(28,85)	(15,63)	(11,24)	(20,99)	(24,26)	(8,13)	(6,32)								
aufgegeben	n	84								34								50															
	(%)	(2,08);(100)								(2,34);(100)								(1,94);(100)															
	IG|KG	74				10				31				3				43				7											
	(%)	(2,38);(100)				(1,08);(100)				(2,79);(100)				(0,87);(100)				(2,16);(100)				(1,2);(100)											
	IN1-IN5|KN1-KN3	6	8	6	17	37	6	2	2	2	3	2	10	14	1	1	1	4	5	4	7	23	5	1	1								
	(%)	(0,95)	(1,29)	(1,12)	(2,59)	(5,61)	(1,59)	(0,79)	(0,66)	(0,85)	(1,41)	(1,03)	(4,72)	(5,49)	(0,7)	(1,09)	(0,9)	(1,01)	(1,22)	(1,18)	(1,57)	(5,68)	(2,13)	(0,63)	(0,53)								
Mobilität der Patienten/in																																	
Gesamt		802								339								463															
	n	665								137								285								54							
	(%)	(19,87);(100)								(14,73);(100)								(25,65);(100)								(15,65);(100)							
	IG|KG	41				209	115	100	200	78	32	27	15	90	55	42	83	27	17	10	26	119	60	58	117	51	15	17					
	(%)	(6,48)	(33,6)	(21,54)	(15,22)	(30,3)	(20,69)	(12,7)	(8,97)	(6,36)	(42,25)	(28,21)	(19,81)	(32,55)	(19,01)	(18,48)	(9,01)	(6,55)	(29,1)	(17,7)	(13,03)	(28,89)	(21,7)	(9,38)	(8,95)								
inmobil	n	30								13								17															
	(%)	(0,74);(100)								(0,89);(100)								(0,66);(100)															
	IG|KG	26				4				11				2				15				2											
	(%)	(0,84);(100)				(0,43);(100)				(0,99);(100)				(0,58);(100)				(0,75);(100)				(0,34);(100)											
	IN1-IN5|KN1-KN3	2	6	2	2	14	3	1	0	1	3	0	1	6	1	1	0	1	3	2	1	8	2	0	0								
	(%)	(0,32)	(0,96)	(0,37)	(0,3)	(2,12)	(0,8)	(0,4)	(0)	(0,42)	(1,41)	(0)	(0,47)	(2,35)	(0,7)	(1,09)	(0)	(0,25)	(0,73)	(0,59)	(0,22)	(1,98)	(0,85)	(0)	(0)								
weitgehend mobil	n	772								326								446															
	(%)	(19,13);(100)								(22,39);(100)								(17,29);(100)															
	IG|KG	639				133				274				52				365				81											
	(%)	(20,57);(100)				(14,3);(100)				(24,66);(100)				(15,07);(100)				(18,3);(100)				(13,85);(100)											
	IN1-IN5|KN1-KN3	39	203	113	98	186	75	31	27	14	87	55	41	77	26	16	10	25	116	58	57	109	49	15	17								
	(%)	(6,16)	(32,64)	(21,16)	(14,92)	(28,18)	(19,89)	(12,3)	(8,97)	(5,93)	(40,85)	(28,21)	(19,34)	(30,2)	(18,31)	(17,39)	(9,01)	(6,3)	(28,36)	(17,11)	(12,81)	(26,91)	(20,85)	(9,38)	(8,95)								
Verwirrtheit der Patienten/in																																	
Gesamt		816								352								464															
	n	646								170								283								69							
	(%)	(20,22);(100)								(18,28);(100)								(25,47);(100)								(20);(100)							
	IG|KG	41				214	116	94	181	123	20	27	16	92	58	40	77	48	11	10	25	122	58	54	104	75	9	17					
	(%)	(6,48)	(34,41)	(21,72)	(14,31)	(27,42)	(32,63)	(7,94)	(8,97)	(6,78)	(43,19)	(29,74)	(18,87)	(30,2)	(33,8)	(11,96)	(9,01)	(6,3)	(29,83)	(17,11)	(12,13)	(25,68)	(31,91)	(5,63)	(8,95)								
nicht verwirrt	n	499								207								292															
	(%)	(12,36);(100)								(14,22);(100)								(11,32);(100)															
	IG|KG	371				128				157				50				214				78											
	(%)	(11,94);(100)				(13,76);(100)				(14,13);(100)				(14,49);(100)				(10,73);(100)				(13,33);(100)											
	IN1-IN5|KN1-KN3	19	145	74	46	87	94	12	22	6	58	36	18	39	37	5	8	13	87	38	28	48	57	7	14								
	(%)	(3)	(23,31)	(13,86)	(7)	(13,18)	(24,93)	(4,76)	(7,31)	(2,54)	(27,23)	(18,46)	(8,49)	(15,29)	(26,06)	(5,43)	(7,21)	(3,27)	(21,27)	(11,21)	(6,29)	(11,85)	(24,26)	(4,38)	(7,37)								

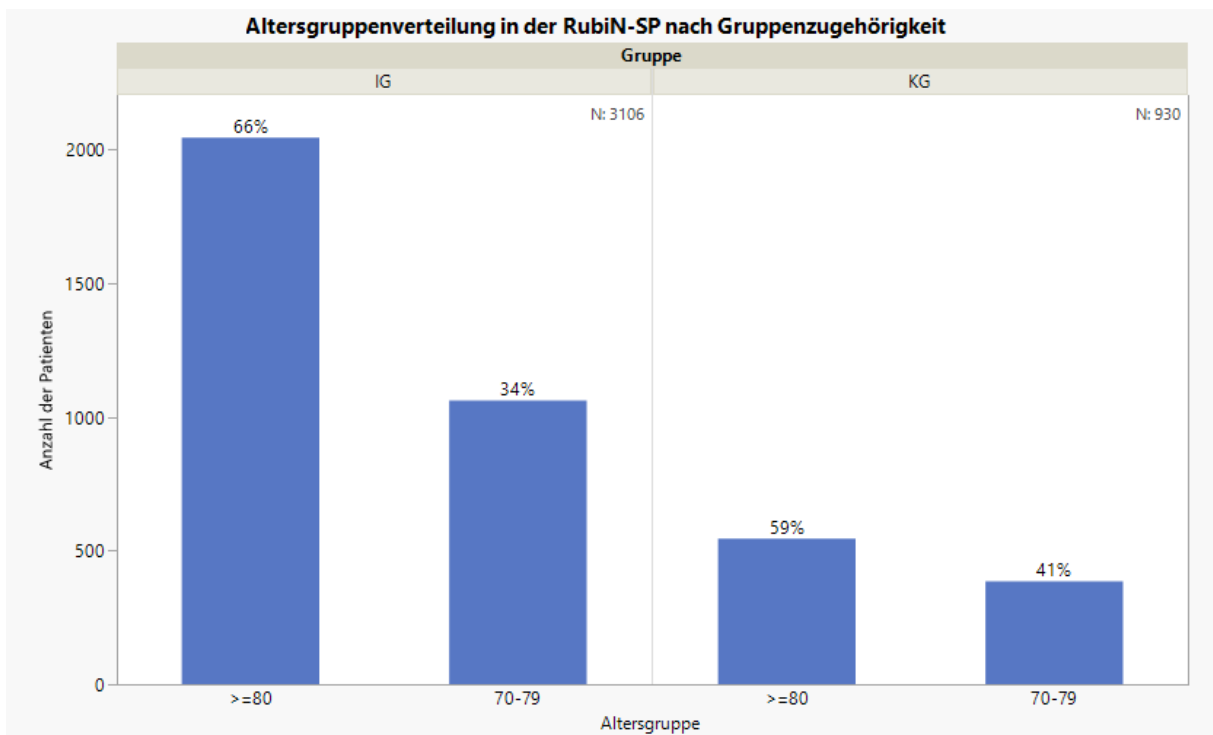
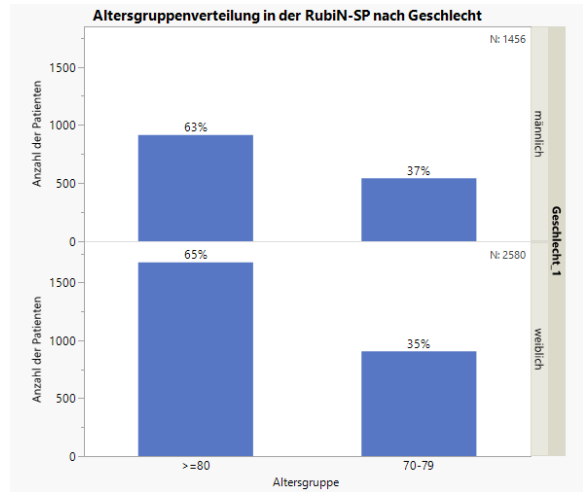
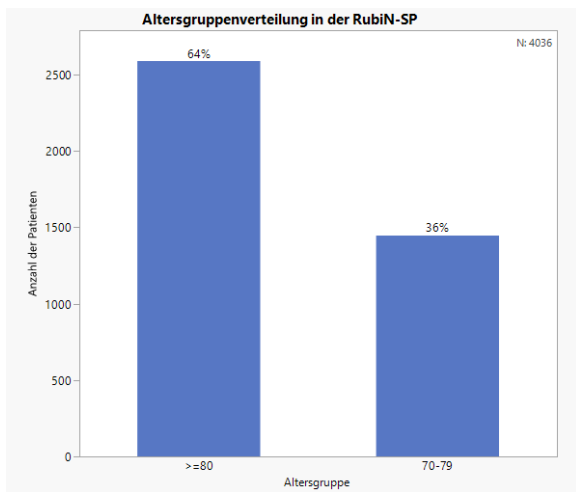
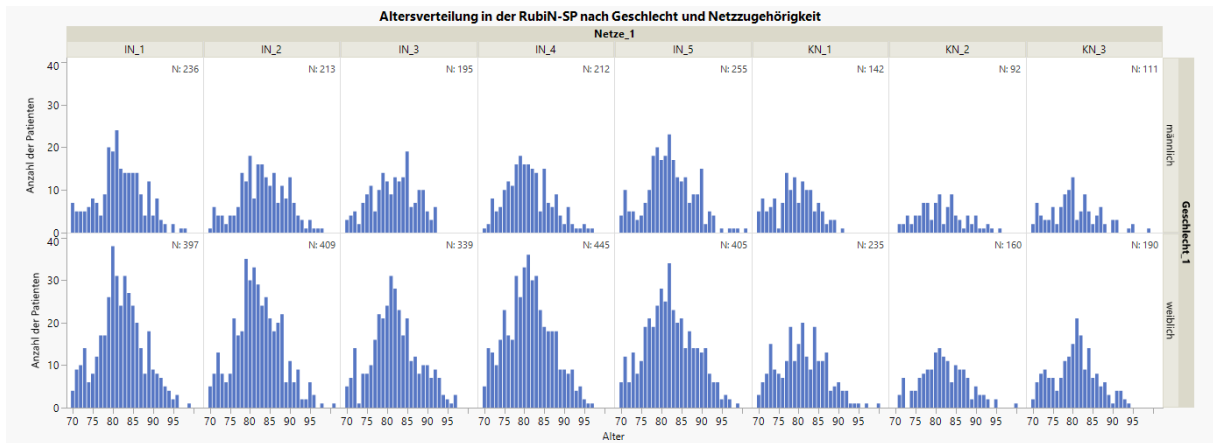
Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich								
verwirrt	n	317									145						172								
	(%)	(7,85);(100)									(9,96);(100)						(6,67);(100)								
	IG|KG	275				42					126			19			149			23					
	(%)	(8,85);(100)				(4,52);(100)					(11,34);(100)			(5,51);(100)			(7,47);(100)			(3,93);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	22	69	42	48	94	29	8	5	10	34	22	22	38	11	6	2	12	35	20	26	56	18	2	3
	(%)	(3,48)	(11,09)	(7,87)	(7,31)	(14,24)	(7,69)	(3,17)	(1,66)	(4,24)	(15,96)	(11,28)	(10,38)	(14,9)	(7,75)	(6,52)	(1,8)	(3,02)	(8,56)	(5,9)	(5,84)	(13,83)	(7,66)	(1,25)	(1,58)
Pflegeleistung																									
Gesamt		929									407						522								
	(%)	(23,02);(100)									(27,95);(100)						(20,23);(100)								
	IG|KG	693				236					299			108			394			128					
	(%)	(22,31);(100)				(25,38);(100)					(26,91);(100)			(31,3);(100)			(19,75);(100)			(21,88);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	42	222	123	105	201	157	51	28	16	94	59	43	87	68	29	11	26	128	64	62	114	89	22	17
	(%)	(6,64)	(35,69)	(23,03)	(15,98)	(30,45)	(41,64)	(20,24)	(9,3)	(6,78)	(44,13)	(30,26)	(20,28)	(34,12)	(47,89)	(31,52)	(9,91)	(6,55)	(31,3)	(18,88)	(13,93)	(28,15)	(37,87)	(13,75)	(8,95)
keine Pflegeleistung		223									108						115								
	(%)	(5,53);(100)									(7,42);(100)						(4,46);(100)								
	IG|KG	92				131					39			69			53			62					
	(%)	(2,96);(100)				(14,09);(100)					(3,51);(100)			(20);(100)			(2,66);(100)			(10,6);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	0	49	23	9	11	101	24	6	0	21	8	5	5	51	16	2	0	28	15	4	6	50	8	4
	(%)	(0)	(7,88)	(4,31)	(1,37)	(1,67)	(26,79)	(9,52)	(1,99)	(0)	(9,86)	(4,1)	(2,36)	(1,96)	(35,92)	(17,39)	(1,8)	(0)	(6,85)	(4,42)	(0,9)	(1,48)	(21,28)	(5)	(2,11)
Pflegeleistung ja		706									299						407								
	(%)	(17,49);(100)									(20,54);(100)						(15,78);(100)								
	IG|KG	601				105					260			39			341			66					
	(%)	(19,35);(100)				(11,29);(100)					(23,4);(100)			(11,3);(100)			(17,09);(100)			(11,28);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	42	173	100	96	190	56	27	22	16	73	51	38	82	17	13	9	26	100	49	58	108	39	14	13
	(%)	(6,64)	(27,81)	(18,73)	(14,61)	(28,79)	(14,85)	(10,71)	(7,31)	(6,78)	(34,27)	(26,15)	(17,92)	(32,16)	(11,97)	(14,13)	(8,11)	(6,55)	(24,45)	(14,45)	(13,03)	(26,67)	(16,6)	(8,75)	(6,84)
Häusliche Pflegeskala																									
auswertbare		366									149						217								
	(%)	(9,07);(100)									(10,23);(100)						(8,41);(100)								
	IG|KG	253				113					103			46			150			67					
	(%)	(8,15);(100)				(12,15);(100)					(9,27);(100)			(13,33);(100)			(7,52);(100)			(11,45);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	0	0	0	82	171	55	29	29	0	0	0	34	69	21	14	11	0	0	0	48	102	34	15	18
	(%)	(0)	(0)	(0)	(12,48)	(25,91)	(14,59)	(11,51)	(9,63)	(0)	(0)	(0)	(16,04)	(27,06)	(14,79)	(15,22)	(9,91)	(0)	(0)	(0)	(10,79)	(25,19)	(14,47)	(9,38)	(9,47)
Belastung nicht bis gering		314									128						186								
	(%)	(7,78);(100)									(8,79);(100)						(7,21);(100)								
	IG|KG	214				100					86			42			128			58					
	(%)	(6,89);(100)				(10,75);(100)					(7,74);(100)			(12,17);(100)			(6,42);(100)			(9,91);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	0	0	0	69	145	48	23	29	0	0	0	26	60	20	11	11	0	0	0	43	85	28	12	18
	(%)	(0)	(0)	(0)	(10,5)	(21,97)	(12,73)	(9,13)	(9,63)	(0)	(0)	(0)	(12,26)	(23,53)	(14,08)	(11,96)	(9,91)	(0)	(0)	(0)	(9,66)	(20,99)	(11,91)	(7,5)	(9,47)
Belastung mittelgradig		38									16						22								
	(%)	(0,94);(100)									(1,1);(100)						(0,85);(100)								
	IG|KG	30				8					14			2			16			6					
	(%)	(0,97);(100)				(0,86);(100)					(1,26);(100)			(0,58);(100)			(0,8);(100)			(1,03);(100)					
	IN1-IN5|KN1-KN3	0	0	0	11	19	5	3	0	0	0	0	6	8	1	1	0	0	0	0	5	11	4	2	0
	(%)	(0)	(0)	(0)	(1,67)	(2,88)	(1,33)	(1,19)	(0)	(0)	(0)	(0)	(2,83)	(3,14)	(0,7)	(1,09)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1,12)	(2,72)	(1,7)	(1,25)	(0)

Variablen		Gesamt									Männlich						weiblich									
Bel. stark bis sehr stark	n	14									5						9									
	(%)	(0,35);(100)									(0,34);(100)						(0,35);(100)									
	IG|KG	9									5						6									
	(%)	(0,29);(100)									(0,54);(100)						(0,3);(100)									
	IN1-IN5|KN1-KN3	0	0	0	2	7	2	3	0	0	0	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	6	2	1	0
	(%)	(0)	(0)	(0)	(0,3)	(1,06)	(0,53)	(1,19)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0,94)	(0,39)	(0)	(2,17)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1,48)	(0,85)	(0,63)	(0)

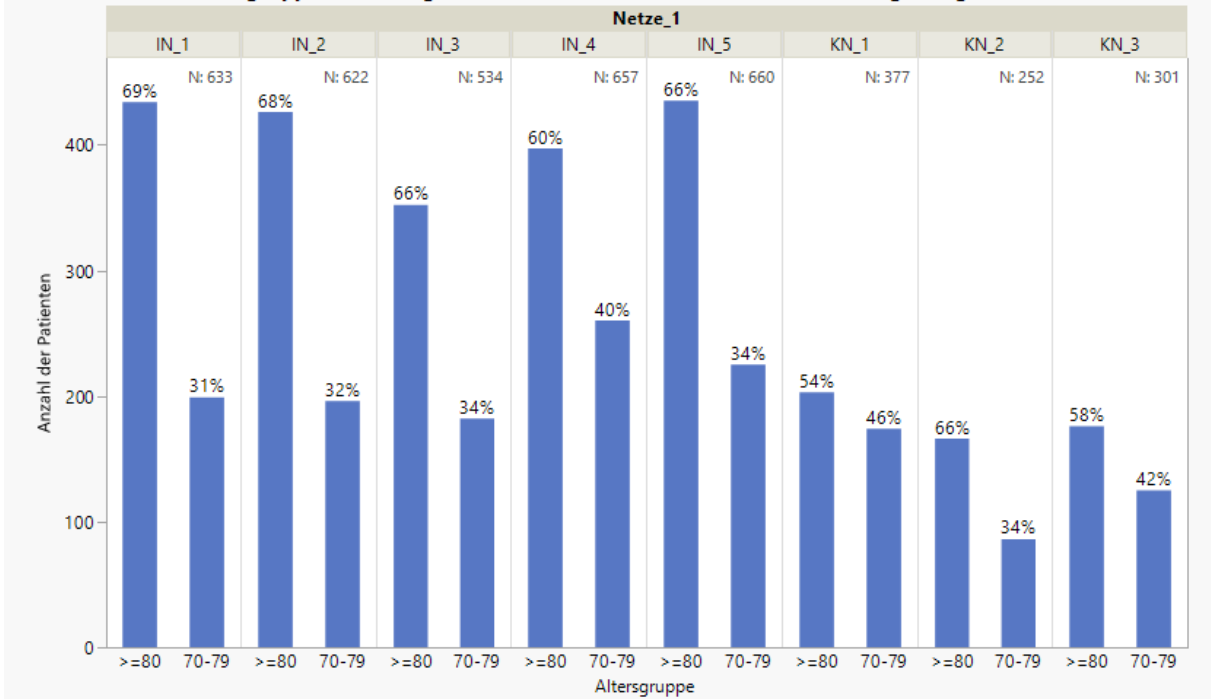
Anhang 2: TP1_Grafiken zu den soziodemografischen Daten der Patientinnen und Patienten zu t0



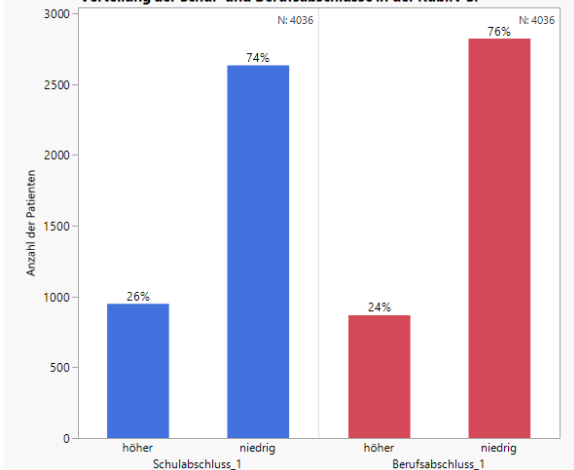




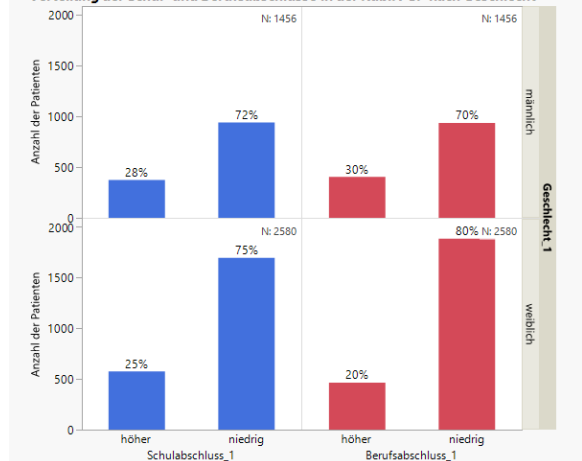
Altersgruppenverteilung in der RubiN-SP nach Geschlecht und Netzzugehörigkeit



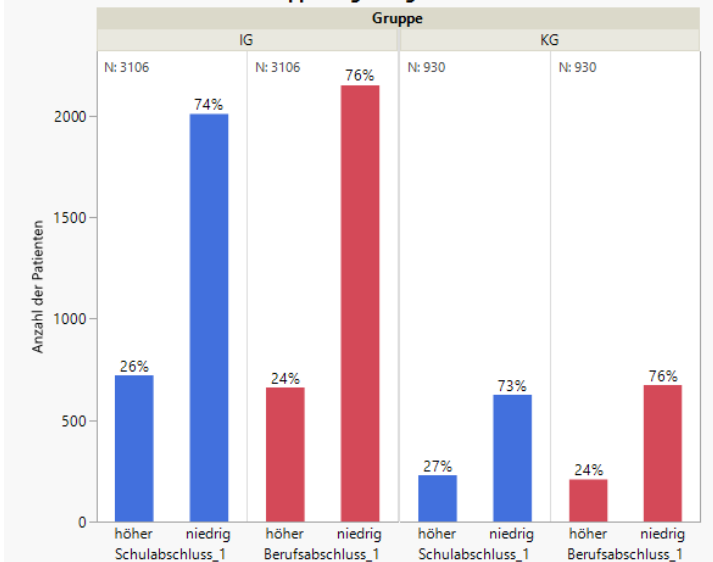
Verteilung der Schul- und Berufsabschlüsse in der RubiN-SP

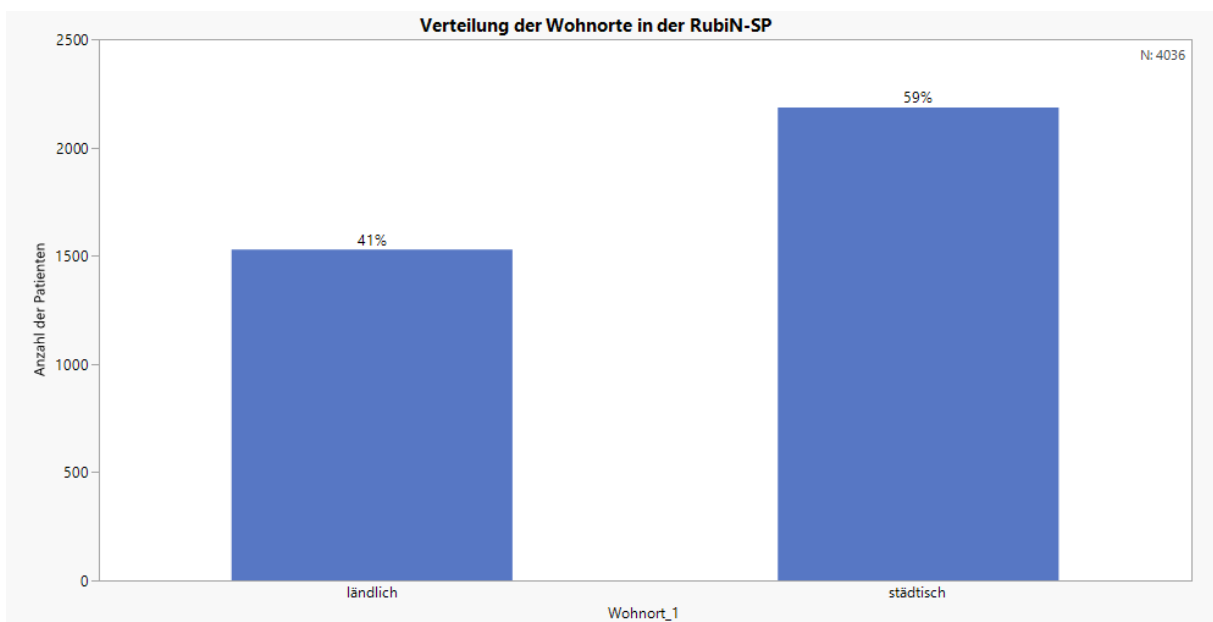
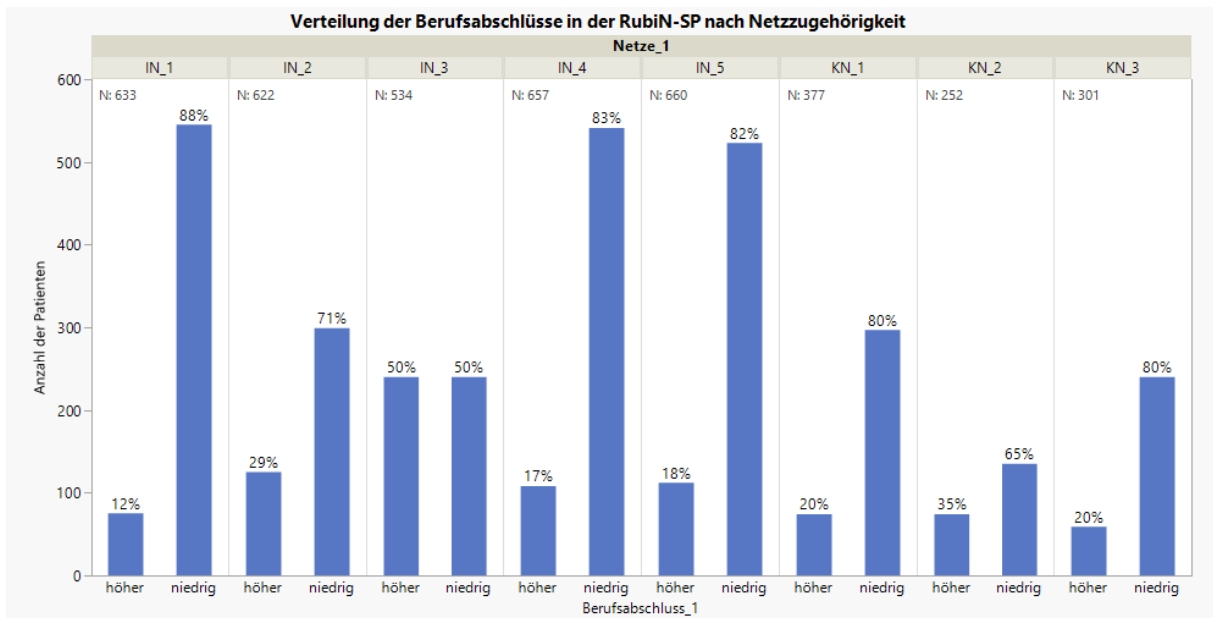
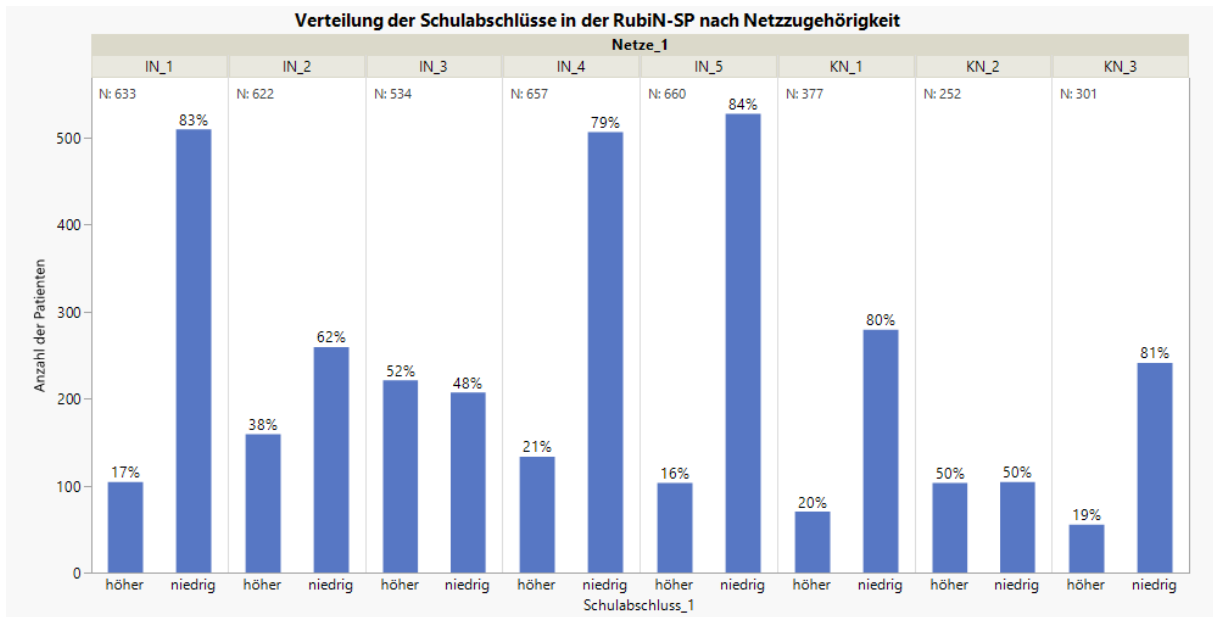


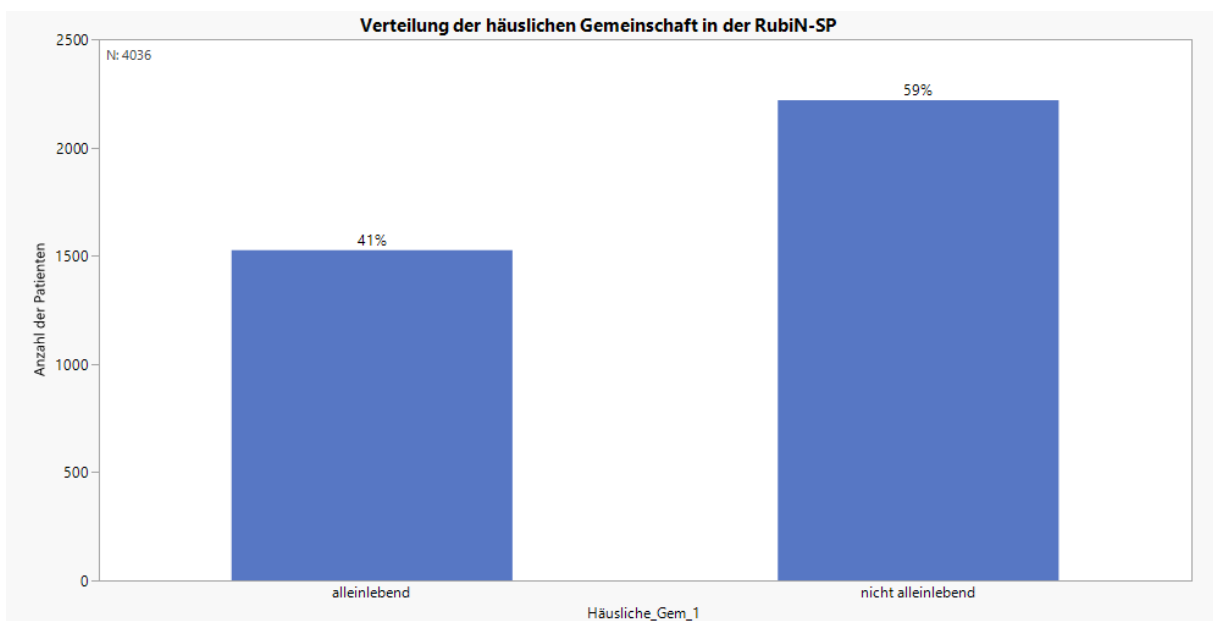
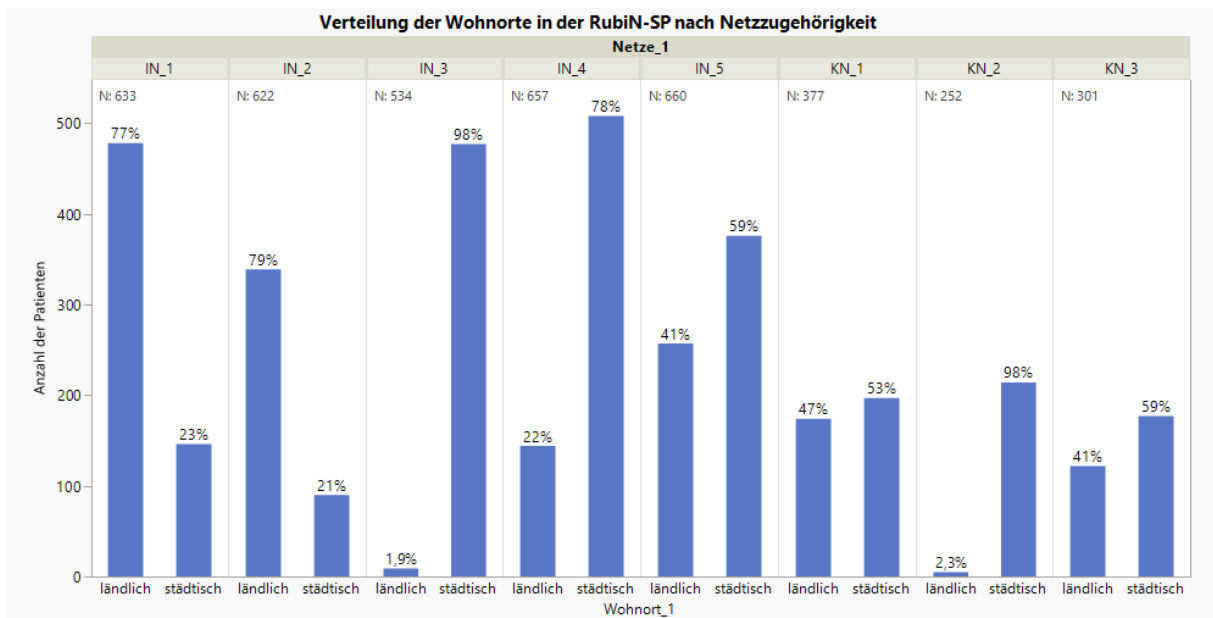
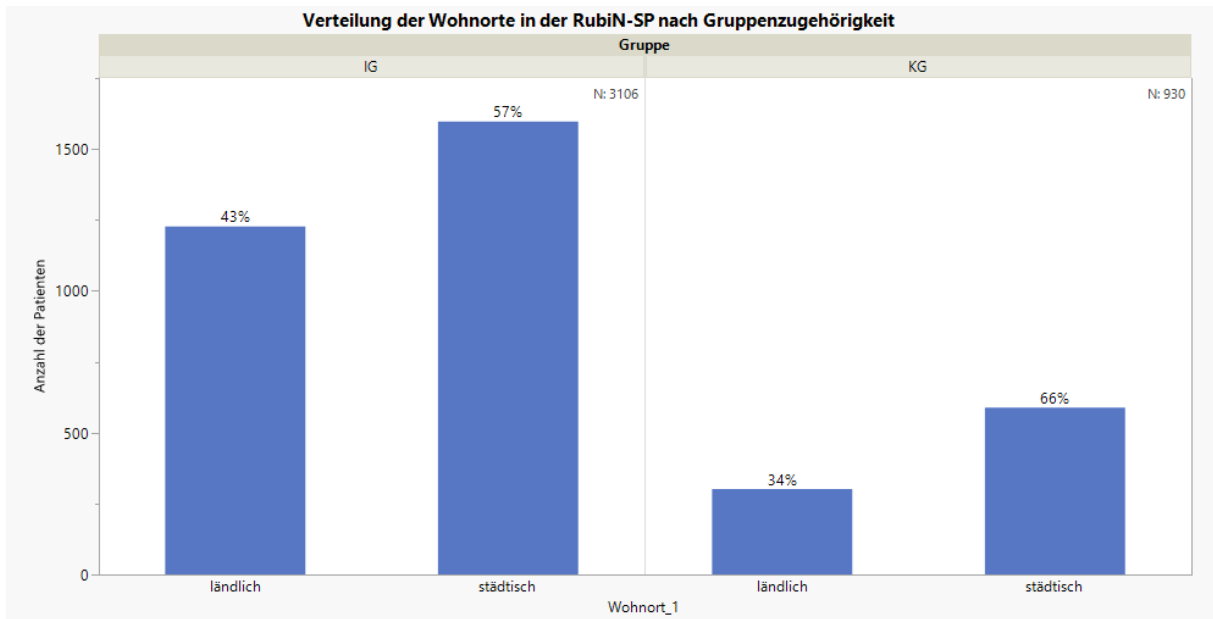
Verteilung der Schul- und Berufsabschlüsse in der RubiN-SP nach Geschlecht

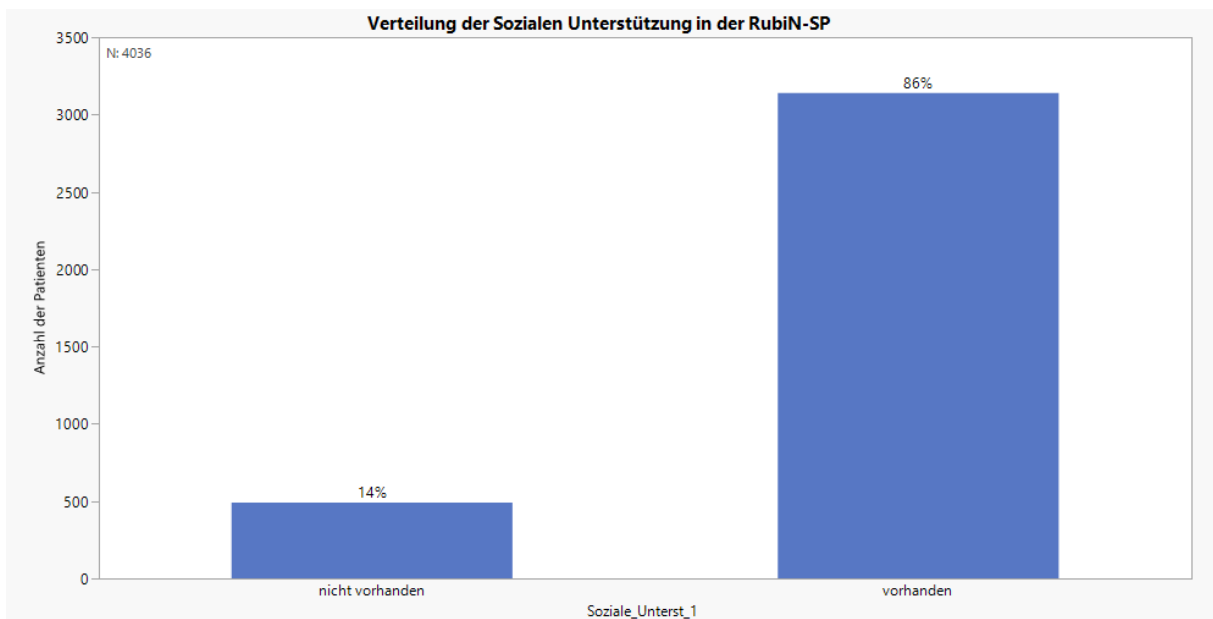
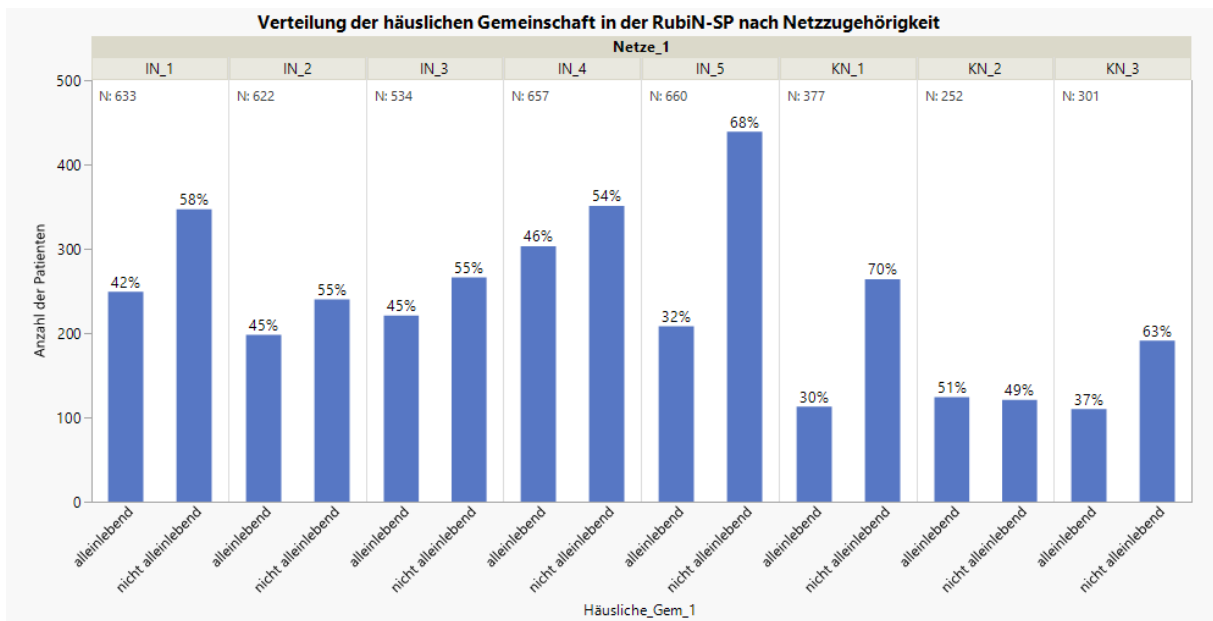
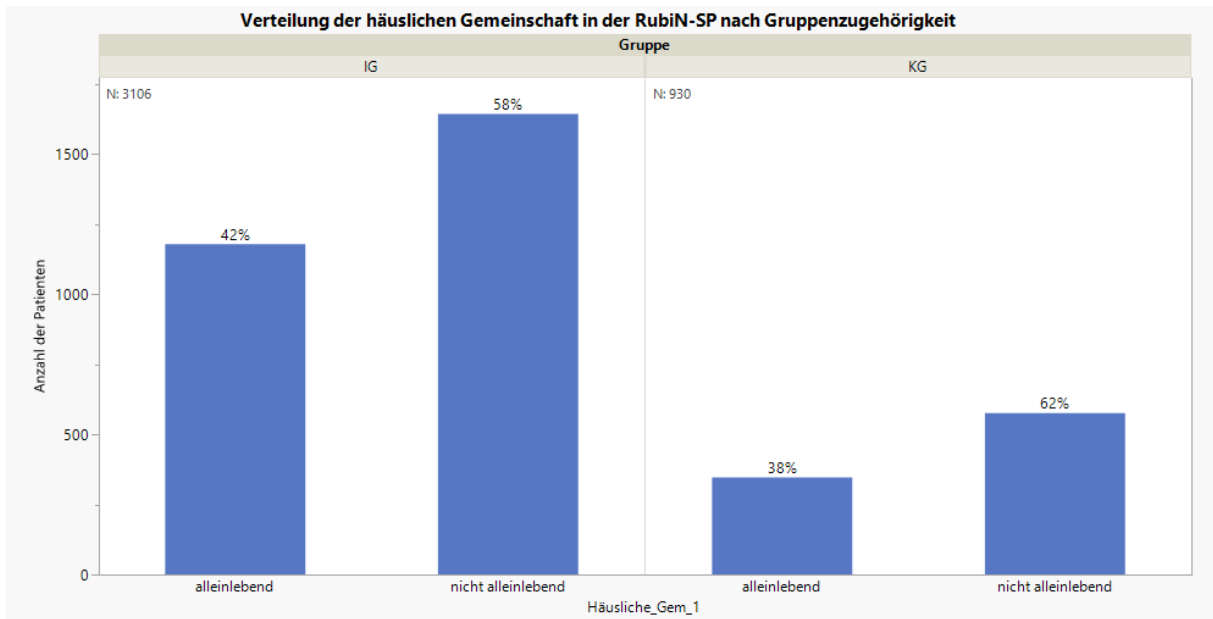


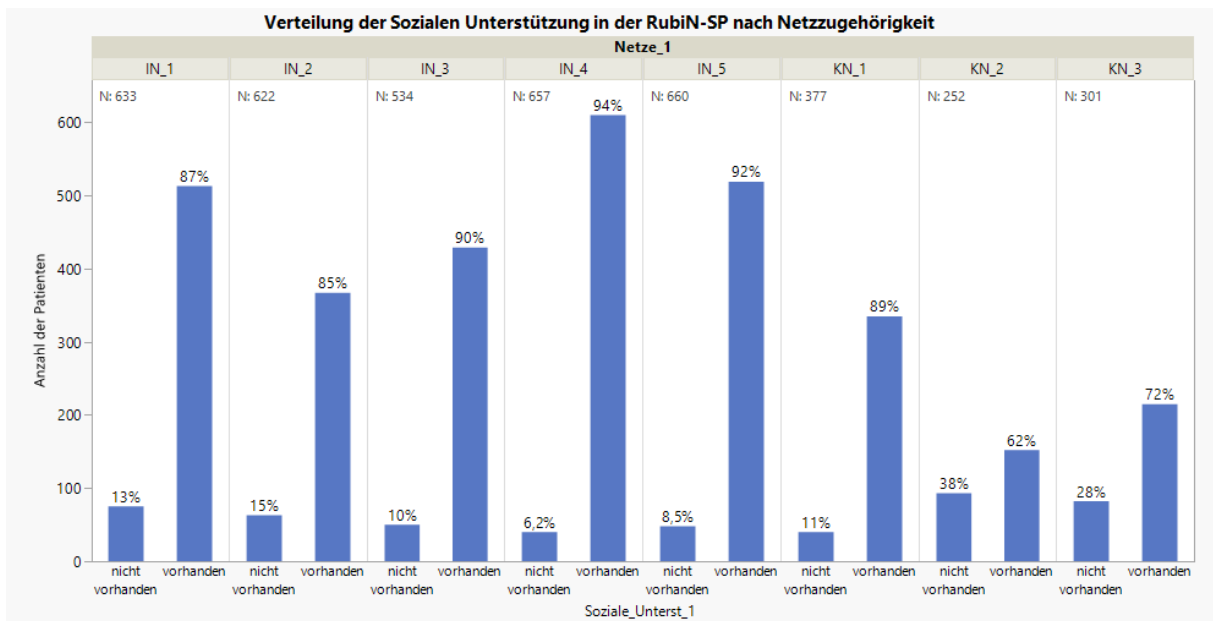
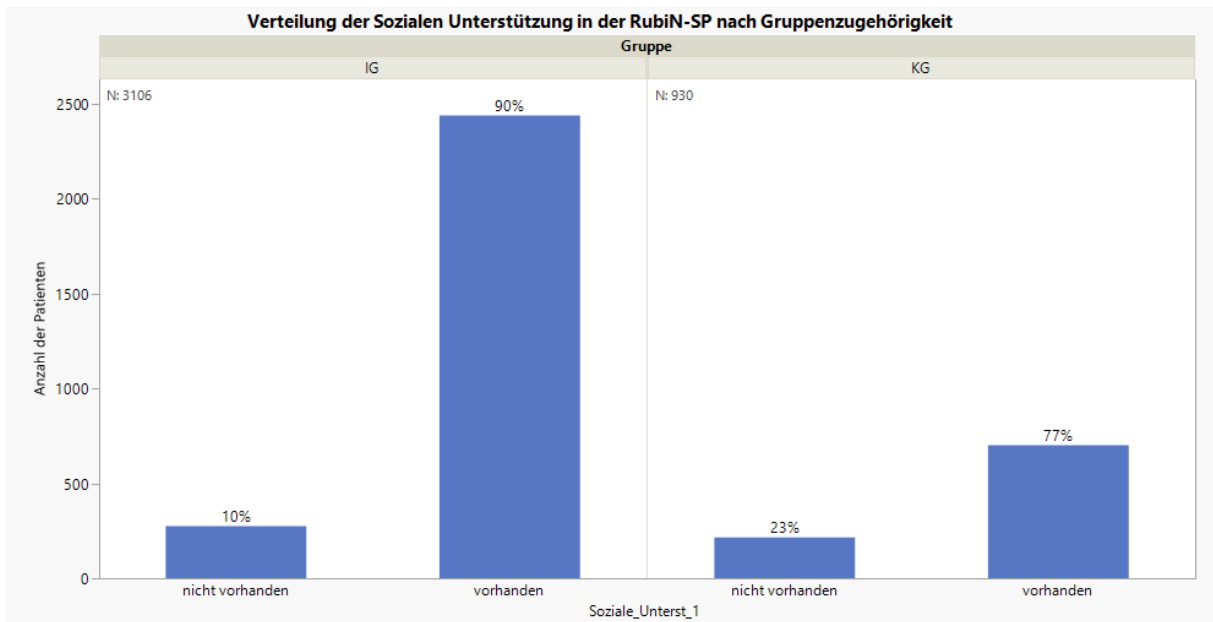
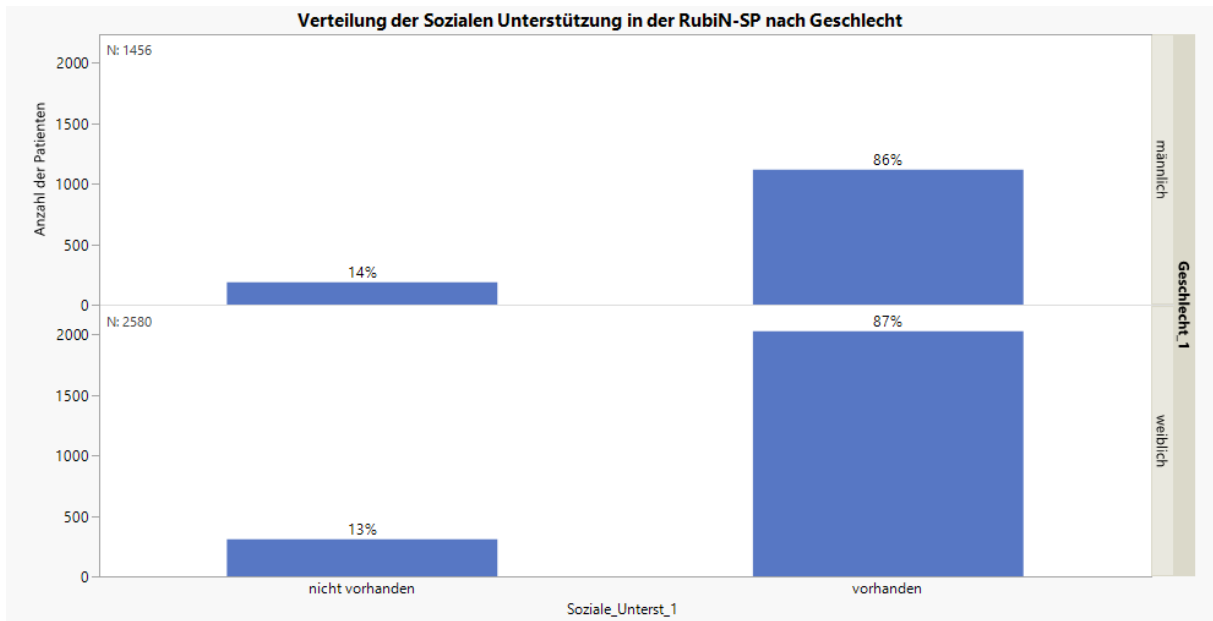
Verteilung der Schul- und Berufsabschlüsse in der RubiN-SP nach Gruppenzugehörigkeit



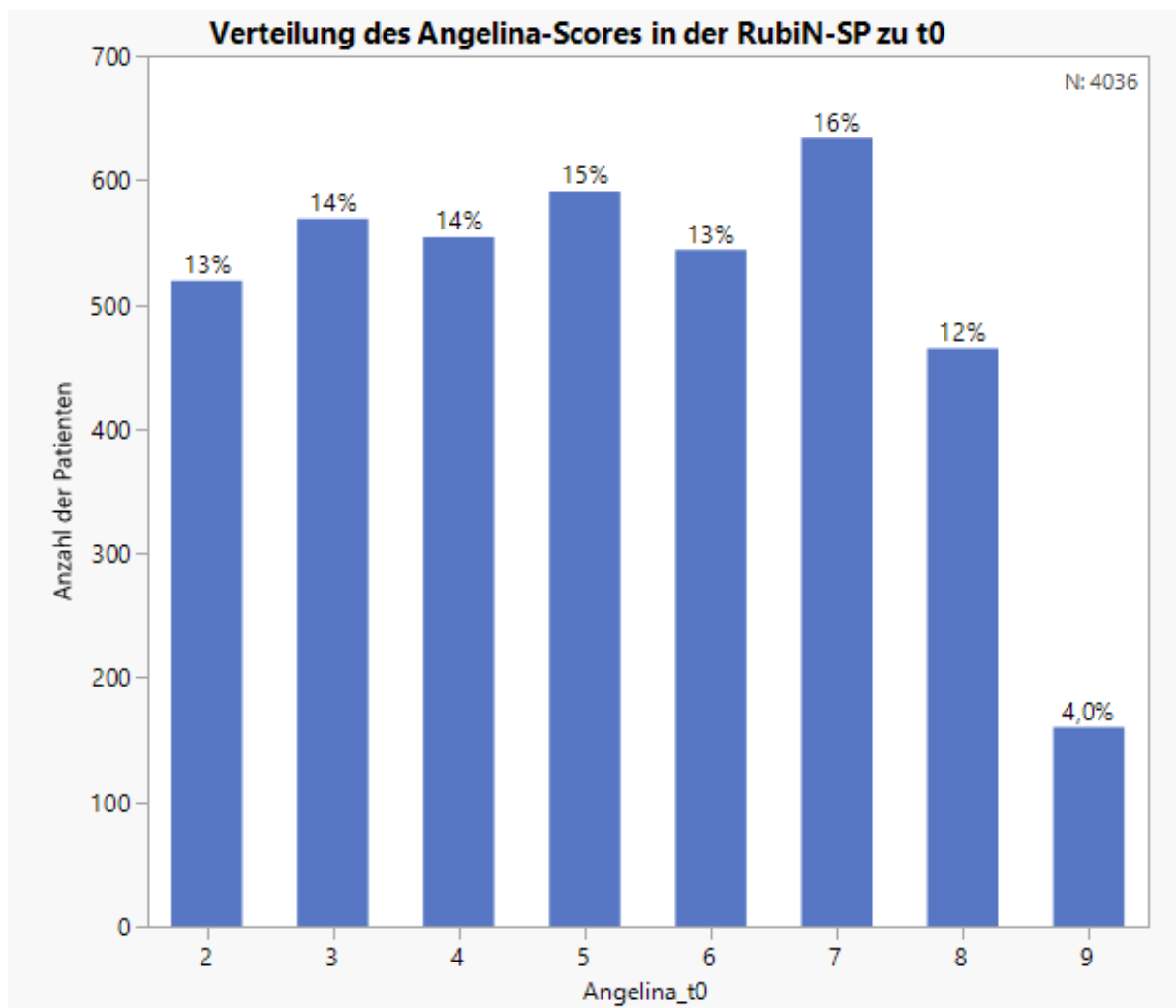
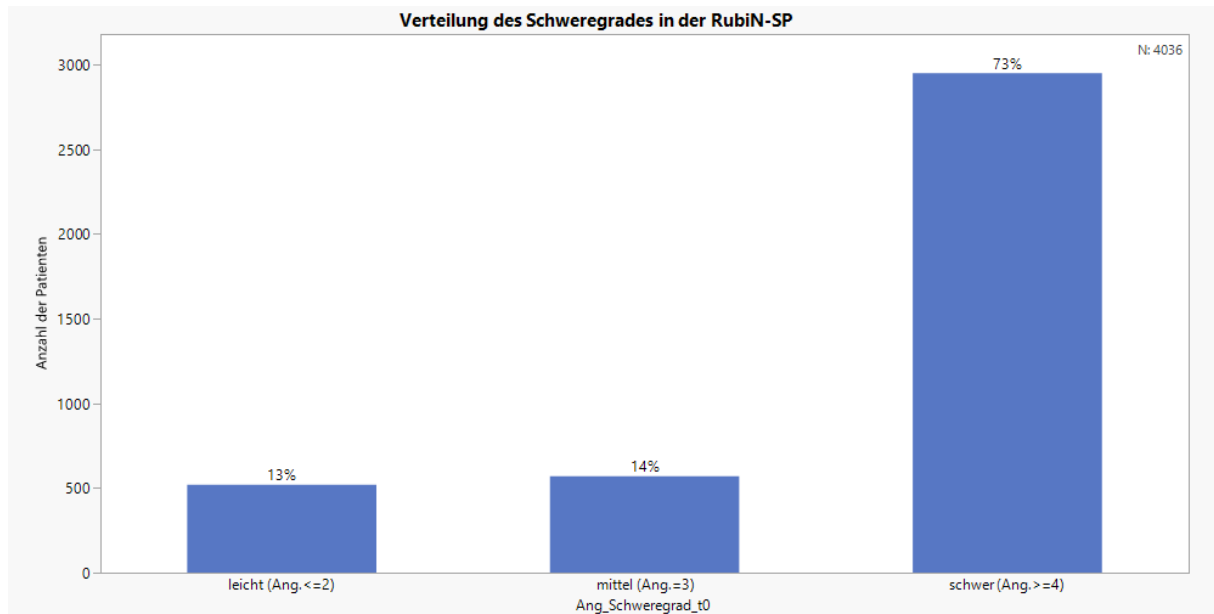


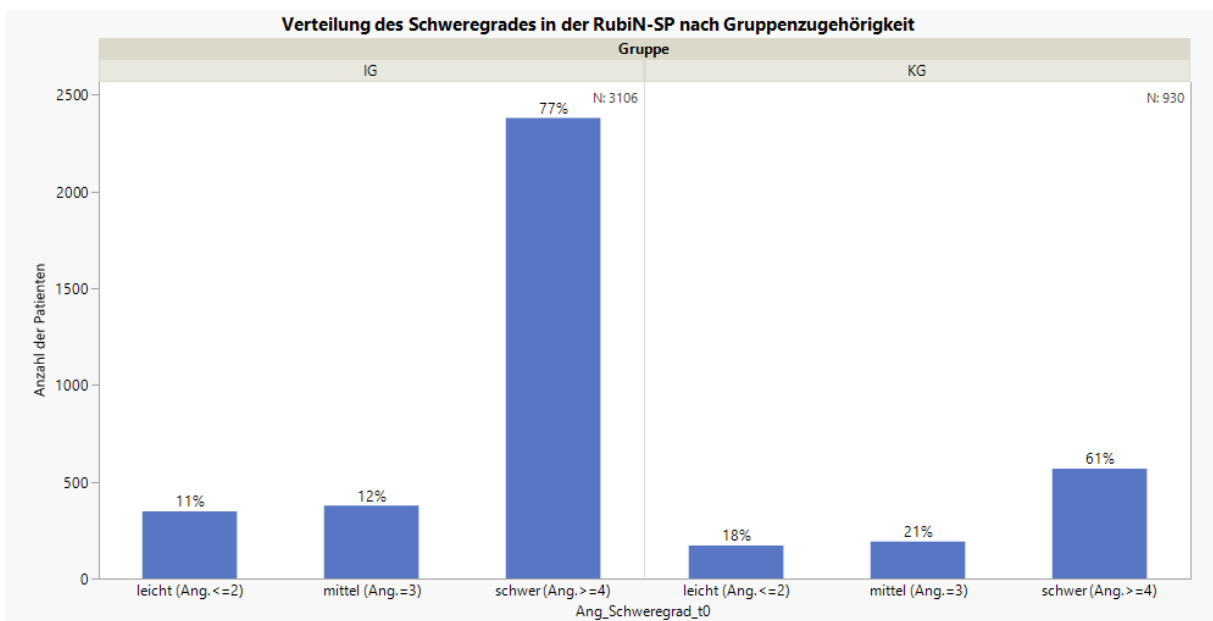
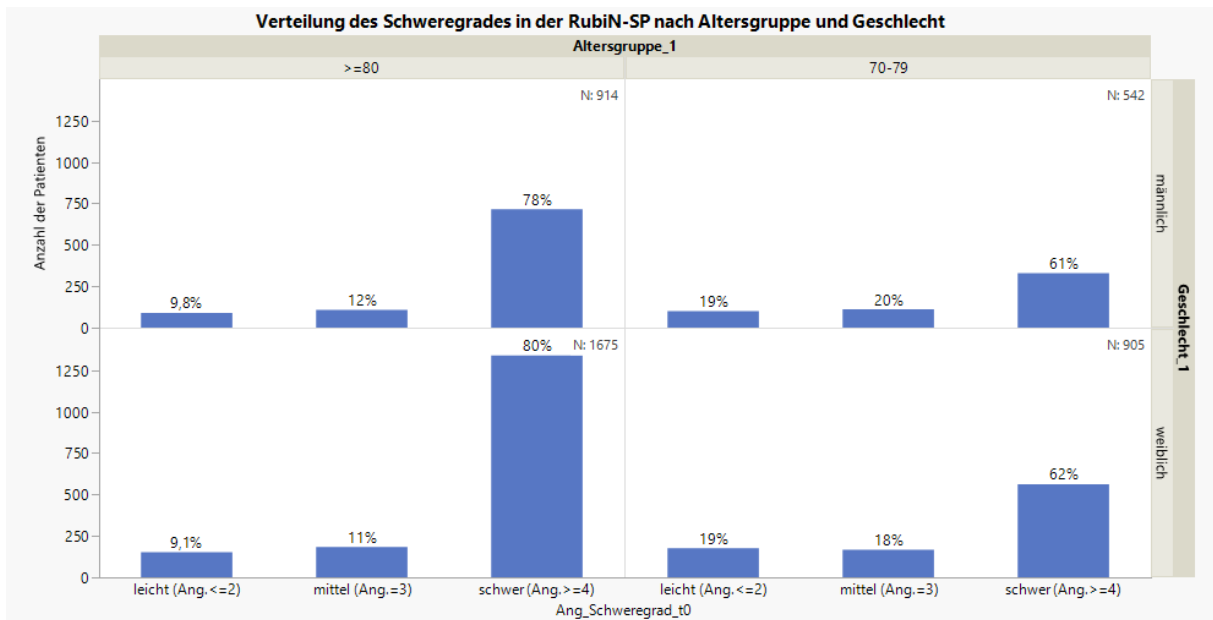
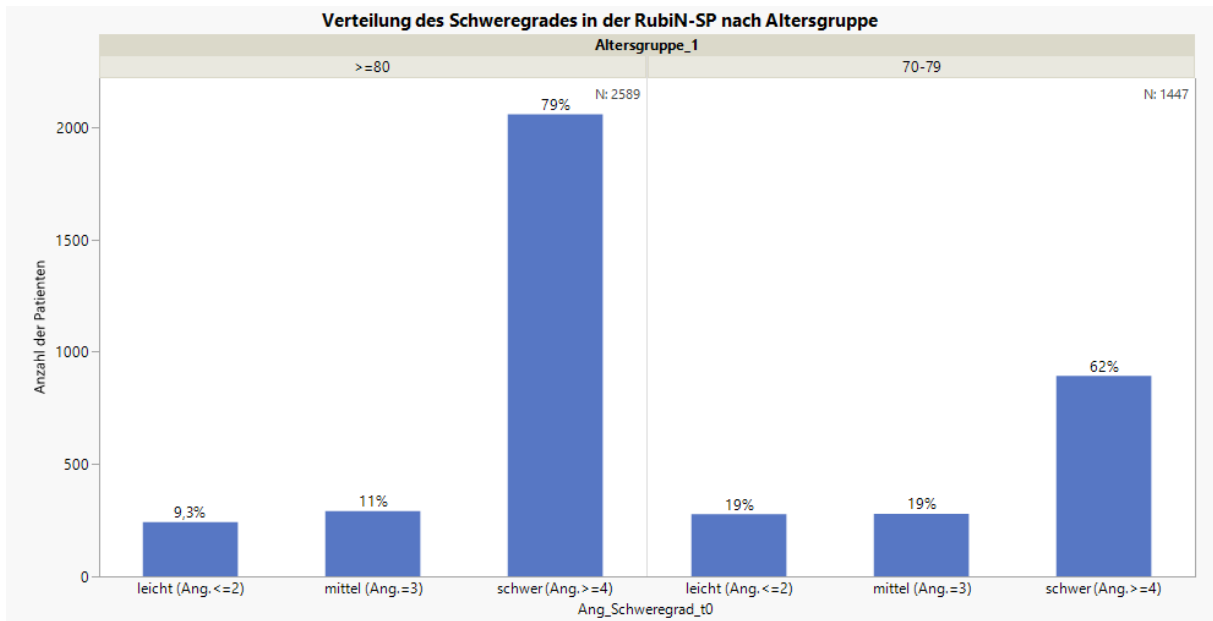


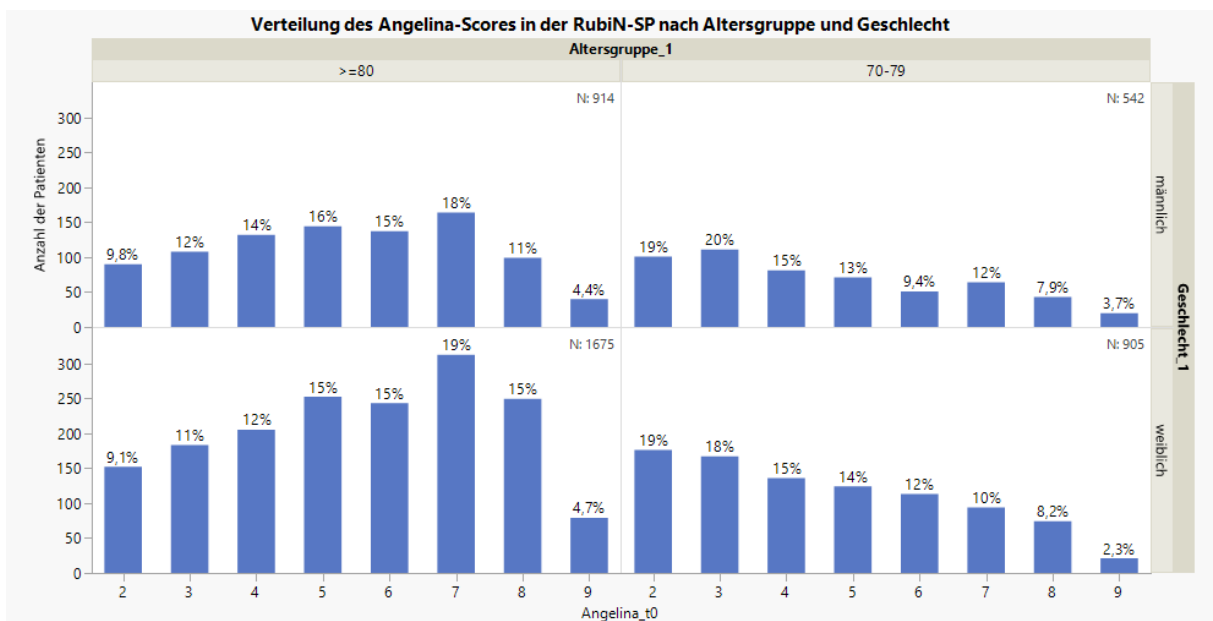
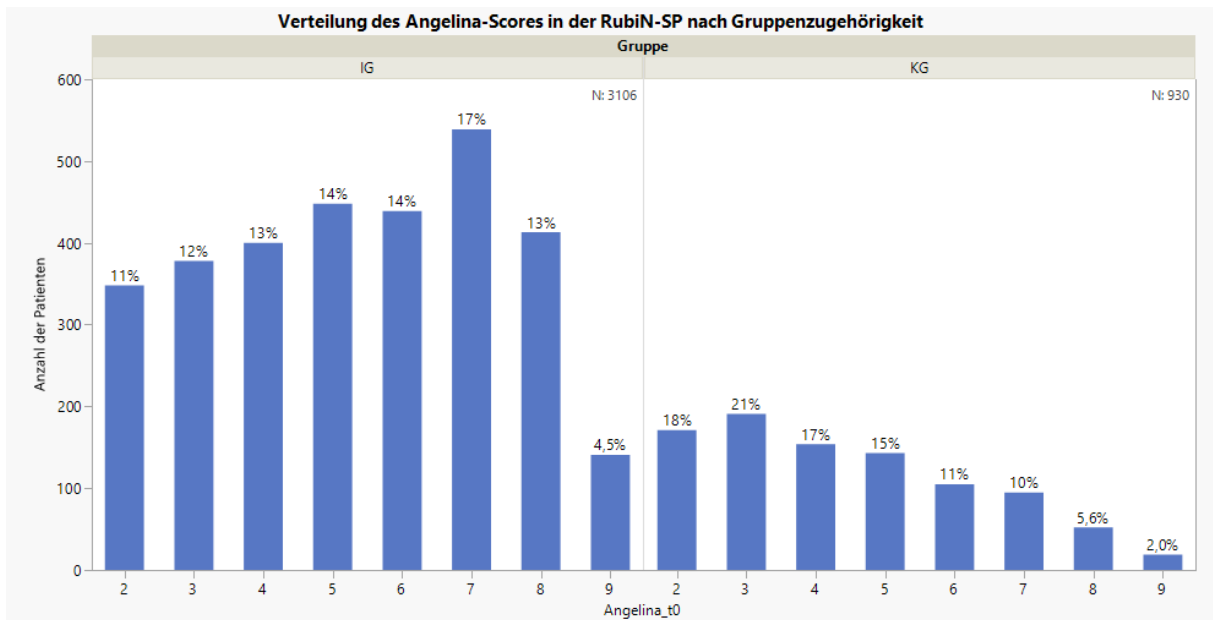
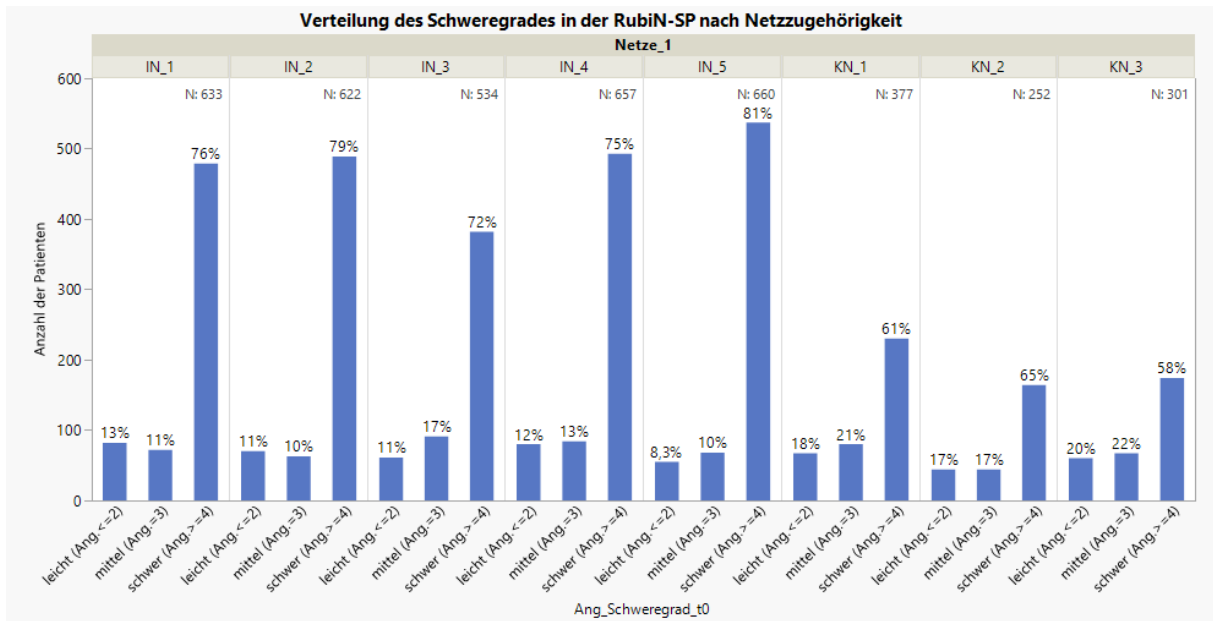


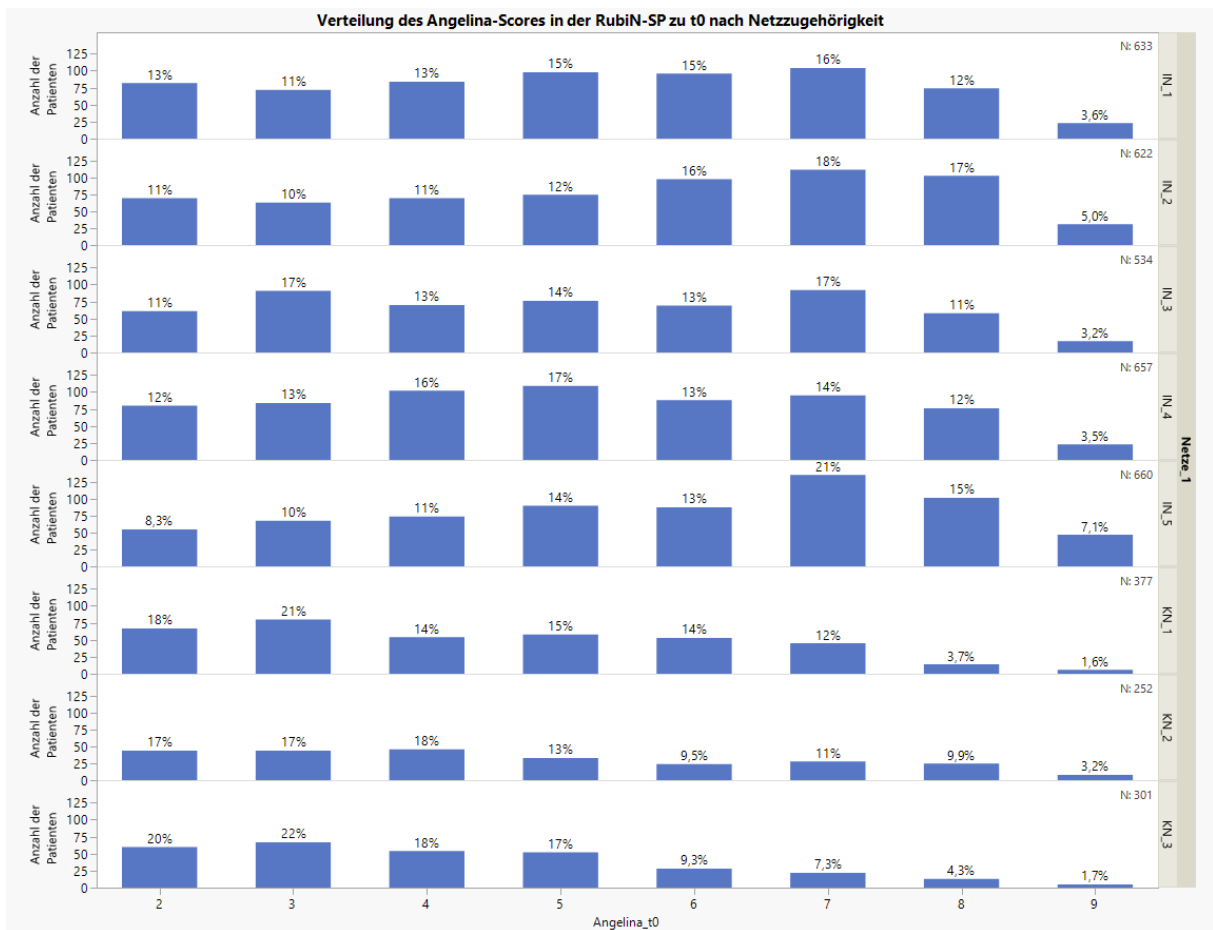
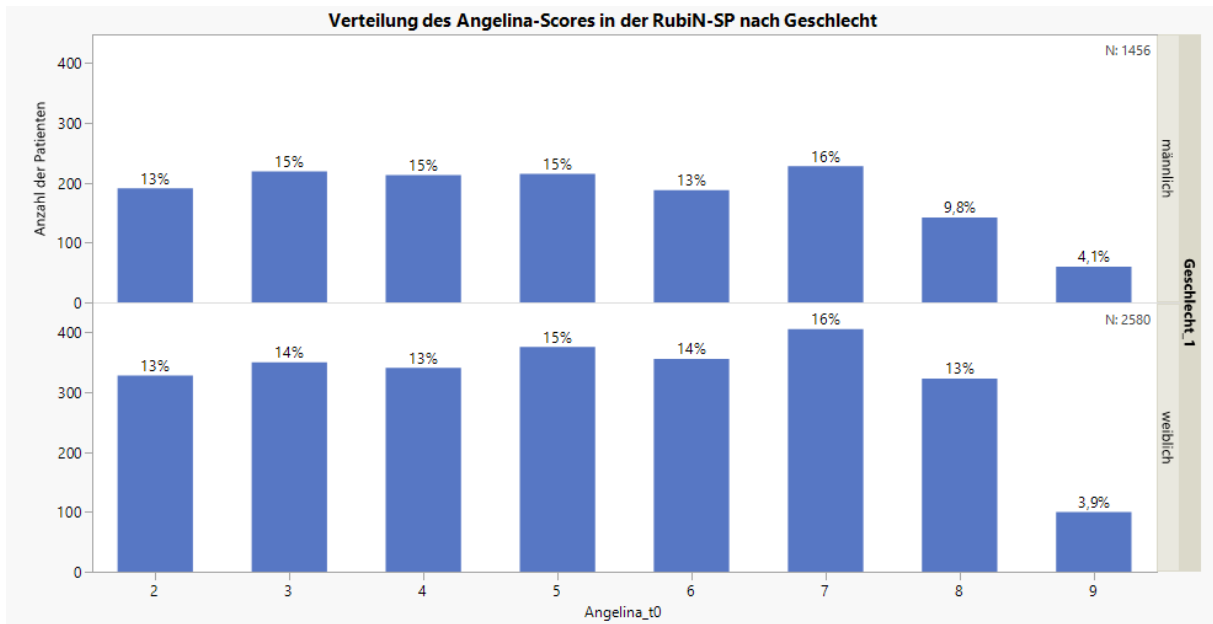


Anhang 3: TP1_Daten zur Beschreibung der geriatrischen Gesundheitssituation der Patientinnen und Patienten zu t0

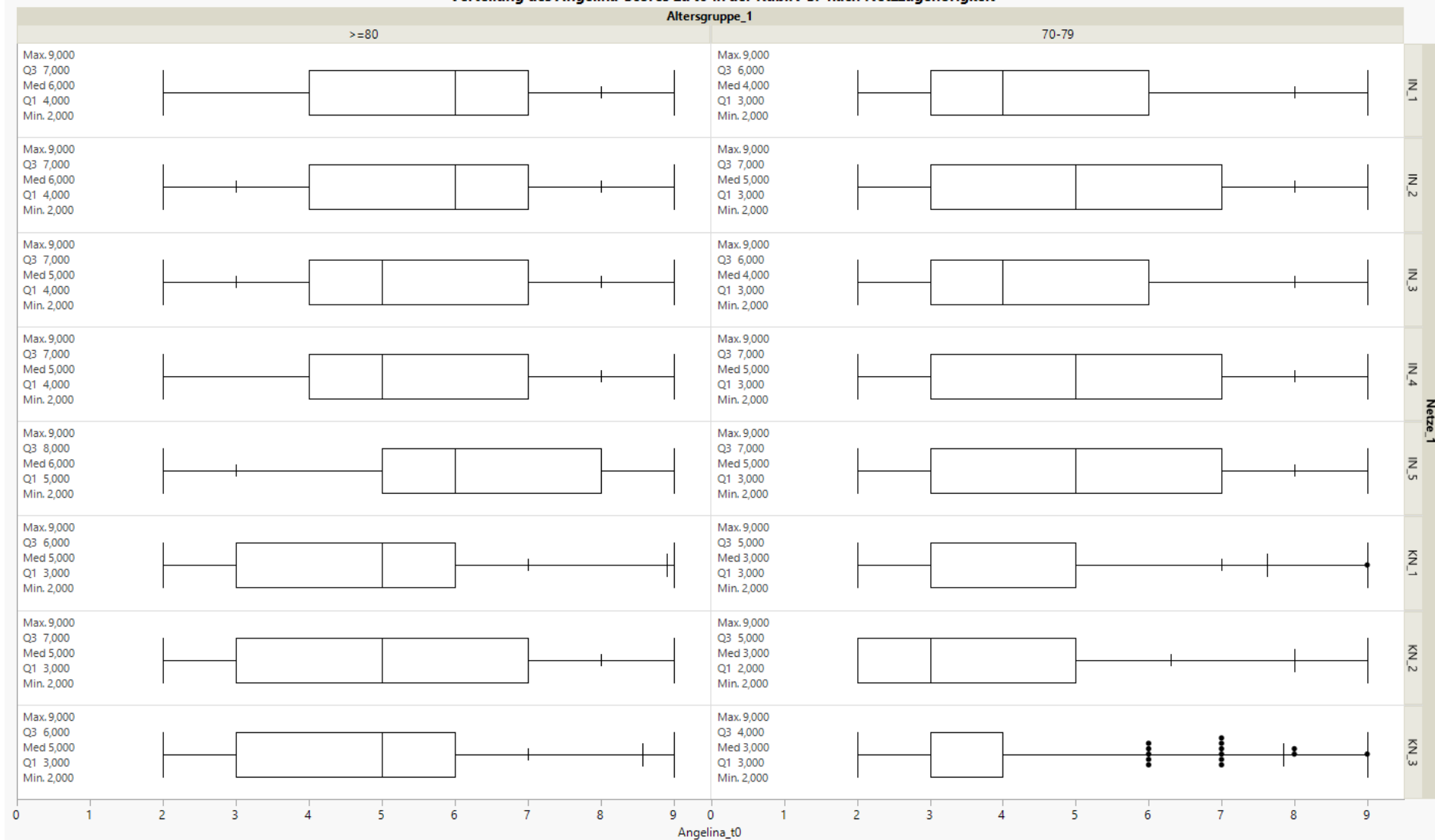




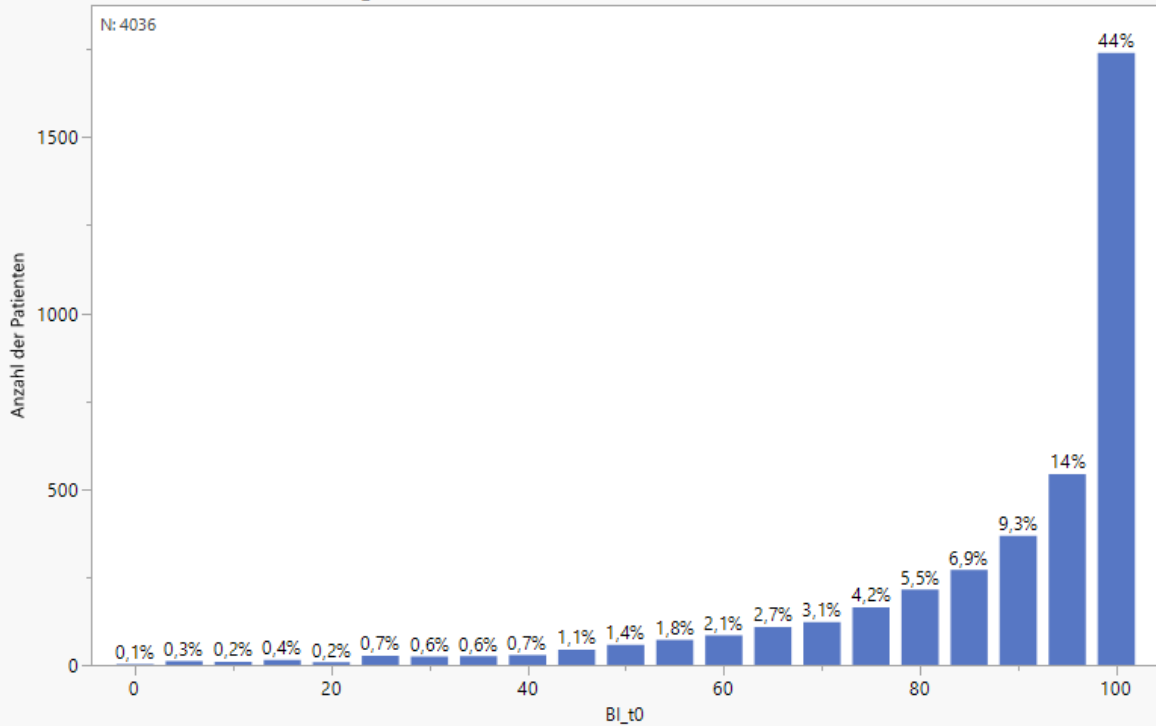




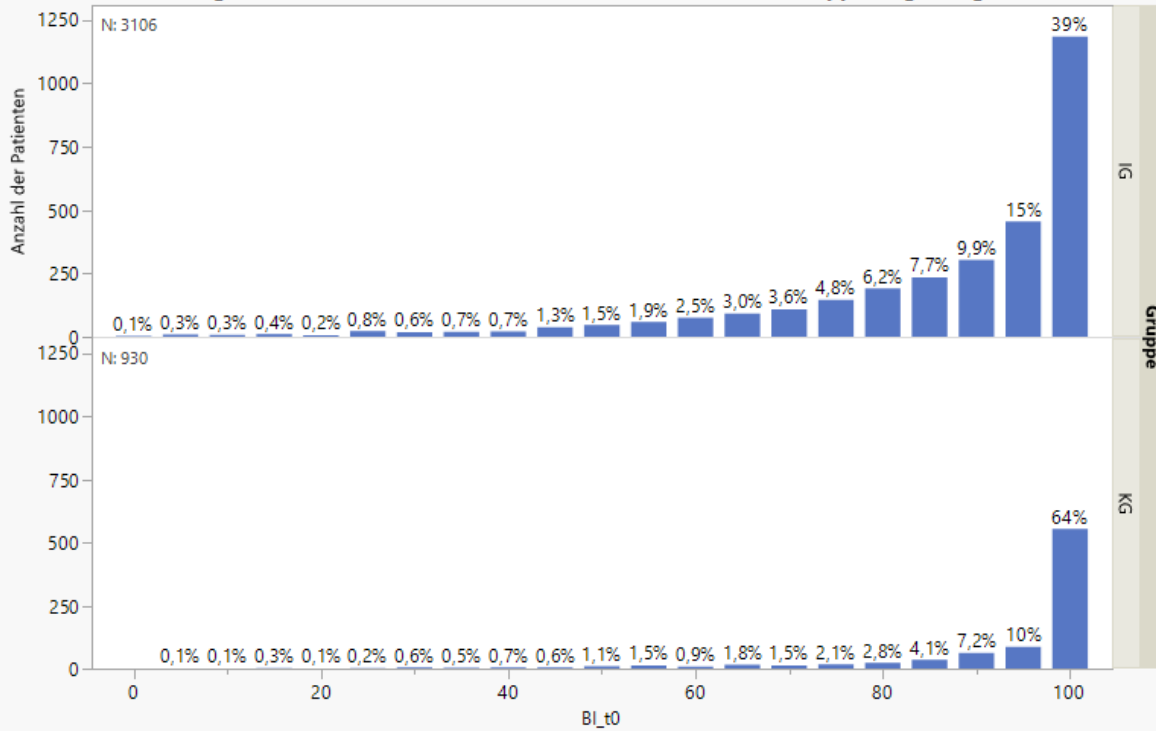
Verteilung des Angelina-Scores zu t0 in der RubiN-SP nach Netzzugehörigkeit



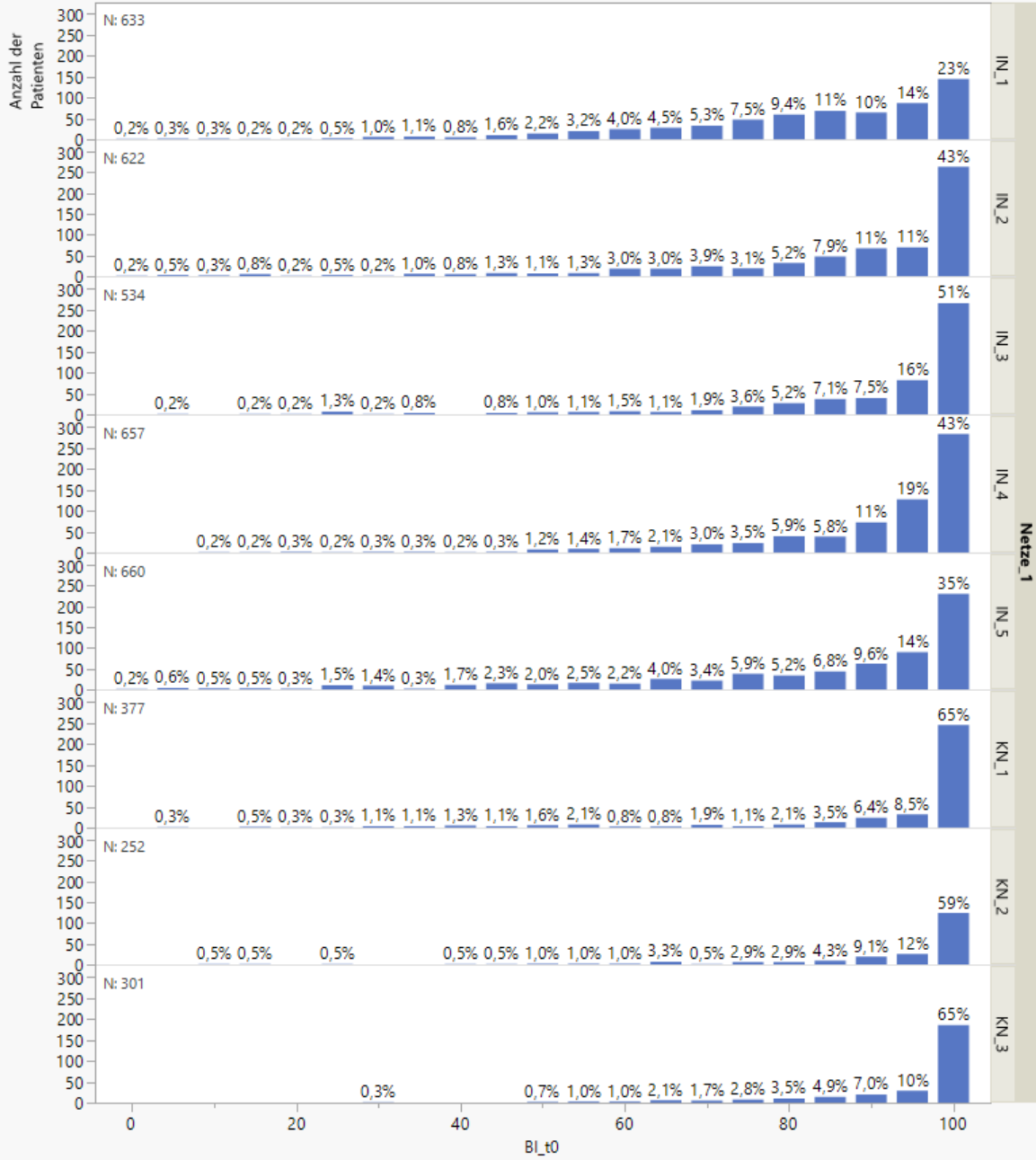
Verteilung des Barthel-Index-Scores zu t0 in der RubiN-SP



Verteilung des Barthel-Index-Scores zu t0 in der RubiN-SP nach Gruppenzugehörigkeit



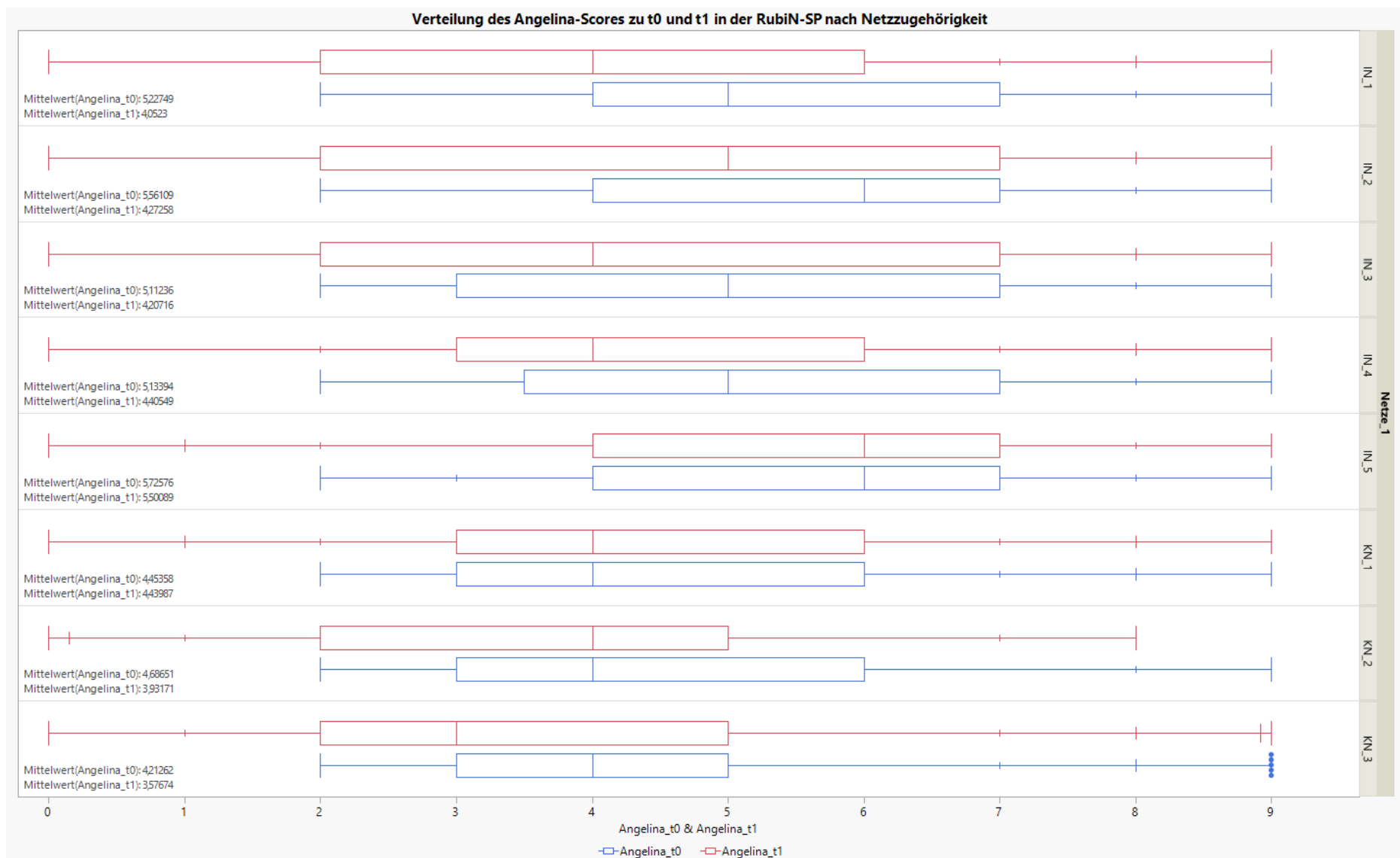
Verteilung des Barthel-Index-Scores zu t0 in der RubiN-SP nach Netzzugehörigkeit



Anhang 4: TP1_Lineares multiples Modell für die Analyse der Determinanten auf den ANGELINA-Score mit Parameterschätzern und p-Werten

Variablen (Referenz)	Schätzer, [KI]	Std.-Fehler	t-Wert	Wahrsch. > |t|
Wohnort				
ländlich (vs. städtisch)	0,0342348	0,032662	1,05	0,2946
	[-0,03;0,10]			
Häusliche Gemeinschaft				
alleinlebend (vs. nicht alleinlebend)	0,0322632	0,03417	0,94	0,3451
	[-0,035;0,099]			
Soziale Unterstützung				
nicht vorhanden (vs. vorhanden)	-0,265297	0,047975	-5,53	<,0001*
	[-0,36;-0,17]			
Schulabschluss				
höher (vs. niedriger)	-0,079015	0,039572	-2	0,0459*
	[-0,16;0,001]			
Berufsabschluss				
höher (vs. niedriger)	-0,047542	0,041407	-1,15	0,251
	[-0,13;0,033]			
Pflegegrad				
nicht vorhanden (vs. vorhanden)	-0,840575	0,034758	-24,18	<,0001*
	[-0,91;-0,77]			
Finanzielle Situation				
ausreichend (vs. nicht ausreichend)	-0,219105	0,040171	-5,45	<,0001*
	[-0,30;-0,14]			
Altersgruppe				
≥ 80 (vs. 70-79)	0,2467344	0,061433	7,36	<,0001*
	[0,18;0,31]			
Geschlecht				
männlich (vs. weiblich)	-0,018485	0,034814	-0,53	0,5955
	[-0,09;0,05]			

Anhang 5: TP1_Grafik zum Vergleich zwischen t0 und t1 des Angelina-Scores nach Netzzugehörigkeit



Anhang 6: TP1_Beschreibung des CCM per KP und LNW in der IG

Variablen		KP				LNW				
Anzahl der Dokumente	n					34.940				
	(%)					(100)				
	IG	10.912				24.028				
	(%)	(31,23);(100)				(68,77);(100)				
IN1-IN5	4.640	3.659	2.343	270	2.975	3.014	7.573	5.268	5.198	
(%)	(13,28)	(10,47)	(6,71)	(0,77)	(8,51)	(8,63)	(21,67)	(15,08)	(14,88)	
Beratene Person										
nur Betroffener	n					16.999				
	(%)					(70,75);(100)				
IN1-IN5					1.337	1.022	4.857	5.268	4.515	
(%)					(5,56)	(4,25)	(20,21)	(21,92)	(18,79)	
nur Angehöriger	n					2.074				
	(%)					(8,63);(100)				
IN1-IN6					348	336	834	0	556	
(%)					(1,45)	(1,4)	(3,47)	(0)	(2,31)	
Betroffener und Angehöriger	n					2.115				
	(%)					(8,8);(100)				
IN1-IN7					824	316	869	0	106	
(%)					(3,43)	(1,32)	(3,62)	(0)	(0,44)	
keine Angabe	n					2840				
	(%)					(11,82);(100)				
IN1-IN8					466	1.340	1.013	0	21	
(%)					(1,94)	(5,58)	(4,22)	(0)	(0,09)	
Angaben zur Beratung										
Dauer der Beratung (2 Zeiten sind ausgeschlossen)	MW					28,71				
	(SD)					(29,75)				
	IG	31,79				27,33				
	(SD)	(31,9)				(28,63)				
IN1-IN5	27,55	35,41	35,69	23,46	43,18	23,12	21,33	25,05	31,67	
(SD)	(31,71)	(35,27)	(25)	(27,94)	(32,77)	(21,50)	(24,06)	(26,45)	(33,46)	
Strecke zur Beratung	MW					5,23				
	(SD)					(9,3)				
IN1-IN5					18,72	18,02	5,66	4,2	2,87	
(SD)					(15,25)	(15,13)	(3,92)	(8,2)	(4,93)	
fehlende Anfahrsstrecke über alle Dokumente	n					11.793				
	(%)					(49,08);(100)				
IN1-IN5					2301	2358	7134	0	0	
(%)					(9,58)	(9,81)	(29,69)	(0)	(0)	
fehlende Anfahrsstrecke, bei persönlicher Vorstellung	n					4.424				
	(%)					(18,41);(100)				
IN1-IN5					1159	469	2796	0	0	
(%)					(4,82)	(1,95)	(11,64)	(0)	(0)	
Anfahrtszeit zur Beratung	MW					10,22				
	(SD)					(13,62)				
	IG	21,61				7,48				
	(SD)	(16,64)				(11,17)				
IN1-IN5	25,25	25,66	11,86	16,93	22,51	22,34	5,01	6,09	5,86	
(SD)	(16,43)	(19,25)	(7,91)	(8,92)	(14,82)	(13,54)	(8,17)	(11,39)	(7,37)	
fehlende Anfahrtszeiten über alle Dokumente	n					13.776				
	(%)					(39,43)				
IG	6.811				6.965					
(%)	(19,49);(100)				(19,93);(100)					
IN1-IN5	2945	2433	1236	197	1791	2359	2815	0	0	
(%)	(8,43)	(6,96)	(3,54)	(0,56)	(5,13)	(6,75)	(8,06)	(0)	(0)	
fehlende Anfahrtszeiten, nur bei persönlicher Vorstellung	n					2.866				
	(%)					(8,2)				
	IG	1.225				1.641				
	(%)	(3,51);(100)				(4,7);(100)				
IN1-IN5	50	700	462	13	655	470	516	0	0	
(%)	(0,14)	(2)	(1,32)	(0,04)	(1,87)	(1,35)	(1,48)	(0)	(0)	

Variablen		KP				LNW				
Beratungsform										
Persönlich	n	16.032								
	(%)	(45,88)								
	IG	5.294				10.738				
	(%)	(15,15);(100)				(30,73);(100)				
IN1-IN5	1.745	1.910	1.553	86	1.833	1.104	3.229	1.682	2.890	
(%)	(4,99)	(5,47)	(4,44)	(0,25)	(5,25)	(3,16)	(9,24)	(4,81)	(8,27)	
Schriftlich	n	1.093								
	(%)	(3,13)								
	IG					1.093				
	(%)					(3,13);(100)				
IN1-IN5	0	0	0	0	36	293	763	0	1	
(%)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0,1)	(0,84)	(2,18)	(0)	(0)	
Telefonisch	n	16.902								
	(%)	(48,37)								
	IG	4.991				11.911				
	(%)	(14,28);(100)				(34,09);(100)				
IN1-IN5	2.765	1.380	676	170	1.016	1.596	3.406	3.586	2.307	
(%)	(7,91)	(3,95)	(1,93)	(0,49)	(2,91)	(4,57)	(9,75)	(10,26)	(6,6)	
Digital	n	378								
	(%)	(1,08)								
	IG	370				8				
	(%)	(1,06);(100)				(0,02);(100)				
IN1-IN5	128	229	12	1	0	0	8	0	0	
(%)	(0,37)	(0,66)	(0,03)	(0)	(0)	(0)	(0,02)	(0)	(0)	
keine Angabe	n	535								
	(%)	(1,53)								
	IG	257				278				
	(%)	(0,74);(100)				(0,8);(100)				
IN1-IN5	2	140	102	13	90	21	167	0	0	
(%)	(0,01)	(0,4)	(0,29)	(0,04)	(0,26)	(0,06)	(0,48)	(0)	(0)	
Beratungsort										
Zu Hause	n	18.148								
	(%)	(51,94)								
	IG	4.027				14.121				
	(%)	(11,53);(100)				(40,41);(100)				
IN1-IN5	1.621	1.196	1.147	63	1.114	14	2.803	5.060	5.130	
(%)	(4,64)	(3,42)	(3,28)	(0,18)	(3,19)	(0,04)	(8,02)	(14,48)	(14,68)	
Arztpraxis	n	1.236								
	(%)	(3,54)								
	IG	664				572				
	(%)	(1,9);(100)				(1,64);(100)				
IN1-IN5	100	247	313	4	22	163	374	0	13	
(%)	(0,29)	(0,71)	(0,9)	(0,01)	(0,06)	(0,47)	(1,07)	(0)	(0,04)	
anderer Ort	n	1.250								
	(%)	(3,58)								
	IG	585				665				
	(%)	(1,67);(100)				(1,9);(100)				
IN1-IN5	24	467	93	1	9	0	574	27	55	
(%)	(0,07)	(1,34)	(0,27)	(0)	(0,03)	(0)	(1,64)	(0,08)	(0,16)	
keine Angabe	n	14.306								
	(%)	(40,94)								
	IG	5.636				8.670				
	(%)	(16,13);(100)				(24,81);(100)				
IN1-IN5	2.895	1.749	790	202	1.830	2.837	3.822	181	0	
(%)	(8,29)	(5,01)	(2,26)	(0,58)	(5,24)	(8,12)	(10,94)	(0,52)	(0)	
anderer Ort - Freitextangaben	n	108								
	(%)	(0,31)								
	IG	1				107				
	(%)	(0);(100)				(0,31);(100)				
IN1-IN5	0	0	0	1	3	0	49	0	55	
(%)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0,01)	(0)	(0,14)	(0)	(0,16)	
Anlaass der Beratung										
geplanter Termin	n	24.144								
	(%)	(69,1)								
	IG	6.588				17.556				
	(%)	(18,86);(100)				(50,25);(100)				
IN1-IN5	3.021	2.181	1.295	91	2.444	2.102	2.656	5.268	5.086	
(%)	(8,65)	(6,24)	(3,71)	(0,26)	(6,99)	(6,02)	(7,6)	(15,08)	(14,56)	

Variablen		KP				LNW				
nicht geplanter Termin	n					7.491				
	(%)					(21,44)				
	IG	2.132				5.359				
	(%)	(6,1);(100)				(15,34);(100)				
IN1-IN5	987	734	390	21	406	658	4.183	0	112	
(%)	(2,82)	(2,1)	(1,12)	(0,06)	(1,16)	(1,88)	(11,97)	(0)	(0,32)	
keine Angabe	n					3.305				
	(%)					(9,46)				
	IG	2.192				1.113				
	(%)	(6,27);(100)				(3,19);(100)				
IN1-IN5	632	744	658	158	125	254	734	0	0	
(%)	(1,81)	(2,13)	(1,88)	(0,45)	(0,36)	(0,73)	(2,1)	(0)	(0)	
vorrangiger Beratungsbedarf										
Finanzielle Hilfe	n					618				
	(%)					(2,57);(100)				
	IN1-IN5					25	26	348	0	219
(%)					(0,1)	(0,11)	(1,45)	(0)	(0,91)	
Strukturelle Hilfe	n					3.030				
	(%)					(12,61);(100)				
	IN1-IN5					1.336	320	974	0	400
(%)					(5,56)	(1,33)	(4,05)	(0)	(1,66)	
Kommunikative intersektorale Hilfe	n					1.955				
	(%)					(8,14);(100)				
	IN1-IN5					14	0	1.370	0	571
(%)					(0,06)	(0)	(5,7)	(0)	(2,38)	
keine Angabe	n					19.670				
	(%)					(81,86);(100)				
	IN1-IN5					1.625	2.688	5.812	5.268	4.277
(%)					(6,76)	(11,19)	(24,19)	(21,92)	(17,8)	
Beratungsinhalte/Delegationsleistungen										
Medizinisch	n					16.867				
	(%)					(48,27)				
	IG	2.453				14.414				
	(%)	(7,02);(100)				(41,25);(100)				
IN1-IN5	1.609	555	286	3	2.522	2.989	4.100	0	4.803	
(%)	(4,61)	(1,59)	(0,82)	(0,01)	(7,22)	(8,55)	(11,73)	(0)	(13,75)	
Pflegerisch	n					13.258				
	(%)					(37,95)				
	IG	3.116				10.142				
	(%)	(8,92);(100)				(29,03);(100)				
IN1-IN5	1.930	713	449	24	2.643	2.990	3.470	0	1.039	
(%)	(5,52)	(2,04)	(1,29)	(0,07)	(7,56)	(8,56)	(9,93)	(0)	(2,97)	
Therapeutisch	n					13.613				
	(%)					(38,96)				
	IG	2.358				11.255				
	(%)	(6,75);(100)				(32,21);(100)				
IN1-IN5	885	476	987	10	2.408	2.990	4.666	0	1.191	
(%)	(2,53)	(1,36)	(2,82)	(0,03)	(6,89)	(8,56)	(13,35)	(0)	(3,41)	
Sozial	n					20.164				
	(%)					(57,71)				
	IG	3.518				16.646				
	(%)	(10,07);(100)				(47,64);(100)				
IN1-IN5	1.450	786	1.187	95	2.513	2.990	6.310	0	4.833	
(%)	(4,15)	(2,25)	(3,4)	(0,27)	(7,19)	(8,56)	(18,06)	(0)	(13,83)	
keine Angabe	n					11.422				
	(%)					(32,69)				
	IG	4.917				6.505				
	(%)	(14,07);(100)				(18,62);(100)				
IN1-IN5	1.249	2.431	1.079	158	81	24	1.003	5.268	129	
(%)	(3,57)	(6,96)	(3,09)	(0,45)	(0,23)	(0,07)	(2,87)	(15,08)	(0,37)	
Grundsicherung SGB II										
Antrag: Grundsicherung	n					35				
	(%)					(0,15);(100)				
	IN1-IN5					17	12	6	0	0
(%)					(0,07)	(0,05)	(0,02)	(0)	(0)	
Leistung: Grundsicherung	n					48				
	(%)					(0,2);(100)				
	IN1-IN5					6	2	36	0	4
(%)					(0,02)	(0,01)	(0,15)	(0)	(0,02)	

Variablen		KP				LNW				
Versichertenstatus SGB IV										
A: Versichertenstatus	n					19				
	(%)					(0,08);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	16	1	2	0	0
	(%)					(0,07)	(0)	(0,01)	(0)	(0)
L: Versichertenstatus	n					3.158				
	(%)					(13,14);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	18	1	3.139	0	0
	(%)					(0,07)	(0)	(13,06)	(0)	(0)
Krankenversicherung SGB V										
Medikationscheck	n					2.508				
	(%)					(10,44);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	107	347	26	963	1.065
	(%)					(0,45)	(1,44)	(0,11)	(4,01)	(4,43)
Wundversorgung	n					111				
	(%)					(0,46);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	2	43	8	7	51
	(%)					(0,01)	(0,18)	(0,03)	(0,03)	(0,21)
A: Rezept Physiotherapie	n					232				
	(%)					(0,97);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	21	109	11	9	82
	(%)					(0,09)	(0,45)	(0,05)	(0,04)	(0,34)
L: Physiotherapie	n					808				
	(%)					(3,36);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	48	62	422	140	136
	(%)					(0,2)	(0,26)	(1,76)	(0,58)	(0,57)
A: Rezept Krankengymnastik	n					31				
	(%)					(0,13);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	3	3	2	2	21
	(%)					(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,09)
L: Krankengymnastik	n					105				
	(%)					(0,44);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	17	5	18	29	36
	(%)					(0,07)	(0,02)	(0,07)	(0,12)	(0,15)
A: Rezept Ergotherapie	n					37				
	(%)					(0,15);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	23	4	3	0	7
	(%)					(0,1)	(0,02)	(0,01)	(0)	(0,03)
L: Ergotherapie	n					183				
	(%)					(0,76);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	32	8	97	19	27
	(%)					(0,13)	(0,03)	(0,4)	(0,08)	(0,11)
A: Logopädie	n					12				
	(%)					(0,05);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	7	0	3	0	2
	(%)					(0,03)	(0)	(0,01)	(0)	(0,01)
L: Logopädie	n					490				
	(%)					(2,04);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	9	6	25	441	9
	(%)					(0,04)	(0,02)	(0,1)	(1,84)	(0,04)
A: Hilfsmittel	n					175				
	(%)					(0,73);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	31	0	7	77	60
	(%)					(0,13)	(0)	(0,03)	(0,32)	(0,25)
L: Hilfsmittel	n					981				
	(%)					(4,08);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	37	2	155	0	787
	(%)					(0,15)	(0,01)	(0,65)	(0)	(3,28)
A: Rehasport	n					46				
	(%)					(0,19);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	7	11	5	16	7
	(%)					(0,03)	(0,05)	(0,02)	(0,07)	(0,03)
Ernährungsberatung	n					16				
	(%)					(0,07);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	3	7	3	2	1
	(%)					(0,01)	(0,03)	(0,01)	(0,01)	(0)
Abklärung Palliativversorgung	n					12				
	(%)					(0,05);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	8	3	1	0	0
	(%)					(0,03)	(0,01)	(0)	(0)	(0)

Variablen		KP	LNW				
A: Palliativversorgung	n		5				
(%)			(0,02);(100)				
IN1-IN5			1	1	1	2	0
(%)			(0)	(0)	(0)	(0,01)	(0)
A: Krankenhauseinweisung	n		64				
(%)			(0,27);(100)				
IN1-IN5			17	37	1	6	3
(%)			(0,07)	(0,15)	(0)	(0,02)	(0,01)
L: Krankenhaus	n		232				
(%)			(0,97);(100)				
IN1-IN5			28	45	34	113	12
(%)			(0,12)	(0,19)	(0,14)	(0,47)	(0,05)
A: Geriatrische Tagesklinik	n		67				
(%)			(0,28);(100)				
IN1-IN5			0	22	1	44	0
(%)			(0)	(0,09)	(0)	(0,18)	(0)
L: Geriatrische Tagesklinik	n		59				
(%)			(0,25);(100)				
IN1-IN5			0	6	1	52	0
(%)			(0)	(0,02)	(0)	(0,22)	(0)
A: Geriatrische Institutsambulanz	n		3				
(%)			(0,01);(100)				
IN1-IN5			3	0	0	0	0
(%)			(0,01)	(0)	(0)	(0)	(0)
L: Geriatrische Institutsambulanz	n		1				
(%)			(0);(100)				
IN1-IN5			0	0	0	1	0
(%)			(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
A: Psychiatrische Tagesklinik	n		1				
(%)			(0);(100)				
IN1-IN5			0	0	0	1	0
(%)			(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
L: Psychiatrische Tagesklinik	n		9				
(%)			(0,04);(100)				
IN1-IN5			2	1	0	6	0
(%)			(0,01)	(0)	(0)	(0,02)	(0)
A: Psychiatrische Institutsambulanz	n		5				
(%)			(0,02);(100)				
IN1-IN5			4	0	0	1	0
(%)			(0,02)	(0)	(0)	(0)	(0)
L: Psychiatrische Institutsambulanz	n		4				
(%)			(0,02);(100)				
IN1-IN5			2	0	0	2	0
(%)			(0,01)	(0)	(0)	(0,01)	(0)
A: Akutgeriatrie	n		28				
(%)			(0,12);(100)				
IN1-IN5			24	4	0	0	0
(%)			(0,1)	(0,02)	(0)	(0)	(0)
L: Akutgeriatrie	n		26				
(%)			(0,11);(100)				
IN1-IN5			13	3	5	4	1
(%)			(0,05)	(0,01)	(0,02)	(0,02)	(0)
A: Spezialisierte Geriatrische Rehabilitation	n		73				
(%)			(0,3);(100)				
IN1-IN5			33	15	4	17	4
(%)			(0,14)	(0,06)	(0,02)	(0,07)	(0,02)
L: Spezialisierte Geriatrische Rehabilitation	n		72				
(%)			(0,3);(100)				
IN1-IN5			17	4	14	37	0
(%)			(0,07)	(0,02)	(0,06)	(0,15)	(0)
A: Geriatrische Klinik	n		16				
(%)			(0,07);(100)				
IN1-IN5			1	10	1	0	4
(%)			(0)	(0,04)	(0)	(0)	(0,02)
L: Geriatrische Klinik	n		6				
(%)			(0,02);(100)				
IN1-IN5			0	1	3	0	2
(%)			(0)	(0)	(0,01)	(0)	(0,01)

Variablen		KP	LNW				
A: Ambulanter Pflegedienst - Medizinische Behandlungspflege	n		146				
(%)			(0,61);(100)				
IN1-IN5			28	87	4	16	11
(%)			(0,12)	(0,36)	(0,02)	(0,07)	(0,05)
L: Ambulanter Pflegedienst - Medizinische Behandlungspflege	n		669				
(%)			(2,78);(100)				
IN1-IN5			30	108	223	106	202
(%)			(0,12)	(0,45)	(0,93)	(0,44)	(0,84)
A: Ambulanter Pflegedienst - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	n		36				
(%)			(0,15);(100)				
IN1-IN5			7	20	0	3	6
(%)			(0,03)	(0,08)	(0)	(0,01)	(0,02)
L: Ambulanter Pflegedienst - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	n		187				
(%)			(0,78);(100)				
IN1-IN5			5	24	18	22	118
(%)			(0,02)	(0,1)	(0,07)	(0,09)	(0,49)
A: Haushaltshilfe	n		27				
(%)			(0,11);(100)				
IN1-IN5			4	15	1	0	7
(%)			(0,02)	(0,06)	(0)	(0)	(0,03)
L: Haushaltshilfe	n		177				
(%)			(0,74);(100)				
IN1-IN5			7	17	23	0	130
(%)			(0,03)	(0,07)	(0,1)	(0)	(0,54)
A: Fahrkostenübernahme	n		42				
(%)			(0,17);(100)				
IN1-IN5			13	26	0	2	1
(%)			(0,05)	(0,11)	(0)	(0,01)	(0)
L: Fahrkostenübernahme	n		40				
(%)			(0,17);(100)				
IN1-IN5			7	15	3	7	8
(%)			(0,03)	(0,06)	(0,01)	(0,03)	(0,03)
A: Zuzahlungsbefreiung	n		102				
(%)			(0,42);(100)				
IN1-IN5			24	28	22	19	9
(%)			(0,1)	(0,12)	(0,09)	(0,08)	(0,04)
Rentenversicherung SGB VI							
A: Rentenversicherung	n		12				
(%)			(0,05);(100)				
IN1-IN5			2	1	9	0	0
(%)			(0,01)	(0)	(0,04)	(0)	(0)
L: Rentenversicherung	n		5.009				
(%)			(20,85);(100)				
IN1-IN5			48	1	4.960	0	0
(%)			(0,2)	(0)	(20,64)	(0)	(0)
Unfallversicherung SGB VII							
A: Unfallversicherung	n		1				
(%)			(0);(100)				
IN1-IN5			0	1	0	0	0
(%)			(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
L: Unfallversicherung	n		1				
(%)			(0);(100)				
IN1-IN5			1	0	0	0	0
(%)			(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
Rehabilitation SGB IX							
A: Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengesetz	n		89				
(%)			(0,37);(100)				
IN1-IN5			41	0	25	0	23
(%)			(0,17)	(0)	(0,1)	(0)	(0,1)
L: Schwerbehindertenausweis – Grad der Behinderung, Merkzeichen	n		1.130				
(%)			(4,7);(100)				
IN1-IN5			102	58	623	0	347
(%)			(0,42)	(0,24)	(2,59)	(0)	(1,44)

Variablen		KP					LNW				
Pflegeversicherung SGB XI											
A: Tagespflege	n						117				
	(%)						(0,49);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	34	53	3	15	12	
	(%)	|	|	|	|	(0,14)	(0,22)	(0,01)	(0,06)	(0,05)	
L: Tagespflege	n						285				
	(%)						(1,19);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	26	97	46	42	74	
	(%)	|	|	|	|	(0,11)	(0,4)	(0,19)	(0,17)	(0,31)	
A: Kurzzeitpflege	n						78				
	(%)						(0,32);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	15	33	2	19	9	
	(%)	|	|	|	|	(0,06)	(0,14)	(0,01)	(0,08)	(0,04)	
L: Kurzzeitpflege	n						64				
	(%)						(0,27);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	7	0	2	38	17	
	(%)	|	|	|	|	(0,03)	(0)	(0,01)	(0,16)	(0,07)	
A: Verhinderungspflege	n						77				
	(%)						(0,32);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	37	24	1	14	1	
	(%)	|	|	|	|	(0,15)	(0,1)	(0)	(0,06)	(0)	
L: Verhinderungspflege	n						52				
	(%)						(0,22);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	11	10	5	22	4	
	(%)	|	|	|	|	(0,05)	(0,04)	(0,02)	(0,09)	(0,02)	
A: Stationäre Pflege	n						20				
	(%)						(0,08);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	8	11	0	1	0	
	(%)	|	|	|	|	(0,03)	(0,05)	(0)	(0)	(0)	
L: Stationäre Pflege	n						17				
	(%)						(0,07);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	11	2	0	4	0	
	(%)	|	|	|	|	(0,05)	(0,01)	(0)	(0,02)	(0)	
A: Vollstationäre Pflege	n						50				
	(%)						(0,21);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	11	26	6	3	4	
	(%)	|	|	|	|	(0,05)	(0,11)	(0,02)	(0,01)	(0,02)	
L: Vollstationäre Pflege	n						125				
	(%)						(0,52);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	22	10	75	16	2	
	(%)	|	|	|	|	(0,09)	(0,04)	(0,31)	(0,07)	(0,01)	
A: Häusliche Krankenpflege	n						11				
	(%)						(0,05);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	3	2	1	2	3	
	(%)	|	|	|	|	(0,01)	(0,01)	(0)	(0,01)	(0,01)	
L: Häusliche Krankenpflege	n						78				
	(%)						(0,32);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	9	4	5	13	47	
	(%)	|	|	|	|	(0,04)	(0,02)	(0,02)	(0,05)	(0,2)	
A: Pflegegrad	n						1.107				
	(%)						(4,61);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	211	315	98	299	184	
	(%)	|	|	|	|	(0,88)	(1,31)	(0,41)	(1,24)	(0,77)	
L: Pflegegrad	n						2.597				
	(%)						(10,81);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	191	197	1.075	385	749	
	(%)	|	|	|	|	(0,79)	(0,82)	(4,47)	(1,6)	(3,12)	
A: Ambulanter Pflegedienst – Grundpflege	n						93				
	(%)						(0,39);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	34	22	1	18	18	
	(%)	|	|	|	|	(0,14)	(0,09)	(0)	(0,07)	(0,07)	
L: Ambulanter Pflegedienst – Grundpflege	n						622				
	(%)						(2,59);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	46	91	168	93	224	
	(%)	|	|	|	|	(0,19)	(0,38)	(0,7)	(0,39)	(0,93)	

Variablen		KP					LNW				
A: Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung	n						251				
	(%)						(1,04);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	135	63	17	31	5
	(%)						(0,56)	(0,26)	(0,07)	(0,13)	(0,02)
L: Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung	n						1.107				
	(%)						(4,61);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	125	201	459	164	158
	(%)						(0,52)	(0,84)	(1,91)	(0,68)	(0,66)
A: Hausnotruf	n						130				
	(%)						(0,54);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	48	29	7	17	29
	(%)						(0,2)	(0,12)	(0,03)	(0,07)	(0,12)
L: Hausnotruf	n						678				
	(%)						(2,82);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	41	40	156	131	310
	(%)						(0,17)	(0,17)	(0,65)	(0,55)	(1,29)
A: Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen	n						150				
	(%)						(0,62);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	41	33	42	23	11
	(%)						(0,17)	(0,14)	(0,17)	(0,1)	(0,05)
Widerspruchsverfahren SGB X											
A: Widerspruchsverfahren	n						94				
	(%)						(0,39);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	70	9	3	11	1
	(%)						(0,29)	(0,04)	(0,01)	(0,05)	(0)
L: Widerspruchsverfahren	n						54				
	(%)						(0,22);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	16	4	9	18	7
	(%)						(0,07)	(0,02)	(0,04)	(0,07)	(0,03)
Sozialhilfe SGB XII											
A: Sozialhilfe	n						35				
	(%)						(0,15);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	14	19	1	1	0
	(%)						(0,06)	(0,08)	(0)	(0)	(0)
L: Sozialhilfe	n						26				
	(%)						(0,11);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	5	3	10	8	0
	(%)						(0,02)	(0,01)	(0,04)	(0,03)	(0)
Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung BGB											
A: Patientenverfügung	n						137				
	(%)						(0,57);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	18	48	58	2	11
	(%)						(0,07)	(0,2)	(0,24)	(0,01)	(0,05)
L: Patientenverfügung	n						2.081				
	(%)						(8,66);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	13	16	866	498	688
	(%)						(0,05)	(0,07)	(3,6)	(2,07)	(2,86)
A: Vorsorgevollmacht	n						137				
	(%)						(0,57);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	20	48	60	2	7
	(%)						(0,08)	(0,2)	(0,25)	(0,01)	(0,03)
L: Vorsorgevollmacht	n						2.417				
	(%)						(10,06);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	16	23	1.078	487	813
	(%)						(0,07)	(0,1)	(4,49)	(2,03)	(3,38)
A: Betreuungsverfügung	n						61				
	(%)						(0,25);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	5	51	2	1	2
	(%)						(0,02)	(0,21)	(0,01)	(0)	(0,01)
L: Betreuungsverfügung	n						168				
	(%)						(0,7);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	6	12	48	61	41
	(%)						(0,02)	(0,05)	(0,2)	(0,25)	(0,17)
Ehrenamtsnetz											
A: Ehrenamtsnetz	n						101				
	(%)						(0,42);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	|	71	0	26	4	0
	(%)						(0,3)	(0)	(0,11)	(0,02)	(0)

Variablen		KP				LNW				
L: Ehrenamtsnetz	n					145				
	(%)					(0,6);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	14	1	61	42	27
	(%)					(0,06)	(0)	(0,25)	(0,17)	(0,11)
Bewegungsangebote										
A: Bewegungsangebote	n					592				
	(%)					(2,46);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	465	11	116	0	0
	(%)					(1,94)	(0,05)	(0,48)	(0)	(0)
L: Bewegungsangebote	n					992				
	(%)					(4,13);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	269	13	710	0	0
	(%)					(1,12)	(0,05)	(2,95)	(0)	(0)
Sonstiges										
A: Sonstiges	n					935				
	(%)					(3,89);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	862	17	56	0	0
	(%)					(3,59)	(0,07)	(0,23)	(0)	(0)
L: Sonstiges	n					872				
	(%)					(3,63);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	338	23	482	0	29
	(%)					(1,41)	(0,1)	(2,01)	(0)	(0,12)
A: Sonstiges - Freitextangabe	n					283				
	(%)					(1,18);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	259	0	24	0	0
	(%)					(1,08)	(0)	(0,1)	(0)	(0)
L: Sonstiges - Freitextangabe	n					202				
	(%)					(0,84);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	49	8	116	0	29
	(%)					(0,2)	(0,03)	(0,48)	(0)	(0,12)
Informationen zu										
Haushaltshilfe (SGB V)	n					114				
	(%)					(0,47);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	10	43	16	0	45
	(%)					(0,04)	(0,18)	(0,07)	(0)	(0,19)
Stationäre Pflege (SGBXI)	n					62				
	(%)					(0,26);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	18	40	4	0	0
	(%)					(0,07)	(0,17)	(0,02)	(0)	(0)
Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (SGB XI)	n					1.071				
	(%)					(4,46);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	202	323	424	0	122
	(%)					(0,84)	(1,34)	(1,76)	(0)	(0,51)
Hilfsmittel	n					2.266				
	(%)					(9,43);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	606	372	1.255	0	33
	(%)					(2,52)	(1,55)	(5,22)	(0)	(0,14)
Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen	n					740				
	(%)					(3,08);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	223	146	284	34	53
	(%)					(0,93)	(0,61)	(1,18)	(0,14)	(0,22)
Anbieter Hausnotrufsysteme	n					533				
	(%)					(2,22);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	288	87	70	0	88
	(%)					(1,2)	(0,36)	(0,29)	(0)	(0,37)
Pflegekurse	n					47				
	(%)					(0,2);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	20	24	3	0	0
	(%)					(0,08)	(0,1)	(0,01)	(0)	(0)
Soziale Aktivierung	n					410				
	(%)					(1,71);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	5	206	25	147	27
	(%)					(0,02)	(0,86)	(0,1)	(0,61)	(0,11)
Präventive Maßnahmen	n					280				
	(%)					(1,17);(100)				
	IN1-IN5	|	|	|	|	1	0	0	244	35
	(%)					(0)	(0)	(0)	(1,02)	(0,15)

Variablen		KP	LNW				
Selbsthilfegruppen	n		296				
	(%)		(1,23);(100)				
	IN1-IN5	|	63	189	21	7	16
	(%)		(0,26)	(0,79)	(0,09)	(0,03)	(0,07)
Hospizdienst	n		11				
	(%)		(0,05);(100)				
	IN1-IN5	|	7	2	2	0	0
	(%)		(0,03)	(0,01)	(0,01)	(0)	(0)
Sonstige Dienstleister	n		848				
	(%)		(3,53);(100)				
	IN1-IN5	|	50	493	252	0	53
	(%)		(0,21)	(2,05)	(1,05)	(0)	(0,22)
Mittagstisch	n		204				
	(%)		(0,85);(100)				
	IN1-IN5	|	45	110	31	16	2
	(%)		(0,19)	(0,46)	(0,13)	(0,07)	(0,01)
Informationsmaterial/ Vordrucke gewünscht über							
Handkrafttraining	n		740				
	(%)		(3,08);(100)				
	IN1-IN5	|	195	239	94	0	212
	(%)		(0,81)	(0,99)	(0,39)	(0)	(0,88)
Schmerztagebuch	n		40				
	(%)		(0,17);(100)				
	IN1-IN5	|	7	24	5	0	4
	(%)		(0,03)	(0,1)	(0,02)	(0)	(0,02)
Schlafstagebuch	n		13				
	(%)		(0,05);(100)				
	IN1-IN5	|	1	6	6	0	0
	(%)		(0)	(0,02)	(0,02)	(0)	(0)
Kontinenzprotokoll	n		12				
	(%)		(0,05);(100)				
	IN1-IN5	|	2	3	7	0	0
	(%)		(0,01)	(0,01)	(0,03)	(0)	(0)
Weitervermittlung an einen Netzwerkpartner							
Geriatler	n		9				
	(%)		(0,04);(100)				
	IN1-IN5	|	2	0	3	1	3
	(%)		(0,01)	(0)	(0,01)	(0)	(0,01)
Neurologe	n		225				
	(%)		(0,94);(100)				
	IN1-IN5	|	40	21	3	46	115
	(%)		(0,17)	(0,09)	(0,01)	(0,19)	(0,48)
Hypertensiologe	n		2				
	(%)		(0,01);(100)				
	IN1-IN5	|	0	0	0	0	2
	(%)		(0)	(0)	(0)	(0)	(0,01)
HNO Arzt	n		84				
	(%)		(0,35);(100)				
	IN1-IN5	|	10	7	0	23	44
	(%)		(0,04)	(0,03)	(0)	(0,1)	(0,18)
Diabetologe	n		22				
	(%)		(0,09);(100)				
	IN1-IN5	|	1	2	0	1	18
	(%)		(0)	(0,01)	(0)	(0)	(0,07)
Dermatologe	n		65				
	(%)		(0,27);(100)				
	IN1-IN5	|	2	3	2	15	43
	(%)		(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,06)	(0,18)
Orthopäde	n		206				
	(%)		(0,86);(100)				
	IN1-IN5	|	8	27	3	65	103
	(%)		(0,03)	(0,11)	(0,01)	(0,27)	(0,43)
Urologe	n		99				
	(%)		(0,41);(100)				
	IN1-IN5	|	2	4	2	11	80
	(%)		(0,01)	(0,02)	(0,01)	(0,05)	(0,33)
Gynäkologe	n		40				
	(%)		(0,17);(100)				
	IN1-IN5	|	2	0	0	3	35
	(%)		(0,01)	(0)	(0)	(0,01)	(0,15)

Variablen		KP	LNW				
Augenarzt	n		232				
	(%)		(0,97);(100)				
	IN1-IN5	| | | | |	4	16	1	78	133
	(%)		(0,02)	(0,07)	(0)	(0,32)	(0,55)
Endokrinologe	n		4				
	(%)		(0,02);(100)				
	IN1-IN5	| | | | |	0	0	1	2	1
	(%)		(0)	(0)	(0)	(0,01)	(0)
Psychiater	n		13				
	(%)		(0,05);(100)				
	IN1-IN5	| | | | |	6	0	1	6	0
	(%)		(0,02)	(0)	(0)	(0,02)	(0)
Psychotherapeut	n		10				
	(%)		(0,04);(100)				
	IN1-IN5	| | | | |	2	3	2	3	0
	(%)		(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0)
Kardiologe	n		206				
	(%)		(0,86);(100)				
	IN1-IN5	| | | | |	11	15	0	23	157
	(%)		(0,05)	(0,06)	(0)	(0,1)	(0,65)
Zahnarzt	n		105				
	(%)		(0,44);(100)				
	IN1-IN5	| | | | |	2	7	1	14	81
	(%)		(0,01)	(0,03)	(0)	(0,06)	(0,34)
Nephrologe	n		33				
	(%)		(0,14);(100)				
	IN1-IN5	| | | | |	6	5	0	8	14
	(%)		(0,02)	(0,02)	(0)	(0,03)	(0,06)
weitere Beratungen	n		10.078				
	(%)		(41,94);(100)				
	IN1-IN5	| | | | |	97	14	5.010	0	4.957
	(%)		(0,4)	(0,06)	(20,85)	(0)	(20,63)

Anhang 7: TP1_Beschreibung des CCM per LNW im IN5

Variablen		IN5
Anzahl der Dokumente	n (%)	5.198 (100)
Beratene Person		
nur Betroffener	n (%)	4.515 (86,86)
nur Angehöriger	n (%)	556 (10,7)
Betroffener und Angehöriger	n (%)	106 (2,04)
keine Angabe	n (%)	21 (0,4)
Angaben zur Beratung		
Dauer der Beratung	MW (SD)	31,67 (33,46)
Strecke zur Beratung	MW (SD)	2,87 (4,93)
Anfahrtszeit zur Beratung	MW (SD)	5,86 (7,37)
Beratungsform		
Persönlich	n (%)	2.890 (55,6)
Schriftlich	n (%)	1 (0,02)
Telefonisch	n (%)	2.307 (44,38)
Digital	n (%)	0 (0)
Beratungsort		
Zu Hause	n (%)	5.130 (98,69)
Arztpraxis	n (%)	13 (0,25)
anderer Ort	n (%)	55 (1,06)
anderer Ort - Freitextangaben	n (%)	55 (1,06)
Anlaass der Beratung		
geplanter Termin	n (%)	5.086 (97,85)
nicht geplanter Termin	n (%)	112 (2,15)
vorrangiger Beratungsbedarf		
Finanzielle Hilfe	n (%)	219 (4,21)
Strukturelle Hilfe	n (%)	400 (7,7)
Kommunikative intersektorale Hilfe	n (%)	571 (10,98)
Beratungsinhalte/Delegationsleistungen		
Medizinisch	n (%)	4.803 (92,4)
Pflegerisch	n (%)	1.039 (19,99)
Therapeutisch	n (%)	1.191 (22,91)
Sozial	n (%)	4.833 (92,98)
keine Angabe	n (%)	129 (2,48)
Grundsicherung SGB II		
Antrag: Grundsicherung	n (%)	0 (0)
Leistung: Grundsicherung	n (%)	4 (0,08)

Variablen	INS	
Versichertenstatus SGB IV		
A: Versichertenstatus	n	0
	(%)	(0)
L: Versichertenstatus	n	0
	(%)	(0)
Krankenversicherung SGB V		
Medikationscheck	n	1.065
	(%)	(20,49)
Wundversorgung	n	51
	(%)	(0,98)
A: Rezept Physiotherapie	n	82
	(%)	(1,58)
L: Physiotherapie	n	136
	(%)	(2,62)
A: Rezept Krankengymnastik	n	21
	(%)	(0,4)
L: Krankengymnastik	n	36
	(%)	(0,69)
A: Rezept Ergotherapie	n	7
	(%)	(0,13)
L: Ergotherapie	n	27
	(%)	(0,52)
A: Logopädie	n	2
	(%)	(0,04)
L: Logopädie	n	9
	(%)	(0,17)
A: Hilfsmittel	n	60
	(%)	(1,15)
L: Hilfsmittel	n	787
	(%)	(15,14)
A: Rehasport	n	7
	(%)	(0,13)
Ernährungsberatung	n	1
	(%)	(0,02)
Abklärung Palliativversorgung	n	0
	(%)	(0)
A: Palliativversorgung	n	0
	(%)	(0)
A: Krankenhauseinweisung	n	3
	(%)	(0,06)
L: Krankenhaus	n	12
	(%)	(0,23)
A: Geriatrische Tagesklinik	n	0
	(%)	(0)
L: Geriatrische Tagesklinik	n	0
	(%)	(0)
A: Geriatrische Institutsambulanz	n	0
	(%)	(0)
L: Geriatrische Institutsambulanz	n	0
	(%)	(0)
A: Psychiatrische Tagesklinik	n	0
	(%)	(0)
L: Psychiatrische Tagesklinik	n	0
	(%)	(0)
A: Psychiatrische Institutsambulanz	n	0
	(%)	(0)
L: Psychiatrische Institutsambulanz	n	0
	(%)	(0)
A: Akutgeriatrie	n	0
	(%)	(0)
L: Akutgeriatrie	n	1
	(%)	(0,02)
A: Spezialisierte Geriatrische Rehabilitation	n	4
	(%)	(0,08)
L: Spezialisierte Geriatrische Rehabilitation	n	0
	(%)	(0)
A: Geriatrische Klinik	n	4
	(%)	(0,08)

Variablen		INS
L: Geriatrische Klinik	n (%)	2 (0,04)
A: Ambulanter Pflegedienst - Medizinische Behandlungspflege	n (%)	11 (0,21)
L: Ambulanter Pflegedienst - Medizinische Behandlungspflege	n (%)	202 (3,89)
A: Ambulanter Pflegedienst - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	n (%)	6 (0,12)
L: Ambulanter Pflegedienst - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	n (%)	118 (2,27)
A: Haushaltshilfe	n (%)	7 (0,13)
L: Haushaltshilfe	n (%)	130 (2,5)
A: Fahrkostenübernahme	n (%)	1 (0,02)
L: Fahrkostenübernahme	n (%)	8 (0,15)
A: Zuzahlungsbefreiung	n (%)	9 (0,17)
Rentenversicherung SGB VI		
A: Rentenversicherung	n (%)	0 (0)
L: Rentenversicherung	n (%)	0 (0)
Unfallversicherung SGB VII		
A: Unfallversicherung	n (%)	0 (0)
L: Unfallversicherung	n (%)	0 (0)
Rehabilitation SGB IX		
A: Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengesetz	n (%)	23 (0,44)
L: Schwerbehindertenausweis – Grad der Behinderung, Merkzeichen	n (%)	347 (6,68)
Pflegeversicherung SGB XI		
A: Tagespflege	n (%)	12 (0,23)
L: Tagespflege	n (%)	74 (1,42)
A: Kurzzeitpflege	n (%)	9 (0,17)
L: Kurzzeitpflege	n (%)	17 (0,33)
A: Verhinderungspflege	n (%)	1 (0,02)
L: Verhinderungspflege	n (%)	4 (0,08)
A: Stationäre Pflege	n (%)	0 (0)
L: Stationäre Pflege	n (%)	0 (0)
A: Vollstationäre Pflege	n (%)	4 (0,08)
L: Vollstationäre Pflege	n (%)	2 (0,04)
A: Häusliche Krankenpflege	n (%)	3 (0,06)
L: Häusliche Krankenpflege	n (%)	47 (0,9)
A: Pflegegrad	n (%)	184 (3,54)
L: Pflegegrad	n (%)	749 (14,41)
A: Ambulanter Pflegedienst – Grundpflege	n (%)	18 (0,35)
L: Ambulanter Pflegedienst – Grundpflege	n (%)	224 (4,31)

Variablen	INS	
A: Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung	n	5
	(%)	(0,1)
L: Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung	n	158
	(%)	(3,04)
A: Hausnotruf	n	29
	(%)	(0,56)
L: Hausnotruf	n	310
	(%)	(5,96)
A: Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen	n	11
	(%)	(0,21)
Widerspruchsverfahren SGB X		
A: Widerspruchsverfahren	n	1
	(%)	(0,02)
L: Widerspruchsverfahren	n	7
	(%)	(0,13)
Sozialhilfe SGB XII		
A: Sozialhilfe	n	0
	(%)	(0)
L: Sozialhilfe	n	0
	(%)	(0)
Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung BGB		
A: Patientenverfügung	n	11
	(%)	(0,21)
L: Patientenverfügung	n	688
	(%)	(13,24)
A: Vorsorgevollmacht	n	7
	(%)	(0,13)
L: Vorsorgevollmacht	n	813
	(%)	(15,64)
A: Betreuungsverfügung	n	2
	(%)	(0,04)
L: Betreuungsverfügung	n	41
	(%)	(0,79)
Ehrenamtsnetz		
A: Ehrenamtsnetz	n	0
	(%)	(0)
L: Ehrenamtsnetz	n	27
	(%)	(0,52)
Bewegungsangebote		
A: Bewegungsangebote	n	0
	(%)	(0)
L: Bewegungsangebote	n	0
	(%)	(0)
Sonstiges		
A: Sonstiges	n	0
	(%)	(0)
L: Sonstiges	n	29
	(%)	(0,56)
A: Sonstiges - Freitextangabe	n	0
	(%)	(0)
L: Sonstiges - Freitextangabe	n	29
	(%)	(0,56)
Informationen zu		
Haushaltshilfe (SGB V)	n	45
	(%)	(0,87)
Stationäre Pflege (SGBXI)	n	0
	(%)	(0)
Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (SGB XI)	n	122
	(%)	(2,35)
Hilfsmittel	n	33
	(%)	(0,63)
Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen	n	53
	(%)	(1,02)
Anbieter Hausnotrufsysteme	n	88
	(%)	(1,69)
Pflegekurse	n	0
	(%)	(0)
Soziale Aktivierung	n	27
	(%)	(0,52)

Variablen		INS
Präventive Maßnahmen	n (%)	35 (0,67)
Selbsthilfegruppen	n (%)	16 (0,31)
Hospizdienst	n (%)	0 (0)
Sonstige Dienstleister	n (%)	53 (1,02)
Mittagstisch	n (%)	2 (0,04)
Informationsmaterial/ Vordrucke gewünscht über		
Handkrafttraining	n (%)	212 (4,08)
Schmerztagebuch	n (%)	4 (0,08)
Schlafstagebuch	n (%)	0 (0)
Kontinenzprotokoll	n (%)	0 (0)
Weitervermittlung an einen Netzwerkpartner		
Geriatler	n (%)	3 (0,06)
Neurologe	n (%)	115 (2,21)
Hypertensiologe	n (%)	2 (0,04)
HNO Arzt	n (%)	44 (0,85)
Diabetologe	n (%)	18 (0,35)
Dermatologe	n (%)	43 (0,83)
Orthopäde	n (%)	103 (1,98)
Urologe	n (%)	80 (1,54)
Gynäkologe	n (%)	35 (0,67)
Augenarzt	n (%)	133 (2,56)
Endokrinologe	n (%)	1 (0,02)
Psychiater	n (%)	0 (0)
Psychotherapeut	n (%)	0 (0)
Kardiologe	n (%)	157 (3,02)
Zahnarzt	n (%)	81 (1,56)
Nephrologe	n (%)	14 (0,27)
weitere Beratungen	n (%)	4.957 (95,36)

Anhang 8: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_GLOBAL_2177 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		60,6962	1,6582	2.008	36,60	<,0001	0,05	57,4441	63,9482
Gruppe_Netze	IN_1	-7,2779	1,4075	2.008	-5,17	<,0001	0,05	-10,0383	-4,5176
Gruppe_Netze	IN_2	-8,8243	1,4880	2.008	-5,93	<,0001	0,05	-11,7426	-5,9061
Gruppe_Netze	IN_3	-11,5739	1,5399	2.008	-7,52	<,0001	0,05	-14,5938	-8,5540
Gruppe_Netze	IN_4	-7,7348	1,4011	2.008	-5,52	<,0001	0,05	-10,4825	-4,9871
Gruppe_Netze	IN_5	-5,4131	1,2068	2.008	-4,49	<,0001	0,05	-7,7798	-3,0465
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Time	WHO_BREF_Global_t1	0,9348	0,6176	2.008	1,51	0,1303	0,05	-0,2764	2,1459
Time	WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-0,2560	0,7708	2.008	-0,33	0,7398	0,05	-1,7678	1,2557
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,009931	0,8307	2.008	0,01	0,9905	0,05	-1,6191	1,6390
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,1384	0,9148	2.008	3,43	0,0006	0,05	1,3443	4,9325
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	2,5097	0,9006	2.008	2,79	0,0054	0,05	0,7435	4,2759
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,5323	0,8196	2.008	-1,87	0,0617	0,05	-3,1396	0,07499
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-5,5614	1,0870	2.008	-5,12	<,0001	0,05	-7,6932	-3,4297
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	6,3530	0,9805	2.008	6,48	<,0001	0,05	4,4300	8,2759
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Global_t1	-0,4915	1,1419	2.008	-0,43	0,6669	0,05	-2,7309	1,7479
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Global_t1	-1,3152	1,2298	2.008	-1,07	0,2850	0,05	-3,7270	1,0967
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Global_t1	-1,4274	1,2895	2.008	-1,11	0,2685	0,05	-3,9563	1,1016
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Global_t1	-1,4429	1,1995	2.008	-1,20	0,2292	0,05	-3,7953	0,9096
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Global_t1	-3,1834	1,0342	2.008	-3,08	0,0021	0,05	-5,2117	-1,1552
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Global_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 9: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_GLOBAL_2177 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		61,2986	1,5883	2012	38,59	<.0001	0,05	58,1837	64,4136
Gruppe	IG	-7,8215	0,8966	2012	-8,72	<.0001	0,05	-9,5798	-6,0632
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_BREF_Global_t1	0,9348	0,6178	2012	1,51	0,1304	0,05	-0,2768	2,1463
time	WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-0,2929	0,7713	2012	-0,38	0,7042	0,05	-1,8055	1,2197
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,1133	0,8319	2012	0,14	0,8917	0,05	-1,5181	1,7447
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	2,3734	0,8910	2012	2,66	0,0078	0,05	0,6259	4,1208
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	1,9272	0,7836	2012	2,46	0,0140	0,05	0,3904	3,4640
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,4343	0,8156	2012	-1,76	0,0788	0,05	-3,0337	0,1652
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-5,5970	1,0823	2012	-5,17	<.0001	0,05	-7,7196	-3,4744
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	6,2712	0,9804	2012	6,40	<.0001	0,05	4,3486	8,1938
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Global_t1	-1,7096	0,7589	2012	-2,25	0,0244	0,05	-3,1980	-0,2212
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Global_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Global_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 10: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_PHYS_2127 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		63,1049	1,7075	1.971	36,96	<,0001	0,05	59,7561	66,4537
Gruppe_Netze	IN_1	-8,0147	1,4165	1.971	-5,66	<,0001	0,05	-10,7926	-5,2367
Gruppe_Netze	IN_2	-8,5709	1,4793	1.971	-5,79	<,0001	0,05	-11,4721	-5,6698
Gruppe_Netze	IN_3	-8,5277	1,5453	1.971	-5,52	<,0001	0,05	-11,5582	-5,4972
Gruppe_Netze	IN_4	-7,2508	1,4048	1.971	-5,16	<,0001	0,05	-10,0058	-4,4957
Gruppe_Netze	IN_5	-5,7774	1,2048	1.971	-4,80	<,0001	0,05	-8,1403	-3,4145
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Time	WHO_BREF_Phys_t1	0,1526	0,5112	1.971	0,30	0,7654	0,05	-0,8500	1,1552
Time	WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-3,2918	0,8002	1.971	-4,11	<,0001	0,05	-4,8611	-1,7226
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	Männlich	2,0062	0,8586	1.971	2,34	0,0196	0,05	0,3224	3,6899
Geschlecht_1	Weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	Höher	3,0924	0,9481	1.971	3,26	0,0011	0,05	1,2330	4,9518
Berufsabschluss_1	Niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	Städtisch	2,2443	0,9332	1.971	2,40	0,0163	0,05	0,4142	4,0744
Wohnort_1	Ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,6327	0,8468	1.971	-1,93	0,0540	0,05	-3,2933	0,02801
Häusliche_Gem_1	Alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	Vorhanden	-8,0459	1,1324	1.971	-7,11	<,0001	0,05	-10,2667	-5,8252
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	Ausreichend	6,3503	1,0178	1.971	6,24	<,0001	0,05	4,3541	8,3464
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Phys_t1	1,6642	0,9526	1.971	1,75	0,0808	0,05	-0,2041	3,5325
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Phys_t1	-0,2331	1,0141	1.971	-0,23	0,8183	0,05	-2,2218	1,7557
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Phys_t1	-2,5873	1,0735	1.971	-2,41	0,0160	0,05	-4,6925	-0,4820
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Phys_t1	-0,3432	1,0013	1.971	-0,34	0,7318	0,05	-2,3069	1,6205
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Phys_t1	-2,2854	0,8591	1.971	-2,66	0,0079	0,05	-3,9703	-0,6005
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Phys_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 11: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_PHYS_2127 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		63,2880	1,6325	1975	38,77	<.0001	0,05	60,0865	66,4896
Gruppe	IG	-7,4385	0,8927	1975	-8,33	<.0001	0,05	-9,1893	-5,6877
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_BREF_Phys_t1	0,1526	0,5131	1975	0,30	0,7662	0,05	-0,8536	1,1588
time	WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-3,3468	0,7985	1975	-4,19	<.0001	0,05	-4,9128	-1,7808
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	2,0653	0,8579	1975	2,41	0,0162	0,05	0,3828	3,7477
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	2,6318	0,9210	1975	2,86	0,0043	0,05	0,8255	4,4380
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	2,0616	0,8097	1975	2,55	0,0110	0,05	0,4738	3,6495
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,5704	0,8406	1975	-1,87	0,0619	0,05	-3,2189	0,07806
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-7,9969	1,1263	1975	-7,10	<.0001	0,05	-10,2057	-5,7880
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	6,3300	1,0147	1975	6,24	<.0001	0,05	4,3399	8,3200
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Phys_t1	-0,7936	0,6316	1975	-1,26	0,2091	0,05	-2,0324	0,4452
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Phys_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Phys_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 12: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_PSYCH_2121 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		66,0168	1,3865	1.963	47,61	<,0001	0,05	63,2976	68,7359
Gruppe_Netze	IN_1	-5,4774	1,1605	1.963	-4,72	<,0001	0,05	-7,7533	-3,2015
Gruppe_Netze	IN_2	-6,8495	1,2011	1.963	-5,70	<,0001	0,05	-9,2050	-4,4940
Gruppe_Netze	IN_3	-7,5694	1,2716	1.963	-5,95	<,0001	0,05	-10,0633	-5,0755
Gruppe_Netze	IN_4	-5,2610	1,1440	1.963	-4,60	<,0001	0,05	-7,5047	-3,0174
Gruppe_Netze	IN_5	-4,7201	0,9734	1.963	-4,85	<,0001	0,05	-6,6290	-2,8111
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Time	WHO_BREF_Psych_t1	0,3388	0,4662	1.963	0,73	0,4675	0,05	-0,5755	1,2530
Time	WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-1,5612	0,6488	1.963	-2,41	0,0162	0,05	-2,8337	-0,2888
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	2,5631	0,6957	1.963	3,68	0,0002	0,05	1,1987	3,9274
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,7928	0,7694	1.963	4,93	<,0001	0,05	2,2838	5,3018
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	2,1273	0,7562	1.963	2,81	0,0050	0,05	0,6443	3,6104
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,3983	0,6883	1.963	-2,03	0,0423	0,05	-2,7482	-0,04836
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-4,0644	0,9151	1.963	-4,44	<,0001	0,05	-5,8590	-2,2697
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	5,8920	0,8296	1.963	7,10	<,0001	0,05	4,2651	7,5189
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Psych_t1	1,1546	0,8808	1.963	1,31	0,1901	0,05	-0,5728	2,8820
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Psych_t1	-1,0138	0,9293	1.963	-1,09	0,2755	0,05	-2,8364	0,8088
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Psych_t1	-3,2810	0,9961	1.963	-3,29	0,0010	0,05	-5,2346	-1,3275
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Psych_t1	-1,6683	0,9190	1.963	-1,82	0,0696	0,05	-3,4705	0,1339
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Psych_t1	-0,01593	0,7830	1.963	-0,02	0,9838	0,05	-1,5515	1,5196
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Psych_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 13: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_PSYCH_2121 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		66,4391	1,3269	1967	50,07	<.0001	0,05	63,8369	69,0413
Gruppe	IG	-5,8121	0,7247	1967	-8,02	<.0001	0,05	-7,2334	-4,3908
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_BREF_Psych_t1	0,3388	0,4678	1967	0,72	0,4690	0,05	-0,5787	1,2562
time	WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-1,6158	0,6492	1967	-2,49	0,0129	0,05	-2,8890	-0,3426
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	2,6614	0,6968	1967	3,82	0,0001	0,05	1,2948	4,0279
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,1361	0,7497	1967	4,18	<.0001	0,05	1,6658	4,6064
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	1,7371	0,6603	1967	2,63	0,0086	0,05	0,4421	3,0320
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,2853	0,6850	1967	-1,88	0,0608	0,05	-2,6287	0,05816
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-4,0705	0,9122	1967	-4,46	<.0001	0,05	-5,8593	-2,2816
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	5,8101	0,8284	1967	7,01	<.0001	0,05	4,1855	7,4347
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Psych_t1	-0,7356	0,5778	1967	-1,27	0,2032	0,05	-1,8688	0,3977
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Psych_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Psych_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 14: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_SOZ_1860 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		69,0103	1,4503	1.725	47,58	<,0001	0,05	66,1658	71,8548
Gruppe_Netze	IN_1	-6,7172	1,3082	1.725	-5,13	<,0001	0,05	-9,2831	-4,1513
Gruppe_Netze	IN_2	-10,8002	1,3704	1.725	-7,88	<,0001	0,05	-13,4880	-8,1125
Gruppe_Netze	IN_3	-6,2562	1,4572	1.725	-4,29	<,0001	0,05	-9,1143	-3,3982
Gruppe_Netze	IN_4	-4,0442	1,2540	1.725	-3,22	0,0013	0,05	-6,5038	-1,5846
Gruppe_Netze	IN_5	-4,4149	1,0757	1.725	-4,10	<,0001	0,05	-6,5248	-2,3051
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_BREF_Soz_t1	1,1194	0,6377	1.725	1,76	0,0794	0,05	-0,1314	2,3703
time	WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-0,7074	0,6664	1.725	-1,06	0,2885	0,05	-2,0144	0,5995
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-2,3257	0,7129	1.725	-3,26	0,0011	0,05	-3,7239	-0,9275
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	1,8609	0,7892	1.725	2,36	0,0185	0,05	0,3130	3,4088
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	0,04257	0,7706	1.725	0,06	0,9559	0,05	-1,4689	1,5540
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,01076	0,7125	1.725	-0,02	0,9880	0,05	-1,4082	1,3867
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	0,5526	0,9396	1.725	0,59	0,5565	0,05	-1,2902	2,3954
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	3,7180	0,8646	1.725	4,30	<,0001	0,05	2,0223	5,4138
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Soz_t1	-0,6213	1,2592	1.725	-0,49	0,6218	0,05	-3,0910	1,8485
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Soz_t1	-2,1548	1,3377	1.725	-1,61	0,1074	0,05	-4,7786	0,4689
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Soz_t1	-1,6895	1,4418	1.725	-1,17	0,2414	0,05	-4,5173	1,1384
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Soz_t1	-2,7503	1,2592	1.725	-2,18	0,0291	0,05	-5,2201	-0,2806
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Soz_t1	-2,3679	1,0797	1.725	-2,19	0,0284	0,05	-4,4857	-0,2502
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Soz_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 15: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_SOZ_1860 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		67,8267	1,4004	1729	48,43	<.0001	0,05	65,0801	70,5733
Gruppe	IG	-5,9837	0,8061	1729	-7,42	<.0001	0,05	-7,5647	-4,4027
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_BREF_Soz_t1	1,1194	0,6374	1729	1,76	0,0792	0,05	-0,1308	2,3697
time	WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-0,8948	0,6696	1729	-1,34	0,1817	0,05	-2,2081	0,4186
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-2,1991	0,7169	1729	-3,07	0,0022	0,05	-3,6052	-0,7930
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	1,3979	0,7770	1729	1,80	0,0722	0,05	-0,1262	2,9219
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	1,0620	0,6840	1729	1,55	0,1207	0,05	-0,2796	2,4035
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	0,2073	0,7126	1729	0,29	0,7712	0,05	-1,1904	1,6050
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	0,9213	0,9403	1729	0,98	0,3273	0,05	-0,9229	2,7655
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	3,9726	0,8671	1729	4,58	<.0001	0,05	2,2720	5,6732
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Soz_t1	-1,9718	0,7980	1729	-2,47	0,0136	0,05	-3,5370	-0,4067
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Soz_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Soz_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 16: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_UMWELT_2124 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		69,1394	1,1694	1.965	59,12	<,0001	0,05	66,8460	71,4327
Gruppe_Netze	IN_1	-4,7616	1,0053	1.965	-4,74	<,0001	0,05	-6,7331	-2,7901
Gruppe_Netze	IN_2	-8,0000	1,0520	1.965	-7,60	<,0001	0,05	-10,0633	-5,9368
Gruppe_Netze	IN_3	-9,3471	1,0991	1.965	-8,50	<,0001	0,05	-11,5026	-7,1916
Gruppe_Netze	IN_4	-6,4588	1,0000	1.965	-6,46	<,0001	0,05	-8,4200	-4,4976
Gruppe_Netze	IN_5	-5,3394	0,8581	1.965	-6,22	<,0001	0,05	-7,0222	-3,6565
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Time	WHO_BREF_Umwelt_t1	1,8398	0,4394	1.965	4,19	<,0001	0,05	0,9781	2,7015
Time	WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-2,3565	0,5434	1.965	-4,34	<,0001	0,05	-3,4222	-1,2908
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,2418	0,5819	1.965	0,42	0,6778	0,05	-0,8994	1,3830
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	4,7360	0,6441	1.965	7,35	<,0001	0,05	3,4728	5,9992
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	0,8735	0,6344	1.965	1,38	0,1687	0,05	-0,3706	2,1177
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,5506	0,5774	1.965	-0,95	0,3404	0,05	-1,6831	0,5818
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-2,3614	0,7661	1.965	-3,08	0,0021	0,05	-3,8639	-0,8590
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	8,9462	0,6905	1.965	12,96	<,0001	0,05	7,5920	10,3004
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Umwelt_t1	-1,0816	0,8246	1.965	-1,31	0,1898	0,05	-2,6988	0,5356
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Umwelt_t1	-2,0670	0,8788	1.965	-2,35	0,0188	0,05	-3,7904	-0,3436
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Umwelt_t1	-2,5691	0,9294	1.965	-2,76	0,0058	0,05	-4,3918	-0,7463
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Umwelt_t1	-0,7600	0,8647	1.965	-0,88	0,3795	0,05	-2,4560	0,9359
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Umwelt_t1	-1,2101	0,7425	1.965	-1,63	0,1033	0,05	-2,6663	0,2460
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Umwelt_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 17: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_BREF_ UMWELT_2124 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		69,7900	1,1230	1969	62,15	<.0001	0,05	67,5877	71,9924
Gruppe	IG	-6,5628	0,6353	1969	-10,33	<.0001	0,05	-7,8087	-5,3170
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_BREF_Umwelt_t1	1,8398	0,4394	1969	4,19	<.0001	0,05	0,9782	2,7015
time	WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-2,4311	0,5461	1969	-4,45	<.0001	0,05	-3,5022	-1,3600
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,3622	0,5853	1969	0,62	0,5362	0,05	-0,7858	1,5101
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,8986	0,6292	1969	6,20	<.0001	0,05	2,6647	5,1326
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	0,3201	0,5551	1969	0,58	0,5643	0,05	-0,7686	1,4087
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,5068	0,5766	1969	-0,88	0,3795	0,05	-1,6376	0,6240
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-2,3817	0,7668	1969	-3,11	0,0019	0,05	-3,8856	-0,8778
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	8,8494	0,6927	1969	12,78	<.0001	0,05	7,4910	10,2078
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Umwelt_t1	-1,4565	0,5426	1969	-2,68	0,0073	0,05	-2,5206	-0,3924
Gruppe*time	IG*WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Umwelt_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_BREF_Umwelt_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 18: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_GES_2029 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		67,3829	1,1444	1.882	58,88	<,0001	0,05	65,1385	69,6273
time	WHO_OLD_Ges_t1	1,3486	0,3849	1.882	3,50	0,0005	0,05	0,5938	2,1034
time	WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze	IN_1	-5,7330	0,9462	1.882	-6,06	<,0001	0,05	-7,5886	-3,8773
Gruppe_Netze	IN_2	-8,5734	0,9847	1.882	-8,71	<,0001	0,05	-10,5047	-6,6421
Gruppe_Netze	IN_3	-7,6625	1,0744	1.882	-7,13	<,0001	0,05	-9,7696	-5,5555
Gruppe_Netze	IN_4	-7,4009	0,9464	1.882	-7,82	<,0001	0,05	-9,2571	-5,5447
Gruppe_Netze	IN_5	-6,9453	0,8055	1.882	-8,62	<,0001	0,05	-8,5250	-5,3655
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-2,9694	0,5341	1.882	-5,56	<,0001	0,05	-4,0169	-1,9219
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-0,4295	0,5726	1.882	-0,75	0,4533	0,05	-1,5524	0,6935
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,5884	0,6326	1.882	5,67	<,0001	0,05	2,3476	4,8291
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	1,9226	0,6181	1.882	3,11	0,0019	0,05	0,7104	3,1347
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,9099	0,5681	1.882	-1,60	0,1094	0,05	-2,0241	0,2042
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-3,1132	0,7623	1.882	-4,08	<,0001	0,05	-4,6082	-1,6181
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	5,9757	0,6793	1.882	8,80	<,0001	0,05	4,6434	7,3080
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Ges_t1	-0,9947	0,7299	1.882	-1,36	0,1731	0,05	-2,4263	0,4368
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Ges_t1	-1,2654	0,7728	1.882	-1,64	0,1017	0,05	-2,7810	0,2502
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Ges_t1	-3,8291	0,8535	1.882	-4,49	<,0001	0,05	-5,5031	-2,1552
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Ges_t1	-0,9913	0,7702	1.882	-1,29	0,1982	0,05	-2,5018	0,5192
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Ges_t1	-0,6570	0,6558	1.882	-1,00	0,3165	0,05	-1,9432	0,6291
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Ges_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 19: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_GES_2029 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		67,8029	1,0954	1886	61,90	<.0001	0,05	65,6545	69,9513
Gruppe	IG	-7,2006	0,5952	1886	-12,10	<.0001	0,05	-8,3678	-6,0333
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_OLD_Ges_t1	1,3486	0,3858	1886	3,50	0,0005	0,05	0,5920	2,1052
time	WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-3,0271	0,5341	1886	-5,67	<.0001	0,05	-4,0745	-1,9797
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-0,3537	0,5731	1886	-0,62	0,5372	0,05	-1,4777	0,7703
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,1650	0,6155	1886	5,14	<.0001	0,05	1,9578	4,3722
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	1,5957	0,5426	1886	2,94	0,0033	0,05	0,5314	2,6599
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,8983	0,5656	1886	-1,59	0,1124	0,05	-2,0076	0,2110
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-3,1827	0,7588	1886	-4,19	<.0001	0,05	-4,6709	-1,6946
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	5,9257	0,6784	1886	8,73	<.0001	0,05	4,5952	7,2563
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Ges_t1	-1,3416	0,4798	1886	-2,80	0,0052	0,05	-2,2826	-0,4005
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Ges_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Ges_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 20: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_SINNESF_2029 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		78,3706	1,8940	1.881	41,38	<,0001	0,05	74,6561	82,0851
time	WHO_OLD_Sinnesf_t1	1,9558	0,6729	1.881	2,91	0,0037	0,05	0,6361	3,2754
time	WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze	IN_1	-6,9663	1,6029	1.881	-4,35	<,0001	0,05	-10,1099	-3,8226
Gruppe_Netze	IN_2	-7,4633	1,6722	1.881	-4,46	<,0001	0,05	-10,7429	-4,1837
Gruppe_Netze	IN_3	-4,0864	1,8253	1.881	-2,24	0,0253	0,05	-7,6662	-0,5066
Gruppe_Netze	IN_4	-4,9791	1,6085	1.881	-3,10	0,0020	0,05	-8,1337	-1,8246
Gruppe_Netze	IN_5	-7,2001	1,3697	1.881	-5,26	<,0001	0,05	-9,8864	-4,5138
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-8,4260	0,8795	1.881	-9,58	<,0001	0,05	-10,1509	-6,7011
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-4,5313	0,9422	1.881	-4,81	<,0001	0,05	-6,3792	-2,6834
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,3327	1,0415	1.881	3,20	0,0014	0,05	1,2901	5,3752
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	2,7297	1,0171	1.881	2,68	0,0073	0,05	0,7349	4,7245
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,09010	0,9353	1.881	-0,10	0,9233	0,05	-1,9244	1,7442
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-7,6462	1,2542	1.881	-6,10	<,0001	0,05	-10,1059	-5,1865
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	4,3277	1,1180	1.881	3,87	0,0001	0,05	2,1350	6,5204
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Sinnesf_t1	-2,2564	1,2776	1.881	-1,77	0,0775	0,05	-4,7620	0,2492
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Sinnesf_t1	0,1098	1,3552	1.881	0,08	0,9355	0,05	-2,5482	2,7677
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Sinnesf_t1	-5,8821	1,5008	1.881	-3,92	<,0001	0,05	-8,8256	-2,9386
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Sinnesf_t1	-5,1954	1,3483	1.881	-3,85	0,0001	0,05	-7,8398	-2,5510
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Sinnesf_t1	-2,0629	1,1474	1.881	-1,80	0,0723	0,05	-4,3132	0,1873
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Sinnesf_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 21: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_SINNESF_2029 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		78,2484	1,8098	1885	43,24	<.0001	0,05	74,6990	81,7978
Gruppe	IG	-6,3478	1,0108	1885	-6,28	<.0001	0,05	-8,3302	-4,3655
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_OLD_Sinnesf_t1	1,9558	0,6751	1885	2,90	0,0038	0,05	0,6317	3,2799
time	WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-8,4132	0,8768	1885	-9,60	<.0001	0,05	-10,1328	-6,6935
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-4,5543	0,9404	1885	-4,84	<.0001	0,05	-6,3986	-2,7099
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,5080	1,0104	1885	3,47	0,0005	0,05	1,5264	5,4896
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	2,8452	0,8907	1885	3,19	0,0014	0,05	1,0983	4,5921
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,1320	0,9286	1885	-0,14	0,8870	0,05	-1,9531	1,6892
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-7,6307	1,2448	1885	-6,13	<.0001	0,05	-10,0720	-5,1893
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	4,3467	1,1133	1885	3,90	<.0001	0,05	2,1633	6,5302
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Sinnesf_t1	-2,8131	0,8405	1885	-3,35	0,0008	0,05	-4,4616	-1,1646
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Sinnesf_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Sinnesf_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 22: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_AUTONOM_2029 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		68,3313	1,6677	1.878	40,97	<,0001	0,05	65,0607	71,6020
time	WHO_OLD_Autonom_t1	3,1168	0,6898	1.878	4,52	<,0001	0,05	1,7640	4,4697
time	WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze	IN_1	-5,3038	1,4280	1.878	-3,71	0,0002	0,05	-8,1044	-2,5032
Gruppe_Netze	IN_2	-6,7689	1,4867	1.878	-4,55	<,0001	0,05	-9,6846	-3,8532
Gruppe_Netze	IN_3	-9,7589	1,6272	1.878	-6,00	<,0001	0,05	-12,9501	-6,5676
Gruppe_Netze	IN_4	-7,5445	1,4314	1.878	-5,27	<,0001	0,05	-10,3517	-4,7372
Gruppe_Netze	IN_5	-10,1571	1,2186	1.878	-8,33	<,0001	0,05	-12,5471	-7,7671
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-5,1175	0,7732	1.878	-6,62	<,0001	0,05	-6,6338	-3,6011
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-0,6298	0,8293	1.878	-0,76	0,4477	0,05	-2,2563	0,9966
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	5,8686	0,9151	1.878	6,41	<,0001	0,05	4,0740	7,6632
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	3,2635	0,8938	1.878	3,65	0,0003	0,05	1,5106	5,0164
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-6,8253	0,8223	1.878	-8,30	<,0001	0,05	-8,4381	-5,2126
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-4,2959	1,1025	1.878	-3,90	0,0001	0,05	-6,4581	-2,1337
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	7,5342	0,9846	1.878	7,65	<,0001	0,05	5,6031	9,4653
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Autonom_t1	-3,7799	1,3103	1.878	-2,88	0,0040	0,05	-6,3496	-1,2101
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Autonom_t1	-4,8926	1,3856	1.878	-3,53	0,0004	0,05	-7,6101	-2,1752
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Autonom_t1	-4,4316	1,5401	1.878	-2,88	0,0041	0,05	-7,4521	-1,4111
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Autonom_t1	-4,0954	1,3785	1.878	-2,97	0,0030	0,05	-6,7990	-1,3918
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Autonom_t1	-0,7389	1,1774	1.878	-0,63	0,5303	0,05	-3,0480	1,5702
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Autonom_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 23: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_AUTONOM_2029 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		69,5341	1,5968	1882	43,54	<.0001	0,05	66,4023	72,6659
Gruppe	IG	-8,1203	0,9008	1882	-9,01	<.0001	0,05	-9,8870	-6,3536
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_OLD_Autonom_t1	3,1185	0,6912	1882	4,51	<.0001	0,05	1,7629	4,4741
time	WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-5,1278	0,7725	1882	-6,64	<.0001	0,05	-6,6428	-3,6128
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-0,5967	0,8292	1882	-0,72	0,4719	0,05	-2,2229	1,0296
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	5,5665	0,8897	1882	6,26	<.0001	0,05	3,8216	7,3114
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	2,2668	0,7849	1882	2,89	0,0039	0,05	0,7275	3,8061
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-7,0091	0,8180	1882	-8,57	<.0001	0,05	-8,6133	-5,4048
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-4,5653	1,0963	1882	-4,16	<.0001	0,05	-6,7154	-2,4151
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	7,3870	0,9824	1882	7,52	<.0001	0,05	5,4603	9,3138
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Autonom_t1	-3,2574	0,8603	1882	-3,79	0,0002	0,05	-4,9447	-1,5701
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Autonom_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Autonom_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 24: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_AKTIV_2029 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		62,0065	1,3058	1.878	47,48	<,0001	0,05	59,4455	64,5676
time	WHO_OLD_Aktiv_t1	1,2310	0,5079	1.878	2,42	0,0155	0,05	0,2349	2,2270
time	WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze	IN_1	-4,5487	1,1300	1.878	-4,03	<,0001	0,05	-6,7649	-2,3326
Gruppe_Netze	IN_2	-7,3030	1,1813	1.878	-6,18	<,0001	0,05	-9,6198	-4,9861
Gruppe_Netze	IN_3	-8,0617	1,2938	1.878	-6,23	<,0001	0,05	-10,5992	-5,5242
Gruppe_Netze	IN_4	-5,4020	1,1396	1.878	-4,74	<,0001	0,05	-7,6369	-3,1670
Gruppe_Netze	IN_5	-5,5875	0,9681	1.878	-5,77	<,0001	0,05	-7,4862	-3,6888
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-1,2095	0,6019	1.878	-2,01	0,0446	0,05	-2,3900	-0,02900
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,1850	0,6456	1.878	0,29	0,7745	0,05	-1,0811	1,4511
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	4,6911	0,7120	1.878	6,59	<,0001	0,05	3,2947	6,0876
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	1,4368	0,6958	1.878	2,06	0,0391	0,05	0,07210	2,8014
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,1279	0,6407	1.878	-1,76	0,0785	0,05	-2,3845	0,1286
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-2,5961	0,8600	1.878	-3,02	0,0026	0,05	-4,2828	-0,9094
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	7,2243	0,7661	1.878	9,43	<,0001	0,05	5,7218	8,7269
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Aktiv_t1	-0,6305	0,9658	1.878	-0,65	0,5139	0,05	-2,5246	1,2636
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Aktiv_t1	-2,6900	1,0214	1.878	-2,63	0,0085	0,05	-4,6932	-0,6868
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Aktiv_t1	-2,1113	1,1337	1.878	-1,86	0,0627	0,05	-4,3347	0,1121
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Aktiv_t1	-0,2532	1,0199	1.878	-0,25	0,8040	0,05	-2,2535	1,7471
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Aktiv_t1	-0,1269	0,8655	1.878	-0,15	0,8834	0,05	-1,8244	1,5706
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Aktiv_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 25: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_AKTIV_2029 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		62,3186	1,2530	1882	49,74	<.0001	0,05	59,8613	64,7760
Gruppe	IG	-6,0031	0,7153	1882	-8,39	<.0001	0,05	-7,4060	-4,6001
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Time	WHO_OLD_Aktiv_t1	1,2308	0,5084	1882	2,42	0,0156	0,05	0,2338	2,2278
Time	WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-1,3424	0,6032	1882	-2,23	0,0262	0,05	-2,5253	-0,1594
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,2860	0,6477	1882	0,44	0,6588	0,05	-0,9842	1,5563
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,9902	0,6948	1882	5,74	<.0001	0,05	2,6275	5,3529
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	1,2245	0,6128	1882	2,00	0,0458	0,05	0,02262	2,4265
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,0605	0,6394	1882	-1,66	0,0973	0,05	-2,3145	0,1935
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-2,5918	0,8578	1882	-3,02	0,0025	0,05	-4,2741	-0,9095
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	7,2172	0,7666	1882	9,41	<.0001	0,05	5,7137	8,7207
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Aktiv_t1	-0,9967	0,6330	1882	-1,57	0,1155	0,05	-2,2382	0,2448
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Aktiv_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Aktiv_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 26: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_PARTIZIP_2029 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		67,7522	1,6465	1.882	41,15	<,0001	0,05	64,5230	70,9813
time	WHO_OLD_Partizip_t1	-1,3296	0,6035	1.882	-2,20	0,0277	0,05	-2,5133	-0,1460
time	WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze	IN_1	-8,7146	1,4077	1.882	-6,19	<,0001	0,05	-11,4754	-5,9539
Gruppe_Netze	IN_2	-17,3005	1,4656	1.882	-11,80	<,0001	0,05	-20,1749	-14,4261
Gruppe_Netze	IN_3	-13,3621	1,6004	1.882	-8,35	<,0001	0,05	-16,5009	-10,2234
Gruppe_Netze	IN_4	-12,5624	1,4127	1.882	-8,89	<,0001	0,05	-15,3330	-9,7918
Gruppe_Netze	IN_5	-12,7833	1,2037	1.882	-10,62	<,0001	0,05	-15,1440	-10,4226
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-2,9893	0,7626	1.882	-3,92	<,0001	0,05	-4,4849	-1,4937
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-1,5754	0,8175	1.882	-1,93	0,0541	0,05	-3,1786	0,02788
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	3,3538	0,9034	1.882	3,71	0,0002	0,05	1,5820	5,1255
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	2,1382	0,8827	1.882	2,42	0,0155	0,05	0,4070	3,8695
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,9744	0,8111	1.882	-1,20	0,2298	0,05	-2,5651	0,6163
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-6,2776	1,0880	1.882	-5,77	<,0001	0,05	-8,4113	-4,1438
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	6,7995	0,9702	1.882	7,01	<,0001	0,05	4,8967	8,7023
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Partizip_t1	3,5573	1,1467	1.882	3,10	0,0019	0,05	1,3084	5,8063
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Partizip_t1	3,6961	1,2129	1.882	3,05	0,0023	0,05	1,3173	6,0748
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Partizip_t1	-1,5223	1,3403	1.882	-1,14	0,2562	0,05	-4,1509	1,1063
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Partizip_t1	5,3929	1,2072	1.882	4,47	<,0001	0,05	3,0254	7,7604
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Partizip_t1	4,9346	1,0303	1.882	4,79	<,0001	0,05	2,9140	6,9553
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Partizip_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 27: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_PARTIZIP_2029 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		68,4452	1,5885	1886	43,09	<.0001	0,05	65,3299	71,5606
Gruppe	IG	-12,8112	0,8927	1886	-14,35	<.0001	0,05	-14,5620	-11,0604
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_OLD_Partizip_t1	-1,3293	0,6064	1886	-2,19	0,0285	0,05	-2,5186	-0,1399
time	WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-3,2227	0,7683	1886	-4,19	<.0001	0,05	-4,7296	-1,7158
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-1,3751	0,8245	1886	-1,67	0,0955	0,05	-2,9922	0,2420
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	2,3088	0,8856	1886	2,61	0,0092	0,05	0,5719	4,0457
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	1,7171	0,7808	1886	2,20	0,0280	0,05	0,1858	3,2484
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,9910	0,8137	1886	-1,22	0,2234	0,05	-2,5869	0,6049
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-6,3606	1,0913	1886	-5,83	<.0001	0,05	-8,5008	-4,2203
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	6,7740	0,9764	1886	6,94	<.0001	0,05	4,8590	8,6891
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Partizip_t1	3,6057	0,7547	1886	4,78	<.0001	0,05	2,1255	5,0858
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Partizip_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Partizip_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 28: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_TOD_2029 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		69,2463	2,0255	1.869	34,19	<,0001	0,05	65,2738	73,2188
time	WHO_OLD_Tod_t1	0,9243	0,8223	1.869	1,12	0,2611	0,05	-0,6884	2,5370
time	WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze	IN_1	-3,7913	1,7380	1.869	-2,18	0,0293	0,05	-7,1999	-0,3826
Gruppe_Netze	IN_2	-4,7333	1,8090	1.869	-2,62	0,0090	0,05	-8,2812	-1,1854
Gruppe_Netze	IN_3	-2,6131	1,9787	1.869	-1,32	0,1868	0,05	-6,4938	1,2675
Gruppe_Netze	IN_4	-6,3991	1,7447	1.869	-3,67	0,0003	0,05	-9,8209	-2,9772
Gruppe_Netze	IN_5	-1,3357	1,4834	1.869	-0,90	0,3680	0,05	-4,2449	1,5736
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	1,9956	0,9409	1.869	2,12	0,0340	0,05	0,1504	3,8408
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	5,0424	1,0101	1.869	4,99	<,0001	0,05	3,0613	7,0236
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	0,6260	1,1147	1.869	0,56	0,5745	0,05	-1,5603	2,8122
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	-0,04888	1,0869	1.869	-0,04	0,9641	0,05	-2,1806	2,0828
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,1459	1,0006	1.869	-1,15	0,2523	0,05	-3,1083	0,8166
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-1,5252	1,3384	1.869	-1,14	0,2546	0,05	-4,1501	1,0997
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	1,9129	1,1954	1.869	1,60	0,1097	0,05	-0,4315	4,2574
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Tod_t1	-0,6884	1,5667	1.869	-0,44	0,6604	0,05	-3,7611	2,3844
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Tod_t1	-0,09510	1,6497	1.869	-0,06	0,9540	0,05	-3,3305	3,1403
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Tod_t1	-4,8223	1,8560	1.869	-2,60	0,0094	0,05	-8,4623	-1,1823
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Tod_t1	-1,0214	1,6493	1.869	-0,62	0,5358	0,05	-4,2562	2,2133
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Tod_t1	-3,3609	1,4126	1.869	-2,38	0,0174	0,05	-6,1313	-0,5906
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Tod_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 29: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_TOD_2029 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		69,5088	1,9386	1873	35,86	<.0001	0,05	65,7067	73,3108
Gruppe	IG	-3,5965	1,0952	1873	-3,28	0,0010	0,05	-5,7444	-1,4486
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_OLD_Tod_t1	0,9246	0,8229	1873	1,12	0,2613	0,05	-0,6892	2,5385
time	WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	2,0451	0,9393	1873	2,18	0,0296	0,05	0,2029	3,8873
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	5,0933	1,0099	1873	5,04	<.0001	0,05	3,1128	7,0739
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	0,5085	1,0821	1873	0,47	0,6385	0,05	-1,6138	2,6308
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	-0,3250	0,9553	1873	-0,34	0,7337	0,05	-2,1986	1,5485
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-1,0195	0,9950	1873	-1,02	0,3057	0,05	-2,9709	0,9319
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-1,6158	1,3302	1873	-1,21	0,2246	0,05	-4,2247	0,9931
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	1,7942	1,1919	1873	1,51	0,1324	0,05	-0,5435	4,1318
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Tod_t1	-1,9698	1,0265	1873	-1,92	0,0551	0,05	-3,9830	0,04331
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Tod_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Tod_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 30: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_INTIM_2029 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		57,6228	1,7156	1.875	33,59	<,0001	0,05	54,2581	60,9874
time	WHO_OLD_Intim_t1	2,6105	0,6436	1.875	4,06	<,0001	0,05	1,3483	3,8727
time	WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze	IN_1	-4,3090	1,4508	1.875	-2,97	0,0030	0,05	-7,1543	-1,4637
Gruppe_Netze	IN_2	-7,4962	1,5095	1.875	-4,97	<,0001	0,05	-10,4566	-4,5358
Gruppe_Netze	IN_3	-7,9875	1,6490	1.875	-4,84	<,0001	0,05	-11,2216	-4,7533
Gruppe_Netze	IN_4	-7,4553	1,4575	1.875	-5,12	<,0001	0,05	-10,3137	-4,5969
Gruppe_Netze	IN_5	-4,3500	1,2332	1.875	-3,53	0,0004	0,05	-6,7686	-1,9314
Gruppe_Netze	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-1,7606	0,7953	1.875	-2,21	0,0270	0,05	-3,3204	-0,2008
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-1,2644	0,8532	1.875	-1,48	0,1385	0,05	-2,9376	0,4089
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	4,4480	0,9418	1.875	4,72	<,0001	0,05	2,6010	6,2950
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	2,2728	0,9219	1.875	2,47	0,0138	0,05	0,4647	4,0809
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	4,9943	0,8479	1.875	5,89	<,0001	0,05	3,3315	6,6571
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	3,6110	1,1343	1.875	3,18	0,0015	0,05	1,3864	5,8356
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	8,1456	1,0105	1.875	8,06	<,0001	0,05	6,1638	10,1275
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Intim_t1	-2,5697	1,2150	1.875	-2,12	0,0346	0,05	-4,9525	-0,1868
Gruppe_Netze*time	IN_1*WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Intim_t1	-4,1996	1,2866	1.875	-3,26	0,0011	0,05	-6,7228	-1,6763
Gruppe_Netze*time	IN_2*WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Intim_t1	-4,3507	1,4583	1.875	-2,98	0,0029	0,05	-7,2109	-1,4906
Gruppe_Netze*time	IN_3*WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Intim_t1	-0,9614	1,2914	1.875	-0,74	0,4567	0,05	-3,4941	1,5713
Gruppe_Netze*time	IN_4*WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Intim_t1	-2,9277	1,0901	1.875	-2,69	0,0073	0,05	-5,0656	-0,7899
Gruppe_Netze*time	IN_5*WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Intim_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe_Netze*time	KG*WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 31: TP1_Ergebnisse: WHOQOL_OLD_INTIM_2029 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		58,1168	1,6417	1879	35,40	<.0001	0,05	54,8971	61,3365
Gruppe	IG	-6,0119	0,9153	1879	-6,57	<.0001	0,05	-7,8069	-4,2169
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	WHO_OLD_Intim_t1	2,6087	0,6441	1879	4,05	<.0001	0,05	1,3454	3,8720
time	WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-1,8362	0,7954	1879	-2,31	0,0211	0,05	-3,3962	-0,2763
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-1,1366	0,8543	1879	-1,33	0,1835	0,05	-2,8121	0,5388
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	Höher	3,7443	0,9162	1879	4,09	<.0001	0,05	1,9474	5,5412
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	1,8593	0,8095	1879	2,30	0,0217	0,05	0,2716	3,4469
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	5,1093	0,8443	1879	6,05	<.0001	0,05	3,4534	6,7651
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	3,5423	1,1291	1879	3,14	0,0017	0,05	1,3280	5,7567
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	8,0716	1,0092	1879	8,00	<.0001	0,05	6,0923	10,0509
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Intim_t1	-2,9065	0,8009	1879	-3,63	0,0003	0,05	-4,4773	-1,3358
Gruppe*time	IG*WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Intim_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*WHO_OLD_Intim_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 32: TP1_Ergebnisse: IADL_3146 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		7,9801	0,1749	2.799	45,64	<,0001	0,05	7,6372	8,3230
gruppe	IN_1	-0,5637	0,1335	2.799	-4,22	<,0001	0,05	-0,8255	-0,3019
gruppe	IN_2	-0,4002	0,1521	2.799	-2,63	0,0085	0,05	-0,6984	-0,1021
gruppe	IN_3	-0,4567	0,1415	2.799	-3,23	0,0013	0,05	-0,7342	-0,1792
gruppe	IN_4	-0,4565	0,1232	2.799	-3,70	0,0002	0,05	-0,6982	-0,2149
gruppe	IN_5	-0,9548	0,1308	2.799	-7,30	<,0001	0,05	-1,2113	-0,6983
gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	IADL_t1	-0,2838	0,05570	2.799	-5,10	<,0001	0,05	-0,3930	-0,1746
time	IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-0,7964	0,08001	2.799	-9,95	<,0001	0,05	-0,9532	-0,6395
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschl_1	männlich	-0,5716	0,08542	2.799	-6,69	<,0001	0,05	-0,7391	-0,4042
Geschl_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	0,4093	0,09598	2.799	4,26	<,0001	0,05	0,2211	0,5975
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	Stadt	0,4003	0,09295	2.799	4,31	<,0001	0,05	0,2181	0,5826
Wohnort_1	Land	0	.	.	.	.	.	.	.
H_Gemeinschaft_1	nicht alleinlebend	-0,6946	0,08347	2.799	-8,32	<,0001	0,05	-0,8582	-0,5309
H_Gemeinschaft_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soz_Unterstuetzung_1	vorhanden	-1,2397	0,1168	2.799	-10,62	<,0001	0,05	-1,4686	-1,0107
Soz_Unterstuetzung_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Fin_Situation_1	ausreichend	0,6477	0,09816	2.799	6,60	<,0001	0,05	0,4552	0,8401
Fin_Situation_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_1*IADL_t1	0,001241	0,08262	2.799	0,02	0,9880	0,05	-0,1608	0,1632
gruppe*time	IN_1*IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_2*IADL_t1	-0,1020	0,09528	2.799	-1,07	0,2842	0,05	-0,2889	0,08477
gruppe*time	IN_2*IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_3*IADL_t1	0,006319	0,08926	2.799	0,07	0,9436	0,05	-0,1687	0,1813
gruppe*time	IN_3*IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_4*IADL_t1	-0,07521	0,07973	2.799	-0,94	0,3456	0,05	-0,2315	0,08112
gruppe*time	IN_4*IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_5*IADL_t1	-0,07619	0,08504	2.799	-0,90	0,3703	0,05	-0,2429	0,09055
gruppe*time	IN_5*IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*IADL_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 33: TP1_Ergebnisse: IADL_3146 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		8,0070	0,1702	2803	47,05	<.0001	0,05	7,6733	8,3407
Gruppe	IG	-0,5736	0,09727	2803	-5,90	<.0001	0,05	-0,7643	-0,3828
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	IADL_t1	-0,2838	0,05568	2803	-5,10	<.0001	0,05	-0,3930	-0,1746
time	IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-0,7974	0,07998	2803	-9,97	<.0001	0,05	-0,9543	-0,6406
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-0,5795	0,08563	2803	-6,77	<.0001	0,05	-0,7474	-0,4116
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	0,4552	0,09268	2803	4,91	<.0001	0,05	0,2734	0,6369
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	0,4059	0,08003	2803	5,07	<.0001	0,05	0,2489	0,5628
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,7300	0,08334	2803	-8,76	<.0001	0,05	-0,8934	-0,5666
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-1,2567	0,1167	2803	-10,77	<.0001	0,05	-1,4854	-1,0279
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	0,6451	0,09833	2803	6,56	<.0001	0,05	0,4523	0,8379
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*IADL_t1	-0,04787	0,06276	2803	-0,76	0,4457	0,05	-0,1709	0,07520
Gruppe*time	IG*IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*IADL_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*IADL_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 34: TP1_Ergebnisse: DemTect_1999 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		13,7532	0,3329	1.779	41,31	<,0001	0,05	13,1003	14,4061
gruppe	IN_1	0,5866	0,2707	1.779	2,17	0,0304	0,05	0,05567	1,1176
gruppe	IN_2	1,7071	0,2967	1.779	5,75	<,0001	0,05	1,1252	2,2890
gruppe	IN_3	1,0809	0,2481	1.779	4,36	<,0001	0,05	0,5943	1,5676
gruppe	IN_4	0,1595	0,2215	1.779	0,72	0,4715	0,05	-0,2749	0,5938
gruppe	IN_5	-0,5059	0,2408	1.779	-2,10	0,0358	0,05	-0,9782	-0,03370
gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	DT_t1	0,03837	0,1284	1.779	0,30	0,7650	0,05	-0,2134	0,2902
time	DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-1,2938	0,1395	1.779	-9,27	<,0001	0,05	-1,5675	-1,0201
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	Männlich	-1,3751	0,1540	1.779	-8,93	<,0001	0,05	-1,6772	-1,0731
Geschlecht_1	Weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	Höher	1,1520	0,1609	1.779	7,16	<,0001	0,05	0,8364	1,4676
Berufsabschluss_1	Niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	Städtisch	0,04164	0,1731	1.779	0,24	0,8100	0,05	-0,2979	0,3812
Wohnort_1	Ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	0,1290	0,1472	1.779	0,88	0,3808	0,05	-0,1596	0,4177
Häusliche_Gem_1	Alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	Vorhanden	-0,4654	0,2014	1.779	-2,31	0,0209	0,05	-0,8603	-0,07050
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	Ausreichend	0,6638	0,1813	1.779	3,66	0,0003	0,05	0,3082	1,0195
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_1*DT_t1	1,2648	0,2127	1.779	5,95	<,0001	0,05	0,8477	1,6819
gruppe*time	IN_1*DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_2*DT_t1	-0,5035	0,2427	1.779	-2,07	0,0382	0,05	-0,9796	-0,02739
gruppe*time	IN_2*DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_3*DT_t1	0,03738	0,2101	1.779	0,18	0,8588	0,05	-0,3747	0,4494
gruppe*time	IN_3*DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_4*DT_t1	0,1140	0,1897	1.779	0,60	0,5479	0,05	-0,2581	0,4862
gruppe*time	IN_4*DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_5*DT_t1	-0,01030	0,2052	1.779	-0,05	0,9600	0,05	-0,4127	0,3921
gruppe*time	IN_5*DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*DT_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 35: TP1_Ergebnisse: DemTect_1999 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		14,1455	0,3184	1783	44,43	<.0001	0,05	13,5210	14,7700
Gruppe	IG	0,4272	0,1782	1783	2,40	0,0166	0,05	0,07773	0,7766
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	DT_t1	0,03837	0,1302	1783	0,29	0,7682	0,05	-0,2169	0,2937
time	DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-1,2830	0,1423	1783	-9,02	<.0001	0,05	-1,5621	-1,0039
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	-1,4559	0,1568	1783	-9,28	<.0001	0,05	-1,7635	-1,1484
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	1,4057	0,1576	1783	8,92	<.0001	0,05	1,0967	1,7147
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	-0,2018	0,1500	1783	-1,34	0,1789	0,05	-0,4961	0,09250
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	0,01396	0,1492	1783	0,09	0,9255	0,05	-0,2788	0,3067
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-0,6523	0,2030	1783	-3,21	0,0013	0,05	-1,0505	-0,2541
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	0,6416	0,1846	1783	3,48	0,0005	0,05	0,2795	1,0038
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*DT_t1	0,2107	0,1500	1783	1,40	0,1604	0,05	-0,08353	0,5049
Gruppe*time	IG*DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*DT_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*DT_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 36: TP1_Ergebnisse: HPS_184 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		14,8133	11,4020	144	1,30	0,1960	0,05	-7,7236	37,3502
gruppe	IN_4	0,4639	3,7878	144	0,12	0,9027	0,05	-7,0229	7,9508
gruppe	IN_5	-2,6044	3,4191	144	-0,76	0,4475	0,05	-9,3625	4,1537
gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	HPS_t1	-4,6250	2,0125	144	-2,30	0,0230	0,05	-8,6029	-0,6471
time	HPS_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
A_Altersgruppe	40-59	3,2754	9,8294	144	0,33	0,7394	0,05	-16,1532	22,7040
A_Altersgruppe	>=60	-3,2052	9,9170	144	-0,32	0,7470	0,05	-22,8069	16,3965
A_Altersgruppe	<=39	0	.	.	.	.	.	.	.
A_Geschl	Männlich	1,2226	2,6487	144	0,46	0,6451	0,05	-4,0128	6,4580
A_Geschl	Weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
A_Berufsabschluss	höher	0,1136	2,2720	144	0,05	0,9602	0,05	-4,3772	4,6045
A_Berufsabschluss	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
A_Erwerbstätigkeit	erwerbstätig/in Ausbildung	-6,2365	2,7891	144	-2,24	0,0269	0,05	-11,7494	-0,7236
A_Erwerbstätigkeit	nicht erwerbstätig	0	.	.	.	.	.	.	.
P_Mobilität	Pat. weitg. mobil	1,0400	5,7001	144	0,18	0,8555	0,05	-10,2266	12,3067
P_Mobilität	Pat. immobil	0	.	.	.	.	.	.	.
P_Pflege	Pat. gepflegt	13,1035	5,7180	144	2,29	0,0234	0,05	1,8014	24,4056
P_Pflege	Pat. nicht gepflegt	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_4*HPS_t1	5,8092	2,5707	144	2,26	0,0253	0,05	0,7281	10,8903
gruppe*time	IN_4*HPS_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_5*HPS_t1	5,0815	2,2598	144	2,25	0,0261	0,05	0,6148	9,5483
gruppe*time	IN_5*HPS_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*HPS_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*HPS_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 37: TP1_Ergebnisse: HPS_184 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		16,1900	11,3930	145	1,42	0,1575	0,05	-6,3279	38,7078
Gruppe	IG	-1,5617	3,2987	145	-0,47	0,6366	0,05	-8,0813	4,9580
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	HPS_t1	-4,6250	2,0069	145	-2,30	0,0226	0,05	-8,5915	-0,6585
time	HPS_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
A_Altersgruppe	40-59	2,1932	9,8302	145	0,22	0,8238	0,05	17,2359	21,6222
A_Altersgruppe	>=60	-4,1108	9,9260	145	-0,41	0,6794	0,05	23,7292	15,5077
A_Altersgruppe	<=39	0	.	.	.	.	.	.	.
A_Geschl	männlich	1,2933	2,6558	145	0,49	0,6270	0,05	-3,9558	6,5424
A_Geschl	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
A_Berufsabschluss	höher	0,06165	2,2782	145	0,03	0,9785	0,05	-4,4412	4,5645
A_Berufsabschluss	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
A_Erwerbstätigkeit	erwerbstätig/in Ausbildung	-6,2406	2,7973	145	-2,23	0,0272	0,05	11,7694	-0,7119
A_Erwerbstätigkeit	nicht erwerbstätig	0	.	.	.	.	.	.	.
P_Mobilität	Pat. weitg. mobil	1,4480	5,7096	145	0,25	0,8002	0,05	-9,8368	12,7328
P_Mobilität	Pat. immobil	0	.	.	.	.	.	.	.
P_Pflege	Pat. gepflegt	12,1488	5,6957	145	2,13	0,0346	0,05	0,8915	23,4062
P_Pflege	Pat. nicht gepflegt	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	IG*HPS_t1	5,2942	2,1843	145	2,42	0,0166	0,05	0,9771	9,6114
Gruppe*time	IG*HPS_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*HPS_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
Gruppe*time	KG*HPS_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 38: TP1_Ergebnisse: TUG_2605 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		1,1036	0,05660	2.311	19,50	<,0001	0,05	0,9926	1,2146
Gruppe	IN_1	0,1064	0,04511	2.311	2,36	0,0185	0,05	0,01790	0,1948
Gruppe	IN_2	0,2767	0,05060	2.311	5,47	<,0001	0,05	0,1775	0,3759
Gruppe	IN_3	0,02024	0,04621	2.311	0,44	0,6614	0,05	-0,07037	0,1109
Gruppe	IN_4	0,02232	0,04198	2.311	0,53	0,5950	0,05	-0,06000	0,1046
Gruppe	IN_5	0,1293	0,04541	2.311	2,85	0,0044	0,05	0,04028	0,2184
Gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
Time	TUG_cat_t1_	0,009501	0,02248	2.311	0,42	0,6726	0,05	-0,03459	0,05359
Time	TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	0,1573	0,02526	2.311	6,23	<,0001	0,05	0,1078	0,2069
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,03433	0,02704	2.311	1,27	0,2043	0,05	-0,01869	0,08736
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	-0,09072	0,02983	2.311	-3,04	0,0024	0,05	-0,1492	-0,03222
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	0,02924	0,03015	2.311	0,97	0,3323	0,05	-0,02989	0,08837
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,01048	0,02635	2.311	-0,40	0,6910	0,05	-0,06215	0,04119
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	0,1542	0,03547	2.311	4,35	<,0001	0,05	0,08461	0,2237
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	-0,1079	0,03167	2.311	-3,41	0,0007	0,05	-0,1700	-0,04581
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_1*TUG_cat_t1_	-0,07452	0,03135	2.311	-2,38	0,0175	0,05	-0,1360	-0,01305
gruppe*time	IN_1*TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_2*TUG_cat_t1_	0,05254	0,03581	2.311	1,47	0,1424	0,05	-0,01767	0,1228
gruppe*time	IN_2*TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_3*TUG_cat_t1_	0,03005	0,03327	2.311	0,90	0,3665	0,05	-0,03519	0,09528
gruppe*time	IN_3*TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_4*TUG_cat_t1_	0,2046	0,03079	2.311	6,65	<,0001	0,05	0,1443	0,2650
gruppe*time	IN_4*TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_5*TUG_cat_t1_	0,08533	0,03342	2.311	2,55	0,0107	0,05	0,01979	0,1509
gruppe*time	IN_5*TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*TUG_cat_t1_	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 39: TP1_Ergebnisse: TUG_2605 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		1,1447	0,05451	2315	21,00	<.0001	0,05	1,0378	1,2516
gruppe	IG	0,09258	0,03427	2315	2,70	0,0069	0,05	0,02538	0,1598
gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	TUG_cat_t1_	0,009501	0,02288	2315	0,42	0,6781	0,05	-0,03538	0,05438
time	TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	0,1598	0,02537	2315	6,30	<.0001	0,05	0,1101	0,2096
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,03343	0,02721	2315	1,23	0,2194	0,05	-0,01993	0,08679
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	-0,09200	0,02878	2315	-3,20	0,0014	0,05	-0,1484	-0,03557
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	-0,01305	0,02549	2315	-0,51	0,6087	0,05	-0,06303	0,03693
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,01030	0,02641	2315	-0,39	0,6966	0,05	-0,06208	0,04149
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	0,1450	0,03553	2315	4,08	<.0001	0,05	0,07536	0,2147
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	-0,1136	0,03179	2315	-3,57	0,0004	0,05	-0,1759	-0,05124
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IG*TUG_cat_t1_	0,06302	0,02529	2315	2,49	0,0128	0,05	0,01342	0,1126
gruppe*time	IG*TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*TUG_cat_t1_	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*TUG_cat_t0_	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 40: TP1_Ergebnisse: MNA_2976 (IN1-IN5 vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		12,8472	0,1458	2.654	88,09	<,0001	0,05	12,5613	13,1332
gruppe	IN_1	-0,7617	0,1247	2.654	-6,11	<,0001	0,05	-1,0061	-0,5172
gruppe	IN_2	-0,00347	0,1396	2.654	-0,02	0,9802	0,05	-0,2772	0,2702
gruppe	IN_3	-0,1815	0,1405	2.654	-1,29	0,1966	0,05	-0,4571	0,09407
gruppe	IN_4	-0,1551	0,1115	2.654	-1,39	0,1645	0,05	-0,3738	0,06362
gruppe	IN_5	-0,8674	0,1242	2.654	-6,99	<,0001	0,05	-1,1109	-0,6240
gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	MNA_VA_Score_t1	0,09633	0,07821	2.654	1,23	0,2182	0,05	-0,05703	0,2497
time	MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-0,2090	0,06456	2.654	-3,24	0,0012	0,05	-0,3356	-0,08240
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,2755	0,06854	2.654	4,02	<,0001	0,05	0,1411	0,4099
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	0,007131	0,07718	2.654	0,09	0,9264	0,05	-0,1442	0,1585
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	0,05563	0,07459	2.654	0,75	0,4559	0,05	-0,09063	0,2019
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,1655	0,06766	2.654	-2,45	0,0145	0,05	-0,2982	-0,03287
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-0,5156	0,09319	2.654	-5,53	<,0001	0,05	-0,6983	-0,3329
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	0,4347	0,07979	2.654	5,45	<,0001	0,05	0,2782	0,5911
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_1*MNA_VA_Score_t1	0,3925	0,1228	2.654	3,20	0,0014	0,05	0,1516	0,6333
gruppe*time	IN_1*MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_2*MNA_VA_Score_t1	0,02578	0,1390	2.654	0,19	0,8529	0,05	-0,2468	0,2983
gruppe*time	IN_2*MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_3*MNA_VA_Score_t1	-0,06846	0,1416	2.654	-0,48	0,6289	0,05	-0,3461	0,2092
gruppe*time	IN_3*MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_4*MNA_VA_Score_t1	0,2611	0,1140	2.654	2,29	0,0221	0,05	0,03757	0,4845
gruppe*time	IN_4*MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IN_5*MNA_VA_Score_t1	-0,2406	0,1275	2.654	-1,89	0,0591	0,05	-0,4906	0,009284
gruppe*time	IN_5*MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*MNA_VA_Score_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 41: TP1_Ergebnisse: MNA_2976 (IG vs. KG)

Die Prozedur MIXED									
Lösung für feste Effekte									
Effekt		Schätzung	Standard Fehler	DF	t-Wert	Pr > |t|	Alpha	Untere	Obere
Intercept		12,8584	0,1438	2658	89,42	<.0001	0,05	12,5764	13,1404
gruppe	IG	-0,4040	0,08935	2658	-4,52	<.0001	0,05	-0,5792	-0,2288
gruppe	KG	0	.	.	.	.	.	.	.
time	MNA_VA_Score_t1	0,09633	0,07855	2658	1,23	0,2202	0,05	-0,05769	0,2504
time	MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
Altersgruppe_1	>=80	-0,2181	0,06570	2658	-3,32	0,0009	0,05	-0,3469	-0,08929
Altersgruppe_1	70-79	0	.	.	.	.	.	.	.
Geschlecht_1	männlich	0,2583	0,06988	2658	3,70	0,0002	0,05	0,1213	0,3953
Geschlecht_1	weiblich	0	.	.	.	.	.	.	.
Berufsabschluss_1	höher	0,06317	0,07601	2658	0,83	0,4060	0,05	-0,08588	0,2122
Berufsabschluss_1	niedrig	0	.	.	.	.	.	.	.
Wohnort_1	städtisch	0,1036	0,06577	2658	1,57	0,1155	0,05	-0,02542	0,2325
Wohnort_1	ländlich	0	.	.	.	.	.	.	.
Häusliche_Gem_1	nicht alleinlebend	-0,2202	0,06872	2658	-3,20	0,0014	0,05	-0,3550	-0,08545
Häusliche_Gem_1	alleinlebend	0	.	.	.	.	.	.	.
Soziale_Unterst_1	vorhanden	-0,5285	0,09463	2658	-5,58	<.0001	0,05	-0,7140	-0,3429
Soziale_Unterst_1	nicht vorhanden	0	.	.	.	.	.	.	.
Finanzielle_Sit_1	ausreichend	0,4326	0,08124	2658	5,33	<.0001	0,05	0,2733	0,5919
Finanzielle_Sit_1	nicht ausreichend	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	IG*MNA_VA_Score_t1	0,1093	0,09041	2658	1,21	0,2267	0,05	-0,06795	0,2866
gruppe*time	IG*MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*MNA_VA_Score_t1	0	.	.	.	.	.	.	.
gruppe*time	KG*MNA_VA_Score_t0	0	.	.	.	.	.	.	.

Anhang 42: TP2_Interventionskostenberechnung

	Anzahl Einheiten	Gesamtkosten	
Versorgungsleistungen – fallzahlabhängige Versorgung			
3,5 CM: Kontakt in Praxis (Gehälter & Kfz)	656 Kontakte in Praxis à 30 Minuten 128 Kontakte in Praxis à 60 Minuten	<i>Pauschal 388,15 € (~ 390,00 €) pro Patient bzw. Patientin pro Jahr</i> <i>Durch den 2. Einschluss ein Quartal später 226.200 € in 2019 249.600 € in 2020 pro Netz</i> Insgesamt 475.800,00 € pro Netz	
3,5 CM: Telefonische Betreuungen (Gehälter & Kfz)	17.280 Telefonische Betreuungen à 10 Minuten		
3,5 CM: Hausbesuche (Gehälter & Kfz)	1.312 Hausbesuche à 60 Minuten		
3,5 CM: Fahrzeiten (Gehälter & Kfz)	2.096 Fahrten à 30 Minuten		
Versorgungsleistungen fallzahlunabhängige Versorgung	Anzahl Einheiten	Kosten pro Einheit	Gesamtkosten
Aufbau- & Schulungsphase (4. Quartal 2018): Gehalt CM, Kfz und Gemeinkosten	für 3,5 CM, 4 Kfz	81.293,00 € pro CM pro Jahr 9.000,00 € pro 4 PKW	72.255,94 €
Gemeinkosten/Infrastrukturpauschale (25 % vom Gehalt)	3,5 CM	2019: 14.994,00 € pro Person, also 52.479,00 € für 3,5 CM 2020: 15.351,00 € pro Person, also 53.728,50 € für 3,5 CM	106.207,50 €
			Insgesamt 178.463,44 € pro Netz
Gesamtkosten Versorgungsleistungen			654.263,44 € <i>bei 640 Patientinnen bzw. Patienten ca. 1.022,29 € pro Person</i>

Interventionskostenberechnung

Bedarf

Zur Berechnung des Bedarfes an CM wird auf Erfahrungswerte des GeriNet zurückgegriffen. Dafür wird nach Schwere des Versorgungsfalles differenziert. Diese wurde mittels einer individuellen Risikoeinschätzung auf Basis der Ergebnisse des Basis-Assessments für jeden einzelnen Patienten beurteilt.

Leichte Versorgungsfälle

Für einen leichten Versorgungsfall sind ein 30-minütiger persönlicher Kontakt in der Praxis und ein 60-minütiger Hausbesuch angesetzt, die jeweils mit 30 Minuten Fahrzeit verbunden sind. Weiterhin sind 12 telefonische Kontakte mit einer Dauer von 10 Minuten eingeplant,

sodass der gesamte Zeitbedarf für eine Patientin bzw. einen Patienten bei 270 Minuten im Jahr liegt. Die Versorgungsverteilung liegt bei 35 % der Fälle, d.h. einer Fallzahl von 224 Personen pro Netz. Der Kapazitätsbedarf für die leichten Versorgungsfälle umfasst damit 60.480 Minuten oder 1.008 Stunden pro Jahr, was auf einen Anteil von 18 % am Gesamtbedarf aller Fallschweren pro Versorgungsnetz schließt.

Mittlere Versorgungsfälle

Die Versorgung von Personen mit mittlerer Versorgungsschwere ist mit 1,5 30-minütigen persönlichen Kontakten in der Praxis sowie zwei 60-minütige Hausbesuche pro Jahr einkalkuliert. Auch hier sind jeweils Fahrzeiten in Höhe von 30 Minuten zu ergänzen. Die telefonische Betreuung umfasst 24 Gespräche, jeweils mit einer Dauer von 10 Minuten. Damit liegt der gesamte Zeitbedarf pro Patientin bzw. Patient bei 510 Minuten pro Jahr. Mit einer Fallverteilung von 45 % bzw. einer Fallzahl von 288 Personen pro Jahr pro Versorgungsnetz ergeben sich 146.880 Versorgungsminuten bzw. 2.448 -stunden. Somit lässt sich ein Kapazitätsanteil von 43 % für mittlere Versorgungsfälle errechnen.

Schwere Versorgungsfälle

Schwere Versorgungsfälle sind einberechnet mit einem 60-minütigen Kontakt in der Praxis sowie vier 60-minütigen Hausbesuchen. Zu berücksichtigen sind außerdem jeweils Fahrzeiten von 30 Minuten. Die telefonische Betreuung umfasst zusätzlich sechzig Telefonate mit einer Dauer von 10 Minuten. Der kumulierte Gesamtzeitbedarf pro Patientin bzw. Patient liegt folglich bei 1.050 Minuten pro Jahr. Mit der Annahme, dass 20 % aller Fälle als schwer zu kategorisieren sind, beträgt die Fallzahl 128 Patientinnen bzw. Patienten pro Jahr pro Netz. Der Kapazitätsbedarf beinhaltet demnach 134.400 Versorgungsminuten bzw. 2.240 Stunden und der Anteil an der Gesamtkapazität liegt bei 39 %.

Gesamtbedarf

Insgesamt liegt damit die Fallzahl pro Jahr bei 640 Personen und 341.760 Versorgungsminuten bzw. 5.696 Stunden pro Versorgungsnetz.

Eine/r CM wird mit Abzug von 30 Tagen Urlaub und 10 Tagen Krankheit mit 210 Arbeitstagen pro Jahr einkalkuliert. Bei einer täglichen Arbeitszeit von acht Stunden entsprechen diese 1.680 Stunden pro Jahr. Insgesamt werden 3,39 CM (ohne Urlaubs- und Krankheitsvertretung) pro Versorgungsnetz benötigt, um den Gesamtbedarf an Versorgungsstunden von 5.696 zu decken. Aufgerundet inkl. Risikopuffer lässt sich eine Anzahl von 3,5 CM errechnen.

Versorgungsleistungen - Fallzahlabhängige Vergütung

Gehalt CM

Das Gehalt eines/einer CM wird gemäß Personalmitteleinsatz TVöD E8 zuzüglich 19 % Umsatzsteuer angegeben. Es beläuft sich 2019 auf 59.976,00 € und 2020 auf 61.404,00 €, sodass ein Durchschnittsgehalt von 60.690,00 € pro CM für den gesamten zweijährigen Zeitraum angenommen wird. Hochgerechnet auf die zur Deckung der Versorgung notwendigen 3,5 CM ergeben sich Kosten in Höhe von Durchschnittlich 212.415,00 € pro Jahr.

Kfz-Kosten

Die Kfz-Kosten inkludieren Leasing und laufende Kosten. Dabei wird pauschal mit einem Beitrag von 9.000,00 € pro Fahrzeug pro Jahr gerechnet. Hochgerechnet auf vier Fahrzeuge für die 3,5 CM ergeben sich somit Kosten in Höhe von 36.000,00 €.

Gesamtkosten für CM und Kfz

Ohne die Berücksichtigung der Gemeinkosten analog Infrastrukturpauschale wird pauschal für die Jahre 2019 und 2020 ein Wert von Durchschnittlich 69.690,00 € pro Jahr pro CM inklusive eines Kfz fällig. Für 3,5 CM mit vier Kfz liegen die Kosten somit bei 248.415,00 €.

Kosten für CM-Gehalt und Kfz pro Patientin bzw. Patient

Die Durchschnittlichen Interventionskosten pro Patientin bzw. Patient pro Jahr liegen somit bei 388,15 €, basierend auf einer Fallzahl von 640 Personen mit einer Versorgung durch 3,5 CM mit vier Kfz für insgesamt 248.415,00 € pro Jahr.

Patientinnen und Patienten

Im 1. Quartal 2019 werden 400 und im 2. Quartal 240 Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Die Jahres-Pauschale für eine Patientin bzw. einen Patienten liegt berechnet am oben beschriebenen Bedarf gerundet bei 390,00 €. Pro Quartal ergeben sich also Vergütungen in Höhe von 97,50 € pro Patientin bzw. Patient. Multipliziert mit dem Patienteneinschluss im 1. Quartal 2019 in Höhe von 400 betragen die Versorgungsleistungen 39.000,00 €.

Für das 2. Quartal 2019 werden 240 weitere Personen eingeschlossen und die Versorgungsleistungen liegen damit bei zusätzlichen 23.400,00 €. Die Gesamtkosten für dieses Quartal betragen damit summiert 62.400,00 €.

Für das 3. und 4. Quartal 2019 summieren sich die Versorgungsleistungen auf 78.000,00 € für Patientinnen und Patienten des ersten und 46.800,00 € für Patientinnen und Patienten des zweiten Einschlusses. Sie betragen somit insgesamt 124.800,00 €.

Bei der Betrachtung von 2020 ergeben sich für den 1. Patienteneinschluss im 1. Quartal 2019 Kosten in Höhe von 156.000,00 € und für den 2. Patienteneinschluss im 2. Quartal 2019 93.600,00 €. Die Gesamtversorgungsleistungen für dieses Jahr betragen somit 249.600,00 €.

Für den Gesamtzeitraum kumuliert ergeben sich Versorgungsleistungen über die fallzahlabhängige Pauschale in Höhe von 475.800,00 €.

Versorgungsleistungen - Fallzahlunabhängige Vergütung

Die fallzahlunabhängigen Vergütungen können nach Zeitpunkt des Anfallens aufgespalten werden in Aufbau- und Schulungsphase (4. Quartal 2018) sowie Versorgungsphase (2019 und 2020).

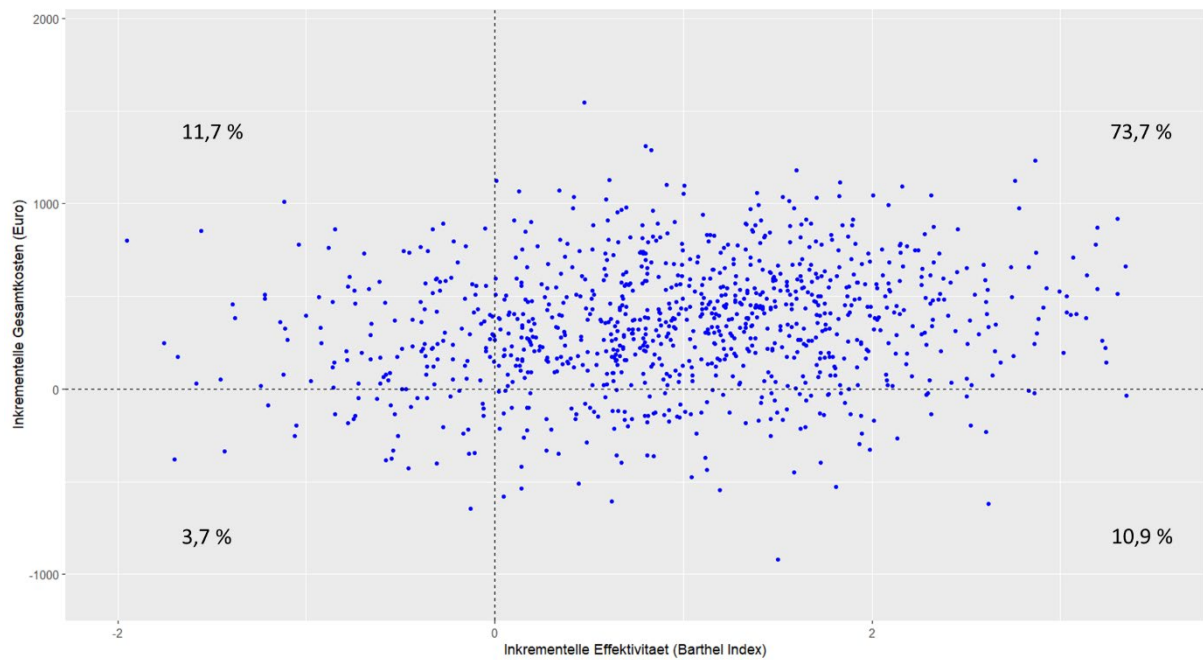
Aufbau- und Schulungsphase

Im Jahr 2018 fallen theoretisch folgende Kosten an: 3,5 CM mit einem Gehalt von jeweils 57.834,00 € und Gemeinkosten analog Infrastrukturpauschale (25 %) in Höhe von ca. 14.458,50 € pro Person. Außerdem vier Kfz mit Kosten in Höhe von jeweils 9.000,00 €. Die Gesamtkosten für 3,5 CM und vier Kfz liegen damit bei ca. 289.024,00 €. Da die Aufbau- und Schulungsphase ausschließlich im 4. Quartal stattfinden, werden diese Kosten mit ca. 72.255,94 € datiert.

Versorgungsphase

In der Versorgungsphase ergeben sich zusätzlich zu den Kosten für Gehälter und Kfz noch Gemeinkosten, die analog zur Infrastrukturpauschale mit 25 % des Gehalts anzusetzen sind. Diese betragen in 2019 ca. 14.994,00 € pro CM, multipliziert mit den 3,5 CM, entsprechend ca. 52.479,00 €. Für das Jahr 2020 liegen die Gemeinkosten pro CM bei ca. 15.351,00 € und die Gesamtkosten für 3,5 CM demnach bei ca. 53.728,50 €. Summiert ergeben sich fallunabhängige Versorgungsleistungen in Höhe von ca. 178.463,44 €

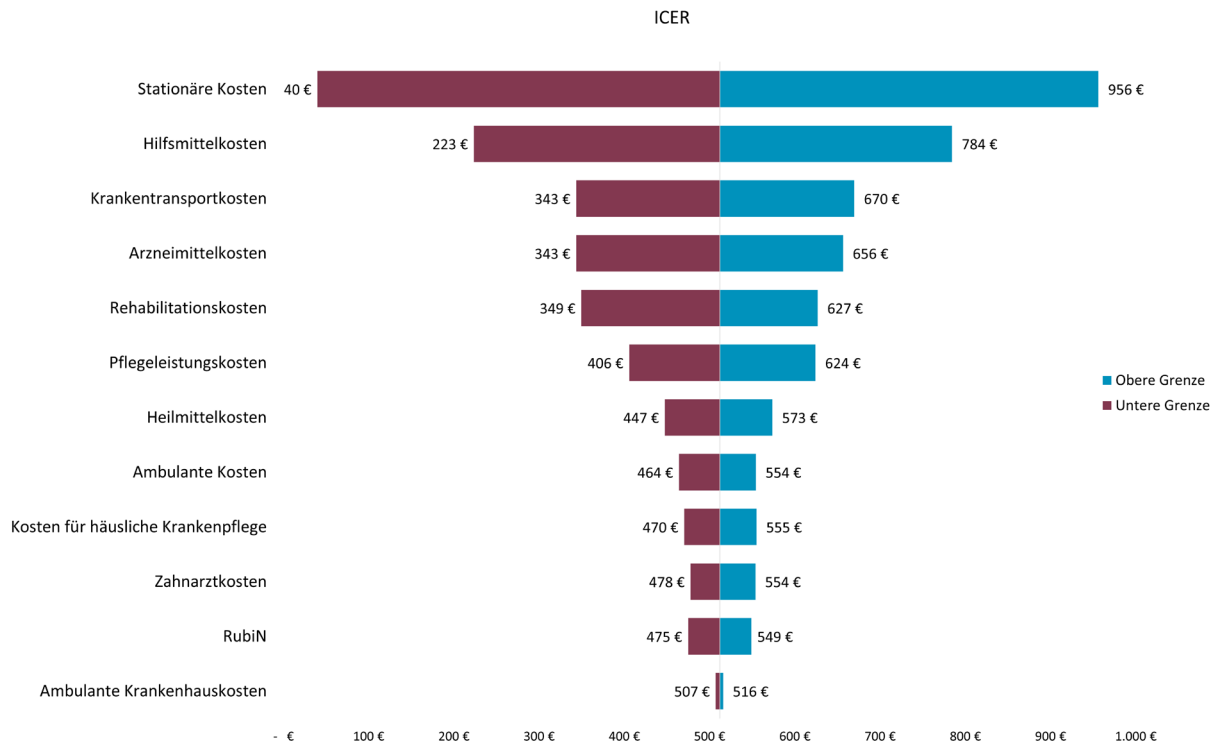
Anhang 43: TP2_FAS Cost Effectiveness Plane



Sensitivitätsanalysen der Kosteneffektivitätsanalyse FAS

Um die Robustheit der Ergebnisse der FAS zu untersuchen, wurde die Variation des ICER per Bootstrapping untersucht. In der Abbildung ist der Cost Effectiveness Plane mit gebootstrappten Schätzungen für die inkrementellen Kosten und den inkrementellen Effekt für die FAS abgebildet. Über 73 % der simulierten Werte lagen im rechten oberen Feld des Plots und waren sowohl teurer als auch weniger effektiv als die Versorgung in der KG.

Anhang 44: TP2_FAS Tornado-Diagramm



Für die weitere Untersuchung der Robustheit bzw. Ergebnisunsicherheit, wurden univariate Sensitivitätsanalysen für jeden Kostenposten durchgeführt und in einem Tornado-Diagramm dargestellt. Die einzelnen Kostenkategorien wurden jeweils anhand des 95%-Konfidenz-Intervalls variiert. Da die Interventionskosten fix waren, wurden sie um +/- 30 % variiert. In dem Tornado-Diagramm wird ersichtlich, welchen Einfluss die Variation jeweils auf das ICER hat. Die stationären Kosten hatten den größten Einfluss auf das ICER.

Anhang 45: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN1, N=394) – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	2.689,62	3.909,57	1.154,06	0	25.829,20
Gesamtkosten _{t1}	3.626,95	4.887,75	2.251,46	0	44.545,65
Gesamtkosten _{t1-t0}	937,32	5.224,74	328,17	-19.499,22	44.062,56
Ambulante Kosten _{t0}	298,62	447,83	220,41	0	7.858,19
Ambulante Kosten _{t1}	309,44	457,37	216,93	0	7.818,70
Ambulante Kosten _{t1-t0}	10,83	279,69	1,65	-1.959,76	1.422,46
Stationäre Kosten _{t0}	735,33	2.581,96	0	0	21.837,09
Stationäre Kosten _{t1}	621,95	2.780,42	0	0	39.363,63
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-113,39	3.650,05	0	-21.733,81	39.363,63
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	8,88	57,97	0	0	734,58
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	7,80	52,26	0	0	763,79
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	-1,08	64,98	0	-506,50	763,79
Arzneimittelkosten _{t0}	428,44	889,57	199,59	0	10.707,13
Arzneimittelkosten _{t1}	642,40	2.189,10	244,07	0	31.603,05
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	213,96	1.957,09	13,37	-6.139,48	28.215,33
Heilmittelkosten _{t0}	96,46	279,32	0	0	2.234,50
Heilmittelkosten _{t1}	179,44	583,88	0	0	8.063,28
Heilmittelkosten _{t1-t0}	82,98	509,07	0	-875,39	8.063,28
Hilfsmittelkosten _{t0}	119,72	754,44	0	0	14.224,18
Hilfsmittelkosten _{t1}	135,90	607,25	0	0	10.232,26
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	16,19	436,10	0	-3.991,92	4.069,80
Krankentransportkosten _{t0}	118,62	760,94	0	0	14.052,06
Krankentransportkosten _{t1}	158,74	1.124,05	0	0	18.990,00
Krankentransportkosten _{t1-t0}	40,11	1.355,28	0	-14.052,06	18.990,00
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	118,11	622,60	0	0	7.952,98
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	201,31	682,64	0	0	7.431,12
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	83,19	514,58	0	-2.669,70	4.670,08
Pflegeleistungskosten _{t0}	702,88	1.322,28	0	0	9.638,49
Pflegeleistungskosten _{t1}	1.287,28	1.772,28	948,00	0	11.839,70
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	584,40	1.365,66	0	-6.721,58	9.432,14
Rehabilitationskosten _{t0}	10,29	144,28	0	0	2.048,00
Rehabilitationskosten _{t1}	51,10	390,58	0	0	3.553,00
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	40,81	417,64	0	-2.048,00	3.553,00
Zahnarztkosten _{t0}	52,27	342,07	0	0	5.329,67
Zahnarztkosten _{t1}	31,58	118,39	0	0	1.612,15
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-20,68	359,72	0	-5.329,67	1.427,22

Anhang 46: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN2, N=308) – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	4.433,75	14.771,64	1.200,30	0	186.855,40
Gesamtkosten _{t1}	4.090,16	11.654,36	1.712,21	0	130.627,10
Gesamtkosten _{t1-t0}	-343,59	15.577,75	56,16	-183.666,70	116.686,40
Ambulante Kosten _{t0}	394,48	1.313,01	239,56	0	18.044,60
Ambulante Kosten _{t1}	387,51	1.420,65	235,28	0	20.521,96
Ambulante Kosten _{t1-t0}	-6,97	271,30	-18,44	-1.097,40	2.477,36
Stationäre Kosten _{t0}	1.823,71	11.205,42	0	0	184.673,00
Stationäre Kosten _{t1}	708,09	2.867,70	0	0	36.151,85
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-1.115,61	11.610,50	0	-184.673,00	36.151,85
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	10,59	56,37	0	0	647,10
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	7,66	33,51	0	0	209,39
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	-2,93	60,85	0	-647,10	209,39
Arzneimittelkosten _{t0}	484,47	920,99	239,03	0	8.840,57
Arzneimittelkosten _{t1}	488,87	950,52	258,39	0	11.319,17
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	4,40	833,61	7,41	-6.822,12	10.420,06
Heilmittelkosten _{t0}	134,60	420,47	0	0	5.962,00
Heilmittelkosten _{t1}	176,79	569,27	0	0	8.359,65
Heilmittelkosten _{t1-t0}	42,19	258,19	0	-503,90	2.397,65
Hilfsmittelkosten _{t0}	187,41	803,60	0	0	9.025,38
Hilfsmittelkosten _{t1}	716,25	6.146,63	0	0	98.742,68
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	528,84	5.910,03	0	-3.491,78	95.144,12
Krankentransportkosten _{t0}	632,38	7.021,55	0	0	112.957,40
Krankentransportkosten _{t1}	582,30	4.406,99	0	0	58.494,96
Krankentransportkosten _{t1-t0}	-50,09	6.546,14	0	-84.205,56	58.494,96
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	153,75	480,40	0	0	2.752,50
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	253,14	625,41	0	0	3.035,43
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	99,40	471,98	0	-2.011,40	3.035,43
Pflegeleistungskosten _{t0}	499,35	1.117,26	0	0	8.417,88
Pflegeleistungskosten _{t1}	718,22	1.214,52	0	0	6.468,57
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	218,88	895,14	0	-6.305,94	5.426,63
Rehabilitationskosten _{t0}	86,05	1.154,25	0	0	19.921,12
Rehabilitationskosten _{t1}	8,21	144,00	0	0	2.527,20
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	-77,85	1.163,81	0	-19.921,12	2.527,20
Zahnarztkosten _{t0}	26,97	117,73	0	0	1.787,73
Zahnarztkosten _{t1}	43,12	168,91	0	0	2.328,43
Zahnarztkosten _{t1-t0}	16,15	188,50	0	-1.787,73	2.057,16

Anhang 47: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN3, N=196) – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	2.761,53	4.271,08	971,56	0	27.999,02
Gesamtkosten _{t1}	3.265,60	6.516,61	1.490,88	0	70.313,50
Gesamtkosten _{t1-t0}	504,07	6.721,20	77,84	-25.746,43	69.925,58
Ambulante Kosten _{t0}	288,44	278,36	227,42	0	1.479,53
Ambulante Kosten _{t1}	258,33	265,13	208,22	0	2.073,32
Ambulante Kosten _{t1-t0}	-30,10	269,41	-8,46	-1.102,30	1.596,73
Stationäre Kosten _{t0}	712,83	2.405,99	0	0	14.349,77
Stationäre Kosten _{t1}	438,76	1.465,61	0	0	12.103,70
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-274,07	2.869,51	0	-14.349,77	12.103,70
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	18,52	72,07	0	0	666,63
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	13,16	54,44	0	0	367,73
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	-5,37	75,89	0	-666,63	246,66
Arzneimittelkosten _{t0}	681,76	2.161,64	270,19	0	26.561,12
Arzneimittelkosten _{t1}	521,50	610,26	321,83	0	3.441,55
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	-160,26	2.051,31	0,23	-25.498,95	3.140,33
Heilmittelkosten _{t0}	277,16	1.092,83	0	0	12.980,80
Heilmittelkosten _{t1}	637,86	3.102,80	0	0	26.940,02
Heilmittelkosten _{t1-t0}	360,71	2.528,45	0	-1.955,52	24.698,04
Hilfsmittelkosten _{t0}	72,53	316,59	0	0	3.536,20
Hilfsmittelkosten _{t1}	360,02	2.339,97	0	0	25.256,34
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	287,49	2.222,54	0	-1.469,03	25.256,34
Krankentransportkosten _{t0}	69,33	430,37	0	0	5.724,20
Krankentransportkosten _{t1}	249,21	2.898,88	0	0	40.581,00
Krankentransportkosten _{t1-t0}	179,89	2.935,43	0	-5.724,20	40.581,00
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	119,29	411,29	0	0	2.877,96
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	122,00	392,49	0	0	2.899,84
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	2,71	130,03	0	-682,20	736,00
Pflegeleistungskosten _{t0}	335,73	985,14	0	0	7.512,19
Pflegeleistungskosten _{t1}	545,43	1.170,21	0	0	8.602,00
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	209,71	647,38	0	-1.035,23	5.527,5
Rehabilitationskosten _{t0}	148,07	753,48	0	0	6.845,3
Rehabilitationskosten _{t1}	85,82	576,14	0	0	5.877,00
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	-62,25	961,88	0	-6.845,30	5.877,00
Zahnarztkosten _{t0}	37,88	99,14	0	0	763,16
Zahnarztkosten _{t1}	33,50	151,67	0	0	1.831,04
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-4,38	179,64	0	-763,16	1.831,04

Anhang 48: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN4, N=510) – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	2.434,91	4.843,58	780,94	0	52.563,73
Gesamtkosten _{t1}	3.028,21	4.905,44	1.287,18	0	41.600,94
Gesamtkosten _{t1-t0}	593,30	5.632,34	155,55	-48.319,08	29.376,37
Ambulante Kosten _{t0}	272,34	488,97	165,02	0	7.034,22
Ambulante Kosten _{t1}	284,13	553,57	177,72	0	7.547,89
Ambulante Kosten _{t1-t0}	11,80	452,55	0	-3.347,39	6.625,20
Stationäre Kosten _{t0}	949,7	3.623,61	0	0	49.542,64
Stationäre Kosten _{t1}	783,88	2.993,95	0	0	30.016,59
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-165,39	4.671,29	0	-49.542,64	26.698,84
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	3,58	25,32	0	0	258,52
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	6,80	44,10	0	0	511,95
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	3,22	44,77	0	-258,52	511,95
Arzneimittelkosten _{t0}	513,61	2.353,97	211,04	0	46.566,88
Arzneimittelkosten _{t1}	639,53	2.326,49	219,43	0	37.466,26
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	125,92	1.545,17	11,10	-9.100,62	24.498,00
Heilmittelkosten _{t0}	48,25	130,84	0	0	1.465,55
Heilmittelkosten _{t1}	89,04	269,49	0	0	3.635,16
Heilmittelkosten _{t1-t0}	40,79	253,59	0	-685,81	3.635,16
Hilfsmittelkosten _{t0}	87,99	563,44	0	0	9.084,12
Hilfsmittelkosten _{t1}	130,29	417,01	0	0	5.176,50
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	42,30	698,33	0	-9.084,12	5.176,50
Krankentransportkosten _{t0}	84,79	365,68	0	0	4.663,76
Krankentransportkosten _{t1}	157,80	833,15	0	0	13.586,59
Krankentransportkosten _{t1-t0}	73,01	856,91	0	-4.663,76	12.110,59
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	69,83	311,08	0	0	2.127,61
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	119,34	428,49	0	0	3.390,38
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	49,51	327,56	0	-2.033,99	3.390,38
Pflegeleistungskosten _{t0}	252,50	770,23	0	0	7.088,62
Pflegeleistungskosten _{t1}	702,78	1.408,94	0	0	11.993,69
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	450,28	1.094,78	0	-2.764,90	9.602,88
Rehabilitationskosten _{t0}	72,21	551,03	0	0	6.930,00
Rehabilitationskosten _{t1}	60,76	500,85	0	0	6.226,00
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	-11,45	703,09	0	-6.930,00	6.226,00
Zahnarztkosten _{t0}	80,54	402,97	0	0	4.121,85
Zahnarztkosten _{t1}	53,85	283,57	0	0	3.377,36
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-26,69	493,28	0	-4.056,74	3.377,36

Anhang 49: TP2_Kostenarten und Differenzen der Interventionsgruppe (IN5, N=424) – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	3.317,44	6.375,56	1.182,47	0	58.162,92
Gesamtkosten _{t1}	3.586,64	5.995,95	2.124,01	0	72.651,14
Gesamtkosten _{t1-t0}	269,20	5.827,52	174,87	-42.754,94	35.780,18
Ambulante Kosten _{t0}	222,51	280,74	159,14	0	2.875,28
Ambulante Kosten _{t1}	230,50	393,26	148,14	0	5.541,46
Ambulante Kosten _{t1-t0}	8,00	406,81	-2,84	-2.624,05	5.359,45
Stationäre Kosten _{t0}	976,63	3.461,09	0	0	40.441,53
Stationäre Kosten _{t1}	601,04	2.191,71	0	0	25.710,06
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-375,58	4.109,04	0	-40.441,53	25.710,06
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	4,24	37,94	0	0	553,80
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	8,09	66,35	0	0	1.003,35
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	3,85	73,06	0	-353,78	1.003,35
Arzneimittelkosten _{t0}	435,25	1.386,28	204,26	0	26.373,59
Arzneimittelkosten _{t1}	607,97	2.379,03	255,42	0	34.946,61
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	172,71	2.038,17	16,16	-4.529,31	34.828,91
Heilmittelkosten _{t0}	64,08	214,09	0	0	2.679,88
Heilmittelkosten _{t1}	78,24	242,70	0	0	2.522,42
Heilmittelkosten _{t1-t0}	14,17	210,87	0	-875,07	2.522,42
Hilfsmittelkosten _{t0}	283,71	3.000,00	0	0	57.208,86
Hilfsmittelkosten _{t1}	275,46	2.370,34	0	0	47.214,00
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	-8,25	1.369,77	0	-21.688,16	10.032,70
Krankentransportkosten _{t0}	117,63	723,95	0	0	12.448,00
Krankentransportkosten _{t1}	92,71	434,02	0	0	6.969,43
Krankentransportkosten _{t1-t0}	-24,92	758,42	0	-12.448,00	4.467,03
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	230,48	1.741,48	0	0	34.508,21
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	351,46	2.571,57	0	0	51.622,50
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	120,98	935,93	0	-1.965,69	17.114,29
Pflegeleistungskosten _{t0}	822,90	1.363,09	0	0	8.929,51
Pflegeleistungskosten _{t1}	1.297,34	1.711,37	649,50	0	9.902,89
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	474,44	1.036,70	0	-1.502,35	7.739,18
Rehabilitationskosten _{t0}	134,62	1.623,50	0	0	30.573,00
Rehabilitationskosten _{t1}	11,59	174,07	0	0	3.088,16
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	-123,03	1.633,77	0	-30.573,00	3.088,16
Zahnarztkosten _{t0}	25,39	87,49	0	0	986,78
Zahnarztkosten _{t1}	32,24	135,93	0	0	1.859,17
Zahnarztkosten _{t1-t0}	6,85	157,51	0	-986,78	1.859,17

Anhang 50: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (KN1, N=237) – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	2.692,20	6.549,16	789,01	0	91.077,10
Gesamtkosten _{t1}	3.028,95	8.490,49	1.036,09	0	118.308,60
Gesamtkosten _{t1-t0}	336,75	4.325,34	5,00	-13.093,15	29.632,66
Ambulante Kosten _{t0}	226,35	350,08	128,87	0	2.721,07
Ambulante Kosten _{t1}	251,61	600,02	119,85	0	8.053,28
Ambulante Kosten _{t1-t0}	25,27	556,91	0	-2.109,45	7.097,13
Stationäre Kosten _{t0}	491,60	1.716,60	0	0	14.150,45
Stationäre Kosten _{t1}	497,75	2.198,98	0	0	24.197,76
Stationäre Kosten _{t1-t0}	6,15	2.828,83	0	-11.902,67	24.197,76
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	1,47	13,72	0	0	150,00
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	1,40	15,26	0	0	172,95
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	-0,07	20,62	0	-150,00	172,95
Arzneimittelkosten _{t0}	738,72	5.091,95	220,67	0	77.970,24
Arzneimittelkosten _{t1}	901,12	6.763,55	224,82	0	103.386,40
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	162,41	1.868,69	1,82	-3.787,96	25.416,12
Heilmittelkosten _{t0}	95,79	216,38	0	0	1.325,29
Heilmittelkosten _{t1}	97,10	268,93	0	0	2.739,92
Heilmittelkosten _{t1-t0}	1,31	275,06	0	-1.140,15	2.739,92
Hilfsmittelkosten _{t0}	103,67	347,05	0	0	3.064,00
Hilfsmittelkosten _{t1}	129,32	438,20	0	0	4.226,79
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	25,66	451,72	0	-1.860,83	4.226,79
Krankentransportkosten _{t0}	38,07	174,14	0	0	1.547,59
Krankentransportkosten _{t1}	103,40	423,10	0	0	3.618,09
Krankentransportkosten _{t1-t0}	65,33	430,55	0	-1.547,59	3.618,09
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	162,88	577,96	0	0	3.746,94
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	117,31	489,98	0	0	3.857,24
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	-45,58	293,70	0	-2.179,14	1.248,89
Pflegeleistungskosten _{t0}	735,45	1.826,31	0	0	15.173,69
Pflegeleistungskosten _{t1}	906,35	1.728,14	0	0	10.322,02
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	170,90	1.156,55	0	-11.538,56	6.026,68
Rehabilitationskosten _{t0}	44,58	418,61	0	0	5.124,00
Rehabilitationskosten _{t1}	0	0	0	0	0
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	-44,58	418,61	0	-5.124,00	0
Zahnarztkosten _{t0}	53,62	389,71	0	0	5.601,32
Zahnarztkosten _{t1}	23,58	86,29	0	0	972,30
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-30,05	395,79	0	-5.601,32	815,16

Anhang 51: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (KN2, N=90) – CCA (in Euro)

	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	3.315,80	5.398,87	1.152,55	0	35.309,30
Gesamtkosten _{t1}	2.439,03	3.910,93	1.055,51	0	27.536,05
Gesamtkosten _{t1-t0}	-876,77	5.953,60	-111,03	-34.818,70	25.160,29
Ambulante Kosten _{t0}	263,91	229,45	188,04	0	1.037,33
Ambulante Kosten _{t1}	248,89	217,06	179,00	0	1.049,60
Ambulante Kosten _{t1-t0}	-15,01	248,31	0,86	-890,10	689,10
Stationäre Kosten _{t0}	745,80	2.263,39	0	0	11.928,67
Stationäre Kosten _{t1}	491,61	2.404,42	0	0	18.521,22
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-254,19	3.288,00	0	-11.928,67	18.521,22
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	16,18	55,62	0	0	259,11
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	2,71	20,90	0	0	191,77
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	-13,47	52,81	0	-259,11	24,60
Arzneimittelkosten _{t0}	441,26	732,64	248,03	0	5.896,15
Arzneimittelkosten _{t1}	465,57	724,65	199,43	0	4.359,20
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	24,31	601,81	-9,11	-2.643,14	3.867,08
Heilmittelkosten _{t0}	222,36	576,05	0	0	4.536,48
Heilmittelkosten _{t1}	280,03	877,73	0	0	6.463,32
Heilmittelkosten _{t1-t0}	57,67	865,10	0	-3.446,82	5.779,72
Hilfsmittelkosten _{t0}	703,17	3.908,69	0	0	34.892,00
Hilfsmittelkosten _{t1}	64,40	148,90	0	0	739,35
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	-638,76	3921,74	0	-34.892,00	739,35
Krankentransportkosten _{t0}	196,90	1.112,56	0	0	9.162,00
Krankentransportkosten _{t1}	102,78	602,18	0	0	5.475,40
Krankentransportkosten _{t1-t0}	-94,12	1.008,01	0	-9.162,00	1.217,92
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	95,66	357,50	0	0	2.115,16
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	138,08	428,82	0	0	2.163,06
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	42,42	366,49	0	-2.115,16	1.654,16
Pflegeleistungskosten _{t0}	471,16	1.157,75	0	0	8.055,65
Pflegeleistungskosten _{t1}	605,24	1.438,49	0	0	10.356,25
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	134,07	547,47	0	-631,11	3.055,41
Rehabilitationskosten _{t0}	60,89	329,79	0	0	1.850,00
Rehabilitationskosten _{t1}	19,46	184,57	0	0	1.751,00
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	41,44	381,08	0	-1.850,00	1.751,00
Zahnarztkosten _{t0}	98,50	619,66	0	0	5.815,03
Zahnarztkosten _{t1}	20,25	41,57	0	0	201,63
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-78,25	623,10	0	-5.815,03	201,63

Anhang 52: TP2_Kostenarten und Differenzen der Kontrollgruppe (KN3, N=132) – CCA (in Euro)

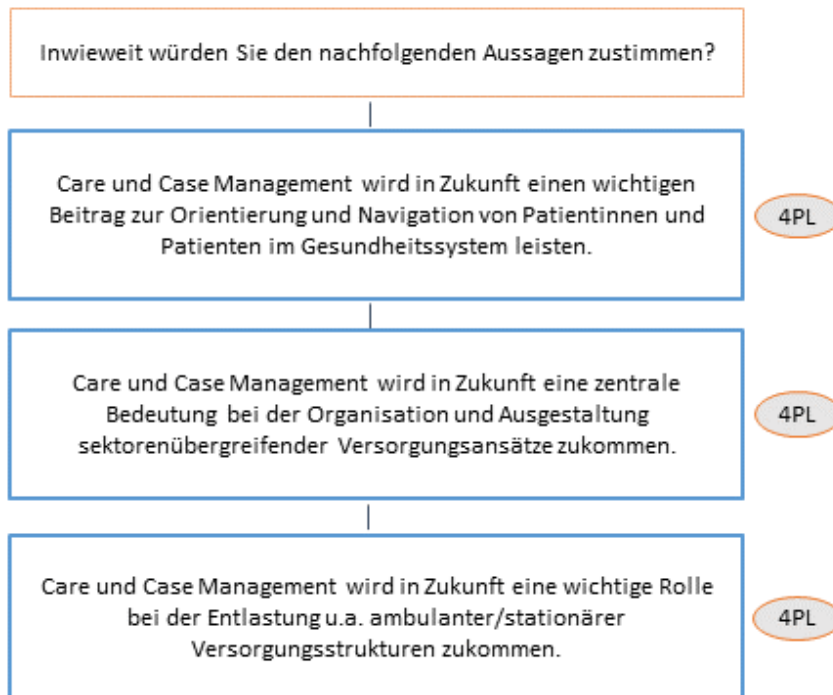
	Mittelwert	SD	Median	Min	Max
Gesamtkosten _{t0}	1.953,02	3.133,77	661,43	0	20.432,48
Gesamtkosten _{t1}	1.876,32	3.055,11	691,81	0	20.691,89
Gesamtkosten _{t1-t0}	-76,69	3.782,85	-20,45	-20.081,15	18.554,63
Ambulante Kosten _{t0}	300,23	248,31	236,93	0	2.212,35
Ambulante Kosten _{t1}	282,53	281,12	202,44	0	1.792,10
Ambulante Kosten _{t1-t0}	-17,71	252,15	-0,85	-2.014,62	1.621,81
Stationäre Kosten _{t0}	701,01	2.426,45	0	0	18.770,78
Stationäre Kosten _{t1}	439,16	1.556,58	0	0	8.437,20
Stationäre Kosten _{t1-t0}	-261,85	2.877,83	0	-18.770,78	8.437,20
Ambulante Krankenhauskosten _{t0}	1,25	14,36	0	0	165,00
Ambulante Krankenhauskosten _{t1}	2,50	20,23	0	0	165,00
Ambulante Krankenhauskosten _{t1-t0}	1,25	24,94	0	-165,00	165,00
Arzneimittelkosten _{t0}	292,41	378,98	190,89	0	3.085,98
Arzneimittelkosten _{t1}	412,54	1.116,93	180,62	0	11.991,54
Arzneimittelkosten _{t1-t0}	120,13	1.002,14	15,15	-800,62	11.155,54
Heilmittelkosten _{t0}	66,01	200,38	0	0	1.600,19
Heilmittelkosten _{t1}	78,46	308,40	0	0	2.990,75
Heilmittelkosten _{t1-t0}	12,45	148,13	0	-374,78	1.390,56
Hilfsmittelkosten _{t0}	97,68	386,09	0	0	3.946,30
Hilfsmittelkosten _{t1}	78,50	233,57	0	0	1.618,74
Hilfsmittelkosten _{t1-t0}	-19,17	438,58	0	-3.771,28	1.618,74
Krankentransportkosten _{t0}	71,32	317,63	0	0	2.977,30
Krankentransportkosten _{t1}	61,18	271,39	0	0	2.354,11
Krankentransportkosten _{t1-t0}	-10,14	415,64	0	-2.977,30	2.354,11
Häusliche Krankenpflegekosten _{t0}	17,88	152,23	0	0	1.713,89
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1}	33,89	184,87	0	0	1.734,45
Häusliche Krankenpflegekosten _{t1-t0}	16,01	101,65	0	-55,92	865,27
Pflegeleistungskosten _{t0}	269,47	846,42	0	0	6.411,98
Pflegeleistungskosten _{t1}	401,21	875,27	0	0	4.873,09
Pflegeleistungskosten _{t1-t0}	131,73	777,34	0	-6.411,98	2.457,68
Rehabilitationskosten _{t0}	76,64	509,20	0	0	3.820,35
Rehabilitationskosten _{t1}	48,69	559,43	0	0	6.427,40
Rehabilitationskosten _{t1-t0}	-27,94	761,43	0	-3.820,35	6.427,40
Zahnarztkosten _{t0}	59,12	193,96	0	0	1.508,45
Zahnarztkosten _{t1}	37,67	110,44	0	0	607,10
Zahnarztkosten _{t1-t0}	-21,45	221,56	0	-1.508,45	564,47

Anhang 53: TP2_Statistisch signifikante Kostendifferenzen auf Netzebene (in Euro)

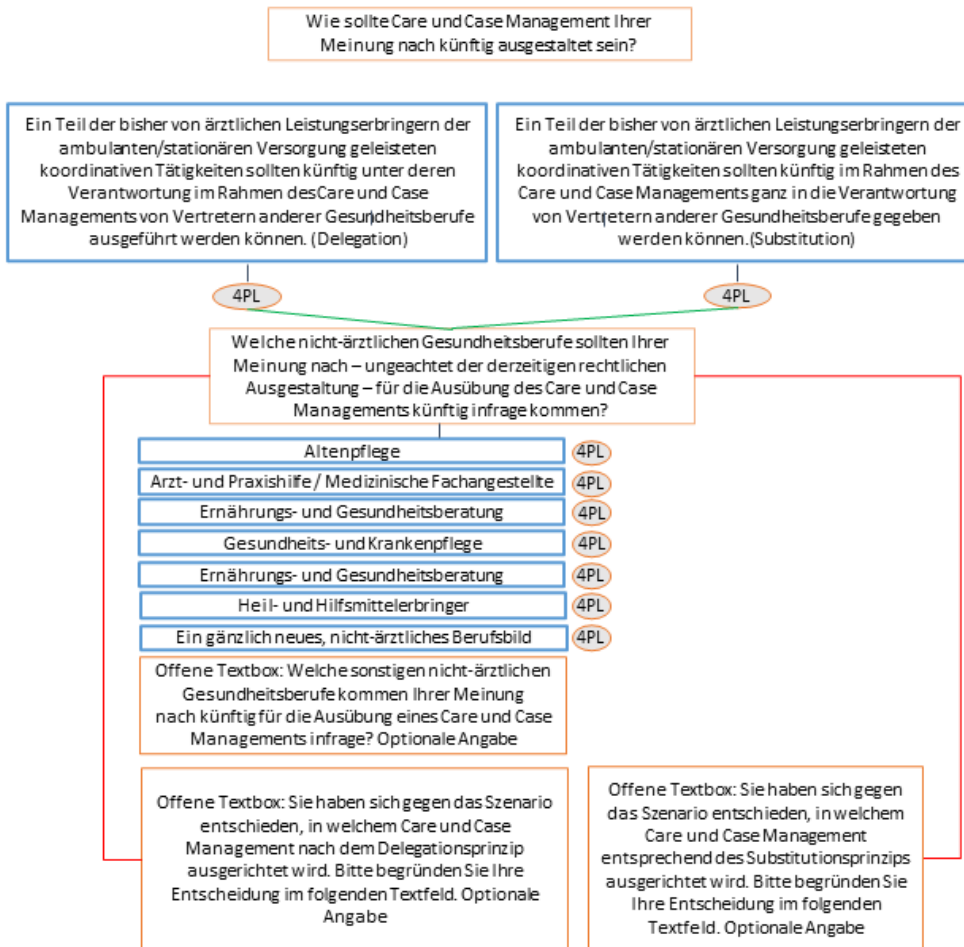
	Δ IN1-IN5*	Δ KG	p	CI
Gesamtkosten IN1	937,32	-20,09	p < 0,01	290; 1.633
Ambulanten Krankenhauskosten IN4	3,22	-2,32	p < 0,01	0; 10
Arzneimittelkosten IN3	-160,26	123,17	p < 0,05	-642; -16
Heilmittelkosten IN1	82,98	15,56	p < 0,05	6; 135
Heilmittelkosten IN3	360,71	15,56	p < 0,01	37; 739
Hilfsmittelkosten IN2	528,84	-117,51	p < 0,01	118; 1.431
Hilfsmittelkosten IN3	287,49	-117,51	p < 0,01	107; 808
Hilfsmittelkosten IN4	42,3	-117,51	p < 0,01	12; 359
Kosten der häuslichen Krankenpflege IN1	83,19	-10,61	p < 0,01	39; 153
Kosten der häuslichen Krankenpflege IN2	99,4	-10,61	p < 0,01	55; 169
Kosten der häuslichen Krankenpflege IN4	49,51	-10,61	p < 0,01	24; 100
Kosten der häuslichen Krankenpflege IN5	120,98	-10,61	p < 0,01	55; 239
Pflegeleistungskosten IN1	584,4	152,42	p < 0,01	273; 598
Pflegeleistungskosten IN4	450,28	152,42	p < 0,01	170; 430
Pflegeleistungskosten IN5	474,44	152,42	p < 0,01	189; 457
Rehabilitationskosten IN1	40,81	-39,18	p < 0,01	18; 146
Zahnarztkosten IN2	16,15	-37,03	p < 0,01	14; 101
Zahnarztkosten IN5	6,85	-37,03	p < 0,01	8; 90

*Anmerkung: Die in dieser Spalte dargestellte Differenz bezieht sich auf eine der fünf IG-Netze. Das jeweils zur Zeile gehörende IG-Netz wird in der jeweils ersten Zelle benannt.

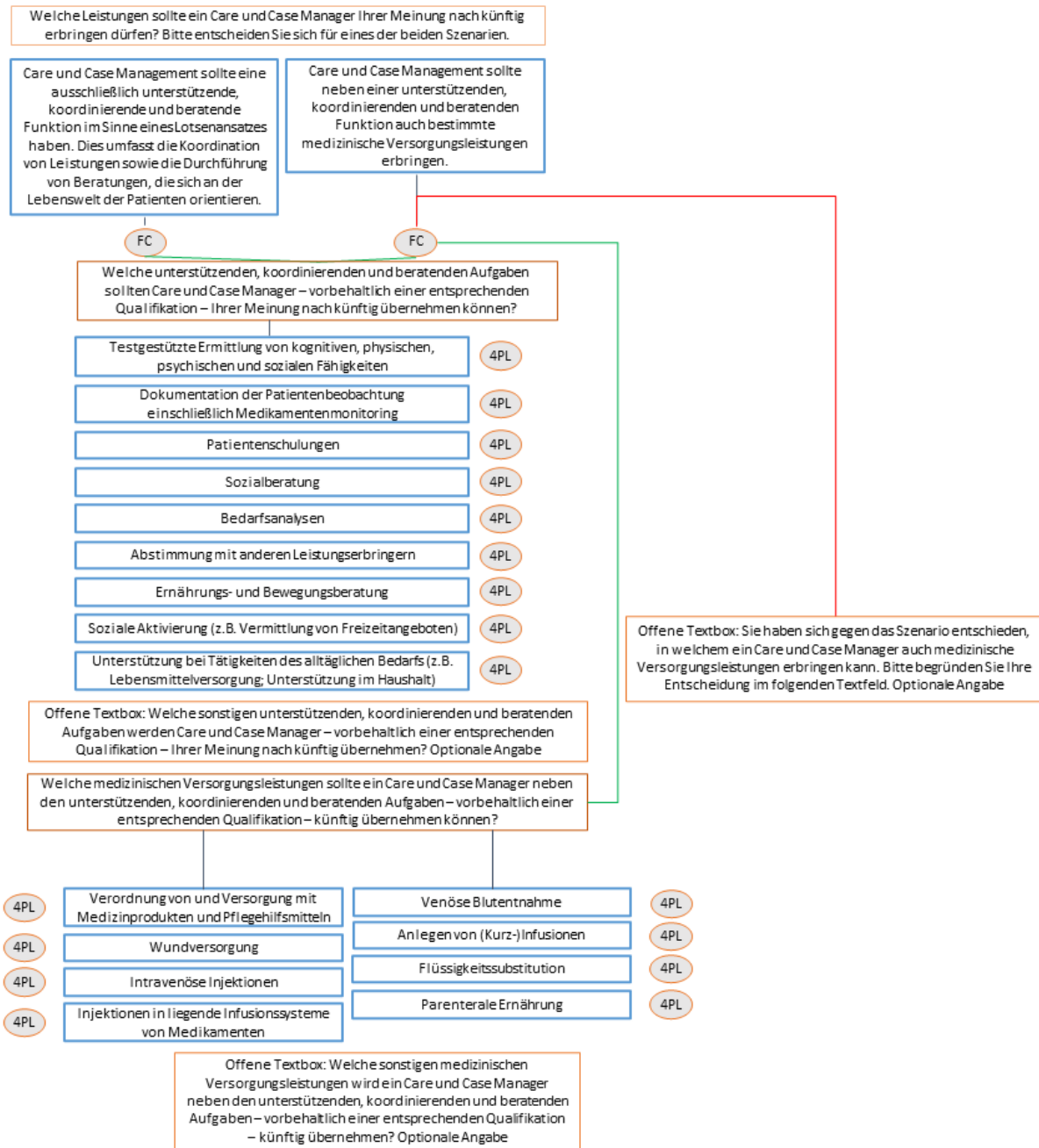
Anhang 54: TP2_Surveyalgorithmus zukünftiger Stellenwert von Care und Case Management



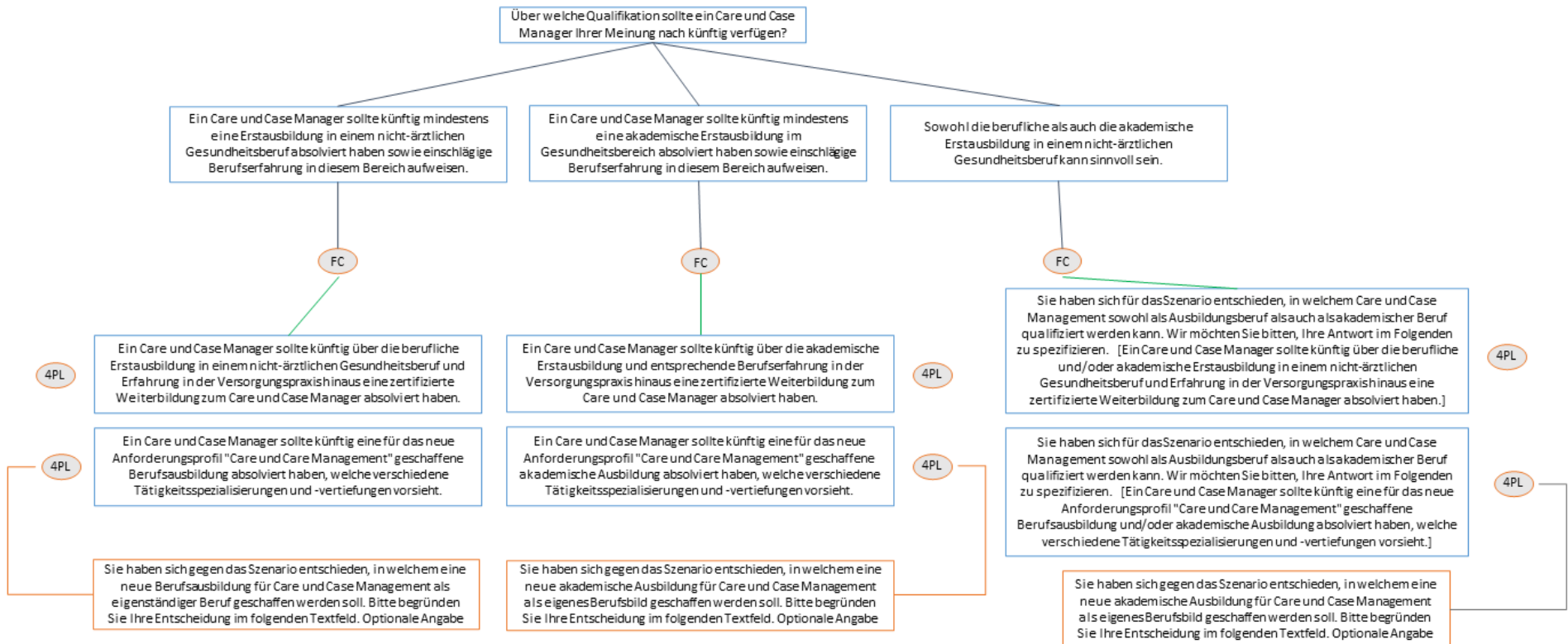
Anhang 55: TP2_Surveyalgorithmus zukünftige Ausgestaltung von Care und Case Management



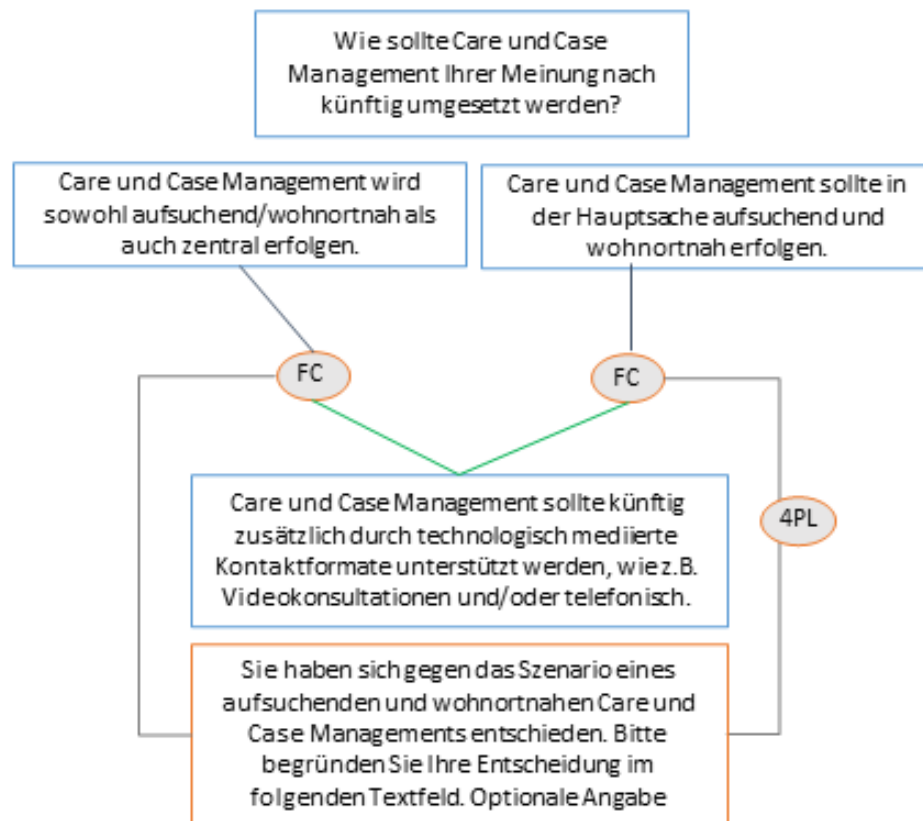
Anhang 56: TP2_Surveyalgorithmus zukünftige Leistungen eines Care und Case Managers



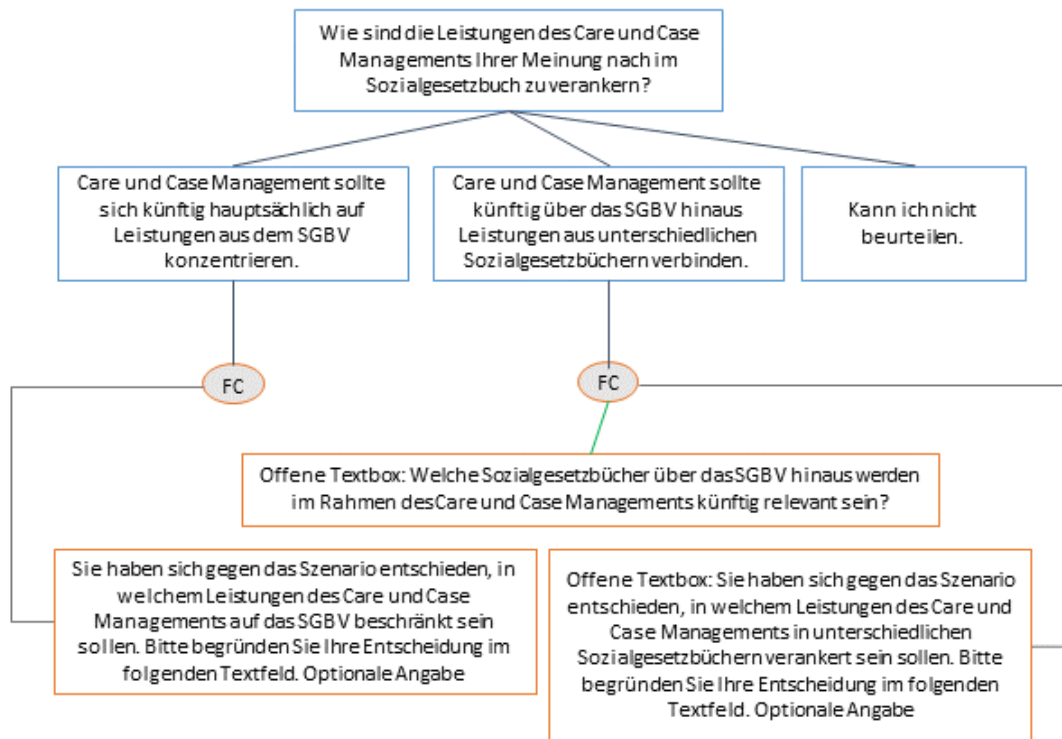
Anhang 57: TP2_Surveyalgorithmus notwendige Qualifikationen eines Care und Case Managers



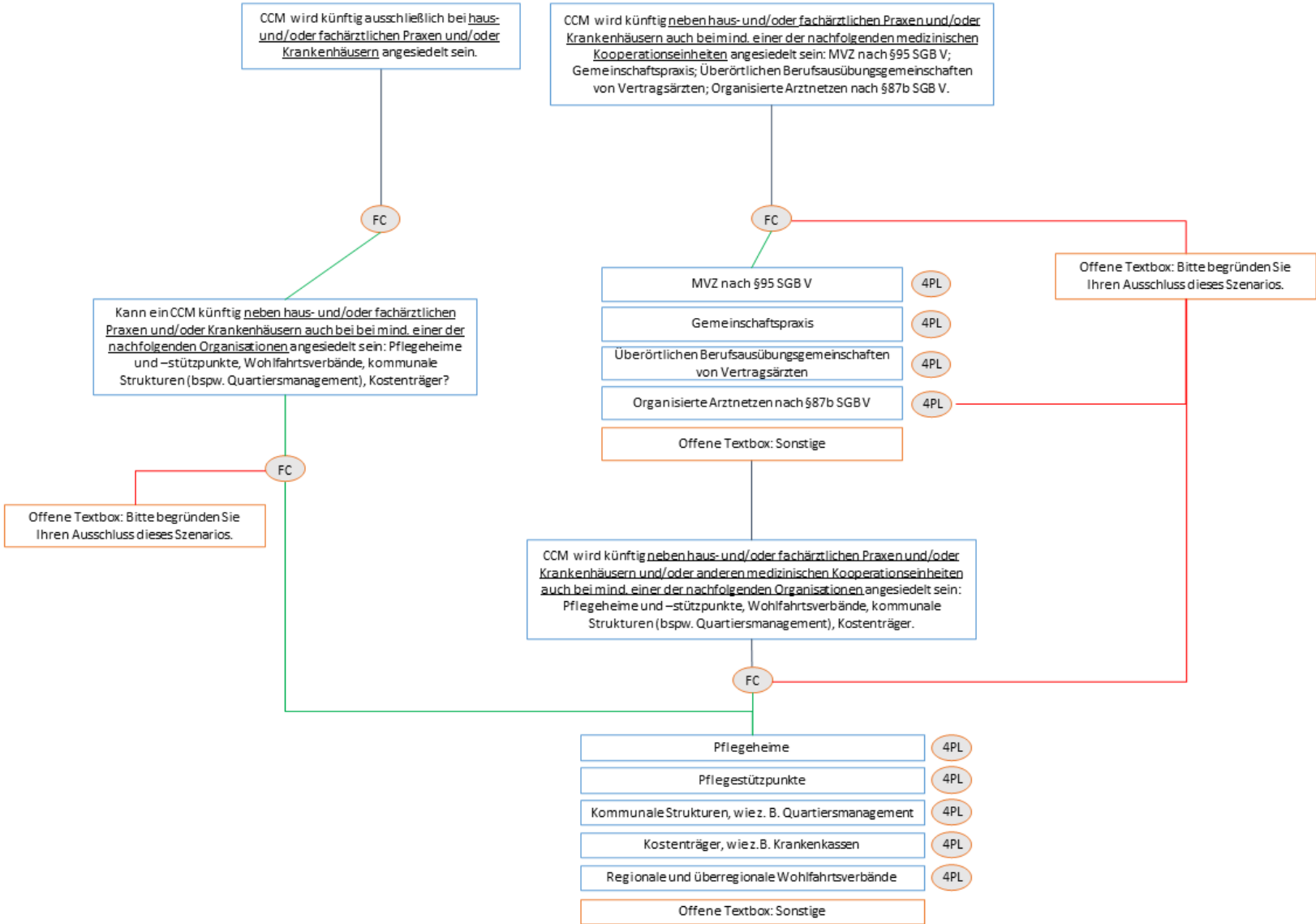
Anhang 58: TP2_Surveyalgorithmus zukünftige Umsetzung von Care und Case Management



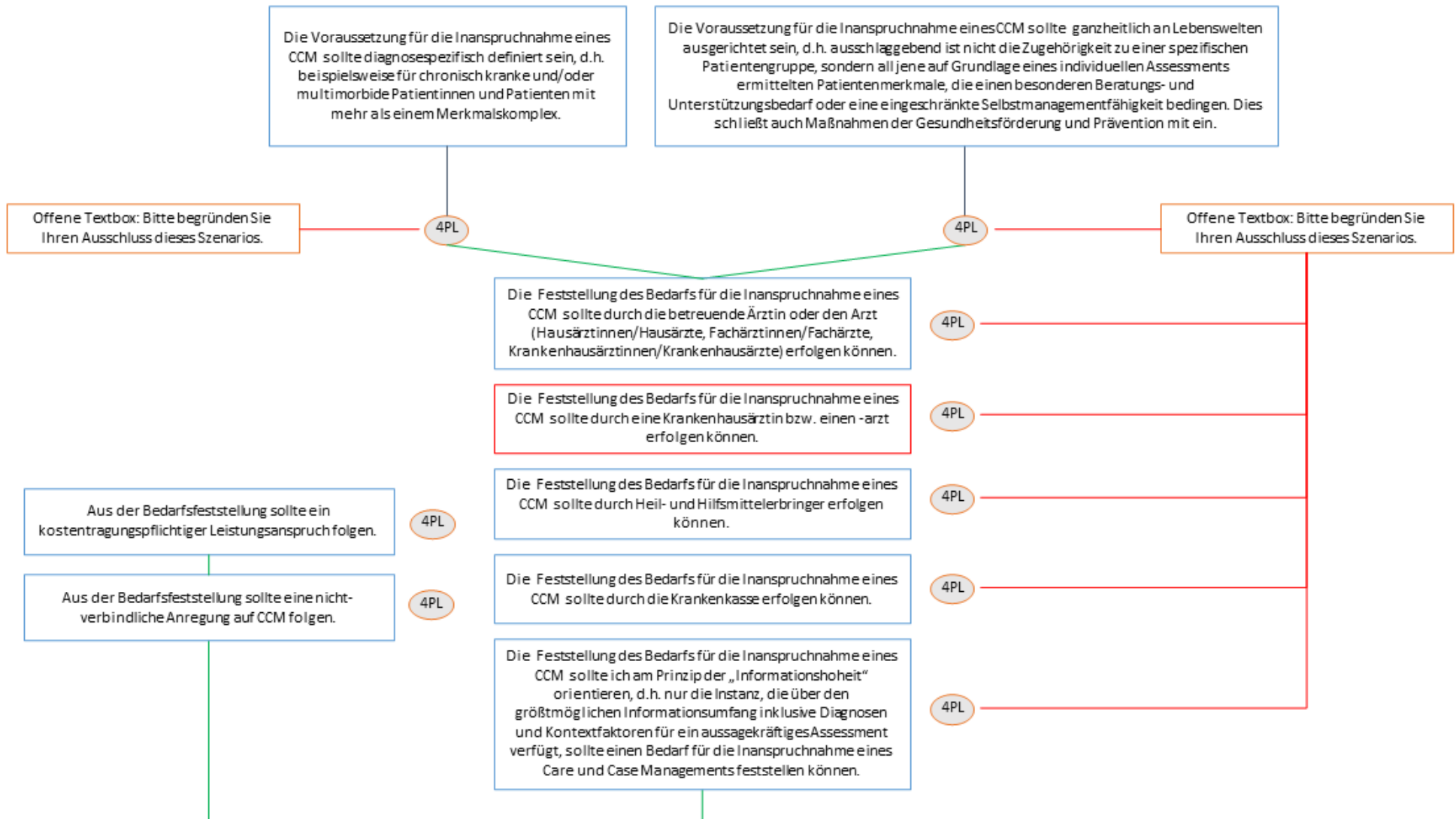
Anhang 59: TP2_Surveyalgorithmus gesetzliche Verankerung von Care und Case Management



Anhang 60: TP2_Surveyalgorithmus organisationale Ansiedelung von Care und Case Management



Anhang 61: TP2_Surveyalgorithmus Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Care und Case Management



Anhang 62: TP3_Auswertungstabelle Fallverläufe (Fälle mit Erst- und Zweitinterview)

Fälle	Merkmale Versorgungslandschaft	Veränderung Versorgungslandschaft	Rolle / Position des CCM
P0102	Patientin ist alleinlebend aber sozial vielseitig eingebunden	Soziale Kontakte und Aktivitäten sind dazugekommen	Beratung und Unterstützung, nicht genannt, außenstehend
P0103	stark unterstützende Angehörige	Sich verschlechternder Allgemeinzustand und Abnahme von Aktivität und Selbständigkeit	Unterstützung im Hintergrund
P0105	Patient ist alleinstehend und dabei relativ selbstständig, geht handwerklicher Tätigkeit nach um Rente aufzubessern, Versorger sind weit in relativer Distanz	Weiterhin Betonung der Selbstständigkeit trotz gesundheitl. Einschränkungen	Aufmerksame Begleitung und Kontrolle
P0201	Patientin ist alleinstehend, macht alles (am liebsten) selbst (Blutdrucktagebuch führen, Treppenlift organisieren, ihre Bekannten aufopferungsvoll unterstützen	Trotz zunehmender Einschränkungen (z. B. schwer einstellbarere Blutdruck) hat Pat. nachwievor „alles im Griff“.	Die Casemanagerin spielt kaum eine Rolle: „War ja erst zweimal hier bei mir [...] die hat gesehen, dass alles in Ordnung ist. Wie gesagt, was soll sie machen? [...] Ich kriege ja noch alles selbst in den Griff.“
P0203	Versorgender Angehöriger, dabei selbst stark eingeschränkt und wahrscheinlich überfordert	„Versorgungsteam“ wirkt breiter aufgestellt, Aufgaben zentrieren sich nicht mehr ausschließlich auf Angehörigen, Pflegestufe wurde erhöht	Feuerwehr und Verbündete sein: „Und Frau /Name Case Managerin// das ist immer, wenn ich gar nicht mehr ein noch aus wusste, und der MDK nur noch für mich ein Schimpfwort war, dann habe ich hier die Unterstützung gefunden.“
P0301 /P0302	Komplexe Versorgungslandschaft, zwei Schwestern, die die Versorgung ihrer Eltern (er Demenz, sie insulinpflichtig) organisieren	Entlastung der Angehörigen durch Tagespflege eines Elternteils mit Demenz	CM spielt keine zentrale Rolle, wird als eine Ansprechpartnerin unter mehreren (Pflegedienst, HA) genannt.
P0304	Alleinstehende Patientin mit breit aufgestelltem, nachbarschaftlich-familiärem Unterstützungsnetz	Corona bedingte Einschränkungen wiegen schwer belastend	Im Hintergrund, unproblematische Ansprechpartnerin, „die kannste anrufen“
P0305	Alleinstehende Pat., sehr selbstständig, viel priv. organisiert, aber Haushaltsführung wird zunehmend belastend und Unterstützungssystem /soz. Kontakte kommen (auch) „in die Jahre“,	Haushaltshilfe wurde gefunden, Möglichkeit für betreutes Wohnen wird gesucht	Wiederkehrende Abfrage von Unterstützungsbedarfen, CM erkundigt sich telefonisch, bietet Unterstützung u.a. im Zusammenhang mit Einschränkungen wegen Coronapandemie
P0401	Alleinstehendes Paar, er unterstützt sie („einer muss ja fit bleiben“), aber sie teilen sich auch Anwendungen.	„Urlaub“ in Tagesklinik schafft Erleichterung	Ist erreichbar, bei Fragen zur Stelle
P0403	Alleinstehender und extrem multimorbider Patient (ca. 9 verschiedene Ärztinnen und Ärzte sind beteiligt)	Keine großen Veränderungen	Ansprechpartnerin, die auch was anleiert, z. B. Aufenthalt Tagesklinik
P0404 /P0405	Versorgungspaar, durch familiäres (Kinder) und kirchliches Umfeld gut versorgt.	Inkontinenzbehandlung wurde initiiert, Pflegestufe beantragt	Präsenz am Rande mit Eingriff an entscheidender Stelle, spezifische, die Bedarfe erkennende Instanz, Vermittlungsstelle bei sensiblen Thema

Fälle	Merkmale Versorgungslandschaft	Veränderung Versorgungslandschaft	Rolle / Position des CCM
P0406	Strukturierte Versorgungslandschaft, Patient bildet zusammen mit persönlichen Hilfsmitteln (Rollator, Stock, Duschhocker) das Zentrum, Ärzte auf Distanz, Angehörige „halten den Rücken frei“	Verschlechterung. des Gesundheitszustandes, Angehörigenperspektive: „Er will ja nicht krank sein“	CM ist sporadisch involviert zeigt sich jederzeit ansprechbar
P0501	Alleinstehend aber Familie in der im Haus und mit 3 verschiedenen Rollatoren und 3 „Säulen“, auf die sich die Versorgung stützt (pflegerisch, ärztlich-therapeutisch, soziale-nachbarschaftlich)	Hochstufung erst auf 2 dann auf 3 (Pfleigestufe), seither ist Patientin noch besser versorgt	CM hält losen Kontakt, Patientin erinnert sich an Tests
P0502	Alleinstehende (verwitwete) Frau, die sich hohen Grad an Selbstständigkeit bewahrt hat. Zustand im Übergang (z. B. wegen orthopädischer Probleme)	Pfleigestufe wurde beantragt, Badumbau (begehbare Dusche) umgesetzt, Wegen Fußbrüchen weiterhin in Behandlung (Nachsorge, evtl. weitere Operationen)	CM macht „interessanten“ Kognitionstest, attestiert kognitive Leistungsfähigkeit; Unkompliziertes, niedrigrschwelliges Unterstützungsangebot, alltagsbezogene Hilfeberatung
P0503	Insulinpflichtige Diabetikerin, Blutzucker-Tagebuch, Herzmittel Gehilfe, Tochter wohnt mit Familie um die Ecke und unterstützt im Haushalt, HA macht Hausbesuch	Pfleigestufe wurde beantragt, hatte einen 3 wöchigen Aufenthalt in „Herzlinik“ (Rehabilitation), den sie sehr genossen hat.	„die (CM) kommt rein, also das ist, wie als wenn die Sonne aufgeht“, freundlich, liebevoll, zugewandt
P0504 /P0505	Agiles Paar mit multiplen Erkrankungen, alleinlebend in Erdgeschosswohnung, werden aber von Kindern unterstützt (Besorgungen, Transporte), häufige Arztbesuche (nahes Ärztezentrum), gehen gerne in Garten (20 Min. Fußweg)	Besuchen jetzt „Reha-Sportgruppe“	Sich immer wieder melden, nachfragen, vorbeikommen,

Anhang 63: TP3_Ergebnisdokumentation CCM-Workshops, Versorgernetz-Karten 1-5

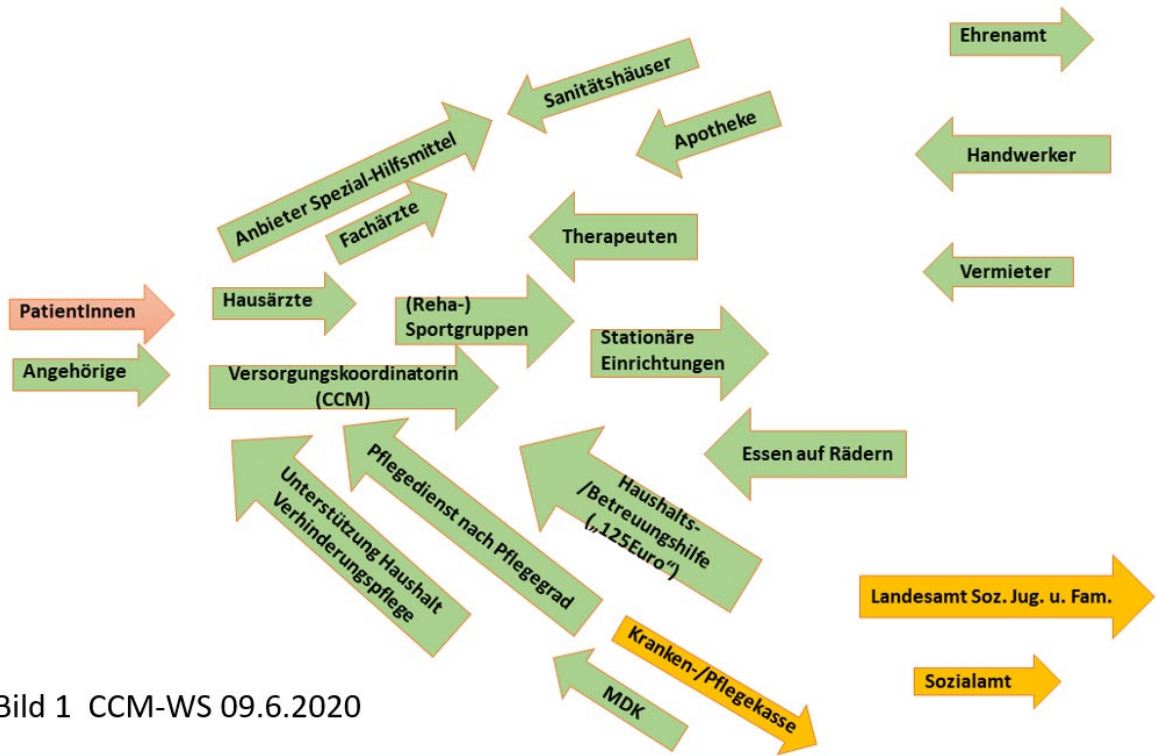


Bild 1 CCM-WS 09.6.2020

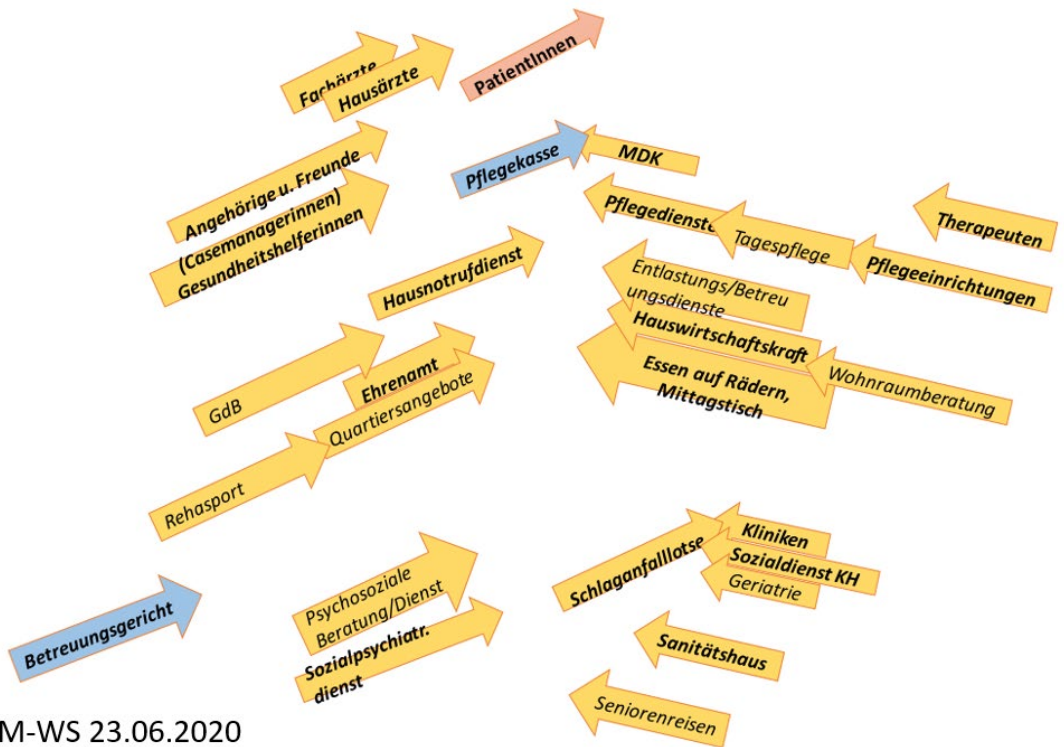


Bild 2 CCM-WS 23.06.2020

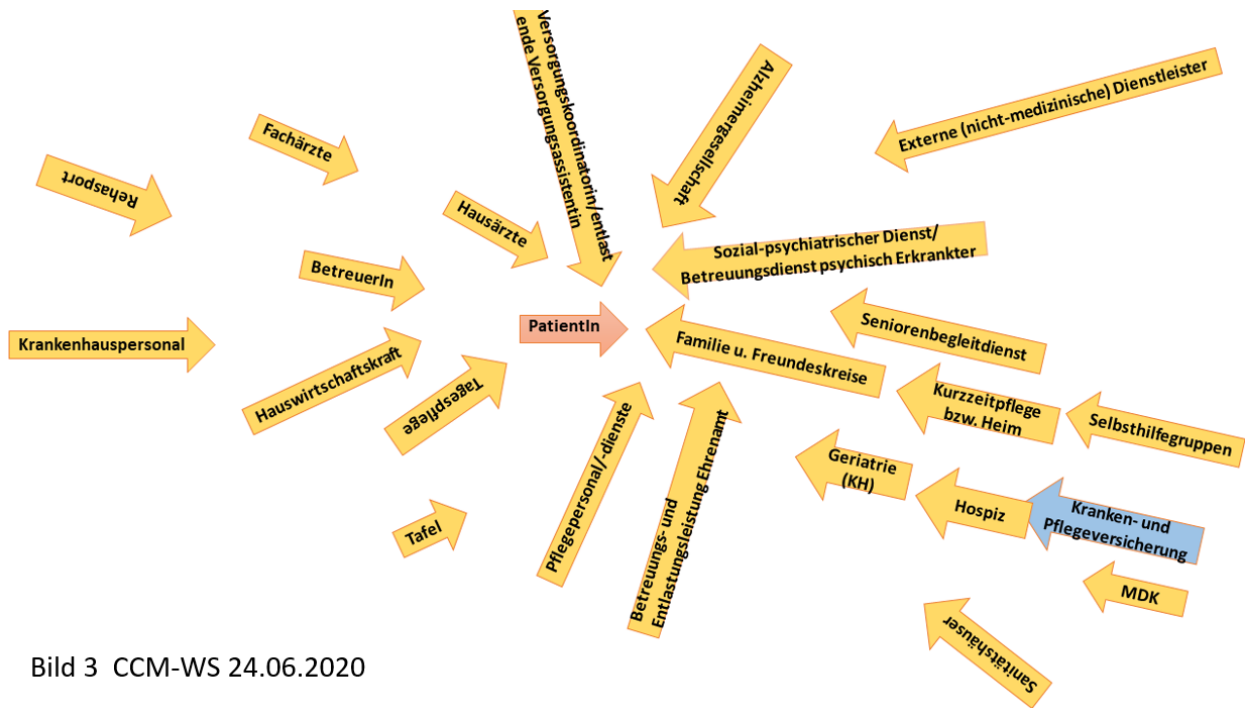


Bild 3 CCM-WS 24.06.2020

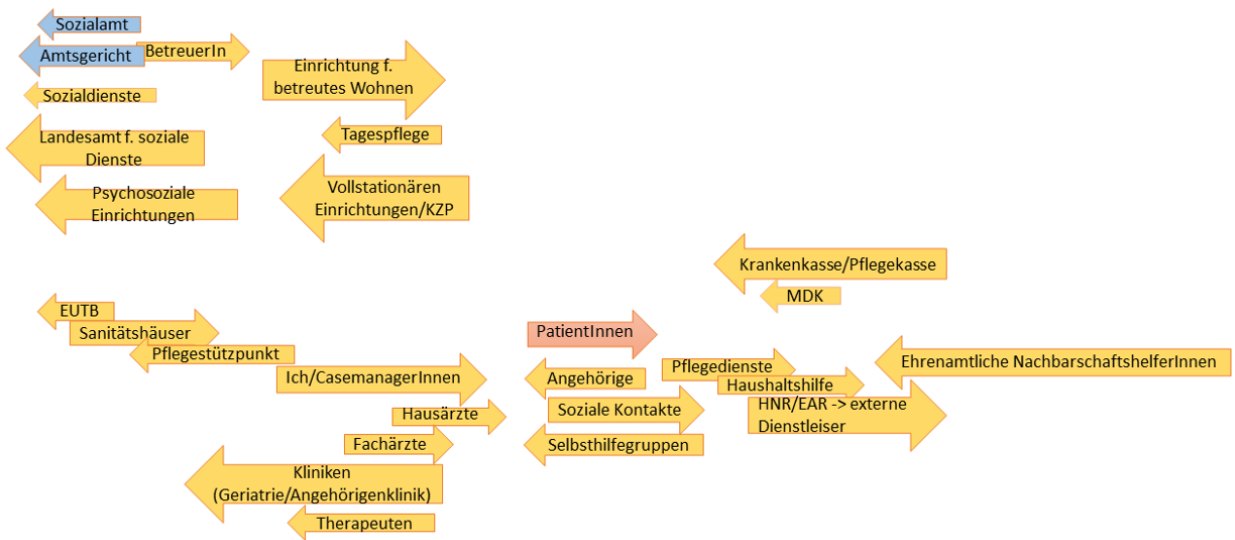


Bild 4 CCM-WS 15.07.2020

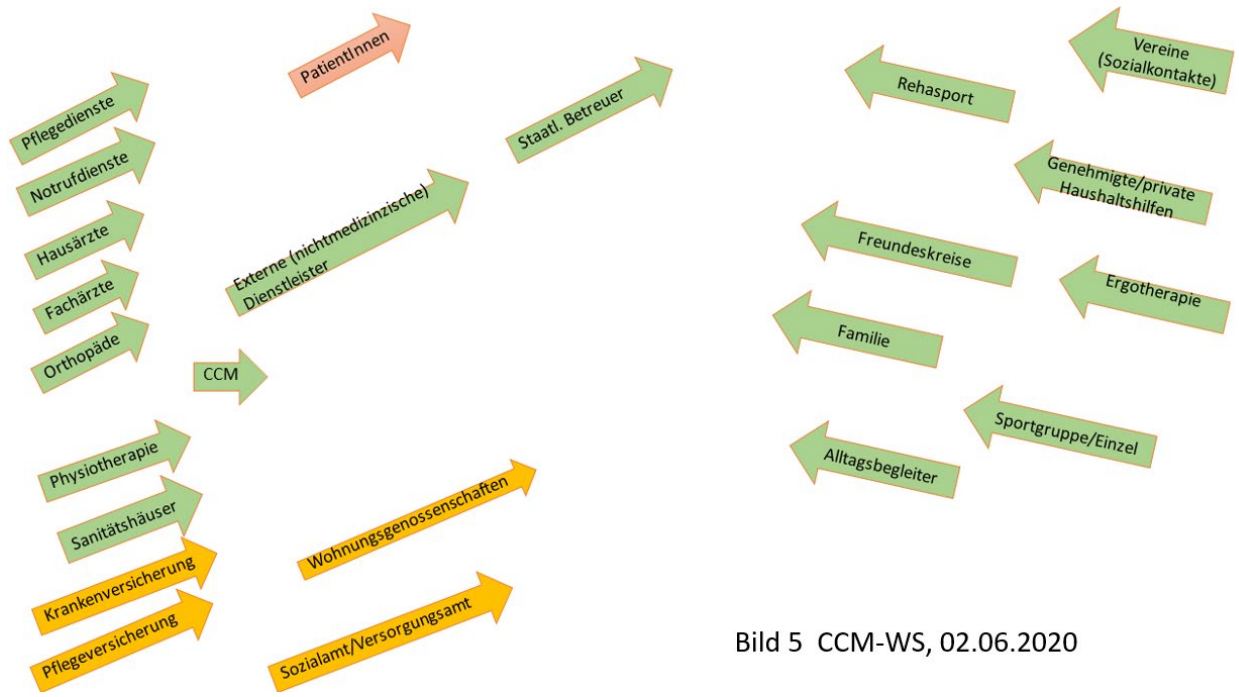


Bild 5 CCM-WS, 02.06.2020

Anhang 64: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz der Versorgung aus Perspektive der Patienten: Verteilung der Antwortmöglichkeiten und Itemkennwerte

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	fehlend n (%)	MW (SD)	Schiefe	Kurtosis
Der Versorgungskordinator respektiert und berücksichtigt meine Meinung.	244 (80,8)	50 (16,6)	2 (0,7)	--	---	---	6 (2,0)	1,18 (0,40)	1,96	2,74
Die vom Versorgungskordinator zur Verfügung gestellten Materialien waren leicht zu verstehen.	199 (65,9)	77 (25,5)	15 (5,0)	---	---	1 (0,3)	10 (3,3)	1,38 (0,64)	2,23	8,96
Der Versorgungskordinator ist auf meine Anliegen während des Gesprächs eingegangen.	252 (83,4)	41 (13,6)	3 (1,0)	---	---	---	6 (2,0)	1,16 (0,39)	2,37	4,98
Der Versorgungskordinator hat mich und meine Bedürfnisse ernst genommen.	261 (86,4)	31 (10,3)	3 (1,0)	---	---	---	7 (2,3)	1,13 (0,36)	2,91	8,24
Der Versorgungskordinator konnte mir bei allen offenen Fragen weiterhelfen.	211 (69,9)	69 (22,8)	14 (4,6)	1 (0,3)	---	---	7 (2,3)	1,34 (0,58)	1,63	2,14

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	fehlend n (%)	MW (SD)	Schiefe	Kurtosis
Seitdem ich durch den Versorgungskordinator betreut werde. hat sich mein Allgemeinbefinden verbessert.	102 (33,8)	90 (29,8)	56 (18,5)	15 (5,0)	7 (2,3)	14 (4,6)	18 (6,0)	2,21 (1,32)	1,30	1,38
Der Versorgungskordinator hat sehr verständlich gesprochen (wenig Fachsprache genutzt).	242 (80,1)	45 (15,9)	5 (1,7)	---	---	1 (0,3)	6 (2,0)	1,21 (0,52)	3,88	25,25
Bei Unklarheiten hat der Versorgungskordinator mir den Sachverhalt erneut erklärt.	237 (78,5)	48 (15,9)	7 (2,3)	---	1 (0,3)	---	9 (3,0)	1,23 (0,51)	2,86	11,52
Der Versorgungskordinator hat auf meine Kontaktaufnahme schnell reagiert.	235 (77,8)	53 (17,5)	2 (0,7)	---	---	2 (0,7)	10 (3,3)	1,23 (0,57)	4,59	31,89
Die Besuchstermine des Versorgungskordinator sind zu einer angemessenen Uhrzeit.	245 (81,1)	43 (14,2)	6 (2,0)	---	---	---	8 (2,6)	1,19 (0,44)	2,31	4,77
Der Versorgungskordinator konnte sich in meine Lage hineinversetzen / zeigte Empathie.	234 (77,5)	57 (18,9)	4 (1,3)	---	---	---	7 (2,3)	1,22 (0,45)	1,81	2,35

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	fehlend n (%)	MW (SD)	Schiefe	Kurtosis
Ich weiß, wie ich den Versorgungskordinator erreichen kann.	263 (87,1)	29 (9,6)	4 (1,3)	---	---	1 (0,3)	5 (1,7)	1,14 (0,47)	5,34	42,67
Der Versorgungskordinator hat sich ausreichend Zeit für mich genommen.	258 (85,4)	36 (11,9)	3 (1,0)	---	---	---	5 (1,7)	1,14 (0,38)	2,62	6,44
Die Anzahl der Besuchstermine durch den Versorgungskordinator ist ausreichend / angemessen.	206 (68,2)	60 (19,9)	21 (7,0)	3 (1,0)	---	---	12 (4,0)	1,38 (0,68)	1,71	2,28
Ich habe die Art von Hilfe erhalten, die ich benötige.	209 (69,2)	65 (21,5)	10 (3,3)	4 (1,3)	1 (0,3)	2 (0,7)	11 (3,6)	1,38 (0,57)	2,94	11,73
Ich habe keine Hemmungen mit dem Versorgungskordinator über meine Probleme zu sprechen.	243 (80,5)	44 (14,6)	7 (2,3)	3 (1,0)	1 (0,3)	---	4 (1,3)	1,24 (0,58)	3,05	11,39
Der Versorgungskordinator hat mir bei der Entscheidung geholfen, ob eine weitere Betreuung sinnvoll für mich ist.	179 (59,3)	51 (16,9)	16 (5,3)	4 (1,3)	3 (1,0)	14 (4,6)	35 (11,6)	1,66 (1,27)	2,37	5,04
Die Betreuung durch den Versorgungskordinator	244 (80,8)	37 (12,3)	7 (2,3)	---	1 (0,3)	2 (0,7)	11 (3,6)	1,22 (0,63)	4,44	25,96

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	fehlend n (%)	MW (SD)	Schiefe	Kurtosis
ist meiner Meinung nach sinnvoll.										
Der Versorgungskordinator berücksichtigt meine Meinung. inwiefern meine Familie einbezogen werden soll.	201 (66,6)	56 (18,5)	6 (2,0)	1 (0,3)	---	6 (2,0)	32 (10,6)	1,37 (0,87)	3,71	16,33
Ich fühlte mich während des Gesprächs mit dem Versorgungskordinator wohl.	243 (80,5)	44 (14,6)	3 (1,0)	1 (0,3)	---	---	11 (3,6)	1,18 (0,44)	2,62	8,16
Ich habe die vom Versorgungskordinator vorgeschlagenen Angebote / Dienste in Anspruch genommen.	180 (59,6)	68 (22,5)	13 (4,3)	2 (0,7)	2 (0,7)	10 (3,3)	27 (8,9)	1,57 (1,10)	2,75	7,96
Ich werde die Betreuung durch den Versorgungskordinator wieder in Anspruch nehmen.	245 (81,1)	31 (10,3)	7 (2,3)	1 (0,3)	---	3 (1,0)	15 (5,0)	1,22 (0,67)	4,65	26,88
Ich würde den Versorgungskordinator weiterempfehlen.	266 (88,1)	23 (7,6)	2 (0,7)	---	1 (0,3)	---	10 (3,3)	1,11 (0,39)	5,27	39,00
Die Betreuung durch den Versorgungskordinator ist hilfreich für mich (und meine Familie).	238 (78,8)	42 (13,9)	2 (0,7)	1 (0,3)	1 (0,3)	3 (1,0)	15 (5,0)	1,24 (0,68)	4,67	26,90

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	fehlend n (%)	MW (SD)	Schiefe	Kurtosis
Meine Familie/ Partner wird durch die Betreuung durch den Versorgungskordinator entlastet.	148 (49,0)	56 (18,5)	26 (8,6)	7 (8,6)	1 (0,3)	17 (5,6)	47 (15,6)	1,85 (1,37)	1,94	3,11
Die Empfehlungen/ Angebote des Versorgungskordinators sind sinnvoll.	224 (74,2)	57 (18,9)	8 (2,6)	---	---	---	13 (4,3)	1,25 (0,50)	1,81	2,48
Die Angebote haben mir geholfen. mich in meinem häuslichen Umfeld besser zu Recht zu finden.	130 (43,0)	76 (25,2)	30 (9,9)	10 (3,3)	5 (1,7)	14 (4,6)	37 (12,3)	1,97 (1,33)	1,71	2,44
Die Angebote (z.B. Bewegungsgruppe) haben mich dabei unterstützt neue Kontakte zu knüpfen.	55 (18,2)	47 (15,6)	29 (9,6)	13 (4,3)	10 (3,3)	60 (19,9)	88 (29,1)	3,26 (1,99)	0,33	-1,50
Ich halte meinen Maßnahmen- und Versorgungsplan für sinnvoll.	159 (52,6)	68 (22,5)	15 (5,0)	2 (0,7)	2 (0,7)	12 (4,0)	44 (14,6)	1,67 (1,19)	2,49	6,17
Der Versorgungskordinator hat mir dabei geholfen. mich selbst besser zu organisieren.	119 (39,4)	71 (23,5)	30 (9,9)	8 (2,6)	7 (2,3)	18 (6,0)	49 (16,2)	2,08 (1,45)	1,56	1,60
Insgesamt bin ich mit der Betreuung durch den	243 (80,5)	47 (15,6)	4 (1,3)	---	---	---	8 (2,6)	1,19 (0,42)	2,14	3,86

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	fehlend n (%)	MW (SD)	Schiefe	Kurtosis
Versorgungskordinator zufrieden.										

1 – trifft voll und ganz zu bis 6 – trifft gar nicht zu; n – Anzahl; MW – Mittelwert; SD – Standardabweichung

Anhang 65: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz der Versorgung aus Perspektive der Patienten: explorative Faktorenanalyse

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	KMO	Faktorladungen					
		F1	F2	F3	F4	F5	F6
Der Versorgungskordinator respektiert und berücksichtigt meine Meinung.	0,935	0,708	0,019	0,047	0,124	0,034	0,233
Die vom Versorgungskordinator zur Verfügung gestellten Materialien waren leicht zu verstehen.	0,741	0,396	0,346	-0,115	-0,008	0,427	0,157
Der Versorgungskordinator ist auf meine Anliegen während des Gesprächs eingegangen.	0,801	0,780	0,087	0,164	0,077	0,164	0,143
Der Versorgungskordinator hat mich und meine Bedürfnisse ernst genommen.	0,883	0,703	-0,033	0,094	0,263	-0,128	0,152
Der Versorgungskordinator konnte mir bei allen offenen Fragen weiterhelfen.	0,904	0,529	0,273	0,169	0,209	0,207	0,081
Seitdem ich durch den Versorgungskordinator betreut werde. hat sich mein Allgemeinbefinden verbessert.	0,911	0,282	0,680	-0,124	-0,114	0,238	0,039
Der Versorgungskordinator hat sehr verständlich gesprochen (wenig Fachgesprache genutzt).	0,877	0,694	0,048	0,144	0,006	0,126	0,235
Bei Unklarheiten hat der Versorgungskordinator mir den Sachverhalt erneut erklärt.	0,942	0,723	0,128	0,262	-0,034	0,094	0,069
Der Versorgungskordinator hat auf meine Kontaktaufnahme schnell reagiert.	0,859	0,233	0,102	0,134	0,230	0,721	-0,127
Die Besuchstermine des Versorgungskordinator sind zu einer angemessenen Uhrzeit.	0,913	0,720	-0,030	0,137	0,341	0,215	0,114
Der Versorgungskordinator konnte sich in meine Lage hineinversetzen / zeigte Empathie.	0,853	0,718	0,179	0,139	0,128	-0,145	0,114
Ich weiß. wie ich den Versorgungskordinator erreichen kann.	0,659	0,319	-0,008	0,178	0,141	0,076	0,725
Der Versorgungskordinator hat sich ausreichend Zeit für mich genommen.	0,745	0,519	0,178	0,037	0,152	-0,022	0,517
Die Anzahl der Besuchstermine durch den Versorgungskordinator ist ausreichend / angemessen.	0,877	0,314	0,167	0,088	0,539	0,271	0,158
Ich habe die Art von Hilfe erhalten. die ich benötige.	0,894	0,295	0,255	0,695	0,095	0,132	0,165
Ich habe keine Hemmungen mit dem Versorgungskordinator über meine Probleme zu sprechen.	0,824	0,394	0,124	0,375	-0,007	0,347	0,221
Der Versorgungskordinator hat mir bei der Entscheidung geholfen. ob eine weitere Betreuung sinnvoll für mich ist.	0,765	-0,070	0,393	0,291	0,237	0,606	0,246
Die Betreuung durch den Versorgungskordinator ist meiner Meinung nach sinnvoll.	0,778	0,221	0,212	0,771	0,088	0,101	0,308
Der Versorgungskordinator berücksichtigt meine Meinung. inwiefern meine Familie einbezogen werden soll.	0,801	0,137	0,197	0,114	0,805	0,271	0,028

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	KMO	Faktorladungen					
		F1	F2	F3	F4	F5	F6
Ich fühlte mich während des Gesprächs mit dem Versorgungskordinator wohl.	0,887	0,656	0,073	0,239	0,391	0,212	-0,205
Ich habe die vom Versorgungskordinator vorgeschlagenen Angebote / Dienste in Anspruch genommen.	0,865	0,206	0,317	0,593	0,254	0,097	-0,088
Ich werde die Betreuung durch den Versorgungskordinator wieder in Anspruch nehmen.	0,790	0,395	0,122	0,696	0,227	0,005	-0,092
Ich würde den Versorgungskordinator weiterempfehlen.	0,836	0,677	-0,083	0,254	0,284	0,132	-0,180
Die Betreuung durch den Versorgungskordinator ist hilfreich für mich (und meine Familie).	0,886	0,314	0,184	0,242	0,691	-0,088	0,213
Meine Familie/ Partner wird durch die Betreuung durch den Versorgungskordinator entlastet.	0,822	0,053	0,621	0,237	0,336	-0,104	-0,070
Die Empfehlungen/ Angebote des Versorgungskordinators sind sinnvoll.	0,904	0,484	0,280	0,146	0,589	0,051	0,008
Die Angebote haben mir geholfen. mich in meinem häuslichen Umfeld besser zu Recht zu finden.	0,761	0,055	0,746	0,269	0,296	0,029	0,083
Die Angebote (z.B. Bewegungsgruppe) haben mich dabei unterstützt neue Kontakte zu knüpfen.	0,901	-0,023	0,645	0,078	0,017	0,260	0,112
Ich halte meinen Maßnahmen- und Versorgungsplan für sinnvoll.	0,886	0,133	0,705	0,326	0,152	0,069	-0,225
Der Versorgungskordinator hat mir dabei geholfen. mich selbst besser zu organisieren.	0,804	0,054	0,829	0,191	0,160	0,027	0,115
Insgesamt bin ich mit der Betreuung durch den Versorgungskordinator zufrieden.	0,901	0,733	0,215	0,198	0,156	0,219	-0,091

KMO Kaiser Meyer Olkin

Anhang 66: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz der Versorgung aus Perspektive der Angehörigen: Verteilung der Antwortmöglichkeiten und Itemkennwerte

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	fehlend n (%)	MW (SD)	Schiefe	Kurtosis
Ich werde durch den Versorgungskordinator entlastet.	70 (51,1)	37 (27,0)	16 (11,7)	8 (5,8)	2 (1,5)	2 (1,5)	2 (1,5)	1,82 (1,11)	1,57	2,45
Ich habe das Gefühl, dass sich die Situation mit meines/ meiner Mannes/ Frau/ Partner durch den Versorgungskordinator verbessert hat.	56 (40,9)	40 (29,2)	25 (18,2)	7 (5,1)	2 (1,5)	3 (2,2)	4 (2,9)	2,01 (1,15)	1,35	1,96
Die Empfehlungen des Versorgungskordinators sind sinnvoll.	94 (68,6)	36 (26,3)	5 (3,6)	--	--	--	2 (1,5)	1,34 (0,55)	1,35	0,89
Ich würde den Versorgungskordinator weiterempfehlen.	120 (87,6)	13 (9,5)	4 (2,9)	--	--	--	--	1,15 (0,44)	2,95	8,32
Ich weiß, wie ich den Versorgungskordinator erreichen kann.	122 (89,1)	14 (10,2)	1 (0,7)	--	--	--	--	1,12 (0,34)	2,95	8,47
Die vom Versorgungskordinator angebotenen Dienste / Leistungen sind sinnvoll für meine(n) Mann/ Frau / Partner.	89 (65,0)	37 (27,0)	5 (3,6)	2 (1,5)	--	--	4 (2,9)	1,40 (0,64)	1,72	3,19
Die vom Versorgungskordinator vorgeschlagenen Angebote waren gut umsetzbar.	78 (56,9)	42 (30,7)	10 (7,3)	2 (1,5)	1 (0,7)	1 (0,7)	3 (2,2)	1,57 (0,85)	2,13	6,47
Die Erreichbarkeit des Versorgungskordinators war gut.	109 (79,6)	26 (19,0)	1 (0,7)	--	--	--	1 (0,7)	1,21 (0,42)	1,76	1,95
Das durch den Versorgungskordinator ausgehändigte Infomaterial war verständlich.	92 (67,2)	42 (30,7)	1 (0,7)	--	--	--	2 (1,5)	1,33 (0,49)	0,95	-0,61
Die Besuchstermine des Versorgungskordinators sind zu einer angemessenen Uhrzeit	106 (77,4)	24 (17,5)	4 (2,9)	--	--	--	3 (2,2)	1,24 (0,49)	1,97	3,16
Insgesamt bin ich mit der Betreuung durch den Versorgungskordinator zufrieden.	107 (78,1)	27 (19,7)	3 (2,2)	--	--	--	--	1,24 (0,48)	1,82	2,54

1 – trifft voll und ganz zu bis 6 – trifft gar nicht zu; n – Anzahl; MW – Mittelwert; SD – Standardabweichung

Anhang 67: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz der Versorgung aus Perspektive der Angehörigen: explorative Faktorenanalyse

Items zur Zufriedenheit und Akzeptanz	KMO	Faktorladungen	
		F1	F2
Ich werde durch den Versorgungskordinator entlastet.	0,834	0,786	-0,067
Ich habe das Gefühl, dass sich die Situation mit meines/ meiner Mannes/ Frau/ Partner durch den Versorgungskordinator verbessert hat.	0,776	0,782	-0,108
Die Empfehlungen des Versorgungskordinators sind sinnvoll.	0,863	0,721	0,363
Ich würde den Versorgungskordinator weiterempfehlen.	0,847	0,720	0,283
Ich weiß, wie ich den Versorgungskordinator erreichen kann.	0,636	-0,029	0,728
Die vom Versorgungskordinator angebotenen Dienste / Leistungen sind sinnvoll für meine(n) Mann/ Frau / Partner.	0,866	0,737	0,341
Die vom Versorgungskordinator vorgeschlagenen Angebote waren gut umsetzbar.	0,918	0,717	0,222
Die Erreichbarkeit des Versorgungskordinators war gut.	0,777	0,184	0,755
Das durch den Versorgungskordinator ausgehändigte Infomaterial war verständlich.	0,793	0,442	0,624
Die Besuchstermine des Versorgungskordinators sind zu einer angemessenen Uhrzeit	0,754	0,132	0,647
Insgesamt bin ich mit der Betreuung durch den Versorgungskordinator zufrieden.	0,849	0,703	0,367

KMO Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium; F1: Auswirkungen durch die Koordination; F2: Erreichbarkeit und Zugang

Demographische Daten der Patienten

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

Angaben zu Ihrer Person:

1. Bitte geben Sie ihr Geburtsdatum an:

T	T	M	M	J	J	J	J

2. Bitte geben Sie ihr Geschlecht an:

- Weiblich Männlich Divers

3. Krankenkasse: _____

4. Versichertennummer: _____

5. Wohnort: Leben Sie in einer...? (Einfachantwort)

- Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner)
 Größeren Kleinstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner)
 Ländlichen Kleinstadt (5.000 bis unter 20.000 Einwohner)
 Dörflichen Siedlung (weniger als 5.000 Einwohner)
 Ich kann dazu keine genauen Angaben machen

6. Leben Sie alleine oder mit anderen Personen in häuslicher Gemeinschaft? (Mehrfachantwort)

- Allein (im Privathaushalt)
 Mit Partner/Ehepartner (im Privathaushalt)
 Mit Angehörigen (im Privathaushalt)
 Mit Sonstigen (im Privathaushalt)
 Betreutes Wohnen
 Alten- oder Pflegeheim
 Sonstiges: _____

Demographische Daten der Patienten

7. Durch wen fühlen Sie sich sozial unterstützt? (Mehrfachantwort)

- Durch Niemanden
- Durch die Familie
- Durch das Pflegepersonal
- Durch andere Personen: _____

8. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? (Einfachantwort)

- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse
- Fachhochschulreife
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur
(Gymnasium bzw. EOS Erweiterte Oberschule)
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
- Einen anderen Schulabschluss, und zwar: _____
- Weiß ich nicht

9. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie? (Einfachantwort)

- Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)
- Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule,
Berufsschule- oder Fachakademie
- Fachhochschule
- Hochschulabschluss
- Postgraduiert (Dr.)
- Keinen beruflichen Abschluss
- Einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar: _____
- Weiß ich nicht

Demographische Daten der Patienten

10. Sind Sie in Deutschland (heutiger Gebietsstand der Bundesrepublik Deutschland) geboren? (Einfachantwort)

- Ja Nein, und zwar in: _____

11. Falls Sie nicht in Deutschland geboren sind: Seit wann leben Sie in Deutschland? (Einfachantwort) (Falls Sie mehrmals umgezogen sind, bitte die längste Zeit ohne Unterbrechung eintragen.)

- Seit meiner Geburt
 Seit Jahren
 Weiß ich nicht

12. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Einfachantwort)

- Ich habe die deutsche Staatsangehörigkeit
 Ich habe eine andere Staatsangehörigkeit, und zwar die folgende:

- Ich habe eine doppelte Staatsangehörigkeit, und zwar folgende:

_____ und _____

13. Momentaner Pflegegrad (Einfachantwort)

- Derzeit kein Pflegegrad, auch nicht beantragt
 Derzeit kein Pflegegrad, aber Beantragung läuft
 Derzeit kein Pflegegrad, jedoch beantragt, aber abgelehnt
 Derzeit kein Pflegegrad, aber Widerspruch läuft
 Pflegegrad 1
 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 5
 Nicht bekannt

Demographische Daten der Patienten

14. Welche Pflegeleistungen nehmen Sie in Anspruch? (Mehrfachantwort)

- Pflegegeld
- Pflegesachleistungen
- Kombileistungen (Pflegegeld und Pflegesachleistungen)
- Keine
- Andere und zwar folgende: _____

15. Von wem werden Sie hauptsächlich gepflegt? (Mehrfachantwort)

- Von niemandem
- Von professionellen Pflegern
- Von professionellen Pflegern und Angehörigen
- Nur durch Angehörige, nämlich
 - (Ehe-) Partner
 - Kinder
 - Familienangehörige
 - Freunde/ Bekannte
 - Andere: _____

16. Welche Pflegesachleistungen nehmen Sie in Anspruch?

(Mehrfachantwort)

- Ambulanter Pflegedienst
- Tages- und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Stationäre Unterbringung (z. B. im Pflegeheim)
- Keine
- Eine andere Pflegesachleistung, und zwar: _____

Demographische Daten der Patienten

17. Reicht Ihnen Ihr jetziges Einkommen zum Leben? (Einfachantwort)

- Es ist angemessen
- Es ist zu knapp
- Es reicht eigentlich nicht zum Leben

18. Wo empfinden Sie Mangel? (Mehrfachantwort)

- Nirgendwo
- Ernährung
- Wohnung / Energie
- Bildung / Information
- Kleidung / Schuhe
- Verkehr/Mobilität
- Treffen mit Freunden
- Freizeit / Unterhaltung/Kultur
- Bedürfnisse der Kinder
- Altersabsicherung
- Urlaub, Reisen
- Sonstiges: _____

Angelina: Identifikation geriatrischer Patienten

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

**Liebe Patienten,
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen!**

zutreffendes bitte ankreuzen.... (X)

1.WOHNEN/ HILFEBEDARF	1
Leben Sie allein?	<input type="checkbox"/> Ja
Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege?	<input type="checkbox"/>
Brauchen Sie Hilfe beim An- und Auskleiden?	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Unterstützung bei der Zubereitung Ihrer Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfe beim Einkaufen?	<input type="checkbox"/>
Brauchen Sie Unterstützung bei der Versorgung Ihres Haushaltes?	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an unfreiwilligem Urin- oder Stuhlabgang?	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie häufig unter Schmerzen (evtl. trotz Medikation)?	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie regelmäßig Besuch von einem Pflegedienst?	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie regelmäßig Hilfe durch Familie oder Bekannte?	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Pflegestufe oder einen Schwerbeschädigtenausweis?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
2. MEDIKATION	1
Nehmen Sie 5 und mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfe bei d. Vorbereitung der Medikamente?	<input type="checkbox"/>
3. MOBILITÄT	2
Benötigen Sie Hilfe beim Verlassen der Wohnung durch Partner/ Bekannte <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten drei Monaten mehrfach gestürzt?	<input type="checkbox"/>
Ist Ihnen häufig schwindelig?	<input type="checkbox"/>
4. SINNE	1
Leiden Sie (evtl. trotz Brille) unter starken Einschränkungen beim Sehen?	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie (evtl. trotz Hörgerät) unter starken Einschränkungen beim Hören?	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen/ Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>

1

Angelina: Identifikation geriatrischer Patienten

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gewicht verloren?

5.KRANKENHAUS

Waren Sie in den letzten drei Monaten akut im Krankenhaus? 1
oder in den letzten 30 Tagen in einer Notfallambulanz?

6. KOGNITION

Fällt es Ihnen schwerer, sich Dinge oder Namen zu merken
oder Worte zu finden? 2
Haben Sie sich schon mehrfach verirrt?
Haben Sie mehrfach Gegenstände verlegt und nicht wiedergefunden?
Brauchen Sie Hilfe bei der Regelung Ihrer Geldangelegenheiten?
Benötigen Sie Unterstützung bei der Nutzung Ihres Telefons?

7. STIMMUNG

Fühlen Sie sich oft traurig, niedergeschlagen oder einsam? 1

Danke für Ihre Unterstützung!

Summe:

Ab ≥ 2 Punkte geriatrischen Handlungsbedarf überprüfen

Barthel-Index

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

Funktion	Punkte
Essen	
• komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	10
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung , aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5
• kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung	0
Aufsetzen & umsetzen	
• komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15
• Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10
• erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
• wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0
Sich waschen	
• vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5
• erfüllt „5“ nicht	0
Toilettenbenutzung	
• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung	10
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
Baden / duschen	
• selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
• erfüllt „5“ nicht	0

Barthel-Index

Aufstehen & gehen

- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe **vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen** (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) **gehen** 15
- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe **vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen** 10
- **mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen** 5
alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl
- erfüllt „5“ nicht 0

Treppensteigen

- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens **ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen** 10
- **mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter** 5
- erfüllt „5“ nicht 0

An- & auskleiden

- zieht sich **in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe** (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) **an und aus** 10
- kleidet mindestens **den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus**, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind 5
- erfüllt „5“ nicht 0

Stuhlkontrolle

- ist **stuhlinkontinent**, ggf. **selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung** 10
- ist durchschnittlich **nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent** oder benötigt **Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung** 5
- ist durchschnittlich **mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent** 0

Harnkontrolle

- ist **harnkontinent** oder **kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg** (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) 10
- **kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg** (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt **Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems** 5
- ist durchschnittlich **mehr als 1x/Tag harninkontinent** 0

Summe:

Anlage 4: TP1_FB_Instrumentelle Aktivitäten (IADL) der Patientinnen und Patienten

Instrumentelle Aktivitäten (IADL)

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die auf Sie zutrifft

	Punktzahl
Telefon:	
Benutzt Telefon aus eigener Initiative, wählt Nummern	1
Wählt einige bekannte Nummern	1
Nimmt ab, wählt nicht selbständig	1
Benutzt das Telefon überhaupt nicht	0
Einkaufen:	
Kauft selbständig die meisten benötigten Sachen ein	1
Tätigt wenige Einkäufe	0
Benötigt bei jedem Einkauf Begleitung	0
Unfähig zum Einkaufen	0
Kochen:	
Plant und kocht erforderliche Mahlzeit selbständig	1
Kocht erforderliche Mahlzeit nur nach Vorbereitung durch Drittpersonen	0
Kocht selbständig, hält aber benötigte Diät nicht ein	0
Benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten	0
Haushalt:	
Hält Haushalt instand oder benötigt zeitweise Hilfe bei schweren Arbeiten	1
Führt selbständig kleine Hausarbeiten aus	1
Führt selbst kleine Hausarbeiten aus, kann aber Wohnung nicht rein halten	1
Benötigt Hilfe in allen Haushaltsverrichtungen	1
Nimmt überhaupt nicht teil an täglichen Verrichtungen im Haushalt	0
Wäsche:	
Wäscht sämtliche eigene Wäsche	1
Wäscht kleine Sachen	1
Gesamte Wäsche muss auswärts versorgt werden	0
Transportmittel:	
Benutzt unabhängig öffentliche Transportmittel, eigenes Auto	1
Bestellt und benutzt selbständig Taxi, jedoch keine öffentlichen Transportmittel	1
Benutzt öffentliche Transportmittel in Begleitung	1
Beschränkte Fahrten im Taxi oder Auto in Begleitung	0
Reist überhaupt nicht	0

Instrumentelle Aktivitäten (IADL)

Medikamente:

Nimmt Medikamente in genauer Dosierung und zum korrekten Zeitpunkt eigenverantwortlich	1
Nimmt vorbereitete Medikamente korrekt	0
Kann korrekte Einnahme von Medikamenten nicht handhaben	0

Geldhaushalt:

Regelt finanzielle Geschäfte selbständig (Budget, Schecks, Einzahlung, Gang zur Bank)	1
Erledigt tägliche kleinere Ausgaben, benötigt aber Hilfe bei Einzahlung, Bankgeschäften	1
Ist nicht mehr fähig mit Geld umzugehen	0

Summe: □□

Weibliche Patienten	Gesamtpunktzahl:	/ 8
Männliche Patienten	Gesamtpunktzahl:	/ 5

„Timed Up & Go“

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Netzwerk: _____

Der Proband sitzt auf einem Stuhl mit Armlehne (Sitzhöhe ca. 46 cm). Er darf ggf. ein Hilfsmittel (z.B. Stock) benutzen. Die Arme liegen locker auf den Armstützen und der Rücken liegt der Rücklehne des Stuhles an. Beim Erreichen dieser Position hilft der Untersucher nicht mit.

Nach Aufforderung soll der Proband aufstehen und mit normalem und sicherem Gang 3 Metern gehen (z.B. bis zu einer Linie, die dort auf dem Boden angezeichnet ist), sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich wieder setzen. Die dafür benötigte Zeit wird in Sekunden notiert; es ist keine Stoppuhr vorgeschrieben. Vor der eigentlichen Zeitmessung kann der Proband den Bewegungsablauf üben. Der Untersucher darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.

Durchführung des TUG möglich?

- | | | |
|---|--------------------------|------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | nein |
| 2 | <input type="checkbox"/> | ja |

1. Patient hat Sekunden gebraucht

2. Hat der Patient eine Gehhilfe benutzt?

- | | | | |
|----|---|--------------------------|------|
| a. | 1 | <input type="checkbox"/> | nein |
| | 2 | <input type="checkbox"/> | ja |

b. wenn ja: Patient hat folgende Gehhilfe benutzt:

.....

Mini Nutritional Assessment

|
Name: _____
Datum: _____
Netzwerk: _____
Gewicht (kg): _____
Größe (m): _____

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an. Addieren Sie die Zahlen des Screenings.
Wenn der Wert ≤ 11 , fahren Sie mit der Anamnese fort, um den Gesamt-Index zu erhalten.

Vor- Anamnese

1. Hat der Patient einen verminderten Appetit?

Hat er während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen? (Anorexie)

- 0 = schwere Anorexie
- 1 = leichte Anorexie
- 2 = keine Anorexie

2. Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten

- 0 = Gewichtsverlust > 3 kg
- 1 = weiß es nicht
- 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg
- 3 = kein Gewichtsverlust

3. Mobilität/ Beweglichkeit

- 0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert
- 1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen
- 2 = Verlässt die Wohnung

4. Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?

- 0 = ja
- 2 = ~~nein~~

Mini Nutritional Assessment

5. Psychische Situation

- 0 = schwere Demenz oder Depression
- 1 = leichte Demenz oder Depression
- 2 = keine Probleme

6. Körpermassenindex (Body Mass Index, BMI) (Körpergewicht / (Körpergröße)², in kg/m²)

- 0 = BMI < 19
- 1 = $19 \leq \text{BMI} < 21$
- 2 = $21 \leq \text{BMI} < 23$
- 3 = BMI ≥ 23

Summe:

Ergebnis der Vor- Anamnese (max. 14 Punkte)

12 Punkte oder mehr: Normaler Ernährungszustand

11 Punkte oder weniger Gefahr der Mangelernährung

Anamnese

7. Wohnsituation: Lebt der Patient unabhängig zu Hause?

- 0 = nein
- 1 = ja

8. Medikamentenkonsum: Nimmt der Patient mehr als 3 Medikamente (pro Tag)?

- 0 = ja
- 1 = nein

9. Hautprobleme: Schorf oder Druckgeschwüre?

- 0 = ja
- 1 = nein

Mini Nutritional Assessment

10. Mahlzeiten: Wie viele Hauptmahlzeiten isst der Patient pro Tag? (Frühstück, Mittag- und Abendessen)?

- 0 = 1 Mahlzeit
- 1 = 2 Mahlzeiten
- 2 = 3 Mahlzeiten

11. Lebensmittelauswahl: Isst der Patient

- mindestens einmal pro Tag Milchprodukte?
 - ja nein
- mindestens ein- bis zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier?
 - ja nein
- jeden Tag Fleisch, Fisch oder Geflügel?
 - ja nein

- 0.0 = wenn 0 oder 1 mal «ja»
- 0.5 = wenn 2-mal «ja»
- 1.0 = wenn 3-mal «ja»

12. Isst der Patient mindestens zweimal pro Tag Obst oder Gemüse?

- 0 = nein
- 1 = ja

13. Wieviel trinkt der Patient pro Tag? (Wasser, Saft, Kaffee, Tee, Wein, Bier...)

- 0.0 = weniger als 3 Gläser / Tassen
- 0.5 = 3 bis 5 Gläser / Tassen
- 1.0 = mehr als 5 Gläser / Tassen

14. Essensaufnahme mit / ohne Hilfe

- 0 = braucht Hilfe beim Essen
- 1 = isst ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten
- 2 = isst ohne Hilfe, keine Schwierigkeiten

15. Glaubt der Patient, dass er gut ernährt ist?

- 0 = schwerwiegende Unter-/Mangelernährung
- 1 = weiß es nicht oder leichte Unter-/Mangelernährung
- 2 = gut ernährt

Mini Nutritional Assessment

16. Im Vergleich mit gleichaltrigen Personen schätzt der Patient seinen Gesundheitszustand folgendermaßen ein:

- 0.0 = schlechter
- 0.5 = weiß es nicht
- 1.0 = gleich gut
- 2.0 = besser

17. Oberarmumfang (OAU in cm)

- 0.0 = OAU < 21
- 0.5 = $21 \leq \text{OAU} \leq 22$
- 1.0 = OAU > 22

18. Wadenumfang (WU in cm)

- 0 = WU < 31
- 1 = WU \geq 31

Anamnese (max. 16 Punkte).

Ergebnis der Vor-Anamnese

Gesamt-Index (max. 30 Punkte)

Auswertung des Gesamt-Index

17-23.5 Punkte Risikobereich für Unterernährung

Weniger als 17 Punkte schlechter Ernährungszustand

WHOQOL-OLD

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

1. Wie sehr beeinflussen Beeinträchtigungen Ihrer Sinnesfunktionen (z. B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten) Ihr tägliches Leben?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

2. Wie sehr beeinträchtigt das Nachlassen von z. B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten Ihre Fähigkeit an Aktivitäten teilzunehmen?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

3. Wie viel Freiraum haben Sie, um Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen?

- Überhaupt keinen
- Wenig
- Mäßig viel
- Ziemlich viel
- Äußerst viel

4. In welchem Umfang können Sie Ihre Zukunft beeinflussen?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

WHOQOL-OLD

5. Glauben Sie, dass die Menschen in Ihrer Umgebung Ihre Unabhängigkeit respektieren?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

6. Wie sehr machen Sie sich darüber Sorgen, wie Sie sterben werden?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

7. Wie sehr fürchten Sie sich davor, keinen Einfluss darauf zu haben, wie Sie sterben werden?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

8. Haben Sie Angst vor dem Sterben?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

9. Wie sehr fürchten Sie sich davor, dass Ihr Tod von Schmerzen begleitet sein könnte?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

WHOQOL-OLD

5. Glauben Sie, dass die Menschen in Ihrer Umgebung Ihre Unabhängigkeit respektieren?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

6. Wie sehr machen Sie sich darüber Sorgen, wie Sie sterben werden?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

7. Wie sehr fürchten Sie sich davor, keinen Einfluss darauf zu haben, wie Sie sterben werden?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

8. Haben Sie Angst vor dem Sterben?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

9. Wie sehr fürchten Sie sich davor, dass Ihr Tod von Schmerzen begleitet sein könnte?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

WHOQOL-OLD

10. Inwieweit sind Ihre Möglichkeiten sich mit anderen zu unterhalten durch Probleme mit Ihren Sinnesfunktionen (z. B. Hören, Sehen) eingeschränkt?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

11. In welchem Umfang sind Sie in der Lage die Dinge zu tun, die Sie gern tun wollen?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

12. Inwieweit sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, weiterhin im Leben etwas zu erreichen, zufrieden?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

13. Haben Sie das Gefühl, dass Sie im Leben die Anerkennung bekamen, die Sie verdient haben?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

14. Haben Sie im Allgemeinen genug zu tun?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

WHOQOL-OLD

15. Wie zufrieden sind Sie mit dem, was Sie im Leben erreicht haben?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

16. Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Maß an Aktivität?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

18. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, an öffentlichen Aktivitäten teilnehmen zu können?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

19. Wie glücklich sind Sie bei dem Gedanken an Dinge, die Sie noch erwarten können?

- Sehr unglücklich
- Relativ unglücklich
- Weder glücklich noch unglücklich
- Relativ glücklich
- Sehr glücklich

WHOQOL-OLD

20. Wie beurteilen Sie Ihre Sinnesfunktionen (z. B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten)?

- Sehr schlecht
- Schlecht
- Mittelmäßig
- Gut
- Sehr gut

21. Inwieweit erfahren Sie in Ihrem Leben ein Gefühl von Gemeinschaft?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

22. Inwieweit erfahren Sie Liebe in Ihrem Leben?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

23. Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, anderen Menschen Ihre Liebe zu geben?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

24. Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, die Liebe anderer Menschen zu erfahren?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

WHOQOL-BREF

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

- Sehr schlecht
- Schlecht
- Mittelmäßig
- Gut
- Sehr Gut

2. Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Gesundheit

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben

3. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

WHOQOL-BREF

5. Wie gut können Sie ihr Leben genießen?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

6. Betrachten Sie ihr Leben als sinnvoll?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

7. Wie gut können Sie sich konzentrieren?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

8. Wie sicher fühlen Sie sich in ihrem täglichen Leben?

- Überhaupt nicht
- Ein Wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

9. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet?

- Überhaupt nicht
- Ein wenig
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Äußerst

WHOQOL-BREF

In den folgenden Fragen geht es darum, **in welchem Umfang** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

10. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

11. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

12. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

13. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

14. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?

- Überhaupt nicht
- Eher nicht
- Halbwegs
- Überwiegend
- Völlig

WHOQOL-BREF

15. Wie gut können Sie sich fortbewegen?

- Sehr schlecht
- Schlecht
- Mittelmäßig
- Gut
- Sehr gut

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

16. Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Schlaf?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

18. Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Arbeitsfähigkeit?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

19. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

WHOQOL-BREF

20. Wie zufrieden sind Sie mit ihren persönlichen Beziehungen?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

22. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freun

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

23. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

WHOQOL-BREF

25. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Zufrieden
- Sehr zufrieden

In der folgenden Frage geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

26. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?

- Niemals
- Nicht oft
- Zeitweilig
- Oftmals
- Immer

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen? Ja Nein

Wie lange hat es gedauert, den Fragebogen auszufüllen? _____ Minuten

Anlage 9: TP1_FB_DemTect der Patientinnen und Patienten

DemTect

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

1. Wortliste

„Ich werde Ihnen jetzt langsam eine Liste von 10 Worten vorlesen. Danach wiederholen Sie bitte möglichst viele dieser Worte. Auf die Reihenfolge kommt es nicht an.“ (erste Wortliste)

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Vielen Dank. Nun nenne ich Ihnen die gleichen 10 Worte ein zweites Mal. Auch danach sollen Sie wieder möglichst viele Worte wiederholen.“

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Richtig erinnerte Begriffe (max. 20) _____

2. Zahlen-Umwandeln

„Wie Sie in dem Beispiel sehen können, kann man die Ziffer „5“ auch als Wort „fünf“ schreiben und das Wort „drei“ auch als Ziffer „3“ schreiben. Ein Teil der Aufgabe ist so, wie wenn Sie einen Scheck ausfüllen würden. Ich bitte Sie nun, die Ziffern in Worte und die Worte in Ziffern zu schreiben.“

Beispiel	5 → fünf	drei → 3
----------	----------	----------

209 =	
4054 =	
Sechshunderteinundachtzig =	
Zweitausendsiebenundzwanzig =	

Richtige Antwort (max. 4) _____

3. Supermarktaufgabe

„Nennen Sie mir bitte so viele Dinge wie möglich, die man im Supermarkt kaufen kann. Sie haben dafür eine Minute Zeit.“

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genannte Begriffe (max. 30) _____

4. Zahlenfolge rückwärts

„Ich werde Ihnen jetzt eine Zahlenreihe nennen, die Sie mir dann bitte in Umgekehrter Reihenfolge wiederholen sollen. Wenn ich beispielsweise „vier-fünf“ sage, dann sagen Sie bitte „fünf-vier“.“

1. Versuch	2. Versuch	
7-2	8-6	2
4-7-9	3-1-5	3
5-4-9-6	1-9-7-4	4
2-7-5-3-6	1-3-5-4-8	5
8-1-3-5-4-2	4-1-2-7-9-5	6

Längste richtige rückwärts wiederholte Zahlenfolge (max. 6) _____

5. Erneute Abfrage der Wortliste

„Ganz am Anfang des Tests habe ich Ihnen 10 Worte genannt. Können sie sich noch an diese Worte erinnern?“

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Richtige erinnerte Begriffe (max. 10) _____

DemTect

Auswertung

Umrechnung (siehe Tabelle)

Aufgabe	Einzelergebnis (bitte übertragen)	Punkte laut Umrechnungstabelle
1. Wortliste 2. Zahlen-Umwandeln 3. Supermarktaufgaben 4. Zahlenfolge <u>rückwärts</u> 5. Erneute Abfrage der Wortliste		
Gesamtergebnis DemTect:		

Datum: ____ . ____ . ____

Uhrzeit: ____ : ____

Untersucher: _____

Punktzahl	Diagnose	Handlungsempfehlung
13-18	Altersgemäße kognitive Leistung	Nach 12 Monaten bzw. bei Auftreten von Problemen erneut testen
9-12	Leichte Kognitive Beeinträchtigung	Nach 6 Monaten erneut testen – Verlauf beobachten
<8	Demenzverdacht	Weitere diagnostische Abklärung, Therapie einleiten

DemTect

Umrechnungstabellen

Wortliste		
Anzahl genannter Begriffe		
< 60 Jahre	> 60 Jahre	Punkte
< 7	< 6	0
8–10	7–8	1
11–12	9–10	2
> 13	> 11	3

Zahlen-Umwandeln		
Anzahl genannter Begriffe		
< 60 Jahre	> 60 Jahre	Punkte
0	0	0
1–2	1–2	1
3	3	2
4	4	3

Supermarkt-Aufgabe		
Anzahl genannter Begriffe		
< 60 Jahre	> 60 Jahre	Punkte
0–12	0–5	0
13–15	6–9	1
16–19	10–15	2
> 20	> 16	4

Zahlenfolge rückwärts		
Anzahl genannter Begriffe		
< 60 Jahre	> 60 Jahre	Punkte
0	0	0
2–3	2	1
4	3	2
> 5	> 4	3

DemTect

Verzögerter Abruf		
Anzahl genannter Begriffe		
< 60 Jahre	> 60 Jahre	Punkte
0	0	0
1-3	1-2	1
4-5	3-4	2
> 6	> 5	5

Demografische Daten der Angehörigen

|

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

Angaben zu Ihrer Person:

1. Bitte geben Sie ihr Geburtsdatum an:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

2. Bitte geben Sie ihr Geschlecht an:

- Weiblich
- Männlich
- Divers

3. Leben Sie alleine oder mit anderen Personen in häuslicher Gemeinschaft?

- Allein (im Privathaushalt)
- Mit Partner/Ehepartner (im Privathaushalt)
- Mit Angehörigen (im Privathaushalt)
- Mit Sonstigen (im Privathaushalt)
- Betreutes Wohnen
- Alten- oder Pflegeheim
- Sonstiges: _____

**4. In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem Patienten?
Die von Ihnen gepflegte Person gehört zu Ihren ...**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern | <input type="checkbox"/> Schwiegereltern |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Tanten/Onkeln |
| <input type="checkbox"/> Ehe/Lebenspartner/in | <input type="checkbox"/> Nachbarn/ Freunden |
| <input type="checkbox"/> Geschwistern | <input type="checkbox"/> Andere Person |

Demografische Daten der Angehörigen

5. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse
- Fachhochschulreife
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur
(Gymnasium bzw. EOS Erweiterte Oberschule)
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
- Einen anderen Schulabschluss, und zwar: _____
- Weiß ich nicht

6. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

- beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)
- beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule,
Berufsschule- oder Fachakademie
- Fachhochschule
- Hochschulabschluss
- Keinen beruflichen Abschluss
- Einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar: _____
- Weiß ich nicht

7. Sind Sie in Deutschland (heutiger Gebietsstand der Bundesrepublik Deutschland) geboren?

- Ja
- Nein, und zwar in: _____

Demografische Daten der Angehörigen

8. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- Ich habe die deutsche Staatsangehörigkeit
- Ich habe eine andere Staatsangehörigkeit, und zwar die folgende:

- Ich habe eine **doppelte Staatsangehörigkeit**, und zwar folgende:

_____ und _____

9. Sind Sie zurzeit erwerbstätig? (Einfachantwort)

- Ja, ganztags
- Ja, mindestens halbtags
- Ja, weniger als halbtags
- Nein, Hausfrau/ Hausmann
- Nein, in Ausbildung
- Nein, arbeitslos/ erwerbslos
- Nein, Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente
- Nein, Altersrente
- Nein, anders _____

10. Haben Sie die Berufstätigkeit wegen Übernahme der Pflege

- Nicht aufgegeben
- Teilweise aufgegeben
- Völlig aufgegeben

11. Wie lange pflegen Sie schon den Patienten?

- Überhaupt nicht
- Unter 1 Jahr
- 1 – unter 2 Jahre
- 2 – unter 3 Jahre
- Über 3 Jahre

12. Die von Ihnen gepflegte Person ist... (Einfachantwort)

- Weitgehend mobil (mit Krücke, Rollator, Rollstuhl)
- Weitgehend bettlägerig

Demografische Daten der Angehörigen

13. Die von Ihnen gepflegte Person ist... (Einfachantwort)

- Völlig verwirrt (rund um die Uhr)
- Teilweise verwirrt (mehrmals am Tag)
- Manchmal verwirrt (mehrmals in der Woche)
- Überhaupt nicht verwirrt

14. Welche Pflegeleistungen erbringen Sie in der Regel? (Mehrfachantworten)

- Hilfe beim An- und Auskleiden
- Hilfe bei der Körperpflege
- Hilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten
- Hilfe bei der Einnahme der Mahlzeiten
- Hilfe beim Toilettengang bzw. der Inkontinenzbetreuung
- Hilfe bei der Medikamentengabe
- Mobilitätshilfe im Wohnbereich
- Mobilitätshilfe außerhalb des Wohnbereichs
- Reinigung der Wohnung
- Pflege bei der Leib- und Bettwäsche
- Herbeibesorgung von Heizmaterial, Beheizung
- Hilfe bei Besorgung von Lebensmitteln, Medikamenten, etc.
- Lagerung der gepflegten Person
- Keine Pflegeleistungen

Häusliche Pflegeskala

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die wir in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an das für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

1. Ich fühle mich morgens ausgeschlafen.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

2. Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

3. Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

4. Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

Häusliche Pflegeskala

5. Ich vermisse es über die Pflege mit anderen sprechen zu können

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

6. Mir bleibt genügend Zeit für meine eigenen Interessen und Bedürfnisse.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

7. Ich fühle mich von der/dem Pflegebedürftigen manchmal ausgenutzt.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

8. Ich kann außerhalb der Pflegesituation abschalten.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

9. Es fällt mir leicht, der/dem Pflegebedürftigen bei den notwendigen Dingen zu helfen (z.B. beim Waschen und Essen)

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

10. Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als (ich selbst)

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

11. Die von mir geleistete Pflege wird von anderen entsprechend anerkannt.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

Häusliche Pflegeskala

12. Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

13. Ich habe das Gefühl das mir die Pflege aufgedrängt wurde.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

14. Die Wünsche der/des Pflegebedürftigen sind meiner Meinung nach angemessen.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

15. Ich habe das Gefühl die Pflege „im Griff“ zu haben.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

16. Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

17. Ich kann mich noch von Herzen freuen.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

18. Wegen der Pflege musste ich Pläne für meine Zukunft aufgeben.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

Häusliche Pflegeskala

19. Es macht mir nichts aus, wenn Außenstehende die Situation der/des Pflegebedürftigen mitbekommen.

- Stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

20. Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

21. Ich fühle mich „hin und her“ gerissen zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

22. Ich empfinde den Kontakt zu der/dem Pflegebedürftigen als gut.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

23. Wegen der Pflege gibt es Probleme mit anderen Familienangehörigen.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

24. Ich habe das Gefühl ich sollte mal wieder ausspannen.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

25. Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

Häusliche Pflegeskala

26. Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten).

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

27. Das Schicksal der/des Pflegebedürftigen macht mich traurig.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

28. Neben der Pflege kann mich meine sonstigen Aufgaben des täglichen Lebens meinen Vorstellungen entsprechend erledigen.

- stimmt genau
- stimmt überwiegend
- stimmt ein wenig
- stimmt nicht

Sturzprotokoll

Name: _____ Datum: _____ Sturz-Datum: _____ Netzwerk: _____ Uhrzeit: _____

Sturz erfolgte in Begleitung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – wer:	Sturzbericht – Kurze Erklärung wie es zum Sturz kam:
Wer hat dem Gestürzten aufgeholfen?	<input type="checkbox"/> Selbstständig (ohne Hilfe) <input type="checkbox"/> Hilfe durch:	1. Warum kam es zum Sturz?
Sturz erfolgte bei:	<input type="checkbox"/> Stehen oder Gehen <input type="checkbox"/> Aufstehen oder Hinsetzen vom Stuhl oder Bett <input type="checkbox"/> andere Tätigkeit:	
Sturzort:	<input type="checkbox"/> Sturz im Haus – welcher Raum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sturz außerhalb des Hauses – wo: <input type="checkbox"/>	2. Mit welcher Maßnahme hätte der Sturz vermieden werden können?
Schuhe beim Sturz:	<input type="checkbox"/> offene Hausschuhe <input type="checkbox"/> geschlossene Hausschuhe <input type="checkbox"/> keine Schuhe <input type="checkbox"/> Straßenschuhe oder Turnschuhe <input type="checkbox"/> andere Schuhe (bspw. Absatzschuhe) <input type="checkbox"/> Benutzt bisher keine Hilfsmittel <input type="checkbox"/> gestürzt ohne eigene Hilfsmittel	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Benutzt keine <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Andere	3. Von wem wurde das Protokoll ausgefüllt? <input type="checkbox"/> Selbstauskunft <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Professioneller <input type="checkbox"/> Anderer
Verwendete Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> keine Verletzung <input type="checkbox"/> Schmerzen – wo: <input type="checkbox"/> Prellmarke – wo: <input type="checkbox"/> Platzwunde – wo: <input type="checkbox"/> mögliche Fraktur – was: <input type="checkbox"/> weitere	
Sofort erkannte Sturzfolgen:	<input type="checkbox"/> kein Arztkontakt notwendig <input type="checkbox"/> Arztkontakt <input type="checkbox"/> Selbstständig oder mit Angehörigen ins Krankenhaus gefahren <input type="checkbox"/> Rettungswagen <input type="checkbox"/> wünscht selbst keinen Arztkontakt	
Eingeleitete Maßnahmen:		

Kontaktprotokoll

(ergänzt um Kategorien f. med., pfleg., ~~therap.~~ u. sozial)

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

Kontaktart

- Persönlich
Wo hat der Kontakt stattgefunden?
 - Arztpraxis
 - Zu Hause
 - Anderer Ort _____
- Telefonisch
- E-Mail

Beginn der Kontaktaufnahme:

Datum:

Uhrzeit:

Dauer der Kontaktaufnahme in Minuten:

Anfahrtszeit (von Haustür zu Haustür) in Minuten:

Anlass des Kontaktes:

- Geplanter Termin
- Ungeplanter Termin

Kontaktprotokoll

(ergänzt um Kategorien f. med., pfleg., ~~therap.~~ u. sozial)

Identifizierter Bedarf:	Welche konkreten Maßnahmen ergeben sich aus dem identifizierten Bedarf?	
Medizinisch (Freitext) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Medizinisch <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medikationscheck <input type="checkbox"/> Abklärung Hausarzt <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt <input type="checkbox"/> Abklärung Wundversorgung <input type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Akutgeriatrie <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege <input type="checkbox"/> Geriatrische Klinik 	Medizinisch (Freitext) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Pflegerisch (Freitext) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Pflegerisch <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empfehlung Pflegestützpunkt <input type="checkbox"/> Empfehlung ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Empfehlung Demenznetz <input type="checkbox"/> Empfehlung Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Empfehlung Hausnotruf <input type="checkbox"/> Empfehlung Hilfsmittel Inkontinenz <input type="checkbox"/> Empfehlung Tagespflege <input type="checkbox"/> Empfehlung stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Empfehlung Hausnotruf <input type="checkbox"/> Empfehlung Sturzmelder <input type="checkbox"/> Empfehlung Pflegegrad beantragen <input type="checkbox"/> Empfehlung Pflegegrad höherstufen 	Pflegerisch (Freitext) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Therapeutisch (Freitext) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Therapeutisch <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empfehlung Physiotherapie <input type="checkbox"/> Empfehlung Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Empfehlung Ergotherapie <input type="checkbox"/> Empfehlung Präventive Maßnahme <input type="checkbox"/> Empfehlung Medizinische Fußpflege <input type="checkbox"/> Empfehlung Logopädie <input type="checkbox"/> Empfehlung Rehasport <input type="checkbox"/> Empfehlung Ernährungsberatung 	Therapeutisch (Freitext) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Kontaktprotokoll

(ergänzt um Kategorien f. med., pfleg., therap. u. sozial)

Identifizierter Bedarf:	Welche konkreten Maßnahmen ergeben sich aus dem identifizierten Bedarf?	
Sozial (Freitext) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>	Sozial <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Beratung Ehrenamtliche Hilfen <input type="checkbox"/> Beratung Betreuungsrecht <input type="checkbox"/> Beratung barrierefreies Wohnen <input type="checkbox"/> Beratung Hilfsmittelbedarf <input type="checkbox"/> Beratung Ernährung <input type="checkbox"/> Beratung Hör- und Sehhilfen <input type="checkbox"/> Beratung Inkontinenzversorgung <input type="checkbox"/> Beratung sozialer Angebote / Gruppen <input type="checkbox"/> Empfehlung Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Empfehlung Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Empfehlung Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Beratung Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Beratung Selbsthilfeberatung <input type="checkbox"/> Beratung externe Dienstleister <input type="checkbox"/> Beratung Fahrkostenübernahme <input type="checkbox"/> Beratung Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Beratung zum Landesblindengesetz <input type="checkbox"/> Beratung zum Schwerbehindertengesetz <input type="checkbox"/> Beratung niedrigschwellige Betreuungsangebote <input type="checkbox"/> Beratung Kurzeit <input type="checkbox"/> Beratung Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Beratung <u>Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen</u> 	Sozial (Freitext) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

Angaben zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Beratener: Betroffener selbst

Angehöriger

Pflegegrad: Nein

Ja → Einstufung: 1 2 3 4 5

Höherstufung beantragt

Angaben zur Beratung:

Beginn der Beratung [Datum]: [Uhrzeit]:

Dauer der Beratung [Min]:

Gefahrene Strecke zur Beratung (einfach) [km]:

Anfahrtszeit von Tür zu Tür [Min]:

Beratungsform: Persönlich
 Schriftlich
 Telefonisch
 Digital (E-Mail, Whatsapp etc.)

Beratungsort: zu Hause
 Arztpraxis
 Sonstiges → _____

Anlass der Beratung: Geplanter Termin
 Ungeplanter Termin

Vorrangiger Beratungs-
Bedarf: Finanzielle Hilfe
 Strukturelle Hilfe
 Kommunikative intersektorale Hilfe

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

Beratungsinhalte/ Delegationsleistungen:

Beratungsinhalte:

- Medizinisch
- Pflegerisch
- Therapeutisch
- Sozial

Grundsicherung SGB II:

- Antrag: Grundsicherung (SGB II)
- Leistung: Grundsicherung (SGB II)

Versichertenstatus SGB IV:

- Antrag: Versichertenstatus (SGB IV)
- Leistung: Versichertenstatus (SGB IV)

Krankenversicherung SGB V:

- Medikationscheck (SGB V)
- Wundversorgung (SGB V)
- Antrag: Rezept Physiotherapie (SGB V)
- Leistung: Physiotherapie (SGB V)
- Antrag: Rezept Krankengymnastik (SGB V)
- Leistung: Krankengymnastik (SGB V)
- Antrag: Rezept Ergotherapie (SGB V)
- Leistung: Ergotherapie (SGB V)
- Antrag: Logopädie (SGB V)
- Leistung: Logopädie (SGB V)
- Antrag: Hilfsmittel (SGB V)
- Leistung: Hilfsmittel (SGB V)
- Antrag: Rehasport (SGB V; SGB XI)
- Ernährungsberatung (SGB V)
- Abklärung Palliativversorgung (SGB V)
- Antrag: Palliativversorgung (SGB V)
- Antrag: Krankenhauseinweisung (SGB V)
- Leistung: Krankenhaus (SGB V)
- Antrag: Geriatrische Tagesklinik (SGB V)
- Leistung: Geriatrische Tagesklinik (SGB V)
- Antrag: Geriatrische Institutsambulanz (SGB V)
- Leistung: Geriatrische Institutsambulanz (SGB V)
- Antrag: Psychiatrische Tagesklinik (SGB V)
- Leistung: Psychiatrische Tagesklinik (SGB V)
- Antrag: Psychiatrische Institutsambulanz (SGB V)
- Leistung: Psychiatrische Institutsambulanz (SGB V)

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

- Antrag: Akutgeriatrie (SGB V)
- Leistung: Akutgeriatrie (SGB V)
- Antrag: Spezialisierte Geriatrische Rehabilitation (SGB V)
- Leistung: Spezialisierte Geriatrische Rehabilitation (SGB V)
- Antrag: Geriatrische Klinik (SGB V)
- Leistung: Geriatrische Klinik (SGB V)
- Antrag: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Medizinische Behandlungspflege
- Leistung: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Medizinische Behandlungspflege
- Antrag: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- Leistung: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- Antrag: Haushaltshilfe (SGB V)
- Leistung: Haushaltshilfe (SGB V)
- Antrag: Fahrkostenübernahme (SGB V)
- Leistung: Fahrkostenübernahme (SGB V)
- Antrag: Zuzahlungsbefreiung (SGB V)

Rentenversicherung SGB VI:

- Antrag: Rentenversicherung (SGB VI)
- Leistung: Rentenversicherung (SGB VI)

Unfallversicherung SGB VII:

- Antrag: Unfallversicherung (SGB VII)
- Leistung: Unfallversicherung (SGB VII)

Rehabilitation SGB IX:

- Antrag: Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz (SGB IX)
- Leistung: Schwerbehindertenausweis (SGB IX) - Grad der Behinderung, Merkzeichen

Pflegeversicherung SGB XI:

- Antrag: Tagespflege (SGB XI)
- Leistung: Tagespflege (SGB XI)
- Antrag: Kurzzeitpflege (SGB XI)
- Leistung: Kurzzeitpflege Pflege (SGB XI)
- Antrag: Verhinderungspflege (SGB XI)
- Leistung: Verhinderungspflege (SGB XI)
- Antrag: Stationäre Pflege (SGB XI)
- Leistung: Stationäre Pflege (SGB XI)
- Antrag: Vollstationäre Pflege (SGB XI)
- Leistung: Vollstationäre Pflege (SGB XI)
- Antrag: Häusliche Krankenpflege (SGB XI)
- Leistung: Häusliche Krankenpflege (SGB XI)
- Antrag: Pflegegrad (SGB XI)

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

- Leistung: Pflegegrad (SGB XI)
- Antrag: Ambulanter Pflegedienst (SGB XI) - Grundpflege
- Leistung: Ambulanter Pflegedienst (SGB XI) - Grundpflege
- Antrag: Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (SGB XI)
- Leistung: Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (SGB XI)
- Antrag: Hausnotruf (SGB XI)
- Leistung: Hausnotruf (SGB XI)
- Antrag: Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (SGB XI)

Widerspruchsverfahren SGB X:

- Antrag: Widerspruchsverfahren (SGB X)
- Leistung: Widerspruchsverfahren (SGB X)

Sozialhilfe SGB XII:

- Antrag: Sozialhilfe (SGB XII)
- Leistung: Sozialhilfe (SGB XII)

Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung BGB:

- Antrag: Patientenverfügung (BGB)
- Leistung: Patientenverfügung (BGB)
- Antrag: Vorsorgevollmacht (BGB)
- Leistung: Vorsorgevollmacht (BGB)
- Antrag: Betreuungsverfügung (BGB)
- Leistung: Betreuungsverfügung (BGB)

Ehrenamtsnetz:

- Antrag: Ehrenamtsnetz
- Leistung: Ehrenamtsnetz

Bewegungsangebote:

- Antrag: Bewegungsangebote
- Leistung: Bewegungsangebote

Sonstiges:

- Antrag: Sonstiges → _____
- Leistung: Sonstiges → _____

Informationen zu:

- Haushaltshilfe (SGB V)
- Stationäre Pflege (SGB XI)
- Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (SGB XI)
- Hilfsmittel
- Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen
- Anbieter Hausnotrufsysteme
- Pflegekurse

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

- Soziale Aktivierung
- Präventive Maßnahmen
- Selbsthilfegruppen
- Hospizdienst
- Sonstige Dienstleister
- Mittagstisch

Delegationsleistungen SGB V:

- Medikationscheck (SGB V)
- Wundversorgung (SGB V)
- Katheterwechsel (SGB V)
- Blutentnahme (SGB V)
- INR-Messung (SGB V)
- BZ-Messung (SGB V)
- Injektion (SGB V)
- Impfung (SGB V)

Weiterführende Angaben:

Informationsmaterial/Vordrucke gewünscht über:

- Handkrafttraining
- Schmerztagebuch
- Schlaftagebuch
- Kontinenzprotokoll

Weitervermittlung an einen Netzwerkpartner:

- Weiterleitung Geriater
- Weiterleitung Neurologe
- Weiterleitung Hypertensiologe
- Weiterleitung HNO Arzt
- Weiterleitung Diabetologe
- Weiterleitung Dermatologe
- Weiterleitung Orthopäde
- Weiterleitung Urologe
- Weiterleitung Gynäkologe
- Weiterleitung Augenarzt
- Weiterleitung Endokrinologe
- Weiterleitung Psychiater
- Weiterleitung Psychotherapeut
- Weiterleitung Kardiologe
- Weiterleitung Zahnarzt
- Weiterleitung Nephrologe

**Leistungsnachweis
(erweitertes Kontaktprotokoll)**

Weiterer Beratungsbedarf/ Bemerkungen (Freitext):

1) Person / Hintergrund

- Bevor wir einsteigen, wäre es schön, wenn (auch) Sie sich kurz vorstellen könnten: Was hat Sie zur Arbeit im Netz motiviert?
- Was bedeutet „Vernetzung“ für Sie?
- Woran machen Sie den Erfolg von „Vernetzung“ fest?

2) Netz / Geriatrische Versorgungsangebote im Netz

- (Wie schätzen Sie den Bedarf an geriatrischer Versorgung in Ihrer Netzregion ein - also wie verhält sich der Anteil geriatrischer Patienten zu anderen Bevölkerungsanteilen in Ihrer Netzregion?)
- Welche Ihrer bestehenden Netzangebote fallen Ihnen für geriatrische Patienten spontan ein?

3) Bedürfnisse geriatrischer Patienten

- Was macht aus Ihrer Sicht die Versorgung hochbetagter Patienten besonders? Was unterscheidet geriatrische Patienten von anderen Patientengruppen?
- Wie kann man Ihrer Meinung nach geriatrische Patienten dabei unterstützen, sich in der Versorgungslandschaft zu orientieren?

4) Organisation geriatrischer Versorgung im Netz

- Mit Blick auf Ihr Netz: Welche Akteure / Institutionen sind Ihrer Meinung nach für eine geriatrische Versorgung (innerhalb Ihres Netzes) relevant?
- Gibt es in Ihrem Netz Standards der Zusammenarbeit, die auf die Gestaltung geriatrischer Behandlungspfade zielen? Welche sind dies?
- Was sind Ihrer Einschätzung nach typische Schnittstellenprobleme in der Versorgung geriatrischer Patienten außerhalb eines 87b-Netzes? Zwischen welchen Akteuren des Gesundheitswesens gestalten sich Versorgungsübergänge Ihrer Meinung nach in der Regel schwierig? Warum?
- Verschafft Ihnen die Organisation als 87b-Netz im Hinblick auf die Versorgung geriatrischer Patienten Vorteile? Welche Vorteile sind dies?
 - **Informationsflüsse:** Inwieweit ermöglicht es Ihre Netzstruktur, dass Informationsflüsse zwischen (den eben genannten) Netzakteuren in der geriatrischen Versorgung gefördert werden? Gibt es hier ggf. Verbesserungsbedarfe?
 - **Zusammenarbeit:** Was unterscheidet Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit einzelner Akteure (ambulant, aber auch stationär/ärztlich als auch nicht-ärztlich) Ihres Netzes von der Zusammenarbeit der Akteure in der Regelversorgung? Sind Ihrer Meinung nach tradierte Rollenverständnisse ärztlicher und nicht-ärztlicher Akteure eine Hürde für die Zusammenarbeit im Netz? Wenn ja: Wie lassen sich tradierte Rollenverständnisse ärztlicher und nicht-ärztlicher Akteure aufbrechen? Fallen Ihnen noch weitere Verbesserungsbedarfe ein, die die Zusammenarbeit der Akteure befördern würden?
- Lassen Sie uns jetzt noch einen Blick auf die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern (Pflegeversicherung, Krankenkassen, aber auch KVen) werfen: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern? Gibt es hier Probleme? Wenn ja, welche?

5) Aussicht und Abschluss

- Aus Ihrer Sicht als Geschäftsführer/in eines Arztnetzes: Welche Entwicklungen erhoffen Sie sich im Hinblick auf geriatrische Versorgung innerhalb Ihres Netzes in den nächsten Jahren?
- Welche Möglichkeiten bietet Ihrer Meinung nach ein geriatrisches Care- und Casemanagement in diesem Zusammenhang?
- Wie möchten Sie persönlich gerne im hohen Alter versorgt werden?
- Möchten Sie abschließend noch etwas sagen, das bislang unerwähnt blieb?

1) Person / Hintergrund

- Bevor wir einsteigen, wäre es schön, wenn Sie sich kurz vorstellen könnten: Was hat Sie zur Arbeit/Aufnahme im Netz motiviert?
- Was bedeutet „Vernetzung“ für Sie? Wie ist das Netz organisiert bzw. wie sind Sie innerhalb des Netzes organisiert?
- Woran machen Sie den Erfolg von „Vernetzung“ fest?

2) Praxis

- Wie hoch schätzen Sie den Bedarf an geriatrischer Versorgung in Ihrer Praxis/Gemeinschaftspraxis ein? Wie viele geriatrische Patienten betreuen Sie schätzungsweise pro Quartal?
- Gibt es in Ihrer Praxis/Gemeinschaftspraxis spezielle Angebote, die sich explizit an geriatrische Patienten richten?

3) Anforderungen geriatrischer Patienten

- Was macht aus Ihrer Sicht die Versorgung geriatrischer Patienten besonders? Was unterscheidet geriatrische Patienten von anderen Patientengruppen?
- Inwieweit können Sie diesen Anforderungen Ihrer Meinung nach im Praxisalltag gerecht werden?

4) Organisation geriatrischer Versorgung in der Praxis

- Welche Akteure sind Ihrer Einschätzung nach für die Organisation geriatrischer Versorgung im Allgemeinen relevant? Was macht den jeweiligen Akteur relevant?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit diesen Akteuren im Alltag? Gibt es Standards der Zusammenarbeit? Wie gut funktioniert bspw. der Informationsaustausch mit Pflegeheimen/Klinik/Reha und
- Wie stellen Sie sicher, dass Ihnen der Informationsaustausch mit den beteiligten Akteuren gelingt?
 - Gibt es Abstimmungsprobleme? Mit wem? Wie gehen Sie mit diesen Problemen um?
 - Wie gestaltet sich das Medikationsmanagement geriatrischer Patienten, bspw. nach einem Klinikaufenthalt?
 - Welche Kommunikationsmittel und -kanäle stehen Ihnen zur Verfügung, um versorgungsrelevante Informationen auszutauschen (Fallbesprechungen; Post/Mail/Telefon)?
 - Sind die Informationen, die Sie zur Versorgung geriatrischer Patienten von anderen Akteuren erhalten, nachvollziehbar und hilfreich? Gibt es hier Probleme?
- Welchen Einfluss haben haftungsrechtliche Fragen auf die Versorgungskoordination von geriatrischen Patienten? Gibt es ggf. Zuweisungsprobleme (-> Möglichkeiten und Grenzen von Delegation)?
- Lassen Sie uns jetzt noch einen Blick auf die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern werfen: Gibt es hier Probleme?

5) Abschluss und Ausblick

- Zusammenfassend: Welche Vorteile bietet Ihnen die Organisation im Netz für die Versorgung geriatrischer Patienten? Gibt es Verbesserungsbedarfe?
- Inwieweit kann Sie ein geriatrisches Care und Case Management zusätzlich unterstützen?
- Möchten Sie abschließend noch etwas sagen, das bislang unerwähnt blieb?

1) Person / Hintergrund

- Bevor wir einsteigen, wäre es schön, wenn Sie sich kurz vorstellen könnten: Was hat Sie zur Arbeit/Aufnahme im Netz motiviert?
- Was bedeutet „Vernetzung“ für Sie? *Wie ist das Netz organisiert bzw. wie sind Sie innerhalb des Netzes organisiert?*
- Woran machen Sie den Erfolg von „Vernetzung“ fest?

2) Praxis

- Wie hoch schätzen Sie den Bedarf an geriatrischer Versorgung in Ihrer Praxis ein? *Wie viele geriatrische Patienten betreuen Sie schätzungsweise pro Quartal?*
- Gibt es in Ihrer Praxis spezielle Angebote, die sich explizit an geriatrische Patienten richten?

3) Anforderungen geriatrischer Patienten

- Was macht aus Ihrer Sicht die Versorgung geriatrischer Patienten besonders? *Was unterscheidet geriatrische Patienten von anderen Patientengruppen?*
- Inwieweit können Sie diesen Anforderungen Ihrer Meinung nach im Praxisalltag gerecht werden?

4) Organisation geriatrischer Versorgung in der Praxis

- Welche Akteure sind Ihrer Einschätzung nach für die Organisation geriatrischer Versorgung inner- und außerhalb Ihrer Praxis relevant? *Was macht den jeweiligen Akteur relevant?*
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit diesen Akteuren im Alltag? *Gibt es Standards der Zusammenarbeit? Wie gut funktioniert bspw. der Informationsaustausch mit Pflegeheimen/Klinik/Reha und Fachärzten?*
- Wie stellen Sie sicher, dass Ihnen der Informationsaustausch mit den beteiligten Akteuren gelingt?
 - Gibt es Abstimmungsprobleme? Mit wem? Wie gehen Sie mit diesen Problemen um?
 - Wie gestaltet sich das Medikationsmanagement geriatrischer Patienten, bspw. nach einem Klinikaufenthalt?
 - Welche Kommunikationsmittel und -kanäle stehen Ihnen zur Verfügung, um versorgungsrelevante Informationen auszutauschen (Fallbesprechungen; Post/Mail/Telefon)?
 - Sind die Informationen, die Sie zur Versorgung geriatrischer Patienten von anderen Akteuren erhalten, nachvollziehbar und hilfreich? Gibt es hier Probleme?
- Welchen Einfluss haben haftungsrechtliche Fragen auf die Versorgungskoordination von geriatrischen Patienten? Gibt es ggf. Zuweisungsprobleme (-> Möglichkeiten und Grenzen von Delegation)?
- Lassen Sie uns jetzt noch einen Blick auf die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern werfen: Gibt es hier Probleme?

5) Abschluss und Ausblick

- Zusammenfassend: Welche Vorteile bietet Ihnen die Organisation im Netz für die Versorgung geriatrischer Patienten? *Gibt es Verbesserungsbedarfe?*

1) Person / Hintergrund

- Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrer Praxis?
- Ihre Praxis ist Teil eines Arzt- bzw. Praxisnetzes: Wie präsent ist das Netz in Ihrem Arbeitsalltag? Haben Sie bereits Erfahrung in einer Praxis außerhalb eines Netzverbundes gesammelt? Wenn ja: Was ist für Sie das Besondere an der Arbeit in einer Netzpraxis?

2) Praxis

- Betreuen Sie viel ältere Patienten in Ihrer Praxis?
- Gibt es in Ihrer Praxis spezielle Angebote, die sich insbesondere an ältere Patienten richten?

3) Anforderungen älterer Patienten

- Was macht aus Ihrer Sicht die Versorgung von älteren Patienten besonders? Was unterscheidet ältere Patienten von anderen Patientengruppen?

4) Organisation geriatrischer Versorgung in der Praxis

- Gibt es Versorger außerhalb Ihrer Praxis, mit denen Sie häufiger in Kontakt sind, wenn Sie sich um die Versorgung Ihrer älteren Patienten kümmern? Welche sind dies? Warum sind diese wichtig?
- Wie läuft die Zusammenarbeit mit diesen Versorgern im Alltag? Wie gut funktioniert bspw. der Informationsaustausch mit Pflegeheimen/Klinik/Reha und Fachärzten?
- Gibt es Abstimmungsprobleme mit anderen Versorgern? Mit wem? Wie gehen Sie mit diesen Problemen um?
- Wie stehen Sie mit den anderen Versorgern in Kontakt, um Informationen auszutauschen, die Ihre älteren Patienten betreffen? (Post/Mail/Telefon; ggf. Fallbesprechungen)? Gibt es hier Probleme? Was sollte sich verbessern?
- Häufig nehmen ältere Patienten eine Vielzahl von Medikamenten gleichzeitig, die ihnen bspw. nach Klinikaufenthalten verschrieben werden: Fällt es Ihnen in der Regel leicht, den Überblick über die Medikamente und Dosierungen Ihrer älteren Patienten zu behalten? Gibt es hier Probleme? Was sollte sich verbessern?

5) Abschluss und Ausblick

- Was, glauben Sie, braucht es, damit ältere Patienten in Zukunft noch besser versorgt werden?
- Kann eine Person, wie beispielsweise eine Patientenlotsin, dabei zusätzlich unterstützen?
- Möchten Sie abschließend noch etwas sagen, das bislang unerwähnt blieb?



Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um im Rahmen des Innovationsfondsprojektes „RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz“ die Zukunft von Care und Case Management auszuloten.

Mit dem nachfolgenden Survey möchten wir erfahren, welche Szenarien Sie im Hinblick auf den Transfer und die Verstetigung von Care und Case Management im Gesundheitswesen als sinnvoll erachten. Insgesamt sollte die Beantwortung des Surveys etwa 15 Minuten in Anspruch nehmen.

Die mit einem Stern (*) gekennzeichneten Felder sind verpflichtend auszufüllen. An einigen Stellen werden Sie gebeten, Ihren Ausschluss von Szenarien in einem dafür vorgesehenen Textfeld zu begründen. Diese Angaben sind optional. Sie haben am Ende des Surveys jedoch die Möglichkeit, Ihre Kontaktdaten zu hinterlegen, damit wir Sie nachträglich telefonisch kontaktieren können. Dieses nachträgliche Telefonat dient der Besprechung der Ergebnisse und ist freiwillig.

Wir freuen uns über Ihre rege Beteiligung und wünschen Ihnen nun viel Spaß beim Ausfüllen des Surveys.

Das RubiN-Evaluationsteam des privaten Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav GmbH)

Teil A: Organisationszugehörigkeit

A1. Bei welcher Institution sind Sie tätig?

Kassenärztliche Vereinigung

Ärztekammer



Teil B: Die künftige Bedeutung von Care und Case Management im Gesundheitswesen

B1. Inwieweit würden Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen?

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Care und Case Management wird in Zukunft einen wichtigen Beitrag zur Orientierung und Navigation von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem leisten.

 --- --- --- ---

Care und Case Management wird in Zukunft eine zentrale Bedeutung bei der Organisation und Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungsansätze zukommen.

 --- --- --- ---

Care und Case Management wird in Zukunft eine wichtige Rolle bei der Entlastung u.a. ambulanter/ stationärer Versorgungsstrukturen zukommen.

 --- --- --- ---

Teil C: Care und Case Management zwischen Delegation und Substitution

C1. Wie sollte Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig ausgestaltet sein?

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Ein Teil der bisher von ärztlichen Leistungserbringern der ambulanten/stationären Versorgung geleisteten koordinativen Tätigkeiten sollten künftig unter deren Verantwortung im Rahmen des Care und Case Managements von Vertretern anderer Gesundheitsberufe ausgeführt werden können.
(Delegation)

 --- --- --- ---



1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Ein Teil der bisher von ärztlichen Leistungserbringern der ambulanten/stationären Versorgung geleisteten koordinativen Tätigkeiten sollten künftig im Rahmen des Care und Case Managements ganz in die Verantwortung von Vertretern anderer Gesundheitsberufe gegeben werden können. (Substitution)

--- --- --- ---

C2. Welche nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sollten Ihrer Meinung nach – ungeachtet der derzeitigen rechtlichen Ausgestaltung – für die Ausübung des Care und Case Managements künftig infrage kommen?

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Altenpflege

--- --- --- ---

Arzt- und Praxishilfe /
Medizinische Fachangestellte

--- --- --- ---

Ernährungs- und Gesundheitsberatung

--- --- --- ---

Gesundheits- und Krankenpflege

--- --- --- ---

Ernährungs- und Gesundheitsberatung

--- --- --- ---

Heil- und Hilfsmittelerbringer

--- --- --- ---

Ein gänzlich neues, nicht-ärztliches Berufsbild

--- --- --- ---

C3.

Welche sonstigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe kommen Ihrer Meinung nach künftig für die Ausübung eines Care und Case Managements infrage?

Optionale Angabe



C4.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management nach dem Delegationsprinzip ausgerichtet wird.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

C5.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management entsprechend des Substitutionsprinzips ausgerichtet wird.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

Teil D: Leistungsspektrum des Care und Case Managements

D1.

Welche Leistungen sollte ein Care und Case Manager Ihrer Meinung nach künftig erbringen dürfen?

Bitte entscheiden Sie sich für eines der beiden Szenarien.

Care und Case Management sollte eine ausschließlich unterstützende, koordinierende und beratende Funktion im Sinne eines Lotsenansatzes haben. Dies umfasst die Koordination von Leistungen sowie die Durchführung von Beratungen, die sich an der Lebenswelt der Patienten orientieren.

Care und Case Management sollte neben einer unterstützenden, koordinierenden und beratenden Funktion auch bestimmte medizinische Versorgungsleistungen erbringen.





D2. Welche unterstützenden, koordinierenden und beratenden Aufgaben sollten Care und Case Manager – vorbehaltlich einer entsprechenden Qualifikation – Ihrer Meinung nach künftig übernehmen können?

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Testgestützte Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> |
| Dokumentation der Patientenbeobachtung einschließlich Medikamentenmonitoring | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> |
| Patientenschulungen | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> |
| Sozialberatung | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> |
| Bedarfsanalysen | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> |
| Abstimmung mit anderen Leistungserbringern | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> |
| Erährungs- und Bewegungsberatung | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Aktivierung (z.B. Vermittlung von Freizeitangeboten) | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützung bei Tätigkeiten des alltäglichen Bedarfs (z.B. Lebensmittelversorgung; Unterstützung im Haushalt) | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> | --- | <input type="checkbox"/> |

D3.

Welche sonstigen unterstützenden, koordinierenden und beratenden Aufgaben werden Care und Case Manager – vorbehaltlich einer entsprechenden Qualifikation – Ihrer Meinung nach künftig übernehmen?

Optionale Angabe

--



D4. Welche medizinischen Versorgungsleistungen sollte ein Care und Case Manager neben den unterstützenden, koordinierenden und beratenden Aufgaben – vorbehaltlich einer entsprechenden Qualifikation – künftig übernehmen können?

	1 = stimme überhaupt nicht zu	2 = stimme eher nicht zu	3 = stimme eher zu	4 = stimme voll und ganz zu	Kann ich nicht beurteilen
Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Pflegehilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intravenöse Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen in liegende Infusionssysteme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venöse Blutentnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen von (Kurz-)Infusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitssubstitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D5.

Welche sonstigen medizinischen Versorgungsleistungen wird ein Care und Case Manager neben den unterstützenden, koordinierenden und beratenden Aufgaben – vorbehaltlich einer entsprechenden Qualifikation – künftig übernehmen?

Optionale Angabe





D6.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem ein Care und Case Manager auch medizinische Versorgungsleistungen erbringen kann.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

Teil E: Qualifikation eines Care und Case Managers

E1. Über welche Qualifikation sollte ein Care und Case Manager Ihrer Meinung nach künftig verfügen?

Ein Care und Case Manager sollte künftig mindestens eine Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf absolviert haben sowie einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich aufweisen.

Ein Care und Case Manager sollte künftig mindestens eine akademische Erstausbildung im Gesundheitsbereich absolviert haben sowie einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich aufweisen.

Sowohl die berufliche als auch die akademische Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf kann sinnvoll sein.

E2. Sie haben sich für das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management als Ausbildungsberuf qualifiziert wird. Wir möchten Sie bitten, Ihre Antwort im Folgenden zu spezifizieren.

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Ein Care und Case Manager sollte künftig über die berufliche Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf und Erfahrung in der Versorgungspraxis hinaus eine zertifizierte Weiterbildung zum Care und Case Manager absolviert haben.

--- --- --- ---

Ein Care und Case Manager sollte künftig eine für das neue Anforderungsprofil "Care und Care Management" geschaffene Berufsausbildung absolviert haben, welche verschiedene Tätigkeitsspezialisierungen und -vertiefungen vorsieht.

--- --- --- ---



E3. Sie haben sich für das Szenario entschieden, in dem das Care und Case Management als akademischer Beruf qualifiziert wird. Wir möchten Sie bitten, Ihre Antwort im Folgenden zu spezifizieren.

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Ein Care und Case Manager sollte künftig über die akademische Erstausbildung und entsprechende Berufserfahrung in der Versorgungspraxis hinaus eine zertifizierte Weiterbildung zum Care und Case Manager absolviert haben.

--- --- --- ---

Ein Care und Case Manager sollte künftig eine für das neue Anforderungsprofil "Care und Case Management" geschaffene akademische Ausbildung absolviert haben, welche verschiedene Tätigkeitsspezialisierungen und -vertiefungen vorsieht.

--- --- --- ---

E4. Sie haben sich für das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management sowohl als Ausbildungsberuf als auch als akademischer Beruf qualifiziert werden kann. Wir möchten Sie bitten, Ihre Antwort im Folgenden zu spezifizieren.

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Ein Care und Case Manager sollte künftig über die berufliche und/oder akademische Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf und Erfahrung in der Versorgungspraxis hinaus eine zertifizierte Weiterbildung zum Care und Case Manager absolviert haben.

--- --- --- ---

Ein Care und Case Manager sollte künftig eine für das neue Anforderungsprofil "Care und Case Management" geschaffene Berufsausbildung und/oder akademische Ausbildung absolviert haben, welche verschiedene Tätigkeitsspezialisierungen und -vertiefungen vorsieht.

--- --- --- ---





E5.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem eine neue Berufsausbildung für Care und Case Management als eigenständiger Beruf geschaffen werden soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

E6.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem eine neue akademische Ausbildung für Care und Case Management als eigenes Berufsbild geschaffen werden soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

E7.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem eine neue Berufsausbildung und/oder neue akademische Ausbildung für Care und Case Management als eigenständiger Beruf geschaffen werden soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*



Teil F: Umsetzung von Care und Case Management

F1. Wie sollte Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig umgesetzt werden?

Care und Case Management sollte in der Hauptsache aufsuchend und wohnortnah erfolgen.

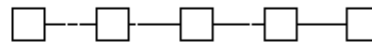
Care und Case Management sollte in der Hauptsache nicht aufsuchend und stattdessen zentral im Sinne einer zu konsultierenden Anlaufstelle erfolgen.

Care und Case Management wird sowohl aufsuchend/wohnortnah als auch zentral erfolgen.

F2. Bitte bewerten Sie zusätzlich folgende Option.

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Care und Case Management sollte künftig zusätzlich durch technologisch medierte Kontaktformate unterstützt werden, wie z.B. Videokonsultationen und/oder telefonisch.



F3.

Sie haben sich gegen das Szenario eines aufsuchenden und wohnortnahen Care und Case Managements entschieden.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

Teil G: Sozialrechtliche Verortung von Care und Case Management

G1. Wie sind die Leistungen des Care und Case Managements Ihrer Meinung nach im Sozialgesetzbuch zu verankern?

Care und Case Management sollte sich künftig hauptsächlich auf Leistungen aus dem SGB V konzentrieren.

Care und Case Management sollte künftig über das SGB V hinaus Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern verbinden.

Das kann ich nicht beurteilen.

.....

G2. **Welche Sozialgesetzbücher über das SGB V hinaus werden im Rahmen des Care und Case Managements künftig relevant sein?**

G3.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Leistungen des Care und Case Managements in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern verankert sein sollen.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.*Optionale Angabe*

G4.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Leistungen des Care und Case Managements auf das SGB V beschränkt sein sollen.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.*Optionale Angabe*

.....

Teil H: Organisationale Einbindung von Care und Case Management im Gesundheitswesen

H1. Wo sollte ein Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig angesiedelt sein?

Ein Care und Case Management sollte künftig ausschließlich bei vertragsärztlichen Akteuren angesiedelt sein.

Ein Care und Case Management sollte künftig neben vertragsärztlichen Akteuren auch bei mindestens einer der nachfolgenden Institutionen angesiedelt sein können: Anerkannte Arztmetze nach §87b SGB V; private Managementgesellschaften.

Das kann ich nicht beurteilen.

H2. Kann ein Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig auch bei mindestens einer der nachfolgenden Organisationen angesiedelt sein: Pflegeheime und –stützpunkte, Wohlfahrtsverbände, kommunale Institutionen (bspw. Quartiersmanagement), Kostenträger?

Ja

Nein

Das kann ich nicht beurteilen.

H3. Bei welchen der nachfolgenden Institutionen sollte ein Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig angesiedelt sein können?

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Anerkannte Arztmetze nach §87b SGB V --- --- --- ---

Private Managementgesellschaften --- --- --- ---

H4. Bei welchen sonstigen Institutionen sollte ein Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig noch angesiedelt sein können? *Optionale Angabe*

H5. Kann ein Care und Case Management künftig zudem auch bei mindestens einer der nachfolgenden Organisationen angesiedelt sein: Pflegeheime und –stützpunkte, Wohlfahrtsverbände, kommunale Institutionen (bspw. Quartiersmanagement), Kostenträger?

Ja

Nein

Das kann ich nicht beurteilen.

H6. Welche der nachfolgenden Organisationen halten Sie für besonders geeignet?

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Pflegeheime --- --- --- ---

Pflegestützpunkte --- --- --- ---

Kommunale Strukturen, wie z. B. Quartiersmanagement --- --- --- ---

Regionale und überregionale Wohlfahrtsverbände --- --- --- ---

Kostenträger, wie z.B. Krankenkassen --- --- --- ---

H7. Bei welchen sonstigen Organisationen sollte Ihrer Meinung nach ein Care und Case Management angesiedelt sein können? Optionale Angabe

H8.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem ein Care und Case Management auch bei anderen Institutionen wie z. B. anerkannten Arztnetzen oder privaten Managementgesellschaften neben der vertragsärztlichen Versorgung angesiedelt sein kann.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

H9.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem ein Care und Case Management auch bei Pflegeheimen und –stützpunkten, Wohlfahrtsverbänden, kommunalen Strukturen (bspw. Quartiersmanagement) und Kostenträgern angesiedelt sein kann.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

Teil I: Anspruch auf Leistungserbringung

II. Was sollte Ihrer Meinung nach Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sein?

Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte diagnosespezifisch definiert sein, d. h. beispielsweise für chronisch kranke und/oder multimorbide Patientinnen und Patienten mit mehr als einem Merkmalskomplex.

Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte ganzheitlich an Lebenswelten ausgerichtet sein, d. h. ausschlaggebend ist nicht die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Patientengruppe, sondern all jene auf Grundlage eines individuellen Assessments ermittelten Patientenmerkmale, die einen besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarf oder eine eingeschränkte Selbstmanagementfähigkeit bedingen. Dies schließt auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit ein.

Beide Optionen können sinnvoll sein.



I2.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Care und Case Management diagnosespezifisch ausgerichtet sein soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

I3.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Care und Case Management ganzheitlich an den Lebenswelten ausgerichtet sein soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

I4. Durch welche Akteure sollte der Bedarf für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements festgestellt werden können?

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte durch die betreuende Ärztin oder den Arzt (Hausärztin/Hausarzt; Fachärztin/Facharzt; Krankenhausarzt/Krankenhausärztin) erfolgen können.

- - - -



1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte durch Heil- und Hilfsmittelerbringer erfolgen können.

- - - -

Die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte durch die Krankenkasse erfolgen können.

- - - -

Die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte sich am Prinzip der „Informationshoheit“ orientieren, d. h. in erster Linie die Instanz, die über den größtmöglichen Informationsumfang inklusive Diagnosen und Kontextfaktoren für ein aussagekräftiges Assessment verfügt, sollte einen Bedarf für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements feststellen können.

- - - -

15.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem ein Heil- und Hilfsmittelerbringer den Bedarf feststellt.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*



I6.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem die Krankenkasse den Bedarf feststellt.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

I7. Welche weiteren Akteure sollten Ihrer Meinung nach künftig noch den Bedarf für ein Care und Case Managements feststellen dürfen? *Optionale Angabe*

I8. Ist es Ihrer Meinung nach sinnvoll, dass Care und Case Management künftig je nach Versorgungsbedarf nach unterschiedlichen, zu definierenden Lotsengraden (analog zu Pflegegraden) verordnet werden kann?

Ja

Nein

Das kann ich nicht beurteilen.

I9.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management je nach Versorgungsbedarf nach unterschiedlichen, zu definierenden Lotsengraden verordnet werden kann.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.

Optionale Angabe

--

Teil J: Ihre Kontaktdaten zur telefonischen Nachbesprechung der Survey-Ergebnisse

Fast geschafft!

Wie eingangs angekündigt, würden wir uns sehr darüber freuen, Ihre präferierten Transfer- und Verstärkungsszenarien in einem gemeinsamen, etwa 15-minütigen Telefonat nachbesprechen können.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, nachfolgend Ihre Kontaktdaten sowie eine Terminpräferenz für ein solches Telefonat einzutragen. Diese Angaben sind freiwillig und dienen lediglich der Organisation und Vorbereitung des Telefonats.

Vielen Dank!

J1.

Titel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ihr Terminwunsch für ein Telefonat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Sie sind nun am Ende des Surveys gelangt.

Wir möchten uns an dieser Stelle erneut herzlich für Ihre Zeit, Ihre engagierte Teilnahme und Ihren wichtigen Beitrag bedanken.

Sollten Sie Rückfragen an die Verantwortlichen der Befragung haben, können sie sich jederzeit gerne unter folgender Rufnummer an die Mitarbeitenden der inav GmbH wenden: 030/ 24 63 12 30

Das RubiN-Evaluationsteam des privaten Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav GmbH)

Szenarioerhebung zur Zukunft von Care und Case Management

RubiN

Leitfaden



Vor dem Einstieg sollte erneut der Studienkontext verdeutlicht werden:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, sich an dem Online-Survey im Rahmen des RubiN-Projektes zu beteiligen und sich nun auch die Zeit für ein kurzes Telefoninterview nehmen.

Mein Name ist XY und ich arbeite als wissenschaftlicher Mitarbeiter für das inav. Das inav ist ein Institut für angewandte Versorgungsforschung mit Sitz in Berlin.

Bevor wir in unser Gespräch einsteigen, möchte ich Ihnen gerne noch kurz den Hintergrund dieser Befragung vorstellen.

Ziel der Befragung ist es, Ihre Szenariopräferenzen für die Ausgestaltung von Care und Casemanagement besser einordnen und kontextualisieren zu können. Dabei möchte ich gerne einige der von Ihnen genannten Aspekte aus dem Survey aufgreifen und vertiefen, gerade auch mit Blick auf von anderen Befragten abweichende Szenariopräferenzen. Der Online-Survey wurde nämlich von sowohl von Vertreter:innen weiterer Kassenärztlicher Vereinigungen als auch von Ärztekammer-Vertreter:innen ausgefüllt.

Die Teilnahme an diesem Interview ist selbstverständlich freiwillig und sie haben das Recht, Ihre Beteiligung an der Befragung jederzeit abzubrechen. Damit ich das Interview für die Auswertung anschließend auch verschriftlichen kann, wird unser Gespräche tonaufgezeichnet. Sie können sich aber sicher sein, dass wir die Inhalte unserer Gespräche hochvertraulich behandeln und sie pseudonymisiert weiterverarbeiten. Das bedeutet, dass für Dritte schlussendlich keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sein werden!

Falls Sie nach unserem Interview noch Fragen haben sollten, können Sie sich gerne an mich wenden.

Wenn Sie bereit sind, können wir nun mit dem Interview beginnen. Oder haben Sie noch Fragen, die wir im Vorfeld klären sollten?

THEMA 1) Person / Hintergrund / Erfahrungen beim Ausfüllen

- Bevor wir einsteigen, wäre es schön, wenn (auch) Sie sich kurz vorstellen könnten: Inwieweit beschäftigen Sie sich beruflich mit dem Thema Care und Case Management?
- Vorab: Wie erging es Ihnen beim Ausfüllen des Surveys? Welche Themen/Antwortmöglichkeiten fehlten Ihnen?

THEMA 2) Delegation vs. Substitution

Auf die Frage nach der Ausgestaltung von CCM hatten Sie die Wahl zwischen Substitutions- und Delegations-szenarien. Sie tendierten – wie die Mehrheit der Befragten – eher zu Delegationsmodellen mit dem Verweis, dass Substitution zu einer fehlenden Akzeptanz der Ärzteschaft führen könnte.

- Wie ist die fehlende Akzeptanz von Ärzt:innen für Substitutionsmodelle Ihrer Meinung nach begründet?

THEMA 3) Nicht-ärztliche Berufsbilder

Auf die Frage, ob nicht ein gänzlich neues, nicht-ärztliches Berufsbild für die Ausübung von CCM etabliert werden sollte, antworteten Sie mit einem entschiedenen „Ja“. Die Mehrheit der Befragten lehnte dies jedoch eher ab.

- Wie erklären Sie sich diese Diskrepanz/Zurückhaltung?
- Welche Vorteile bietet Ihrer Meinung nach ein gänzlich neues, nicht-ärztliches Berufsbild gegenüber bereits etablierten Berufsbildern (wie Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege, MFA, Heil- und Hilfsmittelerbringer)?

Hinsichtlich des Ausbildungsprofils von CCM antworteten Sie, dass sowohl eine beruflich als auch eine akademische Ausbildung möglich wäre. Entschiedene Fürsprache gab es Ihrerseits jedoch für den Punkt, dass eine zertifizierte Weiterbildung dazugehören sollte. Andere lehnten dies jedoch ab.

- Wie erklären Sie sich diese Diskrepanz/Zurückhaltung?
- Welche Themen sollte ein Zertifizierungscurriculum Ihrer Meinung nach umfassen?

THEMA 4) Medizinische Versorgungsleistungen

Auf die Frage, ob CCM neben einer unterstützenden, koordinierenden und beratenden Funktion auch medizinische Versorgungsleistungen übernehmen können soll, antworteten Sie mit „Ja“ – entgegen der Mehrheit der Befragten, die sich gegen die Übernahme von medizinischen Versorgungsleistungen aussprach. Lediglich die Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Pflegehilfsmitteln lehnten Sie eher ab.

- Wie erklären Sie sich diese Diskrepanz/Zurückhaltung?
- Warum ist Ihnen dieser Punkt wichtig?
- Warum würden Sie Verordnungsleistungen einschränken?

THEMA 5) Anbindung von CCM

Auf die Frage nach der organisationalen Anbindung von CCM hoben Sie insbesondere 87b-Netze, aber auch Zusammenschlüsse von Arztpraxen außerhalb von Netzen und Kommunen hervor. Insbesondere die 87b-Netze wurde auch von den anderen Befragten als überwiegend positiv bewertet. Wenig Zuspruch bekamen von Ihnen private Managementgesellschaften, die von den anderen aber eher positiv bewertet wurden.

- Warum schließen Sie private Managementgesellschaften eher aus?

Wenig Zuspruch bekamen auch Krankenkassen von Ihnen – deckungsgleich mit der Mehrheit der Befragten. private Managementgesellschaften, die von den anderen aber eher positiv bewertet wurden.

- Warum schließen Sie diese für die organisatorische Anbindung eher aus, gleichzeitig halten Sie diese jedoch für geeignet, um den Bedarf für ein CCM festzustellen?
- Möchten Sie abschließend noch etwas sagen, das bislang unerwähnt blieb?

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

warum ist es wichtig, dass Sie an dieser Befragung im Rahmen der **RubiN-Studie** (Regional ununterbrochen betreut im Netz) teilnehmen?

Ziel von RubiN ist eine Verbesserung und Optimierung der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten innerhalb zertifizierter Arztnetze. In einigen teilnehmenden Arztnetzen wird dazu das (haus)ärztliche Praxisteam durch geriatrische Care- und Casemanager unterstützt. Mit dem vorliegenden Fragebogen sind nun zwei Absichten verbunden:

1. Es sollen ärztliche Betreuungs- und Versorgungsleistungen, die auch ohne die Unterstützung durch ein spezialisiertes Care- und Casemanagement für geriatrische Patientinnen und Patienten erbracht werden, erfasst werden.
2. Die Möglichkeiten und Grenzen, die für den Einsatz von geriatrischen Care- und Casemanagern bestehen, sollen erfragt werden.

Uns interessiert besonders, welche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten aus Ihrer Sicht an einen Casemanager delegiert werden können und welche (weiterhin) durch das Praxisteam geleistet werden sollten. Zusätzlich werden im Fragebogen Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis erfasst. Das Ausfüllen dauert ca. 15 Minuten.

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung im Rahmen der **RubiN-Studie** teilnehmen und dazu beitragen, dass die Versorgungslage von geriatrischen Patientinnen und Patienten weiter untersucht werden kann.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise:

Entscheiden Sie sich bitte **in jedem Fall für eine Antwort**. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.

Ihre Angaben werden **anonym erfasst**, selbstverständlich **streng vertraulich** behandelt und **nicht an Dritte** weitergegeben.

**Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Bitte wenden Sie sich an:**

Dr. phil. Fabian Engler M.A.
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt
am Main Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069-6301-6281; E-Mail: f.engler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

1. Ihr Geschlecht:

- männlich
- weiblich
- divers

2. Ihr Alter: Jahre**3. Sind Sie niedergelassen?**

- Nein
- Ja, seit:

4. Sind Sie angestellt?

- Nein
- Ja, seit:

5. Dauer der ärztlichen Tätigkeit, seit Abschluss des Studiums: Jahre**6. Anzahl der in der Praxis bzw. Praxisgemeinschaft beschäftigten Ärzte (inkl. Ihnen selbst und inkl. Ärzte in Weiterbildung)** Ärzte**7. Anzahl der in der Praxis bzw. Praxisgemeinschaft beschäftigten nichtärztlichen Mitarbeiter:** nichtärztliche Mitarbeiter**8. Welche Facharztqualifikation haben Sie?**

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin
- Arzt in Weiterbildung (AiW) zum:
- Andere Facharztqualifikation:
- Weiterbildungen (z.B. Curriculum Geriatrische Grundversorgung, Palliativmedizin):

9. In welcher Praxisform arbeiten Sie?

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis (inkl. Versorgungszentrum, MVZ)
- Berufsausübungsgemeinschaft o. ä.
- Andere:

10. Praxisgröße (bezogen auf die Praxis insgesamt),
Anzahl der gesetzlich Versicherten (KV und Selektivverträge) im letzten Quartal

- bis 499
- 500 bis 999
- 1000 bis 1499
- 1500 bis 1999
- 2000 und mehr
- nicht bekannt

11. Wo liegt die Praxis, in der Sie arbeiten?

- Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern
- Größere Kleinstadt mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern
- Ländliche Kleinstadt mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern
- Dörfliche Siedlung mit weniger als 5.000 Einwohnern
- Weiß ich nicht

12. Welchem Ärztenetz gehören Sie an?

- Praxisnetz Herzogtum Lauenburg
- pleXxon
- Ärztenetz Lippe
- Gesundheitsregion Siegerland
- Leipziger Gesundheitsnetz
- Genial Lingen
- MuM Medizin und Mehr
- Gesundheitsnetz Köln-Süd

13. Haben Sie bzw. hat Ihre Praxis Patienten für
die RubiN-Studie eingeschlossen und betreut?

- Nein
- Ja
 - weniger als 5
 - weniger als 20
 - weniger als 100
 - 100 oder mehr
 - keine Angabe möglich

14. Welche der aufgelisteten Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach von einem Casemanager übernommen werden?

(Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffende Aussage an.)

	Nein	Ja, innerhalb der Praxis	Ja, außerhalb der Praxis
Standardisierte Erhebung des Sturzrisikos (z.B. Timed Up and go (TUG), Tinetti-Test, Esslinger Sturzrisiko-Assessment)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung der kognitiven Fähigkeiten (z.B. Mini-Mental-Status-Test (MMST), Syndrom Kurztest (SKT), DemTec-Test, Uhrentest)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung des psychiatrischen Status (z.B. Geriatrische Depressionsskala (GDS), Test zur Früherkennung von Depression und Demenz (TFDD), Patient Health Questionnaire (PHQ-9))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung des Ernährungsstatus (z.B. Mini Nutritional Assessment (MNA))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung der Alltagsfähigkeit (z.B. Barthel-Index)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhebung einer allgemeinen Anamnese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Pflegegraden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu ambulanten Pflegediensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Möglichkeiten der Tagespflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu stationären Pflegeeinrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Grad der Behinderung, Blindengeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Widerspruchsverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Leistungen der Krankenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zur Unfallversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zur Rentenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zur Grundsicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Sozialhilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Hilfsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Welche der aufgelisteten Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach von einem Casemanager übernommen werden?

(Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffende Aussage an.)

	Nein	Ja, innerhalb der Praxis	Ja, außerhalb der Praxis
Beratung/Information zu wohnraumverbessernden Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Anbietern von Hausnotrufsystemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Zuzahlung, Fahrdiensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Essen auf Rädern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Pflegekursen für Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Hospizdiensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Inkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Freizeitangeboten für Senioren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Erstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen zu Pflegegrad (-erhöhung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Haushaltshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Essen auf Rädern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Hausnotruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Toilettensitzerhöhung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einbezug von Angehörigen in die Behandlung (bzw. Behandlungsplanung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere, und zwar:			
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Wie sehr könnten Ihrer Meinung nach verschiedene geriatrische Patientengruppen durch den Einsatz von Casemanagern profitieren?

(Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.)

	Profitieren sehr stark	Profitieren stark	Profitieren wenig	Profitieren nicht	Nicht beurteilbar
Patienten mit neu festgestelltem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit niedrigem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit mittlerem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit hohem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten vor einem geplanten elektiven Eingriff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten nach der Entlassung aus eine rehabilitativen Heilbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten in der Phase einer akuten Krankheitsverschlechterung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit kognitiven Einschränkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit geringen körperlichen Einschränkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit ausgeprägten körperlichen Einschränkungen (noch gehfähig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bettlägerige Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten am Übergang zu einer stationären Pflegeeinrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit niedrigem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit mittlerem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit hohem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit neu aufgetretenem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Gibt es geriatrische Patientengruppen, für die Sie regelmäßig ärztliche Hausbesuche anbieten können? Wenn ja, welche sind das und wie oft schauen Sie ungefähr bei den Patienten vorbei?

01	
02	
03	
04	

18a. Wenn Sie an die Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten denken: Welche Aussagen treffen für Sie zu?

Bitte kombinieren Sie beim Ausfüllen die Fragen in der linken Spalte mit den Fragen der rechten Spalte und machen Sie immer erst ein Kreuzchen links (Frage zur Versorgungssituation) und dann ein Kreuzchen rechts (Einfluss von RubiN).

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft		Nicht verändert	Verbessert	Verschlechtert	Letzteres nicht beurteilbar
Für wie gut versorgt halten Sie Ihre geriatrischen Patienten insgesamt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich insgesamt informiert über die Versorgungssituation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die fachärztliche Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die pflegerische Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über sonstige therapeutische Maßnahmen Ihrer geriatrischen Patienten? (Physiotherapie, Logopädie etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über Verschlechterungszustände Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fortsetzung der letzten Seite:

18. Wenn Sie an die Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten denken: Welche Aussagen treffen für Sie zu?

Bitte kombinieren Sie beim Ausfüllen die Fragen in der linken Spalte mit den Fragen der rechten Spalte und machen Sie immer erst ein Kreuzchen links (Frage zur Versorgungssituation) und dann ein Kreuzchen rechts (Einfluss von RubiN).

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft		Nicht verändert			Letzteres nicht beurteilbar
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Hilfsmittelbedarfe Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Situation Ihrer geriatrischen Patienten nach Entlassung aus einer stationären Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die familiäre Situation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die familiären Hilfsmöglichkeiten Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die häusliche Wohnsituation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die finanzielle Situation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Fortschritte, die Ihre Patienten machen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Vorteile für geriatrische Patienten, die eine ganzheitliche Versorgungskoordination durch eine Casemanagerin oder einen Casemanager hat bzw. haben kann?

01	
02	

20. Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Erleichterungen im Praxisalltag, die sich mit dem Einsatz von Casemanagern in der Versorgung geriatrischer Patienten erreichen lassen?

01	
02	

21. Welche Schwierigkeiten sehen Sie im Zusammenhang mit dem Einsatz von Casemanagern zur Mitbetreuung von geriatrischen Patienten?

01	
02	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Den Fragebogen bitte einmal falten und mittels des beigefügten und bereits adressierten Umschlags per Post versenden.



Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Casemanager*innen



Sehr geehrte Casemanager*innen,

im Rahmen des Projekts RubiN führt das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck eine Befragung zur Zufriedenheit und Akzeptanz mit dem neuen Versorgungsmodell für geriatrische Patienten durch.

Durch Ihre Angaben helfen Sie uns mehr über die Zufriedenheit und Akzeptanz mit der angebotenen Versorgung zu erfahren.

Die Teilnahme an der Befragung wird etwa 10 Minuten dauern.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor und umkreisen die richtige Antwort:  

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich ein entsprechender Hinweis gegeben ist.

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen des Fragebogens einen Kugelschreiber.

Falls Sie Fragen kommentieren oder bei bestimmten Fragen ausführlichere Antworten geben wollen, können Sie das auf der letzten Seite des Fragebogens gerne tun.

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich gerne an:

Ansprechpartner: PD Dr. Katja Götz

Telefonnummer: 0451 3101 8010

Email-Adresse: katja.goetz@uni-luebeck.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu? (Bitte kreuzen Sie an.)

	Trifft voll und ganz zu					Trifft über- haupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6
a. Ich bin regional gut vernetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich habe Kenntnisse über die regionalen Versorgungsangebote für geriatrische Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ich arbeite gern im Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ich respektiere die Meinung meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ich gehe auf die Anliegen meiner Patienten während des Gesprächs ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ich nehme meine Patienten mit ihren Bedürfnissen ernst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ich unterstütze meine Patienten bei ihren Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ich unterstütze die Angehörigen bei ihren Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ich habe das Gefühl, dass durch meine Betreuung sich das Allgemeinbefinden meiner Patienten verbessert hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ich nehme mir ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Ich erlebe die Arbeit als Casemanager*in als sinnstiftend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ich finde Patienten mit folgenden Merkmalen schwierig in der Versorgung zu begleiten.
(Bitte kreuzen Sie an.)

	Trifft voll und ganz zu					Trifft über- haupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6
a. ängstliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. unfreundliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. fordernde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. arrogante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. aggressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. einsame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. immobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Patienten mit Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. geringe Therapietreue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie zufrieden sind Sie mit...? (Bitte kreuzen Sie an.)

	sehr zufrieden					sehr un- zufrieden
	1	2	3	4	5	6
a. ihrem Arbeitsspektrum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ihrem Entscheidungs- spielraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. dem Grad der Abwechslung Ihrer Arbeitsaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. der Freiheit, eigene Arbeits- methoden wählen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. der körperlichen Arbeits- belastung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. der psychischen Arbeits- belastung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr zufrieden					sehr unzufrieden
	1	2	3	4	5	6
h. der Zeit, die Sie für die Betreuung Ihrer Patienten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. der Kooperation innerhalb des Ärztenetzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. der Kooperation außerhalb des Ärztenetzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. der Anerkennung, die Sie von ihren Patienten für Ihre Arbeit bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. der Anerkennung, die Sie im Ärztenetz für Ihre Arbeit bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. den Angeboten (z.B. Bewegungsförderung), die Sie ihren Patienten innerhalb des Ärztenetzes unterbreiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. regionalen Versorgungsangeboten (z.B. Selbsthilfegruppen) für geriatrische Patienten außerhalb des Ärztenetzes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. den abrechenbaren Leistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Ihrem Einkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. der Anzahl der von Ihnen zu betreuenden Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. der Teilnahme am Projekt RubiN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. dem Austausch unter den Casemanager*innen in den verschiedenen Ärztenetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit als Casemanager*in.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Angaben zur Person

a. Sie sind.... männlich weiblich

b. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

c. Welchen beruflichen Hintergrund haben Sie? _____

d. Wie viele Patienten betreuen Sie als Casemanager*in derzeit?

e. Welche Aspekte zum Thema sind aus Ihrer Perspektive noch sehr wichtig, die wir nicht abgefragt haben?

(bitte deutlich schreiben!)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anlage 23: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Patienten und Patientinnen



Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Patienten



Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des Projekts RubiN führt das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck eine Befragung zur Zufriedenheit und Akzeptanz mit dem neuen Versorgungsmodell für geriatrische Patienten durch.

Durch Ihre Angaben helfen Sie uns mehr über die Zufriedenheit und Akzeptanz mit der angebotenen Versorgung zu erfahren.

Die Teilnahme an der Befragung wird etwa 10 Minuten dauern.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor und umkreisen die richtige Antwort:  

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich ein entsprechender Hinweis gegeben ist.

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen des Fragebogens einen Kugelschreiber.

Falls Sie Fragen kommentieren oder bei bestimmten Fragen ausführlichere Antworten geben wollen, können Sie das auf der letzten Seite des Fragebogens gerne tun.

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich gerne an:

Ansprechpartner: PD Dr. Katja Götz

Telefonnummer: 0451 3101 8010

Email-Adresse: katja.goetz@uni-luebeck.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu? (Bitte kreuzen Sie an.)

	Trifft voll und ganz zu					Trifft über- haupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6
a. Der Versorgungskordinator respektiert und berücksichtigt meine Meinung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Die vom Versorgungskordinator zur Verfügung gestellten Materialien waren leicht zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Der Versorgungskordinator ist auf meine Anliegen während des Gesprächs eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Der Versorgungskordinator hat mich und meine Bedürfnisse ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Der Versorgungskordinator konnte mir bei allen offenen Fragen weiterhelfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Seitdem ich durch den Versorgungskordinator betreut werde, hat sich mein Allgemeinbefinden verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Der Versorgungskordinator hat sehr verständlich gesprochen (wenig Fachsprache genutzt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Bei Unklarheiten hat der Versorgungskordinator mir den Sachverhalt erneut erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i. Der Versorgungskordinator hat auf meine Kontaktaufnahme schnell reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Die Besuchstermine des Versorgungskordinators sind zu einer angemessenen Uhrzeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Insgesamt bin ich mit der Betreuung durch den Versorgungskordinator zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Der Versorgungskordinator konnte sich in meine Lage hineinversetzen / zeigte Empathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ich weiß, wie ich den Versorgungskordinator erreichen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Der Versorgungskordinator hat sich ausreichend Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Die Anzahl der Besuchstermine durch den Versorgungskordinator ist angemessen / ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Ich habe die Art von Hilfe erhalten, die ich benötige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Ich habe keine Hemmungen mit dem Versorgungskordinatoren über meine Probleme zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Inwiefern treffen folgende Aussagen zu? (Bitte kreuzen Sie an.)

	Trifft voll und ganz zu					Trifft über- haupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6
a. Der Versorgungskordinator hat mir bei der Entscheidung geholfen, ob eine weitere Betreuung sinnvoll für mich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Die Betreuung durch den Versorgungskordinator ist meiner Meinung nach sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Der Versorgungskordinator berücksichtigt meine Meinung, inwiefern meine Familie einbezogen werden soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ich fühlte mich während des Gesprächs mit dem Versorgungskordinator wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ich habe die vom Versorgungskordinator vorgeschlagenen Angebote/Dienste in Anspruch genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ich werde die Betreuung durch den Versorgungskordinator wieder in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ich würde den Versorgungskordinator weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Die Betreuung durch den Versorgungskordinator ist hilfreich für mich (und meine Familie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i. Meine Familie/Partner wird durch die Betreuung durch den Versorgungskordinator entlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Die Empfehlungen / Angebote des Versorgungskordinators sind sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Die Angebote haben mir geholfen, mich in meinem häuslichen Umfeld besser zu Recht zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Die Angebote (z.B. Bewegungsgruppe, Kaffee-Nachmittag, basteln, Sport) haben mich dabei unterstützt, neue Kontakte zu knüpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ich halte meinen Maßnahmen- und Versorgungsplan für sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Der Versorgungskordinator hat mir dabei geholfen, mich selbst besser zu organisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Angaben zur Person

a. Sie sind... männlich weiblich

b. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

c. Ich habe einen Pflegegrad. Kein Pflegegrad 1 2 3 4 5

d. Ich lebe allein zu Hause ja nein

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anlage 24: TP4_Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Angehörigen



Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Angehörigen

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des Projekts RubiN führt das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck eine Befragung zur Zufriedenheit und Akzeptanz mit dem neuen Versorgungsmodell für geriatrische Patienten durch.

Durch Ihre Angaben helfen Sie uns mehr über die Zufriedenheit und Akzeptanz mit der angebotenen Versorgung zu erfahren.

Die Teilnahme an der Befragung wird etwa 5 Minuten dauern.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor und umkreisen die richtige Antwort:  

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich ein entsprechender Hinweis gegeben ist.

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen des Fragebogens einen Kugelschreiber.

Falls Sie Fragen kommentieren oder bei bestimmten Fragen ausführlichere Antworten geben wollen, können Sie das auf der letzten Seite des Fragebogens gerne tun.

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich gerne an:

Ansprechpartner: PD Dr. Katja Götz

Telefonnummer: 0451 3101 8010

Email-Adresse: katja.goetz@uni-luebeck.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

h. Die Erreichbarkeit des Versorgungskordinators war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Das durch den Versorgungskordinator ausgehändigte Infomaterial war verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Die Besuchstermine des Versorgungskordinators sind zu einer angemessenen Uhrzeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Insgesamt bin ich mit der Betreuung durch den Versorgungskordinator zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Angaben zur Person

a. Sie sind... männlich weiblich

b. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

c. In welchem verwandtschaftlichen Verhältnis stehen Sie zu ihrem Angehörigen der in RubiN als Patient/ Patientin versorgt wird?

<input type="checkbox"/>	Ehepartner/-in	<input type="checkbox"/>	Lebensgefährte/-in	<input type="checkbox"/>	Tochter/ Sohn
<input type="checkbox"/>	Enkel/-in	<input type="checkbox"/>	Nichte/ Neffe	<input type="checkbox"/>	Onkel/ Tante
sonstiges: _____					

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!