

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	BARMER
Förderkennzeichen:	01NVF17006
Akronym:	SaarPHIR
Projekttitel:	Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft
Autoren:	Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung (BKG), Bergische Universität Wuppertal Projektleitung innerhalb des BKG: Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu Projektmitarbeitende: Lisa Tönnies, Viola Zimmer Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar), Fakultät für Sozialwissenschaft Projektleitung innerhalb der htw saar: Prof. Dr. Iris Burkholder (Gesundheitswissenschaften), Prof. Dr. Dagmar Renaud (Pflegewissenschaften) Projektmitarbeitende: Sabine Bunjes-Schmieger Klinische Pharmazie, Universität des Saarlandes (UdS) Projektleistung innerhalb der Klinischen Pharmazie: Prof. Dr. Thorsten Lehr Projektmitarbeitende: Dr. Dominik Selzer, Fatima Marok, Laura Fuhr, Simeon Rüdesheim
Förderzeitraum:	1. April 2018 bis 31. März 2022

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF17006 gefördert.

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	4
II.	Abbildungsverzeichnis.....	4
III.	Tabellenverzeichnis.....	6
1.	Ziele der Evaluation.....	11
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	14
2.1	Kurzprofil der neuen Versorgungsform.....	14
2.2	Angenommene Funktionsweise und Wirkungslogik der neuen Versorgungsform	15
2.3	Allgemeine Beschreibung des Evaluationsdesigns.....	17
2.4	Datenschutz.....	19
2.4.1	Allgemeines Vorgehen.....	19
2.4.2	Pseudonymisierung der GKV-Routinedaten.....	21
2.4.3	Pseudonymisierung der im Projekt erhobenen Primärdaten.....	22
2.5	Wirksamkeitsanalysen und gesundheitsökonomische Betrachtung.....	22
2.5.1	Studiendesign.....	22
2.5.2	Fallzahlberechnung.....	23
2.5.3	Randomisierung und Verblindung.....	24
2.5.4	Ein- und Ausschlusskriterien für die Rekrutierung.....	24
2.5.5	Rekrutierung.....	25
2.5.6	Routinedatenbasierte Analysen.....	26
2.5.7	Primärdatenbasierte Analysen: Lebensqualität, Medizinisch-pflegerische Dokumentation.....	35
2.6	Arzneimitteltherapiesicherheit.....	38
2.6.1	Primärdatenbasierte Analyse: Evaluation der Arzneimitteltherapie(sicherheit).....	38
2.6.2	Routinedatenbasierte Analyse.....	40
2.6.3	Statistische Analysen.....	40
2.7	Prozessevaluation.....	41
2.7.1	Bestandteile der Prozessevaluation.....	41
2.7.2	Qualitative Erhebung.....	42
2.7.3	Quantitative Erhebung.....	50
2.8	Bewertung des Nachhaltigkeitspotentials der neuen Versorgungsform.....	70
2.9	Qualitative Comparative Analysis.....	72
3.	Ergebnisse der Evaluation.....	73
3.1	Wirksamkeitsanalysen und Gesundheitsökonomische Betrachtung.....	73
3.1.1	Routinedatenbasierte Analysen.....	73
3.1.2	Primärdatenbasierte Analysen.....	92
3.2	Arzneimitteltherapiesicherheit.....	99
3.2.1	Primärdatenbasierte Analysen.....	99
3.2.2	Routinedatenbasierte Analysen.....	123
3.3	Prozessevaluation.....	134
3.3.1	Qualitative Erhebung.....	134

3.3.2	Quantitative Erhebung	152
3.4	Nachhaltigkeitspotential der neuen Versorgungsform.....	179
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	181
4.1	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse.....	181
4.1.1	Wirksamkeitsanalysen.....	181
4.1.2	Arzneimitteltherapiesicherheit	184
4.1.3	Prozessevaluation	186
4.1.4	Nachhaltigkeitspotential der neuen Versorgungsform.....	199
4.2	Limitationen der Evaluation	199
4.3	Empfehlungen der Evaluation	203
5.	Literaturverzeichnis.....	206
6.	Anhang	215
7.	Anlagen.....	215

I. Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
ASK	Ambulant-sensitive Krankenhausfälle
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzt:innen
cRCT	Cluster-randomisierte kontrollierte Studie
DFG	Deutschen Forschungsgemeinschaft
I	Intervention
HA	Hausärzt:innen
K	Kontrolle
KVS	Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes
NK	Neunkirchen
PE	Pflegeeinrichtung
PSK	Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle
QCA	Qualitative Comparative Analysis
SaarPHIR	Saarländische Pflegeheimversorgung integriert regelhaft
SB	Saarbrücken
SLS	Saarlouis
SPG	Saarländische Pflegegesellschaft
WND	St. Wendel

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: systemtheoretisches Throughput-Modell	16
Abbildung 2: Das Evaluationsdesign im Überblick	18
Abbildung 3: Studiendesign der Cluster-randomisierten kontrollierten Studie	23
Abbildung 4: Flussdiagramm der gelieferten Routinedaten mit Angabe des Ein- und Ausschlusses in Bezug zu geschlossenen Analysepopulationen	74
Abbildung 5: Boxplot der beobachteten (rohen) Hospitalisierungen pro Personenjahr in der cRCT-Phase je Studiengruppe.	77
Abbildung 6: Darstellung der geschätzten Basis-Hospitalisierungsraten pro Personenjahr (Random Intercept) inkl. 95% Konfidenzintervall pro Pflegeheim sowie der geschätzten mittleren Basis-Hospitalisierungsrate pro Personenjahr (rote gestrichelte Linie, Fixed Intercept) auf Basis des primären Analysemodells.....	80

Abbildung 7: Durchschnittliche, über Primärdaten erfasste Lebensqualität – Darstellung der einzelnen Fragebogen-Items.....	93
Abbildung 8: Durchschnittliche, über Primärdaten erfasste Lebensqualität je Erhebungszeitpunkt	93
Abbildung 9: Über Primärdaten erfasste Lebensqualität der Bewohner:innen nach Einrichtung und Erhebungszeitpunkt.....	94
Abbildung 10: Korrelation zwischen der über den HRQoL-Index und dem QoL-AD Fragebogen erfassten Lebensqualität	95
Abbildung 11: Anzahl der rückläufigen Fragebögen zur medizinisch-pflegerischen Dokumentation je Erhebungszeitpunkt	96
Abbildung 12: Anzahl der primär erfassten Krankenhauseinweisungen je Erhebungszeitpunkt	96
Abbildung 13: Anzahl der Bewohner:innen mit und ohne primär erfasster Krankenhauseinweisung je Erhebungszeitpunkt	97
Abbildung 14: Anteil der Bewohner:innen mit mindestens einem Hausarztkontakt je Studiengruppe auf Basis der Routinedaten mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population.....	98
Abbildung 15: Anteil der Bewohner:innen mit 0 bis 4 Haus- bzw. Facharztkontakten je Studiengruppe auf Basis der Routinedaten mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population.....	98
Abbildung 16: Anteil der Bewohner:innen mit mindestens einem Facharztkontakt je Studiengruppe auf Basis der Routinedaten mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population.....	99
Abbildung 17: Anzahl der bereitgestellten Medikationspläne pro Erhebungszeitraum sowie Anzahl der bereitgestellten Medikationspläne pro Bewohner.....	100
Abbildung 18: Flussdiagramm der bereitgestellten Medikationspläne mit Informationen zu Ein- und Ausschluss in die Analyse.....	101
Abbildung 19: Beziehung der Basischarakteristika der Patient:innen der Analysedaten.....	102
Abbildung 20: Beziehung der identifizierten Interaktionen unterschiedlicher Schweregrade der Patient:innen der Analysedaten	103
Abbildung 21: Korrelationsdiagramm numerischer Merkmale für vollständige Fälle (Merkmalszeilen ohne fehlende Werte) des nicht stratifizierten Primärdatensatzes.	104
Abbildung 22: Übersicht der Verteilung der Kovariaten vor und nach MM-Imputation.	106
Abbildung 23: Anzahl der Interaktionen unterschieden nach Schweregrad (gering, mittelschwer, schwerwiegend, kontraindiziert) sowie die Gesamtzahl der Interaktionen für Kontroll- und Interventionsgruppe des Subgruppendatensatzes 1.....	111
Abbildung 24: Anzahl der Interaktionen unterschieden nach Schweregrad (gering, mittelschwer, schwerwiegend, kontraindiziert) sowie die Gesamtzahl der Interaktionen für Kontroll- und Interventionsgruppe für die Erhebungszeitpunkte 2 und 3.	112
Abbildung 25: Anzahl an potenziell QT-Zeit verlängernden Arzneimitteln pro Patient:in je Erhebungsphase für Interventions- und Kontrollgruppe.....	114

Abbildung 26: a) Anzahl der Interaktionen unterteilt nach Schweregrad für Patienten und b) Anzahl der Arzneimittel insgesamt sowie Anzahl der QTc verlängernden Arzneimittel mit und ohne Medikationsanalyse.	115
Abbildung 27: Informationen zu den Gründen für die Durchführung einer Medikationsanalyse und weiteren Details zur Durchführung.	117
Abbildung 28: Anzahl der heimversorgenden Apotheken pro Einrichtung.....	118
Abbildung 29: a) Anzahl der Bewohner mit Medikationsplan (älter als 6 Monate oder aktueller als 6 Monate) im Vergleich zur Anzahl der Bewohner gesamt. b) Anzahl der Bewohner, bei denen eine AMTS-Prüfung durchgeführt wurde im Vergleich zur Anzahl der Bewohner gesamt.	120
Abbildung 30: Befragungen zur Dokumentation, Aktualisierung und Verfügbarkeit von Medikationsplänen.....	121
Abbildung 31: Anzahl der Bewohner mit bewohnerspezifischen Dokumentationslisten zu therapierelevanten Informationen im Vergleich zur Anzahl der Bewohner gesamt für jede Einrichtung, die zum betrachteten Erhebungszeitpunkt t(1 – 3) an der Umfrage FB05 teilgenommen hat.....	122
Abbildung 32: Informationen zur Anwendung von rezeptfreien Arzneimitteln und Bedarfsmedikation.	123
Abbildung 33: Alters- und Geschlechterverteilung der geschlossenen Kohorten „ITT“ und „PP1“ jeweils im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.	124
Abbildung 34: Verteilung der Interaktionen nach Schweregrad „Gering“, „Mittelschwer“, „Schwerwiegend“ und „Kontraindiziert“ der geschlossenen Kohorten „ITT“ und „PP1“ jeweils im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.	125
Abbildung 35: Kaplan-Meier-Kurven für die Interventionsgruppe (rot) und Kontrollgruppe (blau) aus der ITT-Kohorte (links) sowie aus der PP1-Kohorte (rechts), die die Gesamtüberlebenswahrscheinlichkeit (95% Konfidenzintervall) der Kontraste darstellen.	127
Abbildung 36: Kumulative Inzidenz (95% Konfidenzintervall) mit konkurrierendem Risiko für die Interventionsgruppe (rot) und Kontrollgruppe (blau) aus der ITT-Kohorte (links) sowie aus der PP1-Kohorte (rechts).....	130
Abbildung 37: Nachhaltigkeitspotential der SaarPHIR-Intervention	179

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenquellen im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation des Projektes SaarPHIR	20
Tabelle 2: Zielparameter zur Beurteilung der medizinischen Qualität der Versorgung.....	36
Tabelle 3: Relevante Studiendokumente für qualitative Erhebung.....	42
Tabelle 4: Arbeitspakete der qualitativen Erhebung	42
Tabelle 5: Kategoriensystem Entwicklungs-, Pilot- und Interventionsphase.....	46
Tabelle 6: Kategoriensystem Fallanalysen	48

Tabelle 7: Relevante Studiendokumente für quantitative Erhebung	50
Tabelle 8: Arbeitspakete der quantitativen Erhebung.....	50
Tabelle 9: Übersicht der erfassten Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtungen.....	54
Tabelle 10: Übersicht der erfassten Strukturmerkmale der Hausarztpraxen.....	55
Tabelle 11: Erhebung der Prozessabläufe der Intervention	55
Tabelle 12: Erhebung der Prozessabläufe zu den Visiten	57
Tabelle 13: Übersicht der erfassten Merkmale zu Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit der Pflegeeinrichtungen	58
Tabelle 14: Übersicht der erfassten Merkmale zu Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit der Hausärzt:innen	59
Tabelle 15: Übersicht der geplanten Erhebungszeitpunkte	60
Tabelle 16: Implausibilitäten	62
Tabelle 17: Definition neu erstellter Merkmale.....	64
Tabelle 18: Faktoren des Sustainability Models	71
Tabelle 19: Darstellung der Baselinecharakteristika der Bewohner:innen der ITT-Population, unterteilt nach den randomisierten Gruppen	74
Tabelle 20: Ergebnisse zum primären Endpunkt - Effekte auf die Hospitalisierungsrate in der ITT-Population	79
Tabelle 21: Ergebnisse der Poisson Regression für Hospitalisierungen mit rekurrenten Ereignissen in den geschlossenen PP-Populationen	81
Tabelle 22: Ergebnisse der Poisson Regression für Hospitalisierungen mit rekurrenten Ereignissen in den offenen PP-Populationen.....	81
Tabelle 23: Ergebnisse der Poisson Regression für Hospitalisierungen mit rekurrenten Ereignissen in Abhängigkeit vom Implementationszeitpunkt	82
Tabelle 24: Ergebnisse der logistischen Regression für Hospitalisierungen ohne rekurrenten Ereignissen in Abhängigkeit vom Implementationszeitpunkt für die offene PP-Population .	83
Tabelle 25: Regressionsergebnisse für Ambulant- und Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle	84
Tabelle 26: Ergebnisse der logistischen Regression für Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle in Abhängigkeit vom Implementationszeitpunkt.....	85
Tabelle 27: Effekt der Intervention auf Mortalität in Abhängigkeit vom Implementationszeitpunkt.....	86
Tabelle 28: Regressionsergebnisse der über Routinedaten gemessenen Lebensqualität	87
Tabelle 29: Regressionsergebnisse der Krankenhaustage.....	88
Tabelle 30: Baselinecharakteristika der offenen PP1-Population.....	88
Tabelle 31: Deskriptive Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation für die Interventions- und Kontrollgruppe mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population (Rohwerte).....	90

Tabelle 32: Absolute Interventionseffekte auf Basis der Regressionsanalysen mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population	91
Tabelle 33: Projektspezifische Leistungen aus dem primären Beobachtungszeitraum von Bewohner:innen der PP1-Population	92
Tabelle 34: Darstellung der Basischarakteristika der Patient:innen unterteilt in die verschiedenen Projektphasen (Analysedaten)	101
Tabelle 35: Anteil und Anzahl (n) an fehlenden Datenpunkten zu Alter (Age) und Geschlecht (Sex) stratifiziert nach Einrichtung	105
Tabelle 36: Untersuchung der Effekte der Kovariaten auf die Gesamtanzahl an Interaktionen.	107
Tabelle 37: Untersuchung des Effekts der Kovariaten und Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl an Interaktionen.....	107
Tabelle 38: Untersuchung des Effekts der Kovariaten auf die Gesamtanzahl an schweren Interaktionen.....	108
Tabelle 39: Untersuchung des Effekts der Kovariaten und Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl der schweren Interaktionen.....	108
Tabelle 40: Untersuchung des Effekts der Kovariaten auf die Gesamtanzahl an kontraindizierten Interaktionen.....	109
Tabelle 41: Untersuchung des Effekts der Kovariaten und Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl an kontraindizierten Interaktionen.....	109
Tabelle 42: Untersuchung des Effekts der Kovariaten Age, Sex und Diseases auf die Gesamtanzahl an verschriebenen Fertigarzneimitteln.....	110
Tabelle 43: Untersuchung des Effekts der Kovariaten Age, Sex und Diseases sowie Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl an verschriebenen Fertigarzneimitteln.	110
Tabelle 44: Untersuchung des Effekts der Kovariaten Age, Sex und Diseases sowie Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl an verschriebenen Fertigarzneimitteln (Meds) mit einem Mixed-Effect Model mit random intercept für jede Pflegeeinrichtung.	111
Tabelle 45: Deskriptive Beschreibung der Anzahl der identifizierten Interaktionen der untersuchten Kohorte.	112
Tabelle 46: Deskriptive Beschreibung der Anzahl der identifizierten Interaktionen der untersuchten Kohorte.	113
Tabelle 47: Signifikanz der Unterschiede in der Anzahl der identifizierten Interaktionen zwischen Erhebungsphase 2 und 3	113
Tabelle 48: Analyse der QTc Arzneimittel	114
Tabelle 49: Analyse der PRISCUS Arzneimittel.....	115
Tabelle 50: Unterschiede in der Anzahl der Arzneimittelinteraktionen (unterteilt nach Schweregrad), der Arzneimittel insgesamt, der Arzneimittel mit QTc verlängernder Wirkung und der PRISCUS Arzneimittel.....	115
Tabelle 51: Anzahl der Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben und Anzahl der Patient:innen, über die berichtet wurde	116

Tabelle 52: Übersicht über die partizipierenden Einrichtungen je Erhebungsphase	118
Tabelle 53: Übersicht über die Belieferungsstrukturen der Einrichtungen.....	118
Tabelle 54: Angaben der Einrichtungen zum Vorliegen von Medikationsplänen und der Durchführung von AMTS-Prüfungen.....	119
Tabelle 55: Zusammenfassung über Vorhaltung von bewohnerspezifischen Listen zur Dokumentation	121
Tabelle 56: Darstellung der Basischarakteristika der Patient:innen unterteilt in die beiden verschiedenen Projektphasen.....	123
Tabelle 57: Poisson-Regression IRR mit den Kontrasten der Gruppen „Kontrolle“ und „Intervention“ der geschlossenen „PP1“ und „ITT“ Kohorten für die Anzahl an berechneten Arzneistoffinteraktionen für verschiedene Schweregrade. Hierbei steht der Schweregrad „Alle“ für Interaktionen mit einem Schweregrad von mindestens „Gering“.	125
Tabelle 58: Anteil von Arzneimittelgruppen (Top 10), die in Arzneistoffinteraktionen der Schweregrade „gering“, „mittelschwer“, „schwerwiegend“ und „kontraindiziert“ beteiligt waren (bezogen auf den Untersuchungszeitraum und die Kohorten ITT und PP1).	126
Tabelle 59: Wilcoxon-Mann-Whitney-Test zum Vergleich der Anteile von verschriebenen und in der PRISCUS-Liste gelisteten Arzneimitteln für Kontrollgruppe gegen Interventionsgruppe, jeweils für die Kohorten ITT und PP1.....	126
Tabelle 60: Ergebnisse der Cox-Proportional-Hazards-Regression für den Endpunkt Tod unter Berücksichtigung der Kovariaten Gruppe (Kontrollgruppe und Interventionsgruppe), Geschlecht und Alter in den ITT- und PP1-Kohorten.	128
Tabelle 61: Ergebnisse der <i>Cox-Proportional-Hazards-Regression</i> für den Endpunkt Tod unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen, Anzahl PRISCUS-Arzneimittel, Pflegegrad und CMI Score in den ITT- und PP1-Kohorten.	128
Tabelle 62: Ergebnisse der <i>Cox-Proportional-Hazards-Regression</i> für den Endpunkt Tod unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen (aufgeschlüsselt nach Schweregrad), Anzahl PRISCUS-Arzneimittel, Pflegegrad und CMI Score in den ITT- und PP1-Kohorten.	129
Tabelle 63: Ergebnisse der <i>Fine & Gray competing risk regression</i> für den Endpunkt „erste Hospitalisierung“ und des konkurrierenden Risikos „Tod“ unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen, Anzahl PRISCUS-Arzneimittel, Pflegegrad und CMI Score in den ITT- und PP1-Kohorten.	131
Tabelle 64: Ergebnisse der <i>Fine & Gray competing risk regression</i> für den Endpunkt „erste Hospitalisierung“ und des konkurrierenden Risikos „Tod“ unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen (aufgeschlüsselt nach Schweregrad), Anzahl PRISCUS-Arzneimittel, Pflegegrad und CMI Score in den ITT- und P11-Kohorten.....	131
Tabelle 65: Ergebnisse der <i>Cox-Proportional-Hazards-Regression</i> für den Endpunkt Tod unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen, Anzahl PRISCUS-Arzneimittel und Pflegegrad in der Gesamtkohorte (N=14141) innerhalb des Interventionszeitraums.	132

Tabelle 66: Ergebnisse der *Fine & Gray competing risk regression* für den Endpunkt „erste Hospitalisierung“ und des konkurrierenden Risikos „Tod“ unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen, Anzahl PRISCUS-Arzneimittel und Pflegegrad in der Gesamtkohorte (N=14141) innerhalb des Interventionszeitraums. . 133

Tabelle 67: Ergebnisse der *Fine & Gray competing risk regression* für den Endpunkt „erste Hospitalisierung“ und des konkurrierenden Risikos „Tod“ unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen (aufgeschlüsselt nach Schweregrad), Anzahl PRISCUS-Arzneimittel und Pflegegrad in der Gesamtkohorte (N=14141) innerhalb des Interventionszeitraums. 133

Tabelle 68: Stichprobe..... 148

Tabelle 69: Symptome und Entlassungsdiagnosen..... 149

Tabelle 70: Rückläufe Fragebogen 02 (Interventionsstand) 160

Tabelle 71: Rückläufe Fragebogen 03 (wöchentliche Dokumentation)..... 171

1. Ziele der Evaluation

Ende 2020 lebten in Deutschland rund 703.300 Pflegebedürftige in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (Bundesministerium für Gesundheit, 2021b), 51,04% von ihnen waren älter als 85 Jahre (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Demographiebedingt wird diese Zahl in Zukunft voraussichtlich steigen (Statistisches Bundesamt, 2010).

Im Vergleich zu Personen, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, leiden Pflegeheimbewohnende vermehrt an chronischen Krankheiten, nehmen eine größere Zahl an (potenziell inadäquaten) Medikamenten ein und werden etwas häufiger im Krankenhaus vorstellig (Jacobs et al., 2021; Klauber et al., 2021). Der Pflege-Report 2021 berichtete dazu, dass im Jahr 2019 im Bundesdurchschnitt ca. 21% der in stationärer Vollzeitpflege befindlichen pflegebedürftigen Personen mindestens einen Krankenhausaufenthalt im Quartal aufwiesen (Jacobs et al., 2021). In der Gruppe der ambulant versorgten Pflegebedürftigen lag dieser Anteil bei ca. 18,3% (Jacobs et al., 2021). Eine Untersuchung zu potentiell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten bei Pflegeheimbewohnende ergab zudem, dass für diese im Vergleich zu Nicht-Bewohnende die Chance eines ungeplanten (OR: 1,51 (CI (1,47-1,56)) oder vermeidbaren Krankenhausaufenthaltes (OR: 1,21 (CI (1,18-1,26)) deutlich größer ist (Leutgeb et al., 2019). Insgesamt werden bis zu 40% der Hospitalisierungen bei Pflegeheimbewohnenden als potentiell vermeidbar eingeschätzt (Kada et al., 2011).

Jeder Krankenhausaufenthalt sowie der Transport dahin stellt eine Belastung für Pflegebedürftige dar, erhöht das Risiko für Stürze, Dekubitus und Infektionen oder ist mit negativen psychischen Folgen assoziiert (Dwyer et al., 2014; Hoffmann & Allers, 2017). Es ist daher dringend geboten, Maßnahmen zur Reduktion der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte zu ergreifen. Insbesondere die Einnahme vieler Medikamente (Multimedikation) konnte bisher in Untersuchungen als ein statistisch signifikanter Prädiktor für einen Krankenhausaufenthalt identifiziert werden (Fassmer & Hoffmann, 2019). Die verbesserte Zusammenarbeit von Pflegenden und Hausärzt:innen sowie regelmäßige Medikationsüberprüfungen könnten somit einer Krankenhausaufnahme (insbesondere einer medikationsbedingten) entgegenwirken (Leutgeb et al., 2019; Reeves et al., 2017). Als weitere Ursache für die nicht zuletzt auch im internationalen Vergleich als hoch einzustufende Rate von Krankenhauseinweisungen wird die fehlende (Pflege)Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringenden angesehen (Lemoyne et al., 2019). Die Betreuung von Bewohnenden ist durch eine Vielzahl an Hausärzt:innen je Pflegeheim und durch unzureichende Kontakte zu Fachärzt:innen gekennzeichnet (Balzer et al., 2013; Karsch-Völk et al., 2015b).

Die benannten Gründe für vermeidbare Hospitalisierungen bei Pflegeheimbewohnenden griff im Jahr 2019 der Gesetzgeber auf und verpflichtet seitdem Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Ärzt:innen in der ambulanten Versorgung. Das intendierte Ziel ist hierbei die Verbesserung des Informationsflusses zwischen Pflegeeinrichtungen und Haus- sowie weiteren ambulanten Fachärzt:innen. Ob die politische Initiative Erfolg haben wird und sich hiermit potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisungen reduzieren lassen, wird nicht zuletzt von der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Pflegekräften bei der medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohnenden sowie von den lokal vorherrschenden Rahmenbedingungen abhängig sein. Eine systematische interprofessionelle Kooperation könnte demnach einen wichtigen Beitrag dazu leisten, wirksam unnötige Krankenhauseinweisungen und die hiermit verbundenen Risiken und Belastungen auf Seiten der Pflegeheimbewohnenden sowie Kosten zu reduzieren.

Erste Studien und Übersichtsarbeiten deuten bereits auf einen positiven Einfluss von verbesserter interprofessioneller Kommunikation und Zusammenarbeit auf die Gesundheit und Le-

bensqualität von Pflegeheimbewohnenden hin (Reeves et al., 2017). Insbesondere Teambesprechungen und -koordination, sowie die aktive Beteiligung von Pflegenden und Ärzt:innen werden als Erfolgsfaktoren entsprechender Interventionen gesehen (Nazir et al., 2013; Schot et al., 2020). Mit Blick auf die Reduktion von Krankenhauseinweisungen liegen unterschiedliche Studienergebnisse vor. In einer quasi-experimentellen Studie aus Österreich zeigte sich eine signifikante Verringerung der Hospitalisierung (Kada et al., 2011). Hingegen konnten in einer großen randomisierten Implementierungsstudie keine Effekte auf Krankenhausaufenthalte für das dort untersuchte interprofessionelle Zusammenarbeitskonzept identifiziert werden (Kane et al., 2017).

Aufgrund der nicht eindeutigen Studienlage werden seit 2018 in Deutschland durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weitere, Versorgungsstruktur- und prozessuntersuchende sowie neue Maßnahmen evaluierende Projekte gefördert, deren übergeordnetes Ziel die Verringerung der Hospitalisierungsrate von Pflegeheimbewohnenden durch die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist. Im Projekt *CoCare* führten beispielsweise Hausärzt:innen wöchentlich von Pflegenden begleitete Visiten durch und koordinierten die (mindestens quartalsweise stattfindende) Versorgung durch Fachärzt:innen. Weitere Komponenten sind eine gemeinsame elektronische Patientenakte, regelmäßige Medikationsüberprüfungen, Fallbesprechungen und eine erweiterte Verfügbarkeit von Hausärzt:innen (Brühmann et al., 2019; Warth et al., 2021). Die Effektivität der *interprof ACT* Intervention wurde im gleichnamigen Projekt geprüft. Die Intervention sah vor, dass Hausärzt:innen und Pflegenden bei der Visite Namensschilder tragen, die Visite zu festgelegten Zeiten stattfindet und Kontaktpersonen telefonisch sowie via Fax erreichbar sind. Darüber hinaus sollten Meetings stattfinden, um gemeinsame Ziele zu setzen und Visiten zu standardisieren (Müller et al., 2020). Das Projekt *HOMERN* hat mittels Routinedaten und ergänzenden Erhebungen in einer prospektiven Beobachtungsstudie Krankenhauseinweisungen und deren vorausgehende Versorgungsprozesse untersucht. Auf Basis ihrer Ergebnisse wurden Vorschläge zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegeheimen und Arztpraxen entwickelt (Fassmer & Pulst, 2021; Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2021). Die Cluster-randomisierte Interventionsstudie *HIOPP-3-iTBX* untersuchte die Wirksamkeit einer interprofessionellen (AMTS-)Toolbox und fokussierte insbesondere auf die häufig als kritisch erachtete Medikation älterer Pflegeheimbewohnenden (Krause et al., 2019). Außerhalb des Innovationsfonds untersuchte unter anderem das in der deutschsprachigen Schweiz umgesetzte Projekt *INTERCARE* Effekte einer Intervention, in welcher speziell ausgebildete Pflegefachkräfte evidenzbasierte Tools anwenden, um die Notwendigkeit von Arztvisiten zu verringern, die Koordination an Schnittstellen zu verbessern und die Anzahl ungeplanter Hospitalisierungen zu verringern (Zúñiga et al., 2022).

Die Einführung und die Evaluationen einer Intervention zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der medizinischen Versorgung im Setting Pflegeheim waren ebenso Gegenstand des vorliegenden Projektes SaarPHIR (Saarländische Pflegeheimversorgung integriert regelhaft). Basierend auf den von Kleina et al. (2017) als wirksam eingeschätzten Maßnahmen zur a) Durchführung regelmäßiger Visiten, b) Einführung von Sprechstunden in den Pflegeeinrichtungen, zum c) Aufbau eines funktionierenden Kommunikationssystems und zur d) Einführung regionaler ärztlicher Kooperationsstrukturen, untersuchte das Vorhaben ein von Pflegenden und Hausärzt:innen getragenes Versorgungskonzept mit dem übergeordneten Ziel, eine verbesserte medizinische und pflegerische Versorgung von Pflegeheimbewohnenden durch Neukoordination der ärztlichen Versorgung zu sogenannten Versorgungsteams zu

erreichen. Bei den Versorgungsteams handelt es sich um Teams von Ärzt:innen aus der Umgebung einer Pflegeeinrichtung, die mittels geregelter Zuständigkeit bzw. Erreichbarkeit gemeinsam Verantwortung für die Bewohnenden übernehmen. Für die Teambildung mussten sich die heimversorgenden Ärzt:innen absprechen und eine gemeinsame Versorgungsroutine planen. Vorrangig bestanden die Teams aus drei bis fünf Ärzt:innen.

Weitere Ziele von SaarPHIR auf der Versorgungsprozessebene waren:

- Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und (Fach)Ärzt:innen durch regelmäßige (Vorwochend-)Visiten, interdisziplinäre Team- und Fallbesprechungen sowie eine multiprofessionelle Gestaltung der Arbeitsabläufe in den Pflegeeinrichtungen.
- Verbesserung des Zugangs zu behandlungsrelevanten Informationen und damit die Erhöhung der Informationskontinuität als Teilaspekt der Versorgungskontinuität durch Entwicklung eines Regelwerkes zum geriatrischen Assessment und zur pflegerischen Betreuung, welches gemeinsame Qualitäts- und Dokumentationsstandards festlegt.
- Verbesserung der Arzneimitteltherapiequalität der Pflegeheimbewohnenden durch Schaffung von Standards für die Verordnung, Anwendung und Dokumentation von Bedarfsmedikation. Darüber hinaus sollte eine regelmäßige AMT(S)-Prüfung mit Ergebnisdokumentation, Verträglichkeitsprüfung der Medikation und Durchführung von Nierenfunktionsbestimmung bei Verordnung nierenfunktionsabhängiger Arzneimittel erfolgen.

Die Veränderungen auf der Versorgungsprozessebene sollen schlussendlich für die Bewohnenden bzw. Versicherten zu einer Reduktion an Krankenhauseinweisungen, Verbesserung der Lebensqualität, einer erhöhten Arzneimitteltherapiesicherheit im Sinne der Anzahl eingenommener inadäquater Arzneimittel sowie Anzahl verordneter Arzneimittelwirkstoffe pro Versicherten im Allgemeinen führen.

Mit Blick auf die Gesundheitsausgaben der Pflegeheimbewohnenden werden Potentiale zugunsten einer Reduktion angenommen, die sich aus einer Verringerung der Krankenhauseinweisungen sowie der Transportrate ergeben. Zusätzlich kann davon ausgegangen werden, dass im Falle einer Verbesserung der Arzneimitteltherapiequalität ebenfalls eine Senkung der Arzneimittelkosten eintritt.

Zielgruppe von SaarPHIR und einschussfähig für die Bestimmung des Projekterfolgs sind alle gesetzlich Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, welche im Projektverlauf in saarländischen Einrichtungen der stationären Pflege (§ 43 SGB XI) mit mehr als 50 Bewohnerplätzen gelebt haben. Die Berechnung der primären und sekundären Endpunkte des Vorhabens wird damit für die Interventionsgruppe sowohl auf Basis der eingeschriebenen als auch der nicht-eingeschriebenen Versicherten erfolgen. Hierdurch ist es möglich solche Selektionseffekte teilweise zu vermeiden, die beim reinen Vergleich eingeschriebener Versicherter mit allen Patient:innen der Kontrollgruppe auftreten und auch durch entsprechende Methoden wie z.B. der Berücksichtigung eines Propensity Scores in Regressionsmodellen nicht vollständig einbezogen werden können. Zudem erlaubt dieses Vorgehen die Berücksichtigung sogenannter Spill-over Effekte.

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

2.1 Kurzprofil der neuen Versorgungsform

Im Rahmen des Projektes wurde eine neuorganisierte hausärztliche Versorgung in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen etabliert. Die neue Versorgungsform wurde über die Projektlaufzeit hinweg in allen sieben teilnehmenden Studienregionen des Saarlandes (Stadt Saarbrücken, Regionalverband Saarbrücken, Saarpfalz-Kreis, Landkreis Neunkirchen, Landkreis St. Wendel, Landkreis Merzig-Wadern und Landkreis Saarlouis) umgesetzt, jedoch mit unterschiedlicher Anwendungsdauer. Diese richtete sich nach der Untersuchungsgruppe, welcher die jeweiligen Studienregionen randomisiert zu Beginn des Projektes zugeordnet wurden. Die Beobachtungszeit im Projekt endete für alle Untersuchungsgruppen einheitlich im April 2021. Insgesamt lassen sich folgende drei Gruppe unterscheiden (vgl. Kapitel 3): 1) Pflegeheime in Regionen der Entwicklungs- und Pilotgruppe (Interventionsbeginn im April 2018), 2) Pflegeheime in Regionen der Interventionsgruppe (Interventionsbeginn im Mai 2019) und 3) Pflegeheime in Regionen der Kontrollgruppe (Interventionsbeginn im August 2020).

Die neue Versorgungsform zeichnete sich grundsätzlich durch eine stärkere Verzahnung der Ärzt:innen mit dem Pflegepersonal, eine koordinierte ärztliche Erreichbarkeit sowie eine gemeinsame Verantwortung für die Bewohnenden aus. Folgende Anforderungen und Maßnahmen sollten in den jeweiligen Projektregionen im Rahmen der neuen Versorgungsform erfüllt bzw. umgesetzt werden:

Strukturelle Anforderungen auf Ebene der teilnehmenden Ärzt:innen:

1. Die Teilnehmenden der Versorgungsgemeinschaft sollten insgesamt einen Versorgungsanteil von mindestens 2/3 der Versicherten in den jeweiligen betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen aufweisen.
2. Der:die einzelne an der Versorgergemeinschaft teilnehmende Vertragsarzt:-ärztin sollte mind. 5% der Versicherten in den betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgen.
3. Die Versorgergemeinschaft sollte montags bis freitags eine erweiterte Rufbereitschaft bis einschließlich 21 Uhr sicherstellen.
4. Die teilnehmenden Ärzte arbeiten auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung in ärztlichen Versorgungsteams mit den Pflegeeinrichtungen zusammen (Teilnahmeerklärung 140a-Vertrag und Kooperationsvertrag nach 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Anlage 27 BMV-Ä)).

Strukturelle Anforderungen auf Ebene der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen:

1. Die Teilnehmende Pflegeeinrichtungen verfügen über mindestens 50 vollstationäre Bewohnerplätze.
2. Die Einrichtungen arbeiten auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung mit den ärztlichen Versorgungsteams zusammen (Teilnahmeerklärung 140a-Vertrag und Kooperationsvertrag nach 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Anlage 27 BMV-Ä)).
3. Die Einrichtungen erhalten insbesondere zur Implementierung und Pflege stabiler Strukturen sowie zur Koordination der Prozesse eine Projektbegleitung/koordinierende (Pflege-)Kraft.

Aufgaben der Pflegeeinrichtungen und Ärzt:innen:

1. Benennung/Qualifizierung von Pflegefachkräften als verbindliche Ansprechpartner:innen für die beteiligten Ärzt:innen der Versorgeteams und Festlegung fester Ansprechpartner:innen ärztlicherseits für die Pflegefachkräfte,
2. Durchführung gemeinsamer (Vor-Wochenend-)Visiten durch teilnehmende Ärzt:innen und Pflegefachkräfte,
3. gemeinsame Team- und Fallbesprechungen mit den Ärzt:innen und weiteren möglichen Verfahrensbeteiligten sowie der eingesetzten Projektbegleitung/koordinierenden Pflegefachkraft,
4. Durchführung gemeinsamer geriatrischer Basis-Assessments,
5. Initiierung telefonischer Facharztkonsile,
6. Kontinuierliche AMT(S)-Prüfungen.

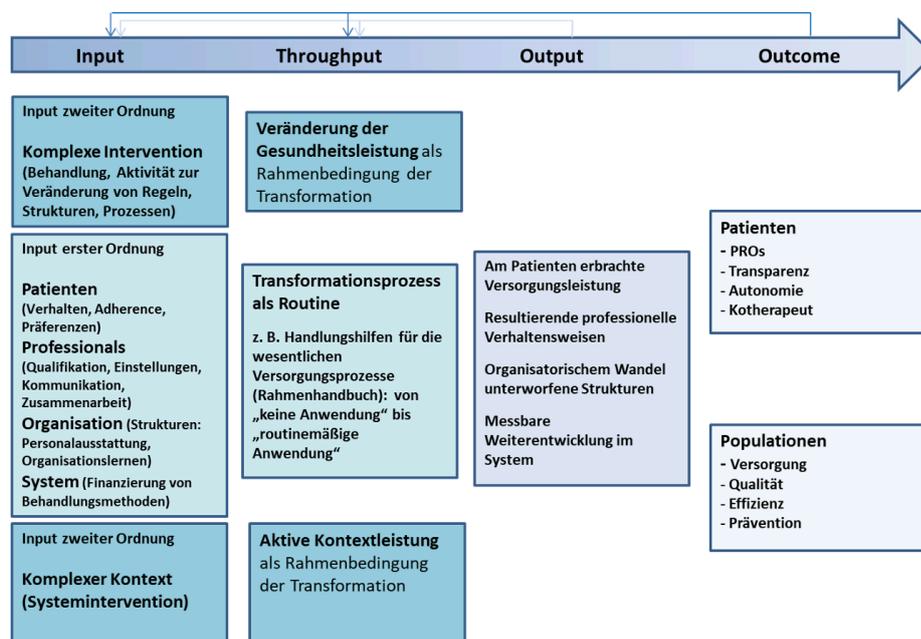
(Weiter-)Entwicklung der neuen Versorgungsform in den Versorgergemeinschaften durch Gestaltung prozessualer Regelwerke, insbesondere

1. die verbindlichen Regelungen zu Erreichbarkeit, Vertretung und Präsenz der Hausärzte im Pflegeheim, zur Teambesprechung, zur Freitagsvisite und Visite nach Entlassung aus dem Krankenhaus sowie zur Konsentierung und Organisation des Behandlungsprozesses;
2. Regeln für die Beurteilung und Optimierung von Polypharmazie,
3. Qualitätsindikatoren für das Monitoring und die kontinuierliche Verbesserung der Arzneimitteltherapieprozesse,
4. Fortbildungscurriculum und Aufgabenbeschreibung der Themenfachkräfte wie z.B. AMT(S)-Fachpflegekraft,
5. gemeinsame Dokumentationsroutinen zwecks Verfügbarmachen behandlungsrelevanter Informationen für alle Behandler,
6. Report-Inhalte zu erfolgten AMTS-Prüfungen mit Hinweisen auf potenziell vermeidbare Risiken als Ergebnis der elektronischen AMTS-Prüfung für behandelnde Ärzte,
7. Abläufe zur Unterstützung der Identifikation von Therapienebenwirkungen durch patientenspezifische Listen möglicher relevanter Nebenwirkungen ihrer Medikation.

2.2 Angenommene Funktionsweise und Wirkungslogik der neuen Versorgungsform

Funktionsweise und Wirkungslogik komplexer Interventionen lassen sich mittels sogenannter logischer Modelle abbilden. Anhand dieser können Verbindungen zwischen Ressourcen, Aktivitäten und möglichen Wirkzusammenhängen visualisiert werden, was in den dargestellten Wenn-dann-Verknüpfungen u. a. das Erkennen potenzieller logischer Brüche ermöglicht (Schlicht & Zinsmeister, 2015). Die Entwicklung des logischen Modells für SaarPHIR erfolgte gemäß der theoretischen Vorgehensweise nach Rossi et al. (2004). Hierzu sollen nach einer Eingrenzung des Evaluandums die impliziten Wirkannahmen der programmverantwortlichen Personen zunächst expliziert und im Anschluss validiert und ggf. angepasst werden (Rossi et al., 2004). Demnach wurden zunächst als Datenbasis die zu Projektbeginn vorliegenden projektinternen Dokumente (Gesamtantrag, Ethikanträge, Ergebnisse aus systematisch recherchierter Literatur) einer genuinen Dokumentenanalyse unterzogen (Döring & Bortz, 2016). Die Analyse erfolgte in Form einer qualitativen, inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015). Zur Darstellung der Ergebnisse wurde das in der Versorgungsforschung etablierte systemtheoretische „Throughput-Modell“ von Schrappe und Pfaff (2016), Pfaff et al. (2017) gewählt (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: systemtheoretisches Throughput-Modell



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schrappe und Pfaff (2016), Pfaff et al. (2017)

Das Throughput-Modell ist nicht linear zu verstehen, sondern es sind zwischen den einzelnen Modellkomponenten jeweils Wechselwirkungen und Rückkoppelungen möglich (Pfaff et al., 2017; Schrappe & Pfaff, 2016). Dies in einer Grafik jeweils mit entsprechenden Richtungspfeilen abzubilden, würde allerdings zu großer Unübersichtlichkeit führen. Daher wurde für die Darstellung des logischen Modells für SaarPHIR die tabellarische Form gewählt, unter farblicher Kennzeichnung der verschiedenen Wirkungsebenen. Um zu prüfen, inwieweit die ausgearbeiteten Zusammenhänge aus der Dokumentenanalyse mit den Annahmen der Projektentwickler:innen übereinstimmen, wurde die zunächst erstellte Erstversion des logischen Modells mit den leitenden Projektverantwortlichen in einer Fokusgruppe validiert und das Modell in einer finalen Version entsprechend modifiziert.

Um das erstellte Modell zu validieren, wurde eine Fokusgruppe durchgeführt (Rossi et al., 2004, S. 146ff.). Teilnehmende waren vier leitende Projektverantwortliche des Projekts SaarPHIR. Drei Personen waren vor Ort, die vierte Person wurde über eine Telefonkonferenz zugeschaltet. Alle Teilnehmenden unterzeichneten Einwilligungserklärungen mit Hinweisen zu Freiwilligkeit der Teilnahme, digitaler Aufzeichnung der Diskussion und der Behandlung der Daten gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Der Leitfaden orientierte sich an den Ergebnissen der Dokumentenanalyse und beinhaltete Fragen zu den einzelnen Komponenten des Modells. Die Fokusgruppe dauerte 63 Minuten und wurde digital aufgezeichnet. Die Aufnahme wurde zeitnah wörtlich transkribiert. Die Transkription erfolgte unter Pseudonymisierung der Teilnehmenden in Anlehnung an das einfache inhaltlich-semantische Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2018). Ausgewertet wurde in Form einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Anhand der Ergebnisse der Fokusgruppe wurde die finale Version des logischen Modells erstellt (vgl. Kapitel 6, Anlage 5).

Aus dem validierten Modell können folgende Haupt-Wirkannahmen abgeleitet werden:

1. Die im Modell aufgeführten Interventionen führen insgesamt zur Nutzung und im idealtypischen Fall zur Zufriedenheit mit der jeweils erbrachten Versorgungsleistung und zu einer höheren Patientensicherheit.

2. Die Bildung von ärztlichen Versorgungsgemeinschaften mit möglicher gegenseitiger Vertretung führt dazu, dass langfristig jeweils eine medizinische Ansprechperson zu erweiterten Zeiten für Pflegeheimbewohner:innen und Pflegefachkräfte zur Verfügung steht.
3. Ein gemeinsames geriatrisch-pflegerisches Basis-Assessment führt zu einer verbesserten interprofessionellen Kooperation.
4. Die Entwicklung abgestimmter Regelwerke führt über einen verbesserten Versorgungsablauf zu einer veränderten Struktur und einer besseren medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bewohner:innen.
5. Die Einführung einer festen Ansprechperson in den Pflegeheimen für die Ärzt:innen führt zu einer verbesserten interprofessionellen Kooperation.
6. Das Verfügbarmachen behandlungsrelevanter Informationen trägt zu einer verbesserten interprofessionellen Kooperation bei.
7. Die entwickelten Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) führen zu veränderten Strukturen, erhöhen die Sicherheit für Anwender, führen auf Patientenebene zu sinkenden Nebenwirkungen sowie Vermeidung von Belastungen durch unnötige Einweisungen und dadurch zu einer Kostenoptimierung.
8. Die inhaltliche und operative Unterstützung durch KVS und SPG führen zur Bildung von ärztlichen Versorgungsgemeinschaften und zur Bildung multiprofessioneller Teams in den Pflegeeinrichtungen.
9. Die Erarbeitung organisatorischer Mustervorgaben für kooperative Versorgungsmodelle in der Pflegeheimversorgung führen zu verbesserten Rahmenbedingungen.
10. Das Verfügbarmachen einer erweiterten Rufbereitschaft und die Vor-Wochenend-Visite führen zu verbesserten Rahmenbedingungen.
11. Die Abstimmung von präklinischer Notfallversorgung und dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst sowie die Modellierung eines Prozesses für Verordnung von und Behandlung mit Akut- und Bedarfsmedikation führen zu einer verzögerungsfreien Therapie und damit zu einem Zugewinn an Versorgungsqualität und folglich zu einer höheren Lebensqualität der Pflegeheimbewohner:innen.
12. Die Einführung verpflichtender interdisziplinärer Team- und Fallbesprechungen führen zu gemeinsamem Lernen/Voneinander-Lernen und zu Organisationslernen und zu einer höheren Arbeitszufriedenheit.

2.3 Allgemeine Beschreibung des Evaluationsdesigns

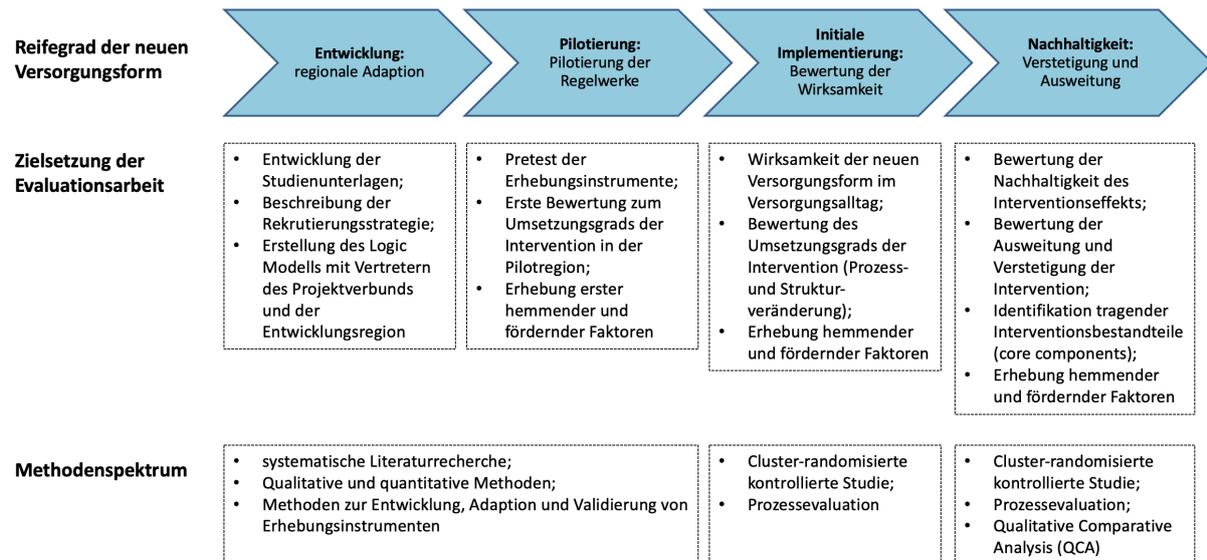
Die eingesetzte Evaluationsmethodik orientierte sich an den vier Reifegraden der neuen Versorgungsform:

1. *Entwicklungsphase* – Regionale Adaption der Versorgungsform durch Entwicklung prozessualer Regelwerke (**Projektphase 1**),
2. *Pilotphase* – Pilotierung der Regelwerke (**Projektphase 2**),
3. *Initiale Implementierungsphase* – Bewertung der Wirksamkeit im Rahmen einer Prozess- und Ergebnisevaluation (**Projektphase 3**) sowie
4. *Nachhaltigkeitsphase* – Etablierung und Verstetigung der neuen Versorgungsform in den bereits teilnehmenden Pflegeeinrichtungen als neuer Routineprozess (Scale-up) sowie regionale Ausweitung durch Gewinnung weiterer Organisationen (Spread) (**Projektphase 4**).

Während durch die Evaluation in den Phasen 1, 2 und 4 überwiegend die Versorgungsebene und -prozessebene adressiert wurden, untersuchte Phase 3 im Rahmen einer Cluster-randomisierten, kontrollierten Studie sowie begleitenden Prozessevaluation die Effekte der neuen Versorgungsform mit Blick auf patientenrelevante Endpunkte und bildete damit den Kern der Evaluation.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Projektphasen und zeigt die eingesetzten Evaluationsmethoden.

Abbildung 2: Das Evaluationsdesign im Überblick



Projektphase 1 und 2. Von Seiten der Evaluation wurde die Entwicklungs- und Pilotphase der Intervention überwiegen dazu genutzt, die Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie (cRCT) methodisch vorzubereiten und den Pilotierungsprozess der Intervention zu begleiten. Im Zuge dessen wurden ein Logic Model als Grundlage für die Prozessevaluation in Projektphase 3 entwickelt, das Studienprotokoll finalisiert, alle notwendigen Ethikvoten eingeholt, die Erhebungsinstrumente entwickelt und der Rekrutierungsprozess beschrieben. In der Pilotierungsphase wurden zudem im Rahmen von Fokusgruppen erste Erfahrungen von Pflegepersonal und Ärzt:innen im Umgang mit der SaarPHIR-Intervention eingeholt, in die Erhebungsinstrumente eingearbeitet und diese für den quantitativen Teil der in Projektphase 3 erfolgten Prozessevaluation in verschiedenen Pretests finalisiert. Geplant war eine Dauer von sechs Monaten für jede der beiden Phasen. Aufgrund von ausstehenden Pilotierungsbedarfen zum ursprünglich geplanten Ende der Pilotphase sowie noch offenen Zusagen von Pflegeeinrichtungen, welche für die Teilnahme an der cRCT angesprochen wurden, erfolgte eine Verlängerung der Pilotphase um einen weiteren Monat.

Projektphase 3. Die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform wurde im Rahmen einer cRCT im Parallelgruppendesign in Projektphase 3 evaluiert (Ergebnisevaluation) und durch eine Prozessevaluation begleitet. Verglichen mit einem "klassischen" RCT, bei dem die teilnehmenden Patient:innen individuell zufällig einer bestimmten Behandlung zugewiesen werden, wurden im Vorhaben SaarPHIR Gruppen von Bewohnenden (hier auf der Ebene Landkreise und damit einhergehend der Pflegeheime) zufällig der Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet. Eine solche Randomisierung auf Cluster-Ebene war notwendig, da es sich bei SaarPHIR um eine neue Versorgungsform handelt, welche primär eine Veränderung der Versorgungs- und

Betreuungsprozesse adressiert. Bei cRCTs wird in der Regel als Cluster-Level die Einrichtungsebene der zu untersuchenden Zielpopulation verwendet. Im Rahmen dieses Vorhabens wäre diese Cluster-Ebene jedoch nicht ausreichend gewesen, da zu erwarten war, dass sich Übertragungseffekte zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ergeben könnten.

Die cRCT war ursprünglich über einen Zeitraum von 12 Monaten geplant, wurde jedoch um drei Monate auf 15 verlängert, da die Rekrutierung interessierter Pflegeeinrichtungen und Ärzt:innen sowie die vertragliche Bildung von Versorgergemeinschaften mehr Zeit in Anspruch nahm und im Verlauf der Studie Teile der SaarPHIR-Intervention in den Pflegeeinrichtungen pandemiebedingt langsamer als geplant in den Organisationen implementiert werden konnten.

Projektphase 4. Die Beobachtungszeit in der Nachhaltigkeitsphase war zunächst über einen Zeitraum von 12 Monaten geplant, verkürzte sich durch die vorangegangene Verschiebung der Projektphasen jedoch auf neun Monate. In ihr wurde untersucht, welche Voraussetzungen für eine nachhaltige Integration der neuen Versorgungsform bereits im Projektzeitraum geschaffen werden konnten und welche Anpassungen in den Strukturen sowie Prozessen für die Verstetigung und Ausweitung noch notwendig sind (vgl. Kapitel 2.8). Zudem wurde in zwei Sensitivitätsanalysen der Beobachtungszeitraum der cRCT um die Nachhaltigkeitsphase erweitert (sekundärer Beobachtungszeitraum) und somit in der Wirksamkeitsanalyse berücksichtigt, wie sich der Interventionseffekt nach Abschluss der cRCT über die verbleibende Projektlaufzeit weiterentwickelte.

Für die Umsetzung des gesamten Evaluationsdesign wurden alle Landkreise im Saarland eingeschlossen und zu Beginn des Projektes drei Regionstypen zugeteilt: (1) Entwicklungs- und Pilotregion, (2) Interventions-Regionen der Cluster-randomisierten, kontrollierten Studie sowie (3) Kontroll-Regionen der Cluster-randomisierten, kontrollierten Studie. Unabhängig dieser Zuordnung führten alle am Projekt teilnehmenden Pflegeeinrichtung in den Regionen die neue Versorgungsform bis zum Projektende fort, sobald diese in den Einrichtungen entweder zum Zwecke der Entwicklung prozessualer Regelwerke, zur Pilotierung oder aufgrund der Zuordnung einer Einrichtung in die Interventionsgruppe der cRCT initiiert war. Zudem erhielten alle Einrichtungen der Kontrollgruppe der cRCT nach Beendigung des primären Beobachtungszeitraums der Studie die Möglichkeit, die SaarPHIR-Intervention während der Nachhaltigkeitsphase zu implementieren, wodurch in dieser letzten Projektphase alle Einrichtungen, welche die neue Versorgungsform in dieser Phase hätten umsetzen können, in der Evaluation von Umsetzungsprozessen berücksichtigt wurden.

2.4 Datenschutz

2.4.1 Allgemeines Vorgehen

In der Prozess- und Ergebnisevaluation wurden Primär- und Sekundärdaten auf Ebene der Bewohner:innen, Ärzt:innen, Pflegefachkräfte und Pflegeeinrichtungen verwendet. Eine zusammenfassende Darstellung der Datenquellen enthält Tabelle 1. Die Datenquellen werden zudem in den weiteren Beschreibungen zur Prozess- und Ergebnisevaluation in den Kapiteln 2.5 ff. detailliert beschrieben.

Um für die Erhebung sowie Verarbeitung der Primär- und Sekundärdaten einen datenschutzrechtlich sicheren Umgang zu gewährleisten, wurde ein Datenschutzkonzept entwickelt. Für die Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde zudem eine Genehmigung für die Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung nach §75 SGB X bei den zuständigen Auf-

sichtsbehörden, dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) für die überregional operierenden Krankenkassen sowie dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit des Saarlandes und den Gesundheitsministerien der Länder Niedersachsen und Rheinland-Pfalz für die AOK Rheinland-Pfalz-Saarland eingeholt.

Tabelle 1: Datenquellen im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation des Projektes SaarPHIR

Datenquellen	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Transkripte von Fokusgruppen sowie qualitativen Interviews mit Pflegefachkräften und Ärzt:innen	X	
Primärdaten aus der Bewohner:innenbefragung zur Lebensqualität	X ¹	
Primärdaten aus der Befragung von Pflegefachkräften (Schlüsselpersonen) und Ärzt:innen mittels standardisierter Fragebögen	X	X
Primärdaten aus der Erfassung von Strukturdaten und Kontextfaktoren der Einrichtungen mittels standardisierter Fragebögen	X	X
Sekundärdaten aus der bewohner:innenbezogenen Erhebung aus der medizinisch-pflegerischen Dokumentation durch Pflegekräfte	X ¹	
Primärdaten aus der Befragung von Pflegefachkräften zur Arzneimittelversorgung und Arzneimittelsicherheit in der Pflegeeinrichtung	X	X
Primär- und Sekundärdaten aus der bewohner:innenbezogenen Erhebungen zur Medikationsprüfung (AMTS-Prüfung)	X	
Routinedaten der GKV	X	X
Ergänzungsdatensatz der GKV für Pflegeheimbewohnende mit Teilnahme am Selektivvertrag: in Anspruch genommene Interventionsleistungen in Form abgerechneter, projektspezifischer Gebührenordnungspositionen (GOP)	X	

Anmerkungen: 1 = ausschließlich am Selektivvertrag teilnehmende Bewohner/innen

Die Datenauswertung erfolgte sowohl auf Bewohner:innenebene als auch auf Ärzt:innen-, Pflegefachkraft- und Pflegeheimebene mit pseudonymisierten Datensätzen¹. Zur sachgemäßen Umsetzung des Pseudonymisierungsprozesses und der Datenübermittlung wurde eine Vertrauensstelle eingerichtet, welche die Pseudonymisierung aller Datenquellen steuerte und überwachte.

In die Evaluation der neuen Versorgungform SaarPHIR konnten die **GKV-Routinedaten** von sechs Krankenkassen (BARMER, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, DAK, BKK, Knappschaft und Techniker Krankenkasse) eingehen. Für die Übermittlung und Auswertung der pseudonymisierten GKV-Routinedaten wurde den Versicherten keine Einwilligungserklärung vorgelegt, da die routinedatenbasierten Endpunkte für alle Bewohner:innen teilnehmender Einrichtungen in den sechs Landkreisen des Saarlandes ausgewertet werden sollten, um die Gesamtwirksamkeit der Intervention auf Populationsebene vollumfänglich bewerten zu können. Ein Einwilligungsverfahren an dieser Stelle hätte zu einer Selektion von Versicherten in der primären

¹ Eine Ausnahme bildeten bei der Techniker Krankenkassen versicherte Bewohner:innen der Kontrollgruppe.

Auswertungspopulation geführt und sich zudem fallzahlreduzierend ausgewirkt. Die Sozialdatenübermittlung ohne vorliegende Einverständniserklärung wurde federführend durch das BAS genehmigt.

Für Kontrollgruppen-Patient:innen der Techniker Krankenkasse erhielten die evaluierenden Projektpartner anonymisierte Datensätze mit Vergrößerungen in diversen personenbezogenen Merkmalen (z.B. Geburtsdaten, Diagnose).

Für die Erhebung von **Primärdaten** sowie die **Verlinkung** von Primär- und Sekundärdaten wurde das Einverständnis der jeweils betroffenen Personen und Einrichtungen eingeholt (vgl. Kapitel 2.4.3). Die Einwilligungen der Bewohner:innen (ggf. vom gesetzlichen Betreuer) wurden in den Pflegeheimen eingeholt und dort sicher unter Wahrung des Datenschutzes aufbewahrt. Die teilnehmenden Ärzt:innen erteilten im Zuge ihrer Teilnahmeerklärung am Projekt ihr Einverständnis zur Mitwirkung an Befragungen und der hiermit verbundenen Datenverarbeitung. Heimmitarbeiter:innen erteilten ihr schriftliches Einverständnis vor einem Interview, einer Schlüsselpersonenbefragung oder der Teilnahme an Fokusgruppen. Alle Erhebungunterlagen enthielten neben der Einverständniserklärung zudem einleitende Informationen bzw. Begleitschreiben zum Ziel, Zweck und Umfang der Datenerhebung sowie zur Pseudonymisierung, Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten.

Alle zur Evaluation der neuen Versorgungsform verwendeten Daten werden nach Beendigung des Projektes weitere 10 Jahre an der Bergischen Universität Wuppertal aufbewahrt. Diese Aufbewahrungsfrist entspricht den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis (Deutsche Forschungsgemeinschaft [DFG], 2013).

2.4.2 Pseudonymisierung der GKV-Routinedaten

Entsprechend der im Evaluationskonzept festgelegten Einschlusskriterien (vgl. auch Kapitel 3.3) generierte die jeweilige Krankenkasse nach Abschluss der Nachhaltigkeitsphase und auf Basis einer einheitlichen Datensatzbeschreibung einen Auswertungsdatensatz, welcher die bei ihnen versicherte Studienpopulation umfasste.

Die Pseudonymisierung der krankenkassenindividuellen Auswertungsdatensätze erfolgte stufenweise. In einer **ersten Stufe** generierten die Krankenkassen in einem einheitlichen Pseudonymisierungsverfahren aus der KVNR (Bewohner:innen-Ebene), LANR sowie BSNR (Ärzt:innen-Ebene) und IK (Heimebene) als identifizierende Daten (IDAT) die jeweiligen temporären **Zwischenpseudonyme** für die Bewohner:innen-, Ärzt:innen- und Heimebene. Die Dateien wurden transportverschlüsselt an die Vertrauensstelle übermittelt. Basierend auf den Zwischenpseudonymen generierte die Vertrauensstelle in einer **zweiten Stufe** das eigentliche **Projekt pseudonym**. Der hierfür verwendete Pseudonymisierungsschlüssel war allein dem Datentreuhänder bekannt und wurde von diesem über die Laufzeit des Projekts sicher verwahrt. Der Datentreuhänder war rechtlich, räumlich und personell selbstständig sowie unabhängig. Er übermittelte die pseudonymisierten Dateien, wieder transportverschlüsselt, an die auswertungskoordinierende Stelle, das Bergische Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung (BKG) der Bergischen Universität Wuppertal. Das BKG generierte daraufhin in der **dritten Stufe** aus den Projektpseudonymen die **Studienpseudonyme**, welche durch die auswertende Stelle am BKG verwendet wurden.

Durch diese kaskadierende Vorgehensweise beginnend bei den IDAT mit Zwischen- und Projektpseudonym zum Studienpseudonym erfolgte die Pseudonymisierung wirksam und datenschutzrechtlich geprüft.

2.4.3 Pseudonymisierung der im Projekt erhobenen Primärdaten

Die Pseudonymisierung der Primärdaten (Fragebogendaten) erfolgte analog zu den GKV-Routinedaten. Als zusätzlicher Identifikator (IDAT) wurde die Fragebogennummer (FBNR) kaskadierend pseudonymisiert. Die Verlinkung der Fragebogendaten über das Fragebogenpseudonym dritter Stufe (Studienpseudonym des Fragebogens) mit dem jeweiligen Studienpseudonym der Pflegeheimbewohnenden erfolgte ausschließlich für Versicherte mit aktiver Einschreibung in den Selektivvertrag der neuen Versorgungsform. Hierfür wurde ergänzend zum Einverständnis zur Primärdatenerhebung ein explizites Einverständnis zur Verknüpfung der Datenquellen schriftlich eingeholt. Zur Verlinkung der Fragebogendaten mit den Routinedaten wurden zudem in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe Schlüssel Listen geführt, die das jeweilige Studienpseudonym mit der KVNR dokumentierten. Diese Listen wurden nach Ende Nachhaltigkeitsphase datenschutzkonform an die Vertrauensstelle zur entsprechenden Pseudonymisierung und Weiterleitung an die auswertende Stelle überführt. Weitere Verlinkungen der verschiedenen Datenquellen waren über die Einrichtungsidentifikatoren auf Pflegeheim- und Versorgergemeinschaftsebene möglich.

2.5 Wirksamkeitsanalysen und gesundheitsökonomische Betrachtung

2.5.1 Studiendesign

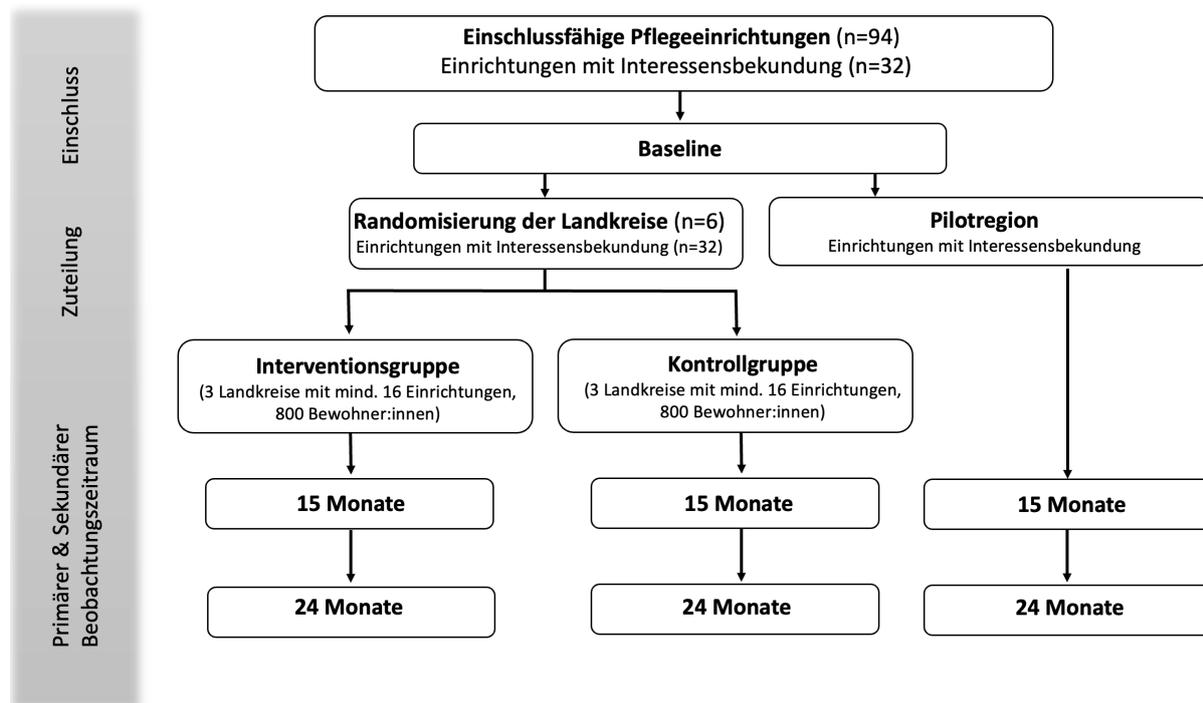
Zur Untersuchung der Effekte der SaarPHIR Intervention wurde eine prospektive, cluster-randomisierte kontrollierte Studie (cRCT) durchgeführt. Für dieses Vorhaben wurden zwei parallele Gruppen nach einer 1:1 Randomisierung beobachtet.

In der Studie wurden zwei Cluster-Ebenen definiert: a) Landkreise zu Zwecken der Randomisierung und b) Pflegeheime sowie ihre Bewohner:innen. Die Randomisierung wurde auf Ebene der Landkreise in Saarland durchgeführt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um mögliche Spillover-Effekte auf Ebene der Landkreise und Pflegeheime zu berücksichtigen, da ein:e Hausärzt:in Versorgungsverträge mit mehreren Pflegeheimen schließen konnte. Zudem kann jedes Pflegeheim als Einheit bezeichnet werden, der Eigenschaften, wie bestimmte Kontextbedingungen und geographische Faktoren zugewiesen werden können.

Insgesamt wurden sechs Landkreise zufällig auf die Interventions- und Kontrollgruppe zugeteilt. Die Stadt Saarbrücken wurde bereits zu Projektbeginn aus dem Landkreis „Regionalverband Saarbrücken“ exkludiert und diente als Pilotregion, in der die Intervention entwickelt und pilotiert wurde (vgl. Kapitel 2.1).

Die Randomisierung erfolgte zeitlich nach der Rekrutierung der Pflegeheime. Für die Randomisierung wurden alle potentiellen Pflegeheime berücksichtigt, die bis zum Abschluss der initialen Rekrutierungsphase eine Interessensbekundung unterzeichneten. Die Beobachtungsphase von 15 Monaten startete nach der Randomisierung am 01.05.2019 (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Studiendesign der Cluster-randomisierten kontrollierten Studie



An diesen **primären Beobachtungszeitraum** schloss sich die Nachhaltigkeitsphase des Projektes an, in welchem alle Einrichtungen der Kontrollgruppe ebenfalls die Möglichkeit erhielten, die SaarPHIR-Intervention über neun Monate umzusetzen. Einrichtungen der Interventionsgruppe konnten die neue Versorgungsform weiterführen. Die in der Nachhaltigkeitsphase erreichten Effekte der neuen Versorgungsform wurden in zwei Sensitivitätsanalysen der Wirksamkeitsanalyse durch Definition eines sog. **zweiten Beobachtungszeitraums** untersucht (vgl. Kapitel 2.5.6.3).

Für die Untersuchung aller routinedatenbasierten Endpunkte standen grundsätzlich Datensätze von sechs Krankenkassen (AOK, BARMER, BKK, DAK, Knappschaft und Techniker Krankenkasse) für die gesamte Projektlaufzeit zur Verfügung.

2.5.2 Fallzahlberechnung

Die Fallzahlberechnung fand für den primären Endpunkt *Hospitalisierung* statt, der über Routinedaten analysiert wurde. Eine absolute Reduktion um 40 Prozentpunkte, d.h. eine Reduktion der Hospitalisierungsrate von 3,99 auf 2,39 pro 1.000 Bewohnertage wurde aufgrund der zur Verfügung stehenden Literatur sowie der ausgewählten Interventionselemente als relevanter Unterschied angesehen (Ouslander et al., 2011). Um diese Effekte mit einer Power von 80% bei einem Signifikanzniveau von 5% (zweiseitig) abzubilden, werden wenigstens 16 Pflegeheime pro Gruppe (32 gesamt) mit je 50 Bewohner:innen (mit der Annahme von 30 Bewohnertagen unter Intervention) benötigt. In den Fallzahlberechnungen wurde eine Inter-Cluster Varianz (ICV) von 0.10 angenommen. Die Kalkulationen wurden mit dem R Package ClusterPower durchgeführt (Kleinman et al., 2017).

Da bei der Randomisierung bereits alle Pflegeeinrichtungen des Saarlandes mit Interessensbekundung des Saarlandes (abzüglich der Pilotregion) berücksichtigt werden und in die Analyse des primären Endpunktes alle Bewohnenden dieser Pflegeeinrichtungen mit bestehendem Pflegegrad eingehen, ist die verfügbare Fallzahl natürlich begrenzt. In der Fallzahlschätzung wurde daher kein expliziter Drop-out berücksichtigt.

2.5.3 Randomisierung und Verblindung

Eine 1:1 Randomisierung fand auf Landkreisebene statt. Dafür wurden sechs Landkreise in zufälliger Reihenfolge der Kontroll- bzw. Interventionsgruppe zugeordnet. Im ersten Schritt wurde eine Randomisierungsliste mit einer zufälligen Sequenz von drei Blöcken der Länge zwei generiert, sodass in jedem Block eine Zuteilung zur Intervention und Kontrolle stattfinden konnte. Da die zu randomisierenden Einheiten nicht konsekutiv rekrutiert wurden, wurden die Landkreise im zweiten Schritt in eine zufällige Reihenfolge randomisiert und in dieser Reihenfolge der Randomisierungsliste zugeführt. In beiden Schritten wurde jeweils ein Seed verwendet, um die Reproduzierbarkeit des Verfahrens zu gewährleisten.

Die Hospitalisierungsrate wurde nicht als Kovariate in der Randomisierung berücksichtigt, da sich diese zwischen den Landkreisen nicht signifikant unterschied (Vorabauswertung der Barmer auf Basis von Routinedaten des Jahres 2016/2017). Die Randomisierung wurde von Mitarbeitenden der Bergischen Universität Wuppertal mit R Version R 3.6.0 durchgeführt, die gegenüber der Landkreise verblindet waren.

Die Zuordnung der Randomisierung wurde im April 2019 der Projektkoordination mitgeteilt und entsprechend an die teilnehmenden Pflegeheime kommuniziert. Durch die Art der Intervention waren im weiteren Verlauf der Studie weder die Hausärzt:innen und Bewohner:innen, noch die Pflegenden und das Studienteam verblindet. Jedoch konnte eine Verblindung der für die Sekundärdatenanalysen zuständigen Studienmitarbeiter:innen gegenüber der Gruppenzuweisung beibehalten werden.

2.5.4 Ein- und Ausschlusskriterien für die Rekrutierung

Sowohl für die Erhebung von Primärdaten als auch für die Erhebung von Routinedaten wurden zur Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen, deren Bewohner:innen sowie Hausärzt:innen folgenden Ein- und Ausschlusskriterien herangezogen:

Pflegeeinrichtungen

- Vollstationäre Pflegeeinrichtung im Bundesland Saarland,
- Versorgung von Versicherten der AOK, BARMER, BKK, DAK, Knappschaft oder Techniker Krankenkasse,
- Kapazität von mindestens 50 Bewohnerplätzen

Hausärzt:innen

- Tätigkeit in einer (hausärztlichen) Praxis, die sich im Saarland befindet,
- Ärztliche Betreuung von mindestens einem:einer Bewohner:in in mindestens einer der an SaarPHIR teilnehmenden Pflegeeinrichtungen,
- Bereitschaft zum Abschluss eines Kooperationsvertrag nach §119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Anlage 27 BMV-Ä)

Vor dem Hintergrund der auf Landkreisebene angestrebten Randomisierung (Cluster-Randomisierung) wurden an SaarPHIR teilnehmende Ärzt:innen gebeten, lediglich Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen eines Landkreises zur betreuen, um Überschneidungen von Interventions- und Kontrollgruppe zu vermeiden. Die Vergütungsstruktur teilnehmender Ärzt:innen sollte dies zusätzlich unterstützen. Eine landkreisübergreifende Versorgung stellte jedoch keinen Ausschlussgrund dar. Während der Auswertung wurden ggf. vorliegende Überschneidun-

gen, das heißt Ärzt:innen, die sowohl Bewohner:innen der Interventions- als auch Kontrollgruppe betreuten, im Rahmen der statistischen Auswertung des Projekts identifiziert und im statistischen Modell entsprechende Kontrollvariablen berücksichtigt.

Bewohner:innen

- Aufnahme in eine teilnehmende Pflegeeinrichtung zur vollstationären Pflege zwischen April 2018 und April 2021 (Ende des sekundären Beobachtungszeitraums),
- Bestehender Pflegegrad

Es erfolgte keine Aufnahme von Bewohner:innen, die sich während des Projektes in einer teilnehmenden Pflegeeinrichtung in Kurzzeitpflege befanden.

2.5.5 Rekrutierung

Rekrutierung von Pflegeeinrichtungen sowie Ärzt:innen für die Intervention- und Kontrollgruppe der cRCT

Mit Abschluss der Entwicklungsphase und ersten Erfahrungsberichten aus der Pilotierungsphase des Projektes in der Stadt Saarbrücken wurde das Vorhaben teilnahmeinteressierten Ärzt:innen sowie Pflegeeinrichtungen auf Informationsveranstaltungen in den Landkreisen Regionalverband Saarbrücken (ausgenommen Stadt Saarbrücken), Saarpfalz-Kreis, Neunkirchen, St. Wendel, Landkreis Merzig-Wadern und Saarlouis vorgestellt. Die Veranstaltungen wurden gemeinsam von der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes und der Saarländischen Pflegegesellschaft ausgerichtet. Teilnahmeinteressierte Ärzt:innen und Pflegeeinrichtungen hatten die Möglichkeit sich direkt im Nachgang der Veranstaltungen in das SaarPHIR-Projekt einzuschreiben. Zusätzlich wurden die Informations- und Einschreibeunterlagen auf einer Informationsseite durch die Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes sowie der Saarländischen Pflegegesellschaft online bereitgestellt. Ärzt:innen wurden über die Kommunikationsverteiler der beiden Institutionen zusätzlich informiert. Ergänzend erfolgte Ende Februar 2019 ein Pressegespräch zum SaarPHIR-Projekt, um für das Projekt zu werben und den Bekanntheitsgrad zu erhöhen.

Auf Anfrage bestand für Einrichtungen und Ärzt:innen ferner jederzeit die Möglichkeit, telefonisch oder vor Ort individuell über die Maßnahmen des Projektes und ihre Umsetzung informiert zu werden.

Rekrutierung von Bewohner:innen

Zur Teilnahme an der neuen Versorgungsform eingeladen wurden mit Beginn der initialen Implementierungsphase in den Einrichtungen der Interventionsgruppe der C-CRT alle Bewohner:innen, welche die in Kapitel 2.5.4 beschriebenen Einschlusskriterien erfüllten. Vertragliche Grundlage für die Erbringung der im Rahmen der neuen Versorgungsform vorgesehenen Leistungen war der Abschluss einer selektiven Vereinbarung der Bewohner:innen mit der jeweiligen Krankenkasse. Die Registrierung der Bewohner:innen erfolgte in den Pflegeeinrichtungen. Die Teilnahme an SaarPHIR war für die Bewohner:innen freiwillig und konnte ohne Angabe von Gründen zu jederzeit widerrufen werden.

Bewohner:innen in teilnehmenden Pflegeheimen der Kontrollgruppe wurden erst nach Ablauf der cRCT detailliert über die Inhalte der neuen Versorgungsform informiert (d.h. zu Beginn der Nachhaltigkeitsphase). Zu Beginn der initialen Implementierungsphase erhielten sie jedoch Informationen zum Gesamtprojekt sowie Aufklärungsunterlagen und Einverständniserklärung zur geplanten Primärdatenerhebung.

Information der Bewohner:innen

An SaarPHIR teilnehmende Bewohner:innen wurden in der Pflegeeinrichtung, in der sie lebten, über das Projekt SaarPHIR mündlich sowie schriftlich informiert und aufgeklärt, bevor sie bei Interesse am Projekt in die Teilnahme schriftlich einwilligten (falls zutreffend über einen gesetzlich Betreuenden).

2.5.6 Routinedatenbasierte Analysen

2.5.6.1 Auswertungspopulationen

In den routinedatenbasierten Analysen wurden Daten von Versicherten der AOK, BARMER, BKK, DAK, Knappschaft Bahn See sowie der Techniker Krankenkasse aus dem Saarland verwendet. Die Auswertungen erfolgten für alle Studiengruppen auf Populationsebene, d.h. unabhängig davon, ob ein:e Bewohner:in schlussendlich eine selektive Vereinbarung mit der jeweiligen Krankenkasse abschloss oder sich mit den Primärdatenerhebungen (vgl. Kapitel 2.5.7) einverstanden erklärte.

Intention to Treat:

In der primären Analyse wurde die Intention to Treat (ITT) Population herangezogen, um die Wirksamkeit der Intervention in der Zielpopulation zu untersuchen. Auf Ebene der Pflegeheime wurden Heime mit mindestens 50 Bewohnerplätzen und positiver Interessensbekundung betrachtet. Die Analyse wurde auf Ebene der Bewohner:innen in einer geschlossenen Kohorte durchgeführt, d.h. es wurden Bewohner:innen einbezogen, die zu Beginn der Studienlaufzeit (01. Mai 2019) die Einschlusskriterien erfüllten (geschlossene Population). Nach den Prinzipien einer ITT-Analyse wurden die Pflegeheime und deren Bewohner:innen gemäß ihres Landkreises und der jeweiligen zugeordneten Studiengruppe in der Analyse berücksichtigt, unabhängig davon, ob das teilnehmende Pflegeheim die Interventionsumsetzung schlussendlich ablehnte, einstellte oder andere Protokollabweichungen bekannt waren.

Bewohner:innen wurden bis zum Ende der Studienlaufzeit beobachtet, es sei denn sie wechselten in dieser Zeit ihre Versicherung, verstarben oder beendeten aus anderen Gründen die stationäre Versorgung in ihrem Pflegeheim. In diesen Fällen wurden Bewohner:innen nur bis zum jeweiligen Ereignis beobachtet. Bewohner:innen, die in den Routinedaten mehr als einem Pflegeheim zugeordnet werden konnten, wurden von der Analyse ausgeschlossen, da eine zeitliche Zuordnung der Pflegeleistungen je Heim auf Basis der Datengrundlage nicht möglich war.

Per Protocol:

Die Per Protocol (PP) Population definiert eine Subgruppe von Pflegeheimen und Bewohner:innen, die gemäß dem Studienprotokoll an der Studie teilnahmen. Daher wurden in dieser Subgruppe positivere Interventionseffekte als in der ITT Population erwartet. Es wurden zwei PP Populationen definiert:

1. Die **erste Definition** der PP Population (**PP1**) schließt alle Pflegeheime ein, welche die Intervention in den Interventionsregionen umsetzten (d.h. die eine Versorgungsgemeinschaft schlossen) sowie Pflegeheime mit positiver Interessensbekundung aus den Kontrollregionen. Auf Ebene der Bewohner:innen wurden alle Bewohner:innen in der PP1 berücksichtigt, die in einem Pflegeheim der PP1 versorgt wurden und seit Beginn der cRCT-Phase die Einschlusskriterien erfüllten (geschlossene Population).

Bewohner:innen wurden bis zum Ende der Studienlaufzeit beobachtet, es sei denn sie wechselten in dieser Zeit ihre Versicherung, verstarben oder beendeten aus anderen

Gründen die stationäre Versorgung in ihrem Pflegeheim. In diesen Fällen wurden Bewohner:innen nur bis zum jeweiligen Ereignis beobachtet. Bewohner:innen, die in den Routinedaten mehr als einem Pflegeheim zugeordnet werden konnte, wurden von der Analyse ausgeschlossen, da eine zeitliche Zuordnung der Pflegeleistungen je Heim auf Basis der Datengrundlage nicht möglich war.

2. Analog zur PP1 wurden in der **zweiten Definition** der PP Population (**PP2**) ebenfalls alle Pflegeheime eingeschlossen, die die Intervention in den Interventionsregionen umsetzten (d.h. die eine Versorgergemeinschaft schlossen) sowie Pflegeheime mit positiver Interessensbekundung in den Kontrollregionen. Im Unterschied zur PP1 wurden in der PP2 nur Bewohner:innen berücksichtigt, die mit einer Interventionsleistung versorgt wurden und seit Beginn der Studienlaufzeit die Einschlusskriterien erfüllten (geschlossene Population). Beobachtungszeiten und weitere Ausschlüsse auf Ebene der Bewohner:innen wurden analog zur PP1 definiert.

Betrachtete Subgruppen im Rahmen der Sensitivitätsanalysen:

Weitere Subgruppen wurden als Bestandteil der Sensitivitätsanalysen berücksichtigt und mit den Ergebnissen der primären Analyse verglichen.

Dazu gehörten auf Ebene der Bewohner:innen:

1. Bewohner:innen, welche zum Studienbeginn oder im Verlauf der Studie in teilnehmenden Pflegeeinrichtungen lebten (offene Population);
2. Bewohner:innen, welche zum Studienbeginn oder im Verlauf der Studie in teilnehmenden Pflegeeinrichtungen lebten und in der Interventionsgruppe während der cRCT SaarPHIR-Leistungen erhielten (offene Population ohne Berücksichtigung eines potentiellen Selektionsbias);
3. Alle Bewohner:innen des Saarlandes, welche die Einschlusskriterien erfüllen und in einem (aktiv oder passiv) teilnehmenden Pflegeheim lebten. Dies umfasste ebenso Versicherte aus der Stadt Saarbrücken (Einrichtungen der Entwicklungs- und Pilotphase, vgl. Kapitel 2.1).

Auf Ebene der Pflegeheime wurden zudem Pflegeheime mit einer frühen vs. einer späten Implementierung der Intervention in Sensitivitätsanalysen verglichen. Dazu wurden Pflegeheime, welche die Intervention in der Pilotregion umsetzten als frühzeitige Anwender und Pflegeheime der Interventionsgruppe, welche die Intervention erst in der Studienphase umsetzten, als Nachzügler mit einer späten Anwendung definiert.

2.5.6.2 Datenerhebung und Datenaufbereitung

Bei der Analyse von Routinedaten wurden Daten von Versicherten der AOK, BARMER, BKK, DAK, Knappschaft Bahn See sowie der Techniker Krankenkasse des Saarlandes verwendet. Die gelieferten Daten bezogen sich auf den Zeitraum von Januar 2018 bis April 2021 und umfassten neben Stammdaten und Versicherungszeiten folgende Leistungsbereiche:

- Ambulante Versorgung
- Ambulante Versorgung im Krankenhaus
- Stationäre Versorgung
- Verordnungen von Arzneimitteln
- Heil- und Hilfsmittel
- Fahrkosten
- Rehabilitation

- Zahnärztliche Versorgung
- Pflegeversorgung

Zudem wurden von der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes Abrechnungsdaten zu erbrachten Interventionsleistungen auf Ebene der Versicherten übermittelt, die in den Leistungsbereich der ambulanten Versorgung fallen. Eine detaillierte Übersicht der angeforderten Routinedaten ist in Kapitel 6 – Anhang 9 aufgeführt.

Nach Erhalt der Routinedaten wurde im ersten Schritt die Vollständigkeit sowie die Einheitlichkeit geprüft. Bei Bedarf wurden Daten durch Krankenkassen und die Vertrauensstelle nachgeliefert bzw. die Datenstruktur in Absprache mit den Krankenkassen korrigiert. Im zweiten Schritt wurden die Datensätze der einzelnen Krankenkassen je Leistungsbereich zusammengeführt. Im Anschluss wurde die Plausibilität der Daten aus den jeweiligen Leistungsbereichen überprüft. Hierfür wurden beispielsweise einzelne Variablen (wie z.B. das Alter, Geschlecht, Anzahl der Krankenhausaufenthalte oder Kosten) deskriptiv ausgewertet und, sofern möglich, mit Daten des Statistischen Bundesamtes zu Pflegebedürftigen des Saarlandes im primären Beobachtungszeitraum verglichen. Zudem wurde überprüft, ob geschlechtsspezifische Diagnosen mit dem jeweiligen Geschlecht übereinstimmten und ob implausible Ausreißer vorhanden waren. Implausible Daten wie z.B. widersprüchliche geschlechtsspezifische Diagnosen oder Datumsangaben wurden nach Rücksprache mit den Krankenkassen bereinigt. Im Rahmen der Datenaufbereitung wurden zudem die gelieferten Diagnosedaten validiert. Eine Diagnose galt als valide, wenn sie im für die Beobachtung relevanten Zeitraum in mindestens zwei Quartalen oder als Hauptentlassungsdiagnose identifiziert werden konnte (Schubert et al., 2010). Die validierten Diagnosen aus dem Beobachtungszeitraum 01.07.2018 bis 30.06.2019 wurden für die Berechnung der Indizes zur Komorbidität zur Baseline herangezogen.

Aus technischen Gründen war eine Zusammenführung von Diagnose- und Stammdaten in einigen wenigen Fällen nicht oder nur teilweise möglich. Nach Überprüfung dieser Fälle mittels deskriptiver Analysen sowie der Analyse von Subgruppen wird das daraus resultierende Verzerrungspotenzial als sehr gering eingeschätzt.

Im Zuge der Datenaufbereitung wurden zudem Krankenhausaufenthalte, deren Entlassungs- und Aufnahmedatum sich überschneiden und Krankenhausaufenthalte mit dem Entlassungsgrund „Verlegung“ aus methodischen/inhaltlichen Gründen mit dem jeweiligen zeitlich überschneidenden bzw. folgenden Krankenhausaufenthalt zusammengeführt.

Zur Identifikation der Analysepopulation wurde im ersten Schritt überprüft, welche Versicherten einem Pflegeheim mit Interessensbekundung zugeordnet waren. Dieser Abgleich erfolgte über eine Schlüsselliste mit pseudonymisierten Institutskennezeichen (IK) der Pflegeheime und den Stammdaten der Routinedaten. Über diese Schlüsselliste konnte zudem die Zugehörigkeit zur Studiengruppe auf Ebene der Bewohner:innen identifiziert werden. Zur Überprüfung der Einschlusskriterien wurde im zweiten Schritt überprüft, ob die in Schritt Eins identifizierten Bewohner:innen zu Beginn bzw. im Laufe des primären Beobachtungszeitraums vollstationäre Pflege erhalten haben und einen Pflegegrad aufwiesen. Die jeweiligen Leistungszeiträume für eine vollstationäre Betreuung definierten den Beobachtungszeitraum pro Bewohner:in. Die Überprüfung der Daten sowie deren Aufbereitung wurden mit der freien Software R (The R Foundation for Statistical Computing) durchgeführt.

2.5.6.3 Datenauswertung

Hospitalisierung

Die Hospitalisierung bildet den primären Endpunkt der Wirksamkeitsanalyse. Es wurde postuliert, dass die SaarPHIR Intervention einen positiven Einfluss auf die Hospitalisierungsrate hat.

Diese Hypothese wurde wie geplant mit einem Vergleich von Hospitalisierungsraten überprüft. Im Folgenden wird die Definition des primären Endpunktes sowie dessen Analyse beschrieben.

Für den primären Endpunkt wurden alle Hospitalisierungen (inkl. rekurrente Ereignisse) zwischen dem 01.05.2019 und dem 31.07.2020 berücksichtigt (primärer Beobachtungszeitraum), einschließlich Hospitalisierungen für einen Tag oder eine Nacht. Interne Verlegungen und Re-Hospitalisierungen wurden zum initialen Krankenhausaufenthalt gezählt. Krankenhausaufenthalte, die aus anderen Abrechnungsgründen von der Versicherung zusammengeführt wurden, wurden als ein Krankenhausaufenthalt betrachtet. Für die Identifikation von Hospitalisierungen im Beobachtungszeitraum wurde das Aufnahmedatum herangezogen. Zur Herstellung des für eine Rate notwendigen Zeitbezuges wurde die Personenzeit unter Beobachtung im Pflegeheim herangezogen. Dabei wurden die Tage gezählt, die Bewohner:innen im Studienzeitraum im Pflegeheim lebten. Sofern Krankenhaustage oder Rehabilitationszeiten identifiziert werden konnten, wurden diese von der Personenzeit subtrahiert.

Analog zum primären Beobachtungszeitraum wurden alle Hospitalisierungen und Personentage unter Beobachtung betrachtet, die zwischen dem 01.05.2019 und dem 30.04.2021 identifiziert werden konnten. Dieser sekundäre Beobachtungszeitraum umfasst somit neben der cRCT-Phase die Nachhaltigkeitsphase der Studie und wurde in Sensitivitätsanalysen zur Hospitalisierung berücksichtigt. Diese Sensitivitätsanalysen werden im Anschluss an die Ausführungen zum primären Analysemodell beschrieben. Sensitivitätsanalysen, welche die Nachhaltigkeitsphase mit umschließen, sind dort durch den Zusatz „mit Bezug zum sekundären Beobachtungszeitraum“ gekennzeichnet.

Primäre Analyse

Die primäre Analyse wurde auf Ebene der Bewohner:innen der ITT Population (geschlossene Population) durchgeführt, die jeweils einem Pflegeheim und einer Studiengruppe zugeordnet werden konnten. Betrachtet wurden die Hospitalisierungen aus dem primären Beobachtungszeitraum. Zur Berücksichtigung von Cluster-Effekten wurde für die Analyse der Hospitalisierungsrate ein gemischtes Poisson Modell verwendet. Dabei wurden die Variablen Studiengruppe sowie die Anzahl der Hospitalisierungen 12 Monate vor cRCT Beginn als feste Effekte und die Variable Pflegeheimzugehörigkeit als Zufallseffekt berücksichtigt.

Daraus ergibt sich das folgende Modell:

P Anzahl der Pflegeheime

I_p Bewohner:innen pro Pflegeheim p

Die Hospitalisierungsrate $\log\left(\frac{\text{Hospitalisierung}_{pi}}{\text{Personentage}_{pi}}\right)$ der i-ten Bewohner:in bzw. des i-ten Bewohners ($i = 1, \dots, I$) in Pflegeheim p ($p = 1, \dots, P$) wurde mit dem folgenden Poisson Modell geschätzt:

$$\log\left(\frac{\text{Hospitalisierung}_{pi}}{\text{Personentage}_{pi}}\right) = \beta_0 + b_1 \text{Studiengruppe}_{pi} + b_2 \text{BaseHospitalisierung}_{pi} + v_p + \varepsilon_{pi}$$

Dabei ist:

- b_0 das Intercept
- b_1 fester Interventionseffekt
- b_2 fester Effekt für die Anzahl der Hospitalisierungen 12 Monate vor cRCT Beginn
- $v_p \sim N(0, \tau_1^2)$ Zufallseffekte auf Pflegeheimebene
- $\varepsilon_{pi} \sim N(0, \sigma^2)$ Zufallsfehler pro Bewohner:in und Pflegeheim

Sensitivitätsanalysen

Betrachtung von spezifischen Subpopulationen: Das oben aufgeführte Modell wurde in Sensitivitätsanalysen zudem zur Analyse der Hospitalisierungsrate für folgende Subpopulationen herangezogen:

- geschlossene ITT-Population mit Bezug zum sekundären Beobachtungszeitraum,
- offene ITT-Population,
- geschlossene PP1-Population,
- offene PP1-Population,
- geschlossene PP2-Population,
- offene PP2-Population.

Erweiterung des primären Analysemodells um zusätzliche Variablen: Für diese Populationen wurde zudem ein Modell betrachtet, das die Effekte der unabhängigen Variablen Alter, Geschlecht und Komorbidität auf die Hospitalisierungsrate berücksichtigt. Dabei wurde für die Abbildung der Komorbidität der Charlson Komorbiditätsscore herangezogen (Quan et al., 2011).

Berücksichtigung von Überdispersion: Neben der Poisson Regression wurden im Rahmen der Sensitivitätsanalysen eine negativ-binomial Regressionen durchgeführt, um die bei der Hospitalisierung typische Überdispersion zu berücksichtigen. Auch hier wurden für die Analyse folgende Subpopulationen herangezogen:

- geschlossene ITT-Population mit Bezug zum sekundären Beobachtungszeitraum,
- geschlossene PP1-Population,
- offene PP1-Population,
- geschlossene PP2-Population,
- offene PP2-Population.

Berücksichtigung des Zeitpunktes des Implementierungsbeginns: Zur Untersuchung von Einflüssen von einer frühen vs. einer späten Implementierung auf mögliche Interventionseffekte wurden weitere Analysen mit einer dritten Vergleichsgruppe durchgeführt. Als zusätzliche Vergleichsgruppe dienten Pflegeheime der Entwicklungs- und Pilotregion Saarbrücken, da hier eine frühe Implementierung vor oder zu Beginn der cRCT stattfand. Bei den Pflegeheimen der Interventionsgruppe fand eine Implementierung erst einige Monate nach Start der cRCT statt. Somit konnten diese Heime als Nachzügler mit einer späten Implementierung definiert und in den Vergleich aufgenommen werden. Die Pflegeheime der Kontrollgruppe gingen analog zur primären ITT-Analyse als „Nicht-Implementierer“ in diesen Vergleich ein, da in diesen Heimen die Intervention nicht in der cRCT umgesetzt wurde.

Alternative Auswertungsmodell aus bestehenden Studien: Für eine bessere Vergleichbarkeit der SaarPHIR-Ergebnisse mit anderen Studien, wie z.B. interprof ACT wurde der Effekt der Intervention auf die erste Hospitalisierung (ohne rekurrente Ereignisse) im primären Beobachtungszeitraum zusätzlich mit einer logistischen Regression, unter Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur analysiert. Für diese Analyse wurde die offene PP1-Population herangezogen.

Ambulant- bzw. Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle

Die ambulant- bzw. Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle bilden zwei der sekundären Endpunkte der Wirksamkeitsanalyse. Es wurde postuliert, dass die SaarPHIR Intervention einen positiven Einfluss auf die Hospitalisierungsrate von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (ASK) hat. D.h. dass durch die Intervention die Hospitalisierungsrate der Fälle sinkt, die durch eine optimale ambulante Versorgung hätte vermieden werden können. Im Laufe der Studie erschien zudem eine Publikation zur Definition von Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen (PSK), d.h. Hospitalisierungsfälle, die durch eine optimale ärztlich-pflegerische Versorgung in Pflegeheimen vermieden werden könnten (Bohnet-Joschko et al., 2021). Durch den Bezug zum Pflegeheimsetting wurde im Nachgang angenommen, dass die SaarPHIR Intervention zudem einen positiven Einfluss auf die Hospitalisierungsrate von PSK hat.

Diese Hypothesen wurde mit einem Vergleich von Hospitalisierungsraten überprüft. Im Folgenden wird die Definition des Endpunktes sowie dessen Analyse beschrieben.

Für die Analyse wurden PSK- bzw. ASK-spezifische Hospitalisierungen (inkl. rekurrente Ereignisse) zwischen dem 01.05.2019 und dem 31.07.2020 (primärer Beobachtungszeitraum) berücksichtigt, sofern eine der Entlassdiagnosen aus der Liste von Faisst und Sundmacher (2015) für ASK bzw. Bohnet-Joschko et al. (2021) für PSK identifiziert werden konnte. Weitere Definitionen von Hospitalisierungen und Personenzahl erfolgen analog zur primären Analyse. Entsprechend der primären Analyse wurden zur Überprüfung der Hypothese gemischte Poisson und negativ-binomial Regressionen durchgeführt. Dabei wurden die Variablen Studien-Gruppe, die Anzahl der Hospitalisierungen 12 Monate vor Beginn der cRCT, Alter, Geschlecht sowie Komorbidität als feste Effekte und die Variable Pflegeheimzugehörigkeit als Zufallseffekte berücksichtigt.

Für die Analyse wurde die offene PP1-Population herangezogen.

Mortalität

Es wurde untersucht, inwiefern die SaarPHIR Intervention einen positiven Einfluss auf die Mortalitätsrate hatte. Diese Untersuchung wurde mit einem Vergleich von Mortalitätsraten überprüft.

Entsprechend der primären Analyse wurde zur Überprüfung der Hypothese eine gemischte Poisson Regression durchgeführt. Dabei wurden Todesfälle zwischen dem 01.05.2019 und dem 31.07.2020 (primärer Beobachtungszeitraum) sowie Todesfälle zwischen dem 01.05.2019 und dem 30.04.2021 (sekundärer Beobachtungszeitraum) berücksichtigt. Die Personenzeit unter Beobachtung im Pflegeheim wurde analog zur primären Analyse berechnet. Im Regressionsmodell wurden die Variablen Studiengruppe, die Anzahl der Hospitalisierungen 12 Monate vor Beginn der cRCT, Alter, Geschlecht sowie Komorbidität als feste Effekte und die Variable Pflegeheimzugehörigkeit als Zufallseffekte berücksichtigt.

Die Mortalitätsraten wurden in folgende Populationen untersucht:

- geschlossene ITT-Population
- geschlossene PP1-Population
- offene PP1-Population

Lebensqualität

Es wurde angenommen, dass die SaarPHIR Intervention einen positiven Einfluss auf die über Routinedaten abbildbare Lebensqualität (HRQoL-Index) hat.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde auf Basis der validierten Diagnosen zu T1 der cRCT-Phase die gesundheitsbezogene Lebensqualität in Form eines Indexes nach Mukherjee et al. (2011) berechnet (HRQoL-Index). Für die Berechnung des HRQoL-Indexes wurden valide Diagnosen aus dem Beobachtungszeitraum vom 01.07.2019² bis 30.06.2020 herangezogen.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde ein lineares gemischtes Modell herangezogen. Im Regressionsmodell wurden die Variablen Studiengruppe, die Anzahl der Hospitalisierungen 12 Monate vor Beginn der cRCT, Alter, Geschlecht sowie Komorbidität als feste Effekte und die Variable Pflegeheimzugehörigkeit als Zufallseffekte berücksichtigt.

Die HRQoL wurden in folgende Populationen untersucht:

- geschlossene ITT-Population
- offene PP1-Population

Krankenhaustage

Es wurde untersucht, ob die SaarPHIR Intervention einen positiven Einfluss auf die Anzahl der Krankenhaustage (KH-Tage) hat.

Als Endpunkt wurde die Anzahl von KH-Tagen auf Ebene der Bewohner:innen im primären sowie sekundären Beobachtungszeitraum berechnet. Dieser sekundäre Endpunkt wurde mit einem linearen gemischten Modell analysiert. Im Regressionsmodell wurden die Variablen Studiengruppe, die Anzahl der Hospitalisierungen 12 Monate vor Beginn der cRCT, Alter, Geschlecht sowie Komorbidität als feste Effekte und die Variable Pflegeheimzugehörigkeit als Zufallseffekte berücksichtigt.

²Aufgrund der quartalsbezogenen Abrechnungsstruktur in der ambulanten Versorgung beginnt der Beobachtungszeitraum für die Validierung von Diagnosen zu T1 ein Quartal nach dem Start der cRCT-Phase (Quartal 3 2019).

Die KH-Tage wurden in folgenden Populationen mit mind. einem Krankenhausaufenthalt untersucht:

- geschlossene ITT-Population
- geschlossene ITT-Population mit Bezug zum sekundären Beobachtungszeitraum
- offene PP1-Population

Gesundheitsökonomische Aspekte der Intervention

In der gesundheitsökonomischen Bewertung lag der Fokus auf dem Vergleich der Gesamtkosten zwischen IG (inkl. Kosten für erbrachte Interventionsleistungen) und KG. Es wurde angenommen, dass die Gesamtkosten der IG im Vergleich zur KG aufgrund von Einsparungen im stationären Leistungsbereich geringer sind. Auf die Durchführung einer Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA) mit Betrachtung des inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses (ICERs) wurde verzichtet, da die primäre Auswertung zum primären Endpunkt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen zeigte.

Zur Untersuchung der Gesamtkosten in IG und KG sowie der ggf. vorliegenden Gruppenunterschiede wurden die vom 01.07.2019 bis zum 30.06.2020 (3. Quartal 2019 bis 2. Quartal 2020) entstandenen Kosten deskriptiv und analytisch untersucht. Dieser Zeitraum wurde in Anlehnung an den primären Beobachtungszeitraum ausgewählt, um die ambulanten Abrechnungsstrukturen entsprechend zu berücksichtigen. Hierfür wurden Kosten für einzelne Leistungsbereiche sowie Gesamtkosten pro Bewohnerquartal berechnet. Kosten wurden nur berücksichtigt, wenn Bewohner:innen im jeweiligen Quartal vollständig beobachtet werden konnten.

Die Kosten der folgenden Leistungsbereichen gingen in die Analyse ein:

- Ambulante (fachärztliche und hausärztliche) Versorgung
- Ambulante Versorgung im Krankenhaus
- Stationäre Versorgung
- Fahrkosten
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Rehabilitation
- Verordnungen von Arzneimitteln
- Zahnärztliche Versorgung

Für die Ermittlung von ambulanten Kosten wurde die Punktzahl der abgerechneten EBM Ziffern mit dem jeweiligen, für das Jahr gültigen, Orientierungswert multipliziert. Die Kosten der ambulanten Versorgung enthalten bei Bewohner:innen der IG zudem die abgerechneten Interventionskosten. Sofern Kosten z.B. im stationären Bereich über mehr als ein Quartal entstanden, wurden diese jeweils anteilig auf die Quartale der Beobachtungszeit angerechnet. Aus den Kosten der aufgeführten Leistungsbereiche generiert sich zudem der Endpunkt Gesamtkosten, in dem die Kosten pro Bewohner:in und Quartal addiert wurden.

In der deskriptiven Auswertung der Kostendaten wurden die durchschnittlichen Kosten pro Leistungsbereich und Quartal der Interventions- und Kontrollgruppe gegenübergestellt. Zur Untersuchung von Gruppenunterschieden der rohen Kostendaten wurden jeweils die Differenzen berechnet. Zudem wurden die Daten, der Besonderheit der statistischen Verteilung

von Kostendaten entsprechend, regressionsanalytisch ausgewertet. Dabei wurden die Gesamtkosten in generalisierten linearen Modellen mit log-Link und Gamma Verteilung untersucht. Die Kosten je Leistungsbereich wurden zur Berücksichtigung der Null-Inflation in zweigeteilten Regressionsmodellen mit einem logistischen (Null-Inflationsmodell) und einem generalisierten linearen Modell (konditionales Modell) mit log-Link sowie einer modifizierten Version der Gamma Verteilung untersucht (Brooks et al., 2017). In allen Modellen wurden die Variablen Studiengruppe, die durchschnittliche Leistungskosten 12 Monate vor Beginn der cRCT, das Quartal der Beobachtung, Alter, Geschlecht sowie Komorbidität als feste Effekte und die Ebene der Bewohner:innen sowie der Pflegeheime als Zufallseffekte berücksichtigt. Dabei wurde für die Abbildung der Komorbidität der Charlson Komorbiditätsscore herangezogen (Quan et al., 2011). Die durchschnittliche Leistungsanspruchnahme 12 Monate vor Beginn der cRCT wurde in Form von durchschnittlichen Kosten pro Quartal berücksichtigt. Alle stetigen Variablen wurden um den Mittelwert zentriert.

Für die Analyse der genannten Endpunkte wurde folgendes Modell als Grundlage herangezogen:

$$\log(Y_{piq}) = \beta_0 + b_1 * x_{1piq} + b_2 * x_{2piq} \dots + b_4 * x_{4piq} + v_p + u_{pi} + \varepsilon_{piq}$$

Dabei sind:

- Y_{piq} die Kosten von Bewohner:in i im Pflegeheim p und Quartal q
- β_0 das Intercept
- b_1 bis b_j feste Effekte für die Variablen Studiengruppe, durchschnittliche Leistungskosten 12 Monate vor Beginn der cRCT, Alter, Geschlecht und Komorbidität
- $v_p \sim N(0, \tau_v^2)$ Zufallseffekte auf Pflegeheimebene
- $u_{pi} \sim N(0, \tau_u^2)$ Zufallseffekte auf Bewohner:innenebene
- $\varepsilon_{piq} \sim N(0, \sigma^2)$ Zufallsfehler pro Pflegeheim, Bewohner:in und Quartal

In den Analysen je Leistungsbereich wurden die oben beschriebenen Prädiktoren entsprechend im Null-Inflationsmodell berücksichtigt. Alle gesundheitsökonomischen Betrachtungen erfolgten aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung für die offene PP1-Population.

Für die Regressionen aller oben aufgeführten Endpunkte wurde das Signifikanzniveau mit 5% definiert. Für multiples Testen wurde nicht korrigiert. Alle Analysen wurden mit der freien Software R (The R Foundation for Statistical Computing) durchgeführt. Dabei kamen die Packages „gtsummary“, „lme4“ und „glmmTMB“ zur Anwendung (Bates et al., 2015; Brooks et al., 2017; Sjoberg et al., 2021).

2.5.6.4 Abweichungen vom Evaluationskonzept

Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurde ursprünglich eine Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA) mit Betrachtung des inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses (ICERs) als zusätzliche Zielgröße angesetzt. Hierbei sollte die Differenzen der durchschnittlichen Kosteneffekte zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe ins Verhältnis zur Differenz der durchschnittlichen Nutzeneffekte gesetzt werden. Als Nutzenparameter wäre der primäre Endpunkt, die Hospitalisierungsrate, in das ICER eingegangen. Da jedoch die primäre Auswertung

zum primären Endpunkt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen zeigte, ergibt sich auch durch die Betrachtung des ICER kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn. Aus diesem Grund wurde auf die CEA verzichtet und für gesundheitsökonomische Betrachtungen lediglich die Effekte der SaarPHIR-Intervention auf die gesamten Versorgungskosten sowie auf einzelne Leistungssektoren untersucht.

2.5.7 Primärdatenbasierte Analysen: Lebensqualität, Medizinisch-pflegerische Dokumentation

2.5.7.1 Studienpopulation

Für die Erhebung und Auswertung der Primärdaten wurde eine 10%-Stichprobe der in den Pflegeheimen der IG rekrutierten Bewohner:innen herangezogen. Die Pflegeheime und Bewohner:innen haben somit die in Kapitel 2.5.4 beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt und sich für die Teilnahme an der Studie bereiterklärt.

2.5.7.2 Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung

Die primäre Datenerhebung umfasst die Erhebung der Lebensqualität sowie die medizinisch-pflegerische Dokumentation und sollte zu vier Erhebungszeitpunkten (t0, t1, t2, t3) in den Pflegeheimen erfolgen. An dieser Stelle ergaben sich im Projektverlauf zwei Abweichungen. Zum einen verlief die Rekrutierung der Bewohner:innen weniger flüssig als erwartet, was zunächst zu einer zeitlichen Verschiebung der Datenerhebungen führte. Diese konnten jedoch coronabedingt nicht wie geplant erfolgen. Daraus ergab sich eine Reduktion der Erhebungszeitpunkte von vier auf zwei sowie eine zeitliche Verschiebung. Das Festhalten an zwei Erhebungszeitpunkten und damit an einer Verlaufsbeobachtung war nicht zuletzt durch die Verlängerung der Gesamtprojektlaufzeit möglich.

Die **erste Erhebung** fand durch wissenschaftliche Mitarbeitende des BKG im Oktober 2020 in acht von 24 Einrichtungen statt (t1). Ein zweiter Vorort-Termin für die ersten Erhebungsrunde war aufgrund des Pandemiegeschehens nicht möglich. Die Evaluator:innen haben daraufhin die verbleibenden Einrichtungen kontaktiert und auf Grundlage einer Präsentation in einer Video- oder Telefonkonferenz geschult. Danach wurden die Fragebögen postalisch an die Einrichtungen versendet.

Die **zweite Erhebung** (t2) fand im Mai und Juni 2021 statt und erfolgte aufgrund der Pandemie ebenfalls stellvertretend durch die Einrichtungen. Die Stellvertreter:innen in den Einrichtungen wurden erneut geschult, unabhängig davon, ob diese Personen bereits für die erste Befragung in der Einrichtung zuständig waren. Die Fragebögen wurden postalisch versandt. Einrichtungen, welche die Fragebögen der ersten Erhebung (t1) nicht zurücksendeten, wurden nicht erneut befragt.

Die rückläufigen Fragebögen wurden am BKG digitalisiert und datenschutzkonform pseudonymisiert. Zur Verknüpfung der Primär- und Sekundärdaten wurde in den Einrichtungen eine Schlüsselliste geführt, über welche die studieninternen IDs für Bewohner:innen mit den jeweiligen KVNR verknüpft werden konnten. Diese Listen wurden von den teilnehmenden Pflegeheimen an die Vertrauensstelle gesendet und dort digitalisiert sowie pseudonymisiert. Die pseudonymisierte Schlüsselliste wurde dem BKG zur Verknüpfung der Daten zur Verfügung gestellt.

Im Folgenden werden die jeweiligen Erhebungsinstrumente sowie die entsprechenden Datenauswertungen beschrieben. Die Erhebungsinstrumente sind Kapitel 6 – Anhang 6 beigelegt.

Lebensqualität

Zur Bewertung der Lebensqualität wurde die Quality of Life in Alzheimer’s Disease scale (QoL-AD) in der durch Edelman et al. (2005) für den Pflegeheimkontext adaptierten Version verwendet. Der Resident QoL-AD besteht aus 13 Items, welche unter anderem das Verhältnis zu Freund:innen und Familie, die körperliche Verfassung und die Stimmung von Pflegeheimbewohner:innen erfragen (Edelman et al., 2005). Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv in Form von Mittelwerten, die je Erhebungszeitpunkt und je Einrichtung berechnet wurden. Aufgrund der oben beschriebenen Abweichungen zum Evaluationskonzept wurde die Lebensqualität zusätzlich über den Health-Related Quality of Life Comorbidity Index (HRQoL-CI) (Mukherjee et al. 2011) mittels Routinedaten geschätzt, um somit die fehlende Baselineerhebung zu kompensieren. Der HRQoL-CI wurde für die gesamte Studienpopulation berechnet. Zur Überprüfung der Validität des HRQoL-CI wurde die Korrelation mit den Ergebnissen aus der Befragung untersucht. Der HRQoL-CI wurde für zwei Zeitpunkte berechnet. Die erste Berechnung stützt sich auf die validierten ICD-Diagnosen aus dem Zeitraum der cRCT-Phase (Q3 2018 bis Q2 2019) und wurde im weiteren Verlauf Erhebung 1 zugeordnet. Die zweite Berechnung verwendet validierte ICD-Diagnosen aus den Quartalen Q3 2019 bis Q2 2020 (Interventionszeitraum).

Medizinisch-pflegerische Dokumentation

Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche, relevanter Leitlinien sowie in interprofessionell besetzten Expertengruppen wurden zu Beginn des Projektes Zielparameter zur Beurteilung der medizinischen Qualität der Versorgung ebenso wie ihre Operationalisierung gemeinsam mit allen am Projekt beteiligten Partnern entwickelt (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2021; Deutsche Diabetes Gesellschaft [DDG], 2018; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [DEGAM]. In Tabelle 2 sind die entwickelten Zielparameter dargestellt, die für eine Stichprobe der Bewohner:innen aus Pflegeheimen der IG erhoben wurden.

Tabelle 2: Zielparameter zur Beurteilung der medizinischen Qualität der Versorgung

Themen des Rahmenhandbuchs	Output	Outcome
Screening und Assessment	Anzahl der Durchführungen des Geriatrischen Screenings nach Lachs (Soll: bei Aufnahme und mind. 1x pro Jahr)	1. Durchführung/ Vollständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Wurde das Screening / Assessment erhoben? • Ist das Screening/ Assessment vollständig? 2. Zugänglichkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Liegt es der Pflegeakte bei? • Ist es allen, an der Versorgung Beteiligten, zugänglich?
Sturzprophylaxe	Anzahl der Erhebungen von Sturzrisikofaktoren (Soll: bei Aufnahme und mind. 1x pro Jahr)	3. Einbindung in den Versorgungsprozess: <ul style="list-style-type: none"> a. Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> • Wurde es bei einer Vor-Wochenend-Visite thematisiert?

Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel	Anzahl der Erhebungen des Mini-Nutritional Assessments und/ oder des Trinkprotokolls und/ oder des Ernährungsplans (Soll: Bei Bedarf)	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde es bei einer Teambesprechung thematisiert? • Wurde es bei einer Rufbereitschaft thematisiert? • Wurde es bei sonstiger ärztlicher Versorgung durch die VG thematisiert? <p>b. Umsetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wurden daraufhin Maßnahmen abgeleitet? • Wurden die Maßnahmen umgesetzt? • War die Umsetzung erfolgreich (z.B. Anzahl der Stürze und sturzbedingter Frakturen zur Bewertung der Sturzprophylaxe) <p>c. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wurden die Besprechungen und Maßnahmen hinreichend dokumentiert? • Ist die Dokumentation allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich?
Hospitalisierung	Anzahl der Hospitalisierungen in den letzten 12 Monaten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gründe für die Hospitalisierung 2. Entscheidungsfindung: <ul style="list-style-type: none"> • Wer war in den Entscheidungsprozess involviert? 3. Kontext: <ul style="list-style-type: none"> • Wurde die Entscheidung während einer Vor- Wochenendvisite getroffen? • Wurde die Entscheidung während einer Rufbereitschaft getroffen? 4. Nachbesprechung: <ul style="list-style-type: none"> • Wurde der Fall im Teammeeting besprochen? • Wurden daraufhin Maßnahmen ergriffen? 5. Dokumentation: <ul style="list-style-type: none"> • Wurden die Besprechungen und Maßnahmen hinreichend dokumentiert? • Ist die Dokumentation allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich?

Im Laufe der Studie wurde über die Prozessevaluation der SaarPHIR-Intervention festgestellt, dass die in Tabelle 2 beschriebenen Assessment Tools in den Pflegeheimen kaum Anwendung fanden und somit die Tabelleninhalte nicht aus der medizinisch-pflegerischen Dokumentation entnommen werden konnten (vgl. Kapitel 3.3.1.1.2). Aus diesem Grund wurden lediglich zur Hospitalisierung primäre Daten erfasst.

Zur Kompensation des geringen Datenrücklaufes wurden aus den Routinedaten zusätzlich die Anzahl der Haus- und Facharztkontakte der Bewohner:innen der offenen PP1-Population deskriptiv je Studiengruppe dargestellt. Dabei wurde analysiert, für wie viele der Bewohner:innen mindestens ein Haus- bzw. Facharztkontakt im primären Beobachtungszeitraum abgerechnet wurde. Zudem wurde analysiert, in wie vielen Quartalen ein Haus- bzw. Facharztkontakt im primären Beobachtungszeitraum abgerechnet wurde. Aufgrund der zugrundeliegenden Datenstruktur bezieht sich der primäre Beobachtungszeitraum ähnlich wie bei den gesundheitsökonomischen Analysen auf die Quartale 3/2019 bis 2/2020. Ein regelmäßiger Kontakt zum:zur Haus- (einmal im Quartal) bzw. Facharzt:-ärztin (mindestens einmal im Jahr)

wurde als Indikator für die Qualität der medizinischen Versorgung herangezogen. Ein Vergleich zwischen den Studiengruppen erfolgte auf Ebene der deskriptiven Analysen.

2.5.7.3 Abweichungen vom Evaluationskonzept

Ursprünglich waren für die primäre Datenerhebung vier Erhebungszeitpunkten (t0, t1, t2, t3) angesetzt. Wie in Kapitel 2.5.7.2 beschrieben, führten Schwierigkeiten in der Rekrutierung der Bewohner:innen sowie die Corona-Pandemie zu einer Reduktion und zu einer zeitlichen Verschiebung der Erhebungszeitpunkte. Die erste Erhebung fand zu t1 statt und die zweite zu t2. Zudem war Corona-bedingt der Zugang zu den Pflegeheimen eingeschränkt und der Rücklauf an Fragebögen gering. Aufgrund der fehlenden Erhebung zu t0 sowie des geringen Rücklaufs waren Verlaufsbeobachtung der Primärdaten mit explorativen Verfahren nicht möglich. Somit war die Analyse der primär erfassten Lebensqualität sowie der medizinisch-pflegerischen Dokumentation nicht wie geplant möglich.

In Bezug zur medizinisch-pflegerischen Dokumentation kam hinzu, dass die abgefragten Items zu den Themen „Screening und Assessment“, „Sturzprophylaxe“ und „Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel“ nicht wie geplant aus der Dokumentation der Pflegeheime entnommen werden konnten, da diese nicht regelhaft erfasst wurden. Somit konnten in Bezug zur medizinisch-pflegerischen Dokumentation nur Informationen zu Krankenhauseinweisungen zu t1 und t2 erfasst werden. Zur Kompensation wurden aus den Routinedaten zusätzlich die Anzahl der Haus- und Facharztkontakte der Bewohner:innen deskriptiv je Studiengruppe analysiert (vgl. Kapitel 2.5.7.2). Diese Analyse kann als Substitut für die Qualität der medizinischen Versorgung betrachtet werden und ermöglicht einen Vergleich zwischen IG und KG.

Die Lebensqualität konnte alternativ über Routinedaten abgebildet und explorativ analysiert werden (vgl. Kapitel 2.5.6.3). Zudem wurde über die Verlinkung von Primär- und Routinedaten überprüft, inwiefern die angewendeten Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität korrelieren.

Die primär erfassten Daten zur Lebensqualität und zu Krankenhauseinweisungen wurden deskriptiv ausgewertet und beschrieben.

2.6 Arzneimitteltherapiesicherheit

2.6.1 Primärdatenbasierte Analyse: Evaluation der Arzneimitteltherapie(sicherheit)

Die Primärdatenerhebung zur AMTS-Prüfung berücksichtigte nur die Bewohner:innen der Pflegeeinrichtungen, die aktiv in das Projekt eingeschrieben waren. Voraussetzung für die Datenerhebung war die Unterzeichnung der erforderlichen Teilnahmeerklärungen seitens der Pflegeeinrichtung, Hausärzt:innen und Bewohner:innen.

Dokumentation der Arzneimitteltherapie über einen Medikationsplan

Medikationspläne der Patient:innen wurden zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten erhoben. Die zumeist analog vorliegenden Medikationspläne wurden zunächst digitalisiert. Anschließend wurden für alle bereitgestellten Medikationspläne Interaktionschecks durchgeführt.

Die Überprüfung der Interaktionen der bereitgestellten Medikationspläne wurde mit MediCheck (medicheck.pharma4u.de, Version 4.1.6) durchgeführt. MediCheck klassifiziert die identifizierten Interaktionen anhand ihres Schweregrades gemäß ihrer Klassifikation in der

ABDA-Datenbank in geringe, mittelschwere, schwerwiegende und kontraindizierte Interaktionen. Im Kontext dieser Analyse umfassen die als "alle" klassifizierten Interaktionen solche, die mindestens eine "geringe" Interaktion darstellen. Dies beinhaltet beispielsweise Arzneistoffkombinationen, für die keine Hinweise in der Literatur vorliegen, oder Arzneistoffe mit produktspezifischen Warnmeldungen. Interaktionen mit dem Schweregrad „gering“ beschreiben Wechselwirkungen, die zwar keine zwingenden therapeutischen Folgen haben, aber unter bestimmten Umständen beachtet werden sollten. „Mittelschwere“ Interaktionen hingegen können zu therapeutisch relevanten Folgen für den Patienten führen. „Schwerwiegende“ Interaktionen sind potenziell lebensbedrohlich oder können schwerwiegende, möglicherweise irreversible Folgen für den Patienten haben. Schließlich bezeichnet der Schweregrad „kontraindiziert“ alle Interaktionen, bei denen die beteiligten Arzneistoffe nicht miteinander kombiniert werden dürfen.

Außerdem wurden potenziell QT-Zeit (corrected QT interval, QTc) verlängernde Arzneimittel identifiziert und anhand der Anzahl dieser Arzneimittel in Kombination mit weiteren patientenspezifischen Risikofaktoren ein Risikofaktor gemäß der *AZCERT QTdrugs Surveillance Metrics* (Bindraban et al., 2018; Haugaa et al., 2013; Tisdale, 2016; Vandael et al., 2018; Woosley, 2022; Zolezzi & Cheung, 2018) berechnet. Durch physiologische Veränderungen sind geriatrische Patienten anfälliger für Arzneimittelnebenwirkungen. Zur Reduktion dieser Nebenwirkungen wurde potenziell inadäquate Medikation (PIM), die bei dieser Patientengruppe vermieden werden sollte, in der PRISCUS Liste zusammengefasst (Holt et al., 2011). Es wurde ebenfalls erfasst, ob PIM laut PRISCUS Liste bei den Patient:innen eingesetzt werden.

Die Gesamtzahl an Interaktionen (unterteilt nach Schweregrad und gesamt), identifizierten QT-Zeit verlängernden Arzneimittel und PRISCUS Arzneimittel für jeden Medikationsplan wurde aus den Interaktionschecks extrahiert und es wurde untersucht, ob diese Variablen mit weiteren Charakteristika der Patienten, wie Anzahl der Medikationen, der berichteten Anzahl der Erkrankungen, Alter und Geschlecht korrelieren.

Basierend auf den Ergebnissen der Korrelationsanalyse wurde eine multivariate Analyse durchgeführt, um den Einfluss der Kovariaten auf die Gesamtzahl an Interaktionen zu beschreiben.

Es wurde außerdem analysiert, ob sich die Anzahl (1) der identifizierten Interaktionen, (2) der QT-Zeit verlängernden Arzneimittel und (3) der PRISCUS Arzneimittel zwischen den Patient:innen der Kontrollgruppe (KG) und der Interventionsgruppe (IG) unterscheidet und ob sich diese Parameter zwischen den Erhebungszeiträumen verändern und es wurde analysiert, ob eine Medikationsanalyse einen Einfluss auf die Zahl der Interaktionen und die Zahl der eingenommenen Medikamente hat.

Fragebogen FB12

Im Zusammenhang mit der Evaluation der AMTS wurde der Fragebogen FB12 erhoben (siehe Anhang 8 in Kapitel 6). Die FB12-Erhebung war eine Stichprobenerhebung, bei der für einen bestimmten Teil der eingeschriebenen Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen Daten mit Relevanz zur AMTS gesammelt wurden. Die Erhebung umfasste neben dem Medikationsplan der Bewohner:innen Informationen zur Medikationsprüfung, Geschlecht und Geburtsdatum. Ziel des FB12-Fragebogens war es, spezifische Erkenntnisse über die Implementierung und Effektivität der optionalen Interventionsmaßnahme - Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), oder Medikationsprüfung - zu sammeln. Diese Maßnahme konnte regelmäßig oder bei Bedarf von teilnehmenden Hausärzt:innen für eingeschriebene Bewohner:innen durchge-

führt werden. Das übergeordnete Ziel des FB12-Fragebogens war es, ein tiefergreifendes Verständnis des Prozesses zu erlangen, der der Durchführung einer systematischen Medikationsprüfung im Projektrahmen zugrunde liegt.

Fragebogen FB05

Mit Hilfe des Fragebogens FB05 (siehe Anhang 8 in Kapitel 6) sollten Erkenntnisse zu den Strukturen der Arzneimittelversorgung sowie zur Bewertung der Arzneimitteltherapiesicherheit auf der Einrichtungsebene erlangt werden. Die Zielgruppe dieser Erhebung waren die am Projekt teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, somit wurden die Daten auf Einrichtungsebene erhoben. Ziel der Befragung war es, Kenntnisse zu den Belieferungsstrukturen der Pflegeeinrichtungen durch Apotheken, der Bereitstellung der Arzneimittel für die Bewohner:innen in den Pflegeeinrichtungen, zur Dokumentation der Arzneimittelabgabe an die Bewohner:innen sowie zum Umgang mit medikationsbezogenen Daten zu erlangen. Ein weiteres Ziel der Befragung war es, zu evaluieren, welche behandlungsrelevanten Daten in der Pflegeeinrichtung vorgehalten werden und in welchem Maße diese Daten den versorgenden Ärzt:innen in der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt werden.

2.6.2 Routinedatenbasierte Analyse

Krankenversichertendaten der Krankenkassen AOK, Barmer, DAK, Knappschaft und Techniker wurden zur Analyse der Sekundärdaten herangezogen. Diese Daten beinhalten neben demographischen Informationen wie Alter, Geschlecht und gegebenenfalls Todesdatum der Patient:innen auch Arzneimittelverordnungen, sowie (haus-)ärztliche Versorgungen, Krankenhausaufenthalte mit Diagnosestellungen nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Version 10 (ICD-10) für den Zeitraum von 2018–2021. Auch die Patient:innen der Kontroll- und Interventionsgruppe wurden in diesen Daten widerspiegelt. Analog zu den Gruppierungen wurden die Daten den geschlossenen ITT- und PP1-Kohorten zugeordnet und jeweils in Kontroll- und Interventionsgruppe unterteilt. Darüber hinaus wurden die restlichen Patient:innen entweder der Kontroll- und Interventionsgruppe der offenen Kohorten, der Entwicklungsphase oder der Pilotphase zugeteilt. Alle Krankenversichertendaten, die keiner der mit SaarPHIR assoziierten Pflegeheime zugeordnet werden konnten, wurden einer eigenen Gruppe zugeordnet. Anhand der bereitgestellten Daten wurde eine AMTS-Prüfung durchgeführt unter Berücksichtigung aller Verordnungen, die innerhalb des Beobachtungszeitraumes abgegeben wurden. Hierzu wurden die Verordnungen pro Quartal auf Arzneimittelinteraktionen mit Hilfe der ABDA-Datenbank (Version Juli 2022) überprüft. Die Routine zur automatischen Interaktionsprüfung wurde in der Programmiersprache R (Version 4.3.1) implementiert. Zudem wurde PIM nach PRISCUS erfasst und analysiert.

Außerdem wurde mithilfe der Daten eine sogenannte multivariate *Time-to-Event* Analyse durchgeführt, bei der sowohl der Tod als auch das Auftreten von Krankenhausaufhalten innerhalb der Gruppen untersucht und miteinander verglichen wurde. Hierbei wurden verschiedene Kovariaten betrachtet, wie etwa das Alter, das Geschlecht, PIM und potenzielle Arzneimittelinteraktionen.

2.6.3 Statistische Analysen

Um die Beziehung zwischen Basischarakteristika der Patient:innen (Alter, Geschlecht, Anzahl der Erkrankungen, Anzahl der Medikationen) und der Anzahl an potenziellen Arzneimittelinteraktionen, QT-zeitverlängernden Arzneimitteln und PRISCUS Arzneimitteln zu untersuchen,

wurden Korrelationsanalysen durchgeführt. Die Korrelationsanalyse wurde graphisch in einem *Scatter-Matrix*-Plot dargestellt. Als quantitatives Maß für die Korrelation aller untersuchten Parameter wurde der Korrelationskoeffizient und der p-Wert berechnet. Hierbei wurde die Korrelation bei $p < 0.05$ als statistisch signifikant angesehen.

Die statistische Auswertung der Primärdaten, inklusive der Korrelationsanalysen, der multivariaten Analyse und der t-Tests, wurde mit R (Version 4.3.1) durchgeführt. Grafiken wurden ebenfalls in R erstellt. Allgemeine lineare Modelle (GLMs) wurden mit Hilfe der *MASS* Bibliothek implementiert (Venables & Ripley, 2002) und *mixed effect* GLMs durch Anwendung des *glmmTMB* Pakets (Brooks et al., 2017).

Vergleichsanalysen wurden zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe sowie zwischen Patienten mit und ohne Medikationsanalyse durchgeführt. T-Tests wurden verwendet, um die statistische Signifikanz von Unterschieden in der Anzahl an Interaktionen, QT-Zeit verlängernden Medikamenten und PRISCUS-Medikamenten zwischen den jeweiligen Gruppen zu bewerten. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden bei p-Werten < 0.05 als statistisch signifikant eingestuft. Cox-Regression wurde mit Hilfe des R-paketes *survival* (Therneau & Grambsch, 2000) und die *Fine & Gray competing risk* Analyse mit Hilfe des R-Paketes *cmprsk* (Gray, 2022) durchgeführt. Zur Darstellung der Überlebenskurven und der kumulativen Inzidenz bei *competing risk*, wurden die R-Pakete *ggsurvfit* (Sjoberg et al., 2023) und *tidycmprsk* (Sjoberg & Fej, 2022) angewandt.

2.7 Prozessevaluation

2.7.1 Bestandteile der Prozessevaluation

Die Prozessevaluation umfasste die Bewertung der Struktur- und Prozessebene der Intervention und folgt den Empfehlungen des Medical Research Councils zur Prozessevaluation komplexer Interventionen (Grant et al., 2013; Moore et al., 2015).

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- Inwieweit werden die Komponenten der Intervention wie geplant umgesetzt (Interventionstreue)?
- Inwieweit zeigen sich die intendierten und nicht-intendierte Effekte?
- Welche Faktoren wirken hemmend bzw. förderlich auf die Umsetzung bzw. auf die Effekte?
- Welche Kontextfaktoren und Strukturdaten beeinflussen die Effekte?
- Welche Mechanismen (Strukturen und Prozesse) werden wirksam?

Es wurden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Überprüfung der Umsetzung der Intervention wie geplant
- Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention hinsichtlich der Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzteschaft sowie zwischen Ärzteschaft und Pflege
- Identifikation nicht-intendierter Effekte
- Identifikation beeinflussender Kontextfaktoren
- Erkenntnisgewinn zu Wirkmechanismen der Intervention
- Erstellung eines Musterkatalogs zur Implementierung und Umsetzung der Intervention

Methodisch wurde ein Mixed Methods Design gewählt, um a) quantitative Daten zur deskriptiven Beschreibung der Prozesse und Strukturen zu erheben und b) qualitative Daten anhand leitfadengestützter Fokusgruppen- und Experteninterviews zu subjektiven Einschätzungen

und Erfahrungen der teilnehmenden Einrichtungen und Versorgungsgemeinschaften zu gewinnen.

Zur Entwicklung der Erhebungsinstrumente sowohl für den quantitativen als auch qualitativen Ansatz wurden nationale und internationale Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung zugrunde gelegt.

2.7.2 Qualitative Erhebung

2.7.2.1 Hintergrund der qualitativen Erhebung

Die qualitative Erhebung wurde mit dem Ziel durchgeführt, aus Perspektive der am Projekt SaarPHIR teilnehmenden Pflegekräfte und Hausärzt:innen, die Entwicklung und Implementierung des Rahmenhandbuchs hinsichtlich ihrer Praktikabilität und ihres Nutzens zu bewerten. Dieser Ansatz ermöglicht, die subjektiven Erfahrungen der Pflegekräfte und Hausärzt:innen in der Durchführung und Wirkungen der Intervention im beruflichen Alltag zu erfassen. Zudem sollten die nicht-intendierten Wirkungen der Maßnahmen als auch die dazugehörigen (Kontext-) Bedingungen aus dem Material generiert werden.

Die qualitativen Erhebungen wurden anhand der in Tabelle 3 aufgeführten Studiendokumente geplant, durchgeführt und ausgewertet.

Tabelle 3: Relevante Studiendokumente für qualitative Erhebung

SaarPHIR-Gesamtantrag		14.07.2016
Evaluationskonzept	Version 5.3	26.08.2021
Studienprotokoll – Phase 1	Version 1.3	29.03.2018
Studienprotokoll – Phase 2	Version 1.4	20.08.2018
Studienprotokoll – Phase 3 und 4	Version 2.0	26.02.2019
Datenschutzkonzept		05.05.2020 (finale Fassung)

Im folgenden Kapitel sind die Zielsetzungen und Arbeitspakete der qualitativen Erhebungen in den vier Projektphasen beschrieben.

2.7.2.2 Zielsetzung der qualitativen Erhebungen

In Tabelle 4 werden die Arbeitspakete der qualitativen Erhebungen über alle Phasen konkretisiert sowie für einen schnelleren Überblick die dazugehörigen Kapitel der Ergebnisbeschreibung aufgeführt. Grundlage hierfür stellt das Evaluationskonzept dar, da dieses während der Studienlaufzeit kontinuierlich an die veränderten Rahmenbedingungen angepasst wurde.

Tabelle 4: Arbeitspakete der qualitativen Erhebung

Arbeitspaket <i>(Seitenzahlen beziehen sich auf das Evaluationskonzept Version 5.3)</i>	Ergebnisbeschreibung in Kapitel
III) Vorbereitung der Studienmaterialien <ul style="list-style-type: none"> • Erstellung Leitfäden zur Evaluation der Intervention und des Entwicklungsprozesses (S. 8, 10) • Pre-Test 	III) 2.7.2.4.2
V) Zugang zur Zielgruppe: Beschreibung des Rekrutierungsablaufs (S. 9) <ul style="list-style-type: none"> • Nicht-Teilnehmende werden nach den Gründen ihrer Ablehnung gefragt 	V) 3.3.1.1.5

<p><u>Pilotphase (Projektphase 2)</u></p> <p>I) Umsetzung der Intervention (S. 10) Einrichtungen und teilnehmende Ärzte der Gruppen SB I und II wurden nach ihren Erfahrungen im Umgang mit der Intervention, nach der Umsetzung sowie notwendigen Anpassungen gefragt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wurde ein verständliches, akzeptables und umsetzbares Rahmenhandbuch entwickelt? • Wie wird die Intervention umgesetzt? • Wie wird die Intervention von der Zielgruppe (Ärzte, Einrichtungen) angenommen? • Sind Qualifizierungen notwendig (z.B. Koordinationskraft Pflege, AMTS)? • Wie kann die Durchführungsqualität bzw. Interventionstreue gesichert und nach welchen Kriterien monitort und graduiert werden? • Wie kann Durchführungsqualität bzw. Interventionstreue gesichert werden? • Wie kann die Mitarbeit gesichert werden? • Welche hemmenden und fördernden Faktoren waren erkennbar? • Welche Vorschläge zur Weiterentwicklung der Intervention gibt es und wie wird mit ggf. identifizierten Schwächen der geplanten Intervention umgegangen, bevor diese pilotiert wird? • Wurden alle Professionen gleichermaßen bei der Interventionsentwicklung berücksichtigt? <p>II) Überprüfung der ursprünglich entwickelten Implementierungsmaßnahmen und Identifikation erfolgsrelevanter Implementierungsprozesse (S. 10, 11) Fokusgruppen mit Vertretern Hausärzte und Pflegeeinrichtungen zu folgenden Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Faktoren können die Implementation der Intervention beeinflussen? • Welche Faktoren fördern bzw. hemmen die Implementierung? • Wie sollen diese Faktoren bei der Implementierung der Intervention im Rahmen der Studienphase adressiert werden? <p>III) Finalisierung und Testung der Erhebungsinstrumente (S. 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitfäden für qualitative Interviews und Fokusgruppen zur Erfassung der subjektiven Sichtweise der Beteiligten (1) zur Umsetzung und zum Gelingen der Intervention, 	<p>I) und II) 3.3.1.1.1 III) 2.7.2.4.2</p>
--	--

(2) zu hemmenden und fördernden Faktoren, (3) zu intendierten und nicht-intendierten Effekten, (4) zu Wirkweisen der Komponenten der Intervention, (5) zu Schwierigkeiten und Lösungsvorschlägen	
<u>Wirksamkeitsbewertung (Projektphase 3)</u> <ul style="list-style-type: none"> Fallstudien: Beschreibung, Exploration und Analyse einzelner Fälle nicht notwendiger Krankenhauseinweisungen (S. 27) 	3.3.1.1.4
<u>Verstetigung (Projektphase 4)</u> Durchführung der qualitativen Erhebung und Beschreibung der subjektiven Sichtweisen entsprechend den Fragestellungen (S. 25)	3.3.1.1
<u>Erweiterungen der qualitativen Erhebungen im Rahmen der Prozessevaluation (S. 22)</u> Durchführung zusätzlicher qualitativer Interviews mit Einrichtungs- bzw. Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitungen in den Pilot- und Interventionsregionen zu coronabedingten Herausforderungen bei der Umsetzung der Intervention bzw. der ärztlichen Versorgung.	3.3.1.1

2.7.2.3 Änderungen zu geplantem Vorgehen

Die in Tabelle 3 aufgeführten Studiendokumente definieren die ursprünglich geplante Durchführung, das Datenmanagement und die Auswertung der qualitativen Erhebung. Folgende Abweichungen zum geplanten Vorgehen wurden vorgenommen:

- Geplante persönliche Interviews wurden pandemiebedingt durch telefonische Interviews ersetzt.
- Erweiterung der Interviews um coronabedingte Herausforderungen.
- In den Fallstudien sollten nicht notwendige Krankenhauseinweisungen, die nach Implementierung der Maßnahmen auftraten, exploriert werden. Allerdings meldeten alle dazu befragten Pflegekoordinatorinnen zurück, dass keine nicht notwendigen Krankenhauseinweisungen stattgefunden haben. Daher wurden stattdessen acht Einweisungen analysiert, die aus Sicht der Beteiligten als notwendig erachtet wurden.
- Das Einpflegen der Transkripte mittels Teleform durch die Uni Wuppertal sowie lokale Speicherung auf Servern der Uni Wuppertal (Datenschutzkonzept, Abbildung 3, S. 17) konnte aus technischen Gründen nicht umgesetzt werden. Nach Abschluss der Auswertung wurden die Interviewaufnahmen und Transkripte an getrennten, einzeln abschließbaren Orten aufbewahrt.
- Abschließende Reflexionsgespräche nach vollständiger Implementierung (Evaluationskonzept 5.3, 26.08.2021, S. 27): Es wurden keine weiteren Reflexionsgespräche geführt, da Reflexionen bereits in den regulären Interviews bei laufender Intervention durchgeführt wurden und Einrichtungen auch coronabedingt keine Bereitschaft mehr zu weiteren Interviews zeigten.

2.7.2.4 Methoden

Der qualitative Forschungsstrang sollte mittels leitfadengestützter Interviews bzw. Fokusgruppen die Perspektive der teilnehmenden Einrichtungen sowie der Versorgungsgemeinschaft in den Blick nehmen. Die qualitativen Befragungen erfolgten in den jeweiligen Projektphasen:

- Fokusgruppen in der Entwicklungs- und Pilotphase mit dem Ziel, eine Einschätzung der Teilnehmenden bei der Entwicklung und Implementierung der Maßnahmen zu erheben (Phase 1 und 2).
- Fokusgruppen und coronabedingt telefonische Einzelinterviews zur Implementierung und Umsetzung der Maßnahmen, intendierten und nicht-intendierten Wirkungen sowie beeinflussende Faktoren (Phase 3).
- Im Rahmen von Fallstudien wurden Einzelinterviews durchgeführt, mit dem Ziel der Beschreibung, Exploration und Analyse nicht notwendiger Krankenhauseinweisungen, die nach Implementierung von Maßnahmen aufgetreten sind. Dabei handelt es sich um eine eingebettete Mehrfallstudie (Hussy et al., 2013). Nach Abschluss der Einzelfallbetrachtung fanden fallübergreifende Analysen statt (Phase 3).
- Telefonische Einzelinterviews zur Erhebung von Gründen, welche eine Teilnahme verhindert haben (Phase 2).

2.7.2.4.1 Sampling

Die qualitativen Erhebungen der Prozessevaluation umfassen alle Regionen der Entwicklungs-, Pilot- und Interventionsphase, um auftretende Ereignisse, welche den Interventionsprozess beeinflussen könnten, möglichst umfassend zu erheben. Daher wurden im Sampling eine Vollerhebung aller teilnehmenden Einrichtungen sowie Versorgungsgemeinschaften angestrebt. In der **Entwicklungs- und Pilotphase** wurden alle sechs zum Befragungszeitpunkt teilnehmenden Einrichtungen und Versorgungsgemeinschaften kontaktiert. Davon haben fünf Einrichtungen mit den jeweiligen Pflegekoordinator:innen und Versorgungsgemeinschaften an den Fokusgruppen teilgenommen. Es waren jeweils zwei bis vier Personen aus den Gruppen der Hausärzt:innen der Versorgungsgemeinschaften sowie der Pflegekoordinator:innen und vereinzelt Pflegedirektor:innen beteiligt.

In der **Interventionsphase** wurden alle 18 teilnehmenden Einrichtungen der Phase 3 kontaktiert. An den Erhebungen teilgenommen haben 16 Einrichtungen.

Es konnten vier Fokusgruppen mit zwei bis fünf Personen durchgeführt werden. Teilgenommen haben Pflegekoordinator:innen, Hausärzte der Versorgungsgemeinschaft sowie Einrichtungs- und/oder Pflegedienstleitungen. Elf weitere Einzelinterviews mit den Pflegekoordinator:innen bzw. einer Heimleitung mussten aufgrund der Corona-Pandemie und den damit verbundenen Kontakteinschränkungen telefonisch durchgeführt werden. Hausärzte konnten aufgrund der starken Belastung nicht mehr zu Interviews gewonnen werden.

Die Erweiterung der qualitativen Erhebungen zu den coronabedingten Herausforderungen bei der Umsetzung der Intervention bzw. der ärztlichen Versorgung wurde in die reguläre Befragung der Einrichtungen integriert. Daran teilgenommen haben 16 Einrichtungen der Phase 3 sowie vier Einrichtungen aus Phase 1 und 2.

Für die **Fallstudien** wurden die Pflegekoordinator:innen der 14 zum Erhebungszeitpunkt teilnehmenden Einrichtungen telefonisch kontaktiert. Davon stellten vier Pflegekoordinator:innen je zwei Fälle von Krankenhauseinweisungen vor, die nach der Implementierung der Maßnahmen aus dem SaarPHIR-Projekt aufgetreten sind.

Die Kontaktaufnahme zu **nicht-teilnehmenden Hausärzt:innen und Einrichtungen am SaarPHIR-Projekt**, die zunächst ein Interesse gezeigt haben, erfolgte über die Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS) und die Saarländische Pflegegesellschaft (SPG). Es konnten sechs

Pflege- und Einrichtungsleitungen sowie von hausärztlicher Seite ein Teilnehmender zu Telefoninterviews gewonnen werden. Zudem wurden von hausärztlicher Seite in einem Fall die Gründe für die Nicht-Teilnahme schriftlich per E-Mail mitgeteilt.

2.7.2.4.2 Erhebungsinstrumente

Für die Befragung in der Entwicklungs-, Pilot- und Interventionsphase sowie für die Fallanalysen und Interviews der Nicht-Teilnehmenden wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt (vgl. Kapitel 7, Anhang 5).

Der Leitfaden zur **Entwicklungs- und Pilotphase** basiert auf dem theoretischen Hintergrund der Implementationsforschung. Aufgebaut wurden die Erhebungsleitfäden nach der Taxonomie der Implementationsoutcomes von Proctor et al. (2011). Die jeweiligen Implementationsoutcomes wurden als Oberkategorie verwendet. Aus den deduktiv hergeleiteten Kategorien wurden anschließend die Leitfragen entwickelt.

Der Leitfaden für die Pilotphase enthielt zusätzlich Fragen zur strategischen Vorgehensweise bei der Implementierung der Interventionen, Fragen zu Erfahrungen im Umgang mit dem Rahmenhandbuch und den darin enthaltenden Interventionen sowie mögliche notwendige Anpassungen (Damschroder et al., 2009). Die Leitfäden wurden vier Personen aus der Praxis zum Pretest vorgelegt, um die Verständlichkeit zu prüfen. Es erfolgten geringfügige Anpassungen.

Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens der **Interventionsphase** bildete das Modell *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) von Damschroder et al. (2009). Dieser konzeptionelle Ansatz beinhaltet unterschiedliche Kategorien von Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen und beschreibt deren Zusammenspiel. Zusätzlich wurde nach intendierten und nicht-intendierten Wirkungen und den dahinterliegenden Mechanismen gefragt. Bei der Entwicklung des Leitfadens in der Interventionsphase wurden auch die Erkenntnisse aus den durchgeführten Interviews in der Entwicklungs- und Pilotphase berücksichtigt. Ergänzend wurde in allen Leitfäden nach der Gestaltung der berufsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Hausärzt:innen gefragt. Der Leitfaden wurde zwei Leitungskräften aus der Pflege sowie einem Hausarzt vorgelegt. Es wurden leichte Anpassungen vorgenommen. Nach Anpassung des Evaluationskonzeptes wurden dem Leitfaden zusätzliche Fragen zu **coronabedingten Herausforderungen** bei der Umsetzung der Intervention bzw. der ärztlichen Versorgung hinzugefügt.

In Tabelle 5 sind die theoretischen Grundlagen für das deduktiv gebildete Kategoriensystem dargestellt. Die Definitionen der einzelnen Kategorien finden sich im Anhang (vgl. Kapitel 6 – Anhang 5).

Tabelle 5: Kategoriensystem Entwicklungs-, Pilot- und Interventionsphase

Deduktiv gebildete Kategorie	Einbettung in den Leitfaden
Machbarkeit (Karsh, 2004)	<ul style="list-style-type: none">• Entwicklung und Einführung des Rahmenhandbuchs• Erfahrungen zur Umsetzbarkeit der Maßnahmen aus dem Rahmenhandbuch• Notwendigkeit von Qualifizierungen• Maßnahmen, die als nicht notwendig erachtet werden

Wiedergabetreue (Rabin et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung der Interventionen wie im Rahmenhandbuch vorgesehen • Abweichungen
Angemessenheit (Proctor et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung des Aufwands zum langfristigen Nutzen • Adaptierbarkeit der Interventionen zu den Arbeitsroutinen
Wirkungen (Stockmann, 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Intendierte und Nicht-intendierte Wirkungen
Implementierung und Umsetzung (Damschroder et al., 2009; Plsek & Wilson, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementierungsstrategie • Verantwortlichkeits- und Aufgabenverteilung • Umsetzungsstrategie
Kommunikation und Kooperation (World Health Organization, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Zusammenarbeit • Kommunikation und Kooperation allgemein und unter Coronabedingungen • Wertschätzung
Akzeptanz (Proctor et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz beim Pflegepersonal • Akzeptanz in der Versorgungsgemeinschaft • Akzeptanz der Bewohner:innen (Fremdeinschätzung) • Akzeptanz der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer:innen (Fremdeinschätzung)
Beeinflussende Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Fördernde Faktoren • Hemmende Faktoren
Gründe der Teilnahme und Erwartungen (Eigenkonstruktion)	<ul style="list-style-type: none"> • Gründe für die Teilnahme und Erwartungen • Verbesserungsvorschläge
Nachhaltigkeit (Rabin et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme von Prozessoptimierungen nach Projektende
Übernahme (Rabin et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Potenzielle Übernahme einzelner Interventionen nach Projektende

Die Konstruktion des halbstrukturierten Leitfadens der **Fallstudien** basierte auf der Versorgungsstudie von Bienstein und Bohnet-Joschko (2015) und dem daraus entwickelten Arbeitsbuch von Bienstein et al. (2016), auf Schippinger et al. (2013), Kada et al. (2013) sowie auf Eigenkonstruktion. Das Kategoriensystem ist in Tabelle 6 abgebildet.

Der Pretest wurde im Februar 2020 von zwei Leitungskräften aus der Langzeitpflege durchgeführt und entsprechend überarbeitet.

Tabelle 6: Kategoriensystem Fallanalysen

Deduktiv gebildete Kategorie	Einbettung in den Leitfaden
Mögliche Einflussfaktoren auf Krankenhauseinweisungen (Bienstein et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Wochentag, Tageszeit, Schichtbesetzung, Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Vorerkrankungen, vorangegangene Krankenhausaufenthalte
Gesundheitliche Versorgungsplanung (Bienstein et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgevollmacht • Patientenverfügung, Advanced Care Planung
Einweisungsgründe (Bienstein et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Verschlechterung einer bestehenden körperlichen und/oder kognitiven Erkrankung • Akute Erkrankung • Verschlechterung des Allgemeinzustands • Unfälle • Sonstige
Veranlasser von Krankenhauseinweisungen (Bienstein & Bohnet-Joschko, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzt:innen • SaarPHIR-Ärzt:innen • Bereitschaftsärzt:innen • Notärzt:innen • Rettungssanitäter:innen • Pflegepersonal • Auf eigenen Wunsch der Bewohner:innen • Angehörigenwunsch oder der gesetzlichen Betreuer:innen • Sonstige
Kontaktierte Personen vor und nach Krankenhauseinweisung (Schippinger et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzt:innen • SaarPHIR-Ärzt:innen • Angehörige oder der gesetzlichen Betreuer:innen • Sonstige
Medizinisch-pflegerische Betreuung vor Krankenhauseinweisung (Kada et al., 2013; Schippinger et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarztbesuche • Facharztbesuche
Gründe für die Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen (Schippinger et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Transferprobleme (z.B. eingeschränkte Mobilität) • Fehlende Facharztvisiten in Pflegeeinrichtung • Zu lange Wartezeiten
Zeitraum zwischen Ereignis und Reaktion (Kada et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum zwischen den ersten gesundheitlichen Beschwerden und der Konsultation eines:einer Arztes:Ärztin
Fallbesprechung nach Krankenhausaufenthalt (Bienstein et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Fall- und/oder Teambesprechungen

Um die hemmenden Faktoren einer Teilnahme am SaarPHIR-Projekt aus Sicht **nicht teilnehmender Hausärzt:innen und nicht teilnehmender Pflegeeinrichtungen** zu ermitteln, wurden vertiefende Telefoninterviews durchgeführt. In gering strukturiert gehaltenen Interviews wurden die Befragten aufgefordert, ihre Gründe für eine Nicht-Teilnahme zu formulieren

2.7.2.4.3 Feldzugang und Datenerhebungen

Alle teilnehmenden Einrichtungen in der **Entwicklungs- und Pilotphase** wurden zunächst schriftlich und anschließend telefonisch kontaktiert. Der Kontakt zu den Versorgergemeinschaften erfolgte über die Einrichtungen. Die Fokusgruppen wurden frühestens drei Monate nach Beginn der Intervention durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 40 und 60 Minuten und wurden in den Pflegeeinrichtungen (teilweise einrichtungsübergreifend) durchgeführt.

Die Kontaktaufnahme in der **Interventionsphase** mit allen teilnehmenden Einrichtungen und Versorgergemeinschaften erfolgte telefonisch frühesten drei Monate nach Beginn der Intervention. Die Fokusgruppen fanden zunächst vor Ort in den Einrichtungen statt (teilweise einrichtungsübergreifend). Alle weiteren Interviews mit den Pflegekoordinator:innen wurden coronabedingt telefonisch durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 23 und 82 Minuten.

Für die **Fallstudien** wurden die Pflegekoordinator:innen telefonisch kontaktiert. Alle Pflegekoordinator:innen meldeten zurück, dass keine nicht notwendigen Krankenhauseinweisungen stattgefunden haben. Nur vier Pflegekoordinator:innen waren bereit, sich zu Krankenhauseinweisungen interviewen zu lassen. Jede der Pflegekoordinator:innen stellte zwei Fälle von Krankenhauseinweisungen vor, die nach der Implementierung der Maßnahmen aus dem SaarPHIR-Projekt aufgetreten sind. Die Interviewlänge betrug zwischen 13 und 23 Minuten und fand in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen statt.

Die Befragung der **nicht teilnehmenden Einrichtungen bzw. Ärzte** fand telefonisch statt. Die an der Befragung Teilnehmenden stammten aus den folgenden Regionen: Saarpfalz-Kreis, Landkreis Saarlouis und Stadt Saarbrücken. Die Länge der Interviews betrug zwischen 6 und 18 Minuten.

Vor der Durchführung der Befragung haben alle Teilnehmenden eine Datenschutzerklärung erhalten und unterschrieben (vgl. Kapitel 6, Anhang 5). Sie wurden über Ziele und Absichten der Erhebung und über den Schutz ihrer personenbezogenen Daten aufgeklärt. Des Weiteren wurden die Befragten auch darüber informiert, dass eine Pseudonymisierung der personenbezogenen Daten erfolgt und damit keine Rückschlüsse auf die Person mehr möglich sind. Mit dem Einverständnis der Befragten wurden die Interviews digital aufgezeichnet.

2.7.2.4.4 Datenaufbereitung und -auswertung

Die digital aufgezeichneten Interviews wurde nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz (2018) mit der Software f4 transkribiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Die Struktur wurde in Form des deduktiv gebildeten Kategoriensystems (vgl. Tabelle 5 und Tabelle 6) an das Textmaterial herangetragen. Sofern es notwendig war, wurden zu den deduktiv gebildeten Oberkategorien zusätzlich Unterkategorien entwickelt. Zu Textpassagen, die einen Bezug zur Fragestellung hatten, aber keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden induktiv Kategorien gebildet. Die gesamte Analyse wurde von zwei der Forschungsmitarbeiterinnen durchgeführt und die Ergebnisse verglichen. Es fanden sich weitgehende Übereinstimmungen, Abweichungen wurden diskutiert und im Konsens kodiert.

2.7.3 Quantitative Erhebung

2.7.3.1 Hintergrund der quantitativen Erhebung

Die quantitative Erhebung wurde mit dem Ziel durchgeführt, die globale Zielsetzung des Projekts auf der Ergebnisebene zu erweitern und Teilziele auf der Struktur- und Prozessebene zu untersuchen.

Die quantitative Erhebung wurde anhand der in Tabelle 7 aufgeführten Studiendokumente geplant, durchgeführt und ausgewertet.

Tabelle 7: Relevante Studiendokumente für quantitative Erhebung

SaarPHIR-Gesamtantrag		14.07.2016
Evaluationskonzept	Version 5.3	26.08.2021
Studienprotokoll – Phase 1	Version 1.3	29.03.2018
Studienprotokoll – Phase 2	Version 1.4	20.08.2018
Studienprotokoll – Phase 3 und 4	Version 2.0	26.02.2019
Datenschutzkonzept		05.05.2020

Das Gesamtprojekt ist in vier Projektphasen untergliedert mit unterschiedlichen Evaluationsgegenständen. Im folgenden Kapitel sind die Zielsetzungen und Arbeitspakete der quantitativen Erhebungen in den vier Projektphasen beschrieben.

2.7.3.1.1 Zielsetzung der quantitativen Erhebung

Sowohl die Entwicklungsphase (Projektphase 1) als auch die Pilotphase (Projektphase 2) umfassten einen Zeitraum von jeweils 6 Monaten und dienten der Vorbereitung der Interventionsphase. In den Projektphasen 3 (Wirksamkeit) und 4 (Verstetigung) wurden die quantitativen Erhebungen durchgeführt und analysiert.

In Tabelle 8 werden die Arbeitspakete der quantitativen Erhebung in der Entwicklungsphase konkretisiert sowie für einen schnelleren Überblick die dazugehörigen Kapitel der Ergebnisbeschreibung aufgeführt. Grundlage hierfür stellt das Evaluationskonzept dar, da dieses während der Studienlaufzeit kontinuierlich an die veränderten Rahmenbedingungen angepasst wurde.

Tabelle 8: Arbeitspakete der quantitativen Erhebung

Arbeitspaket <i>(Seitenzahlen beziehen sich auf das Evaluationskonzept Version 5.3)</i>	Ergebnisbeschreibung in Kapitel
<u>Entwicklungsphase (Projektphase 1)</u> III) Vorbereitung der Studienmaterialien (S. 8) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Systematische Literaturrecherche ▪ Erstellung der Befragungsinstrumente ▪ Pretests V) Zugang zur Zielgruppe – Beschreibung des Rekrutierungsablaufs (S. 9)	2.7.3.2.2 2.7.3.2.1
<u>Pilotphase (Projektphase 2)</u> I) Umsetzung der Intervention (S. 10)	3.3.2.2.1

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versorgerteams beurteilen den Umsetzungsgrad der Intervention 	
III) Finalisierung und Testung der Erhebungsinstrumente (S. 11) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogen zu Strukturdaten und Kontextfaktoren ▪ Dokumentationsbogen zum Interventionsstand ▪ Fragebogen zur Bewertung der Arzt-Pflege Kooperation 	2.7.3.2.2.1 2.7.3.2.2.2 2.7.3.2.2.2
<u>Wirksamkeitsbewertung (Projektphase 3)</u> Durchführung der quantitativen Erhebung und Beschreibung der Strukturen und Prozesse (S. 26)	3.3.2.1 und 3.3.2.2
<u>Verstetigung (Projektphase 4)</u> Durchführung der quantitativen Erhebung und Beschreibung der Strukturen und Prozesse (S. 28)	3.3.2.1 und 3.3.2.2

2.7.3.1.2 Änderungen zu geplantem Vorgehen

Die in Tabelle 7 aufgeführten Studiendokumente definieren die Durchführung, das Datenmanagement und die Auswertung der quantitativen Erhebung. Folgende Abweichungen zum geplanten Vorgehen wurden vorgenommen:

- Die Messzeitpunkte wurden an die verlängerte Laufzeitverlängerung angepasst und sind in Kapitel 2.7.3.2.3 beschrieben.
- Aufgrund der geringen Fallzahl konnten Zusammenhangsanalysen und Modellierungen in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Pilotphase nicht durchgeführt werden (Evaluationskonzept S. 26/27).

2.7.3.2 Methoden

2.7.3.2.1 Zielgruppe und Rekrutierung

Zielgruppe der quantitativen Erhebung zu Struktur- und Prozessdaten waren alle teilnehmenden Pflegeeinrichtungen sowie Hausärzt:innen in der Projektphase 3. Einschussfähig waren teilnehmende Pflegeheime, wenn sie mehr als 50 Bewohner:innenplätze besaßen. Ärzt:innen erfüllten die Einschusskriterien, wenn die Versorgungsgemeinschaft 2/3 der Heimbewohner:innen versorgte und das entsprechende Heim in ca. 20 Minuten erreichbar war. Aufgrund von Rekrutierungsproblemen wurden die Einschreibekriterien bzgl. der Ärzt:innen in eine Soll-Regelung umgewandelt (Genehmigung der veränderten Einschusskriterien durch Projektträger ab 25.03.2020).

In der Entwicklungsphase wurden zunächst Pflegeeinrichtungen im Regionalverband Saarbrücken I rekrutiert, während in der Pilotphase Pflegeeinrichtungen im Regionalverband Saarbrücken I und II teilnehmen konnten. Für die Interventionsphase (Projektphase 3) wurden in den verbleibenden Landkreisen des Saarlandes die Pflegeheime clusterrandomisiert der Interventions- und der Kontrollgruppe zugeordnet.

Die Rekrutierung von einschussfähigen Pflegeeinrichtungen sowie Hausärzt:innen erfolgte über die Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes (KVS) und die Saarländische Pflegegesellschaft (SPG). Es wurden Informationsveranstaltungen jeweils für die Pflegeeinrichtungen und für die Hausärzt:innen sowie Informationstermine in Einrichtungen und Telefonate durchgeführt. Zudem wurde mediale Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

Sowohl Pflegeheime als auch Ärzt:innen unterzeichneten vor Beginn der Projektlaufzeit schriftliche Teilnahmeerklärungen. Pflegeeinrichtungen, die der Kontrollgruppe angehören, haben vor der Randomisierung ihre Teilnahmebereitschaft am SaarPHIR-Projekt bekundet. Ihre Einschreibung in das SaarPHIR-Projekt durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ist aber erst nach Abschluss der einjährigen Wirksamkeitsbetrachtung und dem damit verbundenen Übergang in die Interventionsgruppe möglich. Primärdaten aus der Erfassung von Strukturdaten und Kontextfaktoren sowie aus der Befragung von Pflegekräften sowie Ärzt:innen (vgl. Tabelle 2) wurden jedoch auch in der Kontrollgruppe bereits mit Beginn der Phase der Wirksamkeitsbetrachtung erhoben. Entsprechend enthalten alle zugehörigen Erhebungs- sowie Fragebögen einleitend Informationen zum Ziel, Zweck und Umfang sowie zur Pseudonymisierung, Verarbeitung und Nutzung der projektbezogenen erhobenen Daten. Mit der Rücksendung der Erhebungs- und Fragebögen an die Projektpartner:innen stimmen die Pflegeeinrichtungen und Ärzt:innen der Kontrollgruppe der projektbezogenen Verarbeitung und Nutzung dieser Daten zu.

2.7.3.2.2 Erhebungsinstrumente

Zur Identifikation von übergeordneten Strukturmerkmalen sowie von Kriterien, die die Interaktion zwischen Personal von Pflegeeinrichtungen und versorgenden Ärztinnen und Ärzten beeinflussen, wurden relevante Konzepte recherchiert. Auf den Projektkontext übertragbar erwiesen sich zwei Modelle beziehungsweise Rahmenwerke: Das von Shield et al. (2014) entwickelte konzeptuelle Modell zum Einbezug von medizinischem Personal in Pflegeeinrichtungen sowie das „Framework for primary care organizations“ (Hogg et al., 2008).

Das konzeptuelle Modell zum Einbezug von medizinischem Personal in Pflegeeinrichtungen orientiert sich an Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Auf struktureller Ebene beeinflussen gemäß Shield et al. (2014) die vertraglichen Regelungen die Zusammenarbeit ebenso die Form, in der der Kontakt zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzt:innen erfolgt – ob z. B. telefonisch, persönlich oder schriftlich.

Strukturvariablen sind darüber hinaus die Anzahl des in der Pflegeeinrichtung tätigen medizinischen Personals sowie deren Qualifikation. Für das deutsche Gesundheitssystem ist hier z. B. die Trennung zwischen Haus- und Fachärzt:innen zu nennen.

Ein weiterer bedeutsamer struktureller Aspekt betrifft die „Kontrolle“ der Pflegeeinrichtung über das medizinische Personal. Dies beinhaltet die Fragen, wie erreichbar und präsent Ärzt:innen sind und wer deren Anwesenheit plant.

Ausschlaggebende Einflussfaktoren der Prozessebene, die auch im Projekt SaarPHIR von Bedeutung sein könnten, sehen Shield et al. (2014)

- (1) bei der Qualität der Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren,
- (2) der Koordination der Versorgungsprozesse,
- (3) der Angemessenheit der Informationsweitergabe sowie,
- (4) wie lange es dauert, bis versorgungsrelevante Informationen ausgetauscht werden.

Hogg et al. (2008) gliedern in ihrem „Framework for primary care organizations“ die einflussnehmenden Kriterien in eine Strukturdomäne und eine Leistungsdomäne.

Die Strukturdomäne betrachtet

- (1) allgemeine Grundlagen des Gesundheitssystems wie gesetzliche Regelungen und
- (2) die Umwelt, in der die Versorgung stattfindet, z. B. die regionale Lage, kommunale Faktoren sowie die medizinische Infrastruktur im Umkreis.

- (3) die Organisation der Einrichtung. Betrachtet wird, wie die internen Prozesse und Strukturen ablaufen. Einfluss auf die Organisation und Prozesse nehmen etwa die Qualifikationen im Skills-Mix sowie die Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Relevant sind außerdem vorhandene technische Ressourcen und die Infrastruktur ebenso die Organisations- bzw. Unternehmenskultur.

Die Strukturdomäne der Versorgungseinrichtungen wirkt sich auf die Versorgungsleistung aus, welche aus der unmittelbaren Gesundheitsdienstleistung und der (technischen) Qualität dieser Leistung besteht (Leistungsdomäne).

Im Hinblick auf die unmittelbare Gesundheitsleistung sind drei Aspekte bedeutsam:

- (1) der Zugang
- (2) die Kontinuität sowie
- (3) die Integration vorhandener Ressourcen aus verschiedenen Gesundheitsversorgungsbereichen.

Der Aspekt „Zugang“ beschäftigt sich mit Fragen zum (Erst-)Kontakt zwischen Versorgungsleistern und den Personen, die diese Versorgungsleistung in Anspruch nehmen. Ebenso relevant ist die Verfügbarkeit der Versorgenden sowie der Ort, an dem die Gesundheitsdienstleistung stattfindet.

Kontinuität meint, inwieweit auf der Ebene der Beziehungen respektive der Informationsweitergabe feste Ansprechpersonen gewährleistet sind.

Die Koordination, das Zusammenfügen sowie die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen und Versorgenden im Gesundheitssystem subsumieren Hogg et al. (2008) unter dem Aspekt Integration.

Das weitere Element der Leistungsdomäne – die technische Qualität der Versorgung – beinhaltet den Blick auf die Durchführung primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen sowie die Qualität in der Versorgung chronischer und akuter Krankheitszustände.

Im Juli 2018 wurden die ausgearbeiteten Fragebögen zum Pretest vier Personen aus der Praxis vorgelegt. Ziel war es, Sprache und Inhalt, das Layout des Fragebogens und die Ausfüllhinweise auf ihre Verständlichkeit hin zu prüfen. Das Vorgehen orientierte sich an Empfehlungen von Faulbaum et al. (2009) zur systematischen Evaluation der Fragenqualität. Auf die Anmerkungen der am Pretest beteiligten Personen hin wurden wenige Fragen und Antwortmöglichkeiten sprachlich leicht angepasst. Insgesamt wurden die Fragebögen als verständlich gewertet, die Fragen problemlos beantwortbar. Die durchschnittliche Dauer zum Ausfüllen betrug etwa 20 Minuten pro Fragebogen im Pretest.

2.7.3.2.1 Strukturen

Die Strukturdaten wurden in Papierform zu Baseline und zu t1 nach 12 Monaten sowohl von den Pflegeeinrichtungen (Fragebogennummer 01) als auch von den Hausarztpraxen (Fragebogennummer 04) erhoben.

Basis zur Formulierung der Fragen bilden die Rahmenmodelle von Shield et al. (2014) und Hogg et al. (2008) in Verbindung mit den konkreten Forschungs- und Evaluationsinteressen des Projekts SaarPHIR.

Als Antworten sind jeweils auf die Frage abgestimmte Vorgaben einzutragen (z. B. zu Vertragsvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Hausärzten:innen), quantitative Selbstangaben zu machen (z. B. zu Bewohner:innenanzahl und Geschlechterverteilung) sowie Häufigkeiten anzugeben, für wie viele von 10 Bewohner:innen, Fälle oder Situationen die jeweilig vorgegebene Aussage zutrifft. Aufgrund eines teilweise explorativen Charakters der Studie wurde bei einigen Fragen die Möglichkeit des Freitextes zugelassen.

Der Fragebogen schließt mit der Möglichkeit, im Freitext eigene Meinungen zum Projekt und Projektverlauf abzugeben.

Eine Übersicht der Erhebung der Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtungen ist in Tabelle 9 gegeben. Die vollständigen Fragebögen befindet sich in Anhang 1 – 1.1 Fragebogen 01 - Ersterhebung und Anhang 1 – 1.2 Fragebogen 01 - Folgerhebung. Beide Fragebögen unterscheiden sich lediglich in der Formulierung der Frage 2.1. Im Ersterhebungsbogen bezieht sich diese Frage auf den Zeitraum vor Start des Projekts SaarPHIR während sich diese Frage in der Folgerhebung auf den Zeitpunkt der Befragung bezieht.

Tabelle 9: Übersicht der erfassten Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtungen

Strukturelle Einflusskriterien der Versorgung und Zusammenarbeit	Einbettung in den Fragenkatalog
Strukturen bezogen auf das (haus-)ärztliche Personal (Shield et al., 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl der Hausärzt:innen, die regelmäßig Bewohner:innen der Pflegeeinrichtung besuchen ▪ Art der Fachärzt:innen, die regelmäßig Bewohner:innen der Pflegeeinrichtung besuchen ▪ Anzahl der von einzelnen Hausärzt:innen besuchten Bewohner:innen
„Kontrolle“ der Pflegeeinrichtung über das (haus-)ärztliche Personal (Shield et al., 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initiator:innen der Hausarztbesuche ▪ Erreichbarkeit der Hausärzt:innen zu verschiedenen Zeiten ▪ Zeit zwischen Kontaktaufnahme zu Hausärzt:innen und Besuch der Hausärzt:innen ▪ Regelungen zur Übermittlung medizinisch relevanter Informationen an Hausärzt:innen
Allgemeine strukturelle Vorgaben/Möglichkeiten des Gesundheitssystems (Hogg et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trägerschaft der Pflegeeinrichtung ▪ Vertragliche Vereinbarungen mit Hausärzt:innen (z. B. § 140, § 119)
Interne Strukturen der Pflegeeinrichtung (Hogg et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgehaltene Plätze der Langzeitpflege ▪ Aktuell belegte Plätze der Langzeitpflege ▪ Verteilung der Bewohner:innen nach Geschlecht ▪ Verteilung der Bewohner:innen nach Krankenversicherungsstatus ▪ Durchschnittsalter der Bewohner:innen ▪ Vorgesehener Personalschlüssel nach Qualifikation bzw. Berufsgruppe, davon zum Erhebungszeitraum nicht besetzte Stellen

Eine Übersicht der Erhebung der Strukturmerkmale der Hausarztpraxen ist in Tabelle 10 gegeben. Die vollständigen Fragebögen befindet sich in Anhang 1. Beide Fragebögen unterscheiden sich lediglich in der Formulierung der Frage 2.1. Im Ersterhebungsbogen bezieht sich diese Frage auf den Zeitraum vor Start des Projekts SaarPHIR, während sich diese Frage bei der Folgerhebung auf den Zeitpunkt der Befragung bezieht.

Tabelle 10: Übersicht der erfassten Strukturmerkmale der Hausarztpraxen

Strukturelle Einflusskriterien der Versorgung und Zusammenarbeit	Einbettung in den Fragenkatalog
Strukturen bezogen auf das (haus-)ärztliche Personal (Shield et al., 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeine Angaben, z. B. Entfernung zu den Pflegeeinrichtungen, Tag und Uhrzeit der Besuche ▪ Anzahl der besuchten Bewohner:innen
„Kontrolle“ der Pflegeeinrichtung über das (haus-)ärztliche Personal (Shield et al., 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erreichbarkeit der Hausärzt:innen zu verschiedenen Zeiten ▪ Organisation der Visiten in den Pflegeeinrichtungen ▪ Zeit zwischen Kontaktaufnahme zu Hausärzt:innen und Besuch der Hausärzt:innen ▪ Regelungen zur Übermittlung medizinisch relevanter Informationen an Hausärzt:innen ▪ Zusammenarbeit mit Personal der Pflegeeinrichtungen
Allgemeine strukturelle Vorgaben/Möglichkeiten des Gesundheitssystems (Hogg et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertragliche Regelungen mit Pflegeeinrichtungen
Interne Strukturen der Hausarztpraxis (Hogg et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation der Hausarztpraxis

2.7.3.2.2 Prozesse und Interventionsstand

Interventionsstand

In der Evaluation werden – zusätzlich zur Erfassung der Strukturen – die Prozesse und der Interventionsstand erfasst. Ein Ziel der Intervention des Projekts SaarPHIR liegt darin, die Prozessabläufe innerhalb der Pflegeeinrichtung zu optimieren. Zwischen Prozessabläufen und Interventionsstand bestehen dementsprechend zahlreiche Zusammenhänge. Um Doppelungen in den Fragen zu vermeiden und um den Zeitaufwand für die Einrichtungen so gering wie möglich zu halten, wird die Erfassung dieser Kriterien daher zusammengefasst. In der ersten Befragung zum Projektstart wird der Status Quo in den Prozessabläufen in der Zusammenarbeit zwischen Hausärzt:innen und den Pflegeeinrichtungen erfasst. Nachfolgend werden alle drei Monate in gleicher Form die Veränderungen in den Prozessabläufen durch Einführung der Intervention erfragt. Die Fragebögen sollen gemeinsam durch die jeweiligen hausärztlichen Versorgungsgemeinschaften und die Pflegeeinrichtungen ausgefüllt werden.

Die inhaltliche Konstruktion der Fragen orientiert sich an den konzeptuellen Modellen von Shield et al. (2014) und Hogg et al. (2008). Im Mittelpunkt stehen jedoch Fragen zur geplanten Intervention (vgl. Tabelle 11). Die vollständigen Fragebögen befindet sich in Anhang 1.

Tabelle 11: Erhebung der Prozessabläufe der Intervention

Prozessbezogene Einflusskriterien der Versorgung und Zusammenarbeit mit Einfluss auf die Intervention	Geplante Intervention	Einbettung in den Fragenkatalog
Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit (Shield et al., 2014)	Separate Abfrage in einem eigenen, hierfür konstruierten Fragebogen (vgl. Tabelle 13 und 14)	
Koordination der Versorgungsprozesse (Shield et al., 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestimmung einer Koordinationskraft 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorhandensein einer Koordinationskraft der Pflegeeinrichtung

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gründung einer hausärztlichen Versorgungsgemeinschaft ▪ Organisation der Behandlungsprozesse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitliche Verfügbarkeit dieser Koordinationskraft der Pflegeeinrichtung ▪ Gemeinsame erarbeitete Behandlungsstandards
Angemessenheit der Informationsweitergabe (Shield et al., 2014) Dauer der Informationsweitergabe (Shield et al., 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elektronisch verfügbarer Datensatz zu jedem Bewohner / jeder Bewohnerin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art der Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen ▪ Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen ▪ Zeitliche Verfügbarkeit der behandlungsrelevanten Informationen ▪ Informationsweitergabe zu evtl. Vertretungsdiensten
Kontakterstellung (Hogg et al., 2008) Verfügbarkeit der Versorgung (Hogg et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rufbereitschaftsdienst der Versorgungsgemeinschaft ▪ Vorwochenendvisiten ▪ Absprachen in der Versorgungsgemeinschaft über Vertretungsdienste 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeiten, zu denen Ärzt:innen der Versorgungsgemeinschaft verfügbar sind
Zusammenarbeit zwischen Versorgenden (Hogg et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hausärztliche Versorgungsgemeinschaft mit gegenseitigen Vertretungsdiensten und verbindlicher Erreichbarkeit ▪ Telefonische Konsiliar-dienste mit Fachärzt:innen ▪ Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen ▪ Gemeinsame Teamsitzungen zwischen Hausärzt:innen und Pflegekräften 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation der Versorgungsgemeinschaft (Beteiligte, versorgte Bewohner:innen) ▪ Absprachen zwischen Hausärzt:innen ▪ Art von evtl. Versorgungsnetzwerken ▪ Terminabsprachen der hausärztlichen Visiten ▪ Begleitung der hausärztlichen Visiten durch Pflegefachkräfte ▪ Gemeinsame Teamsitzungen
Primär- und sekundärpräventive Maßnahmen (Hogg et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gemeinsame Assessments durch Pflegekräfte und Ärzt:innen ▪ Vorausschauende Behandlungsplanungen (ACP) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art der gemeinsam durchgeführten Assessments ▪ Zeitpunkt der gemeinsam durchgeführten Assessments

Jeder der quartalsweise auszufüllenden Fragebögen erfasst zusätzlich die allgemeine Einschätzung zum Stand der Projektumsetzung. Die einzelnen Interventionen werden hier nochmals aufgezählt und die Pflegeeinrichtungen geben den Stand der Entwicklung in ihren Häusern an. Abschließend sollen die Beteiligten einschätzen, inwieweit das Projekt die Versorgung der Bewohner:innen verbessert beziehungsweise den Arbeitsalltag erleichtert und inwieweit das im Projektverlauf gemeinsam von Hausärzt:innen und Pflegekräften entwickelte Rahmenhandbuch zum Einsatz kommt und als hilfreich wahrgenommen wird. Die Befragten haben am Ende des Fragebogens die Möglichkeit, im Freitext eigene Anmerkungen zum Projekt und Projektverlauf zu machen.

Als Antworten waren auch hier jeweils auf die Frage abgestimmte Vorgaben einzutragen (z. B. zu spezifischen Art von Versorgungsnetzwerken, an Teamsitzungen beteiligten Berufsgruppen), quantitative Angaben zu machen (z. B. zu beteiligten Hausärzt:innen) und Häufigkeiten

anzugeben, für wie viele von 10 Bewohner:innen, Fälle oder Situationen eine jeweilig vorgegebene Aussage zutrifft. Um mögliche weitere, noch nicht bedachte Aspekte zu erfassen, besteht an einigen Stellen die Möglichkeit, Kategorien im Freitext hinzuzufügen.

Wöchentliche Dokumentation

In einem wöchentlichen Dokumentationsbogen (Fragebogennummer 03 – Eigenkonstruktion) wurden fortlaufenden Daten zur Durchführung der Visiten sowie zur Beschreibung der damit verbundenen Prozesse erhoben (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Erhebung der Prozessabläufe zu den Visiten

Durchführung der Intervention	Einbettung in den Fragenkatalog
./.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl der GKV-Bewohner:innen zum Erhebungszeitpunkt ▪ Anzahl der eingeschriebenen Bewohner:innen zum Erhebungszeitpunkt ▪ Gründe für Drop-out (verstorben oder Teilnahme beendet)
Regelmäßige Durchführung der Vor-Wochenend-Visite und der damit verbundenen Prozesse (verbindliche Regelungen) gemäß dem Rahmenhandbuch (S. 5) und dem Evaluationskonzept (S. 2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeeinrichtungsspezifische Regelungen zur Durchführung der Vor-Wochenend-Visite (offene Frage) ▪ Anzahl der in der Vor-Wochenend-Visite zu visitierenden Bewohner:innen ▪ Liste zu visitierender Bewohner:innen liegt vor ▪ Behandlungsrelevante Informationen der zu visitierenden Bewohner:innen liegen vor ▪ Begleitung durch Pflegefachkraft fand statt ▪ Gründe für fehlende Begleitung
Durchführung der Visite nach Krankenhausaufenthalt (gemäß Evaluationskonzept S. 2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angaben zur Anzahl aus dem Krankenhaus entlassener Bewohner:innen ▪ Anzahl der visitierten Bewohner:innen nach Krankenhausaufenthalt

Der vollständige Fragebogen befindet sich in Anhang 1 – 3 Fragebogen 03.

Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit

Die Daten zur Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit wurden in Papierform zu Baseline und anschließend halbjährlich bis Monat 18 sowohl von den Pflegeeinrichtungen (Fragebogennummer 06) als auch von den Hausarztpraxen (Fragebogennummer 07) erhoben. Als wesentliche Kontextfaktoren für den Erfolg der Intervention gelten die subjektive Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Versorgenden (Hogg et al., 2008) sowie die Qualität der Kommunikation (Shield et al., 2014). Zur Erfassung dieser Aspekte aus Sicht des Pflegepersonals der Einrichtungen kommen Einzelitems aus zwei Fragebögen zum Einsatz: Aus dem „Fragebogen zur Arbeitssituation von Pflegenden (FAP)“ von Fischbeck und Laubach (2005) sowie aus dem Fragebogen für Pflegenden zur „Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden“ (Bartholomeyczik et al., 2008, S. 118). Dieser wurde im Rahmen des Projekts „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) entwickelt. Die Sicht der Ärzt:innen wird ebenfalls mit Fragen aus dem Fragebogen Fischbeck und Laubach (2005) zur „Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden“ (Bartholomeyczik et al., 2008,

S. 133) sowie dem „Fragebogen zur Arbeitssituation von Ärzten“ (FAÄ) von Fischbeck und Laubach (2005) erhoben.

Aus den genannten Fragebögen von Bartholomeyczik et al. (2008) und Fischbeck & Laubach (2005) werden die Fragen ausgewählt, die im Rahmen des Forschungsinteresses relevant erscheinen. Diese werden sprachlich an die Situation in Pflegeeinrichtungen angepasst – beispielsweise wird statt des Begriffs „Patienten“ von Bewohner:innen gesprochen. Zur Fragenbeantwortung kommt eine 4-stufige Likert-Skala zum Einsatz. Die Ausprägungen lauten „stimme voll zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“.

Im Januar 2019 erfolgten Pretests der Fragebögen. Für die Pflegeeinrichtung nahmen zwei Führungskräfte aus verschiedenen Pflegeeinrichtungen teil. Eine dieser Pflegeeinrichtungen ist nicht im Projekt beteiligt. Am Pretest des Fragebogens für die Hausärzt:innen nahmen ebenfalls zwei Hausärzt:innen teil. Davon nahm ein Arzt nicht im Projekt teil.

Nachfolgend werden in Tabelle 13 (Pflegeeinrichtungen) und Tabelle 14 (Hausärzt:innen) die Originalfragen mit den für das Evaluationsinteresse angepassten Fragen dargestellt:

Tabelle 13: Übersicht der erfassten Merkmale zu Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit der Pflegeeinrichtungen

Originalfrage (Autor)	Für Evaluationsinteresse angepasste Frage
Die Atmosphäre in unserem Team ist nach meinem Eindruck geprägt durch gegenseitige Anerkennung/gegenseitiges Desinteresse. (Fischbeck & Laubach, 2005)	Die Arbeitsatmosphäre zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung.
In unserem Team sind Konflikte nach meinem Empfinden sehr selten/sehr häufig. (Fischbeck & Laubach, 2005)	Konflikte zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen sind nach meinem Empfinden sehr häufig.
Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Keine Anpassung, direkte Übernahme.
Zwischen Pflegenden und Ärzten herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Keine Anpassung, direkte Übernahme.
Wenn in unserem Team Konflikte bestehen, dann lässt sich darüber meistens sehr gut/nur sehr schlecht reden. (Fischbeck & Laubach, 2005)	Wenn zwischen Ärzt:innen und Pflegekräften Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden.
Alles in allem sehe ich die Ärzte und Pflegenden auf unserer Station als ein gutes Team. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Alles in allem sehe ich die Ärzt:innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team.
Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Keine Anpassung, direkte Übernahme.
Ich bin von der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung in der Regel überzeugt. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Keine Anpassung, direkte Übernahme.
Von der Art, wie meine Kollegen aus dem Pflgeteam mit den Patienten umgehen, kann ich viel lernen. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Von der Art, wie meine Kolleg:innen aus dem Pflgeteam mit den Bewohner/-innen umgehen, kann ich viel lernen.
Von der Art, wie die Ärzte mit den Patienten umgehen, kann ich sehr viel lernen. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Von der Art, wie die Ärzt:innen mit den Bewohner:innen umgehen, kann ich sehr viel lernen.

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten auf unserer Station/in unserem Funktionsbereich ist im Allgemeinen sehr gut/sehr schlecht. (Fischbeck & Laubach, 2005)	Die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen in unserer Pflegeeinrichtung ist im Allgemeinen sehr gut.
Die Ärzte können sich in die Probleme der Pflegenden einfühlen. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Die Ärzt:innen können sich in die Probleme der Pflegekräfte einfühlen.
Die Art, wie die Ärzte mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich als gut. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Die Art, wie die Ärzt:innen mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich insgesamt als gut.
Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe auf unserer Station organisiert werden, bin ich sehr zufrieden. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe in unserer Pflegeeinrichtung organisiert werden, bin ich sehr zufrieden.

Tabelle 14: Übersicht der erfassten Merkmale zu Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit der Hausärzt:innen

Originalfrage (Autor)	Für Evaluationsinteresse angepasste Frage
Die Atmosphäre in unserem Team ist nach meinem Eindruck geprägt durch gegenseitige Anerkennung/gegenseitiges Desinteresse. (Fischbeck & Laubach, 2005)	Die Arbeitsatmosphäre zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung.
In unserem Team sind Konflikte nach meinem Empfinden sehr selten/sehr häufig. (Fischbeck & Laubach, 2005)	Konflikte zwischen Ärzt:innen und Pflegekräften sind nach meinem Empfinden sehr häufig.
Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Keine Anpassung, direkte Übernahme.
Zwischen Pflegenden und Ärzten herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Zwischen Ärzt:innen und Pflegekräften herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden.
Wenn in unserem Team Konflikte bestehen, dann lässt sich darüber meistens sehr gut/nur sehr schlecht reden. (Fischbeck & Laubach, 2005)	Wenn zwischen Ärzt:innen und Pflegekräften Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden.
Alles in allem sehe ich die Ärzte und Pflegenden auf unserer Station als ein gutes Team. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Alles in allem sehe ich die Ärzt:innen und Pflegekräfte in dieser Pflegeeinrichtung als ein gutes Team.
Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die Situation eines Patienten richtig einschätzen zu können. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, jeweils die Situation der Bewohner:innen richtig einschätzen zu können.
Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen.
Es besteht die Notwendigkeit, die Durchführung meiner Anordnungen laufend zu kontrollieren. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Keine Anpassung, direkte Übernahme.
Ich traue den meisten Pflegenden zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können
Von der Art, wie meine Kollegen mit den Patienten umgehen, kann ich viel lernen. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Von der Art, wie meine Kollegin:innen der Versorgergemeinschaft mit den Bewohner:innen umgehen, kann ich viel lernen.

Von der Art, wie Pflegende mit dem Patienten umgehen, kann ich viel lernen. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Von der Art, wie Pflegekräfte mit den Bewohner:innen umgehen, kann ich viel lernen.
Die Zusammenarbeit mit den Ärzten auf unserer Station/in unserem Funktionsbereich ist im Allgemeinen sehr gut/sehr schlecht. (Fischbeck & Laubach, 2005)	Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften in der Pflegeeinrichtung ist im Allgemeinen sehr gut.
Die Pflegenden können sich in die Probleme der Ärzte einfühlen. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Die Pflegekräfte können sich in die Probleme der Ärzte einfühlen.
Die Art, wie Pflegende mit uns Ärzten umgehen, empfinde ich insgesamt als gut. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Die Art, wie die Pflegekräfte mit uns Ärzt:innen umgehen, empfinde ich insgesamt als gut.
Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe auf unserer Station organisiert werden, bin ich sehr zufrieden. (Bartholomeyczik et al., 2008)	Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe in der Pflegeeinrichtung organisiert werden, bin ich sehr zufrieden.

Der vollständige Fragebogen befindet sich in Anhang 1 – Fragebogen 06 - Pflegeeinrichtungen und Anhang 1 – Fragebogen 07 – Hausärzt:innen. Beide Fragebögen sind in den Fragen 1-6 gleich. Zudem entsprechen sich folgende Fragen:

- Frage 11 (Pflegeeinrichtungen) und Frage 13 (Hausärzt:innen)
- Frage 12 (Pflegeeinrichtungen) und Frage 14 (Hausärzt:innen)
- Frage 13 (Pflegeeinrichtungen) und Frage 15 (Hausärzt:innen)
- Frage 14 (Pflegeeinrichtungen) und Frage 16 (Hausärzt:innen).

2.7.3.2.3 Erhebungszeitpunkte und Versand

Erhebungen zu Strukturen der Pflegeeinrichtungen und der Hausarztpraxen waren zu Beginn der Projektphase 3 und nach 12 Monaten geplant. Fragebögen zum Interventionsstand und die wöchentliche Dokumentation sollten zu Beginn und im Anschluss in 3 monatigem Abstand bis zu Monat 30 erfolgen. Die Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit wurde sowohl bei den Pflegekräften als auch bei den Hausärzt:innen jeweils zu Beginn und halbjährlich bis zum Monat 18 erhoben. Tabelle 15 gibt eine Übersicht der geplanten Erhebungszeitpunkte.

Tabelle 15: Übersicht der geplanten Erhebungszeitpunkte

Fragebogen-Nr.	Inhalt	Erhebungszeitpunkte
01	Strukturen der Pflegeeinrichtungen	t0: Baseline t1: 12 Monate
02	Interventionsstand	t0: Baseline t1-t10: Monat 3 bis Monat 30 alle drei Monate
03	Wöchentliche Dokumentation	wöchentlich w ₁ , w ₂ , fortlaufend
04	Strukturen der Hausarztpraxen	t0: Baseline t1: 12 Monate
06	Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit (Pflegekräfte)	t0: Baseline t1-t3: Monat 6 bis Monat 18 alle sechs Monate

07	Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit (Hausärzt:innen)	t0: Baseline t1-t3: Monat 6 bis Monat 18 alle sechs Monate
----	--	--

Zu Beginn der Projektteilnahme wurden die Ansprechpersonen der Pflegeeinrichtungen und Hausarztpraxen telefonisch kontaktiert und über den Ablauf der Befragung informiert. Die Fragebögen wurden mit einem Informationsschreiben zum Datenschutz und Kontaktdaten sowie frankiertem Rückumschlag postalisch versendet. Bei ausbleibender Rücksendung der Fragebögen wurde die Einrichtung oder Hausarztpraxis nach zwei und nach sechs Wochen telefonisch und per E-Mail kontaktiert.

Aufgrund von Verzögerungen in der Übermittlung der schriftlichen Teilnahmebestätigungen und der Rücksendung der Bögen konnten die geplanten Erhebungszeitpunkte nicht stringent umgesetzt werden. In der Darstellung der Ergebnisse wird deshalb die Bezeichnung Ersterhebung verwendet und die Folgeerhebungen chronologisch nummeriert, ohne einen zeitlichen Bezug herzustellen. Zur Transparenz und zur Einordnung der Ergebnisse wird allerdings der Zeitraum in Monaten zur Ersterhebung mithilfe von statistischen Kennzahlen ausgewertet und separat für jeden Fragebogen und jede Folgeerhebung berichtet.

Der Fragebogen 03 (wöchentliche Dokumentation) wurde quartalsweise versendet. Hierbei wurden die Merkmale wöchentlich erfragt. Zur Auswertung wird das erste gemeldete Dokumentationsdatum als Woche 1 (w_1) betrachtet. Alle nachfolgenden Zeitpunkte werden gemäß ihrem Abstand zum vorhergehenden Zeitpunkt der jeweiligen Erhebungswoche zugeordnet und ausgewertet. Zur Zuordnung der Erhebungswoche wird dabei jeweils eine Spanne von ± 3 Tagen pro Erhebungszeitpunkt angewendet. Wurden innerhalb von 3 Tagen mehrere Daten gemeldet, so wird nur der erste Zeitpunkt in der Analyse berücksichtigt. Einträge ohne Datumsangabe können keinem Erhebungszeitraum zugeordnet werden und gehen somit nicht in die Auswertung ein.

2.7.3.2.4 Datenmanagement

Gemäß dem Datenschutzkonzept wurden die an die htw saar zurückgesandten Fragebögen in halbjährlichen Abständen von Dezember 2019 bis April 2021 an die Bergische Universität Wuppertal verschickt zur Pseudonymisierung und automatisierter Eingabe in die Studiendatenbank mittels TeleForm.

Die über eine Vertrauensstelle finalen pseudonymisierten Daten standen vollständig zum 29.09.2021 im .csv Format auf einer Plattform der „Schumpeter School of Business and Economics“ (Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Bergischen Universität Wuppertal) der htw saar über einen eigens eingerichteten Zugang zur Verfügung.

Während der Auswertung sind Probleme mit der Pseudonymisierung aufgefallen, so dass die Daten zu Frage 1.3 aus Fragebogen 04 nochmals manuell eingegeben und anschließend pseudonymisiert wurden. Weiterhin mussten sämtliche Bögen von Erhebungszeitpunkt 0 und 1 des Fragebogens 07 nochmals neu eingelesen werden. Diese wurden am 17.08.2022 bereitgestellt.

Alle Datendateien wurden in SPSS- und SAS-Datensätze transformiert und bilden die Grundlage für die SPSS- und SAS- Auswertedateien. Die Datenberechnungen, Datenkorrekturen und Ergebnisse von Datenzusammenführungen sind in den jeweiligen SPSS- und SAS-Programmen dokumentiert. Die Daten wurden zunächst einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Die festgestellten Implausibilitäten sind in der folgenden Tabelle 16 dokumentiert.

Tabelle 16: Implausibilitäten

Fragebogen Nr.	Beschreibung	Berücksichtigung in Auswertung
01	In einer Einrichtung der Kontrollgruppe war bei der Ersterhebung die Summe der Anzahl GKV-/PKV- und sonstige Versicherte um 13 Personen niedriger als die angegebene Gesamtzahl der Bewohner:innen	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
01	In insgesamt 18 Einrichtungen (Intervention: 5 Ersterhebung, 3 Folgerhebung; Kontrolle: 8 Ersterhebung, 2 Folgerhebung) entsprach die Summe der in GKV versicherten Personen mit und ohne Pflegegrad nicht der Summe der GKV-Versicherten	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
01	In insgesamt 16 Einrichtungen (Intervention: 4 Ersterhebung, 3 Folgerhebung; Kontrolle: 7 Ersterhebung, 2 Folgerhebung) entsprach die Summe der in GKV versicherten Männer und Frauen nicht der Summe der GKV-Versicherten	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
01	In insgesamt 6 Einrichtungen (Intervention: 2 Ersterhebung; Kontrolle: 4 Ersterhebung) war angegeben, dass alle Stellen besetzt sind, aber dennoch offene Stellen angegeben (Frage 1.8.1).	Wenn offene Stellen angegeben wurden, dann wurde die Antwort auf die Frage, ob alle Stellen besetzt sind, angepasst.
01	In insgesamt 3 Einrichtungen (Intervention: 1 Folgerhebung; Kontrolle: 2 Ersterhebung) war die Frage, ob alle Stellen besetzt sind nicht beantwortet, aber es waren offene Stellen angegeben (Frage 1.8.1).	Wenn offene Stellen angegeben wurden, dann wurde die Antwort auf die Frage, ob alle Stellen besetzt sind, angepasst.
01	Angegebene Anzahl der unbesetzten Stellen war teilweise größer als angegebener Personalschlüssel	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
01	Durchgängig und teilweise sehr starke Inkonsistenzen bei der Beantwortung der Versorgungsstruktur der Bewohner:innen von Hausärzt:innen (Frage 2.4) zur Gesamtanzahl an Bewohner:innen bzw. Gesamtzahl an GKV-Versicherte	Frage konnte nicht in Auswertung einbezogen werden
01	Die Anzahl der von Pflegekräften veranlasseten Visiten wurde bei der Ersterhebung in einer Einrichtung der Kontrollgruppe mit 60 angegeben (Frage 2.5).	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
01	Die Anzahl an zusätzlichen Visiten nach einem Krankenhausaufenthalt wurde in einer Einrichtung der Interventionsgruppe bei der	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt

	Folgerhebung mit 88 angegeben (Frage 2.5.1).	
02	Zwei Einrichtungen der Interventionsgruppe haben mehr Teilnehmende in SaarPHIR als GKV-Versicherte gemeldet.	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
03	In acht Einrichtungen der Interventionsgruppe waren un plausible Datumsangaben (07.01.2020, 14.02.2002, 14.11.1990, 28.11.2029, 18.12.2029, 02.01.2020, 03.01.2019, 06.01.2019, 31.01.2019, 02.03.2019 bzw. 10.02.2020).	Wurde in der Auswertung ersetzt zu 07.01.2021, 14.02.2020, 14.11.2020, 28.11.2020, 18.12.2020, 02.01.2021, 03.01.2020, 06.01.2020, 31.01.2020, 02.09.2019 bzw. 02.10.2020.
03	In einer Einrichtung der Interventionsgruppe waren auf zwei Dokumentationsbögen die gleichen Eingaben gemacht.	Es wurde nur ein Bogen in der Auswertung berücksichtigt.
03	In zwei Einrichtungen der Interventionsgruppe waren die Bewohnerzahlen von Woche 7-11 bzw. 7-12 der ersten Erhebung nicht eingelesen.	Die Daten wurden aus den Originaldaten ergänzt.
03	In einer Einrichtung der Interventionsgruppe wurde bei einer Bewohner:innenzahl von 61 angegeben, dass 219 Personen an SaarPHIR teilnehmen.	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
04	Die Daten eines Fragebogens der Ersterhebung in der Interventionsgruppe lagen in der Datenbank zweimal allerdings mit unterschiedlichen Angaben vor.	Es wurde nur ein Datensatz in der Auswertung berücksichtigt und die Angaben gemäß dem Originalbogen korrigiert.
04	In zwei Fragebögen der Intervention waren un plausible Datumsangaben beim Ausfülldatum (Ersterhebung: 08.07.2029, Folgerhebung: 05.03.2027).	Wurden in der Auswertung ersetzt zu 08.07.2019 und 05.03.2021.
04	In einem Fragebogen war bei der Ersterhebung angegeben, dass 105 Personen von einer Hausarztpraxis einer Pflegeeinrichtung der Kontrollgruppe versorgt werden (Frage 1.2.1). Dies überschreitet allerdings die Anzahl an Bewohner:innen der Pflegeeinrichtung.	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
04	In einem Fragebogen war bei der Ersterhebung angegeben, dass die Praxis 242 km von der Pflegeeinrichtung der Interventionsgruppe entfernt liegt (Frage 1.2.2).	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
04	In insgesamt 8 Fragebögen (Intervention: 4 Ersterhebung, 1 Folgerhebung; Kontrolle: 2 Ersterhebung, 1 Folgerhebung) war die	Wenn andere Strukturen angegeben wurden, dann wurde die Antwort auf die

	Frage nach anderen Strukturen nicht angegeben, aber es waren andere Strukturen genannt (Frage 1.3).	Frage nach anderen Strukturen angepasst.
04	In insgesamt 19 Fragebögen (Intervention: 10 Ersterhebung, 2 Folgerhebung; Kontrolle: 5 Ersterhebung, 2 Folgerhebung) war die Frage nach einer standardisierten Checkliste nicht angegeben oder mit nein beantwortet, aber es waren Informationen der Checkliste genannt (Frage 1.5).	Wenn Informationen zur Checkliste angegeben wurden, dann wurde die Antwort auf die Frage nach einer Checkliste angepasst.
04	In insgesamt 5 Fragebögen (Intervention: 3 Ersterhebung, 1 Folgerhebung; Kontrolle: 1 Ersterhebung) war die Frage nach anderen Informationen nicht angegeben, aber es waren andere Informationen genannt (Frage 1.5).	Wenn andere Informationen angegeben wurden, dann wurde die Antwort auf die Frage nach anderen Informationen angepasst.
04	In einem Fragebogen war bei der Ersterhebung in der Interventionsgruppe angegeben, dass in 80 von 10 Fällen nach dem häuärztlichen Besuch die behandlungsrelevanten Informationen der Pflege zur Verfügung stehen (Frage 2.6).	Wurde nicht in der Auswertung berücksichtigt
06	Bei der Ersterhebung in der Interventionsgruppe waren in der Datenbank unter dem gleichen Pseudonym zwei unterschiedliche Datensätze abgespeichert.	In Absprache mit der Vertrauensstelle erfolgte eine korrekte Zuordnung gemäß den Originaldaten. Es wurden beide Datensätze in der Auswertung berücksichtigt.

Aus den erhobenen Daten wurden zur Analyse weitere Merkmale berechnet oder generiert. Diese sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Definition neu erstellter Merkmale

Fragebogen Nr.	Definition
01	Auslastung = (Anzahl Bewohner:innen/Anzahl an Plätzen in der stationären Langzeitpflege) * 100
01	Versichertenstatus als Anteil an Gesamtbewohner:innen GKV = (Anzahl GKV-Versicherte / Anzahl Bewohner:innen) * 100 PKV = (Anzahl PKV-Versicherte / Anzahl Bewohner:innen) * 100 sonstige = (Anzahl sonstige Versicherte / Anzahl Bewohner*innen) * 100
01	Pflegegrad als Anteil an GKV-Versicherten 1 = (Anzahl Pflegegrad 1 / Anzahl GKV-Versicherte) * 100 2 = (Anzahl Pflegegrad 2 / Anzahl GKV-Versicherte) * 100 3 = (Anzahl Pflegegrad 3 / Anzahl GKV-Versicherte) * 100 4 = (Anzahl Pflegegrad 4 / Anzahl GKV-Versicherte) * 100 5 = (Anzahl Pflegegrad 5 / Anzahl GKV-Versicherte) * 100

	$\text{ohne} = (\text{Anzahl ohne Pflegegrad} / \text{GKV-Versicherte}) * 100$
01	<p>Geschlecht als Anteil an GKV-Versicherte</p> <p>männlich = $(\text{Anzahl männliche Bewohner} / \text{Anzahl GKV-Versicherte}) * 100$</p> <p>weiblich = $(\text{Anzahl weibliche Bewohnerinnen} / \text{Anzahl GKV-Versicherte}) * 100$</p>
01	<p>Anteil besetzter Stellen an Personalschlüssel</p> <p>Pflegefachkräfte (PFK) = $\text{besetzte Stellen PFK} / \text{Personalschlüssel PFK} * 100$</p> <p>Pflegehilfskräfte (PHK) = $\text{besetzte Stellen PHK} / \text{Personalschlüssel PHK} * 100$</p> <p>Betreuungskräfte (BK) = $\text{besetzte Stellen BK} / \text{Personalschlüssel BK} * 100$</p> <p>Hauswirtschaftskräfte (HWK) = $\text{besetzte Stellen HWK} / \text{Personalschlüssel HWK} * 100$</p> <p>Therapeutisches Personal (TP) = $\text{besetzte Stellen TP} / \text{Personalschlüssel TP} * 100$</p>
01	Pflegekräftequote = $\text{besetzte Stellen PFK} / (\text{besetzte Stellen PFK} + \text{besetzte Stellen PHK}) * 100$
01	<p>Betreuungsquote pro Berufsgruppe bei GKV-Versicherten</p> <p>PFK = $(\text{Anzahl GKV-Versicherte} / \text{besetzte Stellen PFK})$</p> <p>PHK = $(\text{Anzahl GKV-Versicherte} / \text{besetzte Stellen PHK})$</p> <p>BK = $(\text{Anzahl GKV-Versicherte} / \text{besetzte Stellen BK})$</p> <p>HWK = $(\text{Anzahl GKV-Versicherte} / \text{besetzte Stellen HWK})$</p> <p>TP = $(\text{Anzahl GKV-Versicherte} / \text{besetzte Stellen TP})$</p>
01	Betreuungsquote Hausärzt:innen bei GKV-Versicherten = $(\text{Anzahl GKV-Versicherte} / \text{regelmäßig versorgende Hausärzt:innen})$
01	Gesamtzahl an Hausärzt:innen, die nach Verschlechterung kommen = Anzahl Hausärzt:innen, die direkt kommen + Anzahl Hausärzt:innen, die am ersten Werktag kommen + Anzahl Hausärzt:innen, die nach 2-3 Werktagen kommen + Anzahl an Hausärzt:innen, die später als nach 3 Werktagen kommen
01	<p>Zeitraum, wann Hausärzt:innen nach Kontaktaufnahme ohne weitere Erinnerung in Einrichtung kommen als Anteil an allen Hausärzten, die kommen</p> <p>direkt am Tag der Kontaktaufnahme = $(\text{Anzahl Hausärzt:innen, die direkt kommen} / \text{Gesamtzahl an Hausärzten, die nach Verschlechterung kommen}) * 100$</p> <p>am ersten Werktag = $(\text{Anzahl Hausärzt:innen, die am ersten Werktag kommen} / \text{Gesamtzahl an Hausärzten, die nach Verschlechterung kommen}) * 100$</p> <p>nach 2-3 Werktagen = $(\text{Anzahl Hausärzt:innen, die nach 2-3 Werktagen kommen} / \text{Gesamtzahl an Hausärzten, die nach Verschlechterung kommen}) * 100$</p> <p>später als 3 Werktage = $(\text{Anzahl Hausärzt:innen, die nach 3 Werktagen kommen} / \text{Gesamtzahl an Hausärzten, die nach Verschlechterung kommen}) * 100$</p>
02	Bewohner:innen pro Ärzt:in in Versorgungsgemeinschaft = Anzahl Bewohner:innen, die von Versorgungsgemeinschaft versorgt werden / Anzahl Ärzt:innen in Versorgungsgemeinschaft
02	Gesamtzahl Teilnehmende an gemeinsamen Teamsitzungen =

	Pflegekräfte + Hausärzt:innen + Fachärzt:innen + therapeutische Berufe + Ansprechpartner:innen Krankenkasse + sonstige Berufe
02	<p>Anteil Berufsgruppen in gemeinsamen Teamsitzungen</p> <p>Pflege = (Pflegekräfte/Gesamtzahl Teilnehmende) * 100</p> <p>Hausärzt:innen = (Hausärzt:innen/Gesamtzahl Teilnehmende) * 100</p> <p>Fachärzt:innen = (Fachärzt:innen/Gesamtzahl Teilnehmende) * 100</p> <p>Therapeutische Berufe = (therapeutische Berufe/Gesamtzahl Teilnehmende) * 100</p> <p>Ansprechpartner:innen Krankenkassen = (Ansprechpartner:innen Krankenkassen/Gesamtzahl Teilnehmende) * 100</p> <p>Sonstige Berufe = (sonstige Berufe/Gesamtzahl Teilnehmende) * 100</p>
02	<p>Anteil Bewohner:innen mit ACP =</p> <p>Bewohner:innen mit ACP / (Bewohner:innen mit ACP + Bewohner:innen ohne ACP) * 100</p>
02	<p>Teilnahme-Quote von Bewohner:innen an SaarPHIR innerhalb einer Einrichtung = (Bewohner:innen, die an SaarPHIR teilnehmen / Bewohner:innen in Einrichtung) * 100</p>
02	<p>Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand des zeitlichen Umfanges der festen Ansprechperson = derzeitiger zeitlicher Umfang der festen Ansprechperson – gewünschter zeitlicher Umfang der festen Ansprechperson</p>
02	<p>Betreuungsquote von Teilnehmenden am SaarPHIR-Projekt = (Bewohner:innen, die an SaarPHIR teilnehmen / Ärzt:innen in Versorgungsgemeinschaft)</p>
03	<p>Teilnahme-Quote von Bewohner:innen an SaarPHIR innerhalb einer Einrichtung = (Bewohner:innen, die an SaarPHIR teilnehmen / Bewohner:innen in Einrichtung) * 100</p>
03	<p>Gesamtsumme an verstorbenen Bewohner:innen pro Einrichtung = Summe (verstorbene Bewohner:innen über alle Beobachtungszeitpunkte)</p>
03	<p>Gesamtsumme an Bewohner:innen pro Einrichtung, die die Teilnahme an SaarPHIR beendet haben = Summe (Bewohner:innen, die SaarPHIR beendet haben über alle Beobachtungszeitpunkte)</p>
04	<p>Anteil versorgter Patient:innen an Gesamtzahl der Bewohner:innen = (Anzahl an versorgten Patient:innen / Gesamtzahl der Bewohner:innen) * 100</p>
04	<p>Durchschnittliche Zeit pro Woche pro Patient:in = (Zeit pro Woche für Besuch in Pflegeeinrichtung in Min / Anzahl versorgter Patient:innen)</p>
04	<p>Aus Freitextfeld in Frage 1.2.4 wurden folgende Merkmale generiert:</p> <p>Anzahl an Tagen für Besuch in Pflegeeinrichtung = Anzahl an genannten Tagen in Freitextfeld</p> <p>Montag für routinemäßigen Besuch = ja, falls Montag in Freitextfeld genannt</p> <p>Dienstag für routinemäßigen Besuch = ja, falls Dienstag in Freitextfeld genannt</p> <p>Mittwoch für routinemäßigen Besuch = ja, falls Mittwoch in Freitextfeld genannt</p> <p>Donnerstag für routinemäßigen Besuch = ja, falls Donnerstag in Freitextfeld genannt</p>

	Freitag für routinemäßigen Besuch = ja, falls Freitag in Freitextfeld genannt Kein fester Besuchstag = ja, falls Hinweis in Freitextfeld
04	Frage 1.3 war als Single Choice Frage konzipiert. Da jedoch zahlreiche Kombinationen der Antworten im Freitextfeld angegeben wurden, wurde die Frage 1.3 als Frage mit Mehrfachantworten ausgewertet.
04	Wurde in Frage 3.1 „nicht notwendig“ angekreuzt, so wurde die Anzahl telefonischer Konsile auf 0 gesetzt.

2.7.3.2.5 Datenauswertung

Die deskriptiven Auswertungen wurden unter Verwendung der Software SPSS (IBM Statistics for Windows, Version 27) und SAS 9.4 (SAS Institute Inc., North Carolina) durchgeführt. Sämtliche SPSS- und SAS-Analysedatensätze und -Auswertungsprogramme sind an der htw saar gespeichert.

Strukturen

Quantitative Merkmale werden mit Hilfe von statistischen Kenngrößen (N, arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Median, Minimum und Maximum) und qualitative Merkmale in Form von Häufigkeitstabellen ausgewertet. Grundlage bilden dabei bei Fragebogen 01 (Strukturen Pflegeeinrichtung) die Anzahl an Pflegeeinrichtungen der Auswertepopulation zum jeweiligen Analysezeitpunkt. Bei Fragebogen 04 (Strukturen der Hausarztpraxen) wird zur Berechnung der absoluten Häufigkeiten die Anzahl an rückgesendeten Fragebögen der Ärzt:innen herangezogen, die mit Pflegeeinrichtungen der Auswertepopulation zusammenarbeiten. Bei wiederholter Befragung werden die Ergebnisse im zeitlichen Verlauf dargestellt. Hierbei wird für quantitative Merkmale die Differenz zur Ersterhebung berechnet und analysiert. Sämtliche Ergebnisse werden separat für die Interventions- und die Kontrollgruppe analysiert. Binäre Merkmale (ja/nein), die sich aus Fragen mit Mehrfachnennungen ergeben, werden grafisch mit Hilfe eines Butterfly-Plots dargestellt. Dabei werden die relativen Häufigkeiten der Ja-Nennungen separat für jedes binäre Merkmal in zwei horizontalen Balken abgebildet. Jeder Balken entspricht einem Erhebungszeitpunkt. Die x-Achse ist dabei geteilt, wobei auf der linken Seite die Häufigkeiten der Interventionsgruppe und auf der rechten Seite die Häufigkeiten der Kontrollgruppe dargestellt werden.

Interventionsstand

Quantitative Merkmale werden mit Hilfe von statistischen Kenngrößen (N, arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Median, Minimum und Maximum) und qualitative Merkmale in Form von Häufigkeitstabellen ausgewertet. Grundlage bilden dabei die Anzahl an Pflegeeinrichtungen der Auswertepopulation zum jeweiligen Analysezeitpunkt. Bei wiederholter Befragung werden die Ergebnisse zusätzlich grafisch im zeitlichen Verlauf dargestellt. Quantitative Merkmale werden dabei mit gruppierten Boxplots und qualitative Merkmale mit gruppierten Balkendiagrammen dargestellt. Sämtliche Ergebnisse werden separat für die Interventions- und die Kontrollgruppe analysiert. Grafische Darstellungen werden nur für Auswertungen, die sich auf die gesamte Auswertepopulation beziehen, erstellt. Fragestellungen, die sich auf Subpopulationen beziehen (z. B. nur Einrichtungen, die Assessments durchführen etc.) werden aufgrund der geringen Fallzahl nur in numerischer Form berichtet und nicht grafisch dargestellt.

Fragen, die sowohl bei der Ersterhebung als auch bei den Folgerhebungen gestellt wurden, werden gemeinsam für alle Beobachtungszeitpunkte ausgewertet. Die Fragen 1.3 und 3.2

werden nur für die Ersterhebung ausgewertet und die Fragen 1.1-1.4, 7.1-7.6 sowie alle weiteren Fragen werden nur für die Folgeerhebungen ausgewertet.

Wöchentliche Dokumentation

Aufgrund der hohen Anzahl an Erhebungszeitpunkten werden sämtliche Merkmale des Fragebogens 03 zur wöchentlichen Dokumentation zur Übersichtlichkeit mit Hilfe von Grafiken ausgewertet. Quantitative Merkmale werden dabei quartalsweise bis zum Projektmonat 30 mit gruppierten Boxplots und qualitative Merkmale mit gruppierten Balkendiagrammen dargestellt.

Merkmale, die über den gesamten Beobachtungszeitraum kumuliert werden (z. B. Gesamtsumme an verstorbenen Bewohner:innen) werden mit Hilfe von statistischen Kenngrößen (N, arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Median, Minimum und Maximum) analysiert.

Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit

Die Einzelfragen der Fragebögen 06 (Pflegeeinrichtungen) und 07 (Hausärzt:innen) werden mit Hilfe von Häufigkeitstabellen und Likert-Grafiken ausgewertet. Dabei wird für jede Frage horizontal ein bei der Null zentriertes gestapeltes Balkendiagramm erstellt, bei dem die Ausprägungen unterschiedlich farblich markiert sind (Zustimmungen in Grüntönen, Ablehnung in Rottönen). In der Grafik werden die relativen Summenhäufigkeiten jeweils für Zustimmung (Kategorie „Stimme voll zu“ und „Stimme eher zu“) und Ablehnung (Kategorie „stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“) angegeben. Die Darstellung erfolgt gemäß der folgenden Subskalen:

Fragebogen 06 - Pflegeeinrichtungen:

- Konfliktfähigkeit (1, 2, 4, 5)
- Zusammenarbeit Pflege/Ärzt:innen und gegenseitige Anerkennung (3, 6, 8, 10, 11, 12, 13)
- Zusammenarbeit intern (7, 9, 14)

Fragebogen 07 – Hausärzt:innen:

- Konfliktfähigkeit (1, 2, 4, 5)
- Zusammenarbeit Pflege/Ärzt:innen und gegenseitige Anerkennung (3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16)
- Zusammenarbeit Hausärzt:innen (11)

Pro Zeitpunkt werden die Merkmale einmal als quantitative Merkmale mit Hilfe von statistischen Kenngrößen (N, arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Median, Minimum und Maximum) und einmal als qualitative Merkmale in Form von Häufigkeitstabellen ausgewertet. Grundlage bilden dabei bei Fragebogen 06 (Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit bei Pflegeeinrichtungen) die Anzahl an Pflegeeinrichtungen der Auswertepopulation zum jeweiligen Analysezeitpunkt. Bei Fragebogen 07 (Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit bei Hausärzt:innen) wird zur Berechnung der absoluten Häufigkeiten die Anzahl an rückgesendeten Fragebögen der Ärzt:innen herangezogen, die mit Pflegeeinrichtungen der Auswertepopulation zusammenarbeiten. Bei wiederholter Befragung werden die Ergebnisse im zeitlichen Verlauf dargestellt. Hierbei wird für quantitative Merkmale die Differenz zur Ersterhebung berechnet und analysiert. Sämtliche Ergebnisse werden separat für die Interventions- und die Kontrollgruppe analysiert.

Zur vergleichenden Darstellung innerhalb einer Pflegeeinrichtung werden bei den korrespondierenden 10 Fragen die intraindividuelle Differenz der Bewertung der Pflegeeinrichtung und

dem Median der Bewertung aller zu dieser Pflegeeinrichtung gehörenden Hausärzt:innen berechnet. Für alle Fragen außer 2 und 5 bedeuten hierbei negative Differenzen, dass die Pflegeeinrichtung besser bewertet hat als die Hausärzt:innen und positive Differenzen, dass eine schlechtere Bewertung der Pflegeeinrichtung im Vergleich zu den Hausärzt:innen vorlag. Da die beiden Fragen 2 und 5 negativ formuliert waren, ist die Bedeutung der Differenzen umgekehrt zu interpretieren. Die Analyse wird für jeden Erhebungszeitpunkt und jeweils separat für Interventions- und Kontrollgruppe berechnet.

2.7.3.3 Rekrutierung und Auswertepopulation

2.7.3.3.1 Rekrutierung der Einrichtungen und Hausärzt:innen

Wie in Kapitel 2.7.3.2.1 bereits beschrieben erfolgte die Rekrutierung seitens gemeinsamer Aktivitäten der KVS und der SPG:

Einschlussfähige Pflegeeinrichtungen sowie Haus- und Fachärzt:innen wurden zu Informationsveranstaltungen eingeladen. In allen Landkreisen wurden insgesamt 21 Informationsveranstaltungen durchgeführt. Es haben insgesamt 84 Einrichtungen an den Veranstaltungen teilgenommen, die Anzahl der daran teilgenommenen Haus- und Fachärzt:innen ist nicht bekannt.

Darüber hinaus wurde über lokale Medien (Presse, Rundfunk und Fernsehen) sowie auf den Homepages der SPG und KVS über das Projekt berichtet. Zudem wurden viele Telefonate der SPG und KVS zur persönlichen Information interessierter Einrichtungen bzw. Hausärzt:innen geführt.

Gegenüber der SPG haben 56 Einrichtungen ihr Interesse bekundet. Teilgenommen haben:

- Einrichtungen in der Entwicklungsphase (Phase 1)
- 3 Einrichtungen in Pilotphase (Phase 2)
- 16 Einrichtungen in der Interventionsphase (Phase 3 und 4):
 - Interventionsgruppe: LK NK (n=1), LK SLS (n = 5), LK Saarpfalz (n = 5)
 - Kontrollgruppe: Regionalverband SB (n = 3), LK Merzig-Wadern (n = 1), Landkreis WND (n = 1).

Die Anzahl interessierter Haus- und Fachärzt:innen ist nicht bekannt. Teilgenommen haben: In der Entwicklungs- und Pilotphase bilden 22 Hausärzt:innen acht Versorgungsgemeinschaften.

- Eine Versorgungsgemeinschaft besteht aus fünf Hausärzt:innen
- Eine Versorgungsgemeinschaft besteht aus drei Hausärzt:innen
- Vier Versorgungsgemeinschaften bestehen aus jeweils vier Hausärzt:innen
- Zwei weitere Versorgungsgemeinschaften bestehen aus jeweils sechs Hausärzt:innen

Einige Hausärzt:innen sind in mehreren Versorgungsgemeinschaften tätig:

- Sechs Hausärzt:innen sind in einer Versorgungsgemeinschaft tätig.
- Zwölf Hausärzt:innen sind in zwei Versorgungsgemeinschaften tätig.
- Vier Hausärzt:innen sind in drei Versorgungsgemeinschaften tätig.

In der Interventionsgruppe bilden 57 Haus- und Fachärzt:innen elf Versorgungsgemeinschaften:

- Eine Versorgungsgemeinschaft besteht aus zwei Hausärzt:innen
- Eine Versorgungsgemeinschaft besteht aus vier Hausärzt:innen
- Eine Versorgungsgemeinschaft besteht aus sechs Hausärzt:innen
- Eine Versorgungsgemeinschaft besteht aus zehn Hausärzt:innen
- Sieben Versorgungsgemeinschaften bestehen aus fünf Hausärzt:innen

Einige Hausärzt:innen sind in mehreren Versorgergemeinschaften tätig:

- 23 Hausärzt:innen sind in einer Versorgergemeinschaft tätig
- Sieben Hausärzt:innen sind in zwei Versorgergemeinschaften tätig
- Fünf Hausärzt:innen arbeiten in vier Versorgergemeinschaften.

In der Kontrollgruppe bilden 26 Haus- und Fachärzt:innen fünf Versorgergemeinschaften:

- Eine Versorgergemeinschaft besteht aus zwei Hausärzt:innen
- Zwei Versorgergemeinschaften bestehen aus vier Hausärzt:innen
- Zwei weitere Versorgergemeinschaften bestehen aus acht Hausärzt:innen

Alle Haus- und Fachärzt:innen arbeiten jeweils in einer Versorgergemeinschaft.

2.7.3.3.2 Auswertepopulation

Zur Auswertepopulation der quantitativen Erhebung gehören Einrichtungen der Projektphase 3 und 4 und Einrichtungen der Projektphase 2, die erst zu Projektphase 3 die Teilnahmeerklärung unterzeichnet haben. Dazu zählen insgesamt Einrichtungen der Interventionsgruppe, von denen eine unterzeichnete Teilnahmeerklärung vorliegt. Einrichtungen der Interventionsgruppe, die lediglich ein Interesse bekundet haben, aber keine Teilnahmeerklärung unterzeichnet haben, werden in der Auswertepopulation nicht berücksichtigt. Einrichtungen der Kontrollgruppe dagegen unterzeichnen erst zum Zeitpunkt, wenn Sie ebenfalls zur Intervention wechseln, die Teilnahmeerklärung. Gemäß dem Datenschutzkonzept werden Einrichtungen der Kontrollgruppe zur Auswertepopulation, wenn eine Teilnahmeabsicht zu Beginn der Projektphase 3 bestand, unabhängig davon, ob zum Ende der Projektphase 3 eine schriftliche Teilnahmeerklärung bestand. Zur Auswertepopulation der Kontrollgruppe der Ersterhebung gehören alle Einrichtungen, die Fragebögen zurückgesendet haben. Zur Auswertepopulation der Folgerhebungen nach 12 Monaten gehören 4 Einrichtungen, die zum Ende der Projektphase 3 eine Teilnahmeerklärung unterzeichnet haben und die Fragebögen der Folgerhebungen zurückgeschickt haben.

Im Sinne einer Intention-to-treat Analyse werden alle Einrichtungen in der Gruppe ausgewertet, zu der sie zu Beginn von Projektphase 3 randomisiert wurden bzw. Einrichtungen der Projektphase 2 werden zur Interventionsgruppe zugeordnet.

Die Auswertepopulation der Hausärzt:innen setzt sich zusammen aus allen Ärzt:innen, die mit einer Pflegeeinrichtung der Auswertepopulation zusammenarbeiten.

2.8 Bewertung des Nachhaltigkeitspotentials der neuen Versorgungsform

Ergänzend zu den bereits dargelegten Auswertungen wurde durch die Evaluator:innen des Projektes das Nachhaltigkeitspotential der neuen Versorgungsform bewertet. Diesbezüglich wurde erörtert, ob die SaarPHIR-Intervention und die mit ihr verbundenen Implementierungsstrategien in einer Form konzipiert sind, welche die Verstetigung der Neuerungen im Routinealltag der Versorgung begünstigen würde.

Die Einschätzung des Nachhaltigkeitspotentials erfolgte durch Triangulation der Evaluationsergebnisse aus den einzelnen Arbeitspaketen, welche im Rahmen eines Projekttreffens zusammengeführt und in der Gruppe reflektiert wurden. Als strukturgebende Basis wurde das vom National Health Service (NHS) Institute for Innovation and Improvement entwickelte Sustainability Model verwendet (Maher et al., 2010). Originär handelt es sich hierbei um ein

Selbstbewertungsinstrument für patientenversorgende Organisationen, welches zur Unterstützung von Veränderungsprozessen, z.B. im Zuge von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen, eingesetzt werden kann. Das Instrument leitet zur Bewertung von zehn Schlüsselfaktoren (vgl. Tabelle 18) an, welche mit zunehmendem Erfüllungsgrad eine Überführung von Neuerungen in den Versorgungsalltag wahrscheinlich machen und zur Verstetigung von Maßnahmen beitragen. Die zehn Schlüsselfaktoren entfallen auf übergeordneter Ebene auf die Domänen Prozess (vgl. Tabelle 18, Faktor 1-4), Personal (vgl. Tabelle 18, Faktor 5-8) und Organisation (vgl. Tabelle 18, Faktor 9 und 10).

Über alle Schlüsselfaktoren hinweg können insgesamt 100 Punkte erzielt werden. Mit zunehmender Gesamtpunktzahl wird dabei einer Maßnahme ein höheres Maß an Nachhaltigkeitspotential zugesprochen. Das verwendete Scoring-System des Instruments ist dem Evaluationsbericht als Anhang beigefügt (vgl. Kapitel 6, Anhang 7).

Tabelle 18: Faktoren des Sustainability Models

Faktor	Kurzbezeichnung	Fragestellung	Beispiel
1	Reichweite der Interventionsvorteile	In wie weit ergeben sich durch die Intervention Vorteile, welche über einen patienten-relevanten Nutzen hinausgehen?	Erleichterungen in den Arbeitsprozessen, Verminderung von Konflikten an prozessualen Schnittstellen
2	Bekanntheit und Akzeptanz der Interventionsvorteile	In wie weit sind die Vorteile der Intervention für alle Beteiligten offensichtlich und werden als solche eingeschätzt?	Vorteile können vom Gesundheitspersonal klar benannt werden
3	Anpassungsfähigkeit der Intervention	In wie weit können die Interventionsleistungen stabil erbracht werden, wenn sich Änderungen im Versorgungskontext gegeben?	Neuzusammensetzung eines Teams
4	Messbarkeit der Interventionsqualität und Vorhandensein geeigneter Messinstrumente	In wie weit sind Daten zur Qualitätsüberwachung der Interventionsleistung niederschwellig vorhanden?	Daten fallen im Rahmen der Routinedokumentation an
5	Personalbeteiligung im und Qualifikation für den interventionsbedingten Veränderungsprozess	In wie weit kann/konnte das Gesundheitspersonal bei der Ausgestaltung sowie Implementierung der Intervention mitwirken und wird/wurde geschult?	User-centered Design; Explizite Schulungsangebote
6	Befähigung des Personals zur nachhaltigen Verankerung der Intervention	In wie weit wird das Gesundheitspersonal bei der kontinuierlichen Verbesserung der Intervention unterstützt?	Befähigung zur Initiierung fortwährender PDSA-Zyklen im Rahmen des organisations-spezifischen, kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
7	Engagement der Geschäftsführung	In wie weit wird die Intervention vom Management der Organisation unterstützt?	Persönliches Engagement der Leitungsebene
8	Engagement der Führungskräfte auf Fachebene	In wie weit wird die Intervention durch die Fachvertretung befürwortet?	Persönliches Engagement der Pflege- bzw. Wohnbereichsleitung/ ärztlicher Leitungspersonen

9	Passung der Intervention zu Organisationszielen und -kultur	In wie weit korrespondiert die Intervention mit den Zielen und der Kultur der Organisation?	Innovationsklima
10	Organisationale Infrastruktur	In wie weit stehen der Organisation Ressourcen zur Verfügung, die eine dauerhafte Verankerung der Intervention ermöglichen?	Personal, Equipment, Personalqualifikation, angepasste Stellenbeschreibung

Quelle: Maher et al., 2010, Die Faktoren wurden zunächst wörtlich übersetzt und anschließend sprachlich an die in der Versorgungsforschung verwendeten Begrifflichkeiten angepasst.

Das Sustainability Model wurde von den Evaluator:innen des Projektes abweichend von seiner eigentlichen Verwendungsform organisationsübergreifend genutzt. Eine Bewertung jeder einzelnen teilnehmenden Einrichtung erfolgte nicht. Die erzielten Ergebnisse (Punkte) in den einzelnen Schlüsselfaktoren beschreiben den Umfang, in welchem im Projektzeitraum die Voraussetzungen für eine dauerhafte Integration der neuen Versorgungsform innerhalb der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und Versorgungsgemeinschaften sowie auf regionaler Ebene geschaffen werden konnten.

Durch den Vergleich des erreichten IST-Zustands nach Projektende mit dem maximal zu erreichenden Score, werden über alle Pflegeeinrichtungen und Landkreise des Saarlandes hinweg Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der SaarPHIR-Intervention sowie die Entwicklung ergänzender Implementierungsstrategien identifiziert und Empfehlungen hierfür formuliert. Sowohl die Bewertung des Ist-Zustands als auch die entwickelten Empfehlungen wurde im Rahmen eines Gruppenprozesses durch alle Evaluator:innen konsentiert.

2.9 Qualitative Comparative Analysis

Dem (aktiven) Kontext wird mit Blick auf die Wirksamkeit und nachhaltige Verankerung komplexer Interventionen eine wesentliche Bedeutung zugesprochen. Während eine komplexe Intervention in manchen Einrichtungen zügig implementiert werden kann und dort die erwartete Wirksamkeit entfaltet, bleibt das Ergebnis in anderen Organisationen bzw. Systemen hinter den Erwartungen zurück. Häufig resultiert diese Problematik aus einer unzureichenden Passung zwischen Intervention und Kontext, welche zudem durch eine dynamische Entwicklungen über die Zeit charakterisiert ist. Eine wichtige Voraussetzung für die Ausweitung eines neuen Versorgungskonzepts in weitere Regionen oder für die nachhaltige Verankerung in Bereichen, in denen das Versorgungskonzept bereits initial implementiert wurde, ist eine umfassende Exploration des Kontextes, seiner Interaktion mit der komplexen Intervention sowie die gelebten Implementierungsstrategien. Hieraus lassen sich Erkenntnisse zu Kernbestandteilen der Intervention, wichtigen Strategien und zu Nachhaltigkeitspotentialen ableiten. Komparative Methoden wie die konfigural arbeitende Qualitative Comparative Analysis (QCA) gelten in diesem Zusammenhang als probates Vorgehen, um die skizzierten Aspekte zu untersuchen. Mit Hilfe der QCA sollten im Projekt SaarPHIR hinreichende und notwendige Kontextbedingungen sowie im- und explizit eingesetzte Implementierungsstrategien identifiziert werden, die zu einem Erfolg der Interventionsumsetzung geführt haben. Die QCA sollte in Form einer Crisp-set Analyse erfolgen. Als Datengrundlage waren ausgewählte Parameter der quantitativen Befragungen der Prozessevaluation (zur Definition der eingesetzten Strategien und Kontextbedingungen) sowie die GKV-Routinedaten (zur Operationalisierung des Outcomes) vorgesehen. Die QCA sollte Einrichtungen mit Interessensbekundung zum Zeitpunkt der Randomisierung aus der Entwicklung- und Pilotregion, der Interventions- sowie der Kontrollgruppe berücksichtigen. Als Betrachtungszeitraum für die Bewertung des Erfolgs der Interventionsumsetzung war daher der sekundäre Beobachtungszeitraum vorgesehen (vgl. Abbildung 3).

Es wurde angenommen, dass erst durch den Einschluss aller Einrichtungen mit Interessensbe-
kundung eine Fallzahl erreicht wird, welche für eine gewisse Variation in der Ausprägung der
Kontextbedingungen, Strategien und im Outcome sorgt. Dieser Umstand ist für die Gewinnung
belastbarer Ergebnisse bei der Anwendung einer QCA von besonderer Relevanz, da so der
häufig auftretenden Problematik begrenzter empirischer Vielfalt entgegengewirkt werden
kann.

Aufgrund des geringen Anteils an Pflegeeinrichtungen, welche an den Befragungen mitgewirkt
haben (siehe Kapitel 2.7.3.3.1), konnte die QCA schlussendlich nicht realisiert werden. Um
trotzdem Aussagen zum Nachhaltigkeitspotential der Intervention treffen zu können, wurden
die im Evaluationskonzept geplanten Auswertungen ergänzt. Auf der Basis des vom National
Health Service (NHS) Institute for Innovation and Improvement entwickelten Sustainability
Model erfolgte eine Zusammenführung und erweiterte Interpretation der Ergebnisse der sum-
mativen Evaluation und der Prozessevaluation. Das diesbezüglich angewendete Vorgehen so-
wie die Ergebnisse sind in Kapitel 2.8 sowie 3.4 dargelegt.

3. Ergebnisse der Evaluation

3.1 Wirksamkeitsanalysen und Gesundheitsökonomische Betrachtung

3.1.1 Routinedatenbasierte Analysen

Insgesamt lieferten die beteiligten Krankenkassen Daten zu 15.847 Versicherten, die im Zeit-
raum der Datenlieferung in 513 Pflegeheimen betreut wurden. Davon wurden für die primäre
Analyse (geschlossene ITT-Population) insgesamt 44 Pflegeheime (IG n= 28; KG n= 16) und
1.733 Bewohner:innen (IG n= 1.053; KG n= 680) berücksichtigt. Für Analysen der geschlosse-
nen PP1-Population wurden 26 Pflegeheime (IG n= 10; KG n= 16) und 1.108 Bewohner:innen
(IG n= 428; KG n= 680) einbezogen. Teil der geschlossenen PP2-Population waren 259 Bewoh-
ner:innen in der IG mit projektspezifischen Leistungen und 630 Bewohner:innen ohne Saar-
PHIR-Leistungen. Abbildung 4 bildet diesen Selektionsprozess unter Angabe der Ein- bzw. Aus-
schlussgründe für die geschlossenen Analysepopulationen ab.

Abbildung 4: Flussdiagramm der gelieferten Routinedaten mit Angabe des Ein- und Ausschlusses in Bezug zu geschlossenen Analysepopulationen

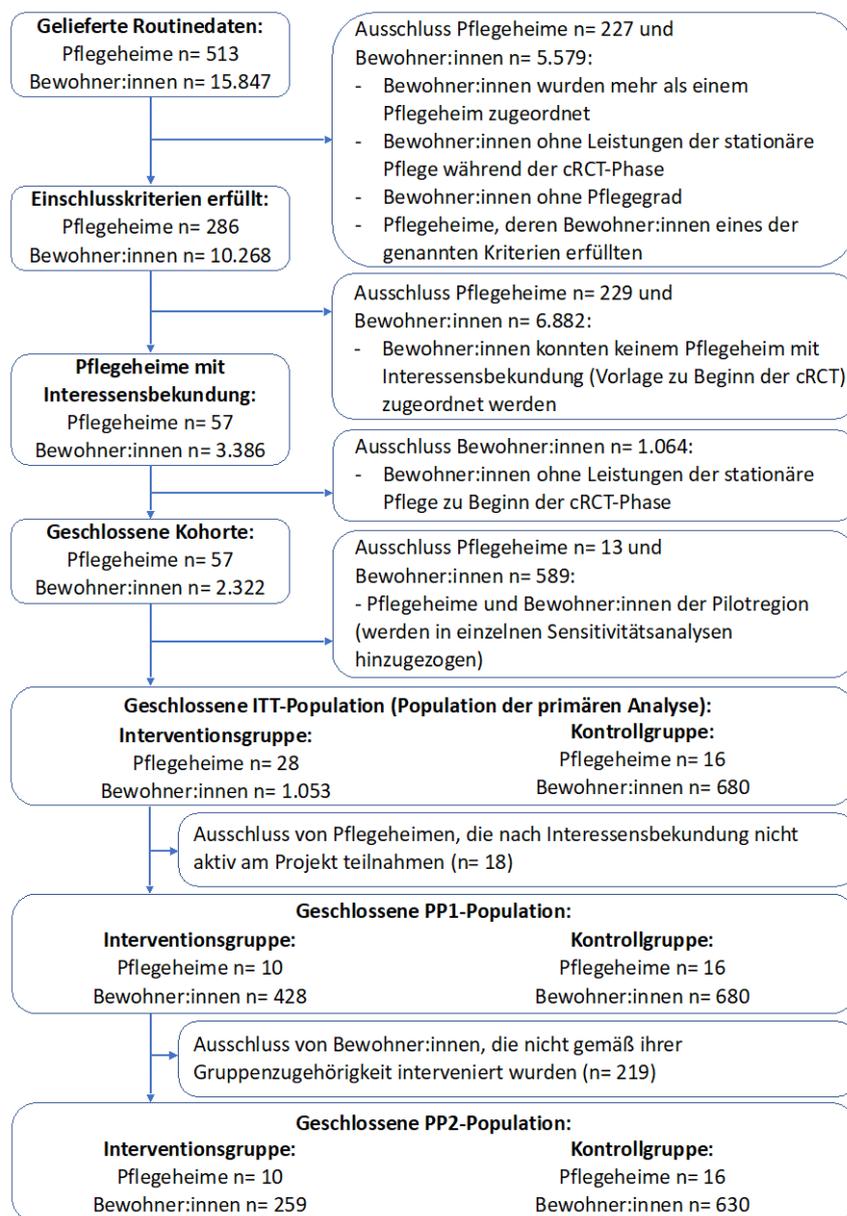


Tabelle 19 zeigt die Basischarakteristika der geschlossenen ITT-Population, die zur primären Analyse herangezogen wurde, unterteilt nach randomisierten Gruppen.

Tabelle 19: Darstellung der Baselinecharakteristika der Bewohner:innen der ITT-Population, unterteilt nach den randomisierten Gruppen

	Gesamt	IG	KG
	N = 1.733	N = 1.053	N = 680
Alter	82 (11)	83 (10)	80 (11)
Geschlecht			
Männlich	554 (32%)	314 (30%)	240 (35%)

	Gesamt N = 1.733	IG N = 1.053	KG N = 680
Weiblich	1.179 (68%)	739 (70%)	440 (65%)
Pflegegrad			
1	48 (2,8%)	23 (2,2%)	25 (3,7%)
2	542 (31,3%)	335 (31,8%)	207 (30,4%)
3	606 (35,0%)	363 (34,5%)	243 (35,7%)
4	384 (22,1%)	232 (22,0%)	152 (22,4%)
5	153 (8,8%)	100 (9,5%)	53 (7,8%)
HRQoL-Index	11 [7;15]	11 [7;15]	10 [7;16]
Charlson Komorbiditätsindex	3 [1;5]	3 [1;5]	3 [1;5]
Diederich's List of Chronic Diseases	4 [3;6]	4 [3;6]	4 [2;6]
Hospitalisierung vor cRCT	1,01 (1,39)	1,00 (1,36)	1,04 (1,44)
Anzahl Bewohner:innen ohne KH-Fall	916 (52,9%)	560 (53,2%)	356 (52,4%)
Anzahl Bewohner:innen mit 1-3 KH-Fälle	714 (41,2%)	436 (41,4%)	278 (40,9%)
Anzahl Bewohner:innen mit >= 4 KH-Fälle	103 (5,9%)	57 (5,4%)	46 (6,8%)
Anzahl Bewohner:innen mit 0-5 KH-Tagen	1.146 (66,1%)	701 (66,6%)	445 (65,4%)
Anzahl Bewohner:innen mit 6-10 KH-Tagen	192 (11,1%)	115 (10,9%)	77 (11,3%)
Anzahl Bewohner:innen 11-20 KH-Tagen	185 (10,7%)	112 (10,6%)	73 (10,7%)
Anzahl Bewohner:innen >= 21 KH-Tagen	210 (12,1%)	125 (11,9%)	85 (12,5%)
Anzahl Bewohner:innen ohne ASD-Fall	1.280 (73,9%)	784 (74,5%)	496 (73,0%)
Anzahl Bewohner:innen 1-3 ASD-Fällen	429 (24,8%)	256 (24,3%)	173 (25,4%)

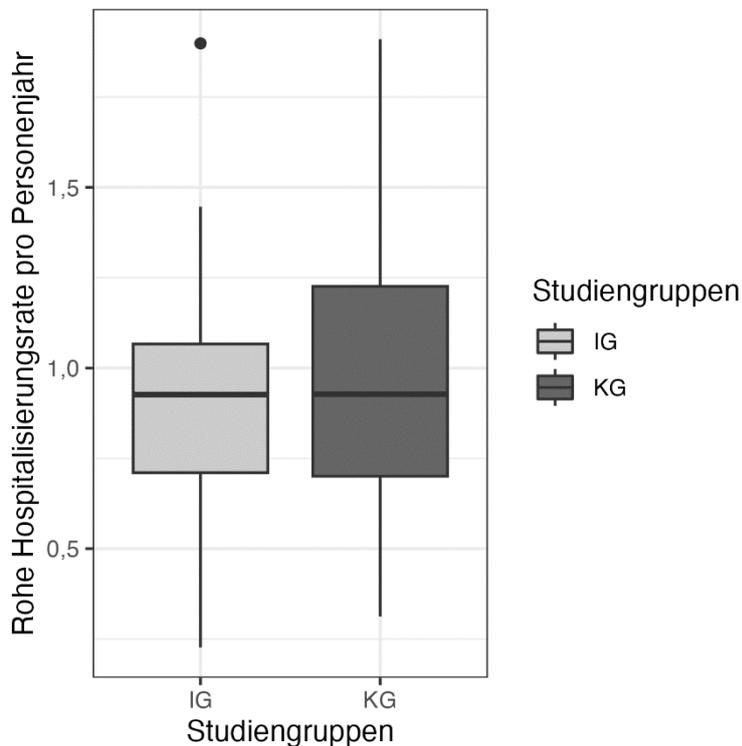
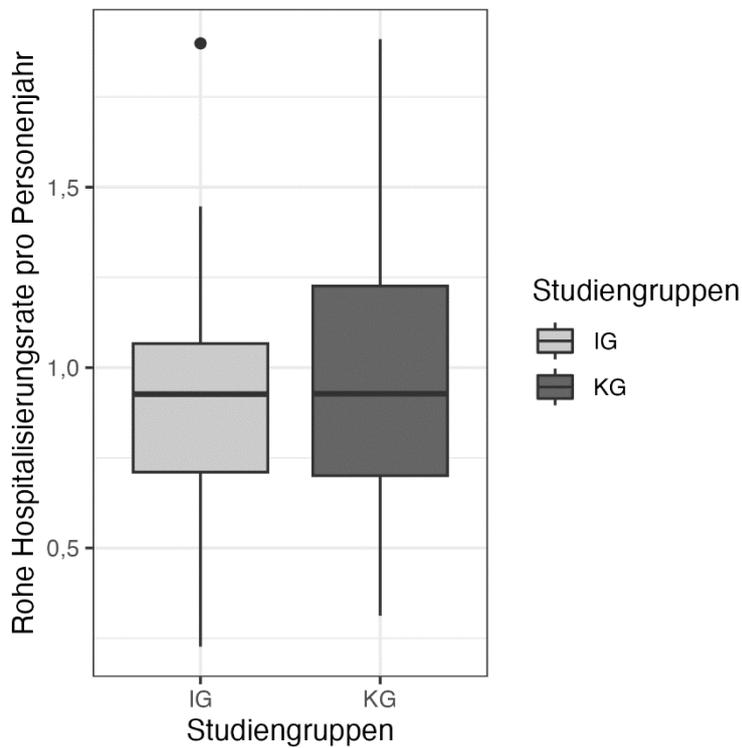
	Gesamt N = 1.733	IG N = 1.053	KG N = 680
Anzahl Bewohner:innen >= 4 ASD-Fällen	24 (1,4%)	13 (1,2%)	11 (1,6%)
Anzahl Bewohner:innen ohne PSD-Fall	1.240 (71,6%)	762 (72,4%)	478 (70,3%)
Anzahl Bewohner:innen 1-3 PSD-Fällen	469 (27,0%)	278 (26,4%)	191 (28,1%)
Anzahl Bewohner:innen >= 4 PSD-Fällen	24 (1,4%)	13 (1,2%)	11 (1,6%)

Bei kontinuierlichen Daten ist entweder Mittelwert (SD) oder Median [1. Quartil; 3. Quartil] angegeben.

Insgesamt wurden in der geschlossenen ITT-Population 1.733 Bewohner:innen beobachtet. Davon wurden n = 1.053 Bewohner:innen der IG und n = 680 Bewohner:innen der KG zugeordnet. Die Population der IG war im Mittel 83 Jahre alt, die der KG etwas jünger (80 Jahre). Insgesamt waren 68% (n = 1.179) der Bewohner:innen weiblich und wiesen zu 35% (n = 606) einen Pflegegrad 3 auf. Der Charlson Komorbiditätsindex ist in den randomisierten Gruppen vergleichbar. In beiden Studiengruppen wurde bei ca. 53% (n= 560 bzw. n = 356) der Bewohner:innen im primären Beobachtungszeitraum kein Krankenhausaufenthalt identifiziert. Ca. 40% der Bewohner:innen hatten bis zu drei Krankenhaufälle, während bei 5% der IG bzw. 7% der KG Bewohner:innen mehr als drei Krankenhaufälle verzeichnet wurden. Es wurden bei ca. 26% bzw. 28% der Bewohner:innen der Gesamtpopulation mindestens ein ASK bzw. PSK identifiziert. Insgesamt zeigen die Charakteristika der Populationen keine wesentlichen Unterschiede.

Der Median der rohen Hospitalisierungsrate pro Personenjahr liegt in beiden Gruppen knapp über 1 und zeigt damit keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Studiengruppen. Die rohe Rate zeigt in beiden Gruppen eine gewisse Streuung, wobei die IQR in der KG etwas größer ist (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Boxplot der beobachteten (rohen) Hospitalisierungen pro Personenjahr in der cRCT-Phase je Studiengruppe.



Hospitalisierung (primärer Endpunkt)

In den Tabelle 20 bis Tabelle 24 werden die Analysen zum primären Endpunkt Hospitalisierung dargestellt. Die aufgeführten Intercepts können als Baseline-adjustierte Hospitalisierungsrate pro Personentag und die Regressionskoeffizienten als Hospitalisierungsratenratios (Incidence rate ratio, IRR) interpretiert werden. Die unabhängige Variable „Hospitalisierungen 12 Monate vor Beginn der cRCT“ ist statistisch signifikant mit der Hospitalisierungsrate assoziiert

während für die Intervention keine statistisch signifikanten Effekte zu verzeichnen sind. Dies gilt sowohl für die primäre Analyse (Modell 1) als auch für die Sensitivitätsanalysen in der geschlossenen ITT-Population (Modell 2-4). Dabei zeigt das IRR in Modell 1 mit 0,94 (95% KI: 0,78-1,14; p-Wert: 0,5) ähnlich wie in den Modellen 2-4 eine positive Tendenz für die Intervention, was einer absoluten Reduktion von -0,04 Hospitalisierungen pro Personenjahr entspricht (95% KI: -0,14-0,09) (vgl. Tabelle 20).

In den Modellen 3 und 4 wurden zudem die Variablen Geschlecht, Alter und Komorbidität als feste Effekte berücksichtigt. Die Ergebnisse sind über diese Modelle hinweg weitestgehend identisch. So geht beispielsweise das weibliche Geschlecht mit einer geringeren Hospitalisierungsrate einher, während das Alter sowie Komorbidität mit einer leichten Erhöhung der Hospitalisierungsrate assoziiert ist.

Tabelle 20: Ergebnisse zum primären Endpunkt - Effekte auf die Hospitalisierungsrate in der ITT-Population

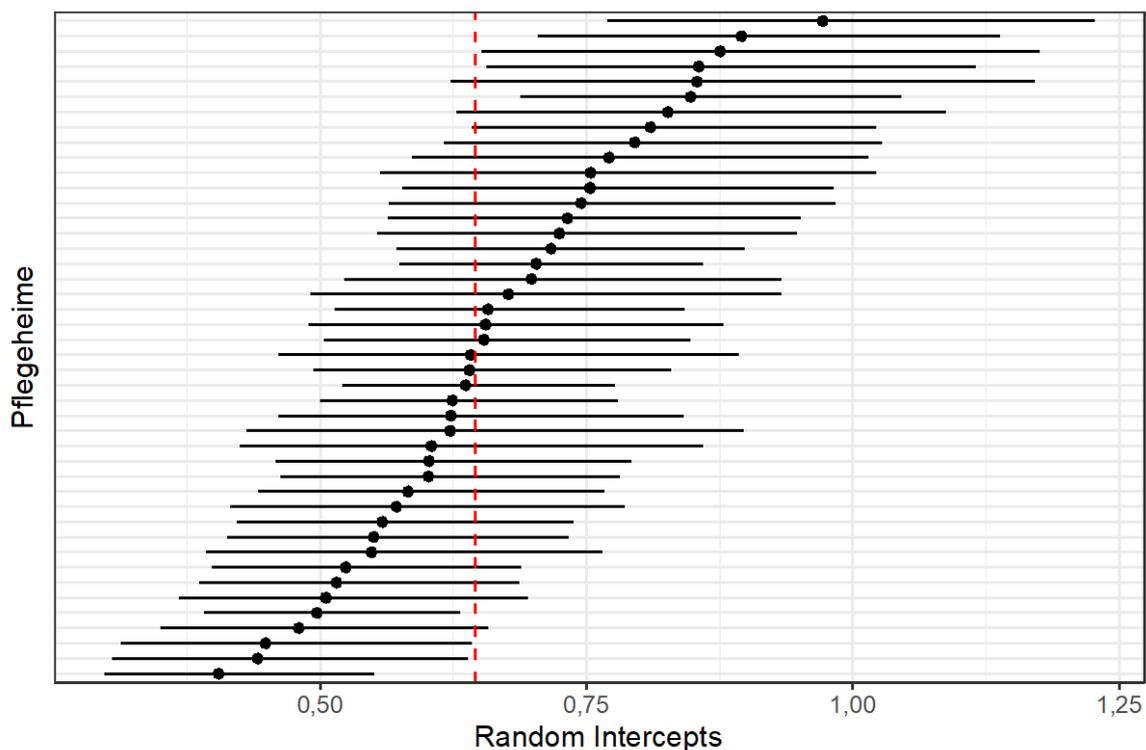
Endpunkt Hospitalisierung	Modell 1			Modell 2			Modell 3			Modell 4		
	IRR	95% KI	p-Wert									
(Intercept)	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001
KG	—	—		—	—		—	—		—	—	
IG	0,94	0,78; 1,14	0,5	0,96	0,81; 1,16	0,7	0,96	0,80; 1,16	0,6	0,99	0,84; 1,17	0,7
Hospitalisierung vor cRCT	1,31	1,27; 1,34	<0,001	1,41	1,35; 1,49	<0,001	1,27	1,23; 1,30	<0,001	1,25	1,22; 1,27	<0,001
Geschlecht												
Männlich							—	—		—	—	
Weiblich							0,74	0,66; 0,82	<0,001	0,76	0,69; 0,83	<0,001
Alter							1,00	1,00; 1,01	0,10	1,00	1,00; 1,01	0,065
Charlson Komorbiditätsindex							1,06	1,04; 1,08	<0,001	1,06	1,05; 1,08	<0,001
Random Effekt Einrichtung												
Intercept SD	0,25			0,15			0,24			0,22		

Abkürzungen: IRR = Incidence Rate Ratio, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, SD = Standardabweichung, ITT = Intention to treat

Der primäre Endpunkt umfasst alle Hospitalisierungen im Beobachtungszeitraum (inkl. inzidente und wiederholte Hospitalisierungen). Modell 1: Ergebnisse der primären Analyse, IRR und KI wurden mittels Poisson Regression in der geschlossenen ITT-Population im primären Beobachtungszeitraum geschätzt. Modell 2: abweichend zu Modell 1 wurden IRR und KI mittels Negativ-binomial Regression geschätzt. Modell 3: abweichend zu Modell 1 wurden in der Analyse weitere unabhängige Variablen als feste Effekte berücksichtigt. Modell 4: abweichend zu Modell 1 wurde für die Analyse der sekundäre Beobachtungszeitraum herangezogen und weitere unabhängige Variablen als feste Effekte berücksichtigt.

Die Standardabweichung (SD) der Zufallseffekte auf Pflegeheimebene liegt bei den Modellen 1, 3 und 4 weitestgehend identisch bei ca. 0,24 und sinkt bei Modell 2 auf 0,15 (vgl. Tabelle 20). Die geringere SD des Zufallseffekts in Modell 2 kann durch die Negativ-binomial Regression und die damit verbundene Korrektur der Überdispersion erklärt werden. Abbildung 6 zeigt die Intercepts der Pflegeheime inkl. 95% Konfidenzintervall, um die Streuung der geschätzten Basis-Hospitalisierungsraten pro Personenjahr (adjustiert für Hospitalisierung vor cRCT) zu verdeutlichen. Dabei sind Pflegeheime mit ca. 0,4 Hospitalisierungen pro Personenjahr wie auch Pflegeheime mit ca. 1,0 Hospitalisierungen pro Personenjahr vertreten. Dieser Streuung konnte durch die Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur in den Analysemodellen Rechnung getragen werden.

Abbildung 6: Darstellung der geschätzten Basis-Hospitalisierungsraten pro Personenjahr (Random Intercept) inkl. 95% Konfidenzintervall pro Pflegeheim sowie der geschätzten mittleren Basis-Hospitalisierungsrate pro Personenjahr (rote gestrichelte Linie, Fixed Intercept) auf Basis des primären Analysemodells



Weitere Sensitivitätsanalysen wurden unter Berücksichtigung der PP1- und PP2-Populationen durchgeführt. Auch wenn sich die positiven Tendenzen im IRR für die IG in der offenen sowie in der geschlossenen PP1-Population fortführen, sind diese bei dem zugrundeliegenden Signifikanzniveau von 5 % nicht statistisch signifikant (vgl. jeweils Modell 1-2 in Tabelle 21 und Tabelle 22). Es zeigen sich jedoch positive Effekte für die Intervention in den Analysen der geschlossenen und offenen PP2-Population mit einem IRR von 0,69 (95% KI: 0,52-0,93; p-Wert 0,015) bzw. 0,67 (95% KI: 0,50-0,91; p-Wert: 0,011) (vgl. jeweils Modell 3 in Tabelle 21 und Tabelle 22). Die absolute Reduktion der Hospitalisierungen pro Personenjahr beträgt in der offenen PP2-Population somit -0,26 (95% KI: -0,41(-0,07)) für die Interventionsgruppe bezogen auf die durchschnittlichen Charakteristika der Population (vgl. Modell 3 in Tabelle 22).

Tabelle 21: Ergebnisse der Poisson Regression für Hospitalisierungen mit rekurrenten Ereignissen in den geschlossenen PP-Populationen

Endpunkt Hospitalisierung	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	IRR	95% KI	p-Wert	IRR	95% KI	p-Wert	IRR	95% KI	p-Wert
(Intercept)	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001
KG	—	—		—	—		—	—	
IG	0,91	0,75; 1,10	0,3	0,90	0,74; 1,10	0,3	0,69	0,52; 0,93	0,015
Hospitalisierung vor cRCT	1,34	1,26; 1,43	<0,001	1,25	1,21; 1,29	<0,001	1,24	1,20; 1,29	<0,001
Geschlecht									
Männlich	—	—		—	—		—	—	
Weiblich	0,67	0,55; 0,82	<0,001	0,74	0,65; 0,85	<0,001	0,88	0,75; 1,03	0,10
Alter	1,01	1,00; 1,02	0,026	1,01	1,00; 1,02	0,003	1,01	1,00; 1,02	0,007
Charlson Komorbiditätsindex	1,05	1,01; 1,08	0,010	1,05	1,03; 1,08	<0,001	1,05	1,02; 1,07	0,001
Random Effekt Einrichtung	0,04			0,19			0,27		
Intercept SD									

Abkürzungen: IRR = Incidence Rate Ratio, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, SD = Standardabweichung, ITT = Intention to treat
 Die hier abgebildeten Sensitivitätsanalysen beziehen sich auf die Analyse aller Hospitalisierungen (inkl. inzidente und wiederholte Hospitalisierungen) in den geschlossenen PP-Populationen. Modell 1: IRR und KI wurden mittels Negativ-binomial Regression in der geschlossenen PP1-Population im primären Beobachtungszeitraum geschätzt. Modell 2: abweichend zu Modell 1 wurden IRR mittels Poisson Regression geschätzt. Modell 3: abweichend zu Modell 1 wurde in der Analyse die PP2-Population berücksichtigt, d.h. in der IG wurden nur Bewohner:innen berücksichtigt, die auch eine Interventionsleistung erhalten haben.

Tabelle 22: Ergebnisse der Poisson Regression für Hospitalisierungen mit rekurrenten Ereignissen in den offenen PP-Populationen

Endpunkt Hospitalisierung	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	IRR	95% KI	p-Wert	IRR	95% KI	p-Wert	IRR	95% KI	p-Wert
(Intercept)	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001
KG	—	—		—	—		—	—	
IG	0,88	0,72; 1,08	0,2	0,90	0,73; 1,10	0,3	0,67	0,50; 0,91	0,011
Hospitalisierung vor cRCT	1,27	1,21; 1,33	<0,001	1,20	1,18; 1,23	<0,001	1,19	1,16; 1,22	<0,001
Geschlecht									
Männlich	—	—		—	—		—	—	
Weiblich	0,70	0,60; 0,83	<0,001	0,76	0,68; 0,86	<0,001	0,86	0,75; 0,99	0,036
Alter	1,01	1,00; 1,02	0,002	1,01	1,00; 1,01	0,001	1,01	1,00; 1,02	0,004
Charlson Komorbiditätsindex	1,04	1,01; 1,07	0,008	1,04	1,02; 1,06	<0,001	1,04	1,02; 1,06	<0,001
Random Effekt Einrichtung	0,15			0,21			0,31		
Intercept SD									

Abkürzungen: IRR = Incidence Rate Ratio, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, SD = Standardabweichung, ITT = Intention to treat
 Die hier abgebildeten Sensitivitätsanalysen beziehen sich auf die Analyse aller Hospitalisierungen (inkl. inzidente und wiederholte Hospitalisierungen) in den offenen PP-Populationen. Modell 1: IRR und KI wurden mittels Negativ-binomial Regression in der offenen PP1-Population im primären Beobachtungszeitraum geschätzt. Modell 2: abweichend zu Modell 1 wurden IRR mittels Poisson Regression geschätzt. Modell 3: abweichend zu Modell 1 wurde in der Analyse die PP2-Population berücksichtigt, d.h. in der IG wurden nur Bewohner:innen berücksichtigt, die auch eine Interventionsleistung erhalten haben.

Um zu untersuchen, inwiefern eine frühzeitige Implementierung im Vergleich zu einer späten bzw. keiner Implementierung der Intervention die Interventionseffekte beeinflusst, wurden die Daten aus der Entwicklungs- und Pilotregion für den primären Beobachtungszeitraum in der Analyse berücksichtigt (vgl. Tabelle 23). Ähnlich wie in der primären Analyse (Modell 1) zeigt sich auch in der Pilotregion eine leicht positive Tendenz, jedoch keine statistische Signifikanz (p-Wert > 0,05).

Tabelle 23: Ergebnisse der Poisson Regression für Hospitalisierungen mit rekurrenten Ereignissen in Abhängigkeit vom Implementationszeitpunkt

Endpunkt Hospitalisierung	Modell 1			Modell 2		
	IRR	95% KI	p-Wert	IRR	95% KI	p-Wert
(Intercept)	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001
KG	—	—		—	—	
IG (späte Implementation)	0,95	0,80; 1,12	0,5	0,93	0,77; 1,13	0,5
Pilot (frühzeitige Implementation)				0,90	0,73; 1,12	0,3
Hospitalisierung vor cRCT	1,29	1,27; 1,32	<0,001	1,30	1,27; 1,33	<0,001
Random Effekt Einrichtung						
Intercept SD	0,22			0,23		

Abkürzungen: IRR = Incidence Rate Ratio, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, SD = Standardabweichung, ITT = Intention to treat
 Der primäre Endpunkt umfasst alle Hospitalisierungen im Beobachtungszeitraum (inkl. inzidente und wiederholte Hospitalisierungen). Modell 1: Ergebnisse der primären Analyse, IRR und KI wurden mittels Poisson Regression in der geschlossenen ITT-Population im primären Beobachtungszeitraum geschätzt. Modell 2: abweichend zu Modell 1 wurden für die Analyse zudem die Pflegeheime der Pilotregion zum Vergleich hinzugezogen.

Tabelle 24 zeigt die Ergebnisse der logistischen Regression für die erste Hospitalisierung (ohne rekurrente Ereignisse) im primären Beobachtungszeitraum für die offene PP-Population. Die aufgeführten Intercepts können als Baseline-adjustierte Odds und die Regressionskoeffizienten als Odds Ratio (OR) interpretiert werden. Auch hier können für die Intervention keine statistisch signifikanten Effekte verzeichnet werden (OR 0,95; 95% KI: 0,76-1,20). Die festen Effekte sind mit den Ergebnissen der Poisson Regressionen für den primären Endpunkt Hospitalisierungen mit rekurrenten Ereignissen vergleichbar.

Tabelle 24: Ergebnisse der logistischen Regression für Hospitalisierungen ohne rekurrenten Ereignissen in Abhängigkeit vom Implementationszeitpunkt für die offene PP-Population

Endpunkt	Erste Hospitalisierung ohne rekurrente Ereignisse		
	OR	95% KI	p-Wert
(Intercept)	0,67	0,53; 0,84	<0,001
KG	—	—	
IG (späte Implementation)	0,95	0,76; 1,20	0,7
Pilot (frühzeitige Implementation)	1,10	0,87; 1,39	0,4
Hospitalisierung vor cRCT	1,24	1,16; 1,32	<0,001
Geschlecht			
Männlich	—	—	
Weiblich	0,67	0,55; 0,81	<0,001
Alter	1,00	0,99; 1,01	0,6
Charlson Komorbiditätsindex	1,07	1,04; 1,11	<0,001
Random Effekt Einrichtung			
Intercept SD	0,10		

Abkürzungen: PSK = Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, SD = Standardabweichung, ITT = Intention to treat, PP = Per Protokoll
Der Endpunkt umfasst jeweils die erste Hospitalisierung im Beobachtungszeitraum ohne rekurrente Ereignisse. OR und KI wurden mittels logistischer Regression in der offenen PP1-Population im primären Beobachtungszeitraum geschätzt.

Ambulant- bzw. Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle

In Tabelle 25 werden die Analysen der sekundären Endpunkte Ambulant- und Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle (ASK bzw. PSK) für die offene PP-Population dargestellt.

Während die Ergebnisse der Poisson Regression lediglich einen tendenziell positiven Einfluss der Intervention auf die ASK- bzw. PSK-spezifische Hospitalisierungsrate zeigen, ist eine statistisch signifikante Verbesserung der PSK-spezifischen Hospitalisierungsrate in den Ergebnissen der Negativ-binomial Regression zu sehen. Dabei liegt das mittels Poisson Regression geschätzte IRR für PSK (Modell 1) bei 0,62 (95% KI: 0,62-1,02) und das mittels Negativ-binomial Regression (Modell 2) geschätzte IRR bei 0,75 (95% KI: 0,59-0,96).

In allen Modellen zeigen die Effektschätzer der unabhängigen Variablen, dass das weibliche Geschlecht auch hier wieder mit einer geringeren spezifischen Hospitalisierungsrate einhergeht. Die Hospitalisierung 12 Monate vor Beginn der cRCT, das Alter sowie Komorbidität sind mit einer (leichten) Erhöhung der spezifischen Hospitalisierungsraten verbunden.

Tabelle 25: Regressionsergebnisse für Ambulant- und Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle

Endpunkte	ASK			PSK (Modell 1)			PSK (Modell 2)		
	IRR	95% KI	p-Wert	IRR	95% KI	p-Wert	IRR	95% KI	p-Wert
(Intercept)	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001
KG	—	—		—	—		—	—	
IG	0,85	0,66; 1,09	0,2	0,80	0,62; 1,02	0,076	0,75	0,59; 0,96	0,022
Hospitalisierung vor cRCT	1,23	1,19; 1,27	<0,001	1,24	1,21; 1,28	<0,001	1,33	1,25; 1,41	<0,001
Geschlecht									
Männlich	—	—		—	—		—	—	
Weiblich	0,73	0,61; 0,88	<0,001	0,80	0,67; 0,94	0,007	0,73	0,58; 0,91	0,005
Alter	1,01	1,00; 1,02	0,013	1,01	1,00; 1,02	0,010	1,02	1,01; 1,03	0,003
Charlson Komorbiditätsindex	1,09	1,06; 1,12	<0,001	1,07	1,04; 1,10	<0,001	1,07	1,03; 1,11	<0,001
Random Effekt Einrichtung									
Intercept SD	0,22			0,23			0,14		

Abkürzungen: ASK = Ambulant-sensitive Krankenhausfälle, PSK= Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle, IRR = Incidence Rate Ratio, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, SD = Standardabweichung, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, PP = Per Protokoll IRR und KI für die Endpunkte ASD und PSD (Modell 1) wurden mittels Poisson Regression in der offenen PP1-Population im primären Beobachtungszeitraum geschätzt. In Modell 2 wurden IRR und KI für den Endpunkt PSD mittels Negativ-binomial Regression in der offenen PP1-Population im primären Beobachtungszeitraum geschätzt.

Die Ergebnisse der logistischen Regression für den ersten PSK (ohne rekurrente Ereignisse) im primären Beobachtungszeitraum sind ebenfalls für die offene PP-Population in Tabelle 26 abgebildet. Dabei zeichnen sich mit einem OR von 0,77 (95% KI: 0,57-1,03) wieder positive Tendenzen in der IG ab. Die festen Effekte sind mit den Ergebnissen der Poisson Regressionen für den Endpunkt PSK mit rekurrenten Ereignissen vergleichbar.

Tabelle 26: Ergebnisse der logistischen Regression für Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle in Abhängigkeit vom Implementationszeitpunkt

Endpunkt	Erster PSK ohne rekurrente Ereignisse		
	OR	95% KI	p-Wert
(Intercept)	0,27	0,21; 0,36	<0,001
KG	—	—	
IG (späte Implementation)	0,77	0,57; 1,03	0,077
Pilot (frühzeitige Implementation)	0,97	0,71; 1,32	0,8
Hospitalisierung vor cRCT	1,26	1,19; 1,35	<0,001
Geschlecht			
Männlich	—	—	
Weiblich	0,71	0,57; 0,88	0,002
Alter	1,01	1,00; 1,02	0,3
Charlson Komorbiditätsindex	1,08	1,04; 1,12	<0,001
Random Effekt Einrichtung			
Intercept SD	0,21		

Abkürzungen: PSK = Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, SD = Standardabweichung, ITT = Intention to treat, PP = Per Protokoll
Der Endpunkt umfasst jeweils den ersten PSK im Beobachtungszeitraum ohne rekurrente Ereignisse. OR und KI wurden mittels logistischer Regression in der offenen PP1-Population im primären Beobachtungszeitraum geschätzt.

Mortalität

Die Analyseergebnisse zur Mortalität sind in Tabelle 27 zusammengefasst. Die aufgeführten Intercepts können als Baseline-adjustierte Mortalitätsraten und die Regressionskoeffizienten als Mortalitätsratenratios (MRR) interpretiert werden. Die unabhängige Variable „Hospitalisierungen 12 Monate vor Beginn der cRCT“ ist statistisch signifikant mit der Mortalitätsrate assoziiert, während für die Intervention keine statistisch signifikanten Effekte zu verzeichnen sind. Dies gilt sowohl für Pflegeheime der IG mit einer späten Implementierung der Intervention, als auch für Pflegeheime der Pilotregion in denen eine frühzeitige Implementierung der Intervention stattgefunden hat. Diese Ergebnisse sind unabhängig von der betrachteten Population und Beobachtungszeiträume (Modell 1-3).

Tabelle 27: Effekt der Intervention auf Mortalität in Abhängigkeit vom Implementationszeitpunkt.

Endpunkt Mortalität	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	MRR	95% KI	p-Wert	MRR	95% KI	p-Wert	MRR	95% KI	p-Wert
(Intercept)	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001	0,00	0,00; 0,00	<0,001
KG	—	—		—	—		—	—	
IG (späte Implementation)	1,02	0,86; 1,20	0,8	1,11	0,88; 1,40	0,4	1,04	0,80; 1,36	0,7
Pilot (frühzeitige Implementation)	0,92	0,75; 1,12	0,4	0,97	0,75; 1,24	0,8	0,98	0,74; 1,30	0,9
Hospitalisierung vor cRCT	1,14	1,09; 1,19	<0,001	1,15	1,08; 1,22	<0,001	1,14	1,09; 1,19	<0,001
Geschlecht									
Männlich	—	—		—	—		—	—	
Weiblich	0,64	0,55; 0,73	<0,001	0,55	0,45; 0,68	<0,001	0,59	0,50; 0,70	<0,001
Alter	1,05	1,04; 1,06	<0,001	1,05	1,04; 1,07	<0,001	1,05	1,04; 1,06	<0,001
Charlson Komorbiditätsindex	1,03	1,01; 1,06	0,006	1,01	0,98; 1,05	0,4	1,02	1,00; 1,05	0,10
Random Effekt Einrichtung	0,12			0,06			0,22		
Intercept SD									

Abkürzungen: MRR = Mortality Rate Ratio, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, ITT = Intention to treat, PP= Per Protokoll

Modell 1: MRR und KI wurden mittels Poisson Regression in der geschlossenen ITT-Population im sekundären Beobachtungszeitraum geschätzt. Modell 2: abweichend zu Modell 1 wurde für die Analyse die geschlossene PP1-Population im primären Beobachtungszeitraum herangezogen. Modell 3: abweichend zu Modell 1 wurde für die Analyse die offene PP1-Population im primäre Beobachtungszeitraum herangezogen.

Lebensqualität

Die aufgeführten Intercepts in Tabelle 28 können als Baseline-adjustierter Lebensqualitätsindex und die Regressionskoeffizienten als Steigungskoeffizienten interpretiert werden. Dabei scheint die Intervention keinen signifikanten Effekt auf den über Routinedaten gemessenen Lebensqualitätsindex (HRQoL-Index) zu haben (vgl. Tabelle 28). Dies gilt sowohl für die Analyse in der geschlossenen ITT-Population (Modell 1), als auch für die Analyse in der offenen PP1-Population (Modell 2) im primären Beobachtungszeitraum.

Tabelle 28: Regressionsergebnisse der über Routinedaten gemessenen Lebensqualität

Endpunkt HRQoL	Modell 1			Modell 2		
	Effekt- schätzer	95% KI	p-Wert	Effekt- schätzer	95% KI	p-Wert
(Intercept)	13	12; 14	<0,001	5,2	4,2; 6,1	<0,001
KG	—	—		—	—	
IG	0,19	-0,80; 1,20	>0,9	0,31	-0,61; 1,2	0,5
Hospitalisierung vor cRCT	-0,61	-0,89; -0,34	<0,001	-0,57	-0,77; -0,37	<0,001
HRQoL zu Beginn der cRCT				0,66	0,61; 0,71	<0,001
Geschlecht						
Männlich				—	—	
Weiblich				0,52	-0,17; 1,2	0,14
Alter				-0,04	-0,07; -0,01	0,019
Random Effekt Einrichtung						
Intercept SD	0,91			0,71		
Residual SD	7,9			6,3		

Abkürzungen: HRQoL = Health-Related Quality of Life, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, SD = Standardabweichung, ITT = Intention to treat, PP = Per Protokoll

Den Endpunkt bildet der über Routinedaten berechnete HRQoL-Index zum Ende der cRCT. Effektschätzer und KI wurden mittels linearer Regression in der geschlossenen ITT-Population (Modell 1) und in der offenen PP1-Population (Modell 2) im primären Beobachtungszeitraum geschätzt.

Krankenhaustage

Tabelle 29 zeigt die Ergebnisse der linearen Regression für den Endpunkt Krankenhaustage. Die aufgeführten Intercepts können als Baseline-adjustierte Krankenhaustage und die Regressionskoeffizienten als Steigungskoeffizient interpretiert werden. Dabei scheint auch hier die Intervention keinen signifikanten Effekt auf die Krankenhaustage zu haben. Dies gilt sowohl für die Analyse in der geschlossenen ITT-Population für den primären und sekundären Beobachtungszeitraum (Modell 1-2), als auch für die Analyse in der offenen PP1-Population im primären Beobachtungszeitraum (Modell 3).

Tabelle 29: Regressionsergebnisse der Krankenhaustage

Endpunkt Krankenhaustage	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	Effekt- schätzer	95% KI	p-Wert	Effekt- schätzer	95% KI	p-Wert	Effekt- schätzer	95% KI	p-Wert
(Intercept)	4,5	2,6; 6,4	<0,001	4,7	1,0; 8,3	0,012	5,3	3,5; 7,1	<0,001
KG	—	—		—	—		—	—	
IG	-0,14	-2,4; 2,2	>0,9	1,3	-1,8; 4,4	0,4	-0,26	-2,1; 1,5	0,8
Hospitalisierung vor cRCT	3,3	2,7; 4,0	<0,001	4,2	3,3; 5,2	<0,001	1,6	1,2; 2,1	<0,001
Geschlecht									
Männlich				—	—		—	—	
Weiblich				-1,4	-4,3; 1,5	0,3	-1,1	-2,6; 0,41	0,2
Alter				-0,22	-0,34; -0,09	<0,001	-0,07	-0,14; 0,00	0,048
Charlson Komorbiditätsindex				0,60	0,13; 1,1	0,013	0,19	-0,05; 0,44	0,13
Random Effekt Einrichtung	2,0			2,2			1,1		
Intercept SD									
Residual SD	17			24			14		

Abkürzungen: HRQoL = Health-Related Quality of Life, KI = Konfidenzintervall, KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe, cRCT = Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, SD = Standardabweichung, ITT = Intention to treat, PP = Per Protokoll
Den Endpunkt bildet die Summe der Krankenhaustage in den jeweiligen Beobachtungszeiträumen. Effektschätzer und KI wurden mittels linearer Regression in der geschlossenen ITT-Population im primären (Modell 1) und sekundären Beobachtungszeitraum (Modell 2) geschätzt. In Modell 3 wurde abweichend zu Modell 1 die offene PP1-Population herangezogen.

Gesundheitsökonomische Betrachtung der Intervention

Betrachtung der Kosten für Inanspruch genommene Gesundheitsleistungen: Für die Gesundheitsökonomische Evaluation wurde – wie oben beschrieben – die offene PP1-Population herangezogen. Hier konnten insgesamt 1.312 Bewohner:innen und 4.237 Patient:innenquartale (IG n= 1.633, KG n= 2.604) beobachtet werden. In Tabelle 30 sind die Charakteristika dieser Population beschrieben. So sind die Bewohner:innen der IG mit 82 Jahren im Mittel zwei Jahre älter als die Bewohner:innen der KG. Etwa 65% der PP1-Population waren weiblich (IG 68%; KG 64%) und ca. 37% (IG 36%; KG 37%) wurden zu Beginn der cRCT dem Pflegegrad 3 zugeordnet.

Tabelle 30: Baselinecharakteristika der offenen PP1-Population

	Gesamt N = 1.312	IG N = 516	KG N = 796
Alter	81 (11)	82 (11)	80 (11)
Geschlecht			
männlich	453 (35%)	164 (32%)	289 (36%)
weiblich	859 (65%)	352 (68%)	507 (64%)
Pflegegrad			
1	40 (3,0%)	15 (2,9%)	25 (3,1%)
2	409 (31%)	164 (32%)	245 (31%)
3	482 (37%)	186 (36%)	296 (37%)
4	286 (22%)	114 (22%)	172 (22%)
5	95 (7,2%)	37 (7,2%)	58 (7,3%)

	Gesamt N = 1.312	IG N = 516	KG N = 796
Charlson Komorbiditäts-index	3 [1;5]	3 [1;5]	3 [1;5]
Kosten 12 Monate vor cRCT	3068,52 € (3798,94) €	3254,10 € (4292,39) €	2952,13 € (3449,49) €
Patient:innen- quartale	4.237	1.633	2.604

Bei kontinuierlichen Daten ist entweder Mittelwert (SD) oder Median [1. Quartil; 3. Quartil] angegeben.

In Tabelle 31 und Tabelle 32 sind die Leistungsanspruchnahmen in Form von stationären Aufenthalten, Krankenhaustagen und Kosten aufgeführt. Während in Tabelle 31 lediglich nicht adjustierte Werte abgebildet sind, sind in Tabelle 32 die absoluten Effekte auf Basis der in Kapitel 2.5.7.3 beschriebenen Regressionsanalysen zusammengefasst.

In der Population konnte eine nicht adjustierte Reduktion der stationären Aufenthalte von -0,15 pro Bewohner:in (Tabelle 31) beobachtet werden. Auf Basis der Regressionsanalyse zeigte sich eine Reduktion um -0,06 stationäre Aufenthalte pro Personenjahr (95% KI: -0,17; 0,06; p-Wert: 0,30) (Tabelle 32). Auch in der Betrachtung der Krankenhaustage lässt sich in der Population im Vergleich zwischen IG und KG eine Reduktion um -0,67 (adjustiert -0,26, 95% KI: -2,10; 1,50; p-Wert: 0,8) Krankenhaustage pro Bewohner:in beobachten. In Tabelle 31 ist für die IG eine Reduktion der nicht adjustierten Krankenhauskosten von -155,01€ pro Bewohner:in und Quartal zu sehen. In Tabelle 32 liegt der absolute Effekt bei +125,19€ für die IG (95% KI: -417,30€; 792,87€; p-Wert: 0,70). Jedoch sind die Ergebnisse bei dem zugrundeliegenden Signifikanzniveau von 5% nicht statistisch signifikant.

In den nicht adjustierten Werten kann ein Anstieg der Kosten für ambulante ärztliche Leistungen in der IG um 54,12€ beobachtet werden, der sich in den Ergebnissen der Regressionsanalysen nicht wiederfindet (absoluter Effekt: 0,00€; 95% KI: -67,36€; 79,99€; p-Wert: >0,9). Jedoch kann sowohl in den nicht adjustierten Werten, als auch in den geschätzten Effekten ein Kostenanstieg für Medikamente in der IG beobachtet werden (nicht adjustierter Wert: 97,46€; absoluter Effekt: 82,53€; 95% KI: 11,79€; 165,06€; p-Wert: 0,017). Ein Trend für eine Kostenreduktion ist in den geschätzten Effekten der ambulanten Leistungen im Krankenhaus zu beobachten (absoluter Effekt: -40,80€; 95% KI: -76,50€; 0,00€; p-Wert: 0,053).

In Bezug auf die nicht adjustierten Gesamtkosten ist in der IG ein Kostenanstieg von 20,06€ bzw. auf Basis der Regressionsanalyse ein Effekt von 59,40€ (95% KI: -178,20€; 356,40€; p-Wert: 0,6) zu beobachten. Auch hier sind die Ergebnisse bei dem zugrundeliegenden Signifikanzniveau von 5 % nicht statistisch signifikant.

Tabelle 31: Deskriptive Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation für die Interventions- und Kontrollgruppe mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population (Rohwerte)

	IG (N = 1.633 Personenquartale)		KG (N = 2.604 Personenquartale)		Differenz IG - KG
	MW	SD	MW	SD	
Stationäre Leistungen					
Anzahl Aufenthalte ^a	0,75	1,16	0,90	1,34	-0,15
Anzahl Krankenhaustage ^a	6,62	13,21	7,29	14,47	-0,67
Kosten Krankenhaus	790,57€	2586,54€	945,57€	3504,69€	-155,01€
Ambulante ärztliche Leistung					
Ambulante Kosten (inkl. der Kosten der nVF)	553,13€	1305,43€	499,01€	1022,18€	54,12€
Ambulante Leistungen im Krankenhaus					
Amb. Krankenhauskosten	26,89€	72,26€	12,47€	303,05€	14,42€
Medikamente					
Kosten Medikamente	627,72€	648,98€	530,25€	714,69€	97,46€
Hilfsmittel					
Kosten Hilfsmittel	179,90€	373,99€	184,16€	416,11€	-4,26€
Heilmittel					
Kosten Heilmittel	218,10€	450,18€	187,72€	370,04€	30,37€
Fahrkosten					
Fahrkosten	241,69€	620,65€	258,03€	744,99€	-16,34€
Reha Leistungen					
Kosten Reha	22,64€	312,21€	30,50€	691,66€	-7,87€
Zahnarzt Leistungen					
Kosten Zahnarzt	35,33€	146,99€	28,18€	182,50€	7,15€
Gesamtkosten					
Gesamtkosten	2695,96€	3772,27€	2675,90€	4622,32€	20,06€

MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung, ^a Angaben pro Bewohner:in im primären Beobachtungszeitraum, alle anderen Angaben pro Bewohner:in pro Quartal

Tabelle 32: Absolute Interventionseffekte auf Basis der Regressionsanalysen mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population

	Effekte ¹	95% KI		p-Wert
Stationäre Leistungen				
Anzahl Aufenthalte ^a	-0,06	-0,17	0,06	0,30
Anzahl Krankenhaustage ^b	-0,26	-2,10	1,50	0,8
Kosten Krankenhaus	125,19 €	-417,30 €	792,87 €	0,70
Ambulante ärztliche Leistung				
Ambulante Kosten (inkl. der Kosten der nVF)	0,00 €	-67,36 €	79,99 €	>0,9
Ambulante Leistungen im Krankenhaus				
Amb. Krankenhauskosten	-40,80 €	-76,50 €	0,00 €	0,053
Medikamente				
Kosten Medikamente	82,53 €	11,79 €	165,06 €	0,017
Hilfsmittel				
Kosten Hilfsmittel	-11,46 €	-30,56 €	11,46 €	0,3
Heilmittel				
Kosten Heilmittel	29,48 €	-24,12 €	91,12 €	0,3
Fahrkosten				
Fahrkosten	-98,56 €	-211,20 €	42,24 €	0,15
Reha Leistungen				
Kosten Reha	-896,96 €	-1709,83 €	476,51 €	0,2
Zahnarzt Leistungen				
Kosten Zahnarzt	8,75 €	-30,00 €	65,00 €	0,7
Gesamtkosten				
Gesamtkosten	59,40 €	-178,20 €	356,40 €	0,6

¹ Werte basieren auf den in Kapitel 2.5.6.3 dargestellten Analysen und können als absolute Interventionseffekte in Bezug auf die durchschnittlichen Populationscharakteristiken interpretiert werden (d.h. durch die Intervention reduzierte bzw. ansteigende Leistungsanspruchnahme je Bewohner:in (und bei Kosten pro Quartal, bei Aufenthalten pro Personenjahr) bezogen auf die PP1-Population zwischen Quartal 3 2019 und Quartal 2 2020 (bzw. im primären Beobachtungszeitraum) im Vergleich zwischen IG und KG). ^a Angaben pro Bewohner:in und Personenjahr, ^b Angaben pro Bewohner:in im primären Beobachtungszeitraum, alle anderen Angaben pro Bewohner:in pro Quartal

Detailbetrachtung der Kosten für die nVF: In Tabelle 33 sind die Häufigkeiten der in der cRCT-Phase abgerechneten GOP (Ausgaben im Rahmen der nVF SaarPHIR) abgebildet, die von Ärzt:innen für Bewohner:innen der PP1-Population im primären Beobachtungszeitraum (Quartal 3 2019 bis Quartal 2 2020) für Leistungen angesetzt wurden. Leistungen, welche für Bewohner:innen der Pilotregion oder im Zeitraum der Nachhaltigkeitsphase erbracht wurden, sind in der Übersicht nicht berücksichtigt. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Leistung an der Gesamtzahl aller Verordnungen.

Am häufigsten wurde die projektspezifische Betreuungsschale abgerechnet und verursachte somit Kosten von 18.450€. Die meisten Kosten wurden durch die projektspezifische Rufbereitschaft in Höhe von 44.960€ verursacht. Die GOP zur Abrechnung von Teamsitzungen wurde hingegen weniger häufig beobachtet und verursachte entsprechend weniger Kosten (3.800€).

Tabelle 33: Projektspezifische Leistungen aus dem primären Beobachtungszeitraum von Bewohner:innen der PP1-Population

Bezeichnung der Leistung (GOP)	Häufigkeit	Prozent	Summe der Abrechnungen
Betreuungspauschale SaarPHIR (98710)	615	35,06 %	18.450€
Rufbereitschaft SaarPHIR (98715)	562	32,04 %	44.960€
AMTS-Prüfung SaarPHIR (98713)	225	12,83 %	9.000€
Vor-Wochenend-Visite SaarPHIR (98716)	161	9,18 %	12.880€
Erweitertes Geriatrisches Assessment SaarPHIR (98711)	115	6,56 %	690€
Teamsitzung SaarPHIR (98717)	38	2,17 %	3.800€
AMTS-Prüfung nach Medikationsumstellung SaarPHIR (98714)	34	1,94 %	680€
Telefonisches Facharztkonsil SaarPHIR (98712)	4	0,23 %	40€

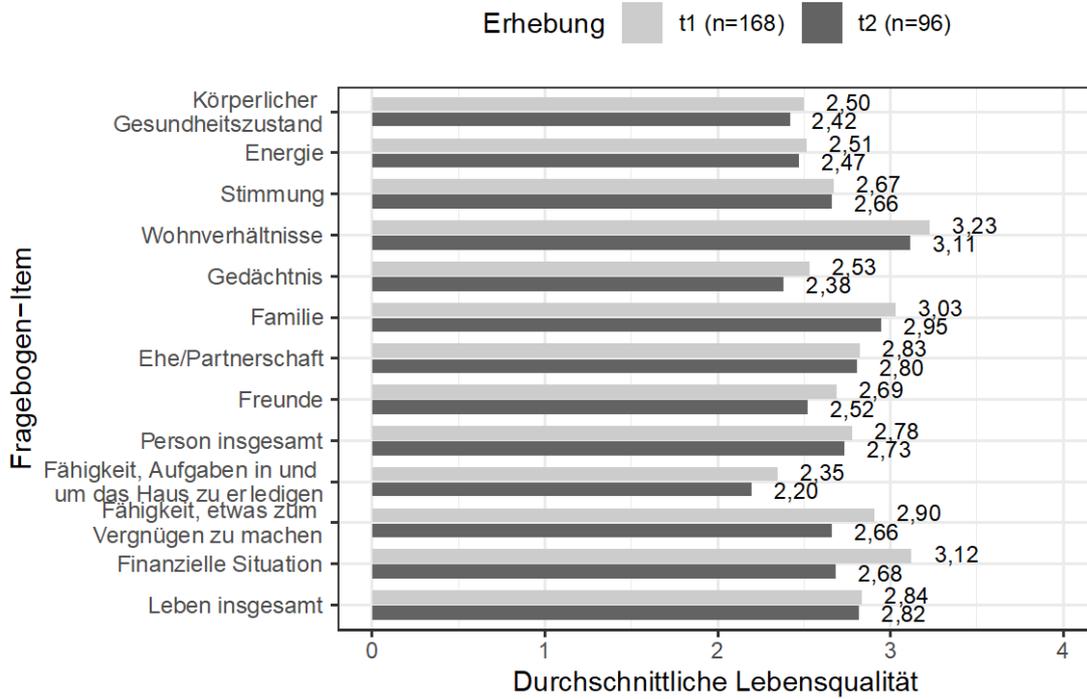
3.1.2 Primärdatenbasierte Analysen

Lebensqualität

Es wurden 283 Fragebögen von 183 Bewohner:innen aus 17 Einrichtungen zurückgegeben. 72,8% der Fragebögen wurden vollständig beantwortet. In 19 Fragebögen (6,7%) wurde keine Frage beantwortet, davon tragen 14 Fragebögen die Bemerkung, dass die Bewohner:innen verstarben. Diese 19 Fragebögen wurden aus der weiteren Analyse entfernt.

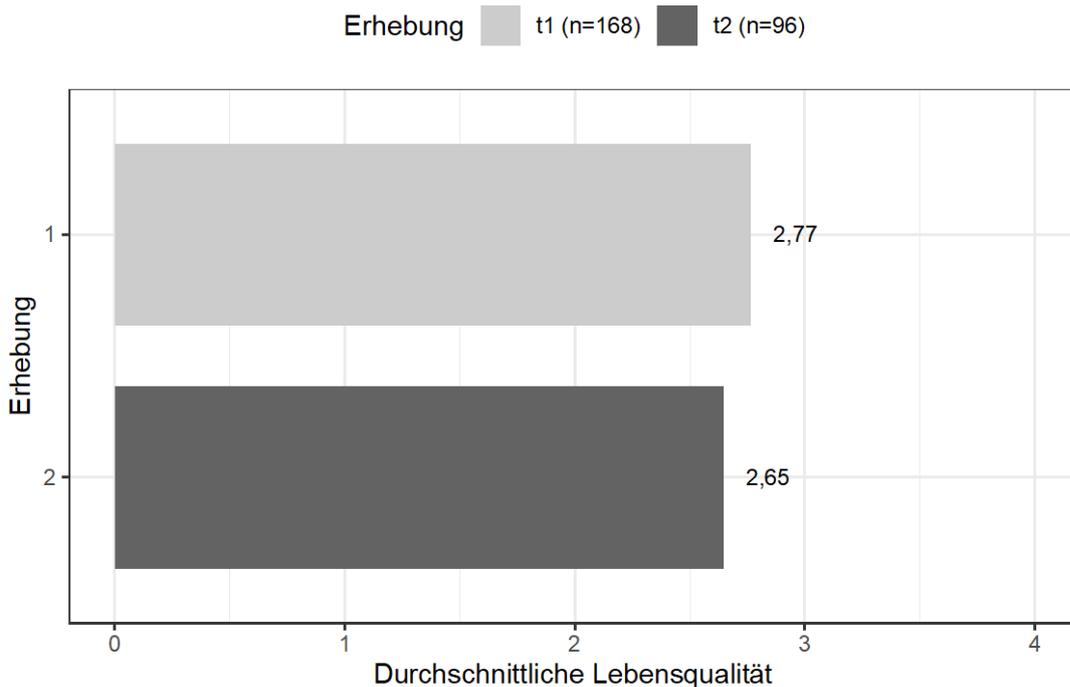
Die durchschnittliche Lebensqualität der verbleibenden 264 Fragebögen betrug 2,73 (SD: 0,86; Spannweite 1-4). Die Durchschnitte der einzelnen Items lagen zwischen 2,29 und 3,19 (SD: 0,58 bis 1,07) Punkten. Diese sind in Abbildung 7 dargestellt.

Abbildung 7: Durchschnittliche, über Primärdaten erfasste Lebensqualität – Darstellung der einzelnen Fragebogen-Items



Im zweiten Erhebungszeitpunkt wurde im Mittel eine Lebensqualität erreicht, welche mit 2,65 Punkten (SD = 0,79) um 0,12 Punkte niedriger ausfiel als im ersten Erhebungszeitpunkt (SD = 0,89) (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Durchschnittliche, über Primärdaten erfasste Lebensqualität je Erhebungszeitpunkt



Bei den Einrichtungen, die an beiden Erhebungszeitpunkten teilgenommen haben, zeigten sich nur geringe Veränderungen in der durchschnittlichen Lebensqualität zwischen den Messzeitpunkten (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Über Primärdaten erfasste Lebensqualität der Bewohner:innen nach Einrichtung und Erhebungszeitpunkt

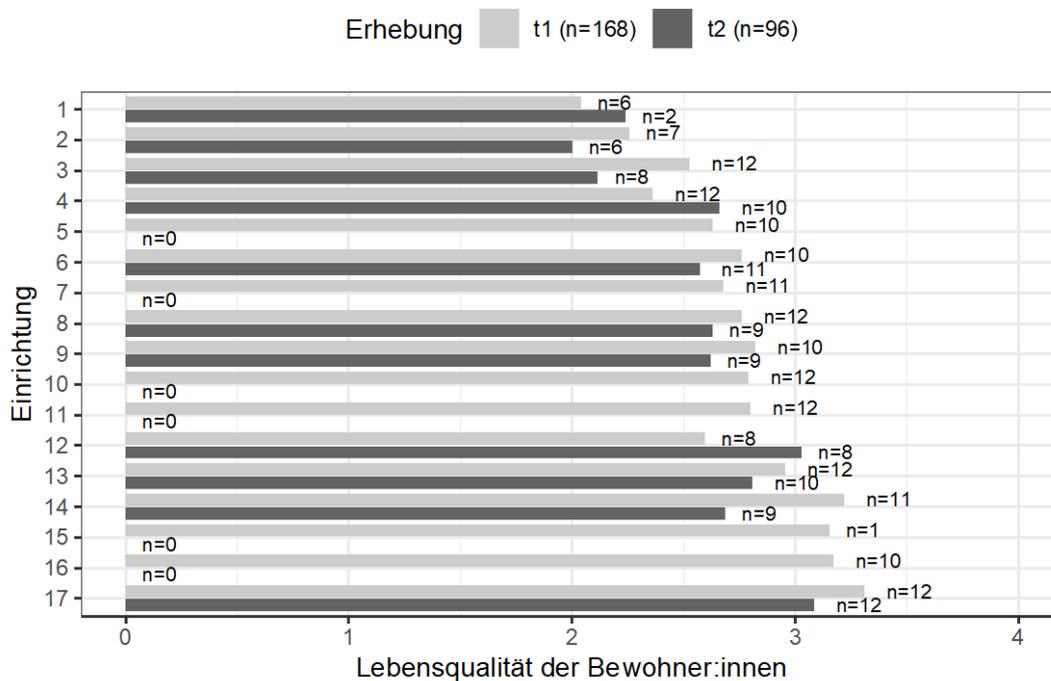
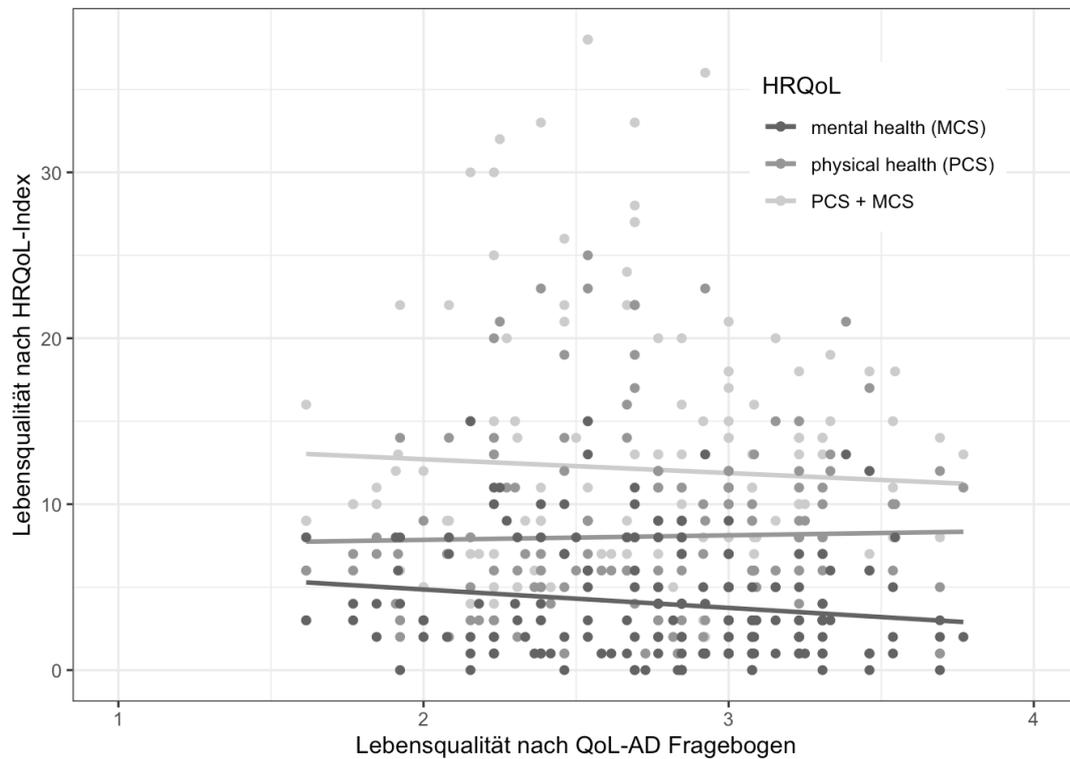


Abbildung 10 zeigt die Korrelation der mittels Routinedaten über den HRQoL-Index berechneten Lebensqualität (vgl. Kapitel 3.1.1) und der primärdatenbasiert über den QoL-AD bestimmten Lebensqualität. Ein hoher Punktwert im HRQoL-Index resultierte aus einer höheren Anzahl von dokumentierten Diagnosen und ist mit einer schlechteren Lebensqualität assoziiert. Daraus ergibt sich folgende Annahme: je höher der Punktwert in der über Routinedaten ermittelten Lebensqualität, desto niedriger ist die über Primärdaten erfasste Lebensqualität.

Insgesamt sind die beobachteten Korrelationen sehr schwach. Der angenommene Zusammenhang ist bezüglich der HRQoL Subskala, die sich auf den mental health component summary score (MCS) bezieht, tendenziell zu sehen. In der HRQoL Subskala, die sich aus dem physical health component summary score (PCS) generiert, ist jedoch entgegen der Annahme ein positiver Trend zu beobachten. D.h. Bewohner:innen mit einer hohen primärdaten-basierten Lebensqualität weisen einen hohen Punktwert in der über Routinedaten ermittelten Lebensqualität auf. Mit Blick auf den HRQoL-Index, der sich aus beiden Subskalen generiert, zeigt sich ein leicht negativer Zusammenhang mit dem QoL-AD Fragebogen.

Abbildung 10: Korrelation zwischen der über den HRQoL-Index und dem QoL-AD Fragebogen erfassten Lebensqualität



Medizinisch-pflegerische Dokumentation

Für die deskriptive Auswertung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation lagen 280 Fragebögen aus 16 Einrichtungen von 182 Bewohner:innen vor. Die rückläufigen Fragebögen enthielten lediglich Informationen zu Krankenhauseinweisungen über die sechs vergangenen Monate. Dabei stammen 64,6% (n= 181) der Fragebögen aus der ersten Erhebung (vgl. Abbildung 11).

In den sechs Monaten vor der ersten Erhebung kam es zu insgesamt 54 Krankenhauseinweisungen, vor der zweiten Erhebung (bis zu sechs Monate retrospektiv) zu 32 Krankenhauseinweisungen (vgl. Abbildung 12). Dabei wurden die Krankenhauseinweisungen zum ersten Erhebungszeitpunkt bei 21,5% der Bewohner:innen (n= 39) dokumentiert (vgl. Abbildung 13). Im Rahmen der zweiten Befragung wurden die erfassten Krankenhauseinweisungen bei 21,2% der Bewohner:innen (n= 21) registriert. Das bedeutet, dass bei einigen Bewohner:innen mehr als eine Krankenhauseinweisung erfasst wurde, die Mehrheit der Bewohner:innen jedoch keinen Krankenhausaufenthalt hatten.

Abbildung 11: Anzahl der rückläufigen Fragebögen zur medizinisch-pflegerischen Dokumentation je Erhebungszeitpunkt

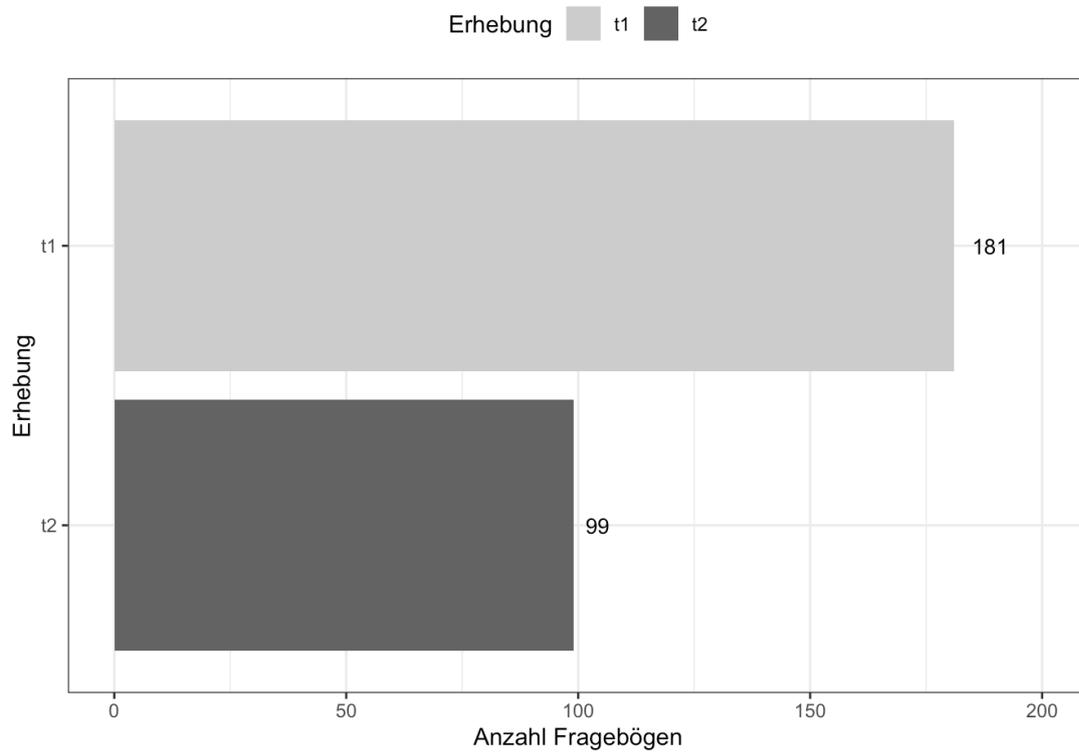


Abbildung 12: Anzahl der primär erfassten Krankenhauseinweisungen je Erhebungszeitpunkt

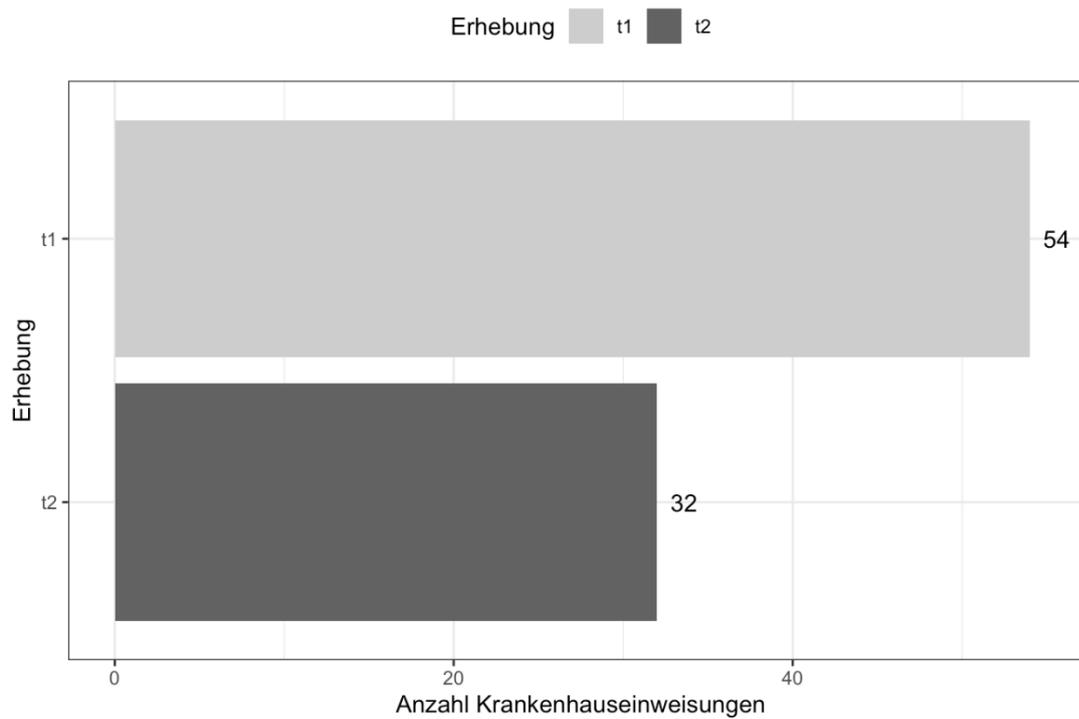
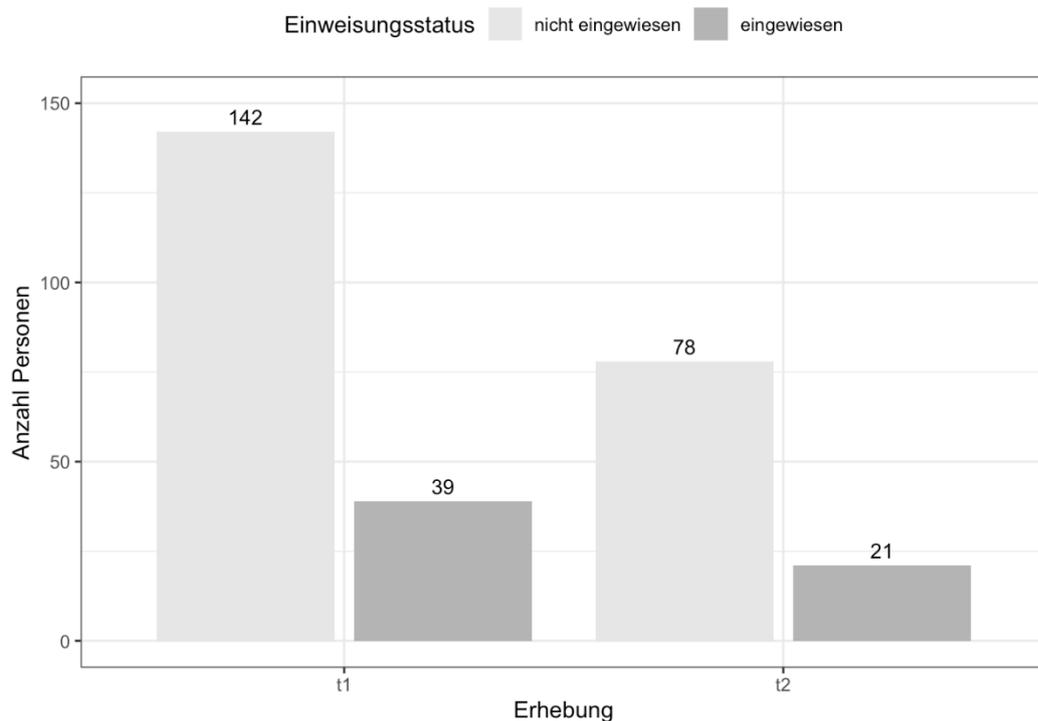


Abbildung 13: Anzahl der Bewohner:innen mit und ohne primär erfasster Krankenhauseinweisung je Erhebungszeitpunkt



Hausarzt- und Facharztbesuche

Es wurde angenommen, dass der Anteil der Bewohner:innen mit regelmäßigem Kontakt zum:zur Haus- (1 mal im Quartal) bzw. Facharzt:ärztin (mindestens 1 mal im Jahr) in der IG höher ist als in der KG.

Insgesamt hatten 91% bzw. 93% der Bewohner:innen aus der IG bzw. KG in der PP1-Population mindestens einen Hausarztkontakt im primären Beobachtungszeitraum (Quartal 3 2019 bis Quartal 2 2020) (vgl. Abbildung 14). Jedoch wurde in diesem Zeitraum bei nur ca. 7-20% der Bewohner:innen mindestens eine nicht-geschlechtsspezifische fachärztliche Versorgung dokumentiert (vgl. Abbildung 15). Gynäkologische und urologische Facharzt:innen wurden von $\leq 5\%$ der Bewohner:innen mindestens einmal aufgesucht. Während 60% der IG bzw. 63% der KG in jedem der vier beobachteten Quartale mindestens einen Hausarztkontakt hatten, bewegt sich der Anteil der Bewohner:innen mit mehr als einem Facharztkontakt bei $\leq 5\%$ (vgl. Abbildung 15). Der Anteil von Bewohner:innen mit regelmäßigen Haus- und Facharztkontakten im primären Beobachtungszeitraum ist in den Studiengruppen vergleichbar.

Abbildung 14: Anteil der Bewohner:innen mit mindestens einem Hausarztkontakt je Studiengruppe auf Basis der Routinedaten mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population

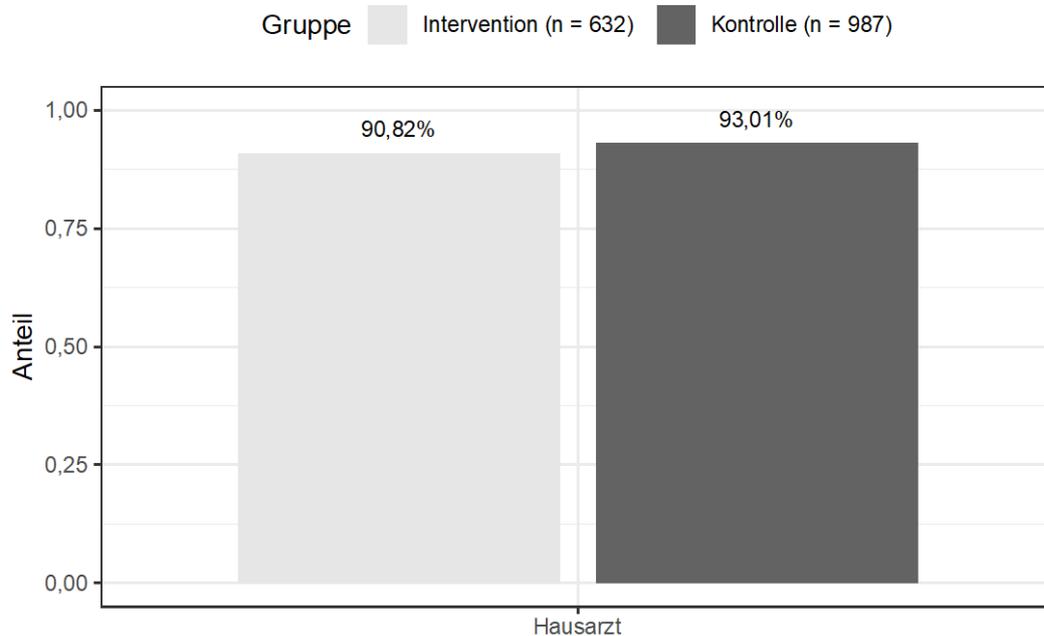
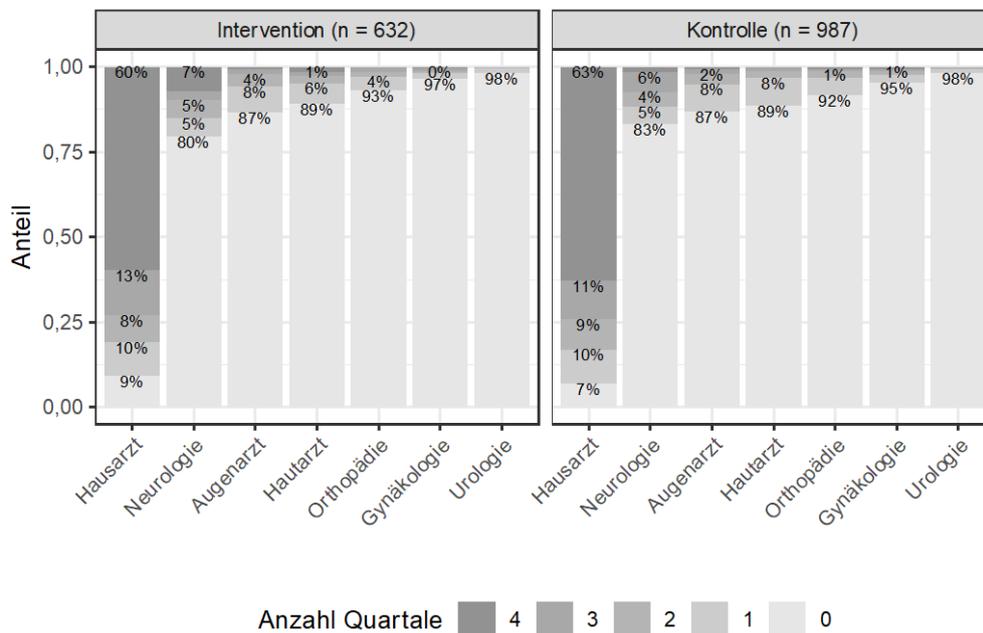
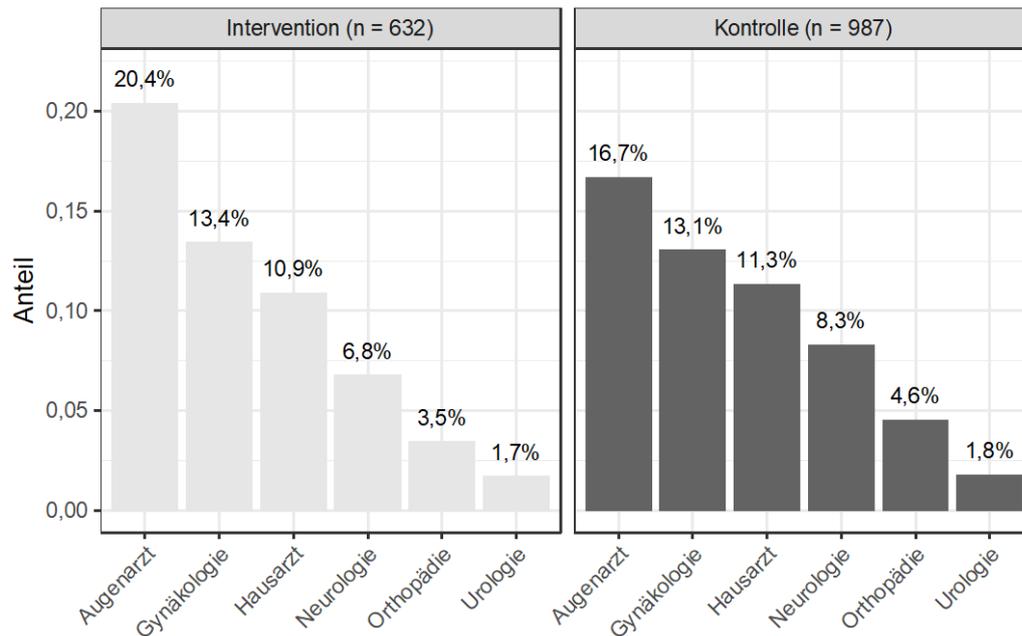


Abbildung 15: Anteil der Bewohner:innen mit 0 bis 4 Haus- bzw. Facharztkontakten je Studiengruppe auf Basis der Routinedaten mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population



Der am häufigsten besuchte Fachbereich war die Neurologie. Dabei wurde für 20% der IG und 17% der KG im primären Beobachtungszeitraum mindestens ein neurologischer Facharztkontakt registriert (vgl. Abbildung 16). Insgesamt ist der Anteil der Bewohner:innen mit mindestens einem Facharztkontakt in den Studiengruppen vergleichbar.

Abbildung 16: Anteil der Bewohner:innen mit mindestens einem Facharztkontakt je Studiengruppe auf Basis der Routinedaten mit Bezug zum primären Beobachtungszeitraum und der offenen PP1-Population



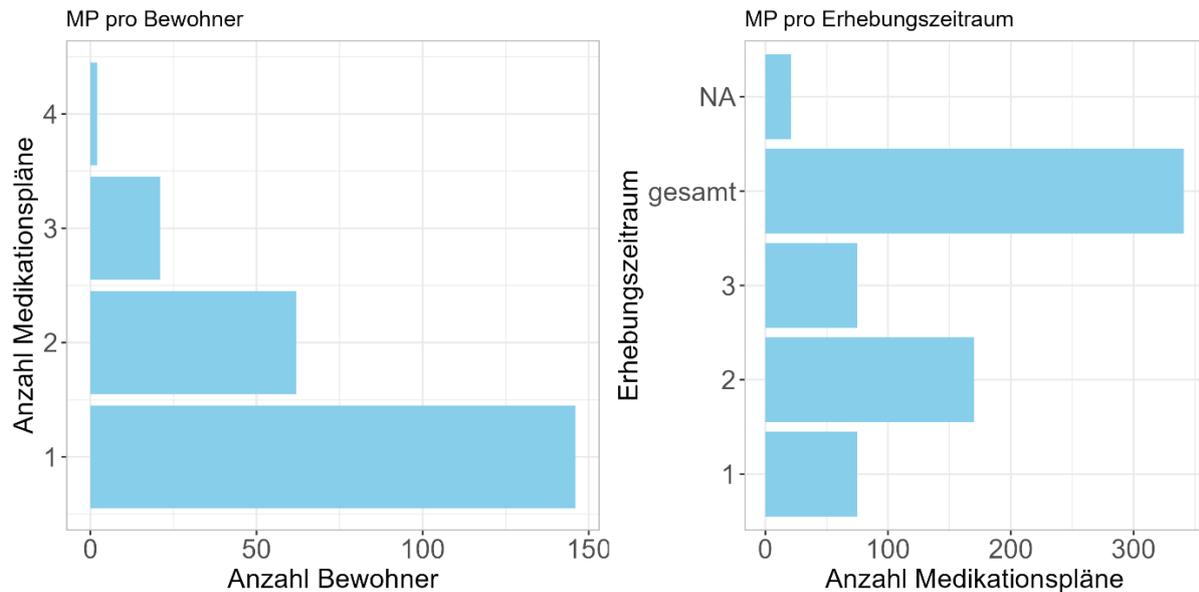
3.2 Arzneimitteltherapiesicherheit

3.2.1 Primärdatenbasierte Analysen

3.2.1.1 Übersicht über die verfügbaren Primärdaten

Zur Auswertung der Arzneimitteltherapie(-sicherheit) (AMTS) wurden insgesamt 341 Medikationspläne von 231 Patient:innen bereitgestellt. Insgesamt war eine Bereitstellung von Daten zur AMTS, inklusive der Medikationspläne, zu drei verschiedenen Erhebungszeiträumen geplant. Eine Übersicht der Erhebungszeiträume und der Anzahl an erhobenen Medikationsplänen pro Patient:in ist in Abbildung 17 dargestellt. Für den Großteil der Bewohner:innen lag ein Medikationsplan vor (n = 146), für 62 Patient:innen lagen zwei und für 21 drei Medikationspläne vor. Für 2 Patient:innen wurden vier Medikationspläne bereitgestellt. Die meisten Medikationspläne wurden während des 2. Erhebungszeitraums bereitgestellt (n = 170), für 21 Medikationspläne war der Erhebungszeitraum nicht bekannt.

Abbildung 17: Anzahl der bereitgestellten Medikationspläne pro Erhebungszeitraum sowie Anzahl der bereitgestellten Medikationspläne pro Bewohner.

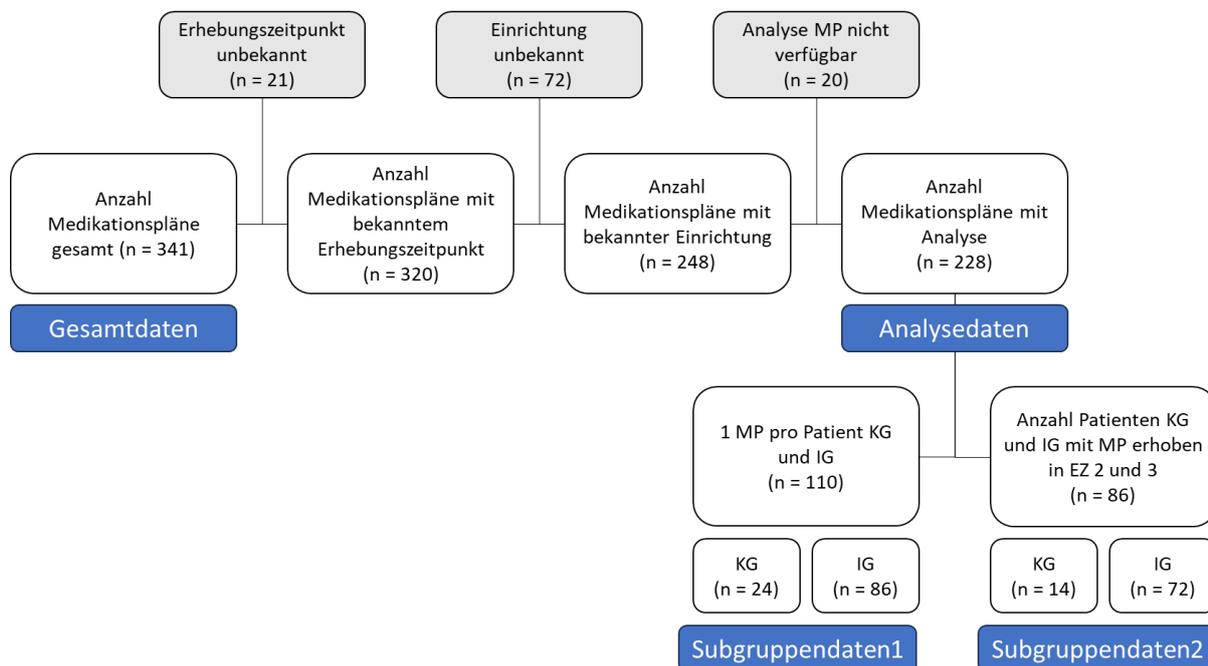


Anmerkung: MP: Medikationspläne, NA: nicht bekannt.

Von den zur Verfügung gestellten 341 Medikationsplänen wurden insgesamt 228 in die Auswertung mit einbezogen. Dieser Datensatz wird im Folgenden als Analysedaten bezeichnet. Insgesamt 113 von 341 Medikationsplänen wurden aufgrund fehlender Informationen (z.B. Erhebungszeitpunkt unbekannt, Zuordnung zur Projektphase nicht möglich) aus der Auswertung ausgeschlossen.

Außerdem wurden verschiedene Subgruppenanalysen durchgeführt: Daten der Subgruppe 1 bestehen aus Medikationsplänen der Patient:innen der Kontrollgruppe (KG) und Interventionsgruppe (IG). Bei Patient:innen, bei denen mehrere Medikationspläne vorlagen, wurde für die Subgruppenanalyse der aktuellste Medikationsplan ausgewählt. Daten der Subgruppe 2 umfassen Medikationspläne von Patient:innen der KG und IG, für die Medikationspläne aus den Erhebungszeiträumen 2 und 3 bereitgestellt wurden. Für diese Subgruppe wurde untersucht, ob sich die Anzahl der ermittelten Arzneimittelinteraktionen zwischen den Erhebungszeiträumen veränderte. Die Selektion der Datensätze ist in Abbildung 18 dargestellt.

Abbildung 18: Flussdiagramm der bereitgestellten Medikationspläne mit Informationen zu Ein- und Ausschluss in die Analyse



Anmerkung: EZ: Erhebungszeitraum, IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe, MP: Medikationspläne, n: Anzahl der Medikationspläne

Die Analyse umfasst 228 Medikationspläne, die von 140 Patient:innen stammen und aus 15 verschiedenen Einrichtungen gesammelt wurden. Tabelle 34 bietet eine Übersicht über die Basischarakteristika der Patient:innen, einschließlich Informationen zu Erkrankungen, Medikation und Interaktionen. Der Datensatz weist jedoch Lücken in wichtigen Basischarakteristika wie Alter, Geschlecht und Anzahl der Diagnosen auf. Diese Lücken werden im Folgenden näher erläutert.

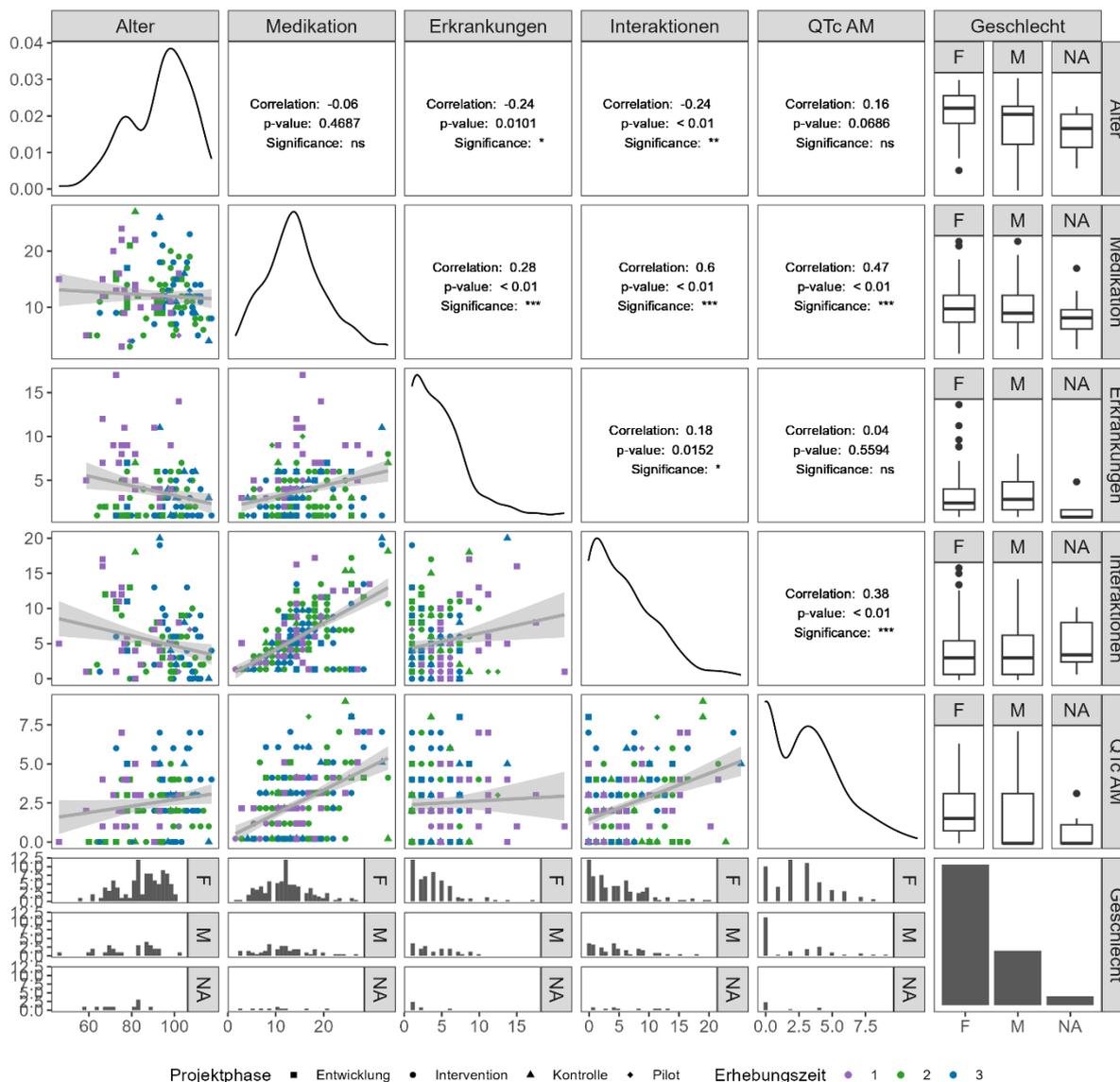
Tabelle 34: Darstellung der Basischarakteristika der Patient:innen unterteilt in die die verschiedenen Projektphasen (Analysedaten)

	Gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe		Pilotphase	Entwicklung
	228	128	31		10	59
Alter	82.82 (46 - 102) n = 95	87.35 (60 - 102) NA = 56	88.4 (74 - 101) NA = 21	ns p = 0.687	84.6 (72 - 94) NA = 5	74.33 (46 - 91) NA = 13
Geschlecht	F:157 (72.02); M:61 (27.98) NA = 10	F:104 (81.25) M:24 (18.75) NA = 0	F:12 (38.71); M:19 (61.29) NA = 0	**** p < 0.01	F:5 (50) M:5 (50) NA = 0	F:36 (73.47) M:13 (26.53) NA = 10
Anzahl Erkrankungen	3.78 (1 - 17) NA = 53	3.12 (1 - 8) NA = 36	4.1 (1 - 11) NA = 11	ns 0.114	3.6 (1 - 10) NA = 0	4.83 (1 - 17) NA = 6
Anzahl Interaktionen (gesamt)	4.71 (0 - 20)	4.11 (0 - 19)	5.39 (0 - 20)	ns p = 0.217	3.7 (0 - 9)	5.83 (0 - 17)
Anzahl Medikation	11.97 (2 - 27)	11.75 (2 - 27)	12.32 (4 - 27)	ns p = 0.611	8.8 (4 - 14)	12.81 (3 - 24)

NA: nicht verfügbar, ns: nicht signifikant.

Für die in Tabelle 34 gelisteten Charakteristika (Alter, Geschlecht, Erkrankungen, Anzahl der Interaktionen, Anzahl der Medikationen) wurde eine Korrelationsanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Abbildung 19 dargestellt.

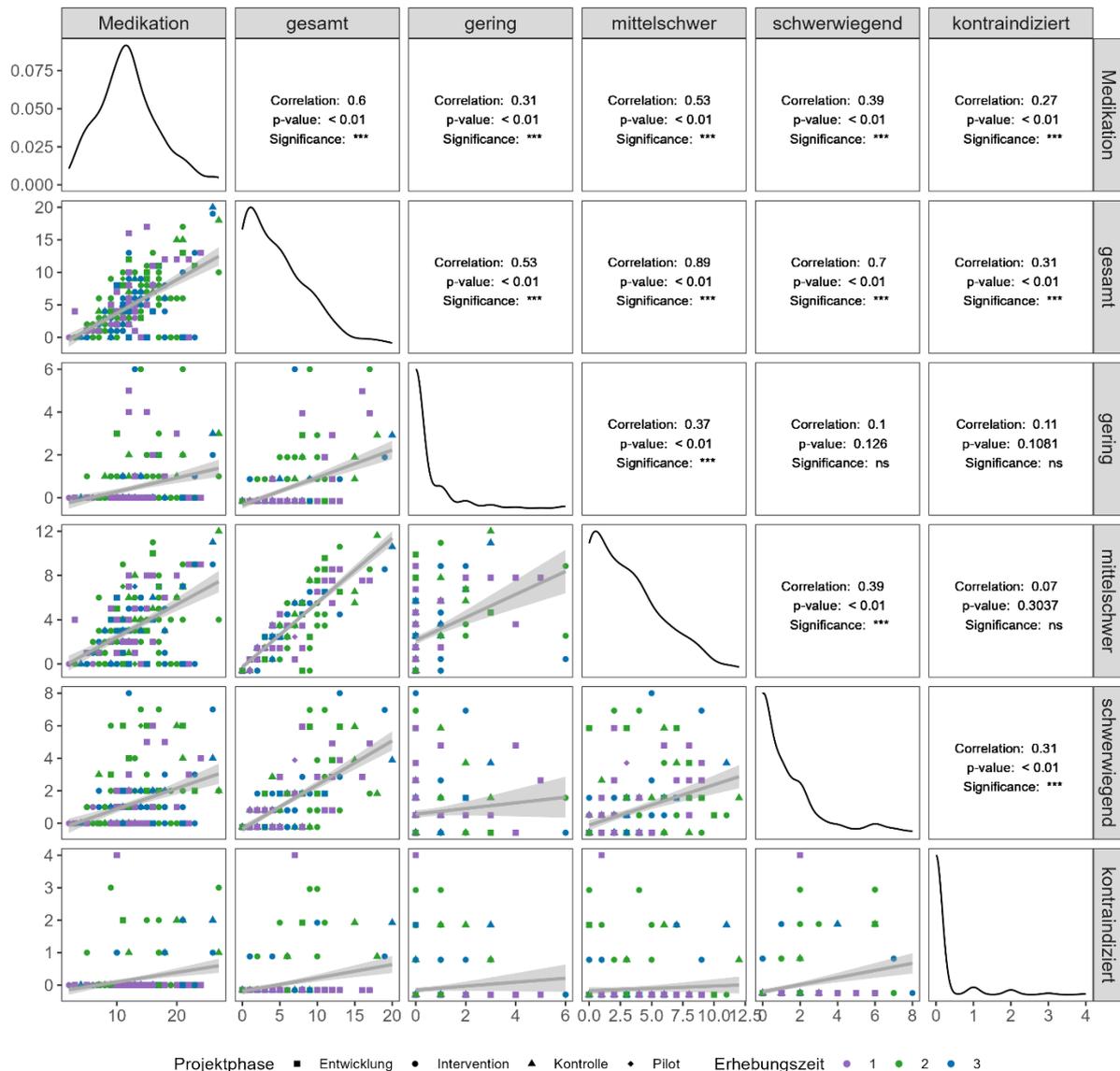
Abbildung 19: Beziehung der Basischarakteristika der Patient:innen der Analysedaten.



Anmerkung: Die x- und y-Achsen zeigen entweder das Alter [y] oder die Anzahl. Für jede Korrelation ist der Korrelationskoeffizient, der p-Wert, sowie die Signifikanz der Korrelation dargestellt. Die Beziehung zwischen numerischen Variablen ist als Streudiagramm dargestellt. Die verschiedenen Farben repräsentieren die Erhebungszeiten, die unterschiedlichen Symbole repräsentieren die Zuordnung zu den jeweiligen Projektphasen. Die lineare Regressionsgerade (95% CI) ist in grau dargestellt. Beziehungen mit der kategorischen Variable Geschlecht ist in Boxplots dargestellt. Die Boxplots zeigen den Medianwert, den Interquartilsabstand (IQR) und den 1.5-fachen IQR, sowie potenzielle Ausreißer (schwarze Punkte; mindestens 1.5 IQR größer als das dritte Quartil). F: weiblich, M: männlich, NA: unbekannt, ns: nicht signifikant, QTc AM: QTc verlängernde Arzneimittel.

Zudem wurde untersucht, ob eine Beziehung zwischen den Interaktionen verschiedener Schweregrade sowie der Anzahl der eingenommenen Medikation besteht, dargestellt in Abbildung 20.

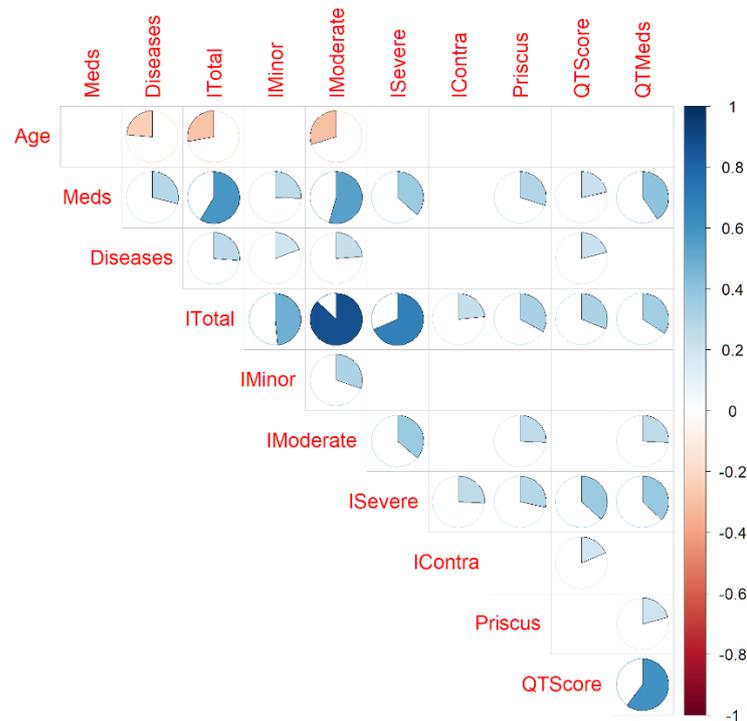
Abbildung 20: Beziehung der identifizierten Interaktionen unterschiedlicher Schweregrade der Patient:innen der Analyse-
 daten



Anmerkung: Die x- und y-Achsen zeigen die Anzahl der Interaktionen/Medikationen. Für jede Korrelation ist der Korrelationskoeffizient, der p-Wert, sowie die Signifikanz der Korrelation dargestellt. Die Beziehung ist als Streudiagramm dargestellt. Die verschiedenen Farben repräsentieren die Erhebungszeiten, die unterschiedlichen Symbole repräsentieren die Zuordnung zu den jeweiligen Projektphasen. Die lineare Regressionsgerade (95% CI) ist in grau dargestellt. ns: nicht signifikant.

In Abbildung 19 bis Abbildung 21 ist dargestellt, dass eine mäßig positive Korrelation zwischen der Anzahl der einem Individuum verschriebenen Medikamenten und der Anzahl der Diagnosen ($r = 0.28$, $p < 0.01$) besteht. Das Alter eines Individuums korreliert schwach negativ mit der Anzahl der Diagnosen ($r = -0.24$, $p = 0.01$), während die Anzahl der verschriebenen Medikamente mäßig positiv mit der Anzahl der aus der PRISCUS-Liste verschriebenen Medikamente korreliert ($r = 0.30$, $p < 0.005$).

Abbildung 21: Korrelationsdiagramm numerischer Merkmale für vollständige Fälle (Merkmalszeilen ohne fehlende Werte) des nicht stratifizierten Primärdatensatzes.



Anmerkung: Kreisdigramme zeigen signifikante Korrelationen ($p < 0.05$), während fehlende Kreise Korrelationen mit einem p -Wert größer oder gleich 0.05 anzeigen. IContra: Interaktion mit klinischer Relevanz „kontraindiziert“, IMinor: Interaktion mit klinischer Relevanz „gering“, IModerate: Interaktion mit klinischer Relevanz „mittelschwer“, ISevere: Interaktion mit klinischer Relevanz „schwerwiegend“, ITotal: Interaktionen insgesamt.

Die Gesamtzahl aller Interaktionen korreliert trivial mit der Anzahl der Interaktionen aller Schweregrade. Es besteht eine mäßig positive Korrelation zwischen der Anzahl der moderaten und schweren Interaktionen und der Anzahl der aus der PRISCUS-Liste verschriebenen Medikamente (moderat: $r = 0.26$, $p < 0.01$, schwer: $r = 0.28$, $p < 0.05$). Überraschend gibt es keine signifikante Korrelation zwischen der Anzahl der verschriebenen Medikamente und der Anzahl der Interaktionen mit dem höchsten Schweregrad (kontraindiziert, $r = 0.14$, $p > 0.1$). Die Anzahl der erkannten schwerwiegenden Interaktionen ist die einzige nicht-triviale Korrelation für erkannte kontraindizierte Interaktionen ($r = 0.26$, $p = 0.05$). Der QT-Score korreliert trivial mit der Anzahl an QT-Zeit verlängernden Fertigarzneimitteln ($r = 0.60$, $p < 0.005$), und die Anzahl an QT-Zeit verlängernden Arzneimitteln mit der Anzahl an Interaktionen ($r = 0.34$, $p < 0.001$) und der Anzahl an PIM ($r = 0.21$, $p < 0.05$).

Der Analysedatensatz wurde verwendet, um den Zusammenhang zwischen verschiedenen Kovariaten und möglichen Interaktionen zwischen Fertigarzneimitteln zu untersuchen. Ein systematisches Fehlen wichtiger Variablen wie Alter und Geschlecht wurde erkannt (siehe Tabelle 35). Insgesamt fehlten 95 Einträge (41,6%) aller Alterseinträge und 10 Einträge (0,04%) zum Geschlecht der Pflegeheimbewohner:innen. In Medikationsplänen von drei Einrichtungen fehlten 100% der Altersinformationen, und in 6 von 15 Pflegeheimen wurden mindestens 50% der Altersinformationen nicht hinterlegt. Informationen zum Geschlecht fehlten nur in Plänen eines Instituts. Daraus resultierte eine Reduzierung des gesamten Datensatzes (im Folgenden "full" genannt) auf 123 Einträge (im Folgenden "complete" genannt; 54% des "full" Datensatzes).

Tabelle 35: Anteil und Anzahl (n) an fehlenden Datenpunkten zu Alter (Age) und Geschlecht (Sex) stratifiziert nach Einrichtung

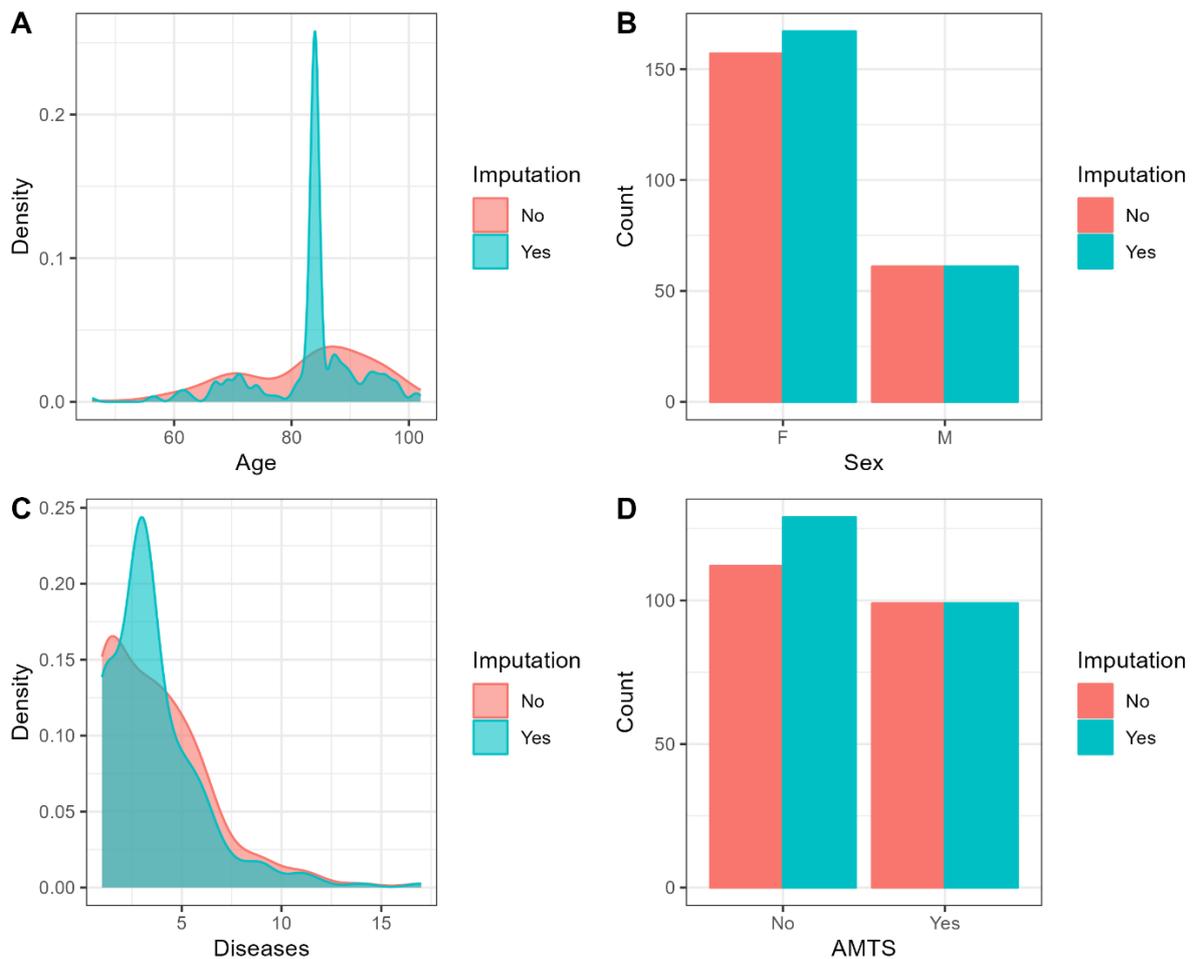
Einrichtung	Missing Age [%]	Missing Age (n)	Missing Sex [%]	Missing Sex (n)
2	100	6	0	0
7	100	8	0	0
12	100	21	0	0
1	87.5	7	0	0
11	83.3	10	0	0
5	63.6	14	0	0
9	55.6	5	0	0
4	50	5	0	0
13	40	6	0	0
15	34.2	13	0	0
3	0	0	47.6	10
6	0	0	0	0
8	0	0	0	0
10	0	0	0	0
14	0	0	0	0

Anmerkung: Der Gesamtdatensatz umfasst 228 Individuen verteilt auf 15 Pflegeeinrichtungen. Der Identifikator der Pflegeeinrichtungen wurde zur Verbesserung der Lesbarkeit in der Tabelle durch die Zahlen 1 bis 15 ersetzt.

Daten zur Anzahl der diagnostizierten Erkrankungen (*Diseases*) fehlten in 53 von 228 Fällen, ohne dass eine klare Systematik erkennbar war. Nur in den Datensätzen von 2 der 15 Einrichtungen fehlten keine Einträge. Ebenso fehlte in 17 von 228 Fällen die Information, ob eine AMTS-Prüfung für einen Medikationsplan durchgeführt wurde. Auch hier war keine erkennbare Systematik im Fehlen der Daten auf der Ebene der Einrichtungen oder Gruppen (Kontroll-, Interventions-, Pilot- oder Entwicklungsphase) zu finden.

Da der Grund für die fehlenden Daten unklar ist und das Fehlen der wichtigen Kovariaten Alter und Geschlecht sich stark auf bestimmte Einrichtungen konzentrierte, wurden die folgenden Auswertungen auf zwei Arten durchgeführt: Einmal unter der Annahme, dass die Daten völlig zufällig fehlen (*missing completely at random*, MCAR) — angewendet auf den "complete" Datensatz mit einem list-wise deletion Ansatz — und einmal unter der Annahme, dass die Daten zufällig fehlen (*missing at random*, MAR), wobei die fehlenden Daten des vollständigen Datensatzes mit dem MM-Verfahren (Median oder Modalwert) imputiert wurden. Abbildung 22 bietet eine Übersicht über die Verteilung der Kovariaten vor und nach der Imputation.

Abbildung 22: Übersicht der Verteilung der Kovariaten vor und nach MM-Imputation.



3.2.1.2 Multivariate Modellierung

Nach der Imputation wurde der Einfluss der folgenden Kovariaten auf die angegebenen abhängigen Variablen untersucht: Alter (*Age*), biologisches Geschlecht (*Sex*), Anzahl der verordneten Fertigarzneimittel (*Meds*), Anzahl der verordneten Fertigarzneimittel von der PRISCUS-Liste (*Priscus*), AMTS-Prüfung (*AMTS*), Anzahl der QT-Zeit verlängernden Fertigarzneimittel (*QTMeds*) und der daraus berechnete QT-Score (*QTScore*). Die getesteten abhängigen Variablen waren:

- Gesamtanzahl aller Interaktionen (*ITotal*)
- Gesamtanzahl schwerer Interaktionen (*ISevere*)
- Gesamtanzahl kontraindizierter Interaktionen (*IContra*)

Zusätzlich wurde die Variable *Meds* (Anzahl der verordneten Fertigarzneimittel) als abhängige Variable zur Beschreibung der restlichen Kovariaten getestet. Der Zusammenhang wurde mit einem *Negative Binomial Generalized Linear Model (NB GLM)* modelliert. Ein Alternativmodell mit einem *Poisson-GLM* wurde nach der Analyse einer möglichen Überdispersion (*Overdispersion*) verworfen. Zur Berücksichtigung einer variablen Baseline pro Einrichtung wurden Analysen mit *Mixed-Effects Negative Binomial Generalized Linear Models (MNB GLM)* durchgeführt. Tabelle 36 zeigt den Einfluss verschiedener Kovariaten im Primärdatensatz auf die Gesamtanzahl bestimmter Arzneimittelinteraktionen sowohl vor (N=100) als auch nach der Imputation (N=228). Wie erwartet, steigt die Anzahl der zu erwartenden Interaktionen mit der Anzahl der verschriebenen Arzneimittel (8–17% Anstieg pro verschriebenem Arzneimittel) und des QT-

Scores (abhängig von den verschriebenen QTc-Arzneimitteln; 3–17% Anstieg pro Punkt). Das Alter der Patient:innen spielte dabei nur eine untergeordnete Rolle (da für die Anzahl der Arzneimittel korrigiert wurde), mit einer Reduktion der Interaktionen pro Lebensjahr zwischen 3% und 0%.

Tabelle 36: Untersuchung der Effekte der Kovariaten auf die Gesamtanzahl an Interaktionen.

Predictors	Gesamtzahl aller Interaktionen					
	Kondensierter Datensatz ohne Imputation			Datensatz mit MM-Imputation		
	Incidence Rate Ratios	95% CI	p	Incidence Rate Ratios	95% CI	p
Alter	0.99	0.97 – 1.00	0.121	0.99	0.97 – 1.00	0.026
Geschlecht [M]	1.16	0.80 – 1.70	0.423	1.07	0.84 – 1.36	0.591
Medikation	1.08	1.03 – 1.14	0.001	1.12	1.08 – 1.17	<0.001
Erkrankungen	1.05	0.92 – 1.20	0.474	1.04	0.92 – 1.18	0.506
PRISCUS Arzneimittel	1.14	0.95 – 1.37	0.157	1.17	0.97 – 1.41	0.089
QTScore	1.11	1.03 – 1.20	0.007	1.10	1.03 – 1.17	0.003
QTc Arzneimittel	1.06	0.97 – 1.16	0.226	0.98	0.91 – 1.06	0.643
AMTS-Prüfung [ja]	1.15	0.81 – 1.64	0.440	1.09	0.86 – 1.38	0.460
Medikation x Erkrankungen	1.00	0.99 – 1.01	0.493	1.00	0.99 – 1.00	0.283
Beobachtungen	100			228		
R ² Nagelkerke	0.615			0.552		

Anmerkung: CI: Konfidenzintervall

Wie in Tabelle 37 dargestellt, ergab die Analyse mittels des *NB GLM* nach der Korrektur mit den zuvor untersuchten Kovariaten keinen signifikanten Effekt der Intervention auf die Gesamtanzahl der Interaktionen ($p > 0,5$).

Tabelle 37: Untersuchung des Effekts der Kovariaten und Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl an Interaktionen.

Predictors	Gesamtzahl aller Interaktionen					
	Kondensierter Datensatz ohne Imputation			Datensatz mit MM-Imputation		
	Incidence Rate Ratios	95% CI	p	Incidence Rate Ratios	95% CI	p
Gruppe [Intervention]	1.03	0.54 – 1.97	0.927	0.88	0.60 – 1.29	0.509
Alter	0.98	0.96 – 1.00	0.065	0.99	0.97 – 1.01	0.203
Geschlecht [M]	0.89	0.52 – 1.52	0.673	0.95	0.67 – 1.35	0.781
Medikation	1.08	1.02 – 1.15	0.012	1.13	1.08 – 1.19	<0.001
Erkrankungen	1.07	0.83 – 1.38	0.580	1.14	0.95 – 1.38	0.153
PRISCUS Arzneimittel	1.07	0.82 – 1.41	0.620	1.12	0.89 – 1.43	0.305
QTScore	1.09	0.95 – 1.25	0.218	1.11	1.01 – 1.22	0.030
QTc Arzneimittel	1.06	0.91 – 1.24	0.482	0.98	0.88 – 1.09	0.711
AMTS-Prüfung [ja]	1.08	0.62 – 1.89	0.797	1.05	0.75 – 1.47	0.763
Medikation x Erkrankungen	1.00	0.99 – 1.01	0.845	0.99	0.98 – 1.00	0.157
Beobachtungen	62			159		
R ² Nagelkerke	0.634			0.621		

Anmerkung: CI: Konfidenzintervall

Tabelle 38 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen der Anzahl schwerer Interaktionen und den untersuchten Kovariaten. Es wurde ein klarer Zusammenhang zwischen der Anzahl der verschriebenen Arzneimittel und der Anzahl schwerer Interaktionen festgestellt, wobei ein Anstieg von 4–17% an schweren Interaktionen pro verschriebenem Arzneimittel beobachtet wurde. Weiterhin stieg die Anzahl der schweren Interaktionen um 2–72% (im Durchschnitt um 32%) pro verschriebenem Arzneimittel aus der PRISCUS-Liste. Bei Verschreibung von QTc-

verlängernden Arzneimitteln erhöhte sich die Anzahl schwerer Interaktionen um 6–28% (im Durchschnitt um 16%) pro Punkt des QT-Scores.

Tabelle 38: Untersuchung des Effekts der Kovariaten auf die Gesamtanzahl an schweren Interaktionen.

Gesamtzahl an schweren Interaktionen						
Predictors	Kondensierter Datensatz ohne Imputation			Datensatz mit MM-Imputation		
	Incidence Rate Ratios	95% CI	p	Incidence Rate Ratios	95% CI	p
Alter	1.00	0.97 – 1.03	0.945	0.99	0.97 – 1.01	0.439
Geschlecht [M]	1.06	0.53 – 2.08	0.876	1.00	0.68 – 1.46	0.994
Medikation	1.08	0.99 – 1.18	0.071	1.10	1.04 – 1.17	0.001
Erkrankungen	1.05	0.82 – 1.33	0.667	1.13	0.93 – 1.35	0.197
PRISCUS Arzneimittel	1.30	0.96 – 1.77	0.074	1.32	1.02 – 1.72	0.024
QTScore	1.21	1.06 – 1.40	0.003	1.16	1.06 – 1.28	0.001
QTc Arzneimittel	1.15	0.98 – 1.36	0.080	1.07	0.96 – 1.20	0.198
AMTS-Prüfung [ja]	1.57	0.83 – 3.00	0.171	1.15	0.80 – 1.67	0.441
Medikation x Erkrankungen	1.00	0.98 – 1.01	0.616	0.99	0.98 – 1.00	0.184
Beobachtungen	100			228		
R ² Nagelkerke	0.499			0.447		

Anmerkung: CI: Konfidenzintervall

Wie Tabelle 39 zeigt, wurde in dieser Analyse kein Effekt der Intervention auf die Anzahl der schweren Arzneimittelinteraktionen festgestellt.

Tabelle 39: Untersuchung des Effekts der Kovariaten und Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl der schweren Interaktionen.

Gesamtzahl an schweren Interaktionen						
Predictors	Kondensierter Datensatz ohne Imputation			Datensatz mit MM-Imputation		
	Incidence Rate Ratios	95% CI	p	Incidence Rate Ratios	95% CI	p
Gruppe [Intervention]	1.31	0.37 – 5.26	0.685	1.25	0.69 – 2.32	0.475
Alter	0.98	0.93 – 1.02	0.283	0.97	0.94 – 1.00	0.089
Geschlecht [M]	1.20	0.43 – 3.30	0.721	0.94	0.53 – 1.65	0.834
Medikation	1.07	0.96 – 1.20	0.240	1.10	1.03 – 1.19	0.005
Erkrankungen	1.14	0.71 – 1.83	0.588	1.48	1.11 – 1.98	0.007
PRISCUS Arzneimittel	1.29	0.82 – 2.11	0.255	1.15	0.84 – 1.55	0.367
QTScore	1.43	1.11 – 1.85	0.006	1.35	1.18 – 1.56	<0.001
QTc Arzneimittel	1.03	0.78 – 1.36	0.845	0.97	0.84 – 1.13	0.738
AMTS-Prüfung [ja]	0.93	0.30 – 2.83	0.898	0.71	0.40 – 1.21	0.207
Medikation x Erkrankungen	0.99	0.97 – 1.02	0.593	0.98	0.97 – 1.00	0.021
Beobachtungen	62			159		
R ² Nagelkerke	0.526			0.543		

Anmerkung: CI: Konfidenzintervall

Tabelle 40 stellt den Zusammenhang zwischen der Anzahl an kontraindizierten Interaktionen und den untersuchten Kovariaten dar. Es wurde ein signifikanter Effekt des QT-Scores auf die Anzahl an kontraindizierten Interaktionen festgestellt, wobei ein Anstieg von 10–106% an kontraindizierten Interaktionen pro Punkt des QT-Scores zu verzeichnen ist.

Tabelle 40: Untersuchung des Effekts der Kovariaten auf die Gesamtanzahl an kontraindizierten Interaktionen.

Gesamtzahl an kontraindizierten Interaktionen						
Predictors	Kondensierter Datensatz ohne Imputation			Datensatz mit MM-Imputation		
	Incidence Rate Ratios	95% CI	p	Incidence Rate Ratios	95% CI	p
Alter	0.96	0.89 – 1.04	0.372	0.95	0.89 – 1.02	0.125
Geschlecht [M]	2.23	0.39 – 12.59	0.364	1.48	0.47 – 4.63	0.474
Medikation	1.09	0.88 – 1.35	0.426	1.11	0.94 – 1.33	0.205
Erkrankungen	0.96	0.51 – 1.81	0.896	0.98	0.57 – 1.66	0.948
PRISCUS Arzneimittel	1.08	0.48 – 2.41	0.852	1.16	0.53 – 2.54	0.672
QTScore	1.27	0.87 – 1.85	0.208	1.48	1.10 – 2.06	0.002
QTc Arzneimittel	1.02	0.67 – 1.55	0.928	0.95	0.66 – 1.34	0.739
AMTS-Prüfung [ja]	0.55	0.09 – 3.22	0.509	0.44	0.11 – 1.56	0.154
Medikation x Erkrankungen	1.00	0.96 – 1.04	0.985	1.00	0.97 – 1.03	0.912
Beobachtungen	100			228		
R ² Nagelkerke	0.142			0.343		

Anmerkung: CI: Konfidenzintervall

Wie aus Tabelle 41 ersichtlich ist, konnte in dieser Untersuchung kein Effekt der Intervention auf die Anzahl der kontraindizierten Arzneimittelinteraktionen festgestellt werden.

Tabelle 41: Untersuchung des Effekts der Kovariaten und Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl an kontraindizierten Interaktionen.

Gesamtzahl aller kontraindizierten Interaktionen						
Predictors	Kondensierter Datensatz ohne Imputation			Datensatz mit MM-Imputation		
	Incidence Rate Ratios	95% CI	p	Incidence Rate Ratios	95% CI	p
Gruppe [Intervention]	5.07	0.32 – 307.95	0.328	2.19	0.63 – 8.61	0.248
Alter	0.91	0.83 – 0.98	0.021	0.90	0.83 – 0.96	0.002
Geschlecht [M]	3.89	0.60 – 27.48	0.148	2.34	0.73 – 7.26	0.144
Medikation	1.26	1.01 – 1.68	0.061	1.35	1.12 – 1.69	0.003
Erkrankungen	2.41	0.98 – 6.96	0.070	2.43	1.18 – 5.33	0.019
PRISCUS Arzneimittel	0.41	0.09 – 1.15	0.171	0.43	0.14 – 1.03	0.102
QTScore	1.14	0.66 – 1.91	0.617	1.61	1.17 – 2.28	0.005
QTc Arzneimittel	1.05	0.55 – 1.98	0.880	0.77	0.51 – 1.12	0.190
AMTS-Prüfung [ja]	0.39	0.04 – 2.36	0.329	0.38	0.08 – 1.33	0.150
Medikation x Erkrankungen	0.98	0.93 – 1.02	0.303	0.97	0.93 – 1.00	0.041
Beobachtungen	62			159		
R ² Nagelkerke	0.527			0.584		

Anmerkung: CI: Konfidenzintervall

Wenn die Gruppen (Intervention und Kontrolle) zusammengefasst wurden, ergab sich ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl der diagnostizierten Erkrankungen und der Anzahl der verschriebenen Arzneimittel, mit 3–7% mehr Arzneimitteln pro Diagnose (siehe Tabelle 42). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass AMTS-Prüfungen einen signifikanten Effekt auf die Anzahl der Verschreibungen hatten. Nach der Korrektur für Alter, Geschlecht und Anzahl der Diagnosen konnte eine Reduktion der Verschreibungen zwischen 4–23% (im Durchschnitt um 14%) beobachtet werden.

Tabelle 42: Untersuchung des Effekts der Kovariaten Age, Sex und Diseases auf die Gesamtanzahl an verschriebenen Fertigarzneimitteln.

Gesamtzahl an verschriebenen Fertigarzneimitteln						
Predictors	Kondensierter Datensatz ohne Imputation			Datensatz mit MM-Imputation		
	Incidence Rate Ratios	95% CI	p	Incidence Rate Ratios	95% CI	p
Alter	1.00	0.99 – 1.01	0.727	1.00	0.99 – 1.00	0.408
Geschlecht [M]	1.11	0.93 – 1.34	0.254	0.98	0.87 – 1.11	0.784
Erkrankungen	1.04	1.01 – 1.07	0.002	1.05	1.03 – 1.07	<0.001
AMTS-Prüfung [ja]	0.84	0.70 – 1.01	0.068	0.86	0.77 – 0.96	0.008
Beobachtungen	100			228		
R ² Nagelkerke	0.168			0.148		

Anmerkung: CI: Konfidenzintervall

Auch auf die Anzahl der verschriebenen Arzneimittel konnte kein signifikanter Effekt der Intervention beobachtet werden (siehe Tabelle 43). Es sollte dabei beachtet werden, dass in beiden Gruppen AMTS-Prüfungen stattgefunden haben und somit die binäre Kovariate „AMTS-Prüfung“ den Gruppeneffekt nicht maskiert.

Tabelle 43: Untersuchung des Effekts der Kovariaten Age, Sex und Diseases sowie Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl an verschriebenen Fertigarzneimitteln.

Gesamtzahl an verschriebenen Fertigarzneimitteln						
Predictors	Kondensierter Datensatz ohne Imputation			Datensatz mit MM-Imputation		
	Incidence Rate Ratios	95% CI	p	Incidence Rate Ratios	95% CI	p
Gruppe [IG]	1.16	0.87 – 1.56	0.313	1.07	0.89 – 1.28	0.455
Alter	0.99	0.98 – 1.01	0.247	1.00	0.99 – 1.00	0.314
Geschlecht [M]	1.04	0.82 – 1.33	0.750	0.96	0.82 – 1.13	0.633
Erkrankungen	1.07	1.02 – 1.12	0.009	1.07	1.03 – 1.11	<0.001
AMTS-Prüfung [ja]	0.70	0.54 – 0.92	0.010	0.73	0.63 – 0.85	<0.001
Beobachtungen	62			159		
R ² Nagelkerke	0.251			0.244		

Anmerkung: CI: Konfidenzintervall

Zuletzt wurde analysiert, ob bei Annahme einer generellen Anzahl von Basis-Verordnungen pro Einrichtung (N=12), modelliert durch eine *Random*-Steigung pro Einrichtung im Mixed-Effects-Modell, ein besonderer Effekt auf die Anzahl der Verschreibungen zu beobachten war. Wie Tabelle 44 zeigt, deutet der korrigierte ICC-Wert von 0.02 darauf hin, dass die Gruppenzugehörigkeit (hier: Einrichtungen) einen sehr geringen Einfluss auf die Varianz der abhängigen Variable ausübt. Nur etwa 2% der Gesamtvarianz in den Daten können durch die Zugehörigkeit zu verschiedenen Einrichtungen erklärt werden. Der Wert von τ_{00} , der in diesem Kontext die Varianz der Zufallseffekte zwischen den Gruppen (Einrichtungen) beschreibt, betrug 0.00. In diesem Fall bedeutet ein Wert von 0.00, dass es keine signifikante Variation zwischen den Einrichtungen gab, die durch das Modell erfasst wurde. Dementsprechend änderten sich die signifikanten Effektgrößen der Analyse nur moderat, mit 4 bis 11% mehr Verschreibungen pro Diagnose und 14 bis 39% weniger Verschreibungen, wenn eine AMTS-Prüfung durchgeführt wurde.

Tabelle 44: Untersuchung des Effekts der Kovariaten *Age*, *Sex* und *Diseases* sowie Gruppen (IG und KG) auf die Gesamtanzahl an verschriebenen Fertigarzneimitteln (*Meds*) mit einem *Mixed-Effect Model* mit *random intercept* für jede Pflegeeinrichtung.

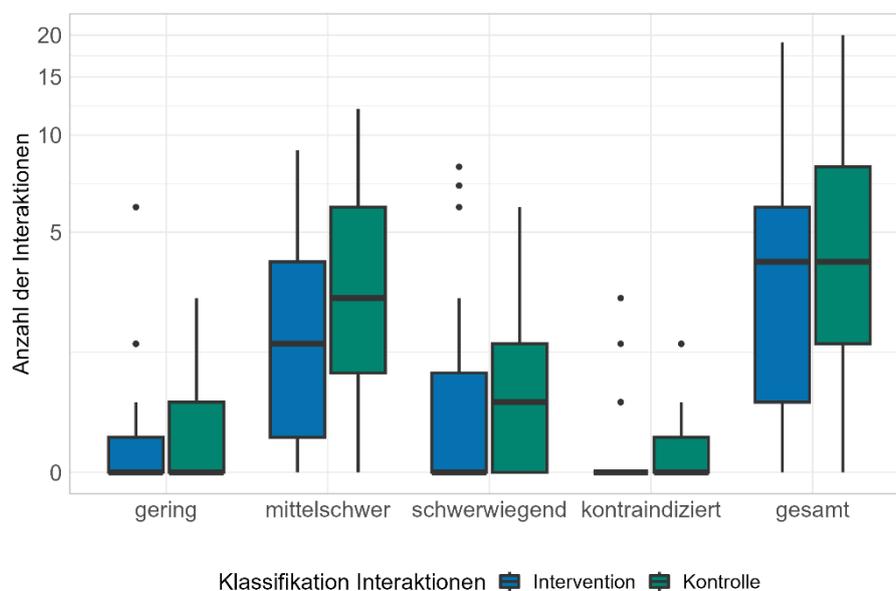
Gesamtzahl an verschriebenen Fertigarzneimitteln						
Predictors	Kondensierter Datensatz ohne Imputation			Datensatz mit MM-Imputation		
	Incidence Rate Ratios	95% CI	p	Incidence Rate Ratios	95% CI	p
Gruppe [IG]	1.12	0.85 – 1.48	0.426	1.06	0.87 – 1.30	0.535
Alter	0.99	0.98 – 1.00	0.262	0.99	0.99 – 1.00	0.289
Geschlecht [M]	1.04	0.81 – 1.33	0.768	0.97	0.82 – 1.15	0.698
Erkrankungen	1.07	1.02 – 1.12	0.006	1.08	1.04 – 1.11	<0.001
AMTS-Prüfung [ja]	0.71	0.54 – 0.93	0.012	0.73	0.61 – 0.86	<0.001
Random Effects						
σ^2	0.15			0.15		
τ_{00} Einrichtungen	0.00			0.00		
ICC				0.02		
$N_{\text{Einrichtungen}}$	9			12		
Beobachtungen	62			159		
Marginal R^2 / Conditional R^2	0.161 / NA			0.173 / 0.190		

Anmerkung: CI: Konfidenzintervall

3.2.1.3 Evaluation der identifizierten Arzneimittelinteraktionen

Der Subgruppendatensatz 1 wurde herangezogen, um Unterschiede in der Anzahl der identifizierten Interaktionen zwischen Patient:innen der Kontrollgruppe (KG, $n = 86$) und der Interventionsgruppe (IG, $n = 24$) zu analysieren. Wenn bei den Patient:innen mehrere Medikationspläne vorlagen, wurde für die Analyse stets der neueste Medikationsplan (aus der dritten Erhebung) verwendet. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Abbildung 23 und Tabelle 45 dargestellt.

Abbildung 23: Anzahl der Interaktionen unterschieden nach Schweregrad (gering, mittelschwer, schwerwiegend, kontraindiziert) sowie die Gesamtzahl der Interaktionen für Kontroll- und Interventionsgruppe des Subgruppendatensatzes 1.



Anmerkung: Die Boxplots zeigen folgende deskriptive Statistiken: den Medianwert, den Interquartilsabstand (IQR) und den 1.5-fachen IQR, sowie potenzielle Ausreißer (schwarze Punkte; mindestens 1.5 IQR größer als das dritte Quartil).

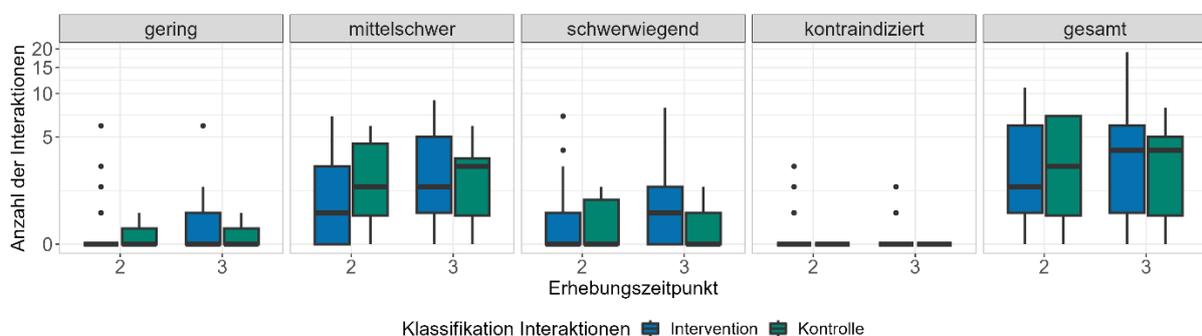
Tabelle 45: Deskriptive Beschreibung der Anzahl der identifizierten Interaktionen der untersuchten Kohorte.

Projektphase	Mittelwert	Median	SD	min	max	n	p
gering							
Interventionsgruppe	0.38	0	1.02	0	6	86	0.293
Kontrollgruppe	0.62	0	0.97	0	3	24	ns
mittelschwer							
Interventionsgruppe	2.8	2	2.59	0	9	86	0.277
Kontrollgruppe	3.62	3	3.37	0	12	24	ns
schwerwiegend							
Interventionsgruppe	0.99	0	1.58	0	8	86	0.487
Kontrollgruppe	1.25	1	1.62	0	6	24	ns
kontraindiziert							
Interventionsgruppe	0.1	0	0.43	0	3	86	0.0872
Kontrollgruppe	0.38	0	0.71	0	2	24	ns
gesamt							
Interventionsgruppe	4.28	3	3.92	0	19	86	0.211
Kontrollgruppe	5.88	4	5.76	0	20	24	ns
Anzahl Medikation							
Interventionsgruppe	11.72	11	5.14	3	26	86	0.458
Kontrollgruppe	12.75	12	6.13	4	27	24	ns

max: Maximalwert, min: Minimalwert, n: Anzahl der untersuchten Medikationspläne, ns: nicht signifikant, p: p-Wert, SD: Standardabweichung

Die Analyse zeigte, dass in der Interventionsgruppe tendenziell weniger Medikamente eingenommen wurden und während des Interaktionschecks auch weniger Interaktionen identifiziert werden konnten, unabhängig vom Schweregrad. Jedoch waren diese Unterschiede nicht statistisch signifikant. Für Patient:innen, für die Medikationspläne sowohl im Erhebungszeitraum 2 als auch 3 vorlagen (Subgruppendaten 2), wurde zusätzlich das Auftreten von Interaktionen über den Projektverlauf hinweg zwischen Interventions- und Kontrollgruppe verglichen. Die Ergebnisse dieses Vergleichs sind in Abbildung 24 und Tabelle 46 dargestellt.

Abbildung 24: Anzahl der Interaktionen unterschieden nach Schweregrad (gering, mittelschwer, schwerwiegend, kontraindiziert) sowie die Gesamtzahl der Interaktionen für Kontroll- und Interventionsgruppe für die Erhebungszeitpunkte 2 und 3.



Anmerkung: Die Boxplots zeigen folgende deskriptive Statistiken: den Medianwert, den Interquartilsabstand (IQR) und den 1.5-fachen IQR, sowie potenzielle Ausreißer (schwarze Punkte; mindestens 1.5 IQR größer als das dritte Quartil).

Tabelle 46: Deskriptive Beschreibung der Anzahl der identifizierten Interaktionen der untersuchten Kohorte.

Kohorte	Erhebung	Mittelwert	Median	SD	min	max	n	p
gering								
Interventionsgruppe	2	0.48	0	1.2	0	6	33	0.482
Kontrollgruppe		0.29	0	0.49	0	1	7	ns
Interventionsgruppe	3	0.45	0	1.12	0	6	33	0.536
Kontrollgruppe		0.29	0	0.49	0	1	7	ns
mittelschwer								
Interventionsgruppe	2	1.97	1	2.04	0	7	33	0.46
Kontrollgruppe		2.71	2	2.36	0	6	7	ns
Interventionsgruppe	3	2.85	2	2.71	0	9	33	0.774
Kontrollgruppe		2.57	3	2.15	0	6	7	ns
schwerwiegend								
Interventionsgruppe	2	0.88	0	1.49	0	7	33	0.717
Kontrollgruppe		0.71	0	0.95	0	2	7	ns
Interventionsgruppe	3	1.18	1	1.88	0	8	33	0.181
Kontrollgruppe		0.57	0	0.79	0	2	7	ns
kontraindiziert								
Interventionsgruppe	2	0.33	0	0.74	0	3	33	0.0139
Kontrollgruppe		0	0	0	0	0	7	*
Interventionsgruppe	3	0.15	0	0.44	0	2	33	0.0575
Kontrollgruppe		0	0	0	0	0	7	ns
gesamt								
Interventionsgruppe	2	3.67	2	3.89	0	11	33	0.974
Kontrollgruppe		3.71	3	3.25	0	7	7	ns
Interventionsgruppe	3	4.64	4	4.54	0	19	33	0.391
Kontrollgruppe		3.43	4	2.94	0	8	7	ns
Anzahl der Medikation								
Interventionsgruppe	2	12.3	12	4.99	5	27	33	0.412
Kontrollgruppe		10.86	11	3.80	4	16	7	ns
Interventionsgruppe	3	12.39	12	5.52	5	26	33	0.391
Kontrollgruppe		10.86	11	3.80	4	16	7	ns

max: Maximalwert, min: Minimalwert, n: Anzahl der untersuchten Medikationspläne, ns: nicht signifikant, p: p-Wert, SD: Standardabweichung

Weder im Erhebungszeitraum 2 noch im Erhebungszeitraum 3 wurden signifikante Unterschiede in der Anzahl der identifizierten Interaktionen festgestellt. Zudem ergab die Analyse keine signifikante Veränderung in der Anzahl der identifizierten Interaktionen zwischen diesen Erhebungszeiträumen (siehe Tabelle 47).

Tabelle 47: Signifikanz der Unterschiede in der Anzahl der identifizierten Interaktionen zwischen Erhebungsphase 2 und 3

Art der Interaktion	Erhebung	Erhebung	n	p	Signifikanz
Interventionsgruppe					
gering	2	3	33	0.916	ns
gesamt	2	3	33	0.355	ns
kontraindiziert	2	3	33	0.229	ns

mittelschwer	2	3	33	0.141 ns
schwerwiegend	2	3	33	0.471 ns
Kontrollgruppe				
gering	2	3	7	1 ns
gesamt	2	3	7	0.866 ns
kontraindiziert	2	3	7	- -
mittelschwer	2	3	7	0.908 ns
schwerwiegend	2	3	7	0.765 ns

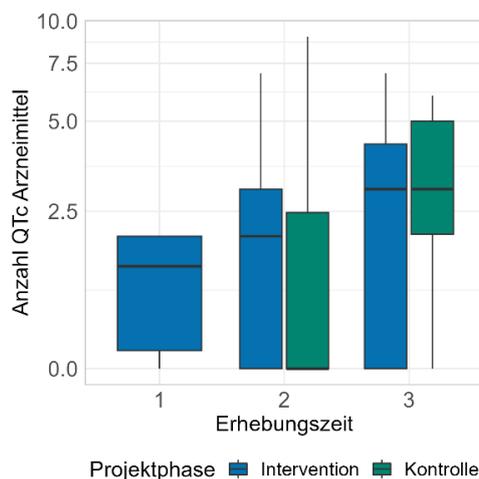
3.2.1.4 QT-Zeit Verlängerung

Die Ergebnisse der Analyse sind in Tabelle 48 und Abbildung 25 zusammengefasst. Bei der Kontrollgruppe, bestehend aus 31 Medikationsplänen, wurden in 16 Plänen (52%) QT-Zeit verlängernde Arzneimittel (*QTc Arzneimittel*) identifiziert. In der Interventionsgruppe wurden von den insgesamt 128 vorliegenden Medikationsplänen 88 (69%) Pläne mit Arzneimitteln identifiziert, die potenziell die QT-Zeit verlängern können.

Tabelle 48: Analyse der QTc Arzneimittel

Erhebungszeitraum	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	1	2	3	1	2	3
Anzahl Patient:innen gesamt	6	82	40	-	23	8
Anzahl der Patient:innen mit QTc Arzneimitteln (%)	4 (67%)	55 (67%)	29 (72%)	-	10 (43%)	6 (75%)
Anzahl der QTc Arzneimittel pro Patient:in	1.17 (0 – 2)	1.97 (0 – 7)	2.93 (0 – 7)	-	1.70 (0 – 9)	3.12 (0 – 6)

Abbildung 25: Anzahl an potenziell QT-Zeit verlängernden Arzneimitteln pro Patient:in je Erhebungsphase für Interventions- und Kontrollgruppe.



Anmerkung: Die Boxplots zeigen folgende deskriptive Statistiken: den Medianwert, den Interquartilsabstand (IQR) und den 1.5-fachen IQR, sowie potenzielle Ausreißer (schwarze Punkte; mindestens 1.5 IQR größer als das dritte Quartil).

3.2.1.5 Potenziell inadäquate Arzneimittel

Die Medikation der Patient:innen wurde mit der PRISCUS-Liste verglichen, die Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen enthält, die für Menschen ab 65 Jahren als potenziell inadäquat gelten. Die Analyseergebnisse sind in Tabelle 49 zusammengefasst.

In der Interventionsgruppe waren in 56 Fällen (44%) und in der Kontrollgruppe in 21 Fällen (68%) das Alter der Patient:innen nicht bekannt, wodurch eine Beurteilung der potenziell inadäquaten Medikation nicht möglich war. Unter den bekannten Altersdaten wurden in 15 von

72 Medikationsplänen der Interventionsgruppe (21%) und in 2 von 10 Medikationsplänen der Kontrollgruppe (20%) potenziell inadäquate Arzneimittel identifiziert.

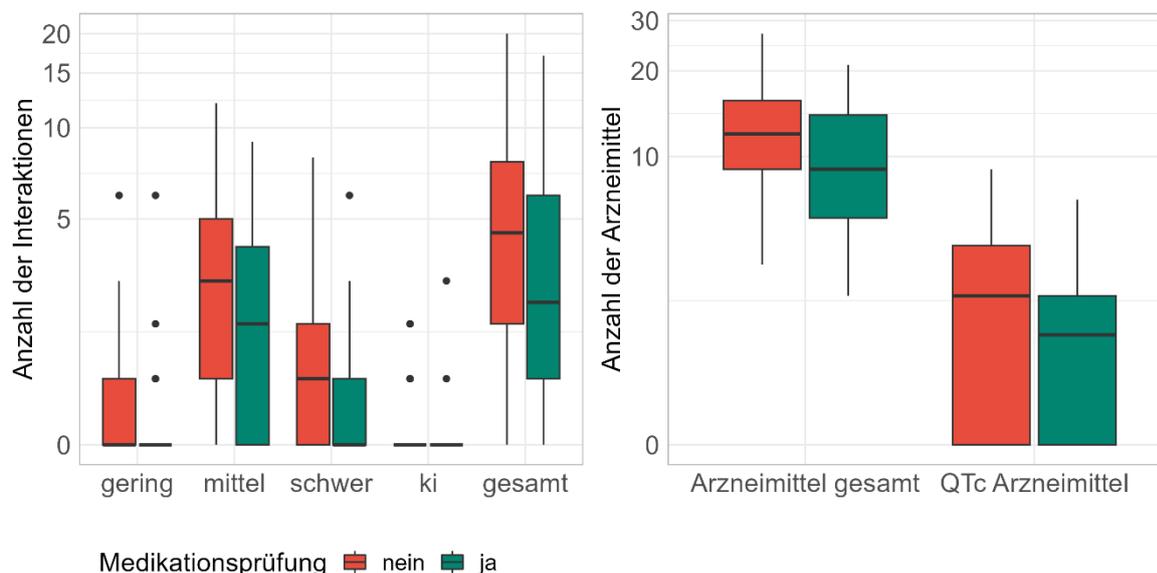
Tabelle 49: Analyse der PRISCUS Arzneimittel

Erhebungszeitraum	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	1	2	3	1	2	3
Anzahl Patient:innen gesamt	0	44	28	-	3	7
Anzahl der Patient:innen mit PRISCUS Arzneimitteln (%)	0	8 (18%)	7 (25%)	-	1 (33%)	1 (14%)
Anzahl der PRISCUS Arzneimittel pro Patient:in	0	0.24 (0 – 3)	0.36 (0 – 4)	-	0.67 (0 – 2)	0.14 (0 – 1)

3.2.1.6 Effekt der Medikationsanalyse

In den Subgruppendaten 1 wurde zudem der Einfluss einer Medikationsanalyse auf die Anzahl der Interaktionen untersucht. Die Daten, ob für bestimmte Patient:innen Medikationsanalysen durchgeführt wurden oder nicht, wurden dem Erhebungsbogen FB12 entnommen. Es konnte festgestellt werden, ob in der jeweiligen Einrichtung generell Medikationsanalysen für einen bestimmten Patienten durchgeführt wurden. Es war jedoch nicht möglich zu bestimmen, ob der analysierte Medikationsplan direkt das Resultat einer solchen Analyse ist. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind in Tabelle 50 und Abbildung 26 zu finden.

Abbildung 26: a) Anzahl der Interaktionen unterteilt nach Schweregrad für Patienten und b) Anzahl der Arzneimittel insgesamt sowie Anzahl der QTc verlängernden Arzneimittel mit und ohne Medikationsanalyse.



Anmerkung: Die Boxplots zeigen folgende deskriptive Statistiken: den Medianwert, den Interquartilsabstand (IQR) und den 1.5-fachen IQR, sowie potenzielle Ausreißer (schwarze Punkte; mindestens 1.5 IQR größer als das dritte Quartil). ki: kontraindiziert, QTc Arzneimittel: QTc-verlängernde Arzneimittel

Tabelle 50: Unterschiede in der Anzahl der Arzneimittelinteraktionen (unterteilt nach Schweregrad), der Arzneimittel insgesamt, der Arzneimittel mit QTc verlängernder Wirkung und der PRISCUS Arzneimittel

Medikationsprüfung durchgeführt	Mittelwert	Median	SD	Min	Max	n	P
Arzneimittelinteraktionen gering							
nein	0.56	0	1.05	0	6	62	0.365
ja	0.36	0	1.07	0	6	36	ns

Arzneimittelinteraktionen mittelschwer							
nein	3.39	3	2.85	0	12	62	0.148 ns
ja	2.53	2	2.78	0	9	36	
Arzneimittelinteraktionen schwerwiegend							
nein	1.31	1	1.83	0	8	62	0.076 ns
ja	0.75	0	1.23	0	6	36	
Arzneimittelinteraktionen kontraindiziert							
nein	0.23	0	0.56	0	2	62	0.309 ns
ja	0.11	0	0.52	0	3	36	
Arzneimittelinteraktionen gesamt							
nein	5.48	4.5	4.82	0	20	62	0.052 ns
ja	3.75	2.5	3.78	0	17	36	
Anzahl Arzneimittel gesamt							
nein	13.13	12	5.36	4	27	62	0.004 **
ja	9.86	9	5.07	3	21	36	
Anzahl QTc Arzneimittel							
nein	2.76	3	2.54	0	9	62	0.062 ns
ja	1.92	2	1.84	0	7	36	

Die Analyse, dargestellt in Tabelle 50, ergab, dass Patient:innen, für die Medikationsanalysen durchgeführt wurden, generell weniger Arzneimittelinteraktionen aufwiesen, unabhängig vom Schweregrad der Interaktionen. Zudem nahm diese Gruppe von Patient:innen weniger Medikamente ein und es wurden seltener Arzneimittel identifiziert, die potenziell die QT-Zeit verlängern könnten. Es ist wichtig zu betonen, dass nur die Unterschiede in der Anzahl der Arzneimittel als statistisch signifikant befunden wurden.

3.2.1.7 Fragebogen zur AMTS-Prüfung (FB12)

Zur Evaluation der AMTS auf Bewohnerebene wurde der Fragebogen FB12 erhoben. Für den ersten Erhebungszeitpunkt (t_0) des Fragebogens FB12 zur Medikationsprüfung wurden auf der Studienplattform keine Daten bereitgestellt. Daher ist eine Bewertung der Umsetzung der Interventionsmaßnahme Medikationsprüfung auf Grundlage der Primärdaten für diesen Zeitpunkt nicht möglich. Im Verlauf der Studie haben insgesamt 16 Einrichtungen an den Umfragen zu den Erhebungszeitpunkten $t(1)$ und/oder $t(2)$ teilgenommen. Eine detaillierte Übersicht über diese Einrichtungen, einschließlich ihrer Teilnahme an den jeweiligen Umfragen, ist in Tabelle 51 zu finden.

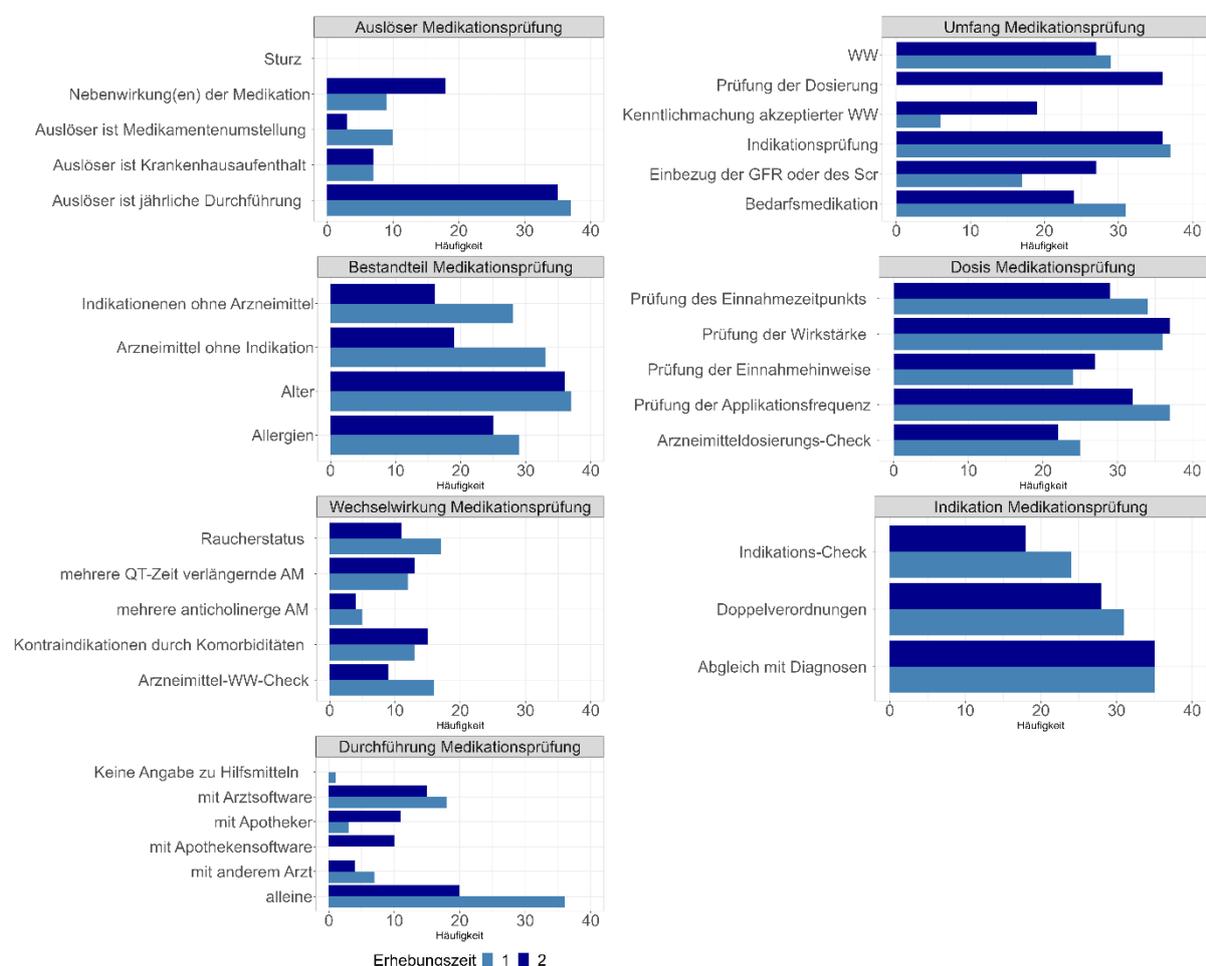
Tabelle 51: Anzahl der Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben und Anzahl der Patient:innen, über die berichtet wurde

ERHEBUNGSZEIT	Projektphase	Anzahl Einrichtungen	Patient:innen			
			Gesamt	mit AMTS-Prüfung	ohne AMTS-Prüfung	keine Angabe
t(1)	Entwicklungsphase	2	22	21	0	1
	Interventionsgruppe	4	40	16	22	2
	Kontrollgruppe	3	29	3	25	1
	Pilotphase	1	5	0	5	0
	gesamt	10	96	40	52	4
t(2)	Entwicklungsphase	1	12	10	0	2

Interventionsgruppe	8	79	26	40	13
Kontrollgruppe	1	8	0	9	0
Pilotphase	1	5	0	2	3
gesamt	11	104	36	51	18

Insgesamt haben von den 16 Pflegeeinrichtungen, die an der Studie teilnahmen, 7 (44%) für keinen der eingeschlossenen Patienten eine AMTS-Prüfung durchgeführt. In den Einrichtungen, die AMTS-Prüfungen durchgeführt haben, wurde diese für durchschnittlich 71% der eingeschlossenen Bewohner angewendet, wobei die Spannweite zwischen 8% und 100% lag. Im Erhebungszeitraum t(1) wurden AMTS-Prüfungen für 40 Patienten (41%) durchgeführt, während im Zeitraum t(2) 36 Patienten (35%) geprüft wurden. Die spezifischen Gründe für die Durchführung der AMTS-Prüfung sowie die Faktoren, die während der Prüfung betrachtet wurden, sind in Abbildung 27 näher dargestellt.

Abbildung 27: Informationen zu den Gründen für die Durchführung einer Medikationsanalyse und weiteren Details zur Durchführung.



3.2.1.8 Fragebogen zu den Strukturen der Arzneimittelversorgung (FB05)

Die Erhebung des FB05-Fragebogens, welcher die Strukturen der Arzneimittelversorgung auf der Einrichtungsebene untersucht, wurde im Rahmen der Cluster-randomisierten kontrollierten Studie halbjährlich durchgeführt. Die vier Erhebungen fanden im Mai 2019 (t0), November 2019 (t1), Mai 2020 (t2) und November 2020 (t3) statt. Während die ersten drei Zeitpunkte

innerhalb des Zeitraums der Cluster-randomisierten Studie lagen, erfolgte die vierte und abschließende FB05-Erhebung in der Verstetigungsphase. Tabelle 52 bietet eine Übersicht über die Einrichtungen, die an den jeweiligen Erhebungszeitpunkten teilgenommen haben.

Tabelle 52: Übersicht über die partizipierenden Einrichtungen je Erhebungsphase

Erhebung	t(0)	t(1)	t(2)	t(3)
n	32	23	27	18
Plätze	96.31 (39 - 192)	115.74 (60 - 236)	118.85 (48 - 306)	109.11 (40 - 195)
Bewohner	92.57 (29 - 184)	103.72 (60 - 201)	108.85 (54 - 217)	101.65 (36 - 177)
Belegung (%)	95 (74 - 110)	95 (85 - 100)	95 (71 - 183)	92 (83 - 100)
Projektphase				
<i>Pilot</i>	1	1	1	1
<i>Entwick-</i>	5	4	4	3
lung				
<i>Kontrolle</i>	14	13	11	5
<i>Interven-</i>	12	5	11	9
tion				

In der Studie nahmen insgesamt 42 Einrichtungen an der Erhebung teil. Allerdings wurde die Erhebung t(0) aus der Auswertung ausgeschlossen. Der Grund dafür ist, dass die Fragestellungen in dieser Erhebung ausschließlich auf die eingeschlossenen SaarPHIR-Bewohner abzielten, während die Fragestellungen des FB05 für die Erhebungszeitpunkte t(1) bis t(3) alle Bewohner der Einrichtung betrafen. Aufgrund dieser unterschiedlichen Fokussierung ist ein Vergleich der Erhebung t(0) mit den späteren Erhebungen nicht möglich.

3.2.1.9 Arzneimittelversorgung

Um Informationen zu den Strukturen der Arzneimittelversorgung der Pflegeheime zu erhalten wurde erfragt, von wie vielen Apotheken die Pflegeheime wie häufig beliefert wurden und ob zusätzliche Notdienst-Besorgungen außerhalb der regulären Öffnungszeiten der Apotheken erforderlich waren. Die Ergebnisse dieser Befragung sind in Abbildung 28 und Tabelle 53 zusammengefasst.

Abbildung 28: Anzahl der heimversorgenden Apotheken pro Einrichtung.

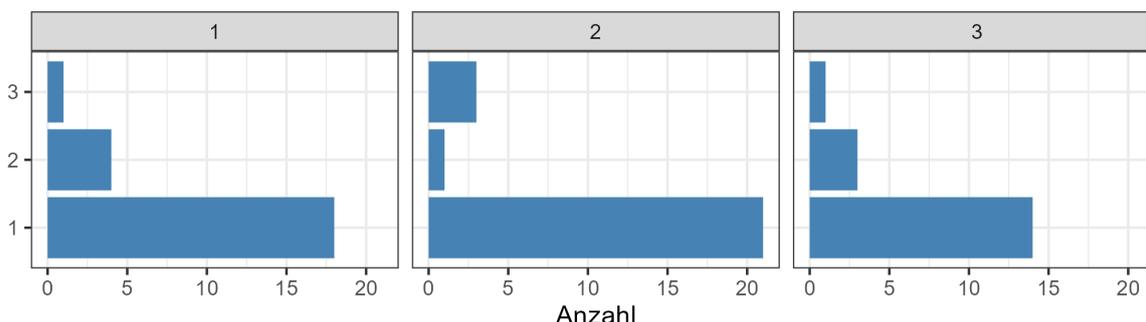


Tabelle 53: Übersicht über die Belieferungsstrukturen der Einrichtungen

	t(1)	t(2)	t(3)	gesamt
Eine heimbeliefernde Apotheke [%]	78	78	78	78
Anzahl der Lieferungen pro Woche (range)	4.87 (1 - 14)	4.92 (1 - 14)	3.89 (1 - 12)	4.62 (1 - 14)
keine Notdienst-Besorgungen [%]	35	30	44	35
Anzahl der Notdienst-Besorgungen	3.17 (0 - 7)	1.22 (0 - 5)	2.29 (0 - 8)	2.05 (0 - 8)
Anzahl Bewohner Notdienst-Besorgungen	2.00 (0 - 7)	1.24 (0 - 5)	1.23 (0 - 8)	1.49 (0 - 8)

In der Umfrage gaben die Pflegeeinrichtungen an, dass Verträge zur Heimversorgung mit 1 bis 3 Apotheken bestehen. Dabei wurden 78% der Einrichtungen ausschließlich von einer Apotheke beliefert, mit einer durchschnittlichen Lieferfrequenz von 4,62 Mal pro Woche (Bereich: 1 – 14). In den vergangenen 6 Monaten mussten 35% der Einrichtungen keine Arzneimittel im Apothekennotdienst beschaffen, während die restlichen Einrichtungen im 6-monatigen Beobachtungszeitraum durchschnittlich 2,05 Besorgungen für jeweils 1,49 Bewohner tätigten.

3.2.1.10 Medikationsplan und Medikationsprüfung

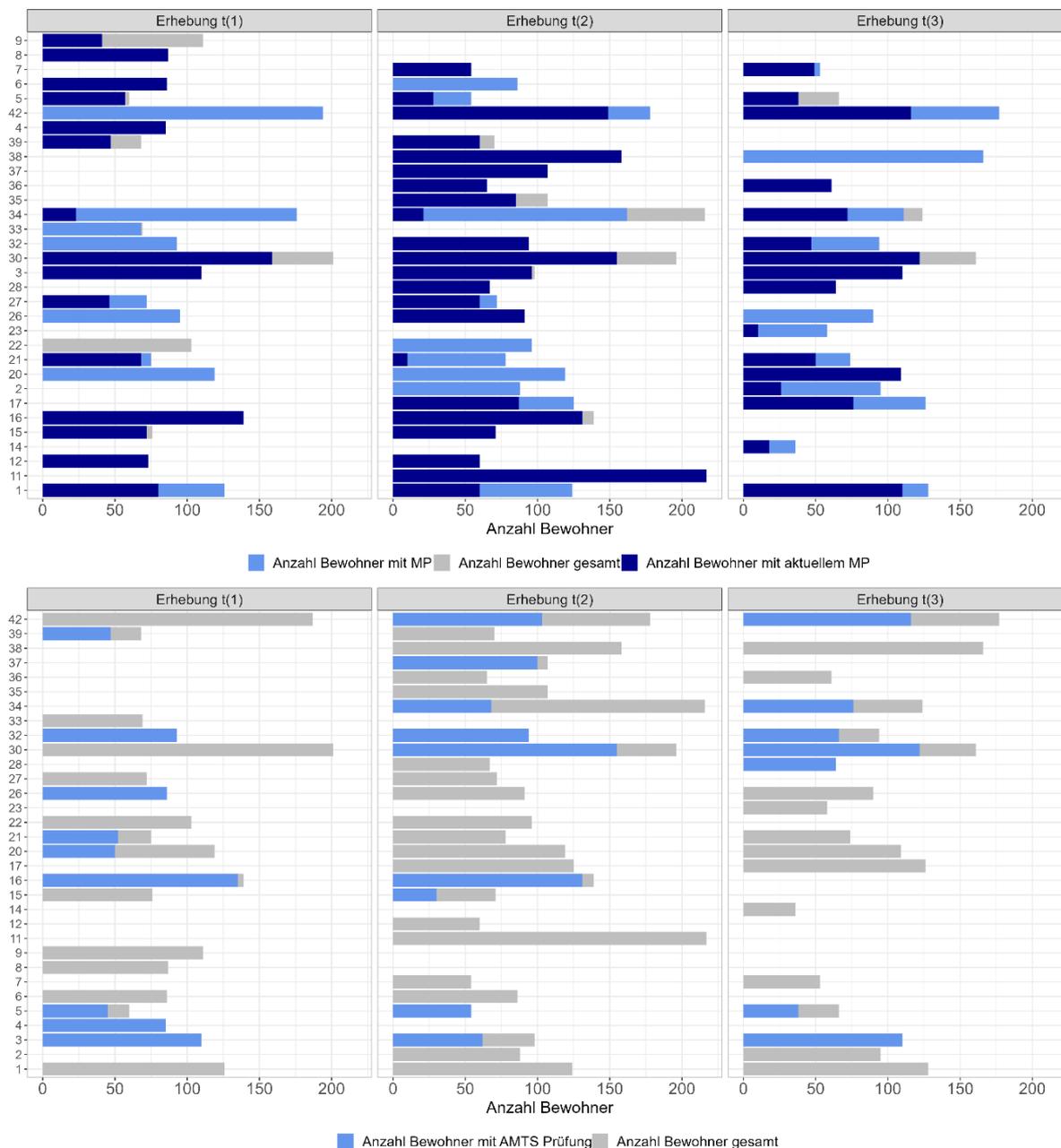
Die Umfrage erkundigte sich auch nach der Verfügbarkeit von Medikationsplänen und der Durchführung regelmäßiger Medikationsprüfungen in Form von AMTS-Checks. Die Ergebnisse dieser Fragen sind in Tabelle 54 und Abbildung 29 zusammengefasst. Im Durchschnitt lagen für 97% der Bewohner Medikationspläne vor.

Während der einzelnen Erhebungsphasen machten durchschnittlich 63% der Einrichtungen keine Angaben zur Durchführung von AMTS-Prüfungen. Unter den Einrichtungen, die dazu Angaben machten, wurden diese Prüfungen für durchschnittlich 70% der Bewohner durchgeführt.

Tabelle 54: Angaben der Einrichtungen zum Vorliegen von Medikationsplänen und der Durchführung von AMTS-Prüfungen

ERHEBUNGSZEIT	t(1)	t(2)	t(3)
Keine Angabe zu Bewohnerzahl	5	1	1
Keine Angabe zu Medikationsplänen (Prozent)	4 (17)	2 (7)	0 (0)
Keine Angabe zu AMTS-Prüfungen (Prozent)	14 (61)	18 (67)	11 (61)
Anteil Bewohner mit Medikationsplan [%]	93 (37 – 100)	96 (75 – 100)	95 (58 – 100)
Anteil Bewohner mit AMTS- Prüfungen [%]	82 (42 – 100)	66 (0 – 100)	61 (0 – 100)

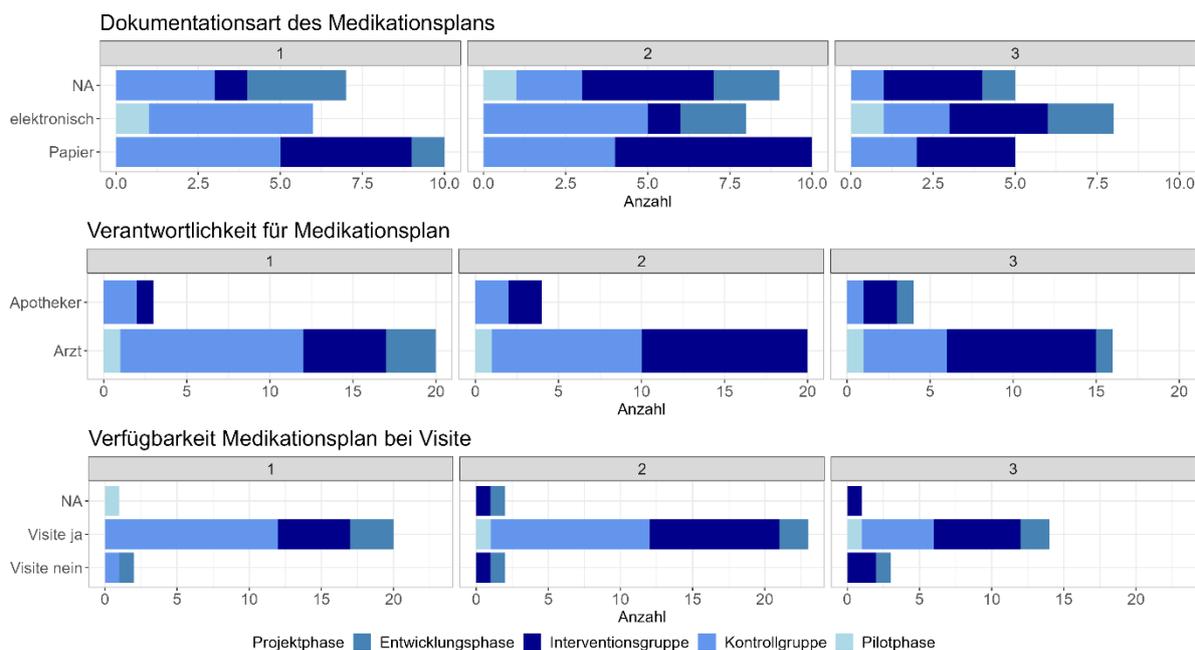
Abbildung 29: a) Anzahl der Bewohner mit Medikationsplan (älter als 6 Monate oder aktueller als 6 Monate) im Vergleich zur Anzahl der Bewohner gesamt. b) Anzahl der Bewohner, bei denen eine AMTS-Prüfung durchgeführt wurde im Vergleich zur Anzahl der Bewohner gesamt.



Anmerkung: Der Identifikator der Pflegeeinrichtungen wurde zur Verbesserung der Lesbarkeit in der Tabelle durch die Zahlen 1 bis 42 ersetzt. Folgende Einrichtungen haben zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten keine Angaben zu der Gesamtzahl an Bewohnern gemacht: t(1): 7,11,12,26 und 34; t(2): 14; t(3): 28.

Es wurde zu den Medikationsplänen außerdem erfragt, wie diese dokumentiert werden, wer für die Aktualisierung verantwortlich ist und ob Medikationspläne bei der Arztvisite verfügbar sind. Die Ergebnisse sind in Abbildung 30 dargestellt. Aus den Erhebungen geht hervor, dass die Dokumentation des Medikationsplans sowohl elektronisch als auch auf Papier erfolgt. In erster Linie tragen Ärzt:innen die Verantwortlichkeit für den Medikationsplan. Ein Großteil der Einrichtungen gab an, dass Medikationspläne bei der ärztlichen Visite verfügbar sind.

Abbildung 30: Befragungen zur Dokumentation, Aktualisierung und Verfügbarkeit von Medikationsplänen.



Anmerkung: NA: nicht verfügbar.

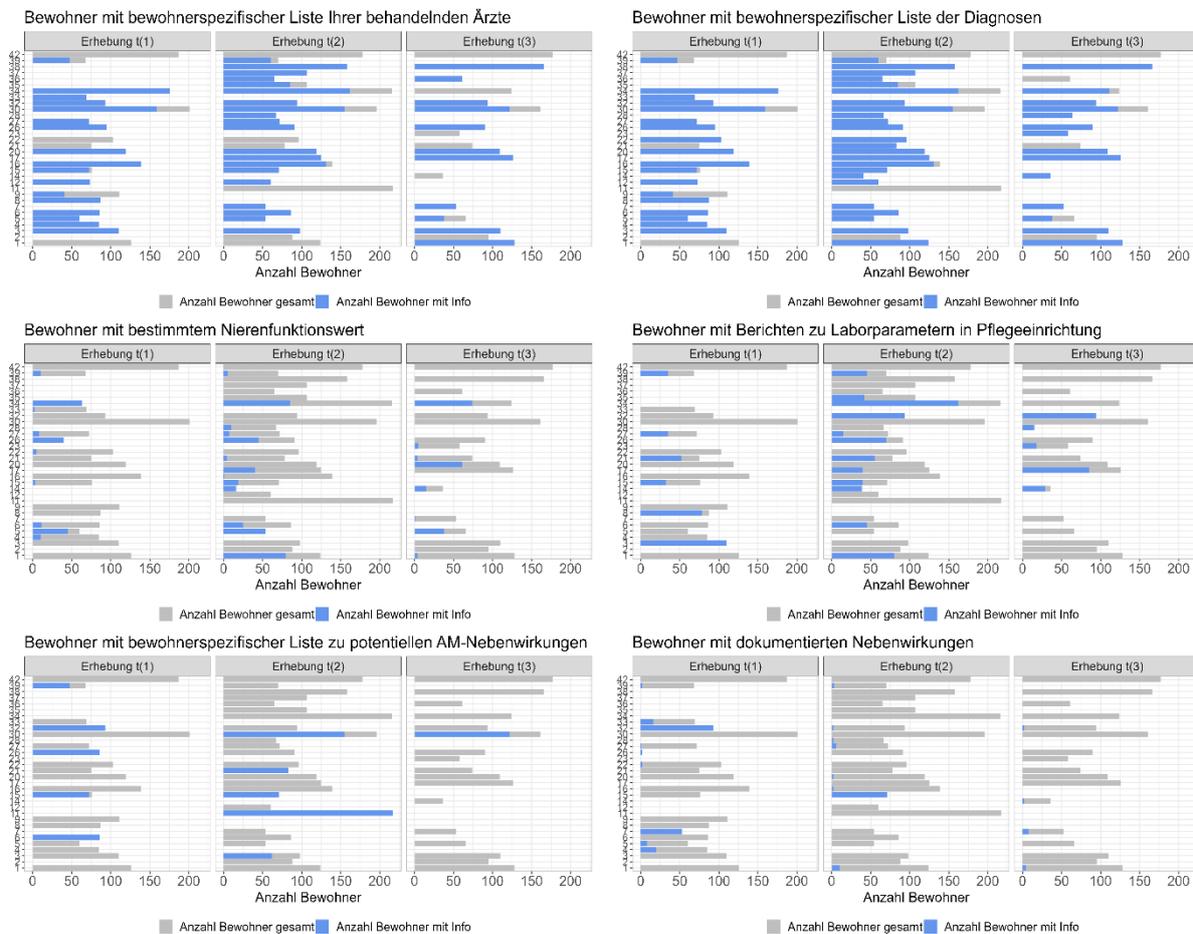
3.2.1.11 Bewohnerspezifische Liste

In der Untersuchung wurde ermittelt, ob medizinische Einrichtungen spezifische Listen für Patient:innen führen. Diese Listen könnten Informationen über die behandelnden Ärzte, potenzielle Nebenwirkungen von Arzneimitteln und Diagnosen enthalten. Es wurde auch untersucht, ob eine solche Form der Dokumentation in den Einrichtungen überhaupt vorgesehen ist. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind in Abbildung 31 und Tabelle 55 zusammengefasst.

Tabelle 55: Zusammenfassung über Vorhaltung von bewohnerspezifischen Listen zur Dokumentation

	t(1)	t(2)	t(3)
<i>befragte Einrichtungen</i>	23	27	18
Liste der behandelnden Ärzte NICHT vorgesehen	5 (22%)	6 (22%)	6 (33%)
Liste über potenzielle Nebenwirkungen NICHT vorgesehen	12 (52%)	18 (67%)	16 (89%)
Dokumentation von Nebenwirkungen NICHT vorgesehen	4 (17%)	7 (26%)	5 (28%)
Liste der Diagnosen NICHT vorgesehen	3 (13%)	2 (7%)	2 (11%)
Laborparameter NICHT vorgehalten	1 (4%)	3 (11%)	2 (11%)

Abbildung 31: Anzahl der Bewohner mit bewohnerspezifischen Dokumentationslisten zu therapierlevanten Informationen im Vergleich zur Anzahl der Bewohner gesamt für jede Einrichtung, die zum betrachteten Erhebungszeitpunkt t(1 – 3) an der Umfrage FB05 teilgenommen hat.

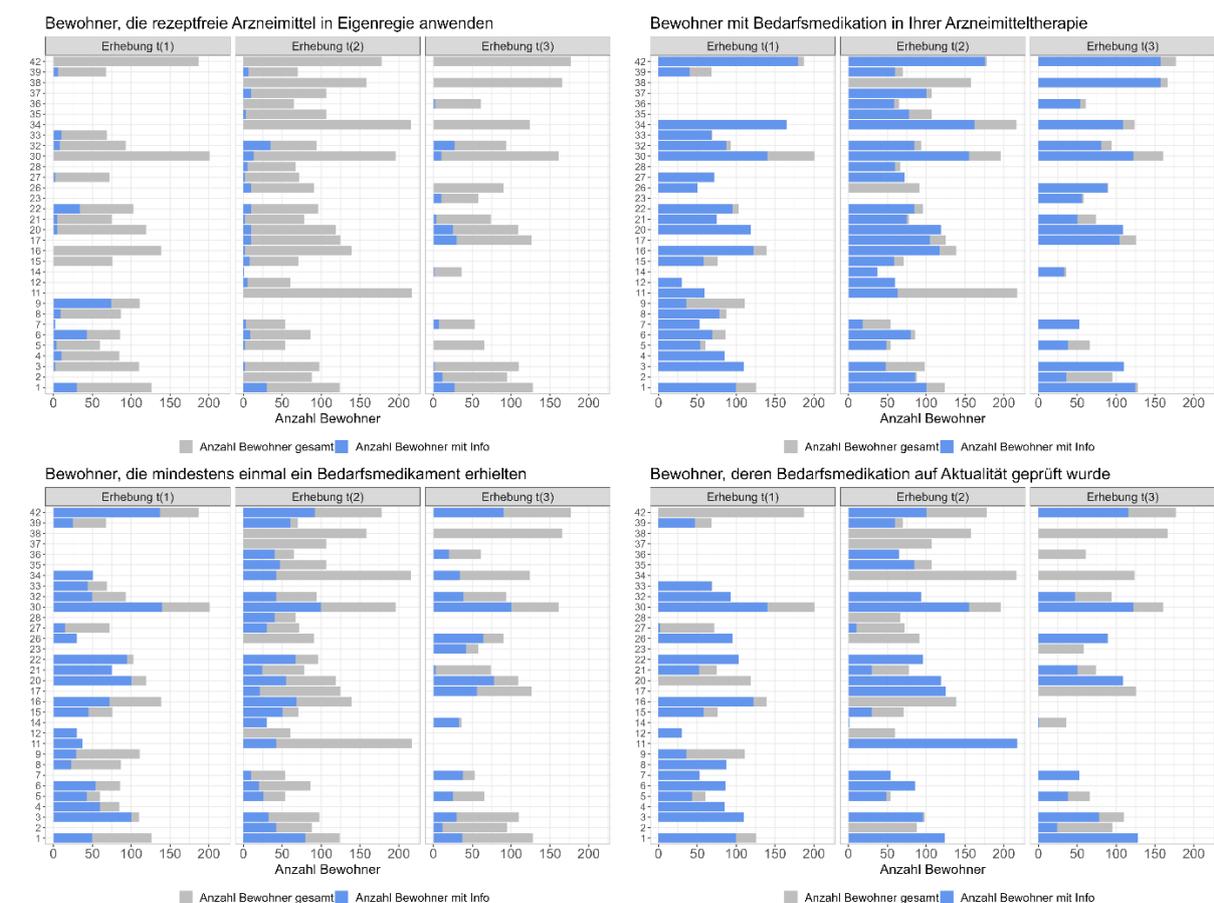


Anmerkung: Der Identifikator der Pflegeeinrichtungen wurde zur Verbesserung der Lesbarkeit in der Abbildung durch die Zahlen 1 bis 42 ersetzt. Folgende Einrichtungen haben zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten keine Angaben zu der Gesamtzahl an Bewohnern gemacht: t(1): 7,11,12,26 und 34; t(2): 14; t(3): 28

Aus der Analyse ergibt sich, dass in etwa 24% der Einrichtungen keine Dokumentation der Nebenwirkungen vorgesehen ist. In den verbleibenden Einrichtungen existieren ebenfalls keine Aufzeichnungen über aufgetretene potenzielle Arzneimittelnebenwirkungen. Insgesamt wird in über 50% der Einrichtungen die Führung von bewohnerspezifischen Listen zu potentiellen Arzneimittelnebenwirkungen nicht praktiziert.

Darüber hinaus wurde der Umgang mit Bedarfsmedikation und die mögliche Selbstverabreichung von weiteren rezeptfreien Arzneimitteln durch die Bewohner selbst untersucht. Die Ergebnisse dieser Befragung sind in Abbildung 32 dargestellt.

Abbildung 32: Informationen zur Anwendung von rezeptfreien Arzneimitteln und Bedarfsmedikation.



Anmerkung: Der Identifikator der Pflegeeinrichtungen wurde zur Verbesserung der Lesbarkeit in der Abbildung durch die Zahlen 1 bis 42 ersetzt. Folgende Einrichtungen haben zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten keine Angaben zu der Gesamtzahl an Bewohnern gemacht: t(1): 7,11,12,26 und 34; t(2): 14; t(3): 28

3.2.2 Routinedatenbasierte Analysen

3.2.2.1 Übersicht über die verfügbaren Routinedaten

Die Sekundärdaten umfassen Informationen zu insgesamt 15.491 Patienten. Für die Analyse der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) wurden die geschlossenen ITT und PP1 Kohorten verwendet. Die Basischarakteristika dieser beiden Kohorten sind nachfolgend in Tabelle 56 aufgeführt. In beiden Kohorten wurden Patienten entweder der Kontrollgruppe oder der Interventionsgruppe zugewiesen.

Tabelle 56: Darstellung der Basischarakteristika der Patient:innen unterteilt in die beiden verschiedenen Projektphasen

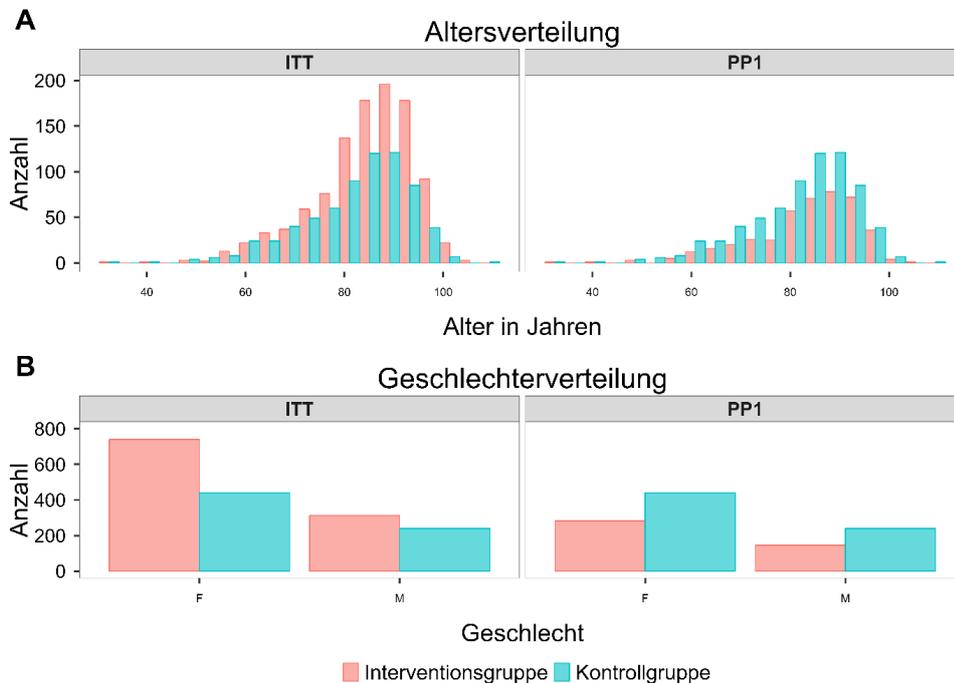
	Geschlossene ITT Kohorte		Geschlossene PP1 Kohorte	
	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
	1053	680	428	680
Alter	83.78 (30 – 106)	81.29 (33 – 107)	82.82 (30 – 106)	81.29 (33 – 107)
Geschlecht	F: 740 (70.28) M: 313 (29.72)	F: 440 (64.71) M: 240 (35.29)	F: 282 (65.89) M: 146 (34.11)	F: 440 (64.71) M: 240 (35.29)
Verstorben	474 (45.01)	290 (42.65)	192 (44.86)	289 (42.50)
Arzneimittel ^a	9.14 (4.43)	8.42 (4.04)	9.17 (4.12)	8.42 (4.04)
Arzneimittel PRISCUS-Liste [%] ^b	4.48 (8.02)	6.24 (10.5)	4.25 (7.73)	6.24 (10.5)

^a Mittlere Anzahl an verschriebenen Arzneimitteln pro Patient:in und pro Quartal

^b Mitterer prozentualer Anteil der Arzneimittel ^a gelistet in der PRISCUS-Liste pro Patient:in und pro Quartal

Abbildung 33 zeigt eine graphische Übersicht der Alters- und Geschlechterverteilung innerhalb der geschlossenen ITT und PP1 Kohorten.

Abbildung 33: Alters- und Geschlechterverteilung der geschlossenen Kohorten „ITT“ und „PP1“ jeweils im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.



Anmerkung: F: Weibliche Patientinnen, ITT: geschlossene ITT Kohorte, M: Männliche Patienten, PP1: geschlossene PP1 Kohorte.

3.2.2.2 Überprüfung der Routinedaten auf Arzneimittelinteraktionen.

Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Untersuchung wurden die verordneten Medikationen der Patient:innen anhand von Ordnungsdaten als Teil der Sekundärdaten über den primären Beobachtungszeitraum hinweg auf potenzielle Arzneimittelinteraktionen untersucht. Hierfür wurden die Interventions- und Kontrollgruppen in den jeweiligen Kohorten miteinander verglichen. Die Ergebnisse der Poisson-Regression für verschiedene Schweregrade der Arzneistoffinteraktion („Alle“, „Gering“, „Mittelschwer“, „Schwerwiegend“ und „Kontraindiziert“) sind in Tabelle 57 aufgeführt.

In den Interventionsgruppen beider Kohorten überwiegen die Anzahl der geringen bis mittelschweren Interaktionen. Auch die Anzahl der schwerwiegenden Interaktionen ist in der Interventionsgruppe der ITT-Population höher. Allerdings wurden für kontraindizierte Interaktionen mehr Fälle in der Kontrollgruppe ermittelt als in der Interventionsgruppe. Abbildung 34 zeigt eine Verteilung der Interaktionen nach Schweregrad für die Interventions- und Kontrollgruppe beider Kohorten im Vergleich.

Nach Kontrolle für verschiedene Kovariaten wie Gruppe (Intervention und Kontrolle), Anzahl der Verschreibungen, Alter, Geschlecht, Pflegegrad und CMI-Score, präsentiert Tabelle 57 die Ergebnisse verschiedener Poisson-Regressionsrechnungen mit der Anzahl der Interaktionen pro Quartal als abhängige Variable. Interessanterweise war die Rate für alle (mindestens geringen) Interaktionen in PP1 und geringe Interaktionen in beiden Kohorten signifikant geringer in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe.

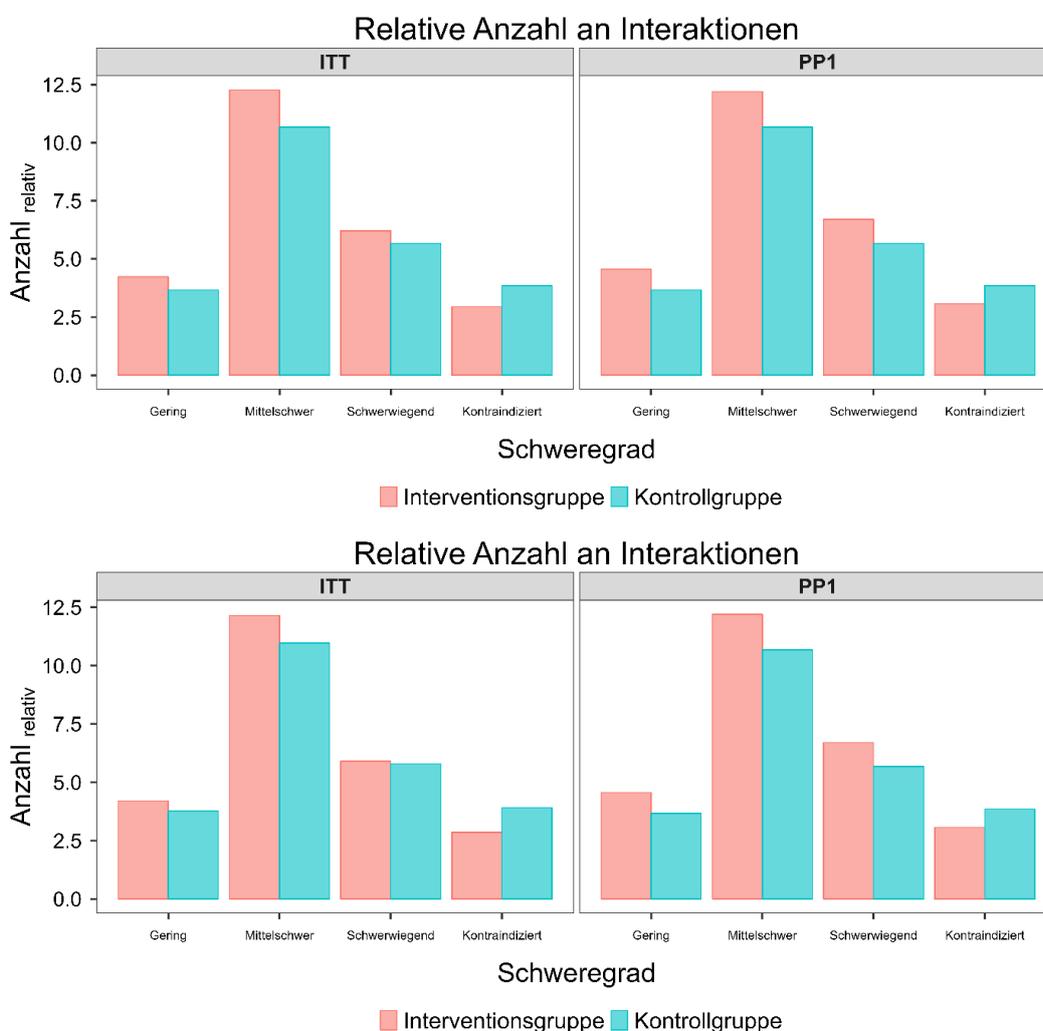
Tabelle 57: Poisson-Regression IRR mit den Kontrasten der Gruppen „Kontrolle“ und „Intervention“ der geschlossenen „PP1“ und „ITT“ Kohorten für die Anzahl an berechneten Arzneistoffinteraktionen für verschiedene Schweregrade. Hierbei steht der Schweregrad „Alle“ für Interaktionen mit einem Schweregrad von mindestens „Gering“.

Interaktion	N		IRR [Kontrolle vs. Intervention] (95% CI)		p-Wert	
	ITT	PP1	ITT	PP1	ITT	PP1
Alle	1709	1089	0.93 (0.87 – 1.01)	0.92 (0.86– 0.98)	0.073	0.013
Gering	1709	1089	0.82 (0.66 – 1.01)	0.74 (0.60 – 0.91)	0.060	0.004
Mittelschwer	1709	1089	0.92 (0.83 – 1.02)	0.93 (0.85 – 1.01)	0.098	0.066
Schwerwiegend	1709	1089	1.02 (0.89 – 1.16)	0.97 (0.86 – 1.1)	0.814	0.668
Kontraindiziert	1709	1089	1.28 (0.79 – 2.07)	1.17 (0.75 – 1.86)	0.317	0.485

IRR: Incident rate ratio, CI: Confidence interval

Anmerkung: Der Schweregrad „Alle“ steht für Interaktionen mit einem Schweregrad von mindestens „Gering“.

Abbildung 34: Verteilung der Interaktionen nach Schweregrad „Gering“, „Mittelschwer“, „Schwerwiegend“ und „Kontraindiziert“ der geschlossenen Kohorten „ITT“ und „PP1“ jeweils im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.



Anmerkung: Die absolute Anzahl der Interaktion pro Patient:in wurde relativ zu der Populationsgröße der Interventions- und Kontrollgruppen der jeweiligen Kohorten dargestellt. ITT: geschlossene ITT Kohorte, PP1: geschlossene PP1 Kohorte.

Tabelle 58 bietet eine Übersicht über die zehn wichtigsten Arzneimittelgruppen, die Teil einer potenziellen Arzneimittelinteraktion waren. Bei geringen und mittelschweren Interaktionen

waren vor allem Diuretika, Beta-Sympathomimetika und Protonenpumpeninhibitoren vertreten. Hingegen waren bei den schwerwiegenden und kontraindizierten Interaktionen Neuroleptika, Antidepressiva und Antikoagulantien die häufigsten Arzneistoffklassen.

Tabelle 58: Anteil von Arzneimittelgruppen (Top 10), die in Arzneistoffinteraktionen der Schweregrade „gering“, „mittelschwer“, „schwerwiegend“ und „kontraindiziert“ beteiligt waren (bezogen auf den Untersuchungszeitraum).

Gering		Mittelschwer	
Gruppe	Anteil [%]	Gruppe	Anteil [%]
Beta-Sympathomimetika	14.28	Diuretika	11.14
Diuretika, kaliuretische	14.28	Protonenpumpenblocker	9.31
Antidiabetika	13.97	Diuretika, kaliuretische	8.48
Serotonin-Reuptake-Hemmer	10.77	ACE-Hemmer	8.25
Beta-Blocker	7.77	Antidiabetika	6.73
Sympathomimetika	6.17	Beta-Blocker	5.21
Protonenpumpenblocker	5.70	Antidepressiva	3.94
Eisensalze	5.09	Antiphlogistika, nicht-steroidale	3.57
Alpha-1-Rezeptorantagonisten	5.03	Angiotensin-Antagonisten	2.73
Domperidon	1.81	Insuline	2.51

Schwerwiegend		Kontraindiziert	
Gruppe	Anteil [%]	Gruppe	Anteil [%]
Neuroleptika	11.18	Clozapin	18.76
Opioide	10.53	Agranulozytose-induzierende Stoffe	13.55
Serotonin-Reuptake-Hemmer	9.97	Neuroleptika	10.85
Antidepressiva, tri-/tetrazyklische	6.01	Antikoagulantien	7.85
Benzodiazepine, Z-Drugs	5.99	Faktor-Xa-Inhibitoren	6.83
QT-Zeit verlängernde Stoffe	4.90	H ₁ -Blocker	5.58
Antiphlogistika, nicht-steroidale	3.84	Antiarrhythmika	5.34
Thrombozytenaggregationshemmer	3.05	Protonenpumpenblocker	4.92
ACE-Hemmer	2.80	QT-Zeit verlängernde Stoffe	2.88
Vitamin-K-Antagonisten	2.45	Citalopram, Escitalopram	2.82

Zusätzlich zu den untersuchten Arzneimittelinteraktionen wurde die Medikation der Patient:innen daraufhin untersucht, ob die verordneten Arzneistoffe in der PRISCUS-Liste aufgeführt sind. Wie in Tabelle 59 dargestellt, zeigte sich, dass innerhalb der Interventionsgruppen beider Kohorten im Durchschnitt prozentual signifikant mehr PRISCUS-Arzneistoffe vorkommen als in den jeweiligen Kontrollgruppen.

Tabelle 59: Wilcoxon-Mann-Whitney-Test zum Vergleich der Anteile von verschriebenen und in der PRISCUS-Liste gelisteten Arzneimitteln für Kontrollgruppe gegen Interventionsgruppe, jeweils für die Kohorten ITT und PP1.

	Kontrollgruppe		Interventionsgruppe		p-Wert	W-Statistik
	Median	Mittelwert	Median	Mittelwert		
ITT Kohorte	1.45	6.24	0	4.48	<0.001	
PP1 Kohorte	1.45	6.24	0	4.25	0.002	126106

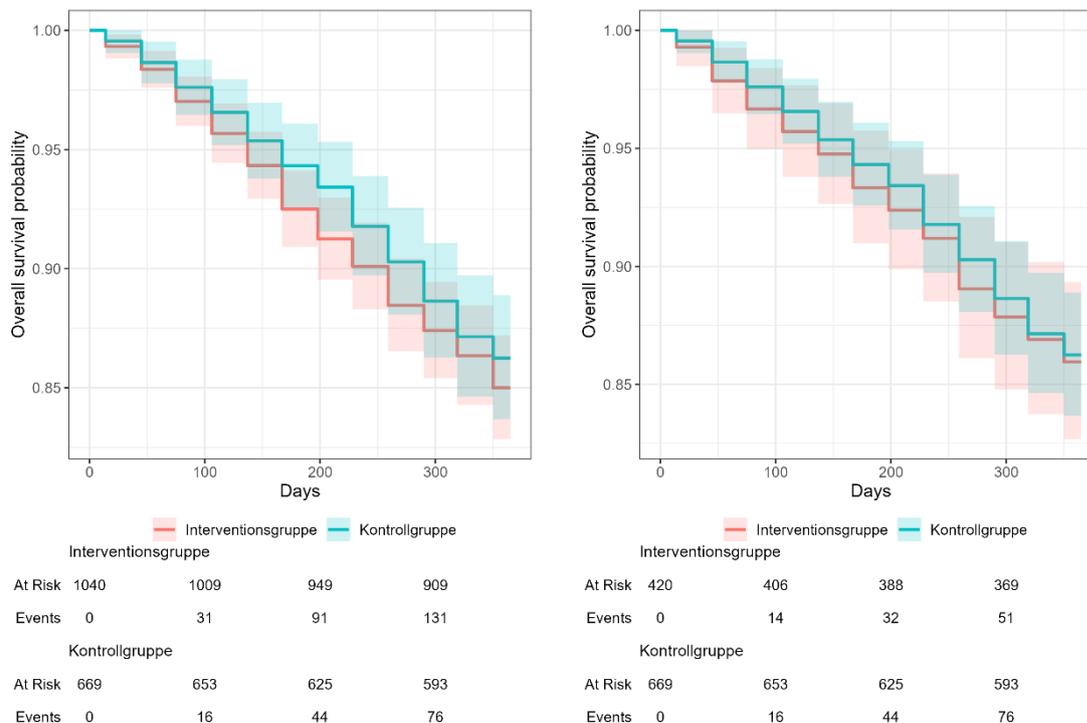
Anmerkungen: Werte für Median, Mittelwert und Bereich sind Prozent der PRISCUS Arzneimittel bezogen auf die verschriebenen Arzneimittel.

3.2.2.3 Untersuchung der Routinedaten nach Tod

Im Zusammenhang mit den oben erwähnten Daten wurde das Auftreten des Todes mithilfe einer *Time-to-Event* Analyse untersucht. Dabei wurden verschiedene Kovariaten berücksichtigt. Abbildung 35 zeigt die Überlebenschancen, die mit Hilfe des Kaplan-Meier-Schätzers über den primären Beobachtungszeitraum für die Kohorten ITT und PP1 ermittelt wurden. Es

konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe für beide Kohorten festgestellt werden (Log-Rang-Test, $p = 0,4$ für ITT und $p = 0,9$ für PP1).

Abbildung 35: Kaplan-Meier-Kurven für die Interventionsgruppe (rot) und Kontrollgruppe (blau) aus der ITT-Kohorte (links) sowie aus der PP1-Kohorte (rechts), die die Gesamtüberlebenswahrscheinlichkeit (95% Konfidenzintervall) der Kontraste darstellen.



Anmerkung: Der Zeitpunkt des wurde aufgrund der heterogenen Informationslage auf den 15. eines Monats standardisiert.

Unter der Annahme eines proportionalen Risikos (Hazards) wurde der Einfluss der Grundvariablen Geschlecht und Alter, sowie der Gruppenzugehörigkeit (entweder Kontroll- oder Interventionsgruppe) auf das Überleben in beiden Kohorten untersucht. Die Ergebnisse, präsentiert in Tabelle 60, weisen darauf hin, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in den beiden Kohorten festgestellt werden konnten. Der signifikante Zusammenhang, der beobachtet wurde, betraf nur die Variablen Alter und Geschlecht. Insbesondere zeigten Personen weiblichen Geschlechts einen deutlichen Überlebensvorteil im Vergleich zu Männern, mit einer mittleren Hazard Ratio (HR) von 0,44 und 0,47. Jedes zusätzliche Lebensjahr erhöhte die Sterblichkeit innerhalb des primären Beobachtungszeitraums von einem Jahr im Durchschnitt um 4%.

Tabelle 60: Ergebnisse der Cox-Proportional-Hazards-Regression für den Endpunkt Tod unter Berücksichtigung der Kovariaten Gruppe (Kontrollgruppe und Interventionsgruppe), Geschlecht und Alter in den ITT- und PP1-Kohorten.

Kovariate		HR [Kontrolle vs. Intervention] (95% CI)		p-Wert	
		ITT	PP1	ITT	PP1
Gruppe	Kontrolle	0.95 (0.73 – 1.23)	1.02 (0.73 – 1.41)	0.7	>0.9
	Intervention	–	–	–	–
Geschlecht	Männlich	–	–	–	–
	Weiblich	0.47 (0.36 – 0.61)	0.44 (0.32 – 0.61)	<0.001	<0.001
Alter	[Jahren]	1.04 (1.03 – 1.05)	1.04 (1.02 – 1.06)	<0.001	<0.001

HR: Hazard ratio, CI: Confidence interval

Wenn die Variablen Geschlecht, Alter, Anzahl der Arzneimittelinteraktionen, Anzahl der PRISCUS-Arzneimittel, Pflegegrad und CMI-Score in die Analyse einbezogen wurden, zeigten sich signifikante Effekte dieser Faktoren auf das Überleben. Besonders hervorzuheben sind die Anzahl der PRISCUS-Arzneimittel, mit einer mittleren Hazard Ratio (HR) von 1,32 im Intention-to-Treat-Ansatz (ITT) und 1,40 im Per-Protocol-Ansatz (PP1), sowie der Pflegegrad, mit einer mittleren HR von 1,21 in ITT und 1,53 in PP1. Beide Faktoren erhöhten das Sterberisiko. Eine detaillierte Übersicht der Einflüsse und der Analyse ist in Tabelle 61 dargestellt.

Tabelle 61: Ergebnisse der Cox-Proportional-Hazards-Regression für den Endpunkt Tod unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen, Anzahl PRISCUS-Arzneimittel, Pflegegrad und CMI Score in den ITT- und PP1-Kohorten.

Kovariate		HR [Kontrolle vs. Intervention] (95% CI)		p-Wert	
		ITT	PP1	ITT	PP1
Geschlecht	Männlich	–	–	–	–
	Weiblich	0.54 (0.42 – 0.70)	0.55 (0.40 – 0.77)	<0.001	<0.001
Alter	[Jahren]	1.05 (1.04 – 1.07)	1.05 (1.03 – 1.07)	<0.001	<0.001
Anzahl Arzneistoffinteraktionen		1.03 (0.99 – 1.06)	1.00 (0.95 – 1.05)	0.12	0.9
Anzahl PRISCUS-Arzneimittel		1.32 (1.12 – 1.55)	1.40 (1.14 – 1.71)	<0.001	0.001
Pflegegrad		1.21 (1.10 – 1.34)	1.53 (1.35 – 1.73)	<0.001	<0.001
CMI-Score		1.09 (1.03 – 1.14)	1.14 (1.08 – 1.20)	0.002	<0.001

HR: Hazard ratio, CI: Confidence interval

Anmerkung: Die Anzahl Arzneimittelinteraktionen und Anzahl PRISCUS-Arzneimittel sind als durchschnittliche Anzahl an Interaktionen und Verschreibungen pro Quartal zu verstehen.

Eine Aufschlüsselung der Interaktionen nach Schweregrad ist in Tabelle 62 dargestellt.

Tabelle 62: Ergebnisse der Cox-Proportional-Hazards-Regression für den Endpunkt Tod unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen (aufgeschlüsselt nach Schweregrad), Anzahl PRISCUS-Arzneimittel, Pflegegrad und CMI Score in den ITT- und PP1-Kohorten.

Kovariate		HR [Kontrolle vs. Intervention] (95% CI)		p-Wert	
		ITT	PP1	ITT	PP1
Geschlecht	Männlich	–	–	–	–
	Weiblich	0.53 (0.41 – 0.69)	0.55 (0.40 – 0.77)	<0.001	<0.001
Alter	[Jahren]	1.05 (1.04 – 1.07)	1.05 (1.03 – 1.07)	<0.001	<0.001
Interaktionsgrad	Gering	0.89 (0.73 – 1.10)	0.96 (0.76 – 1.21)	0.3	0.7
	Mittelschwer	1.02 (0.96 – 1.09)	0.98 (0.90 – 1.07)	0.5	0.7
	Schwerwiegend	1.09 (0.99 – 1.20)	1.03 (0.91 – 1.17)	0.073	0.6
	Kontraindiziert	1.14 (0.81 – 1.61)	1.11 (0.73 – 1.70)	0.5	0.6
Anzahl PRISCUS-Arzneimittel		1.28 (1.08 – 1.52)	1.36 (1.10 – 1.69)	0.021	0.005
Pflegegrad		1.20 (1.09 – 1.32)	1.52 (1.34 – 1.72)	<0.001	<0.001
CMI-Score		1.09 (1.04 – 1.15)	1.14 (1.08 – 1.21)	<0.001	<0.001

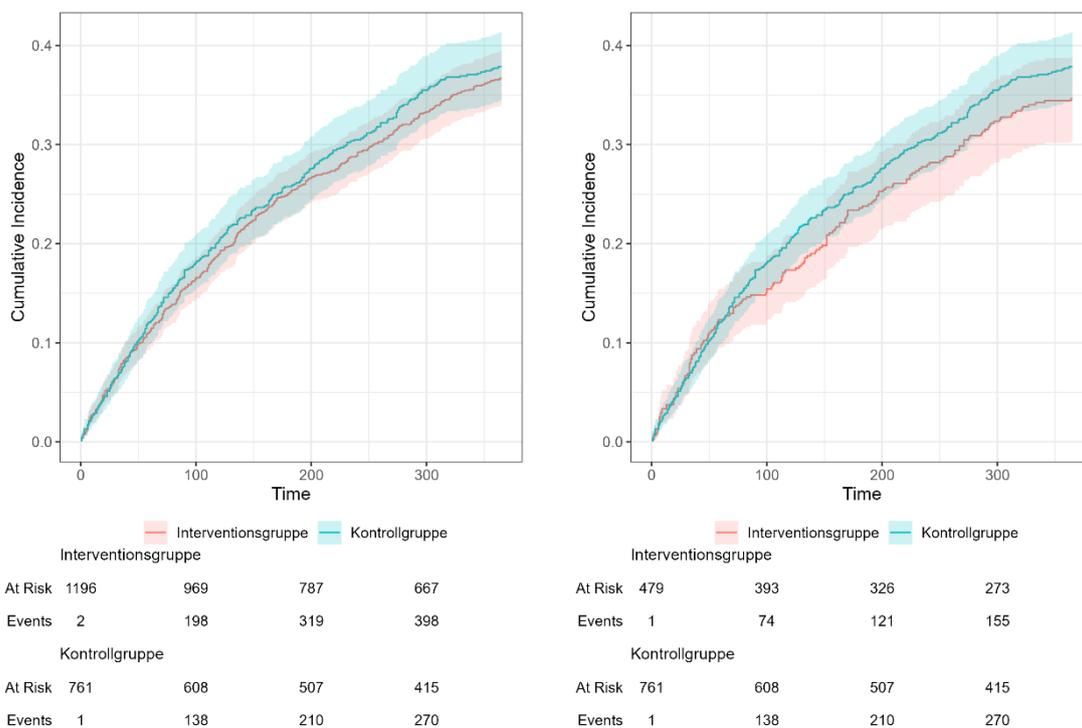
HR: Hazard ratio, CI: Confidence interval

Anmerkung: Die Anzahl Arzneimittelinteraktionen und Anzahl PRISCUS-Arzneimittel sind als durchschnittliche Anzahl an Interaktionen und Verschreibungen pro Quartal zu verstehen.

3.2.2.4 Untersuchung der Routinedaten nach Hospitalisierungen

Im Kontext der oben erwähnten Daten standen auch Informationen zu ärztlich betreuten Fällen zur Verfügung. Hierbei wurden sowohl hausärztliche als auch fachärztliche Behandlungen, sowie stationäre und ambulante Krankenhausaufenthalte, erfasst (siehe Abbildung 36). Um den potenziellen Einfluss der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) auf die Hospitalisierung der Patientinnen und Patienten zu untersuchen, konzentrierte sich die Analyse ausschließlich auf Fälle, die mit stationären oder ambulanten Krankenhausaufenthalten in Verbindung standen. Als Zeitpunkt des Eintretens einer Hospitalisierung wurde die erste dokumentierte Hospitalisierung festgelegt. Unter den untersuchten Kovariaten wurden dieselben Charakteristika wie bei der Analyse des Auftretens von Todesfällen einbezogen.

Abbildung 36: Kumulative Inzidenz (95% Konfidenzintervall) mit konkurrierendem Risiko für die Interventionsgruppe (rot) und Kontrollgruppe (blau) aus der ITT-Kohorte (links) sowie aus der PP1-Kohorte (rechts).



Anmerkung: Das konkurrierende Risiko der Tod und das primäre Event die erste Hospitalisierung waren im primären Observationszeitraum (1 Jahr).

Da der Tod im Kontext der Analyse ein konkurrierendes Risiko (competing risk) darstellt, wurden die folgenden Untersuchungen mit einem Fine & Gray Modell durchgeführt. Das primäre Event in diesem Modell war die „erste Hospitalisierung“, während das konkurrierende Event der „Tod“ war. Wie aus Tabelle 63 hervorgeht, stellten in beiden untersuchten Kohorten der Pflegegrad und der CMI-Score signifikante Treiber für eine erste Hospitalisierung dar. Im Durchschnitt erhöhte sich das relative Risiko um 22% (ITT) oder 50% (PP1) pro Pflegegrad und um 8% (ITT) oder 14% (PP1) pro CMI-Punkt. Weibliche Bewohnerinnen wiesen nur in der ITT-Kohorte einen signifikanten Vorteil auf, nicht hospitalisiert zu werden, im Vergleich zu männlichen Bewohnern, mit einer mittleren Risikoreduktion von 15%. Die Anzahl der Arzneimittelinteraktionen pro Quartal hatte einen minimalen, aber signifikanten Effekt auf eine Krankenhauseinweisung in der ITT-Kohorte (im Durchschnitt eine Erhöhung der Gefahr um 3%), jedoch nicht in der PP1-Kohorte. Alter und Anzahl der verschriebenen PRISCUS-Arzneimittel pro Quartal zeigten in beiden Kohorten keinen signifikanten Einfluss. Eine Übersicht der Analyse ist in Tabelle 63 dargelegt. Eine Aufschlüsselung der Interaktionen nach Schweregrad ist in Tabelle 64 dargestellt.

Tabelle 63: Ergebnisse der *Fine & Gray competing risk regression* für den Endpunkt „erste Hospitalisierung“ und des konkurrierenden Risikos „Tod“ unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen, Anzahl PRISCUS-Arzneimittel, Pflegegrad und CMI Score in den ITT- und PP1-Kohorten.

Kovariate		HR [Kontrolle vs. Intervention] (95% CI)		p-Wert	
		ITT	PP1	ITT	PP1
Geschlecht	Männlich	–	–	–	–
	Weiblich	0.85 (0.72 – 1.00)	0.97 (0.79 – 1.19)	0.046	0.7
Alter	[Jahren]	1.00 (1.00 – 1.01)	1.00 (0.99 – 1.01)	0.6	0.9
Anzahl Arzneistoffinteraktionen		1.03 (1.01 – 1.06)	1.00 (0.98 – 1.03)	0.004	0.7
Anzahl PRISCUS-Arzneimittel		1.02 (0.92 – 1.13)	1.14 (1.00 – 1.30)	0.7	0.052
Pflegegrad		1.22 (1.16 – 1.29)	1.50 (1.41 – 1.60)	<0.001	<0.001
CMI-Score		1.08 (1.05 – 1.11)	1.14 (1.09 – 1.17)	<0.001	<0.001

HR: Hazard ratio, CI: Confidence interval

Anmerkung: Die Anzahl der Arzneimittelinteraktionen und die Anzahl PRISCUS-Arzneimittel sind als durchschnittliche Anzahl an Interaktionen und Verschreibungen pro Quartal zu verstehen.

Tabelle 64: Ergebnisse der *Fine & Gray competing risk regression* für den Endpunkt „erste Hospitalisierung“ und des konkurrierenden Risikos „Tod“ unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen (aufgeschlüsselt nach Schweregrad), Anzahl PRISCUS-Arzneimittel, Pflegegrad und CMI Score in den ITT- und PP1-Kohorten.

Kovariate		HR [Kontrolle vs. Intervention] (95% CI)		p-Wert	
		ITT	PP1	ITT	PP1
Geschlecht	Männlich	–	–	–	–
	Weiblich	0.85 (0.73 – 1.00)	0.96 (0.78 – 1.19)	0.054	0.7
Alter	[Jahren]	1.00 (1.00 – 1.01)	1.00 (0.99 – 1.01)	0.5	0.9
Interaktions- grad	Gering	1.05 (0.94 – 1.17)	1.02 (0.89 – 1.17)	0.4	0.8
	Mittelschwer	1.04 (1.00 – 1.08)	1.01 (0.96 – 1.06)	0.057	0.8
	Schwerwiegend	1.02 (0.96 – 1.08)	1.00 (0.92 – 1.08)	0.6	0.9
	Kontraindiziert	1.08 (0.90 – 1.30)	0.94 (0.72 – 1.22)	0.4	0.6
Anzahl PRISCUS-Arzneimittel		1.02 (0.92 – 1.14)	1.15 (1.00 – 1.33)	0.7	0.044
Pflegegrad		1.23 (1.16 – 1.29)	1.13 (1.09 – 1.17)	<0.001	<0.001
CMI-Score		1.08 (1.05 – 1.11)	1.51 (1.41 – 1.60)	<0.001	<0.001

HR: Hazard ratio, CI: Confidence interval

Anmerkung: Die Anzahl der Arzneimittelinteraktionen und die Anzahl PRISCUS-Arzneimittel sind als durchschnittliche Anzahl an Interaktionen und Verschreibungen pro Quartal zu verstehen.

3.2.2.5 Untersuchung der Gesamtkohorte der Sekundärdaten

Für die Kontextualisierung der Ergebnisse, die aus den Analysen der ITT- und PP1-Kohorten gewonnen wurden, wurde die Gesamtkohorte der Sekundärdaten untersucht. Diese umfasste den Gesamtdatensatz, der von den beteiligten Krankenkassen übermittelt wurde und Daten von 15.506 Personen beinhaltete. Da in etwa zwei Dritteln der Einträge Informationen zum CMI-Score fehlten, wurde diese Variable nicht in die Analyse einbezogen. Daten von Personen, für die innerhalb des primären Observationszeitraums keine Verschreibungsdaten vorlagen oder die vor Beginn der Observationsperiode verstarben, wurden aus dem Datensatz entfernt. Somit bestand der zur Analyse verwendete Datensatz aus Daten zu 14.141 Personen.

Bei der Einbeziehung der Variablen Geschlecht, Alter, Anzahl an Arzneimittelinteraktionen, Anzahl an PRISCUS-Arzneimitteln und Pflegegrad in die Analyse konnten signifikante Effekte dieser Variablen auf das Überleben festgestellt werden. Insbesondere erhöhten die Anzahl an PRISCUS-Arzneimitteln (mittlere Hazard Ratio (HR) von 1.31) und der Pflegegrad (mittlere HR von 1.09) die Sterbewahrscheinlichkeit. Die Anzahl an Arzneimittelinteraktionen pro Quartal führte zu einer mittleren Erhöhung der Sterbewahrscheinlichkeit um 4% pro Interaktion. Das weibliche Geschlecht zeigte einen Überlebensvorteil im Vergleich zu Männern mit einer durchschnittlichen Gefahrreduktion von 39%. Des Weiteren erhöhte jedes zusätzliche Lebensjahr die Sterbewahrscheinlichkeit im Durchschnitt um 6%. Eine Übersicht der Analyse ist in Tabelle 65 dargestellt.

Tabelle 65: Ergebnisse der Cox-Proportional-Hazards-Regression für den Endpunkt Tod unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen, Anzahl PRISCUS-Arzneimittel und Pflegegrad in der Gesamtkohorte (N=14141) innerhalb des Interventionszeitraums.

Kovariate		HR [Kontrolle vs. Intervention] (95% CI)	p-Wert
Geschlecht	Männlich	–	–
	Weiblich	0.67 (0.61 – 0.73)	<0.001
Alter	[Jahren]	1.06 (1.05 – 1.06)	<0.001
Anzahl Arzneistoffinteraktionen		1.04 (1.03 – 1.05)	<0.001
Anzahl PRISCUS-Arzneimittel		1.31 (1.24 – 1.38)	<0.001
Pflegegrad		1.09 (1.06 – 1.13)	<0.001

HR: Hazard ratio, CI: Confidence interval

Anmerkung: Die Anzahl der Arzneimittelinteraktionen und die Anzahl PRISCUS-Arzneimittel sind als durchschnittliche Anzahl an Interaktionen und Verschreibungen pro Quartal zu verstehen.

Äquivalent zu den Analysen der Sekundärdaten der ITT- und PP1-Kohorten wurde der Einfluss verschiedener Variablen auf die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung innerhalb des Observationszeitraums erforscht. Tabelle 67 bietet hierzu eine Zusammenfassung. Die Ergebnisse zeigen, dass weibliche Bewohnerinnen einer um etwa 15% niedrigeren Gefahr ausgesetzt sind als Männer. Das Lebensalter hatte, nach Korrektur mit anderen Variablen, einen signifikanten, jedoch vernachlässigbaren Effekt auf die Gefahr einer Hospitalisierung (unter 0,3% pro Lebensjahr). Arzneimittelinteraktionen wiesen einen signifikanten Effekt mit einer Erhöhung der Gefahr um etwa 4% pro Quartalsinteraktion auf. Die Anzahl der pro Quartal verschriebenen PRISCUS-Arzneimittel hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Gefahr einer Hospitalisierung. Interessanterweise deutete der Pflegegrad auf einen protektiven Effekt hin, mit einer etwa 3% niedrigeren Gefahr pro Pflegegrad. Eine Übersicht dieser Ergebnisse ist in Tabelle 66 zu finden.

Tabelle 66: Ergebnisse der *Fine & Gray competing risk regression* für den Endpunkt „erste Hospitalisierung“ und des konkurrierenden Risikos „Tod“ unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen, Anzahl PRISCUS-Arzneimittel und Pflegegrad in der Gesamtkohorte (N=14141) innerhalb des Interventionszeitraums.

Kovariate	HR [Kontrolle vs. Intervention] (95% CI)	p-Wert
Geschlecht Männlich	–	–
Weiblich	0.85 (0.81 – 0.90)	<0.001
Alter [Jahren]	1.00 (1.00 – 1.00)	0.017
Anzahl Arzneistoffinteraktionen	1.04 (1.03 – 1.04)	<0.001
Anzahl PRISCUS-Arzneimittel	0.99 (0.95 – 1.03)	0.5
Pflegegrad	0.97 (0.95 – 0.99)	0.002

HR: Hazard ratio, CI: Confidence interval

Anmerkung: Die Anzahl der Arzneimittelinteraktionen und die Anzahl PRISCUS-Arzneimittel sind als durchschnittliche Anzahl an Interaktionen und Verschreibungen pro Quartal zu verstehen.

Nach der Unterscheidung der Arzneimittelinteraktionen nach Schweregrad ergab sich, dass insbesondere kontraindizierte Interaktionen die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung signifikant erhöhen, mit einer durchschnittlichen Erhöhung von 13% pro kontraindizierter Interaktion im Quartal. Sowohl mittelschwere als auch schwerwiegende Interaktionen offenbarten signifikante und moderate Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung, mit einer durchschnittlichen Erhöhung von 3 bis 4% pro Interaktion im Quartal.

Tabelle 67: Ergebnisse der *Fine & Gray competing risk regression* für den Endpunkt „erste Hospitalisierung“ und des konkurrierenden Risikos „Tod“ unter Berücksichtigung der Kovariaten Geschlecht, Alter, Anzahl Arzneimittelinteraktionen (aufgeschlüsselt nach Schweregrad), Anzahl PRISCUS-Arzneimittel und Pflegegrad in der Gesamtkohorte (N=14141) innerhalb des Interventionszeitraums.

Kovariate	HR [Kontrolle vs. Intervention] (95% CI)	p-Wert
Geschlecht Männlich	–	–
Weiblich	0.85 (0.80 – 0.89)	<0.001
Alter [Jahren]	1.00 (1.0 – 1.00)	0.020
Interaktionsgrad Gering	1.00 (0.96 – 1.04)	>0.9
Mittelschwer	1.04 (1.03 – 1.06)	<0.001
Schwerwiegend	1.03 (1.01 – 1.05)	0.009
Kontraindiziert	1.13 (1.04 – 1.23)	0.005
Anzahl PRISCUS-Arzneimittel	0.99 (0.95 – 1.03)	0.5
Pflegegrad	0.97 (0.95 – 0.99)	0.002

HR: Hazard ratio, CI: Confidence interval

Anmerkung: Die Anzahl der Arzneimittelinteraktionen und die Anzahl PRISCUS-Arzneimittel sind als durchschnittliche Anzahl an Interaktionen und Verschreibungen pro Quartal zu verstehen.

3.3 Prozessevaluation

3.3.1 Qualitative Erhebung

3.3.1.1 Ergebnisse qualitative Fokusgruppen- und Experteninterviews

3.3.1.1.1 Entwicklung und Implementierung des Rahmenhandbuchs (Entwicklungs- und Pilotphase)

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den deduktiv und induktiv gebildeten Kategorien aus der Entwicklungs- und Pilotphase dargestellt. Ankerbeispiele finden sich im Anhang in Kapitel 6 – Anhang 5.

Machbarkeit

Erfahrungen zur Entwicklung des Rahmenhandbuchs

Das Rahmenhandbuch wurde in der Entwicklungsphase laut den Befragten auf Basis von Studien und Leitlinien zu verschiedenen Themen sowie praktischer Erfahrungen der Beteiligten (Hausärzt:innen und Pflegekräfte) entwickelt. Bei der Erarbeitung des Rahmenhandbuchs haben sich beide Professionen eingebracht. Der multiprofessionelle Austausch wurde von den Beteiligten sehr positiv bewertet.

Erfahrungen zur Umsetzbarkeit der Maßnahmen aus dem Rahmenhandbuch

Das Rahmenhandbuch wird von allen Umsetzenden in Entwicklungs- und Pilotphase als verständlich beurteilt. Die Interventionen sind nach Ansicht der Befragten so konstruiert, dass sie in die Organisationsstrukturen der Pflegeeinrichtungen und Hausarztpraxen integriert werden können. Einige der im Rahmenhandbuch aufgeführten Interventionen seien für die Pflegeeinrichtungen und die Versorgungsgemeinschaften nicht völlig neu und seien bereits vor dem Projekt SaarPHIR umgesetzt worden. Dazu gehört die Durchführung von Assessments, regelmäßige Visiten (ausgenommen die Vor-Wochenend-Visite) und zum Teil die Erreichbarkeit der Hausärzte (Weitergabe der persönlichen Handynummer).

Neu für beide Professionen ist die verbindliche und strukturierte Vorgehensweise bei der Umsetzung der Maßnahmen. Laut eines interviewten Hausarztes werden besonders die konkreten Vorgaben im Rahmenhandbuch als Unterstützung und Hilfe wahrgenommen. Dadurch würden sich erste positive Wirkungen in der Kooperation zwischen den Pflegenden und den medizinischen Kollegen sowie auf die Versorgungssituation der Bewohner zeigen.

In Teambesprechungen wurde die Umsetzung reflektiert und gegebenenfalls wurden Verbesserungen vorgenommen. Anfängliche Schwierigkeiten konnten so bewältigt werden. Merkmale der Zusammenarbeit wie gemeinsame Entscheidungsfindung, Vertrautheit, Offenheit und gegenseitiger Respekt spielten für eine erfolgreiche Implementierung der Maßnahmen eine entscheidende Rolle.

Die Einrichtungen und Versorgungsgemeinschaften der Entwicklungs- und Pilotphase haben die Interventionsmaßnahmen wie geplant umgesetzt. Dazu wurden nur geringfügige Anpassungen der individuellen Arbeitsroutinen in den Einrichtungen bzw. Arztpraxen notwendig (vgl. Kategorie Angemessenheit).

- **Bildung einer Versorgungsgemeinschaft**
Alle Einrichtungen haben eine Versorgungsgemeinschaft gebildet. Wie im Rahmenhandbuch vorgesehen, übernimmt ein:e Arzt:in die Planung der Rufbereitschaft und der Vor-Wochenend-Visite. Der kollegiale Austausch innerhalb der Versorgungsgemeinschaft wird positiv erlebt, die strukturierte Zusammenarbeit wird als Entlastung beschrieben. Für die Pflege steht ein fester Stamm an Ansprechpersonen mit geregelter Erreichbarkeit zur Verfügung.

- **Erweiterte Rufbereitschaft**
Ebenso wird von den Versorgergemeinschaften im wöchentlichen Wechsel die erweiterte Rufbereitschaft bis 21:00 Uhr durchgeführt. Für die Pflegekräfte bedeutet die erweiterte Erreichbarkeit ein höheres Maß an Sicherheit in akuten Situationen.
- **Teambesprechungen**
Wie vorgesehen werden einmal im Quartal mit den Ärzt:innen der Versorgergemeinschaft, der Pflegekoordinator:in sowie mit den verantwortlichen Pflegefachkräften Teamsitzungen durchgeführt. Dieser strukturelle Rahmen bietet den Akteuren einen kontinuierlichen interdisziplinären Austausch, der positiv beurteilt wird. In den Teamsitzungen werden bspw. Prozesse der Informationsweitergabe innerhalb und zwischen den Berufsgruppen besprochen und optimiert. Fallbesprechungen werden über Teambesprechungen hinaus bei Bedarf durchgeführt.
- **Screening und Assessment**
Die Pflegekoordinator:innen berichten, dass die jeweilige Pflegeeinrichtung über eigens ausgewählte Instrumente zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Bewohner:innen verfügt, die sich in der Regel an den Expertenstandards orientieren. Diese entsprechen teilweise den im Rahmenhandbuch aufgeführten.
- **Regelmäßige Arzneivisiten**
Alle Befragten führen quartalsweise die vorgegebenen Arzneivisiten durch. Die vorgegebene Struktur und die Vorgaben haben demnach zu einem besseren Überblick geführt und wirken sich aus Sicht der Befragten positiv auf die Arzneimitteltherapiesicherheit aus.
- **Vor-Wochenend-Visite**
Die Vor-Wochenend-Visiten werden, je nach Organisation der Hausarztpraxen, von der diensthabenden Hausarzt:in entweder am Freitagnachmittag oder am Samstagvormittag durchgeführt. Die Pflegeeinrichtungen werden freitagmorgens über die geplante Visite informiert und können die Visiten entsprechend vorbereiten. Eine Unterstützung sei das in der Entwicklungsphase erarbeitete und im Rahmenhandbuch aufgeführte Visitenblatt.

Die Maßnahmen wurden in ihrer Erforderlichkeit nicht angezweifelt. Grundlegende Änderungsvorschläge wurden nicht gemacht. Laut den Befragten sind zudem keine weiteren Qualifizierungen notwendig.

3.3.1.1.2 Umsetzung der Maßnahmen (Interventionsphase)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews und Fokusgruppen zu den deduktiv und induktiv gebildeten Kategorien aus der Interventionsphase dargestellt.

Wiedergabetreue

In der Interventionsphase werden folgende Maßnahmen umgesetzt:

- **Bildung einer Versorgergemeinschaft**

Alle befragten 16 Einrichtungen der Interventionsgruppe haben angegeben eine Versorgungsgemeinschaft gegründet zu haben. In diesen sind zwischen zwei und zehn Hausärzt:innen tätig.

- **Erweiterte Rufbereitschaft**

Die erweiterte Rufbereitschaft wurde in allen befragten Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

In drei Versorgungsgemeinschaften wird die erweiterte Rufbereitschaft immer von demselben:derselben Hausarzt:-ärztin durchgeführt. Die erweiterte Rufbereitschaft wurde auch in der Pandemie weiterhin durchgeführt und als besondere Entlastung wahrgenommen.
- **Vor-Wochenend-Visite**

In den befragten Einrichtungen wurde die Vor-Wochenend-Visite unterschiedlich umgesetzt:

 - In der Regel wird für die Vor-Wochenend-Visite bis ca. 11 h freitags von den Wohnbereichen eine Liste der zu visitierenden Bewohner:innen erstellt und an den/die diensthabende:n Arzt:in gemeldet.
 - In drei Pflegeeinrichtungen werden die Vor-Wochenend-Visiten teilweise coronabedingt immer von demselben:derselben Hausarzt:-ärztin der Versorgungsgemeinschaft durchgeführt.
 - In einer Pflegeeinrichtung findet die Visite nur bei Bedarf statt.
 - In einer weiteren Pflegeeinrichtung werden von dem zuständige:n Arzt:in bei Bedarf telefonische Anordnungen getroffen, da die Bewohner:innen ausreichend bekannt seien.
 - In einer Einrichtung wird die Vor-Wochenend-Visite unverändert als regelmäßige Visite an einem passenden Tag in der Woche durchgeführt.
 - In den übrigen Pflegeeinrichtungen wird die Vor-Wochenend-Visite von den Ärzt:innen der Versorgungsgemeinschaft abwechselnd durchgeführt. Diese Hausärzt:innen kommen immer in die Pflegeeinrichtung, auch wenn kein Bedarf gemeldet wurde.
 - Alle Visiten werden durch eine Pflegefachkraft, in der Regel von den Wohnbereichsleitungen, begleitet.
 - Die Weiterführung der Vor-Wochenend-Visite wurde zu Beginn der Pandemie unterschiedlich gehandhabt. In zwölf Einrichtungen der Interventionsphase wurde diese unter den Schutzbestimmungen weiterhin durchgeführt. In vier Einrichtungen fanden die Vor-Wochenend-Visiten ausschließlich per Telefon, Fax oder „Video“ (gemeint ist Skype) statt. In manchen Einrichtungen fanden keine Regelvisiten mehr statt. Alle Bewohner:innen wurden aber von einem Arzt der Versorgungsgemeinschaft in der Vor-Wochenend-Visite versorgt. Die Versorgung der Bewohner:innen war trotz der Krise und erschwerten Visiten-Bedingungen immer sichergestellt.
- **Screening und Assessments**

Der überwiegende Teil arbeitet mit bereits implementierten Assessments aus den Expertenstandards, die teilweise im Rahmenhandbuch aufgeführt sind bzw. dem geriatrischen Assessment nach Lachs. Weitere Assessments aus dem Rahmenhandbuch wurden nicht angewendet.

- Teambesprechungen

Auch die Teambesprechungen werden unterschiedlich durchgeführt:

- In neun der befragten Einrichtungen werden die Besprechungen mit den Ärzt:innen der VG, dem/der Pflegekoordinator:in und je nach Einrichtung auch mit den Heim-, Pflege- und Wohnbereichsleitungen regelmäßig einmal im Quartal durchgeführt. Diese Teambesprechungen dienen dem Austausch zu unterschiedlichen Themenfeldern (z.B. Vorgehen bei Facharztbesuchen oder in palliativen Situationen) und der Reflexion der Projektumsetzung. In einer Einrichtung wurden konnten zwei Fachärzt:innen in die Teambesprechungen integriert werden.
- In drei Pflegeeinrichtungen konnten aufgrund der Corona-Pandemie und den damit verbundenen Kontakteinschränkungen keine Teambesprechungen durchgeführt werden, sind aber in Planung. Generell wurden seitens der Einrichtungen nicht zwingend erforderliche Besprechungen abgesagt oder verschoben.
- Aus den anderen Einrichtungen berichten die Befragten, dass aufgrund von Zeitmangel keine Teambesprechungen stattfinden konnten oder auch weil die Notwendigkeit nicht gesehen wurde, da der Austausch bereits intensiv genug sei und ggf. akute Anliegen bei der Visite besprochen werden könnten.

- Arzneivisiten

Die Arzneivisiten werden ebenfalls unterschiedlich gehandhabt:

- In sechs Pflegeeinrichtungen werden Arzneivisiten seit dem Projekt als fester Bestandteil bei der ärztlichen Versorgung durchgeführt und als sehr sinnvoll erachtet. Auch hier wird die Problematik der Medikamentenanordnungen oder -änderungen durch Fachärzt:innen ohne Informationsweitergabe an den:die Hausarzt:in thematisiert.
- In den übrigen Einrichtungen konnten keine Angaben gemacht werden.

Angemessenheit

Aufwand - Nutzen

Seitens der Befragten gibt es unterschiedliche Positionen zum Aufwand. Von einigen befragten Ärzt:innen wird der Aufwand als gering beurteilt. Ein:e Arzt:in berichtet hingegen einen erheblichen Mehraufwand in der Alltagsroutine durch die Vor-Wochenend-Visite. Dieser ergebe sich durch die Anzahl der zu versorgenden Bewohner:innen, dem zeitlichen Aufwand bei der Beurteilung der gesundheitlichen Beschwerden fremder Bewohner:innen sowie dem Dokumentationsaufwand und die Weitergabe von Informationen an die entsprechenden Kolleg:innen.

Auch Seitens der Pflegekoordinator:innen wird ein zum Teil erheblicher Mehraufwand beschrieben. Kritisiert wurde nicht die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen selbst, sondern die damit verbundene Organisation, um das Projekt in den Pflegeeinrichtungen zum Laufen zu bringen.

Insgesamt berichtet der überwiegende Teil der Befragten, dass der Aufwand bei Einführung der Maßnahmen zwar hoch, aber angemessen sei. Vor allem wird der langfristige Nutzen der medizinisch-pflegerischen Versorgung für die Bewohner:innen und die interdisziplinäre Zu-

sammenarbeit hoch bewertet. Haben sich die Interventionen zudem in die Routinen integriert, werden sie nicht mehr als Mehraufwand empfunden. Das läge zum Teil an der geringen Komplexität der Maßnahmen und an der Adaptierbarkeit der Maßnahmen in die Arbeitsroutine der beiden Berufsgruppen. Einige Einrichtungen haben zudem bereits vor dem SaarPHIR-Projekt mit ihren Hausärzt:innen hinsichtlich Visiten und Erreichbarkeit in ähnlicher Form gearbeitet und mussten deshalb nur wenige Anpassungen vornehmen.

Adaptierbarkeit zu den Arbeitsroutinen

Die Befragten beider Professionen äußern, dass die Interventionen bedeutsam sind und in das jeweilige Setting passen.

- **Anpassung der pflegerischen Routinepraxis**
Die Mehrheit der befragten Pflegekoordinator:innen berichten, dass Arbeitsabläufe durch die Umsetzung der Maßnahmen nicht grundlegend geändert werden müssten und sich in den vorgegebenen Rahmen gut einfügen lassen. Lediglich die Vor-Wochenend-Visite müsse gezielter vorbereitet werden. Jede Einrichtung hat nach anfänglichen Schwierigkeiten in der Planung, Koordination und Durchführung ihre Organisationsstrukturen an die Vor-Wochenend-Visite angepasst und eine eigene Arbeitsroutine entwickelt (z.B. Erstellen von Listen, Festlegung von Ansprechpartnern, Abstimmungen zwischen den Wohnbereichen). Im Ergebnis haben die Wohnbereichsleitungen freitags bis zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Liste von Bewohner:innen vorbereitet, die freitags oder samstags visitiert werden sollten. Diese Liste wurde an die entsprechenden Hausärzt:innen der Versorgungsgemeinschaft übermittelt.
- **Anpassung der hausärztlichen Routinepraxis**
Zur Durchführung der Vor-Wochenend-Visite berichten die befragten Ärzt:innen von einer teilweisen Umorganisation ihrer Routinen (z.B. Verschiebung Hausbesuche). Auch Teambesprechungen müssten in den organisatorischen Gegebenheiten der Hausarztpraxis gut eingeplant werden, um größere Unterbrechungen im routinierten Tagesablauf zu vermeiden. Die Umsetzung der Rufbereitschaft bis 21:00 Uhr wird nicht als problematisch beschrieben. Eine:r der interviewten Hausärzt:innen merkt an, durch die verbesserte Kommunikationsstruktur würde vieles im Laufe des Tages oder während der Vor-Wochenend-Visite geklärt werden. Daher würde die Rufbereitschaft selten in Anspruch genommen.

Wirkungen

Fast alle Befragten berichten über subjektiv wahrgenommene Wirkungen, die in den folgenden Kategorien beschrieben werden. Lediglich zwei Befragte berichten, dass sie bisher durch das Projekt SaarPHIR keine Wirkungen wahrnehmen konnten. In einem Fall konnte aufgrund der kurzen Teilnahmedauer zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Wirkung beobachtet werden. Im anderen Fall gab es schon vor Umsetzung von SaarPHIR eine:n sehr engagierte:n Hausarzt:in, der regelmäßige Visiten für alle Bewohner:innen durchführte und über Handy jederzeit erreichbar war.

Intendierte Wirkungen

- **Struktureller Organisationswandel**
Ein struktureller Organisationswandel wird hinsichtlich der Einführung der Vor-Weekend-Visiten wahrgenommen. Diese ist zumeist fest terminiert, es stehen feste Ansprechpersonen für beide Professionen bereit. Die Visiten werden strukturierter vorbereitet und größtenteils regelhaft und verlässlich durchgeführt. Dadurch sei ein festgelegter Ablauf zur Orientierung aller Beteiligten vorgegeben.
Durch die erweiterte Rufbereitschaft der Versorgergemeinschaft steht den Pflegekräften ein fester Stamm an Ärzten als Ansprechpartner zur Verfügung mit einer klar geregelten Erreichbarkeit.

Beide Maßnahmen vermitteln den Pflegekräften Handlungssicherheit, weil Entscheidungen zu Versorgungsproblemen der Bewohner:innen gemeinsam mit dem:der diensthabenden Hausarzt:-ärztin der Versorgergemeinschaft getroffen werden können. Allerdings müsse die Rufbereitschaft kaum genutzt werden, da die Versorgungssituation schon während der Praxiszeiten mit dem:der Ärzt:in besprochen wird. Aus ärztlicher Sicht wird berichtet, Pflegekräfte würden sich nun früher an den/die Hausarzt:in wenden zur gemeinsamen Besprechung von Versorgungsproblemen. Somit könnten entsprechend frühzeitig Maßnahmen eingeleitet und Konsultation von Bereitschafts- und Rettungsdiensten (außer in Notfällen) vermieden werden.
- **Medizinisch-pflegerische Versorgung**
Konsens herrscht zudem auch in Bezug auf die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bewohner:innen. Die Umsetzung der Maßnahmen zeige sich nach subjektiver Einschätzung von acht Befragten auch in der spürbaren Reduzierung von Krankenhauseinweisungen.
Auch coronabedingt wurden Krankenhauseinweisungen in enger Abstimmung mit den behandelnden Ärzt:innen und den Angehörigen vermieden. Die Betreuung und Versorgung präfinaler Bewohner:innen mit Sauerstoff und Morphin wurde nach Möglichkeit in der Einrichtung erbracht. Es wird berichtet, dass die an SaarPHIR teilnehmenden Bewohner:innen in der Regel besser versorgt gewesen seien, da Ärzt:innen der Versorgergemeinschaft regelmäßiger vor Ort waren. Nichtteilnehmende Hausärzt:innen hätten ausschließlich telefonische Abklärungen und Anordnungen anstatt einer Vor-Ort-Visite durchführen wollen. Eine Person aus der Gruppe der teilnehmenden Hausärzt:innen beschreibt die telefonischen Besprechungen als unbefriedigend, da sie eine ärztliche Untersuchung der Bewohner:innen nicht ersetzen können.
- **Verbesserte Kommunikation und Kooperation**
Dieser Aspekt der intendierten Wirkungen wird unten als eigene Kategorie dargestellt.
- **Sicherheitsgefühl Bewohner und Angehörige**
Ein Teil der Bewohner:innen beruhige es, die Versorgergemeinschaft sowie die regelmäßige Anwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin auch außerhalb der Sprechzeiten wahrnehmen zu können. Durch das SaarPHIR-Projekt habe sich zudem der Austausch zwischen Hausarzt:in und Angehörigen intensiviert, insbesondere wenn es um die palliative Versorgung geht.

Nicht-intendierte Wirkungen

- Versorgung nicht-teilnehmender Bewohner:innen
Eine nicht-intendierte Wirkung ist die medizinische Mitversorgung von nicht-teilnehmenden Bewohnern, die bspw. während der Vor-Wochenend-Visite akute gesundheitliche Probleme aufweisen. Dies war insbesondere während der Akutphase der Pandemie der Fall. Von den Ärzten wird diese Hilfe als „Trittbrettphänomen“ bezeichnet, die zu unterlassen mit ihrem Gewissen nicht vereinbar sei.
- Reflexion von Prozessen
Zudem wurden angeregt durch das Projekt bisherige Prozesse beider Professionen in den Pflegeeinrichtungen hinterfragt und optimiert. Dies betrifft beispielsweise Medikamentenanordnungen durch Fachärzt:innen ohne Informationsweitergabe an den Hausarzt oder die Hausärztin.
- Standardisierung von Informationsvermittlung
In einzelnen Einrichtungen wurde ein standardisiertes Instrument verwendet wie im Rahmenhandbuch vorgegeben (falls nicht bereits vorhanden) zur Übermittlung präziser Angaben zum Gesundheitszustand (Vitalparameter etc.).

3.3.1.1.3 Implementierung und Umsetzung der Maßnahmen über alle Phasen

Im Folgenden werden Ergebnisse berichtet, die über den gesamten Zeitraum für alle Einrichtungen beobachtet werden konnten. Ankerbeispiele finden sich im Anhang (vgl. Kapitel 6 – Anhang 5).

Implementierung und Umsetzung

Implementierungsstrategie

Den Interviews können folgende Strategien zur Implementierung entnommen werden:

- Einige Einrichtungen haben Auftakt- oder Informationsveranstaltungen zum SaarPHIR-Projekt für die Pflegekräfte wohnbereichsübergreifend durchgeführt. Eine Einrichtung hat dies auch für Angehörige und gesetzliche Betreuer:innen angeboten.
- In anderen Einrichtungen haben die Pflegekoordinator:innen die Wohnbereichsleitungen informiert und diese haben in Teammeetings die Informationen an die Pflegefachkräfte weitergegeben.
- Zusätzlich wurden Informationsmaterialien zum Projekt auf den Wohnbereichen zur Verfügung gestellt. Eine Einrichtung hat ihren Pflegekräften lediglich Informationsbroschüre mit allen Informationen zum SaarPHIR-Projekt zukommen lassen, mit der Auflage diese zu lesen. Weitere Informationsveranstaltungen oder Teammeetings zum Projekt fanden nicht statt.
- Des Weiteren wurden in den meisten Pflegeeinrichtungen Ordner mit Informationsmaterialien zum Projekt oder über Aushänge zur Verfügung gestellt. In zwei Einrichtungen war der freie Zugang zu den Ordnern allerdings nicht gewährleistet.
- Die Unterstützung durch die Projektkoordinator:innen der SPG sowie der KVS wird von den meisten Befragten als hilfreich bei der Bildung der Versorgungsgemeinschaften und der Bildung der multiprofessionellen Teams in den Pflegeeinrichtungen wahrgenommen.

- Der überwiegende Teil der Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen sind aktiv im SaarPHIR-Projekt als Schnittstellen zwischen den Hausärzt:innen, Pflegekräften, Bewohner:innen und Angehörigen tätig. Sie geben die aktuellen Informationen an die Pflegekoordinator:innen und Pflegefachkräfte weiter und stehen als Ansprechpartner:innen für Bewohner:innen und deren Angehörigen zur Verfügung. Sie unterstützen die Rekrutierung von Teilnehmenden, nehmen aktiv an Team- und Fallbesprechungen teil und unterstützen die Pflegekoordinator:innen beim Ausfüllen der Evaluationsbögen. Einige wenige Einrichtungsleitung:innen sind nicht aktiv im Projekt involviert, zeigen aber durch regelmäßiges Nachfragen über den Stand der Umsetzung der Maßnahmen ihr Interesse am Projekt. Alle Einrichtungsleitungen räumen den Pflegekoordinator:innen entsprechend den Vorgaben ein Zeitkontingent von 20% ein. In häufigen Fällen haben Pflegedienstleitungen auch selbst die Rolle der Pflegekoordinator:innen inne und übernehmen die gesamte Prozessorganisation und –koordination sowie alle damit verbundenen Aufgaben.

Verantwortlichkeits- und Aufgabenverteilung

Für die Steuerung des Implementierungsprozesses waren in den Pflegeeinrichtungen die Pflegekoordinator:innen und in den Versorgergemeinschaft jeweils ein:e ärztliche:r Koordinator:in verantwortlich. Zu ihren Zuständigkeiten bzw. Aufgaben gehörten:

- Pflegekoordinator:in:
 - Koordination der Teambesprechungen und vereinzelt Organisation von Vor-Weekend-Visiten, sofern diese Aufgabe nicht auf eine Pflegefachkraft übertragen wurde.
 - Begleitung, Unterstützung, Kontrolle und ggf. die Korrektur der Pflegekräfte bei der Umsetzung der Maßnahmen gehören zu den Aufgaben der Pflegekoordinator:innen.
 - Schnittstelle in der Kommunikation zwischen den Ärzt:innen der Versorgergemeinschaft und den Pflegekräften bei Fragen, Schwierigkeiten oder als Erinnerungsstütze.
 - Administrative Aufgaben, auch das Ausfüllen der Evaluationsbögen
 - In drei Einrichtungen als Motivator zu Beginn der Projektumsetzung
- Ärztlicher Koordinator:in
 - Organisation der Teamgespräche unter den ärztlichen Kolleg:innen
 - Klärung aufkommender Fragen
 - Erstellen der Einsatzpläne der Versorgergemeinschaft.

Umsetzungsstrategie

- Neben den Pflegekoordinator:innen wurden am Projekt interessierte und motivierte Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung ausgewählt, um bestimmte Aufgaben zu übernehmen. So wurden auf den Wohnbereichen feste Ansprechpartner:innen benannt, die für die Visiten zuständig sind. Teilweise übernahmen diese auch die Dokumentation für die Evaluation. Es wurde auf eine klare Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten geachtet.

- In der Mehrheit der befragten Einrichtungen lagen auf den Wohnbereichen Listen mit den Namen der teilnehmenden Bewohner:innen, die Bereitschaftspläne der Versorgergemeinschaft sowie die dazugehörigen Telefonnummern vor.
- Die befragten Ärzt:innen aus den unterschiedlichen Versorgergemeinschaften berichten, dass zu ihren Implementierungs- und Umsetzungsstrategien die Erstellung der Rufbereitschaftspläne gehöre sowie die wöchentliche Abfrage nach potenziellen Bewohner:innenvisiten, um diese in der Praxis vorbereiten zu können.
- Mehrheitlich wurde zur Informationsweitergabe an die ärztlichen Kolleg:innen zur Vor-Wochenend-Visite der Bogen aus dem Rahmenhandbuch genutzt.

Kommunikation und Kooperation

Die Befragten beider Berufsgruppen betonen, die Zusammenarbeit sei schon vor dem Projekt gut gewesen. Dennoch werden deutliche Verbesserungen sowohl zwischen als auch innerhalb der Berufsgruppen beschrieben, die zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen beitragen. Im Folgenden werden verschiedene Aspekte der verbesserten Kommunikation und Kooperation dargestellt, die zusammenhängen und sich gegenseitig bedingen.

Strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Die Maßnahmen geben feste Strukturen vor, was eine strukturierte Zusammenarbeit erleichtert. Darüber hinaus findet in den regelmäßig durchgeführten gemeinsamen Teambesprechungen ein Austausch statt, der zu konkreten und verbindlichen Absprachen führt. Probleme würden analysiert und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Insgesamt fördert dieser strukturierte Kommunikationsprozess die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Für die Pflege erleichternd ist die Verfügbarkeit einer begrenzten Anzahl von Ärzt:innen der Versorgergemeinschaft sowie deren klar geregelte Erreichbarkeit.

Wertschätzung und Vertrauen

Die Pflegekräfte bemerken eine wachsende Wertschätzung ihrer Fachkompetenz und steigendes Vertrauen seitens der Ärzt:innen. Dadurch würden Verfahren beschleunigt und Einweisungen vermieden. Die Kommunikation finde auf Augenhöhe statt, jeder könne sich in das Projekt einbringen und mitgestalten.

Kooperation in der Versorgergemeinschaft

Innerhalb der Versorgergemeinschaften wird von einem verstärkten Austausch und gegenseitigen Urlaubsvertretungen berichtet. Dies schließt auch Vertretungen bei der Versorgung nicht teilnehmender Bewohner:innen ein. Der verstärkte Austausch unter den Kolleg:innen wird positiv erlebt.

Kooperation Pflege

In zwei Pflegeeinrichtungen wurde zudem ein verstärkter Austausch auch unter den Pflegekräften festgestellt.

Kommunikation und Kooperation unter Coronabedingungen.

Eine tägliche Kommunikation mit den Ärzt:innen der Versorgungsgemeinschaft war vorhanden. Insgesamt wird die Versorgungsgemeinschaft von den Einrichtungen als sehr stabil wahrgenommen. Oft erfuhr das Personal der Einrichtungen durch die Versorgungsgemeinschaft eine gute Unterstützung und somit ein Gefühl der Sicherheit.

Arbeitsentlastung in beiden Berufsgruppen

Beide Berufsgruppen nehmen eine Entlastung wahr. Die kollegiale gegenseitige Vertretung an den Wochenenden entlastet die Hausärzt:innen. Durch frühzeitige telefonische Abklärungen von Versorgungsproblemen entfallen zusätzliche Heimbesuche. Für die Pflege entfallen aufwändige Prozesse einer Krankenhauseinweisung.

Akzeptanz

Akzeptanz allgemein

Bei allen Akteuren sowohl der Entwicklungs- und Pilotphase als auch der Interventionsphase ist in der Mehrheit eine hohe Akzeptanz gegenüber dem SaarPHIR-Projekt zu verzeichnen.

Alle Befragten zeigen sich von den Zielen des Projekts überzeugt. Die Wahrnehmung von Erfolgen wie reduzierte Krankenhausweisungen und veränderte Strukturen der Zusammenarbeit die Akteure motivieren zusätzlich.

Akzeptanz bei den Pflegekräften

Folgende Aspekte tragen zur Akzeptanz in der Pflege bei:

- Die problemlose Integration der Maßnahmen in die alltäglichen Arbeitsroutinen der Pflegekräfte
- Die zuverlässige und erweiterte Erreichbarkeit der teilnehmenden Ärzt:innen auch außerhalb der Sprechzeiten.
- subjektiv höhere Wertschätzung und mehr Respekt in der Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen
- gestiegenes gegenseitiges Vertrauen in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Akzeptanz bei den Ärzten

Folgende Aspekte tragen zur Akzeptanz bei den Ärzten der Versorgungsgemeinschaft bei

- sinkender Aufwand, der sich durch die Konzentration der Patienten auf wenige Einrichtungen und die damit verbundenen geringeren Anfahrtszeiten ergeben
- finanzielle Verbesserung gegenüber dem § 119b SGB V

Akzeptanz bei den Bewohner:innen

Folgende Aspekte tragen zur Akzeptanz bei den teilnehmenden Bewohnern bei

- Regelmäßige Anwesenheit der Hausärzt:innen und die Vor-Wochenend-Visite
- Ziel des Projekts, Krankenhauseinweisungen nach Möglichkeit zu verringern. Vereinzelt sei es zu Hausarztwechsell gekommen, um an dem Projekt teilnehmen zu können.

Akzeptanz bei den Angehörigen und gesetzlichen Betreuer:innen

Ein Teil der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer befürworteten die Zielsetzung reduzierter Krankenhauseinweisungen. Bei einem anderen Teil war die Akzeptanz zunächst gering ausgeprägt und erforderte einen erhöhten Aufwand an Aufklärung.

- Von den gesetzlichen Betreuern erfolge teilweise weder Rückmeldung noch ein Rücklauf der Einverständniserklärungen.
- Es bestanden Bedenken hinsichtlich der medizinischen Versorgung
- Es bestanden Befürchtungen, es könnten weitere Kosten entstehen

Die Schwierigkeiten traten vor allem bei der Rekrutierung bereits in der Einrichtung lebender Bewohner:innen und deren Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer:innen auf. Bei Neuaufnahmen konnten die Aufklärung und Einschreibung ins Projekt direkt erfolgen.

Beeinflussende Faktoren

Fördernde Faktoren

Im Folgenden werden Faktoren dargestellt, die von den Befragten überwiegend als förderlich beschrieben wurden.

- **Motivation durch wahrgenommene Wirkungen**
Die Befragten berichten, dass sich bereits kurz nach der Implementation der Maßnahmen erste positive Auswirkungen zeigen würden. Dazu zählen die oben beschriebene verbesserte Kommunikation und Kooperation zwischen den Berufsgruppen, die wahrgenommenen Entlastungen, die verbesserte medizinisch-pflegerische Versorgung sowie reduzierte Krankenhauseinweisungen der Bewohner.
- **Identifikation mit den Zielen**
Alle Beteiligten stimmen der Relevanz der Zielsetzung zu und setzen die Maßnahmen engagiert sowie konsequent um.
- **Entwicklungsorientierte Organisationskultur**
Einige Einrichtungen und Ärzt:innen bringen frühere positive Projekterfahrungen mit, die sich positiv auf ihre Offenheit für Neues auswirken. Die Akteure zeigen Freude an der Optimierung (vgl. Prozessanpassungen in den Teambesprechungen) und nehmen die Gelegenheit zur Teilnahme wahr.
- **Unterstützende Ressourcen**
Die Pflegekoordinator:innen standen beiden Berufsgruppen informierend und koordinierend zur Seite, was als sehr förderlich empfunden wurde. Wie bereits oben beschrieben wird von den Befragten die Unterstützung und Kommunikation mit den Projektkoordinator:innen der SPG und KVS als förderlich bewertet. Es stehe stets eine feste Ansprechperson bei Fragen und Problemen zur Verfügung, die Umsetzung der Maßnahmen würde interessiert verfolgt. Es erfolge ein regelmäßiger telefonischer Austausch oder im Rahmen der Teambesprechungen.

- **Selbstreflexion**
Regelmäßige Selbstreflexion und Besprechung von Problemen sowie die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten in den Teammeetings erleichtern die Implementierung und Umsetzung.
- **Bereits bestehende Kooperationsbeziehungen**
Bereits vor dem Projekt bestehende gute Kooperationsbeziehungen zwischen den Berufsgruppen erleichtert die Einführung neuer Strukturen.
- **Personelle Ressourcen**
Ausreichend personelle Ressourcen wirken sich laut den Befragten förderlich aus.
- **Engagement und Einsatz von Führungspersonen**
Wie bei den Implementierungsstrategien bereits beschrieben, wird das Engagement und Einsatz der Führungspersonen als förderlich beschrieben (vgl. unter Implementierungsstrategie).
- **Geringer Aufwand**
Die Maßnahmen sollten einfach in die Arbeitsstrukturen eingefügt werden können.

Hemmende Faktoren

Ein Teil der beschriebenen hemmenden Faktoren betrifft die Projektorganisation.

- **Die fehlende Teilnahme einiger Krankenkassen und Hausärzt:innen**
Interessierte Bewohner konnten sich nicht ins Projekt einschreiben, weil ihre Krankenkasse nicht teilgenommen hat. Weiterhin haben sich nicht alle versorgenden Hausärzt:innen einer Einrichtung an der Bildung einer Versorgergemeinschaft am Projekt beteiligt. Dies bedeutete für die Pflegekoordinator:innen einen erheblichen Koordinationsaufwand, da zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Bewohnerinnen, Krankenkassen und Hausärzt:innen unterschieden werden musste.
- **Fehlende Rückmeldung der gesetzlichen Betreuer:innen**
Alle befragten Pflegekoordinatoren beklagen die zum Teil fehlende Rückmeldung der gesetzlichen Betreuer:innen auf das Informationsschreiben der Pflegeeinrichtungen zum SaarPHIR-Projekt.
- **Mangelnde Akzeptanz der Angehörigen**
Eine befragte Pflegekoordinatorin berichtet, dass vereinzelte Angehörige von teilnehmenden Bewohner:innen auf eine Krankenhauseinweisung bestanden haben, obwohl diese von einem SaarPHIR-Arzt in der Rufbereitschaft als nicht notwendig erachtet wurde. Diese Haltung von den Angehörigen wurde von einer Befragten als hemmender Faktor bei der Umsetzung des Projekts empfunden.
- **Fehlende Ansprechpersonen bei Krankenkassen**
Nicht bei jeder teilnehmenden Krankenkasse standen Ansprechpersonen zur Verfügung.

- Evaluation
Das Ausfüllen der Evaluationsbögen sei zeitaufwendig, da nicht alle gefragten Angaben digital vorliegen würden.
- Stellenanteil Pflegekoordinator:innen
Alle Pflegekoordinator:innen äußern, dass die 20% Stelle für die Organisation und Koordination nicht ausreichen würde.
- Coronabedingte Personalausfälle
Durch die Corona-Pandemie kam es zu Ausfällen beim Pflegepersonal und zu einem stark gestiegenen Arbeitsaufwand, was dazu führte, dass die Pflegekoordinator:innen zusätzliche Aufgaben übernehmen mussten und wenig Kapazitäten für das SaarPHIR-Projekt hatten.

Weitere hemmende Faktoren betreffen direkt die Umsetzung der Maßnahmen.

- Organisations- und Arbeitsstrukturen
In vereinzelt Einrichtungen gab es keine geregelten Zeiten für die Vor-Wochenend-Visite, was zu organisatorischen Problemen führte. Auch unterschiedliche Arbeitsorganisationen zwischen Wohnbereichen hemmten in wenigen Einrichtungen die Umsetzung der Vor-Wochenend-Visite.
- Fehlende Medikation für den Notfall
Als weiteres Hemmnis der Umsetzung der Maßnahmen wurde die fehlende Medikation für den Notfall genannt. Das verhindere eine zeitnahe und adäquate medikamentöse Versorgung, was eine notfallmäßige Krankenhauseinweisung zur Folge haben kann. In solchen Fällen hätte auch die Rufbereitschaft bis 21:00 Uhr wenig Sinn.

Gründe für die Teilnahme und Erwartungen

Verbesserte medizinisch-pflegerische Versorgung der Bewohner:innen

Alle Befragten äußern die Erwartung, mit dem Projekt die medizinische Versorgung der Bewohner:innen verbessern zu können, Gesundheit und Ressourcen zu fördern und damit Krankenhauseinweisungen zu reduzieren.

Zusammenarbeit

Es wird eine strukturiertere und damit effizientere Zusammenarbeit erwartet. Beide Berufsgruppen erhoffen sich feste Ansprechpersonen und geregelte Erreichbarkeiten.

Versorgungsstabilität

Als weiterer Grund zur Teilnahme wird die Sorge genannt, durch den zukünftigen fehlenden Nachwuchs im ärztlichen Bereich könne es zu medizinischen Versorgungslücken der Pflegeheime kommen. Daher erscheine es sinnvoll, bereits jetzt die Versorgung zu stabilisieren.

Externe Regulationen und Anreizbedingungen

Hier wurden folgende Aspekte genannt:

- Mehrere Einrichtungen haben auf den Vorschlag von versorgenden Hausärzt:innen hin teilgenommen.
- Weitere Einrichtungen haben auf Beschluss der Geschäftsführung und/oder Heimleitung teilgenommen oder sich zu einer Teilnahme entschieden, weil bereits Einrichtungen desselben Trägers in anderen Landkreisen teilnahmen.
- Die teilnehmenden Hausärzt:innen erhielten einen finanziellen Ausgleich, was für einige der Befragten ein zusätzlicher Beweggrund zur Teilnahme war.
- Die Teilnahme erhöht die Reputation der Einrichtung.

Verbesserungsvorschläge

- Höhere Anzahl teilnehmender Hausärzt:innen zur Entlastung kleiner Versorgergemeinschaften
- Digitalisierung der Dokumentation und digitalisierte Datenübermittlung
- Notfallmedikation
- Integration von Fachärzt:innen (Neurologen, Urologen, Hautärzte, Chirurgen) zum interdisziplinären Austausch und Medikamentenabsprachen
- Teilnahme aller Krankenkassen sowie die Teilnahme privat versicherter Bewohner:innen
- Für eine Pflegeeinrichtung wäre es sehr hilfreich, wenn die Kurzzeitpflegepatient:innen im Projekt involviert wären, aufgrund der oft notwendigen intensiven medizinisch-pflegerischen Versorgung
- Drei Befragte hätten Vernetzungsaktivitäten mit anderen Einrichtungen sowie erste Ergebnispräsentationen gewünscht

Nachhaltigkeit

Während des Projekts entstandene Prozessoptimierungen (z.B. entwickelte Dokumente zur Informationsweitergabe) werden weitergeführt.

Des Weiteren berichten einige Befragte, dass die koordinierte und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Professionen sich bewährt habe und nach Projektende nicht nur weitergeführt, sondern auch auf bisher nicht teilnehmende Ärzt:innen erweitert werden sollte.

Übernahme in Regelversorgung

Insgesamt werden die Maßnahmen aus dem SaarPHIR-Projekt als großer Gewinn für alle Beteiligten erachtet. Beide Professionen befürworten eine Übernahme der Maßnahmen in die Regelversorgung. Dies betrifft vor allem die Vor-Wochenend-Visite, die Rufbereitschaft und die Arzneivisiten bei entsprechender Honorierung. So ließen sich potenzielle Krankenhauseinweisungen und die damit verbundenen Kosten vermeiden.

3.3.1.1.4 Ergebnisse Fallanalysen

Stichprobenbeschreibung

Die Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 68 dargestellt. Die Bewohner:innen waren zwischen 62 und 99 Jahre alt, jeweils hälftig Männer und Frauen, Pflegegrad zwischen keinem und 5.

Tabelle 68: Stichprobe

	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4	Fall 5	Fall 6	Fall 7	Fall 8
Alter	77	79	84	92	99	87	68	62
Geschlecht	m	m	w	w	m	w	m	w
Pflegegrad	2	kein	2	3	3	5	4	4
Wochentag	Mo	Fr	Mo	Mo	Sa	Mi	Fr	Fr
Uhrzeit	13.30	21.30	14.30	12.20	21.45	16.00	19.00	20.45
Einweiser*	1	2	3	4	1	3	2	1
Krankenhausaufenthaltsdauer	16**	11	4	5	unklar	13	55	5

*1= Diensthabende:r SaarPHIR-Arzt:Ärztin (Rufbereitschaft), 2= Diensthabende:r SaarPHIR-Arzt:Ärztin, gleichzeitig Hausarzt:-ärztin (Rufbereitschaft), 3= Pflegepersonal Rettungswagen (RTW), 4= Hausarzt:-ärztin

** = verstorben im Krankenhaus

Einweisungszeitpunkte

Vier Einweisungen erfolgten am Wochenende (freitags und samstags) in den Abendstunden. Die weiteren vier Einweisungen an den Wochentagen fanden in der Kernarbeitszeit der Pflegeeinrichtungen zwischen 6:00 Uhr und 18:00 Uhr statt.

Schichtbesetzung

Die jeweiligen Schichten waren mit ein bis zwei Pflegefachkräften sowie ein bis zwei Pflegehilfskräften besetzt. In drei Fällen fanden die Einweisungen während des Schichtwechsels statt, sodass jeweils zusätzliche Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte anwesend waren. Ein Zusammenhang zwischen der jeweiligen Schichtbesetzung in den Pflegeeinrichtungen und den Krankenseinweisungen ist nicht zu erkennen.

Vorangegangene Krankenhausaufenthalte

Von den acht Bewohner:innen waren in den letzten sechs Monaten ab dem Zeitpunkt der Befragung vier Bewohner:innen nicht im Krankenhaus. Von den übrigen vier Bewohner:innen sind Krankenhausaufenthalte zwischen ein bis viermal zu verzeichnen. Die Fälle 4 und 7 sind aufgrund von denselben Diagnosen in ein Krankenhaus eingewiesen worden wie bei der aktuellen Befragung.

Zeitraum zwischen Ereignis und Reaktion

Die Befragten berichten, dass die Kontaktaufnahme mit den Ärzt:innen der Versorgungsgemeinschaft oder der Rettungswache innerhalb von 5 bis 10 Minuten nach Auftreten der akuten gesundheitlichen Beschwerden der Bewohner:innen stattfand. Nur in einem Fall lässt sich das wegen unvollständiger Dokumentation des Pflegeberichts nicht mehr zurückverfolgen. Der Zeitraum zwischen den ersten Symptomen und der Krankenseinweisung lag zwischen frühestens 20 Minuten und längstens 24 Stunden.

Einweisungsgründe

Die Befragten entnahmen aus den Pflegeberichten die beschriebenen Symptome, die zu einer Krankenseinweisung führten sowie parallel dazu die vom Krankenhaus dokumentierten Entlassungsdiagnosen, sofern diese vorlagen. Dabei zeigen sich ganz unterschiedliche Diagnosegruppen.

Die beschriebenen Symptome und die dazugehörigen Entlassungsdiagnosen aus dem Krankenhaus sind in Tabelle 69 aufgeführt. Alle untersuchten Fälle weisen neben den aufgeführten

Erkrankungen Komorbiditäten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, neurologische Erkrankungen) auf.

Tabelle 69: Symptome und Entlassungsdiagnosen

Fall	Symptome	Entlassungsdiagnose
1	Akute Luftnot (Dyspnoe)	Lungenembolie
2	starke Trunkenheit	Akute hohe Alkoholintoxikation, chron. Nierenversagen, COPD mit fieberhaften Infekt
3	Sturz bei auftretendem Schwindel	Eisenmangelanämie, Ausschluss einer gastrointestinalen Blutung
4	Tachykardie, Dyspnoe, Unwohlsein, Übelkeit	Verdacht auf kardiale Dekompensation bei Tachykardie und bekannter Arrhythmia absoluta
5	starker fiebriger Infekt	unklar (Pat. zum Zeitpunkt der Befragung im Krankenhaus)
6	massiv Blut im Stuhl	Darmstenose ab 40 cm, Divertikulose, ischämische Colitits bei hochgradiger Abgangsstenose der Arteria mesenterica
7	Verschlechterung der Dekubituswunde am Steiß	Dekubitus Grad IV am Sitzbein
8	Blutbeimengung im Urin	Harnwegsinfekt, Harnstauungsniere beidseits

In allen Fällen gibt es einen Zusammenhang zwischen den Symptomen, die zur Krankenhauseinweisung führten, und der Entlassungsdiagnose aus dem Krankenhaus gab.

Keiner der befragten Pflegekoordinator:innen hielt die ungeplanten Krankenhauseinweisungen für vermeidbar. Allein die Tatsache, dass die Bewohner:innen stationär aufgenommen werden mussten, würde ihre Meinung bestätigen.

In Fall 1 haben die vom SaarPHIR-Arzt verordneten Medikamente zu keiner Besserung geführt, weshalb der SaarPHIR-Arzt eine Krankenhauseinweisung anordnete. Nach 16 Tagen ist der Bewohner an einer Lungenembolie verstorben.

In Fall 2 wurde der Bewohner in der Nähe der Altenpflegeeinrichtung mit Alkoholintoxikation aufgefunden. Der diensthabende SaarPHIR-Arzt (gleichzeitig Hausarzt des Bewohners) veranlasste aufgrund eines chronischen Nierenversagens eine Krankenhauseinweisung, da eine Versorgung in der Einrichtung nicht mehr gewährleistet werden konnte. Eine Entgiftung (Alkohollentzug) vornehmen zu lassen mangelte im Vorfeld an der Compliance des Bewohners.

In Fall 3 wurde die Bewohnerin nach einem Sturz wegen Blutungen aus Nase und Platzwunde an der Stirn eingewiesen. Vermutlich erfolgte der Sturz aufgrund von Schwindel, ausgelöst durch eine bis dato nicht bekannte Eisenmangelanämie. Die Bewohnerin war schon mehrfach gestürzt und wurde bereits mit einer Protektorenhose versorgt, um einer möglichen Fraktur vorzubeugen.

In Fall 4 wurde vor der Einweisung in enger telefonischer Absprache mit dem Hausarzt ein Medikament verordnet, welches aber zu keiner Besserung führte. Im weiteren Verlauf besuchte der Hausarzt die Bewohnerin vor Ort und ordnete aufgrund des schlechten gesundheitlichen Zustands eine Krankenhauseinweisung an.

In Fall 5 ging es um einen Bewohner mit einem starken fiebrigen Infekt. Trotz der vom Hausarzt verordneten Antibiose stieg die Temperatur weiter an, sodass der diensthabende SaarPHIR-Arzt eine Einweisung vornahm. Hausarzt und SaarPHIR-Arzt standen vor Einweisung bereits über den Bewohner im Austausch.

In Fall 6 wurde bei einer Bewohnerin massiv Blut im Stuhl festgestellt. Die Bewohnerin hatte zuvor keine Schmerzen geäußert und es waren keine entsprechende Vorerkrankung des Magen-Darm-Traktes bekannt, sodass keine präventiven Maßnahmen oder Untersuchungen eingeleitet werden konnten, um eine Krankenhauseinweisung zu verhindern.

In Fall 7 wurde ein Bewohner wegen einem Dekubitus am Sitzbein von der Hausärztin in ein Krankenhaus eingewiesen. Der Bewohner wurde wegen des Dekubitus seit ca. einem halben Jahr von der Hausärztin und einem SaarPHIR-Arzt in Vertretung behandelt. Zudem sind wegen des Dekubitus bereits mehrere Krankenhausaufenthalte vorausgegangen. Da sich die Wunde stark verschlechtert hatte, war eine Einweisung unumgänglich. An dieser Stelle ist anzumerken, dass der Bewohner aufgrund einer schweren peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) und Diabetes mellitus Typ 2 unter Wundheilungsstörung litt und bereits eine Majoramputation beidseits vorgenommen werden musste.

Im Fall 8 geht es um eine Bewohnerin, die mit einem suprapubischen Katheter versorgt wurde und aufgrund von Blutbeimengungen im Urin ins Krankenhaus eingewiesen werden musste. Bereits drei Tage zuvor, war die Bewohnerin aufgrund einer anderen Erkrankung im Krankenhaus. Da sie in demselben Krankenhaus einen Termin in der Urologie zum Katheterwechsel hatte, bat eine Pflegefachkraft, diesen Wechsel beim letzten Aufenthalt vorzunehmen. Dieser Bitte wurde nicht nachgekommen. Die letzte Wiedereinweisung wäre dem Anschein nach zu vermeiden gewesen.

Medizinisch-pflegerische Betreuung vor Krankenhauseinweisung

Die Befragten berichten von einer guten Zusammenarbeit mit den Haus- und SaarPHIR-Ärzt:innen. Alle Bewohner:innen wurden einmal in der Woche von ihren Hausärzt:innen visitiert. Bei Anlässen, wie bei gesundheitlichen Veränderungen oder Medikamentenänderungen, wurden die Hausärzt:innen zusätzlich telefonisch oder per Fax kontaktiert.

Ergänzend wurden in sieben Fällen die Bewohner:innen regelmäßig von Fachärzt:innen aus den Bereichen Neurologie, Urologie, HNO, Dermatologie und vom: von der Zahnarzt:-ärztin versorgt.

Die Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen wurden von keinem der Befragten bestätigt.

Gesundheitliche Versorgungsplanung

Die Befragten berichten, dass von den acht Bewohner:innen alle unter einer gesetzlichen Betreuung stehen, vier Bewohner:innen eine Patientenverfügung aufweisen und sechs Bewohner:innen ihren Angehörigen eine Vorsorgevollmacht erteilt haben. Eine gesundheitliche Versorgungsplanung oder sonstige Absprachen wurden nicht getroffen. Bezüglich der Krankenhauseinweisungen schienen die vorhandenen Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten keine Bedeutung zu haben. Nur in einem Fall wurde der Bewohner gefragt, ob er einer Krankenhauseinweisung zustimme.

Fallbesprechungen nach Krankenhausaufenthalt

Die Befragten berichten, dass bei den vorgestellten Fällen nach dem Krankenhausaufenthalt keine Fallbesprechungen durchgeführt wurden. In Fall 1 wurde noch während des Krankenhausaufenthalts in einem Team-Meeting über mögliche Interventionen wie Sauerstoffgabe und die Organisation einer Absaugvorrichtung gesprochen.

In Fall 3 wurde berichtet, dass eine Fallbesprechung nicht stattgefunden hat, weil der Sturz aufgrund der Anämie passierte und nicht aufgrund verschlechterter Mobilität. Wäre letzteres

die Ursache gewesen, dann hätte eine Fallbesprechung stattgefunden, bei der eine neue Risikoerschätzung sowie die Planung und Einführung neuer Maßnahmen erfolgt worden wäre, um weitere Stürze und deren Folgen zu reduzieren.

Veranlasser von Krankenhauseinweisungen

In keinen der acht Fälle wurde der Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen. Die vier Wochenendeinweisungen wurden von den SaarPHIR-Ärzt:innen in der Rufbereitschaft veranlasst, wovon zwei gleichzeitig die Hausärzt:innen der Bewohner:innen waren.

In zwei Fällen erfolgte die Einweisung durch eine:n SaarPHIR-Arzt:Ärztin und durch den:die Hausarzt:-ärztin selbst. In zwei weiteren Fällen wurde die Einweisung durch das Pflegepersonal ohne Information an die Hausärzt:innen veranlasst.

In Fall 3 verständigten die Pflegekräfte nach Sturz einer Bewohnerin aus dem Rollstuhl den Rettungswagen (RTW) wegen den Blutungen aus Nase und der Platzwunde an der Stirn. Das Pflegepersonal ging davon aus, dass der Hausarzt keine anderen Maßnahmen hätte einleiten können, um eine Krankenhauseinweisung zu verhindern.

In Fall 6 handelte es sich aus Sicht des Pflegepersonals um einen akuten Notfall, der dringend einer klinischen Abklärung bedurfte, da von inneren Blutungen auszugehen war. Um keine Zeit zu verlieren, wurde ohne Rücksprache des:der Hausarztes:-ärztin direkt der RTW gerufen.

Kontaktierte Personen vor und nach Krankenhauseinweisung

In fünf Fällen wurden die Hausärzt:innen entweder unmittelbar nach oder am nächsten Tag von der Pflegeeinrichtung über die Einweisung ihrer Patienten informiert. Alle Angehörigen bzw. die gesetzlichen Betreuer:innen wurden ebenfalls unmittelbar oder am nächsten Tag über die Einweisung informiert.

3.3.1.1.5 Ergebnisse zu Nicht-Teilnahme

Gründe für die Nichtteilnahme von Ärzt:innen

Im Folgenden werden Begründungen für die Nicht-Teilnahme der Ärzt:innen berichtet. Dazu äußerten sich Ärzt:innen als auch Einrichtungen. Die meisten Einrichtungen hätten selbst gerne teilgenommen, um die schon bestehenden guten Kooperationen mit den Hausärzt:innen weiter zu verbessern sowie aus Überzeugung hinsichtlich der Maßnahmen und Ziele des Projektes. Allerdings konnten sie die Hausärzt:innen wegen der folgenden Bedenken (s.u.) nicht überzeugen.

Mangelnde Bereitschaft von Hausärzt:innen

Die Befragten berichten von einer geringen Bereitschaft vieler Hausärzt:innen am SaarPHIR Projekt teilzunehmen. Dadurch konnten keine Versorgergemeinschaften gebildet werden.

Begrenzte zeitliche Kapazitäten

Die Befragten der Einrichtungen berichten, die Hausärzt:innen begründen ihre Ablehnung mit dem zu erwartenden hohen Zeitaufwand und den eigenen begrenzten zeitlichen Kapazitäten. Ärztliche Interviewpartner:innen nennen diese Argumente ebenfalls.

Rufbereitschaft und Vorwochenendvisite

Zudem bestünde die Sorge um Zeiteinbußen für Familie und Freizeit. Diese Sorge resultiert vor allem aus den obligatorisch durchzuführenden Maßnahmen der Rufbereitschaft bis 21:00 Uhr und der Vor-Wochenend-Visite.

Arbeitsaufwand

Auch Sicht der Befragten wird durch das SaarPHIR Projekt ein hoher Arbeitsaufwand (z.B. für Organisation und Koordination) befürchtet.

Abrechnungsaufwand

Die finanzielle Vergütung biete den Hausärzt:innen keinen Anreiz zur Teilnahme, da der bürokratische Aufwand zur Abrechnung der Maßnahmen als zu hoch vermutet wird.

Sorge um vertragliche Bindungen

Des Weiteren befürchten einzelne Hausärzt:innen, sich nach dem Projekt nicht mehr aus der vertraglichen Bindung lösen zu können. Ein befragter Hausarzt berichtet, auf freiwilliger Basis über eine Handynummer für die Pflegeeinrichtungen erreichbar zu sei. Eine Teilnahme am SaarPHIR-Projekt würde zu einer vertraglichen Verpflichtung der Erreichbarkeit bis 21:00 Uhr führen. Diese vertragliche Verpflichtung würde auch von den ärztlichen Kolleg:innen bemängelt. Vereinzelt Kolleg:innen hätten sich zudem nicht ausreichend informiert gefühlt.

Bereits bestehende Kooperationen

Die Befragten berichten von bereits gut funktionierenden bestehenden Kooperationen, die zum Teil zwischen Hausarztpraxen und Pflegeeinrichtungen vertraglich über §119b Abs. 1 SGBV festgelegt wurden. Diese würden von allen Beteiligten als vertrauensvoll und zufriedenstellend gesehen. Im Rahmen dieser Kooperation wurden folgende Maßnahmen aufgeführt:

- Kooperative Zusammenarbeit unter den Hausärzt:innen und unter den Haus- und Fachärzt:innen
- Feste Vor-Wochenend-Visite, in der Regel freitags
- Regelmäßige Teambesprechungen
- Konzentration auf die De-Medikalisierung

Dadurch würden telefonische Nachfragen seitens der Pflegeeinrichtung sowie unnötige Hausarztbesuche entfallen. Diese Kooperationen seien zeit- und kostensparend. Daher würde kein Bedarf gesehen, am Projekt teilzunehmen.

Gründe für die Nichtteilnahme von Einrichtungen

Nur eine von allen befragten nicht-teilnehmenden Einrichtungen hatte eigene Gründe zur Nicht-Teilnahme.

Ärztmangel im ländlichen Raum

Diese Pflegeeinrichtung berichtet, im ländlichen Raum sei aktuell der Ärztemangel spürbar, man scheue sich, die wenigen Hausärzt:innen kurz vor ihrem Ruhestand mit dem Projekt zusätzlich zu „belasten“.

Andere Interessen

Zudem werden andere Belange als die im Projekt adressierten Maßnahmen als wichtig erachtet, z.B. mehr Entscheidungsbefugnisse und Verantwortlichkeiten für Pflegefachkräfte.

3.3.2 Quantitative Erhebung

3.3.2.1 Strukturen

Sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch in Hausarztpraxen wurde zu Beginn der Teilnahme eine Erstbefragung und eine Folgebefragung geplant nach 12 Monaten zu Strukturen durchgeführt.

3.3.2.1.1 Pflegeeinrichtungen

In der Interventionsgruppe haben bei der Ersterhebung (t_0) 13 Pflegeeinrichtungen und bei der Folgerhebung (t_1) 9 Pflegeeinrichtungen von insgesamt 13 teilnehmenden Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe den Fragebogen zu den Strukturmerkmalen zurückgesendet. Drei Einrichtungen haben keinen Fragebogen der Folgerhebung zugesendet bekommen, da sich der Projektstart verzögerte und zum Ende der Befragungen noch nicht die erforderlichen 12 Monate zur Ersterhebung verstrichen war. Dies ergibt eine Rücklaufquote der Pflegeeinrichtungen in der Interventionsgruppe von 100% für die Ersterhebung und 90% für die Folgerhebung.

In der Kontrollgruppe haben bei der Ersterhebung (t_0) 18 Pflegeeinrichtungen von 19 angeschriebenen Einrichtungen und bei der Folgerhebung (t_1) 4 Pflegeeinrichtungen von insgesamt 4 angeschriebenen Pflegeeinrichtungen der Kontrollgruppe den Fragebogen zu den Strukturmerkmalen zurückgesendet. Dies ergibt eine Rücklaufquote der Pflegeeinrichtungen in der Kontrollgruppe von 94.7% für die Ersterhebung und 100% für die Folgerhebung.

In der Interventionsgruppe haben 9 Einrichtungen der Auswertepopulation sowohl die Fragebögen der Erst- als auch der Folgerhebung beantwortet, während es in der Kontrollgruppe 4 Einrichtungen waren. Auf 2 Bögen der Interventionsgruppe fehlt das Datum des Ausfüllens. Die mediane Zeit zwischen dem Ausfüllen der Ersterhebung und der Folgerhebung betrug in den verbleibenden 7 Einrichtungen der Interventionsgruppe 13 Monate (Min: 12 Monate, Max: 19 Monate) und in der Kontrollgruppe 16 Monate (Min: 11 Monate, Max: 18 Monate).

Die Auswertetabelle der allgemeinen Strukturen der Pflegeeinrichtungen sind in Anhang 2 – 1.1.1 Allgemeine Strukturen Pflegeeinrichtungen (t_0 , t_1) zu finden und werden im Folgenden zusammengefasst beschrieben (I=Intervention, K=Kontrolle).

Der überwiegende Teil der Einrichtung der Interventions- und der Kontrollgruppe befindet sich sowohl zu t_0 (I: 10, 76.9%, K: 13, 72.2%) als auch zu t_1 (I: 6, 66.7%, K: 2, 50.0%) in freigemeinnütziger Trägerschaft, gefolgt von privaten Einrichtungen (t_0 : I: 2, 15.4%, K: 5, 27.8%; I: t_1 : 2, 22.2%, K: 2, 50%). Nur eine einzelne Einrichtung der Interventionsgruppe gab in der Folgebefragung an, in öffentlicher Trägerschaft zu sein.

Die mediane Anzahl an Plätzen der stationären Langzeitpflege lag in der Interventionsgruppe sowohl bei der Erst- als auch bei der Folgerhebung bei 86 und war vergleichbar zur Kontrollgruppe (t_0 : 84, t_1 : 88). Ebenfalls vergleichbar war die mediane Anzahl an Bewohner:innen, die in der Interventionsgruppe zu t_0 : bei 80 und zu t_1 bei 85 lag und in der Kontrollgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten bei 84. Hieraus ergibt sich eine vergleichbare mediane Auslastung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (t_0 : I: 93.5%, K: 94.6%; t_1 : I: 90.8%, K: 92.9%).

Ebenfalls vergleichbar ist die Versichertenstruktur der Bewohner:innen sowohl zwischen den Befragungszeitpunkten als auch zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. So sind mehr als 90% der Bewohner:innen GKV-versichert. Im Einzelnen wurden folgende mediane Anteile beobachtet:

- GKV-Versicherte t_0 : I: 91.4%, K: 91.4%; t_1 : I: 92.9%, K: 91.0%
- PKV-Versicherte t_0 : I: 8.6%, K: 6.9%; t_1 : I: 7.1%, K: 9.0%

Lediglich 3 Bewohner:innen mit sonstigem Versichertenstatus wurden in der Kontrollgruppe bei der Ersterhebung angegeben.

Der größte Anteil an GKV-Versicherten besitzt den Pflegegrad 3. Pflegegrad 2 und 4 besitzen ähnliche Anteile der GKV-Versicherten, gefolgt von Pflegegrad 1. Die wenigsten GKV-Versicherten besitzen Pflegegrad 1 oder sind ohne Pflegegrad. Bezüglich der Verteilung der Pflegegrade unter den GKV-Versicherten ergeben sich folgende mediane Anteile:

- Pflegegrad 1 t_0 : I: 2.2%, K: 1.7%; t_1 : I: 1.8%, K: 1.1%
- Pflegegrad 2 t_0 : I: 27.8%, K: 28.6%; t_1 : I: 28.7%, K: 23.3%
- Pflegegrad 3 t_0 : I: 31.8%, K: 34.6%; t_1 : I: 34.5%, K: 29.9%
- Pflegegrad 4 t_0 : I: 27.4%, K: 20.0%; t_1 : I: 28.1%, K: 26.6%
- Pflegegrad 5 t_0 : I: 9.4%, K: 10.7%; t_1 : I: 10.5%, K: 15.7%
- Ohne Pflegegrad: t_0 : I: 0.0%, K: 0.0%; t_1 : I: 0.0%, K: 3.4%

Hierbei sind die Angaben zur Folgebefragung in der Kontrollgruppe wenig aussagekräftig, da nur 2 Einrichtungen in die Auswertung des Pflegegrades einbezogen werden konnten.

Bezüglich des Geschlechts zeigt sich, dass in etwa dreimal so viele Frauen wie Männer unter den GKV-Versicherten sind (Frauen: t_0 : I: 76.8%, K: 73.9%; t_1 : I: 74.8%, K: 74.9%; Männer: t_0 : I: 23.2%, K: 26.1%; t_1 : I: 25.2%, K: 25.1%).

Das mediane Alter der GKV-Versicherten beträgt in der Interventionsgruppe zu t_0 81.6 Jahre und zu t_1 81.4 Jahre. In der Kontrollgruppe wurden vergleichbare Werte beobachtet (t_0 : 83.5 Jahre und t_1 83.0 Jahre).

Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe haben die Einrichtungen an beiden Erhebungszeitpunkten mehrheitlich angegeben, dass alle Stellen besetzt sind (t_0 : I: 11, 84.6%, K: 13, 72,2%; t_1 : I: 6, 66,7%, K: 2, 50,0%). So liegt der mediane Anteil besetzter Stellen bei allen Berufsgruppen (Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte, Hauswirtschaftskräfte und therapeutisches Personal) in beiden Gruppen und zu beiden Erhebungszeitpunkten bei 100%. Die mediane Pflegekräftequote beträgt in der Interventionsgruppe zu t_0 48.5% und zu t_1 52.8%. In der Kontrollgruppe ergibt sich zu t_0 eine Pflegekräftequote von 53.7% und zu t_1 von 71.1%, wobei dieser letzte Wert aufgrund der geringen Fallzahl mit einer sehr hohen Unsicherheit behaftet ist. Eine Pflegefachkraft hat in der Interventionsgruppe zu t_0 im Median 4.4 und zu t_1 4.8 GKV-Versicherte zu betreuen. Für die Kontrollgruppe ergibt sich ein Betreuungsverhältnis zu t_0 von 5.0 und zu t_1 von 4.8. Vergleichbar dazu ist die mediane Betreuungsquote bei den Pflegehilfskräften (I: t_0 5.2, K: 5.4; t_1 I: 5.0, K: 15.8). Auch hier unterliegt der Wert der Kontrollgruppe zu t_1 größerer Unsicherheit aufgrund der geringen Fallzahl. Eine Betreuungskraft hat in der Interventionsgruppe zu t_0 im Median 18.1 und zu t_1 15.7 GKV-Versicherte zu betreuen und in der Kontrollgruppe 18.3 zu t_0 und 16.8 zu t_1 . Für die Berufsgruppe der Hauswirtschaftskräfte ergibt sich eine Betreuungsquote in der Interventionsgruppe zu t_0 von 9.4 und zu t_1 von 8.6. Dieses ist vergleichbar mit der Kontrollgruppe (t_0 : 8.6 und t_1 : 9.7). Das therapeutische Personal hat das geringste mediane Betreuungsverhältnis (t_0 : I: 60.1, K: 93.5; t_1 : I: 44.3, K: 83.9).

Eine vergleichende intraindividuelle Auswertung der quantitativen Merkmale der Erst- und Folgerhebung ist im Anhang 2 – 1.1.2 Allgemeine Strukturen Pflegeeinrichtungen (Differenz) zu finden. Es zeigt sich eine weitgehende Stabilität in den erfassten Strukturmerkmalen sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Lediglich die Pflegekräftequote ist

in der Interventionsgruppe im Median um 19.3 Prozentpunkte gestiegen. Möglicherweise handelt es sich allerdings um ein Artefakt aufgrund der geringen Fallzahl.

Die Auswertetabelle der Strukturen der ärztlichen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen sind in Anhang 2 – 1.2.1 Strukturen der ärztlichen Versorgung Pflegeeinrichtungen (t_0 , t_1) zu finden und werden im Folgenden zusammengefasst beschrieben.

In der Interventionsgruppe gaben sowohl zur Erst- als auch zur Folgerhebung gleich viele Einrichtungen an, keine vertraglichen Vereinbarungen mit Ärzt:innen zu haben oder einen Vertrag im Rahmen von §119b abgeschlossen zu haben (jeweils t_0 : 5 (38.5%) und t_1 : 4 (44.4%)). In der Kontrollgruppe gaben zu t_0 10 Einrichtungen (55.6%) an, keine vertraglichen Vereinbarungen und 5 Einrichtungen (27.8%) Verträge nach §119b abgeschlossen zu haben. In der Folgerhebung gab noch eine Einrichtung (25.0%) an, keine Vereinbarung und 3 Einrichtungen (75.0%) Vereinbarungen nach §119b geschlossen zu haben. In der Ersterhebung gaben 2 Einrichtungen an, sonstige vertragliche Vereinbarungen zu besitzen (I: „Vereinbarung zur medizinischen Versorgung von Versicherten der Knappschaft“, K: „Kooperation mit Facharzt“).

Ein:e Hausärzt:in hat in der Interventionsgruppe zu t_0 im Median 6.2 und zu t_1 6.8 GKV-Versicherte zu betreuen. Für die Kontrollgruppe ergibt sich ein Betreuungsverhältnis zu t_0 von 10.4 und zu t_1 von 11.6. Am häufigsten erfolgt eine regelmäßige Versorgung in den Einrichtungen von Neurolog:innen (I: t_0 : 11, 84.6%, t_1 : 8, 88.9%; K: t_0 : 18, 100.0%, t_1 : 4, 100.0%), gefolgt von Zahnärzt:innen (I: t_0 : 9, 69.2%, t_1 : 6, 66.7%; K: t_0 : 12, 66.7%, t_1 : 5, 50.0%) und HNO-Ärzt:innen (I: t_0 : 7, 53.8%, t_1 : 6, 66.7%; K: t_0 : 4, 22.2%, t_1 : 1, 25.0%). Am seltensten erfolgt eine regelmäßige Versorgung von Augenärzt:innen (I: t_0 : 1, 7.7%, t_1 : 1, 11.1%; K: t_0 : 2, 11.1%, t_1 : 1, 25.0%). Unter den sonstigen Fachärzt:innen wurden folgende genannt:

- Intervention, t_0 : Urolog:innen (4), Gynäkolog:innen (1), Urolog:innen, Dermatolog:innen (1)
- Intervention, t_1 : Urolog:innen (1), Gynäkolog:innen (1)
- Kontrolle, t_0 : Urolog:innen (6), Gynäkolog:innen (1), Urolog:innen, Dermatolog:innen (1), Orthopäd:innen, Palliativmediziner:innen (1), Urolog:innen, Hautärzt:innen (1), Psychiater:innen (1), Hautärzt:innen (1)
- Kontrolle, t_1 : Urolog:innen, Dermatolog:innen (1)

Im Wesentlichen werden Visiten der Hausärzt:innen von Pflegekräften (I: t_0 : 6.3, t_1 : 5.2; K: t_0 : 2.6, t_1 : 5.8) und durch Eigeninitiative der Hausärzt:innen veranlasst (I: t_0 : 3.0, t_1 : 5.0; K: t_0 : 7.1, t_1 : 6.3). Angegeben sind die Mediane bezogen auf jeweils 10 Visiten. Eine Veranlassung durch Bewohner:innen (I: t_0 : 0.5, t_1 : 0.0; K: t_0 : 0.0, t_1 : 0.5), Angehörige oder Betreuer:innen (I: t_0 : 1.0, t_1 : 0.0; K: t_0 : 0.0, t_1 : 0.5) oder Fachärzt:innen (I: t_0 : 0.5, t_1 : 0.0; K: t_0 : 0.0, t_1 : 1.5) erfolgt nur vereinzelt.

Die mediane Anzahl an zusätzlichen Visiten (von 10 Fällen) nach einem Krankenhausaufenthalt ergibt sich in der Interventionsgruppe bei der Ersterhebung zu 6.5 und bei der Folgerhebung zu 10.0. In der Kontrollgruppe liegt die mediane Anzahl zu t_0 bei 5.5 und zu t_1 bei 7.5.

Wenn nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes die Hausärzt:innen kontaktiert werden, so ergibt sich folgende Verteilung der Zeiträume, wann die Hausärzt:innen ohne weitere Erinnerung die Einrichtung besuchen (angegeben sind die medianen Anteile an allen Hausärzt:innen, die kommen):

- direkt am Kontakttag t_0 : I: 40.0%, K: 31.7%; t_1 : I: 35.1%, K: 60.0%

- am ersten Werktag nach Kontakt t_0 : I: 30.0%, K: 28.3%; t_1 : I: 31.8%, K: 20.0%
- 2-3 Werktagen nach Kontakt t_0 : I: 36.4%, K: 21.1%; t_1 : I: 23.3%, K: 40.0%
- später als 3 Werktagen nach Kontakt t_0 : I: 24.3%, K: 40.0%; t_1 : I: 10.1%, K: 20.0%

Am häufigsten haben die Hausärzt:innen feste Ansprechpersonen, die zuständig für Bewohner:innen eines Wohnbereiches sind (t_0 : I: 7, 53.8%, K: 12, 66.7%; t_1 : I: 7, 77.8%, K: 4, 100.0%), gefolgt von festen Ansprechpersonen für alle Bewohner:innen (t_0 : I: 4, 30.8%, K: 4, 22.2%; t_1 : I: 1, 11.1%, K: 0, 0.0%). Feste Ansprechpersonen für jede:n einzelne:n Bewohner:in werden nur jeweils einmal in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe bei der Ersterhebung genannt. Lediglich eine Einrichtung (5.6%) der Kontrollgruppe gab bei der Ersterhebung andere Regelungen an („Schichtleitung“).

Eine vergleichende intraindividuelle Auswertung der quantitativen Merkmale der Erst- und Folgerhebung ist im Anhang 2 – 1.2.2 Strukturen der ärztlichen Versorgung Pflegeeinrichtungen (Differenz) zu finden. Es zeigt sich eine weitgehende Stabilität in den erfassten Strukturmerkmalen der ärztlichen Versorgung sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Lediglich der Anteil an Visiten direkt am Kontakttag, am ersten Werktag nach dem Kontakt und später als 3 Tage nach dem Kontakt sind in der Interventionsgruppe zurückgegangen. Möglicherweise handelt es sich allerdings um ein Artefakt aufgrund der geringen Fallzahl.

3.3.2.1.2 Hausarztpraxen

Insgesamt wurden bei der Ersterhebung 48 Fragebögen von 64 verschickten Fragebögen und bei der Folgerhebung 30 Fragebögen von insgesamt 43 verschickten Fragebögen zu den Strukturen von Ärzt:innen am SaarPHIR-Projekt beteiligter Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe zurückgeschickt. Ärzt:innen von 3 Einrichtungen haben keinen Fragebogen der Folgerhebung zugesendet bekommen, da sich der Projektstart verzögerte und zum Ende der Befragungen noch nicht die erforderlichen 12 Monate zur Ersterhebung verstrichen war. Dies ergibt eine Rücklaufquote der Ärzt:innen für Pflegeeinrichtungen in der Interventionsgruppe von 75.0% für die Ersterhebung und 69.8% für die Folgerhebung.

Für Einrichtungen der Kontrollgruppe wurden bei der Ersterhebung (t_0) 22 Fragebögen von 42 Fragebögen und bei der Folgerhebung (t_1) 6 von insgesamt 6 Fragebögen von Ärzten:Ärztinnen zurückgesendet. Dies ergibt eine Rücklaufquote von Fragebögen der Ärzt:innen in der Kontrollgruppe von 52.4% für die Ersterhebung und 100% für die Folgerhebung.

In der Interventionsgruppe waren 29 Fragebögen zu Einrichtungen der Auswertepopulation sowohl bei der Erst- als auch der Folgerhebung beantwortet, während es in der Kontrollgruppe 3 Ärzt:innen waren. Bei 6 Fragebögen in der Interventionsgruppe fehlt das Ausfülldatum des Fragebogens. Die mediane Zeit zwischen dem Ausfüllen der Ersterhebung und der Folgerhebung betrug in der Interventionsgruppe 12 Monate (Min: 8 Monate, Max: 14 Monate) und in der Kontrollgruppe 15 Monate (Min: 14 Monate, Max: 16 Monate).

Die Auswertetabelle der Organisation der Visiten sind in Anhang 2 – 4.1.1 Strukturen der Organisation der Visiten Ärzt:innen (t_0 , t_1) zu finden und werden im Folgenden zusammengefasst beschrieben.

Der überwiegende Teil der Hausarztpraxen wird sowohl bei der Erstbefragung (t_0 : I: 24, 50.0%, K: 13, 59.1%) als auch bei der Folgebefragung (t_1 : I: 21, 70.0%, K: 4, 66.7%) als Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt, gefolgt von Einzelpraxen (I: t_0 : 16, 33.3%, t_1 : 8, 26.7%; K: t_0 : 9, 40.9%, t_1 : 1, 16.7%). Praxisgemeinschaften wurden nur in der Interventionsgruppe genannt (t_0 : 8, 16.7% und t_1 : 1, 3.3%).

Die mediane Anzahl versorgter Patient:innen war sowohl bei der Erstbefragung (I: 12 Patient:innen, K: 30 Patient:innen) als auch bei der Folgebefragung (I: 7.5 Patient:innen, K: 32 Patient:innen) in der Interventionsgruppe deutlich niedriger im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dies spiegelt sich auch im Anteil versorgter Patient:innen an der Gesamtzahl der Bewohner:innen wider, der sowohl bei der Erstbefragung (I: 27.9%, K: 28.2%) als auch bei der Folgebefragung (I: 19.3%, K: 30.6%) in der Interventionsgruppe deutlich geringer ist im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Im Median liegen die Hausarztpraxen in der Interventionsgruppe bei der Ersterhebung 2.5 km und bei der Folgerhebung 1.0 km von der Pflegeeinrichtung entfernt. In der Kontrollgruppe waren es 3.7 km bei der Ersterhebung und 1.5 km bei der Folgerhebung.

In der Interventionsgruppe gaben die Hausärzt:innen bei der Ersterhebung an, im Median 2.5 Stunden pro Woche für Besuche in der Pflegeeinrichtung aufzubringen, während es bei der Folgerhebung 1.9 Stunden waren. In der Kontrollgruppe ergeben sich hierbei zu t_0 4.0 Stunden und zu t_1 3.3 Stunden. Bezogen auf die Anzahl versorgter Patient:innen bedeutet dies, dass pro Woche in der Interventionsgruppe bei der Ersterhebung im Median 13.0 Minuten pro Bewohner:inaufgebracht werden, während es bei der Folgebefragung 7.5 Minuten sind. In der Kontrollgruppe waren es zu t_0 7.1 Minuten und zu t_1 7.8 Minuten. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe liegt die mediane Anzahl an Besuchen der Hausärzt:innen bei einem Tag bei der Ersterhebung und bei zwei Tagen bei der Folgerhebung. Am häufigsten wurde der Freitag als Wochentag für routinemäßige Besuche genannt (I: t_0 : 19, 39.6%, t_1 : 11, 36.7%; K: t_0 : 8, 36.4%, t_1 : 4, 66.7%). Die Verteilung der anderen Wochentage ist wie folgt:

- Montag (I: t_0 : 5, 10.5%, t_1 : 3, 10.0%; K: t_0 : 3, 13.6%, t_1 : 1, 16.7%)
- Dienstag (I: t_0 : 11, 22.9%, t_1 : 12, 40.0%; K: t_0 : 8, 36.4%, t_1 : 2, 33.3%)
- Mittwoch (I: t_0 : 17, 35.4%, t_1 : 10, 33.3%; K: t_0 : 5, 22.7%, t_1 : 3, 50.0%)
- Donnerstag (I: t_0 : 11, 22.9%, t_1 : 5, 16.7%; K: t_0 : 4, 18.2%, t_1 : 0, 0%)

Bei der Ersterhebung gaben 3 Einrichtungen der Interventionsgruppe (6.3%) und bei der Folgerhebung eine Einrichtung der Kontrollgruppe (16.7%) an, keinen festen Besuchstag für routinemäßige Besuche in den Pflegeeinrichtungen zu haben.

Die Frage zu den Uhrzeiten der routinemäßigen Besuche in den Pflegeeinrichtungen wurde sehr heterogen als Freitext beantwortet, sodass eine Kodierung nicht möglich war. Die Antworten zum Wochentag und zur Uhrzeit sind wörtlich im Anhang 2 – 4.3.1 Listing Antworten Frage 1.2.4 und 1.2.5 auf individueller Basis jeweils separat für Interventions- und Kontrollgruppe und Befragungszeitpunkt aufgeführt.

Am häufigsten wurde sowohl in der Erst- als auch in der Folgerhebung in der Interventions- und der Kontrollgruppe genannt, dass Heimvisiten fest im Wochenablauf eingeplant sind (I: t_0 : 33, 68.8%, t_1 : 20, 66.7%; K: t_0 : 20, 90.9%, t_1 : 5, 83.3%). Am seltensten sind Heimvisiten in den Tagesablauf eingeplant (I: t_0 : 12, 25.0%, t_1 : 6, 20.0%; K: t_0 : 3, 13.6%, t_1 : 3, 50.0%). Eine

deutliche Reduktion zwischen Erst- und Folgerhebung ergibt sich bei den spontanen Visiten in der Interventionsgruppe (I: t₀: 23, 47.9%, t₁: 9, 30.0%; K: t₀: 6, 27.3%, t₁: 5, 83.3%). Die Veränderung in der Kontrollgruppe ist aufgrund der geringen Fallzahl nicht interpretierbar. Insgesamt 9 andere Regelungen wurden genannt (I: t₀: 4, 8.3%, t₁: 1, 3.3%; K: t₀: 2, 9.1%, t₁: 2, 33.3%). Diese wurden wie folgt beschrieben:

- Intervention t₀: „nur Saarphir“, „Anfrage Bittgesuch“, „Aufforderung“, „Besuch auf Anfrage + Bittgesuche“
- Intervention t₁: „nach Bedarf“:
- Kontrolle t₀: „auf Bedarf“, „Angestellte Ärztin: nur angeforderte Besuche, Ich habe Routine + angefordert“
- Kontrolle t₁: „bei dringenden Nachfragen erfolgt sofortige Visite“, „in der Praxis arbeiten 4 Ärzte“.

Bezüglich der regulären Visiten zeigt sich sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe zu beiden Befragungszeitpunkten eine eindeutige Tendenz, diese nach den Sprechstundenzeiten (I: t₀: 29, 60.4%, t₁: 18, 60.0%; K: t₀: 8, 36.4%, t₁: 5, 83.3%), in Sprechstundfreien Zeiten (I: t₀: 26, 54.2%, t₁: 17, 56.7%; K: t₀: 10, 45.5%, t₁: 4, 66.7%) oder in der Mittagspause (I: t₀: 27, 56.3%, t₁: 17, 56.7%; K: t₀: 11, 50.0%, t₁: 2, 33.3%) durchzuführen. Visiten während der Sprechstunde (I: t₀: 20, 41.7%, t₁: 6, 20.0%; K: t₀: 7, 31.8%, t₁: 2, 33.3%) oder vor den Sprechstundenzeiten (I: t₀: 9, 18.8%, t₁: 5, 16.7%; K: t₀: 3, 13.6%, t₁: 0, 0%) wurden deutlich seltener genannt.

Eine standardisierte Checkliste, um Anfragen strukturiert zu bearbeiten, ist mehrheitlich vorhanden, sowohl bei der Ersterhebung (t₀: I: 38, 79.2%, K: 16, 72.7%) als auch bei der Folgerhebung (t₁: I: 27, 90.0%, K: 4, 66.7%). Hier fällt ein deutlicher Anstieg in der Interventionsgruppe bei der Folgerhebung im Vergleich zur Ersterhebung auf.

Unter allen, die eine standardisierte Checkliste verwenden, werden bei der Ersterhebung in der Interventionsgruppe die Angaben zur Patient:in (38, 100.0%) am häufigsten und die Information über Datum/Uhrzeit (29, 76.3%) am seltensten genannt, während zur Folgerhebung alle der Interventionsgruppe angeben (27, 100.0%), die Informationen zur Patient:in, über Beschwerden/Dauer der Beschwerden und die Dringlichkeit der Visite über die Checkliste zu erfragen. Am seltensten enthält in dieser Gruppe bei der Folgerhebung die Checkliste die Frage nach bereits durchgeführten Maßnahmen (22, 81.5%). In der Kontrollgruppe werden bei der Ersterhebung bei allen (27, 100%) die Dringlichkeit der Visite, die Angaben zur Patient:in, Name Anrufer/Einrichtung und die Angaben über Beschwerden/Dauer der Beschwerden über die Checkliste erfragt. Am seltensten wird in dieser Gruppe bei der Ersterhebung Datum/Uhrzeit und nach bereits durchgeführten Maßnahmen genannt (jeweils 15, 93.8%). Eine vergleichende Darstellung dieser Ergebnisse findet sich in Anhang 3 – 4.1 Informationen der standardisierten Checkliste. Es zeigt sich, dass in der Interventionsgruppe bis auf die Information zu bereits durchgeführten Maßnahmen in allen anderen betrachteten Aspekten eine Erhöhung bei der Aufnahme der Information in eine standardisierte Checkliste erreicht werden konnte. In der Kontrollgruppe sind die Veränderungen aufgrund der geringen Fallzahl nicht aussagekräftig.

Andere Informationen auf der standardisierten Checkliste zu erfragen, geben 11 Ärzt:innen (28.9%) der Interventionsgruppe bei der Ersterhebung und 4 Ärzt:innen (14.8%) bei der Folgerhebung an. In der Kontrollgruppe sind es 3 Ärzt:innen (18.8%) bei der Ersterhebung. Diese

anderen Informationen sind wörtlich im Anhang 2 – 4.3.2 Listing weitere Informationen der standardisierten Checkliste (Frage 1.5) auf individueller Basis jeweils separat für Interventions- und Kontrollgruppe und Befragungszeitpunkt aufgeführt.

Eine vergleichende intraindividuelle Auswertung der quantitativen Merkmale der Erst- und Folgerhebung ist im Anhang 2 – 4.1.2 Strukturen der Organisation der Visiten Ärzt:innen (Differenz) zu finden. In der Interventionsgruppe zeigen sich nur marginale Schwankungen zwischen der Erst- und der Folgerhebung. In der Kontrollgruppe sind die Veränderungen aufgrund der geringen Fallzahl nicht aussagekräftig.

Die Auswertetabelle der Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung sind in Anhang 2 – 4.2.1 Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung (t_0 , t_1) zu finden und werden im Folgenden zusammengefasst beschrieben.

In der Interventionsgruppe zeigt sich, dass bei der Ersterhebung mehrheitlich keine vertragliche Basis mit Pflegeeinrichtungen vorliegt (30, 62.5%), während der überwiegende Teil bei der Folgerhebung angibt, einen Vertrag im Rahmen von §119b (21, 70.0%) abgeschlossen zu haben. In der Kontrollgruppe hat die Mehrheit sowohl bei der Erstbefragung (11, 50.0%) als auch bei der Folgebefragung (5, 83.3%) einen Vertrag im Rahmen von §119b.

Die Erreichbarkeit wird in der Interventionsgruppe bei allen abgefragten vier Zeiträumen im Median bei der Erstbefragung mit gut und in der Folgebefragung mit sehr gut beurteilt. Gleiches gilt in der Kontrollgruppe für die Zeiträume „tagsüber außerhalb der Sprechstunden“ und „Mo-Fr abends bis 21 Uhr“. Die Erreichbarkeit innerhalb der Sprechstunde wird in der Kontrollgruppe sowohl bei der Erst- als auch bei der Folgebefragung im Median als sehr gut betrachtet, während die Erreichbarkeit am Wochenende/an Feiertagen in dieser Gruppe bei der Erstbefragung im Median mit befriedigend und bei der Folgebefragung mit gut eingeschätzt wird.

Feste Ansprechpersonen sind in der Interventionsgruppe im Median bei 9 von 10 Situationen in der Erstbefragung und in 10 von 10 Situationen bei der Folgebefragung verfügbar. In der Kontrollgruppe ergeben sich hier im Median 9 Situationen bei der Erstbefragung und 7.5 Situationen bei der Folgebefragung. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe sind im Median in der Erst- und in der Folgerhebung 10 von 10 Visiten der Hausärzt:innen von einer zuständigen Pflegekraft begleitet worden.

Ein eindeutiges Bild zeigt sich auch bei den vorhandenen internen Regelungen zu Ansprechpersonen innerhalb der Pflegeeinrichtungen. Hier gibt die überwiegende Mehrheit sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe bei der Erst- und Folgerhebung an, dass es feste Ansprechpersonen für Bewohner:innen eines Wohnbereichs gibt (I: t_0 : 37, 77.1%, t_1 : 26, 86.7%; K: t_0 : 17, 77.7%, t_1 : 4, 66.7%). Andere Regelungen wurden nur vereinzelt berichtet (I: t_0 : 2, 4.2%, t_1 : 1, 3.3%; K: t_0 : 3, 13.6%, t_1 : 1, 16.7%) und sind in Anhang 2 – 4.3.3 Listing weitere interne Regelungen (Frage 2.5) auf individueller Basis jeweils separat für Interventions- und Kontrollgruppe und Befragungszeitpunkt aufgeführt.

Die Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen wird durchweg positiv bewertet. Vom Pflegepersonal zu den Ärzt:innen stehen solche Informationen im Median in mindestens

8 von 10 Situationen zur Verfügung (I: t_0 : 8.0, t_1 : 10.0; K: t_0 : 10.0, t_1 : 9.5) und von den Ärzt:innen zum Pflegepersonal im Median sogar mindestens in 9 von 10 Situationen (I: t_0 : 9.0, t_1 : 10.0; K: t_0 : 10.0, t_1 : 10.0).

Fachärztliche Konsile fanden in beiden Gruppen und zu beiden Erhebungszeitpunkten im Median keine in den letzten 3 Monaten jeweils vor den Erhebungszeitpunkten statt.

Eine vergleichende intraindividuelle Auswertung der quantitativen Merkmale der Erst- und Folgerhebung ist im Anhang Anhang 2 – 4.2.2 Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung (Differenz) zu finden. In der Interventionsgruppe zeigen sich nur marginale Schwankungen zwischen der Erst- und der Folgerhebung. In der Kontrollgruppe sind die Veränderungen aufgrund der geringen Fallzahl nicht aussagekräftig.

3.3.2.2 Prozesse

Zur Beurteilung der Prozesse wurde sowohl in Kontroll- als auch in Interventionseinrichtungen eine Erstbefragung und Folgebefragungen in 3-monatigem Abstand durchgeführt. In der Kontrollgruppe wurden dabei die Folgerhebungen erst nach Start der Intervention ab Projektphase 4 durchgeführt.

3.3.2.2.1 Interventionsstand

Die Erhebungsbögen zum Interventionsstand wurden quartalsweise an die Pflegeeinrichtungen versendet. Während der Projektphase 3 wurden nur Einrichtungen der Interventionsphase einbezogen und während der Projektphase 4 wurden zusätzlich auch Einrichtungen der Kontrollgruppe befragt. Die Rückläufe sind in Tabelle 70 zusammengestellt.

Tabelle 70: Rückläufe Fragebogen 02 (Interventionsstand)

	Erhebungszeit							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Bögen versendet								
Intervention	11	8	10	8	8	8	8	8
Kontrolle	19	5	3	2	-	-	-	-
Bögen Rücklauf								
Intervention	10	7	7	6	6	7	7	7
Kontrolle	18	4	2	2	-	-	-	-
Rücklaufquote								
Intervention	90.9%	87.5%	70.0%	75.0%	75.0%	87.5%	87.5%	87.5%
Kontrolle	94.7%	80.0%	66.7%	100.0%	-	-	-	-

3.3.2.2.1.1 Situation vor Projektstart

Die Auswertetabelle der Merkmale aus Frage 1.3 und 3.2 der Ersterhebung sind in Anhang 2 – 2.1.1 Situation vor Projektstart (t_0) zu finden und werden im Folgenden zusammengefasst beschrieben.

Vor dem Projektstart gab es in der Interventionsgruppe in 4 Einrichtungen (40.0%) und in der Kontrollgruppe in 2 Einrichtungen (11.1%) bereits eine Versorgergemeinschaft. Die mediane Anzahl an Ärzt:innen in dieser Versorgergemeinschaft betrug 4.5 in der Interventionsgruppe (Spannweite 2 - 8 Ärzt:innen) und 2.5 in der Kontrollgruppe (Spannweite 2 - 3 Ärzt:innen). Von der Versorgergemeinschaft wurden im Median in der Interventionsgruppe 57 Bewohner:innen betreut (Spannweite 36 - 70 Bewohner:innen). In der Kontrollgruppe war diese Information nur von einer Einrichtung verfügbar (51 Bewohner:innen). Hieraus ergibt sich in der Interventionsgruppe eine mediane Anzahl an Bewohner:innen pro Ärzt:in der Versorgergemeinschaft von 14 (Spannweite 4.5 - 31 Bewohner:innen).

Vor Beginn des SaarPHIR-Projekts stand in der Interventionsgruppe den Hausärzt:innen mehrheitlich keine feste Ansprechperson zur Verfügung (6, 60%). Immer eine feste Ansprechperson für Hausärzt:innen zu haben, gaben 3 Pflegeeinrichtungen an (30.0%). Nur bei einer Einrichtung der Interventionsgruppe (10.0%) stand manchmal eine feste Ansprechperson zur Verfügung. In der Kontrollgruppe waren in 10 Einrichtungen (55.6%) immer, in 2 Einrichtungen (11.1%) manchmal und in 6 Einrichtungen (33.3%) keine festen Ansprechpersonen verfügbar.

Allgemeine Anmerkungen zum Ersterhebungsbogen sind wörtlich im Anhang 2 – 2.1.2 Listing allgemeine Anmerkungen Ersterhebung aufgeführt.

3.3.2.2.1.2 Rufbereitschaft

Die Auswertetabelle zur Rufbereitschaft (Frage 2.1 Ersterhebungs- und Folgerhebungsbogen) als qualitatives Merkmal sind in Anhang 2 – 2.2.1 Häufigkeiten Rufbereitschaft und als quantitatives Merkmal in Anhang 2 – 2.2.2 Statistiken Rufbereitschaft zu finden und werden im Folgenden zusammengefasst beschrieben (I=Intervention, K=Kontrolle). Die grafische Darstellung in Form von gestapelten Balkendiagrammen befindet sich in Anhang 3 – 2.1 Balkendiagramm Rufbereitschaft.

Bezüglich der Erreichbarkeit innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten zeigt sich schon vor Beginn des SaarPHIR-Projekts eine hohe Zufriedenheit (sehr gute oder gute Erreichbarkeit: I: 8, 80.0%; K: 11, 61.1%). Bereits ab dem ersten Folgerhebungszeitpunkt 3 Monate nach Interventionsstart wird die maximale Zufriedenheit sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe von 100.0% erreicht. Gleiches gilt auch für die Erreichbarkeit tagsüber außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten. Diese wird bei der Ersterhebung jeweils nur von 3 Einrichtungen der Interventionsgruppe (30.0%) und der Kontrollgruppe (16.7%) als sehr gut oder gut beurteilt und auch hier kann bereits ab der ersten Folgerhebung eine deutliche Verbesserung verzeichnet werden (sehr gute oder gute Erreichbarkeit 100.0% in der Interventions- und Kontrollgruppe). Obwohl die Zufriedenheit abends bis 21 Uhr bei der Ersterhebung (sehr gute oder gute Erreichbarkeit: I: 2, 10%; K: 3, 16.7%) deutlich schlechter bewertet wird als die Rufbereitschaft tagsüber, kann auch eine deutliche Verbesserung bereits ab der ersten Folgerhebung beobachtet werden. So wird die Rufbereitschaft im Projektverlauf in der Kontrollgruppe von allen Pflegeeinrichtungen der Kontrollgruppe mit sehr gut oder gut bewertet. In der Interventionsgruppe gilt dies ebenfalls mit einer Ausnahme (Folgerhebung 2: eine Bewertung (14.3%) mit befriedigend). Am schlechtesten wird die Rufbereitschaft am Wochenende und an Feiertagen bewertet. Diese beurteilen bei der Ersterhebung in der Interventionsgruppe nur 1 Einrichtung (10.0%) und in der Kontrollgruppe 3 Einrichtungen (16.7%) mit sehr gut oder gut. Über den Verlauf des Projekts kann eine Verbesserung erreicht werden, die allerdings nicht so deutlich ist, wie für die Rufbereitschaft tagsüber und am Abend bis 21 Uhr.

3.3.2.2.1.3 Organisation der ärztlichen Visiten

Die Auswertetabelle zur Organisation der ärztlichen Visiten (Frage 3.1 Ersterhebung, Frage 4.1 Folgeerhebungen) ist in Anhang 2 – 2.3 Statistiken Organisation ärztliche Visiten zu finden. Die grafische Darstellung in Form von gruppierten Boxplots befindet sich in Anhang 3 – 2.2 Boxplot Organisation der ärztlichen Visiten.

Vor Projektstart waren im Median in 6 von 10 Visiten sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe Woche, Tag und ungefähre Uhrzeit der Visiten im Voraus bekannt. Mit einer Ausnahme zur Folgeerhebung 3 (Median 6) konnte dieser Wert in der Interventionsgruppe an allen anderen Beobachtungszeitpunkten auf 10 erhöht werden. In der Kontrollgruppe sind Schwankungen in der medianen Anzahl zwischen 5 und 10 zu beobachten, die allerdings auf die geringe Fallzahl zurückzuführen sind. Bei der Ersterhebung ergibt sich in beiden Gruppen eine mediane Anzahl von 3 von 10 Visiten, bei denen Woche und Tag im Voraus bekannt waren. Im Verlauf nach Projektstart schwankt der Median in der Interventionsgruppe zwischen 5 und 10 Visiten. In der Kontrollgruppe sinkt der Median bei der Folgeerhebung 1 auf 0. Weitere Zeitpunkte basieren nur auf den Angaben von einer Einrichtung. Im Median waren sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe bei keiner von 10 Visiten nur die Kalenderwoche der Visite im Voraus bekannt. Eine deutliche Verbesserung ist während des Projektzeitraumes in Bezug auf ungeplante Visiten zu erkennen. Bei der Ersterhebung waren hier in der Interventionsgruppe im Median 5 Visiten und in der Kontrollgruppe eine Visite von 10 Visiten angegeben. Dieser Median hat sich bei allen weiteren Beobachtungszeitpunkten auf keine von 10 Visiten reduziert. Ähnlich verhält es in Bezug auf Visiten, die nur auf gesonderte Anforderungen stattfanden. Hier ergibt sich bei der Ersterhebung in der Interventionsgruppe ein Median von einer Visite und in der Kontrollgruppe von 2 Visiten von 10 Visiten. Mit einer Ausnahme zur Folgeerhebung 4 (Median 3) konnte dieser Wert in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe an allen anderen Beobachtungszeitpunkten auf keine Visite reduziert werden.

3.3.2.2.1.4 Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen

Die Auswertetabelle zur Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen (Fragen 4.1 – 4.3 Ersterhebung, Fragen 5.1 – 5.3 Folgeerhebungen) ist in Anhang 2 – 2.4.1 Statistiken Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen zu finden. Die grafische Darstellung in Form von gruppierten Boxplots und Balkendiagrammen befindet sich in Anhang 3 – 2.3 Boxplots und Balkendiagramme Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen.

Bei der Ersterhebung erfolgt in der Interventionsgruppe die Übermittlung mehrheitlich schriftlich oder mündlich (jeweils Median 6.5 von 10 Situationen), gefolgt von der Übermittlung via Fax, Telekommunikation oder IT mit einem Median von 3.0 von 10 Situationen. In der Kontrollgruppe werden alle drei Übermittlungswege etwa gleich häufig verwendet (Median: schriftlich 5.5, mündlich 6.5 und Fax, Telekommunikation, IT 5.5, jeweils von 10 Situationen). Eine eindeutige Entwicklungstendenz ergibt sich für keine der drei Übermittlungswege im Verlauf des Projekts. Bei der schriftlichen und mündlichen Übermittlung steigt in der Interventionsgruppe mit Projektstart der Median an, bei Zeitpunkt 3 bzw. 4 kommt es zu einer Reduzierung und danach nochmals zu einem mäßigen Anstieg. Zum Beobachtungsende liegt der Median für die schriftliche Übermittlung über dem Wert der Ersterhebung (9.0 von 10 Situationen), während er für die mündliche Übermittlung unter dem Wert der Ersterhebung liegt (5.0 von 10 Situationen). Der Median für den Übermittlungsweg via Fax, Telekommunikation oder

IT schwankt im Verlauf des Projekts geringfügig um den Wert der Ersterhebung. Die Berechnungen in der Kontrollgruppe basieren auf einer zu geringen Fallzahl, um Schwankungen interpretieren zu können. Die Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen über dritte Personen, auf elektronischem Weg oder über sonstige Wege spielen bei keinem Erhebungszeitpunkt, weder in der Interventions- noch in der Kontrollgruppe, eine Rolle. Mit einer Ausnahme (Übermittlung über dritte Personen, Interventionsgruppe, Folgeerhebung 6: Median 1.0) ist an allen Beobachtungszeitpunkten die mediane Anzahl 0 von 10 Situationen. Als sonstige Übermittlungswege wird bei einer Einrichtung der Interventionsgruppe „per Post“ aufgeführt.

Pflegekräfte haben sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe ausnahmslos zu allen Beobachtungszeitpunkten Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen. Nur vereinzelt haben Hausärzt:innen der Versorgungsgemeinschaft (I: Ersterhebung: 2, 20.0%; Folgeerhebung 1: 1, 14.3%; K: Ersterhebung: 5, 27.8%, Folgeerhebung 1: 1, 25.0%, Folgeerhebung 2 und 3: 1, 50.0%) und Fachärzt:innen (I: Ersterhebung: 2, 20.0%, Folgeerhebung 1, 6 und 7: 1, 14.3%; K: Ersterhebung: 5, 27.8%, Folgeerhebung 1: 1, 25.0%, Folgeerhebung 2 und 3: 1, 50.0%) keinen Zugang. In der Interventionsgruppe haben Hausärzt:innen ab der Folgeerhebung 2 und Fachärzt:innen bei den Folgeerhebungen 2 - 5 in allen Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe Zugang zu den behandlungsrelevanten Informationen. Keinen Zugang für Hausärzt:innen der Versorgungsgemeinschaft oder Fachärzt:innen wird in der Kontrollgruppe ebenfalls nur vereinzelt gemeldet (identische Ergebnisse für Hausärzt:innen und Fachärzt:innen: Ersterhebung: 5, 27.8%; Folgeerhebung 1: 1, 25.0%, Folgeerhebung 2 und 3: 1, 50.0%). Bei der Ersterhebung gaben 7 Einrichtungen (70.0%) der Interventionsgruppe und 4 Einrichtungen (22.2%) der Kontrollgruppe an, dass Personen der therapeutischen Berufe Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen haben. In der Interventionsgruppe fällt dieser Wert zunächst auf 57.1% (5 Einrichtungen) ab und steigt ab der Folgeerhebung 2 kontinuierlich auf 85.7% (6 Einrichtungen) an. Die Berechnungen in der Kontrollgruppe basieren auf einer zu geringen Fallzahl, um Schwankungen interpretieren zu können. Sonstige Berufe haben an allen Beobachtungszeitpunkten mehrheitlich keinen Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen. Die Spezifizierung der sonstigen Gruppen mit Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen sind im Anhang 2 – 2.4.2 Listing sonstige Berufsgruppen zu finden.

Behandlungsrelevante Informationen für Hausärzt:innen stehen vor und während dem hausärztlichen Besuch sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe zu allen Beobachtungszeitpunkten im Median in 10 von 10 Situationen zur Verfügung. Nach dem hausärztlichen Besuch stehen die behandlungsrelevanten Informationen den Pflegekräften mit einer Ausnahme (Intervention Ersterhebung: Median 9 von 10 Situationen) ebenfalls im Median zu allen Beobachtungszeitpunkten sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe in 10 von 10 Situationen zur Verfügung.

3.3.2.2.1.5 Gemeinsame Versorgungsplanung

Die Auswertetabelle zur gemeinsamen Versorgungsplanung (Fragenkomplex 5 Ersterhebung, Fragenkomplex 6 Folgeerhebungen) ist in Anhang 2 – 2.5.1 Statistiken Versorgungsplanung zu finden. Die grafische Darstellung in Form von gruppierten Boxplots und Balkendiagrammen befindet sich in Anhang 3 – 2.4 Boxplots und Balkendiagramme gemeinsame Versorgungsplanung.

Assessments wurden bei der Ersterhebung in 7 (70.0%) Einrichtungen der Interventionsgruppe und 13 Einrichtungen der Kontrollgruppe (72.2%) durchgeführt. Diese Werte bleiben

mit kleineren Schwankungen über den gesamten Projektverlauf stabil. Bezüglich der an der Durchführung beteiligten Berufsgruppen ergibt sich folgendes:

- Barthel-Index: I: gleichermaßen nur durch Ärzt:innen oder gemeinsam, K: an einzelnen Zeitpunkten auch nur von Pflegekräften (Ersterhebung: 3, 23.1%, Folgerhebung: 2, 66.7%)
- Geriatisches Screening nach Lachs: Assessment nur durch Ärzt:innen (Interventions- und Kontrollgruppe), 2 Ausnahmen (I: Folgerhebung 7, 20.0%, gemeinsame Beurteilung; K: Ersterhebung 1, 7.7% nur durch Pflegekräfte)
- FIM: Assessment nur durch Ärzt:innen (Interventions- und Kontrollgruppe), eine Ausnahme (K: Ersterhebung: 1, 7.7% nur durch Pflegekräfte)
- Timed up&go: I: gleichermaßen nur durch Ärzt:innen oder gemeinsam durch Ärzt:innen und Pflegekräfte, K: an einzelnen Zeitpunkten auch nur von Pflegekräften (Ersterhebung: 3, 23.1%, Folgerhebung 1: 1, 33.3%)
- Tinetti: K: gleichermaßen nur durch Pflegekräfte bzw. nur durch Ärzt:innen, I: keine klaren Tendenzen, sowohl einzeln durch die Berufsgruppen als auch gemeinsam
- DemTect: I: gleichermaßen nur durch Ärzt:innen oder gemeinsam durch Ärzt:innen und Pflegekräfte, K: an einem Zeitpunkt auch nur von Pflegekräften (Ersterhebung: 2, 15.4%)
- GDS: I: gleichermaßen nur durch Ärzt:innen oder gemeinsam durch Ärzt:innen und Pflegekräfte, K: an einem Zeitpunkt auch nur von Pflegekräften (Ersterhebung: 1, 7.7%)
- MMSE: I: gleichermaßen nur durch Ärzt:innen oder gemeinsam mit einer Ausnahme (Folgerhebung 4: 1, 20.0%); K: bei der Ersterhebung hauptsächlich nur durch Ärzt:innen
- Clock Completion Test: I: gleichermaßen nur durch Ärzt:innen oder gemeinsam durch Ärzt:innen und Pflegekräfte, vereinzelt nur durch Pflegekräfte (Ersterhebung: 1, 14.3%; Folgerhebung 1: 1, 20.0%, Folgerhebung 4: 1, 20.0%); K: bei der Ersterhebung hauptsächlich nur durch Ärzt:innen
- MNA: Assessment nur durch Pflegekräfte (Interventions- und Kontrollgruppe) mit vereinzelt Ausnahmen (I: Ersterhebung: 1, 14.3% gemeinsam, Folgerhebung 3: 1, 25.0% und Folgerhebung 4: 1, 20.0% nur durch Ärzt:innen; K: Ersterhebung: 1, 7.7% gemeinsam, 2, 15.4% nur durch Ärzt:innen)

Sonstige Assessments werden mit einer Ausnahme (I: Folgerhebung 1: 1, 20.0%) nur durch Pflegekräfte durchgeführt. Die Spezifikationen der sonstigen durchgeführten Assessments sind wörtlich im Anhang 2 – 2.5.2 Listing sonstige Assessments aufgeführt.

Ergebnisse zum Rahmen der Durchführung gemeinsamer Visiten sind aufgrund der geringen Fallzahl gemeinsamer Visiten mit sehr viel Unsicherheit behaftet. Es zeigt sich in der Interventionsgruppe, dass gemeinsame Assessments ab Folgerhebung 1 beim Einzug und ab Folgerhebung 3 bei gemeinsamen Visiten durchgeführt wurden, während dies vorher nicht der Fall war. Gleiches gilt für Fallbesprechungen mit einzelnen Ausnahmen bei Folgerhebung 4 und 7. Die Spezifikationen der sonstigen Gelegenheiten für gemeinsame Assessments sind im Anhang 2 – 2.5.3 Listing sonstige Gelegenheiten wörtlich aufgeführt.

Teamsitzungen fanden bei der Ersterhebung in 10 Einrichtungen (100.0%) der Interventionsgruppe und 16 Einrichtungen der Kontrollgruppe (88.9%) nicht statt. Dieser Anteil sinkt zunächst nach Projektstart, steigt dann aber zum Ende des Beobachtungszeitraumes wieder an. Wenn Teamsitzungen stattgefunden haben, dann lag die mediane Anzahl an Teamsitzungen

zwischen 1 und 3 Sitzungen in einem Zeitraum von 3 Monaten. Dabei waren Fallbesprechungen, das Einbinden von externen Expert:innen, die Optimierung von Abläufen und Prozessen und gemeinsame Fort- und Weiterbildungen über den gesamten Projektverlauf mehrheitlich nicht Gegenstand der Teamsitzungen. In Bezug auf die Erstellung von Behandlungspfaden ist die Tendenz aufgrund der geringen Fallzahl unklar. Die Spezifikationen der sonstigen Themen in gemeinsamen Teamsitzungen sind im Anhang 2 – 2.5.4 Listing sonstige Themen wörtlich aufgeführt. Die berichtete Anzahl an Teilnehmenden an den gemeinsamen Teamsitzungen schwankt zwischen 3 und 14 Personen. Dabei ist zunächst ein steigender medianer Anteil an Pflegekräften im Projektverlauf zu beobachten, der dann zu Projektende sich wieder reduziert, was allerdings ein Artefakt der geringen Fallzahl sein könnte. Der mediane Anteil an Hausärzt:innen liegt mit kleineren Schwankungen etwa bei 50-55% bei allen Beobachtungszeitpunkten. Fachärzt:innen nehmen nur vereinzelt an gemeinsamen Teamsitzungen teil. Vertreter:innen der therapeutischen Berufe oder Ansprechpartner:innen der Krankenkassen nehmen in der Regel nicht an gemeinsamen Teamsitzungen teil. Die Spezifikationen von sonstigen Berufsgruppen in gemeinsamen Teamsitzungen sind im Anhang 2 – 2.5.5 Listing sonstige Berufsgruppen Teamsitzungen wörtlich aufgeführt.

Nach den gemachten Angaben wurde im gesamten Projektverlauf kein Behandlungspfad innerhalb des jeweiligen Befragungszeitraumes neu in Zusammenarbeit von Pflegekräften und Hausärzt:innen entwickelt. Bei der Ersterhebung liegen in der Interventionsgruppe zu keiner der abgefragten Behandlungspfade vor. In der Kontrollgruppe liegen Behandlungspfade bei der Ersterhebung bei einer Einrichtung (5.6%) zu Diabetes mellitus und Ernährung am Lebensende, bei 2 Einrichtungen (11.1%) zu chronischem Schmerz und Mangelernährung und bei 3 Einrichtungen (16.7%) zu Wundversorgung vor. Mit der Ausnahme des Behandlungspfades bei Sturz erhöht sich für alle abgefragten Behandlungspfade der Anteil an vorhandenen Behandlungspfaden im Verlauf des Projekts. Lediglich beim Behandlungspfad „Sturz“ wird an keinem Erhebungszeitpunkt ein vorhandener Behandlungspfad berichtet. Die Spezifikationen von sonstigen Behandlungspfaden sind im Anhang 2 – 2.5.6 Listing sonstige Behandlungspfade zu finden.

Der Anteil der Bewohner:innen mit einer vorausschauenden Behandlungsplanung ist nur für vereinzelte Einrichtungen bestimmbar, so dass hieraus keine Schlüsse gezogen werden können.

Fortbildungen wurden in der Interventionsgruppe bei der Ersterhebung und bei der Folgerhebung 3 häufiger berichtet. An den anderen Beobachtungszeitpunkten fanden mehrheitlich keine Fortbildungen statt. Dies zeigt sich auch innerhalb der abgefragten Themenfelder. Auch hier sind Fortbildungen bei der Ersterhebung und der Folgerhebung 3 am häufigsten. Die höchsten Anteile an durchgeführten Fort- und Weiterbildungen werden zu den Themenfeldern Mobilisation, Schmerz und Ernährung beobachtet, während Fort- und Weiterbildungen zum Thema Inkontinenzversorgung im Vergleich dazu seltener berichtet wurden. Die Spezifikationen von sonstigen Themenfeldern von Fort- und Weiterbildungen sind im Anhang 2 – 2.5.7 Listing sonstige Themen Fortbildungen zu finden.

3.3.2.2.1.6 Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen

Die Auswertetabelle zur Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen (Fragen 1.1, 1.2 und 1.4 Ersterhebung, Fragen 3.1 – 3.3 Folgerhebungen) ist in Anhang 2 – 2.6.1 Statistiken Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen zu finden. Die grafische Darstellung in Form von gruppierten Boxplots

und Balkendiagrammen befindet sich in Anhang 3 – 2.5 Boxplots und Balkendiagramme Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen.

Im Median waren in der Kontroll- und in der Interventionsgruppe die Pflegeeinrichtungen vor Projektstart in 9 von 10 Fällen über gegenseitige Vertretungsdienste der Hausärzt:innen informiert. Nach Projektstart erhöht sich der Median an allen Beobachtungszeitpunkten auf 10 von 10 Fällen. Bei dieser Frage gaben bei der Ersterhebung 4 Einrichtungen (40.0%) der Interventionsgruppe und 3 Einrichtungen (16.7%) der Kontrollgruppe an, dass diese Situation nicht vorkam. Im Verlauf des Projekts schwankt diese Zahl jeweils zwischen 1 - 3 Einrichtungen pro Gruppe und Beobachtungszeitpunkt. Die Mitversorgung von Bewohner:innen durch Hausärzt:innen bei Bedarf liegt bei der Ersterhebung im Median bei 6 von 10 Fällen in der Interventionsgruppe und bei 5 von 10 Fällen in der Kontrollgruppe. Über den Projektverlauf ist dieser Wert in der Interventionsgruppe sehr stark schwankend. Der kleinste mediane Wert beträgt 1 von 10 Fällen und wird bei der Folgerhebung 1 gemessen. Der größte mediane Wert liegt bei 10 von 10 Fällen bei der Folgerhebung 7. Eine eindeutige Entwicklungstendenz ist allerdings nicht erkennbar. In der Kontrollgruppe basieren Werte lediglich auf den Angaben einer Einrichtung. Bei dieser Frage gaben bei der Ersterhebung 3 Einrichtungen (30.0%) der Interventionsgruppe und 1 Einrichtung (5.6%) der Kontrollgruppe an, dass diese Situation nicht vorkam. Im Verlauf des Projekts schwankt diese Zahl jeweils zwischen 1 - 3 Einrichtungen pro Gruppe und Beobachtungszeitpunkt.

Vor Projektstart stand sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe am häufigsten ein Versorgungsnetzwerk „Hospiz- und Palliativversorgung“ zur Verfügung (I: 9, 90.0%; K: 10, 55.6%). Diese hohen Werte bleiben über den gesamten Projektzeitraum stabil. Ein Versorgungsnetzwerk „Diabetes mellitus“, ein Versorgungsnetzwerk „Demenz“ oder ein Versorgungsnetzwerk „Wundmanagement“ waren vor Projektstart jeweils in der Interventionsgruppe in 3 Einrichtungen (30.0%) und in der Kontrollgruppe in 4 Einrichtungen (22.2%) vorhanden. Hier zeigen sich hohe Schwankungen im Projektverlauf der medianen Werte beim Versorgungsnetzwerk „Diabetes mellitus“ zwischen 28.6% (2 Nennungen, Interventionsgruppe, Folgerhebung 7) und 57.1% (4 Nennungen, Interventionsgruppe, Folgerhebung 1), beim Versorgungsnetzwerk „Demenz“ zwischen 14.3% (1 Nennung, Interventionsgruppe, Folgerhebung 1) und 57.1% (4 Nennungen, Interventionsgruppe, Folgerhebung 6) und beim Versorgungsnetzwerk „Wundmanagement“ zwischen 33.3% (2 Nennungen, Interventionsgruppe, Folgerhebung 3) und 85.7% (6 Nennungen, Interventionsgruppe, Folgerhebung 1), die vermutlich durch die geringen Fallzahlen verursacht werden. Ein Versorgungsnetzwerk „Geriatric“ ist bei der Ersterhebung in 2 Einrichtungen (20.0%) der Interventionsgruppe und bei einer Einrichtung (5.6%) der Kontrollgruppe vorhanden. Auch hier schwanken die Werte im Projektverlauf zwischen 0% (Interventionsgruppe, Folgerhebung 1) und 42.9% (3 Nennungen, Folgerhebungen 5 und 6). Ein Versorgungsnetzwerk „Schmerz“ steht vor und während des Projektverlaufes nur in vereinzelt Einrichtungen zur Verfügung (I: Ersterhebung: 1, 10.0%; Folgerhebung 1 und 2: 0, 0.0%, Folgerhebung 3: 1, 16.7%, Folgerhebung 4: 2, 33.3%, Folgerhebung 5 und 6: 3, 42.9%, Folgerhebung 7: 2, 28.6%; K: Ersterhebung: 2, 11.1%, Folgerhebung 1: 1, 25.0%). Sonstige Versorgungsnetzwerke sind im Anhang 2 – 2.6.2 Listing sonstige Versorgungsnetzwerke wörtlich aufgeführt.

3.3.2.2.1.7 Zusammenarbeit zwischen Versorgergemeinschaft und Pflegeeinrichtungen bzw. Fachärzt:innen

Die Auswertetabelle zur Zusammenarbeit zwischen Versorgergemeinschaft und Pflegeeinrichtungen bzw. Fachärzt:innen (Fragenkomplex 9 und 10 Folgeerhebungen) ist in Anhang 2 – 2.7.1 Statistiken Zusammenarbeit zwischen Versorgergemeinschaft und Pflegeeinrichtungen bzw. Fachärzt:innen zu finden.

Zu allen Beobachtungszeitpunkten während der Projektlaufzeit liegt sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe die mediane Anzahl an Situationen, an denen eine feste Ansprechperson für die Hausärzt:innen der Versorgergemeinschaft verfügbar ist, die mediane Anzahl an Visiten mit Begleitung durch die zuständige Pflegefachkraft, die mediane Anzahl an Situationen, bei denen vor und während dem hausärztlichen Besuch alle behandlungsrelevanten Informationen für Hausärzt:innen zur Verfügung stehen, als auch die mediane Anzahl an Situationen, bei denen nach dem hausärztlichen Besuch alle Informationen für die Pflege verfügbar sind, beim maximal möglichen Wert von 10.

Wenn in der Versorgergemeinschaft Patient:innen von anderen Hausärzt:innen mitversorgt werden, dann werden mehrheitlich grundsätzlich alle behandlungsrelevanten Informationen weitergegeben. Nur in einzelnen Einrichtungen erfolgt der Zugang ausschließlich zu Informationen mit hoher Dringlichkeit (I: Folgeerhebung 1, 2 und 5: 1, 14.3%). Die Weitergabe der Informationen erfolgt dabei über den gesamten Projektverlauf hinweg vorrangig schriftlich in der Bewohnerakte. Eine telefonische Weiterleitung war bei der Folgeerhebung 2 und 3 rückläufig, stieg in der Folge allerdings wieder an und nahm vergleichbare Werte wie zu Projektstart an. Elektronische oder IT-basierte Weiterleitungen sind zu Projektstart nur vereinzelt berichtet worden. Bei den Folgezeitpunkten ist allerdings ein Anstieg zu beobachten. Sonstige Formen der Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen sind im Anhang 2 – 2.7.2 Listing sonstige Formen der Informationsweitergabe wörtlich aufgeführt.

Telefonische Konsile waren über alle Beobachtungszeitpunkte hinweg sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe mehrheitlich erforderlich. Dabei schwankte die mediane Zahl der durchgeführten Konsile zwischen 4 und 13 Fällen.

3.3.2.2.1.8 Einschätzung zur Projektumsetzung (Pflegeeinrichtung)

Die Auswertetabelle zur allgemeinen Einschätzung der Pflegeeinrichtung zur Projektumsetzung (Fragenkomplex 1 und 7 Folgeerhebungen) ist in Anhang 2 – 2.8.1 Statistiken Einschätzung Projektumsetzung Pflegeeinrichtungen zu finden. Die grafische Darstellung in Form von gruppierten Boxplots und Balkendiagrammen befindet sich in Anhang 3 – 2.6 Boxplots und Balkendiagramme Einschätzung der Pflegeeinrichtungen zur Projektumsetzung.

In der Interventionsgruppe lag zu den ersten drei Befragungszeitpunkten lediglich in einer Einrichtung (14.3%) eine vertragliche Vereinbarung mit Haus- und/oder Fachärzt:innen vor (Folgebefragung 2, im Rahmen von §119 b SGB V). Ab Erhebungszeitpunkt 4 steigt der Anteil an Einrichtungen mit einer vertraglichen Vereinbarung kontinuierlich an. Bei den Vereinbarungen handelt es sich mehrheitlich um Verträge im Rahmen von §119 b SGB V. Verträge im Rahmen von § 140 a SGB V werden nur vereinzelt berichtet. In der Kontrollgruppe sind in 3 Einrichtungen der Folgeerhebung 1 (75.0%) und in 2 Einrichtungen zu Folgeerhebung 2 und 3 (100.0%) Verträge im Rahmen von §119 b SGB V aufgeführt.

Die mediane Anzahl an GKV-versicherten Bewohner:innen schwankt im Beobachtungszeitraum zwischen 55.0 (Folgerhebung 1) und 103.0 (Folgerhebung 3) in der Interventionsgruppe und zwischen 102.5 (Folgerhebung 1) und 113.0 (Folgerhebung 2) in der Kontrollgruppe. Die mediane Anzahl an Bewohner:innen, die am SaarPHIR-Projekt teilnehmen, steigt zu Beginn des Projekts an und fällt gegen Ende des Beobachtungszeitraumes wieder leicht ab. Es ergeben sich mediane Anzahlen von Bewohner:innen im SaarPHIR-Projekt zwischen 38.0 (Folgerhebung 2) und 67.5 (Folgerhebung 4) in der Interventionsgruppe und zwischen 62.0 (Folgerhebung 1) und 68.0 (Folgerhebung 3) in der Kontrollgruppe. Hieraus ergibt sich eine mediane Teilnahmequote am SaarPHIR-Projekt zwischen 66.7 (Folgerhebung 1) und 71.2 (Folgerhebung 6) in der Interventionsgruppe und zwischen 56.5 (Folgerhebung 1) und 62.4 (Folgerhebung 3) in der Kontrollgruppe.

Feste hauptverantwortliche Ansprechpersonen für die Projektumsetzung und für den Kontakt zur Versorgungsgemeinschaft standen an allen Erhebungszeitpunkten sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe zur Verfügung. Einen Wechsel der festen Ansprechperson gab es im Projektverlauf nur vereinzelt in der Interventionsgruppe (Folgerhebung 1: 1, 14.3%; Folgerhebung 3: 1, 16.7%; Folgerhebung 7: 1, 14.3%). Der mediane zeitliche Umfang der festen Ansprechperson lag zwischen 2.0 Stunden (Folgerhebung 5) und 8.0 Stunden pro Woche (Folgerhebung 4) in der Interventionsgruppe und zwischen 2.5 Stunden (Folgerhebung 2 und 3) und 4.0 Stunden (Folgerhebung 1) in der Kontrollgruppe. Demgegenüber wurde von den Pflegeeinrichtungen ein medianer notwendiger zeitlicher Umfang zwischen 4.0 Stunden (Folgerhebung 1) und 8.0 Stunden (Folgerhebung 4) in der Interventionsgruppe und zwischen 3.8 Stunden (Folgerhebung 1) und 5.0 Stunden (Folgerhebung 2 und 3) in der Kontrollgruppe angegeben. Es zeigt sich, dass zu allen Beobachtungszeitpunkten die mediane Differenz zwischen dem tatsächlichen und dem als notwendig erachteten zeitlichen Umfang der festen Ansprechperson in der Interventionsgruppe bei 0 liegt. In der Kontrollgruppe beruhen die Berechnungen ab Folgerhebung 2 nur auf den Angaben einer Einrichtung. Mit 4 Ausnahmen in der Interventionsgruppe (Folgerhebung 1: 1, 14.3%, Folgerhebung 2: 3, 42.9%, Folgerhebung 7: 1, 14.3%) wurde an allen Zeitpunkten angegeben, dass für die feste Ansprechperson eine Stellvertretung benannt wurde.

Verbindliche Regelungen zur Erreichbarkeit sowie Vertretung und Präsenz der Hausärzt:innen im Pflegeheim werden nur mit wenigen Ausnahmen sowohl in der Kontroll- als auch in der Interventionsgruppe zu allen Zeitpunkten vollständig umgesetzt. Bei den Ausnahmen wurde angegeben, dass die Umsetzung nur teilweise erfolgt (Erreichbarkeit: I: Folgerhebung 1: 2, 28.6%; Vertretung: I: Folgerhebung 1: 1, 14.3%; K: 1, 25.0%). Regelungen bzgl. des Dienstplanes der Versorgungsgemeinschaft wurden ab der Folgerhebung 2 mehrheitlich vollständig umgesetzt. Gar nicht umgesetzt wurden sie von 2 Einrichtungen der Interventionsgruppe bei der Folgerhebung 1 (28.6%) und bei jeweils 1 Einrichtung der Kontrollgruppe bei der Folgerhebung 1 bis 3. Die vollständige Umsetzung der regelhaften gemeinsamen Teambesprechungen steigt kontinuierlich von Folgerhebung 1 (5, 71.4%) bis Folgerhebung 5 (6, 85.7%) in der Interventionsgruppe an und liegt bei Folgerhebung 6 und 7 bei 57.1% (4 Einrichtungen). Regelhafte Vorwochenendvisiten werden nur mit wenigen Ausnahmen sowohl in der Kontroll- als auch in der Interventionsgruppe zu allen Zeitpunkten vollständig umgesetzt. Bei den Ausnahmen wurde angegeben, dass die Umsetzung nur teilweise erfolgt (I: Folgerhebung 1 und 2: 1, 14.3%; K: Folgerhebung 1: 1, 25.0%). Über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg werden regelhafte Visiten nach Entlassung aus dem Krankenhaus gleichermaßen vollständig als auch teilweise umgesetzt. Nur in einzelnen Einrichtungen der Interventionsgruppe werden Regelungen zur Organisation der Behandlungsprozesse nicht umgesetzt (Folgerhebung 1 und

7: 1, 14.3%, Folgeerhebung 2: 2, 28.6%, Folgeerhebung 3: 3, 50.0%, Folgeerhebung 4: 1, 16.7%). Am seltensten werden Regelungen zur vorausschauenden Behandlungsplanung (ACP) umgesetzt. Hier schwankt der Anteil bei der vollständigen Umsetzung zwischen einer Einrichtung (Folgeerhebung 1 und 2: 14.3%) und 3 Einrichtungen (Folgeerhebung 5: 42.9%) in der Interventionsgruppe.

Ab der Folgeerhebung 1 nutzt etwa die Hälfte der Einrichtungen der Interventionsphase das Rahmenhandbuch häufig oder sogar sehr häufig. In der Kontrollgruppe wird es dagegen gleichermaßen nie oder selten verwendet. Der Anteil derer, die das Handbuch allerdings als eher oder sehr hilfreich zur Umsetzung von SaarPHIR erachten, liegt in der Interventionsgruppe zwischen 57.5% (Folgeerhebung 1 und 2, jeweils 4 Einrichtungen) und 100.0% (Folgeerhebung 4, 6 Einrichtungen und Folgeerhebung 7, 7 Einrichtungen). Bis auf eine Einrichtung der Kontrollgruppe (Folgeerhebung 1, 1, 25.0%) beantworten alle Befragten zu allen Zeitpunkten in der Kontroll- und Interventionsgruppe die Frage, ob die Veränderungen der Prozesse durch das Projekt SaarPHIR die Versorgung der Bewohner:innen verbessern, mit „eher ja“ oder mit „ja, auf jeden Fall“. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Frage, ob die Veränderungen der Prozesse durch das Projekt den Arbeitsalltag erleichtern. Mit 2 Ausnahmen in der Interventionsgruppe (Folgeerhebung 1 und 2, jeweils 1, 14.3%, Antwort „eher nein“) gaben hier alle Befragte „eher ja“ oder „ja, auf jeden Fall“ an.

Weitere Anmerkungen der Pflegeeinrichtungen zum SaarPHIR-Projekt sind im Anhang 2 – 2.8.2 Listing Weitere Anmerkungen der Pflegeeinrichtungen zu SaarPHIR wörtlich aufgeführt.

3.3.2.2.1.9 Einschätzung zur Projektumsetzung (Versorgergemeinschaft)

Die Auswertetabelle zur allgemeinen Einschätzung der Versorgergemeinschaft zur Projektumsetzung (Fragenkomplex 8 und 11 Folgeerhebungen) ist in Anhang 2 – 2.9.1 Statistiken Einschätzung Projektumsetzung Versorgergemeinschaft zu finden. Die grafische Darstellung in Form von gruppierten Boxplots und Balkendiagrammen befindet sich in Anhang 3 – 2.7 Boxplots und Balkendiagramme Einschätzung der Versorgergemeinschaft zur Projektumsetzung.

Die mediane Anzahl an beteiligten Ärzt:innen in der Versorgergemeinschaft liegt zwischen 4.0 (Folgeerhebung 1) und 6.0 (Folgeerhebung 5) in der Interventionsgruppe und zwischen 5.0 (Folgeerhebung 1) und 2.0 (Folgeerhebung 3) in der Kontrollgruppe. Es ergeben sich mediane Anzahlen von Bewohner:innen im SaarPHIR-Projekt zwischen 48.0 (Folgeerhebung 1) und 63.0 (Folgeerhebung 3) in der Interventionsgruppe und zwischen 64.5 (Folgeerhebung 2) und 89.0 (Folgeerhebung 1) in der Kontrollgruppe. Es zeigen sich somit marginale Abweichungen bezüglich der Anzahl an Teilnehmenden am SaarPHIR-Projekt zwischen den Angaben der Versorgergemeinschaft und den Angaben der Pflegeeinrichtungen. Es ergibt sich eine mediane Betreuungsquote zwischen 9.5 (Folgeerhebung 2) und 15.1 (Folgeerhebung 1) Bewohner:innen pro Ärzt:in der Versorgergemeinschaft in der Interventionsgruppe und zwischen 11.1 (Folgeerhebung 1) und 55.0 (Folgeerhebung 3) in der Kontrollgruppe. Allerdings ist dieser letzte Wert maßgeblich von den Angaben einer Einrichtung beeinflusst, nach denen die Versorgergemeinschaft nur aus einer Person besteht und diese 97 Bewohner:innen in einer Pflegeeinrichtung betreut.

An allen Erhebungszeitpunkten standen feste hauptverantwortliche Ansprechpersonen für die Projektumsetzung und für den Kontakt zur Versorgungsgemeinschaft sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe zur Verfügung. Einen Wechsel der festen Ansprechperson gab es im Projektverlauf nur vereinzelt in der Interventionsgruppe (Folgerhebung 3: 1, 16.7%; Folgerhebung 7: 1, 14.3%). Der mediane zeitliche Umfang der festen Ansprechperson lag zwischen 2.0 Stunden (Folgerhebung 5) und 8.0 Stunden (Folgerhebung 6 und 7) in der Interventionsgruppe und zwischen 4.5 Stunden (Folgerhebung 1) und 7.5 Stunden (Folgerhebung 2 und 3) in der Kontrollgruppe. Demgegenüber wurde von der Versorgungsgemeinschaft ein medianer notwendiger zeitlicher Umfang zwischen 2.0 Stunden (Folgerhebung 5) und 6.5 Stunden (Folgerhebung 6) in der Interventionsgruppe und 5.0 Stunden (Folgerhebung 1 bis 3) in der Kontrollgruppe angegeben. Es zeigt sich, dass zu allen Beobachtungszeitpunkten in der Interventionsgruppe die mediane Differenz zwischen dem tatsächlichen und dem als notwendig erachteten zeitlichen Umfang der festen Ansprechperson in der Interventionsgruppe bei 0 liegt. In der Kontrollgruppe beruhen die Berechnungen ab Folgerhebung 2 nur auf den Angaben einer Einrichtung. Sämtliche Einschätzungen der Pflegeeinrichtungen und der Versorgungsgemeinschaft stimmen bezüglich der festen Ansprechperson im Wesentlichen überein.

Das Rahmenhandbuch wird von den Ärzt:innen der Versorgungsgemeinschaft deutlich seltener als von den Pflegeeinrichtungen genutzt. In der Interventionsgruppe geben bei der Folgerhebung 1 und 7 nur 2 Versorgungsgemeinschaften (28.6%), bei der Folgerhebung 3, 4 und 7 jeweils nur eine Versorgungsgemeinschaft und bei Folgerhebung 5 geben 3 Einrichtungen (42.9%) der Versorgungsgemeinschaften an, das Rahmenhandbuch häufig oder sogar sehr häufig zu nutzen. In der Kontrollgruppe wird es dagegen gleichermaßen nie oder sehr selten verwendet. Der Anteil derer, die das Handbuch allerdings als eher oder sehr hilfreich zur Umsetzung von SaarPHIR erachten, liegt in der Interventionsgruppe zwischen 33.4% (Folgerhebung 3, 2 Einrichtungen) und 85.7% (Folgerhebung 1, 6 Einrichtungen) und wurde damit ebenfalls schlechter bewertet als von den Pflegeeinrichtungen. Bis auf eine Versorgungsgemeinschaft der Kontrollgruppe (Folgerhebung 1: 1, 25.0%) und 2 Versorgungsgemeinschaften der Interventionsgruppe (Folgerhebung 1: 1 und 2, jeweils 14.3%) beantworten alle Befragten zu allen Zeitpunkten in der Kontroll- und Interventionsgruppe die Frage, ob die Veränderung der Prozesse durch das Projekt SaarPHIR die Versorgung der Bewohner:innen verbessern, mit „eher ja“ oder mit „ja, auf jeden Fall“. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Frage, ob die Veränderungen der Prozesse durch das Projekt den Arbeitsalltag erleichtert. Mit 4 Ausnahmen in der Interventionsgruppe (Folgerhebung 1 und 2, jeweils 1, 14.3%, Antwort „eher nein“; Folgerhebung 2: 2, 28.6% Antwort: „überhaupt nicht“) gaben hier alle Befragte „eher ja“ oder „ja, auf jeden Fall“ an.

Weitere Anmerkungen der Versorgungsgemeinschaft zum SaarPHIR-Projekt sind im Anhang 2 – 2.9.2 Listing Weitere Anmerkungen der Versorgungsgemeinschaft zu SaarPHIR zu finden.

3.3.2.2 Wöchentliche Dokumentation

Die Erhebungsbögen zur wöchentlichen Dokumentation wurden quartalsweise an die Pflegeeinrichtungen versendet. Während der Projektphase 3 wurden nur Einrichtungen der Interventionsphase einbezogen und während der Projektphase 4 wurden zusätzlich auch Einrichtungen der Kontrollgruppe befragt, nachdem diese ebenfalls mit der Intervention begonnen haben. Die Rückläufe sind in Tabelle 71 zusammengestellt.

Tabelle 71: Rückläufe Fragebogen 03 (wöchentliche Dokumentation)

	Quartal						
	1	2	3	4	5	6	7
Bögen versendet							
Intervention	11	8	10	8	8	8	8
Kontrolle	5	3	2	-	-	-	-
Bögen Rücklauf							
Intervention	6	6	3	6	6	5	5
Kontrolle	4	1	2	-	-	-	-
Rücklaufquote							
Intervention	54.5%	75.0%	30.0%	75.0%	75.0%	62.5%	62.5%
Kontrolle	80.0%	33.3%	100.0%	-	-	-	-

Die Auswertetabelle zu den kumulierten Merkmalen sind im Anhang 2 – 3.1 Bewohner:innen mit vorzeitigem Beobachtungsende zu finden. Der zeitliche Verlauf der Bewohner:innenzahlen, der Bewohner:innen im SaarPHIR-Projekt sowie der Teilnahmequoten sind in Anhang 3 – 3.1 Zeitlicher Verlauf Bewohner:innen und Teilnehmer:innenzahlen dargestellt.

3.3.2.2.1 Bewohner:innen

Über den gesamten Beobachtungszeitraum sind im Median in der Interventionsgruppe 6.5 Personen (Spannweite: 1 - 3 Personen) und in der Kontrollgruppe 4 Personen (Spannweite: 0 - 6 Personen) verstorben. Nahezu keine teilnehmenden Bewohner:innen am SaarPHIR haben ihre Teilnahme vorzeitig beendet. Im Median haben in der Interventionsgruppe 0.5 Personen (Spannweite: 0 - 4 Personen) und in der Kontrollgruppe keine Person (Spannweite: 0 - 3 Personen) die Teilnahme beendet.

Die wöchentliche Anzahl an Bewohner:innen bleibt sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe während der ersten beiden Quartale konstant. So bewegt sich die mediane Bewohner:innenzahl in der Interventionsgruppe in den ersten beiden Quartalen im Wesentlichen zwischen 65 und 75 Bewohner:innen und in der Kontrollgruppe zwischen 82 und 84 Bewohner:innen. In den sich anschließenden Quartalen sind größere Schwankungen zu beobachten. Allerdings beruht die Berechnung nur auf wenigen Beobachtungen, was die Aussagekraft einschränkt.

Zu Zeitpunkten mit verlässlicher Fallzahl liegt die Anzahl an Bewohner:innen im SaarPHIR-Projekt in den ersten beiden Quartalen sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe zwischen 40 und 45 Bewohner:innen, was einer medianen Teilnahmequote zwischen 50 und 60% entspricht.

3.3.2.2.2 Vorwochenendvisite

Die einmal pro Quartal abgefragte Skizze zur Regelung der Vorwochenendvisite in der Pflegeeinrichtung wurde nur von einer Einrichtung an 2 Zeitpunkten und von 3 Einrichtungen an einem Zeitpunkt beantwortet (vgl. Anhang 2 – 3.2 Listing Frage 2). Alle 4 Einrichtungen gehö-

ren der Interventionsgruppe an. In der Einrichtung mit 2 Beobachtungszeitpunkten kontaktiert das Pflegepersonal am Freitagvormittag oder -nachmittag die Hausarztpraxis telefonisch, wenn gesundheitliche Probleme bei Bewohner:innen vorliegen. Nach Ermessen der Ärzt:in findet dann entweder eine Visite statt oder es werden telefonisch Anordnungen gegeben. Eine Einrichtung berichtet, dass am Freitagvormittag die zuständige Pflegekraft auf allen Wohnbereichen die Informationen sammelt und um 13 Uhr die gemeinsame Visite stattfindet. In einer anderen Einrichtung findet die Visite am Freitagnachmittag oder am Samstagvormittag statt.

Der zeitliche Verlauf der Anzahl besuchter Bewohner:innen in den Vorwochenendvisiten ist im Anhang 3 – 3.2 Zeitlicher Verlauf Anzahl besuchter Bewohner:innen in Vorwochenendvisite dargestellt. Hierbei zeigt sich eine große Spannweite. In der Interventionsgruppe werden in den ersten beiden Quartalen in der Regel zwischen 0 und 20 Bewohner:innen besucht, wobei die mediane Anzahl an besuchten Bewohner:innen lediglich zwischen 2 bis 4 Bewohner:innen liegt. Auffällig ist in der Kontrollgruppe eine Einrichtung, die durchgängig angab, wöchentlich etwa 40 Bewohner:innen bei der Vorwochenendvisite zu besuchen. Aufgrund der kleinen Fallzahl werden die Ergebnisse der Kontrollgruppe von diesem Ausreißer verzerrt.

Der zeitliche Verlauf der Eigenschaften der Vorwochenendvisiten sind im Anhang 3 – 3.3 Zeitlicher Verlauf Eigenschaften Vorwochenendvisite zu finden. Im Quartal 1 lag in der Interventionsgruppe bei zwischen 81.8% und 100.0% der Vorwochenendvisiten eine Liste der Bewohner:innen, die eine Visite benötigen, vor, während es im Quartal 2 zwischen 88.9% und 100.0% waren. An allen folgenden Quartalen in der Interventionsgruppe sowie an allen Beobachtungszeitpunkten der Kontrollgruppe war bei allen Vorwochenendvisiten eine solche Liste verfügbar. Behandlungsrelevante Informationen für die Ärzt:innen lagen in der Interventionsgruppe im Quartal 1 in zwischen 90.0% und 100.0% und im Quartal 2 in zwischen 85.7% und 100.0% der Visiten vor. In der Interventionsgruppe wurden die Visiten im Quartal 1 in zwischen 81.8% und 100.0% und im Quartal 2 in zwischen 77.8% und 100.0% der Visiten von der zuständigen Pflegefachkraft begleitet. Mit einem Ausreißer in Quartal 3 mit 75.0%, der allerdings nur auf den Angaben einer Einrichtung beruht, standen in allen folgenden Quartalen in der Interventionsgruppe sowie an allen Beobachtungszeitpunkten der Kontrollgruppe bei allen Vorwochenendvisiten die behandlungsrelevanten Informationen bereit und die Visite wurde durch eine zuständige Pflegefachkraft begleitet. Gründe für fehlende Begleitung der zuständigen Pflegefachkraft wurden von den Pflegeeinrichtungen keine angegeben.

3.3.2.2.3 Visiten aufgrund von Krankenhausentlassungen

Krankenhausentlassungen wurden nur vereinzelt berichtet und sind im Anhang 2 – 3.3 Listing Visiten aufgrund von Krankenhausentlassungen zu finden.

In der Kontrollgruppe wurden lediglich von einer Einrichtung für 3 Zeitpunkte und von einer Einrichtung für 2 Zeitpunkte Informationen zu Visiten aufgrund von Krankenhausentlassungen gemeldet. Dabei wurden in einer Einrichtung an allen 3 Zeitpunkten für alle entlassenen Bewohner:innen Visiten durchgeführt, während in der anderen Einrichtung für beide Zeitpunkte lediglich die Anzahl der entlassenen Bewohner:innen angegeben wurde, nicht aber die Anzahl der durchgeführten Visiten.

In der Interventionsgruppe haben 10 Einrichtungen Angaben zu insgesamt 52 Beobachtungszeitpunkten zu Visiten aufgrund von Krankenhausentlassungen gemacht. Darunter waren 6 Einrichtungen, bei denen bei insgesamt 52 gemeldeten Zeitpunkten bei allen entlassenen Bewohner:innen eine Visite durchgeführt wurde. Eine Einrichtung hat an allen 5 gemeldeten

Zeitpunkten keine Information zu den Visiten aufgrund von Krankenhausentlassungen gemacht. Eine Einrichtung hat an 3 von 4 berichteten Zeitpunkten bei allen entlassenen Bewohner:innen Visiten durchgeführt. Für eine Einrichtung liegen Daten zu insgesamt 18 Zeitpunkten vor. Darunter wechseln sich 9 Zeiträume, bei denen gar keine Visiten, 2 Zeitpunkte, bei denen teilweise Visiten und 7 Zeitpunkte, bei denen bei allen entlassenen Bewohner:innen Visiten durchgeführt wurden, ab.

3.3.2.2.3 Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit

Sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch in Hausarztpraxen wurden zu Beginn der Teilnahme eine Erstbefragung und Folgebefragungen, geplant in halbjährlichem Abstand bis zum Projektmonat 18, zur Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit durchgeführt.

3.3.2.2.3.1 Pflegeeinrichtungen

In der Interventionsgruppe haben bei der Ersterhebung (t_0) 10 Pflegeeinrichtungen, bei der Folgerhebung 1 (t_1) 12 Pflegeeinrichtungen, bei der Folgerhebung 2 (t_2) 7 Pflegeeinrichtungen und bei der Folgerhebung 3 (t_3) 7 Pflegeeinrichtungen den Fragebogen zur Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit zurückgesendet. Dies ergibt eine Rücklaufquote der Pflegeeinrichtungen in der Interventionsgruppe von 90.9% (10 von 11 Bögen) für die Ersterhebung, 92.3% für die Folgerhebung 1 (12 von 13 Bögen), 70.0% für die Folgerhebung 2 (7 von 10 Bögen) und 87.5% für die Folgerhebung 3 (7 von 8 Bögen).

In der Kontrollgruppe haben bei der Ersterhebung (t_0) 18 Pflegeeinrichtungen, bei der Folgerhebung 1 (t_1) 5 Pflegeeinrichtungen, bei der Folgerhebung 2 (t_2) eine Pflegeeinrichtung und bei der Folgerhebung 3 (t_3) keine Pflegeeinrichtung den Fragebogen zur Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit zurückgesendet. Dies ergibt eine Rücklaufquote der Pflegeeinrichtungen in der Kontrollgruppe von 94.7% (18 von 19 Bögen) für die Ersterhebung, 100.0% für die Folgerhebung 1 (5 von 5 Bögen), 50.0% für die Folgerhebung 2 (1 von 2 Bögen). Ein Versand der Folgerhebung 3 erfolgte in der Kontrollgruppe nicht, da zum halbjährlich geplanten dritten Befragungszeitpunkt die Datenerhebung beendet war.

In der Interventionsgruppe haben 10 Einrichtungen der Auswertepopulation sowohl die Fragebögen der Erst- als auch der Folgerhebung 1 beantwortet, während es in der Kontrollgruppe 5 Einrichtungen waren. Folgerhebung 2 und Ersterhebung waren für 5 Einrichtungen der Interventionsgruppe und eine Einrichtung der Kontrollgruppe vollständig, Fragebögen der Folgerhebung 3 und Ersterhebung waren nur in 4 Einrichtungen der Interventionsgruppe vorhanden. Die mediane Zeit zwischen dem Ausfüllen der Ersterhebung und der Folgerhebung 1 betrug in den 8 Einrichtungen der Interventionsgruppe mit vorhandenen Datumsangaben 8 Monate (Min: 5 Monate, Max: 15 Monate) und in den 5 Einrichtungen der Kontrollgruppe 15 Monate (Min: 7 Monate, Max: 18 Monate). Die mediane Zeit zwischen dem Ausfüllen der Ersterhebung und der Folgerhebung 2 betrug in den 4 Einrichtungen der Interventionsgruppe mit Datumsangaben 13 Monate (Min: 12 Monate, Max: 21 Monate) und in der Einrichtung der Kontrollgruppe waren es 18 Monate. Die mediane Zeit zwischen dem Ausfüllen der Ersterhebung und der Folgerhebung 3 betrug in den 3 Einrichtungen der Interventionsgruppe mit Datumsangaben 18 Monate (Min: 18 Monate, Max: 19 Monate).

Die Auswertetabelle zu Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit als qualitatives Merkmal sind in Anhang 2 – 6.1 Häufigkeiten Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (t_0 , t_1 , t_2 , t_3) und als quantitatives Merkmal in Anhang 2 – 6.2 Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (t_0 , t_1 , t_2 , t_3) zu

finden und werden im Folgenden zusammengefasst beschrieben (I=Intervention, K=Kontrolle). Die grafische Darstellung in Form von Likert-Grafiken befindet sich in Anhang 3 – 6.1 Likertgraph für Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (t₀, t₁, t₂, t₃).

Subskala Konfliktfähigkeit

Sowohl zur Ersterhebung als auch zu den Folgerhebungen stimmen in der Interventions- und der Kontrollgruppe alle Befragten mit einer Ausnahme (Kontrollgruppe, Ersterhebung) der Aussage zu, dass die Arbeitsatmosphäre durch gegenseitige Anerkennung geprägt ist (Frage 1). Der Aussage nach häufigen Konflikten (Frage 2) stimmen dagegen nur einzelne Befragte zu (I: t₀: 2, 20.0%, t₁: 2, 16.7%, t₂: 1, 14.3%, t₃: 0, 0.0%; K: t₀: 2, 11.1%, t₁: 0, 0.0%, t₂: 0, 0.0%). Weitgehende Zustimmung erfährt ebenfalls die Frage 4 („Es herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden“) sowohl zu der Erst- als auch zu den Folgerhebungen in Interventions- und Kontrollgruppe. Lediglich zur Ersterhebung stimmen eine Einrichtung der Interventionsgruppe (10.0%) und 5 Einrichtungen der Kontrollgruppe (27.8%) dieser Aussage nicht zu. In der Folgerhebung 1 ist es jeweils eine Einrichtung der Interventionsgruppe (8.3%) und eine Einrichtung der Kontrollgruppe (20.0%). Der Aussage 5, dass wenn Konflikte bestehen, es sich meistens schlecht darüber reden lässt, stimmen bei der Ersterhebung in der Interventionsgruppe 2 Einrichtungen (20.0%) und in der Kontrollgruppe 8 Einrichtungen (44.4%) zu. Zu den Folgerhebungen werden vereinzelte Zustimmungen nur noch in der Interventionsgruppe beobachtet (t₁: 1, 8.3%, t₂: 1, 14.3%, t₃: 1, 14.3%).

Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

Der Aussage 3 („Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend“) stimmen bei der Ersterhebung lediglich 2 Einrichtungen der Interventionsgruppe (20.0%) und 6 Einrichtungen der Kontrollgruppe (33.3%) nicht zu, während es bei der Folgerhebung nur eine Einrichtung der Interventionsgruppe (8.3%) ist. Ansonsten stimmen alle Befragte zu allen Befragungszeitpunkten dieser Aussage zu. Insgesamt nur 3 Einrichtungen stimmen der Aussage 6 („Alles in allem sehe ich Ärzt:innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team“) nicht zu (Ersterhebung I: 1, 10.0%, K: 1, 5.6%, Folgerhebung 1: I: 1, 8.3%). Alle Befragten sowohl der Interventions- als auch der Kontrollgruppe stimmen zu allen Befragungszeitpunkten der Aussage zu, von der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung in der Regel überzeugt zu sein. Der Aussage 10 („Von der Art, wie Ärzt:innen mit den Bewohner:innen umgehen, kann ich viel lernen“), stimmen nur einzelne Befragte nicht zu (I: t₀: 2, 20.0%, t₁: 2, 16.7%, t₂: 1, 14.3%, t₃: 0, 0.0%; K: t₀: 6, 33.3%, t₁: 0, 0.0%, t₂: 0, 0.0%). Insgesamt nur 4 Einrichtungen stimmen der Aussage 11 („Die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen in unserer Pflegeeinrichtung ist im Allgemeinen sehr gut“) nicht zu (I: t₁: 1, 8.3%, K: t₀: 3, 16.7%). Der Aussage 12 („Die Ärzt:innen können sich in die Probleme der Pflegekräfte einfühlen“) stimmen nur einzelne Befragte nicht zu (I: t₀: 2, 20.0%, t₁: 2, 16.7%, t₂: 0, 0.0%, t₃: 0, 0.0%; K: t₀: 6, 33.3%, t₁: 0, 0.0%, t₂: 0, 0.0%). Insgesamt nur 3 Einrichtungen stimmen der Aussage 13 („Die Art, wie Ärzt:innen mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich insgesamt als gut“) nicht zu (I: t₀: 1, 10.0%, t₁: 1, 8.3%, K: t₀: 1, 5.6%).

Subskala Zusammenarbeit intern

Frage 7 („Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können“) und Frage 14 („Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe in unserer Pflegeeinrichtung organisiert werden, bin ich sehr zufrieden“) werden an allen Befragungszeit-

punkten von allen Befragten sowohl der Kontroll- als auch der Interventionsgruppe zustimmend beantwortet. Lediglich bei der Frage 9 („Von der Art, wie meine Kolleg:innen aus dem Pflgeteam mit den Bewohner:innen umgehen, kann ich viel lernen“) treten vereinzelte Nichtzustimmungen sowohl in der Kontrollgruppe (2, 11.1%) als auch in der Interventionsgruppe (1, 10%) auf.

Insgesamt zeigt sich in allen Subskalen eine hohe Zufriedenheit der Pflegeeinrichtungen mit der Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit zu allen Erhebungszeitpunkten sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Eine vergleichende intraindividuelle Auswertung der Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit jeder Folgerhebung im Vergleich zur Ersterhebung ist im Anhang 2 – 6.3 Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (Differenz) zu finden. Es zeigt sich eine weitgehende Stabilität in den erfassten Merkmalen zu Qualität und Kommunikation sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. In allen betrachteten Aussagen beträgt die mediane Veränderung in den Folgerhebungen im Vergleich zur Ersterhebung maximal eine Kategorie.

3.3.2.2.3.2 Hausärzt:innen

In der Interventionsgruppe wurden bei der Ersterhebung (t_0) 48 Fragebögen, bei der Folgerhebung 1 (t_1) 47 Fragebögen, bei der Folgerhebung 2 (t_2) 24 Fragebögen und bei der Folgerhebung 3 (t_3) 17 Fragebogen zur Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit zurückgesendet. Dies ergibt eine Rücklaufquote bei den Hausärzt:innen in der Interventionsgruppe von 75.0% (48 von 64 Bögen) für die Ersterhebung, 73.4% für die Folgerhebung 1 (47 von 64 Bögen), 70.6% für die Folgerhebung 2 (24 von 34 Bögen) und 94.4% für die Folgerhebung 3 (17 von 18 Bögen).

In der Kontrollgruppe wurden bei der Ersterhebung (t_0) 22 Fragebögen, bei der Folgerhebung 1 (t_1) 17 Fragebögen, bei der Folgerhebung 2 (t_2) ein Fragebogen und bei der Folgerhebung 3 (t_3) keine Fragebogen zur Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit zurückgesendet. Dies ergibt eine Rücklaufquote der Pflegeeinrichtungen in der Kontrollgruppe von 52.4% (22 von 42 Bögen) für die Ersterhebung, 89.5% für die Folgerhebung 1 (17 von 19 Bögen), 100.0% für die Folgerhebung 2 (1 von 1 Bogen). Ein Versand der Folgerhebung 3 erfolgte in der Kontrollgruppe nicht, da zum halbjährlich geplanten dritten Befragungszeitpunkt die Datenerhebung beendet war.

In der Interventionsgruppe haben 42 Hausärzt:innen von Pflegeeinrichtungen der Auswertepopulation sowohl die Fragebögen der Erst- als auch der Folgerhebung 1 beantwortet, während es in der Kontrollgruppe 10 Hausärzt:innen waren. Folgerhebung 2 und Ersterhebung waren für 24 Hausärzt:innen von Einrichtungen der Interventionsgruppe und eine Hausarztpraxis einer Einrichtung der Kontrollgruppe vollständig. Fragebögen der Folgerhebung 3 und Ersterhebung waren von 16 Hausärzt:innen von Einrichtungen der Interventionsgruppe vorhanden. Die mediane Zeit zwischen dem Ausfüllen der Ersterhebung und der Folgerhebung 1 betrug bei den 30 Hausärzt:innen von Einrichtungen der Interventionsgruppe mit vorhandenen Datumsangaben 6 Monate (Min: 2 Monate, Max: 30 Monate) und bei den 8 Hausärzt:innen von Einrichtungen der Kontrollgruppe 7 Monate (Min: 4 Monate, Max: 16 Monate). Die mediane Zeit zwischen dem Ausfüllen der Ersterhebung und der Folgerhebung 2 betrug bei den 15 Hausärzt:innen von Einrichtungen der Interventionsgruppe mit Datumsangaben 12 Monate (Min: 8 Monate, Max: 14 Monate) und bei der Hausarztpraxis der Einrichtung der

Kontrollgruppe waren es 20 Monate. Die mediane Zeit zwischen dem Ausfüllen der Ersterhebung und der Folgerhebung 3 betrug bei den 12 Hausärzt:innen von Einrichtungen der Interventionsgruppe mit Datumsangaben 18 Monate (Min: 14 Monate, Max: 20 Monate).

Die Auswertetabelle zu Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit als qualitatives Merkmal sind in Anhang 2 – 7.1 Häufigkeiten Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (t_0 , t_1 , t_2 , t_3) und als quantitatives Merkmal in Anhang 2 – 7.2 Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (t_0 , t_1 , t_2 , t_3) zu finden und werden im Folgenden zusammengefasst beschrieben (I=Intervention, K=Kontrolle). Die grafische Darstellung in Form von Likert-Grafiken befindet sich in Anhang 3 – 7.1 Likertgraph für Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (t_0 , t_1 , t_2 , t_3).

Subskala Konfliktfähigkeit

Sowohl zur Ersterhebung als auch zu den Folgerhebungen stimmen in der Interventions- und der Kontrollgruppe alle Befragten, die die Frage beantwortet haben, der Aussage zu, dass die Arbeitsatmosphäre durch gegenseitige Anerkennung geprägt ist (Frage 1). Der Aussage nach häufigen Konflikten (Frage 2), stimmen dagegen insgesamt nur drei Befragte der Interventionsgruppe zu (I: t_1 : 1, 2.1% und t_3 : 2, 11.8%). Weitgehende Zustimmung erfährt ebenfalls die Frage 4 („Es herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden“) sowohl zu der Erst- als auch zu den Folgerhebungen in Interventions- und Kontrollgruppe. Bei Ersterhebung ist eine Nichtzustimmung in der Interventionsgruppe (2.1%) und 2 in der Kontrollgruppe (9.1%) zu beobachten. In der Folgerhebung 1 ist es eine Nichtzustimmung in der Kontrollgruppe (5.9%) und in der Folgerhebung 3 sind es 2 in der Interventionsgruppe (11.8%). Zur Aussage 5, dass wenn Konflikte bestehen, es sich meistens schlecht darüber reden lässt, werden nur vereinzelte Zustimmungen in der Interventionsgruppe beobachtet (t_0 : 1, 2.1%, t_1 : 2, 4.3%, t_2 : 1, 4.2%, t_3 : 1, 5.9%).

Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

Der Aussage 3 („Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend“) stimmen bei der Ersterhebung lediglich 6 Hausärzt:innen der Interventionsgruppe (12.5%) und eine Hausärzt:in der Kontrollgruppe (4.5%) nicht zu, während es bei der Folgerhebung 3 5 Hausärzt:innen von Einrichtung der Interventionsgruppe (29.4%) sind. Ansonsten stimmen alle Befragte zu allen Befragungszeitpunkten dieser Aussage zu. Insgesamt nur 3 Hausärzt:innen stimmen der Aussage 6 („Alles in allem sehe ich Ärzt:innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team“) nicht zu (Ersterhebung I: 0, 0.0%, K: 1, 4.5%, Folgerhebung 1: I: 1, 2.1%, Folgerhebung 3: I: 1, 5.9%). Große Zustimmung erfährt die Aussage 7 („Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, jeweils die Situation der Bewohner:innen richtig einschätzen zu können“) mit lediglich jeweils einer Nichtzustimmung in der Interventionsgruppe (2.1%) und der Kontrollgruppe (4.5%) bei der Ersterhebung. Gleiches gilt für die Aussage 8 („Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen), bei der nur eine Nichtzustimmung in der Interventionsgruppe (2.1%) bei der Ersterhebung zu beobachten ist. Bei der Ersterhebung sehen 9 Hausärzt:innen der Interventionsgruppe (18.8%) und 2 Hausärzt:innen der Kontrollgruppe (9.1%) die Notwendigkeit, die Durchführung ihrer Anordnungen laufend zu kontrollieren (Aussage 9). Bei den Folgerhebungen sind es insgesamt 11 Hausärzt:innen, die diese Notwendigkeit sehen (I: t_1 : 4, 85%, t_2 : 1, 4.2%. t_3 : 5, 29.4%; K: t_1 : 1, 5.9%). Lediglich eine Nichtzustimmung bei der Ersterhebung wurde in der Interventionsgruppe (2.1%) zur Aussage 10 („Ich traue den

meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können“) beobachtet. Allerdings sind bei dieser Aussage bei der Folgebefragung 2 und 3 in der Interventionsgruppe sehr viele fehlende Werte aufgetreten (Folgebefragung 2: 9, 37.5%; Folgebefragung 3: 13, 76.5%). Am häufigsten werden Nichtzustimmungen bei Frage 12 („Von der Art, wie Pflegekräfte mit den Bewohner:innen umgehen, kann ich viel lernen“) beobachtet (I: t₀: 10, 20.8%, t₁: 15, 31.9%, t₂: 0, 0.0%, t₃: 1, 5.9%; K: t₀: 8, 36.4%, t₁: 3, 17.6%, t₂: 1, 100.0%). Insgesamt nur 6 Hausärzt:innen stimmen der Aussage 13 („Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften in den Pflegeeinrichtungen ist im Allgemeinen sehr gut“) nicht zu (I: t₃: 5, 29.4%; K: t₀: 1, 4.5%). Der Aussage 14 („Die Pflegekräfte können sich in die Probleme der Ärzt:innen einfüllen“) stimmen insgesamt 23 Befragte nicht zu (I: t₀: 11, 22.9%, t₁: 3, 6.4%, t₂: 0, 0.0%, t₃: 1, 5.9%; K: t₀: 5, 22.7%, t₁: 2, 11.8%, t₂: 1, 100.0%). Der Aussage 15 („Die Art, wie Pflegekräfte mit uns Ärzt:innen umgehen, empfinde ich insgesamt als gut“) stimmen nur 5 Hausärzt:innen (29.4%) bei der Folgerhebung 3 nicht zu. Ansonsten wird diese Aussage von Befragten an allen Befragungszeitpunkten sowohl der Kontroll- als auch der Interventionsgruppe zustimmend beantwortet. Auffällig ist hierbei, dass es sich um 5 unterschiedliche Ärzt:innen der gleichen Pflegeeinrichtung handelt. Genau diese 5 Hausärzt:innen (29.4%) einer Einrichtung der Interventionsgruppe stimmen in der Folgerhebung 3 ebenfalls bei Aussage 16 („Mit der Art und Weise wie Arbeitsabläufe organisiert werden, bin ich sehr zufrieden“) nicht zu. Zu den früheren Erhebungszeitpunkten werden nur vereinzelt Nichtzustimmungen beobachtet (I: t₀: 2, 4.2%, t₁: 1, 2.1%, t₂: 0, 0.0%; K: t₀: 3, 13.6%, t₁: 2, 11.8%, t₂: 1, 100.0%).

Subskala Zusammenarbeit Hausärzt:innen

Bei Frage 11 („Von der Art, wie meine Kolleg:innen der Versorgergemeinschaft mit den Bewohner:innen umgehen, kann ich viel lernen“) werden verhältnismäßig viele Nichtzustimmungen beobachtet, die sich aber zumindest in der Interventionsgruppe im Verlauf der Beobachtungsdauer in komplette Zustimmung wandeln (I: t₀: 12, 25.0%, t₁: 16, 34.0%, t₂: 0, 0.0%, t₃: 0, 0.0%; K: t₀: 12, 54.5%, t₁: 6, 35.3%, t₂: 1, 100.0%).

Insgesamt zeigt sich in allen Subskalen eine hohe Zufriedenheit der Hausärzt:innen mit der Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit zu allen Erhebungszeitpunkten sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Eine vergleichende intraindividuelle Auswertung der Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit jeder Folgerhebung im Vergleich zur Ersterhebung ist im Anhang 2 – 7.3 Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (Differenz) zu finden. Es zeigt sich eine weitgehende Stabilität in den erfassten Merkmalen zu Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. In allen betrachteten Aussagen beträgt die mediane Veränderung in den Folgerhebungen im Vergleich zur Ersterhebung maximal eine Kategorie.

3.3.2.2.3.3 Vergleichende Darstellung Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit

Eine vergleichende intraindividuelle Darstellung zwischen dem Median der Bewertung der Pflegeeinrichtung (PE) und dem Median der Bewertung der Hausärzt:innen (HA) in der jeweiligen Pflegeeinrichtung ist bei der Ersterhebung für jeweils 10 Einrichtungen der Interventions- und der Kontrollgruppe möglich. Bei der Folgerhebung 1 sind es 12 Einrichtungen in der Interventionsgruppe und 5 Einrichtungen der Kontrollgruppe. Weitere Folgerhebungen sind nur für die Interventionsgruppe verfügbar (t₂: 5 Einrichtungen und t₃: 3 Einrichtungen). Eine vergleichende intraindividuelle Auswertung der Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit jeder Folgerhebung im Vergleich zur Ersterhebung ist im Anhang 2 – 7.4 Statistiken

Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Vergleich Pflegeeinrichtungen und Hausarztpraxen (t_0 , t_1 , t_2 , t_3).

Die Bewertung der Aussagen zur Arbeitsatmosphäre (Frage 1), zur Zusammenarbeit (Frage 3) und zur Organisation der Arbeitsabläufe (Frage 14 (PE), 16 (HA)) sind zu allen Zeitpunkten sowohl in der Kontroll- als auch in der Interventionsgruppe vergleichbar.

Die Frage zur Häufigkeit von Konflikten (Frage 2) wird in der Kontrollgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten von den Pflegeeinrichtungen schlechter beurteilt als von den Hausärzt:innen. In der Interventionsgruppe gilt dies ebenfalls für die Ersterhebung. Bei Folgerhebung 1 und 3 waren die Einschätzungen der beiden Berufsgruppen vergleichbar und bei Folgerhebung 2 haben die Hausärzt:innen schlechter bewertet als die Pflegekräfte.

In der Kontrollgruppe gab es zu allen Beobachtungszeitpunkten vergleichbare Bewertungen zwischen Hausärzt:innen und Pflegekräften zu dem Aspekt, dass unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden. In der Interventionsgruppe dagegen haben die Pflegekräften bei der Erst- und der Folgerhebung 1 schlechter als die Hausärzt:innen bewertet. Für die Folgerhebungen 2 und 3 sind die Bewertungen in beiden Berufsgruppen vergleichbar.

Bei der Ersterhebung zu Frage 5 („Wenn Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden“) zeigen sich sowohl in der Kontroll- als auch in der Interventionsgruppe schlechtere Bewertungen bei den Pflegekräften im Vergleich zu den Hausärzt:innen. Zu allen weiteren Befragungszeitpunkten sind die Beurteilungen vergleichbar.

Mit Ausnahme der Erstbefragung in der Interventionsgruppe, bei der sich schlechtere Bewertungen der Pflegekräfte im Vergleich zu den Hausärzt:innen zeigen, sind ansonsten vergleichbare Bewertungen zur Frage 6 („Alles in allem sehe ich Ärzt:innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team“) zu beobachten.

Die gegenseitige Zusammenarbeit im Allgemeinen (Frage 11 (PE), 13 (HA)) wird in der Kontrollgruppe für alle Beobachtungszeitpunkte gleichermaßen beurteilt. In der Interventionsgruppe ist die Bewertung bei der Erst- und bei der Folgebefragung 1 marginal schlechter bei den Pflegekräften als bei den Hausärzt:innen. Bei der Folgebefragung 2 sind die Bewertungen vergleichbar und bei der Folgerhebung 3 sind die Bewertungen der Hausärzt:innen schlechter als bei den Pflegekräften. Hier könnte allerdings ein Artefakt aufgrund der geringen Fallzahl vorliegen.

Mit Ausnahme der Folgebefragung 1 in der Interventionsgruppe, bei der sich schlechtere Bewertungen der Pflegekräfte im Vergleich zu den Hausärzt:innen zeigen, sind ansonsten vergleichbare Bewertungen zum Aspekt des gegenseitigen Einfühlens (Frage 12 (PE), 14 (HA)) zu beobachten.

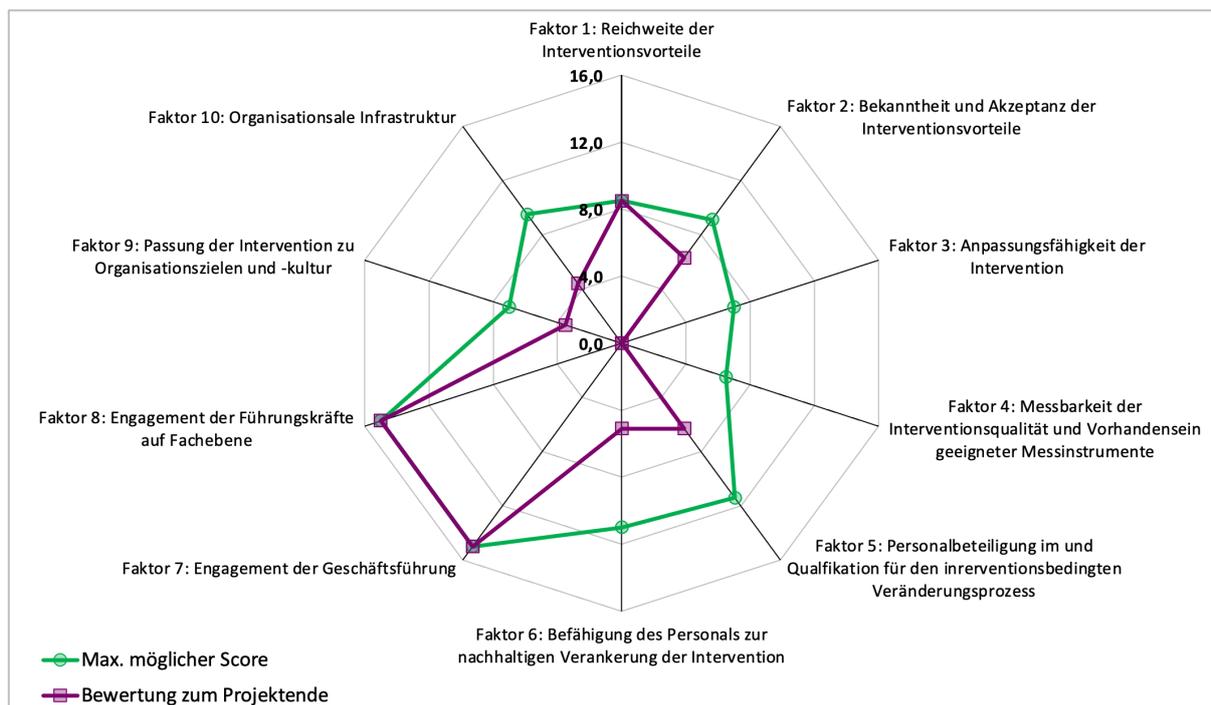
Der Umgang zwischen den Disziplinen (Frage 13 (PE), 15 (HA)) wird in der Interventionsgruppe bei der Ersterhebung, den Folgerhebungen 1 und 3 und in der Kontrollgruppe bei der Ersterhebung von den Pflegekräften schlechter als von den Hausärzt:innen bewertet. An allen anderen Zeitpunkten sind die Beurteilungen vergleichbar.

Insgesamt zeigt sich, dass größtenteils die Bewertungen übereinstimmen. Wenn aber Abweichungen in der Beurteilung zwischen den Pflegekräften und den Hausärzt:innen zu verzeichnen sind, dann treten die schlechteren Bewertungen nahezu ausschließlich bei den Pflegekräften auf.

3.4 Nachhaltigkeitspotential der neuen Versorgungsform

Das Nachhaltigkeitspotential der neuen Versorgungsform wurde auf Basis des Sustainability Models (vgl. Kapitel 2.8) bewertet. Abbildung 37 fasst in Form eines Netzdiagramms die 10 Faktoren des Models zusammen.

Abbildung 37: Nachhaltigkeitspotential der SaarPHIR-Intervention



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Maher et al. (2010)

Insgesamt konnten drei der 10 Faktoren (Faktor 1, 7 und 8) mit der vollen Punktzahl bewertet werden (Bewertung in Worten: sehr gut). Für fünf Faktoren (Faktor 2, 5, 6, 9 und 10) wurde die zweithöchste Punktzahl vergeben (Bewertung in Worten: gut) und lediglich zwei Faktoren (Faktor 3 und 4) sind als nicht gegeben eingeschätzt. Damit erreicht die neue Versorgungsform insgesamt 64,1 von möglichen 100 Punkten.

Das hiermit ausgedrückte Nachhaltigkeitspotential deutet darauf hin, dass die SaarPHIR-Intervention in ihrer aktuellen Beschaffenheit, d.h. mit den derzeit vorgesehenen Interventionskomponenten und Implementierungsansätze, in einem gewissen Umfang bereits wichtige Eigenschaften besitzt, welche für eine Verstetigung dieser neuen Versorgungsform in der Regelversorgung förderlich sind. So geben die Evaluationsergebnisse beispielsweise Hinweise darauf, dass sich eine Vorteilhaftigkeit der SaarPHIR-Interventionen dem Gesundheitspersonal in vielfältigen Bereichen auf der Prozessebene zeigt (vgl. Faktor 1 in Abbildung 37). Als Vorteile der Intervention auf der Ebene der Arbeitsabläufe wurde in der Prozessevaluation unter anderem eine Erhöhung der Erreichbarkeit der Ärzt:innen sowie Pflegefachkräfte, eine stärker strukturierte Zusammenarbeit sowie Verbesserungen bezüglich einer frühzeitigen Klärung gesundheitlicher Anliegen der Bewohner:innen (z.B. durch die Vor-Wochenend-Visiten)

identifiziert. Darüber hinaus wurde in den Datenerhebungen der Prozessevaluation vom Gesundheitspersonal berichtet, dass die benannten prozessualen Verbesserungen die Sicherheit im Umgang mit medizinischen Ereignissen erhöhen. Dem Sustainability Model liegt die Annahme zugrunde, dass eine derart breitgefächerte Form der Nutzengenerierung für die Verstetigung neuer Maßnahmen förderlich ist.

Gemäß des Sustainability Models trägt das hohe Engagement der Einrichtungsleitungen, Stations- oder Wohnbereichsleitungen, der koordinierenden Pflegefachkräfte sowie der Ärzt:innen der Versorgungsgemeinschaften ebenso zum Nachhaltigkeitspotential der Intervention bei (vgl. Bewertung Faktor 7 und 8). Dieses konnte während der gesamten Projektlaufzeit auf einem hohen Niveau beobachtet werden.

Das erzielte Ergebnis der Nachhaltigkeitsbewertung macht jedoch auch deutlich, dass Verbesserungsbedarf besteht. Dieser äußert sich unter anderem in der Zusammenarbeit mit Bewohner:innen und deren Angehörigen, welche die Errungenschaften der SaarPHIR-Intervention, insbesondere das Potential Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, nicht im gleichen Ausmaß wie das Gesundheitspersonal als Vorteil wahrnahmen (vgl. Bewertung Faktor 2 des Modells) und mitunter eine Krankenhausaufnahme einforderten (vgl. Kapitel 3.3.1.1.4). Um diesen Umstand zu verbessern, könnte die SaarPHIR-Intervention um ein Aufklärungsmodul erweitert werden, welches Bewohner:innen und deren Angehörige Wissen über die Notwendigkeit einer Vermeidung nicht notwendiger Krankenseinweisungen vermittelt. Einen wichtigen Beitrag hierzu kann in diesem Zusammenhang auch die weitere Stärkung von Advance Care Planning (ACP) im Pflegeheimsetting leisten. Dieser Aspekt ist in den aktuellen Interventionskomponenten des Projektes noch wenig ausgestaltet.

Eine weitere Schwachstelle zeigt sich in der Anpassungsfähigkeit der SaarPHIR-Intervention. Im Rahmen des Projektes lagen Zuständigkeiten in den Versorgungsgemeinschaften bei konkreten Ansprechpartnern in den Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen. Eine organisationale Verankerung von Zuständigkeiten, z.B. im Rahmen von Stellenbeschreibungen o.Ä. erfolgte nicht, wodurch eine beständige Zusammenarbeit der Beteiligten einer Versorgungsgemeinschaft nicht gegen personelle Ausfälle abgesichert war. Zur verlässlichen Regelung von Zuständigkeiten außerhalb des Projektrahmens sollten neuen Tätigkeitsfelder (z.B. koordinierende Pflegekraft) als fester Bestandteil in das Organigramm der Pflegeeinrichtungen (d.h. in die Aufbauorganisation von Einrichtungen) aufgenommen und als Stellenerweiterung Mitarbeitenden zugewiesen oder neu als Stelle geschaffen werden, um die konstante Weiterführung einer solch komplexen Intervention sicherzustellen. Zum anderen sollte eine adäquate Finanzierung sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite sichergestellt werden, um den erweiterten Verantwortungsrahmen entsprechend vergüten zu können. Der aktuell für Kooperationen zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzt:innen genutzte § 119b Abs. 2 SGB V sieht bisher lediglich die Vergütung der Ärzt:innen nach Kapitel 37 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs vor.

Verbesserungsbedarfe zeigten sich ebenso für die interne Qualitätssicherung (Faktor 4), die derzeitigen Partizipationsmöglichkeiten des Gesundheitspersonals bei der (Weiter-)Entwicklung sowie Implementierung der SaarPHIR-Intervention nebst Schaffung von Möglichkeiten zur Weiterqualifikation (Faktor 5) und für die Einrichtung eines Feedbacksystems (Faktor 6). Dem Sustainability Model folgend wird angenommen, dass mit der Integration neuer Maßnahmen in die Routineversorgung auch die Möglichkeit gegeben sein sollte, die Leistungserbringung über Qualitätsindikatoren kontinuierlich zu bewerten. Mechanismen hierfür wurden innerhalb der Projektlaufzeit nicht geschaffen, sollten jedoch dringend bei Weiterführung der SaarPHIR-Intervention eingerichtet werden, um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess

auch für den hier bewerteten Leistungsgegenstand gewährleisten zu können. Mit diesem Verbesserungsvorschlag eng verbunden ist auch die Empfehlung für Faktor 6, für dessen Erfüllung eine regelhafte Initiierung von PDCA-Zyklen (Plan-Do-Check-Act) unter Einbezug der Beschäftigten, erfolgen sollte. Die Durchführung von PDCA-Zyklen gehört bereits jetzt zum Standard eines internen Qualitätsmanagements. Für die Integration neuer Leistungen in das bisherige Versorgungsportfolio einer Organisation ist es jedoch notwendig, die neuen Leistungen gezielt in das interne Qualitätsmanagement aufzunehmen. Aus den erhobenen Daten der Prozessevaluation wurde deutlich, dass zwar Optimierungen an den Bestandteilen der SaarPHIR-Intervention in den Versorgungsgemeinschaften unter Einbezug des dortigen Gesundheitspersonals (z.B. durch Ideensammlung in Teambesprechungen) vorgenommen wurden, eine Überarbeitung im strukturierten Rahmen eines PDCA-Zyklus jedoch nicht erfolgte. Die Einbindung der Beschäftigten in die Ausgestaltung der SaarPHIR-Intervention begründet auch die Vergabe einer relativ hohen Bewertung für Faktor 5. Eine Verbesserung kann für diesen erzielt werden, wenn die im Projekt stattgefundenen Aktivitäten zukünftig um explizite Schulungen zur Funktion, der Wirkweise sowie dem Management von Versorgungsgemeinschaften einrichtungsintern oder regional koordiniert angeboten werden.

Hinweise auf Verbesserungsbedarf geben abschließend die Reflexionen der Evaluationsergebnisse für die Faktoren 9 und 10. Die Vergabe einer lediglich guten Punktzahl erfolgte bei diesen, da sich von den ursprünglich interessierten Pflegeeinrichtungen und Ärzt:innen im Saarland nur eine geringe Zahl als Versorgungsgemeinschaft zusammenschließen konnten. Diesbezüglich ist zu vermuten, dass die kommunizierten Absichten des Projektes nicht bei allen Akteuren mit den Organisationszielen und der -kultur, aber auch der verfügbaren Ressourcen übereinstimmten. Mit Start des Projektes konnte lediglich aus der internationalen Literatur über die zu erwartenden Vorteile der SaarPHIR-Intervention berichtet werden. Aus nationalen Projekten lagen noch keine Ergebnisse zur Vorteilhaftigkeit ähnlicher Intervention vor. Die möglichen Vorteile eines Mitwirkens könnten daher zu unsicher gewesen sein und nicht zuletzt auch die Bereitschaft geschmälert haben, entsprechende Ressourcen für das Projekt einzuräumen. Das erhaltene Feedback aus den Einführungsveranstaltungen verdeutlicht zudem, dass die fehlende Sicherheit mit Blick auf eine adäquate Übergangsfinanzierung nach Ende des Vorhabens die Veränderungsbereitschaft interessierter Akteure stark reduzierte und zu einer reservierten Haltung geführt haben. Es wird erwartet, dass sich mit zunehmendem Bekanntheitsgrad aktueller Projektinitiativen positive Entwicklungen in der Teilnahmebereitschaft zeigen werden, zumal sich gezeigt hat, dass die befürchteten Einschränkungen der privaten Zeit hinsichtlich Rufbereitschaft und Vor-Wochenend-Visiten nicht eingestellt haben, sondern diese Interventionskomponenten sogar als Arbeitsentlastung wahrgenommen wurden. Zudem kann durch die Projekterfahrung der Ressourcenbedarf zukünftig klarer formuliert und in Strukturanforderungen transferiert werden, welche wiederum in Zuge von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüfbar sind.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

4.1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

4.1.1 Wirksamkeitsanalysen

Ergebnisse der routinedatenbasierten Analysen: Im Rahmen der routinedatenbasierten Auswertungen wurden unterschiedliche Patientenpopulationen betrachtet. Die Populationen unterschieden sich hierbei in ihrer Definition zum einen dadurch, ob eine zu Beginn der cRCT feststehende Kohorte (geschlossene Population) betrachtet wurde oder für eine Kohorte über

den Verlauf der cRCT Zuwächse möglich waren (offene Kohorte). Darüber hinaus wurde zwischen der ITT-Population, der PP1-Population und der PP2-Population (für eine Definition vgl. Kapitel 2.5.6) unterschieden, welche jeweils in geschlossener und offener Form betrachtet wurden.

Als primäre Auswertungspopulation wurde die geschlossene ITT-Population festgelegt, in welche 44 Heime mit insgesamt 1.733 Bewohner:innen eingingen (IG: n = 1053, KG: n = 680).

Die Baseline-Charakteristika der Interventions- und Kontrollgruppe wiesen keine wesentlichen Unterschiede auf. Bewohner:innen der Kontrollgruppe waren häufiger weiblich (IG: 739 (70%), KG: 440 (65%)), Pflegegrad, Komorbiditäts-Indizes und Hospitalisierungen sind vergleichbar.

Primärer Endpunkt: Die Auswertungen der ITT-Population sowie der PP1-Population zeigten keinen statistisch signifikanten Effekt der Intervention auf die Hospitalisierungsrate. Auch durch Aufnahme weiterer Charakteristika wie Geschlecht, Alter und Komorbiditätsindex in die Regressions-Modelle veränderte sich der im Ausgangsmodell geschätzte Interventionseffekt nicht. Lediglich wurde deutlich, dass Frauen seltener ins Krankenhaus eingewiesen wurden (IRR = 0,74, 95% KI: 0,66; 0,82) als Männer und ein höherer Charlson-Komorbiditätsindex mit häufigeren Hospitalisierungen assoziiert war (IRR = 1,06, 95% KI: 1,04; 1,08).

Sensitivitätsanalysen für die geschlossene und die offene PP2-Kohorte, d.h. für die Interventionsgruppe beschränkt auf Bewohner:innen, die tatsächlich mit einer Interventionsleistung versorgt wurden, sowie mit den abhängigen Variablen Geschlecht, Alter und Charlson-Komorbiditätsindex, zeigten positive Effekte für die Intervention mit einem IRR von 0,69 (95% KI: 0,52-0,93; p-Wert 0,015) bzw. 0,67 (95% KI: 0,50-0,91; p-Wert: 0,011).

Die Zeit seit initialer Implementierung der SaarPHIR-Intervention (frühe Implementierung [Heime der Pilotgruppe] vs. spätere Implementierung [Heime der Interventionsgruppe]) zeigt zwar eine positive Tendenz, erreicht jedoch keine statistische Signifikanz (Odds Ratio: 0,90; 95% KI: 0,73; 1,12), unabhängig davon, ob die durchschnittlichen Charakteristika der Population ins Modell einbezogen werden.

Sekundäre Endpunkte: Werden statt allen Hospitalisierungen nur diejenigen Krankenhaufälle berücksichtigt, die auf ambulant- bzw. Pflegeheim-sensitive Diagnosen zurückzuführen sind, werden für die offene PP1-Population beim sekundären Endpunkt *ambulant-sensitive Krankenhaufälle* positive Tendenzen ((OR: 0,77; 95% KI: 0,57; 1,03) und für den Endpunkt *Pflegeheim-sensitive Krankenhaufälle* ein statistisch signifikanter Effekt (OR: 0,75; 95% KI: 0,59; 0,96) sichtbar, wenn für Überdispersion korrigiert wird. Effekte der Intervention auf die Mortalitätsrate und auf die über die Routinedaten geschätzte Lebensqualität der Interventionsgruppe, unabhängig von der betrachteten Population und dem Implementierungszeitpunkt, konnten nicht identifiziert werden. Auch die Anzahl der Krankenhaustag konnten von der Intervention nicht signifikant beeinflusst werden.

Gesundheitsökonomische Betrachtung der Intervention: Die gesundheitsökonomische Evaluation (Kosten-Nutzen-Verhältnis) wurde auf Pflegeheime mit Versorgungsgemeinschaft (PP1-Population) bezogen. Es wurden 1.312 Bewohner:innen in insgesamt 4.237 Quartalen (IG: n = 1.633, KG: n = 2.604) beobachtet. Analog zur ITT-Population traten auch hier keine relevanten Unterschiede in den Baseline-Charakteristika zwischen den Studiengruppen auf. Insbesondere unterscheiden sich die Kosten in den 12 Monaten vor der cRCT-Phase nur geringfügig (IG: 3.254,10€ (SD: 4.292,39€), KG: 2.952,13€ (SD: 3.449,49€)).

Die Intervention zeigte in den deskriptiven (nicht-adjustierten) Betrachtungen der gesundheitsökonomischen Parameter positive Tendenzen für stationäre Leistungen: Bewohner:innen der Interventionsgruppe waren etwas seltener im Krankenhaus (IG: 0,75 Aufenthalte je Bewohner:in (SD: 1,16); KG: 0,90 Aufenthalte je Bewohner:in (SD: 1,34)), hatten eine kürzere Aufenthaltsdauer (IG: 6,62 Tage je Bewohner:in (SD: 13,21), KG: 7,29 Tage je Bewohner:in (SD: 14,47)) und geringere Krankenhauskosten je Personenquartal (IG: 790,57€ (SD: 2.586,54€), KG: 945,57€ (SD: 3.504,69€)). Die ambulanten Kosten (IG: 553,13€ (SD: 1.305,43€), KG: 499,01€ (SD: 1.022,18€)), sowie die Kosten für Medikamente (IG: 627,72€ (SD: 648,98€), KG: 530,25€ (714,69€)) waren hingegen leicht gestiegen. Bei den hausärztlich abrechenbaren SaarPHIR-Interventionskomponenten wurden am häufigsten die Betreuungspauschale und die Rufbereitschaft geltend gemacht. Dabei fielen Kosten in Höhe von 18.450€ bzw. 44.960€ an.

In den Regressionsanalysen (adjustierte Betrachtung) waren lediglich die Interventionseffekte auf Medikationskosten statistisch signifikant (Effekt: 82,53€, 95% KI: 11,79€; 165,06€, p-Wert: 0,017). Die ambulanten Krankenhauskosten zeigten eine positive Tendenz (Effekt: -40,80€, 95% KI: -76,50€, 0,00€, p-Wert: 0,053).

Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurde ursprünglich eine CEA mit Betrachtung des ICERs als zusätzliche Zielgröße angesetzt. Hierbei sollte die Differenzen der durchschnittlichen Kosteneffekte zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe ins Verhältnis zur Differenz der durchschnittlichen Nutzeneffekte gesetzt werden. Als Nutzenparameter wäre der primäre Endpunkt, die Hospitalisierungsrate, in das ICER eingegangen. Da jedoch die primäre Auswertung zum primären Endpunkt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen zeigte, ergibt sich auch durch die Betrachtung des ICER kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn. Aus diesem Grund wurde auf die CEA verzichtet.

Primärdatenbasierte Analysen: Zur selbstberichteten Lebensqualität lagen 283 Fragebögen von 183 Bewohner:innen aus 17 Einrichtungen vor. Die durchschnittliche Lebensqualität der Bewohner:innen sank leicht von 2,77 (SD: 0,86; Spannweite: 1-4) im ersten Erhebungszeitraum auf 2,65 (SD: 0,79) im zweiten Zeitraum. Auch zwischen den Einrichtungen gab es nur geringfügige Unterschiede (2,04 bis 3,31 im ersten Zeitraum und 2,00 bis 3,08 im zweiten Zeitraum). Der über die Routinedaten geschätzte HRQoL-Index korreliert nur schwach ($\rho = -0,05$) mit der selbstberichteten Lebensqualität.

Für die Auswertung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation lagen 280 Fragebögen von 182 Bewohner:innen aus 16 Einrichtungen vor. Im Vorfeld der Erhebungen waren ein Fünftel der Bewohner:innen im Krankenhaus (erste Erhebung: $n = 39$ (21,5%); zweite Erhebung: $n = 21$ (21,2%)). Insgesamt kam es in der Stichprobe zu 54 Einweisungen vor der ersten Erhebung und zu 32 Einweisungen vor der zweiten Erhebung.

Mehr als 90% der Bewohner:innen der offenen PP1-Population hatten im primären Beobachtungszeitraum mindestens einen Hausarztkontakt (IG: 91%, KG: 93%). Mit Fachärzt:innen hatten hingegen weniger als 20% der Bewohner:innen mindestens einen Kontakt. Dabei war der am häufigsten besuchte Fachbereich die Neurologie, gefolgt von der Augenheilkunde und der Dermatologie

4.1.2 Arzneimitteltherapiesicherheit

Etwa 62% der Personen über 65 Jahren sind multimorbide (van den Bussche et al., 2011) was häufig einhergeht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Polypharmazie und der Anwendung von PIMs. Dadurch steigt das Risiko für Arzneimittelinteraktionen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Moßhammer et al., 2016; Vetrano et al., 2018). Ein strukturiertes Management der Arzneimittelverordnungen bei geriatrischen Patienten ist daher von essenzieller Bedeutung, um eine sichere Arzneimitteltherapie zu gewährleisten.

4.1.2.1 Ergebnisse aus primärdatenbasierten Analysen

In der vorliegenden Analyse wurde ein Patientenkollektiv untersucht, das durchschnittlich 83 Jahre (46 – 102 Jahre) alt war und im Schnitt 4 Erkrankungen (1 – 17) und 12 (2 – 27) Arzneimittelverordnungen hatte. Die Anzahl der Erkrankungen des erhobenen Kollektivs entspricht einer Analyse von Bussche et al., bei der Patient:innen im Durchschnitt unter 4 chronische Erkrankungen litten (n = 123224; Alter = 73) (van den Bussche et al., 2011). Die durchschnittliche Anzahl der Arzneimittel in der SaarPHIR-Studie liegt leicht über der in anderen Studien erfassten Daten. Eine nordrhein-westfälische Studie von 2002 gab an, dass Patient:innen im Durchschnitt ca. 6 Arzneimittel als Dauermedikation einnahmen (Bader et al., 2003). Eine weitere Erhebung mit 339 Heimbewohnern aus vier Einrichtungen in NRW erfasste 9 Arzneimittel als Dauer- und 2 Arzneimittel als Bedarfsmedikation (Jaehde & Thürmann, 2018). Der Großteil der hier eingeschlossenen Patient:innen war weiblich (72%). Auch in der Literatur ist ein größerer Anteil weiblicher Patientinnen in Pflegeeinrichtungen beschrieben, was die generell höhere Lebenserwartung von Frauen widerspiegelt (Uhrhan & Schaefer, 2010).

Für bereitgestellten Medikationspläne der Patient:innen wurde eine Interaktionsprüfung durchgeführt und durch multivariate Analyse untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen verschiedenen Charakteristika der Patient:innen (Alter, Geschlecht, Anzahl Medikamente, Anzahl Erkrankungen) und der Anzahl an identifizierten Interaktionen besteht. Vor allem die Anzahl der verordneten Arzneimittel hat einen Effekt auf die Gesamtzahl der identifizierten Interaktionen. Alter, Geschlecht und Zugehörigkeit zu KG oder IG zeigten jedoch keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Auftreten an Interaktionen. Generell konnten keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Interaktionen zwischen KG und IG oder den Erhebungszeitpunkten festgestellt werden.

Da ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Interaktionen und der Zahl der Medikationen identifiziert wurde, wurde ebenfalls analysiert, welche Kovariaten einen Einfluss auf die Zahl der Medikationen haben. Hier konnte mit Hilfe des multivariaten Modells ein Effekt der diagnostizierten Erkrankungen sowie der AMTS-Prüfung gezeigt werden. Auch die statistische Auswertung der Daten ergab, dass die Anzahl der Arzneimittel bei Patient:innen mit AMTS-Prüfung signifikant niedriger war als bei Patient:innen ohne AMTS-Prüfung. Aufgrund der Korrelation zwischen der Anzahl der Arzneimittelverordnungen und Anzahl der Interaktionen, könnte in der Schlussfolgerung die Anzahl der Interaktionen durch reguläre AMTS-Prüfungen reduziert werden, wodurch die Arzneimitteltherapie der Patient:innen verbessert werden könnte. Diese Schlussfolgerung ist im Einklang mit Untersuchungen von Garfinkel et al., die zu dem Schluss gelangen, dass die Medikation bei geriatrischen Patienten reduzierbar ist (Garfinkel & Mangin, 2010; Garfinkel et al., 2007). Allgemein sind die hier dargestellten Ergebnisse jedoch nur bedingt aussagekräftig, da bei der Zuordnung der Medikationspläne zu den Informationen der Patient:innen aus den FB12 Erhebungsbögen anhand der verfügbaren Informationen keine Rückschlüsse darauf gezogen werden konnte, ob der vorliegende Medikationsplan das Ergebnis einer Medikationsanalyse war, sondern nur, ob generell bei den Patient:innen eine Medikationsanalyse durchgeführt wurde. Aus den Erhebungsbögen FB12 und FB05

(siehe Kapitel 6) geht jedoch hervor, dass AMTS-Prüfungen nur in geringem Maß in den Praxisalltag integriert wurde. Insgesamt haben 44% der Einrichtungen, die an der Erhebung FB12 teilgenommen haben, für keine der eingeschlossenen Patient:innen eine Medikationsanalyse durchgeführt. Insgesamt wurde für weniger als 40% der Patient:innen, die in der Erhebung FB12 erfasst wurden, eine Medikationsanalyse durchgeführt. Auch bei der Erhebung FB05 gaben nur ca. 35% der befragten Einrichtungen explizit an, dass sie für ihre Patient:innen AMTS-Prüfungen durchführen. Bei den analysierten Medikationsplänen lag die durchschnittliche Zahl der identifizierten Interaktionen bei 4.71 (0 - 20). Mit zunehmender Zahl der Interaktionen steigt auch das Risiko für Arzneimittelnebenwirkungen. Einrichtungen, die bei ihren Patient:innen AMTS-Prüfungen durchführen, gaben als zweithäufigsten Grund für die Durchführung das Auftreten von Arzneimittelnebenwirkungen an. Erhebung FB05 zeigt jedoch, dass Nebenwirkungen nur bei einem geringen Teil der Patient:innen dokumentiert werden, im Schnitt gaben 24% der partizipierenden Einrichtungen sogar an, dass eine Dokumentation von Nebenwirkungen nicht vorgesehen ist.

Bei den 83 analysierten Medikationsplänen von Patient:innen mit bekanntem Alter, enthielten 23% PIM. Dies ist ähnlich zu Zahlen der AOK aus dem Jahr 2017. Hier wurde 25.5% des untersuchten Patientenkollektivs mindestens ein PIM verordnet (Weinand et al., 2022). Für 48% der Patient:innen der KG und IG war das Alter unbekannt, weshalb Effekte der Intervention auf PIM-Verordnungen nicht ausreichend untersucht werden konnten

Zusammenfassend zeigen die bereitgestellten Daten keine Unterschiede in der KG und IG bezüglich der Gesamtzahl an identifizierten Interaktionen. Vergleicht man die Daten zu verschiedenen Erhebungszeiten, so kann auch hier keine Verringerung in der Zahl der Interaktionen festgestellt werden. In der Analyse wurde gezeigt, dass die Gesamtzahl an Interaktionen von der Zahl der verordneten Arzneimittel abhängt, welche möglicherweise durch eine reguläre Integration von AMTS-Prüfungen in den Therapieprozess optimiert werden kann. Sowohl für IG als auch für KG wurde für die Mehrheit der Patienten keine AMTS-Prüfung durchgeführt.

4.1.2.2 Ergebnisse aus routinedatenbasierten Analysen

In der durchgeführten *Time-to-Event* Analyse für die Kohorten ITT und PP1 wurde die Überlebensrate über den primären Observationszeitraum untersucht. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Überlebenschancen der IG und KG in beiden Kohorten. Das Geschlecht und das Alter stellten jedoch signifikante Faktoren dar, wobei Frauen einen Überlebensvorteil gegenüber Männern hatten, und das Lebensalter die Sterblichkeitsrate durchschnittlich um 4% pro Jahr erhöhte. Die Analyse wurde durch die Hinzufügung weiterer Variablen, wie die Anzahl an Arzneistoffinteraktionen, PRISCUS-Arzneimitteln, Pflegegrad und CMI-Score, vertieft. Diese zeigten signifikante Effekte auf das Überleben. Besonders hervorstechend waren die erhöhten Sterberisiken durch die Anzahl an PRISCUS-Arzneimitteln und den Pflegegrad. Auch die Anzahl an Arzneistoffinteraktionen erhöhte die Sterbewahrscheinlichkeit, wobei dieser Effekt nicht für die Gesamtanzahl an Interaktionen signifikant war. Schließlich wurde die Analyse weiter verfeinert, indem die Arzneistoffinteraktionen nach Schweregrad aufgeschlüsselt wurden. Dabei zeigte sich, nach weiterer Unterteilung nach Schweregrad, dass diese keinen signifikanten Einfluss auf das Überleben hatten. Im Rahmen der Untersuchung des Gesamtdatensatzes, der 14.141 Personen umfasste, wurden verschiedene Aspekte des Überlebens analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass Geschlecht, Alter, Arzneimittelinteraktionen, PRISCUS-Arzneimittel und Pflegegrad signifikante Faktoren für das Überleben waren. Frauen hatten einen Überlebensvorteil, und das Lebensalter beeinflusste das Sterberisiko mit 6% pro Jahr. Die Gefahr zu versterben war durch die Anzahl an PRISCUS-Arzneimitteln und den Pflegegrad besonders erhöht.

Insgesamt bietet diese Analyse eine komplexe Einsicht in die Faktoren, die das Überleben beeinflussen können, und hebt insbesondere den Einfluss von Geschlecht, Alter und medikamentösen Variablen hervor. Die Erkenntnisse könnten zukünftig zur Optimierung der medizinischen Betreuung und des Risikomanagements beitragen.

In der Analyse der Kohorten ITT und PP1 wurden Daten zu ärztlich betreuten Fällen einschließlich stationärer und ambulanter Krankenhausaufenthalte untersucht. Mit dem Fine & Gray Modell wurden die Untersuchungen unter Berücksichtigung des Todes als konkurrierendes Risiko durchgeführt. Dabei ergaben sich Pflegegrad und CMI-Score als signifikante Treiber für die erste Hospitalisierung. Weibliche Bewohnerinnen in der ITT-Kohorte zeigten eine signifikante Risikoreduktion, nicht hospitalisiert zu werden, während die Anzahl an Arzneimittelinteraktionen pro Quartal in der ITT-Kohorte einen geringfügigen Effekt auf die Hospitalisierung hatte. Alter und Anzahl an PRISCUS-Arzneimitteln erwiesen sich in beiden Kohorten als nicht signifikant, ebenso wie eine Aufschlüsselung der Arzneimitteinteraktionen nach Schweregrad. Die Ergebnisse heben die Bedeutung von Pflegegrad und CMI-Score als maßgebliche Faktoren bei der Vorhersage von Hospitalisierungen hervor, während andere Variablen wie Geschlecht und Arzneimittelinteraktionen nur in spezifischen Kontexten von Bedeutung zu sein scheinen. Bei der Hospitalisierungsanalyse des Gesamtdatensatzes zeigten sich ähnliche Muster, wobei Frauen eine geringere Gefahr hatten und der Pflegegrad überraschend einen protektiven Effekt zeigte. Interessant war auch, dass kontraindizierte Arzneimitteinteraktionen die Gefahr einer Hospitalisierung signifikant erhöhten.

Insgesamt bieten diese Erkenntnisse einen wichtigen Einblick in die Rolle verschiedener Variablen in Bezug auf Überleben und Hospitalisierung und könnten für das Management von Risiken in der medizinischen Versorgung von großer Bedeutung sein.

4.1.3 Prozessevaluation

Das Ziel der Prozessevaluation umfasst die Bewertung der Struktur- und der Prozessebene der Intervention. Untersucht wurden die Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Intervention, die Umsetzung der Intervention wie geplant, intendierte und nicht-intendierte Effekte, hemmende und förderliche Faktoren, der Einfluss von Kontextfaktoren sowie zugrundeliegende Wirkmechanismen. Darüber hinaus wurde die Wirksamkeit der Intervention hinsichtlich der Kommunikation und Kooperation innerhalb der Ärzteschaft sowie zwischen Ärzteschaft und Pflege untersucht.

Die Wirkannahmen werden im Logic Model (vgl. Kapitel 2.2) dargestellt. Diese werden in der gemeinsamen Diskussion (Kapitel 4.2) zusammenfassend anhand der Evaluationsergebnisse aller beteiligten Evaluationsinstitute im Sinne einer Datentriangulation zueinander in Beziehung gesetzt und diskutiert.

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde zur Bearbeitung der Forschungsfragen ein Mixed-Methods Ansatz aus quantitativen und qualitativen Methoden gewählt. Über die Laufzeit erfolgte in allen teilnehmenden Einrichtungen eine Beschreibung der Strukturen und Prozesse basierend auf den quantitativen und qualitativen Befragungen. In den qualitativen Interviews wurden zudem subjektive Sichtweisen zur Umsetzung, zur Wirksamkeit der Intervention sowie zu nicht-intendierten Effekten erfasst. In Fallstudien wurden einzelne Fälle von Krankenhauseinweisungen nach Implementierung exploriert und analysiert. Beeinflussende Kontextfaktoren wurden basierend auf den Ergebnissen mit dem Consolidated Framework for Implementation Research (Damschroder et al., 2009) abgeglichen. Zudem wurde ein Musterkatalog zur intra- und interprofessionellen Kooperation erstellt.

Die Diskussion der Prozessevaluation setzt die quantitativen und qualitativen Ergebnisse zueinander in Beziehung und erfolgt entlang den Fragestellungen.

4.1.3.1 Bewertung des Rahmenhandbuchs in Entwicklungs- und Pilotphase

Zunächst wird die Zielsetzung der Prozessevaluation hinsichtlich Evaluation der Umsetzbarkeit und Akzeptanz des entwickelten Rahmenhandbuchs in der Entwicklungs- und Pilotphase betrachtet. Dazu wurden mit den Einrichtungen Fokusgruppen durchgeführt. Die Prozesse und Strukturen sowie deren Veränderung werden an späterer Stelle über alle Phasen und teilnehmenden Einrichtungen dargestellt.

In der Entwicklungs- und Pilotphase wurden folgende Fragestellungen untersucht:

Wurde ein verständliches, akzeptables und umsetzbares Rahmenhandbuch entwickelt?

Wurden alle Professionen gleichermaßen bei der Interventionsentwicklung berücksichtigt?

Das Rahmenhandbuch wurde wie geplant in Phase 1 unter Beteiligung der Ärzt:innen und Vertretern der Pflegeeinrichtungen gemeinsam entwickelt. Die entwickelten Maßnahmen wurden als akzeptabel und umsetzbar bewertet.

Wie wird die Intervention umgesetzt? Sind Qualifizierungen notwendig?

Die Implementierung erfolgte in den beiden ersten Phasen in den Einrichtungen individuell unterschiedlich ohne explizite Strategie. Für eine erfolgreiche Implementierung von Maßnahmen wurden Merkmale der Zusammenarbeit wie gemeinsame Entscheidungsfindung, Vertrautheit, Offenheit und gegenseitiger Respekt als entscheidende Faktoren erwähnt. Wertschätzung und gute Kommunikation finden sich auch im Kriterienkatalog für gelungene ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen (Karsch-Völk et al., 2015a).

Die Umsetzung der Maßnahmen des Rahmenhandbuchs in der Entwicklungs- und Pilotphase gelingt allen Beteiligten ohne Schwierigkeit und ohne weitere Anpassungsvorschläge. Lediglich die Bereitschaft, weitere Assessments aus dem Rahmenhandbuch zu übernehmen, ist zumeist gering. Qualifizierungsmaßnahmen werden als nicht notwendig angesehen.

Wird die Intervention von der Zielgruppe (Ärzte, Einrichtungen) angenommen? Wie kann die Mitarbeit gesichert werden? Wie kann Durchführungsqualität bzw. Interventionstreue gesichert werden und nach welchen Kriterien monitoriert werden?

Der Aufwand zur Umsetzung der Maßnahmen wird von beiden befragten Berufsgruppen zu Beginn als hoch bewertet. Diese betrifft vor allem Aspekte der Projektorganisation (z. B. Teilnahmeerklärungen). Nach Anpassung der eigenen Organisationsstrukturen und Integration der Intervention in die eigenen Arbeitsroutinen wird sowohl in den Einrichtungen als auch in den Arztpraxen der Aufwand als angemessen betrachtet. Die einfache Adaption und der erwartete langfristige Nutzen erhöhen die Akzeptanz bei beiden Professionen. Dazu trägt ebenfalls bei, dass frühzeitig positive Auswirkungen subjektiv wahrgenommen werden (Rückgang Krankenhauseinweisungen, erweiterter Erreichbarkeit, Klärung von medizinischen Versorgungsproblemen vor dem Wochenende). Wie im Consolidated Framework of Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2009) beschrieben, hängt der Erfolg der Umsetzung der Innovation und damit die Mitarbeit und Interventionstreue auch in der vorliegenden Studie von Faktoren wie „Relativer Nutzen“ (Vorteil der Innovation gegenüber vorheriger Praxis), „Kompatibilität“ (Anpassbarkeit an Arbeitsroutinen) und „Beobachtbarkeit der Auswirkungen“ (frühe Wahrnehmung positiver Auswirkungen) ab.

Welche Faktoren fördern bzw. hemmen am stärksten die Implementierung? Welche Faktoren können die Implementation der Intervention beeinflussen?

Hemmende und fördernde Faktoren sowie beeinflussende Kontextfaktoren werden unten (Kapitel 4.1.3.7) über alle Phasen und Einrichtungen besprochen, um Redundanzen zu vermeiden.

Welche Vorschläge zur Weiterentwicklung der Intervention gibt es und wie wird mit ggf. identifizierten Schwächen der geplanten Intervention umgegangen, bevor diese pilotiert wird?

Es wurden keine Änderungsvorschläge gemacht, Schwächen wurden aus den Befragungen der Entwicklungs- und Pilotphase nicht identifiziert.

4.1.3.2 Beschreibung der Strukturen über die Laufzeit

Eine weitere Zielsetzung der Prozessevaluation betrifft die Beschreibung der teilnehmenden Einrichtungen und Versorgungsgemeinschaften hinsichtlich der Struktur- und Prozessdaten. Zunächst werden allgemeine Strukturmerkmale aller teilnehmenden Pflegeeinrichtungen der Interventionsphase mit bundes- und saarlandweiten Daten verglichen.

Allgemeine Strukturen der Pflegeeinrichtungen

Die allgemeinen Strukturmerkmale weichen kaum von saarland- bzw. deutschlandweiten Daten ab.

Hinsichtlich der Trägerschaft entsprechen die Verteilungen in beiden Gruppen und Erhebungszeitpunkten der Verteilung im Saarland (freigemeinnützig = 58,9%, privat = 40,6%, öffentlich = 0,5%) (eigene Berechnung nach Statistisches Amt Saarland 2019) sowie bundesweit (freigemeinnützig 52,8%, privat = 42,7% und öffentlich 4,5%) im Jahr 2019 (eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt (2020)).

Auch die Auslastung entspricht in beiden Gruppen zu allen Zeitpunkten Daten aus dem Saarland mit 90,2% aller verfügbaren Plätze und aus Deutschland mit 92,3% aus dem Jahr 2019 (Destatis 2020).

Die Versichertenstruktur ist ebenfalls vergleichbar mit bundesweiten Daten aus dem Jahr 2020 (GKV-Versicherte = 88,2%, PKV = 11,2%, Sonstige inkl. Nicht-Krankenversicherte und ohne Angabe = 0,6%) (eigene Berechnung nach Bundesministerium für Gesundheit (2021a)).

Die Pflegegrade unter den teilnehmenden GKV-Versicherten finden sich in vergleichbarer Verteilung im Saarland für das Jahr 2019 (Pflegegrad 1: 1,6%, Pflegegrad 2: 24,0%, Pflegegrad 3: 34,0%, Pflegegrad 4: 26,3%, Pflegegrad 5: 13,2%) (eigene Berechnung nach Statistisches Amt Saarland 2019) sowie deutschlandweit (Pflegegrad 1: 0,8%, Pflegegrad 2: 19,8%, Pflegegrad 3: 34,4%, Pflegegrad 4: 29,4%, Pflegegrad 5 15,2%) (eigene Berechnung nach Destatis (2020)).

Im Saarland lebten im Jahr 2019 insgesamt 13659 Pflegebedürftige in Pflegeeinrichtungen (voll- und teilstationär über alle Altersgruppen hinweg). Davon waren 9170 Pflegebedürftige weiblich (67,1%) (eigene Berechnung nach Statistisches Amt Saarland (2019)). Bundesweit waren von den 818.317 in Pflegeeinrichtungen vollstationären Pflegebedürftigen 69,7 % Frauen (Destatis, 2020). In den teilnehmenden SaarPHIR Einrichtungen ist der Frauenanteil ebenfalls etwa vergleichbar.

Auch die Altersverteilung entspricht zu beiden Zeitpunkten und in beiden Gruppen im Median den Ergebnissen der Pflegestatistik des Saarlandes, nach denen das mediane Alter der Pflegeheimbewohner:innen in der Gruppe von 80 bis unter 85 Jahre liegt (eigene Berechnung nach Statistisches Amt Saarland (2019)). Der Median bundesweit liegt knapp höher in der Altersgruppe 85 bis unter 90 Jahre (eigene Berechnung Destatis (2020)).

Zusammenfassend wurden in den allgemeinen Strukturmerkmalen der Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe keine Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten beobachtet. Auch zur Kontrollgruppe bestehen keine Unterschiede.

Strukturen Arztpraxen

An der Befragung teilgenommen haben überwiegend Berufsausübungsgemeinschaften. Die mediane Entfernung der Arztpraxen zur Pflegeeinrichtung beträgt in der Interventionsgruppe 3,7 km. Damit scheint die Zeitvorgabe von 20 Minuten (mit dem Auto) zur Erreichbarkeit als Strukturanforderung gegeben.

Hausärzt:innen der Interventionsgruppe versorgen in der Folgebefragung im Median weniger Bewohner:innen als in der Erstbefragung. Dabei entspricht die mediane Anzahl an versorgten Bewohner:innen von 12 in der Interventionsgruppe bei der Erstbefragung dem bundesweiten rechnerischen Schnitt von 13 Bewohner:innen (Zeeh & Zeeh, 2021). Ebenfalls wurde bundesweit pandemiebedingt ein Rückgang ärztlicher Hausbesuche beobachtet (Zeeh & Zeeh, 2021). Gründe, warum in der Kontrollgruppe im Median jeweils deutlich mehr Bewohner:innen als in der Interventionsgruppe und dem Bundesschnitt versorgt werden, sind nicht ersichtlich.

Der mediane Zeitaufwand pro versorgten Bewohner:in ist in der Interventionsgruppe zur Folgebefragung rückläufig, während sich in der Kontrollgruppe kein Unterschied zwischen den Erhebungszeiten zeigt. In den qualitativen Interviews wird immer wieder die Arbeitsentlastung durch das strukturierte Vorgehen und die frühzeitige telefonische Abklärung von Versorgungsproblemen betont. Hier könnte ein Zusammenhang gesehen werden.

Die eigene Erreichbarkeit für die Pflegeeinrichtungen wird von den Ärzt:innen für alle befragten Zeiträume in der Folgebefragung besser bewertet als in der Erstbefragung. Auch in den qualitativen Interviews wird die klar geregelte Erreichbarkeit positiv hervorgehoben, um Entscheidungen gemeinsam treffen zu können.

Strukturen der ärztlichen Versorgung von GKV-versicherten Bewohner:innen in den Pflegeeinrichtungen

- Vertragliche Vereinbarungen

In der Interventionsgruppe gibt es zwischen Erst- und Folgerhebung keine Veränderungen hinsichtlich vertraglicher Vereinbarungen.

- Fachärztliche Versorgung

Fachärztlich erfolgt zu allen Erhebungszeitpunkten und in beiden Gruppen am häufigsten eine regelmäßige Versorgung (einmal pro Quartal) durch Neurolog:innen, gefolgt von Zahnärzt:innen und HNO-Ärzt:innen. Am seltensten erfolgt eine regelmäßige Versorgung durch Augenärzt:innen. Dies entspricht den Befunden von Kleina et al. (2017), nach denen ebenfalls überwiegend Allgemeinmediziner:innen und Internist:innen die hausärztliche Versorgung übernehmen, an Fachärzt:innen werden am häufigsten Neurolog:innen/Psychiater:innen und Zahnärzt:innen genannt. Die neurologische und psychiatrische Versorgung erklärt sich u. a. durch die hohe Zahl an Demenzerkrankungen und Depressionen und den damit einhergehenden Symptomatiken der Bewohner:innen (Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit, 2019).

Verschiedene Studien zeigen, dass in Pflegeheimen eine mangelnde fachärztliche Versorgung besteht (Balzer et al., 2013; Kleina et al., 2017; Schulz et al., 2021). Der Anteil an gynäkologisch betreuten Pflegeheimbewohnerinnen lag beispielsweise bei lediglich 8% (Hallauer et al., 2005). Balzer et al. (2013) berichten von einer Unterversorgung mit augenärztlichen Untersuchungen, insbesondere bei Bewohner:innen mit Diabetes mellitus. Fast

die Hälfte der Bewohner:innen (45%) mit Versorgungsbedarf in diesem Bereich sei hier unterversorgt.

In den qualitativen Interviews wurde der Wunsch formuliert, Fachärzt:innen stärker in das Projekt einzubinden. Die befragten Ärzt:innen geben an, in den letzten drei Monaten keine telefonischen Konsile mit Fachärzt:innen durchgeführt zu haben. Kritisch angemerkt wurde, dass vor allem Medikamentenänderungen durch Fachärzt:innen (auch von der Pflege) zu wenig weitergegeben werden. Es wird daher ein interdisziplinärer Austausch mit Fachärzt:innen gewünscht und diese stärker in das Projekt einzubinden.

- Visiten

Aus der Literatur ist bekannt, dass Visiten bis zu 98,8% vom Heimpersonal veranlasst werden, da dies den Bewohner:innen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist (Hallauer et al., 2005). In der vorliegenden Studie trifft dies ebenfalls zu. Darüber hinaus zeigt sich aber auch eine von den Hausärzt:innen ausgehende Eigeninitiative. Der Freitag wird sowohl in der Interventions- als auch der Kontrollgruppe als Visitentag priorisiert.

Spontane Visiten haben nach Beginn der Intervention von der Erst- zur Folgerhebung deutlich abgenommen. Auch lässt sich bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein Rückgang an hausärztlichen Besuchen zu fast allen erfragten Zeiträumen (am Kontakttag, am ersten Werktag nach dem Kontakt und später als 3 Tage nach dem Kontakt) beobachten. Hier sind verschiedene Erklärungsansätze denkbar. Es kann sich um ein Artefakt aufgrund der geringen Fallzahl handeln oder durch die coronabedingten Kontakt- und Zeiteinschränkungen bedingt sein. Mit Blick auf die qualitativen Interviews könnte es aber auch eine Folge frühzeitiger und strukturierter telefonischer Abklärungen bei gesundheitlichen Veränderungen und der regelmäßigen strukturierten Vor-Wochenend-Visiten sein, so dass zusätzliche Heimbefuche entfallen. Dies kann als Folge der Intervention angesehen werden und korrespondiert zur subjektiv wahrgenommenen Arbeitsentlastung.

Die mediane Anzahl zusätzlicher Visiten nach einem Krankenhausaufenthalt haben nach Beginn der Intervention zwischen Erst- und Folgerhebung zugenommen. Das entspricht den geplanten Interventionen.

- Standardisierte Checkliste zur Weitergabe behandlungsrelevanter Informationen

Der Austausch behandlungsrelevanter Informationen zwischen Pflegepersonal und Ärzt:innen wird in der quantitativen Befragung von beiden Berufsgruppen durchweg positiv bewertet. Die standardisierte Checkliste zur strukturierten Abfrage von Informationen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes wird in der Interventionsgruppe von der Erst- zur Folgerhebung vermehrt verwendet. Auch in den qualitativen Interviews wird das standardisierte Instrument zur Übermittlung präziser Angaben zum Gesundheitszustand positiv hervorgehoben. Dies entspricht den Vorgaben im Rahmenhandbuch.

- Feste Ansprechpersonen in den Pflegeeinrichtungen

Vor Projektbeginn standen laut den Angaben feste Ansprechpersonen seitens der Einrichtungen für die Hausärzt:innen mehrheitlich nicht zur Verfügung. Dies verändert sich über den Projektverlauf. Um behandlungsrelevante Informationen zu erhalten, stehen den Ärzt:innen überwiegend Ansprechpersonen auf den Wohnbereichen zur Verfügung, die für die Bewohner:innen zuständig sind und die Visiten begleiten. Diese Angabe hat von der Erst- zur Folgerhebung zugenommen. Die Anforderungen des Rahmenhandbuchs werden somit erfüllt. In den qualitativen Interviews wurden Wohnbereichsleitungen als feste An-

sprechpersonen für die Ärzt:innen bestätigt, da diese die Bewohner:innen am besten kennen. Dies kann als Folge der Interventionen gewertet werden, da die Umsetzung der Vor-Wochenend-Visite stärkere Planung erfordert, was an die Wohnbereichsleitungen als Aufgabe übertragen wurde.

Zusammenfassend sind die Strukturen der ärztlichen Versorgung weitgehend stabil geblieben. Veränderungen haben sich wie oben beschrieben bei den hausärztlichen Besuchen nach Kontaktaufnahme sowie bei der Verfügbarkeit fester Ansprechpersonen für die Ärzt:innen auf den Wohnbereichen gezeigt.

4.1.3.3 Beschreibung der Prozesse über die Laufzeit

In den qualitativen Interviews weisen einige beteiligte Einrichtungen darauf hin, es habe schon zu Beginn vergleichbare Prozesse und Strukturen gegeben (gute Erreichbarkeit, Vor-Wochenend-Visiten, gute Zusammenarbeit). Dennoch konnten durch die im Rahmenhandbuch vorgegebenen Strukturen Verbesserungen erreicht werden.

Organisation der ärztlichen Visiten

In den quantitativen Daten zeigt sich, dass sich im Projektverlauf in der Interventionsgruppe in allen Einrichtungen ein fester Ablauf bei den geplanten Visiten etabliert hat. Diese finden fast alle zu einer im Voraus bekannten Woche, Tag und ungefährender Uhrzeit statt. Ebenfalls fanden im Verlauf keine ungeplanten Visiten mehr statt. Mit Blick auf die qualitativen Daten lässt sich dies durch die strukturiertere Zusammenarbeit, die geregelte Erreichbarkeit und die Vor-Wochenend-Visite erklären.

Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen

Zur Art und Weise wie behandlungsrelevante Informationen übertragen werden, lassen sich über den Projektverlauf keine Veränderungen feststellen. Vorwiegend werden Informationen papierbasiert oder im Rahmen der Hausbesuche weitergegeben. Weiterhin werden Fax, Telekommunikation oder IT genutzt. In den Interviews wird deutlich, dass vor allem Fax genutzt wird, obwohl immer wieder der Wunsch nach Digitalisierung der Dokumentation und digitalisierte Datenübermittlung geäußert wurde. Der Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen ist überwiegend für die Berufsgruppen der Ärzt:innen und der Pflege gegeben. Auch stehen die behandlungsrelevanten Informationen vor, während und nach den Visiten beiden Berufsgruppen zur Verfügung.

Zufriedenheit Erreichbarkeit

Die Zufriedenheit der befragten Einrichtungen hinsichtlich der Erreichbarkeit der Ärzt:innen innerhalb sowie außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten ist vor Beginn des Projektes schon hoch, steigt aber sowohl in Kontroll- als auch Interventionsgruppe schon nach drei Monaten nochmals deutlich an. Auch in den qualitativen Interviews wird stets eine hohe Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen den Berufsgruppen ersichtlich.

Behandlungspfade und -planungen

Behandlungspfade (abgesehen von Sturz) werden im Projektverlauf zunehmend als vorhanden angegeben. Zu den Behandlungsplanungen (ACP) gibt es aus den quantitativen Befragungen keine ausreichende Datenlage. Aus den Fallanalysen der Krankenhauseinweisungen zeigt sich, dass in vier der acht untersuchten Fälle zwar eine Patientenverfügung vorlag, eine gesundheitliche Versorgungsplanung aber nicht stattgefunden hat. Hier ist den Einrichtungen zu empfehlen, gesundheitliche Versorgungsplanungen vorzunehmen und es wird auf die damit zusammenhängende Gesetzesgrundlage „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte

Lebensphase nach § 132g SGB V“ verwiesen. Verschiedene Studien verweisen auf eine nach wie vor geringe Zahl von Bewohner:innen mit Patientenverfügungen, die zudem wenig aussagekräftig sind und beim Pflegepersonal oftmals keine Anwendung finden (Schmitt et al., 2019; Sommer et al., 2012). Bienstein und Bohnet-Joschko (2015) weisen auf einen sichtbaren Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen und der Einweisung in ein Krankenhaus hin.

Projektumsetzung (Pflegeeinrichtungen)

In den Einrichtungen standen verantwortliche Ansprechpersonen für die Projektumsetzung zur Verfügung. Zur zeitlichen Anforderung der Projektkoordination wird in den strukturierten Befragungen keine Differenz zwischen dem tatsächlichen und als notwendig erachteten zeitlichen Umfang angegeben. Im Gegensatz dazu wird in qualitativen Interviews größtenteils berichtet, dass der zeitliche Aufwand für die Koordination höher ist als die dafür vorgesehene Zeit.

4.1.3.4 Umsetzung der Komponenten der Intervention wie geplant (Interventionstreue)

Das folgende Kapitel behandelt die Fragestellung, inwieweit die Komponenten der Intervention wie geplant umgesetzt wurden. Die Diskussion zu den Komponenten der Intervention orientiert sich an den im Rahmenhandbuch entwickelten Maßnahmen. Das Rahmenhandbuch wird in der Interventionsgruppe von etwa der Hälfte der Einrichtungen häufig bis sehr häufig genutzt. Die qualitativen Interviews zeigen, dass das Handbuch als verständlich und umsetzbar eingeschätzt wurde. Vereinzelt kam allerdings vor, dass das Rahmenhandbuch der Pflege nicht bekannt war.

Versorgergemeinschaft

Sowohl in den quantitativen als auch den qualitativen Ergebnissen zeigen sich in einzelnen Einrichtungen schon vor Beginn des Projekts bestehende Strukturen und Prozesse, die mit einer Versorgergemeinschaft vergleichbar sind. In allen Einrichtungen haben sich Versorgergemeinschaften gebildet. Im medianen Mittel waren zwischen vier und sechs Ärzt:innen beteiligt. Von Seiten der Pflegeeinrichtungen wird bestätigt, dass stets feste Ansprechpersonen für die Projektumsetzung und den Kontakt zur Pflegeeinrichtung zur Verfügung stehen. Der Dienstplan der Versorgergemeinschaft ist ebenfalls für 3 Monate im Voraus verfügbar.

Teambesprechungen

Teambesprechungen fanden vor Projektbeginn gar nicht statt. Im Verlauf schwankt die Anzahl zu den Befragungszeitpunkten zwischen keinen und ein- bis dreimal im Quartal stattfindenden Besprechungen. Die Schwankungen können mit Blick auf die qualitativen Ergebnisse auf coronabedingte Kontakteinschränkungen zurückgeführt werden, bzw. wurde auch von Zeitmangel oder einer mangelnden Notwendigkeit aufgrund eines bereits intensiven Austauschs berichtet. Grundsätzlich wurden die Teambesprechungen positiv bewertet, da sie zur strukturierten Zusammenarbeit der Berufsgruppen sowie zu gemeinsamen Problemlösungen und zur Optimierung von Prozessen beitragen würden. Teilgenommen haben stets Pflegekräfte sowie Ärzt:innen, Fachärzt:innen hingegen kaum.

Erweiterte Rufbereitschaft

Die erweiterte Rufbereitschaft wird von allen Versorgergemeinschaften umgesetzt und wird schon ab der ersten Folgeerhebung in beiden Gruppen zumeist sehr gut bewertet. Die Rufbereitschaft am Wochenende und Feiertagen wird in beiden Gruppen etwas schlechter beurteilt,

aber auch hier wird bereits ab der ersten Folgerhebung eine Verbesserung sichtbar. Auch in den qualitativen Interviews wird die klar geregelte und zuverlässige Erreichbarkeit positiv hervorgehoben. Dadurch erhält das Pflegepersonal in akuten Situationen Sicherheit.

Aus den Interviews wird auch deutlich, dass in einigen Einrichtungen bereits vor dem Projekt in ähnlicher Form gearbeitet wurde. Beispielsweise waren vereinzelte Ärzt:innen bereits vor dem Projekt auch außerhalb der Sprechzeiten erreichbar. Die erweiterte Erreichbarkeit wurde häufig als Grund für die Nicht-Teilnahme genannt, da Freizeiteinschränkungen erwartet wurden. Allerdings berichten die teilnehmenden Ärzt:innen, die erweiterte Erreichbarkeit sei wenig in Anspruch genommen worden, da Versorgungsprobleme frühzeitig geklärt werden konnten.

Vor-Wochenend-Visite

Der Fragebogen zur wöchentlichen Dokumentation der Vor-Wochenend-Visite wurde von vielen Einrichtungen unregelmäßig ausgefüllt. Laut der qualitativen Befragungen werden die Vor-Wochenend-Visiten mit wenigen Ausnahmen regelhaft und verlässlich durchgeführt. Auch während der coronabedingten Einschränkungen seien die Visiten über Telefon oder Skype weitergeführt worden.

Übereinstimmend zwischen den quantitativen und qualitativen Daten findet die Vor-Wochenend-Visite größtenteils am Freitagnachmittag oder Samstagvormittag statt. Die Visiten sind zumeist fest terminiert und es stehen feste Ansprechpartner für beide Professionen bereit. Im Verlauf des Projekts liegt stets eine Liste der zu visitierenden Bewohner:innen vor. Im medianen Mittel werden zwischen zwei und vier Bewohner:innen besucht, die behandlungsrelevanten Informationen liegen mehrheitlich vor.

Screening und Assessment

Die Nutzung von Assessments verändert sich nicht zwischen der Erst- und den Folgerhebungen. Aus den qualitativen Interviews wird deutlich, dass Einrichtungen auf ihre bereits implementierten Assessments zurückgreifen und keine weiteren Assessments aus dem Rahmenhandbuch übernehmen möchten.

4.1.3.5 Kommunikation und Kooperation zwischen und innerhalb der Berufsgruppen

Das folgende Kapitel befasst sich mit den Auswirkungen der Intervention auf die Kommunikation und Kooperation zwischen und innerhalb der Berufsgruppen.

Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit

Zu allen Befragungszeitpunkten zeigt sich größtenteils zwischen den Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppen sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe eine hohe Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit und Kommunikation sowie dem Umgang mit Konflikten. Die Bewertungen der Ärzt:innen und der Pflegekräfte zu den Subskalen stimmen größtenteils überein. Aus den qualitativen Interviews wurde stets betont, die Zusammenarbeit sei vorher schon gut gewesen. Dennoch berichten die meisten Befragten von Verbesserungen der Kooperation durch die verlässlichen Strukturen und einem gewachsenen Vertrauen sowie Wertschätzung gegenüber der anderen Berufsgruppe.

Zusammenarbeit zwischen Ärzten

In den quantitativen Ergebnissen zeigt sich, dass die Einrichtungen über die ärztlichen Vertretungsdienste im Projektverlauf immer informiert sind, sofern die Situation vorkam. Hinsichtlich der Mitversorgung von Patient:innen der anderen Hausärzt:innen sind keine eindeutigen

Entwicklungstendenzen erkennbar. Auch in den qualitativen Daten wird der Austausch innerhalb der Versorgungsgemeinschaft und die gegenseitigen Urlaubsvertretungen als positiv erlebt.

Zusammenarbeit zwischen Versorgungsgemeinschaft und Pflegeeinrichtungen bzw. Fachärzt:innen

Es standen zu allen Befragungszeitpunkten stets feste Ansprechpersonen der Pflegeeinrichtung für die Versorgungsgemeinschaft zur Verfügung, Visiten wurden regelmäßig durch eine Pflegekraft begleitet, behandlungsrelevante Informationen standen stets zur Verfügung und wurden auch der kollegialen Mitbehandlung von Patient:innen mehrheitlich weitergegeben.

4.1.3.6 Intendierte und nicht-intendierte Effekte

Das folgende Kapitel betrachtet die Fragestellung, inwieweit sich die intendierten und nicht-intendierten Effekte gezeigt haben. Aus subjektiver Sicht der Pflegeeinrichtungen haben sich die intendierten Wirkungen eingestellt. Die Organisationsstrukturen haben sich gewandelt, die medizinisch-pflegerische Versorgung sowie die Kommunikation und Kooperation haben sich verbessert, das Sicherheitsgefühl ist gestiegen und nach anfänglichem höherem Aufwand zeigt sich eine Arbeitsentlastung.

Auch die Versorgungsgemeinschaften beurteilen mehrheitlich, die Veränderung der Prozesse durch das SaarPHIR Projekt haben zu einer verbesserten Versorgung und zu einem erleichterten Arbeitsalltag geführt. Auch in den qualitativen Interviews wird die verbesserte medizinisch-pflegerische Versorgung und die Arbeitsentlastung hervorgehoben.

Die veränderten Prozesse haben zudem zu einem Organisationswandel beigetragen. Die Ergebnisse decken sich mit den im Kriterienkatalog von Karsch-Völk et al. (2015) empfohlenen Maßnahmen, die eine gelingende ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen voraussetzen: Klare Regelungen der Erreichbarkeit, Vertretungen und Bereitschaftsdienste seitens der Ärzt:innen, feste Ansprechpartner:innen, Begleitung der Visiten durch eine zuständige Pflegefachkraft.

Nicht-intendierte Wirkungen beziehen sich auf die Mitversorgung von nicht teilnehmenden Bewohnern, die Reflexion bestehender Prozesse und die Entwicklung neuer standardisierter Instrumente zur Informationsvermittlung.

4.1.3.7 Hemmende und fördernde Faktoren

Dieses Kapitel betrachtet die Fragestellung, welche Faktoren sich förderlich bzw. hemmend auf die Implementierung und Umsetzung auswirken. Als förderlich haben sich in der qualitativen Erhebung folgende Faktoren herausgestellt:

- Motivation der Beteiligten
- Früh wahrgenommene positive Wirkungen (s. unter Kontextfaktoren)
- Identifikation mit den Zielen
- Unterstützende Ressourcen (finanzielle Unterstützung, personelle Ressourcen, Zeit, Engagement und Einsatz von Führungspersonen, *Externe Change Agents*)
- Reflexion der Prozesse (im Rahmen der Teambesprechungen)
- Geringer Aufwand bei der Umsetzung

Als hemmend wurden folgende Faktoren genannt:

- Fehlende Teilnahme von Krankenkassen bzw. Hausärzt:innen
- Fehlende Rückmeldung gesetzlicher Betreuer:innen
- Fehlende Notfallmedikation
- Fehlende Ansprechpartner bei Krankenkassen

- Evaluation
- Geringer Stellenanteil Pflegekoordinator:innen
- Organisations- und Arbeitsstrukturen (bspw. fehlende geregelte Zeiten zur Vor-Wochenend-Visite)
- Mangelnde Akzeptanz von Angehörigen, die auf Krankenhauseinweisungen bestanden haben. Dieser Aspekt verweist auch auf eine Problematik bei der Erfassung des Endpunktes Hospitalisierung.

4.1.3.8 Kontextfaktoren

Im Folgenden wird die Fragestellung diskutiert, welche Kontextfaktoren beeinflussend wirken. Die beeinflussenden Kontextfaktoren werden gemäß dem Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) betrachtet (Damschroder et al., 2009). Das Modell stützt sich auf verschiedene Theorien und theoretische Konstrukte, die Aspekte für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung neuer Maßnahmen beinhalten. Das CFIR listet systematische Faktoren auf (Personen, Örtlichkeiten und andere Rahmenbedingungen), die Implementationsvorgänge beeinflussen können. Von besonderer Bedeutung sind die hemmenden und fördernden Faktoren, die zum Gelingen bzw. nicht Gelingen beitragen sowie die Erkenntnis, dass Interventionen an die Umgebungsfaktoren angepasst werden sollten. Es ist nicht möglich, jede einzelne Reaktion auf eine Intervention zu kontrollieren, vielmehr ist es wichtig, dass Ziel der Maßnahmen nicht aus den Augen zu verlieren. Oftmals passt sich das Setting der Intervention an (Hasenberg & Loytved, 2017). Geringe Anpassungen der Arbeitsroutinen an die Maßnahmen des Rahmenhandbuchs wurden auch im Rahmen der qualitativen Erhebungen in der vorliegenden Studie beobachtet.

Das CFIR geht von Einflussfaktoren auf fünf verschiedenen Ebenen aus, die den Implementierungsprozess beeinflussen. Im Folgenden werden die gemäß dem Framework zum Erfolg beitragenden Faktoren diskutiert.

4.1.3.8.1 Externer Kontext

- Bedürfnisse der Bewohner:innen, Patient:innen, Klienten
Gemäß des CFIR gilt die Klientenzentriertheit (kennen und erfüllen der Bewohner:innenbedürfnisse) als wichtiger Erfolgsfaktor. Die Ergebnisse zeigen, dass alle befragten Pflegeeinrichtungen und Versorgungsgemeinschaften klientenzentriert ausgerichtet sind. Den pflegenden Mitarbeiter:innen, aber auch den teilnehmenden Ärzt:innen ist es wichtig, dass die Bewohner:innen eine hohe pflegerische und medizinische Versorgung erhalten und Krankenhauseinweisungen nach Möglichkeit vermieden werden. Dazu tragen die Maßnahmen der Vor-Wochenend-Visite und die erweiterte Rufbereitschaft der Versorgungsgemeinschaft bei. Daher fanden diese zwei Maßnahmen besonders hohen Zuspruch und konnten im Projekt erfolgreich implementiert werden.
- Gruppendruck
Der Druck Neuerungen zu implementieren steigt mit zunehmender Anzahl von Organisationen, die ebenfalls die Maßnahmen umsetzen. Im Rahmen der qualitativen Interviews berichteten einige Befragte, dass die Teilnahme am Projekt die Reputation erhöhe. Mehrere Einrichtungen haben auf den Vorschlag von versorgenden Hausärzt:innen hin teilgenommen. Weitere Einrichtungen haben auf Beschluss der Ge-

schäftsführung und/oder Heimleitung teilgenommen oder sich zu einer Teilnahme entschieden, weil bereits Einrichtungen desselben Trägers in anderen Landkreisen teilnahmen.

- Externe Regulationen und Anreizbedingungen
Die teilnehmenden Hausärzt:innen erhielten einen finanziellen Ausgleich, was für einige der Befragten ein zusätzlicher Beweggrund zur Teilnahme war. Die Pflegeeinrichtungen erhielten für die Organisation und Kooperation zusätzlich eine 20% Stelle.

4.1.3.8.2 Interner Kontext

- Strukturelle Merkmale
Dieser Aspekt bezieht sich auf die soziale Architektur einer Organisation mit ihren zugehörigen Personen, Rollen, Teams und Koordination der Gruppen in Bezug auf die Dienstleistung (hier zu verstehen als Intervention). Je ausdifferenzierter dieses Konstrukt, desto förderlicher wirkt sich dies auf die Implementierung aus. Auch in der vorliegenden Studie haben sich entsprechend folgende Faktoren als förderlich gezeigt: Verfügbarkeit von Ansprechpersonen für beide Berufsgruppen, Vorhaltung von Koordinator:innen in der Pflege und in der Versorgergemeinschaft, konkrete Verantwortlichkeits- und Aufgabenverteilung.
- Netzwerke und Kommunikation
Nach Damschroder et al. (2009) wirken sich starke Netzwerke, eine funktionierende Kommunikation und gute Beziehungen zwischen den Akteuren förderlich auf den Implementierungserfolg aus. In den Ergebnissen der vorliegenden Studie wird deutlich, dass die Zusammenarbeit durch Respekt und Wertschätzung gekennzeichnet ist. Das gegenseitige Vertrauen hat sich im Laufe des Projekts erhöht. Die Kommunikation zwischen und innerhalb der Berufsgruppen wurde mehrheitlich als sehr gut bewertet und hat erheblich zu einer erfolgreichen Umsetzung der Maßnahmen beigetragen. Zwischen den Pflegeeinrichtungen und Hausärzten bestand in den meisten Fällen bereits vor dem Projekt eine gute Kooperation, die sich aber laut den Befragten durch die Strukturvorgaben des Projekts intensiviert hat.
- Organisationskultur
Die Organisationskultur als stabiles Konstrukt betrifft u.a. die gemeinsamen Normen und Werte einer Organisation. Es werden vier Organisationskulturen unterschieden (Büschgens et al., 2013): Entwicklungsorientierte Kultur, gruppenbezogene Kultur, rationale Kultur und hierarchische Kultur. Die meisten teilnehmenden Einrichtungen und Versorgergemeinschaften können der entwicklungsorientierten Organisationskultur zugeordnet werden, die durch Streben nach Wachstum, Optimierung, Ressourcenakquise und Wahrnehmen von Gelegenheiten gekennzeichnet sind und als hoch innovativ gelten.
In der vorliegenden Studie wurde von einer hohen gegenseitigen Unterstützung sowohl innerhalb als auch zwischen den Professionen Pflege und Versorgergemeinschaft berichtet. Besonders hervorgehoben wird die Unterstützung durch die Leitungsebene (Pflegedienst- und Einrichtungsleitung sowie der Trägerschaft). Diese würden das Projekt befürworten und bei Bedarf die Umsetzung der Maßnahmen unterstützen.

Auch die Belange der Pflegenden sind den Organisationen wichtig. Die Vor-Wochenend-Visite und die erweiterte Rufbereitschaft tragen dazu bei, dass die Pflegefachpersonen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bewohner:innen nicht mehr alleine Entscheidungen treffen müssen.

- **Subkonstrukt Implementierungsklima**
Das Implementierungsklima ist veränderlich und variiert von Subkontext (z. B. Wohnbereich) zu Subkontext. Es bezieht sich auf die Veränderungsbereitschaft der Akteure und auf das Ausmaß, in dem die Umsetzung der Neuerung von der Organisation belohnt und unterstützt wird. Es umfasst folgende Subkonstrukte:
 - Veränderungsdruck bezieht sich auf den wahrgenommenen Veränderungsbedarf einer aktuellen Situation. Hinsichtlich der Erreichbarkeit und medizinisch-pflegerischen Versorgung an den Wochenenden und außerhalb der Sprechzeiten der Hausärzt:innen war ein Veränderungsdruck vorhanden.
 - Kompatibilität betrifft u.a. die Passung der Intervention zu den vorhandenen Rahmenbedingungen und Routinen sowie die Übereinstimmung der Innovation mit Normen, Werten und Sichtweisen der Akteure. In der vorliegenden Studie ließen die Interventionen sich gut in die Arbeitsbedingungen und -routinen integrieren. Die Ziele des Projekts (z. B. Verbesserung der Versorgung) stimmen mit den Zielen der Pflege und Ärzt:innen überein.
 - Relevanz und Priorität beinhalten die wahrgenommene Dringlichkeit und Wichtigkeit der Innovation. Für die Befragten waren die Maßnahmen Vor-Wochenend-Visite, erweiterte Rufbereitschaft und regelmäßige Arzneivisiten von hoher Relevanz, die weitestgehend von allen Teilnehmenden umgesetzt wurden. Hinsichtlich der Teambesprechungen gab es unterschiedliche Ansichten von geringer bis hoher Wichtigkeit. Assessments wurden in ihrer Wichtigkeit als mäßig eingestuft.
 - Organisationale Anreize und Gratifikationen umfassen z. B. Auszeichnungen, Beförderungen, Gehaltserhöhungen, Zuwachs an Ansehen. Für die ärztliche Seite gab es eine Vergütung, einige Pflegeeinrichtungen haben das Projekt zur Werbung genutzt. Der Anreiz einer 20% Stelle wurde größtenteils von den Pflegeeinrichtungen als zu gering angesehen, der Anreiz kann stärker in der verbesserten Versorgung und Zusammenarbeit zwischen den Professionen gesehen werden.
 - Ziele und Feedback steht für die klare Kommunikation der Ziele, die Kongruenz des Handelns mit diesen Zielen und dem entsprechenden Feedback gegenüber den Mitarbeitenden. In einigen Einrichtungen wurde die Kongruenz im Rahmen der Teambesprechungen erfolgreich hergestellt, was die Implementierung positiv beeinflusst hat.

- **Bereitschaft und Fähigkeit zur Implementierung**
Dieser Faktor enthält folgende Subdimensionen
 - Engagement und Einsatz der Führungspersonen ist bei dem überwiegenden Teil der Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen sowie bei den Ärzt:innen der Versorgungsgemeinschaften gegeben.

- Verfügbare Ressourcen betreffen finanzielle Mittel, Zeit, Materialien, Hilfsmittel, Bildungsmaßnahmen. Die Hausärzt:innen erhielten Leistungsvergütungen, die Pflegeeinrichtungen erhielten für die Pflege einen Stellenanteil von 20% vergütet.
- Zugriff auf Wissen und Informationen wurden im überwiegenden Teil der Einrichtungen als sogenannte „SaarPHIR-Ordner“ mit allen Informationen bereitgestellt. Darüber hinaus wurden vereinzelt Informationsveranstaltungen durchgeführt. Zudem konnte sich das Pflegepersonal bei den Pflegekoordinator:innen informieren. Auch standen den Einrichtungen und Ärzt:innen Experten aus der SPG und KVS, sog. Externe Change Agents, beratend zur Seite.

4.1.3.9 Fallstudien

In Fallstudien sollten einzelne nach Implementierung auftretende Fälle nicht notwendiger Krankenhauseinweisungen exploriert und analysiert werden. Sechs der acht untersuchten Fälle wiesen ambulant sensitive Diagnosen nach Sundmacher et al. (2015) auf, dennoch wurden alle Einweisungen von den Befragten als notwendig erachtet. Allerdings müssen neben diesen Diagnosegruppen der ambulant-sensitiven Krankenhausesfälle auch Einflussfaktoren wie Alter, Morbidität, Zugang zur Gesundheitsversorgung usw. berücksichtigt werden (Sundmacher & Burgdorf, 2014). Bei den sechs Fällen wurden die Bewohner:innen wöchentlich von ihren Hausärzt:innen und zum Teil quartalsmäßig von Fachärzt:innen versorgt. Wie in den Ergebnissen (Kapitel 3.3.1.1.4) aufgeführt, wurde seitens der Pflege und den Ärzt:innen der Versorgungsgemeinschaft versucht, eine Krankenhauseinweisung bspw. durch Gabe von Medikamenten zu verhindern, sofern es sich nicht um einen akuten Notfall handelte.

In allen Fällen war ein koordiniertes und kooperatives Vorgehen seitens der Ärzt:innen der Versorgungsgemeinschaften und den Pflegeeinrichtungen bei der Entscheidungsfindung bzgl. der Einweisung gegeben. Der ärztliche Bereitschaftsdienst war in keinem der Fälle involviert, was den Zielen des Projekts entspricht.

4.1.3.10 Empfohlene Maßnahmen / Musterkatalog zur Kooperation zwischen Ärzt:innen und Pflege

Im Folgenden werden die Maßnahmen zusammengefasst, die sich als begünstigend für eine gelingende Kooperation zwischen den Ärzt:innen und der Pflege, zur Verbesserung der Erreichbarkeit sowie zur Reduzierung von Unsicherheit gezeigt haben:

- Gemeinsame Zielsetzung (z. B. Verbesserung der pflegerisch-medizinischen Versorgung)
- Feste Ansprechpartner für beide Professionen
- Geregelte erweiterte Erreichbarkeit
- Regelmäßige interprofessionelle Teambesprechungen, um Prozesse zu reflektieren und diese ggf. gemeinsam zu optimieren
- Geregelte, verlässliche, strukturiert vorbereitete Vor-Wochenend-Visiten
- Strukturierte Informationsvermittlung
- Geregelte strukturierte Arbeitsweise, die für alle Beteiligten verbindlich ist
- Verbindliche Absprachen
- Eine von Wertschätzung und Vertrauen gekennzeichnete Kommunikation
- Qualifiziertes und motiviertes Personal

Darüber hinaus ist eine rechtzeitig durchgeführte gesundheitliche Versorgungsplanung zur Reduzierung von Unsicherheit zu empfehlen.

4.1.4 Nachhaltigkeitspotential der neuen Versorgungsform

Das Nachhaltigkeitspotential der neuen Versorgungsform wurde auf Basis des Sustainability Models (vgl. Kapitel 2.8) bewertet und Ansatzpunkte für die Verbesserung der SaarPHIR-Intervention erarbeitet.

Die neue Versorgungsform erreichte insgesamt 64,1 von möglichen 100 Punkten. Das hiermit ausgedrückte Nachhaltigkeitspotential deutet einerseits darauf hin, dass die SaarPHIR-Intervention in ihrer aktuellen Beschaffenheit, d.h. mit den derzeit vorgesehenen Interventionskomponenten und Implementierungsansätze, in einem gewissen Umfang bereits wichtige Eigenschaften besitzt, welche für eine Verstetigung dieser neuen Versorgungsform in der Regelversorgung förderlich sind. Die Evaluationsergebnisse geben Hinweise darauf, dass sich eine Vorteilhaftigkeit der SaarPHIR-Interventionen dem Gesundheitspersonal in vielfältigen Bereichen auf der Prozessebene gezeigt hat. Die Vorteile der Intervention auf der Ebene der Arbeitsabläufe wurde insbesondere in der Erhöhung der Erreichbarkeit der Ärzt:innen sowie Pflegefachkräfte, in einer stärker strukturierten Zusammenarbeit sowie in Verbesserungen bezüglich einer frühzeitigen Klärung gesundheitlicher Anliegen der Bewohner:innen gesehen. Ebenso trägt gemäß des Sustainability Model das hohe Engagement der Einrichtungsleitungen, Stations- oder Wohnbereichsleitungen, der koordinierenden Pflegefachkräfte sowie der Ärzt:innen der Versorgergemeinschaften, welches im Rahmen der Prozessevaluation beobachtet werden konnte, zum Nachhaltigkeitspotential der Intervention bei.

Andererseits macht das erzielte Ergebnis der Nachhaltigkeitsbewertung jedoch auch deutlich, dass Verbesserungsbedarf besteht. Dieser äußert sich unter anderem in der Zusammenarbeit mit Bewohner:innen und deren Angehörigen, welche die Errungenschaften der SaarPHIR-Intervention, insbesondere das Potential Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, nicht im gleichen Ausmaß wie das Gesundheitspersonal als Vorteil wahrnahmen. Um diesen Umstand zu verbessern, könnte die SaarPHIR-Intervention um ein Aufklärungsmodul erweitert werden, welches Bewohner:innen und deren Angehörige Wissen über die Notwendigkeit einer Vermeidung nicht notwendiger Krankenseinweisungen vermittelt. Einen wichtigen Beitrag hierzu kann in diesem Zusammenhang auch die weitere Stärkung von Advance Care Planning (ACP) im Pflegeheimsetting leisten. Dieser Aspekt ist in den aktuellen Interventionskomponenten des Projektes noch wenig ausgestaltet.

Verbesserungsbedarfe zeigten sich darüber hinaus in den folgenden Bereichen:

- interne Qualitätssicherung;
- Partizipationsmöglichkeiten des Gesundheitspersonals bei der (Weiter-)Entwicklung sowie Implementierung der SaarPHIR-Intervention nebst Schaffung von Möglichkeiten zur Weiterqualifikation;
- Passung der SaarPHIR-Intervention zu Organisationszielen und -kultur;
- Organisationale Infrastruktur

4.2 Limitationen der Evaluation

Die Evaluation im Projekt SaarPHIR unterlag einer Reihe von Limitationen, die im Folgenden dargestellt werden.

Primäre Analysepopulation

Die Auswertungen der primären und sekundären Endpunkte im Projekt SaarPHIR beruhen auf einer Gelegenheitsstichprobe. Für die ITT Population (primäre Analysepopulation) wurden bei der summativen Evaluation Pflegeeinrichtungen berücksichtigt, welche vor Randomisierung

in die Kontroll- oder Interventionsgruppe ihr Interesse zur Teilnahme am SaarPHIR-Projekt bekundet hatten. Sensitivitätsanalysen schlossen darüber hinaus Einrichtung der Entwicklungs- und Pilotregion ein.

Der Anteil der berücksichtigten Pflegeeinrichtungen mit Interessensbekundung umfasste 20% der Einrichtungen im Saarland, welche die Einschlusskriterien des Projektes grundsätzlich erfüllten (vgl. Abbildung 4). Hiervon entfielen 13 Einrichtungen auf die Entwicklungs- und Pilotregion und 44 auf die Interventions- und Kontrollgruppe (28 IG und 16 KG).

Da die Auswertungspopulation nicht über eine Zufallsstichprobe gewonnen wurde, können Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden, auch wenn ein Vergleich der Auswertungspopulation mit Merkmalen der Zielgruppe aus Regional- und Pflegestatistiken eine gute Passung zeigte. Ein solcher Selektionseffekt kann sich in zweierlei Richtungen auf die Projektergebnisse ausgewirkt haben:

1. Bei den teilnehmenden Einrichtungen handelt es sich um eine Positivselektion mit Blick auf nicht direkt beobachtbare Einrichtungsmerkmale (z.B. Innovationsbereitschaft, Bestreben nach weitem Optimierungspotential für die Versorgung der Bewohnerinnen), welche zu förderlichen Bedingungen für die Ausbildung von Effekten im primären und in den sekundären Endpunkten geführt hat. Gleichzeitig liegt bei derartigen Einrichtungen häufig ein begrenztes Verbesserungspotential vor, da die Gesundheitsversorgung bereits auf einem qualitativ höheren Niveau erfolgt.
2. Bei den teilnehmenden Einrichtungen ist im gewissen Rahmen eine Negativselektion aufgetreten. Teilgenommen haben am Projekt insbesondere solche Einrichtungen, welche im besonderen Maße Verbesserungspotentiale für die ärztliche Versorgung ihrer Bewohner:innen sahen.

Ob und in welchem Umfang derartige Selektionseffekte aufgetreten sind, kann nicht mit abschließender Sicherheit bewertet werden.

Interventionseffekt geringer als erwartet

Anzahl der implementierenden Pflegeeinrichtungen geringer als erwartet: Werden die ärztlich abgerechneten Interventionsleistungen sowie die dokumentierten Vertragsabschlüsse herangezogen, konnten in der Interventionsgruppe 36%, d.h. 10 von 28 Pflegeeinrichtungen Versorgungsgemeinschaften vertraglich fixieren. Zudem wurden für Bewohner:innen dieser Einrichtungen ärztliche Interventionsleistungen abgerechnet. Die qualitative Prozessevaluation ermittelte aus Selbstangaben der Pflegeheime, dass 16 Einrichtungen der Interventionsgruppe mit Ärzt:innen Versorgungsgemeinschaften im Rahmen der cRCT bilden konnten (vgl. Kapitel 3.3.1.1.2). Diese Angaben lassen sich durch die ärztlichen Abrechnungsdaten nicht bestätigen. Es ist somit davon auszugehen, dass ggf. höchstens in 36% der Einrichtungen Versorgungsprozesse zur Anwendung kamen, welche sich von denen der Kontrollgruppe unterschieden. Dieser geringe Grad an Interventionsumsetzung läge deutlich hinter den Planungsannahmen der Fallzahlberechnung, nach welcher wenigstens 16 aktive Einrichtungen in der Interventionsgruppe notwendig gewesen wären, um mit einer Power von 80% Effekte für die Intervention nachweisen zu können. In der PP1-Population, welche für die Interventionsgruppe ausschließlich Einrichtungen mit mind. einer abgerechneten Interventionsleistung einschloss, konnten daher für den primären Endpunkt ebenfalls nur positive Trends zugunsten der SaarPHIR-Intervention nachgewiesen werden.

Der geringe Anteil an Pflegeeinrichtungen, welche im Zeitraum der cRCT die Intervention ganz oder teilweise die SaarPHIR-Intervention implementieren konnte, führte zusätzlich für die Prozessevaluation zu einer eingeschränkten Aussagekraft der Ergebnisse, da über die Umsetzung

der SaarPHIR-Intervention entsprechend weniger Erfahrungswerte gesammelt werden konnten.

Verzögerter Beginn der Intervention in den aktiven Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe: Die Auswertungen der ärztlich abgerechneten SaarPHIR-Leistungen sowie die Vertragsdaten der Versorgungsgemeinschaften deuten weiterhin auf einen teilweise stark verzögerten Start der SaarPHIR-Intervention in den aktiven Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe hin. Der Zeitraum bis Vertragsabschluss lag im Median bei fünf Monaten (Spannweite: 1-15). Es muss davon ausgegangen werden, dass diese zeitliche Verzögerung zur weiteren Verdünnung von Interventionseffekten führte. In Erweiterung der PP1-Population wurde daher die geschlossene und offenere PP2-Population definiert, welche in der Interventionsgruppe auf der Organisationsebene alle Pflegeeinrichtungen der PP1-Population umfasste und auf der Personenebene Bewohner:innen mit mind. einer Interventionsleistung berücksichtigte. Aufgrund der deutlich reduzierten Fallzahl zeigten sich zwar positive Tendenzen für die Intervention, jedoch ohne statistische Signifikanz.

Limitationen bei der Nutzung der GKV-Routinedaten

Routinedaten gelten bei der Evaluation neuer Versorgungsformen als wichtiges Element, da für sie im Vergleich zu Primärdatenquellen z.B. kein Measurement-Bias zu erwarten ist. Trotzdem war die Nutzung der GKV-Daten in der SaarPHIR-Studie mit folgenden Limitationen verbunden:

- Daten unterliegen den Abrechnungsstrukturen. So werden beispielsweise Hospitalisierungen mit Verlegungen i.d.R. als mehrfaches Ereignis aufgeführt und Re-Hospitalisierungen i.d.R. zusammengeführt. Diese Strukturen wurden bei der Datenaufbereitung berücksichtigt.
- Nicht plausible Daten weisen auf Einschränkungen in der Datenqualität z.B. bei Heil- und Hilfsmitteln hin. Die Daten wurden in Rücksprache mit den Krankenkassen entsprechend bereinigt.
- Validität von Diagnosen:
 - o Abrechnungsbedingte Anreize zur Dokumentation von Diagnosen. Zur Validierung von Diagnosen wurden daher die empfohlenen Kriterien herangezogen (vgl. Kapitel 3.3.6.2).
 - o Wenn Versicherte im für die Validierung relevanten Zeitraum versterben oder die Krankenkasse wechseln, ist die Wahrscheinlichkeit valide Diagnosen zu identifizieren geringer.
 - o Für Bewohner:innen ohne validierte Diagnosen konnte kein Komorbiditätsindex berechnet werden.
 - o Für die Validierung der ICD-Diagnosen war eine Zusammenführung der ICD-Daten mit Falldaten notwendig. Diese Zusammenführung war nur über die Fall-ID möglich, welche in einigen wenigen Fällen (für DAK-Versicherte) nicht eindeutig war. Dadurch könnte es sein, dass die Morbidität in dieser Population unterschätzt wurde. Im Vergleich mit ähnlichen Studien konnten für die verwendeten Indizes vergleichbare Werte identifiziert werden.
- Versicherte mit mehr als einer Pflegeheimzuweisung mussten ausgeschlossen werden, da nicht nachvollziehbar war, in welchem Pflegeheim die Versicherten während der crCT-Phase betreut wurden.

- Durch den verzögerten Studienbeginn verschob sich der Beobachtungszeitraum für die gesundheitsökonomische Evaluation und wich somit leicht vom Zeitraum der cRCT-Phase ab.

Die Datenqualität wurde durch die Prüfungen von Plausibilitäten (Swart et al., 2014) und durch Rücksprache mit den Krankenkassen sichergestellt. Zudem wurde überprüft, inwiefern die Studienpopulation mit den stationär betreuten Pflegeheimbewohner:innen des Saarlandes auf Basis von Daten des statistischen Bundesamtes für das Jahr 2019 vergleichbar ist. Dabei sind sowohl die Anzahl der stationär betreuten Bewohner:innen und das Geschlecht, als auch das Alter sowie der Pflegegrad der Studienpopulation mit der entsprechenden Population des Saarlandes vergleichbar (Destatis, 2020).

Einsatz von Befragungsinstrumenten bei Pflegeeinrichtungen, Versorgungsgemeinschaften, Hausärzt:innen und Bewohner:innen

Die Erhebung von Primärdaten in Erweiterung einer reinen Sekundärdatennutzung hat für die Evaluation im Projekt SaarPHIR die Möglichkeit eröffnet, die Auswirkung der neuen Versorgungsform aus verschiedenen Perspektiven zu bewerten, prozessuale Veränderungen zu verfolgen und detaillierte Kontextfaktoren zu erfassen. Ihre Erhebung über selbst zu bewertende Messinstrumente ist jedoch auch mit Limitationen verbunden, da die Aussagekraft der Primärdaten in der Regel von der Akzeptanz der eingesetzten Instrumente und der Validität der getätigten Angaben abhängig ist.

Obwohl die Befragungsinstrumente der Prozessevaluation in Pretests mit Personen der Zielgruppe besprochen wurden und insgesamt als verständlich und gut im Alltag zu bearbeiten beurteilt wurden, wurde im Verlauf der Studie die standardisierte Befragung als zu aufwendig und zu zeitintensiv empfunden. Dies lag unter anderem daran, dass erfragte Daten in einigen Einrichtungen nicht digital vorlagen und händisch gesucht werden mussten.

Pandemie-bedingte Beeinträchtigung bei der Erhebung qualitativen Datenmaterials

Qualitative Interviews ließen sich aus organisatorischen Gründen (geringe zeitliche Ressourcen der Befragten) nicht wie geplant verwirklichen. Im Verlauf des Projektes hat sich zudem die Bereitschaft zu qualitativen Interviews verringert. Dies lag zum einen an den coronabedingten Zugangsbeschränkungen, zum anderen aber auch an den durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen der Pflege und Hausärzt:innen.

Systematische Erfassung der AMTS-Daten über Primärdaten

Die systematische Datenerfassung war entgegen dem Evaluationskonzept nur sehr eingeschränkt möglich. Ursprünglich war vorgesehen, dass die Evaluatoren die Daten selbst vor Ort in den Pflegeheimen erfassen. Durch die COVID-19 Pandemie war der Zugang zu den Pflegeheimen aber massiv eingeschränkt. Zwar konnten 341 Medikationspläne über den Studienzeitraum gesammelt werden, indem die Heime die Daten zur Verfügung stellten. Allerdings war die Erfassung von Stamm- und Labordaten, die essenzielle Daten wie Alter, Geschlecht, Grunderkrankungen und Surrogat-Parameter für Nieren- und Leberfunktion beinhalten, nur lückenhaft möglich. Zudem unterschieden sich die Formate der Medikationspläne stark und oft fehlten Angaben zur Indikation. Es ist außerdem anzumerken, dass aufgrund von pandemiebedingten Einschränkungen keine qualitativen Interviews durchgeführt werden konnten. Dies führte dazu, dass Indikationen nicht regelhaft erfasst wurden und die systematische Erfassung von Nebenwirkungen ausgesetzt werden musste.

Auswertung der Primärdaten in Bezug zur Arzneimitteltherapiesicherheit

Die Auswertung der sekundären Endpunkte gemäß dem Evaluationskonzept war nur beschränkt möglich. Sie wurde durch den eingeschränkten Software-Output und fehlende Angaben in den Medikationsplänen begrenzt. Insbesondere fehlende Dokumentationen von Indikationen (s.o.) führten dazu, dass eine umfassende Auswertung der Arzneimittel in Bezug auf fehlende Indikationen, sowie hinsichtlich der vom bestimmungsgemäßen Gebrauch abweichenden Dosierung oder Applikationsfrequenz nicht möglich war. Darüber hinaus konnten aufgrund der fehlenden Interviews insgesamt keine Nebenwirkungen erfasst werden, weshalb eine Quantifikation stark anticholinergischer Nebenwirkungen nicht möglich war. Die Auswertung der STOPP-Kriterien war ebenfalls nicht möglich, da diese nicht in den AMTS-checks der MediCheck-Software berücksichtigt wurden und auch die Grunderkrankungen nicht systematisch erfasst werden konnten. Die Auswertung der Verordnung von PRISCUS-Arzneimitteln war durch die Nichtverfügbarkeit des Alters vieler Patient:innen nur limitiert möglich.

Die Auswertung der kontraindizierten Kombinationen von QT-Zeit verlängernden Arzneimitteln war durch die Nichtverfügbarkeit von Alter und Geschlecht (Risikofaktoren für die Durchführung) nur begrenzt möglich. Zudem konnten Komorbiditäten im Interaktionscheck nicht berücksichtigt werden, was die Auswertung weiter einschränkte.

4.3 Empfehlungen der Evaluation

Die neue Versorgungsform im Projekt SaarPHIR wurde durch die Evaluation über die vier Reifegrade *(1) Entwicklung, (2) Pilotierung, (3) Initiale Implementierung und (4) Nachhaltigkeit* hinweg begleitet und durch summativ angelegte Wirksamkeitsanalysen sowie eine Prozessevaluation bewertet. Hierfür wurde ein breites Spektrum an quantitativen sowie qualitativen Methoden verwendet.

Die Bewertung der SaarPHIR-Intervention fällt insbesondere im Rahmen der Prozessevaluation positiv aus, da die Auswirkungen der neuen Versorgungsform unmittelbar nach Implementierung in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen für die Beteiligten einer Versorgergemeinschaft in Form proximaler Outcomes auf Prozessebene spürbar waren. Veränderungen zur bisherigen Versorgung der Pflegeheimbewohnenden erlebte das Gesundheitspersonal beispielsweise durch eine wahrgenommene Verbesserung in der Erreichbarkeit der Ärzt:innen, in einer stärker strukturierten Zusammenarbeit sowie in einer frühzeitigen Klärung gesundheitlicher Anliegen der Bewohner:innen und der damit erhöhten Sicherheit im Umgang mit medizinischen Ereignissen. Das Gesundheitspersonal konnte bereits zeitnah nach initialer Implementierung der neuen Versorgungsform diese Veränderungen in Interviews sowie Fokusgruppen dezidiert reflektieren.

Konvergierend hierzu zeigten sich in den Wirksamkeitsanalysen der SaarPHIR-Intervention Hinweise, die ebenso eine positive Bewertung der neuen Versorgungsform nahelegen, auch wenn die von Gesundheitspersonal beschriebene Verbesserung der Versorgung in den untersuchten patienten-relevanten Endpunkten (distale Outcomes) nicht statistisch signifikant nachweisbar war. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich nur ein geringer Anteil an Pflegeeinrichtungen und Ärzt:innen im Zeitraum der cRCT zu Versorgergemeinschaften zusammenschließen konnte und somit ausschließlich in diesen Einrichtungen Bewohner:innen durch die neue Form der Zusammenarbeit versorgt werden konnten. Die positiven Tendenzen wurden für die Wirksamkeitsanalysen besonders in der Sensitivitätsanalyse für den sekundären Endpunkt „Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle“ deutlich, für welchen sich eine Reduktion zeigte. Die Analyse basierte auf der Per Protocol Population und schloss damit für die Interventionsgruppe ausschließlich Heime mit realisierter Versorgergemeinschaft ein. Zudem

wurde von der Poisson Regression abgewichen und eine negativ-binomiale Regression durchgeführt, welche die Überdispersion adressierte, die bei der Auswertung von Hospitalisierungen zu erwarten ist. Dabei wird anders als bei der Poisson Regression von der Annahme zufällig auftretender wiederholter Ereignisse abgewichen, wodurch in der Folge eine validere Schätzung der Varianz zu erwarten ist (Glynn et al., 1993). Es ist zudem anzunehmen, dass der Endpunkt „Pflegeheim-sensitive Krankhausfälle“ aufgrund seines spezifischen Charakters für den Pflegeheimbereich wesentlich sensibler auf Verbesserungen in den Versorgungsprozessen reagiert und sich hierdurch Veränderungen stärker sowie frühzeitiger zeigen als für den primären Endpunkt Hospitalisierung.

Die Auswertungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) unterstützen die vorangegangene Interpretation der Daten. Zwar konnte für die sekundären Endpunkte in diesem Themenfeld kein deutlicher Interventionseffekt beobachtet werden, es zeigte sich aber, dass die Verwendung von PRISCUS-Arzneimitteln einen signifikanten Einfluss auf das Sterberisiko hatte. Ebenso veranschaulichen die präsentierten AMTS-Analysen, dass Arzneimittelinteraktionen, vor allem solche vom Schweregrad "kontraindiziert", die Sterbewahrscheinlichkeit erhöhen können und einen signifikanten Einfluss auf die Hospitalisierung haben. Dies unterstreicht die Bedeutung einer sorgfältigen Überprüfung und Steuerung der Medikationspläne, um das Risiko solcher Interaktionen zu reduzieren.

Die Auswertungen legen damit nahe, dass der für den im AMTS-Bereich ebenso ausgebliebene klare Interventionseffekt einer zu geringen Umsetzung der entsprechenden Interventionsbausteine geschuldet ist. Daher wird die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass eine reguläre Integration von AMTS-Prüfungen in den Therapieprozess die Gesamtzahl der Arzneimittelinteraktionen möglicherweise optimieren könnte. Insgesamt erfordern die Projektergebnisse aber weitere Untersuchungen, um die Wirksamkeit der Intervention genauer zu beurteilen und mögliche Verbesserungen in der medizinischen Betreuung und dem Risikomanagement älterer Patienten zu identifizieren.

Mit Blick auf die Versorgungskosten wird deutlich, dass die SaarPHIR-Intervention sich nicht auf die Gesamtkosten niederschlägt. In den regressionsanalytischen Betrachtungen der Interventions- und Kontrollgruppe konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Gesamtkosten sowie in der Mehrzahl der Leistungspositionen identifiziert werden. Es zeigte sich lediglich ein statistisch signifikanter Einfluss auf die Arzneimittelkosten, welche bei der Intervention etwas höher ausfielen. Ggf. wurden hier etwas häufiger Arzneimitteltherapien initiiert, um Krankenhauseinweisungen vorzubeugen. Sowohl die Anzahl der Aufenthalte als auch die Anzahl der Krankenhaustage fielen für die Interventionsgruppe zumindest numerisch geringer aus.

Alle Ergebnisse in der Gesamtschau betrachtet führen unter Berücksichtigung der dargelegten Limitationen aus Sicht der Evaluation zu der Empfehlung, eine Überführung der SaarPHIR-Intervention in die Regelversorgung anzustreben. Obwohl die erfolgten Untersuchungen keine statistisch signifikante Verminderung von Krankenhausaufenthalten im Allgemeinen im Projektzeitraum nachweisen konnten, ist anzunehmen, dass die neue Versorgungsform in der Regelversorgung zu einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheimsetting führt, wenn diese strukturiert und durch politische Maßnahmen begleitet (z.B. Schaffung finanzieller Anreize) implementiert wird. Insbesondere die folgenden Interventionskomponenten sowie Implementierungsstrategien haben sich in der Prozessevaluation als vorteilhaft für die Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim herausgestellt und sollten bei Überführung in die Regelversorgung beibehalten werden:

- Bildung von Versorgergemeinschaften, idealerweise begleitet durch Abschluss eines Kooperationsvertrags zur Unterstützung eines verbindlichen Charakters;
- Erweiterte Rufbereitschaft;
- Vor-Wochenend-Visite;
- Teambesprechungen, idealerweise multiprofessionell ausgestaltet.

Darüber hinaus betonen die Auswertungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit die Notwendigkeit einer regelmäßigen und strukturierten AMTS-Prüfung in Alten- und Pflegeheimen. Diese kann dabei helfen, die Anzahl von Arzneimittelinteraktionen zu reduzieren, was wiederum die Qualität der Arzneimitteltherapie verbessert. Dabei wäre es ratsam, die AMTS-Prüfungen fest in den Therapieprozess zu integrieren und medizinisches Personal in Bezug auf ihre Wichtigkeit zu schulen. Auch sollten Ärzte, Pflegekräfte und Apotheker darauf hinarbeiten, den Einsatz dieser Medikamente zu reduzieren, insbesondere wenn sicherere Alternativen verfügbar sind. Eine aufmerksame Überwachung und regelmäßige Überprüfung der Medikationspläne der Patienten kann dazu beitragen, den Einsatz von PRISCUS-Arzneimitteln zu minimieren und damit das allgemeine Gesundheitsrisiko zu verringern. Gleiches wird für die Reduktion von Arzneimittelinteraktionen empfohlen.

Um darzustellen, in wie weit die SaarPHIR-Intervention in ihrer aktuellen Beschaffenheit eine nachhaltige Veränderung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim gewährleisten könnte, haben die Evaluator:innen auf Basis des NHS Sustainability Models eine Bewertung des Nachhaltigkeitspotentials vorgenommen. Aus den Ergebnissen lassen sich die nachfolgend benannten Empfehlungen ableiten, welche wichtige Weiterentwicklungsbedarfe bei Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung thematisieren:

1. Entwicklung eines Aufklärungsmodul für Bewohner:innen und deren Angehörige: Vermittlung über Wissen zur Notwendigkeit einer Vermeidung nicht notwendiger Krankenhauseinweisungen.
2. Stärkung des Advance Care Plannings (ACP) im Pflegeheimsetting durch die prozessuale Einbindung in die Versorgergemeinschaft.
3. Organisationale Verankerung von Zuständigkeiten, z.B. durch Aufnahme der Koordinationstätigkeit der Pflegefachkräfte in die Stellenbeschreibung (Aufbauorganisation einer Einrichtung).
4. Adäquate Finanzierung der Leistungen sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite.
5. Aufnahme von Qualitätsindikatoren in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und Integration der neuen Leistungen in das Qualitätsmanagementsystem durch Einbezug in Aktivitäten des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (PDCA-Zyklus).
6. Entwicklung eines einrichtungsinternen oder regionalen Schulungsangebots zu verschiedenen Aspekten der Versorgergemeinschaft, z.B. Management und Koordination, interprofessionelle Zusammenarbeit, Kommunikation usw.

5. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2021). *Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2021-09_01.pdf <https://doi.org/10.6101/AZQ/000482>
- Bader, A., Keller, S. auf dem, Puteanus, U. & Wessel, T. (2003). Erhalten die Bewohner von Pflegeheimen vor Ort die richtigen Arzneimittel? *Das Gesundheitswesen*, 65(4), 236–242. <https://doi.org/10.1055/s-2003-39026>
- Balzer, K., Butz, S., Bentzel, J., Boulkhemair, D. & Lühmann, D. (2013). *Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland*. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf
- Bartholomeyczik, S., Donath, E., Schmidt, S., Rieger, M. A., Berger, E., Wittich, A. & Dietlerle, W. E. (2008). *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*. Dortmund. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2032.html>
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. <https://www.jstatsoft.org/article/view/v067i01>
- Bienstein, C. & Bohnet-Joschko, S. (2015). *Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim: Abschlussbericht zum gleichnamigen Forschungsvorhaben, gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung*. Department für Pflegewissenschaft, Fakultät Gesundheit. Witten. Universität Witten-Herdecke. https://www.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/04_W/06_Lehrstuehle/Management_Innovation_Gesundheitswesen/08_Projekte/Archiv/iva-abschlussbericht.pdf
- Bienstein, C., Bohnet-Joschko, S., Chikhradze, N., Graf, G., Hartenstein-Pinter, A., Krüger, C., Segmüller, T. & Zippel, C. (2016). *Weniger Krankenhaus - mehr Lebensqualität: Wege zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen (Altenpflege)*. Hannover. Vincentz Network GmbH & Co. KG. https://www.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/04_W/06_Lehrstuehle/Management_Innovation_Gesundheitswesen/09_Publikationen/2016_Weniger_Krankenhaus_-_Mehr_Lebensqualitaet.pdf
- Bindraban, A. N., Rolvink, J., Berger, F. A., van den Bemt, P. M. L. A., Kuijper, A. F. M., van der Hoeven, R. T. M., Mantel-Teeuwisse, A. K. & Becker, M. L. (2018). Development of a risk model for predicting QTc interval prolongation in patients using QTc-prolonging drugs. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 40(5), 1372–1379. <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0692-y>
- Bohnet-Joschko, S., Valk-Draad, M. P., Schulte, T. & Groene, O. (2021). Nursing home-sensitive conditions: analysis of routine health insurance data and modified Delphi analysis of potentially avoidable hospitalizations. *F1000Research*, 10, 1223. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35464174/>
- Brooks, M., Kristensen, K., Benthem, K., Magnusson, A., Berg, C., Nielsen, A., Skaug, H., Mächler, M. & Bolker, B. M. (2017). glmTMB Balances Speed and Flexibility Among Packages for Zero-inflated Generalized Linear Mixed Modeling. *The R Journal*, 9(2), 378–400. <https://journal.r-project.org/articles/RJ-2017-066/>

- Brühmann, B. A., Reese, C., Kaier, K., Ott, M., Maurer, C., Kunert, S., Saurer, B. R. & Farin, E. (2019). A complex health services intervention to improve medical care in long-term care homes: study protocol of the controlled coordinated medical care (CoCare) study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 332. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4156-4>
- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit. (2019). *Evaluationsbericht Stufe II (Weiterführende Evaluation) von Kooperations- und Koordinierungsleistungen in Kooperationsverträgen nach §119b Abs. 3 SGB V*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2019_12_05_Evaluationsbericht_BA__Stufe_II_Kooperation_Pflegeheim.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021a). *Daten des Gesundheitswesens 2021*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/220125_BMG_DdGW_2021_bf.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021b). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf
- Büschgens, T., Bausch, A. & Balkin, D. B. (2013). Organizational Culture and Innovation: A Meta-Analytic Review. *Journal of Product Innovation Management*, 30(4), 763–781. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpim.12021>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19664226/>
- Deutsche Diabetes Gesellschaft. (2018). *S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter*. https://www.ddg.info/behandlung/leitlinien?tx_wwt3list_recordlist%5Baction%5D=index&tx_wwt3list_recordlist%5Bcontroller%5D=Recordlist&tx_wwt3list_recordlist%5Bpage%5D=1&cHash=44560f45464ffc681e53d48bb20e7d0c#filtersSubmitted
- Deutsche Forschungsgemeinschaft. (2013). Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. In Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.), *Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis*. Wiley-VCH. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9783527679188.oth1>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. *DEGAM-Leitlinie Nr. 9: Herzinsuffizienz – Teil 1*. http://web.uni-frankfurt.de/fb16/allgemeinmedizin/forschung2/lit/herz_Langfassung_Herzinsuffizienz_1_InternetB.pdf
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). *Springer-Lehrbuch*. Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Dresing, T. & Pehl, T. (Hrsg.). (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag. https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf
- Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U. & Lowthian, J. (2014). A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities.

- Age and Ageing*, 43(6), 759–766. <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afu117>
- Edelman, P., Fulton, B. R., Kuhn, D. & Chang, C.-H. (2005). A comparison of three methods of measuring dementia-specific quality of life: perspectives of residents, staff, and observers. *The Gerontologist*, 45(Issue suppl_1), 27–36. https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.27
- Faisst, C. & Sundmacher, L. (2015). Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Eine inter-nationale Übersicht mit Schlussfolgerungen für einen deutschen Katalog [Ambulatory care-sensitive conditions: an international overview with conclusions for a German catalogue]. *Das Gesundheitswesen*, 77(03), 168–177. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1377033>
- Fassmer, A. M. & Hoffmann, F. (2019). Acute health care services use among nursing home residents in Germany: a comparative analysis of out-of-hours medical care, emergency department visits and acute hospital admissions. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1359–1368. <http://link.springer.com/10.1007/s40520-019-01306-3>
- Fassmer, A. M. & Pulst, A. (2021). *Ergebnisbericht HOMERN*. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/83/2021-07-01_Homern_Ergebnisbericht.pdf
- Faulbaum, F., Prüfer, P. & Rexroth, M. (2009). *Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität* (1. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fischbeck, S. & Laubach, W. (2005). Arbeitssituation und Mitarbeiterzufriedenheit in einem Universitätsklinikum: Entwicklung von Messinstrumenten für ärztliches und pflegerisches Personal [Work situation and job satisfaction in an university hospital: development of questionnaires for physicians and nurses]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55(6), 305–314. https://eref.thieme.de/ejournals/1439-1058_2005_06#/10.1055-s-2004-834753
- Garfinkel, D. & Mangin, D. (2010). Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults. *Archives of Internal Medicine*, 170(18), 1648–1654. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.355>
- Garfinkel, D., Zur-Gil, S. & Ben-Israel, J. (2007). The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *The Israel Medical Association journal (IMAJ)*, 9(6), 430–434. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17642388>
- Glynn, R. J., Stukel, T. A., Sharp, S. M., Bubolz, T. A., Freeman, J. L. & Fisher, E. S. (1993). Estimating the variance of standardized rates of recurrent events, with application to hospitalizations among the elderly in New England. *American Journal of Epidemiology*, 137(7), 776–786. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8484369/>
- Grant, A., Treweek, S., Dreischulte, T., Foy, R. & Guthrie, B. (2013). Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions: a proposed framework for design and reporting. *Trials*, 14, 15. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-14-15>
- Gray, B. (2022). *cmprsk: Subdistribution Analysis of Competing Risks*. <https://cran.r-project.org/web/packages/cmprsk/>
- Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U. & Rönsch, Hannelore. (2005). *SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen* (1. Auflage). Vincentz Network. <https://www.worlcat.org/de/title/254925953>

- Hasenberg, G. & Loytved, C. (2017). Was braucht es, um neue Projekte und Massnahmen in die Praxis zu implementieren? *Die Schweizer Hebamme*, 7(8), 41–43. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/2462>
- Haugaa, K. H., Bos, J. M., Tarrell, R. F., Morlan, B. W., Caraballo, P. J. & Ackerman, M. J. (2013). Institution-wide QT alert system identifies patients with a high risk of mortality. *Mayo Clinic proceedings*, 88(4), 315–325. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.01.013>
- Hoffmann, F. & Allers, K. (2017). Variations over time in the effects of age and sex on hospitalization rates before and after admission to a nursing home: A German cohort study. *Maturitas*, 102, 50–55. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512217301263>
- Hogg, W., William, Rowan, M., Russell, G., Geneau, R. & Muldoon, L. (2008). Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 308–313. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18055502/>
- Holt, S., Schmiedl, S. & Thürmann, P. A [P. A.]. (2011). *PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen*. <https://media.gelbe-liste.de/documents/priscus-liste.pdf>
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. 2. Auflage. Springer.
- Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses. (2021). *Beschluss: des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt Homern (01VSF16055)*. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/82/2021-07-01_Homern.pdf
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (2021). *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Springer Berlin, Heidelberg. <https://link.springer.com/10.1007/978-3-662-63107-2>
- Jaehde, U. & Thürmann, P. (2018). Arzneimitteltherapiesicherheit bei Heimbewohnern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(9), 1111–1118. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2796-x>
- Kada, O., Brunner, E., Likar, R., Pinter, G., Leutgeb, I., Francisci, N., Pfeiffer, B. & Janig, H. (2011). Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück... Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen From the nursing home to hospital and back again... a mixed methods study on hospital transfers from nursing homes [From the nursing home to hospital and back again... A mixed methods study on hospital transfers from nursing homes]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(10), 714–722. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921711000894>
- Kada, O., Janig, H. & Likar, Rudolf, Pinter Georg, Cernic K. (2013). Versorgung optimieren, vermeidbare Krankenhaustransporte reduzieren: Eine Interventionsstudie in Kärntner Pflegeheimen. In Likar, Rudolf, Schippinger, Walter, Janig, Herbert, Kada, Olivia & K. Cernic (Hrsg.), *Geriatrische Notfallversorgung: Strategien und Konzepte* (S. 227–250). Springer.
- Kane, R. L., Huckfeldt, P., Tappen, R., Engstrom, G., Rojido, C., Newman, D., Yang, Z. & Ouslander, J. G. (2017). Effects of an Intervention to Reduce Hospitalizations From Nursing Homes: A Randomized Implementation Trial of the INTERACT Program. *JAMA Internal Medicine*, 177(9), 1257–1264. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28672291/>

- Karsch-Völk, M., Lüssenheide, J., Linde, K., Schmid, E. & Schneider, A. (2015a). Entwicklung eines Kriterienkatalogs für eine gelungene ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(8), 570–577. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1865921715001348>
- Karsch-Völk, M., Lüssenheide, J., Linde, K., Schmid, E. & Schneider, A. (2015b). Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten? – Ergebnisse einer Mixed Methods Querschnittserhebung in bayerischen Pflegeeinrichtungen. *Das Gesundheitswesen*, 78(11), 742–748. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1548856>
- Karsh, B.-T. (2004). Beyond usability: designing effective technology implementation systems to promote patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), 388–394. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15465944/>
- Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. & Mostert, C. (Hrsg.). (2021). *Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt* (1. Auflage). Springer Berlin, Heidelberg. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-62708-2>
- Kleina, T., Horn, A., Suhr, R. & Schaeffer, D. D. (2017). Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung [Current Status of Medical Care for Nursing Home Residents in Germany - Results of an Empirical Study]. *Das Gesundheitswesen*, 79(5), 382–387. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0035-1549971>
- Kleinman, K., Sakrejda, A., Moyer, J., Nugent, J., Reich, N. & Obeng, D. (2017). *clusterPower: Power Calculations for Cluster-Randomized and Cluster-Randomized Crossover Trials*. <https://rdrr.io/cran/clusterPower/>
- Krause, O., Wiese, B., Doyle, I.-M., Kirsch, C., Thürmann, P., Wilm, S., Sparenberg, L., Stolz, R., Freytag, A., Bleidorn, J. & Junius-Walker, U. (2019). Multidisciplinary intervention to improve medication safety in nursing home residents: protocol of a cluster randomised controlled trial (HIOPP-3-iTBX study). *BMC Geriatrics*, 19(1), 24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6347799/>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4., überarbeitete Aufl.). *Grundlagentexte Methoden*. Beltz Juventa.
- Lemoyne, S. E., Herbots, H. H., Blick, D. de, Remmen, R., Monsieurs, K. G. & van Bogaert, P. (2019). Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30665362/>
- Leutgeb, R., Berger, S. J., Szecsenyi, J. & Laux, G. (2019). Potentially avoidable hospitalisations of German nursing home patients? A cross-sectional study on utilisation patterns and potential consequences for healthcare. *BMJ Open*, 9(1), e025269. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670526/>
- Maher, L., Gustafson, D., Evans & Alyson. (2010). *Sustainability: Model and Guide*. NHS Institute for Innovation and Improvement. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/NHS-Sustainability-Model-2010.pdf>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlagsgruppe.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *The BMJ*, 350, h1258. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4366184/>

- Moßhammer, D., Haumann, H., Mörike, K. & Joos, S. (2016). Polypharmacy—an Upward Trend with Unpredictable Effects. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(38), 627–633. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0627>
- Mukherjee, B., Ou, H.-T., Wang, F. & Erickson, S. R. (2011). A new comorbidity index: the health-related quality of life comorbidity index. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(3), 309–319. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21147517/>
- Müller, C., Hesjedal-Streller, B., Fleischmann, N., Tetzlaff, B., Mallon, T., Scherer, M., Köpke, S., Balzer, K., Gärtner, L., Maurer, I., Friede, T., König, H.-H. & Hummers, E. (2020). Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents (interprof ACT): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 21(1), 913. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04736-x>
- Nazir, A., Unroe, K., Tegeler, M., Khan, B., Azar, J. & Boustani, M. (2013). Systematic Review of Interdisciplinary Interventions in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 471–478. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861013000832>
- Ouslander, J. G., Lamb, G., Tappen, R., Herndon, L., Diaz, S., Roos, B. A., Grabowski, D. C. & Bonner, A. (2011). Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 745–753. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2011.03333.x>
- Pfaff, H., Neugebauer, E., Schrappe, M. & Glaeske, G. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung* (2., vollständig überarbeitete Auflage). Schattauer. <https://shop.thieme.de/Lehrbuch-Versorgungsforschung/9783794590681>
- Plsek, P. E. & Wilson, T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *The BMJ*, 323(7315), 746–749. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11576986/>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health*, 38(2), 65–76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20957426/>
- Quan, H., Li, B., Couris, C. M., Fushimi, K., Graham, P., Hider, P., Januel, J.-M. & Sundarajan, V. (2011). Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *American Journal of Epidemiology*, 173(6), 676–682. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21330339/>
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W. & Weaver, N. L. (2008). A Glossary for Dissemination and Implementation Research in Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 117–123. <https://sites.bu.edu/ciis/files/2016/07/Rabin-2008.pdf>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD000072. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub3/full>
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A Systematic Approach* (7, illustriert). SAGE Publications. https://books.google.de/books/about/Evaluation.html?id=8K3Ax5s7x5oC&redir_esc=y

- Schippinger, W., Pilgram Erwin H. & Hartinger Gerd. (2013). Geriatischer Konsiliardienst - GEKO: Hochqualitative geriatische Versorgung von Patienten in Pflegeheimen durch einen internistisch-fachärztlichen Konsiliardienst und Auswirkung in der Landeshauptstadt Graz. In Likar, Rudolf, Schippinger, Walter, Janig, Herbert, Kada, Olivia & K. Cernic (Hrsg.), *Geriatische Notfallversorgung: Strategien und Konzepte* (S. 195–226). Springer.
- Schlicht, W. & Zinsmeister, M. (2015). *Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren. Lehrbuch*. Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-46989-7>
- Schmitt, J. in der, Nauck, F. & Marckmann, G. (2019). „Behandlung im Voraus Planen“: Advance Care Planning: a new concept to ensure that patients' preferences are known and honoured [Advance Care Planning: a new concept to ensure that patients' preferences are known and honoured]. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 161(11), 38–43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31183698/>
- Schot, E., Tummers, L. & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31329469/>
- Schrapp, M. & Pfaff, H. (2016). Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept [Health services Research Faces New Challenges: Consequences for Definition and Concept]. *Das Gesundheitswesen*, 78(11), 689–694. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-116230.pdf>
- Schubert, I., Ihle, P. & Köster, I. (2010). Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition [Internal confirmation of diagnoses in routine statutory health insurance data: concept with examples and case definitions]. *Das Gesundheitswesen*, 72(6), 316–322. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0030-1249688>
- Schulz, M., Czwikla, J., Schmidt, A., Tsiasioti, C., Schwinger, A., Gerhardus, A., Schmie-mann, G., Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2021). Fachärztliche Unterversorgung bei Heimbewohnern – Prävalenzstudie und Hochrechnung [Medical specialist undertreatment in nursing home residents-Prevalence and extrapolation]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54, 479–484. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-021-01865-z>
- Shield, R., Rosenthal, M., Wetle, T., Tyler, D., Clark, M. & Intrator, O. (2014). Medical staff involvement in nursing homes: development of a conceptual model and research agenda. *Journal of Applied Gerontology*, 33(1), 75–96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24652944/>
- Sjoberg, D. D., Baillie, M., Haesendonckx, S. & Treis, T. (2023). *ggsurvfit: Flexible Time-to-Event Figures*. <https://cran.r-project.org/web/packages/ggsurvfit/index.html>
- Sjoberg, D. D. & Fei, T. (2022). *tidycmprsk: Competing Risks Estimation*. <https://cran.r-project.org/package=tidycmprsk>
- Sjoberg, D. D., Whiting, K., Curry, M., Lavery, J. & Larmarange, J. (2021). Reproducible Summary Tables with the gtsurvfit Package. *The R Journal*, 13(1), 570–580. <https://pdfs.semanticscholar.org/c684/3b2bf82842f2c47fe2dae2979cdc87a6d2f9.pdf>
- Sommer, S., Marckmann, G., Pentzek, M., Wegscheider, K., Abholz, H.-H. & Schmitt, J. in der (2012). Advance directives in nursing homes: prevalence, validity, significance, and

- nursing staff adherence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(37), 577–583. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23093987/>
- Statistisches Amt Saarland. (2019). *Statistische Berichte. Pflegestatistik im Saarland 2019: Pflegebedürftige im Saarland am 15. Dezember 2019*. https://www.saarland.de/stat/DE/_downloads/aktuelleBerichte/K/KVIII.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Statistisches Bundesamt. (2010). *Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern* (Heft 2). Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Publicationen/Downloads/krankenhausbehandlung-pflegebeduerftige-5871102109004.html>
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Pflegestatistik 2019: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile
- Stockmann, R. (2006). *Evaluation und Qualitätsentwicklung: Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement. Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung: Bd. 5*. Waxmann.
- Sundmacher, L. & Burgdorf, F. (2014). Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(13), 215–223. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24739884/>
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W., Naumann, C., Augustin, U. & Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy*, 119(11), 1415–1423. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851015001943>
- Swart, E., Ihle, P., Gothe, H. & Matusiewicz, D. (2014). *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven* (2., vollst. überarb. u. erw. Edition). Hogrefe AG.
- Therneau, T. M. & Grambsch, P. M. (2000). *Modeling Survival Data: Extending the Cox Model* (1. Aufl.). *Statistics for Biology and Health*. Springer New York. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4757-3294-8>
- Tisdale, J. E. (2016). Drug-induced QT interval prolongation and torsades de pointes. *Canadian Pharmacists Journal*, 149(3), 139–152. <https://doi.org/10.1177/1715163516641136>
- Uhrhan, T. & Schaefer, M. (2010). Arzneimittelversorgung und Arzneimittelsicherheit in stationären Pflegeeinrichtungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53, 451–459. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1053-8>
- van den Bussche, H., Koller, D., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., Leitner, E.-C. von, Schäfer, I. & Schön, G. (2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 11(1), 101. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-101>
- Vandael, E., Vandenberk, B., Vandenbergh, J., van den Bosch, B., Willems, R. & Foulon, V. (2018). A smart algorithm for the prevention and risk management of QTc prolongation based on the optimized RISQ-PATH model. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84(12), 2824–2835. <https://doi.org/10.1111/bcp.13740>

- Venables, W. N. & Ripley, B. D. (2002). *Modern Applied Statistics with S* (4 Aufl.). *Statistics and Computing*. Springer New York. <http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-21706-2>
<https://doi.org/10.1007/978-0-387-21706-2>
- Vetrano, D. L., Calderón-Larrañaga, A., Marengoni, A., Onder, G., Bauer, J. M., Cesari, M., Ferrucci, L. & Fratiglioni, L. (2018). An International Perspective on Chronic Multimorbidity: Approaching the Elephant in the Room. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical*, 73(10), 1350–1356. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx178>
- Warth, R. von der, Kaiser, V., Reese, C., Brühmann, B. A. & Farin-Grattacker, E. (2021). Barriers and facilitators for implementation of a complex health services intervention in long-term care homes: a qualitative study using focus groups. *BMC Geriatrics*, 21(1), 632. <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02579-y>
- Weinand, S., Thürmann, P. A., Dröge, P., Koetsenruijter, J., Klor, M. & Grobe, T. G. (2022). Potentiell inadäquate Medikation bei Heimbewohnern: Eine Analyse von Risikofaktoren anhand bundesweiter GKV-Routinedaten der AOK für das Jahr 2017. *Das Gesundheitswesen*, 84(05), 448–456. <https://doi.org/10.1055/a-1335-4512>
- Woosley, R. L. (2022). Assisted prescribing: Clinical decision support with MedSafety Scan now available. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 32(1), 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2020.11.002>
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- Zeeh, D. & Zeeh, J. (2021). Hausbesuch im Altenheim [Home visit in the nursing home - Adapted medication and timely switch to palliative treatment goals important]. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 163, 51–54. <https://link.springer.com/article/10.1007/s15006-021-0082-6>
- Zolezzi, M. & Cheung, L. (2018). A literature-based algorithm for the assessment, management, and monitoring of drug-induced QTc prolongation in the psychiatric population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 105–114. <https://doi.org/10.2147/NDT.S186474>
- Zúñiga, F., Guerbaai, R.-A., Geest, S. de, Popejoy, L. L., Bartakova, J., Denhaerynck, K., Trutschel, D., Basinska, K., Nicca, D., Kressig, R. W., Zeller, A., Wellens, N. I. H., Pietro, C. de, Desmedt, M., Serdaly, C. & Simon, M. (2022). Positive effect of the IN-TERCARE nurse-led model on reducing nursing home transfers: A nonrandomized stepped-wedge design. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(5), 1546–1557. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.17677>

6. Anhang

Anhang 1

Fragebögen der quantitativen Prozessevaluation (htw saar)

Anhang 2

Ergebnistabelle der quantitativen Prozessevaluation (htw saar)

Anhang 3

Ergebnisgrafiken der quantitativen Prozessevaluation (htw saar)

Anhang 4

Logic Model zur SaarPHIR-Intervention (htw saar)

Anhang 5

Interviewleitfäden, kodierte Kategorien, Datenschutzerklärung und Ankerbeispiele der qualitative Prozessevaluation (htw saar)

Anhang 6

Erhebungsinstrumente für die Primärdatenerhebung im Rahmen der summativen Evaluation (BKG)

Anhang 7

Originale Version des Sustainability Models (BKG, htw saar, Uds)

Anhang 8

Fragebögen zur Arzneimitteltherapiesicherheit (Uds)

Anhang 9

Datensatzbeschreibung der im Rahmen der summativen Evaluation ausgewerteten Routinedaten sowie der abgerechneten Interventionsleistung (BKG)

7. Anlagen

Nicht zutreffend

Anhang 1 zum Bericht SaarPHIR

**über die Auswertung der sekundären Endpunkte anhand der Primär-
daten zu Struktur- und Prozessqualität**

17.08.2022	Final 1.0	First final version

Prof. Dr. Iris Burkholder
Prof. Dr. Dagmar Renaud
Marion Al-Qadi (M.Eval)
Sabine Bunjes-Schmieger (M.Eval)

Hochschule für Technik und Wirtschaft (htw saar)
Department Gesundheit und Pflege
Goebenstr. 40
66117 Saarbrücken

Inhaltsverzeichnis

1 Fragebogen 01 (Pflegeeinrichtungen).....	3
1.1 Fragebogen 01 - Ersterhebung	3
1.2 Fragebogen 01 - Folgeerhebung.....	7
2 Fragebogen 02 (Pflegeeinrichtungen, Versorgungsgemeinschaft).....	11
2.1 Fragebogen 02 - Ersterhebung	11
2.2 Fragebogen 02 - Folgeerhebungen.....	18
3 Fragebogen 03 (Pflegeeinrichtungen).....	30
4 Fragebogen 04 (Hausarztpraxen)	36
4.1 Fragebogen 04 - Ersterhebung	36
4.2 Fragebogen 04 - Folgeerhebung.....	40
6 Fragebogen 06 (Pflegeeinrichtungen).....	44
7 Fragebogen 07 (Hausarztpraxen)	46

1 Fragebogen 01 (Pflegeeinrichtungen)

1.1 Fragebogen 01 - Ersterhebung





10661487

E:

Fragebogen-Nummer: 0 1 - -

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein: _____ * _____ * _____
Tag Monat Jahr

1. Allgemeine Strukturen Ihrer Pflegeeinrichtung		
1.1 In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Pflegeeinrichtung?		
öffentlich	<input type="checkbox"/>	
freigemeinnützig (kirchlich oder Wohlfahrtsverband)	<input type="checkbox"/>	
privat	<input type="checkbox"/>	
1.2 Über wie viele zugelassene Plätze in der stationären Langzeitpflege verfügt Ihre Einrichtung? (ohne Kurzzeitpflegeplätze)		
_____	Plätze in der stationären Langzeitpflege (Anzahl)	
1.3 Wie viele Bewohner/-innen leben aktuell in Ihrer Pflegeeinrichtung?		
_____	Bewohner/-innen in der stationären Langzeitpflege (Anzahl)	
1.4 Wie viele Bewohner/-innen weisen welchen Krankenversicherungsstatus auf? (Gesetzliche Krankenkasse=GKV, private Krankenversicherung=PKV)		
GKV-versicherte Bewohner/-innen (Anzahl)	PKV-versicherte Bewohner/-innen (Anzahl)	Bewohner/-innen mit einer sonstigen Krankenversicherung (z.B. ausländische Krankenversicherung) (Anzahl)

Zielgruppe im Projekt SaarPHIR sind GKV-versicherte Bewohner/-innen in der stationären Langzeitpflege.

Alle nachfolgenden Fragen beziehen sich daher ausschließlich auf Bewohner/-innen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

1.5 Wie viele GKV-versicherte Bewohner/-innen Ihrer Pflegeeinrichtung weisen welchen Pflegegrad auf?					
Pflegegrad 1 (Anzahl)	Pflegegrad 2 (Anzahl)	Pflegegrad 3 (Anzahl)	Pflegegrad 4 (Anzahl)	Pflegegrad 5 (Anzahl)	ohne Pflegegrad (Anzahl)
1.6 Wie viele männliche und wie viele weibliche GKV-Versicherte wohnen in Ihrer Einrichtung?					
_____ männliche Bewohner (Anzahl)					
_____ weibliche Bewohnerinnen (Anzahl)					
1.7 Wie ist das Durchschnittsalter der GKV-versicherten Bewohner/-innen Ihrer Pflegeeinrichtung?					
_____ Jahre im Durchschnitt					



10661487

Fragebogen-Nummer: - - **E:**

1.8 Wie ist der vorgesehene Personalschlüssel Ihrer Pflegeeinrichtung?
 Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl der in den entsprechenden Berufsgruppen vorgesehenen vollzeitäquivalenter Stellen (VZÄ Stellen) an!

(Alten)Pflegefachkräfte mit 3-jähriger Ausbildung (Anzahl VZÄ Stellen)	(Alten)Pflegehilfskräfte mit Ausbildung < 3 Jahre (Anzahl VZÄ Stellen)	Betreuungskräfte nach SGB XI 43 b (Anzahl VZÄ Stellen)	Hauswirtschaftskräfte (Anzahl VZÄ Stellen)	therapeutisches Personal (z. B. Ergotherapie) oder Sozialdienst (Anzahl VZÄ Stellen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.8.1 Inwieweit sind diese vorgesehenen Stellen aktuell besetzt? Wie viele Stellen sind nicht besetzt?
 Es sind alle Stellen besetzt ja nein
 ->weiter mit Frage 2.1

->Folgende Stellen sind nicht besetzt:

(Alten)Pflegefachkräfte mit 3-jähriger Ausbildung (Anzahl VZÄ Stellen)	(Alten)Pflegehilfskräfte mit Ausbildung < 3 Jahre (Anzahl VZÄ Stellen)	Betreuungskräfte nach SGB XI 43 b (Anzahl VZÄ Stellen)	Hauswirtschaftskräfte (Anzahl VZÄ Stellen)	therapeutisches Personal (z. B. Ergotherapie) oder Sozialdienst (Anzahl VZÄ Stellen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Strukturen der ärztlichen Versorgung von GKV-versicherten Bewohner/-innen Ihrer Pflegeeinrichtung vor dem Start des Projekts SaarPHIR

2.1 Hatte Ihre Pflegeeinrichtung vor dem Start des Projekts SaarPHIR besondere vertragliche Vereinbarungen mit Hausärzten/-innen und/oder Fachärzten/-innen?

Nein

Ja, im Rahmen von § 119 b Sozialgesetzbuch V (Vertrag zur ambulanten Behandlung in Pflegeeinrichtung)

Ja, im Rahmen von § 140 a Sozialgesetzbuch V (Vertrag zur besonderen, sektorenübergreifenden Versorgung)

Ja, sonstige vertragliche Vereinbarungen:

->Bitte führen Sie diese auf: _____

2.2 Wie viele Hausärzte/-innen versorgen in Ihrer Pflegeeinrichtung regelmäßig (mindestens 1x pro Quartal) Bewohner/-innen?

_____ Anzahl der Hausärzte/-innen



10661487

E:

Fragebogen-Nummer:

0 1 - [] - [] []

2.3 Welche Fachärzte/-innen versorgen in Ihrer Pflegeeinrichtung regelmäßig (mindestens 1x pro Quartal) Bewohner/-innen?
(Mehrfachnennung möglich)

Zahnärzte/-innen

Augenärzte/-innen

Neurologen/-innen

HNO-Ärzte/-innen

Sonstige:

Welche? _____

2.4 Wie viele Bewohner/-innen werden von den einzelnen Hausärzten/-innen versorgt?

_____ Hausärzte/-innen (Anzahl) versorgen _____ Bewohner/-innen (Anzahl).

2.5 Wer veranlasst in welcher Häufigkeit die Visiten der Hausärzte/-innen bei den von ihnen versorgten Bewohner/-innen?
Gemeint sind regelmäßige Visiten zur Kontrolle des Gesundheitszustands. Nicht gemeint sind Visiten, die aufgrund einer Verschlechterung der Gesundheit von Bewohner/-innen initiiert werden. Bitte denken Sie dabei an die letzten 10 Visiten!

Wie viele Visiten von 10 wurden durch Pflegekräfte veranlasst? _____ Visiten

Wie viele Visiten von 10 wurden durch Hausärzte/-innen in Eigeninitiative veranlasst? _____ Visiten

Wie viele Visiten von 10 wurden durch Bewohner/-innen veranlasst? _____ Visiten

Wie viele Visiten von 10 wurden durch Angehörige oder gesetzliche Betreuer/-innen veranlasst? _____ Visiten

Wie viele Visiten von 10 wurden durch Fachärzte/-innen veranlasst? _____ Visiten

2.5.1 In welcher Häufigkeit findet eine zusätzliche Visite der Hausärzte/-innen statt, nachdem Bewohner/-innen aus dem Krankenhaus zurück in die Pflegeeinrichtung entlassen wurden?
Bitte denken Sie an die letzten 10 Fälle, in denen Bewohner/-innen aus dem Krankenhaus entlassen wurden!

In _____ der letzten 10 Fälle nach Krankenhausentlassung fand eine zusätzliche Visite bei aus dem Krankenhaus entlassenen Bewohner/-innen statt.



10661487

Fragebogen-Nummer: - - ^{E:}

2.6 Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Bewohners/einer Bewohnerin wird die jeweilige Hausärztin/der jeweilige Hausarzt kontaktiert. In welchen Zeiträumen kommen die Hausärzte/-innen im Allgemeinen ohne weitere Erinnerung in Ihre Pflegeeinrichtung?

_____ Hausärzte/-innen (Anzahl) kommen direkt am Tag der Kontaktaufnahme.

_____ Hausärzte/-innen (Anzahl) kommen am ersten Werktag nach Kontaktaufnahme.

_____ Hausärzte/-innen (Anzahl) kommen 2 bis 3 Werktagen nach Kontaktaufnahme.

_____ Hausärzte/-innen (Anzahl) kommen später als 3 Werktagen nach Kontaktaufnahme.

2.7 Über welche internen Regelungen zur Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen an Hausärzte/-innen verfügt Ihre Pflegeeinrichtung?

Bitte kreuzen Sie nur die Antwort an, die aus Ihrer Sicht am häufigsten zum Tragen kommt.

Die Pflegeeinrichtung verfügt über feste Ansprechpersonen, die für alle Bewohner/-innen zuständig sind.

Jeder Wohnbereich verfügt über feste Ansprechpersonen, die für die Bewohner/-innen eines Wohnbereiches zuständig sind.

Jede/-r einzelne Bewohner/-in verfügt über feste Ansprechpersonen, die für sie zuständig sind.

Die Pflegeeinrichtung verfügt über andere Regelungen.

->Bitte führen Sie auf, über welche anderen Regelungen zur Informationsübermittlung Ihre Pflegeeinrichtung verfügt!

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft)
 der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar)
 Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege
 Goebenstr. 40
 66117 Saarbrücken
 Telefon: 0681/5867-665
 E-Mail: dagmar.renaud@htwsaar.de

1.2 Fragebogen 01 - Folgerhebung



10661487

Fragebogen-Nummer: - -

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein:

Tag Monat Jahr

1. Allgemeine Strukturen Ihrer Pflegeeinrichtung		
1.1 In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Pflegeeinrichtung?		
öffentlich	<input type="checkbox"/>	
freigemeinnützig (kirchlich oder Wohlfahrtsverband)	<input type="checkbox"/>	
privat	<input type="checkbox"/>	
1.2 Über wie viele zugelassene Plätze in der stationären Langzeitpflege verfügt Ihre Einrichtung? (ohne Kurzzeitpflegeplätze)		
_____	Plätze in der stationären Langzeitpflege (Anzahl)	
1.3 Wie viele Bewohner/-innen leben aktuell in Ihrer Pflegeeinrichtung?		
_____	Bewohner/-innen in der stationären Langzeitpflege (Anzahl)	
1.4 Wie viele Bewohner/-innen weisen welchen Krankenversicherungsstatus auf? (Gesetzliche Krankenkasse=GKV, private Krankenversicherung=PKV)		
GKV-versicherte Bewohner/-innen (Anzahl)	PKV-versicherte Bewohner/-innen (Anzahl)	Bewohner/-innen mit einer sonstigen Krankenversicherung (z.B. ausländische Krankenversicherung) (Anzahl)
_____	_____	_____

Zielgruppe im Projekt SaarPHIR sind GKV-versicherte Bewohner/-innen in der stationären Langzeitpflege.

Alle nachfolgenden Fragen beziehen sich daher ausschließlich auf Bewohner/-innen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

1.5 Wie viele GKV-versicherte Bewohner/-innen Ihrer Pflegeeinrichtung weisen welchen Pflegegrad auf?					
Pflegegrad 1 (Anzahl)	Pflegegrad 2 (Anzahl)	Pflegegrad 3 (Anzahl)	Pflegegrad 4 (Anzahl)	Pflegegrad 5 (Anzahl)	ohne Pflegegrad (Anzahl)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
1.6 Wie viele männliche und wie viele weibliche GKV-Versicherte wohnen in Ihrer Einrichtung?					
_____ männliche Bewohner (Anzahl)					
_____ weibliche Bewohnerinnen (Anzahl)					
1.7 Wie ist das Durchschnittsalter der GKV-versicherten Bewohner/-innen Ihrer Pflegeeinrichtung?					
_____ Jahre im Durchschnitt					



10661487

Fragebogen-Nummer:

0	1
---	---

 -

--	--

 -

--	--

 E:

--	--

1.8 Wie ist der vorgesehene Personalschlüssel Ihrer Pflegeeinrichtung?
Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl der in den entsprechenden Berufsgruppen vorgesehenen vollzeitäquivalenter Stellen (VZÄ Stellen) an!

(Alten)Pflegefachkräfte mit 3-jähriger Ausbildung (Anzahl VZÄ Stellen)	(Alten)Pflegehilfskräfte mit Ausbildung < 3 Jahre (Anzahl VZÄ Stellen)	Betreuungskräfte nach SGB XI 43 b (Anzahl VZÄ Stellen)	Hauswirtschaftskräfte (Anzahl VZÄ Stellen)	therapeutisches Personal (z. B. Ergotherapie) oder Sozialdienst (Anzahl VZÄ Stellen)

1.8.1 Inwieweit sind diese vorgesehenen Stellen aktuell besetzt? Wie viele Stellen sind nicht besetzt?

Es sind alle Stellen besetzt ja nein
 ->weiter mit Frage 2.1

->Folgende Stellen sind nicht besetzt:

(Alten)Pflegefachkräfte mit 3-jähriger Ausbildung (Anzahl VZÄ Stellen)	(Alten)Pflegehilfskräfte mit Ausbildung < 3 Jahre (Anzahl VZÄ Stellen)	Betreuungskräfte nach SGB XI 43 b (Anzahl VZÄ Stellen)	Hauswirtschaftskräfte (Anzahl VZÄ Stellen)	therapeutisches Personal (z. B. Ergotherapie) oder Sozialdienst (Anzahl VZÄ Stellen)

2. Strukturen der ärztlichen Versorgung von GKV-versicherten Bewohner/-innen Ihrer Pflegeeinrichtung

2.1 Hat Ihre Pflegeeinrichtung besondere vertragliche Vereinbarungen mit Hausärzten/-Innen und/oder Fachärzten/-innen?

Nein

Ja, im Rahmen von § 119 b Sozialgesetzbuch V
(Vertrag zur ambulanten Behandlung in Pflegeeinrichtung)

Ja, im Rahmen von § 140 a Sozialgesetzbuch V
(Vertrag zur besonderen, sektorenübergreifenden Versorgung)

Ja, sonstige vertragliche Vereinbarungen:

->Bitte führen Sie diese auf: _____

2.2 Wie viele Hausärzte/-innen versorgen in Ihrer Pflegeeinrichtung regelmäßig (mindestens 1x pro Quartal) Bewohner/-innen?

_____ Anzahl der Hausärzte/-innen



10661487

Fragebogen-Nummer:

0	1	-		-		-		
---	---	---	--	---	--	---	--	--

 E:

--	--	--

<p>2.3 Welche Fachärzte/-innen versorgen in Ihrer Pflegeeinrichtung regelmäßig (mindestens 1x pro Quartal) Bewohner/-innen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p style="margin-left: 40px;">Zahnärzte/-innen <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Augenärzte/-innen <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Neurologen/-innen <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">HNO-Ärzte/-innen <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Sonstige: <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Welche? _____</p>
<p>2.4 Wie viele Bewohner/-innen werden von den einzelnen Hausärzten/-innen versorgt?</p> <p>_____ Hausärzte/-innen (Anzahl) versorgen _____ Bewohner/-innen (Anzahl).</p>
<p>2.5 Wer veranlasst in welcher Häufigkeit die Visiten der Hausärzte/-innen bei den von ihnen versorgten Bewohner/-innen? <i>Gemeint sind regelmäßige Visiten zur Kontrolle des Gesundheitszustands. Nicht gemeint sind Visiten, die aufgrund einer Verschlechterung der Gesundheit von Bewohner/-innen initiiert werden. Bitte denken Sie dabei an die letzten 10 Visiten!</i></p> <p style="margin-left: 40px;">Wie viele Visiten von 10 wurden durch Pflegekräfte veranlasst? _____ Visiten</p> <p style="margin-left: 40px;">Wie viele Visiten von 10 wurden durch Hausärzte/-innen in Eigeninitiative veranlasst? _____ Visiten</p> <p style="margin-left: 40px;">Wie viele Visiten von 10 wurden durch Bewohner/-innen veranlasst? _____ Visiten</p> <p style="margin-left: 40px;">Wie viele Visiten von 10 wurden durch Angehörige oder gesetzliche Betreuer/-innen veranlasst? _____ Visiten</p> <p style="margin-left: 40px;">Wie viele Visiten von 10 wurden durch Fachärzte/-innen veranlasst? _____ Visiten</p> <p>2.5.1 In welcher Häufigkeit findet eine zusätzliche Visite der Hausärzte/-innen statt, nachdem Bewohner/-innen aus dem Krankenhaus zurück in die Pflegeeinrichtung entlassen wurden? Bitte denken Sie an die letzten 10 Fälle, in denen Bewohner/-innen aus dem Krankenhaus entlassen wurden!</p> <p>In _____ der letzten 10 Fälle nach Krankenhauserlassung fand eine zusätzliche Visite bei aus dem Krankenhaus entlassenen Bewohner/-innen statt.</p>



Fragebogen-Nummer: 0 1 - - - E: - - -

2.6 Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Bewohners/einer Bewohnerin wird die jeweilige Hausärztin/der jeweilige Hausarzt kontaktiert. In welchen Zeiträumen kommen die Hausärzte/-innen im Allgemeinen ohne weitere Erinnerung in Ihre Pflegeeinrichtung?

_____ Hausärzte/-innen (Anzahl)	kommen direkt am Tag der Kontaktaufnahme.
_____ Hausärzte/-innen (Anzahl)	kommen am ersten Werktag nach Kontaktaufnahme.
_____ Hausärzte/-innen (Anzahl)	kommen <u>2 bis 3 Werktage</u> nach Kontaktaufnahme.
_____ Hausärzte/-innen (Anzahl)	kommen <u>später als 3 Werktage</u> nach Kontaktaufnahme.

2.7 Über welche internen Regelungen zur Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen an Hausärzte/-innen verfügt Ihre Pflegeeinrichtung?
Bitte kreuzen Sie nur die Antwort an, die aus Ihrer Sicht am häufigsten zum Tragen kommt.

Die Pflegeeinrichtung verfügt über feste Ansprechpersonen, die für <u>alle</u> Bewohner/-innen zuständig sind.	<input type="checkbox"/>
Jeder Wohnbereich verfügt über feste Ansprechpersonen, die für <u>die</u> Bewohner/-innen eines Wohnbereiches zuständig sind.	<input type="checkbox"/>
<u>Jede/-r</u> einzelne Bewohner/-in verfügt über feste Ansprechpersonen, die für sie zuständig sind.	<input type="checkbox"/>
Die Pflegeeinrichtung verfügt über andere Regelungen.	<input type="checkbox"/>

->Bitte führen Sie auf, über welche anderen Regelungen zur Informationsübermittlung Ihre Pflegeeinrichtung verfügt!

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (Igft)
 der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar)
 Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege
 Goebenstr. 40
 66117 Saarbrücken
 Telefon: 0681/5867-665
 E-Mail: dagmar.renaud@htwsaar.de

2 Fragebogen 02 (Pflegeeinrichtungen, Versorgungsgemeinschaft)

2.1 Fragebogen 02 - Ersterhebung



13201702

E:



Fragebogen-Nummer: 02 - 00 -

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein: _____ * _____ * _____
Tag Monat Jahr

1. Zusammenarbeit zwischen Ärzten/-innen vor dem Start des Projekts SaarPHIR	
<p>1.1 In wie vielen Fällen sind Sie über Absprachen zwischen Hausärzten/-innen über gegenseitige Vertretungsdienste informiert? (z. B. als Urlaubsvertretung, im Krankheitsfall) Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Fällen, in denen es zu diesen Absprachen kam.</p> <p style="text-align: right;">in _____ (Anzahl) von 10 Fällen</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Situation kam nicht vor</p>
<p>1.2 In wie vielen Fällen kommt es vor, dass Hausärzte/-innen bei Bedarf Bewohner/-innen mitversorgen, die regulär von anderen Hausärzten/-innen versorgt werden? (z. B. im Akutfall, bei dringenden Fragen, als Urlaubsvertretung) Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Fällen, in denen es zu diesen Absprachen kam.</p> <p style="text-align: right;">in _____ (Anzahl) von 10 Fällen</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Situation kam nicht vor</p>
<p>1.3 Gab es bereits vor dem Projekt-SaarPHIR eine Versorgungsgemeinschaft von Hausärzten/-innen zur Versorgung von Bewohner/-innen in Ihrer Pflegeeinrichtung? <small>(mehrere Hausärzte/-innen, die gemeinsam in Absprachen Bewohnergruppen versorgen)</small></p>	
<p><u>ja</u>, es gab vor dem Projekt SaarPHIR bereits eine Versorgungsgemeinschaft in unserer Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Nein</u>, es gab vor dem Projekt SaarPHIR keine Versorgungsgemeinschaft in unserer Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">->weiter mit Frage 1.4</p>
<p>Wie viele Ärzte/-innen sind in dieser Versorgungsgemeinschaft beteiligt?</p>	<p>_____ Ärzte/-innen (Anzahl)</p>
<p>Wie viele Bewohner/-innen werden durch dieser Versorgungsgemeinschaft versorgt?</p>	<p>_____ Bewohner/-innen (Anzahl)</p>
<p>1.4 Welche Versorgungsnetzwerke zur Unterstützung der häuslichen Versorgung stehen in der Pflegeeinrichtung zur Verfügung? <small>(Mehrfachnennung möglich)</small></p>	
<p>Versorgungsnetzwerk „Diabetes mellitus“ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Versorgungsnetzwerk „Demenz“ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Versorgungsnetzwerk „Hospiz- und Palliativversorgung“ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Versorgungsnetzwerk „Geriatric“ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Versorgungsnetzwerk „Wundmanagement“ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Versorgungsnetzwerk „Schmerz“ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Sonstige Versorgungsnetzwerke: <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Welche? _____</p>	



13201702

E:

Fragebogen-Nummer: 02-00--

2. Erreichbarkeit der Hausärzte/innen vor dem Start des Projekts SaarPHIR					
2.1 Wie beurteilen Sie den Rufbereitschaftsdienst der Hausärzte/-innen für die Pflegeeinrichtung in den letzten drei Monaten? <i>(nicht gemeint sind für die Allgemeinheit zugängliche Bereitschaftsdienstpraxen)</i>					
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
montags bis freitags innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>				
montags bis freitags tagsüber außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten <i>(z. B. am Mittwochnachmittag, in der Mittagszeit)</i>	<input type="checkbox"/>				
montags bis freitags abends bis 21.00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
am Wochenende/an Feiertagen	<input type="checkbox"/>				
3. Organisation der ärztlichen Visiten vor dem Start des Projekts SaarPHIR					
3.1 Bitte denken Sie an die letzten 10 regulär geplanten Visiten. Wie erfolgten die Terminabsprachen zwischen Pflegekräften und Hausärzten/-innen? <i>Gemeint sind regelmäßige Visiten zur Kontrolle des Gesundheitszustands. Nicht gemeint sind Visiten, die aufgrund einer Verschlechterung der Gesundheit von Bewohner/-innen initiiert werden. Bitte denken Sie dabei an 10 Visiten!</i>					
Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten waren Woche, Tag und ungefähre Uhrzeit der Visite im Voraus bekannt:					

Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten waren nur Woche und Tag der Visite im Voraus bekannt:					

Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten war nur die Kalenderwoche der Visite im Voraus bekannt:					

Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten fand die Visite statt, ohne dass vorher der Zeitpunkt bekannt war:					

Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten war die Visite nicht geplant. Die Hausärzte/-innen kamen nur auf gesonderte Anforderung:					

3.2 Wie oft steht für Hausärzte/-innen eine feste Ansprechperson zur Verfügung?					
Es steht immer eine feste Ansprechperson für Hausärzte/-innen zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>				
Es steht manchmal eine feste Ansprechperson für Hausärzte/-innen zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>				
Es steht keine feste Ansprechperson für Hausärzte/-innen zur Verfügung. Die Hausärzte/-innen wenden sich an die nächste verfügbare Pflegekraft.	<input type="checkbox"/>				



13201702

Fragebogen-Nummer: - - E:

<p>4. Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen vor dem Start des Projekts SaarPHIR</p>
<p>4.1 Wie erfolgt die Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen? <i>Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Situationen, in denen behandlungsrelevante Informationen weitergegeben wurden.</i></p>
<p>In <input type="text"/> von 10 Situationen wurden Informationen <u>schriftlich bzw. papierbasiert</u> weitergegeben (z.B. <i>klassische Pflegedokumentation, „Visitenbücher“, Weiterleitungsbögen</i>).</p>
<p>In <input type="text"/> von 10 Situationen wurden Informationen <u>mündlich</u> im Rahmen des hausärztlichen Besuches weitergegeben.</p>
<p>In <input type="text"/> von 10 Situationen wurden Informationen <u>via Fax, Telekommunikation oder IT</u> (z.B. <i>Telefon, Fax, E-Mail</i>) weitergegeben.</p>
<p>In <input type="text"/> von 10 Situationen wurden Informationen <u>über dritte Personen</u> (z.B. <i>Angehörige, gesetzliche Betreuer/-innen</i>) weitergegeben.</p>
<p>In <input type="text"/> von 10 Situationen wurden Informationen über einen <u>elektronisch verfügbaren Datensatz</u> individuell für jede/-n Bewohner/-in weitergegeben.</p>
<p>In <input type="text"/> von 10 Situationen wurden Informationen über <u>sonstige Übermittlungswege</u> weitergegeben. ->Welche? _____</p>



13201702

E:

Fragebogen-Nummer: - -

4.2 Welche Berufsgruppen haben Zugang zu den behandlungsrelevanten Informationen? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	
Pflegerkräfte	<input type="checkbox"/>
Hausärzte/-innen der Versorgungsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Fachärzte/-innen	<input type="checkbox"/>
therapeutische Berufe (<i>Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie</i>)	<input type="checkbox"/>
sonstige Berufe:	<input type="checkbox"/>

4.3 Wie verfügbar sind die behandlungsrelevanten Informationen vor, während und nach einem hausärztlichen Besuch? <i>Bitte machen Sie Angaben basierend auf 10 Situationen, in denen es notwendig war, dass behandlungsrelevante Informationen weitergegeben werden.</i>	
Informationsweitergabe <u>Pflege</u> -> <u>Ärzte/-innen</u>	
->Vor und während dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für Hausärzte/-innen zur Verfügung.	in _____ (Anzahl) von 10 Situationen
Informationsweitergabe <u>Ärzte/-innen</u> -> <u>Pflege</u>	
->Nach dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für die Pflege zur Verfügung.	in _____ (Anzahl) von 10 Situationen



13201702

Fragebogen-Nummer: - -

5. Gemeinsame Versorgungsplanung und Zusammenarbeit von Pflegekräften und Hausärzten/-innen vor dem Start des Projekts SaarPHIR

5.1 Welche Assessments wurden in den letzten drei Monaten bei neuen Bewohner/-innen oder bei Veränderungen im Gesundheitszustand von Bewohner/-innen durchgeführt?
(Mehrfachnennung möglich)

Es werden Assessments durchgeführt:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	->weiter mit Frage 5.2
	gemeinsam durch Ärzte/-innen und Pflege	nur durch Pflegekräfte	nur durch Ärzte/-innen
Alltagsaktivität			
Barthel-Index (Bewertung der Alltagskompetenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatrisches Screening nach Lachs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIM (Functional Independence Measure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität			
Timed up&go (Mobilitätstest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinetti (Balance und Gehprobe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognition/Depressivität			
DemTect (Demenztest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GDS (Geriatrische Depressionsskala)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mini-Mental-Status-Test (MMSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clock Completion Test (Uhr-Ergänzungstest/ Demenztest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung			
Mini-Nutritional-Assessment (MNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige durchgeführte Assessments:			
weiteres Assessment: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres Assessment: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.1 Wenn Assessments gemeinsam durch Ärzte/-innen und Pflegekräfte durchgeführt werden: In welchem Rahmen werden diese durchgeführt?			
Beim Einzug der Bewohnerin/des Bewohners in die Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>		
im Rahmen gemeinsamer Fallbesprechungen	<input type="checkbox"/>		
bei gemeinsamen Visiten	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Gelegenheit:	<input type="checkbox"/>		
Welche? _____			



13201702

E:

Fragebogen-Nummer: - -

<p>5.2 Wie oft fanden in den letzten drei Monaten gemeinsame Teamsitzungen von Ärzte/-innen und Pflegekräften statt? (zusätzlich zu regulären Visiten)</p>		<input type="checkbox"/> Es fand keine gemeinsame Teamsitzung statt
Es fanden _____ (Anzahl) gemeinsame Teamsitzungen statt		->weiter mit Frage 5.3
<p>5.2.1 Welche Themen wurden in diesen Teamsitzungen behandelt? (Mehrfachnennung möglich)</p>		
Fallbesprechungen	<input type="checkbox"/>	
Einbindung externer Experten/-innen	<input type="checkbox"/>	
Erstellung von Behandlungspfaden (Regelwerke für wesentliche Versorgungsprozesse)	<input type="checkbox"/>	
Optimierung von Abläufen und Prozessen (z. B. im Hinblick auf Informationsweitergabe bei der Anforderung der hausärztlichen Besuche)	<input type="checkbox"/>	
Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen für eine engere und verbesserte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Themen:	<input type="checkbox"/>	
Welche?		_____
Sonstige Themen:	<input type="checkbox"/>	
Welche?		_____
<p>5.2.2 Welche Berufsgruppen nahmen in welcher Anzahl an der letzten gemeinsamen Teamsitzung teil?</p>		
Pflegekräfte	_____	Personen
Hausärzte/-innen	_____	Personen
Fachärzte/-innen	_____	Personen
therapeutische Berufe (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie)	_____	Personen
Ansprechpartner/-innen der Krankenkassen	_____	Personen
Sonstige Berufe:	_____	Personen
Welche?		_____



13201702

E:

Fragebogen-Nummer:

0 2 - 0 0 -

5.3 Welche Behandlungspfade wurden in Zusammenarbeit von Pflegekräften und Hausärzten/-innen entwickelt? (nicht gemeint sind allgemeingültige Expertenstandards)	Es liegt kein Behandlungspfad vor	Behandlungspfad wurde in den letzten drei Monaten neu entwickelt	Behandlungspfad bereits vorhanden
"Diabetes mellitus"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"chronischer Schmerz"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Mangelernährung"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ernährung am Lebensende“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Wundversorgung"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Sturz“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Behandlungspfade: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4 Für wie viele Ihrer Bewohner/-innen liegen aktuell vorausschauende Behandlungsplanungen ("Advanced Care Planning" ACP) vor, für den Fall, dass die Bewohner/-innen nicht mehr selbst entscheiden können?	Es liegen ACP für _____ Bewohner/-innen vor	Es liegen keine ACP für _____ Bewohner/-innen vor
--	---	---

5.5 Zu welchen Themen fanden in den letzten drei Monaten für die Pflegefachkräfte Fort- und Weiterbildungen statt? (Mehrfachnennung möglich)	
Mobilisation	<input type="checkbox"/>
Schmerz	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>
Welche? _____	
Es fanden in den letzten drei Monaten keine Fortbildungen statt	<input type="checkbox"/>

6. Welche weiteren Anmerkungen haben Sie?

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft)
 der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar)
 Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege
 Goebenstr. 40
 66117 Saarbrücken
 Telefon: 0681/5867-665
 E-Mail: dagmar.renaud@htwsaar.de

2.2 Fragebogen 02 - Folgeerhebungen



2634270

E:

Fragebogen-Nummer: 02 - - - E: - - -

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein: _____ * _____ * _____
 Tag Monat Jahr

Teil A: Fragen an die Pflegeeinrichtung	
1. Allgemeine Aspekte der Projektumsetzung	
1.0 Hat Ihre Pflegeeinrichtung besondere vertragliche Vereinbarungen mit Hausärzten/-Innen und/oder Fachärzten/-innen?	
Nein <input type="checkbox"/>	
Ja, im Rahmen von § 119 b Sozialgesetzbuch V (Vertrag zur ambulanten Behandlung in Pflegeeinrichtung) <input type="checkbox"/>	
Ja, im Rahmen von § 140 a Sozialgesetzbuch V (Vertrag zur besonderen, sektorenübergreifenden Versorgung) <input type="checkbox"/>	
Ja, sonstige vertragliche Vereinbarungen: <input type="checkbox"/>	
->Bitte führen Sie diese auf: _____	
1.1 Wie viele GKV-versicherte Bewohner/-innen leben am heutigen Tag in Ihrer Pflegeeinrichtung? _____ Bewohner/-innen (Anzahl)	
1.2 Wie viele Bewohner/-innen Ihrer Pflegeeinrichtung nehmen am heutigen Tag am Projekt SaarPHIR teil? _____ Bewohner/-innen (Anzahl)	
1.3 Bitte machen Sie Angaben zur festen Ansprechperson, die seitens der Pflegeeinrichtung hauptverantwortlich für die Projektumsetzung und den Kontakt zur Versorgungsgemeinschaft zuständig ist!	
Es steht derzeit keine feste Ansprechperson zur Verfügung. <input type="checkbox"/>	Es steht eine feste Ansprechperson zur Verfügung. <input type="checkbox"/>
1.3.1 Weshalb steht derzeit keine feste Ansprechperson zur Verfügung?	1.3.2 Kam es in den vergangenen drei Monaten zu einem Wechsel der festen Ansprechperson?
Eine erstmals neu ausgeschriebene Stelle konnte noch nicht besetzt werden. <input type="checkbox"/> ->weiter mit Frage 2.1	Nein, die feste Ansprechperson blieb in den vergangenen 3 Monaten gleich. <input type="checkbox"/>
Eine bereits benannte Ansprechperson hat diese Tätigkeit wieder aufgegeben und die Stelle ist noch nicht neu besetzt. <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____	Ja, die feste Ansprechperson hat im Verlauf der vergangenen 3 Monate gewechselt. <input type="checkbox"/>
1.3.3 Mit welchem zeitlichen Umfang ist (oder war) die feste Ansprechperson für das Projekt SaarPHIR tätig?	_____ Stunden pro Woche
1.3.4 Welcher zeitliche Umfang ist aus Ihrer Sicht notwendig?	_____ Stunden pro Woche
1.4 Wurde für die feste Ansprechperson ein/e Stellvertreter/-in benannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



2. Regelungen zur Erreichbarkeit der Hausärzte/-innen im SaarPHIR-Projekt					
2.1 Wie beurteilen Sie den Rufbereitschaftsdienst der Versorgungsgemeinschaft für die Pflegeeinrichtung in den letzten drei Monaten zu den jeweils angegebenen Zeiten? <i>(Nicht gemeint sind für die Allgemeinheit zugängliche Bereitschaftsdienstpraxen!)</i> Anmerkung: Eine Versorgungsgemeinschaft sind mehrere Hausärzte/-innen, die gemeinsam in Absprachen Bewohnergruppen versorgen.					
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
montags bis freitags <u>innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
montags bis freitags <u>tagsüber außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten</u> <i>(z. B. am Mittwochnachmittag, in der Mittagszeit)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
montags bis freitags <u>abends bis 21.00 Uhr</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>am Wochenende/an Feiertagen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zusammenarbeit zwischen Ärzten/-innen im SaarPHIR-Projekt					
3.1 In wie vielen Fällen sind Sie über Absprachen zwischen Hausärzten/-innen der Versorgungsgemeinschaft über gegenseitige Vertretungsdienste informiert? <i>(z. B. als Urlaubsvertretung, im Krankheitsfall) Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Fällen, in denen es zu diesen Absprachen kam.</i>			in _____ (Anzahl) von 10 Fällen	<input type="checkbox"/> Situation kam nicht vor	
3.2 In wie vielen Fällen kommt es vor, dass Hausärzte/-innen bei Bedarf Bewohner/-innen mitversorgen, die regulär von anderen Hausärzten/-innen versorgt werden? <i>(z. B. im Akutfall, bei dringenden Fragen, als Urlaubsvertretung) Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Fällen, in denen es zu diesen Absprachen kam.</i>			in _____ (Anzahl) von 10 Fällen	<input type="checkbox"/> Situation kam nicht vor	
3.3 Welche Versorgungsnetzwerke zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung stehen in der Pflegeeinrichtung zur Verfügung? (Mehrfachnennungen möglich)					
Versorgungsnetzwerk „Diabetes mellitus“		<input type="checkbox"/>			
Versorgungsnetzwerk „Demenz“		<input type="checkbox"/>			
Versorgungsnetzwerk „Hospiz- und Palliativversorgung“		<input type="checkbox"/>			
Versorgungsnetzwerk „Geriatric“		<input type="checkbox"/>			
Versorgungsnetzwerk „Wundmanagement“		<input type="checkbox"/>			
Versorgungsnetzwerk „Schmerz“		<input type="checkbox"/>			
Sonstige Versorgungsnetzwerke:		<input type="checkbox"/>			
Welche?		_____			



2634270

Fragebogen-Nummer: 0 2 - [] [] - [] [] E: [] [] [] []

4. Organisation der ärztlichen Visiten im SaarPHIR-Projekt

4.1 Bitte denken Sie an die letzten 10 regulär geplanten Visiten. Wie erfolgten die Terminabsprachen zwischen Pflegekräften und Hausärzten/-innen?
Gemeint sind regelmäßige Visiten zur Kontrolle des Gesundheitszustands. Nicht gemeint sind Visiten, die aufgrund einer Verschlechterung der Gesundheit von Bewohner/-innen initiiert werden.

Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten waren Woche, Tag und ungefähre Uhrzeit der Visite im Voraus bekannt: _____

Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten waren nur Woche und Tag der Visite im Voraus bekannt: _____

Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten war nur die Kalenderwoche der Visite im Voraus bekannt: _____

Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten fand die Visite statt, ohne dass vorher der Zeitpunkt bekannt war: _____

Bei wie vielen von den letzten 10 geplanten Visiten war die Visite nicht geplant? Die Hausärzte/-innen kamen nur auf gesonderte Anforderung: _____

5. Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen im SaarPHIR-Projekt

5.1 Wie erfolgt die Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen?
Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Situationen, in denen behandlungsrelevante Informationen weitergegeben wurden.

In _____ von 10 Situationen wurden Informationen schriftlich bzw. papierbasiert weitergegeben (z. B. klassische Pflegedokumentation, „Visitenbücher“, Weiterleitungsbögen).

In _____ von 10 Situationen wurden Informationen mündlich im Rahmen des hausärztlichen Besuches weitergegeben

In _____ von 10 Situationen wurden Informationen via Fax, Telekommunikation oder IT (z.B. via Fax, Telefon, E-Mail) weitergegeben.

In _____ von 10 Situationen wurden Informationen über dritte Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuer/-innen) weitergegeben.

In _____ von 10 Situationen wurden Informationen über einen elektronisch verfügbaren Datensatz individuell für jede/-n Bewohner/-in weitergegeben.

In _____ von 10 Situationen wurden Informationen über sonstige Übermittlungswege weitergegeben.

->Welche? _____



2634270

E:

Fragebogen-Nummer: - -

<p>5.2 Welche Berufsgruppen haben kontinuierlich Zugang zu den behandlungsrelevanten Informationen? (Mehrfachnennung möglich)</p>	
Pflegerkräfte	<input type="checkbox"/>
Hausärzte/-innen der Versorgungsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Fachärzte/-innen	<input type="checkbox"/>
therapeutische Berufe (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>
sonstige Berufe:	<input type="checkbox"/>
<p>5.3 Wie verfügbar sind die behandlungsrelevanten Informationen vor, während und nach einem hausärztlichen Besuch? <i>Bitte machen Sie Angaben basierend auf 10 Situationen, in denen es notwendig war, dass behandlungsrelevante Informationen weitergegeben werden.</i></p>	
<p>Informationsweitergabe <u>Pflege</u> -> <u>Ärzte/-innen</u></p>	
-> <u>Vor</u> und während dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für Hausärzte/-innen zur Verfügung.	in <input type="text"/> (Anzahl) von 10 Situationen
<p>Informationsweitergabe <u>Ärzte/-innen</u> -> <u>Pflege</u></p>	
-> <u>Nach</u> dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für die Pflege zur Verfügung.	in <input type="text"/> (Anzahl) von 10 Situationen



2634270

Fragebogen-Nummer: - - E:

6. Gemeinsame Versorgungsplanung und Zusammenarbeit von Pflegekräften und Hausärzten/-innen im SaarPHIR-Projekt			
6.1 Welche Assessments wurden in den letzten drei Monaten bei neuen Bewohner/-innen oder bei Veränderungen im Gesundheitszustand von Bewohner/-innen durchgeführt? (Mehrfachnennung möglich)			
Es werden Assessments durchgeführt:		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ->weiter mit Frage 6.2
Welche Assesments werden durch wen durchgeführt?	gemeinsam durch Ärzten/-innen und Pflege	nur durch Pflegekräfte	nur durch Ärzten/-innen
Alltagsaktivität			
Barthel-Index (Bewertung der Alltagskompetenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatrisches Screening nach Lachs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIM (Functional Independence Measure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität			
Timed up&go (Mobilitätstest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinetti (Balance und Gehprobe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognition/Depressivität			
DemTect (Demenztest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GDS (Geriatrische Depressionsskala)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mini-Mental-Status-Test (MMSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clock Completion Test (Uhr-Ergänzungstest/ Demenztest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung			
Mini-Nutritional-Assessment (MNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige durchgeführte Assessments:			
weiteres Assessment: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres Assessment: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2634270

E:

Fragebogen-Nummer: - -

6.1.1 Wenn Assessments gemeinsam durch Ärzte/-innen und Pflegekräfte durchgeführt werden: In welchem Rahmen werden diese durchgeführt? (Mehrfachnennung möglich)	
Beim Einzug der Bewohnerin/des Bewohners in die Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>
im Rahmen gemeinsamer Fallbesprechungen	<input type="checkbox"/>
bei gemeinsamen Visiten	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gelegenheit:	<input type="checkbox"/> Welche? _____
6.2 Wie oft fanden in den letzten drei Monaten gemeinsame Teamsitzungen von Ärzten/-innen und Pflegekräften statt? (zusätzlich zu regulären Visiten) Es fanden _____ (Anzahl) gemeinsame Teamsitzungen statt	<input type="checkbox"/> Es fand keine gemeinsame Teamsitzung statt ->weiter mit Fragen 6.3
6.2.1 Welche Themen wurden in diesen Teamsitzungen behandelt? (Mehrfachnennung möglich)	
Fallbesprechungen	<input type="checkbox"/>
Einbindung externer Experten/-innen	<input type="checkbox"/>
Erstellung von Behandlungspfaden <i>(Regelwerke für wesentliche Versorgungsprozesse)</i>	<input type="checkbox"/>
Optimierung von Abläufen und Prozessen <i>(z. B. im Hinblick auf Informationsweitergabe bei der Anforderung der hausärztlichen Besuche)</i>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen für eine engere und verbesserte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>
Sonstige Themen:	<input type="checkbox"/>
Welche?	_____
Sonstige Themen:	<input type="checkbox"/>
Welche?	_____



2634270

E:

Fragebogen-Nummer: - -

6.2.2 Welche Berufsgruppen nahmen in welcher Anzahl an der letzten gemeinsamen Teamsitzung teil?

Pflegekräfte	_____	Personen
Hausärzte/-innen	_____	Personen
Fachärzte/-innen	_____	Personen
therapeutische Berufe (<i>Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie</i>)	_____	Personen
Ansprechpartner/-innen der Krankenkassen	_____	Personen
Sonstige Berufe:	_____	Personen
Welche? _____		

6.3 Welche einrichtungsinternen Behandlungspfade wurden in Zusammenarbeit von Pflegekräften und Hausärzten/-innen entwickelt? (nicht gemeint sind allgemeingültige Expertenstandards)

	Es liegt kein Behandlungspfad vor	Behandlungspfad wurde in den letzten drei Monaten neu entwickelt	Behandlungspfad bereits vorhanden
"Diabetes mellitus"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"chronischer Schmerz"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Mangelernährung"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ernährung am Lebensende“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Wundversorgung"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Sturz“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Behandlungspfade: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2634270

E:

Fragebogen-Nummer: 0 2 - [] [] - [] []

<p>6.4 Für wie viele Ihrer Bewohner/-innen, die am Projekt SaarPHIR teilnehmen, liegen aktuell vorausschauende Behandlungsplanungen („Advanced Care Planning“ ACP) vor, für den Fall, dass die Bewohner/-innen nicht mehr selbst entscheiden können?</p>	<p>Es liegen ACP für: _____</p> <p>Es liegen keine ACP für: _____</p> <p>Bewohner/-innen vor Bewohner/-innen vor</p>
<p>6.5 Zu welchen Themen fanden in den letzten drei Monaten für die Pflegefachkräfte Fort- und Weiterbildungen statt? (Mehrfachnennung möglich)</p>	
<p>Mobilisation</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Schmerz</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ernährung</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Inkontinenzversorgung</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Sonstige:</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Welche?</p>	<p>_____</p>
<p>Es fanden in den letzten drei Monaten keine Fortbildungen statt</p>	<input type="checkbox"/>



2634270

E:

Fragebogen-Nummer: 0 2 - [] [] - [] [] [] []

7. Allgemeine Einschätzung zur Projektumsetzung					
7.1 In welchem Umfang werden die im Rahmen des Projekts SaarPHIR erarbeiteten Regelwerke in Ihrer Pflegeeinrichtung umgesetzt? Bitte denken Sie dabei an die letzten Drei Monate!					
	wird nicht umgesetzt	wird teilweise umgesetzt	wird vollständig umgesetzt		
Verbindliche Regelungen zur Erreichbarkeit der Versorgungsgemeinschaft montags bis freitags bis 21:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vertretung und Präsenz der Hausärzte/-innen im Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Der Dienstplan der Versorgungsgemeinschaft steht im Voraus für die nächsten drei Monate fest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Regelmäßige gemeinsame Teambesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Regelmäßige Vorwochenendvisite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Regelmäßige Visite nach Entlassung aus dem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Organisation der Behandlungsprozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vorausschauende Behandlungsplanungen (ACP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	nie	sehr selten	selten	häufig	sehr häufig
7.2 Wie häufig nutzen Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung das Rahmenhandbuch, das für SaarPHIR entwickelt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	eher hilfreich	sehr hilfreich	weiß nicht
7.3 Wie hilfreich ist dieses Rahmenhandbuch für Ihre Pflegeeinrichtung zur Umsetzung von SaarPHIR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht	eher nicht	eher ja	ja, auf jeden Fall	weiß nicht
7.4 Verbessern die Veränderungen der Prozesse durch das Projekt SaarPHIR die Versorgung Ihrer Bewohner/-innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Erleichtern die Veränderungen der Prozesse durch das Projekt SaarPHIR Ihren Arbeitsalltag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Welche weiteren Anmerkungen haben Sie zum Projekt SaarPHIR?					
<u>BITTE GEBEN SIE HIER AUCH AN, BIS ZU WELCHER UHRZEIT EINE RUFBEREITSCHAFT DER VERSORGERGEMEINSCHAFT SICHERGESTELLT IST. DANKE!</u>					
Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!					



2634270

E:

Fragebogen-Nummer: - -

Teil B: Fragen an die Hausärzte/-innen der Versorgungsgemeinschaft	
8. Allgemeine Aspekte der Projektumsetzung	
Bitte nennen Sie Details zur <u>Organisation der hausärztlichen SaarPHIR-Versorgungsgemeinschaft in dieser Pflegeeinrichtung!</u> (mehrere Hausärzte/-innen, die gemeinsam in Absprachen Bewohnergruppen versorgen)	
8.1 Wie viele Ärzte/-innen sind in Ihrer Versorgungsgemeinschaft beteiligt?	_____ Ärzte/-innen (Anzahl)
8.1.1 Wie viele Bewohner/-innen werden durch Ihre Versorgungsgemeinschaft versorgt?	_____ Bewohner/innen (Anzahl)
8.2 Bitte machen Sie Angaben zur festen Ansprechperson, die in Ihrer Versorgungsgemeinschaft für die Projektumsetzung und den Kontakt zur Pflegeeinrichtung zuständig ist!	
Es steht derzeit <u>keine</u> feste Ansprechperson zur Verfügung <input type="checkbox"/>	Es steht eine feste Ansprechperson zur Verfügung <input type="checkbox"/>
8.2.1 Weshalb steht derzeit <u>keine</u> feste Ansprechperson zur Verfügung? Die Person ist noch nicht benannt <input type="checkbox"/> ->weiter mit Frage 9.1 Eine bereits benannte Ansprechperson hat diese Tätigkeit wieder aufgegeben <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____	8.2.2 Kam es in den vergangenen drei Monaten zu einem Wechsel der festen Ansprechperson? Nein, die feste Ansprechperson blieb in den vergangenen 3 Monaten gleich. <input type="checkbox"/> Ja, die feste Ansprechperson hat im Verlauf der vergangenen 3 Monate gewechselt. <input type="checkbox"/>
8.2.3 In welchem zeitlichen Umfang ist (oder war) diese Ansprechperson für das Projekt SaarPHIR tätig?	_____ Stunden pro Woche
8.2.4 Welcher zeitliche Umfang ist aus Ihrer Sicht notwendig?	_____ Stunden pro Woche



2634270

E:

Fragebogen-Nummer:

0 2 - [] [] - [] [] [] []

9. Zusammenarbeit zwischen Versorgergemeinschaft und Pflegeeinrichtung	
9.1 In wie vielen Situationen ist eine feste Ansprechperson der Pflegeeinrichtung für die Hausärzte/-innen der Versorgergemeinschaft verfügbar? <i>Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Situationen, in denen Sie eine feste Ansprechperson seitens der Pflegeeinrichtung benötigt haben.</i>	
in _____ (Anzahl) von 10 Situationen	
9.2 Bei wie vielen Visiten durch die Hausärzte/-Innen der Versorgergemeinschaft fand in den letzten drei Monaten eine Begleitung durch eine zuständige Pflegefachkraft statt? <i>Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Visiten.</i>	
in _____ (Anzahl) von 10 Visiten	
9.3 Wie verfügbar sind die behandlungsrelevanten Informationen vor, während und nach einem hausärztlichen Besuch? <i>Bitte machen Sie Angaben basierend auf die letzten 10 Situationen, in denen es notwendig war, dass behandlungsrelevante Informationen weitergegeben werden.</i>	
Informationsweitergabe <u>Pflege -> Ärzte/-innen</u>	
->Vor und während dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für Hausärzte/-innen zur Verfügung.	in _____ (Anzahl) von 10 Situationen
Informationsweitergabe <u>Ärzte/-innen -> Pflege</u>	
->Nach dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für die Pflege zur Verfügung.	in _____ (Anzahl) von 10 Situationen
9.4 Wenn in Ihrer Versorgergemeinschaft Patienten/-innen Ihrer Kollegen/-innen mitversorgt werden (z.B. im Rahmen der Vorwochenendvisite): Welche behandlungsrelevanten Informationen werden weitergegeben?	
<u>Ausschließlich</u> behandlungsrelevante Informationen, deren Dringlichkeit als „hoch“ eingestuft wird	<input type="checkbox"/>
Grundsätzlich <u>alle</u> behandlungsrelevanten Informationen	<input type="checkbox"/>
9.5. Wenn in Ihrer Versorgergemeinschaft Patienten/-innen Ihrer Kollegen/-innen mitversorgt werden (z.B. im Rahmen der Vorwochenendvisite): Wie werden die behandlungsrelevanten Informationen weitergegeben? (Mehrfachnennung möglich)	
Schriftlich in der Bewohnerakte	<input type="checkbox"/>
Durch Anruf in der Praxis am <u>darauf folgenden Werktag</u>	<input type="checkbox"/>
Elektronisch oder IT-basiert (z.B. per Fax, E-Mail)	<input type="checkbox"/>
In anderer Form	<input type="checkbox"/>
	->Welche Form? _____



2634270

Fragebogen-Nummer: - - E:

10. Zusammenarbeit zwischen Versorgergemeinschaft und (Fach)ärzten/-innen

10.1 In wie vielen Fällen fanden in den letzten drei Monaten telefonische Konsile mit Fachärzten/-innen statt? _____ Fälle (Anzahl) nicht notwendig

11. Allgemeine Einschätzung zur Projektumsetzung

	nie	sehr selten	selten	häufig	sehr häufig
11.1 Wie häufig nutzen Sie in der Versorgergemeinschaft das Rahmenhandbuch, das für das Projekt SaarPHIR entwickelt wurde? <i>Bitte denken Sie dabei an die vergangenen 3 Monate!</i>	<input type="checkbox"/>				

	überhaupt nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	eher hilfreich	sehr hilfreich	weiß nicht
11.2 Wie hilfreich zur Umsetzung von SaarPHIR ist dieses Rahmenhandbuch für Ihre Versorgergemeinschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	eher nicht	eher ja	ja, auf jeden Fall	weiß nicht
11.3 Verbessern die Veränderungen der Prozesse durch das Projekt SaarPHIR die Versorgung Ihrer Patienten/-innen?	<input type="checkbox"/>				

	überhaupt nicht	eher nicht	eher ja	ja, auf jeden Fall	weiß nicht
11.4 Erleichtern die Veränderungen der Prozesse durch das Projekt SaarPHIR Ihren Arbeitsalltag?	<input type="checkbox"/>				

12 Welche weiteren Anmerkungen haben Sie zum Projekt SaarPHIR?

BITTE GEBEN SIE HIER AUCH AN, BIS ZU WELCHER UHRZEIT EINE RUFBEREITSCHAFT DER VERSORGERGEMEINSCHAFT SICHERGESTELLT IST. DANKE!

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft)
 der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar)
 Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege
 Goebenstr. 40
 66117 Saarbrücken
 Telefon: 0681/5867-665
 E-Mail: dagmar.renaud@htwsaar.de

3 Fragebogen 03 (Pflegeeinrichtungen)



572763



Fragebogen-Nummer: - - E:

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein:
Tag Monat Jahr

1. Bitte machen Sie wöchentliche Angaben zur Zahl der GKV-versicherten Bewohner/-innen in Ihrer Pflegeeinrichtung sowie zur Anzahl der im Projekt SaarPHIR eingeschriebenen Bewohner/innen.

Woche	Datum	Anzahl der Bewohner/-innen Ihrer Pflegeeinrichtung an diesem Tag	Anzahl der im SaarPHIR-Projekt eingeschriebenen Bewohner/-innen an diesem Tag	Wenn weniger Bewohner/-innen eingeschrieben sind als in der Vorwoche: Weshalb haben wie viele Bewohner/-innen die Teilnahme an SaarPhir beendet?
1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
6	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet





572763

E:

Fragebogen-Nummer: - -

1. Bitte machen Sie wöchentliche Angaben zur Zahl der GKV-versicherten Bewohner/-innen in Ihrer Pflegeeinrichtung sowie zur Anzahl der im Projekt SaarPHIR eingeschriebenen Bewohner/innen.

Woche	Datum	Anzahl der Bewohner/-innen Ihrer Pflegeeinrichtung an diesem Tag	Anzahl der im SaarPHIR-Projekt eingeschriebenen Bewohner/-innen an diesem Tag	Wenn weniger Bewohner/-innen eingeschrieben sind als in der Vorwoche: Weshalb haben wie viele Bewohner/-innen die Teilnahme an SaarPhir beendet?
7	..			<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
8	..			<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
9	..			<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
10	..			<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
11	..			<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet
12	..			<input type="text"/> Bewohner/-innen sind verstorben <input type="text"/> Bewohner/-innen haben die Teilnahme bei SaarPHIR aus einem anderen Grund beendet



572763



Fragebogen-Nummer: - -

2. Bitte machen Sie wöchentliche Angaben zur durchgeführten Vorwochenendvisite durch die Versorgungsgemeinschaft. Berücksichtigen Sie bitte, dass die Angaben sich nur auf die Bewohner/-innen aus dem SaarPHIR-Projekt beziehen.

Bitte skizzieren Sie uns zunächst, welche Regelungen zur Vorwochenendvisite Ihre Pflegeeinrichtung mit den Hausarzt/-innen getroffen hat (z.B. Wann findet diese Visite statt?, Wie findet diese Visite statt?, Werden alle von der Versorgungsgemeinschaft versorgten Bewohner/-innen besucht oder nur, wenn besondere gesundheitliche Probleme vorliegen?, etc.):

Woche	Datum	Anzahl der in der Vorwochenend-visite besuchten Bewohner/-innen	Liste der Bewohner/-innen, die eine Visite benötigen, liegt vor	Für die Bewohner/-innen, die eine Visite benötigen, liegen für die Ärztin/den Arzt behandlungsrelevante Informationen bereit	Fand eine Begleitung durch eine zuständige Pflegefachkraft statt?	Gründe für die fehlende Begleitung durch eine Pflegefachkraft bei den regulären Visiten (Bitte tragen Sie die entsprechende Nummer der aufgeführten Begründungen* ein, Mehrfachnennung möglich)
1	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____
2	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____
3	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____
4	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____

*Gründe für fehlende Begleitung durch eine zuständige Pflegefachkraft:

- 1) Visite wurde nicht angekündigt
- 2) Visite wurde nicht wie angekündigt durchgeführt
- 3) Visite war angekündigt, hat aber nicht stattgefunden
- 4) Zuständige Pflegefachkraft wurde nicht rechtzeitig informiert
- 5) Personalmangel
- 6) Sonstiges, bitte führen Sie entsprechende Gründe auf





572763

E:

Fragebogen-Nummer: - -

2. Bitte machen Sie wöchentliche Angaben zur durchgeführten Vorwochenendvisite durch die Versorgungsgemeinschaft. Berücksichtigen Sie bitte, dass die Angaben sich nur auf die Bewohner/-innen dem SaarPHIR-Projekt beziehen.

Woche	Datum	Anzahl der in der Vorwochenend-visite besuchten Bewohner/-innen	Liste der Bewohner/-innen, die eine Visite benötigen, liegt vor	Für die Bewohner/-innen, die eine Visite benötigen, liegen für die Ärztin/den Arzt behandlungsrelevante Informationen bereit	Fand eine Begleitung durch eine zuständige Pflegefachkraft statt?	Gründe für die fehlende Begleitung durch eine Pflegefachkraft bei den regulären Visiten (Bitte tragen Sie die entsprechende Nummer der aufgeführten Begründungen* ein, Mehrfachnennung möglich)
5	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____
6	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____
7	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____
8	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____
9	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____

*Gründe für fehlende Begleitung durch eine zuständige Pflegefachkraft:

- 1) Visite wurde nicht angekündigt
- 2) Visite wurde nicht wie angekündigt durchgeführt
- 3) Visite war angekündigt, hat aber nicht stattgefunden
- 4) Zuständige Pflegefachkraft wurde nicht rechtzeitig informiert
- 5) Personalmangel
- 6) Sonstiges, bitte führen Sie entsprechende Gründe auf



572763



Fragebogen-Nummer: - -

2. Bitte machen Sie wöchentliche Angaben zur durchgeführten Vorwochenendvisite durch die Versorgungsgemeinschaft. Berücksichtigen Sie bitte, dass die Angaben sich nur auf die Bewohner/-innen dem SaarPHIR-Projekt beziehen.

Woche	Datum	Anzahl der in der Vorwochenend-visite besuchten Bewohner/-innen	Liste der Bewohner/-innen, die eine Visite benötigen, liegt vor	Für die Bewohner/-innen, die eine Visite benötigen, liegen für die Ärztin/den Arzt behandlungsrelevante Informationen bereit	Fand eine Begleitung durch eine zuständige Pflegefachkraft statt?	Gründe für die fehlende Begleitung durch eine Pflegefachkraft bei den regulären Visiten (Bitte tragen Sie die entsprechende Nummer der aufgeführten Begründungen* ein, Mehrfachnennung möglich)
10	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____
11	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____
12	____. ____.	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 6) sonstige Gründe: _____

*Gründe für fehlende Begleitung durch eine zuständige Pflegefachkraft:

- 1) Visite wurde nicht angekündigt
- 2) Visite wurde nicht wie angekündigt durchgeführt
- 3) Visite war angekündigt, hat aber nicht stattgefunden
- 4) Zuständige Pflegefachkraft wurde nicht rechtzeitig informiert
- 5) Personalmangel
- 6) Sonstiges, bitte führen Sie entsprechende Gründe auf





572763



Fragebogen-Nummer: - - E:

3. Bitte machen Sie wöchentliche Angaben zu durchgeführten Visiten aufgrund einer Entlassung aus dem Krankenhaus (maximal 3 Tage nach der Entlassung)!
 Berücksichtigen Sie bitte, dass die Angaben sich nur auf die Bewohner/-innen aus dem SaarPHIR-Projekt beziehen.

Woche	Datum	Anzahl der Bewohner/-innen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden	Anzahl der besuchten Bewohner/-innen, die nach dem Krankenhausaufenthalt eine Visite erhalten haben
1	. .		
2	. .		
3	. .		
4	. .		
5	. .		
6	. .		
7	. .		
8	. .		
9	. .		
10	. .		
11	. .		
12	. .		

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft)
 der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar)
 Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege
 Goebenstr. 40
 66117 Saarbrücken
 Telefon: 0681/5867-665
 E-Mail: dagmar.renaud@htwsaar.de

4 Fragebogen 04 (Hausarztpraxen)

4.1 Fragebogen 04 - Ersterhebung





4620125

Fragebogen-Nummer: - - E: - A:

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein:

Tag Monat Jahr

1. Organisation von Visiten in der Pflegeeinrichtung vor dem Start des Projekts SaarPHIR	
1.1 Wie ist Ihre Hausarztpraxis organisiert?	
Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>
Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis)	<input type="checkbox"/>
Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
1.2 Allgemeine Angaben zur Organisation von Visiten in der Pflegeeinrichtung, auf die sich dieser Fragebogen bezieht	
1.2.1 Wie viele Patienten/-innen haben Sie in der letzten Woche vor dem Start des Projekts SaarPHIR in der Pflegeeinrichtung versorgt?	
_____	(Anzahl)
1.2.2 Wie weit ist die Entfernung zwischen Ihrer Praxis und der Pflegeeinrichtung?	
_____	(km)
1.2.3 Wie viele Stunden pro Woche wenden Sie für den Besuch der Pflegeeinrichtung auf?	
_____	(h)
1.2.4 An welchem Wochentag besuchen Sie routinemäßig die Einrichtung?	
_____	(Wochentag)
1.2.5 Zu welcher Uhrzeit besuchen Sie routinemäßig die Einrichtung?	
_____	(Uhrzeit)
1.3 Über welche Abläufe verfügt Ihre Hausarztpraxis, um reguläre Visiten in dieser Pflegeeinrichtung durchzuführen?	
Heimvisiten sind im Tagesablauf fest eingeplant	<input type="checkbox"/>
Heimvisiten sind im Wochenablauf fest eingeplant	<input type="checkbox"/>
Heimvisiten werden bei sich spontan ergebenden Zeitfenstern durchgeführt	<input type="checkbox"/>
Die Hausarztpraxis verfügt über andere Strukturen	<input type="checkbox"/>
->Bitte führen Sie auf, über welche anderen Strukturen Ihre Praxis verfügt: _____	
1.4 Zu welchen Zeiten führen Sie reguläre Visiten in dieser Pflegeeinrichtung durch? (Mehrfachnennung möglich)	
während der Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>
vor den Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>
in der Mittagspause	<input type="checkbox"/>
in sprechstundenfreien Zeiten (z.B. Mittwochnachmittag)	<input type="checkbox"/>
nach den Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>



4620125

Fragebogen-Nummer: - - -

<p>1.5 Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Bewohner/-innen einer Pflegeeinrichtung werden Sie von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung kontaktiert. Verfügen Sie über eine standardisierte Checkliste, um diese Anfragen strukturiert zu bearbeiten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>Welche Informationen in Form einer standardisierten Checkliste erfragen Sie? (Mehrfachnennung möglich)</p>	
Name des Anrufers/Einrichtung	<input type="checkbox"/>
Datum/Uhrzeit	<input type="checkbox"/>
Angaben zum Patienten	<input type="checkbox"/>
Beschwerden/Dauer der Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Bereits durchgeführte Maßnahmen	<input type="checkbox"/>
Dringlichkeit der Visite	<input type="checkbox"/>
Die Hausarztpraxis erfragt weitere/andere Informationen	<input type="checkbox"/>
<p>->Bitte führen Sie diese auf: _____</p>	
<p>2 Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung vor dem Start des Projekts SaarPHIR</p>	
<p>2.1 Haben Sie vor dem Start des Projektes SaarPHIR bereits mit der Pflegeeinrichtung auf vertraglicher Basis zusammengearbeitet?</p>	
Nein	<input type="checkbox"/>
Ja, im Rahmen von §119 b Sozialgesetzbuch V (Vertrag zur ambulanten Behandlung in Pflegeeinrichtungen)	<input type="checkbox"/>
Ja, im Rahmen von §140 a Sozialgesetzbuch V (Vertrag zur besonderen, sektorenübergreifenden Versorgung)	<input type="checkbox"/>
Ja, sonstige vertragliche Vereinbarungen:	<input type="checkbox"/>
<p>->Bitte führen Sie diese auf : _____</p>	



4620125

Fragebogen-Nummer: - - -

2.2 Wie beurteilen Sie Ihre Erreichbarkeit für die Pflegeeinrichtung zu den unten aufgeführten Zeiten? (über Festnetz- oder Handynummer)
Bitte denken Sie dabei an Ihre Erreichbarkeit in den vergangenen 3 Monaten!

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Erreichbarkeit montags bis freitags innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>				
Erreichbarkeit montags bis freitags tagsüber außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten (z. B. am Mittwochnachmittag, in der Mittagszeit)	<input type="checkbox"/>				
Erreichbarkeit montags bis freitags abends bis 21.00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
Erreichbarkeit am Wochenende/an Feiertagen	<input type="checkbox"/>				

2.3 In wie vielen Situationen ist eine feste Ansprechperson der Pflegeeinrichtung für die Hausärzte/-innen verfügbar, wenn diese benötigt wird?
Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Situationen.

In _____ (Anzahl) von 10 Situationen

2.4 Bei wie vielen Visiten durch die Hausärzte/-innen fand in den letzten drei Monaten eine Begleitung durch eine zuständige Pflegefachkraft statt?
Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Visiten.

Bei _____ (Anzahl) von 10 Visiten

2.5 Über welche internen Regelungen zur Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen an Hausärzte/-innen verfügt die jeweilige Pflegeeinrichtung, in der Sie tätig sind?
Bitte kreuzen Sie nur die Antwort an, die aus Ihrer Sicht am häufigsten zum Tragen kommt.

Die Pflegeeinrichtung verfügt über feste Ansprechpersonen, die für alle <u>Bewohner/-innen</u> zuständig sind.	<input type="checkbox"/>
Jeder Wohnbereich verfügt über feste Ansprechpersonen, die für die <u>Bewohner/-innen eines Wohnbereiches</u> zuständig sind.	<input type="checkbox"/>
<u>Jede/-r einzelne Bewohner/-in</u> verfügt in der Pflegeeinrichtung über feste Ansprechpersonen, die für sie zuständig sind.	<input type="checkbox"/>
Die Pflegeeinrichtung verfügt über andere Regelungen. ->Bitte führen Sie auf, über welche anderen Regelungen zur Informationsübermittlung diese Pflegeeinrichtung verfügt!	<input type="checkbox"/>



Fragebogen-Nummer: - - E: - A:

<p>2.6 Wie verfügbar sind die behandlungsrelevanten Informationen vor, während und nach einem hausärztlichen Besuch? <i>Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Situationen, in denen es notwendig war, dass behandlungsrelevante Informationen weitergegeben werden.</i></p>	
<p>Informationsweitergabe <u>Pflege</u> -> <u>Ärzte/-innen</u></p>	
<p>-><u>Vor</u> und während dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für Hausärzte/-innen zur Verfügung.</p>	<p>in <input type="text"/> (Anzahl) von 10 Situationen</p>
<p>Informationsweitergabe <u>Ärzte/-innen</u> -><u>Pflege</u></p>	
<p>-><u>Nach</u> dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für die Pflege zur Verfügung.</p>	<p>in <input type="text"/> (Anzahl) von 10 Situationen</p>
<p>3. Zusammenarbeit mit Fachärzten/-innen vor dem Start des Projekts SaarPHIR</p>	
<p>3.1 In wie vielen Fällen fanden in den letzten drei Monaten telefonische Konsile mit Fachärzten/-innen statt?</p>	
<p><input type="text"/> Fälle (Anzahl)</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht notwendig</p>
<p>VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGEN! BITTE DENKEN SIE DARAN, FÜR JEDE PFLEGEINRICHTUNG, MIT DER SIE AN SAARPHIR TEILNEHMEN, EINEN GESONDERTEN FRAGEBOGEN AUSZUFÜLLEN!</p>	
<p>Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft) der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar) Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege Goebenstr. 40 66117 Saarbrücken Telefon: 0681/5867-665 E-Mail: dagmar.renaud@htwsaar.de</p>	

4.2 Fragebogen 04 - Folgeerhebung



4620125

Fragebogen-Nummer: 04 - [] - [] - [] - []

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein: _____
Tag Monat Jahr

1. Organisation von Visiten in der Pflegeeinrichtung im Rahmen des Projekts SaarPHIR	
1.1 Wie ist Ihre Hausarztpraxis organisiert?	
Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>
Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis)	<input type="checkbox"/>
Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
1.2 Allgemeine Angaben zur Organisation von Visiten in der Pflegeeinrichtung, auf die sich dieser Fragebogen bezieht	
1.2.1 Wie viele Patienten/-Innen haben Sie in der letzten Woche im Rahmen des Projekts SaarPHIR in der Pflegeeinrichtung versorgt?	
	_____ (Anzahl)
1.2.2 Wie weit ist die Entfernung zwischen Ihrer Praxis und der Pflegeeinrichtung?	
	_____ (km)
1.2.3 Wie viele Stunden pro Woche wenden Sie für den Besuch der Pflegeeinrichtung auf?	
	_____ (h)
1.2.4 An welchem Wochentag besuchen Sie routinemäßig die Einrichtung?	
	_____ (Wochentag)
1.2.5 Zu welcher Uhrzeit besuchen Sie routinemäßig die Einrichtung?	
	_____ (Uhrzeit)
1.3 Über welche Abläufe verfügt Ihre Hausarztpraxis, um reguläre Visiten in dieser Pflegeeinrichtung durchzuführen?	
Heimvisiten sind im Tagesablauf fest eingeplant	<input type="checkbox"/>
Heimvisiten sind im Wochenablauf fest eingeplant	<input type="checkbox"/>
Heimvisiten werden bei sich spontan ergebenden Zeitfenstern durchgeführt	<input type="checkbox"/>
Die Hausarztpraxis verfügt über andere Strukturen	<input type="checkbox"/>
->Bitte führen Sie auf, über welche anderen Strukturen Ihre Praxis verfügt:	_____
1.4 Zu welchen Zeiten führen Sie reguläre Visiten in dieser Pflegeeinrichtung durch? (Mehrfachnennung möglich)	
während der Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>
vor den Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>
in der Mittagspause	<input type="checkbox"/>
in sprechstundenfreien Zeiten (z.B. Mittwochnachmittag)	<input type="checkbox"/>
nach den Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>



4620125



Fragebogen-Nummer: - - -

<p>1.5 Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Bewohner/-innen einer Pflegeeinrichtung werden Sie von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung kontaktiert. Verfügen Sie über eine standardisierte Checkliste, um diese Anfragen strukturiert zu bearbeiten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>Welche Informationen in Form einer standardisierten Checkliste erfragen Sie? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i></p>	
Name des Anrufers/Einrichtung	<input type="checkbox"/>
Datum/Uhrzeit	<input type="checkbox"/>
Angaben zum Patienten	<input type="checkbox"/>
Beschwerden/Dauer der Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Bereits durchgeführte Maßnahmen	<input type="checkbox"/>
Dringlichkeit der Visite	<input type="checkbox"/>
Die Hausarztpraxis erfragt weitere/andere Informationen	<input type="checkbox"/>
->Bitte führen Sie diese auf: _____	
<p>2 Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung im Rahmen des Projekts SaarPHIR</p>	
<p>2.1 Arbeiten Sie mit der Pflegeeinrichtung auf vertraglicher Basis zusammen?</p>	
Nein	<input type="checkbox"/>
Ja, im Rahmen von §119 b Sozialgesetzbuch V <i>(Vertrag zur ambulanten Behandlung in Pflegeeinrichtungen)</i>	<input type="checkbox"/>
Ja, im Rahmen von §140 a Sozialgesetzbuch V <i>(Vertrag zur besonderen, sektorenübergreifenden Versorgung)</i>	<input type="checkbox"/>
Ja, sonstige vertragliche Vereinbarungen:	<input type="checkbox"/>
->Bitte führen Sie diese auf : _____	





4620125

Fragebogen-Nummer: 0 4 - [] [] - E: [] [] [] - A: [] [] []

2.2 Wie beurteilen Sie Ihre Erreichbarkeit für die Pflegeeinrichtung zu den unten aufgeführten Zeiten? (über Festnetz- oder Handynummer)
Bitte denken Sie dabei an Ihre Erreichbarkeit in den vergangenen 3 Monaten!

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Erreichbarkeit montags bis freitags innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>				
Erreichbarkeit montags bis freitags tagsüber außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten (z. B. am Mittwochnachmittag, in der Mittagszeit)	<input type="checkbox"/>				
Erreichbarkeit montags bis freitags abends bis 21.00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
Erreichbarkeit am Wochenende/an Feiertagen	<input type="checkbox"/>				

2.3 In wie vielen Situationen ist eine feste Ansprechperson der Pflegeeinrichtung für die Hausärzte/-innen verfügbar, wenn diese benötigt wird?
Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Situationen.

In _____ (Anzahl) von 10 Situationen

2.4 Bei wie vielen Visiten durch die Hausärzte/-Innen fand in den letzten drei Monaten eine Begleitung durch eine zuständige Pflegefachkraft statt?
Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Visiten.

Bei _____ (Anzahl) von 10 Visiten

2.5 Über welche internen Regelungen zur Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen an Hausärzte/-innen verfügt die jeweilige Pflegeeinrichtung, in der Sie tätig sind?
Bitte kreuzen Sie nur die Antwort an, die aus Ihrer Sicht am häufigsten zum Tragen kommt.

Die Pflegeeinrichtung verfügt über feste Ansprechpersonen, die für alle Bewohner/-innen zuständig sind.

Jeder Wohnbereich verfügt über feste Ansprechpersonen, die für die Bewohner/-innen eines Wohnbereiches zuständig sind.

Jede/-r einzelne Bewohner/-in verfügt in der Pflegeeinrichtung über feste Ansprechpersonen, die für sie zuständig sind.

Die Pflegeeinrichtung verfügt über andere Regelungen.

->Bitte führen Sie auf, über welche anderen Regelungen zur Informationsübermittlung diese Pflegeeinrichtung verfügt! _____



4620125

Fragebogen-Nummer: - - - -

2.6 Wie verfügbar sind die behandlungsrelevanten Informationen vor, während und nach einem hausärztlichen Besuch?
Bitte machen Sie Angaben basierend auf den letzten 10 Situationen, in denen es notwendig war, dass behandlungsrelevante Informationen weitergegeben werden.

Informationsweitergabe Pflege -> Ärzte/-innen

->Vor und während dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für Hausärzte/-innen zur Verfügung. in (Anzahl) von 10 Situationen

Informationsweitergabe Ärzte/-innen -> Pflege

->Nach dem hausärztlichen Besuch stehen alle behandlungsrelevanten Informationen für die Pflege zur Verfügung. in (Anzahl) von 10 Situationen

3. Zusammenarbeit mit Fachärzten/-innen des Projekts SaarPHIR

3.1 In wie vielen Fällen fanden in den letzten drei Monaten telefonische Konsile mit Fachärzten/-innen statt? Fälle (Anzahl) nicht notwendig

**VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGEN!
 BITTE DENKEN SIE DARAN, FÜR JEDE PFLEGEINRICHTUNG,
 MIT DER SIE AN SAARPHIR TEILNEHMEN,
 EINEN GESONDERTEN FRAGEBOGEN AUSZUFÜLLEN!**

Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft)
 der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar)
 Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege
 Goebenstr. 40
 66117 Saarbrücken
 Telefon: 0681/5867-665
 E-Mail: dagmar.renaud@htwsaar.de

6 Fragebogen 06 (Pflegeeinrichtungen)



Entwurf

Fragebogen-Nummer: 06 - - E:

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein: ____ * ____ * ____

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
1. Die Arbeitsatmosphäre zwischen Pflegekräften und Ärzt/-innen ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Konflikte zwischen Pflegekräften und Ärzt/-innen sind nach meinem Empfinden sehr häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zwischen Pflegekräften und Ärzt/-innen herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn zwischen Ärzt/-innen und Pflegekräften Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alles in allem sehe ich die Ärzt/-innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich bin von der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung in der Regel überzeugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Von der Art, wie meine Kolleg/-innen aus dem Pflegeteam mit den Bewohner/-innen umgehen, kann ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Entwurf

Fragebogen-Nummer: - -

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
10. Von der Art, wie die Ärzt/-innen mit den Bewohner/-innen umgehen, kann ich sehr viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Zusammenarbeit mit den Ärzt/-innen in unserer Pflegeeinrichtung ist im Allgemeinen sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Ärzt/-innen können sich in die Probleme der Pflegekräfte einfühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Art, wie die Ärzt/-innen mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich insgesamt als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe in unserer Pflegeeinrichtung organisiert werden, bin ich sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vielen Dank für die Beantwortung dieses Fragebogens!				
Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft) der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar) Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege Goebenstr. 40 66117 Saarbrücken Telefon: 0681/5867-665 E-Mail: dagmar.renaud@htwsaar.de				

7 Fragebogen 07 (Hausarztpraxen)



 Entwurf
 Fragebogen-Nummer: - - -

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein: ____ * ____ * ____

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
1. Die Arbeitsatmosphäre zwischen Ärzt/-innen und Pflegekräften ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Konflikte zwischen Ärzt/-innen und Pflegekräften sind nach meinem Empfinden sehr häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zwischen Ärzt/-innen und Pflegekräften herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn zwischen Ärzt/-innen und Pflegekräften Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alles in allem sehe ich die Ärzt/-innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, jeweils die Situation der Bewohner/-innen richtig einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es besteht die Notwendigkeit, die Durchführung meiner Anordnungen laufend zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



 Entwurf
 Fragebogen-Nummer: - - -

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
10. Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Von der Art, wie meine Kollegin/-innen der Versorgungsgemeinschaft mit den Bewohner/-innen umgehen, kann ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Von der Art, wie Pflegekräfte mit den Bewohner/-innen umgehen, kann ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften in der Pflegeeinrichtung ist im Allgemeinen sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Pflegekräfte können sich in die Probleme der Ärzt/-innen einfühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Art, wie die Pflegekraft mit uns Ärzt/-innen umgehen, empfinde ich insgesamt als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe in der Pflegeeinrichtung organisiert werden, bin ich sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vielen Dank für die Beantwortung dieses Fragebogens!				
Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft) der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar) Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege Goebenstr. 40 66117 Saarbrücken Telefon: 0681/5867-665 E-Mail: dagmar.renaud@htwsaar.de				

Anhang 2 zum Bericht SaarPHIR

**über die Auswertung der sekundären Endpunkte anhand der Primär-
daten zu Struktur- und Prozessqualität**

11.10.2022	Final 1.0	First final version

Prof. Dr. Iris Burkholder
Prof. Dr. Dagmar Renaud
Marion Al-Qadi (M.Eval)
Sabine Bunjes-Schmieger (M.Eval)

Hochschule für Technik und Wirtschaft (htw saar)
Department Gesundheit und Pflege
Goebenstr. 40
66117 Saarbrücken

Inhaltsverzeichnis

1	Strukturen der Pflegeeinrichtungen	5
1.1	Allgemeine Strukturen	5
1.1.1	Allgemeine Strukturen Pflegeeinrichtungen (t0, t1)	5
1.1.2	Allgemeine Strukturen Pflegeeinrichtungen (Differenz).....	11
1.2	Strukturen der ärztlichen Versorgung.....	16
1.2.1	Strukturen der ärztlichen Versorgung Pflegeeinrichtungen (t0, t1)	16
1.2.2	Strukturen der ärztlichen Versorgung Pflegeeinrichtungen (Differenz).....	20
2	Interventionsstand	22
2.1	Situation vor Projektstart (t0)	22
2.1.1	Situation vor Projektstart (t0)	22
2.1.2	Listing allgemeine Anmerkungen Ersterhebung.....	22
2.2	Rufbereitschaft	24
2.2.1	Häufigkeiten Rufbereitschaft.....	24
2.2.2	Statistiken Rufbereitschaft	27
2.3	Statistiken Organisation ärztliche Visiten	32
2.4	Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen.....	38
2.4.1	Statistiken Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen	38
2.4.2	Listing sonstige Berufsgruppen.....	49
2.5	Gemeinsame Versorgungsplanung.....	51
2.5.1	Statistiken Versorgungsplanung	51
2.5.2	Listing sonstige Assessments	78
2.5.3	Listing sonstige Gelegenheiten	82
2.5.4	Listing sonstige Themen.....	83
2.5.5	Listing sonstige Berufsgruppen Teamsitzungen.....	84
2.5.6	Listing sonstige Behandlungspfade	85
2.5.7	Listing sonstige Themen Fortbildungen	87
2.6	Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen	91
2.6.1	Statistiken Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen.....	91
2.6.2	Listing sonstige Versorgungsnetzwerke.....	97
2.7	Zusammenarbeit zwischen Versorgergemeinschaft und Pflegeeinrichtung bzw. Fachärzt*innen	99

2.7.1	Statistiken Zusammenarbeit zwischen Versorgergemeinschaft und Pflegeeinrichtung bzw. Fachärzt*innen	99
2.7.2	Listing sonstige Formen der Informationsweitergabe	108
2.8	Einschätzung Projektumsetzung Pflegeeinrichtung	109
2.8.1	Statistiken Einschätzung Projektumsetzung Pflegeeinrichtung	109
2.8.2	Listing weitere Anmerkungen der Pflegeeinrichtungen zu SaarPHIR	125
2.9	Einschätzung Projektumsetzung Versorgergemeinschaft	127
2.9.1	Statistiken Einschätzung Projektumsetzung Versorgergemeinschaft	127
2.9.2	Listing weitere Anmerkungen der Versorgergemeinschaft zu SaarPHIR	138
3	Wöchentliche Dokumentation	141
3.1	Bewohner*innen mit vorzeitigem Beobachtungsende	141
3.2	Listing Frage 2	142
3.3	Listing Visiten aufgrund von Krankenhausentlassungen	143
4	Strukturen der Ärzt*innen	151
4.1	Strukturen der Organisation der Visiten	151
4.1.1	Strukturen der Organisation der Visiten Ärzt*innen (t0, t1)	151
4.1.2	Strukturen der Organisation der Visiten Ärzt*innen (Differenz)	155
4.1.3	Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung (Differenz) ...	156
4.2	Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung	158
4.2.1	Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung (t0, t1)	158
4.2.2	Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung (Differenz) ...	161
4.3	Listings	163
4.3.1	Listings Antworten Frage 1.2.4 und 1.2.5	163
4.3.2	Listings weitere Informationen der standardisierten Checkliste (Frage 1.5)	174
4.3.3	Listings weitere interne Regelungen (Frage 2.5)	176
6	Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen	177
6.1	Häufigkeiten Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (t0, t1, t2, t3)	177
6.1.1	Subskala Konfliktfähigkeit	177
6.1.2	Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung	179
6.1.3	Subskala Zusammenarbeit intern	182
6.2	Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (t0, t1, t2, t3)	184
6.2.1	Subskala Konfliktfähigkeit	184

6.2.2	Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung	186
6.2.3	Subskala Zusammenarbeit intern	191
6.3	Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (Differenz)	193
6.3.1	Subskala Konfliktfähigkeit	193
6.3.2	Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung	195
6.3.3	Subskala Zusammenarbeit intern	198

7 Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen

200

7.1	Häufigkeiten Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (t0, t1, t2, t3) 200	
7.1.1	Subskala Konfliktfähigkeit	200
7.1.2	Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung	202
7.1.3	Subskala Zusammenarbeit intern	209
7.2	Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (t0, t1, t2, t3) 210	
7.2.1	Subskala Konfliktfähigkeit	210
7.2.2	Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung	212
7.2.3	Subskala Zusammenarbeit Hausärzt*innen	219
7.3	Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (Differenz)	221
7.3.1	Subskala Konfliktfähigkeit	221
7.3.2	Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung	223
7.3.3	Subskala Zusammenarbeit Hausärzt*innen	228
7.4	Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Vergleich Pflegeeinrichtungen und Hausarztpraxen (t0, t1, t2, t3)	229

1 Strukturen der Pflegeeinrichtungen

1.1 Allgemeine Strukturen

1.1.1 Allgemeine Strukturen Pflegeeinrichtungen (t0, t1)

Programm: t_01_strukturen_allgemein.sas

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
Trägerschaft	fehlend	1 (7.7%)			
	Öffentlich		1 (11.1%)		
	Freigemeinnützig	10 (76.9%)	6 (66.7%)	13 (72.2%)	2 (50.0%)
	privat	2 (15.4%)	2 (22.2%)	5 (27.8%)	2 (50.0%)
Plätze der stationären Langzeitpflege	n	13	9	18	4
	Durchschnitt	102.3	107.0	96.1	92.5
	Median	86.0	86.0	84.0	88.0
	Minimum	42.0	63.0	39.0	60.0
	Maximum	200.0	195.0	179.0	134.0
Anzahl Bewohner*innen	n	13	9	18	4
	Durchschnitt	87.5	89.3	89.1	87.0
	Median	80.0	85.0	84.0	84.0
	Minimum	42.0	57.0	29.0	54.0
	Maximum	146.0	129.0	159.0	126.0
Auslastung (in %)	n	13	9	18	4
	Durchschnitt	89.7	87.5	92.5	93.7
	Median	93.5	90.8	94.6	92.9
	Minimum	57.5	65.6	74.4	90.0
	Maximum	100.0	100.0	100.0	98.9
Anteil GKV-Versicherte (in %) unter Bewohner*innen	n	13	9	17	4
	Durchschnitt	91.6	92.2	92.1	91.3
	Median	91.4	92.9	91.4	91.0

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
	Minimum	79.8	85.3	83.3	87.0
	Maximum	100.0	100.0	97.2	96.2
Anteil PKV-Versicherte (in %) unter Bewohner*innen	n	13	9	17	4
	Durchschnitt	8.4	7.8	7.7	8.7
	Median	8.6	7.1	6.9	9.0
	Minimum	0.0	0.0	2.8	3.8
	Maximum	20.2	14.7	16.7	13.0
Anteil sonstige Versicherte (in %) unter Bewohner*innen	n	13	9	17	4
	Durchschnitt	0.0	0.0	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0	0.0	0.0
Anteil Pflegegrad 1 (in %) unter GKV-Versicherten	n	8	6	9	2
	Durchschnitt	2.4	1.8	1.9	1.1
	Median	2.2	1.8	1.7	1.1
	Minimum	0.0	1.0	0.0	0.0
	Maximum	5.5	2.5	3.8	2.1
Anteil Pflegegrad 2 (in %) unter GKV-Versicherten	n	8	6	9	2
	Durchschnitt	28.4	25.4	28.2	23.3
	Median	27.8	28.7	28.6	23.3
	Minimum	19.8	12.7	18.6	17.0
	Maximum	37.0	30.9	38.0	29.6
Anteil Pflegegrad 3 (in %) unter GKV-Versicherten	n	8	6	9	2
	Durchschnitt	32.1	35.0	36.7	29.9
	Median	31.8	34.5	34.6	29.9

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
	Minimum	26.4	28.3	30.5	27.7
	Maximum	37.6	40.5	53.6	32.1
Anteil Pflegegrad 4 (in %) unter GKV-Versicherten	n	8	6	9	2
	Durchschnitt	27.0	27.1	21.6	26.6
	Median	27.4	28.1	20.0	26.6
	Minimum	19.2	19.0	7.1	23.5
	Maximum	37.7	32.4	33.9	29.8
Anteil Pflegegrad 5 (in %) unter GKV-Versicherten	n	8	6	9	2
	Durchschnitt	9.5	10.8	10.2	15.7
	Median	9.4	10.5	10.7	15.7
	Minimum	5.7	8.9	4.0	12.3
	Maximum	11.9	13.7	13.6	19.1
Anteil ohne Pflegegrad (in %) unter GKV-Versicherten	n	8	6	9	2
	Durchschnitt	0.6	0.0	1.3	3.4
	Median	0.0	0.0	0.0	3.4
	Minimum	0.0	0.0	0.0	2.5
	Maximum	2.4	0.0	5.7	4.3
Anteil Männer (in %) unter GKV-Versicherten	n	9	6	10	2
	Durchschnitt	24.0	27.7	29.4	25.1
	Median	23.2	25.2	26.1	25.1
	Minimum	9.8	16.7	15.3	24.7
	Maximum	35.6	50.0	50.0	25.5
Anteil Frauen (in %) unter GKV-Versicherten	n	9	6	10	2
	Durchschnitt	76.0	72.3	70.6	74.9
	Median	76.8	74.8	73.9	74.9

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
	Minimum	64.4	50.0	50.0	74.5
	Maximum	90.2	83.3	84.7	75.3
Durchschnittsalter der GKV-Versicherten (in Jahren)	n	11	9	16	3
	Durchschnitt	81.6	81.4	82.8	83.7
	Median	82.4	82.5	83.5	83.0
	Minimum	69.0	72.0	77.0	83.0
	Maximum	87.9	86.0	88.0	85.0
Sind alle Stellen besetzt?	fehlend		2 (22.2%)	2 (11.1%)	1 (25.0%)
	ja	11 (84.6%)	6 (66.7%)	13 (72.2%)	2 (50.0%)
	nein	2 (15.4%)	1 (11.1%)	3 (16.7%)	1 (25.0%)
Anteil besetzter Stellen (in %) Pflegefachkräfte	n	10	8	13	4
	Durchschnitt	95.4	89.2	83.5	98.4
	Median	100.0	100.0	100.0	100.0
	Minimum	66.1	20.4	0.0	93.8
	Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0
Anteil besetzter Stellen (in %) Pflegehilfskräfte	n	12	6	13	4
	Durchschnitt	98.7	100.0	88.6	100.0
	Median	100.0	100.0	100.0	100.0
	Minimum	84.6	100.0	0.0	100.0
	Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0
Anteil besetzter Stellen (in %) Betreuungskräfte	n	11	7	13	4
	Durchschnitt	100.0	100.0	84.6	100.0
	Median	100.0	100.0	100.0	100.0
	Minimum	100.0	100.0	0.0	100.0
	Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
Anteil besetzter Stellen (in %) Hauswirtschaftskräfte	n	6	5	8	4
	Durchschnitt	83.3	100.0	85.6	100.0
	Median	100.0	100.0	100.0	100.0
	Minimum	0.0	100.0	0.0	100.0
	Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0
Anteil besetzter Stellen (in %) therapeutisches Personal	n	4	3	6	2
	Durchschnitt	100.0	100.0	66.7	100.0
	Median	100.0	100.0	100.0	100.0
	Minimum	100.0	100.0	0.0	100.0
	Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0
Pflegefachkräftequote (in %)	n	12	7	13	4
	Durchschnitt	43.4	63.6	61.8	69.1
	Median	48.5	52.8	53.7	71.1
	Minimum	0.0	43.5	43.7	48.4
	Maximum	61.2	100.0	93.3	86.0
Betreuungsquote Pflegefachkräfte bei GKV-Versicherten	n	10	8	12	4
	Durchschnitt	7.0	7.5	8.7	5.0
	Median	4.4	4.8	5.0	4.8
	Minimum	3.5	3.5	3.3	4.2
	Maximum	30.3	27.1	50.7	6.3
Betreuungsquote Pflegehilfskräfte bei GKV-Versicherten	n	12	6	12	4
	Durchschnitt	5.1	7.0	11.3	18.5
	Median	5.2	5.0	5.4	15.8
	Minimum	3.4	3.9	4.3	5.1
	Maximum	7.2	12.7	53.0	37.5

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
Betreuungsquote Betreuungskräfte bei GKV-Versicherten	n	11	7	11	4
	Durchschnitt	19.9	16.1	16.8	16.3
	Median	18.1	15.7	18.3	16.8
	Minimum	12.4	12.7	10.8	13.1
	Maximum	45.6	18.7	19.3	18.8
Betreuungsquote Hauswirtschafts- kräfte bei GKV- Versicherten	n	5	5	7	4
	Durchschnitt	46.6	26.8	8.9	10.1
	Median	9.4	9.9	8.6	9.7
	Minimum	4.9	4.3	3.9	7.5
	Maximum	163.5	102.0	16.6	13.4
Betreuungsquote therapeutisches Personal bei GKV- Versicherten	n	4	3	4	2
	Durchschnitt	60.3	45.2	94.0	83.9
	Median	60.1	44.3	93.5	83.9
	Minimum	44.9	31.1	66.9	75.0
	Maximum	76.2	60.0	122.0	92.8

1.1.2 Allgemeine Strukturen Pflegeeinrichtungen (Differenz)

Programm: t_01_strukturen_allgemein_diff.sas

		<i>Intervention Differenz N=9</i>	<i>Kontrolle Differenz N=4</i>
Plätze der stationären Langzeitpflege	n	9	4
	Durchschnitt	-3.7	0.5
	Median	0.0	0.0
	Minimum	-35.0	0.0
	Maximum	2.0	2.0
Anzahl Bewohner*innen	n	9	4
	Durchschnitt	-2.4	-1.5
	Median	0.0	-1.0
	Minimum	-18.0	-4.0
	Maximum	5.0	0.0
Auslastung (in %)	n	9	4
	Durchschnitt	-0.2	-2.7
	Median	0.0	-2.1
	Minimum	-9.9	-6.7
	Maximum	12.8	0.0
Anteil GKV-Versicherte (in %) unter Bewohner*innen	n	9	3
	Durchschnitt	-0.1	-1.3
	Median	0.0	-0.0
	Minimum	-4.1	-4.0
	Maximum	2.5	0.0
Anteil PKV-Versicherte (in %) unter Bewohner*innen	n	9	3
	Durchschnitt	0.1	1.3
	Median	0.0	0.0
	Minimum	-2.5	0.0
	Maximum	4.1	4.0
Anteil sonstige Versicherte (in %) unter Bewohner*innen	n	9	3
	Durchschnitt	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0

		<i>Intervention Differenz N=9</i>	<i>Kontrolle Differenz N=4</i>
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0
Anteil Pflegegrad 1 (in %) unter GKV-Versicherten	n	5	1
	Durchschnitt	-1.8	-0.4
	Median	-2.0	-0.4
	Minimum	-3.4	-0.4
	Maximum	-0.1	-0.4
Anteil Pflegegrad 2 (in %) unter GKV-Versicherten	n	5	1
	Durchschnitt	-3.3	-8.6
	Median	-2.6	-8.6
	Minimum	-7.9	-8.6
	Maximum	2.9	-8.6
Anteil Pflegegrad 3 (in %) unter GKV-Versicherten	n	5	1
	Durchschnitt	1.8	-8.2
	Median	1.3	-8.2
	Minimum	-3.9	-8.2
	Maximum	10.4	-8.2
Anteil Pflegegrad 4 (in %) unter GKV-Versicherten	n	5	1
	Durchschnitt	3.0	6.7
	Median	3.4	6.7
	Minimum	-0.2	6.7
	Maximum	4.6	6.7
Anteil Pflegegrad 5 (in %) unter GKV-Versicherten	n	5	1
	Durchschnitt	0.9	6.3
	Median	1.4	6.3
	Minimum	-1.0	6.3
	Maximum	1.8	6.3
Anteil ohne Pflegegrad (in %) unter GKV-Versicherten	n	5	1
	Durchschnitt	-0.5	4.3
	Median	0.0	4.3
	Minimum	-1.7	4.3

		<i>Intervention Differenz N=9</i>	<i>Kontrolle Differenz N=4</i>
	Maximum	0.0	4.3
Anteil Männer (in %) unter GKV-Versicherten	n	4	1
	Durchschnitt	-1.8	5.0
	Median	-0.7	5.0
	Minimum	-5.6	5.0
	Maximum	-0.2	5.0
Anteil Frauen (in %) unter GKV-Versicherten	n	4	1
	Durchschnitt	1.8	-5.0
	Median	0.7	-5.0
	Minimum	0.2	-5.0
	Maximum	5.6	-5.0
Durchschnittsalter der GKV-Versicherten (in Jahren)	n	7	3
	Durchschnitt	2.8	-0.7
	Median	1.0	-2.0
	Minimum	-2.5	-5.0
	Maximum	9.0	5.0
Anteil besetzter Stellen (in %) Pflegefachkräfte	n	5	4
	Durchschnitt	6.8	20.4
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	-6.3
	Maximum	33.9	88.0
Anteil besetzter Stellen (in %) Pflegehilfskräfte	n	5	3
	Durchschnitt	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0
Anteil besetzter Stellen (in %) Betreuungskräfte	n	5	4
	Durchschnitt	0.0	25.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	100.0

		<i>Intervention Differenz N=9</i>	<i>Kontrolle Differenz N=4</i>
Anteil besetzter Stellen (in %) Hauswirtschaftskräfte	n	1	1
	Durchschnitt	100.0	0.0
	Median	100.0	0.0
	Minimum	100.0	0.0
	Maximum	100.0	0.0
Anteil besetzter Stellen (in %) therapeutisches Personal	n	2	1
	Durchschnitt	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0
Pflegefachkräftequote (in %)	n	6	3
	Durchschnitt	24.6	1.0
	Median	19.3	-1.6
	Minimum	-0.8	-2.0
	Maximum	80.9	6.5
Betreuungsquote Pflegefachkräfte bei GKV-Versicherten	n	5	4
	Durchschnitt	-5.1	-11.0
	Median	-0.2	-0.3
	Minimum	-24.8	-44.4
	Maximum	0.3	0.9
Betreuungsquote Pflegehilfskräfte bei GKV-Versicherten	n	5	3
	Durchschnitt	2.6	0.7
	Median	0.1	0.2
	Minimum	-1.1	0.0
	Maximum	7.4	1.7
Betreuungsquote Betreuungskräfte bei GKV-Versicherten	n	5	3
	Durchschnitt	-2.9	-0.0
	Median	-2.7	0.0
	Minimum	-7.1	-2.3

		<i>Intervention Differenz N=9</i>	<i>Kontrolle Differenz N=4</i>
	Maximum	0.8	2.2
Betreuungsquote Hauswirtschaftskräfte bei GKV-Versicherten	n	0	1
	Durchschnitt	.	9.5
	Median	.	9.5
	Minimum	.	9.5
	Maximum	.	9.5
Betreuungsquote therapeutisches Personal bei GKV-Versicherten	n	2	1
	Durchschnitt	6.1	-29.2
	Median	6.1	-29.2
	Minimum	-0.5	-29.2
	Maximum	12.8	-29.2

1.2 Strukturen der ärztlichen Versorgung

1.2.1 Strukturen der ärztlichen Versorgung Pflegeeinrichtungen (t0, t1)

Programm: t_01_strukturen_versorgung.sas

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
Vertragliche Vereinbarungen mit Ärzt*innen	fehlend	2 (15.4%)	1 (11.1%)	2 (11.1%)	
	nein	5 (38.5%)	4 (44.4%)	10 (55.6%)	1 (25.0%)
	§119 b	5 (38.5%)	4 (44.4%)	5 (27.8%)	3 (75.0%)
	sonstige	1 (7.7%)		1 (5.6%)	
Betreuungsquote Haus-ärzt*innen bei GKV-Ver-sicherten	n	12	9	14	3
	Durchschnitt	8.3	9.3	10.4	19.1
	Median	6.2	6.8	10.4	11.6
	Minimum	3.1	3.5	4.0	8.1
	Maximum	19.7	15.8	16.4	37.5
Regelmäßige Versorgung durch Zahn-ärzt*innen	ja	9 (69.2%)	6 (66.7%)	12 (66.7%)	2 (50.0%)
	nein	4 (30.8%)	3 (33.3%)	6 (33.3%)	2 (50.0%)
Regelmäßige Versorgung durch Augen-ärzt*innen	ja	1 (7.7%)	1 (11.1%)	2 (11.1%)	1 (25.0%)
	nein	12 (92.3%)	8 (88.9%)	16 (88.9%)	3 (75.0%)
Regelmäßige Versorgung durch Neuro-log*innen	ja	11 (84.6%)	8 (88.9%)	18 (100%)	4 (100%)
	nein	2 (15.4%)	1 (11.1%)		
Regelmäßige Versorgung durch HNO-Ärzt*innen	ja	7 (53.8%)	6 (66.7%)	4 (22.2%)	1 (25.0%)
	nein	6 (46.2%)	3 (33.3%)	14 (77.8%)	3 (75.0%)
Regelmäßige Versorgung durch sonstige Ärzt*innen	ja	6 (46.2%)	2 (22.2%)	12 (66.7%)	1 (25.0%)

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
	nein	6 (46.2%)	7 (77.8%)	6 (33.3%)	3 (75.0%)
Visiten veranlasst durch Pflegekräfte (von 10 Visiten)	n	11	9	8	4
	Durchschnitt	6.3	5.2	2.6	5.8
	Median	7.0	5.0	2.5	7.5
	Minimum	2.0	0.0	0.0	0.0
	Maximum	10.0	9.0	7.0	8.0
Visiten veranlasst durch Eigeninitiative Hausärzt*innen (von 10 Visiten)	n	13	9	17	4
	Durchschnitt	4.4	4.8	7.1	6.3
	Median	3.0	5.0	8.0	6.5
	Minimum	0.0	1.0	1.0	2.0
	Maximum	10.0	10.0	10.0	10.0
Visiten veranlasst durch Bewohner*innen (von 10 Visiten)	n	10	9	14	4
	Durchschnitt	1.2	0.2	0.4	0.5
	Median	0.5	0.0	0.0	0.5
	Minimum	0.0	0.0	0.0	0.0
	Maximum	6.0	1.0	2.0	1.0
Visiten veranlasst durch Angehörige/Be- treuer*innen (von 10 Vi- siten)	n	9	9	15	4
	Durchschnitt	1.1	0.4	0.9	0.5
	Median	1.0	0.0	0.0	0.5
	Minimum	0.0	0.0	0.0	0.0
	Maximum	4.0	2.0	5.0	1.0
Visiten veranlasst durch Fachärzt*innen (von 10 Visiten)	n	12	9	15	4
	Durchschnitt	0.7	0.3	1.8	3.3
	Median	0.5	0.0	0.0	1.5

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
	Minimum	0.0	0.0	0.0	0.0
	Maximum	3.0	1.0	10.0	10.0
Zusätzliche Visiten nach Entlassung aus Krankenhaus (von 10 Visiten)	n	12	7	16	4
	Durchschnitt	6.0	8.6	5.3	6.8
	Median	6.5	10.0	5.5	7.5
	Minimum	0.0	2.0	0.0	2.0
	Maximum	10.0	10.0	10.0	10.0
Visiten direkt am Kon- takttag (in %)	n	9	8	16	4
	Durchschnitt	48.1	44.5	39.7	60.0
	Median	40.0	35.1	31.7	60.0
	Minimum	9.1	10.7	0.0	20.0
	Maximum	100.0	83.3	100.0	100.0
Visiten am ersten Werk- tag nach Kontakt (in %)	n	7	7	14	2
	Durchschnitt	35.3	27.4	27.1	20.0
	Median	30.0	31.8	28.3	20.0
	Minimum	9.1	7.1	0.0	20.0
	Maximum	71.4	40.0	50.0	20.0
Visiten 2-3 Werktage nach Kontakt (in %)	n	5	6	4	2
	Durchschnitt	48.1	23.2	21.6	40.0
	Median	36.4	23.3	21.1	40.0
	Minimum	10.0	10.0	19.0	20.0
	Maximum	100.0	40.0	25.0	60.0
später als 3 Werktage nach Kontakt (in %)	n	6	6	13	2
	Durchschnitt	29.8	18.8	38.4	20.0
	Median	24.3	10.1	40.0	20.0
	Minimum	0.0	0.0	9.1	0.0
	Maximum	81.8	71.4	70.0	40.0

		<i>Intervention Ersterhebung N=13</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=9</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=18</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
Interne Regelung als Ansprechpartner für Hausärzt*innen	fehlend	1 (7.7%)	1 (11.1%)		
	festе Ansprechpersonen zuständig für alle Bewohner*innen	4 (30.8%)	1 (11.1%)	4 (22.2%)	
	festе Ansprechpersonen zuständig für Bewohner*innen eines Wohnbereichs	7 (53.8%)	7 (77.8%)	12 (66.7%)	4 (100%)
	festе Ansprechpersonen zuständig für jeden einzelne*n Bewohner*in	1 (7.7%)		1 (5.6%)	
	andere Regelung			1 (5.6%)	

1.2.2 Strukturen der ärztlichen Versorgung Pflegeeinrichtungen (Differenz)

Programm: t_01_strukturen_versorgung_diff.sas

		<i>Intervention Differenz N=9</i>	<i>Kontrolle Differenz N=4</i>
Betreuungsquote Hausärzt*innen bei GKV-Versicherten	n	8	1
	Durchschnitt	0.1	22.3
	Median	1.5	22.3
	Minimum	-16.0	22.3
	Maximum	7.1	22.3
Visiten veranlasst durch Pflegekräfte (von 10 Visiten)	n	7	0
	Durchschnitt	-1.3	.
	Median	-1.0	.
	Minimum	-4.0	.
	Maximum	3.0	.
Visiten veranlasst durch Eigeninitiative Hausärzt*innen (von 10 Visiten)	n	9	3
	Durchschnitt	0.6	2.0
	Median	1.0	2.0
	Minimum	-4.0	0.0
	Maximum	5.0	4.0
Visiten veranlasst durch Bewohner*innen (von 10 Visiten)	n	6	2
	Durchschnitt	-1.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	-6.0	-1.0
	Maximum	1.0	1.0
Visiten veranlasst durch Angehörige/Betreuer*innen (von 10 Visiten)	n	6	2
	Durchschnitt	-0.7	-1.0
	Median	-1.0	-1.0
	Minimum	-1.0	-1.0
	Maximum	0.0	-1.0
Visiten veranlasst durch Fachärzt*innen (von 10 Visiten)	n	9	3
	Durchschnitt	-0.4	-0.7
	Median	0.0	-1.0

		<i>Intervention Differenz N=9</i>	<i>Kontrolle Differenz N=4</i>
	Minimum	-3.0	-1.0
	Maximum	1.0	0.0
Zusätzliche Visiten nach Entlassung aus Krankenhaus (von 10 Visiten)	n	7	3
	Durchschnitt	2.7	-0.7
	Median	0.0	0.0
	Minimum	-1.0	-4.0
	Maximum	10.0	2.0
Visiten direkt am Kontakttag (in %)	n	6	3
	Durchschnitt	-12.8	-5.0
	Median	-15.5	-5.0
	Minimum	-33.3	-10.0
	Maximum	9.9	0.0
Visiten am ersten Werktag nach Kontakt (in %)	n	5	2
	Durchschnitt	-13.4	-7.5
	Median	-14.2	-7.5
	Minimum	-33.0	-10.0
	Maximum	11.4	-5.0
Visiten 2-3 Werktage nach Kontakt (in %)	n	2	0
	Durchschnitt	8.4	.
	Median	8.4	.
	Minimum	-5.1	.
	Maximum	21.8	.
später als 3 Werktage nach Kontakt (in %)	n	3	2
	Durchschnitt	2.5	-25.0
	Median	-15.5	-25.0
	Minimum	-28.6	-40.0
	Maximum	51.4	-10.0

2 Interventionsstand

2.1 Situation vor Projektstart (t0)

2.1.1 Situation vor Projektstart (t0)

Programm: t_02_ersterhebung_13_32.sas

		Intervention Ersterhebung N=10	Kontrolle Ersterhebung N=18
Gab es vor Saar-PHIR eine Versorgergemeinschaft?	ja	4 (40.0%)	2 (11.1%)
	nein	6 (60.0%)	16 (88.9%)
Anzahl Ärzt*innen in der Versorgergemeinschaft	n	4	2
	Durchschnitt	4.8	2.5
	Median	4.5	2.5
	Minimum	2.0	2.0
	Maximum	8.0	3.0
Anzahl Bewohner*innen, die von Versorgergemeinschaft versorgt werden	n	4	1
	Durchschnitt	55.0	51.0
	Median	57.0	51.0
	Minimum	36.0	51.0
	Maximum	70.0	51.0
Bewohner*innen pro Ärzt*in in Versorgergemeinschaft	n	4	1
	Durchschnitt	15.9	17.0
	Median	14.0	17.0
	Minimum	4.5	17.0
	Maximum	31.0	17.0
Wie oft steht Hausärzt*innen eine feste Ansprechperson zur Verfügung?	immer	3 (30.0%)	10 (55.6%)
	manchmal	1 (10.0%)	2 (11.1%)
	keine	6 (60.0%)	6 (33.3%)

2.1.2 Listing allgemeine Anmerkungen Ersterhebung

Programm: t_02_listing_anmerkungen_base.sas

Interventionsgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Allgemeine Anmerkungen</i>
1	86EE- EDD7C5323D868B79755CBAFD6F86 26F3B666D0A6CDABB483AA061F53 1F27895073AE6DCA991EDD836396 99E3DD7E	Ersterhebung	-> keine FB wg. Corona!

Kontrollgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Allgemeine Anmerkungen</i>
1	7ADA74AF366F29AD772D3BC443D8 C5DAB51DEC603641CB7DDBBF1A0 BC1CBDF60A7D28198102117B429C F760F45AAF4A6	Ersterhebung	Zu 5.4:Umsetzung Konzept Gesundh. Versorgungsplanung nach 132g SBG 5 n Bearbeitung!
2	B4F037485CC801A7ECDFE289097C CE8D709D4CF058C456995947D6B1 F88E58EEE34968219E4C167321727 2258DF95248	Ersterhebung	Die Einrichtung Sulzbach ist noch nicht im Projekt Saarphir
3	C4D1A49951236FB8B9628EE78DB8 B99C75D37DC9DE11DCA14712D399 DDE62A48F1C24CCF7A546AAF1B6 C23EEB0B92D43	Ersterhebung	Einige Fragen waren nicht lesbar.

2.2 Rufbereitschaft

2.2.1 Häufigkeiten Rufbereitschaft

Programm: t_02_rufbereitschaft_qual.sas

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten	Ersterhebung	fehlend		2 (11.1%)
		sehr gut	2 (20.0%)	3 (16.7%)
		gut	6 (60.0%)	8 (44.4%)
		befriedigend	1 (10.0%)	4 (22.2%)
		ausreichend	1 (10.0%)	1 (5.6%)
	Folgeerhebung 1	sehr gut	5 (71.4%)	2 (50.0%)
		gut	2 (28.6%)	2 (50.0%)
	Folgeerhebung 2	sehr gut	4 (57.1%)	1 (50.0%)
		gut	3 (42.9%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 3	fehlend	1 (16.7%)	
		sehr gut	3 (50.0%)	1 (50.0%)
		gut	2 (33.3%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 4	sehr gut	3 (50.0%)	
		gut	3 (50.0%)	
	Folgeerhebung 5	sehr gut	4 (57.1%)	
		gut	3 (42.9%)	
	Folgeerhebung 6	sehr gut	5 (71.4%)	
		gut	2 (28.6%)	
	Folgeerhebung 7	sehr gut	5 (71.4%)	
		gut	2 (28.6%)	
tagsüber außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten	Ersterhebung	fehlend		3 (16.7%)
		sehr gut	1 (10.0%)	1 (5.6%)
		gut	2 (20.0%)	2 (11.1%)
		befriedigend	3 (30.0%)	3 (16.7%)
		ausreichend	1 (10.0%)	2 (11.1%)
		mangelhaft	3 (30.0%)	7 (38.9%)
	Folgeerhebung 1	sehr gut	4 (57.1%)	2 (50.0%)
		gut	3 (42.9%)	2 (50.0%)
	Folgeerhebung 2	sehr gut	2 (28.6%)	2 (100%)
		gut	5 (71.4%)	
	Folgeerhebung 3	sehr gut	3 (50.0%)	2 (100%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	gut	3 (50.0%)	
Folgeerhebung 4	sehr gut	5 (83.3%)	
	gut	1 (16.7%)	
Folgeerhebung 5	sehr gut	6 (85.7%)	
	gut	1 (14.3%)	
Folgeerhebung 6	sehr gut	6 (85.7%)	
	gut	1 (14.3%)	
Folgeerhebung 7	sehr gut	6 (85.7%)	
	gut	1 (14.3%)	
Abends bis 21 Uhr	Ersterhebung	fehlend	3 (16.7%)
		sehr gut	1 (5.6%)
		gut	1 (10.0%) 2 (11.1%)
		befriedigend	1 (10.0%) 4 (22.2%)
		ausreichend	3 (30.0%)
		mangelhaft	5 (50.0%) 8 (44.4%)
	Folgeerhebung 1	sehr gut	4 (57.1%) 2 (50.0%)
		gut	3 (42.9%) 2 (50.0%)
	Folgeerhebung 2	sehr gut	3 (42.9%) 2 (100%)
		gut	3 (42.9%)
		befriedigend	1 (14.3%)
	Folgeerhebung 3	sehr gut	3 (50.0%) 2 (100%)
		gut	3 (50.0%)
	Folgeerhebung 4	sehr gut	5 (83.3%)
		gut	1 (16.7%)
	Folgeerhebung 5	sehr gut	6 (85.7%)
		gut	1 (14.3%)
	Folgeerhebung 6	sehr gut	6 (85.7%)
		gut	1 (14.3%)
	Folgeerhebung 7	sehr gut	6 (85.7%)
		gut	1 (14.3%)
am Wochenende/ an Feiertagen	Ersterhebung	fehlend	3 (16.7%)
		sehr gut	1 (5.6%)
		gut	1 (10.0%) 2 (11.1%)
		befriedigend	3 (16.7%)
		ausreichend	2 (20.0%) 1 (5.6%)
		mangelhaft	7 (70.0%) 8 (44.4%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Folgeerhebung 1	fehlend	1 (14.3%)	1 (25.0%)
	sehr gut	3 (42.9%)	1 (25.0%)
	gut	2 (28.6%)	1 (25.0%)
	befriedigend		1 (25.0%)
	ausreichend	1 (14.3%)	
Folgeerhebung 2	fehlend	3 (42.9%)	
	sehr gut	2 (28.6%)	1 (50.0%)
	gut	1 (14.3%)	
	befriedigend		1 (50.0%)
	ausreichend	1 (14.3%)	
Folgeerhebung 3	fehlend	4 (66.7%)	
	sehr gut	1 (16.7%)	1 (50.0%)
	befriedigend		1 (50.0%)
	ausreichend	1 (16.7%)	
Folgeerhebung 4	fehlend	1 (16.7%)	
	sehr gut	3 (50.0%)	
	gut	1 (16.7%)	
	mangelhaft	1 (16.7%)	
Folgeerhebung 5	fehlend	2 (28.6%)	
	sehr gut	3 (42.9%)	
	gut	1 (14.3%)	
	mangelhaft	1 (14.3%)	
Folgeerhebung 6	fehlend	2 (28.6%)	
	sehr gut	4 (57.1%)	
	gut	1 (14.3%)	
Folgeerhebung 7	fehlend	2 (28.6%)	
	sehr gut	4 (57.1%)	
	gut	1 (14.3%)	

2.2.2 Statistiken Rufbereitschaft

Programm: t_02_rufbereitschaft_quan.sas

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	2.1	1.9
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	0.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgeerhebung 1	n	7	4
		Durchschnitt	1.3	1.5
		Median	1.0	1.5
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgeerhebung 2	n	7	2
		Durchschnitt	1.4	1.5
		Median	1.0	1.5
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgeerhebung 3	n	6	2
		Durchschnitt	1.2	1.5
		Median	1.0	1.5
		Minimum	0.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgeerhebung 4	n	6	.
		Durchschnitt	1.5	.
		Median	1.5	.
		Minimum	1.0	.
Maximum		2.0	.	
Folgeerhebung 5	n	7	.	
	Durchschnitt	1.4	.	
	Median	1.0	.	
	Minimum	1.0	.	
	Maximum	2.0	.	
Folgeerhebung 6	n	7	.	
	Durchschnitt	1.3	.	
	Median	1.0	.	
	Minimum	1.0	.	
	Maximum	2.0	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
tagsüber außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten	Folgeberhebung 7	n	7	.
	Durchschnitt	1.3	.	.
	Median	1.0	.	.
	Minimum	1.0	.	.
	Maximum	2.0	.	.
	Ersterhebung	n	10	18
	Durchschnitt	3.3	3.2	3.2
	Median	3.0	3.5	3.5
	Minimum	1.0	0.0	0.0
	Maximum	5.0	5.0	5.0
	Folgeberhebung 1	n	7	4
	Durchschnitt	1.4	1.5	1.5
	Median	1.0	1.5	1.5
	Minimum	1.0	1.0	1.0
	Maximum	2.0	2.0	2.0
	Folgeberhebung 2	n	7	2
	Durchschnitt	1.7	1.0	1.0
	Median	2.0	1.0	1.0
	Minimum	1.0	1.0	1.0
	Maximum	2.0	1.0	1.0
Folgeberhebung 3	n	6	2	
Durchschnitt	1.5	1.0	1.0	
Median	1.5	1.0	1.0	
Minimum	1.0	1.0	1.0	
Maximum	2.0	1.0	1.0	
Folgeberhebung 4	n	6	.	
Durchschnitt	1.2	.	.	
Median	1.0	.	.	
Minimum	1.0	.	.	
Maximum	2.0	.	.	
Folgeberhebung 5	n	7	.	
Durchschnitt	1.1	.	.	
Median	1.0	.	.	
Minimum	1.0	.	.	
Maximum	2.0	.	.	
Folgeberhebung 6	n	7	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Durchschnitt	1.1	.
	Median	1.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	2.0	.
	Folgeerhebung 7 n	7	.
	Durchschnitt	1.1	.
	Median	1.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	2.0	.
Abends bis 21 Uhr	Ersterhebung n	10	18
	Durchschnitt	4.2	3.2
	Median	4.5	3.0
	Minimum	2.0	0.0
	Maximum	5.0	5.0
	Folgeerhebung 1 n	7	4
	Durchschnitt	1.4	1.5
	Median	1.0	1.5
	Minimum	1.0	1.0
	Maximum	2.0	2.0
	Folgeerhebung 2 n	7	2
	Durchschnitt	1.7	1.0
	Median	2.0	1.0
	Minimum	1.0	1.0
	Maximum	3.0	1.0
	Folgeerhebung 3 n	6	2
	Durchschnitt	1.5	1.0
	Median	1.5	1.0
	Minimum	1.0	1.0
	Maximum	2.0	1.0
	Folgeerhebung 4 n	6	.
	Durchschnitt	1.2	.
	Median	1.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	2.0	.
	Folgeerhebung 5 n	7	.
	Durchschnitt	1.1	.
	Median	1.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Minimum	1.0	.
	Maximum	2.0	.
	Folgeerhebung 6 n	7	.
	Durchschnitt	1.1	.
	Median	1.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	2.0	.
	Folgeerhebung 7 n	7	.
	Durchschnitt	1.1	.
	Median	1.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	2.0	.
am Wochenende/ an Feiertagen	Ersterhebung n	10	18
	Durchschnitt	4.5	3.2
	Median	5.0	3.5
	Minimum	2.0	0.0
	Maximum	5.0	5.0
	Folgeerhebung 1 n	7	4
	Durchschnitt	1.6	1.5
	Median	1.0	1.5
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	4.0	3.0
	Folgeerhebung 2 n	7	2
	Durchschnitt	1.1	2.0
	Median	1.0	2.0
	Minimum	0.0	1.0
	Maximum	4.0	3.0
	Folgeerhebung 3 n	6	2
	Durchschnitt	0.8	2.0
	Median	0.0	2.0
	Minimum	0.0	1.0
	Maximum	4.0	3.0
	Folgeerhebung 4 n	6	.
	Durchschnitt	1.7	.
	Median	1.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	5.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Folgeerhebung 5	n	7	.
	Durchschnitt	1.4	.
	Median	1.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	5.0	.
Folgeerhebung 6	n	7	.
	Durchschnitt	0.9	.
	Median	1.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	2.0	.
Folgeerhebung 7	n	7	.
	Durchschnitt	0.9	.
	Median	1.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	2.0	.

2.3 Statistiken Organisation ärztliche Visiten

Programm: t_02_organisation_visiten.sas

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Woche, Tag und ungefähre Uhrzeit im Voraus bekannt (von 10 Visiten)	Ersterhebung	n	10	17
		Durchschnitt	5.8	4.8
		Median	6.0	6.0
		Minimum	0.0	0.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 1	n	7	4
		Durchschnitt	9.7	7.5
		Median	10.0	10.0
		Minimum	9.0	0.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 2	n	7	2
		Durchschnitt	8.0	5.0
		Median	10.0	5.0
		Minimum	0.0	0.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 3	n	5	2
		Durchschnitt	6.4	5.0
		Median	6.0	5.0
		Minimum	1.0	0.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 4	n	6	.
		Durchschnitt	9.3	.
		Median	10.0	.
		Minimum	7.0	.
		Maximum	10.0	.
Folgerhebung 5	n	7	.	
	Durchschnitt	8.6	.	
	Median	10.0	.	
	Minimum	0.0	.	
	Maximum	10.0	.	
Folgerhebung 6	n	7	.	
	Durchschnitt	8.6	.	
	Median	10.0	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 7 n	7	.
	Durchschnitt	8.6	.
	Median	10.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Woche und Tag im Voraus bekannt (von 10 Visiten)	Ersterhebung n	7	16
	Durchschnitt	3.1	3.8
	Median	3.0	3.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	7.0	10.0
	Folgerhebung 1 n	5	3
	Durchschnitt	0.2	3.3
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	1.0	10.0
	Folgerhebung 2 n	5	1
	Durchschnitt	0.8	10.0
	Median	0.0	10.0
	Minimum	0.0	10.0
	Maximum	4.0	10.0
	Folgerhebung 3 n	6	1
	Durchschnitt	4.5	10.0
	Median	3.5	10.0
	Minimum	0.0	10.0
	Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 4 n	6	.
	Durchschnitt	5.0	.
	Median	5.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 5 n	6	.
	Durchschnitt	3.3	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
	Folgerhebung 6	n	5	.
		Durchschnitt	2.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 7	n	5	.
		Durchschnitt	4.0	.
		Median	3.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	10.0	.
nur Kalenderwoche im Voraus bekannt (von 10 Visiten)	Ersterhebung	n	6	16
		Durchschnitt	1.3	0.9
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	0.0
		Maximum	6.0	6.0
	Folgerhebung 1	n	5	3
		Durchschnitt	0.0	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	4	1
		Durchschnitt	0.0	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	5	1
		Durchschnitt	0.2	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	0.0
	Maximum	1.0	0.0	
Folgerhebung 4	n	5	.	
	Durchschnitt	2.0	.	
	Median	0.0	.	
	Minimum	0.0	.	
	Maximum	10.0	.	
Folgerhebung 5	n	6	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Durchschnitt	1.7	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 6 n	6	.
	Durchschnitt	1.7	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 7 n	5	.
	Durchschnitt	2.4	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Zeitpunkt im Voraus nicht bekannt (von 10 Visiten)	Ersterhebung n	6	15
	Durchschnitt	4.7	1.9
	Median	5.0	1.0
	Minimum	1.0	0.0
	Maximum	8.0	10.0
	Folgerhebung 1 n	5	4
	Durchschnitt	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 2 n	4	1
	Durchschnitt	2.5	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	10.0	0.0
	Folgerhebung 3 n	5	1
	Durchschnitt	0.2	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 4 n	5	.
	Durchschnitt	2.0	.
	Median	0.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 5	n	5	.
	Durchschnitt	0.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	0.0	.
Folgerhebung 6	n	5	.
	Durchschnitt	0.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	0.0	.
Folgerhebung 7	n	5	.
	Durchschnitt	0.2	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	1.0	.
Visite nur auf gesonderte Aufforderung (von 10 Visiten)	Ersterhebung	n	8
	Durchschnitt	2.5	2.2
	Median	1.5	2.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	10.0	7.0
	Folgerhebung 1	n	5
	Durchschnitt	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	5
	Durchschnitt	3.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	10.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	4
	Durchschnitt	1.3	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Maximum	5.0	0.0
Folgerhebung 4	n	5	.
	Durchschnitt	3.6	.
	Median	3.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 5	n	5	.
	Durchschnitt	0.6	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	3.0	.
Folgerhebung 6	n	5	.
	Durchschnitt	0.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	0.0	.
Folgerhebung 7	n	4	.
	Durchschnitt	1.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	4.0	.

2.4 Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen

2.4.1 Statistiken Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen

Programm: t_02_informationen.sas

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Übermittlung schriftlich/papierbasiert (von 10 Situationen)	Ersterhebung	n	10	16
		Durchschnitt	5.9	4.7
		Median	6.5	5.5
		Minimum	2.0	0.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 1	n	7	4
		Durchschnitt	6.1	10.0
		Median	8.0	10.0
		Minimum	0.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 2	n	6	2
		Durchschnitt	6.0	10.0
		Median	6.5	10.0
		Minimum	1.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 3	n	5	2
		Durchschnitt	3.4	10.0
		Median	2.0	10.0
		Minimum	0.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
Folgerhebung 4	n	6	.	
	Durchschnitt	7.5	.	
	Median	10.0	.	
	Minimum	0.0	.	
	Maximum	10.0	.	
Folgerhebung 5	n	6	.	
	Durchschnitt	6.8	.	
	Median	7.5	.	
	Minimum	1.0	.	
	Maximum	10.0	.	
Folgerhebung 6	n	6	.	
	Durchschnitt	6.7	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Median	7.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 7 n	7	.
	Durchschnitt	7.6	.
	Median	9.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	10.0	.
Übermittlung mündlich (von 10 Situationen)	Ersterhebung n	8	16
	Durchschnitt	6.1	6.0
	Median	6.5	6.5
	Minimum	2.0	0.0
	Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 1 n	6	4
	Durchschnitt	6.7	5.0
	Median	8.0	5.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 2 n	6	1
	Durchschnitt	7.2	0.0
	Median	8.5	0.0
	Minimum	1.0	0.0
	Maximum	10.0	0.0
	Folgerhebung 3 n	6	1
	Durchschnitt	7.3	0.0
	Median	9.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	10.0	0.0
	Folgerhebung 4 n	6	.
	Durchschnitt	4.3	.
	Median	4.5	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 5 n	7	.
	Durchschnitt	5.6	.
	Median	5.0	.
	Minimum	0.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Maximum	10.0	.
Folgeerhebung 6	n	7	.
	Durchschnitt	5.4	.
	Median	6.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgeerhebung 7	n	7	.
	Durchschnitt	5.4	.
	Median	5.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Übermittlung Fax, Telekommunikation, IT (von 10 Situationen)	Ersterhebung	n	9
		Durchschnitt	3.7
		Median	3.0
		Minimum	1.0
		Maximum	8.0
	Folgeerhebung 1	n	6
		Durchschnitt	2.2
		Median	1.5
		Minimum	0.0
		Maximum	8.0
	Folgeerhebung 2	n	5
		Durchschnitt	4.0
		Median	3.0
		Minimum	2.0
		Maximum	8.0
	Folgeerhebung 3	n	6
	Durchschnitt	3.5	
	Median	3.5	
	Minimum	0.0	
	Maximum	7.0	
Folgeerhebung 4	n	6	
	Durchschnitt	4.2	
	Median	3.5	
	Minimum	0.0	
	Maximum	10.0	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>		
Übermittlung über dritte Personen (von 10 Situationen)	Folgerhebung 5	n	7	.	
		Durchschnitt	4.7	.	
		Median	5.0	.	
		Minimum	0.0	.	
		Maximum	9.0	.	
	Folgerhebung 6	n	7	.	
		Durchschnitt	3.7	.	
		Median	3.0	.	
		Minimum	0.0	.	
		Maximum	9.0	.	
	Folgerhebung 7	n	7	.	
		Durchschnitt	4.9	.	
		Median	3.0	.	
		Minimum	0.0	.	
		Maximum	10.0	.	
		Ersterhebung	n	5	13
			Durchschnitt	0.8	0.6
			Median	0.0	0.0
			Minimum	0.0	0.0
			Maximum	2.0	4.0
	Folgerhebung 1	n	4	4	
		Durchschnitt	0.5	0.0	
		Median	0.0	0.0	
		Minimum	0.0	0.0	
		Maximum	2.0	0.0	
	Folgerhebung 2	n	5	1	
		Durchschnitt	0.0	0.0	
		Median	0.0	0.0	
		Minimum	0.0	0.0	
		Maximum	0.0	0.0	
	Folgerhebung 3	n	5	1	
		Durchschnitt	0.2	0.0	
		Median	0.0	0.0	
		Minimum	0.0	0.0	
		Maximum	1.0	0.0	
	Folgerhebung 4	n	6	.	
		Durchschnitt	0.3	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	1.0	.
Folgerhebung 5	n	7	.
	Durchschnitt	0.4	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	2.0	.
Folgerhebung 6	n	7	.
	Durchschnitt	2.1	.
	Median	1.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 7	n	6	.
	Durchschnitt	0.2	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	1.0	.
Übermittlung elektronisch (von 10 Situationen)	Ersterhebung	n	6
		Durchschnitt	1.3
		Median	0.0
		Minimum	0.0
		Maximum	6.0
		15	0.7
	Folgerhebung 1	n	4
		Durchschnitt	1.5
		Median	0.0
		Minimum	0.0
		Maximum	6.0
		4	0.0
	Folgerhebung 2	n	6
		Durchschnitt	1.7
		Median	0.0
	Minimum	0.0	
	Maximum	10.0	
	1	0.0	
Folgerhebung 3	n	5	
	Durchschnitt	0.0	
	Median	0.0	
	Minimum	0.0	
	1	0.0	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Maximum	0.0	0.0
Folgerhebung 4	n	5	.
	Durchschnitt	2.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 5	n	7	.
	Durchschnitt	1.4	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 6	n	6	.
	Durchschnitt	3.3	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 7	n	6	.
	Durchschnitt	1.7	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	10.0	.
sonstige Übermittlungswege (von 10 Situationen)	Ersterhebung	n	5
	Durchschnitt	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 1	n	3
	Durchschnitt	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	4
	Durchschnitt	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	5
	Durchschnitt	0.0	1

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Durchschnitt	0.0	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	0.0	0.0
Folgerhebung 4	n	4	.
	Durchschnitt	0.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	0.0	.
Folgerhebung 5	n	5	.
	Durchschnitt	0.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	0.0	.
Folgerhebung 6	n	4	.
	Durchschnitt	0.5	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	2.0	.
Folgerhebung 7	n	5	.
	Durchschnitt	0.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	0.0	.
Zugang Information - Pflegekräfte	Ersterhebung	ja	10 (100%) 18 (100%)
	Folgerhebung 1	ja	7 (100%) 4 (100%)
	Folgerhebung 2	ja	7 (100%) 2 (100%)
	Folgerhebung 3	ja	6 (100%) 2 (100%)
	Folgerhebung 4	ja	6 (100%)
	Folgerhebung 5	ja	7 (100%)
	Folgerhebung 6	ja	7 (100%)
	Folgerhebung 7	ja	7 (100%)
Zugang Information - Hausärzt*innen Versorgungsgemeinschaft	Ersterhebung	ja	8 (80.0%) 13 (72.2%)
		nein	2 (20.0%) 5 (27.8%)
	Folgerhebung 1	ja	6 (85.7%) 3 (75.0%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	nein	1 (14.3%)	1 (25.0%)
Folgeerhebung 2	ja	7 (100%)	1 (50.0%)
	nein		1 (50.0%)
Folgeerhebung 3	ja	6 (100%)	1 (50.0%)
	nein		1 (50.0%)
Folgeerhebung 4	ja	6 (100%)	
Folgeerhebung 5	ja	7 (100%)	
Folgeerhebung 6	ja	7 (100%)	
Folgeerhebung 7	ja	7 (100%)	
Zugang Information - Fachärzt*innen			
Ersterhebung	ja	8 (80.0%)	13 (72.2%)
	nein	2 (20.0%)	5 (27.8%)
Folgeerhebung 1	ja	6 (85.7%)	3 (75.0%)
	nein	1 (14.3%)	1 (25.0%)
Folgeerhebung 2	ja	7 (100%)	1 (50.0%)
	nein		1 (50.0%)
Folgeerhebung 3	ja	6 (100%)	1 (50.0%)
	nein		1 (50.0%)
Folgeerhebung 4	ja	6 (100%)	
Folgeerhebung 5	ja	7 (100%)	
Folgeerhebung 6	ja	6 (85.7%)	
	nein	1 (14.3%)	
Folgeerhebung 7	ja	6 (85.7%)	
	nein	1 (14.3%)	
Zugang Information - therapeutische Berufe			
Ersterhebung	ja	7 (70.0%)	4 (22.2%)
	nein	3 (30.0%)	14 (77.8%)
Folgeerhebung 1	ja	4 (57.1%)	2 (50.0%)
	nein	3 (42.9%)	2 (50.0%)
Folgeerhebung 2	ja	5 (71.4%)	1 (50.0%)
	nein	2 (28.6%)	1 (50.0%)
Folgeerhebung 3	ja	5 (83.3%)	1 (50.0%)
	nein	1 (16.7%)	1 (50.0%)
Folgeerhebung 4	ja	5 (83.3%)	
	nein	1 (16.7%)	
Folgeerhebung 5	ja	6 (85.7%)	
	nein	1 (14.3%)	
Folgeerhebung 6	ja	6 (85.7%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	nein	1 (14.3%)	
	Folgeerhebung 7 ja	6 (85.7%)	
	nein	1 (14.3%)	
Zugang Informaion - sonstige Berufe	Ersterhebung ja	1 (10.0%)	2 (11.1%)
	nein	9 (90.0%)	16 (88.9%)
	Folgeerhebung 1 ja	2 (28.6%)	1 (25.0%)
	nein	5 (71.4%)	3 (75.0%)
	Folgeerhebung 2 ja	1 (14.3%)	
	nein	6 (85.7%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 3 ja	1 (16.7%)	
	nein	5 (83.3%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 4 ja	1 (16.7%)	
	nein	5 (83.3%)	
	Folgeerhebung 5 ja	1 (14.3%)	
	nein	6 (85.7%)	
	Folgeerhebung 6 nein	7 (100%)	
	Folgeerhebung 7 ja	3 (42.9%)	
	nein	4 (57.1%)	
Informationsweitergabe - Pflegekräfte zu Ärzt*innen	Ersterhebung n	10	18
	Durchschnitt	9.3	9.8
	Median	10.0	10.0
	Minimum	4.0	8.0
	Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 1 n	7	4
	Durchschnitt	10.0	10.0
	Median	10.0	10.0
	Minimum	10.0	10.0
	Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 2 n	7	2
	Durchschnitt	10.0	10.0
	Median	10.0	10.0
	Minimum	10.0	10.0
	Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 3 n	6	2
	Durchschnitt	10.0	10.0
	Median	10.0	10.0

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Minimum	10.0	10.0
	Maximum	10.0	10.0
Folgerhebung 4	n	6	.
	Durchschnitt	10.0	.
	Median	10.0	.
	Minimum	10.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 5	n	7	.
	Durchschnitt	10.0	.
	Median	10.0	.
	Minimum	10.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 6	n	7	.
	Durchschnitt	10.0	.
	Median	10.0	.
	Minimum	10.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 7	n	7	.
	Durchschnitt	10.0	.
	Median	10.0	.
	Minimum	10.0	.
	Maximum	10.0	.
Informationsweitergabe - Ärzt*innen zu Pflegekräften	Ersterhebung	n	10
	Durchschnitt	8.4	8.7
	Median	9.0	10.0
	Minimum	3.0	5.0
	Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 1	n	7
	Durchschnitt	9.7	10.0
	Median	10.0	10.0
	Minimum	8.0	10.0
	Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 2	n	7
	Durchschnitt	9.7	10.0
	Median	10.0	10.0
	Minimum	8.0	10.0
	Maximum	10.0	10.0

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Folgerhebung 3	n	6	2
	Durchschnitt	10.0	10.0
	Median	10.0	10.0
	Minimum	10.0	10.0
	Maximum	10.0	10.0
Folgerhebung 4	n	6	.
	Durchschnitt	10.0	.
	Median	10.0	.
	Minimum	10.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 5	n	7	.
	Durchschnitt	9.3	.
	Median	10.0	.
	Minimum	5.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 6	n	7	.
	Durchschnitt	10.0	.
	Median	10.0	.
	Minimum	10.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 7	n	7	.
	Durchschnitt	10.0	.
	Median	10.0	.
	Minimum	10.0	.
	Maximum	10.0	.

2.4.2 Listing sonstige Berufsgruppen

Programm: t_02_listing_berufsgruppen.sas

<i>Interventionsgruppe</i>			
<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Versorgungsnetzwerke</i>
1	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Ersterhebung	SAPV, Fachpflegekr_fte, Stoma
3	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgeberhebung 3	Betreuer, Apotheken
4	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgeberhebung 4	Betreuer
5	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgeberhebung 5	Betreuer
2	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Ersterhebung	Betreuungskraefte
6	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Folgeberhebung 1	Betreuungskraefte
7	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Folgeberhebung 2	Betreuungskraefte
8	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgeberhebung 1	Wundmanagement, Stomatherap
9	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgeberhebung 7	Podologe, Wundtherapeutin
10	DAEB548D436BACD0C60020348456 5FB9169004822BC05BF793BB812D6 9EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE3 09A93E098CC	Folgeberhebung 7	SAPV
<i>Kontrollgruppe</i>			

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Versorgungsnetzwerke</i>
1	1D34503CD924FFF- CEC8A899FDAC0E8E0A8A0817C7E D7960A434B7A4F629543E61AC019B 32ECD7D1D92D0EFA436DF8266	Ersterhebung	Soziale Betreuung
2	36519DD913DEBC3D3EDD1758790B 02A1499192417E5B394C58A8C5218 EBF9D18D50065306C0EC8803FC33 5CEDDBBEF5E	Ersterhebung	HC,PDL,PA
3	C1C3E13015FBDCEC7AF53CF21EA E989F579B0D8F74B420D05F921098 C98B04D99996AB27252F50575EC80 DA0FFE1A5CA	Folgerhebung 1	Betreuungskraefte

2.5 Gemeinsame Versorgungsplanung

2.5.1 Statistiken Versorgungsplanung

Programm: t_02_versorgungsplanung.sas

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Es werden Assessments durchgeführt	Ersterhebung	fehlend		2 (11.1%)
		ja	7 (70.0%)	13 (72.2%)
		nein	3 (30.0%)	3 (16.7%)
	Folgeerhebung 1	ja	5 (71.4%)	3 (75.0%)
		nein	2 (28.6%)	1 (25.0%)
	Folgeerhebung 2	ja	3 (42.9%)	1 (50.0%)
		nein	4 (57.1%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 3	ja	4 (66.7%)	1 (50.0%)
		nein	2 (33.3%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 4	ja	5 (83.3%)	
		nein	1 (16.7%)	
	Folgeerhebung 5	ja	5 (71.4%)	
		nein	2 (28.6%)	
	Folgeerhebung 6	ja	5 (71.4%)	
		nein	2 (28.6%)	
	Folgeerhebung 7	ja	5 (71.4%)	
		nein	2 (28.6%)	
	Assessment - Barthel-Index	Ersterhebung	fehlend	5 (71.4%)
gemeinsam			2 (28.6%)	3 (23.1%)
nur durch Pflegekräfte				3 (23.1%)
nur durch Ärzt*innen				1 (7.7%)
Folgeerhebung 1		fehlend	2 (40.0%)	1 (33.3%)
		gemeinsam	2 (40.0%)	
		nur durch Pflegekräfte		2 (66.7%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
Folgeerhebung 2		fehlend	1 (33.3%)	
		gemeinsam	2 (66.7%)	1 (100%)
Folgeerhebung 3		fehlend	1 (25.0%)	
		gemeinsam	1 (25.0%)	1 (100%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (50.0%)	
Folgeerhebung 4		fehlend	1 (20.0%)	
		gemeinsam	3 (60.0%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
Folgerhebung 5	fehlend	3 (60.0%)	
	gemeinsam	1 (20.0%)	
	nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
Folgerhebung 6	fehlend	3 (60.0%)	
	gemeinsam	1 (20.0%)	
	nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
Folgerhebung 7	fehlend	2 (40.0%)	
	gemeinsam	2 (40.0%)	
	nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
Assessment - Geriatrisches Screening nach Lachs	Ersterhebung	fehlend	6 (85.7%)
		nur durch Pflegekräfte	1 (7.7%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (14.3%)
	3 (23.1%)		
Folgerhebung 1	fehlend	5 (100%)	3 (100%)
Folgerhebung 2	fehlend	3 (100%)	1 (100%)
Folgerhebung 3	fehlend	2 (50.0%)	1 (100%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (50.0%)
Folgerhebung 4	fehlend	3 (60.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)
Folgerhebung 5	fehlend	3 (60.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)
Folgerhebung 6	fehlend	3 (60.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)
Folgerhebung 7	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)
Assessment - FIM	Ersterhebung	fehlend	6 (85.7%)
		nur durch Pflegekräfte	1 (7.7%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (14.3%)
	3 (23.1%)		
Folgerhebung 1	fehlend	5 (100%)	3 (100%)
Folgerhebung 2	fehlend	3 (100%)	1 (100%)
Folgerhebung 3	fehlend	2 (50.0%)	1 (100%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (50.0%)
Folgerhebung 4	fehlend	3 (60.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 5	fehlend	3 (60.0%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)
	Folgerhebung 6	fehlend	3 (60.0%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)
	Folgerhebung 7	fehlend	3 (60.0%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)
Assessment - Timed up&go	Ersterhebung	fehlend	7 (100%)
		gemeinsam	8 (61.5%)
		nur durch Pflegekräfte	1 (7.7%)
		nur durch Ärzt*innen	3 (23.1%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (7.7%)
	Folgerhebung 1	fehlend	4 (80.0%)
		gemeinsam	1 (33.3%)
		nur durch Pflegekräfte	1 (33.3%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)
	Folgerhebung 2	fehlend	3 (100%)
		gemeinsam	1 (100%)
	Folgerhebung 3	fehlend	2 (50.0%)
		gemeinsam	1 (25.0%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (25.0%)
	Folgerhebung 4	fehlend	3 (60.0%)
		gemeinsam	1 (20.0%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)
	Folgerhebung 5	fehlend	3 (60.0%)
		gemeinsam	1 (20.0%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)
	Folgerhebung 6	fehlend	3 (60.0%)
		gemeinsam	1 (20.0%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)
	Folgerhebung 7	fehlend	2 (40.0%)
		gemeinsam	2 (40.0%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)
Assessment - Tinetti	Ersterhebung	fehlend	5 (71.4%)
		nur durch Pflegekräfte	8 (61.5%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (14.3%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (15.4%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (14.3%)
		nur durch Ärzt*innen	3 (23.1%)
	Folgerhebung 1	fehlend	4 (80.0%)
		nur durch Pflegekräfte	3 (100%)
		nur durch Pflegekräfte	1 (20.0%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
	Folgeerhebung 2	fehlend	3 (100%)	1 (100%)
	Folgeerhebung 3	fehlend	2 (50.0%)	1 (100%)
		gemeinsam	1 (25.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (25.0%)	
	Folgeerhebung 4	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Pflegekräfte	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgeerhebung 5	fehlend	3 (60.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgeerhebung 6	fehlend	3 (60.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgeerhebung 7	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	2 (40.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
Assessment - DemTect	Ersterhebung	fehlend	5 (71.4%)	6 (46.2%)
		nur durch Pflegekräfte		2 (15.4%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (28.6%)	5 (38.5%)
	Folgeerhebung 1	fehlend	5 (100%)	3 (100%)
	Folgeerhebung 2	fehlend	3 (100%)	
		gemeinsam		1 (100%)
	Folgeerhebung 3	fehlend	1 (25.0%)	
		gemeinsam	1 (25.0%)	1 (100%)
		nur durch Ärzt*innen	2 (50.0%)	
	Folgeerhebung 4	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	2 (40.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgeerhebung 5	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)	
	Folgeerhebung 6	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)	
	Folgeerhebung 7	fehlend	1 (20.0%)	
		gemeinsam	2 (40.0%)	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)	
Assessment - GDS	Ersterhebung	fehlend	6 (85.7%)	9 (69.2%)
		gemeinsam		1 (7.7%)
		nur durch Pflegekräfte		1 (7.7%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (14.3%)	2 (15.4%)
	Folgerhebung 1	fehlend	5 (100%)	2 (66.7%)
		gemeinsam		1 (33.3%)
	Folgerhebung 2	fehlend	3 (100%)	1 (100%)
	Folgerhebung 3	fehlend	1 (25.0%)	1 (100%)
		gemeinsam	1 (25.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (50.0%)	
	Folgerhebung 4	fehlend	3 (60.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgerhebung 5	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)	
	Folgerhebung 6	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)	
	Folgerhebung 7	fehlend	1 (20.0%)	
		gemeinsam	2 (40.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)	
Assessment - MMSE	Ersterhebung	fehlend	5 (71.4%)	7 (53.8%)
		gemeinsam	1 (14.3%)	1 (7.7%)
		nur durch Pflegekräfte		1 (7.7%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (14.3%)	4 (30.8%)
	Folgerhebung 1	fehlend	4 (80.0%)	2 (66.7%)
		gemeinsam		1 (33.3%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgerhebung 2	fehlend	3 (100%)	
		gemeinsam		1 (100%)
	Folgerhebung 3	fehlend	1 (25.0%)	
		gemeinsam	2 (50.0%)	1 (100%)
		nur durch Ärzt*innen	1 (25.0%)	
	Folgerhebung 4	fehlend	2 (40.0%)	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Pflegekräfte	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgeberhebung 5	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)	
	Folgeberhebung 6	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	2 (40.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgeberhebung 7	fehlend	1 (20.0%)	
		gemeinsam	2 (40.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)	
Assessment - Clock Completion Test	Ersterhebung	fehlend	6 (85.7%)	8 (61.5%)
		nur durch Pflegekräfte	1 (14.3%)	1 (7.7%)
		nur durch Ärzt*innen		4 (30.8%)
	Folgeberhebung 1	fehlend	4 (80.0%)	3 (100%)
		nur durch Pflegekräfte	1 (20.0%)	
	Folgeberhebung 2	fehlend	3 (100%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	fehlend	1 (25.0%)	1 (100%)
		gemeinsam	2 (50.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (25.0%)	
	Folgeberhebung 4	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Pflegekräfte	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgeberhebung 5	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	1 (20.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	2 (40.0%)	
	Folgeberhebung 6	fehlend	2 (40.0%)	
		gemeinsam	2 (40.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
	Folgeberhebung 7	fehlend	1 (20.0%)	
		gemeinsam	3 (60.0%)	
		nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
Assessment - MNA	Ersterhebung	fehlend	2 (28.6%)	6 (46.2%)
		gemeinsam	1 (14.3%)	1 (7.7%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	nur durch Pflegekräfte	4 (57.1%)	4 (30.8%)
	nur durch Ärzt*innen		2 (15.4%)
Folgeerhebung 1	fehlend	3 (60.0%)	2 (66.7%)
	nur durch Pflegekräfte	2 (40.0%)	1 (33.3%)
Folgeerhebung 2	fehlend	1 (33.3%)	1 (100%)
	nur durch Pflegekräfte	2 (66.7%)	
Folgeerhebung 3	fehlend		1 (100%)
	nur durch Pflegekräfte	3 (75.0%)	
	nur durch Ärzt*innen	1 (25.0%)	
Folgeerhebung 4	fehlend	1 (20.0%)	
	nur durch Pflegekräfte	3 (60.0%)	
	nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
Folgeerhebung 5	fehlend	2 (40.0%)	
	nur durch Pflegekräfte	3 (60.0%)	
Folgeerhebung 6	fehlend	2 (40.0%)	
	nur durch Pflegekräfte	3 (60.0%)	
Folgeerhebung 7	fehlend	1 (20.0%)	
	gemeinsam	1 (20.0%)	
	nur durch Pflegekräfte	3 (60.0%)	
Sonstige Assessments			
Ersterhebung	fehlend	3 (42.9%)	8 (61.5%)
	nur durch Pflegekräfte	4 (57.1%)	5 (38.5%)
Folgeerhebung 1	fehlend	2 (40.0%)	2 (66.7%)
	nur durch Pflegekräfte	2 (40.0%)	1 (33.3%)
	nur durch Ärzt*innen	1 (20.0%)	
Folgeerhebung 2	fehlend		1 (100%)
	nur durch Pflegekräfte	3 (100%)	
Folgeerhebung 3	fehlend	1 (25.0%)	1 (100%)
	nur durch Pflegekräfte	3 (75.0%)	
Folgeerhebung 4	fehlend	2 (40.0%)	
	nur durch Pflegekräfte	3 (60.0%)	
Folgeerhebung 5	fehlend	2 (40.0%)	
	nur durch Pflegekräfte	3 (60.0%)	
Folgeerhebung 6	fehlend	2 (40.0%)	
	gemeinsam	1 (20.0%)	
	nur durch Pflegekräfte	2 (40.0%)	
Folgeerhebung 7	fehlend	2 (40.0%)	
	nur durch Pflegekräfte	3 (60.0%)	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Gemeinsame Assessments - Einzug	Ersterhebung	ja	1 (50.0%)	1 (33.3%)
		nein	1 (50.0%)	2 (66.7%)
	Folgeberhebung 1	ja		1 (100%)
		nein	2 (100%)	
	Folgeberhebung 2	ja		1 (100%)
		nein	2 (100%)	
	Folgeberhebung 3	ja	2 (100%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 4	ja	3 (100%)	
	Folgeberhebung 5	ja	1 (100%)	
	Folgeberhebung 6	ja	2 (100%)	
Folgeberhebung 7	ja	3 (100%)		
Gemeinsame Assessments - Fallbesprechung	Ersterhebung	ja	1 (50.0%)	1 (33.3%)
		nein	1 (50.0%)	2 (66.7%)
	Folgeberhebung 1	nein	2 (100%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 2	nein	2 (100%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	ja	2 (100%)	
		nein		1 (100%)
	Folgeberhebung 4	ja	2 (66.7%)	
		nein	1 (33.3%)	
	Folgeberhebung 5	ja	1 (100%)	
	Folgeberhebung 6	ja	2 (100%)	
	Folgeberhebung 7	ja	2 (66.7%)	
		nein	1 (33.3%)	
	Gemeinsame Assessments - gemeinsame Visite	Ersterhebung	ja	
nein			2 (100%)	2 (66.7%)
Folgeberhebung 1		ja	2 (100%)	
		nein		1 (100%)
Folgeberhebung 2		ja	2 (100%)	
		nein		1 (100%)
Folgeberhebung 3		ja	2 (100%)	1 (100%)
Folgeberhebung 4		ja	3 (100%)	
Folgeberhebung 5		ja	1 (100%)	
Folgeberhebung 6		ja	2 (100%)	
Folgeberhebung 7	ja	3 (100%)		

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
Gemeinsame Assessments - sonstige Gelegenheit	Ersterhebung	ja		1 (33.3%)	
		nein	2 (100%)	2 (66.7%)	
	Folgeerhebung 1	nein	2 (100%)	1 (100%)	
		nein	2 (100%)	1 (100%)	
	Folgeerhebung 3	ja	1 (50.0%)		
		nein	1 (50.0%)	1 (100%)	
	Folgeerhebung 4	nein	3 (100%)		
		ja	1 (100%)		
	Folgeerhebung 6	ja	1 (50.0%)		
		nein	1 (50.0%)		
	Folgeerhebung 7	ja	1 (33.3%)		
		nein	2 (66.7%)		
	Teamsitzung - fand nicht statt	Ersterhebung	ja	10 (100%)	16 (88.9%)
			nein		2 (11.1%)
Folgeerhebung 1		ja	5 (71.4%)	2 (50.0%)	
		nein	2 (28.6%)	2 (50.0%)	
Folgeerhebung 2		ja	4 (57.1%)		
		nein	3 (42.9%)	2 (100%)	
Folgeerhebung 3		ja	2 (33.3%)	1 (50.0%)	
		nein	4 (66.7%)	1 (50.0%)	
Folgeerhebung 4		ja	3 (50.0%)		
		nein	3 (50.0%)		
Folgeerhebung 5		ja	2 (28.6%)		
		nein	5 (71.4%)		
Folgeerhebung 6		ja	3 (42.9%)		
		nein	4 (57.1%)		
Folgeerhebung 7		ja	5 (71.4%)		
		nein	2 (28.6%)		
Teamsitzung - Anzahl		Ersterhebung	n	.	2
			Durchschnitt	.	3.5
	Median		.	3.5	
	Minimum		.	1.0	
	Maximum		.	6.0	
	Folgeerhebung 1	n	2	2	

		<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Durchschnitt	3.0	1.5
		Median	3.0	1.5
		Minimum	2.0	1.0
		Maximum	4.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	3	2
		Durchschnitt	1.3	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	4	1
		Durchschnitt	1.3	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 4	n	2	.
		Durchschnitt	2.0	.
		Median	2.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	3.0	.
	Folgerhebung 5	n	5	.
		Durchschnitt	1.4	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
	Folgerhebung 6	n	2	.
		Durchschnitt	1.5	.
		Median	1.5	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
	Folgerhebung 7	n	1	.
		Durchschnitt	2.0	.
		Median	2.0	.
		Minimum	2.0	.
		Maximum	2.0	.
Teamsitzung - Fallbesprechungen	Ersterhebung	ja		1 (50.0%)
		nein		1 (50.0%)
	Folgerhebung 1	ja	1 (50.0%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	nein	1 (50.0%)	2 (100%)
Folgerhebung 2	ja	1 (33.3%)	
	nein	2 (66.7%)	2 (100%)
Folgerhebung 3	ja	2 (50.0%)	
	nein	2 (50.0%)	1 (100%)
Folgerhebung 4	nein	3 (100%)	
Folgerhebung 5	ja	1 (20.0%)	
	nein	4 (80.0%)	
Folgerhebung 6	ja	1 (25.0%)	
	nein	3 (75.0%)	
Folgerhebung 7	ja	1 (50.0%)	
	nein	1 (50.0%)	
Teamsitzung - Einbinden Expert*innen	Ersterhebung		2 (100%)
	Folgerhebung 1	ja	1 (50.0%)
		nein	1 (50.0%)
	Folgerhebung 2	nein	3 (100%)
	Folgerhebung 3	ja	1 (25.0%)
		nein	3 (75.0%)
	Folgerhebung 4	ja	1 (33.3%)
		nein	2 (66.7%)
	Folgerhebung 5	ja	1 (20.0%)
		nein	4 (80.0%)
	Folgerhebung 6	ja	1 (25.0%)
		nein	3 (75.0%)
	Folgerhebung 7	nein	2 (100%)
Teamsitzung - Erstellung von Behandlungspfaden	Ersterhebung	ja	1 (50.0%)
		nein	1 (50.0%)
	Folgerhebung 1	ja	1 (50.0%)
		nein	2 (100%)
	Folgerhebung 2	nein	3 (100%)
	Folgerhebung 3	ja	1 (25.0%)
		nein	3 (75.0%)
	Folgerhebung 4	ja	1 (33.3%)
		nein	2 (66.7%)
	Folgerhebung 5	ja	3 (60.0%)

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		nein	2 (40.0%)	
	Folgeberhebung 6	ja	2 (50.0%)	
		nein	2 (50.0%)	
	Folgeberhebung 7	ja	1 (50.0%)	
		nein	1 (50.0%)	
Teamsitzung - Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen	Ersterhebung	ja		1 (50.0%)
		nein		1 (50.0%)
	Folgeberhebung 1	nein	2 (100%)	2 (100%)
	Folgeberhebung 2	nein	3 (100%)	2 (100%)
	Folgeberhebung 3	ja	1 (25.0%)	
		nein	3 (75.0%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 4	nein	3 (100%)	
	Folgeberhebung 5	ja	1 (20.0%)	
		nein	4 (80.0%)	
	Folgeberhebung 6	ja	1 (25.0%)	
		nein	3 (75.0%)	
	Folgeberhebung 7	nein	2 (100%)	
Teamsitzung - Sonstige Themen	Ersterhebung	nein		2 (100%)
	Folgeberhebung 1	ja	1 (50.0%)	1 (50.0%)
		nein	1 (50.0%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 2	ja	1 (33.3%)	
		nein	2 (66.7%)	2 (100%)
	Folgeberhebung 3	ja	3 (75.0%)	
		nein	1 (25.0%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 4	nein	3 (100%)	
	Folgeberhebung 5	ja	1 (20.0%)	
		nein	4 (80.0%)	
	Folgeberhebung 6	ja	1 (25.0%)	
		nein	3 (75.0%)	
	Folgeberhebung 7	nein	2 (100%)	
Teamsitzung - Anzahl Teilnehmende	Ersterhebung	n	.	2
		Durchschnitt	.	7.5
		Median	.	7.5
		Minimum	.	5.0

<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Maximum	.	10.0
Folgerhebung 1	n	2	2
	Durchschnitt	6.5	4.0
	Median	6.5	4.0
	Minimum	5.0	3.0
	Maximum	8.0	5.0
Folgerhebung 2	n	3	2
	Durchschnitt	10.0	4.0
	Median	10.0	4.0
	Minimum	8.0	3.0
	Maximum	12.0	5.0
Folgerhebung 3	n	4	1
	Durchschnitt	11.3	3.0
	Median	11.0	3.0
	Minimum	7.0	3.0
	Maximum	16.0	3.0
Folgerhebung 4	n	2	.
	Durchschnitt	9.5	.
	Median	9.5	.
	Minimum	9.0	.
	Maximum	10.0	.
Folgerhebung 5	n	4	.
	Durchschnitt	9.3	.
	Median	8.0	.
	Minimum	7.0	.
	Maximum	14.0	.
Folgerhebung 6	n	2	.
	Durchschnitt	11.0	.
	Median	11.0	.
	Minimum	7.0	.
	Maximum	15.0	.
Folgerhebung 7	n	1	.
	Durchschnitt	13.0	.
	Median	13.0	.
	Minimum	13.0	.
	Maximum	13.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Teamsitzung - Anteil Pflegekräfte (in %)	Ersterhebung	n	.	2
		Durchschnitt	.	90.0
		Median	.	90.0
		Minimum	.	80.0
		Maximum	.	100.0
	Folgeerhebung 1	n	2	2
		Durchschnitt	35.0	43.3
		Median	35.0	43.3
		Minimum	20.0	20.0
		Maximum	50.0	66.7
	Folgeerhebung 2	n	3	2
		Durchschnitt	34.7	43.3
		Median	37.5	43.3
		Minimum	16.7	20.0
		Maximum	50.0	66.7
	Folgeerhebung 3	n	4	1
		Durchschnitt	43.1	66.7
		Median	46.9	66.7
		Minimum	28.6	66.7
		Maximum	50.0	66.7
	Folgeerhebung 4	n	2	.
		Durchschnitt	47.8	.
		Median	47.8	.
		Minimum	40.0	.
		Maximum	55.6	.
	Folgeerhebung 5	n	4	.
		Durchschnitt	42.5	.
		Median	42.9	.
		Minimum	28.6	.
		Maximum	55.6	.
Folgeerhebung 6	n	2	.	
	Durchschnitt	34.8	.	
	Median	34.8	.	
	Minimum	26.7	.	
	Maximum	42.9	.	
Folgeerhebung 7	n	1	.	
	Durchschnitt	23.1	.	

		<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Median	23.1	.
		Minimum	23.1	.
		Maximum	23.1	.
Teamsitzung - Anteil Hausärzt*innen (in %)	Ersterhebung	n	.	1
		Durchschnitt	.	20.0
		Median	.	20.0
		Minimum	.	20.0
		Maximum	.	20.0
	Folgeerhebung 1	n	2	2
		Durchschnitt	58.8	56.7
		Median	58.8	56.7
		Minimum	37.5	33.3
		Maximum	80.0	80.0
	Folgeerhebung 2	n	3	2
		Durchschnitt	55.6	56.7
		Median	50.0	56.7
		Minimum	50.0	33.3
		Maximum	66.7	80.0
	Folgeerhebung 3	n	4	1
		Durchschnitt	47.6	33.3
		Median	50.0	33.3
		Minimum	33.3	33.3
		Maximum	57.1	33.3
	Folgeerhebung 4	n	2	.
		Durchschnitt	52.2	.
		Median	52.2	.
		Minimum	44.4	.
Maximum		60.0	.	
Folgeerhebung 5	n	4	.	
	Durchschnitt	50.4	.	
	Median	50.8	.	
	Minimum	42.9	.	
	Maximum	57.1	.	
Folgeerhebung 6	n	2	.	
	Durchschnitt	51.4	.	
	Median	51.4	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Minimum	42.9	.
	Maximum	60.0	.
	Folgeerhebung 7 n	1	.
	Durchschnitt	61.5	.
	Median	61.5	.
	Minimum	61.5	.
	Maximum	61.5	.
Teamsitzung - Anteil Fachärzt*innen (in %)	Ersterhebung n	.	1
	Durchschnitt	.	0.0
	Median	.	0.0
	Minimum	.	0.0
	Maximum	.	0.0
	Folgeerhebung 1 n	1	0
	Durchschnitt	0.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	0.0	.
	Folgeerhebung 2 n	2	0
	Durchschnitt	4.2	.
	Median	4.2	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	8.3	.
	Folgeerhebung 3 n	2	0
	Durchschnitt	3.1	.
	Median	3.1	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	6.3	.
	Folgeerhebung 4 n	0	.
	Durchschnitt	.	.
	Median	.	.
	Minimum	.	.
	Maximum	.	.
	Folgeerhebung 5 n	1	.
	Durchschnitt	14.3	.
	Median	14.3	.
	Minimum	14.3	.

		<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Maximum	14.3	.
	Folgerhebung 6	n	1	.
		Durchschnitt	13.3	.
		Median	13.3	.
		Minimum	13.3	.
		Maximum	13.3	.
	Folgerhebung 7	n	1	.
		Durchschnitt	15.4	.
		Median	15.4	.
		Minimum	15.4	.
		Maximum	15.4	.
Teamsitzung - Anteil therapeutische Berufe (in %)	Ersterhebung	n	.	1
		Durchschnitt	.	0.0
		Median	.	0.0
		Minimum	.	0.0
		Maximum	.	0.0
	Folgerhebung 1	n	1	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 2	n	1	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 3	n	2	0
		Durchschnitt	4.2	.
		Median	4.2	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	8.3	.
Folgerhebung 4	n	0	.	
	Durchschnitt	.	.	
	Median	.	.	
	Minimum	.	.	
	Maximum	.	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>		
	Folgerhebung 5	n	0	.	
	Durchschnitt		.	.	
	Median		.	.	
	Minimum		.	.	
	Maximum		.	.	
	Folgerhebung 6	n	0	.	
	Durchschnitt		.	.	
	Median		.	.	
	Minimum		.	.	
	Maximum		.	.	
	Folgerhebung 7	n	0	.	
	Durchschnitt		.	.	
	Median		.	.	
	Minimum		.	.	
	Maximum		.	.	
	Teamsitzung - Anteil Krankenkassen (in %)	Ersterhebung	n	.	1
		Durchschnitt		.	0.0
		Median		.	0.0
		Minimum		.	0.0
		Maximum		.	0.0
Folgerhebung 1		n	1	0	
Durchschnitt			0.0	.	
Median			0.0	.	
Minimum			0.0	.	
Maximum			0.0	.	
Folgerhebung 2		n	2	0	
Durchschnitt			4.2	.	
Median			4.2	.	
Minimum			0.0	.	
Maximum			8.3	.	
Folgerhebung 3		n	0	0	
Durchschnitt			.	.	
Median			.	.	
Minimum			.	.	
Maximum			.	.	
Folgerhebung 4	n	0	.		

		<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
		Durchschnitt	.	.	
		Median	.	.	
		Minimum	.	.	
		Maximum	.	.	
	Folgerhebung 5	n	0	.	
		Durchschnitt	.	.	
		Median	.	.	
		Minimum	.	.	
		Maximum	.	.	
	Folgerhebung 6	n	0	.	
		Durchschnitt	.	.	
		Median	.	.	
		Minimum	.	.	
		Maximum	.	.	
	Folgerhebung 7	n	0	.	
		Durchschnitt	.	.	
		Median	.	.	
		Minimum	.	.	
		Maximum	.	.	
Teamsitzung - Anteil sonstige Berufe (in %)	Ersterhebung	n	.	1	
			Durchschnitt	.	0.0
			Median	.	0.0
			Minimum	.	0.0
			Maximum	.	0.0
		Folgerhebung 1	n	2	0
			Durchschnitt	6.3	.
			Median	6.3	.
			Minimum	0.0	.
			Maximum	12.5	.
		Folgerhebung 2	n	1	0
			Durchschnitt	12.5	.
			Median	12.5	.
			Minimum	12.5	.
		Maximum	12.5	.	
	Folgerhebung 3	n	2	0	
		Durchschnitt	11.3	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
	Median	11.3	.	
	Minimum	8.3	.	
	Maximum	14.3	.	
Folgerhebung 4	n	0	.	
	Durchschnitt	.	.	
	Median	.	.	
	Minimum	.	.	
	Maximum	.	.	
Folgerhebung 5	n	1	.	
	Durchschnitt	14.3	.	
	Median	14.3	.	
	Minimum	14.3	.	
	Maximum	14.3	.	
Folgerhebung 6	n	1	.	
	Durchschnitt	14.3	.	
	Median	14.3	.	
	Minimum	14.3	.	
	Maximum	14.3	.	
Folgerhebung 7	n	0	.	
	Durchschnitt	.	.	
	Median	.	.	
	Minimum	.	.	
	Maximum	.	.	
Behandlungspfad - Diabetes mellitus	Ersterhebung	fehlend	3 (16.7%)	
		liegt nicht vor	10 (100%) 14 (77.8%)	
		bereits vorhanden	1 (5.6%)	
	Folgerhebung 1	fehlend	1 (14.3%)	1 (25.0%)
		liegt nicht vor	5 (71.4%)	3 (75.0%)
		bereits vorhanden	1 (14.3%)	
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
		liegt nicht vor	4 (57.1%)	2 (100%)
		bereits vorhanden	2 (28.6%)	
	Folgerhebung 3	liegt nicht vor	4 (66.7%)	2 (100%)
		bereits vorhanden	2 (33.3%)	
	Folgerhebung 4	fehlend	1 (16.7%)	
		liegt nicht vor	3 (50.0%)	
		bereits vorhanden	2 (33.3%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgeerhebung 5	liegt nicht vor	4 (57.1%)
		bereits vorhanden	3 (42.9%)
	Folgeerhebung 6	liegt nicht vor	4 (57.1%)
		bereits vorhanden	3 (42.9%)
	Folgeerhebung 7	fehrend	1 (14.3%)
		liegt nicht vor	4 (57.1%)
		bereits vorhanden	2 (28.6%)
Behandlungspfad - chronischer Schmerz	Ersterhebung	fehrend	3 (16.7%)
		liegt nicht vor	10 (100%)
		bereits vorhanden	13 (72.2%)
			2 (11.1%)
	Folgeerhebung 1	fehrend	1 (25.0%)
		liegt nicht vor	6 (85.7%)
		bereits vorhanden	2 (50.0%)
			1 (25.0%)
	Folgeerhebung 2	fehrend	1 (14.3%)
		liegt nicht vor	4 (57.1%)
		bereits vorhanden	2 (28.6%)
			2 (100%)
	Folgeerhebung 3	liegt nicht vor	4 (66.7%)
		bereits vorhanden	2 (33.3%)
	Folgeerhebung 4	fehrend	1 (16.7%)
		liegt nicht vor	3 (50.0%)
		bereits vorhanden	2 (33.3%)
	Folgeerhebung 5	liegt nicht vor	4 (57.1%)
		bereits vorhanden	3 (42.9%)
	Folgeerhebung 6	liegt nicht vor	4 (57.1%)
		bereits vorhanden	3 (42.9%)
Folgeerhebung 7	liegt nicht vor	5 (71.4%)	
	bereits vorhanden	2 (28.6%)	
Behandlungspfad - Mangelernährung	Ersterhebung	fehrend	3 (16.7%)
		liegt nicht vor	10 (100%)
		bereits vorhanden	13 (72.2%)
			2 (11.1%)
	Folgeerhebung 1	fehrend	1 (25.0%)
		liegt nicht vor	6 (85.7%)
		bereits vorhanden	2 (50.0%)
			1 (25.0%)
	Folgeerhebung 2	fehrend	1 (14.3%)
		liegt nicht vor	4 (57.1%)
		2 (100%)	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		bereits vorhanden	2 (28.6%)	
	Folgeerhebung 3	liegt nicht vor	4 (66.7%)	2 (100%)
		bereits vorhanden	2 (33.3%)	
	Folgeerhebung 4	fehrend	1 (16.7%)	
		liegt nicht vor	3 (50.0%)	
		bereits vorhanden	2 (33.3%)	
	Folgeerhebung 5	liegt nicht vor	4 (57.1%)	
		bereits vorhanden	3 (42.9%)	
	Folgeerhebung 6	liegt nicht vor	4 (57.1%)	
		bereits vorhanden	3 (42.9%)	
	Folgeerhebung 7	fehrend	1 (14.3%)	
		liegt nicht vor	4 (57.1%)	
		bereits vorhanden	2 (28.6%)	
Behandlungspfad - Ernährung am Lebensende	Ersterhebung	fehrend		3 (16.7%)
		liegt nicht vor	10 (100%)	14 (77.8%)
		bereits vorhanden		1 (5.6%)
	Folgeerhebung 1	fehrend	1 (14.3%)	1 (25.0%)
		liegt nicht vor	6 (85.7%)	3 (75.0%)
	Folgeerhebung 2	fehrend	1 (14.3%)	
		liegt nicht vor	5 (71.4%)	2 (100%)
		bereits vorhanden	1 (14.3%)	
	Folgeerhebung 3	liegt nicht vor	4 (66.7%)	2 (100%)
		bereits vorhanden	2 (33.3%)	
	Folgeerhebung 4	fehrend	1 (16.7%)	
		liegt nicht vor	3 (50.0%)	
		bereits vorhanden	2 (33.3%)	
	Folgeerhebung 5	liegt nicht vor	4 (57.1%)	
		bereits vorhanden	3 (42.9%)	
	Folgeerhebung 6	liegt nicht vor	4 (57.1%)	
		bereits vorhanden	3 (42.9%)	
	Folgeerhebung 7	liegt nicht vor	5 (71.4%)	
		bereits vorhanden	2 (28.6%)	
Behandlungspfad - Wundversorgung	Ersterhebung	fehrend		3 (16.7%)
		liegt nicht vor	10 (100%)	13 (72.2%)
		bereits vorhanden		2 (11.1%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Folgerhebung 1	fehlend		1 (25.0%)
	liegt nicht vor	6 (85.7%)	2 (50.0%)
	bereits vorhanden	1 (14.3%)	1 (25.0%)
Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
	liegt nicht vor	4 (57.1%)	2 (100%)
	bereits vorhanden	2 (28.6%)	
Folgerhebung 3	liegt nicht vor	4 (66.7%)	2 (100%)
	bereits vorhanden	2 (33.3%)	
Folgerhebung 4	fehlend	1 (16.7%)	
	liegt nicht vor	3 (50.0%)	
	bereits vorhanden	2 (33.3%)	
Folgerhebung 5	liegt nicht vor	4 (57.1%)	
	bereits vorhanden	3 (42.9%)	
Folgerhebung 6	liegt nicht vor	4 (57.1%)	
	bereits vorhanden	3 (42.9%)	
Folgerhebung 7	liegt nicht vor	5 (71.4%)	
	bereits vorhanden	2 (28.6%)	
Behandlungspfad - Sturz	Ersterhebung	fehlend	3 (16.7%)
		liegt nicht vor	10 (100%) 13 (72.2%)
Folgerhebung 1	fehlend	1 (14.3%)	1 (25.0%)
	liegt nicht vor	5 (71.4%)	2 (50.0%)
Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
	liegt nicht vor	4 (57.1%)	2 (100%)
Folgerhebung 3	liegt nicht vor	4 (66.7%)	2 (100%)
Folgerhebung 4	fehlend	1 (16.7%)	
	liegt nicht vor	3 (50.0%)	
Folgerhebung 5	liegt nicht vor	4 (57.1%)	
Folgerhebung 6	liegt nicht vor	4 (57.1%)	
Folgerhebung 7	fehlend	1 (14.3%)	
	liegt nicht vor	4 (57.1%)	
sonstige Behandlungspfade	Ersterhebung	fehlend	10 (100%) 17 (94.4%)
		bereits vorhanden	1 (5.6%)
Folgerhebung 1	fehlend	5 (71.4%)	4 (100%)
	bereits vorhanden	2 (28.6%)	
Folgerhebung 2	fehlend	6 (85.7%)	2 (100%)
	bereits vorhanden	1 (14.3%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
	Folgerhebung 3	fehlend	5 (83.3%)	2 (100%)
		bereits vorhanden	1 (16.7%)	
	Folgerhebung 4	fehlend	6 (100%)	
	Folgerhebung 5	fehlend	7 (100%)	
	Folgerhebung 6	fehlend	6 (85.7%)	
		bereits vorhanden	1 (14.3%)	
	Folgerhebung 7	fehlend	7 (100%)	
Anteil Bewohner*innen mit ACP	Ersterhebung	n	2	6
		Durchschnitt	67.4	87.6
		Median	67.4	100.0
		Minimum	34.7	28.9
		Maximum	100.0	100.0
	Folgerhebung 1	n	3	1
		Durchschnitt	78.1	100.0
		Median	100.0	100.0
		Minimum	34.4	100.0
		Maximum	100.0	100.0
	Folgerhebung 2	n	1	1
		Durchschnitt	49.2	100.0
		Median	49.2	100.0
		Minimum	49.2	100.0
		Maximum	49.2	100.0
	Folgerhebung 3	n	1	1
		Durchschnitt	32.3	100.0
		Median	32.3	100.0
		Minimum	32.3	100.0
		Maximum	32.3	100.0
	Folgerhebung 4	n	2	.
		Durchschnitt	28.5	.
		Median	28.5	.
		Minimum	27.7	.
		Maximum	29.4	.
	Folgerhebung 5	n	2	.
		Durchschnitt	67.7	.
		Median	67.7	.
		Minimum	35.4	.
		Maximum	100.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
	Folgerhebung 6	n	2	.	
		Durchschnitt	67.6	.	
		Median	67.6	.	
		Minimum	35.2	.	
		Maximum	100.0	.	
	Folgerhebung 7	n	2	.	
		Durchschnitt	67.6	.	
		Median	67.6	.	
		Minimum	35.2	.	
		Maximum	100.0	.	
Es fanden keine Fortbildungen statt	Ersterhebung	ja	2 (20.0%)		
		nein	8 (80.0%)	18 (100%)	
	Folgerhebung 1	ja	4 (57.1%)	1 (25.0%)	
		nein	3 (42.9%)	3 (75.0%)	
	Folgerhebung 2	ja	4 (57.1%)		
		nein	3 (42.9%)	2 (100%)	
	Folgerhebung 3	ja	1 (16.7%)	1 (50.0%)	
		nein	5 (83.3%)	1 (50.0%)	
	Folgerhebung 4	ja	4 (66.7%)		
		nein	2 (33.3%)		
	Folgerhebung 5	ja	4 (57.1%)		
		nein	3 (42.9%)		
	Folgerhebung 6	ja	3 (42.9%)		
		nein	4 (57.1%)		
	Folgerhebung 7	ja	5 (71.4%)		
		nein	2 (28.6%)		
	Fortbildungen - Mobilisation	Ersterhebung	ja	4 (40.0%)	10 (55.6%)
			nein	6 (60.0%)	8 (44.4%)
Folgerhebung 1		ja	1 (14.3%)		
		nein	6 (85.7%)	4 (100%)	
Folgerhebung 2		ja	2 (28.6%)		
		nein	5 (71.4%)	2 (100%)	
Folgerhebung 3		ja	3 (50.0%)		
		nein	3 (50.0%)	2 (100%)	
Folgerhebung 4		ja	2 (33.3%)		
		nein	4 (66.7%)		

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgeberhebung 5	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	
	Folgeberhebung 6	nein	7 (100%)	
	Folgeberhebung 7	ja	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	
Fortbildungen - Schmerz	Ersterhebung	ja	4 (40.0%)	13 (72.2%)
		nein	6 (60.0%)	5 (27.8%)
	Folgeberhebung 1	ja	1 (14.3%)	2 (50.0%)
		nein	6 (85.7%)	2 (50.0%)
	Folgeberhebung 2	ja	1 (14.3%)	1 (50.0%)
		nein	6 (85.7%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 3	ja	3 (50.0%)	1 (50.0%)
		nein	3 (50.0%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 4	ja	2 (33.3%)	
		nein	4 (66.7%)	
	Folgeberhebung 5	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	
	Folgeberhebung 6	nein	7 (100%)	
	Folgeberhebung 7	nein	7 (100%)	
Fortbildungen - Ernährung	Ersterhebung	ja	5 (50.0%)	11 (61.1%)
		nein	5 (50.0%)	7 (38.9%)
	Folgeberhebung 1	ja	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	4 (100%)
	Folgeberhebung 2	ja	1 (14.3%)	1 (50.0%)
		nein	6 (85.7%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 3	ja	3 (50.0%)	
		nein	3 (50.0%)	2 (100%)
	Folgeberhebung 4	ja	2 (33.3%)	
		nein	4 (66.7%)	
	Folgeberhebung 5	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	
	Folgeberhebung 6	nein	7 (100%)	
	Folgeberhebung 7	nein	7 (100%)	
Fortbildungen - Inkontinenzversorgung	Ersterhebung	ja	3 (30.0%)	10 (55.6%)

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		nein	7 (70.0%)	8 (44.4%)
	Folgeerhebung 1	nein	7 (100%)	4 (100%)
	Folgeerhebung 2	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 3	ja	2 (33.3%)	
		nein	4 (66.7%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 4	ja	1 (16.7%)	
		nein	5 (83.3%)	
	Folgeerhebung 5	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	
	Folgeerhebung 6	nein	7 (100%)	
	Folgeerhebung 7	nein	7 (100%)	
Fortbildungen - Sonstige	Ersterhebung	ja	6 (60.0%)	10 (55.6%)
		nein	4 (40.0%)	8 (44.4%)
	Folgeerhebung 1	ja	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	4 (100%)
	Folgeerhebung 2	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 3	ja	4 (66.7%)	
		nein	2 (33.3%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 4	nein	6 (100%)	
	Folgeerhebung 5	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	
	Folgeerhebung 6	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	
	Folgeerhebung 7	ja	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	

2.5.2 Listing sonstige Assessments

Programm: t_02_listing_assessments.sas

<i>Interventionsgruppe</i>				
<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Assessments 1</i>	<i>Sonstige Assessments 2</i>
5	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	Folgerhebung 2	Risikoassessment	
1	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Ersterhebung	Schmerzska- la,NR S	BESD,Schmerz- einsch_tzung
6	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgerhebung 3	Schmerz BRSD NRS	Miktionsprotokoll, Inkontinenz
7	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgerhebung 4	Schmerzmanage- ment (NRS+BESD)	
8	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgerhebung 5	Schmerzmage- ment	
9	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgerhebung 6	Schmerzmanage- ment	
10	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgerhebung 7	NRS-BESD Bo- gen	
2	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Ersterhebung	hauseigene Stan- dards Pflege NGS	
11	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Folgerhebung 1	Pflege NES	
12	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Folgerhebung 2	Pflege NES	
13	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgerhebung 1	Eingewoehnungs- phase	Struktur und Pro- zessqualitaet

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Assessments 1</i>	<i>Sonstige Assessments 2</i>
14	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	Folgeerhebung 7	"Bei Neuaufnahme erfolgen immer Risikoerfassung	
15	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F53E86D405D4F099A8DC86F914AB351E694B4ED560D374E76DCB14350C459C577CB6AE	Folgeerhebung 3	NRS Schmerz	BESD
16	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F53E86D405D4F099A8DC86F914AB351E694B4ED560D374E76DCB14350C459C577CB6AE	Folgeerhebung 4	BESD	NRS
17	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F53E86D405D4F099A8DC86F914AB351E694B4ED560D374E76DCB14350C459C577CB6AE	Folgeerhebung 5	BESD	NRS
3	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C61D1F1F56632020BDD35B9A0F312D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225EC9830B535D4C	Ersterhebung	Risikoassessment	
18	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C61D1F1F56632020BDD35B9A0F312D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225EC9830B535D4C	Folgeerhebung 3	Schmerz	Sturz, Dekubitus
19	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C61D1F1F56632020BDD35B9A0F312D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225EC9830B535D4C	Folgeerhebung 4	Sturz, Schmerz, Flüssigkeitsaufnahme	Dekubitus, Ernährung
20	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C61D1F1F56632020BDD35B9A0F312D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225EC9830B535D4C	Folgeerhebung 5	Schmerz, Sturz, Trinkprotokoll	Ernährungsaufnahme Protokoll, Dekubitus
21	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C61D1F1F56632020BDD35B9A0F312D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225EC9830B535D4C	Folgeerhebung 6	Schmerz, Sturz, Mobilitätseinschränkung	Dekubitus
22	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C61D1F1F56632020BDD35B9A0F312D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225EC9830B535D4C	Folgeerhebung 7	Flüssigkeitsaufnahme, Nahrungsaufnahme, Schmerz	Sturz, Dekubitus
4	EB188E1116ED8F765A23200AB10C44A5768C154891C3FB1BD11637C261E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD22891943381	Ersterhebung	EGPA	
23	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	Folgeerhebung 2	Schmerz	Sturz, Dekubitus
24	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	Folgeerhebung 3	Schmerz	Sturz/Dekubitus

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Assessments 1</i>	<i>Sonstige Assessments 2</i>
25	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	Folgeerhebung 4	Schmerz	Sturz/Dekubitus
26	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	Folgeerhebung 5	Schmerz	Sturz/Dekubitus
27	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	Folgeerhebung 6	Schmerz	Sturz/Dekubitus
28	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	Folgeerhebung 7	Schmerz	Sturz/Dekubitus
29	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	Folgeerhebung 1	Uhren-Test	

Kontrollgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Assessments 1</i>	<i>Sonstige Assessments 2</i>
1	36519DD913DEBC3D3EDD1758790B 02A1499192417E5B394C58A8C5218 EBF9D18D50065306C0EC8803FC33 5CEDDBBEF5E	Ersterhebung	Sturz	Kontraktur
2	3AA785656D501D1E7962BAC53A8B 05428A208F2A300022CC03D781AF5 7B7BCB50C2802BCA990DC4FC50E E40EB4E43491	Ersterhebung	Braden/Norton	BESD
3	3E536FBC684BA24F9DE8499FF0008 1035C0549FA43A85566FC0FB86396 B139C26F30639F76558B2B983A72C D0C55F004	Ersterhebung	Risikoassessment	Schmerzassessment
4	7ADA74AF366F29AD772D3BC443D8 C5DAB51DEC603641CB7DDBBF1A0 BC1CBDF60A7D28198102117B429C F760F45AAF4A6	Ersterhebung	ECPA Schmerz- assm. bei kogniti- ven Einschr_ nkun- gen	
5	9B7B25E556C65CC4967B5C7B5CC3 0CB3F384182D44BB1833696CD568F 5DBE- ECBA5C01EA1E6086DD68CBB20FC C1AB9B81	Ersterhebung	DNQP Dekubitus- risiko	PEMU
7	C1C3E13015FBDCEC7AF53CF21EA E989F579B0D8F74B420D05F921098 C98B04D99996AB27252F50575EC80 DA0FFE1A5CA	Folgeerhebung 1	Sturz, Schmerz, Dekubitus	
6	C4D1A49951236FB8B9628EE78DB8 B99C75D37DC9DE11DCA14712D399 DDE62A48F1C24CCF7A546AAF1B6 C23EEB0B92D43	Ersterhebung	Dekubitus, Sturz	Kontrak- tur, Schmerz BESD, PEMU

2.5.3 Listing sonstige Gelegenheiten

Programm: t_02_listing_gelegenheiten.sas

Interventionsgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Gelegenheiten</i>
1	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	Ersterhebung	-
2	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Ersterhebung	Braden-Skala
3	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeberhebung 3	bei Eintritt
4	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeberhebung 5	Rueckverlegun
5	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeberhebung 6	Rueckverlegun
6	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeberhebung 7	Rueckverlegun

Kontrollgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Gelegenheiten</i>
1	A9C39FA2EE24700502656BD359A03 16037E26CB30A1BFA5D57116C94F 2EFA1397D76850657BA66077FCCC 7BA644B5ABC	Ersterhebung	alle 4 Monate

2.5.4 Listing sonstige Themen

Programm: t_02_listing_themen.sas

Interventionsgruppe

obs	Einrichtung	Zeitpunkt	Sonstige Themen 1	Sonstige Themen 2
1	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C50671F9954CABF8075022ACE44641323DB524C63839B90A79258D7AA078A1AC047ED19	Folgeerhebung 3	Organisation, Einbindung der Fach-aerzte	Medikamentenma-nagement
2	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	Folgeerhebung 1	SaarPhir Projekt-arbeit	
3	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	Folgeerhebung 5	Coro Massshmen	
4	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	Folgeerhebung 6	Corona	
5	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C61D1F1F56632020BDD35B9A0F312D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225EC9830B535D4C	Folgeerhebung 3	optimale Versor-gung von Medika-menten	Wunden, Schmer-zen
6	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	Folgeerhebung 2	Assessments Kognition/Alltags-aktivitaet	
7	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	Folgeerhebung 3	Assessm. Kogni-tion/Alltagsaktivi-taet	

Kontrollgruppe

obs	Einrichtung	Zeitpunkt	Sonstige Themen 1	Sonstige Themen 2
1	F6F4A68682691DB4F178635C15096938DD7B9175078A2566E21A522A4456E846996FFB5DF727B6C0599D1E1FC1DFC1D2	Folgeerhebung 1	Einbindung Fach-aerzte in Saar-PHIR	

2.5.5 Listing sonstige Berufsgruppen Teamsitzungen

Programm: t_02_listing_berufsgruppen_team.sas

<i>Interventionsgruppe</i>			
<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Berufsgruppen</i>
1	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgeerhebung 3	Sozialpaeda
2	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgeerhebung 1	Heimleitung
3	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgeerhebung 5	Heimleitung
4	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgeerhebung 7	Heimleitung
5	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	Folgeerhebung 2	PDL
6	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	Folgeerhebung 3	Projektbegl

2.5.6 Listing sonstige Behandlungspfade

Programm: t_02_listing_behandlungspfade_team.sas

Interventionsgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Behandlungspfade</i>
1	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Folgeerhebung 1	COPD
2	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Folgeerhebung 2	COPD
3	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgeerhebung 1	Entlassun
4	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 3	Konzept D
5	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 4	Demenz Ko
6	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 5	Foerderun
7	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 6	Foerderun
8	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 7	Kompressi

Kontrollgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Behandlungspfade</i>
1	7ADA74AF366F29AD772D3BC443D8 C5DAB51DEC603641CB7DDBBF1A0 BC1CBDF60A7D28198102117B429C F760F45AAF4A6	Ersterhebung	z.B.:Inte

2.5.7 Listing sonstige Themen Fortbildungen

Programm: t_02_listing_themen_fb.sas

Interventionsgruppe

obs	Einrichtung	Zeitpunkt	Sonstige Themen
1	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Ersterhebung	Diabetes, De- menz, Depressio- nen
7	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgeberhebung 3	Erste Hilfe, Wund- versorgung, Hygi- eneschulung, Brandschutz, De- menz-Experten- standard, Quali- taets-Indik
8	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgeberhebung 4	Mit?schulungen durch Corona!
9	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgeberhebung 5	Hygieneschulun- gen (Coro)
10	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	Folgeberhebung 6	Praxisanleitung
11	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Folgeberhebung 2	Hygienemassnah- men
2	86EE- EDD7C5323D868B79755CBAFD6F86 26F3B666D0A6CDABB483AA061F53 1F27895073AE6DCA991EDD836396 99E3DD7E	Ersterhebung	Validation
12	86EE- EDD7C5323D868B79755CBAFD6F86 26F3B666D0A6CDABB483AA061F53 1F27895073AE6DCA991EDD836396 99E3DD7E	Folgeberhebung 1	Expertenstan- dards
13	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgeberhebung 7	keine Weiterbil- dung coronabe- dingt
14	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	Folgeberhebung 3	Notfallmassnah- men

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Themen</i>
15	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	Folgerhebung 5	Hygiene
16	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	Folgerhebung 6	Hygiene laufend
17	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	Folgerhebung 7	Hygiene laufend
3	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Ersterhebung	FEM
18	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgerhebung 3	Dekubitus, or. Wunden, Kom- pressionstherapie, Palliativ, Diabetes und Folgeer- scheinung
4	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	Ersterhebung	Freiheitsentzie- hende Ma_nah- men, Kausalthera- pie Ulcus Cruris und Diabetisches Fu_syndrom und Kompressionsver- band, Reflexions- treffen nach Um- setzung des Strukturmo- dells, Pflegerische Versorgung von Wunden, Ver- bandswechs
19	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	Folgerhebung 2	Expertenstandard d. Kontinenzfoer- derung, Apothe- kenschulung, Fi- xierungsmassnah- men
20	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	Folgerhebung 3	Erste Hilfe, Apo- thekenschulung, Anlegen von Kom- pressionsverbaen- den
5	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	Ersterhebung	Wundversorgung

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Themen</i>
21	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	Folgerhebung 4	keine, auch Corona-bedingt
6	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17706D36B076445058CA45F7F6DD7BC6A94196EDEEFDE83F64E74831AB9DBEC6B4AC60	Ersterhebung	Sturzprophylaxe

Kontrollgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Themen</i>
1	02A2AF3811A25E9F09A71765B592690AE8401A70DF45FBAB7047343482D9E949E565359849B085158C508860A56B5F80	Ersterhebung	Brand-schutz, Senso
2	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE650D3473D6BE898E3780E9D3B70919768B72E85BD05B0B1C67048560CEAE9785C4DC2	Ersterhebung	Palliative Versorgung
3	1D34503CD924FFF-CEC8A899FDAC0E8E0A8A0817C7ED7960A434B7A4F629543E61AC019B32ECD7D1D92D0EFA436DF8266	Ersterhebung	Wundexperte, Lagerungstechniken
4	36519DD913DEBC3D3EDD1758790B02A1499192417E5B394C58A8C5218EBF9D18D50065306C0EC8803FC335CEDDBBEF5E	Ersterhebung	Sturz, Datenschutz, Obstipation
5	3AA785656D501D1E7962BAC53A8B05428A208F2A300022CC03D781AF57B7BCB50C2802BCA990DC4FC50EE40EB4E43491	Ersterhebung	Schulung zu allen Expertenstan
6	682200609EDE7782F1F93A552FCA6DBF91110ABA11BF86E6FEC36E4EDFCE05223A0D0B1B5C7567F40FFB0956B19594C1	Ersterhebung	Hygiene, Palliativcare
7	7ADA74AF366F29AD772D3BC443D8C5DAB51DEC603641CB7DDBBF1A0BC1CBDF60A7D28198102117B429CF760F45AAF4A6	Ersterhebung	Palliative Care, Hygiene, Erste Hilfe
8	9B7B25E556C65CC4967B5C7B5CC30CB3F384182D44BB1833696CD568F5DBE-ECBA5C01EA1E6086DD68CBB20FC1A9B81	Ersterhebung	Dekubitus etc.
9	A9C39FA2EE24700502656BD359A0316037E26CB30A1BFA5D57116C94F2EFA1397D76850657BA66077FCCC7BA644B5ABC	Ersterhebung	Demenz

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Themen</i>
10	B4F037485CC801A7ECDFF289097C CE8D709D4CF058C456995947D6B1 F88E58EEE34968219E4C167321727 2258DF95248	Ersterhebung	Sturz
11	C1C3E13015FBDCEC7AF53CF21EA E989F579B0D8F74B420D05F921098 C98B04D99996AB27252F50575EC80 DA0FFE1A5CA	Ersterhebung	Demenz
14	C1C3E13015FBDCEC7AF53CF21EA E989F579B0D8F74B420D05F921098 C98B04D99996AB27252F50575EC80 DA0FFE1A5CA	Folgeberhebung 1	Corona-bedingt keine
12	C4D1A49951236FB8B9628EE78DB8 B99C75D37DC9DE11DCA14712D399 DDE62A48F1C24CCF7A546AAF1B6 C23EEB0B92D43	Ersterhebung	Erste Hilfe,MPG
13	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	Ersterhebung	Obstipa- tion/Wunde
15	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	Folgeberhebung 1	Sturz
16	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	Folgeberhebung 2	Diabetes, Geron- topsychie, Obstipation

2.6 Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen

2.6.1 Statistiken Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen

Programm: t_02_zusammen_aerzte.sas

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Absprachen zwischen Hausärzt*innen (von 10 Fällen)	Ersterhebung	n	5	13
		Durchschnitt	7.0	7.2
		Median	9.0	9.0
		Minimum	0.0	1.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 1	n	5	2
		Durchschnitt	9.8	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	9.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 2	n	4	1
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 3	n	4	1
		Durchschnitt	8.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	2.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 4	n	5	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
Maximum		10.0	.	
Folgeerhebung 5	n	5	.	
	Durchschnitt	9.8	.	
	Median	10.0	.	
	Minimum	9.0	.	
	Maximum	10.0	.	
Folgeerhebung 6	n	6	.	
	Durchschnitt	9.8	.	
	Median	10.0	.	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	9.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgeerhebung 7	n	7	.
		Durchschnitt	8.9	.
		Median	10.0	.
		Minimum	3.0	.
		Maximum	10.0	.
Absprache zwischen Hausärzt*innen - Situation kam nicht vor	Ersterhebung	ja	4 (40.0%)	3 (16.7%)
	Folgeerhebung 1	ja	2 (28.6%)	2 (50.0%)
	Folgeerhebung 2	ja	3 (42.9%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 3	ja	2 (33.3%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 4	ja	1 (16.7%)	
	Folgeerhebung 5	ja	2 (28.6%)	
	Folgeerhebung 6	ja	1 (14.3%)	
Mitversorgung durch Hausärzt*innen (von 10 Fällen)	Ersterhebung	n	7	16
		Durchschnitt	6.3	5.8
		Median	6.0	5.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 1	n	5	3
		Durchschnitt	3.6	8.3
		Median	1.0	8.0
		Minimum	1.0	7.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 2	n	4	1
		Durchschnitt	5.0	10.0
		Median	5.0	10.0
		Minimum	2.0	10.0
		Maximum	8.0	10.0
	Folgeerhebung 3	n	5	1
		Durchschnitt	3.2	10.0
		Median	2.0	10.0
		Minimum	0.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgeerhebung 4	n	6	.

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Durchschnitt	6.3	.
		Median	7.0	.
		Minimum	2.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgeerhebung 5	n	6	.
		Durchschnitt	6.0	.
		Median	6.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgeerhebung 6	n	6	.
		Durchschnitt	7.2	.
		Median	9.5	.
		Minimum	2.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgeerhebung 7	n	6	.
		Durchschnitt	8.2	.
		Median	10.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	10.0	.
Mitversorgung durch Hausärzt*innen - Situation kam nicht vor	Ersterhebung	ja	3 (30.0%)	1 (5.6%)
	Folgeerhebung 1	ja	2 (28.6%)	1 (25.0%)
	Folgeerhebung 2	ja	3 (42.9%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 3	ja	1 (16.7%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 5	ja	1 (14.3%)	
	Folgeerhebung 6	ja	1 (14.3%)	
	Folgeerhebung 7	ja	1 (14.3%)	
Versorgungsnetzwerk - Diabetes mellitus	Ersterhebung	ja	3 (30.0%)	4 (22.2%)
		nein	7 (70.0%)	14 (77.8%)
	Folgeerhebung 1	ja	4 (57.1%)	2 (50.0%)
		nein	3 (42.9%)	2 (50.0%)
	Folgeerhebung 2	ja	3 (42.9%)	1 (50.0%)
		nein	4 (57.1%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 3	ja	2 (33.3%)	1 (50.0%)
		nein	4 (66.7%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 4	ja	3 (50.0%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	nein	3 (50.0%)	
Folgeerhebung 5	ja	3 (42.9%)	
	nein	4 (57.1%)	
Folgeerhebung 6	ja	3 (42.9%)	
	nein	4 (57.1%)	
Folgeerhebung 7	ja	2 (28.6%)	
	nein	5 (71.4%)	
Versorgungsnetzwerk - Demenz			
Ersterhebung	ja	3 (30.0%)	4 (22.2%)
	nein	7 (70.0%)	14 (77.8%)
Folgeerhebung 1	ja	1 (14.3%)	2 (50.0%)
	nein	6 (85.7%)	2 (50.0%)
Folgeerhebung 2	ja	2 (28.6%)	
	nein	5 (71.4%)	2 (100%)
Folgeerhebung 3	ja	2 (33.3%)	
	nein	4 (66.7%)	2 (100%)
Folgeerhebung 4	ja	2 (33.3%)	
	nein	4 (66.7%)	
Folgeerhebung 5	ja	3 (42.9%)	
	nein	4 (57.1%)	
Folgeerhebung 6	ja	4 (57.1%)	
	nein	3 (42.9%)	
Folgeerhebung 7	ja	3 (42.9%)	
	nein	4 (57.1%)	
Versorgungsnetzwerk - Hospiz- und Palliativversorgung			
Ersterhebung	ja	9 (90.0%)	10 (55.6%)
	nein	1 (10.0%)	8 (44.4%)
Folgeerhebung 1	ja	5 (71.4%)	4 (100%)
	nein	2 (28.6%)	
Folgeerhebung 2	ja	6 (85.7%)	2 (100%)
	nein	1 (14.3%)	
Folgeerhebung 3	ja	4 (66.7%)	1 (50.0%)
	nein	2 (33.3%)	1 (50.0%)
Folgeerhebung 4	ja	5 (83.3%)	
	nein	1 (16.7%)	
Folgeerhebung 5	ja	6 (85.7%)	
	nein	1 (14.3%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgeerhebung 6 ja	6 (85.7%)	
	nein	1 (14.3%)	
	Folgeerhebung 7 ja	6 (85.7%)	
	nein	1 (14.3%)	
Versorgungsnetzwerk - Geriatrie	Ersterhebung ja	2 (20.0%)	1 (5.6%)
	nein	8 (80.0%)	17 (94.4%)
	Folgeerhebung 1 nein	7 (100%)	4 (100%)
	Folgeerhebung 2 ja	2 (28.6%)	
	nein	5 (71.4%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 3 ja	2 (33.3%)	
	nein	4 (66.7%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 4 ja	2 (33.3%)	
	nein	4 (66.7%)	
	Folgeerhebung 5 ja	3 (42.9%)	
	nein	4 (57.1%)	
	Folgeerhebung 6 ja	3 (42.9%)	
	nein	4 (57.1%)	
	Folgeerhebung 7 ja	2 (28.6%)	
	nein	5 (71.4%)	
Versorgungsnetzwerk - Wundmanagement	Ersterhebung ja	3 (30.0%)	4 (22.2%)
	nein	7 (70.0%)	14 (77.8%)
	Folgeerhebung 1 ja	6 (85.7%)	3 (75.0%)
	nein	1 (14.3%)	1 (25.0%)
	Folgeerhebung 2 ja	5 (71.4%)	2 (100%)
	nein	2 (28.6%)	
	Folgeerhebung 3 ja	2 (33.3%)	1 (50.0%)
	nein	4 (66.7%)	1 (50.0%)
	Folgeerhebung 4 ja	3 (50.0%)	
	nein	3 (50.0%)	
	Folgeerhebung 5 ja	4 (57.1%)	
	nein	3 (42.9%)	
	Folgeerhebung 6 ja	4 (57.1%)	
	nein	3 (42.9%)	
	Folgeerhebung 7 ja	4 (57.1%)	
	nein	3 (42.9%)	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Versorgungsnetzwerk - Schmerz	Ersterhebung	ja	1 (10.0%)	2 (11.1%)
		nein	9 (90.0%)	16 (88.9%)
	Folgeerhebung 1	ja		1 (25.0%)
		nein	7 (100%)	3 (75.0%)
	Folgeerhebung 2	nein	7 (100%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 3	ja	1 (16.7%)	
		nein	5 (83.3%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 4	ja	2 (33.3%)	
		nein	4 (66.7%)	
	Folgeerhebung 5	ja	3 (42.9%)	
		nein	4 (57.1%)	
	Folgeerhebung 6	ja	3 (42.9%)	
		nein	4 (57.1%)	
	Folgeerhebung 7	ja	2 (28.6%)	
nein		5 (71.4%)		
sonstige Versorgungsnetzwerke	Ersterhebung	ja	2 (20.0%)	1 (5.6%)
		nein	8 (80.0%)	17 (94.4%)
	Folgeerhebung 1	ja	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	4 (100%)
	Folgeerhebung 2	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 3	ja	1 (16.7%)	
		nein	5 (83.3%)	2 (100%)
	Folgeerhebung 4	ja	1 (16.7%)	
		nein	5 (83.3%)	
	Folgeerhebung 5	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	
	Folgeerhebung 6	ja	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	
Folgeerhebung 7	ja	1 (14.3%)		
	nein	6 (85.7%)		

2.6.2 Listing sonstige Versorgungsnetzwerke

Programm: t_02_listing_versorgungsnetzwerke.sas

<i>Interventionsgruppe</i>			
<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Versorgungsnetzwerke</i>
1	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Ersterhebung	Livia Sondennahrung
3	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Folgeerhebung 1	Firma Livica Sonden
4	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	Folgeerhebung 2	Firma Livica Sonden
5	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 3	Urologie, Psychiatrie
6	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 4	HNO, Zahnarzt, Urol
7	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 5	Zahrzt, Psychiatrie,
8	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 6	HNO, Psychiatrie, Ur
9	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 7	HNO Arzt, Urologie,
2	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	Ersterhebung	Wundversorgung
10	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	Folgeerhebung 2	Enterale Ernaehrung
11	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	Folgeerhebung 5	Psychiatrie

Kontrollgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Versorgungsnetzwerke</i>
1	1D34503CD924FFF- CEC8A899FDAC0E8E0A8A0817C7E D7960A434B7A4F629543E61AC019B 32ECD7D1D92D0EFA436DF8266	Ersterhebung	Urologie,HNO

2.7 Zusammenarbeit zwischen Versorgergemeinschaft und Pflegeeinrichtung bzw. Fachärzt*innen

2.7.1 Statistiken Zusammenarbeit zwischen Versorgergemeinschaft und Pflegeeinrichtung bzw. Fachärzt*innen

Programm: t_02_zusammen_vg.sas

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Feste Ansprechperson der Pflegeeinrichtung für Hausärzt*innen verfügbar (von 10 Situationen)	Folgerhebung 1	n	6	4
		Durchschnitt	10.0	8.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	2.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 2	n	6	2
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 3	n	3	2
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 4	n	4	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 5	n	7	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
	Maximum	10.0	.	
Folgerhebung 6	n	6	.	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 7	n	5	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
Visiten in Begleitung der zuständigen Pflegekraft (von 10 Visiten)	Folgerhebung 1	n	6	4
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 2	n	6	2
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 3	n	3	2
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgerhebung 4	n	4	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 5	n	7	.
		Durchschnitt	8.6	.
		Median	10.0	.
		Minimum	0.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
	Maximum	10.0	.	
Folgererhebung 6	n	6	.	
	Durchschnitt	8.3	.	
	Median	10.0	.	
	Minimum	0.0	.	
	Maximum	10.0	.	
Folgererhebung 7	n	5	.	
	Durchschnitt	10.0	.	
	Median	10.0	.	
	Minimum	10.0	.	
	Maximum	10.0	.	
Verfügbarkeit Informationen Pflege versus Ärzt*innen (von 10 Situationen)	Folgererhebung 1	n	6	4
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgererhebung 2	n	6	2
		Durchschnitt	9.8	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	9.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgererhebung 3	n	3	2
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgererhebung 4	n	4	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
Folgererhebung 5	n	7	.	
	Durchschnitt	10.0	.	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgererhebung 6	n	6	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgererhebung 7	n	5	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
Verfügbarkeit Informationen Ärzt*innen versus Pflege (von 10 Situationen)	Folgererhebung 1	n	6	4
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgererhebung 2	n	6	2
		Durchschnitt	9.5	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	8.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgererhebung 3	n	3	2
		Durchschnitt	10.0	10.0
		Median	10.0	10.0
		Minimum	10.0	10.0
		Maximum	10.0	10.0
	Folgererhebung 4	n	3	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgererhebung 5	n	6	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgererhebung 6	n	6	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgererhebung 7	n	5	.
		Durchschnitt	10.0	.
		Median	10.0	.
		Minimum	10.0	.
		Maximum	10.0	.
Weitergabe Informationen	Folgererhebung 1	fehlend	1 (14.3%)	1 (25.0%)
		ausschließlich Informationen mit hoher Dringlichkeit	1 (14.3%)	
		grundsätzlich alle Informationen	5 (71.4%)	3 (75.0%)
	Folgererhebung 2	fehlend	2 (28.6%)	
		ausschließlich Informationen mit hoher Dringlichkeit	1 (14.3%)	
		grundsätzlich alle Informationen	4 (57.1%)	2 (100%)
	Folgererhebung 3	fehlend	3 (50.0%)	1 (50.0%)
		grundsätzlich alle Informationen	3 (50.0%)	1 (50.0%)
	Folgererhebung 4	fehlend	2 (33.3%)	
		grundsätzlich alle Informationen	4 (66.7%)	
	Folgererhebung 5	ausschließlich Informationen mit hoher Dringlichkeit	1 (14.3%)	
		grundsätzlich alle Informationen	6 (85.7%)	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgeberhebung 6	fehlend	1 (14.3%)	
		grundsätzlich alle Informationen	6 (85.7%)	
	Folgeberhebung 7	fehlend	2 (28.6%)	
		grundsätzlich alle Informationen	5 (71.4%)	
Art der Weitergabe - schriftlich	Folgeberhebung 1	ja	6 (85.7%)	4 (100%)
		nein	1 (14.3%)	
	Folgeberhebung 2	ja	6 (85.7%)	2 (100%)
		nein	1 (14.3%)	
	Folgeberhebung 3	ja	3 (50.0%)	1 (50.0%)
		nein	3 (50.0%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 4	ja	4 (66.7%)	
		nein	2 (33.3%)	
	Folgeberhebung 5	ja	7 (100%)	
	Folgeberhebung 6	ja	6 (85.7%)	
		nein	1 (14.3%)	
	Folgeberhebung 7	ja	5 (71.4%)	
		nein	2 (28.6%)	
Art der Weitergabe - Anruf	Folgeberhebung 1	ja	3 (42.9%)	2 (50.0%)
		nein	4 (57.1%)	2 (50.0%)
	Folgeberhebung 2	ja	1 (14.3%)	1 (50.0%)
		nein	6 (85.7%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 3	ja	1 (16.7%)	1 (50.0%)
		nein	5 (83.3%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 4	ja	3 (50.0%)	
		nein	3 (50.0%)	
	Folgeberhebung 5	ja	5 (71.4%)	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		nein	2 (28.6%)	
	Folgeberhebung 6	ja	4 (57.1%)	
		nein	3 (42.9%)	
	Folgeberhebung 7	ja	4 (57.1%)	
		nein	3 (42.9%)	
Art der Weitergabe - elektronisch/IT	Folgeberhebung 1	ja	2 (28.6%)	1 (25.0%)
		nein	5 (71.4%)	3 (75.0%)
	Folgeberhebung 2	ja	1 (14.3%)	1 (50.0%)
		nein	6 (85.7%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 3	ja	1 (16.7%)	1 (50.0%)
		nein	5 (83.3%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 4	ja	4 (66.7%)	
		nein	2 (33.3%)	
	Folgeberhebung 5	ja	5 (71.4%)	
		nein	2 (28.6%)	
	Folgeberhebung 6	ja	3 (42.9%)	
		nein	4 (57.1%)	
	Folgeberhebung 7	ja	4 (57.1%)	
		nein	3 (42.9%)	
Art der Weitergabe - sonstige	Folgeberhebung 1	ja	1 (14.3%)	2 (50.0%)
		nein	6 (85.7%)	2 (50.0%)
	Folgeberhebung 2	ja	1 (14.3%)	1 (50.0%)
		nein	6 (85.7%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 3	ja	2 (33.3%)	1 (50.0%)
		nein	4 (66.7%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 4	nein	6 (100%)	
	Folgeberhebung 5	ja	1 (14.3%)	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		nein	6 (85.7%)	
	Folgeberhebung 6	nein	7 (100%)	
	Folgeberhebung 7	nein	7 (100%)	
Telefonische Konsile mit Fachärzt*innen - nicht notwendig	Folgeberhebung 1	ja	2 (28.6%)	1 (25.0%)
		nein	5 (71.4%)	3 (75.0%)
	Folgeberhebung 2	ja	3 (42.9%)	
		nein	4 (57.1%)	2 (100%)
	Folgeberhebung 3	nein	6 (100%)	2 (100%)
	Folgeberhebung 4	nein	6 (100%)	
	Folgeberhebung 5	ja	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	
	Folgeberhebung 6	ja	2 (28.6%)	
		nein	5 (71.4%)	
	Folgeberhebung 7	ja	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	
	Telefonische Konsile mit Fachärzt*innen - Anzahl	Folgeberhebung 1	n	4
		Durchschnitt	15.3	6.0
		Median	11.0	6.0
		Minimum	4.0	0.0
		Maximum	35.0	12.0
Folgeberhebung 2		n	3	1
		Durchschnitt	4.7	7.0
		Median	4.0	7.0
		Minimum	2.0	7.0
		Maximum	8.0	7.0
Folgeberhebung 3		n	2	1
		Durchschnitt	13.0	6.0
		Median	13.0	6.0

<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
	Minimum	10.0	6.0	
	Maximum	16.0	6.0	
	Folgerhebung 4	n	4	.
	Durchschnitt	13.0	.	
	Median	7.5	.	
	Minimum	2.0	.	
	Maximum	35.0	.	
	Folgerhebung 5	n	5	.
	Durchschnitt	22.0	.	
	Median	6.0	.	
	Minimum	1.0	.	
	Maximum	50.0	.	
	Folgerhebung 6	n	4	.
	Durchschnitt	16.3	.	
	Median	9.0	.	
	Minimum	5.0	.	
	Maximum	42.0	.	
	Folgerhebung 7	n	3	.
	Durchschnitt	10.3	.	
	Median	7.0	.	
	Minimum	3.0	.	
	Maximum	21.0	.	

2.7.2 Listing sonstige Formen der Informationsweitergabe

Programm: t_02_listing_weitergabe.sas

Interventionsgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Formen Informationsweitergabe</i>
1	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	Folgeberhebung 3	Mitteilung durch Pflegekraft

Kontrollgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Sonstige Formen Informationsweitergabe</i>
1	02A2AF3811A25E9F09A71765B592690AE8401A70DF45FBAB7047343482D9E949E565359849B085158C508860A56B5F80	Folgeberhebung 1	muendlich
2	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE650D3473D6BE898E3780E9D3B70919768B72E85BD05B0B1C67048560CEAE9785C4DC2	Folgeberhebung 1	Mitteilung per WhatsApp/Handy
3	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE650D3473D6BE898E3780E9D3B70919768B72E85BD05B0B1C67048560CEAE9785C4DC2	Folgeberhebung 2	erreichbar ueber Handy
4	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE650D3473D6BE898E3780E9D3B70919768B72E85BD05B0B1C67048560CEAE9785C4DC2	Folgeberhebung 3	ueber Handy

2.8 Einschätzung Projektumsetzung Pflegeeinrichtung

2.8.1 Statistiken Einschätzung Projektumsetzung Pflegeeinrichtung

Programm: t_02_umsetzung_pe.sas

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Vertragliche Vereinbarung mit Ärzt*innen	Folgeerhebung 1	fehlend	5 (71.4%)	
		nein	1 (14.3%)	1 (25.0%)
		ja, im Rahmen von § 119 b SGB V		3 (75.0%)
		sonstige	1 (14.3%)	
	Folgeerhebung 2	fehlend	3 (42.9%)	
		nein	2 (28.6%)	
		ja, im Rahmen von § 119 b SGB V	1 (14.3%)	2 (100%)
		sonstige	1 (14.3%)	
	Folgeerhebung 3	fehlend	5 (83.3%)	
		nein	1 (16.7%)	
		ja, im Rahmen von § 119 b SGB V		2 (100%)
		sonstige		
	Folgeerhebung 4	fehlend	1 (16.7%)	
		nein	3 (50.0%)	
		ja, im Rahmen von § 119 b SGB V	1 (16.7%)	
		ja, im Rahmen von § 140 a SGB V	1 (16.7%)	
	Folgeerhebung 5	nein	4 (57.1%)	
		ja, im Rahmen von § 119 b SGB V	2 (28.6%)	
		ja, im Rahmen von § 140 a SGB V	1 (14.3%)	
	Folgeerhebung 6	nein	4 (57.1%)	
		ja, im Rahmen von § 119 b SGB V	2 (28.6%)	
ja, im Rahmen von § 140 a SGB V		1 (14.3%)		
Folgeerhebung 7	nein	3 (42.9%)		
	ja, im Rahmen von § 119 b SGB V	3 (42.9%)		
	ja, im Rahmen von § 140 a SGB V	1 (14.3%)		
GKV-versicherte Bewohner*innen	Folgeerhebung 1	n	7	4

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
	Durchschnitt	67.9	107.5	
	Median	55.0	102.5	
	Minimum	39.0	59.0	
	Maximum	112.0	166.0	
Folgerhebung 2	n	6	2	
	Durchschnitt	85.0	113.0	
	Median	63.5	113.0	
	Minimum	35.0	60.0	
	Maximum	172.0	166.0	
Folgerhebung 3	n	6	2	
	Durchschnitt	103.8	111.0	
	Median	103.0	111.0	
	Minimum	59.0	60.0	
	Maximum	159.0	162.0	
Folgerhebung 4	n	6	.	
	Durchschnitt	98.7	.	
	Median	99.5	.	
	Minimum	60.0	.	
	Maximum	156.0	.	
Folgerhebung 5	n	6	.	
	Durchschnitt	94.2	.	
	Median	88.0	.	
	Minimum	59.0	.	
	Maximum	154.0	.	
Folgerhebung 6	n	7	.	
	Durchschnitt	86.4	.	
	Median	94.0	.	
	Minimum	56.0	.	
	Maximum	120.0	.	
Folgerhebung 7	n	7	.	
	Durchschnitt	87.1	.	
	Median	91.0	.	
	Minimum	55.0	.	
	Maximum	128.0	.	
Bewohner*innen in SaarPHIR	Folgerhebung 1	n	7	4
	Durchschnitt	39.7	62.3	
	Median	41.0	62.0	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
	Minimum	14.0	29.0	
	Maximum	66.0	96.0	
Folgerhebung 2	n	7	2	
	Durchschnitt	42.7	64.5	
	Median	38.0	64.5	
	Minimum	24.0	38.0	
	Maximum	65.0	91.0	
Folgerhebung 3	n	6	2	
	Durchschnitt	57.7	68.0	
	Median	62.5	68.0	
	Minimum	38.0	39.0	
	Maximum	69.0	97.0	
Folgerhebung 4	n	6	.	
	Durchschnitt	65.3	.	
	Median	67.5	.	
	Minimum	40.0	.	
	Maximum	94.0	.	
Folgerhebung 5	n	6	.	
	Durchschnitt	61.7	.	
	Median	66.5	.	
	Minimum	40.0	.	
	Maximum	77.0	.	
Folgerhebung 6	n	7	.	
	Durchschnitt	57.7	.	
	Median	62.0	.	
	Minimum	34.0	.	
	Maximum	78.0	.	
Folgerhebung 7	n	7	.	
	Durchschnitt	60.6	.	
	Median	57.0	.	
	Minimum	34.0	.	
	Maximum	81.0	.	
Anteil Bewohner*innen in SaarPHIR	Folgerhebung 1	n	7	4
	Durchschnitt	62.4	56.5	
	Median	66.7	56.5	
	Minimum	25.9	35.8	
	Maximum	94.5	77.4	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 2	n	6	2
		Durchschnitt	56.5	59.1
		Median	57.9	59.1
		Minimum	29.8	54.8
		Maximum	82.5	63.3
	Folgerhebung 3	n	6	2
		Durchschnitt	58.7	62.4
		Median	56.6	62.4
		Minimum	40.9	59.9
		Maximum	81.4	65.0
	Folgerhebung 4	n	5	.
		Durchschnitt	63.1	.
		Median	61.5	.
		Minimum	45.5	.
		Maximum	86.7	.
	Folgerhebung 5	n	6	.
		Durchschnitt	68.8	.
		Median	67.6	.
		Minimum	46.8	.
		Maximum	89.5	.
	Folgerhebung 6	n	7	.
		Durchschnitt	68.3	.
		Median	71.2	.
		Minimum	52.5	.
		Maximum	82.1	.
	Folgerhebung 7	n	6	.
		Durchschnitt	68.5	.
		Median	68.7	.
		Minimum	44.5	.
		Maximum	89.0	.
Feste Ansprechperson verfügbar?	Folgerhebung 1	ja	7 (100%)	4 (100%)
	Folgerhebung 2	ja	7 (100%)	2 (100%)
	Folgerhebung 3	fehlend	1 (16.7%)	
		ja	5 (83.3%)	2 (100%)
	Folgerhebung 4	ja	6 (100%)	
	Folgerhebung 5	ja	7 (100%)	
	Folgerhebung 6	ja	7 (100%)	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 7	fehlend	1 (14.3%)	
		ja	6 (85.7%)	
Kam es zu einem Wechsel?	Folgerhebung 1	fehlend	1 (14.3%)	
		ja	1 (14.3%)	
		nein	5 (71.4%)	4 (100%)
	Folgerhebung 2	nein	7 (100%)	2 (100%)
	Folgerhebung 3	fehlend		1 (50.0%)
		ja	1 (16.7%)	
		nein	5 (83.3%)	1 (50.0%)
	Folgerhebung 4	nein	6 (100%)	
	Folgerhebung 5	nein	7 (100%)	
	Folgerhebung 6	nein	7 (100%)	
	Folgerhebung 7	ja	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	
Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Ist-Zu-stand	Folgerhebung 1	n	7	3
		Durchschnitt	3.7	4.2
		Median	3.0	4.0
		Minimum	0.5	2.5
		Maximum	7.5	6.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	6.3	2.5
		Median	4.0	2.5
		Minimum	0.5	2.5
		Maximum	16.0	2.5
	Folgerhebung 3	n	6	1
		Durchschnitt	5.3	2.5
		Median	5.5	2.5
		Minimum	1.0	2.5
		Maximum	10.0	2.5
	Folgerhebung 4	n	5	.
		Durchschnitt	5.9	.
		Median	8.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 5	n	7	.

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Durchschnitt	3.6	.
	Median	2.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	8.0	.
	Folgerhebung 6	n	7
	Durchschnitt	4.9	.
	Median	5.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	8.0	.
	Folgerhebung 7	n	7
	Durchschnitt	5.1	.
	Median	5.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	8.0	.
Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Soll-Zustand	Folgerhebung 1	n	5
	Durchschnitt	4.7	3.8
	Median	4.0	3.8
	Minimum	1.0	2.5
	Maximum	10.0	5.0
	Folgerhebung 2	n	7
	Durchschnitt	6.5	5.0
	Median	4.0	5.0
	Minimum	1.5	5.0
	Maximum	16.0	5.0
	Folgerhebung 3	n	6
	Durchschnitt	5.7	5.0
	Median	5.5	5.0
	Minimum	1.0	5.0
	Maximum	12.0	5.0
	Folgerhebung 4	n	5
	Durchschnitt	5.9	.
	Median	8.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	10.0	.
	Folgerhebung 5	n	6
	Durchschnitt	4.1	.

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Median	3.0	.
	Minimum	1.3	.
	Maximum	8.0	.
	Folgerhebung 6	n	6
	Durchschnitt	5.5	.
	Median	6.5	.
	Minimum	1.5	.
	Maximum	8.0	.
	Folgerhebung 7	n	7
	Durchschnitt	5.1	.
	Median	5.0	.
	Minimum	1.5	.
	Maximum	8.0	.
Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand	Folgerhebung 1	n	5
	Durchschnitt	-0.7	-0.5
	Median	0.0	-0.5
	Minimum	-2.5	-1.0
	Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	7
	Durchschnitt	-0.1	-2.5
	Median	0.0	-2.5
	Minimum	-1.0	-2.5
	Maximum	0.0	-2.5
	Folgerhebung 3	n	6
	Durchschnitt	-0.3	-2.5
	Median	0.0	-2.5
	Minimum	-2.0	-2.5
	Maximum	0.0	-2.5
	Folgerhebung 4	n	5
	Durchschnitt	0.0	.
Median	0.0	.	
Minimum	0.0	.	
Maximum	0.0	.	
Folgerhebung 5	n	6	
Durchschnitt	-0.1	.	
Median	0.0	.	

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	-0.5	.
		Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 6	n	6	.
		Durchschnitt	-0.1	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-0.5	.
		Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 7	n	7	.
		Durchschnitt	-0.1	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-0.5	.
		Maximum	0.0	.
Wurde eine Stellvertretung benannt?	Folgerhebung 1	ja	6 (85.7%)	4 (100%)
		nein	1 (14.3%)	
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
		ja	3 (42.9%)	2 (100%)
		nein	3 (42.9%)	
	Folgerhebung 3	fehlend	1 (16.7%)	
		ja	5 (83.3%)	2 (100%)
	Folgerhebung 4	ja	6 (100%)	
	Folgerhebung 5	ja	7 (100%)	
	Folgerhebung 6	fehlend	1 (14.3%)	
		ja	6 (85.7%)	
	Folgerhebung 7	ja	6 (85.7%)	
		nein	1 (14.3%)	
Umsetzung - Erreichbarkeit der Versorgungsgemeinschaft	Folgerhebung 1	wird teilweise umgesetzt	2 (28.6%)	
		wird vollständig umgesetzt	5 (71.4%)	4 (100%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%)	2 (100%)
	Folgerhebung 3	fehlend	1 (16.7%)	
		wird vollständig umgesetzt	5 (83.3%)	2 (100%)
	Folgerhebung 4	wird vollständig umgesetzt	6 (100%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 5	wird vollständig umgesetzt	7 (100%)
	Folgerhebung 6	wird vollständig umgesetzt	7 (100%)
	Folgerhebung 7	wird vollständig umgesetzt	7 (100%)
Umsetzung - Vertretung	Folgerhebung 1	wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%)
			3 (75.0%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%)
			2 (100%)
	Folgerhebung 3	wird vollständig umgesetzt	6 (100%)
			2 (100%)
	Folgerhebung 4	wird vollständig umgesetzt	6 (100%)
	Folgerhebung 5	wird vollständig umgesetzt	7 (100%)
	Folgerhebung 6	wird vollständig umgesetzt	7 (100%)
	Folgerhebung 7	wird vollständig umgesetzt	7 (100%)
Umsetzung - Dienstplan	Folgerhebung 1	wird nicht umgesetzt	2 (28.6%)
		wird teilweise umgesetzt	2 (28.6%)
		wird vollständig umgesetzt	3 (42.9%)
			2 (50.0%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)
		wird nicht umgesetzt	
			1 (50.0%)
		wird teilweise umgesetzt	2 (28.6%)
		wird vollständig umgesetzt	4 (57.1%)
			1 (50.0%)
	Folgerhebung 3	wird nicht umgesetzt	
			1 (50.0%)
		wird vollständig umgesetzt	6 (100%)
			1 (50.0%)
	Folgerhebung 4	wird vollständig umgesetzt	6 (100%)
	Folgerhebung 5	wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%)

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 6	fehlend	1 (14.3%)	
		wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	
		wird vollständig umgesetzt	5 (71.4%)	
	Folgerhebung 7	wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%)	
Umsetzung - Teambesprechungen	Folgerhebung 1	wird nicht umgesetzt	5 (71.4%)	2 (50.0%)
		wird vollständig umgesetzt	2 (28.6%)	2 (50.0%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
		wird nicht umgesetzt	3 (42.9%)	
		wird vollständig umgesetzt	3 (42.9%)	2 (100%)
	Folgerhebung 3	fehlend	2 (33.3%)	
		wird nicht umgesetzt	1 (16.7%)	
		wird teilweise umgesetzt		1 (50.0%)
		wird vollständig umgesetzt	3 (50.0%)	1 (50.0%)
	Folgerhebung 4	wird nicht umgesetzt	2 (33.3%)	
		wird vollständig umgesetzt	4 (66.7%)	
	Folgerhebung 5	wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%)	
	Folgerhebung 6	wird nicht umgesetzt	1 (14.3%)	
		wird teilweise umgesetzt	2 (28.6%)	
		wird vollständig umgesetzt	4 (57.1%)	
	Folgerhebung 7	fehlend	1 (14.3%)	
		wird nicht umgesetzt	1 (14.3%)	
		wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	
		wird vollständig umgesetzt	4 (57.1%)	
Umsetzung - Vorwochenendvisite	Folgerhebung 1	wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	1 (25.0%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%) 3 (75.0%)
	Folgerhebung 2	fehlend	2 (28.6%)
		wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)
		wird vollständig umgesetzt	4 (57.1%) 2 (100%)
	Folgerhebung 3	wird vollständig umgesetzt	6 (100%) 2 (100%)
	Folgerhebung 4	wird vollständig umgesetzt	6 (100%)
	Folgerhebung 5	wird vollständig umgesetzt	7 (100%)
	Folgerhebung 6	wird vollständig umgesetzt	7 (100%)
	Folgerhebung 7	wird vollständig umgesetzt	7 (100%)
Umsetzung - Visite nach Entlassung aus Krankenhaus	Folgerhebung 1	wird nicht umgesetzt	1 (25.0%)
		wird teilweise umgesetzt	2 (28.6%) 1 (25.0%)
		wird vollständig umgesetzt	5 (71.4%) 2 (50.0%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)
		wird teilweise umgesetzt	4 (57.1%) 1 (50.0%)
		wird vollständig umgesetzt	2 (28.6%) 1 (50.0%)
	Folgerhebung 3	wird nicht umgesetzt	2 (33.3%)
		wird teilweise umgesetzt	1 (16.7%) 1 (50.0%)
		wird vollständig umgesetzt	3 (50.0%) 1 (50.0%)
	Folgerhebung 4	wird teilweise umgesetzt	3 (50.0%)
		wird vollständig umgesetzt	3 (50.0%)
	Folgerhebung 5	wird teilweise umgesetzt	4 (57.1%)
		wird vollständig umgesetzt	3 (42.9%)
	Folgerhebung 6	wird teilweise umgesetzt	4 (57.1%)
		wird vollständig umgesetzt	3 (42.9%)

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 7	wird teilweise umgesetzt	4 (57.1%)	
		wird vollständig umgesetzt	3 (42.9%)	
Umsetzung - Behandlungsprozesse	Folgerhebung 1	fehlend	2 (28.6%)	
		wird nicht umgesetzt	1 (14.3%)	
		wird teilweise umgesetzt		2 (50.0%)
		wird vollständig umgesetzt	4 (57.1%)	2 (50.0%)
	Folgerhebung 2	fehlend	2 (28.6%)	
		wird nicht umgesetzt	2 (28.6%)	
		wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	1 (50.0%)
		wird vollständig umgesetzt	2 (28.6%)	1 (50.0%)
	Folgerhebung 3	wird nicht umgesetzt	3 (50.0%)	
		wird teilweise umgesetzt		1 (50.0%)
		wird vollständig umgesetzt	3 (50.0%)	1 (50.0%)
	Folgerhebung 4	fehlend	1 (16.7%)	
		wird nicht umgesetzt	1 (16.7%)	
		wird vollständig umgesetzt	4 (66.7%)	
	Folgerhebung 5	fehlend	1 (14.3%)	
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%)	
	Folgerhebung 6	wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%)	
	Folgerhebung 7	wird nicht umgesetzt	1 (14.3%)	
		wird vollständig umgesetzt	6 (85.7%)	
Umsetzung - ACP	Folgerhebung 1	wird nicht umgesetzt	4 (57.1%)	3 (75.0%)
		wird teilweise umgesetzt	2 (28.6%)	
		wird vollständig umgesetzt	1 (14.3%)	1 (25.0%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
		wird nicht umgesetzt	4 (57.1%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	1 (50.0%)
	wird vollständig umgesetzt	1 (14.3%)	1 (50.0%)
Folgerhebung 3	wird nicht umgesetzt	3 (50.0%)	
	wird teilweise umgesetzt	1 (16.7%)	1 (50.0%)
	wird vollständig umgesetzt	2 (33.3%)	1 (50.0%)
Folgerhebung 4	fehlend	2 (33.3%)	
	wird nicht umgesetzt	1 (16.7%)	
	wird teilweise umgesetzt	1 (16.7%)	
	wird vollständig umgesetzt	2 (33.3%)	
Folgerhebung 5	fehlend	2 (28.6%)	
	wird nicht umgesetzt	1 (14.3%)	
	wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	
	wird vollständig umgesetzt	3 (42.9%)	
Folgerhebung 6	fehlend	2 (28.6%)	
	wird nicht umgesetzt	2 (28.6%)	
	wird teilweise umgesetzt	1 (14.3%)	
	wird vollständig umgesetzt	2 (28.6%)	
Folgerhebung 7	fehlend	1 (14.3%)	
	wird nicht umgesetzt	2 (28.6%)	
	wird teilweise umgesetzt	2 (28.6%)	
	wird vollständig umgesetzt	2 (28.6%)	
Häufigkeit Nutzung Handbuch	Folgerhebung 1	nie	2 (50.0%)
		sehr selten	1 (14.3%)
		selten	4 (57.1%)
		häufig	2 (28.6%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)
		nie	1 (50.0%)
		sehr selten	2 (28.6%)
		selten	1 (14.3%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
		häufig	2 (28.6%)	
		sehr häufig	1 (14.3%)	
	Folgeberhebung 3	nie	1 (16.7%)	1 (50.0%)
		selten	2 (33.3%)	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 4	häufig	3 (50.0%)	
		selten	3 (50.0%)	
	Folgeberhebung 5	häufig	3 (50.0%)	
		sehr selten	1 (14.3%)	
		selten	2 (28.6%)	
	Folgeberhebung 6	häufig	4 (57.1%)	
		sehr selten	1 (14.3%)	
		selten	3 (42.9%)	
	Folgeberhebung 7	häufig	2 (28.6%)	
		sehr häufig	1 (14.3%)	
		sehr selten	1 (14.3%)	
		selten	2 (28.6%)	
		häufig	4 (57.1%)	
Nutzung Handbuch hilfreich	Folgeberhebung 1	fehlend		1 (25.0%)
		eher nicht hilfreich	2 (28.6%)	1 (25.0%)
		eher hilfreich	3 (42.9%)	
		sehr hilfreich	1 (14.3%)	
		weiß nicht	1 (14.3%)	2 (50.0%)
	Folgeberhebung 2	fehlend	2 (28.6%)	
		eher nicht hilfreich	1 (14.3%)	1 (50.0%)
		eher hilfreich	1 (14.3%)	
		sehr hilfreich	3 (42.9%)	
		weiß nicht		1 (50.0%)
	Folgeberhebung 3	fehlend	1 (16.7%)	
		eher nicht hilfreich	1 (16.7%)	1 (50.0%)
		eher hilfreich	2 (33.3%)	
		sehr hilfreich	2 (33.3%)	
		weiß nicht		1 (50.0%)
	Folgeberhebung 4	eher hilfreich	2 (33.3%)	
		sehr hilfreich	4 (66.7%)	
	Folgeberhebung 5	eher hilfreich	3 (42.9%)	
		sehr hilfreich	3 (42.9%)	
		weiß nicht	1 (14.3%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgeberhebung 6	eher nicht hilfreich	1 (14.3%)
		eher hilfreich	3 (42.9%)
		sehr hilfreich	2 (28.6%)
		weiß nicht	1 (14.3%)
	Folgeberhebung 7	eher hilfreich	4 (57.1%)
		sehr hilfreich	3 (42.9%)
Verbesserung der Prozesse	Folgeberhebung 1	eher nicht	1 (25.0%)
		eher ja	2 (28.6%)
		ja, auf jeden Fall	5 (71.4%)
			3 (75.0%)
	Folgeberhebung 2	fehlend	1 (14.3%)
		eher ja	1 (14.3%)
		ja, auf jeden Fall	5 (71.4%)
			1 (50.0%)
	Folgeberhebung 3	weiß nicht	1 (16.7%)
		eher ja	1 (50.0%)
		ja, auf jeden Fall	5 (83.3%)
			1 (50.0%)
	Folgeberhebung 4	ja, auf jeden Fall	6 (100%)
	Folgeberhebung 5	ja, auf jeden Fall	7 (100%)
	Folgeberhebung 6	ja, auf jeden Fall	7 (100%)
	Folgeberhebung 7	eher ja	1 (14.3%)
		ja, auf jeden Fall	6 (85.7%)
Erleichterung der Prozesse	Folgeberhebung 1	fehlend	1 (14.3%)
		weiß nicht	1 (25.0%)
		eher nicht	1 (14.3%)
		eher ja	1 (14.3%)
		ja, auf jeden Fall	4 (57.1%)
			2 (50.0%)
			1 (25.0%)
	Folgeberhebung 2	fehlend	1 (14.3%)
		eher nicht	1 (14.3%)
		eher ja	1 (14.3%)
		ja, auf jeden Fall	4 (57.1%)
			2 (100%)
	Folgeberhebung 3	weiß nicht	1 (16.7%)
		eher ja	1 (16.7%)
		ja, auf jeden Fall	4 (66.7%)
			2 (100%)
	Folgeberhebung 4	ja, auf jeden Fall	6 (100%)
	Folgeberhebung 5	eher ja	1 (14.3%)
		ja, auf jeden Fall	6 (85.7%)
	Folgeberhebung 6	ja, auf jeden Fall	7 (100%)

<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Folgerhebung 7	eher ja	2 (28.6%)	
	ja, auf jeden Fall	5 (71.4%)	

2.8.2 Listing weitere Anmerkungen der Pflegeeinrichtungen zu SaarPHIR

Programm: t_02_listing_saarphir_pe.sas

Interventionsgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Allgemeine Anmerkungen</i>
1	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	Folgeerhebung 1	Eine Erreichbarkeit ist bis 21:00h sichergestellt
2	86EE- EDD7C5323D868B79755CBAFD6F86 26F3B666D0A6CDABB483AA061F53 1F27895073AE6DCA991EDD836396 99E3DD7E	Folgeerhebung 1	Mo-Fr bis 21:00 Uhr
3	86EE- EDD7C5323D868B79755CBAFD6F86 26F3B666D0A6CDABB483AA061F53 1F27895073AE6DCA991EDD836396 99E3DD7E	Folgeerhebung 2	Rufbereitschaft bis 21:00 sichergestellt. Sicherheit fuer Bewohner+Personal deutlich
4	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	Folgeerhebung 3	Das BESTE Projekt in meinen 20 Jahren im Beruf! (21 Uhr)
5	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	Folgeerhebung 6	Die Erreichbarkeit der Aerzte ist sehr hilfreich, leider konnten wir coronabedingt
6	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 5	Montags-Freitags bis 21 Uhr
7	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 6	Es findet eine bessere Kommunikation zwischen PFK und Aerzten statt. Die Aerzte hab
8	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 7	Montags bis Freitags 21:00

Kontrollgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Allgemeine Anmerkungen</i>
1	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	Folgeerhebung 1	Rufbereitschaft bis 21 Uhr
2	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	Folgeerhebung 2	Rufbereitschaft bis 21 Uhr
3	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	Folgeerhebung 3	Rufbereitschaft bis 21 Uhr

2.9 Einschätzung Projektumsetzung Versorgergemeinschaft

2.9.1 Statistiken Einschätzung Projektumsetzung Versorgergemeinschaft

Programm: t_02_umsetzung_ha.sas

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Ärzt*innen in Versorgergemeinschaft	Folgeberhebung 1	n	6	4
		Durchschnitt	4.2	5.0
		Median	4.0	5.0
		Minimum	2.0	2.0
		Maximum	6.0	8.0
	Folgeberhebung 2	n	6	2
		Durchschnitt	5.3	5.5
		Median	5.0	5.5
		Minimum	4.0	3.0
		Maximum	8.0	8.0
	Folgeberhebung 3	n	3	2
		Durchschnitt	6.0	2.0
		Median	5.0	2.0
		Minimum	4.0	1.0
		Maximum	9.0	3.0
	Folgeberhebung 4	n	4	.
		Durchschnitt	6.0	.
		Median	5.5	.
		Minimum	4.0	.
		Maximum	9.0	.
	Folgeberhebung 5	n	7	.
		Durchschnitt	5.7	.
		Median	6.0	.
		Minimum	4.0	.
Maximum		9.0	.	
Folgeberhebung 6	n	7	.	
	Durchschnitt	5.1	.	
	Median	5.0	.	
	Minimum	2.0	.	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Maximum	9.0	.
	Folgerhebung 7	n	6
	Durchschnitt	5.7	.
	Median	5.5	.
	Minimum	4.0	.
	Maximum	9.0	.
Bewohner*innen in SaarPHIR	Folgerhebung 1	n	6
	Durchschnitt	70.2	71.3
	Median	48.0	89.0
	Minimum	38.0	29.0
	Maximum	180.0	96.0
	Folgerhebung 2	n	6
	Durchschnitt	49.8	64.5
	Median	46.5	64.5
	Minimum	28.0	38.0
	Maximum	75.0	91.0
	Folgerhebung 3	n	2
	Durchschnitt	63.0	68.0
	Median	63.0	68.0
	Minimum	60.0	39.0
	Maximum	66.0	97.0
	Folgerhebung 4	n	3
	Durchschnitt	60.7	.
	Median	62.0	.
	Minimum	52.0	.
	Maximum	68.0	.
	Folgerhebung 5	n	6
	Durchschnitt	62.5	.
	Median	56.5	.
	Minimum	40.0	.
	Maximum	108.0	.
	Folgerhebung 6	n	6
	Durchschnitt	51.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Median	51.0	.
		Minimum	28.0	.
		Maximum	71.0	.
	Folgerhebung 7	n	5	.
		Durchschnitt	57.6	.
		Median	57.0	.
		Minimum	34.0	.
		Maximum	72.0	.
Betreuungsquote in SaarPHIR	Folgerhebung 1	n	6	3
		Durchschnitt	16.4	21.1
		Median	15.1	11.1
		Minimum	7.6	4.1
		Maximum	30.0	48.0
	Folgerhebung 2	n	6	2
		Durchschnitt	10.1	12.0
		Median	9.5	12.0
		Minimum	4.7	11.4
		Maximum	16.3	12.7
	Folgerhebung 3	n	2	2
		Durchschnitt	11.6	55.0
		Median	11.6	55.0
		Minimum	6.7	13.0
		Maximum	16.5	97.0
	Folgerhebung 4	n	3	.
		Durchschnitt	11.4	.
		Median	10.4	.
		Minimum	6.9	.
		Maximum	17.0	.
	Folgerhebung 5	n	6	.
		Durchschnitt	11.6	.
		Median	10.6	.
		Minimum	6.7	.
		Maximum	18.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 6	n	6	.
		Durchschnitt	11.7	.
		Median	11.4	.
		Minimum	4.7	.
		Maximum	17.8	.
	Folgerhebung 7	n	5	.
		Durchschnitt	11.3	.
		Median	11.0	.
		Minimum	5.7	.
		Maximum	17.5	.
Feste Ansprechperson verfügbar?	Folgerhebung 1	fehlend	1 (14.3%)	
		ja	6 (85.7%)	4 (100%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
		ja	6 (85.7%)	2 (100%)
	Folgerhebung 3	fehlend	4 (66.7%)	
		ja	2 (33.3%)	2 (100%)
	Folgerhebung 4	fehlend	2 (33.3%)	
		ja	4 (66.7%)	
	Folgerhebung 5	ja	7 (100%)	
	Folgerhebung 6	ja	7 (100%)	
	Folgerhebung 7	fehlend	1 (14.3%)	
		ja	6 (85.7%)	
Kam es zu einem Wechsel?	Folgerhebung 1	fehlend	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	4 (100%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
		nein	6 (85.7%)	2 (100%)
	Folgerhebung 3	fehlend	4 (66.7%)	
		ja	1 (16.7%)	

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	nein	1 (16.7%)	2 (100%)
Folgeberhebung 4	fehlend	3 (50.0%)	
	nein	3 (50.0%)	
Folgeberhebung 5	fehlend	1 (14.3%)	
	nein	6 (85.7%)	
Folgeberhebung 6	nein	7 (100%)	
Folgeberhebung 7	fehlend	1 (14.3%)	
	ja	1 (14.3%)	
	nein	5 (71.4%)	
Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Ist-Zustand	Folgeberhebung 1	n	5
	Durchschnitt	3.7	4.5
	Median	3.0	4.5
	Minimum	2.5	4.0
	Maximum	6.0	5.0
	Folgeberhebung 2	n	5
	Durchschnitt	10.0	7.5
	Median	3.0	7.5
	Minimum	1.5	7.5
	Maximum	40.0	7.5
	Folgeberhebung 3	n	2
	Durchschnitt	5.5	7.5
	Median	5.5	7.5
	Minimum	3.5	7.5
	Maximum	7.5	7.5
	Folgeberhebung 4	n	4
	Durchschnitt	5.6	.
	Median	5.3	.
	Minimum	2.0	.
	Maximum	10.0	.
	Folgeberhebung 5	n	6
	Durchschnitt	3.5	.

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Median	2.0	.
		Minimum	0.5	.
		Maximum	8.0	.
	Folgerhebung 6	n	6	.
		Durchschnitt	11.3	.
		Median	8.0	.
		Minimum	2.0	.
		Maximum	40.0	.
	Folgerhebung 7	n	5	.
		Durchschnitt	5.9	.
		Median	8.0	.
		Minimum	2.5	.
		Maximum	8.0	.
Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Soll-Zustand	Folgerhebung 1	n	6	2
		Durchschnitt	2.8	5.0
		Median	3.0	5.0
		Minimum	1.5	5.0
		Maximum	4.0	5.0
	Folgerhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	3.0	5.0
		Median	3.0	5.0
		Minimum	1.5	5.0
		Maximum	5.0	5.0
	Folgerhebung 3	n	2	1
		Durchschnitt	5.5	5.0
		Median	5.5	5.0
		Minimum	3.5	5.0
		Maximum	7.5	5.0
	Folgerhebung 4	n	4	.
		Durchschnitt	5.6	.
		Median	5.3	.
		Minimum	2.0	.
		Maximum	10.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 5	n	5	.
		Durchschnitt	4.0	.
		Median	2.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	8.0	.
	Folgerhebung 6	n	6	.
		Durchschnitt	5.5	.
		Median	6.5	.
		Minimum	2.0	.
		Maximum	8.0	.
	Folgerhebung 7	n	5	.
		Durchschnitt	5.9	.
		Median	8.0	.
		Minimum	2.5	.
		Maximum	8.0	.
Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand	Folgerhebung 1	n	5	2
		Durchschnitt	0.6	-0.5
		Median	0.0	-0.5
		Minimum	0.0	-1.0
		Maximum	3.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	7.0	2.5
		Median	0.0	2.5
		Minimum	0.0	2.5
		Maximum	35.0	2.5
	Folgerhebung 3	n	2	1
		Durchschnitt	0.0	2.5
		Median	0.0	2.5
		Minimum	0.0	2.5
		Maximum	0.0	2.5
	Folgerhebung 4	n	4	.
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Minimum	0.0	.
	Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 5	n	5
	Durchschnitt	-0.1	.
	Median	0.0	.
	Minimum	-0.5	.
	Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 6	n	6
	Durchschnitt	5.8	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	35.0	.
	Folgerhebung 7	n	5
	Durchschnitt	0.0	.
	Median	0.0	.
	Minimum	0.0	.
	Maximum	0.0	.
Häufigkeit Nutzung Handbuch	Folgerhebung 1	fehlend	1 (14.3%)
		nie	2 (50.0%)
		sehr selten	1 (25.0%)
		selten	4 (57.1%)
		häufig	2 (28.6%)
	Folgerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)
		nie	1 (14.3%)
		sehr selten	1 (14.3%)
		selten	4 (57.1%)
	Folgerhebung 3	fehlend	4 (66.7%)
		sehr selten	1 (50.0%)
		selten	1 (16.7%)
		sehr häufig	1 (16.7%)
	Folgerhebung 4	fehlend	2 (33.3%)
		sehr selten	1 (16.7%)
		selten	2 (33.3%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		häufig	1 (16.7%)
	Folgeberhebung 5	sehr selten	1 (14.3%)
		selten	3 (42.9%)
		häufig	3 (42.9%)
	Folgeberhebung 6	fehlend	2 (28.6%)
		sehr selten	2 (28.6%)
		selten	2 (28.6%)
		häufig	1 (14.3%)
	Folgeberhebung 7	fehlend	2 (28.6%)
		sehr selten	1 (14.3%)
		selten	2 (28.6%)
		häufig	2 (28.6%)
Nutzung Handbuch hilfreich	Folgeberhebung 1	fehlend	1 (14.3%)
		eher nicht hilfreich	1 (25.0%)
		eher hilfreich	5 (71.4%)
		sehr hilfreich	1 (14.3%)
		weiß nicht	2 (50.0%)
	Folgeberhebung 2	fehlend	2 (28.6%)
		eher nicht hilfreich	2 (28.6%)
		eher hilfreich	3 (42.9%)
		weiß nicht	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 3	fehlend	4 (66.7%)
		eher nicht hilfreich	1 (50.0%)
		eher hilfreich	1 (16.7%)
		sehr hilfreich	1 (16.7%)
		weiß nicht	1 (50.0%)
	Folgeberhebung 4	fehlend	3 (50.0%)
		eher hilfreich	2 (33.3%)
		sehr hilfreich	1 (16.7%)
	Folgeberhebung 5	fehlend	1 (14.3%)

	<i>Erhebungszeit</i>	<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		eher hilfreich	3 (42.9%)
		sehr hilfreich	2 (28.6%)
		weiß nicht	1 (14.3%)
	Folgeberhebung 6	fehlend	1 (14.3%)
		eher nicht hilfreich	1 (14.3%)
		eher hilfreich	2 (28.6%)
		sehr hilfreich	1 (14.3%)
		weiß nicht	2 (28.6%)
	Folgeberhebung 7	fehlend	2 (28.6%)
		eher hilfreich	3 (42.9%)
		sehr hilfreich	2 (28.6%)
Verbesserung der Prozesse	Folgeberhebung 1	fehlend	1 (14.3%)
		eher nicht	1 (14.3%)
		eher ja	1 (14.3%)
		ja, auf jeden Fall	4 (57.1%)
	Folgeberhebung 2	fehlend	1 (14.3%)
		überhaupt nicht	1 (14.3%)
		eher ja	2 (28.6%)
		ja, auf jeden Fall	3 (42.9%)
	Folgeberhebung 3	fehlend	4 (66.7%)
		eher ja	
		ja, auf jeden Fall	2 (33.3%)
	Folgeberhebung 4	fehlend	2 (33.3%)
		ja, auf jeden Fall	4 (66.7%)
	Folgeberhebung 5	eher ja	1 (14.3%)
		ja, auf jeden Fall	6 (85.7%)
	Folgeberhebung 6	fehlend	1 (14.3%)
		ja, auf jeden Fall	6 (85.7%)
	Folgeberhebung 7	fehlend	2 (28.6%)
		eher ja	1 (14.3%)
		ja, auf jeden Fall	4 (57.1%)

	<i>Erhebungszeit</i>		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Erleichterung der Prozesse	Folgeerhebung 1	fehlend	1 (14.3%)	
		weiß nicht		1 (25.0%)
		eher nicht	1 (14.3%)	
		eher ja	1 (14.3%)	2 (50.0%)
		ja, auf jeden Fall	4 (57.1%)	1 (25.0%)
	Folgeerhebung 2	fehlend	1 (14.3%)	
		überhaupt nicht	2 (28.6%)	
		eher nicht	1 (14.3%)	
		eher ja		2 (100%)
	Folgeerhebung 3	ja, auf jeden Fall	3 (42.9%)	
		fehlend	4 (66.7%)	
		eher ja		2 (100%)
	Folgeerhebung 4	ja, auf jeden Fall	2 (33.3%)	
		fehlend	2 (33.3%)	
		eher ja	1 (16.7%)	
	Folgeerhebung 5	ja, auf jeden Fall	3 (50.0%)	
		eher ja	3 (42.9%)	
	Folgeerhebung 6	ja, auf jeden Fall	4 (57.1%)	
		fehlend	1 (14.3%)	
eher ja		1 (14.3%)		
Folgeerhebung 7	ja, auf jeden Fall	5 (71.4%)		
	fehlend	2 (28.6%)		
	eher ja	1 (14.3%)		
		ja, auf jeden Fall	4 (57.1%)	

2.9.2 Listing weitere Anmerkungen der Versorgungsgemeinschaft zu SaarPHIR

Programm: t_02_listing_saarphir_ha.sas

Interventionsgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Allgemeine Anmerkungen</i>
1	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	Folgeerhebung 1	schon vorher regelmaessige Visiten, 1x/Woche immer, meist 2-3x pro Woche und bei Bedarf. Visiten Mo-Mi VIEL sinnvoller als Fr. (oder Sa.) um Termine zu bekommen, die Medis zu bekommen, alles schwierig zu organisieren. Regelmassige Visite Mo-Mi viel sinnvoller!!! Bis 21 Uhr
2	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	Folgeerhebung 2	War vor SaarPHIR mit dem Heim schon sehr gut geregelt. Woechentl. Visiten + haeufige Telefonate waren ueblich
3	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgeerhebung 1	Sinnvoller Ansatz
4	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	Folgeerhebung 7	Das Projekt SaarPHIR hat die aertzliche Versorgung in unserer Einrichtung verbessert, besonders durch die Gruendung einer Versorgungsgemeinschaft ist fuer uns immer ein Ansprechpartner da. Der Rufbereitschaftsplan+ (Wochenendvisiten) ermoeglichen eine zeitnahe Behandlung bei
5	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	Folgeerhebung 5	Mo-Fr bis 21:00 Uhr

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Allgemeine Anmerkungen</i>
6	DAEB548D436BACD0C60020348456 5FB9169004822BC05BF793BB812D6 9EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE3 09A93E098CC	Folgeerhebung 5	Frage 8.2.3+8.2.4 sind schwierig zu beantworten hier müsste in der Einrichtung chgefragt werden, Montag bis Freitag von 18:00-21:00
7	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 3	Aufenthalte in Krankenhaeuser konnten reduziert werden
8	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 4	Einweisungen durch den AVD haben sich reduziert.
9	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 5	Montags-Freitags 21:00 Uhr, KH Einweisungen konnten vermieden werden.
10	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 6	Die Einweisungen ins Krankenhaus konnten fast vollstaendig vermieden werden. Aerzte haben einen festen Ansprechpartner, Visiten werden begleitet. Kommunikation hat sich verbessert zwischen Aerzten und Pflegekraefen.
11	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	Folgeerhebung 7	Montags bis Freitags 21:00
12	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	Folgeerhebung 4	Rufbereitschaft Mo-Fr 8:00-21:00
13	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	Folgeerhebung 6	Rufbereitschaft Mo-Fr 8:00-21:00

Kontrollgruppe

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Allgemeine Anmerkungen</i>
1	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE6 50D3473D6BE898E3780E9D3B70919 768B72E85BD05B0B1C67048560CE AE9785C4DC2	Folgerhebung 1	Psycho soziale Entlastung und Verminderung st. Aufenthalte durch bessere Koordination. Koordination wird als sehr sinnvoll erachtet, vor allem durch die Verlängerung der Rufbereitschaft und den Vor-Wochenendvisiten
2	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	Folgerhebung 1	Rufbereitschaft bis 21 Uhr
3	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	Folgerhebung 2	Rufbereitschaft bis 21 Uhr
4	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	Folgerhebung 3	Rufbereitschaft bis 21 Uhr

3 Wöchentliche Dokumentation

3.1 Bewohner*innen mit vorzeitigem Beobachtungsende

Programm: t_03_doku_bewohner.sas

		<i>Intervention Ersterhebung N=12</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=4</i>
Kumulierte Anzahl an verstorbenen Bewohner*innen	n	12	4
	Durchschnitt	7.5	3.5
	Median	6.5	4.0
	Minimum	1.0	0.0
	Maximum	23.0	6.0
Kumulierte Anzahl an Bewohner*innen, die Teilnahme an Saar- PHIR beendet haben	n	12	4
	Durchschnitt	1.0	0.8
	Median	0.5	0.0
	Minimum	0.0	0.0
	Maximum	4.0	3.0

3.2 Listing Frage 2

Programm: t_03_listing_visiten.sas

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Datum</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Gruppe</i>	<i>Regelung vorwochenendvisite</i>
1	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	03AUG2020	1	Interventionsgruppe	Am Freitag Vormittag wird der Arzt telefonisch kontaktiert wenn gesundheitliche Probleme vorliegen. Der Arzt entscheidet ob er vorbei kommt oder telefonisch AO angibt.
2	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	19OCT2020	2	Interventionsgruppe	Pflegepersonal kontaktiert Arzt nachmittags telefonisch, wenn bei Bew. Auffälligkeiten/gesundheitl. Probleme vorliegen. Arzt entscheidet dann, ob er seine AO's telefonisch trifft o. vorbeikommt!
3	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	21JAN2020	3	Interventionsgruppe	Die zuständige Pflegekraft sammelt bis 12 Uhr am Freitag infos auf den Wohnbereichen und informiert dann den Diensthabenden Arzt dieser kommt gegen 13 Uhr zur Visite
4	F1555E7EF75BF7096FE468CFA146 CFD15D3F6C286BE8EB8B32233DC2 866B128293085BCBBC6A387828486 690EF9AC8D4	10JUL2020	1	Interventionsgruppe	Visite findet Freitags nachmittags oder Samstag morgens statt. Arzt gibt Freitags Bescheid. Es werden die Bewohner mit gesundheitlichen Problemen besucht

3.3 Listing Visiten aufgrund von Krankenhausentlassungen

Programm: t_03_listing_bewohnerKH.sas

		<i>Intervention</i>				
<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Woche</i>	<i>Datum</i>	<i>aus KH entlassene Bewoh- ner*innen</i>	<i>Visiten für aus KH entlassene Bewoh- ner*innen</i>	<i>Anteil Visiten für aus KH entlas- sene Bewohner*innen</i>
1	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	2	26NOV2020	1	1	100
2	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	2	10DEC2020	1	.	.
3	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	2	17DEC2020	1	1	100
4	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	2	24DEC2020	1	1	100
5	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	4	04MAR2020	1	.	.
6	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	4	11MAR2020	1	.	.
7	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	4	27MAR2020	1	.	.
8	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	4	03APR2020	1	.	.
9	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	4	17MAY2020	1	.	.
10	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	1	31AUG2020	1	1	100

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Woche</i>	<i>Datum</i>	<i>aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Anteil Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>
11	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD23683B9353BEF4DB854FAF67BB710C60909D335C6B30F1F2AF1336E70A364EC67CC78E3	1	21SEP2020	1	1	100
12	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD23683B9353BEF4DB854FAF67BB710C60909D335C6B30F1F2AF1336E70A364EC67CC78E3	1	19OCT2020	1	1	100
13	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD23683B9353BEF4DB854FAF67BB710C60909D335C6B30F1F2AF1336E70A364EC67CC78E3	2	10NOV2020	1	1	100
14	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD23683B9353BEF4DB854FAF67BB710C60909D335C6B30F1F2AF1336E70A364EC67CC78E3	2	24NOV2020	1	1	100
15	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7	07DEC2020	1	1	100
16	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7	14DEC2020	1	1	100
17	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7	21DEC2020	2	2	100
18	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7	28DEC2020	1	1	100
19	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7	04JAN2021	2	2	100
20	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7	11JAN2021	1	1	100
21	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7	18JAN2021	1	1	100
22	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7	08FEB2021	2	2	100

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Woche</i>	<i>Datum</i>	<i>aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Anteil Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>
23	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7	15FEB2021	1	1	100
24	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F53E86D405D4F099A8DC86F914AB351E694B4ED560D374E76DCB14350C459C577CB6AE	4	03APR2020	1	1	100
25	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F53E86D405D4F099A8DC86F914AB351E694B4ED560D374E76DCB14350C459C577CB6AE	4	30APR2020	2	2	100
26	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	7	27NOV2020	1	1	100
27	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	7	04DEC2020	1	1	100
28	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	7	11DEC2020	1	1	100
29	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	7	23DEC2020	2	2	100
30	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	7	31DEC2020	2	2	100
31	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	7	04JAN2021	1	1	100
32	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	7	08JAN2021	1	1	100
33	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	7	22JAN2021	5	5	100
34	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	7	05FEB2021	1	1	100

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Woche</i>	<i>Datum</i>	<i>aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Anteil Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>
35	DAEB548D436BACD0C60020348456 5FB9169004822BC05BF793BB812D6 9EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE3 09A93E098CC	7	12FEB2021	2	2	100
36	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	5	09JUN2020	2	2	100
37	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	5	30JUN2020	1	1	100
38	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	5	20JUL2020	1	1	100
39	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	5	27JUL2020	1	1	100
40	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	5	03AUG2020	2	2	100
41	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	5	17AUG2020	1	1	100
42	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	6	28AUG2020	1	1	100
43	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	6	25SEP2020	2	2	100
44	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	6	09OCT2020	1	1	100
45	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	6	06NOV2020	1	1	100
46	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	7	04DEC2020	1	1	100

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Woche</i>	<i>Datum</i>	<i>aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Anteil Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>
47	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	7	18DEC2020	1	1	100
48	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	7	08JAN2021	1	1	100
49	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	7	29JAN2021	1	1	100
50	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	7	19FEB2021	1	1	100
51	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	1	29JUN2019	1	0	0.0
52	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	1	13JUL2019	1	0	0.0
53	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	1	20JUL2019	2	0	0.0
54	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	1	26JUL2019	1	0	0.0
55	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	1	03AUG2019	1	0	0.0
56	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	1	17AUG2019	1	0	0.0
57	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	3	06DEC2019	1	1	100
58	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	3	15DEC2019	1	1	100

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Woche</i>	<i>Datum</i>	<i>aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Anteil Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>
59	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	3	11JAN2020	1	1	100
60	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	3	18JAN2020	1	1	100
61	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	3	25JAN2020	1	0	0.0
62	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	3	07FEB2020	3	1	33.3
63	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	3	14FEB2020	1	0	0.0
64	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	4	06MAR2020	1	1	100
65	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	4	21MAR2020	1	0	0.0
66	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	4	18APR2020	1	1	100
67	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	4	02MAY2020	1	1	100
68	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	4	08MAY2020	2	1	50.0
69	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	3	06JAN2020	1	1	100
70	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	3	17FEB2020	1	1	100

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Woche</i>	<i>Datum</i>	<i>aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Anteil Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>
71	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	4	30APR2020	1	1	100
72	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	5	05JUN2020	1	1	100
73	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	5	14AUG2020	1	1	100
74	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E88E98855D0E077B2B72EE7DC9D8706C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10AB79616F1E41E	5	28AUG2020	1	1	100
75	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17706D36B076445058CA45F7F6DD7BC6A94196EDEEFDE83F64E74831AB9DBEC6B4AC60	1	05AUG2019	1	1	100
76	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17706D36B076445058CA45F7F6DD7BC6A94196EDEEFDE83F64E74831AB9DBEC6B4AC60	1	26AUG2019	1	1	100
77	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17706D36B076445058CA45F7F6DD7BC6A94196EDEEFDE83F64E74831AB9DBEC6B4AC60	1	09SEP2019	1	1	100
78	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17706D36B076445058CA45F7F6DD7BC6A94196EDEEFDE83F64E74831AB9DBEC6B4AC60	1	16SEP2019	1	1	100
79	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17706D36B076445058CA45F7F6DD7BC6A94196EDEEFDE83F64E74831AB9DBEC6B4AC60	1	23SEP2019	1	1	100

Kontrolle

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Datum</i>	<i>Woche</i>	<i>aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Anteil Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>
1	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE650D3473D6BE898E3780E9D3B70919768B72E85BD05B0B1C67048560CEAE9785C4DC2	22JUN2020	1	1	1	100

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Datum</i>	<i>Woche</i>	<i>aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>	<i>Anteil Visiten für aus KH entlassene Bewohner*innen</i>
2	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE6 50D3473D6BE898E3780E9D3B70919 768B72E85BD05B0B1C67048560CE AE9785C4DC2	03AUG2020	1	1	1	100
3	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE6 50D3473D6BE898E3780E9D3B70919 768B72E85BD05B0B1C67048560CE AE9785C4DC2	05FEB2021	3	1	1	100
4	A9C39FA2EE24700502656BD359A03 16037E26CB30A1BFA5D57116C94F 2EFA1397D76850657BA66077FCCC 7BA644B5ABC	20OCT2020	1	2	.	.
5	A9C39FA2EE24700502656BD359A03 16037E26CB30A1BFA5D57116C94F 2EFA1397D76850657BA66077FCCC 7BA644B5ABC	27OCT2020	1	1	.	.

4 Strukturen der Ärzt*innen

4.1 Strukturen der Organisation der Visiten

4.1.1 Strukturen der Organisation der Visiten Ärzt*innen (t0, t1)

Programm: t_04_strukturen_visiten.sas

		<i>Intervention Ersterhebung N=48</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=30</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=22</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=6</i>
Organisation der Praxis	fehlend				1 (16.7%)
	Einzelpraxis	16 (33.3%)	8 (26.7%)	9 (40.9%)	1 (16.7%)
	Berufsausübungs- gemeinschaft	24 (50.0%)	21 (70.0%)	13 (59.1%)	4 (66.7%)
	Praxisgemein- schaft	8 (16.7%)	1 (3.3%)		
Anzahl versorgter Pati- ent*innen	n	43	22	19	4
	Durchschnitt	19.7	17.0	29.9	35.5
	Median	12.0	7.5	30.0	32.0
	Minimum	0.0	0.0	3.0	20.0
	Maximum	60.0	50.0	60.0	58.0
Anteil versorgter Pati- ent*innen an Gesamtzahl der Bewohner*innen (in %)	n	43	17	19	4
	Durchschnitt	27.9	19.3	28.2	30.6
	Median	14.7	5.3	26.7	25.5
	Minimum	0.0	0.0	3.3	25.4
	Maximum	100.0	87.7	63.3	46.0
Entfernung der Praxis zur Pflegeeinrichtung (in km)	n	46	30	22	6
	Durchschnitt	2.5	1.9	4.0	2.7
	Median	2.0	1.0	3.7	1.5
	Minimum	0.1	0.1	1.0	0.0
	Maximum	10.0	5.0	11.0	6.0

		<i>Intervention Ersterhebung N=48</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=30</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=22</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=6</i>
Zeit pro Woche für Besuch in Pflegeeinrichtung (in h)	n	45	26	22	6
	Durchschnitt	3.3	1.9	3.6	3.6
	Median	2.5	1.9	4.0	3.3
	Minimum	0.0	0.5	1.0	1.5
	Maximum	12.0	4.0	7.0	7.0
Durchschnittliche Zeit pro Woche pro Patient*in (in min)	n	38	20	19	4
	Durchschnitt	15.4	13.7	10.0	7.8
	Median	13.0	7.5	7.1	7.8
	Minimum	3.8	2.8	1.5	6.6
	Maximum	60.0	35.0	25.0	9.0
Anzahl an Tagen für Besuch in Pflegeeinrichtung	n	35	20	21	5
	Durchschnitt	1.8	2.1	1.3	2.0
	Median	1.0	2.0	1.0	2.0
	Minimum	1.0	1.0	1.0	1.0
	Maximum	5.0	5.0	3.0	4.0
Montag für routinemäßigen Besuch	ja	5 (10.4%)	3 (10.0%)	3 (13.6%)	1 (16.7%)
	nein	30 (62.5%)	17 (56.7%)	18 (81.8%)	4 (66.7%)
Dienstag für routinemäßigen Besuch	ja	11 (22.9%)	12 (40.0%)	8 (36.4%)	2 (33.3%)
	nein	24 (50.0%)	8 (26.7%)	13 (59.1%)	3 (50.0%)
Mittwoch für routinemäßigen Besuch	ja	17 (35.4%)	10 (33.3%)	5 (22.7%)	3 (50.0%)
	nein	18 (37.5%)	10 (33.3%)	16 (72.7%)	2 (33.3%)
Donnerstag für routinemäßigen Besuch	ja	11 (22.9%)	5 (16.7%)	4 (18.2%)	
	nein	24 (50.0%)	15 (50.0%)	17 (77.3%)	5 (83.3%)

		<i>Intervention Ersterhebung N=48</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=30</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=22</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=6</i>
Freitag für routinemäßigen Besuch	ja	19 (39.6%)	11 (36.7%)	8 (36.4%)	4 (66.7%)
	nein	15 (31.3%)	9 (30.0%)	13 (59.1%)	1 (16.7%)
kein fester Besuchstag	ja	3 (6.3%)			1 (16.7%)
	nein	35 (72.9%)	20 (66.7%)	21 (95.5%)	5 (83.3%)
Abläufe eingeplant - in Tagesablauf	ja	12 (25.0%)	6 (20.0%)	3 (13.6%)	3 (50.0%)
	nein	36 (75.0%)	24 (80.0%)	19 (86.4%)	3 (50.0%)
Abläufe eingeplant - in Wochenablauf	ja	33 (68.8%)	20 (66.7%)	20 (90.9%)	5 (83.3%)
	nein	15 (31.3%)	10 (33.3%)	2 (9.1%)	1 (16.7%)
Abläufe eingeplant - spontan	ja	23 (47.9%)	9 (30.0%)	6 (27.3%)	5 (83.3%)
	nein	25 (52.1%)	21 (70.0%)	16 (72.7%)	1 (16.7%)
Abläufe eingeplant - andere	ja	4 (8.3%)	1 (3.3%)	2 (9.1%)	2 (33.3%)
	nein	44 (91.7%)	29 (96.7%)	20 (90.9%)	4 (66.7%)
Visitenzeiten - während der Sprechstundenzeiten	ja	20 (41.7%)	6 (20.0%)	7 (31.8%)	2 (33.3%)
	nein	28 (58.3%)	24 (80.0%)	15 (68.2%)	4 (66.7%)
Visitenzeiten - vor den Sprechstundenzeiten	ja	9 (18.8%)	5 (16.7%)	3 (13.6%)	
	nein	39 (81.3%)	25 (83.3%)	19 (86.4%)	6 (100%)
Visitenzeiten - in der Mittagspause	ja	27 (56.3%)	17 (56.7%)	11 (50.0%)	4 (66.7%)
	nein	21 (43.8%)	13 (43.3%)	11 (50.0%)	2 (33.3%)
Visitenzeiten - in sprechstundenfreien Zeiten	ja	26 (54.2%)	17 (56.7%)	10 (45.5%)	4 (66.7%)
	nein	22 (45.8%)	13 (43.3%)	12 (54.5%)	2 (33.3%)

		<i>Intervention Ersterhebung N=48</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=30</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=22</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=6</i>
Visitenzeiten - nach den Sprechstundenzeiten	ja	29 (60.4%)	18 (60.0%)	8 (36.4%)	5 (83.3%)
	nein	19 (39.6%)	12 (40.0%)	14 (63.6%)	1 (16.7%)
Standardisierte Checkliste vorhanden?	ja	38 (79.2%)	27 (90.0%)	16 (72.7%)	4 (66.7%)
	nein	10 (20.8%)	3 (10.0%)	6 (27.3%)	2 (33.3%)
Infos Checkliste - Name Anrufer/Einrichtung?	ja	36 (94.7%)	26 (96.3%)	16 (100%)	4 (100%)
	nein	2 (5.3%)	1 (3.7%)		
Infos Checkliste - Datum/Uhrzeit?	ja	29 (76.3%)	26 (96.3%)	15 (93.8%)	3 (75.0%)
	nein	9 (23.7%)	1 (3.7%)	1 (6.3%)	1 (25.0%)
Infos Checkliste - Angaben zur Patient*in?	ja	38 (100%)	27 (100%)	16 (100%)	4 (100%)
	nein				
Infos Checkliste - Beschwerden/Dauer der Beschwerden?	ja	37 (97.4%)	27 (100%)	16 (100%)	3 (75.0%)
	nein	1 (2.6%)			1 (25.0%)
Infos Checkliste - Bereits durchgeführte Maßnahmen?	ja	33 (86.8%)	22 (81.5%)	15 (93.8%)	3 (75.0%)
	nein	5 (13.2%)	5 (18.5%)	1 (6.3%)	1 (25.0%)
Infos Checkliste - Dringlichkeit der Visite?	ja	37 (97.4%)	27 (100%)	16 (100%)	4 (100%)
	nein	1 (2.6%)			
Infos Checkliste - andere Informationen?	ja	11 (28.9%)	4 (14.8%)	3 (18.8%)	
	nein	27 (71.1%)	23 (85.2%)	13 (81.3%)	4 (100%)

4.1.2 Strukturen der Organisation der Visiten Ärzt*innen (Differenz)

Programm: t_04_strukturen_visiten_diff.sas

4.1.3 Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung (Differenz)

Programm: t_04_strukturen_zusammenarbeit_diff.sas

		<i>Intervention Differenz N=29</i>	<i>Kontrolle Differenz N=6</i>
Anzahl versorgter Patient*innen	n	20	3
	Durchschnitt	-4.5	-14.0
	Median	-2.5	-10.0
	Minimum	-22.0	-30.0
	Maximum	4.0	-2.0
Anteil versorgter Patient*innen an Gesamtzahl der Bewohner*innen (in %)	n	15	3
	Durchschnitt	-4.1	-15.5
	Median	-1.8	-7.7
	Minimum	-23.4	-37.7
	Maximum	4.3	-1.2
Entfernung der Praxis zur Pflegeeinrichtung (in km)	n	29	3
	Durchschnitt	-0.4	0.3
	Median	0.0	0.0
	Minimum	-3.0	-0.1
	Maximum	2.0	1.0
Zeit pro Woche für Besuch in Pflegeeinrichtung (in h)	n	24	3
	Durchschnitt	-1.6	-0.2
	Median	-1.3	0.0
	Minimum	-8.0	-0.5
	Maximum	1.5	0.0
Durchschnittliche Zeit pro Woche pro Patient*in (in min)	n	16	3
	Durchschnitt	-2.8	2.3
	Median	-2.2	1.3
	Minimum	-22.5	0.2
	Maximum	26.3	5.4

		<i>Intervention</i> <i>Differenz</i> <i>N=29</i>	<i>Kontrolle</i> <i>Differenz</i> <i>N=6</i>
Anzahl an Tagen für Besuch in Pflegeeinrichtung	n	18	3
	Durchschnitt	-0.1	0.3
	Median	0.0	0.0
	Minimum	-2.0	-1.0
	Maximum	1.0	2.0

4.2 Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung

4.2.1 Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung (t0, t1)

Programm: t_04_strukturen_zusammenarbeit.sas

		<i>Intervention Ersterhebung N=48</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=30</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=22</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=6</i>
Vertragliche Basis mit Pflegeeinrichtung	fehlend	4 (8.3%)	5 (16.7%)	1 (4.5%)	
	nein	30 (62.5%)	3 (10.0%)	8 (36.4%)	1 (16.7%)
	im Rahmen von §119b	13 (27.1%)	21 (70.0%)	11 (50.0%)	5 (83.3%)
	im Rahmen von §140a	1 (2.1%)	1 (3.3%)	1 (4.5%)	
	sonstige Vereinbarungen			1 (4.5%)	
Erreichbarkeit inner- halb der Sprechstun- den	n	47	30	22	6
	Durchschnitt	1.7	1.3	1.4	1.0
	Median	2.0	1.0	1.0	1.0
	Minimum	1.0	1.0	1.0	1.0
	Maximum	3.0	2.0	2.0	1.0
Erreichbarkeit tags- über außerhalb der Sprechstunden	n	45	30	21	6
	Durchschnitt	1.9	1.3	2.1	1.7
	Median	2.0	1.0	2.0	1.0
	Minimum	1.0	1.0	1.0	1.0
	Maximum	4.0	2.0	5.0	3.0
Erreichbarkeit Mo-Fr abends bis 21 Uhr	n	42	30	19	6
	Durchschnitt	2.2	1.1	2.6	1.8
	Median	2.0	1.0	2.0	1.0
	Minimum	1.0	1.0	1.0	1.0
	Maximum	5.0	2.0	5.0	5.0
Erreichbarkeit am Wochenende/an Fei- ertagen	n	36	18	19	5
	Durchschnitt	2.5	2.0	2.9	2.2
	Median	2.0	1.0	3.0	2.0

		<i>Intervention Ersterhebung N=48</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=30</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=22</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=6</i>
	Minimum	1.0	1.0	1.0	1.0
	Maximum	5.0	5.0	5.0	4.0
Feste Ansprechperson in Pflegeeinrichtung (von 10 Situationen)	n	44	30	22	6
	Durchschnitt	7.8	9.8	8.0	7.3
	Median	9.0	10.0	9.0	7.5
	Minimum	2.0	8.0	0.0	6.0
	Maximum	10.0	10.0	10.0	8.0
Visiten mit Begleitung durch Pflegekraft (von 10 Visiten)	n	47	30	22	6
	Durchschnitt	8.9	9.5	9.4	8.5
	Median	10.0	10.0	10.0	10.0
	Minimum	2.0	6.0	5.0	4.0
	Maximum	10.0	10.0	10.0	10.0
Interne Regelung der Pflegeeinrichtungen als Ansprechperson	fehlend	2 (4.2%)	2 (6.7%)		1 (16.7%)
	festе Ansprechpersonen zuständig für alle Bewohner*innen	7 (14.6%)	1 (3.3%)	1 (4.5%)	
	festе Ansprechpersonen zuständig für Bewohner*innen eines Wohnbereichs	37 (77.1%)	26 (86.7%)	17 (77.3%)	4 (66.7%)
	festе Ansprechpersonen zuständig für jede*n einzelne*n Bewohner*in			1 (4.5%)	
	andere Regelung	2 (4.2%)	1 (3.3%)	3 (13.6%)	1 (16.7%)
Verfügbarkeit Informationsweitergabe Pflege an Ärzt*innen (von 10 Situationen)	n	47	30	22	6
	Durchschnitt	7.9	9.5	8.5	8.8
	Median	8.0	10.0	10.0	9.5
	Minimum	0.0	7.0	4.0	6.0
	Maximum	10.0	10.0	10.0	10.0

		<i>Intervention Ersterhebung N=48</i>	<i>Intervention Folgerhebung N=30</i>	<i>Kontrolle Ersterhebung N=22</i>	<i>Kontrolle Folgerhebung N=6</i>
Verfügbarkeit Informationsweitergabe Ärzt*innen an Pflege (von 10 Situationen)	n	45	30	22	6
	Durchschnitt	9.0	9.7	9.7	9.7
	Median	9.0	10.0	10.0	10.0
	Minimum	5.0	8.0	7.0	9.0
	Maximum	10.0	10.0	10.0	10.0
Anzahl telefonische Konsile mit Fach- ärzt*innen	n	44	28	20	5
	Durchschnitt	5.0	1.8	2.3	0.8
	Median	0.0	0.0	0.0	0.0
	Minimum	0.0	0.0	0.0	0.0
	Maximum	40.0	10.0	10.0	2.0

4.2.2 Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung (Differenz)

Programm: t_04_strukturen_zusammenarbeit_diff.sas

		<i>Intervention Differenz N=29</i>	<i>Kontrolle Differenz N=6</i>
Erreichbarkeit innerhalb der Sprechstunden	n	29	3
	Durchschnitt	-0.4	0.0
	Median	0.0	0.0
	Minimum	-2.0	0.0
	Maximum	1.0	0.0
Erreichbarkeit tagsüber außerhalb der Sprechstunden	n	27	3
	Durchschnitt	-0.8	0.3
	Median	-1.0	0.0
	Minimum	-3.0	0.0
	Maximum	1.0	1.0
Erreichbarkeit Mo-Fr abends bis 21 Uhr	n	24	3
	Durchschnitt	-1.1	1.0
	Median	-1.0	0.0
	Minimum	-4.0	0.0
	Maximum	1.0	3.0
Erreichbarkeit am Wochenende/an Feiertagen	n	14	3
	Durchschnitt	-0.4	0.7
	Median	-0.5	1.0
	Minimum	-1.0	0.0
	Maximum	1.0	1.0
Feste Ansprechperson in Pflegeeinrichtung (von 10 Situationen)	n	26	3
	Durchschnitt	2.5	-2.3
	Median	1.0	-2.0
	Minimum	0.0	-4.0
	Maximum	8.0	-1.0
Visiten mit Begleitung durch Pflegekraft (von 10 Visiten)	n	29	3
	Durchschnitt	1.1	-0.3

		<i>Intervention Differenz N=29</i>	<i>Kontrolle Differenz N=6</i>
	Median	0.0	0.0
	Minimum	-2.0	-1.0
	Maximum	8.0	0.0
Verfügbarkeit Informationsweitergabe Pflege an Ärzt*innen (von 10 Situationen)	n	29	3
	Durchschnitt	1.9	0.0
	Median	1.0	-1.0
	Minimum	-1.0	-2.0
	Maximum	10.0	3.0
Verfügbarkeit Informationsweitergabe Ärzt*innen an Pflege (von 10 Situationen)	n	28	3
	Durchschnitt	0.6	0.7
	Median	0.0	0.0
	Minimum	-2.0	-1.0
	Maximum	5.0	3.0
Anzahl telefonische Konsile mit Fachärzt*innen	n	26	3
	Durchschnitt	-3.9	-1.3
	Median	0.0	-1.0
	Minimum	-30.0	-3.0
	Maximum	2.0	0.0

4.3 Listings

4.3.1 Listings Antworten Frage 1.2.4 und 1.2.5

Programm: t_04_Listing_124_125.sas

Intervention, Ersterhebung

obs	Einrichtung	Ärzt*innen	Wochentag	Uhrzeit
1	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	4E25ACF486D10298FF0FB71BC999 C6E102E8D6C5E592EED5BC337997 DE4D206B8D36A9B125FB8DFC41B7 B6E955478B80	Montag oder Dienstag	
2	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	14A8E669BBFA95FFAD806E6867FE 3DAA941B34C768DA2ACF23A48E84 FF193179A3CF50C11B5DEFDF4D10 56256567E670		13:00
3	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	1C6FC2B62A3CF0F57B696FE7FF8B 98EEEE1B8B0C7DF4520423508BB7 39E80A8930C3441E825409E5C502E 4F3DD666118	Mi oder Fr	13:00
4	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	18EF11B6A0BF173C1958C73BFC8E B5905B5493FAE6A7FEBA2097EB96 04A88411692C01D638E7215DC990D FC947CC6036		
5	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	F4D5AF- FCD5B23E35FC3EFC2553C43C08B1 5D8C22169146EEDF98290488A2D18 27735EB6497A710DC96A42589F02A E748	Mi od. Fr.	13:00
6	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	4E25ACF486D10298FF0FB71BC999 C6E102E8D6C5E592EED5BC337997 DE4D206B8D36A9B125FB8DFC41B7 B6E955478B80	Montag (oder Donnerstag)	8:30-10:30
7	86EE- EDD7C5323D868B79755CBAFD6F86 26F3B666D0A6CDABB483AA061F53 1F27895073AE6DCA991EDD836396 99E3DD7E	18EF11B6A0BF173C1958C73BFC8E B5905B5493FAE6A7FEBA2097EB96 04A88411692C01D638E7215DC990D FC947CC6036		13-14
8	86EE- EDD7C5323D868B79755CBAFD6F86 26F3B666D0A6CDABB483AA061F53 1F27895073AE6DCA991EDD836396 99E3DD7E	1C6FC2B62A3CF0F57B696FE7FF8B 98EEEE1B8B0C7DF4520423508BB7 39E80A8930C3441E825409E5C502E 4F3DD666118		13-14
9	86EE- EDD7C5323D868B79755CBAFD6F86 26F3B666D0A6CDABB483AA061F53 1F27895073AE6DCA991EDD836396 99E3DD7E	14A8E669BBFA95FFAD806E6867FE 3DAA941B34C768DA2ACF23A48E84 FF193179A3CF50C11B5DEFDF4D10 56256567E670		
10	86EE- EDD7C5323D868B79755CBAFD6F86 26F3B666D0A6CDABB483AA061F53 1F27895073AE6DCA991EDD836396 99E3DD7E	F4D5AF- FCD5B23E35FC3EFC2553C43C08B1 5D8C22169146EEDF98290488A2D18 27735EB6497A710DC96A42589F02A E748	Mittwoch	14

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Wochentag</i>	<i>Uhrzeit</i>
11	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	6EEF298422E2D4D2D59DAEF88F5EC317491770380061955DE3A4C5C2799A6960876A8B50E5D06A91FB2F1571A385B9D0	Täglich	7:00-19:00
12	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	7B62F86547A84C46D9803DD9D06D49DE-ABE2B88C38664DC910AE0894CB71EB3B42DF8009FDBAB9B10AE64991CA33D60E	Täglich	7:00-19:00
13	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F57E111F5C272A4C1F26D212FEB5BBB4D16CE39AE5B29B609430D8909228788504C34F	4CB6DEB4540115D87837DA5233FE6C14F14E6990329568E24B028938D4CDCD78EF72407596F84CCFB6E0E28827EC72B4	Täglich	7:00-19:00
14	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F53E86D405D4F099A8DC86F914AB351E694B4ED560D374E76DCB14350C459C577CB6AE	14A8E669BBFA95FFAD806E6867FE3DAA941B34C768DA2ACF23A48E84FF193179A3CF50C11B5DEFDF4D1056256567E670	Fr	14:00
15	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F53E86D405D4F099A8DC86F914AB351E694B4ED560D374E76DCB14350C459C577CB6AE	1C6FC2B62A3CF0F57B696FE7FF8B98EEEE1B8B0C7DF4520423508BB739E80A8930C3441E825409E5C502E4F3DD666118		13
16	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F53E86D405D4F099A8DC86F914AB351E694B4ED560D374E76DCB14350C459C577CB6AE	18EF11B6A0BF173C1958C73BFC8EB5905B5493FAE6A7FEBA2097EB9604A88411692C01D638E7215DC990DFC947CC6036	Do	12
17	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F53E86D405D4F099A8DC86F914AB351E694B4ED560D374E76DCB14350C459C577CB6AE	F4D5AF-FCD5B23E35FC3EFC2553C43C08B15D8C22169146EEDF98290488A2D1827735EB6497A710DC96A42589F02AE748	Mi/Fr.	12:30-14:00
18	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	14A8E669BBFA95FFAD806E6867FE3DAA941B34C768DA2ACF23A48E84FF193179A3CF50C11B5DEFDF4D1056256567E670	Fr	14:00
19	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	1C6FC2B62A3CF0F57B696FE7FF8B98EEEE1B8B0C7DF4520423508BB739E80A8930C3441E825409E5C502E4F3DD666118	Mi/Fr.	13:00
20	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	18EF11B6A0BF173C1958C73BFC8EB5905B5493FAE6A7FEBA2097EB9604A88411692C01D638E7215DC990DFC947CC6036		
21	DAEB548D436BACD0C600203484565FB9169004822BC05BF793BB812D69EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE309A93E098CC	F4D5AF-FCD5B23E35FC3EFC2553C43C08B15D8C22169146EEDF98290488A2D1827735EB6497A710DC96A42589F02AE748	Mi/Fr	12:30-14:00
22	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C61D1F1F56632020BDD35B9A0F312D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225EC9830B535D4C	951F009BB1C2C56AF6CECC063E51C11FFAC94715C314ACC7D5C8F7D199F2170B84AF0D482AC3E1C03659C53C0EC64641	Dienstag	13:00-16:00

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Wochentag</i>	<i>Uhrzeit</i>
23	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	3B4167DA92CABDE7D43B6B153C85 A110C3D1618EB690D46DB65C485D F2A8F1201D8D752230A37BF89BA3 CD87202FEA90	Mittwoch	15
24	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	A1987AF86D4A9D0E90DC01166004 73CFF5DB5BC7808A7F62996452E0 DED39CDE8CA4172EA748DB30C54 5628271BAAF8C	Mittwoch	
25	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	518C271384F69519B719300D4F504 E31F82B4DD242B9D93B188E568969 8108F9642BB4A2FBDA57117A0FC1 A67DB1EF19		
26	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	65E21FB2957FC02223D5A673FE15C 72CD19617C5E6425D85DD0A4658D 4D5D24C971AEC97098FC95C2F2B3 7AA72605242	Mittwoch, Freitag	13:00
27	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	406FDEB3C480163B44404B8E13451 CECB4E1EF00160A290EA56BD8853 EE97FA0E0BD4C4DB13D1581619E5 C08529C6DA8	Mittwoch	13-15
28	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	ACCD04D14CFA6E589DB5F6EF265 64C6CA216A5592674F1BDA5F0024 EF1E241821DE90FFB8BE2D0D60F7 246C057EA7AC8	Freitag	15:00
29	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	5C149657659994F2B0C626C6D666D F36A9C0FEBA3CE87020D20629EF3 42A730D9E5255B692EE9A9D8F36B B1E7599727F	Donnerstag	8:30-11:30
30	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	33E8CA45B9EBB179DA569034DE0A 361366726AAA054B290684A26C5DC 50E46058E7FF9B15E5F04F785766B 56E6A2E98D	Donnerstag	8:00-10:00
31	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	5A76F3ED826829E6F784190D4CC1 A2AE193D870E191DDD7B84E16CF8 F4436F887D269A1410DB85902606D 40AF66AFF96	Freitag	
32	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	7933AF161A88C108E4C2533B672D3 6662379065C17836757D1E2F007FF 84EB0452E049EE1B205924DCEEAF 6A845B4F01	Donnerstag	10:00-14:00
33	ECC460BA359B3463A04B9D88FE8D C3A8CA85F4A870943CD9F926FC64 5E0C606BBC6E6BD46601E8852460 520A85AF3732	D4E32C3F6419D51746BDF5A169EC 72D6F4A145D32D134D8747D2721A1 9CF95E9FFC421FECC69DC5A7E765 2CFBCB27274	Dounerstag	12:15
34	ECC460BA359B3463A04B9D88FE8D C3A8CA85F4A870943CD9F926FC64 5E0C606BBC6E6BD46601E8852460 520A85AF3732	19F7F3D86C9A355F1D229D844BFD 96C4FA40CC836CF4235157C59CD5 E4967C2DEEED57EC4E8E0E7BBFA 719B32CCAA81F	Mittwoch	14
35	F1555E7EF75BF7096FE468CFA146 CFD15D3F6C286BE8EB8B32233DC2 866B128293085BCBBC6A387828486 690EF9AC8D4	5E881A056A1EAC90637B033D22331 68B64176528A77AA913E5993916B4 256D70AA9DA00CB1311040625B77 B329B5D606		12:00-15:00

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Wochentag</i>	<i>Uhrzeit</i>
36	F1555E7EF75BF7096FE468CFA146 CFD15D3F6C286BE8EB8B32233DC2 866B128293085BCBBC6A387828486 690EF9AC8D4	395FBFE6C0134870692DAB7504D43 0E4E5C1C885E2B530FA56C803C76 0D8CF1A02449B6907E48EC0816223 CE6837DBFD	dienstag	11
37	F1555E7EF75BF7096FE468CFA146 CFD15D3F6C286BE8EB8B32233DC2 866B128293085BCBBC6A387828486 690EF9AC8D4	B1E19BA8CD4EDA27297751D5E209 E4524C203C0D25F398E9CCB11EF6 02081209194C50DDC02AAC1B4214 41FA1ABA6099	Dienstag	11
38	F1555E7EF75BF7096FE468CFA146 CFD15D3F6C286BE8EB8B32233DC2 866B128293085BCBBC6A387828486 690EF9AC8D4	CEAF- BDDC95380FC3B8395A4249D3FF74 130C494E4131EF88FC3C516CC332 498D99E- CADF8CC37E1B558B335CAB04E73 F7		12:30
39	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	A1987AF86D4A9D0E90DC01166004 73CFF5DB5BC7808A7F62996452E0 DED39CDE8CA4172EA748DB30C54 5628271BAAF8C	Mittwoch	
40	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	65E21FB2957FC02223D5A673FE15C 72CD19617C5E6425D85DD0A4658D 4D5D24C971AEC97098FC95C2F2B3 7AA72605242	Mittwoch oder Freitag	13:00
41	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	52001F7AF196ADAA1CAF3D7B0CD9 7D1057DB3E78E614594FCB0A56407 4EE441B995CDD2A2B4F1A8DFFE7 C63D46FAC65D	Verschieden nach Bedarf auch.	15:00
42	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	7FC61C9A180FC45324269B7C5A611 F113506782A5808FF75AD- BAE06ADA9F610F87344B2FD6BE23 BD160F41A79CB77BD8	wechselnd	
43	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	057891AF095F90A36C2CD6EF21F7 CF28158ECA160467888CAEC6EF87 E1CCC56AF9CB6C61BB2CA98999A 25389E0DC7710	kein spezieller	
44	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	724CED- FEE5FDDE2F45C9C92CE088ACFC0 DC77DAA272BFE47B2842AA8A6451 BB076A90C8800B2C96930AA2D4F9 0756199	Dienstag/Freitag	10:00-12:00
45	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	69D71BDF46EFEF5736C85D47CA4D 6C03A74A88AA2EBB- CEFAFE523230C6DEE30A4F61A166 5FF9FA6F51D946D0C74F12D2	Dienstag/Freitag	12:00-13:00
46	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	07601BC92609A AFF6ACD3AC36CEF 4165F9E741F944C2B3CC8BE784377 A9EBA65E361CFB908DF7D546CD43 0DC9A4424EB	Dienstag/Freitag	10:00-12:00
47	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	FD0F55D2608FF0F3D8872A62B2720 FEA51CFDA06C8E0D15741C69CD5 C36242336C56A08BF87FA8AA54365 517F82B1D58	Dienstag/Freitag	10:00-12:00

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Wochentag</i>	<i>Uhrzeit</i>
48	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	D01BAD244D38950786C17AA4E84F C1D4D0FDAA39968A7D79E4E597A8 B99712CB2812D0CE37BAD99643E6 C4E2D8FCE578	Montag/Diens- tag/Donners- tag/Fre	10:00-12:00

Intervention, Folgerhebung

obs	Einrichtung	Ärzt*innen	Wochentag	Uhrzeit
1	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	18EF11B6A0BF173C1958C73BFC8E B5905B5493FAE6A7FEBA2097EB96 04A88411692C01D638E7215DC990D FC947CC6036		13
2	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	1C6FC2B62A3CF0F57B696FE7FF8B 98EEEE1B8B0C7DF4520423508BB7 39E80A8930C3441E825409E5C502E 4F3DD666118		13
3	5A8AD19EAC5DA11DB8A2293E7C5 0671F9954CABF8075022ACE446413 23DB524C63839B90A79258D7AA078 A1AC047ED19	14A8E669BBFA95FFAD806E6867FE 3DAA941B34C768DA2ACF23A48E84 FF193179A3CF50C11B5DEFDF4D10 56256567E670		
4	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	7B62F86547A84C46D9803DD9D06D 49DE- ABE2B88C38664DC910AE0894CB71 EB3B42DF8009FDBAB9B10AE64991 CA33D60E	t_gl.	12:00-14:00
5	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	6EEF298422E2D4D2D59DAEF88F5E C317491770380061955DE3A4C5C27 99A6960876A8B50E5D06A91FB2F15 71A385B9D0	tgl.	12:00-14:00
6	B6D64A9443E1DC0BC1689404C1F5 7E111F5C272A4C1F26D212FEB5BB B4D16CE39AE5B29B609430D89092 28788504C34F	4CB6DEB4540115D87837DA5233FE 6C14F14E6990329568E24B028938D 4CDCD78EF72407596F84CCFB6E0E 28827EC72B4	tgl.	12:00-14:00
7	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	18EF11B6A0BF173C1958C73BFC8E B5905B5493FAE6A7FEBA2097EB96 04A88411692C01D638E7215DC990D FC947CC6036		13
8	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	1C6FC2B62A3CF0F57B696FE7FF8B 98EEEE1B8B0C7DF4520423508BB7 39E80A8930C3441E825409E5C502E 4F3DD666118		13
9	CEE93FF3BE820905EEAE4FE9E6F5 3E86D405D4F099A8DC86F914AB35 1E694B4ED560D374E76DCB14350C 459C577CB6AE	14A8E669BBFA95FFAD806E6867FE 3DAA941B34C768DA2ACF23A48E84 FF193179A3CF50C11B5DEFDF4D10 56256567E670		
10	DAEB548D436BACD0C60020348456 5FB9169004822BC05BF793BB812D6 9EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE3 09A93E098CC	18EF11B6A0BF173C1958C73BFC8E B5905B5493FAE6A7FEBA2097EB96 04A88411692C01D638E7215DC990D FC947CC6036		13
11	DAEB548D436BACD0C60020348456 5FB9169004822BC05BF793BB812D6 9EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE3 09A93E098CC	1C6FC2B62A3CF0F57B696FE7FF8B 98EEEE1B8B0C7DF4520423508BB7 39E80A8930C3441E825409E5C502E 4F3DD666118		13
12	DAEB548D436BACD0C60020348456 5FB9169004822BC05BF793BB812D6 9EAD00887CB55C192EEC1E8FBFE3 09A93E098CC	14A8E669BBFA95FFAD806E6867FE 3DAA941B34C768DA2ACF23A48E84 FF193179A3CF50C11B5DEFDF4D10 56256567E670		

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Wochentag</i>	<i>Uhrzeit</i>
13	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	518C271384F69519B719300D4F504 E31F82B4DD242B9D93B188E568969 8108F9642BB4A2FBDA57117A0FC1 A67DB1EF19	Mittwoch	14-18
14	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	A1987AF86D4A9D0E90DC01166004 73CFF5DB5BC7808A7F62996452E0 DED39CDE8CA4172EA748DB30C54 5628271BAAF8C	Mittwoch	13:00
15	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	ACCD04D14CFA6E589DB5F6EF265 64C6CA216A5592674F1BDA5F0024 EF1E241821DE90FFB8BE2D0D60F7 246C057EA7AC8	Mittwoch	
16	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	951F009BB1C2C56AF6CECC063E51 C11FFAC94715C314ACC7D5C8F7D 199F2170B84AF0D482AC3E1C03659 C53C0EC64641	Mittwoch	15:00
17	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	65E21FB2957FC02223D5A673FE15C 72CD19617C5E6425D85DD0A4658D 4D5D24C971AEC97098FC95C2F2B3 7AA72605242	Dienstag	13:00-18:00
18	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	406FDEB3C480163B44404B8E13451 CECB4E1EF00160A290EA56BD8853 EE97FA0E0BD4C4DB13D1581619E5 C08529C6DA8	Mi+Fr	
19	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	5C149657659994F2B0C626C6D666D F36A9C0FEBA3CE87020D20629EF3 42A730D9E5255B692EE9A9D8F36B B1E7599727F	donnerstag	8:30-11:30
20	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	33E8CA45B9EBB179DA569034DE0A 361366726AAA054B290684A26C5DC 50E46058E7FF9B15E5F04F785766B 56E6A2E98D	dienstag	08:00
21	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	5A76F3ED826829E6F784190D4CC1 A2AE193D870E191DDD7B84E16CF8 F4436F887D269A1410DB85902606D 40AF66AFF96	dienstag, donners- tag	13:00
22	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	52001F7AF196ADAA1CAF3D7B0CD9 7D1057DB3E78E614594FCB0A56407 4EE441B995CDD2A2B4F1A8DFFE7 C63D46FAC65D	Dienstag/Freitag	16:00
23	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	65E21FB2957FC02223D5A673FE15C 72CD19617C5E6425D85DD0A4658D 4D5D24C971AEC97098FC95C2F2B3 7AA72605242	Mittwoch/Freitag	
24	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	A1987AF86D4A9D0E90DC01166004 73CFF5DB5BC7808A7F62996452E0 DED39CDE8CA4172EA748DB30C54 5628271BAAF8C	Mittwoch	
25	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	7FC61C9A180FC45324269B7C5A611 F113506782A5808FF75AD- BAE06ADA9F610F87344B2FD6BE23 BD160F41A79CB77BD8		

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Wochentag</i>	<i>Uhrzeit</i>
26	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	FD0F55D2608FF0F3D8872A62B2720 FEA51CFDA06C8E0D15741C69CD5 C36242336C56A08BF87FA8AA54365 517F82B1D58	Di/Fr	12-13:30 , 8-8:30
27	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	07601BC92609A AFF6ACD3AC36CEF 4165F9E741F944C2B3CC8BE784377 A9EBA65E361CFB908DF7D546CD43 0DC9A4424EB	Die/Fr	12-13:30 / 8-8:30
28	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	D01BAD244D38950786C17AA4E84F C1D4D0FDAA39968A7D79E4E597A8 B99712CB2812D0CE37BAD99643E6 C4E2D8FCE578	Di / Fr	12-13:30 , 8-8:30
29	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	69D71BDF46EFEF5736C85D47CA4D 6C03A74A88AA2EBB- CEFAFE523230C6DEE30A4F61A166 5FF9FA6F51D946D0C74F12D2	Di / Fr	12-12:30 , 8-8:30
30	FDDDF6D805F0039C4A3527C16E17 706D36B076445058CA45F7F6DD7B C6A94196EDEEFDE83F64E74831AB 9DBEC6B4AC60	724CED- FEE5FDDE2F45C9C92CE088ACFC0 DC77DAA272BFE47B2842AA8A6451 BB076A90C8800B2C96930AA2D4F9 0756199	Di/Fr	12-12:30 , 8-8:30

Kontrolle, Ersterhebung

obs	Einrichtung	Ärzt*innen	Wochentag	Uhrzeit
1	02A2AF3811A25E9F09A71765B5926 90AE8401A70DF45FBAB7047343482 D9E949E565359849B085158C50886 0A56B5F80	686FA8BCF0E3D12ADD10DD58EE8 2A8931209E941DA43EB4E63CC52C 5C3E910489643F665334FE29F668B A237A912D134	Mittwoch/Freitag	13:00
2	02A2AF3811A25E9F09A71765B5926 90AE8401A70DF45FBAB7047343482 D9E949E565359849B085158C50886 0A56B5F80	ECA8A43370FA074C3DCEFB1BBEC 963433DD7B5E74BE204FC5BCDC95 36A39E48AB61B57464377ABB2C6B AE7189065D4B5	Freitag	16:00
3	02A2AF3811A25E9F09A71765B5926 90AE8401A70DF45FBAB7047343482 D9E949E565359849B085158C50886 0A56B5F80	196481344BF6C85EE56268EC30DA9 7F91B976A583A9A48D8BA0BB1AE5 7EFD80EAA0EB24FD7B28F5CC2A3 ADFD9CFC2041	freitag	13
4	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE6 50D3473D6BE898E3780E9D3B70919 768B72E85BD05B0B1C67048560CE AE9785C4DC2	446C90EE29DCF2BE42FC0B7F250F 13A6E28F3C253C8BDF7D784A69E4 DB1252D2C269257140DE38704FA4 B275301DC2A6	Di+Fr	
5	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE6 50D3473D6BE898E3780E9D3B70919 768B72E85BD05B0B1C67048560CE AE9785C4DC2	2A54B6FA37916329A404F847254CB 44E552B76BD2BC35AF1541810835E 0E41CF43553CE2446AE51B6A2711 BE529C6744	Dienstag, Freitag	13:00
6	3AA785656D501D1E7962BAC53A8B 05428A208F2A300022CC03D781AF5 7B7BCB50C2802BCA990DC4FC50E E40EB4E43491	DE2F6E2115E45927560C3975D2B88 F028C7E957F1DFE4652D1BF2F23F 4DFC745EBB01A653F678E8F0B9EB 79157918E43	Mittwoch	09:00-12:00
7	3AA785656D501D1E7962BAC53A8B 05428A208F2A300022CC03D781AF5 7B7BCB50C2802BCA990DC4FC50E E40EB4E43491	5D0A7810CF4D7F41490BDC007186 BE6974F3A8F3FD6943404D1161F4D 58D6546753E9580169571A71A3F41 A6A439EFC1	Dienstag	07:30
8	3E536FBC684BA24F9DE8499FF0008 1035C0549FA43A85566FC0FB86396 B139C26F30639F76558B2B983A72C D0C55F004	DE2F6E2115E45927560C3975D2B88 F028C7E957F1DFE4652D1BF2F23F 4DFC745EBB01A653F678E8F0B9EB 79157918E43	Dienstag	09:30
9	682200609EDE7782F1F93A552FCA6 DBF91110ABA11BF86E6FEC36E4ED FCE05223A0D0B1B5C7567F40FFB0 956B19594C1	B96A49AA48CF68985DA50DEA6BE7 2EFCAE0F13E0D50BAE7D7FA44315 F611FCC7AF40228A02F59EF5D13E FC1B6DDC1CA7	Donnerstag	14:00
10	A9C39FA2EE24700502656BD359A03 16037E26CB30A1BFA5D57116C94F 2EFA1397D76850657BA66077FCCC 7BA644B5ABC	E2079DB721F8D444C562FE7543D0 BF436802935FE071F984D9F01C0CC F186E0F6A3D6A8D47F06671A5A5C BD52FB07D3D	Montag/Mitt- wuch/Freitag	12
11	A9C39FA2EE24700502656BD359A03 16037E26CB30A1BFA5D57116C94F 2EFA1397D76850657BA66077FCCC 7BA644B5ABC	1F45E2259CA537F45F4C83F817C67 76A8F258C9EAA2D5003B3247704D2 186DD577C6EBB9AB0E5643AE0184 312CE34FE9	freitag	12
12	B4F037485CC801A7ECDF289097C CE8D709D4CF058C456995947D6B1 F88E58EEE34968219E4C167321727 2258DF95248	481E6506E9E4690F649B3D074BA64 86CB21D648A4382B53FCD576340D 18A7FB8E71BA143D67D8D7AE6EF9 6A960B129A8	Dienstag	12:30

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Wochentag</i>	<i>Uhrzeit</i>
13	B4F037485CC801A7ECDF289097C CE8D709D4CF058C456995947D6B1 F88E58EEE34968219E4C167321727 2258DF95248	4A49B108D12DB2459ABA3F441D64 02952CE01178B02BF6EB5F06658FD 037C80A1B0533CC780013C3BA8EC 9B711970C7D	Dienstag	12:00
14	C17F4D823C81983FDF0606527BA41 9E1B4AE1BC809FDA00B2268002B5 3AA77F3E- CEC4DE2B3E1DB8DA82C272DF44F C326	DE2F6E2115E45927560C3975D2B88 F028C7E957F1DFE4652D1BF2F23F 4DFC745EBB01A653F678E8F0B9EB 79157918E43	Mittwoch	08:30
15	C1C3E13015FBDCEC7AF53CF21EA E989F579B0D8F74B420D05F921098 C98B04D99996AB27252F50575EC80 DA0FFE1A5CA	0240FC964F7607955CB29FB3B0D52 24BC3AD14341E8DD426CD35382A6 9C16CE30DAE9C35D86F06C713D6B 82F5989B51B	freitag	10:00-14:00
16	C1C3E13015FBDCEC7AF53CF21EA E989F579B0D8F74B420D05F921098 C98B04D99996AB27252F50575EC80 DA0FFE1A5CA	7912C9E9310E3884C15A9E3507EF9 7834D103498A8E3E8C8A4A624BD2 50814DFE1B0B22D61199A54B4D9B A67B76AAA86	mittwoch	15:00
17	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	81C8C643304961C9601B4BE8818DA 362DC3B7A2FFD9555CE8E90206A0 8889A2591473922AE4AD90CAA5539 CBBA2343A1	Do	10:00
18	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	118EABF14162DE0E6DA- BAF076EE14128BEB6D5FF64A6271 F88B809FA2BCCC92E67B7C93CB13 E5FB3A789D78A6BF3A5B4	Dienstag	15:00-18:00
19	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	DD00D79460A25FC7E2B6D0EB3BD 4EFAAE113CC51D11EEFF836C9224 4E2E113D576D71AE28DC765701C0 C8D493E7F5549	Montag/Donners- tag	12:00
20	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	B7A5A69B7CC11201951C26D187E5 72E1DE0E- ECD2B46D686362C0FC45D29A058B DE83586910DE- DAF1BDB5D2093EC2D4E1	Montag+Donners- tag	11:00
21	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	DCDD81D983F15D0F61A5672186BA DF9AD55D4C91C1D66A51AC2C60A F3DD8155346E9752904839C510708 DC8DB73079B5		
22	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	E5B514168689B9967A6B4869B0419 320ACA204F7C1EBA390EFE288F8B 52DFA45659067C54DD561736A4F03 2159AD64DB	dienstag	

Kontrolle, Folgerhebung

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Wochentag</i>	<i>Uhrzeit</i>
1	02A2AF3811A25E9F09A71765B5926 90AE8401A70DF45FBAB7047343482 D9E949E565359849B085158C50886 0A56B5F80	ECA8A43370FA074C3DCEFB1BBEC 963433DD7B5E74BE204FC5BCDC95 36A39E48AB61B57464377ABB2C6B AE7189065D4B5	Freitag	
2	02A2AF3811A25E9F09A71765B5926 90AE8401A70DF45FBAB7047343482 D9E949E565359849B085158C50886 0A56B5F80	686FA8BCF0E3D12ADD10DD58EE8 2A8931209E941DA43EB4E63CC52C 5C3E910489643F665334FE29F668B A237A912D134	Mo-Mi und Fr	12:30-14:30 , 14-15:00
3	02A2AF3811A25E9F09A71765B5926 90AE8401A70DF45FBAB7047343482 D9E949E565359849B085158C50886 0A56B5F80	6CAB7B9BA6BF25C54B598A9AF84D D68DCF8D826B929CE325AA288524 31A9CA8AA6B12BDE3AF39DA80935 7218D1939A2F	Mittwoch und Freitag	00:15,1
4	A9C39FA2EE24700502656BD359A03 16037E26CB30A1BFA5D57116C94F 2EFA1397D76850657BA66077FCCC 7BA644B5ABC	E2079DB721F8D444C562FE7543D0 BF436802935FE071F984D9F01C0CC F186E0F6A3D6A8D47F06671A5A5C BD52FB07D3D	Dienstag und Freitag	12:00
5	C1C3E13015FBDCEC7AF53CF21EA E989F579B0D8F74B420D05F921098 C98B04D99996AB27252F50575EC80 DA0FFE1A5CA	CC514ED905BE075E72EFA6904B2A DC6C7400B91D44B649D03D5EA054 56FBC7A077B5B9C68C4F7C5FE8C6 6506768B945A	Hangt vom Bedarf ab, auf Anfrage des Pflegeheimes	
6	C1C3E13015FBDCEC7AF53CF21EA E989F579B0D8F74B420D05F921098 C98B04D99996AB27252F50575EC80 DA0FFE1A5CA	E4A45AF34D382E3627750FAC3A9A F88059C7B1E65EEDA- BEF6C9182F8D95D647B4F64457177 F68E5DD9F9DDF5FE1031AC	Mittwoch	14-16

4.3.2 Listings weitere Informationen der standardisierten Checkliste (Frage 1.5)

Programm: t_04_Listing_15.sas

Intervention, Ersterhebung

obs	Einrichtung	Ärzt*innen	Andere Information Checkliste
1	07A4EB459F8593CDD647C00F5E55 C52AD0207FAF71D7B0B4A7414D57 C19F2ADCEBF5880DB924211FB391 A3E626975800	4E25ACF486D10298FF0FB71BC999 C6E102E8D6C5E592EED5BC337997 DE4D206B8D36A9B125FB8DFC41B7 B6E955478B80	ergibt sich anhand der Angaben
2	75FD7E55E511F7A9BBEFCF9FD236 83B9353BEF4DB854FAF67BB710C6 0909D335C6B30F1F2AF1336E70A36 4EC67CC78E3	4E25ACF486D10298FF0FB71BC999 C6E102E8D6C5E592EED5BC337997 DE4D206B8D36A9B125FB8DFC41B7 B6E955478B80	ergibt sich anhand der Fälle
3	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	65E21FB2957FC02223D5A673FE15C 72CD19617C5E6425D85DD0A4658D 4D5D24C971AEC97098FC95C2F2B3 7AA72605242	Vitalparameterabfrage
4	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	5C149657659994F2B0C626C6D666D F36A9C0FEBA3CE87020D20629EF3 42A730D9E5255B692EE9A9D8F36B B1E7599727F	Vital-Parameter
5	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	33E8CA45B9EBB179DA569034DE0A 361366726AAA054B290684A26C5DC 50E46058E7FF9B15E5F04F785766B 56E6A2E98D	Vital-Parameter:RR, Temperatur, pep.BZ
6	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	7933AF161A88C108E4C2533B672D3 6662379065C17836757D1E2F007FF 84EB0452E049EE1B205924DCEEF 6A845B4F01	Blutzucker,Puls, Temperatur, Blutzucker
7	ECC460BA359B3463A04B9D88FE8D C3A8CA85F4A870943CD9F926FC64 5E0C606BBC6E6BD46601E8852460 520A85AF3732	D4E32C3F6419D51746BDF5A169EC 72D6F4A145D32D134D8747D2721A1 9CF95E9FFC421FECC69DC5A7E765 2CFBCB27274	RR,P,T°C,BZ,Schmerzen,Übelkeit,Erbrechen
8	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	65E21FB2957FC02223D5A673FE15C 72CD19617C5E6425D85DD0A4658D 4D5D24C971AEC97098FC95C2F2B3 7AA72605242	z.B. Vitalparameter

Intervention, Folgerhebung

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Andere Information Checkliste</i>
1	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	518C271384F69519B719300D4F504 E31F82B4DD242B9D93B188E568969 8108F9642BB4A2FBDA57117A0FC1 A67DB1EF19	Fragen die sich aus dem Gespr_ch entwickeln
2	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	33E8CA45B9EBB179DA569034DE0A 361366726AAA054B290684A26C5DC 50E46058E7FF9B15E5F04F785766B 56E6A2E98D	feiber,RR,geg. BZ
3	EB188E1116ED8F765A23200AB10C 44A5768C154891C3FB1BD11637C26 1E62BD5C4FFBF67657A97F7571AD 22891943381	5A76F3ED826829E6F784190D4CC1 A2AE193D870E191DDD7B84E16CF8 F4436F887D269A1410DB85902606D 40AF66AFF96	Temp,RR,BZ
4	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	52001F7AF196ADAA1CAF3D7B0CD9 7D1057DB3E78E614594FCB0A56407 4EE441B995CDD2A2B4F1A8DFFE7 C63D46FAC65D	Angeh_rigen-infor. Patientenverfol- gung?

Kontrolle, Ersterhebung

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Andere Information Checkliste</i>
1	1B7508D7F5AC122BFF90A0A88AE6 50D3473D6BE898E3780E9D3B70919 768B72E85BD05B0B1C67048560CE AE9785C4DC2	446C90EE29DCF2BE42FC0B7F250F 13A6E28F3C253C8BDF7D784A69E4 DB1252D2C269257140DE38704FA4 B275301DC2A6	Eintrag in Rückrufliste oder direktes Telefonat
2	3AA785656D501D1E7962BAC53A8B 05428A208F2A300022CC03D781AF5 7B7BCB50C2802BCA990DC4FC50E E40EB4E43491	DE2F6E2115E45927560C3975D2B88 F028C7E957F1DFE4652D1BF2F23F 4DFC745EBB01A653F678E8F0B9EB 79157918E43	ggf. ärztl. Kontakt zur Konkretisierung u. ärztl. Maßnahmen
3	3AA785656D501D1E7962BAC53A8B 05428A208F2A300022CC03D781AF5 7B7BCB50C2802BCA990DC4FC50E E40EB4E43491	5D0A7810CF4D7F41490BDC007186 BE6974F3A8F3FD6943404D1161F4D 58D6546753E9580169571A71A3F41 A6A439EFC1	RR/Puls/Temp./Ess-Trinkverhalte/Psy- che

4.3.3 Listings weitere interne Regelungen (Frage 2.5)

Programm: t_04_Listing_25.sas

Intervention, Ersterhebung

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Andere Regelungen Ansprechperson</i>
1	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	65E21FB2957FC02223D5A673FE15C 72CD19617C5E6425D85DD0A4658D 4D5D24C971AEC97098FC95C2F2B3 7AA72605242	Spontanität
2	F99B8D1F81E55829F7D0D1FCF53E 88E98855D0E077B2B72EE7DC9D87 06C1F6FFE3AF2E2453E82ACEA10A B79616F1E41E	52001F7AF196ADAA1CAF3D7B0CD9 7D1057DB3E78E614594FCB0A56407 4EE441B995CDD2A2B4F1A8DFFE7 C63D46FAC65D	Wer in der Zeit Dienst hat

Intervention, Folgerhebung

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Andere Regelungen Ansprechperson</i>
1	E122F4B5EBE6023DB5CD2CE8A4C 61D1F1F56632020BDD35B9A0F312 D2DBF03D5750B5EDFE7CE5980225 EC9830B535D4C	518C271384F69519B719300D4F504 E31F82B4DD242B9D93B188E568969 8108F9642BB4A2FBDA57117A0FC1 A67DB1EF19	die erste und die zweite Antwortm_öglichkeit treffen zu

Kontrolle, Ersterhebung

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Andere Regelungen Ansprechperson</i>
1	682200609EDE7782F1F93A552FCA6 DBF91110ABA11BF86E6FEC36E4ED FCE05223A0D0B1B5C7567F40FFB0 956B19594C1	B96A49AA48CF68985DA50DEA6BE7 2EFCAE0F13E0D50BAE7D7FA44315 F611FCC7AF40228A02F59EF5D13E FC1B6DDC1CA7	Fax, Telefon
2	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	118EABF14162DE0E6DA- BAF076EE14128BEB6D5FF64A6271 F88B809FA2BCCC92E67B7C93CB13 E5FB3A789D78A6BF3A5B4	der jeweilige Altenpfleger auf Station ist zuständig
3	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	DCDD81D983F15D0F61A5672186BA DF9AD55D4C91C1D66A51AC2C60A F3DD8155346E9752904839C510708 DC8DB73079B5	wechselnde Ansprechpartner
4	F6F4A68682691DB4F178635C15096 938DD7B9175078A2566E21A522A44 56E846996FFB5DF727B6C0599D1E1 FC1DFC1D2	E5B514168689B9967A6B4869B0419 320ACA204F7C1EBA390EFE288F8B 52DFA45659067C54DD561736A4F03 2159AD64DB	Diensthabender, Pflegekraft

Kontrolle, Folgerhebung

<i>obs</i>	<i>Einrichtung</i>	<i>Ärzt*innen</i>	<i>Andere Regelungen Ansprechperson</i>
1	02A2AF3811A25E9F09A71765B5926 90AE8401A70DF45FBAB7047343482 D9E949E565359849B085158C50886 0A56B5F80	ECA8A43370FA074C3DCEFB1BBEC 963433DD7B5E74BE204FC5BCDC95 36A39E48AB61B57464377ABB2C6B AE7189065D4B5	die/der aktuelle Schichtfuhrer meldet sich!

6 Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen

6.1 Häufigkeiten Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (t0, t1, t2, t3)

Programm: t_06_haeufigkeit.sas

6.1.1 Subskala Konfliktfähigkeit

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung	Ersterhebung	Stimme voll zu	6 (60.0%)	4 (22.2%)
		Stimme eher zu	4 (40.0%)	13 (72.2%)
		Stimme eher nicht zu		1 (5.6%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	6 (50.0%)	3 (60.0%)
		Stimme eher zu	6 (50.0%)	2 (40.0%)
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	7 (100%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	6 (85.7%)	.
		Stimme eher zu	1 (14.3%)	.
	Konflikte sind nach meinem Empfinden sehr häufig	Ersterhebung	Stimme voll zu	
Stimme eher zu			2 (20.0%)	
Stimme eher nicht zu			6 (60.0%)	13 (72.2%)
Stimme nicht zu			2 (20.0%)	3 (16.7%)
Folgeberhebung 1		Stimme voll zu	1 (8.3%)	
		Stimme eher zu	1 (8.3%)	
		Stimme eher nicht zu	3 (25.0%)	3 (60.0%)
Folgeberhebung 2		Stimme nicht zu	7 (58.3%)	2 (40.0%)
		Stimme eher zu	1 (14.3%)	
		Stimme nicht zu	6 (85.7%)	1 (100%)

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Es herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden	Folgeberhebung 3	Stimme eher nicht zu	2 (28.6%)	.
		Stimme nicht zu	5 (71.4%)	.
	Ersterhebung	Stimme voll zu	3 (30.0%)	2 (11.1%)
		Stimme eher zu	6 (60.0%)	11 (61.1%)
		Stimme eher nicht zu	1 (10.0%)	5 (27.8%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	3 (25.0%)	2 (40.0%)
		Stimme eher zu	8 (66.7%)	2 (40.0%)
		Stimme eher nicht zu	1 (8.3%)	
		Stimme nicht zu		1 (20.0%)
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	5 (71.4%)	1 (100%)
Stimme eher zu		2 (28.6%)		
Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	4 (57.1%)	.	
	Stimme eher zu	3 (42.9%)	.	
Wenn Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden	Ersterhebung	Stimme voll zu		1 (5.6%)
		Stimme eher zu	2 (20.0%)	7 (38.9%)
		Stimme eher nicht zu	4 (40.0%)	5 (27.8%)
		Stimme nicht zu	4 (40.0%)	5 (27.8%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	1 (8.3%)	
		Stimme eher nicht zu	3 (25.0%)	2 (40.0%)
		Stimme nicht zu	8 (66.7%)	3 (60.0%)
	Folgeberhebung 2	Stimme eher zu	1 (14.3%)	
		Stimme nicht zu	6 (85.7%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme eher zu	1 (14.3%)	.
		Stimme eher nicht zu	2 (28.6%)	.
		Stimme nicht zu	4 (57.1%)	.

6.1.2 Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend	Ersterhebung	Stimme voll zu	2 (20.0%)	2 (11.1%)
		Stimme eher zu	6 (60.0%)	10 (55.6%)
		Stimme eher nicht zu	2 (20.0%)	6 (33.3%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	5 (41.7%)	3 (60.0%)
		Stimme eher zu	6 (50.0%)	2 (40.0%)
		Stimme eher nicht zu	1 (8.3%)	
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	7 (100%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	4 (57.1%)	.
		Stimme eher zu	3 (42.9%)	.
	Alles in allem sehe ich Ärzt*innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team	Ersterhebung	Stimme voll zu	5 (50.0%)
Stimme eher zu			4 (40.0%)	12 (66.7%)
Stimme eher nicht zu			1 (10.0%)	1 (5.6%)
Folgeberhebung 1		Stimme voll zu	5 (41.7%)	3 (60.0%)
		Stimme eher zu	6 (50.0%)	2 (40.0%)
		Stimme eher nicht zu	1 (8.3%)	
Folgeberhebung 2		Stimme voll zu	7 (100%)	1 (100%)
Folgeberhebung 3		Stimme voll zu	5 (71.4%)	.
		Stimme eher zu	2 (28.6%)	.
Ich bin von der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung in der Regel überzeugt		Ersterhebung	fehlend	1 (10.0%)
	Stimme voll zu		3 (30.0%)	1 (5.6%)
	Stimme eher zu		6 (60.0%)	17 (94.4%)

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	2 (16.7%)	3 (60.0%)
		Stimme eher zu	10 (83.3%)	2 (40.0%)
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	4 (57.1%)	1 (100%)
		Stimme eher zu	3 (42.9%)	
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	4 (57.1%)	.
		Stimme eher zu	3 (42.9%)	.
Von der Art, wie Ärzt*innen mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Ersterhebung	fehlend	1 (10.0%)	1 (5.6%)
		Stimme voll zu	2 (20.0%)	1 (5.6%)
		Stimme eher zu	5 (50.0%)	10 (55.6%)
		Stimme eher nicht zu	2 (20.0%)	4 (22.2%)
		Stimme nicht zu		2 (11.1%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu		2 (40.0%)
		Stimme eher zu	10 (83.3%)	3 (60.0%)
		Stimme eher nicht zu	2 (16.7%)	
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	4 (57.1%)	1 (100%)
		Stimme eher zu	2 (28.6%)	
		Stimme eher nicht zu	1 (14.3%)	
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	3 (42.9%)	.
		Stimme eher zu	4 (57.1%)	.
Die Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen in unserer Pflegeeinrichtung ist im Allgemeinen sehr gut	Ersterhebung	Stimme voll zu	3 (30.0%)	4 (22.2%)
		Stimme eher zu	7 (70.0%)	11 (61.1%)
		Stimme eher nicht zu		3 (16.7%)

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	5 (41.7%)	3 (60.0%)
		Stimme eher zu	6 (50.0%)	2 (40.0%)
		Stimme eher nicht zu	1 (8.3%)	
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	7 (100%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	5 (71.4%)	.
		Stimme eher zu	2 (28.6%)	.
Die Ärzt*innen können sich in die Probleme der Pflegekräfte einfühlen	Ersterhebung	Stimme voll zu	3 (30.0%)	2 (11.1%)
		Stimme eher zu	5 (50.0%)	10 (55.6%)
		Stimme eher nicht zu	2 (20.0%)	5 (27.8%)
		Stimme nicht zu		1 (5.6%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu		2 (40.0%)
		Stimme eher zu	10 (83.3%)	3 (60.0%)
		Stimme eher nicht zu	1 (8.3%)	
		Stimme nicht zu	1 (8.3%)	
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	5 (71.4%)	1 (100%)
		Stimme eher zu	2 (28.6%)	
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	3 (42.9%)	.
		Stimme eher zu	4 (57.1%)	.
Die Art, wie Ärzt*innen mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich insgesamt als gut	Ersterhebung	Stimme voll zu	3 (30.0%)	5 (27.8%)
		Stimme eher zu	6 (60.0%)	12 (66.7%)
		Stimme eher nicht zu	1 (10.0%)	1 (5.6%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	5 (41.7%)	2 (40.0%)

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Stimme eher zu	6 (50.0%)	3 (60.0%)
		Stimme eher nicht zu	1 (8.3%)	
	Folgeerhebung 2	Stimme voll zu	6 (85.7%)	1 (100%)
		Stimme eher zu	1 (14.3%)	
	Folgeerhebung 3	Stimme voll zu	3 (42.9%)	.
		Stimme eher zu	4 (57.1%)	.

6.1.3 Subskala Zusammenarbeit intern

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können	Ersterhebung	Stimme voll zu	4 (40.0%)	8 (44.4%)
		Stimme eher zu	6 (60.0%)	10 (55.6%)
	Folgeerhebung 1	Stimme voll zu	6 (50.0%)	3 (60.0%)
		Stimme eher zu	6 (50.0%)	2 (40.0%)
	Folgeerhebung 2	Stimme voll zu	3 (42.9%)	1 (100%)
		Stimme eher zu	4 (57.1%)	
	Folgeerhebung 3	Stimme voll zu	5 (71.4%)	.
		Stimme eher zu	2 (28.6%)	.
Von der Art, wie meine Kolleg*innen aus dem Pflgeteam mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Ersterhebung	fehlend	2 (20.0%)	1 (5.6%)
		Stimme voll zu	3 (30.0%)	5 (27.8%)
		Stimme eher zu	4 (40.0%)	10 (55.6%)
		Stimme eher nicht zu	1 (10.0%)	2 (11.1%)
	Folgeerhebung 1	fehlend		1 (20.0%)

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Stimme voll zu	3 (25.0%)	3 (60.0%)
		Stimme eher zu	9 (75.0%)	1 (20.0%)
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	3 (42.9%)	1 (100%)
		Stimme eher zu	4 (57.1%)	
	Folgeberhebung 3	fehlend	1 (14.3%)	.
		Stimme voll zu	3 (42.9%)	.
		Stimme eher zu	3 (42.9%)	.
Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe in unserer Pflegeeinrichtung organisiert werden, bin ich sehr zufrieden	Ersterhebung	Stimme voll zu	4 (40.0%)	4 (22.2%)
		Stimme eher zu	6 (60.0%)	14 (77.8%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	5 (41.7%)	3 (60.0%)
		Stimme eher zu	7 (58.3%)	2 (40.0%)
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	3 (42.9%)	1 (100%)
		Stimme eher zu	4 (57.1%)	
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	4 (57.1%)	.
		Stimme eher zu	3 (42.9%)	.

6.2 Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (t0, t1, t2, t3)

Programm: t_06_statistiken.sas

6.2.1 Subskala Konfliktfähigkeit

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	1.4	1.8
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	3.0
	Folgeberhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	1.5	1.4
		Median	1.5	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgeberhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.0	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	1.0	1.0
Folgeberhebung 3	n	7	.	
	Durchschnitt	1.1	.	
	Median	1.0	.	
	Minimum	1.0	.	
	Maximum	2.0	.	
Konflikte sind nach meinem Empfinden sehr häufig	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	3.0	2.9
		Median	3.0	3.0
		Minimum	2.0	1.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgeberhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	3.3	3.4
		Median	4.0	3.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	1.0	3.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgeberhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	3.7	4.0
		Median	4.0	4.0
		Minimum	2.0	4.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgeberhebung 3	n	7	.
		Durchschnitt	3.7	.
		Median	4.0	.
		Minimum	3.0	.
		Maximum	4.0	.
Es herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	1.8	2.2
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgeberhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	1.8	2.0
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	4.0
	Folgeberhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.3	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgeberhebung 3	n	7	.
		Durchschnitt	1.4	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Wenn Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	3.2	2.8
		Median	3.0	3.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	2.0	1.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	3.5	3.6
		Median	4.0	4.0
		Minimum	1.0	3.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	3.7	4.0
		Median	4.0	4.0
		Minimum	2.0	4.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgerhebung 3	n	7	.
		Durchschnitt	3.4	.
		Median	4.0	.
		Minimum	2.0	.
		Maximum	4.0	.

6.2.2 Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	2.0	2.2
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	1.7	1.4
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.0	1.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	7	.
		Durchschnitt	1.4	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Alles in allem sehe ich Ärzt*innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	1.6	1.8
		Median	1.5	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	1.7	1.4
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.0	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	7	.
		Durchschnitt	1.3	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Ich bin von der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung in der Regel überzeugt	Ersterhebung	n	9	18
		Durchschnitt	1.7	1.9
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	1.8	1.4
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.4	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	7	.
		Durchschnitt	1.4	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Von der Art, wie Ärzt*innen mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Ersterhebung	n	9	17
		Durchschnitt	2.0	2.4
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	4.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	2.2	1.6
		Median	2.0	2.0
		Minimum	2.0	1.0
		Maximum	3.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.6	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	7	.
		Durchschnitt	1.6	.

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Median	2.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Die Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen in unserer Pflegeeinrichtung ist im Allgemeinen sehr gut	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	1.7	1.9
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	1.7	1.4
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.0	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	1.0	1.0
Folgerhebung 3	n	7	.	
	Durchschnitt	1.3	.	
	Median	1.0	.	
	Minimum	1.0	.	
	Maximum	2.0	.	
Die Ärzt*innen können sich in die Probleme der Pflegekräfte einfühlen	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	1.9	2.3
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	4.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	2.3	1.6
		Median	2.0	2.0
		Minimum	2.0	1.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Maximum	4.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.3	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	7	.
		Durchschnitt	1.6	.
		Median	2.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Die Art, wie Ärzt*innen mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich insgesamt als gut	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	1.8	1.8
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	1.7	1.6
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.1	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	7	.
	Durchschnitt	1.6	.	
	Median	2.0	.	
	Minimum	1.0	.	
	Maximum	2.0	.	

6.2.3 Subskala Zusammenarbeit intern

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	1.6	1.6
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgeberhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	1.5	1.4
		Median	1.5	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgeberhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.6	1.0
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgeberhebung 3	n	7	.
Durchschnitt		1.3	.	
Median		1.0	.	
Minimum		1.0	.	
Maximum		2.0	.	
Von der Art, wie meine Kolleg*innen aus dem Pflorgeteam mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Ersterhebung	n	8	17
		Durchschnitt	1.8	1.8
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgeberhebung 1	n	12	4
		Durchschnitt	1.8	1.3
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.6	1.0
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	6	.
		Durchschnitt	1.5	.
		Median	1.5	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe in unserer Pflegeeinrichtung organisiert werden, bin ich sehr zufrieden	Ersterhebung	n	10	18
		Durchschnitt	1.6	1.8
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	1.6	1.4
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	7	1
		Durchschnitt	1.6	1.0
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	7	.
	Durchschnitt	1.4	.	
	Median	1.0	.	
	Minimum	1.0	.	
	Maximum	2.0	.	

6.3 Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (Differenz)

Programm: t_06_statistiken_diff.sas

6.3.1 Subskala Konfliktfähigkeit

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung	Folgerhebung 1	n	10	5
		Durchschnitt	0.0	-0.4
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	-0.4	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	-0.3	.
		Median	0.0	.
	Minimum	-1.0	.	
	Maximum	0.0	.	
Konflikte sind nach meinem Empfinden sehr häufig	Folgerhebung 1	n	10	5
		Durchschnitt	0.3	0.2
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-2.0	-1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	0.8	0.0
		Median	1.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	2.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	1.3	.
		Median	1.0	.

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Es herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden	Folgerhebung 1	n	10	5
		Durchschnitt	0.0	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-2.0
		Maximum	1.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	-0.4	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	-0.5	.
		Median	-0.5	.
	Minimum	-1.0	.	
	Maximum	0.0	.	
Wenn Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden	Folgerhebung 1	n	10	5
		Durchschnitt	0.2	1.0
		Median	0.0	1.0
		Minimum	-3.0	0.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	0.6	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	0.0
		Maximum	2.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	0.5	.
		Median	0.5	.
	Minimum	0.0	.	
	Maximum	1.0	.	

6.3.2 Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend	Folgeberhebung 1	n	10	5	
		Durchschnitt	-0.4	-0.8	
		Median	0.0	-1.0	
		Minimum	-2.0	-2.0	
	Folgeberhebung 2	n	5	1	
		Durchschnitt	-1.2	0.0	
		Median	-1.0	0.0	
		Minimum	-2.0	0.0	
	Folgeberhebung 3	n	4	0	
		Durchschnitt	-0.8	.	
		Median	-0.5	.	
		Minimum	-2.0	.	
	Alles in allem sehe ich Ärzt*innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team	Folgeberhebung 1	n	10	5
			Durchschnitt	0.0	-0.4
			Median	0.0	0.0
			Minimum	-2.0	-1.0
Folgeberhebung 2		n	5	1	
		Durchschnitt	-0.6	0.0	
		Median	0.0	0.0	
		Minimum	-2.0	0.0	
Folgeberhebung 3		n	4	0	
		Durchschnitt	-0.3	.	
		Median	0.0	.	
		Minimum	-1.0	.	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Ich bin von der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung in der Regel überzeugt	Folgerhebung 1	n	9	5
		Durchschnitt	0.2	-0.4
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	-1.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	4	1
		Durchschnitt	-0.3	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
Minimum		-1.0	.	
Maximum		1.0	.	
Von der Art, wie Ärzt*innen mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Folgerhebung 1	n	9	5
		Durchschnitt	0.1	-0.6
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-2.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	4	1
		Durchschnitt	-0.5	0.0
		Median	-0.5	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	3	0
		Durchschnitt	-0.3	.
		Median	-1.0	.
Minimum		-1.0	.	
Maximum		1.0	.	
Die Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen in unserer Pflegeeinrichtung ist im Allgemeinen sehr gut	Folgerhebung 1	n	10	5
		Durchschnitt	0.0	-0.6

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Median	0.0	-1.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgeberhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	-0.6	0.0
		Median	-1.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgeberhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	-0.3	.
		Median	-0.5	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	1.0	.
Die Ärzt*innen können sich in die Probleme der Pflegekräfte einfühlen	Folgeberhebung 1	n	10	5
		Durchschnitt	0.3	-0.4
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-2.0
		Maximum	2.0	0.0
	Folgeberhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	-0.8	0.0
		Median	-1.0	0.0
		Minimum	-2.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgeberhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	-0.3	.
		Median	-0.5	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	1.0	.
Die Art, wie Ärzt*innen mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich insgesamt als gut	Folgeberhebung 1	n	10	5
		Durchschnitt	-0.1	-0.4
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-2.0	-1.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Maximum	1.0	0.0
	Folgeerhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	-0.6	0.0
		Median	-1.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgeerhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	0.0	.

6.3.3 Subskala Zusammenarbeit intern

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können	Folgeerhebung 1	n	10	5
		Durchschnitt	-0.1	-0.4
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgeerhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	0.0	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgeerhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	0.0	.
Von der Art, wie meine Kolleg*innen aus dem Pflegeteam mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Folgeerhebung 1	n	8	4

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Durchschnitt	0.1	-0.8
		Median	0.0	-0.5
		Minimum	-1.0	-2.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	3	1
		Durchschnitt	0.0	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	2	0
		Durchschnitt	-0.5	.
		Median	-0.5	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	0.0	.
Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe in unserer Pflegeeinrichtung organisiert werden, bin ich sehr zufrieden	Folgerhebung 1	n	10	5
		Durchschnitt	0.1	-0.4
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	-1.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	5	1
		Durchschnitt	0.2	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	0.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	-0.3	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	0.0	.

7 Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen

7.1 Häufigkeiten Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (t0, t1, t2, t3)

Programm: t_07_haeufigkeit.sas

7.1.1 Subskala Konfliktfähigkeit

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)	
		Stimme voll zu	29 (60.4%)	13 (59.1%)
		Stimme eher zu	18 (37.5%)	9 (40.9%)
	Folgeberhebung 1	fehlend		1 (5.9%)
		Stimme voll zu	40 (85.1%)	15 (88.2%)
		Stimme eher zu	7 (14.9%)	1 (5.9%)
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	15 (62.5%)	
		Stimme eher zu	9 (37.5%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	fehlend	1 (5.9%)	.
		Stimme voll zu	10 (58.8%)	.
Stimme eher zu		6 (35.3%)	.	
Konflikte sind nach meinem Empfinden sehr häufig	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)	
		Stimme eher nicht zu	21 (43.8%)	6 (27.3%)
		Stimme nicht zu	26 (54.2%)	16 (72.7%)
	Folgeberhebung 1	fehlend		1 (5.9%)
		Stimme voll zu	1 (2.1%)	
		Stimme eher nicht zu	4 (8.5%)	3 (17.6%)
	Folgeberhebung 2	Stimme nicht zu	42 (89.4%)	13 (76.5%)
		Stimme eher nicht zu	15 (62.5%)	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Stimme nicht zu	9 (37.5%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	fehlend	1 (5.9%)	.
		Stimme voll zu	1 (5.9%)	.
		Stimme eher zu	1 (5.9%)	.
		Stimme eher nicht zu	6 (35.3%)	.
		Stimme nicht zu	8 (47.1%)	.
Es herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)	
		Stimme voll zu	15 (31.3%)	6 (27.3%)
		Stimme eher zu	31 (64.6%)	14 (63.6%)
		Stimme eher nicht zu	1 (2.1%)	2 (9.1%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	32 (68.1%)	6 (35.3%)
		Stimme eher zu	15 (31.9%)	10 (58.8%)
		Stimme eher nicht zu		1 (5.9%)
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	13 (54.2%)	
		Stimme eher zu	11 (45.8%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	10 (58.8%)	.
		Stimme eher zu	5 (29.4%)	.
		Stimme eher nicht zu	1 (5.9%)	.
		Stimme nicht zu	1 (5.9%)	.
Wenn Konflikte bestehen, lässt sich darüber meis- tens sehr schlecht reden	Ersterhebung	fehlend	2 (4.2%)	
		Stimme voll zu	1 (2.1%)	
		Stimme eher nicht zu	19 (39.6%)	9 (40.9%)
		Stimme nicht zu	26 (54.2%)	13 (59.1%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	2 (4.3%)	
		Stimme eher nicht zu	10 (21.3%)	4 (23.5%)

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Stimme nicht zu	35 (74.5%)	13 (76.5%)
	Folgeberhebung 2	Stimme eher zu	1 (4.2%)	
		Stimme eher nicht zu	6 (25.0%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme nicht zu	17 (70.8%)	
		Stimme eher zu	1 (5.9%)	.
		Stimme eher nicht zu	5 (29.4%)	.
		Stimme nicht zu	11 (64.7%)	.

7.1.2 Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)		
		Stimme voll zu	10 (20.8%)	8 (36.4%)	
		Stimme eher zu	31 (64.6%)	13 (59.1%)	
			Stimme eher nicht zu	6 (12.5%)	1 (4.5%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu	28 (59.6%)	8 (47.1%)	
		Stimme eher zu	19 (40.4%)	9 (52.9%)	
	Folgeberhebung 2	fehlend	1 (4.2%)		
		Stimme voll zu	13 (54.2%)		
			Stimme eher zu	10 (41.7%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	8 (47.1%)	.	
		Stimme eher zu	4 (23.5%)	.	
		Stimme eher nicht zu	5 (29.4%)	.	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
Alles in allem sehe ich Ärzt*innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)		
		Stimme voll zu	28 (58.3%)	11 (50.0%)	
		Stimme eher zu	19 (39.6%)	10 (45.5%)	
			Stimme eher nicht zu		1 (4.5%)
	Folgeerhebung 1	Stimme voll zu	41 (87.2%)	12 (70.6%)	
		Stimme eher zu	5 (10.6%)	5 (29.4%)	
		Stimme eher nicht zu	1 (2.1%)		
	Folgeerhebung 2	Stimme voll zu	23 (95.8%)		
		Stimme eher zu	1 (4.2%)	1 (100%)	
	Folgeerhebung 3	Stimme voll zu	11 (64.7%)	.	
		Stimme eher zu	5 (29.4%)	.	
		Stimme eher nicht zu	1 (5.9%)	.	
Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, jeweils die Situation der Bewohner*innen richtig einschätzen zu können	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)		
		Stimme voll zu	12 (25.0%)	5 (22.7%)	
		Stimme eher zu	34 (70.8%)	16 (72.7%)	
			Stimme eher nicht zu	1 (2.1%)	1 (4.5%)
	Folgeerhebung 1	Stimme voll zu	29 (61.7%)	7 (41.2%)	
		Stimme eher zu	18 (38.3%)	10 (58.8%)	
	Folgeerhebung 2	Stimme voll zu	17 (70.8%)		
		Stimme eher zu	7 (29.2%)	1 (100%)	
	Folgeerhebung 3	fehlend	1 (5.9%)	.	
		Stimme voll zu	9 (52.9%)	.	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
			Stimme eher zu	7 (41.2%)
			Stimme voll zu	11 (50.0%)
			Stimme eher zu	11 (50.0%)
			Stimme eher nicht zu	1 (2.1%)
			Stimme voll zu	11 (64.7%)
			Stimme eher zu	6 (35.3%)
			Stimme voll zu	1 (100%)
			Stimme eher zu	2 (8.3%)
			Stimme voll zu	11 (64.7%)
			Stimme eher zu	6 (35.3%)
			Stimme voll zu	1 (4.5%)
			Stimme eher zu	1 (4.5%)
			Stimme eher nicht zu	12 (54.5%)
			Stimme nicht zu	8 (36.4%)
			Stimme voll zu	1 (5.9%)
			Stimme eher zu	4 (8.5%)
			Stimme eher nicht zu	7 (41.2%)
			Stimme nicht zu	9 (52.9%)
			Stimme eher zu	1 (4.2%)
Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)	
		Stimme voll zu	23 (47.9%)	11 (50.0%)
		Stimme eher zu	23 (47.9%)	11 (50.0%)
		Stimme eher nicht zu	1 (2.1%)	
	Folgeberhebung 1	fehlend	1 (2.1%)	
		Stimme voll zu	37 (78.7%)	11 (64.7%)
		Stimme eher zu	9 (19.1%)	6 (35.3%)
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	22 (91.7%)	1 (100%)
		Stimme eher zu	2 (8.3%)	
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	11 (64.7%)	
		Stimme eher zu	6 (35.3%)	
Es besteht die Notwendigkeit, die Durchführung meiner Anordnungen laufend zu kontrollieren	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)	
		Stimme voll zu		1 (4.5%)
		Stimme eher zu	9 (18.8%)	1 (4.5%)
		Stimme eher nicht zu	26 (54.2%)	12 (54.5%)
		Stimme nicht zu	12 (25.0%)	8 (36.4%)
	Folgeberhebung 1	Stimme voll zu		1 (5.9%)
		Stimme eher zu	4 (8.5%)	
		Stimme eher nicht zu	10 (21.3%)	7 (41.2%)
		Stimme nicht zu	33 (70.2%)	9 (52.9%)
	Folgeberhebung 2	Stimme eher zu	1 (4.2%)	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Stimme eher nicht zu	7 (29.2%)	
		Stimme nicht zu	16 (66.7%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme eher zu	5 (29.4%)	.
		Stimme eher nicht zu	1 (5.9%)	.
		Stimme nicht zu	11 (64.7%)	.
Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)	
		Stimme voll zu	18 (37.5%)	8 (36.4%)
		Stimme eher zu	28 (58.3%)	14 (63.6%)
		Stimme eher nicht zu	1 (2.1%)	
	Folgeberhebung 1	fehlend	2 (4.3%)	
		Stimme voll zu	30 (63.8%)	10 (58.8%)
		Stimme eher zu	15 (31.9%)	7 (41.2%)
	Folgeberhebung 2	fehlend	9 (37.5%)	
		Stimme voll zu	9 (37.5%)	
		Stimme eher zu	6 (25.0%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	fehlend	13 (76.5%)	.
		Stimme voll zu	3 (17.6%)	.
		Stimme eher zu	1 (5.9%)	.
Von der Art, wie Pflegekräfte mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Ersterhebung	fehlend	2 (4.2%)	
		Stimme voll zu	1 (2.1%)	2 (9.1%)
		Stimme eher zu	35 (72.9%)	12 (54.5%)
		Stimme eher nicht zu	9 (18.8%)	8 (36.4%)

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Stimme nicht zu	1 (2.1%)	
	Folgeberhebung 1	fehlend	3 (6.4%)	2 (11.8%)
		Stimme voll zu	17 (36.2%)	2 (11.8%)
		Stimme eher zu	12 (25.5%)	10 (58.8%)
		Stimme eher nicht zu	15 (31.9%)	3 (17.6%)
	Folgeberhebung 2	fehlend	2 (8.3%)	
		Stimme voll zu	11 (45.8%)	
		Stimme eher zu	11 (45.8%)	
		Stimme eher nicht zu		1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	3 (17.6%)	.
		Stimme eher zu	13 (76.5%)	.
		Stimme eher nicht zu	1 (5.9%)	.
Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften in den Pflegeeinrichtungen ist im Allgemeinen sehr gut	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)	
		Stimme voll zu	22 (45.8%)	12 (54.5%)
		Stimme eher zu	25 (52.1%)	9 (40.9%)
		Stimme eher nicht zu		1 (4.5%)
	Folgeberhebung 1	fehlend	2 (4.3%)	
		Stimme voll zu	36 (76.6%)	12 (70.6%)
		Stimme eher zu	9 (19.1%)	5 (29.4%)
	Folgeberhebung 2	Stimme voll zu	14 (58.3%)	
		Stimme eher zu	10 (41.7%)	1 (100%)
	Folgeberhebung 3	Stimme voll zu	5 (29.4%)	.
		Stimme eher zu	7 (41.2%)	.

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Stimme eher nicht zu	5 (29.4%)	.
Die Pflegekräfte können sich in die Probleme der Ärzt*innen einfühlen	Ersterhebung	fehlend	2 (4.2%)	2 (9.1%)
		Stimme voll zu	10 (20.8%)	5 (22.7%)
		Stimme eher zu	25 (52.1%)	10 (45.5%)
		Stimme eher nicht zu	10 (20.8%)	5 (22.7%)
		Stimme nicht zu	1 (2.1%)	
	Folgeberhebung 1	fehlend	3 (6.4%)	
		Stimme voll zu	22 (46.8%)	4 (23.5%)
		Stimme eher zu	19 (40.4%)	11 (64.7%)
		Stimme eher nicht zu	3 (6.4%)	2 (11.8%)
		Stimme voll zu	10 (41.7%)	
	Folgeberhebung 2	Stimme eher zu	14 (58.3%)	
		Stimme eher nicht zu		1 (100%)
		Stimme voll zu	9 (52.9%)	.
	Folgeberhebung 3	Stimme eher zu	7 (41.2%)	.
		Stimme eher nicht zu	1 (5.9%)	.
Die Art, wie die Pflegekräfte mit uns Ärzt*innen umgehen, empfinde ich insgesamt als gut	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)	
		Stimme voll zu	21 (43.8%)	12 (54.5%)
		Stimme eher zu	26 (54.2%)	10 (45.5%)
	Folgeberhebung 1	fehlend	2 (4.3%)	
		Stimme voll zu	33 (70.2%)	12 (70.6%)
		Stimme eher zu	12 (25.5%)	5 (29.4%)

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe organisiert werden, bin ich sehr zufrieden	Folgeerhebung 2	Stimme voll zu	14 (58.3%)	1 (100%)	
		Stimme eher zu	10 (41.7%)		
	Folgeerhebung 3	Stimme voll zu	6 (35.3%)	.	
		Stimme eher zu	6 (35.3%)	.	
		Stimme eher nicht zu	5 (29.4%)	.	
	Ersterhebung	fehlend	1 (2.1%)		
		Stimme voll zu	11 (22.9%)	5 (22.7%)	
		Stimme eher zu	34 (70.8%)	14 (63.6%)	
		Stimme eher nicht zu	2 (4.2%)	3 (13.6%)	
		Folgeerhebung 1	fehlend	2 (4.3%)	
			Stimme voll zu	29 (61.7%)	4 (23.5%)
			Stimme eher zu	15 (31.9%)	11 (64.7%)
Stimme eher nicht zu			1 (2.1%)	2 (11.8%)	
Folgeerhebung 2		Stimme voll zu	13 (54.2%)		
		Stimme eher zu	11 (45.8%)		
		Stimme eher nicht zu		1 (100%)	
Folgeerhebung 3		Stimme voll zu	8 (47.1%)	.	
	Stimme eher zu	4 (23.5%)	.		
	Stimme eher nicht zu	5 (29.4%)	.		

7.1.3 Subskala Zusammenarbeit intern

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Von der Art, wie meine Kolleg*innen der Versorgergemeinschaft mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Ersterhebung	fehlend	2 (4.2%)	1 (4.5%)
		Stimme voll zu	5 (10.4%)	2 (9.1%)
		Stimme eher zu	29 (60.4%)	7 (31.8%)
		Stimme eher nicht zu	11 (22.9%)	11 (50.0%)
		Stimme nicht zu	1 (2.1%)	1 (4.5%)
	Folgeerhebung 1	fehlend	4 (8.5%)	2 (11.8%)
		Stimme voll zu	13 (27.7%)	1 (5.9%)
		Stimme eher zu	14 (29.8%)	8 (47.1%)
		Stimme eher nicht zu	14 (29.8%)	5 (29.4%)
		Stimme nicht zu	2 (4.3%)	1 (5.9%)
	Folgeerhebung 2	fehlend	1 (4.2%)	
		Stimme voll zu	9 (37.5%)	
		Stimme eher zu	14 (58.3%)	
		Stimme eher nicht zu		1 (100%)
	Folgeerhebung 3	Stimme voll zu	7 (41.2%)	.
		Stimme eher zu	10 (58.8%)	.

7.2 Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (t0, t1, t2, t3)

Programm: t_07_statistiken.sas

7.2.1 Subskala Konfliktfähigkeit

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung	Ersterhebung	n	47	22
		Durchschnitt	1.4	1.4
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgeerhebung 1	n	47	16
		Durchschnitt	1.1	1.1
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgeerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	1.4	2.0
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	2.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgeerhebung 3	n	16	.
Durchschnitt		1.4	.	
Median		1.0	.	
Minimum		1.0	.	
Maximum		2.0	.	
Konflikte sind nach meinem Empfinden sehr häufig	Ersterhebung	n	47	22
		Durchschnitt	3.6	3.7
		Median	4.0	4.0
		Minimum	3.0	3.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgeerhebung 1	n	47	16
		Durchschnitt	3.9	3.8
		Median	4.0	4.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	1.0	3.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	3.4	4.0
		Median	3.0	4.0
		Minimum	3.0	4.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgerhebung 3	n	16	.
		Durchschnitt	3.3	.
		Median	3.5	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	4.0	.
Es herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden	Ersterhebung	n	47	22
		Durchschnitt	1.7	1.8
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	47	17
		Durchschnitt	1.3	1.7
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	3.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	1.5	2.0
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	2.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 3	n	17	.
		Durchschnitt	1.6	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	4.0	.
Wenn Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden	Ersterhebung	n	46	22
		Durchschnitt	3.5	3.6
		Median	4.0	4.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	1.0	3.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgerhebung 1	n	47	17
		Durchschnitt	3.7	3.8
		Median	4.0	4.0
		Minimum	1.0	3.0
		Maximum	4.0	4.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	3.7	3.0
		Median	4.0	3.0
		Minimum	2.0	3.0
		Maximum	4.0	3.0
	Folgerhebung 3	n	17	.
		Durchschnitt	3.6	.
		Median	4.0	.
		Minimum	2.0	.
		Maximum	4.0	.

7.2.2 Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend	Ersterhebung	n	47	22
		Durchschnitt	1.9	1.7
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	47	17
		Durchschnitt	1.4	1.5
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	23	1
		Durchschnitt	1.4	2.0
		Median	1.0	2.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	1.0	2.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 3	n	17	.
		Durchschnitt	1.8	.
		Median	2.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	3.0	.
Alles in allem sehe ich Ärzt*innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team	Ersterhebung	n	47	22
		Durchschnitt	1.4	1.5
		Median	1.0	1.5
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	47	17
		Durchschnitt	1.1	1.3
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	1.0	2.0
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	2.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 3	n	17	.
		Durchschnitt	1.4	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	3.0	.
Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, jeweils die Situation der Bewohner*innen richtig einschätzen zu können	Ersterhebung	n	47	22
		Durchschnitt	1.8	1.8
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 1	n	47	17
		Durchschnitt	1.4	1.6
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	1.3	2.0
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	2.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 3	n	16	.
		Durchschnitt	1.4	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen	Ersterhebung	n	47	22
		Durchschnitt	1.5	1.5
		Median	2.0	1.5
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	2.0
	Folgerhebung 1	n	46	17
		Durchschnitt	1.2	1.4
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	1.1	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	17	.
		Durchschnitt	1.4	.

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
			Median	1.0	.
			Minimum	1.0	.
			Maximum	2.0	.
Es besteht die Notwendigkeit, die Durchführung meiner Anordnungen laufend zu kontrollieren	Ersterhebung	n	47	22	
		Durchschnitt	3.1	3.2	
		Median	3.0	3.0	
		Minimum	2.0	1.0	
		Maximum	4.0	4.0	
	Folgerhebung 1	n	47	17	
		Durchschnitt	3.6	3.4	
		Median	4.0	4.0	
		Minimum	2.0	1.0	
		Maximum	4.0	4.0	
	Folgerhebung 2	n	24	1	
		Durchschnitt	3.6	4.0	
		Median	4.0	4.0	
		Minimum	2.0	4.0	
		Maximum	4.0	4.0	
Folgerhebung 3	n	17	.		
	Durchschnitt	3.4	.		
	Median	4.0	.		
	Minimum	2.0	.		
	Maximum	4.0	.		
Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können	Ersterhebung	n	47	22	
		Durchschnitt	1.6	1.6	
		Median	2.0	2.0	
		Minimum	1.0	1.0	
		Maximum	3.0	2.0	
	Folgerhebung 1	n	45	17	
		Durchschnitt	1.3	1.4	
		Median	1.0	1.0	
		Minimum	1.0	1.0	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	15	1
		Durchschnitt	1.4	2.0
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	2.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 3	n	4	.
		Durchschnitt	1.3	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	2.0	.
Von der Art, wie Pflegekräfte mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Ersterhebung	n	46	22
		Durchschnitt	2.2	2.3
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	4.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	44	15
		Durchschnitt	2.0	2.1
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgerhebung 2	n	22	1
		Durchschnitt	1.5	3.0
		Median	1.5	3.0
		Minimum	1.0	3.0
		Maximum	2.0	3.0
	Folgerhebung 3	n	17	.
		Durchschnitt	1.9	.
		Median	2.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	3.0	.
Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften in den Pflegeeinrichtungen ist im Allgemeinen sehr gut	Ersterhebung	n	47	22

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Durchschnitt	1.5	1.5
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	45	17
		Durchschnitt	1.2	1.3
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	1.4	2.0
		Median	1.0	2.0
		Minimum	1.0	2.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 3	n	17	.
		Durchschnitt	2.0	.
		Median	2.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	3.0	.
Die Pflegekräfte können sich in die Probleme der Ärzt*innen einfühlen	Ersterhebung	n	46	20
		Durchschnitt	2.0	2.0
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	4.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	44	17
		Durchschnitt	1.6	1.9
		Median	1.5	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	1.6	3.0
		Median	2.0	3.0
		Minimum	1.0	3.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Maximum	2.0	3.0
	Folgerhebung 3	n	17	.
		Durchschnitt	1.5	.
		Median	1.0	.
		Minimum	1.0	.
		Maximum	3.0	.
Die Art, wie die Pflegekräfte mit uns Ärzt*innen umgehen, empfinde ich insgesamt als gut	Ersterhebung	n	47	22
		Durchschnitt	1.6	1.5
		Median	2.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 1	n	45	17
		Durchschnitt	1.3	1.3
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	1.4	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	17	.
	Durchschnitt	1.9	.	
	Median	2.0	.	
	Minimum	1.0	.	
	Maximum	3.0	.	
Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe organisiert werden, bin ich sehr zufrieden	Ersterhebung	n	47	22
		Durchschnitt	1.8	1.9
		Median	2.0	2.0
		Minimum	1.0	1.0
		Maximum	3.0	3.0
	Folgerhebung 1	n	45	17

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Durchschnitt		1.4	1.9
	Median		1.0	2.0
	Minimum		1.0	1.0
	Maximum		3.0	3.0
Folgerhebung 2	n		24	1
	Durchschnitt		1.5	3.0
	Median		1.0	3.0
	Minimum		1.0	3.0
	Maximum		2.0	3.0
Folgerhebung 3	n		17	.
	Durchschnitt		1.8	.
	Median		2.0	.
	Minimum		1.0	.
	Maximum		3.0	.

7.2.3 Subskala Zusammenarbeit Hausärzt*innen

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Von der Art, wie meine Kolleg*innen der Versorgungsgemeinschaft mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Ersterhebung	n	46	21
	Durchschnitt		2.2	2.5
	Median		2.0	3.0
	Minimum		1.0	1.0
	Maximum		4.0	4.0
	Folgerhebung 1	n	43	15
	Durchschnitt		2.1	2.4
	Median		2.0	2.0
	Minimum		1.0	1.0
	Maximum		4.0	4.0
	Folgerhebung 2	n	23	1
	Durchschnitt		1.6	3.0
	Median		2.0	3.0
	Minimum		1.0	3.0

		<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Maximum	2.0	3.0
Folgerhebung 3	n	17	.
	Durchschnitt	1.6	.
	Median	2.0	.
	Minimum	1.0	.
	Maximum	2.0	.

7.3 Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (Differenz)

Programm: t_07_statistiken_diff.sas

7.3.1 Subskala Konfliktfähigkeit

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung	Folgerhebung 1	n	42	10
		Durchschnitt	-0.3	-0.4
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	-0.2	1.0
		Median	0.0	1.0
		Minimum	-1.0	1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	16	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
	Minimum	-1.0	.	
	Maximum	1.0	.	
Konflikte sind nach meinem Empfinden sehr häufig	Folgerhebung 1	n	42	10
		Durchschnitt	0.3	0.2
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-3.0	0.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	-0.2	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	16	0
		Durchschnitt	-0.4	.
		Median	0.0	.

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	-2.0	.
		Maximum	0.0	.
Es herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden	Folgerhebung 1	n	42	10
		Durchschnitt	-0.4	-0.1
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-2.0	-1.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	-0.3	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	17	0
		Durchschnitt	0.1	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	2.0	.
Wenn Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden	Folgerhebung 1	n	41	10
		Durchschnitt	0.1	0.2
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-3.0	-1.0
		Maximum	3.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	23	1
		Durchschnitt	0.2	-1.0
		Median	0.0	-1.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	-1.0
	Folgerhebung 3	n	16	0
		Durchschnitt	-0.1	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	1.0	.

7.3.2 Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend	Folgeberhebung 1	n	42	10
		Durchschnitt	-0.5	-0.1
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-2.0	-1.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgeberhebung 2	n	23	1
		Durchschnitt	-0.4	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgeberhebung 3	n	17	0
		Durchschnitt	0.1	.
		Median	0.0	.
Minimum		-2.0	.	
Maximum		2.0	.	
Alles in allem sehe ich Ärzt*innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team	Folgeberhebung 1	n	42	10
		Durchschnitt	-0.3	-0.2
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgeberhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	-0.5	1.0
		Median	-0.5	1.0
		Minimum	-1.0	1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgeberhebung 3	n	17	0
		Durchschnitt	0.1	.
		Median	0.0	.
Minimum		-1.0	.	
Maximum		2.0	.	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, jeweils die Situation der Bewohner*innen richtig einschätzen zu können	Folgerhebung 1	n	42	10
		Durchschnitt	-0.5	-0.2
		Median	-0.5	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	-0.6	0.0
		Median	-1.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	16	0
		Durchschnitt	-0.3	.
		Median	0.0	.
	Minimum	-1.0	.	
	Maximum	0.0	.	
Ich traue den verantwortlichen Pflegekräften zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen	Folgerhebung 1	n	41	10
		Durchschnitt	-0.3	-0.1
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	-0.7	0.0
		Median	-1.0	0.0
		Minimum	-2.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	17	0
		Durchschnitt	-0.4	.
		Median	0.0	.
	Minimum	-1.0	.	
	Maximum	0.0	.	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Es besteht die Notwendigkeit, die Durchführung meiner Anordnungen laufend zu kontrollieren	Folgerhebung 1	n	42	10
		Durchschnitt	0.6	0.4
		Median	1.0	0.5
		Minimum	-2.0	-1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	0.5	1.0
		Median	1.0	1.0
		Minimum	-1.0	1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	17	0
		Durchschnitt	0.4	.
		Median	0.0	.
Minimum		-2.0	.	
Maximum		2.0	.	
Ich traue den meisten Pflegekräften zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können	Folgerhebung 1	n	41	10
		Durchschnitt	-0.3	-0.1
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	15	1
		Durchschnitt	-0.3	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	4	0
		Durchschnitt	-0.3	.
		Median	0.0	.
Minimum		-1.0	.	
Maximum		0.0	.	
Von der Art, wie Pflegekräfte mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Folgerhebung 1	n	40	8
		Durchschnitt	-0.3	0.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgeberhebung 2	n	22	1
		Durchschnitt	-0.6	1.0
		Median	-1.0	1.0
		Minimum	-1.0	1.0
		Maximum	0.0	1.0
	Folgeberhebung 3	n	16	0
		Durchschnitt	-0.3	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	1.0	.
Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften in den Pflegeeinrichtungen ist im Allgemeinen sehr gut	Folgeberhebung 1	n	41	10
		Durchschnitt	-0.4	-0.1
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgeberhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	-0.3	1.0
		Median	0.0	1.0
		Minimum	-1.0	1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgeberhebung 3	n	17	0
		Durchschnitt	0.6	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	2.0	.
Die Pflegekräfte können sich in die Probleme der Ärzt*innen einfühlen	Folgeberhebung 1	n	39	9
		Durchschnitt	-0.6	0.1
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-2.0	-1.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	23	1
		Durchschnitt	-0.7	1.0
		Median	0.0	1.0
		Minimum	-2.0	1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	16	0
		Durchschnitt	-0.4	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	1.0	.
Die Art, wie die Pflegekräfte mit uns Ärzt*innen umgehen, empfinde ich insgesamt als gut	Folgerhebung 1	n	41	10
		Durchschnitt	-0.3	-0.2
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	24	1
		Durchschnitt	-0.3	0.0
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	1.0	0.0
	Folgerhebung 3	n	17	0
		Durchschnitt	0.5	.
		Median	0.0	.
	Minimum	-1.0	.	
	Maximum	2.0	.	
Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe organisiert werden, bin ich sehr zufrieden	Folgerhebung 1	n	41	10
		Durchschnitt	-0.5	-0.1
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-2.0	-1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	24	1

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Durchschnitt	-0.4	1.0
		Median	0.0	1.0
		Minimum	-1.0	1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 3	n	17	0
		Durchschnitt	0.1	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	2.0	.

7.3.3 Subskala Zusammenarbeit Hausärzt*innen

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Von der Art, wie meine Kolleg*innen der Versorgungsgemeinschaft mit den Bewohner*innen umgehen, kann ich viel lernen	Folgerhebung 1	n	39	8
		Durchschnitt	-0.2	-0.3
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	2.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	23	1
		Durchschnitt	-0.4	-1.0
		Median	-1.0	-1.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	-1.0
	Folgerhebung 3	n	16	0
		Durchschnitt	-0.5	.
		Median	-0.5	.
	Minimum	-2.0	.	
	Maximum	1.0	.	

7.4 Statistiken Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Vergleich Pflegeeinrichtungen und Hausarztpraxen (t0, t1, t2, t3)

Programm: t_07_statistiken_diff_PEHA.sas

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung	Ersterhebung	n	10	10
		Durchschnitt	0.3	0.5
		Median	0.0	0.5
		Minimum	-0.5	-1.0
		Maximum	1.0	1.5
	Folgeerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	0.4	0.3
		Median	0.0	0.0
		Minimum	0.0	0.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgeerhebung 2	n	5	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	0.0	.
	Folgeerhebung 3	n	3	.
Durchschnitt		0.0	.	
Median		0.0	.	
Minimum		0.0	.	
Maximum		0.0	.	
Konflikte sind nach meinem Empfinden sehr häufig	Ersterhebung	n	10	10
		Durchschnitt	-0.7	-1.1
		Median	-1.0	-1.0
		Minimum	-2.0	-3.0
		Maximum	1.0	0.5
	Folgeerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	-0.6	-0.6
		Median	0.0	-1.0

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	-2.0	-1.0
		Maximum	0.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	5	0
		Durchschnitt	0.6	.
		Median	1.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	1.0	.
	Folgerhebung 3	n	3	.
		Durchschnitt	0.8	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	2.5	.
Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend	Ersterhebung	n	10	10
		Durchschnitt	0.4	0.5
		Median	0.3	0.0
		Minimum	-1.0	0.0
		Maximum	2.0	2.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	0.3	-0.3
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.5	0.0
	Folgerhebung 2	n	5	0
		Durchschnitt	-0.1	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-0.5	.
		Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 3	n	3	.
	Durchschnitt	-0.3	.	
	Median	0.0	.	
	Minimum	-1.0	.	
	Maximum	0.0	.	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Es herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden	Ersterhebung	n	10	10
		Durchschnitt	0.3	0.2
		Median	0.8	0.0
		Minimum	-1.0	-1.0
		Maximum	1.0	2.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	0.7	0.2
		Median	1.0	0.0
		Minimum	0.0	-1.0
		Maximum	1.5	2.0
	Folgerhebung 2	n	5	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	1.0	.
	Folgerhebung 3	n	3	.
Durchschnitt		0.3	.	
Median		0.0	.	
Minimum		0.0	.	
Maximum		1.0	.	
Wenn Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden	Ersterhebung	n	10	10
		Durchschnitt	-0.4	-0.9
		Median	-0.5	-1.3
		Minimum	-2.0	-2.5
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	-0.3	-0.2
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-2.5	-1.0
		Maximum	1.0	1.0
	Folgerhebung 2	n	5	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
		Minimum	0.0	.
		Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 3	n	3	.
		Durchschnitt	-0.3	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	0.0	.
Alles in allem sehe ich Ärzt*innen und Pflegekräfte in unserer Pflegeeinrichtung als ein gutes Team	Ersterhebung	n	10	10
		Durchschnitt	0.4	0.2
		Median	0.0	0.3
		Minimum	-0.5	-1.0
		Maximum	2.0	1.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	0.5	0.1
		Median	1.0	0.0
		Minimum	-1.0	-0.5
		Maximum	1.5	1.0
	Folgerhebung 2	n	5	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 3	n	3	.
		Durchschnitt	0.3	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	1.0	.
Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften (bzw. Ärzt*innen) in den Pflegeeinrichtungen ist im Allgemeinen sehr gut	Ersterhebung	n	10	10
		Durchschnitt	0.4	0.2
		Median	0.8	0.3
		Minimum	-1.0	-2.0
		Maximum	1.0	1.5

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	0.5	0.2
		Median	0.5	0.0
		Minimum	-0.5	-0.5
		Maximum	1.5	1.0
	Folgerhebung 2	n	5	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	0.0	.
		Maximum	0.0	.
	Folgerhebung 3	n	3	.
		Durchschnitt	-0.7	.
		Median	-1.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	0.0	.
Die Pflegekräfte (bzw. Ärzt*innen) können sich in die Probleme der Ärzt*innen (bzw. Pflegekräfte) einfühlen	Ersterhebung	n	10	10
		Durchschnitt	0.0	0.3
		Median	0.0	0.0
		Minimum	-2.0	-1.0
		Maximum	1.0	2.0
	Folgerhebung 1	n	12	5
		Durchschnitt	0.8	-0.3
		Median	1.0	0.0
		Minimum	-0.5	-1.0
		Maximum	2.0	0.0
	Folgerhebung 2	n	5	0
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.
		Minimum	-1.0	.
		Maximum	1.0	.
	Folgerhebung 3	n	3	.
		Durchschnitt	0.0	.
		Median	0.0	.

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>	
			Minimum	-1.0	.
			Maximum	1.0	.
Die Art, wie die Pflegekräfte (bzw. Ärzt*innen) mit uns Ärzt*innen (bzw. Pflegekräften) umgehen, empfinde ich insgesamt als gut	Ersterhebung	n	10	10	
		Durchschnitt	0.5	0.4	
		Median	1.0	0.5	
		Minimum	-1.0	-1.0	
		Maximum	1.5	1.5	
	Folgeerhebung 1	n	12	5	
		Durchschnitt	0.5	0.3	
		Median	0.5	0.0	
		Minimum	0.0	-0.5	
		Maximum	1.5	1.0	
	Folgeerhebung 2	n	5	0	
		Durchschnitt	0.0	.	
		Median	0.0	.	
		Minimum	0.0	.	
Maximum		0.0	.		
Folgeerhebung 3	n	3	.		
	Durchschnitt	0.3	.		
	Median	1.0	.		
	Minimum	-1.0	.		
	Maximum	1.0	.		
Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe organisiert werden, bin ich sehr zufrieden	Ersterhebung	n	10	10	
		Durchschnitt	0.0	-0.1	
		Median	0.0	0.0	
		Minimum	-1.0	-1.0	
		Maximum	1.0	1.0	
	Folgeerhebung 1	n	12	5	
		Durchschnitt	0.3	-0.6	
		Median	0.0	-0.5	
		Minimum	-0.5	-1.0	
		Maximum	1.0	0.0	

			<i>Intervention</i>	<i>Kontrolle</i>
Folgerhebung 2	n	5	0	
	Durchschnitt	0.3	.	.
	Median	0.0	.	.
	Minimum	0.0	.	.
	Maximum	1.0	.	.
Folgerhebung 3	n	3	.	.
	Durchschnitt	0.0	.	.
	Median	0.0	.	.
	Minimum	-1.0	.	.
	Maximum	1.0	.	.

Anhang 3 zum Bericht SaarPHIR

**über die Auswertung der sekundären Endpunkte anhand der Primär-
daten zu Struktur- und Prozessqualität**

11.10.2022	Final 1.0	First final version

Prof. Dr. Iris Burkholder
Prof. Dr. Dagmar Renaud
Marion Al-Qadi (M.Eval)
Sabine Bunjes-Schmieger (M.Eval)

Hochschule für Technik und Wirtschaft (htw saar)
Department Gesundheit und Pflege
Goebenstr. 40
66117 Saarbrücken

Inhaltsverzeichnis

2	Interventionsstand	6
2.1	Balkendiagramm Rufbereitschaft	6
2.1.1	Innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten	6
2.1.2	tagsüber außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten	7
2.1.3	Abends bis 21 Uhr	8
2.1.4	am Wochenende/ an Feiertagen	9
2.2	Boxplot Organisation der ärztlichen Visiten	10
2.2.1	Woche, Tag und ungefähre Uhrzeit im Voraus bekannt	10
2.2.2	Woche und Tage im Voraus bekannt	11
2.2.3	nur Kalenderwoche im Voraus bekannt	12
2.2.4	Zeitpunkt im Voraus nicht bekannt	13
2.2.5	Visite nur auf gesonderte Aufforderung (von 10 Visiten)	14
2.3	Boxplots und Balkendiagramme Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen	15
2.3.1	Übermittlung schriftlich/papierbasiert	15
2.3.2	Übermittlung mündlich	16
2.3.3	Übermittlung Fax, Telekommunikation oder IT	17
2.3.4	Übermittlung über dritte Personen	18
2.3.5	Übermittlung elektronisch	19
2.3.6	sonstige Übermittlungswege	20
2.3.7	Zugang Information - Pflegekräfte	21
2.3.8	Zugang Information - Ärzt*innen der Versorgungsgemeinschaft	22
2.3.9	Zugang Information - Fachärzt*innen	23
2.3.10	Zugang Information - therapeutische Berufe	24
2.3.11	Zugang Information - sonstige Berufe	25
2.3.12	Informationsweitergabe - Pflegekräfte zu Ärzt*innen	26
2.3.13	Informationsweitergabe - Ärzt*innen zu Pflegekräften	27
2.4	Boxplots und Balkendiagramme gemeinsame Versorgungsplanung	28
2.4.1	Es werden Assessments durchgeführt	28

2.4.2	Teamsitzung - fand nicht statt.....	29
2.4.3	Behandlungspfad - Diabetes mellitus.....	30
2.4.4	Behandlungspfad - Schmerz.....	31
2.4.5	Behandlungspfad - Mangelernährung.....	32
2.4.6	Behandlungspfad - Ernährung am Lebensende.....	33
2.4.7	Behandlungspfad - Wundversorgung.....	34
2.4.8	Behandlungspfad - Sturz.....	35
2.4.9	Anteil an Bewohner*innen mit ACP.....	36
2.4.10	Es fanden keine Fortbildungen statt.....	37
2.4.11	Fortbildungen - Mobilisation.....	38
2.4.12	Fortbildungen - Schmerz.....	39
2.4.13	Fortbildungen - Ernährung.....	40
2.4.14	Fortbildungen - Inkontinenzversorgung.....	41
2.4.15	Fortbildungen - Sonstige.....	42
2.5	Boxplots und Balkendiagramme Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen.....	43
2.5.1	Absprachen zwischen Hausärzt*innen.....	43
2.5.2	Mitversorgung durch Hausärzt*innen.....	44
2.5.3	Versorgungsnetzwerk Diabetes mellitus.....	45
2.5.4	Versorgungsnetzwerk Demenz.....	46
2.5.5	Versorgungsnetzwerk Hospiz- und Palliativversorgung.....	47
2.5.6	Versorgungsnetzwerk Geriatrie.....	48
2.5.7	Versorgungsnetzwerk Wundmanagement.....	49
2.5.8	Versorgungsnetzwerk Schmerz.....	50
2.5.9	sonstige Versorgungsnetzwerke.....	51
2.6	Boxplots und Balkendiagramme Einschätzung der Pflegeeinrichtung zur Projektumsetzung.....	52
2.6.1	Vertragliche Vereinbarung mit Ärzt*innen.....	52
2.6.2	Anzahl GKV-versicherte Bewohner*innen.....	53
2.6.3	Bewohner*innen in SaarPHIR.....	54
2.6.4	Anteil Bewohner*innen in SaarPHIR.....	55
2.6.5	Feste Ansprechperson verfügbar?.....	56
2.6.6	Gab es einen Wechsel?.....	57
2.6.7	Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Ist-Zustand.....	58

2.6.8	Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Soll-Zustand.....	59
2.6.9	Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand....	60
2.6.10	Wurde eine Stellvertretung benannt?.....	61
2.6.11	Umsetzung - Erreichbarkeit der Versorgergemeinschaft.....	62
2.6.12	Umsetzung - Vertretung.....	63
2.6.13	Umsetzung - Dienstplan	64
2.6.14	Umsetzung - Teambesprechungen.....	65
2.6.15	Umsetzung - Vorwochenendvisite.....	66
2.6.16	Umsetzung - Visite nach Entlassung aus Krankenhaus	67
2.6.17	Umsetzung - Behandlungsprozesse	68
2.6.18	Umsetzung - ACP	69
2.6.19	Häufigkeit Nutzung Handbuch	70
2.6.20	Nutzung Handbuch hilfreich.....	71
2.6.21	Verbesserung der Prozesse	72
2.6.22	Erleichterung der Prozesse.....	73
2.7	Boxplots und Balkendiagramme Einschätzung der Versorgergemeinschaft zur Projektumsetzung	74
2.7.1	Anzahl Hausärzt*innen in Versorgergemeinschaft.....	74
2.7.2	Bewohner*innen in SaarPHIR.....	75
2.7.3	Betreuungsquote in SaarPHIR.....	76
2.7.4	Feste Ansprechperson verfügbar?.....	77
2.7.5	Gab es einen Wechsel?.....	78
2.7.6	Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Ist-Zustand	79
2.7.7	Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Soll-Zustand.....	80
2.7.8	Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand....	81
2.7.9	Häufigkeit Nutzung Handbuch	82
2.7.10	Nutzung Handbuch hilfreich.....	83
2.7.11	Verbesserung der Prozesse	84
2.7.12	Erleichterung der Prozesse.....	85
3	Wöchentliche Dokumentation.....	86
3.1	Zeitlicher Verlauf Bewohner*innen- und Teilnehmer*innenzahlen.....	86
3.1.1	Anzahl Bewohner*innen	86
3.1.2	Anzahl Bewohner*innen in SaarPHIR.....	90

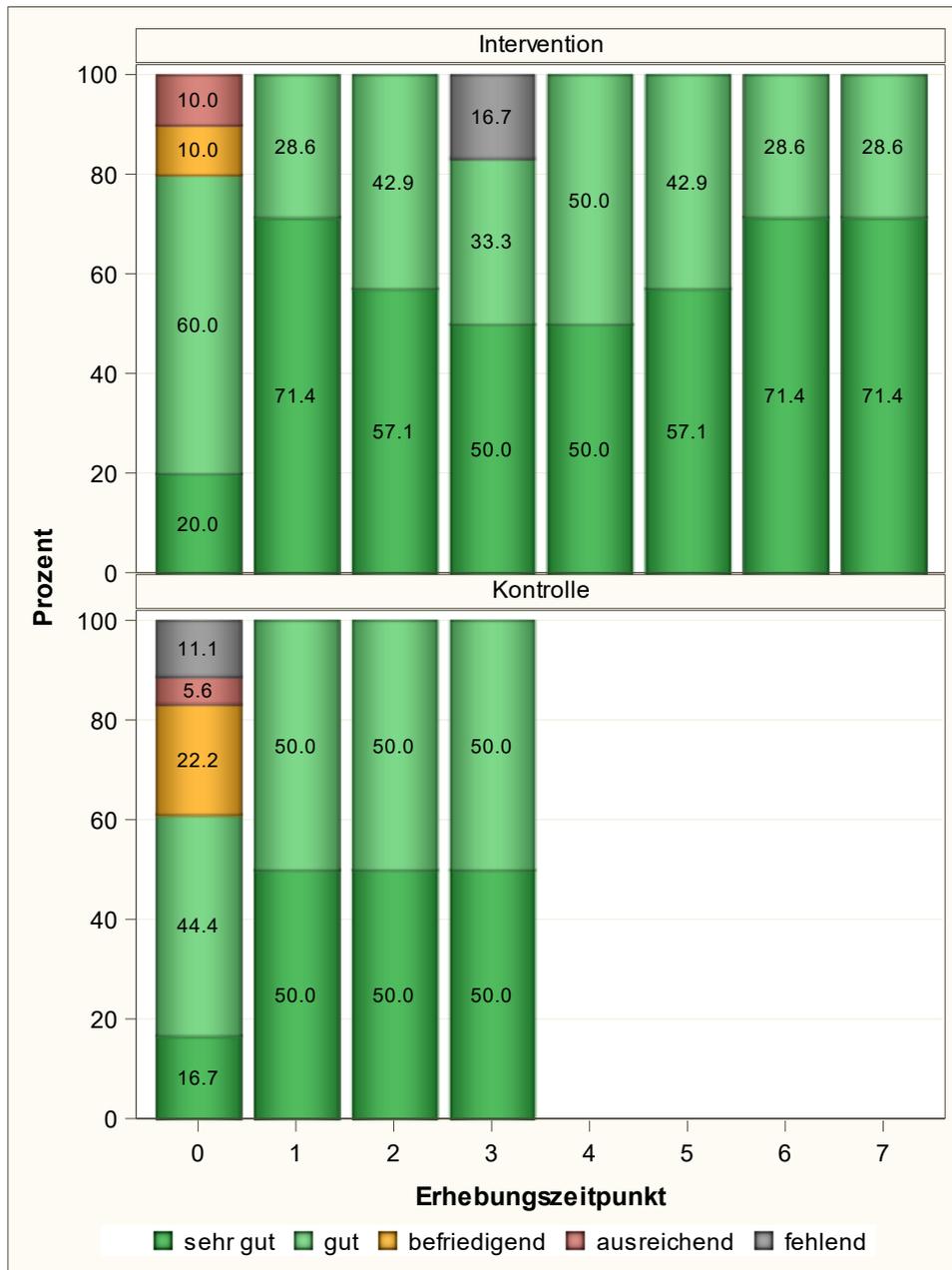
3.1.3	Teilnahmequote von Bewohner*innen an SaarPHIR.....	94
3.2	Zeitlicher Verlauf besuchter Bewohner*innen in Vorwochenendvisiten	98
3.3	Zeitlicher Verlauf Eigenschaften Vorwochenendvisiten.....	105
3.3.1	Visiten mit Liste der Bewohner*innen	105
3.3.2	Visiten mit behandlungsrelevanten Informationen.....	112
3.3.3	Visiten mit Begleitung der zuständigen Pflegekraft	119
4	Strukturen der Ärzt*innen	126
4.1	Informationen der standardisierten Checkliste	126
6	Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen.....	127
6.1	Likertgraph für Qualität und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (t0, t1, t2, t3).....	127
6.1.1	Subskala Konfliktfähigkeit.....	127
6.1.2	Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung	129
6.1.3	Subskala Zusammenarbeit intern	136
7	Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen 137	
7.1	Likertgraph für Qualität und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (t0, t1, t2, t3)	137
7.1.1	Subskala Konfliktfähigkeit.....	137
7.1.2	Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung	139
7.1.3	Subskala Zusammenarbeit Hausärzt*innen	150

2 Interventionsstand

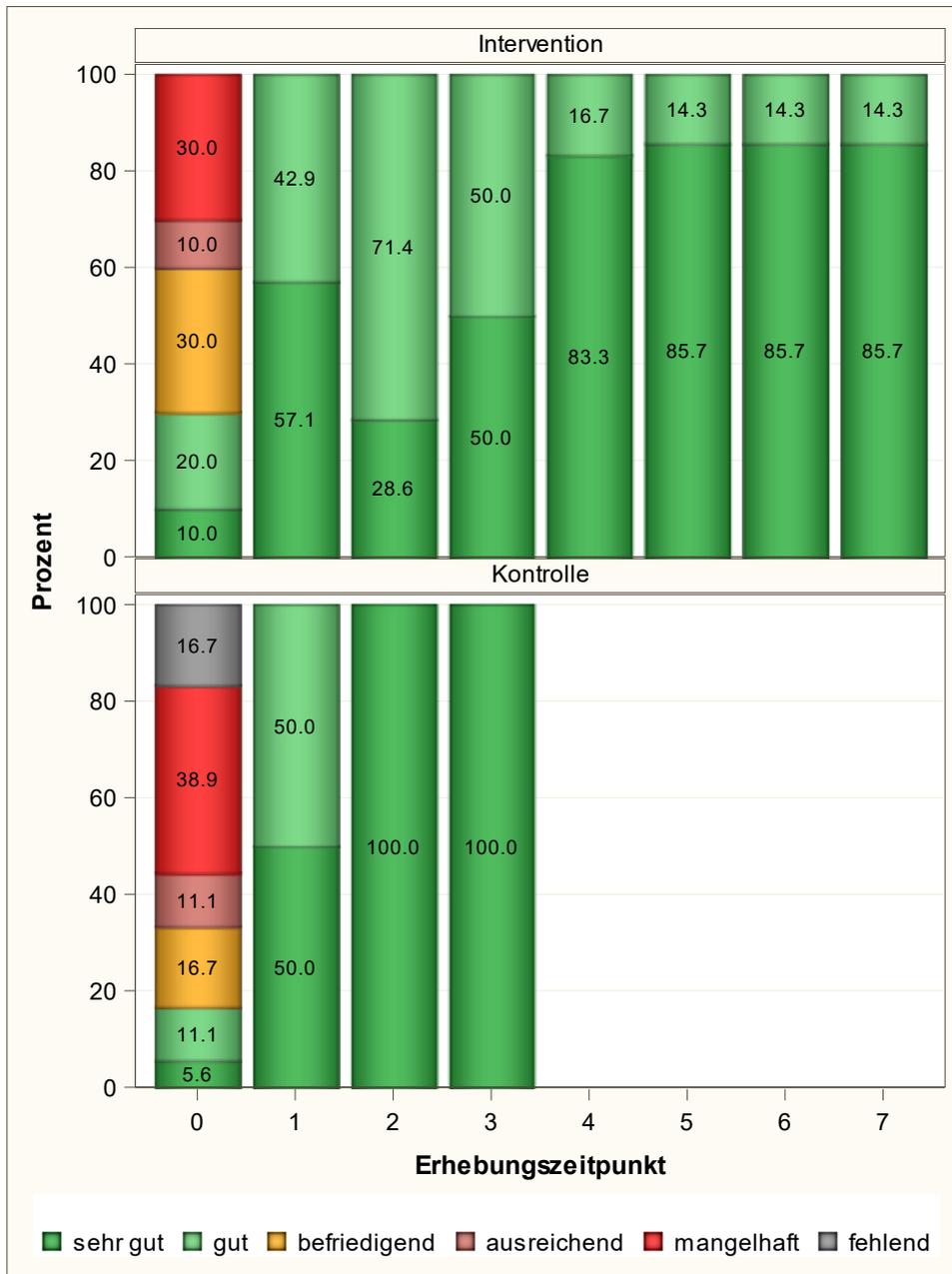
2.1 Balkendiagramm Rufbereitschaft

Programm: f_02_barplot_rufbereitschaft.sas

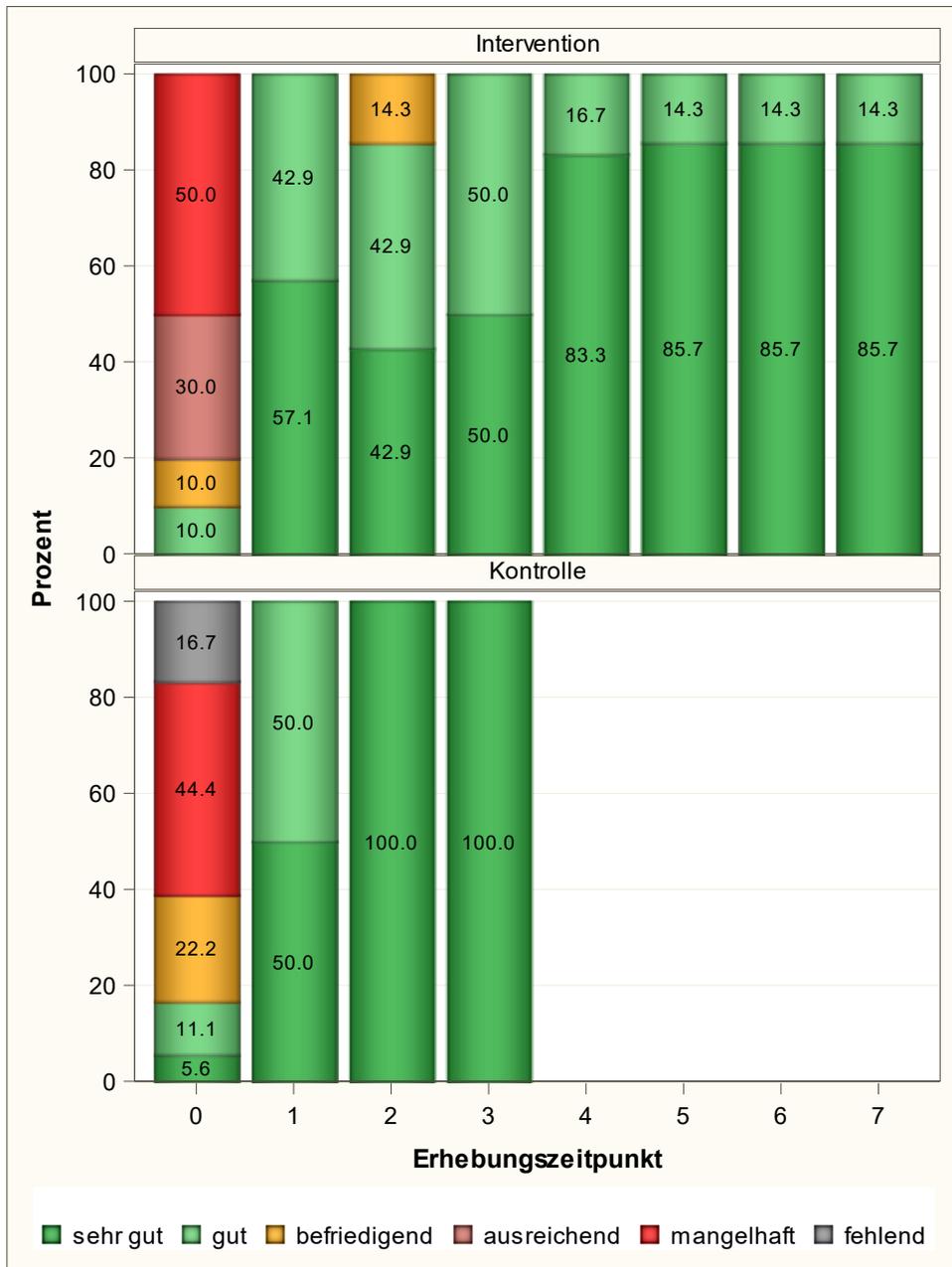
2.1.1 Innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten



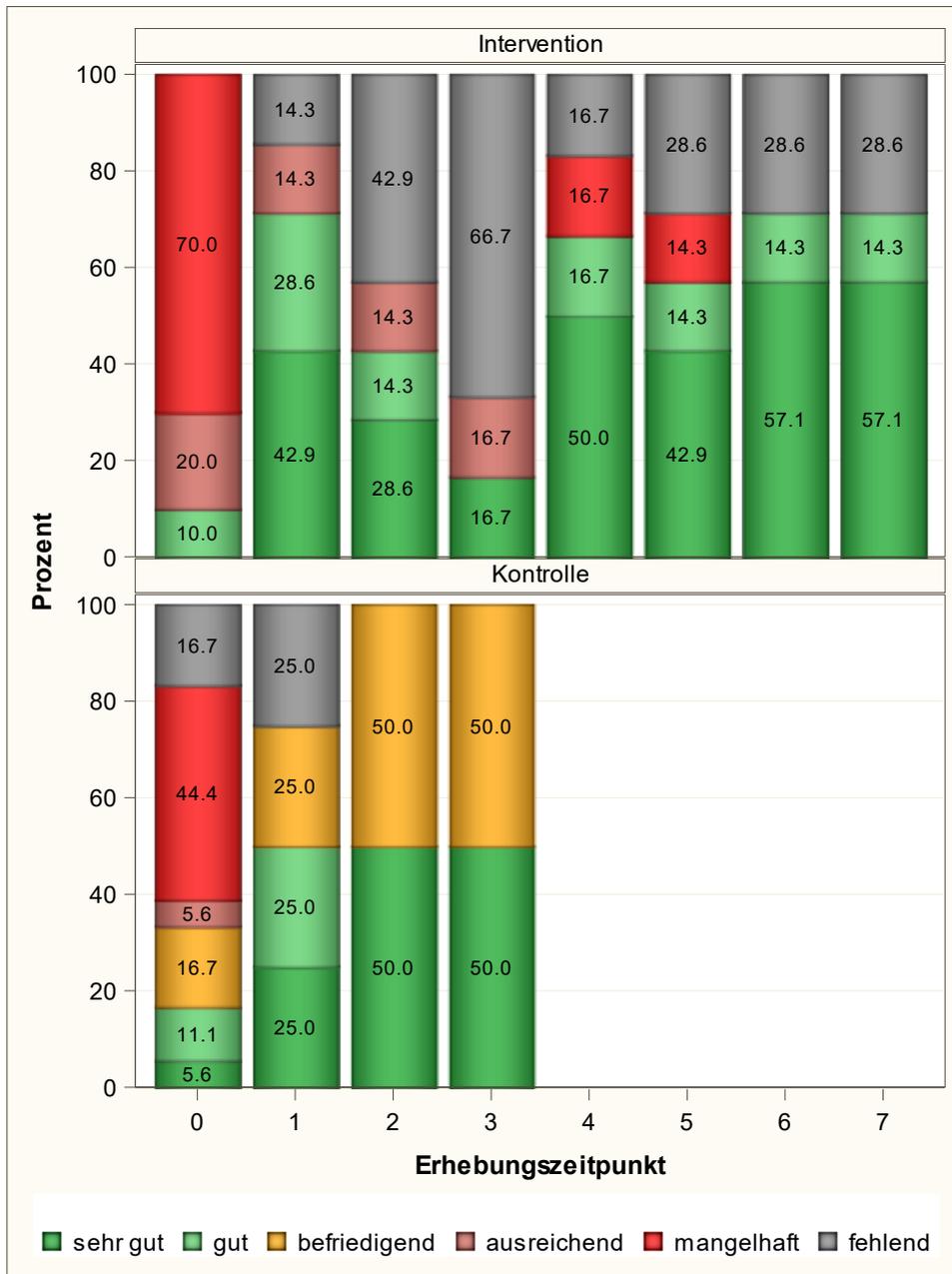
2.1.2 tagsüber außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten



2.1.3 Abends bis 21 Uhr



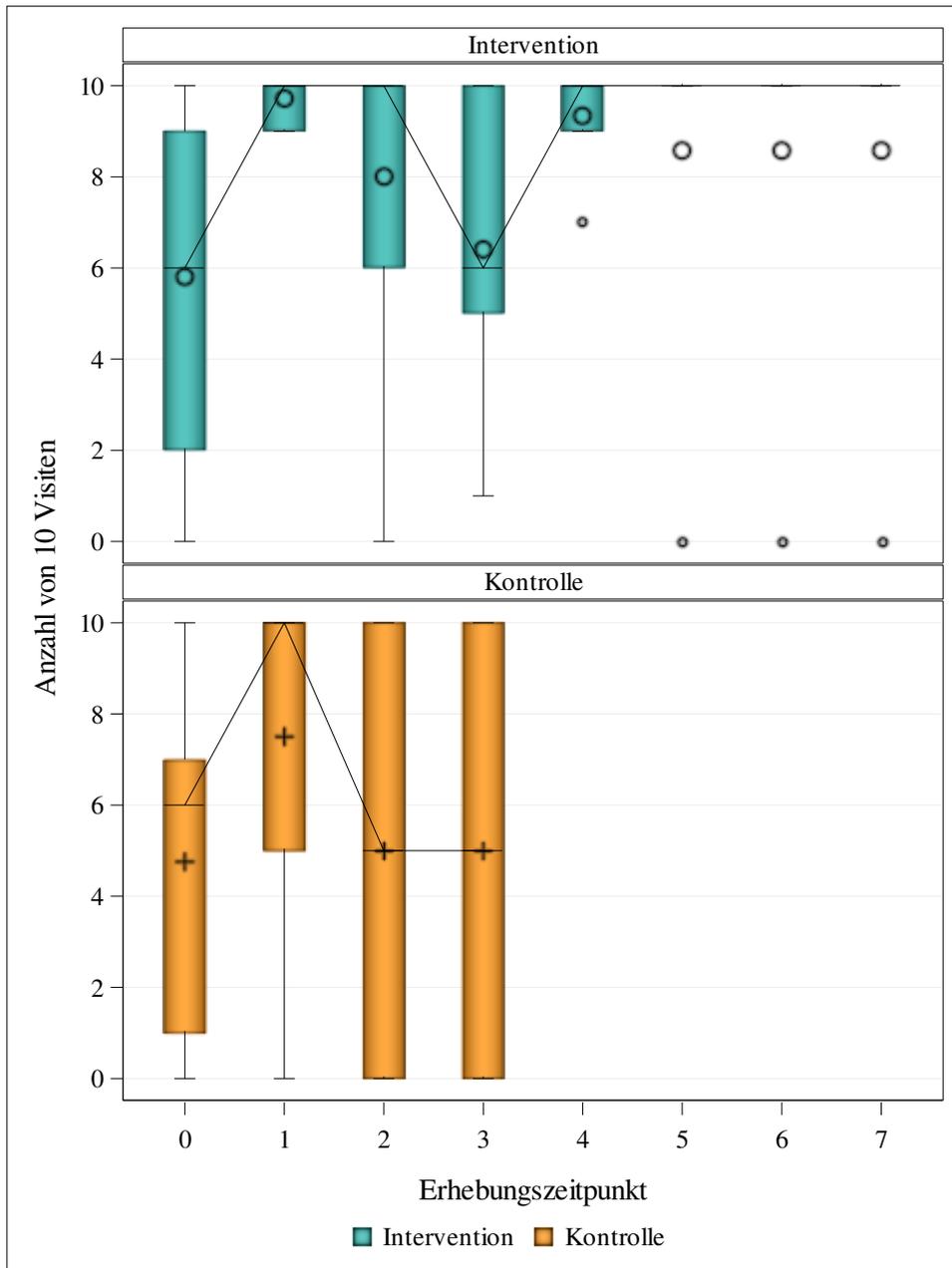
2.1.4 am Wochenende/ an Feiertagen



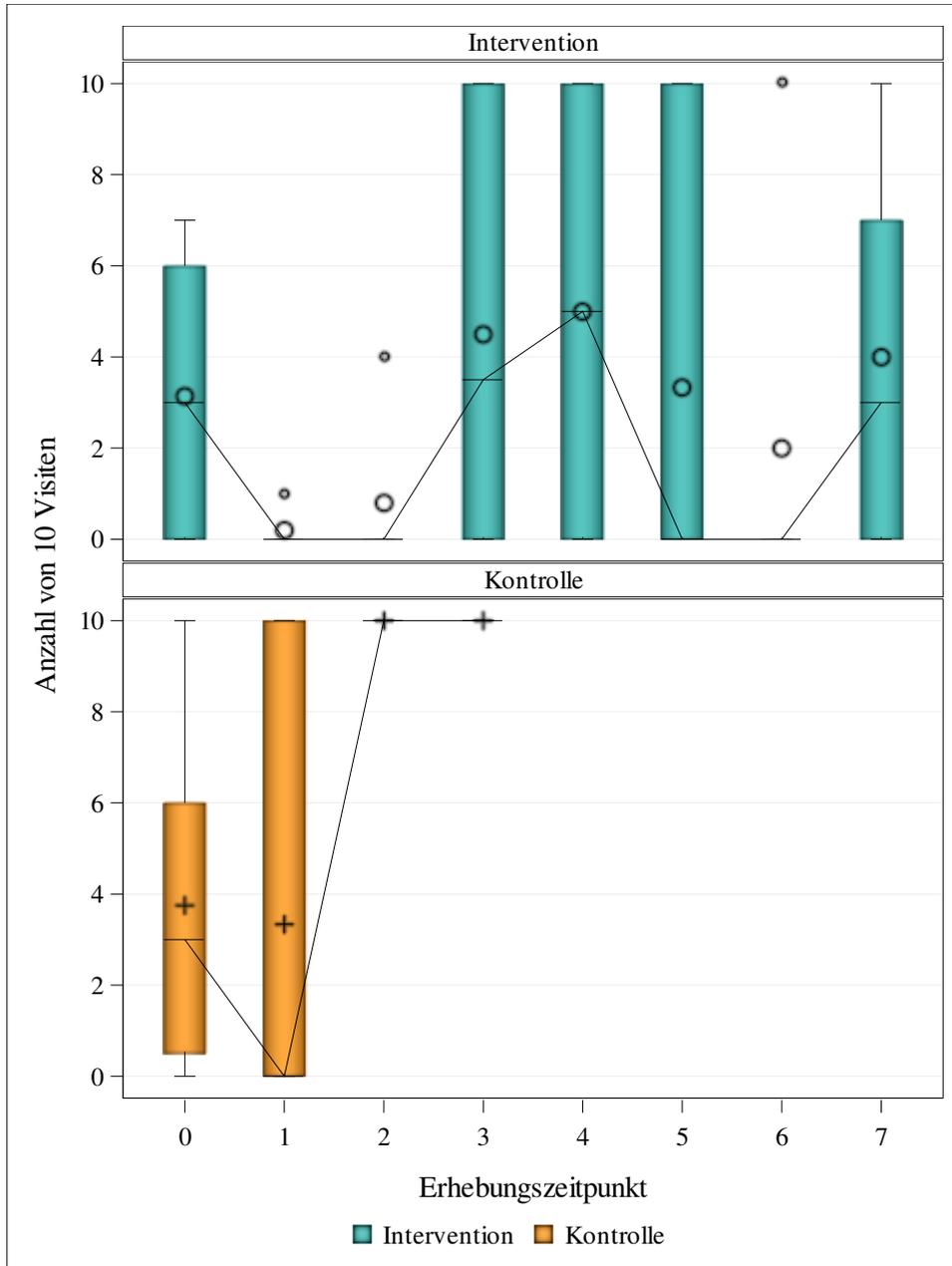
2.2 Boxplot Organisation der ärztlichen Visiten

Programm: f_02_boxplot_organisation_visiten.sas

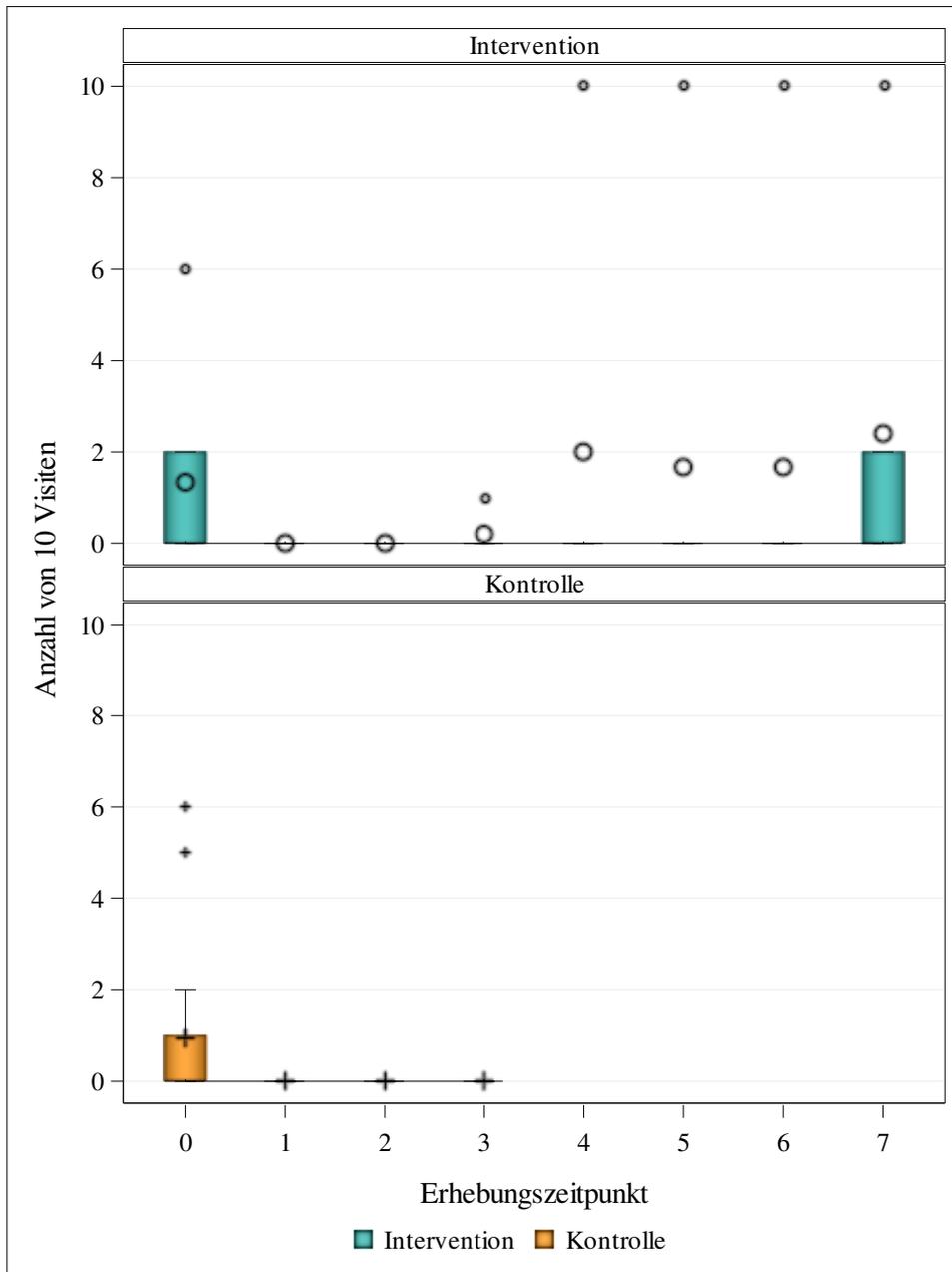
2.2.1 Woche, Tag und ungefähre Uhrzeit im Voraus bekannt



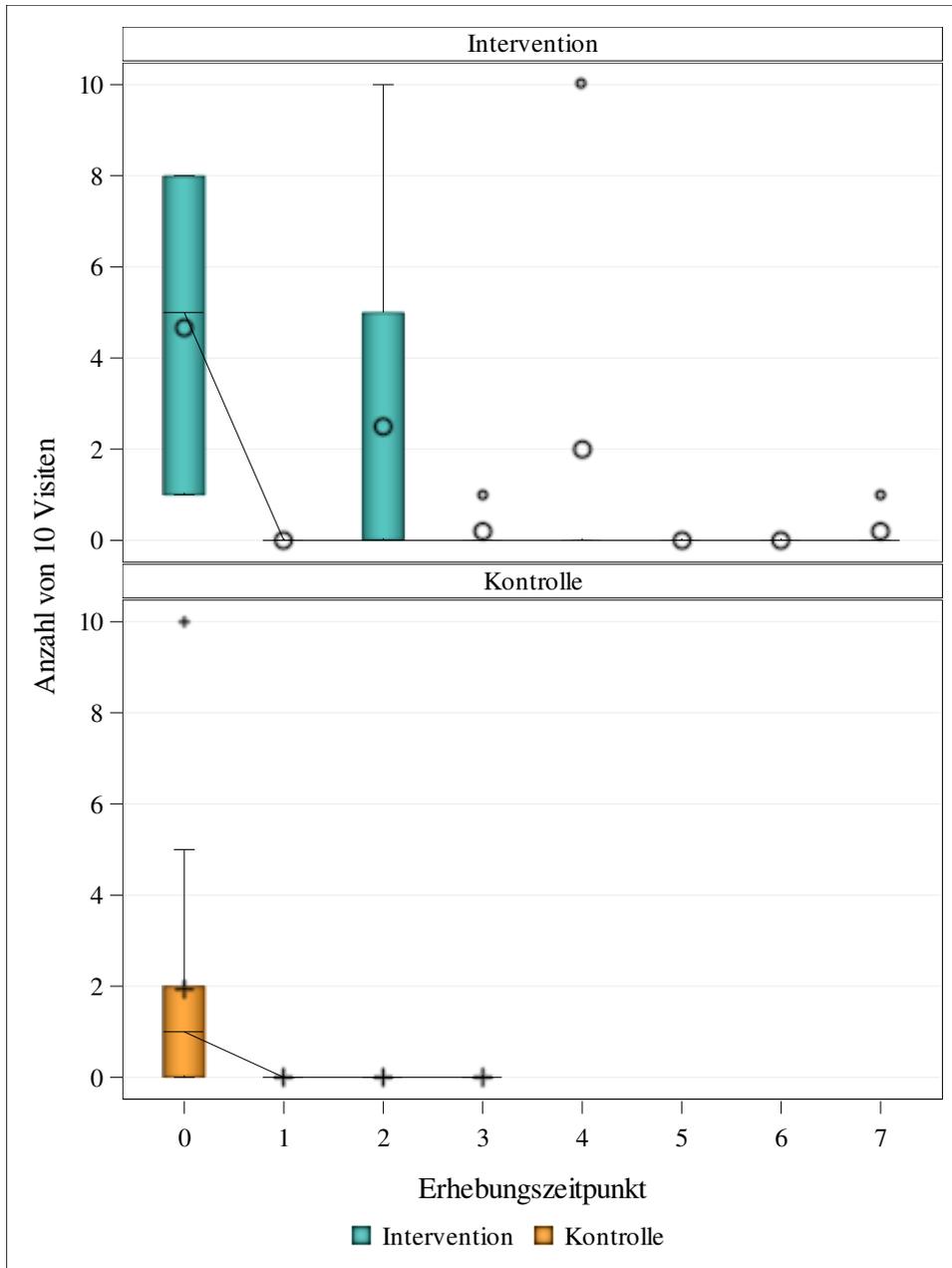
2.2.2 Woche und Tage im Voraus bekannt



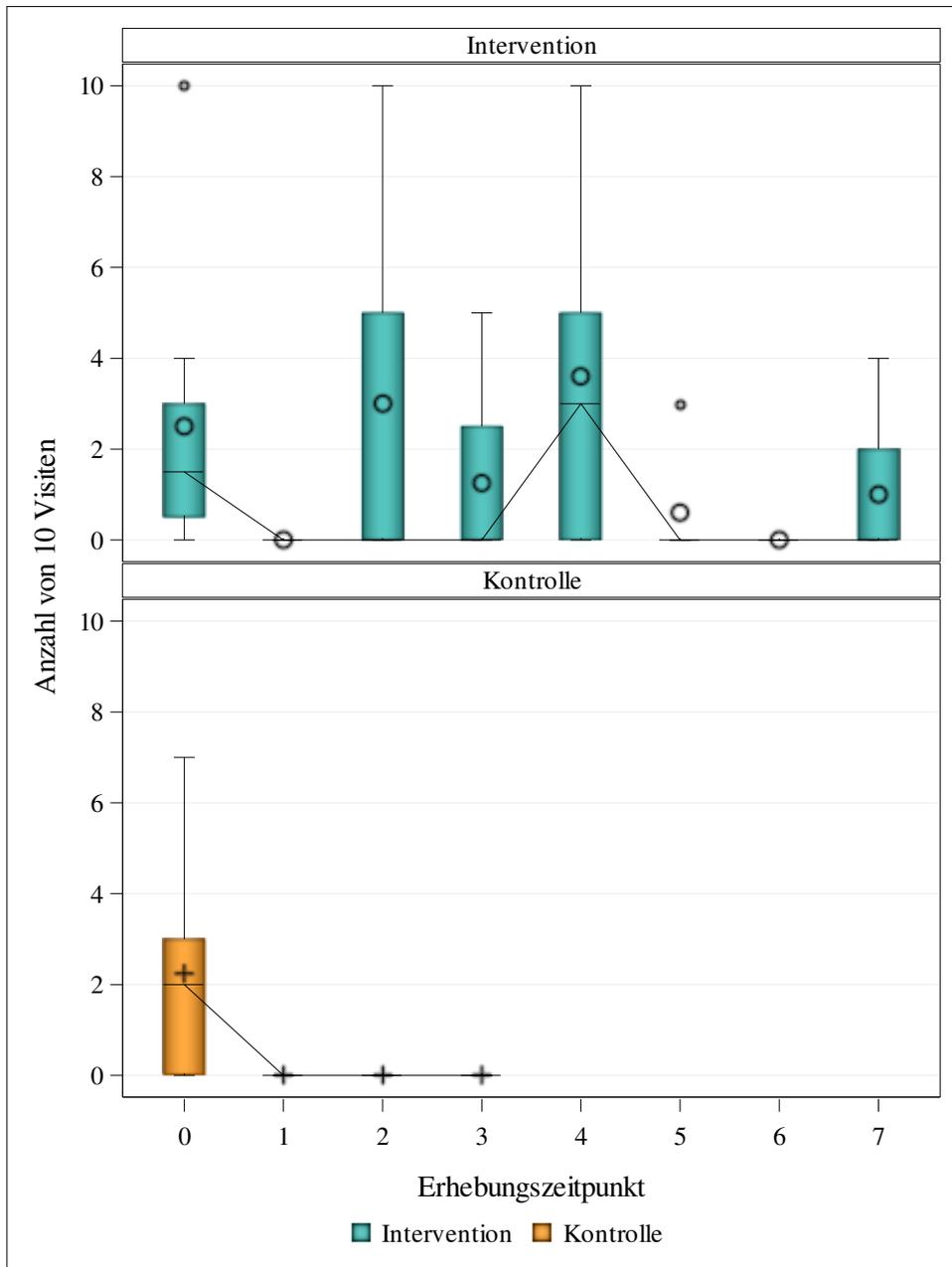
2.2.3 nur Kalenderwoche im Voraus bekannt



2.2.4 Zeitpunkt im Voraus nicht bekannt



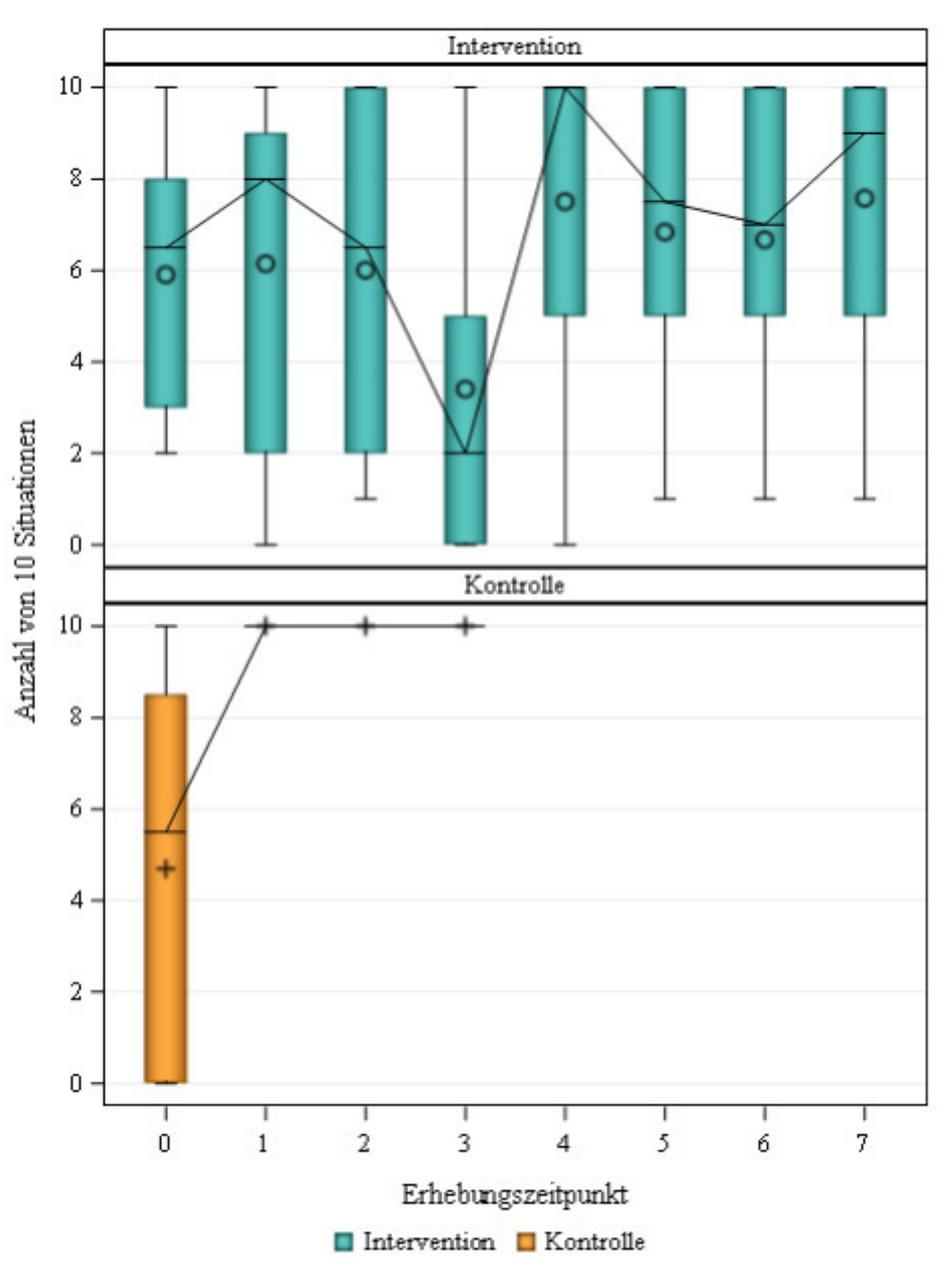
2.2.5 Visite nur auf gesonderte Aufforderung (von 10 Visiten)



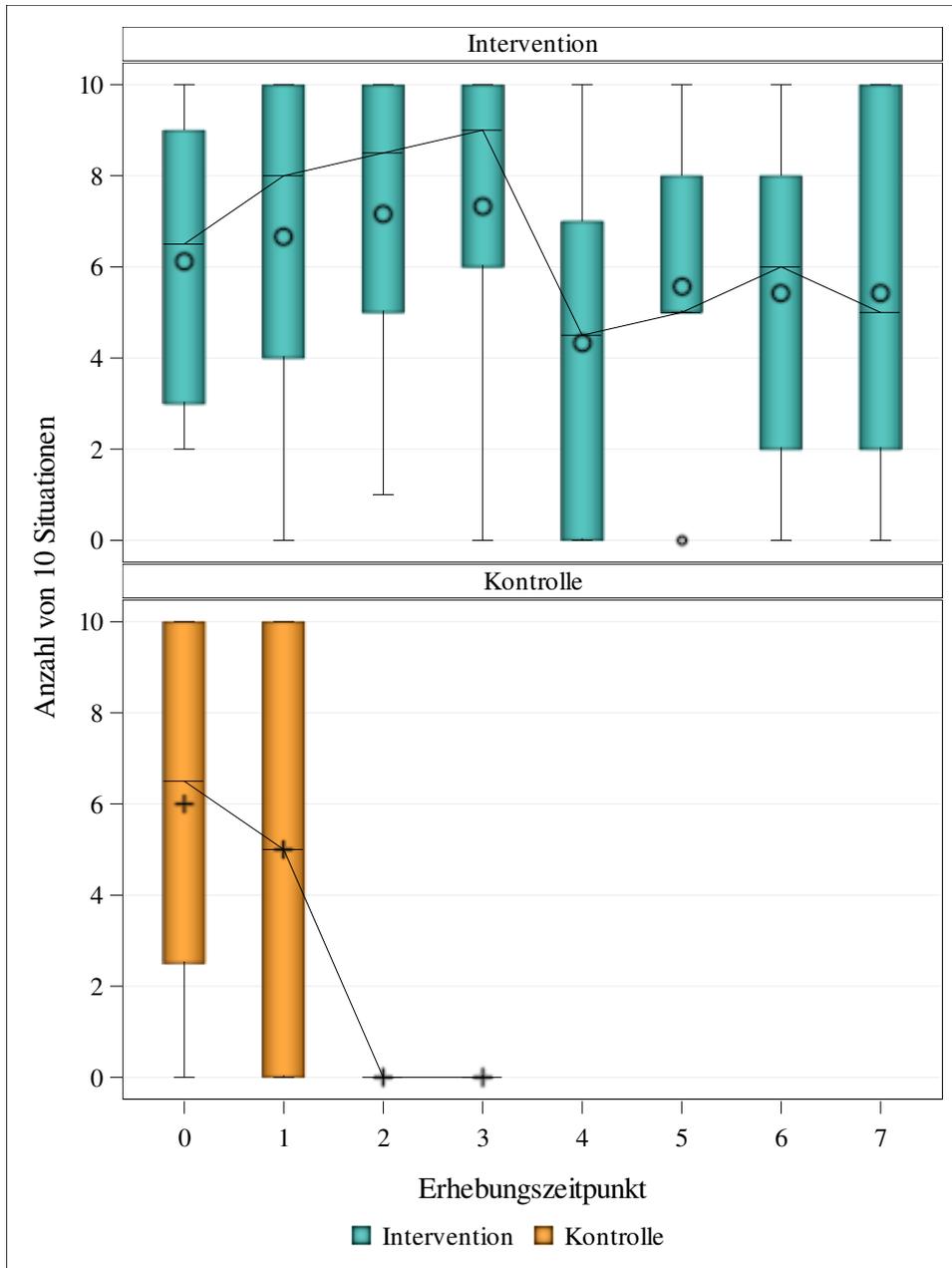
2.3 Boxplots und Balkendiagramme Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen

Programm: f_02_plots_information.sas

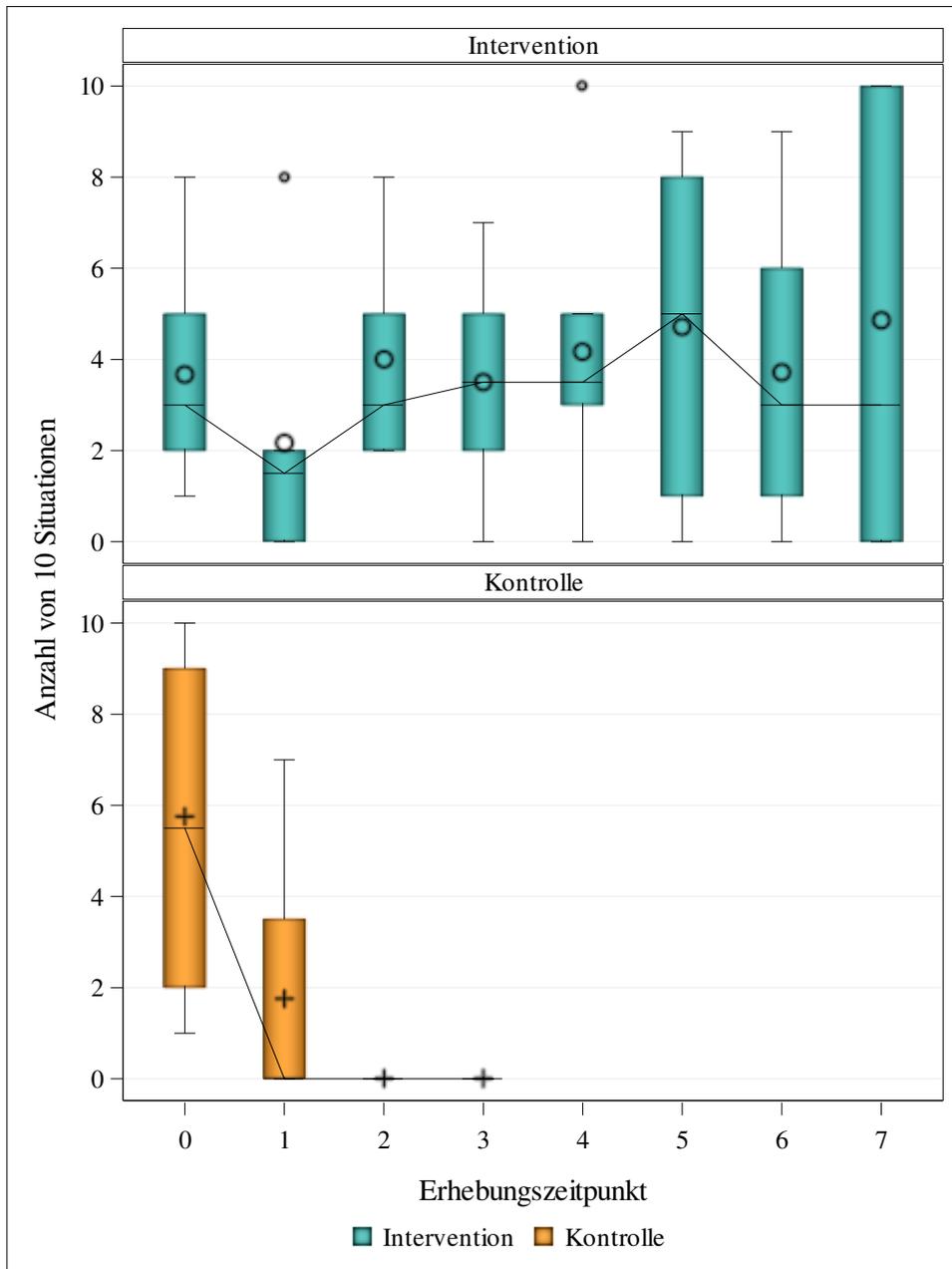
2.3.1 Übermittlung schriftlich/papierbasiert



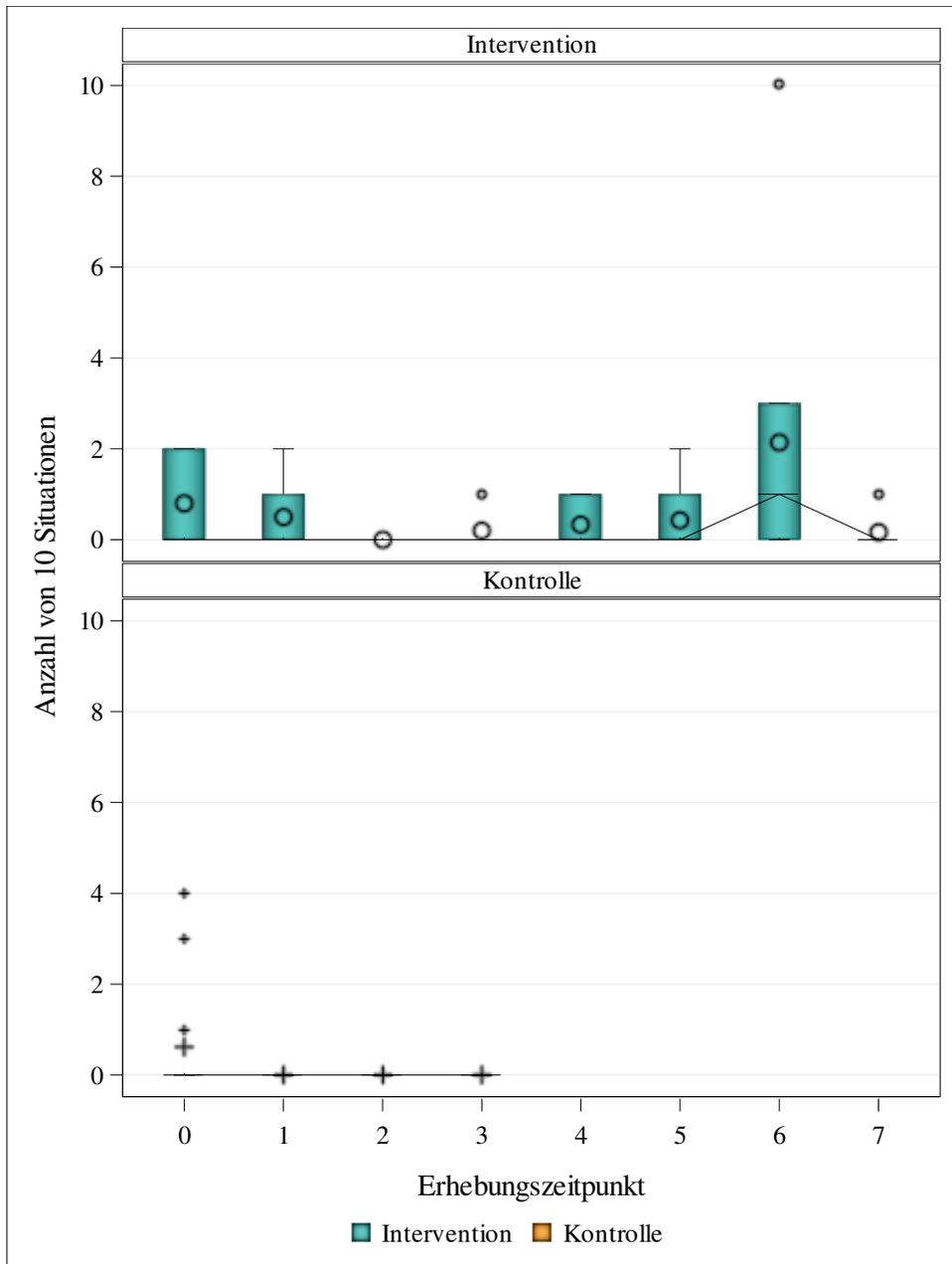
2.3.2 Übermittlung mündlich



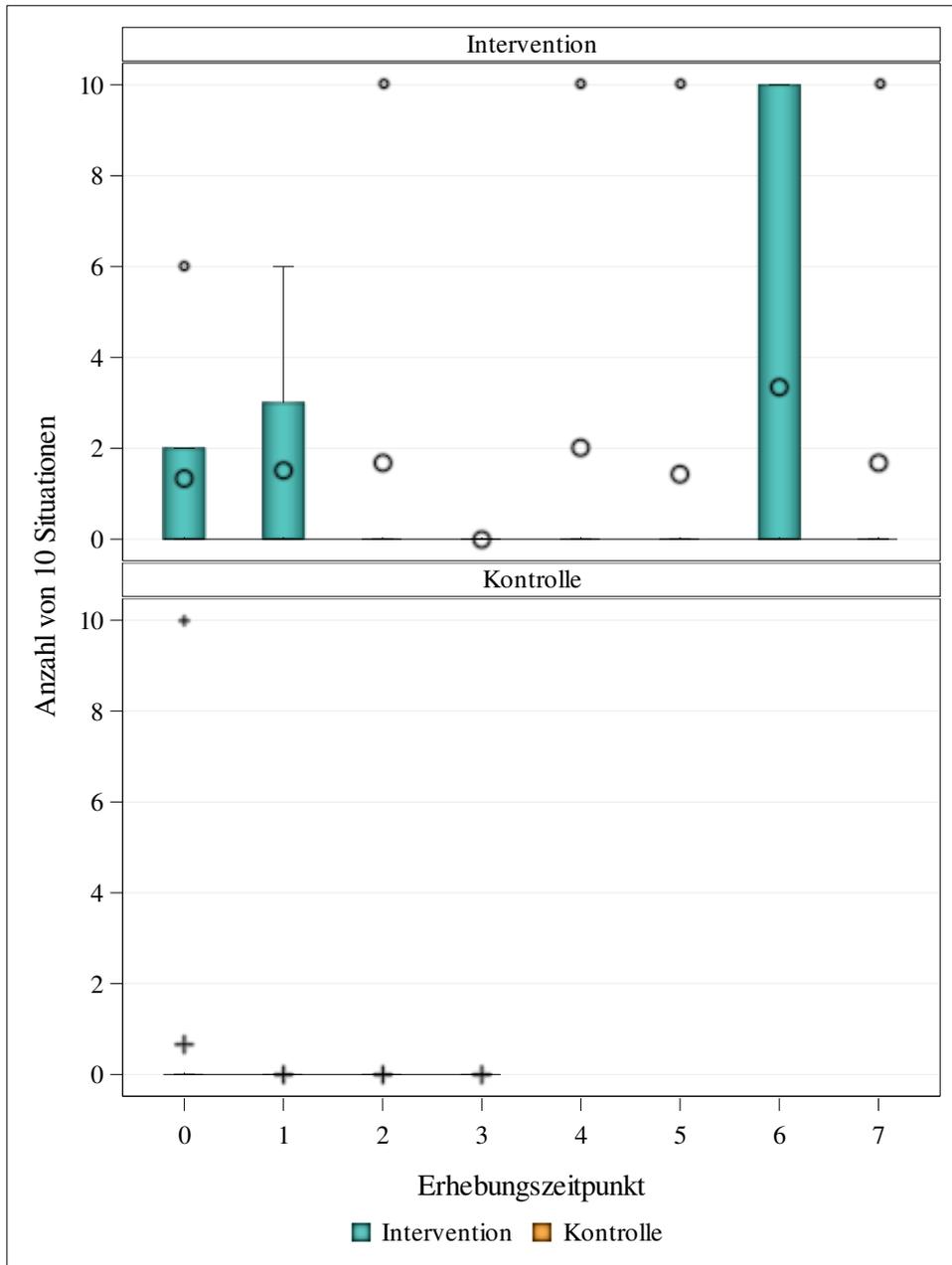
2.3.3 Übermittlung Fax, Telekommunikation oder IT



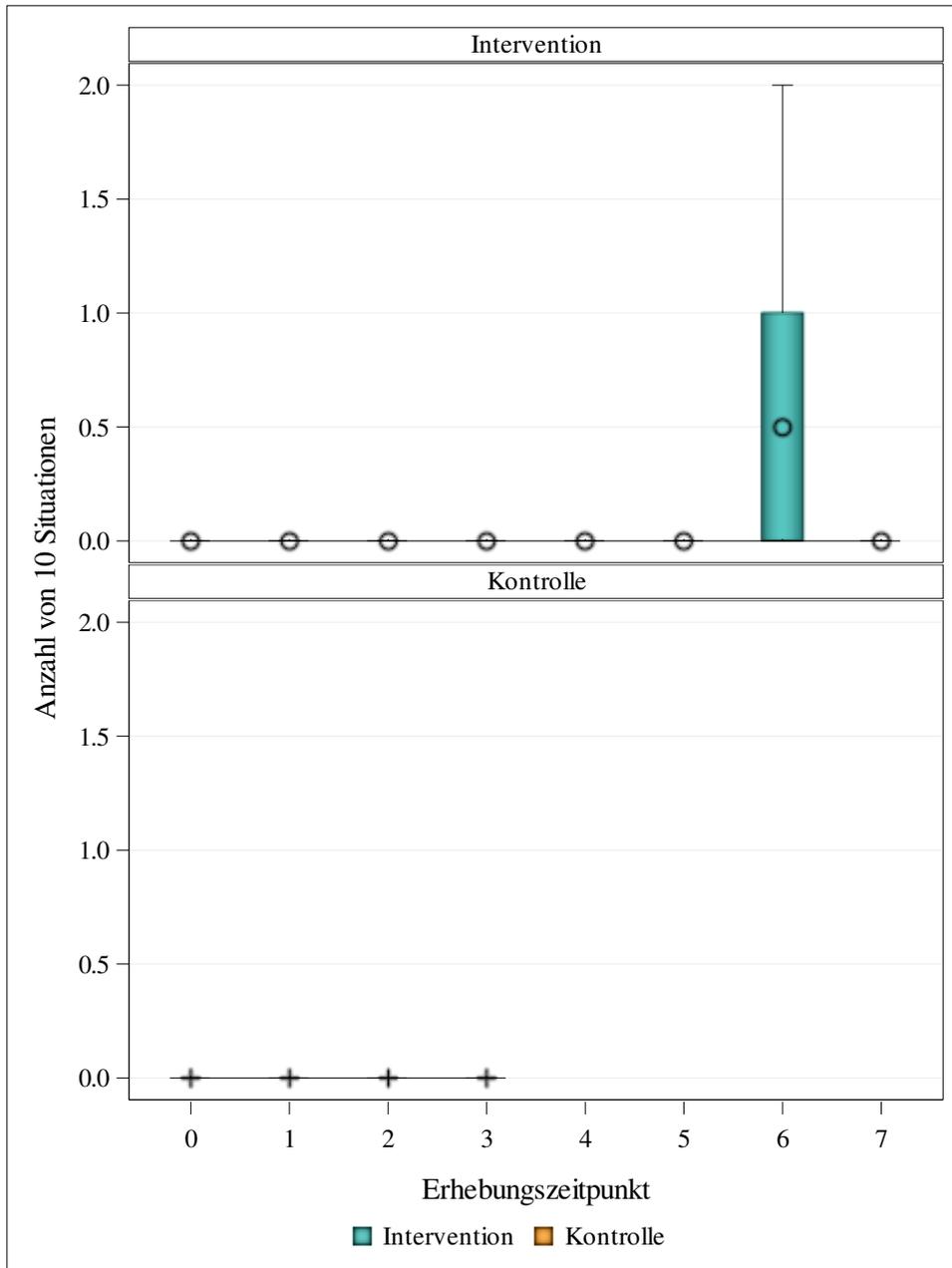
2.3.4 Übermittlung über dritte Personen



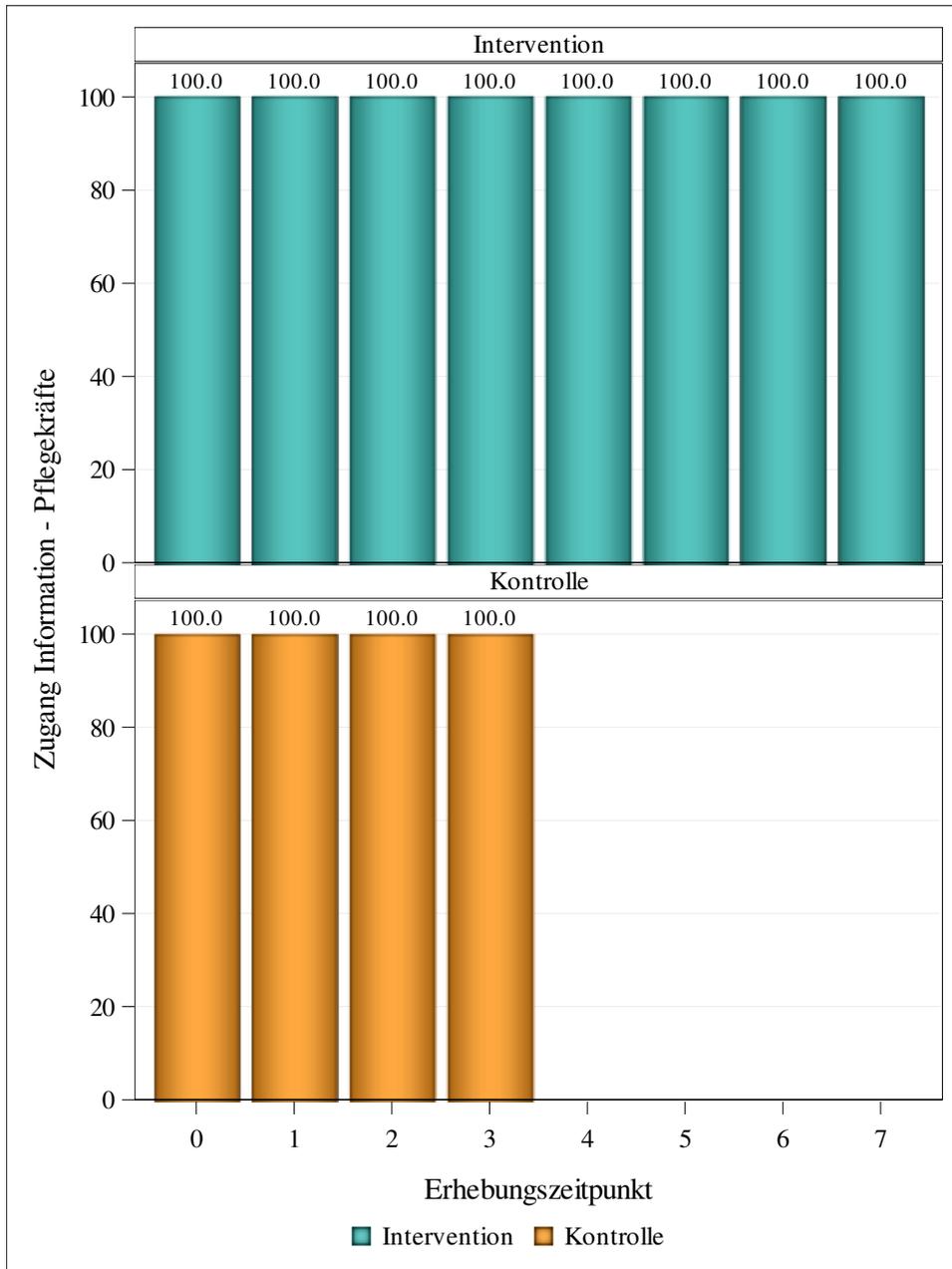
2.3.5 Übermittlung elektronisch



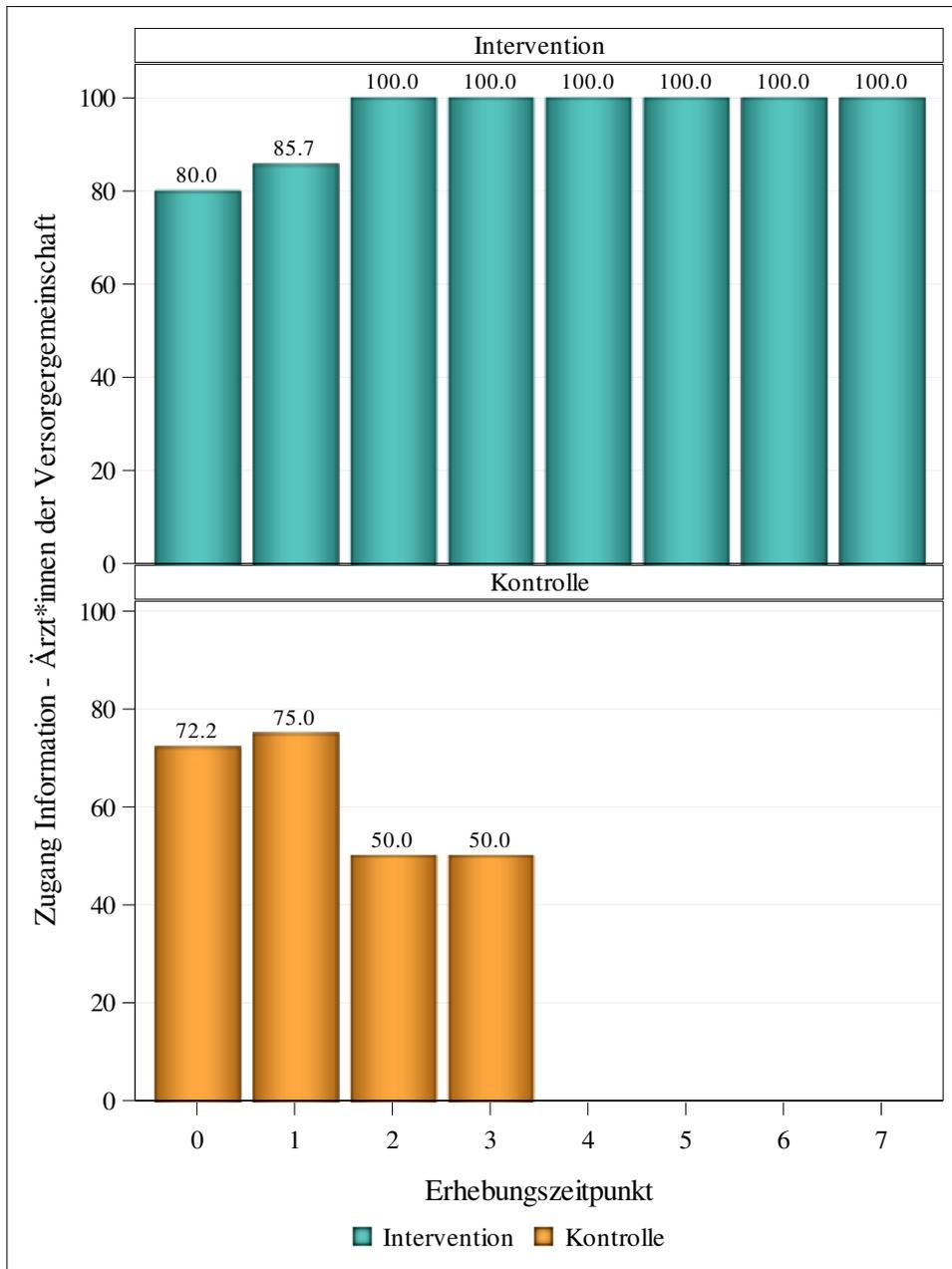
2.3.6 sonstige Übermittlungswege



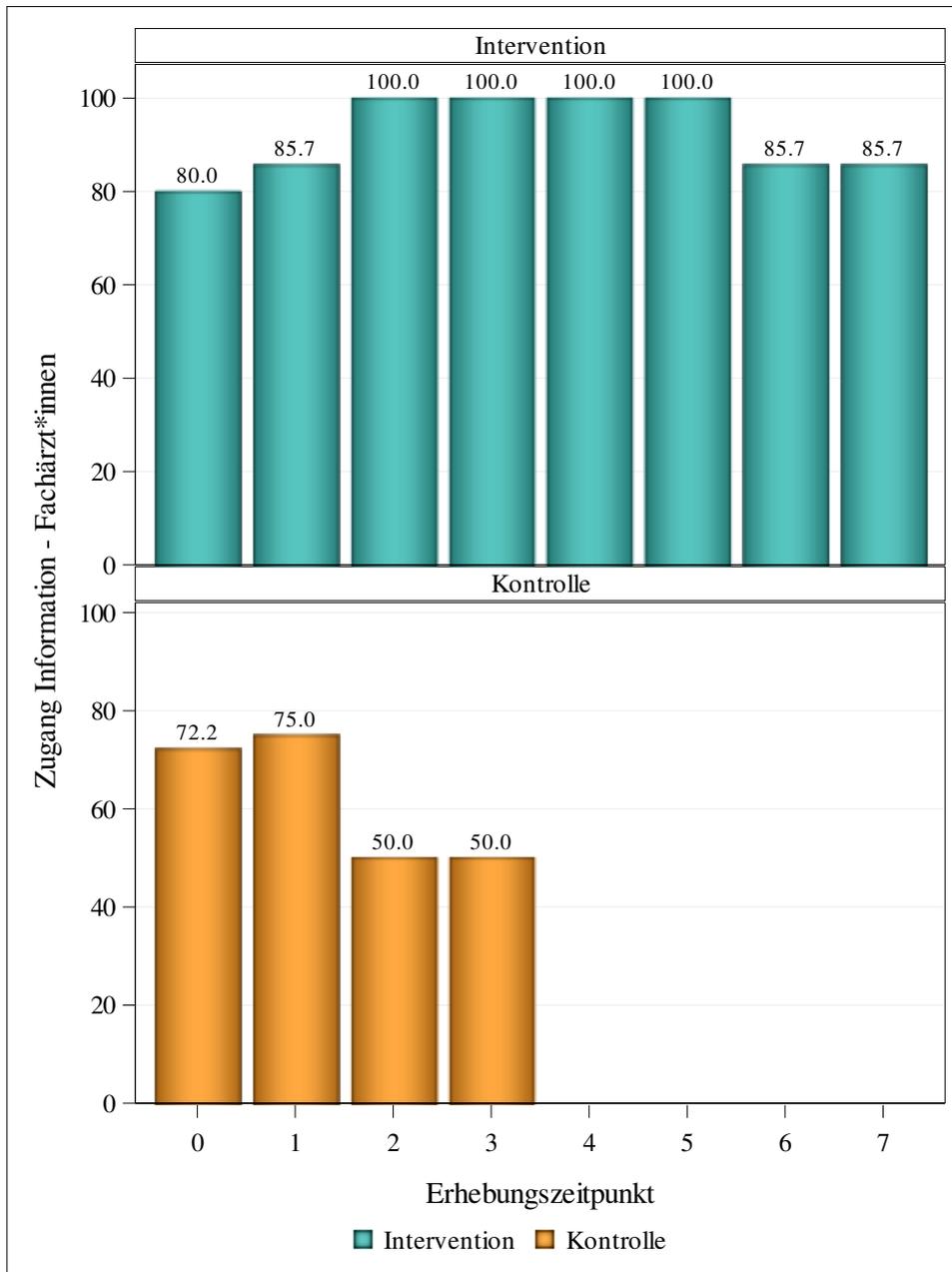
2.3.7 Zugang Information - Pflegekräfte



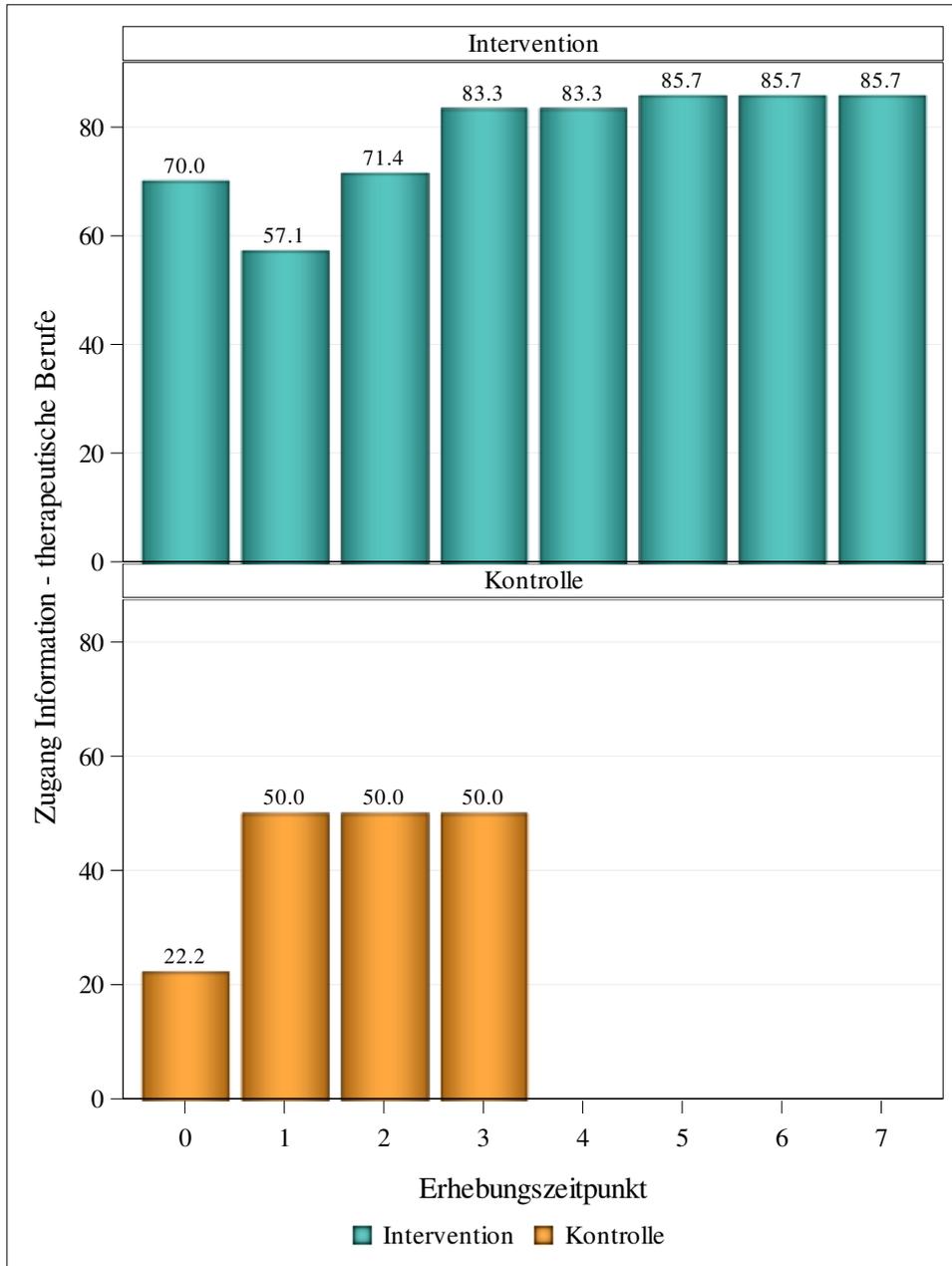
2.3.8 Zugang Information - Ärzt*innen der Versorgungsgemeinschaft



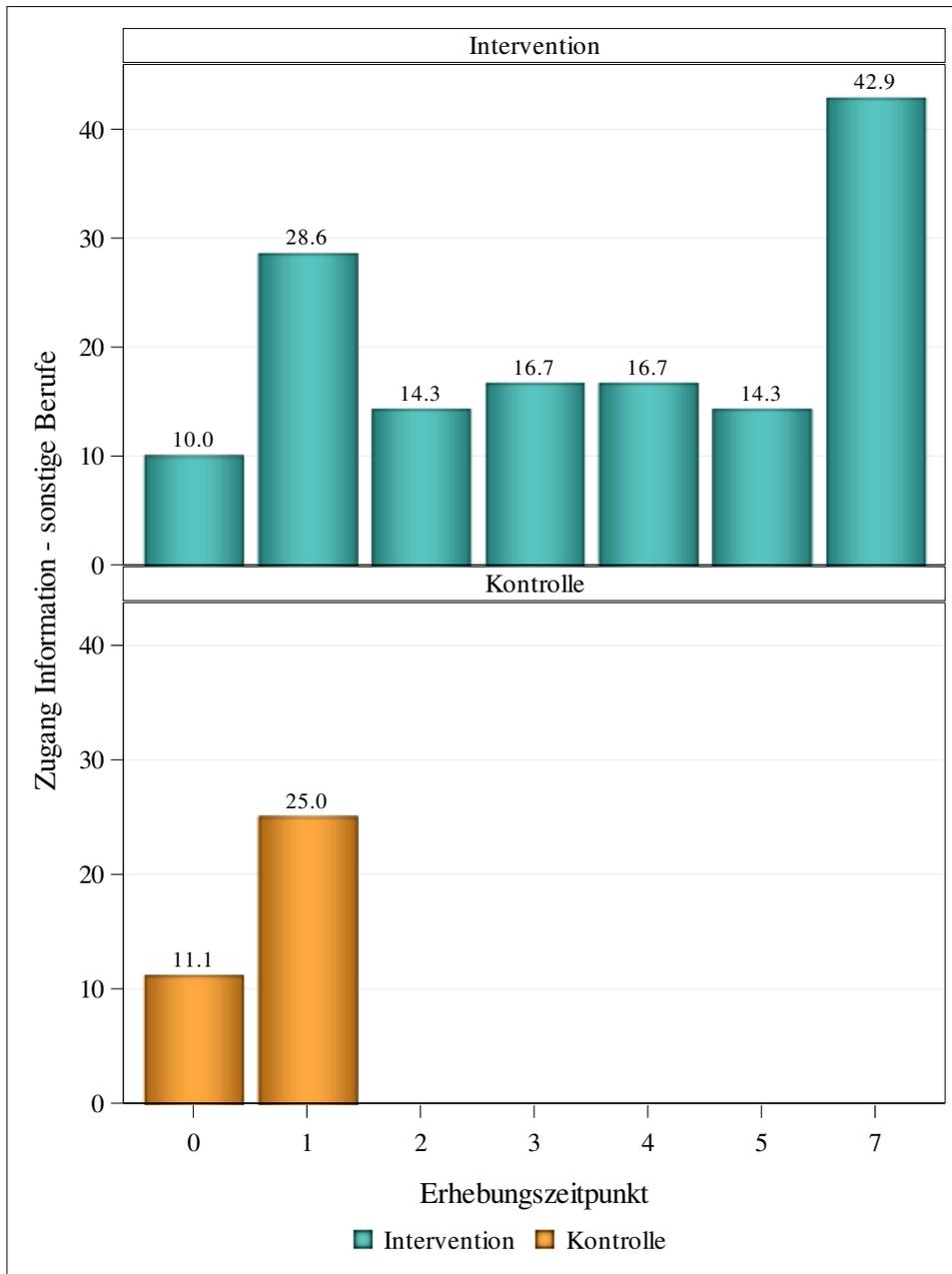
2.3.9 Zugang Information - Fachärzt*innen



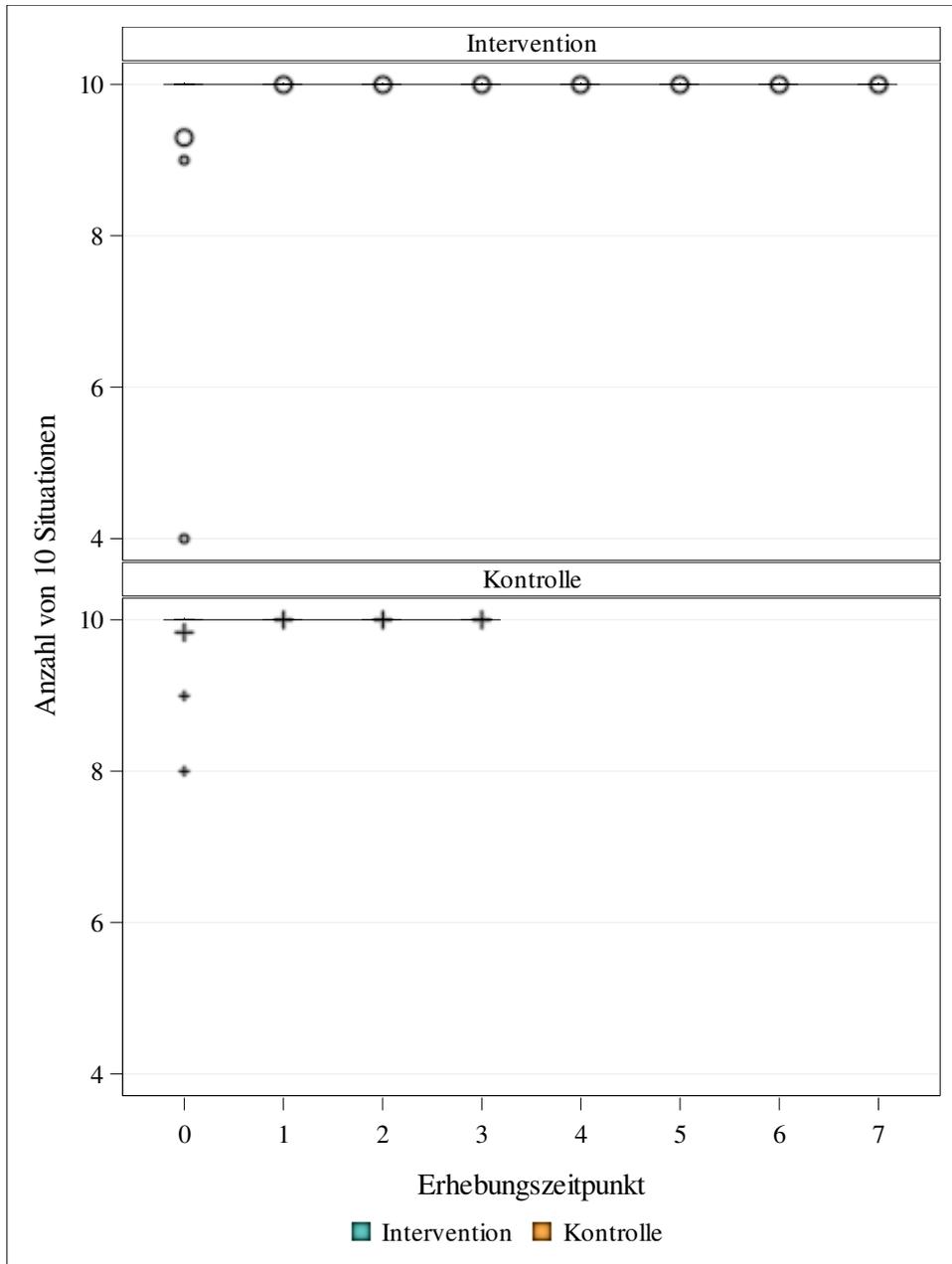
2.3.10 Zugang Information - therapeutische Berufe



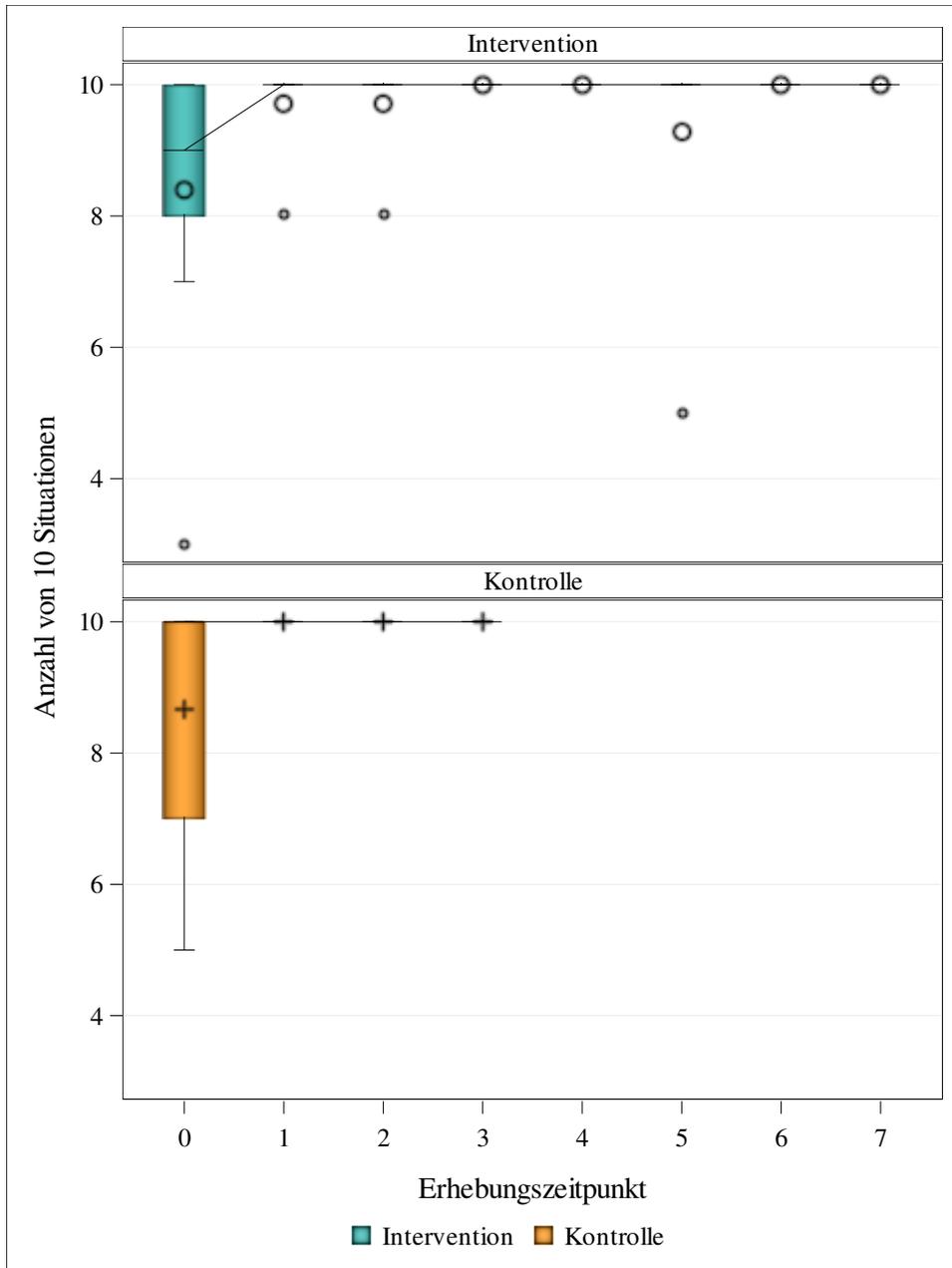
2.3.11 Zugang Information - sonstige Berufe



2.3.12 Informationsweitergabe - Pflegekräfte zu Ärzt*innen



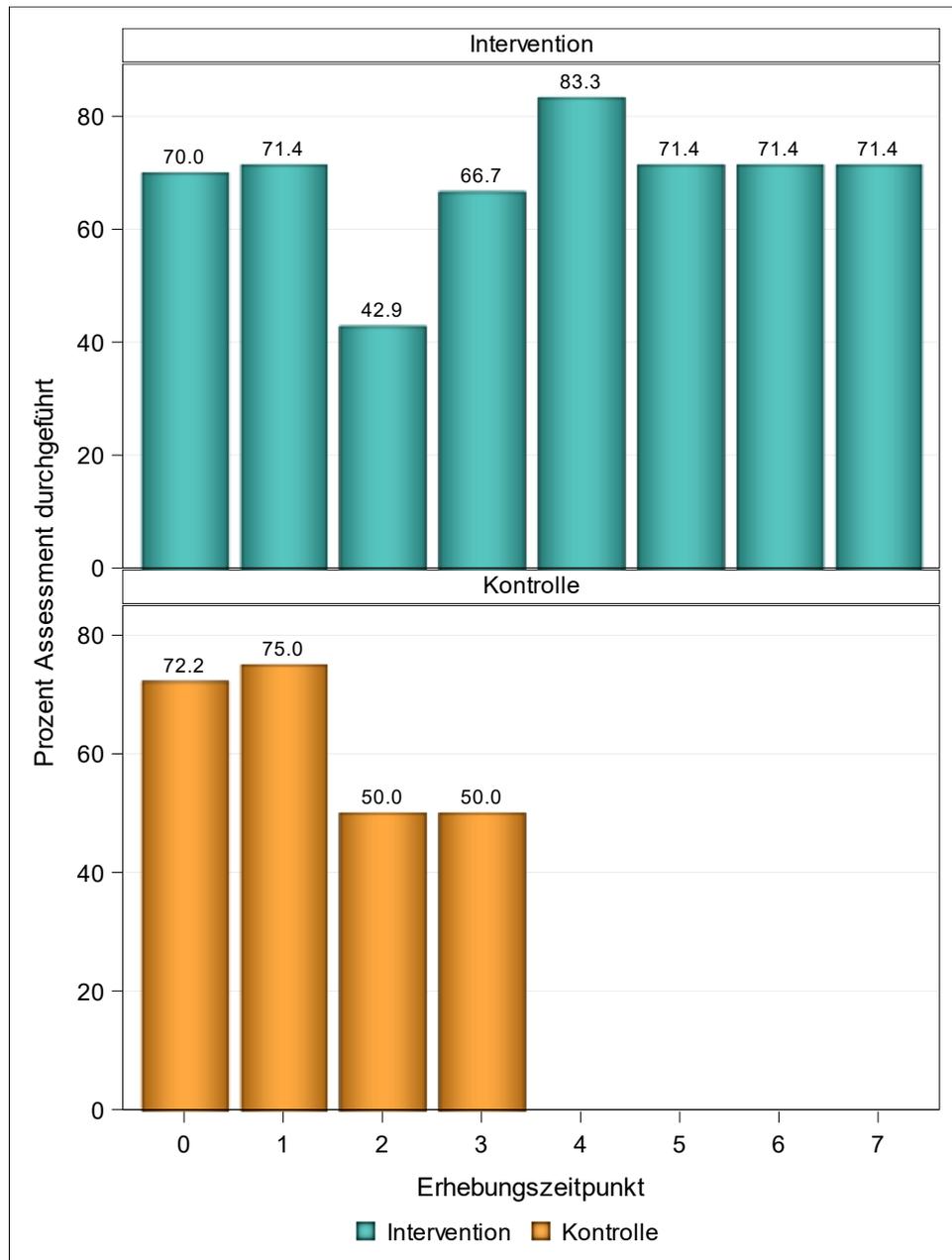
2.3.13 Informationsweitergabe - Ärzt*innen zu Pflegekräften



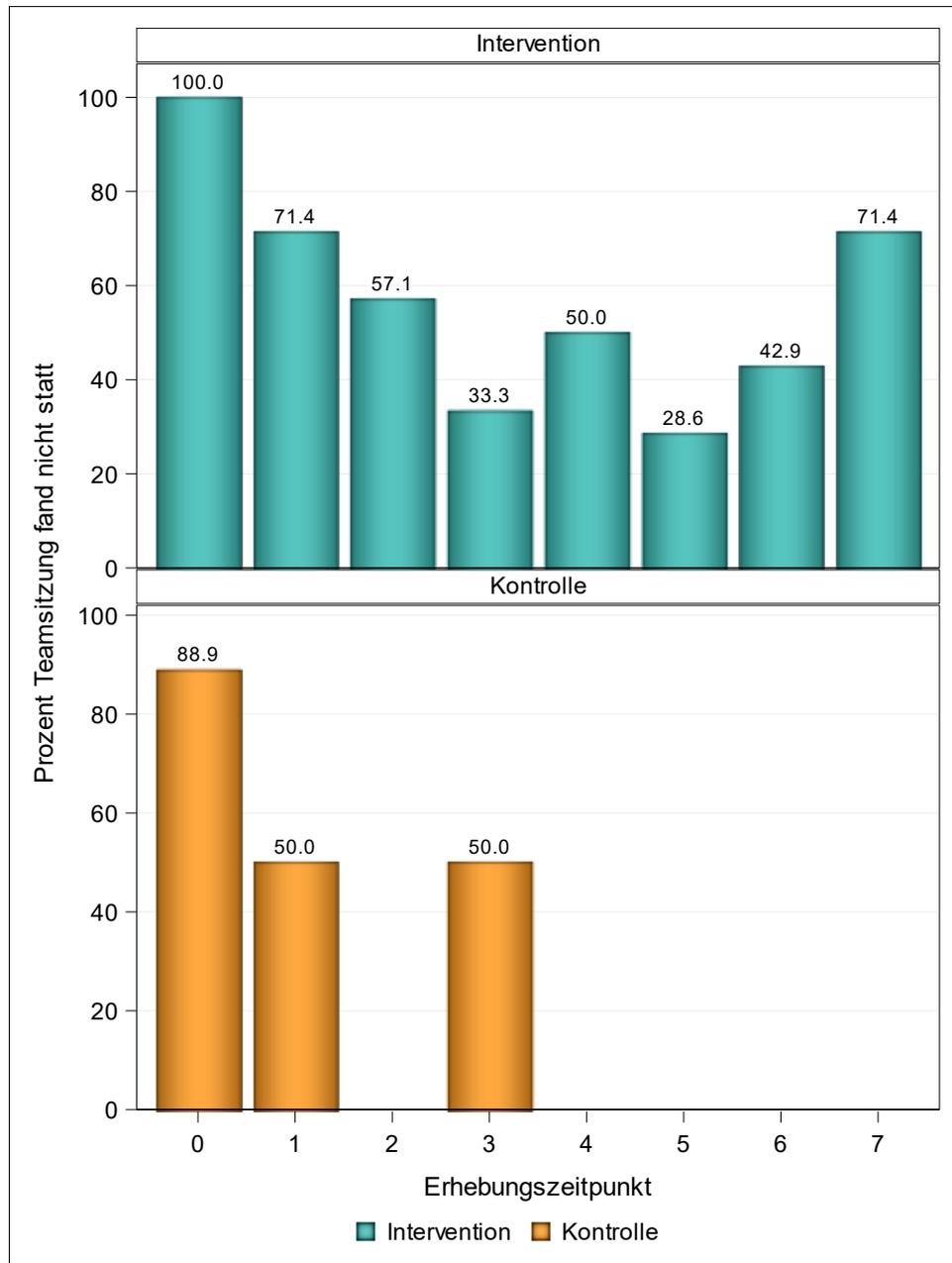
2.4 Boxplots und Balkendiagramme gemeinsame Versorgungsplanung

Programm: f_02_plots_versorgungsplanung.sas

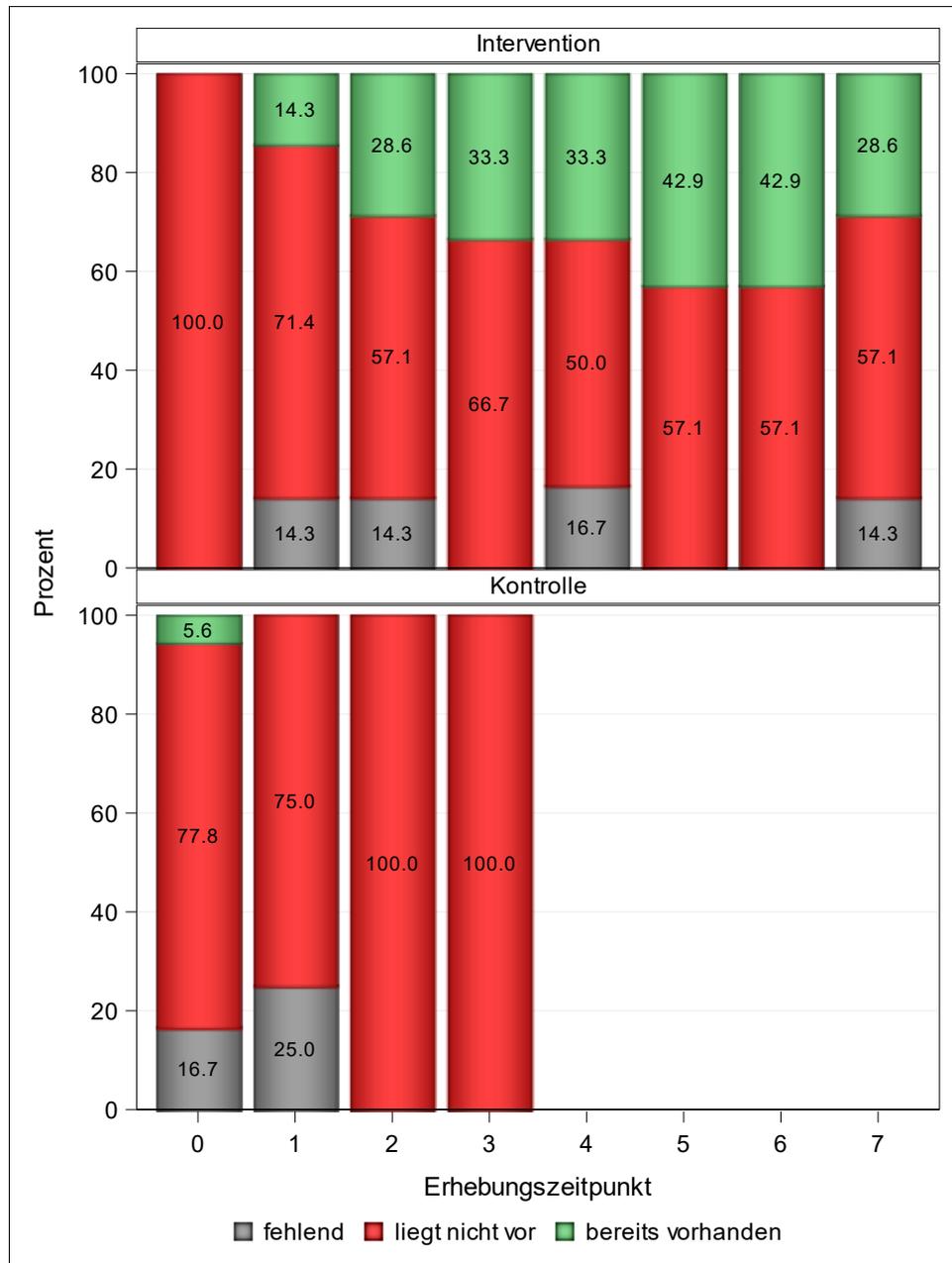
2.4.1 Es werden Assessments durchgeführt



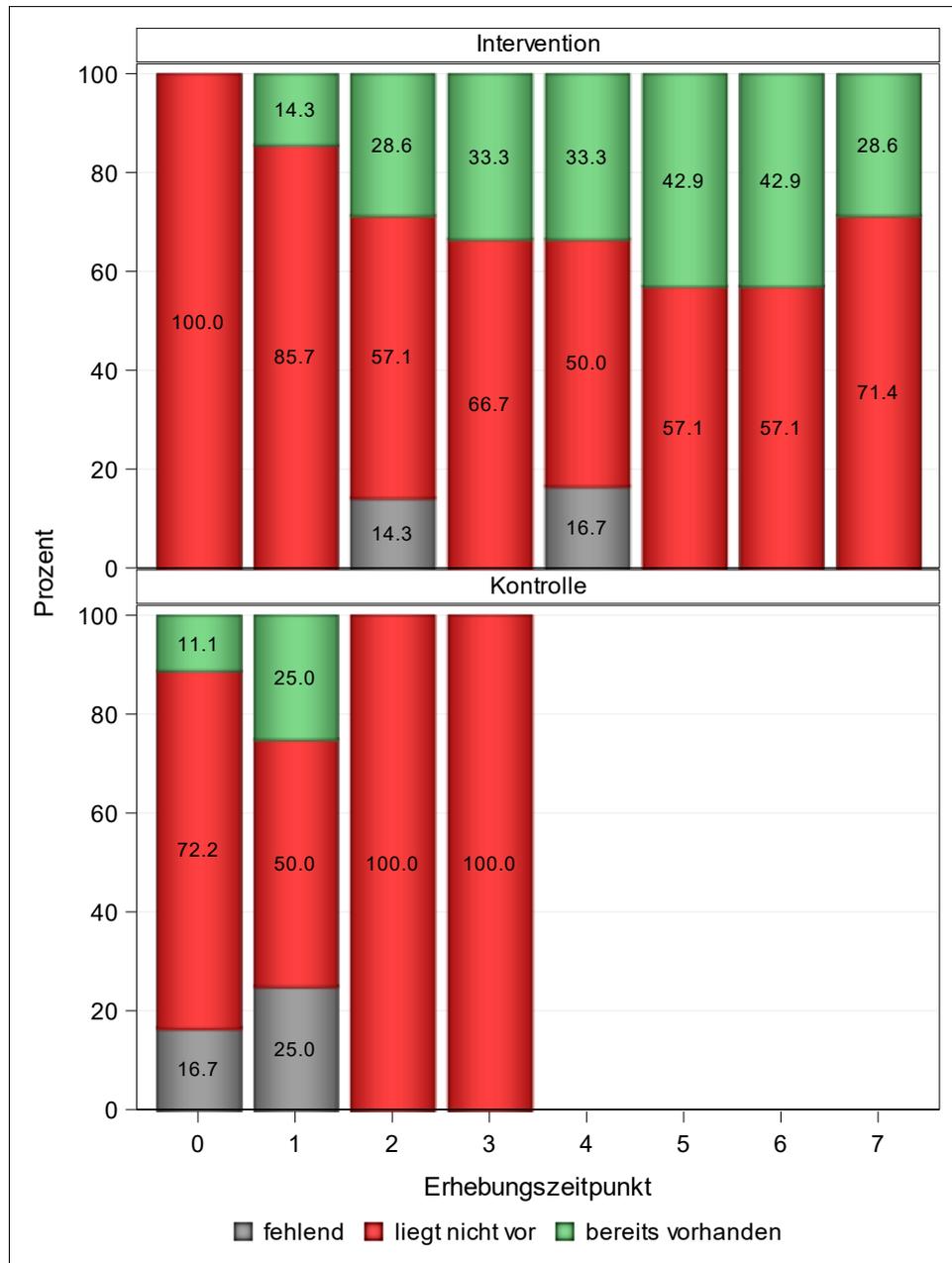
2.4.2 Teamsitzung - fand nicht statt



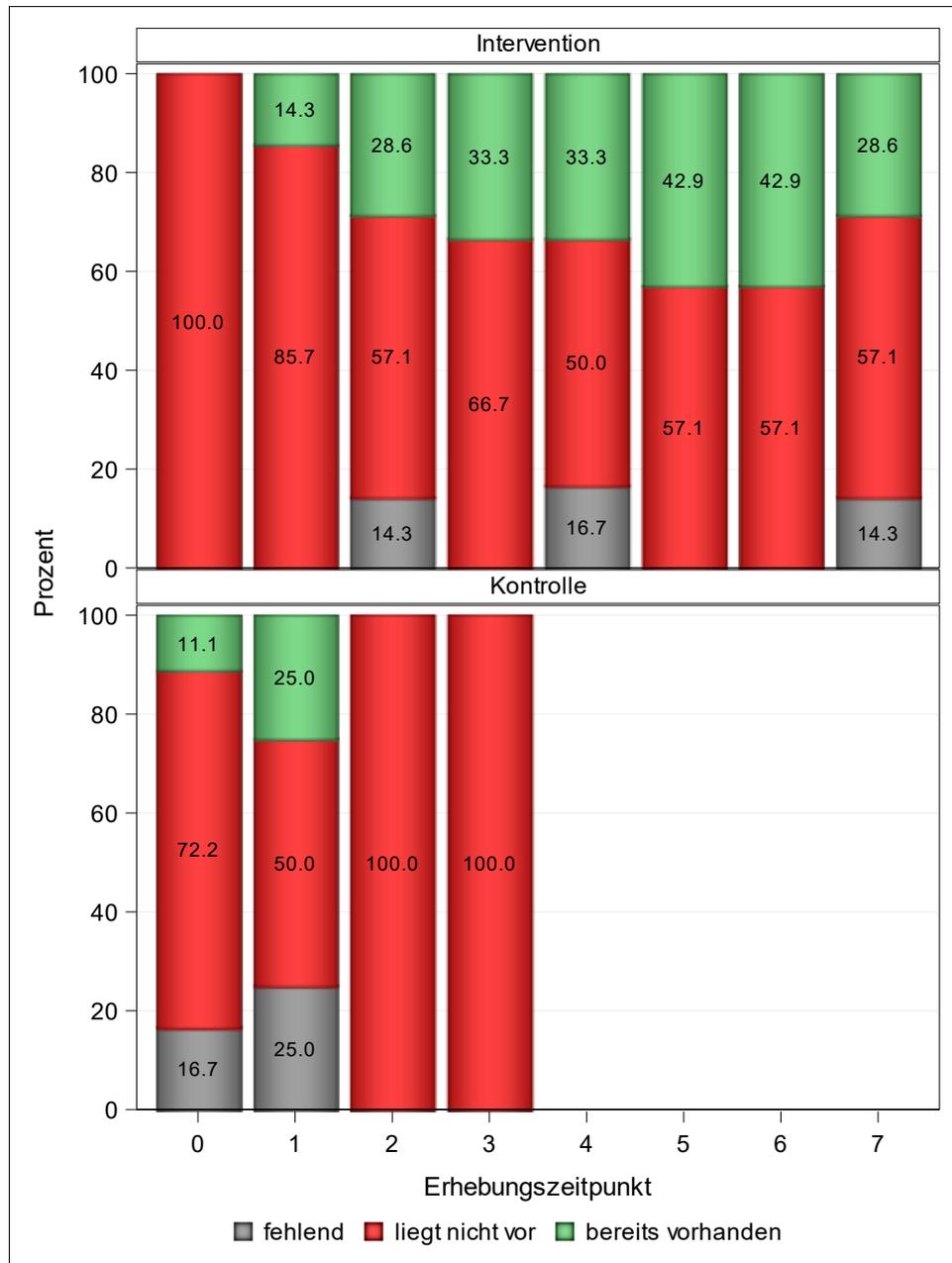
2.4.3 Behandlungspfad - Diabetes mellitus



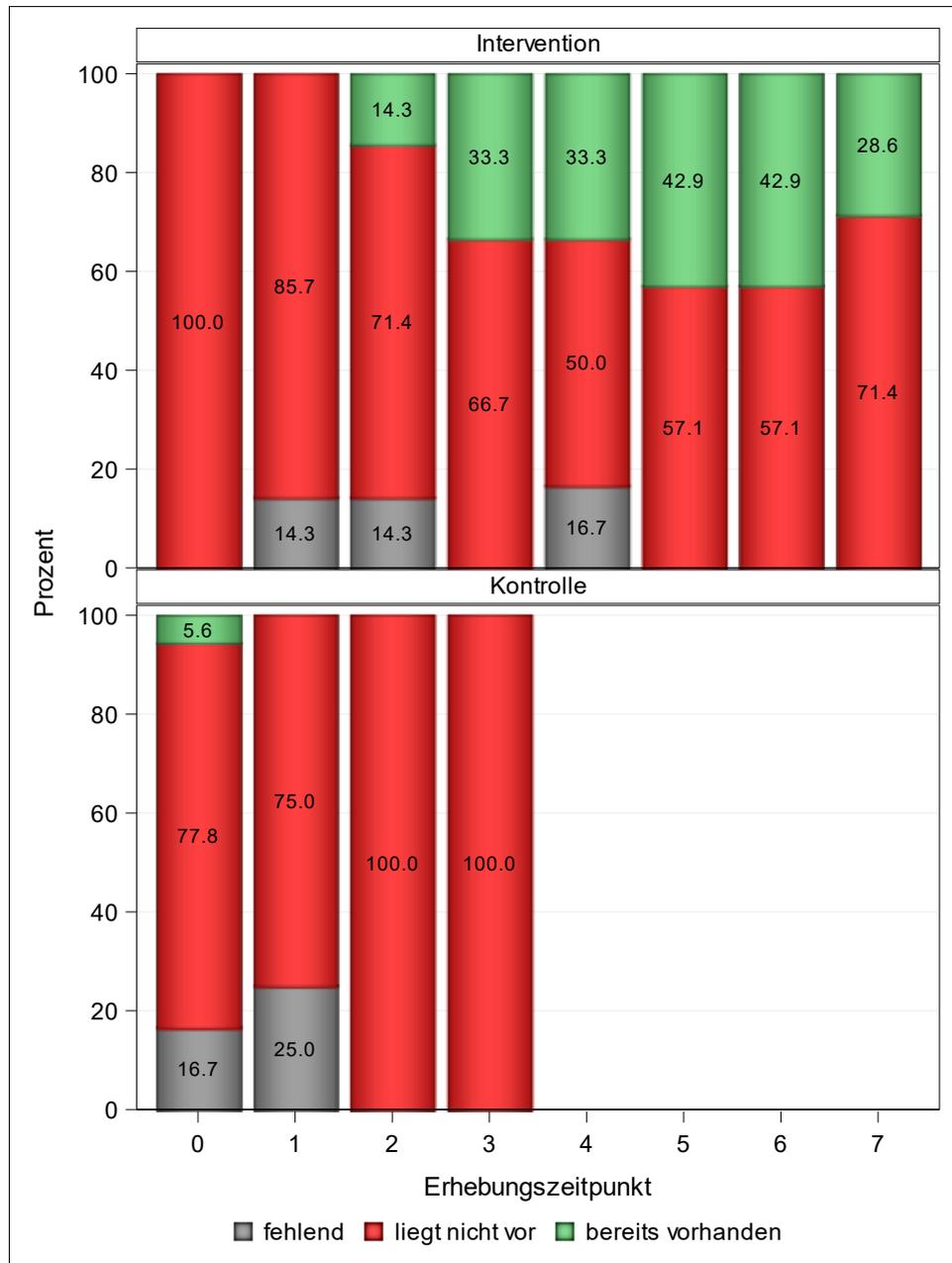
2.4.4 Behandlungspfad - Schmerz



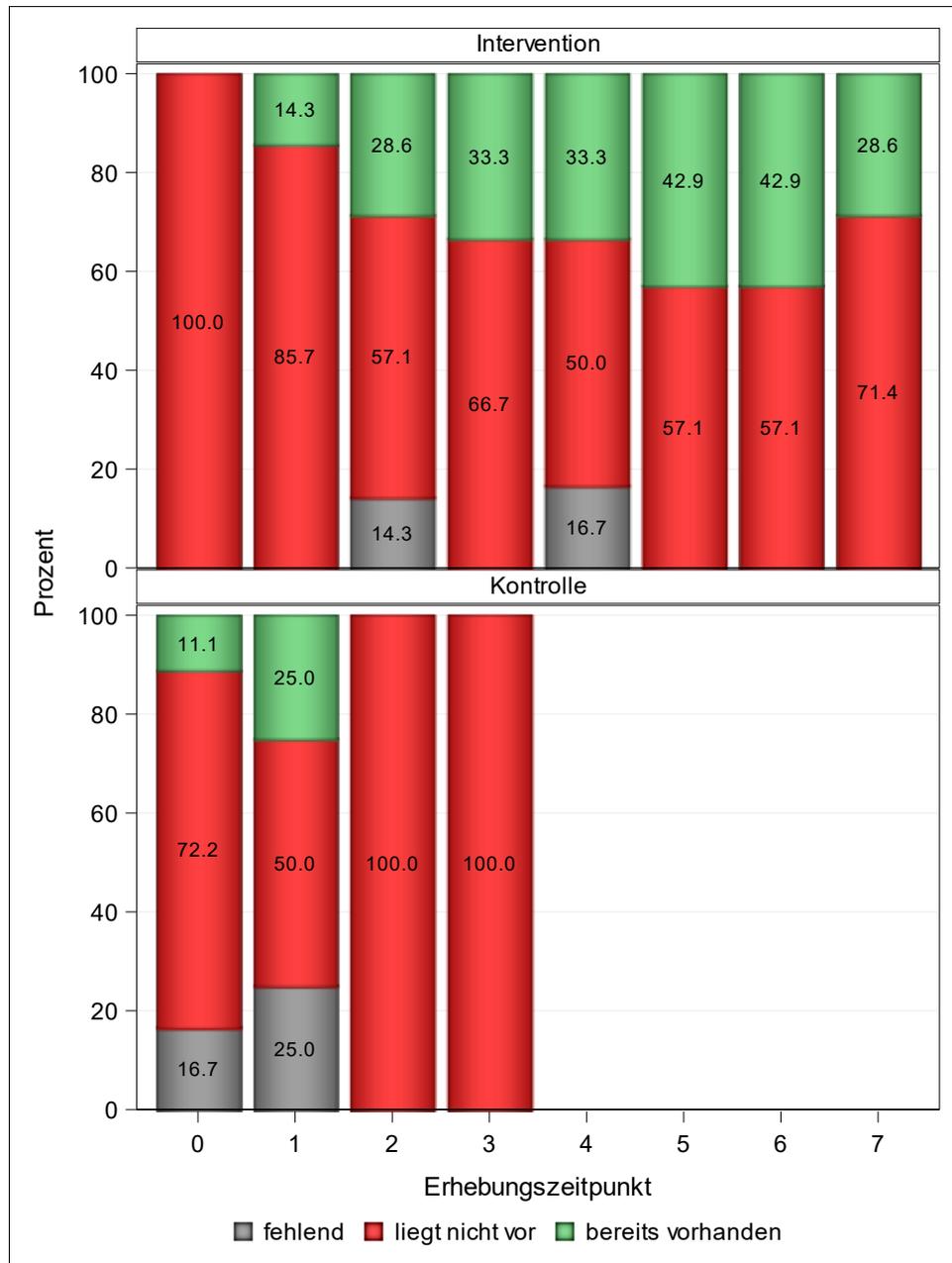
2.4.5 Behandlungspfad - Mangelernährung



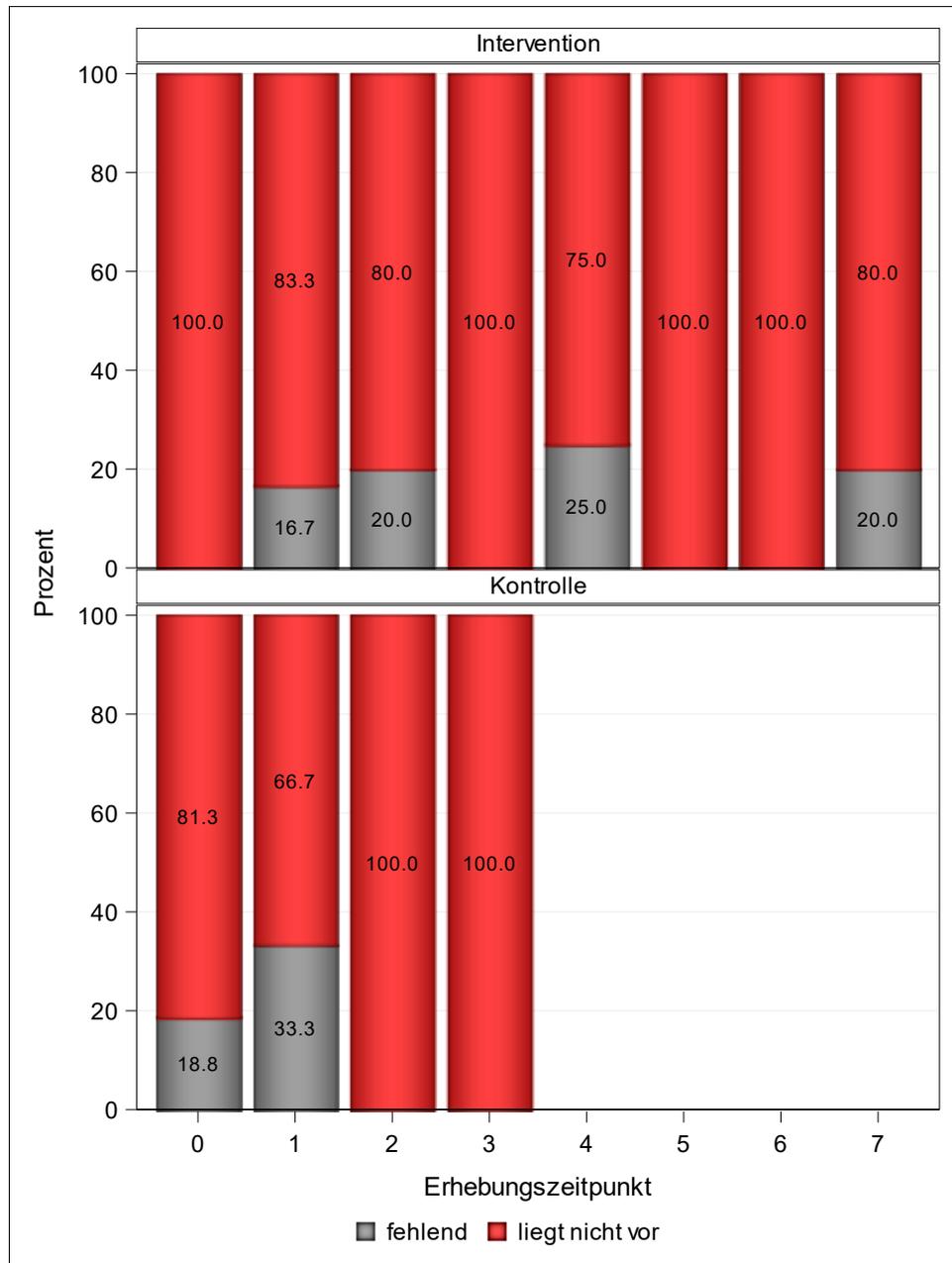
2.4.6 Behandlungspfad - Ernährung am Lebensende



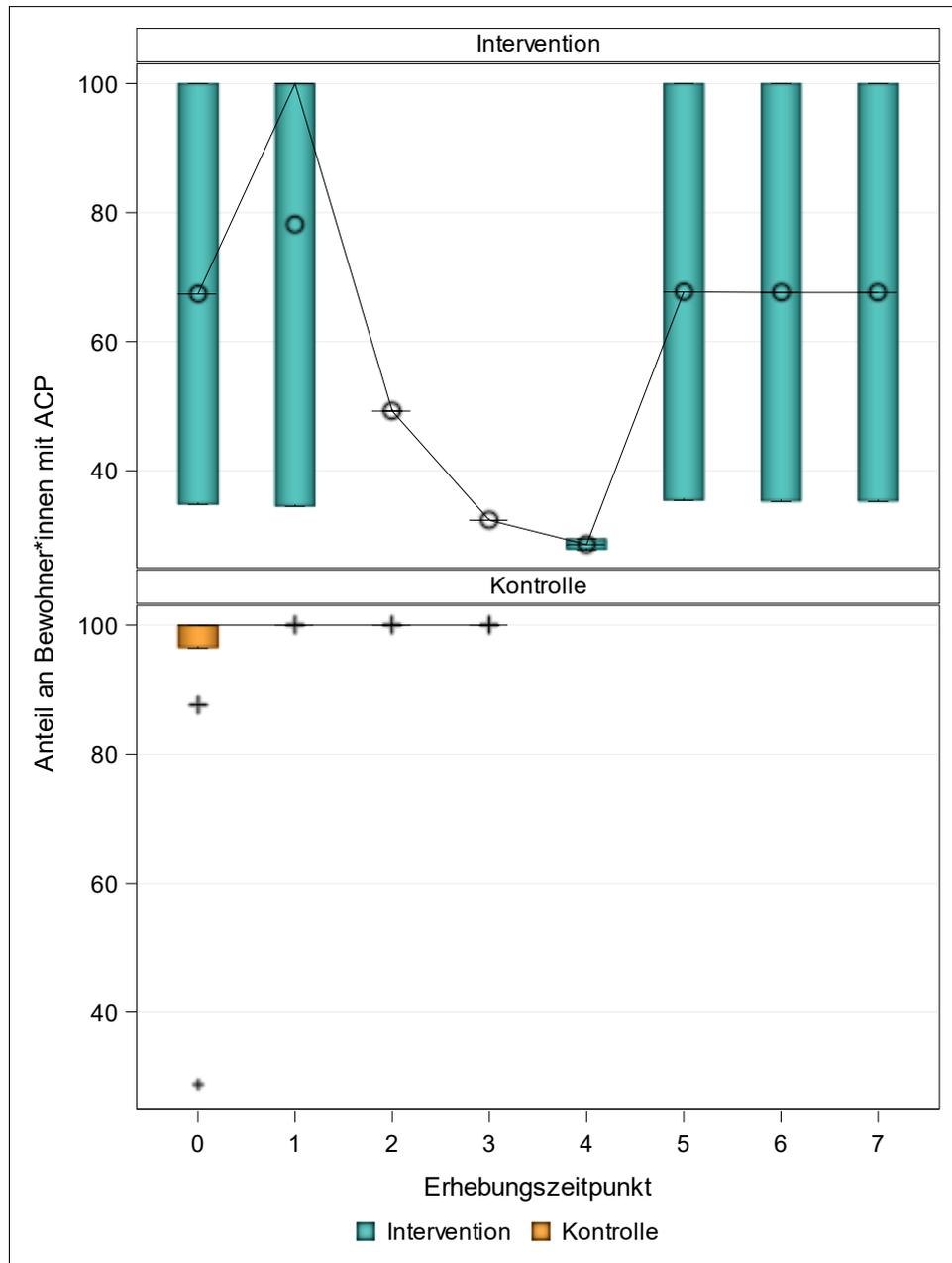
2.4.7 Behandlungspfad - Wundversorgung



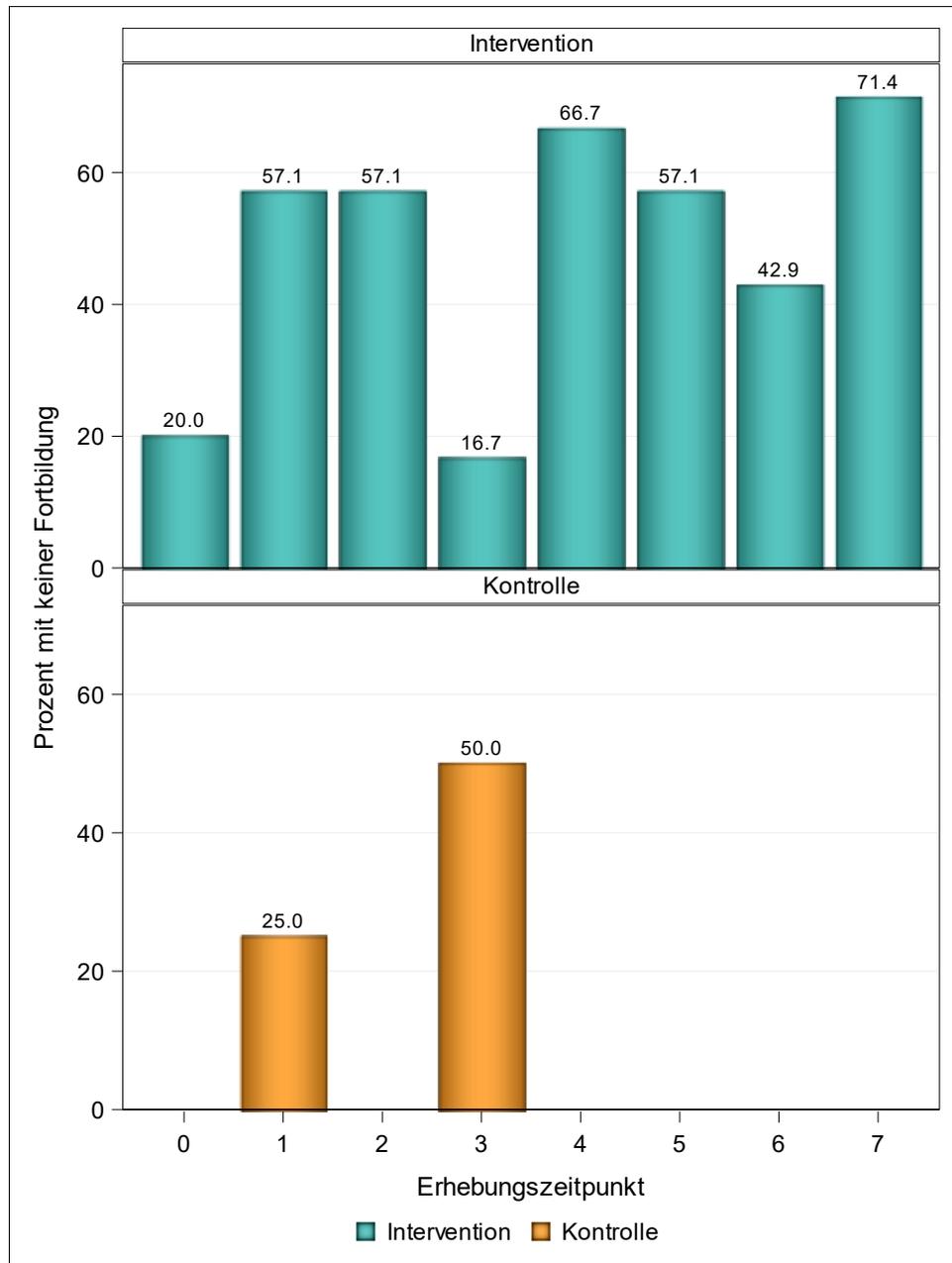
2.4.8 Behandlungspfad - Sturz



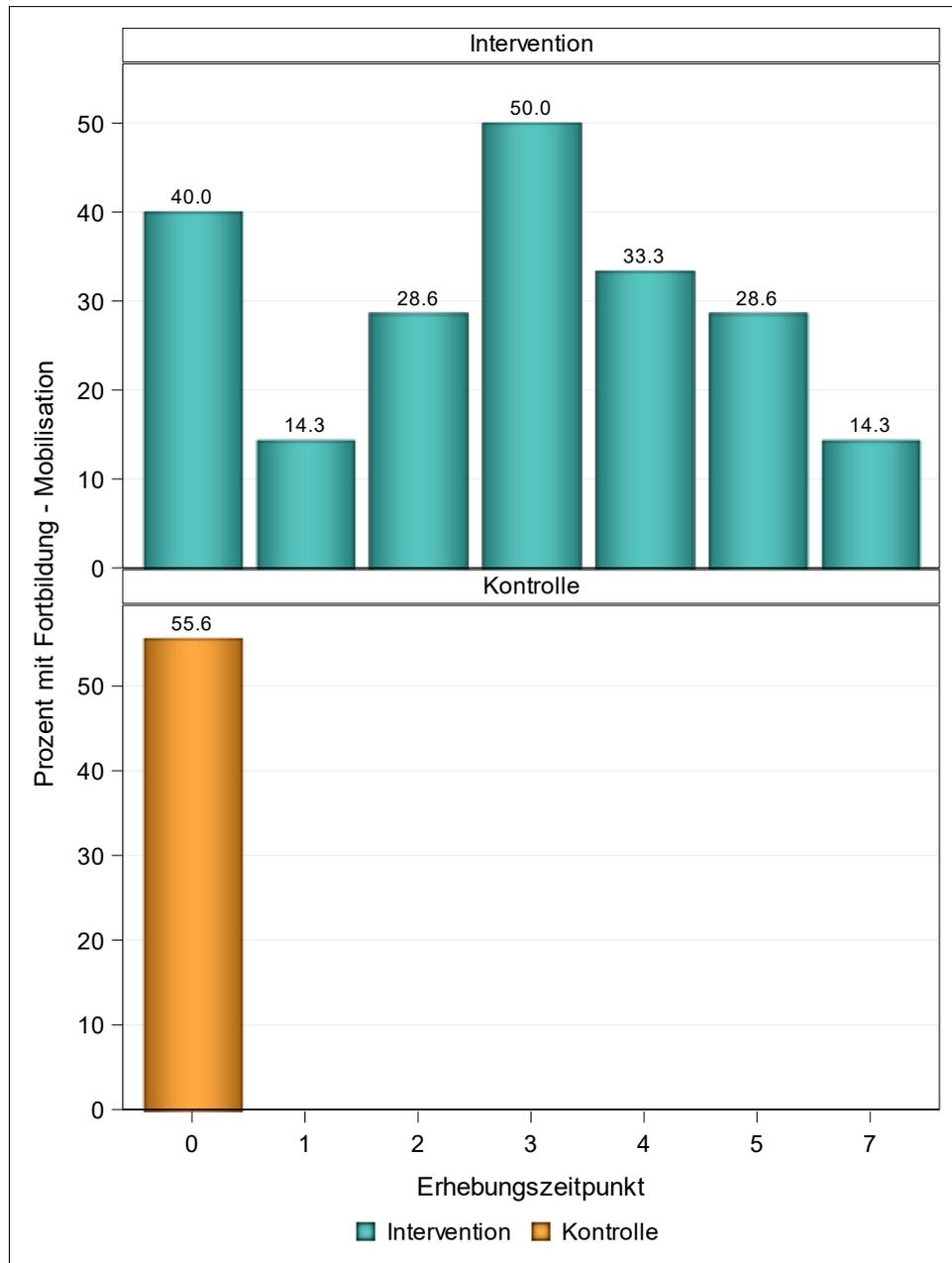
2.4.9 Anteil an Bewohner*innen mit ACP



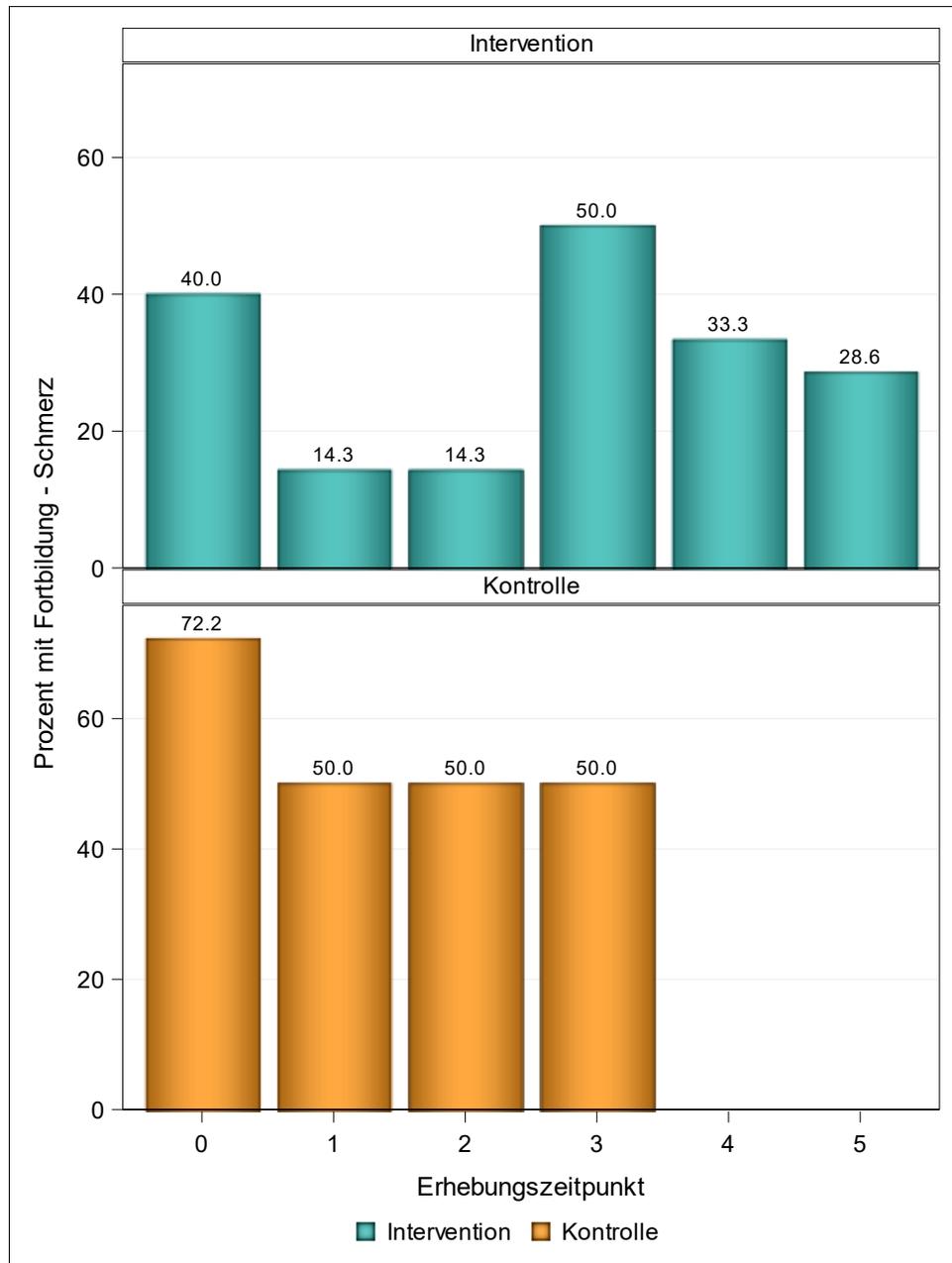
2.4.10 Es fanden keine Fortbildungen statt



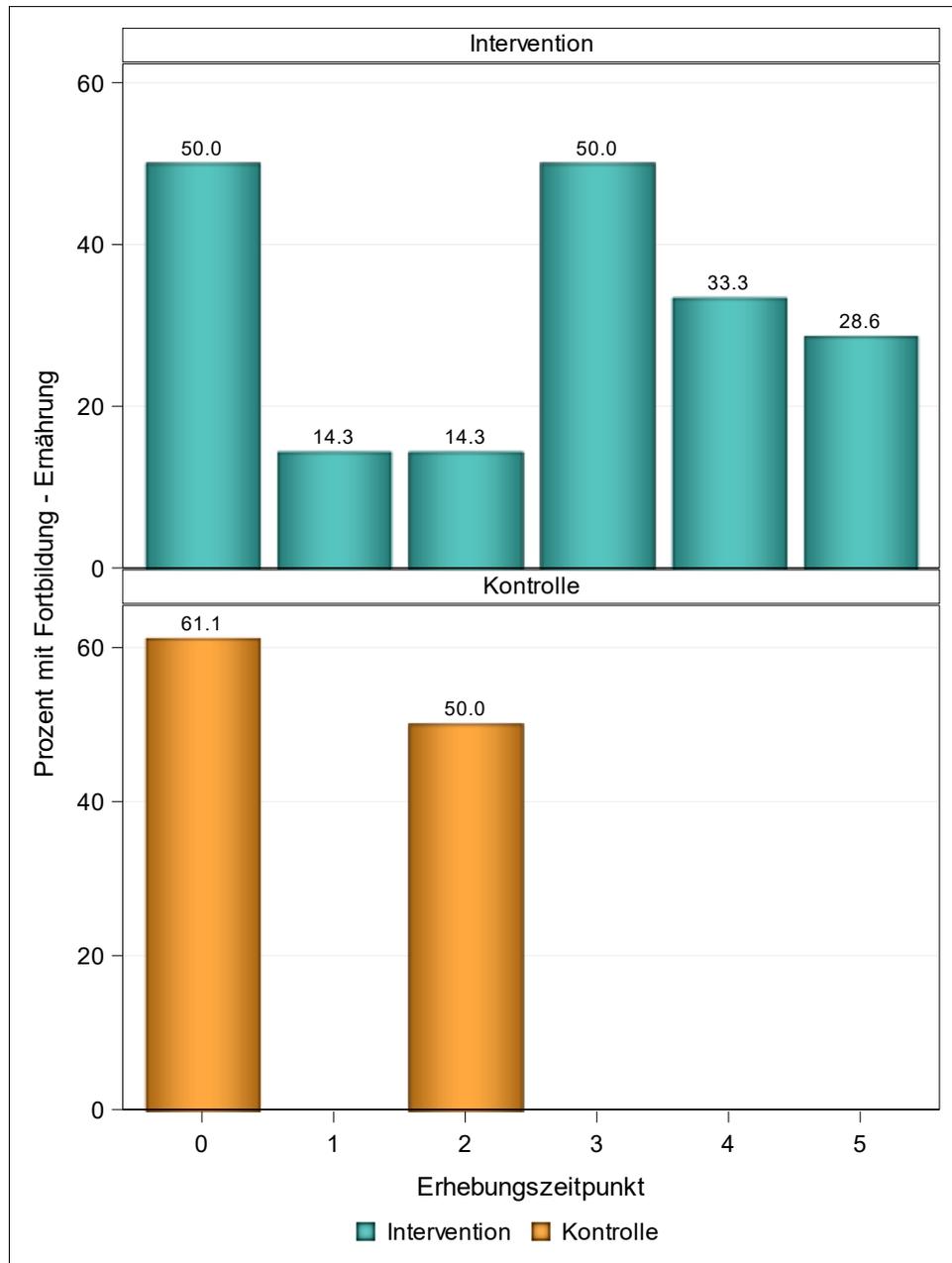
2.4.11 Fortbildungen - Mobilisation



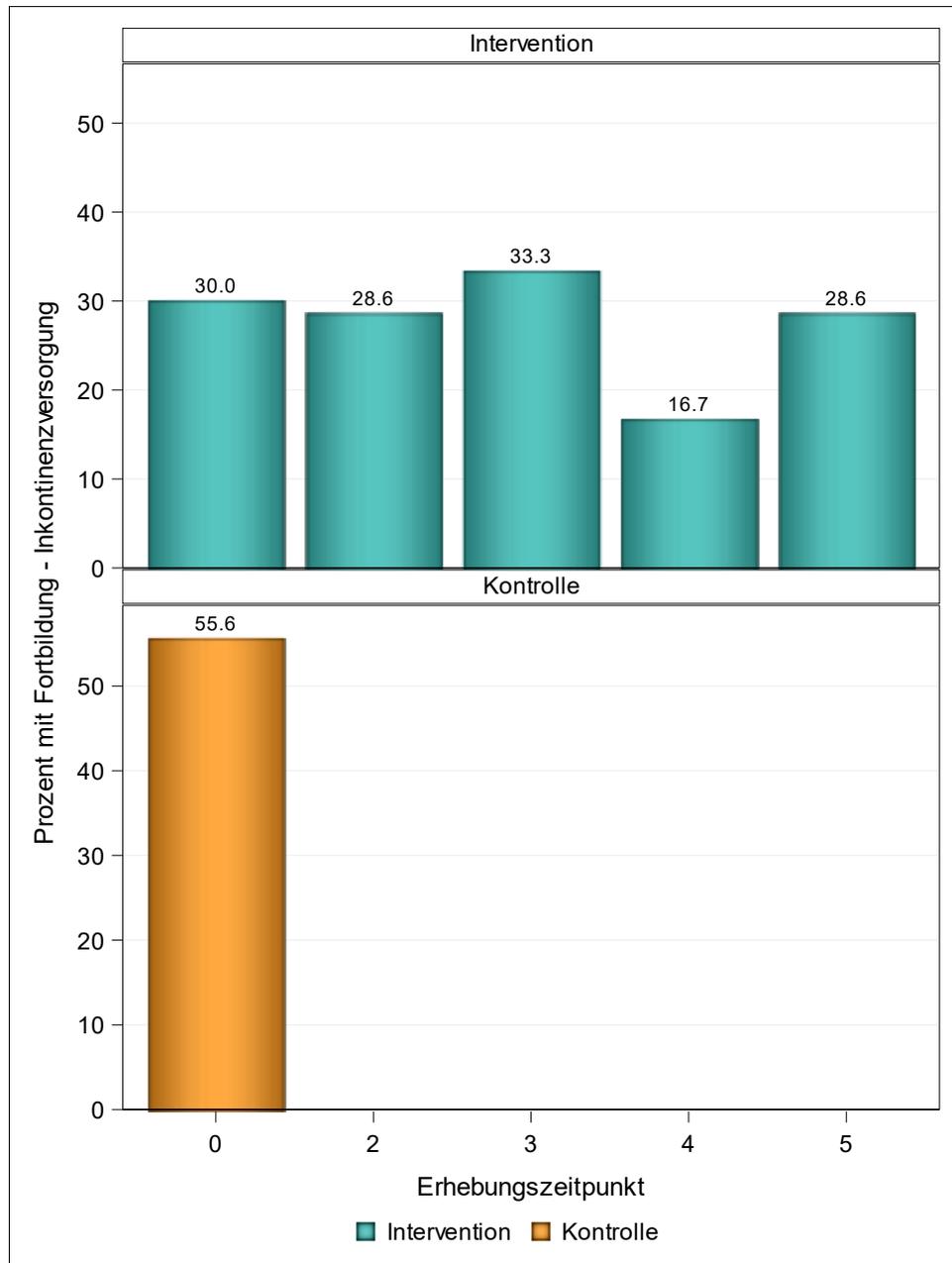
2.4.12 Fortbildungen - Schmerz



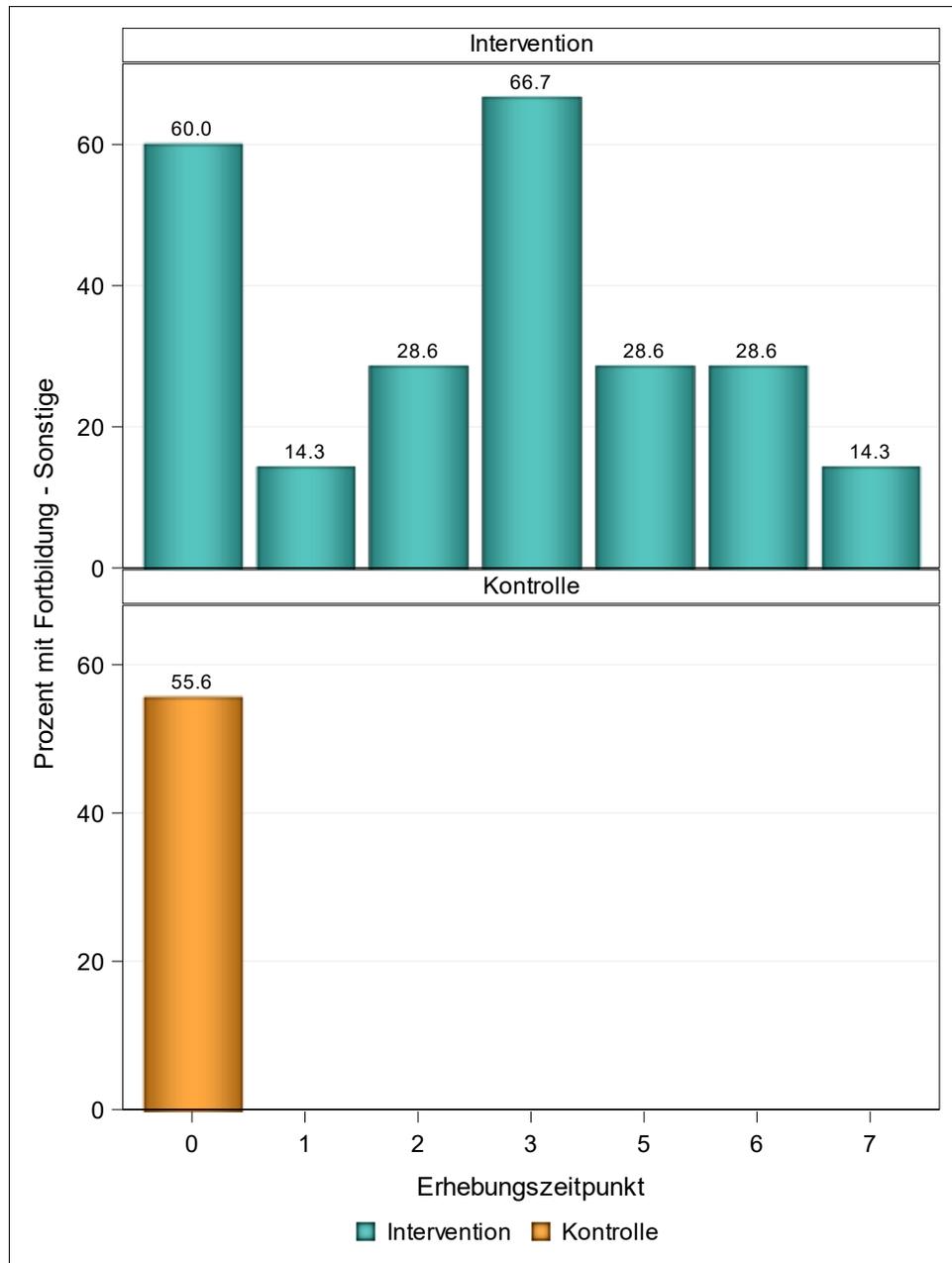
2.4.13 Fortbildungen - Ernährung



2.4.14 Fortbildungen - Inkontinenzversorgung



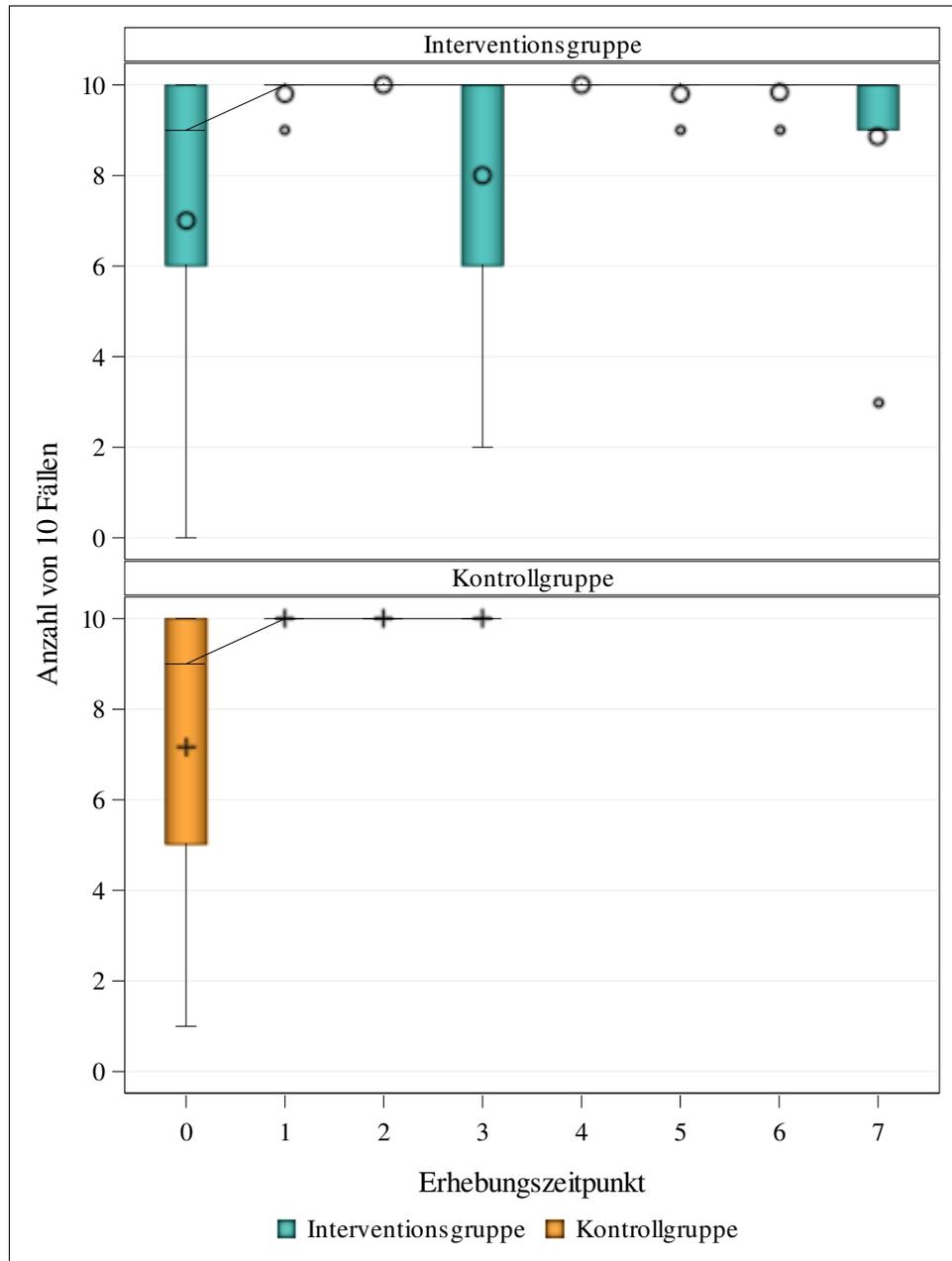
2.4.15 Fortbildungen - Sonstige



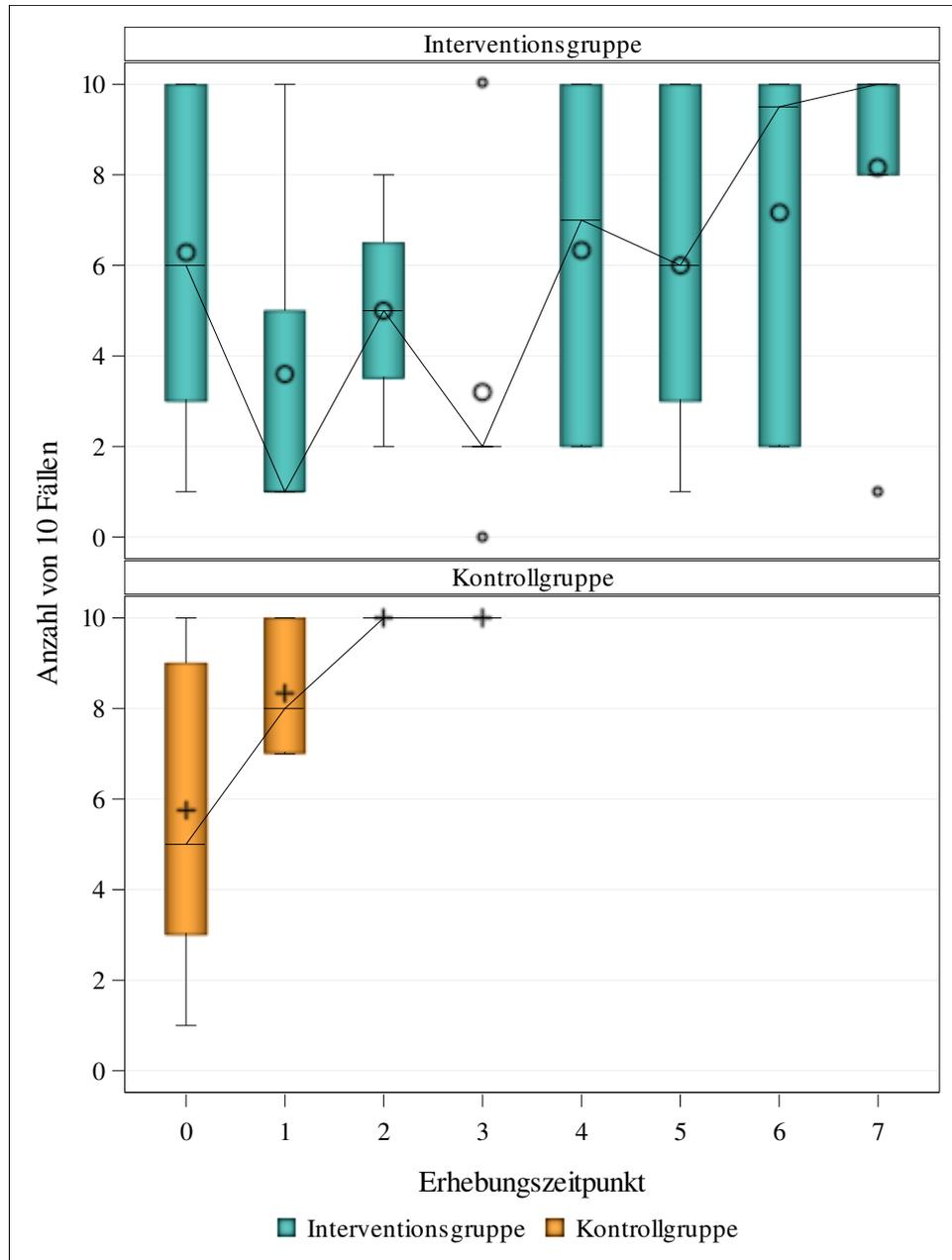
2.5 Boxplots und Balkendiagramme Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen

Programm: f_02_plots_zusammen_aerzte.sas

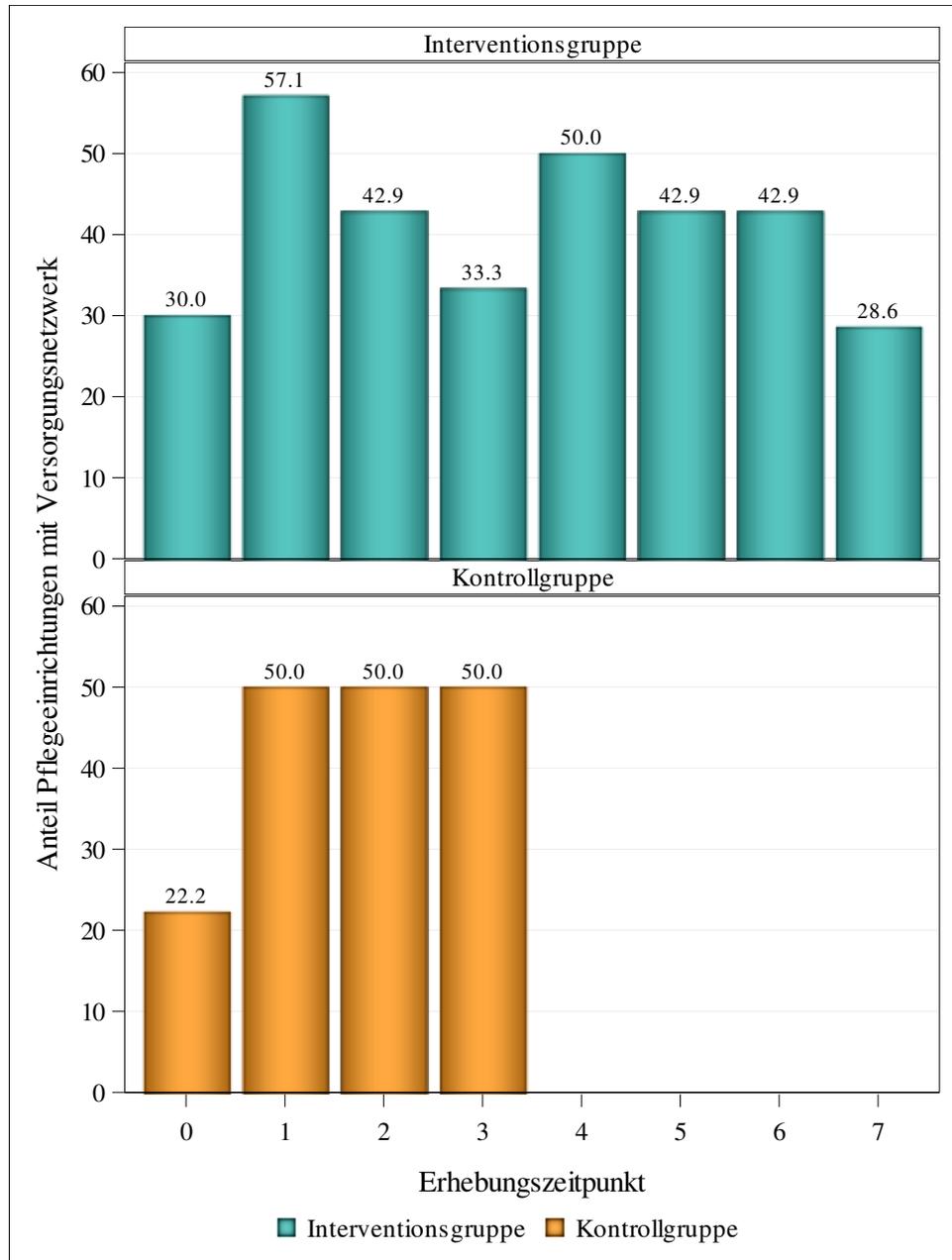
2.5.1 Absprachen zwischen Hausärzt*innen



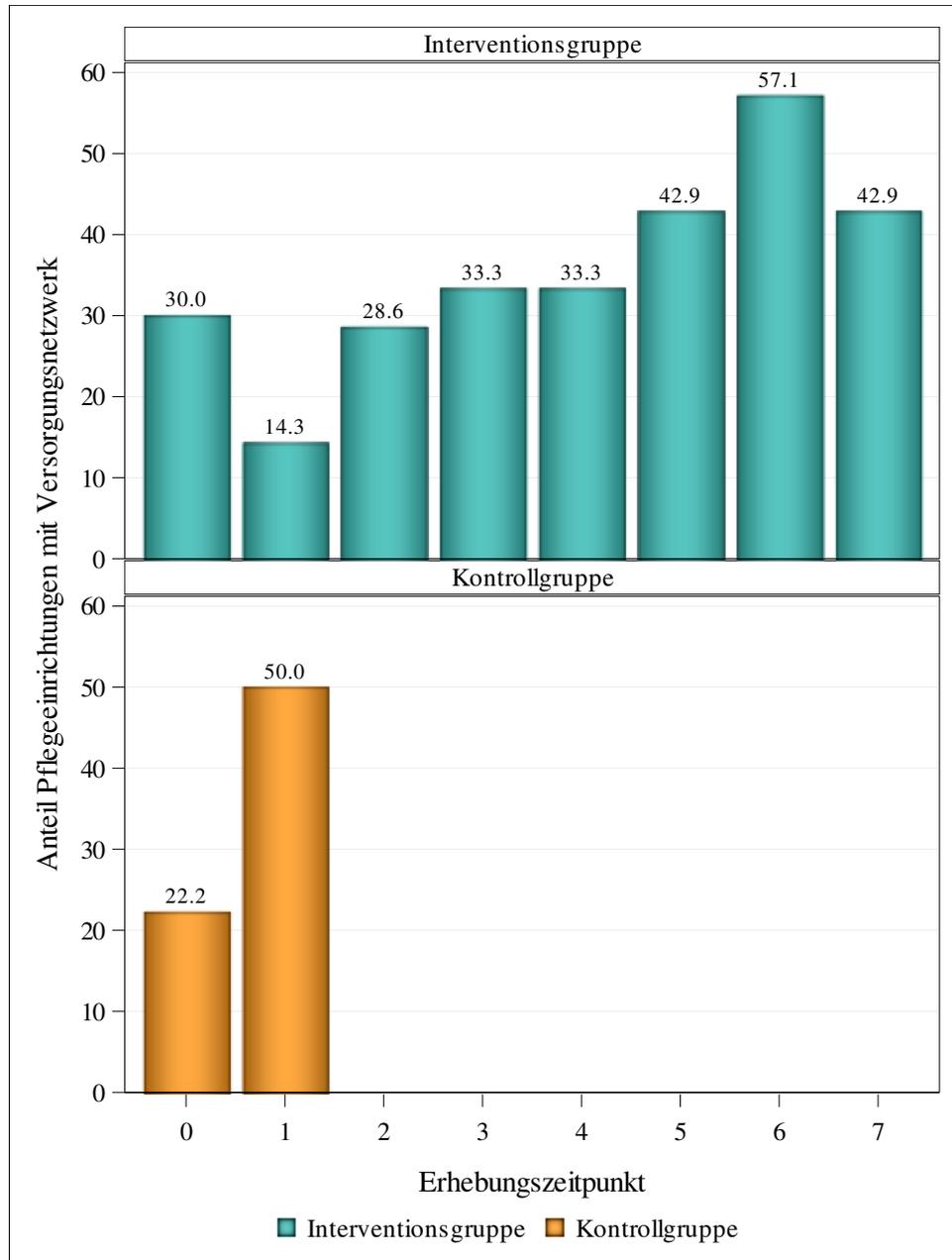
2.5.2 Mitversorgung durch Hausärzt*innen



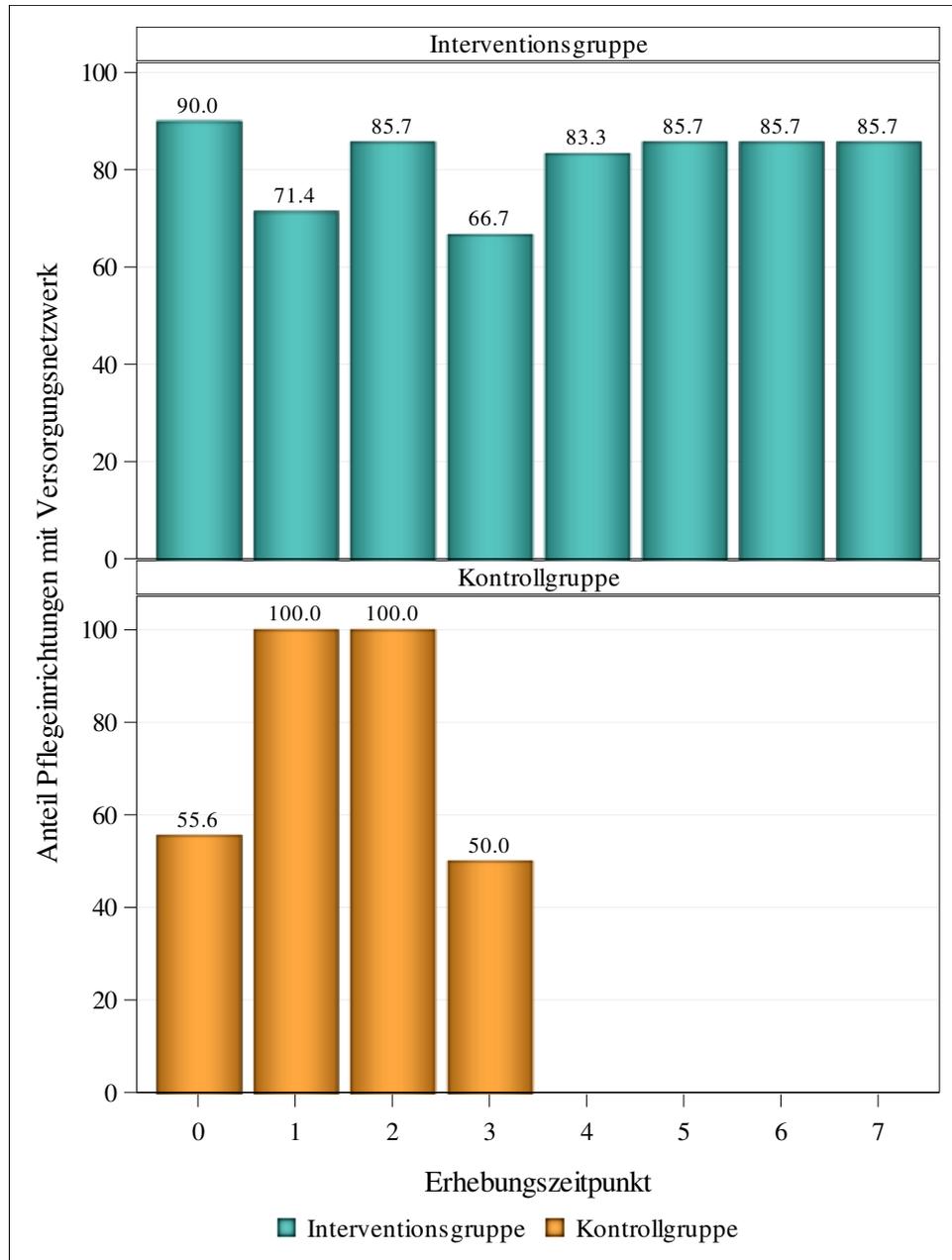
2.5.3 Versorgungsnetzwerk Diabetes mellitus



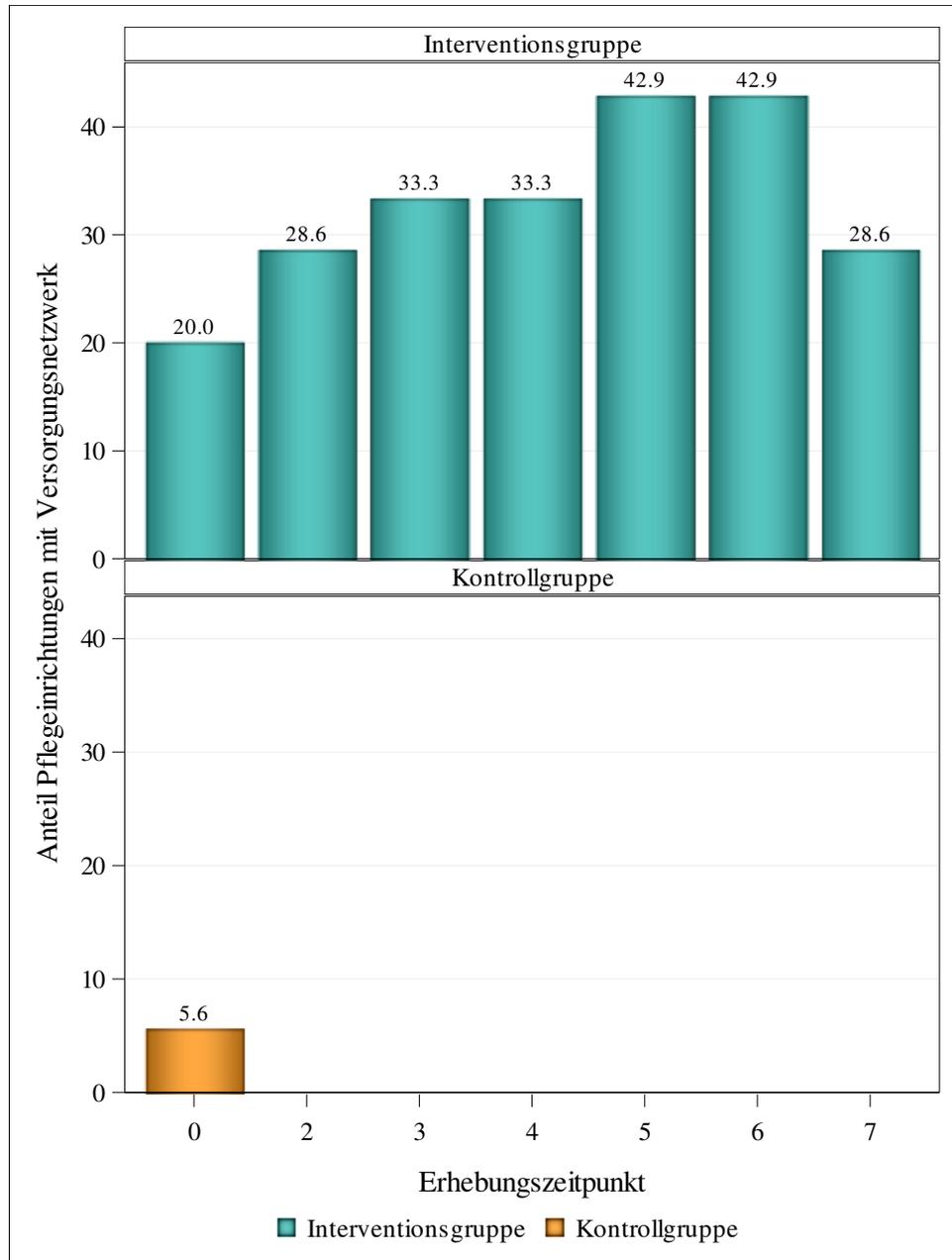
2.5.4 Versorgungsnetzwerk Demenz



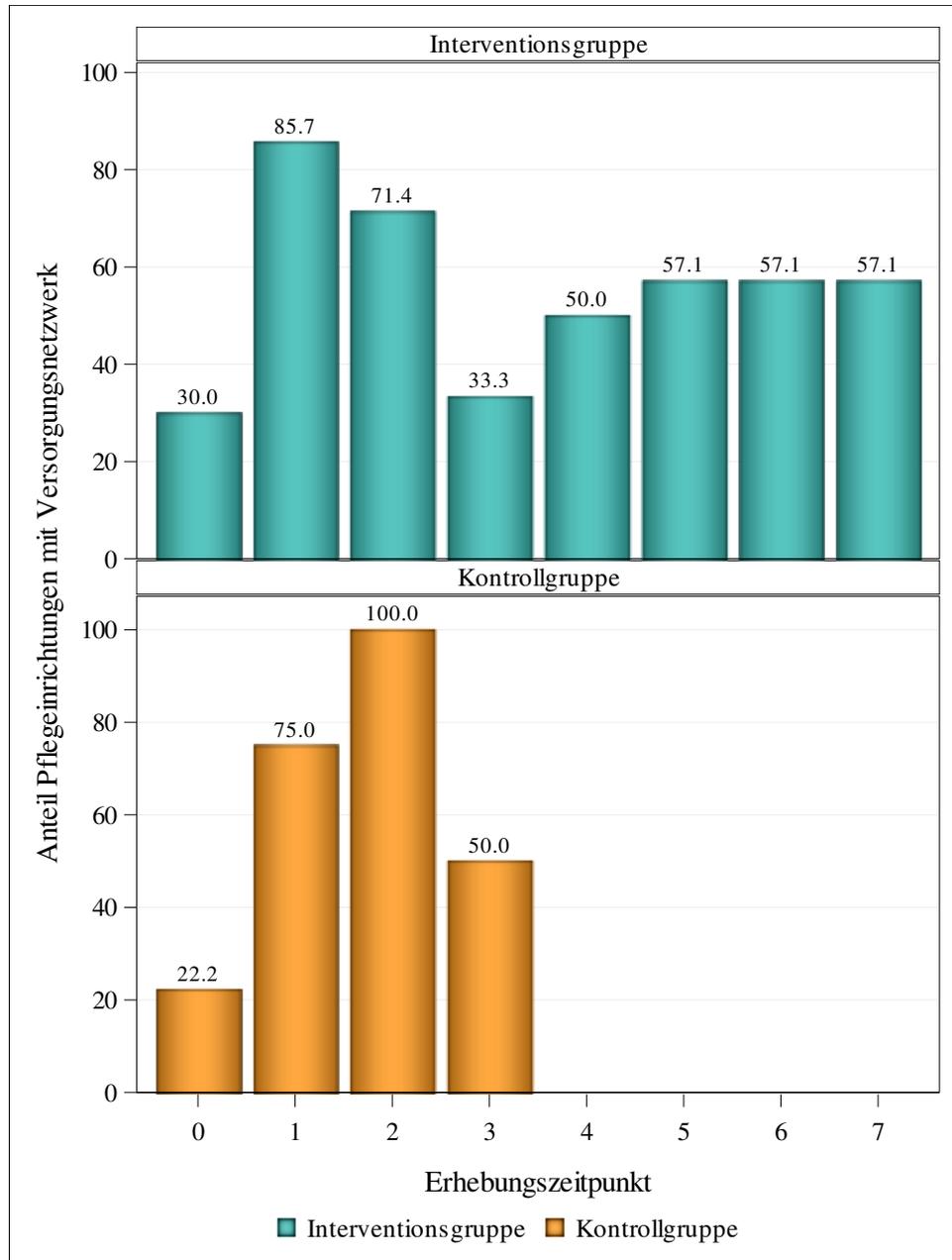
2.5.5 Versorgungsnetzwerk Hospiz- und Palliativversorgung



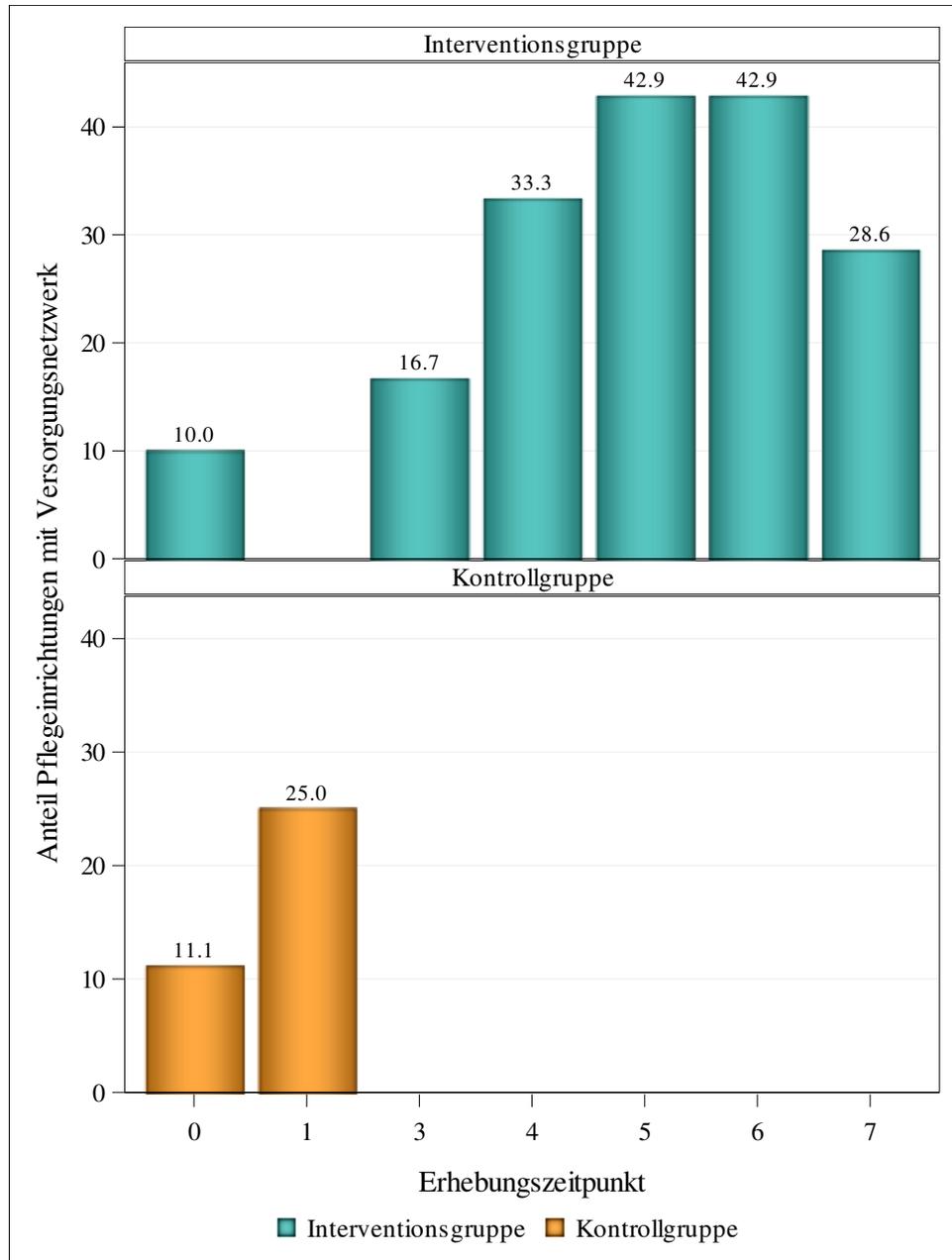
2.5.6 Versorgungsnetzwerk Geriatrie



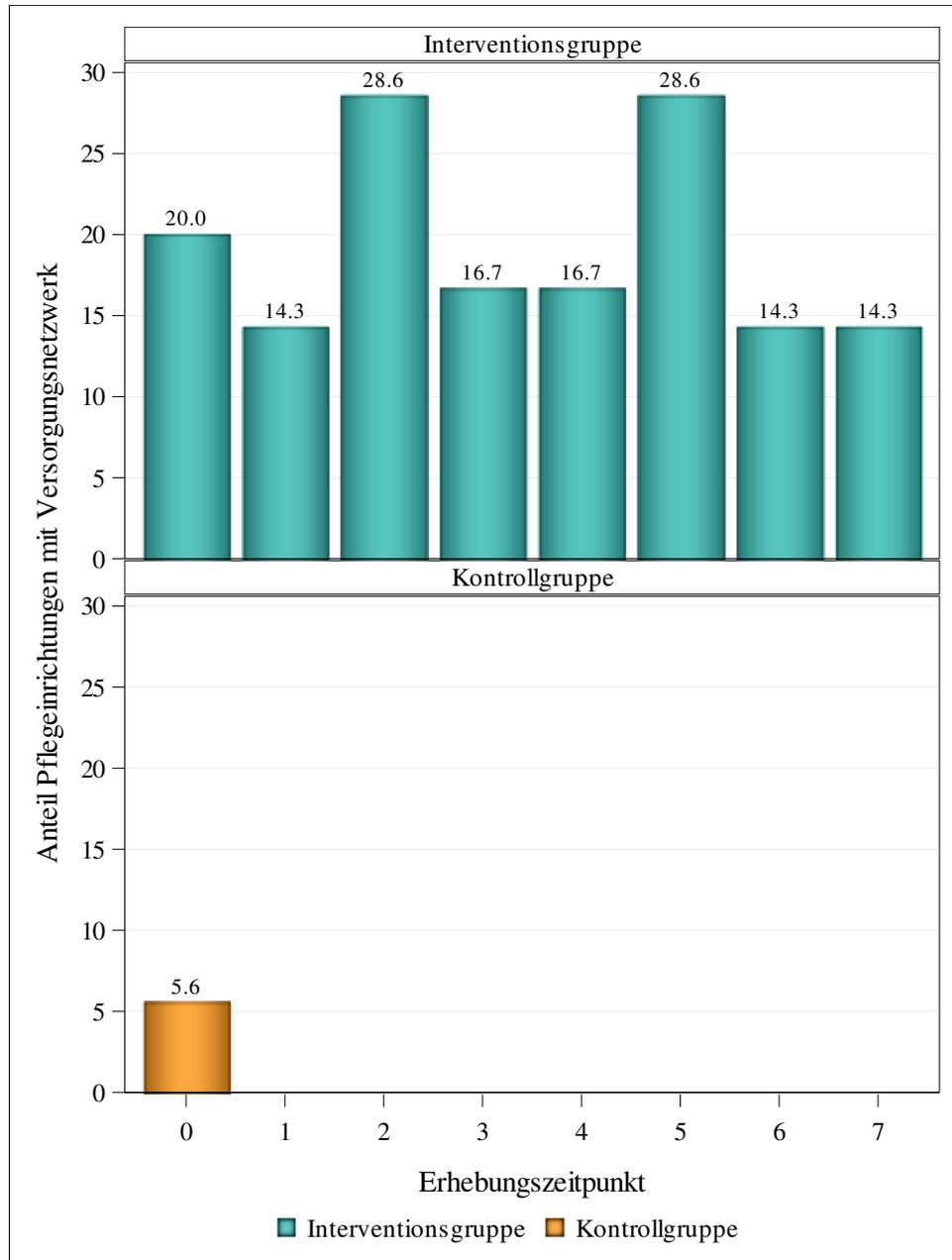
2.5.7 Versorgungsnetzwerk Wundmanagement



2.5.8 Versorgungsnetzwerk Schmerz



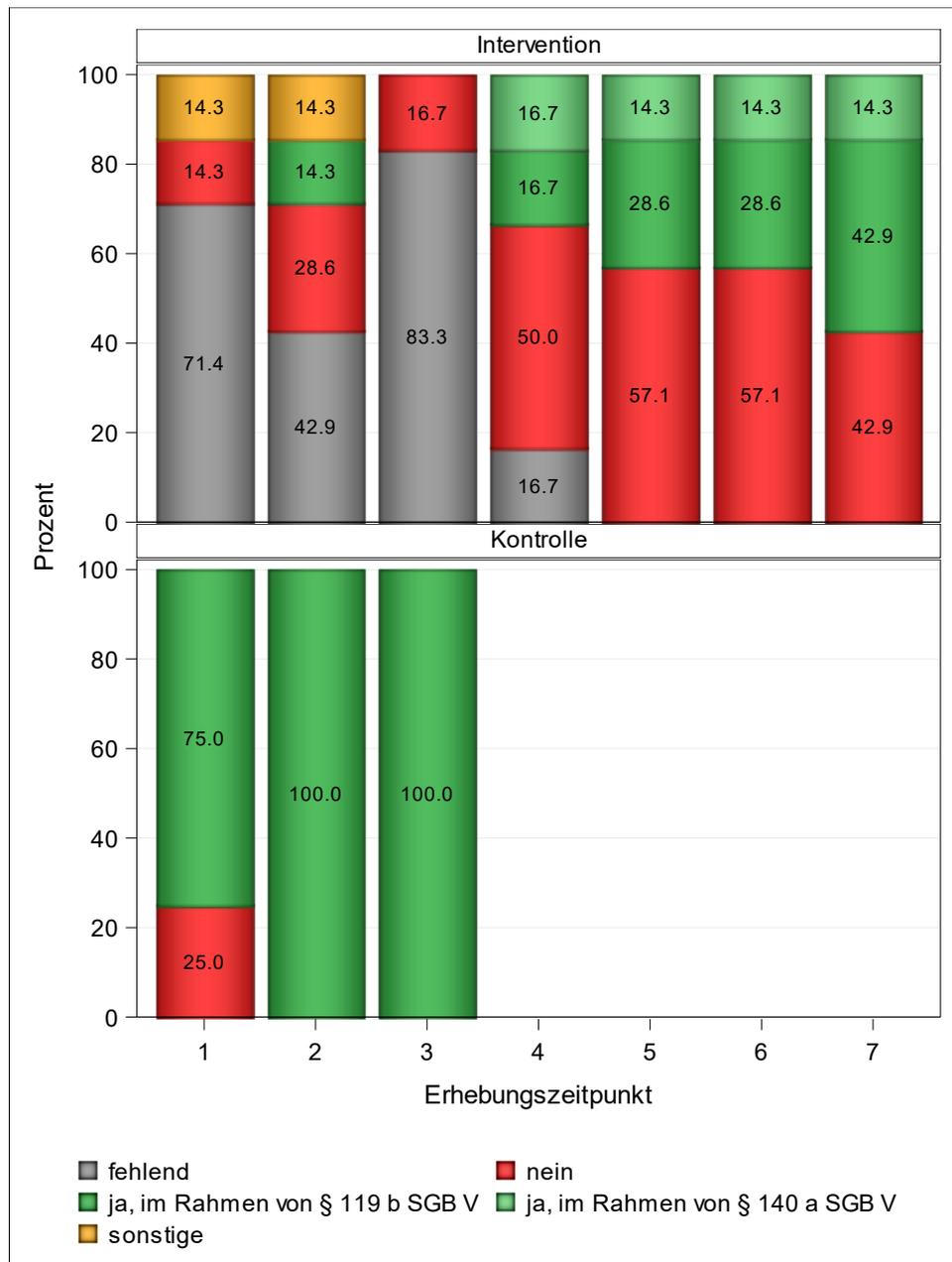
2.5.9 sonstige Versorgungsnetzwerke



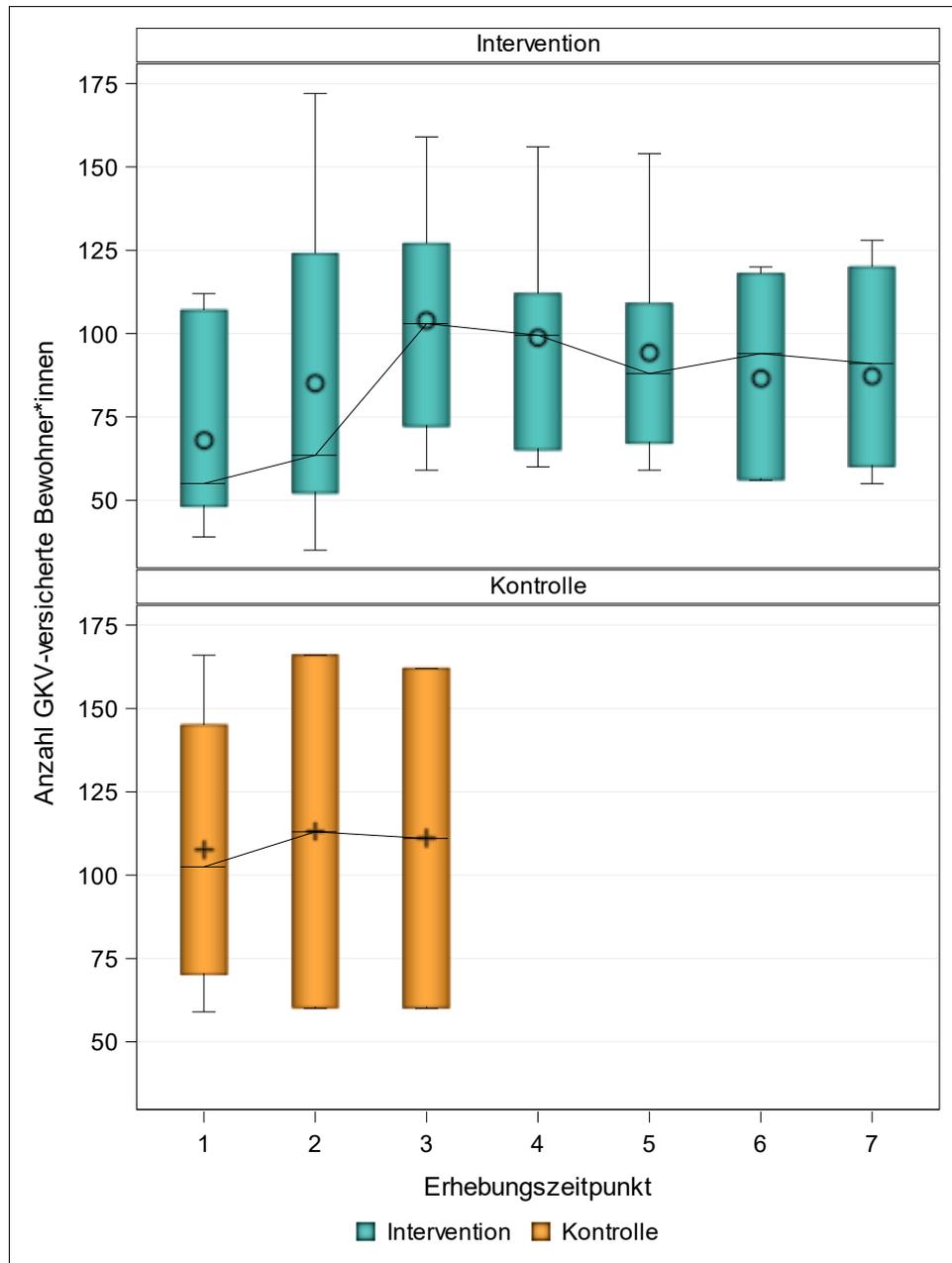
2.6 Boxplots und Balkendiagramme Einschätzung der Pflegeeinrichtung zur Projektumsetzung

Programm: f_02_plots_umsetzung_PE.sas

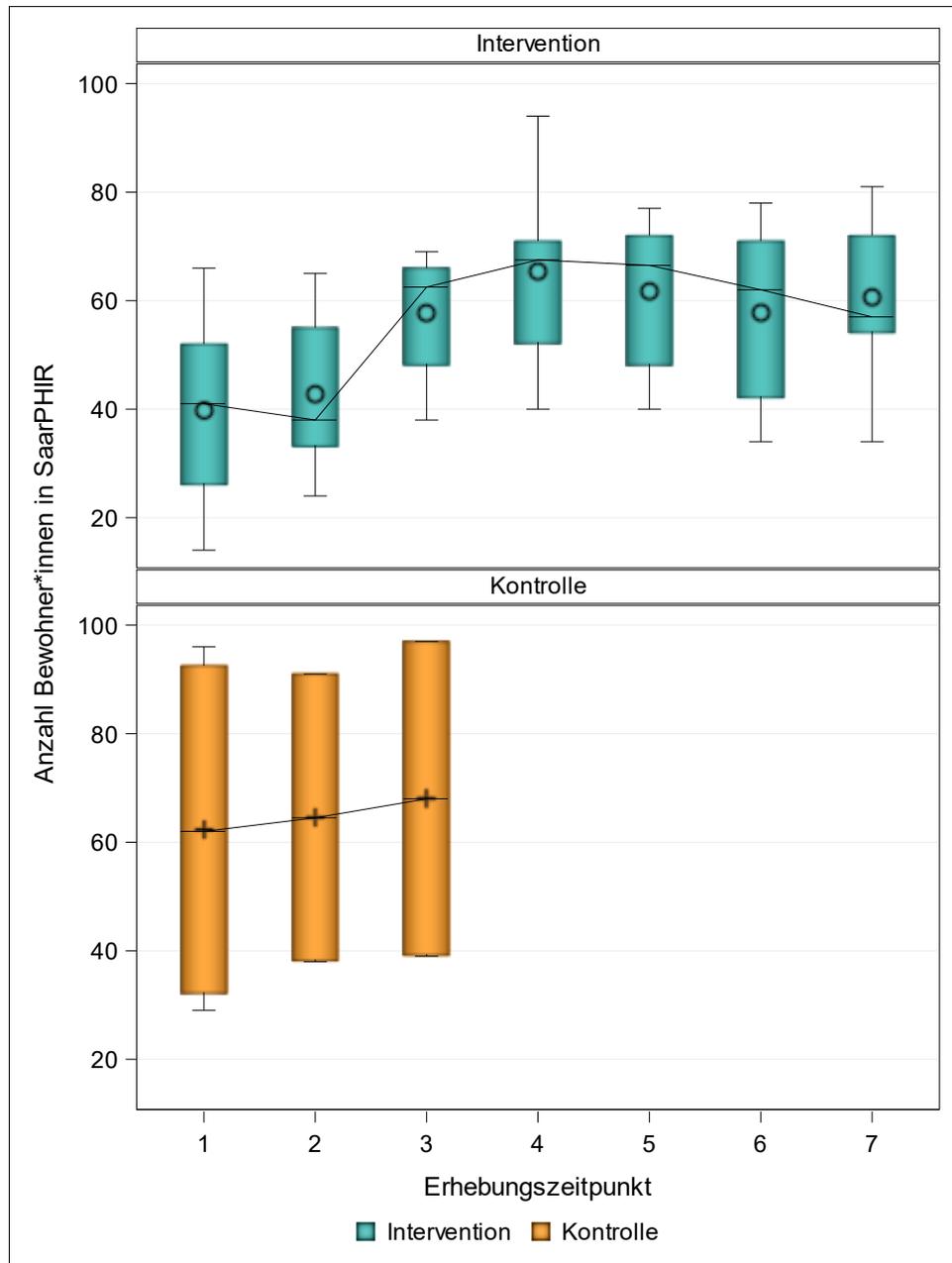
2.6.1 Vertragliche Vereinbarung mit Ärzt*innen



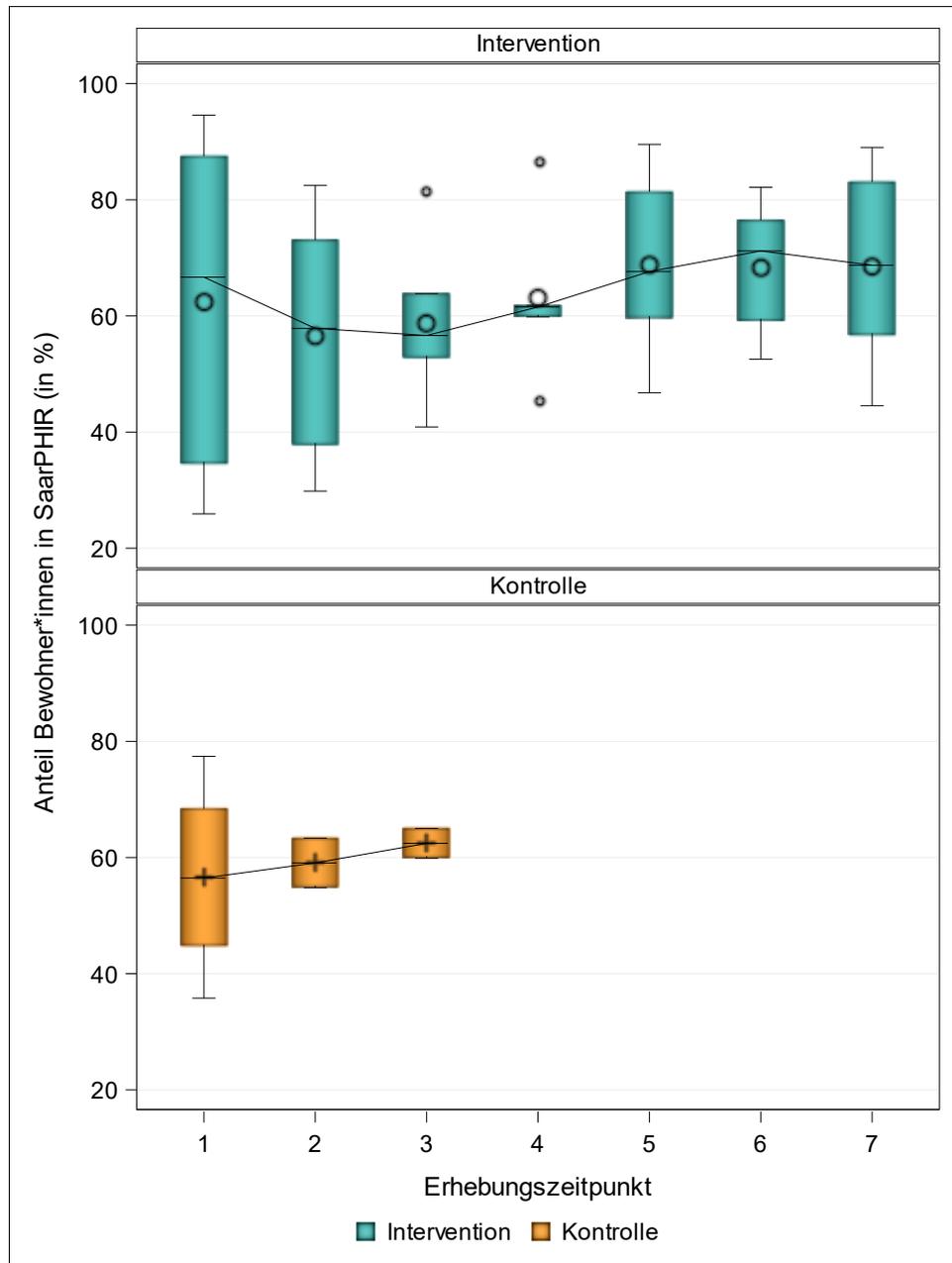
2.6.2 Anzahl GKV-versicherte Bewohner*innen



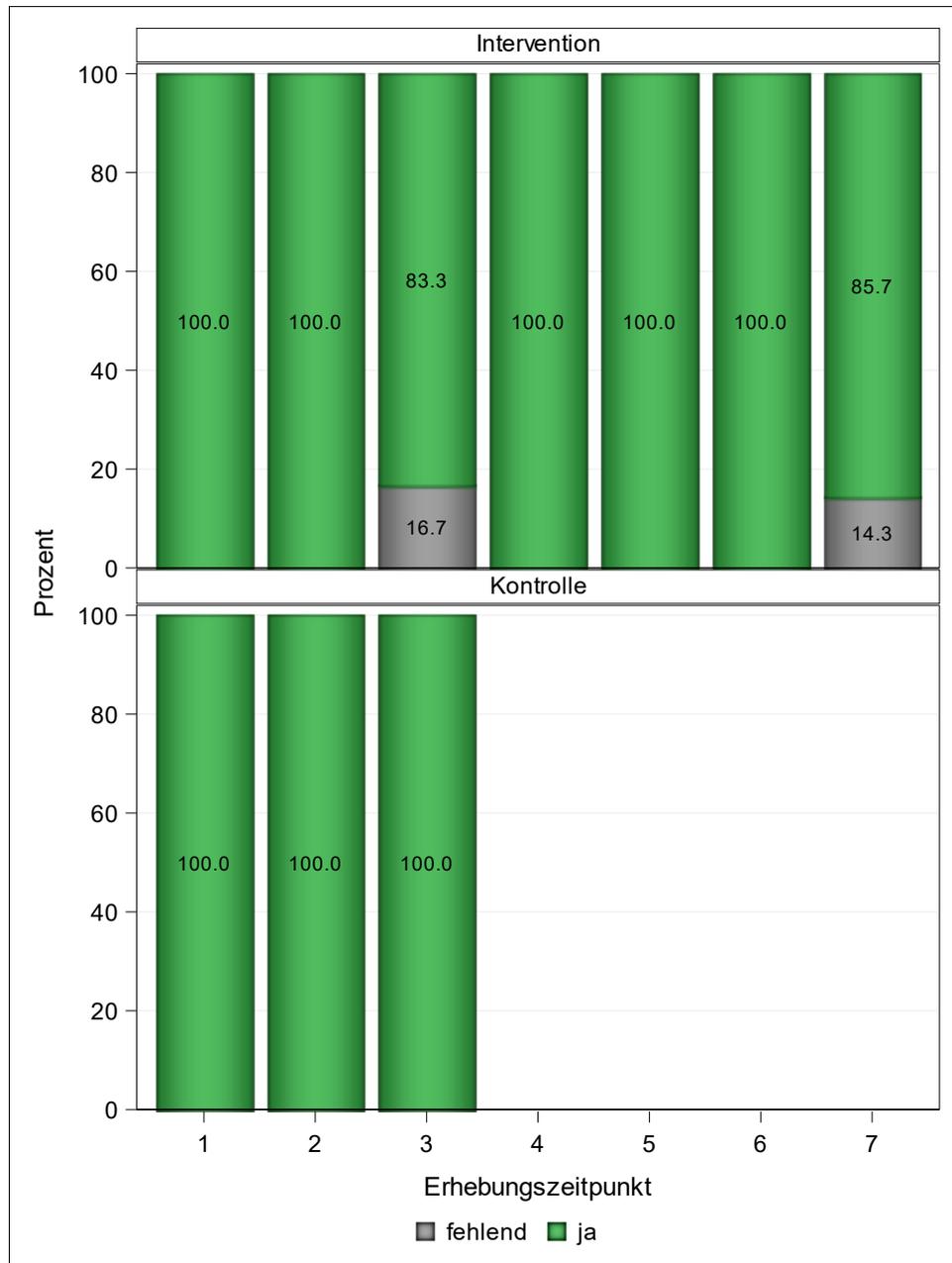
2.6.3 Bewohner*innen in SaarPHIR



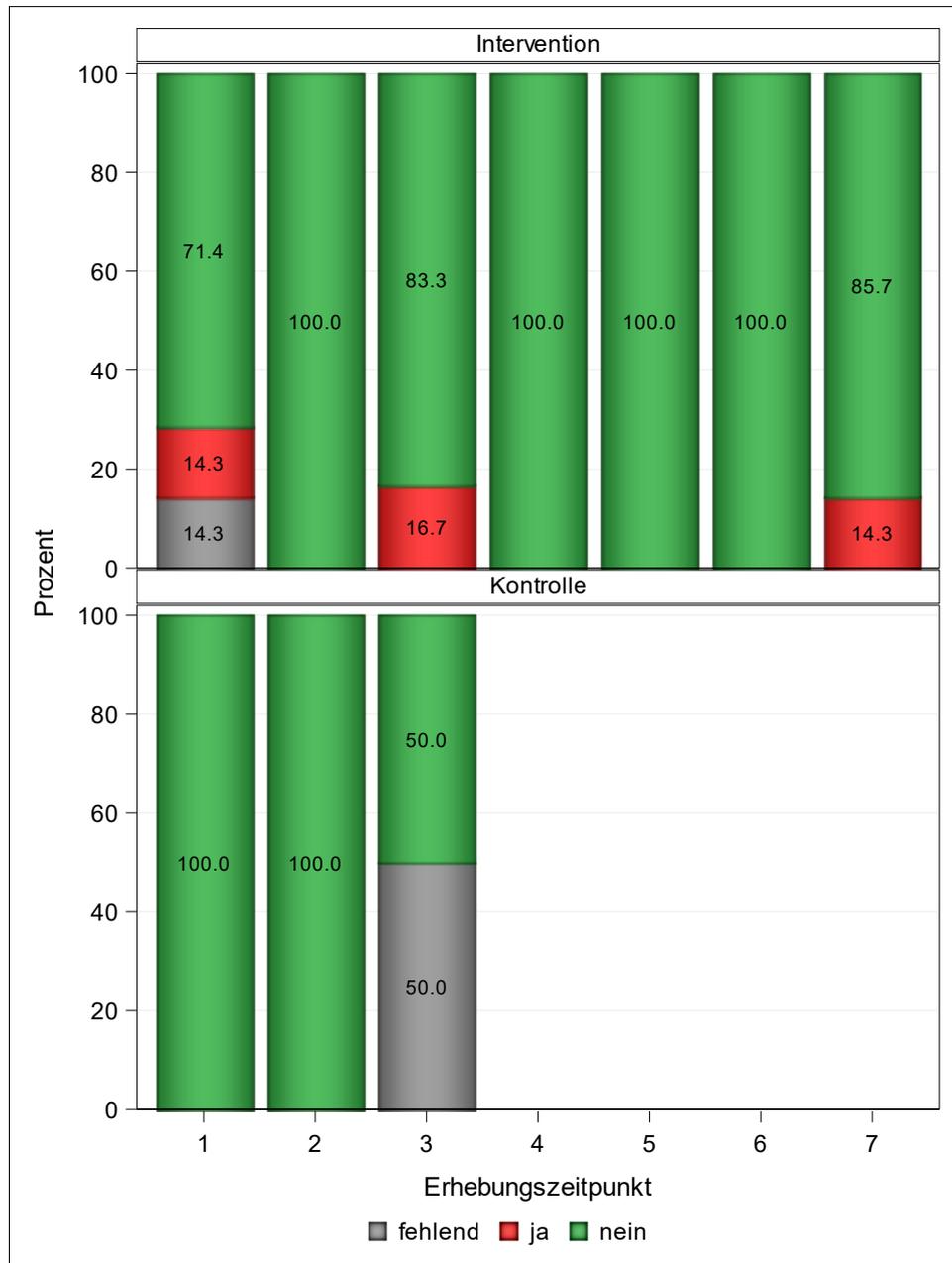
2.6.4 Anteil Bewohner*innen in SaarPHIR



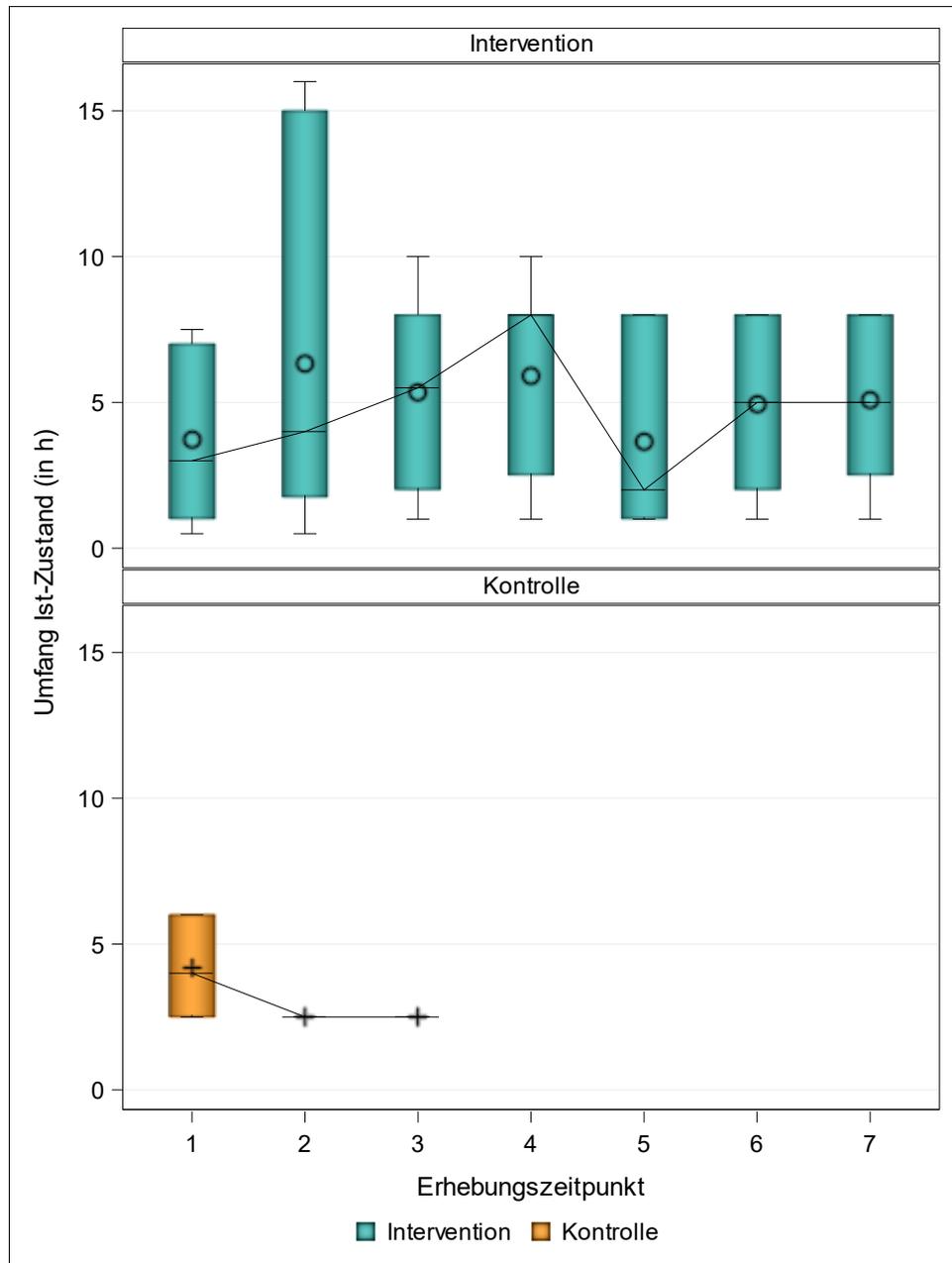
2.6.5 Feste Ansprechperson verfügbar?



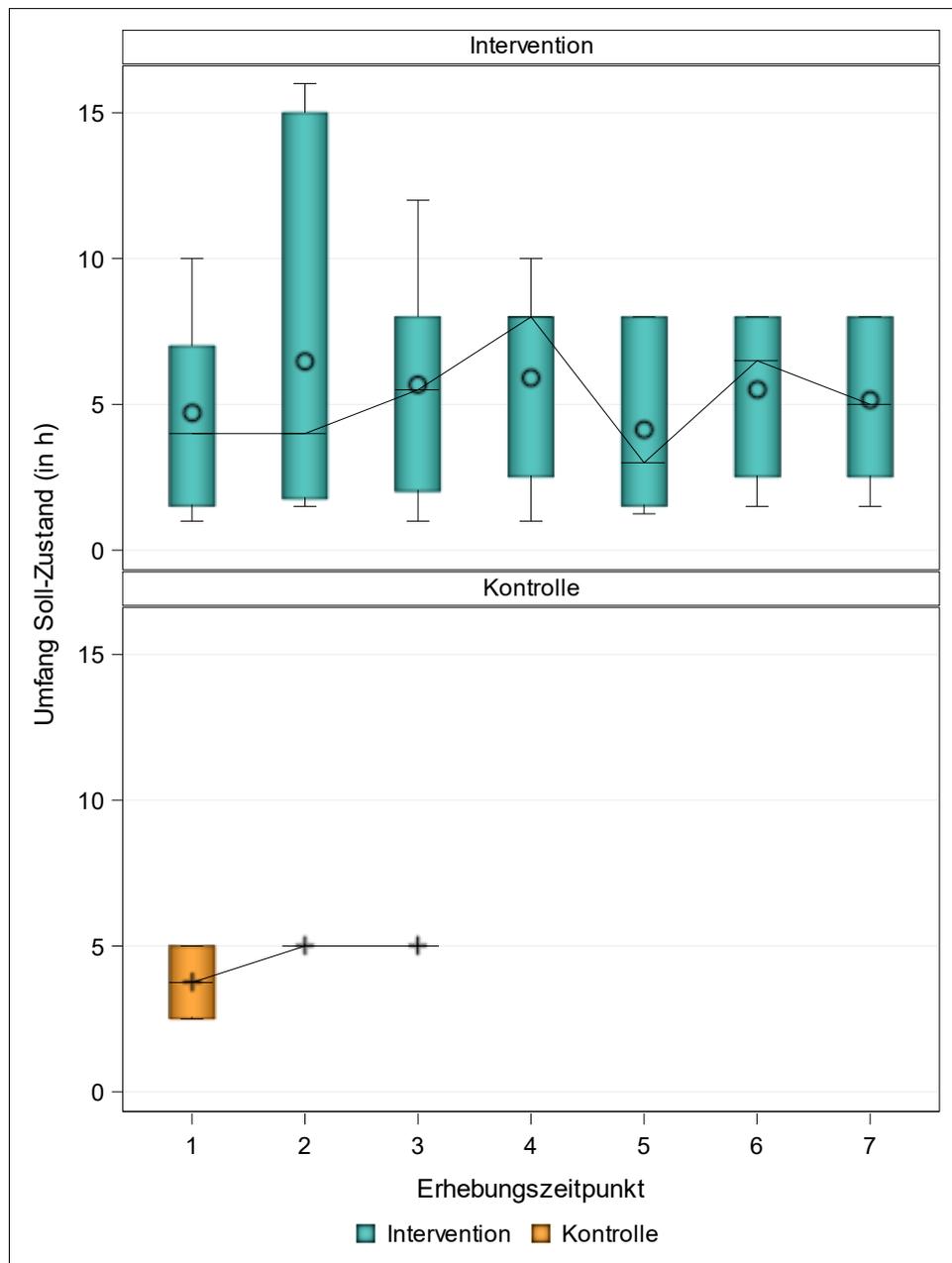
2.6.6 Gab es einen Wechsel?



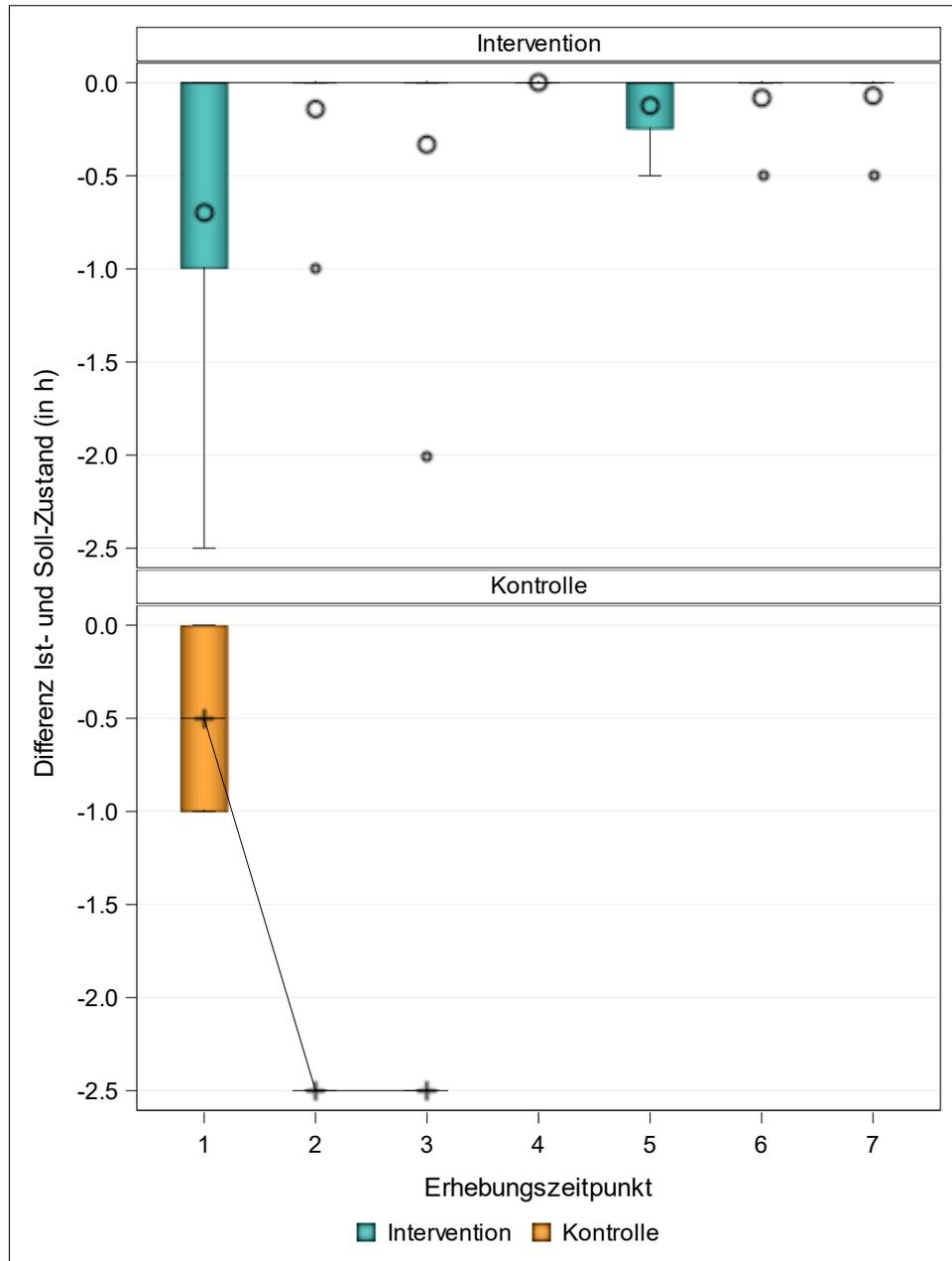
2.6.7 Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Ist-Zustand



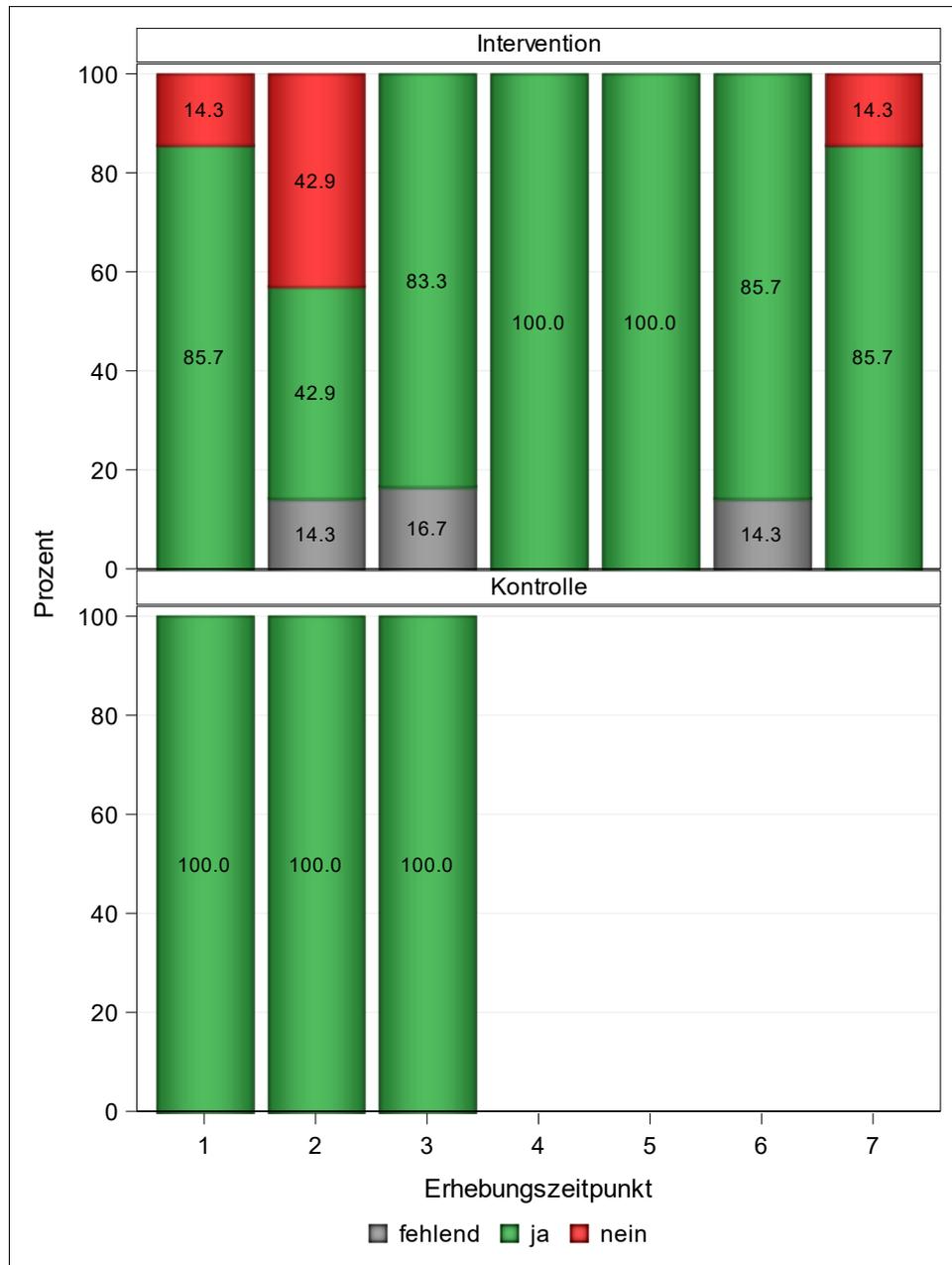
2.6.8 Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Soll-Zustand



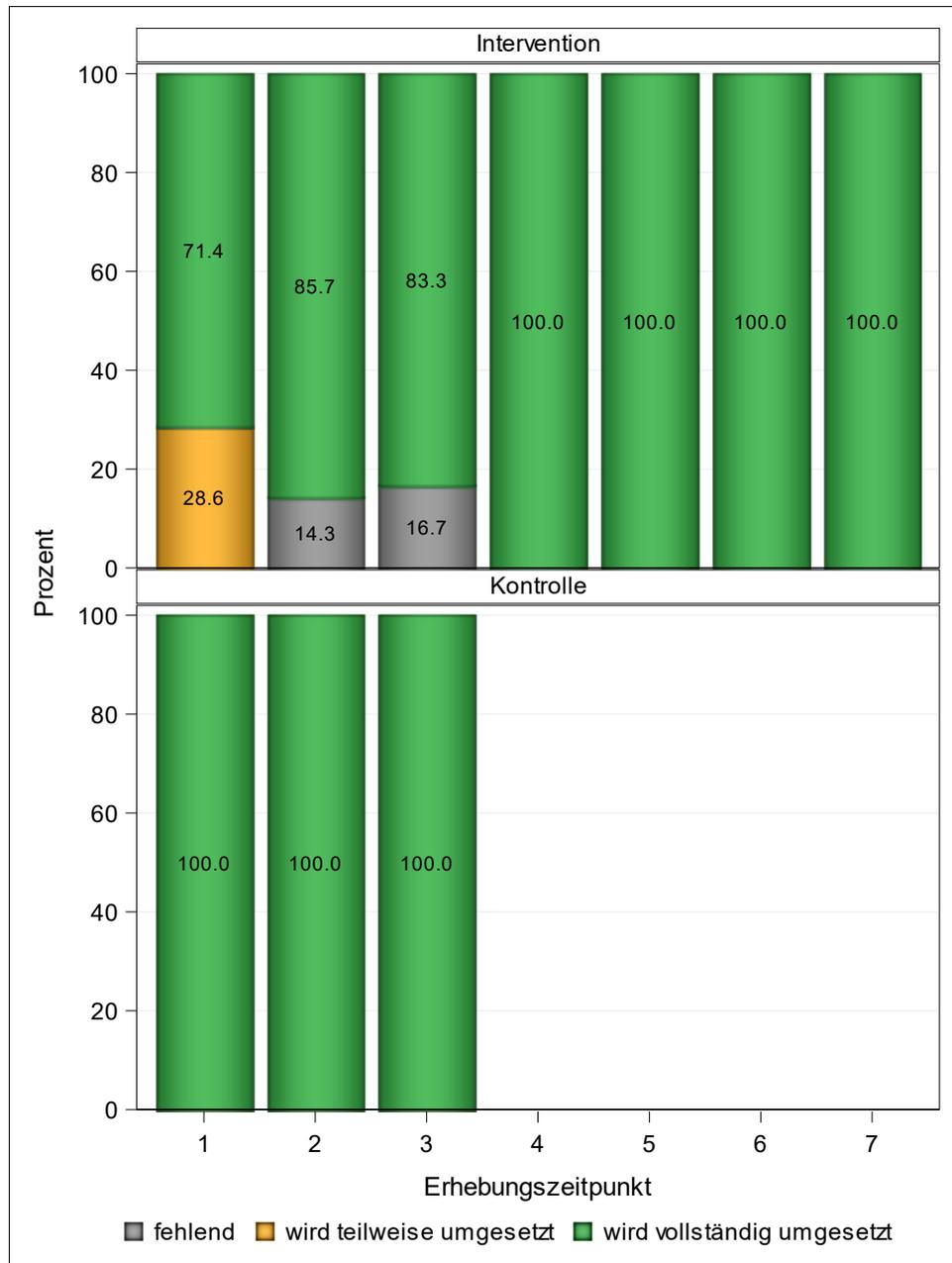
2.6.9 Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand



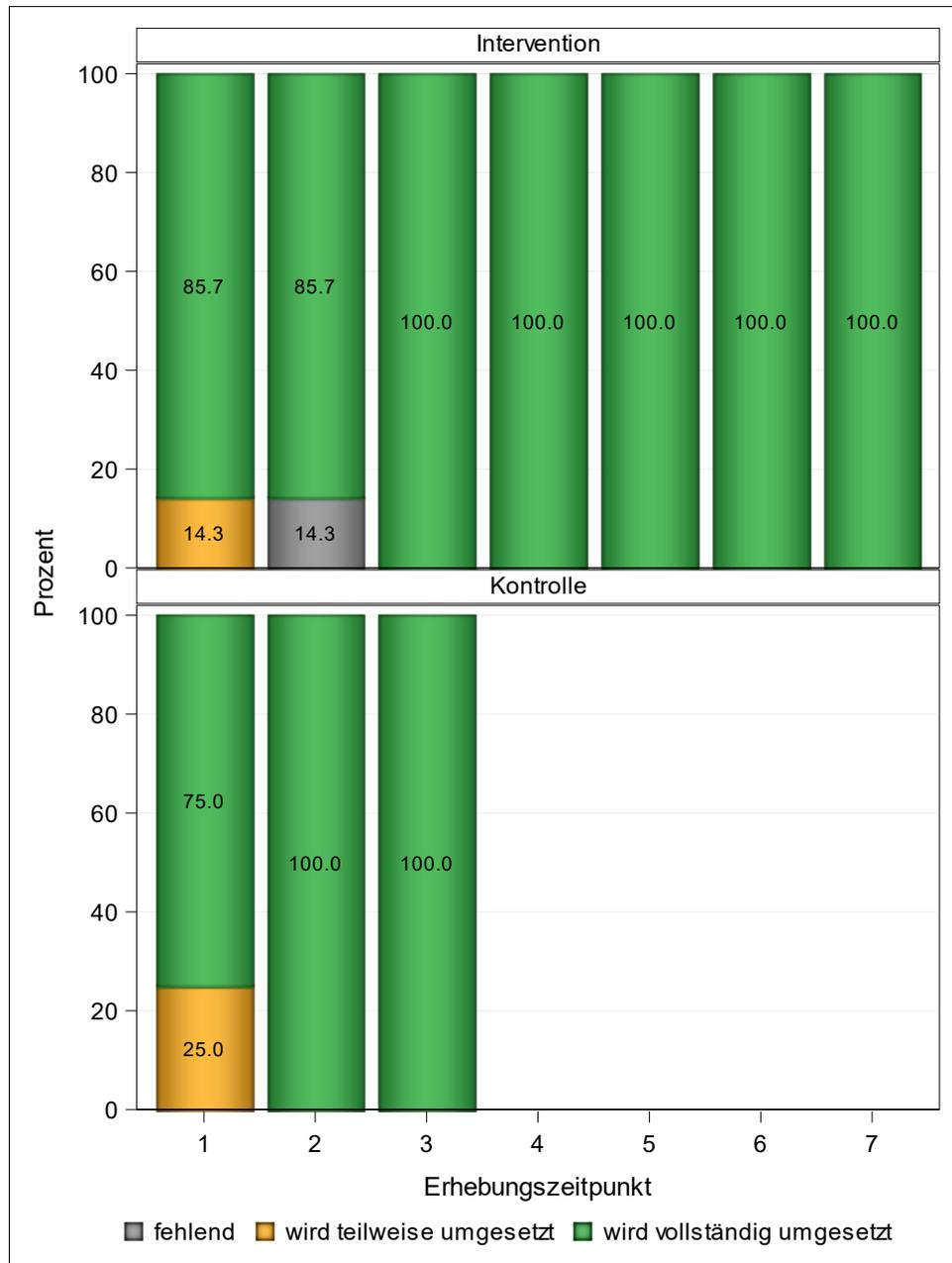
2.6.10 Wurde eine Stellvertretung benannt?



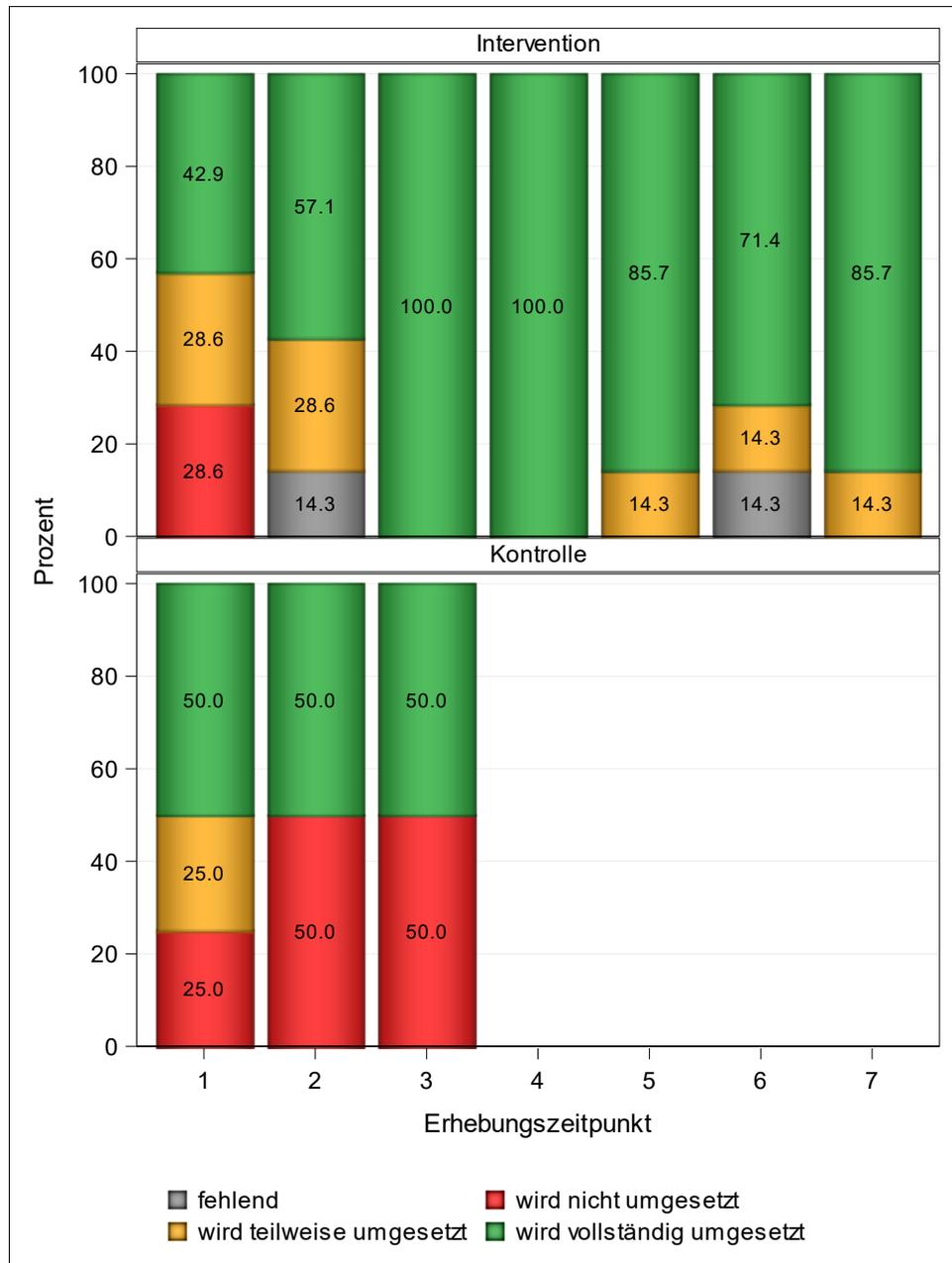
2.6.11 Umsetzung - Erreichbarkeit der Versorgungsgemeinschaft



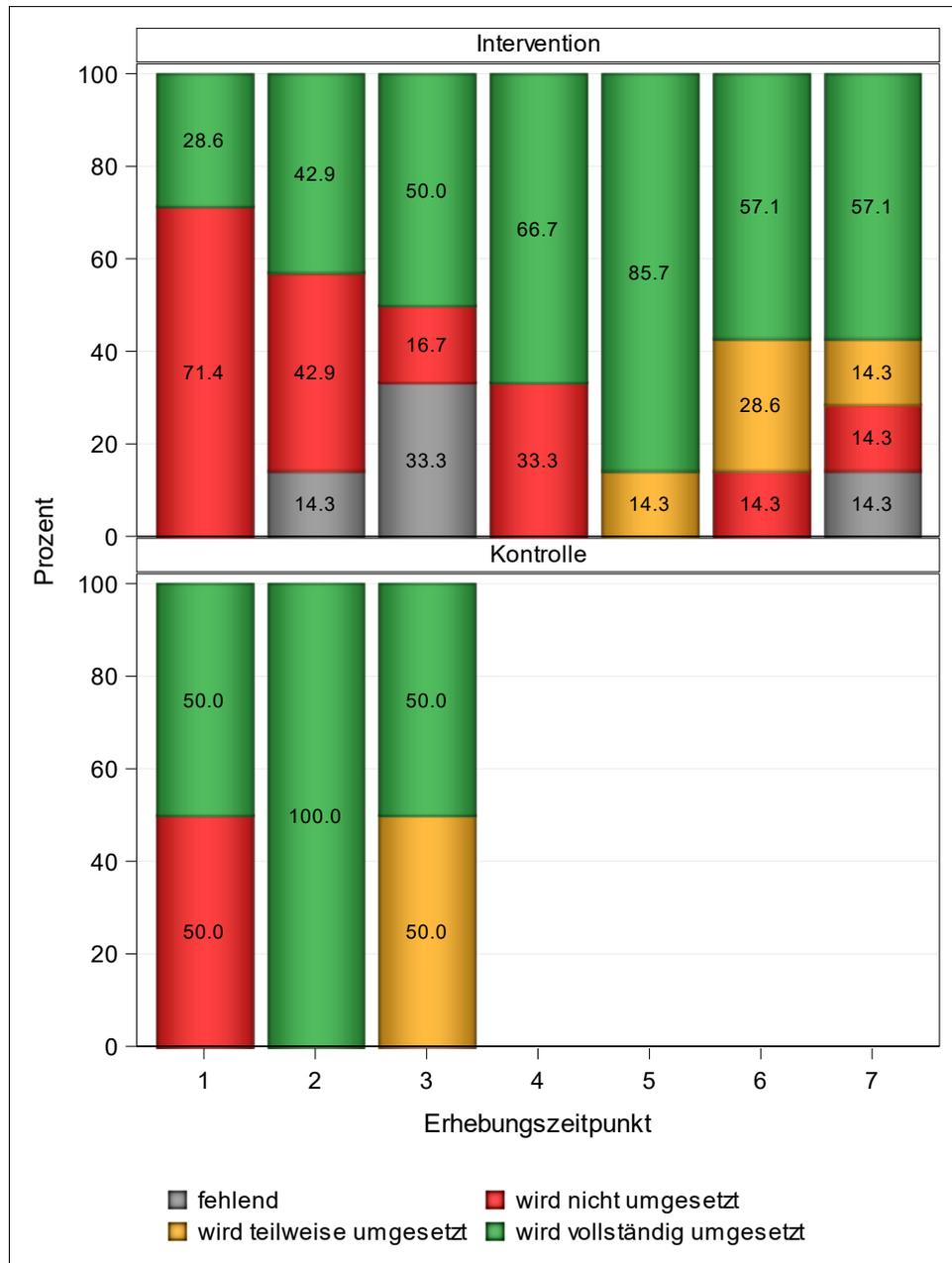
2.6.12 Umsetzung - Vertretung



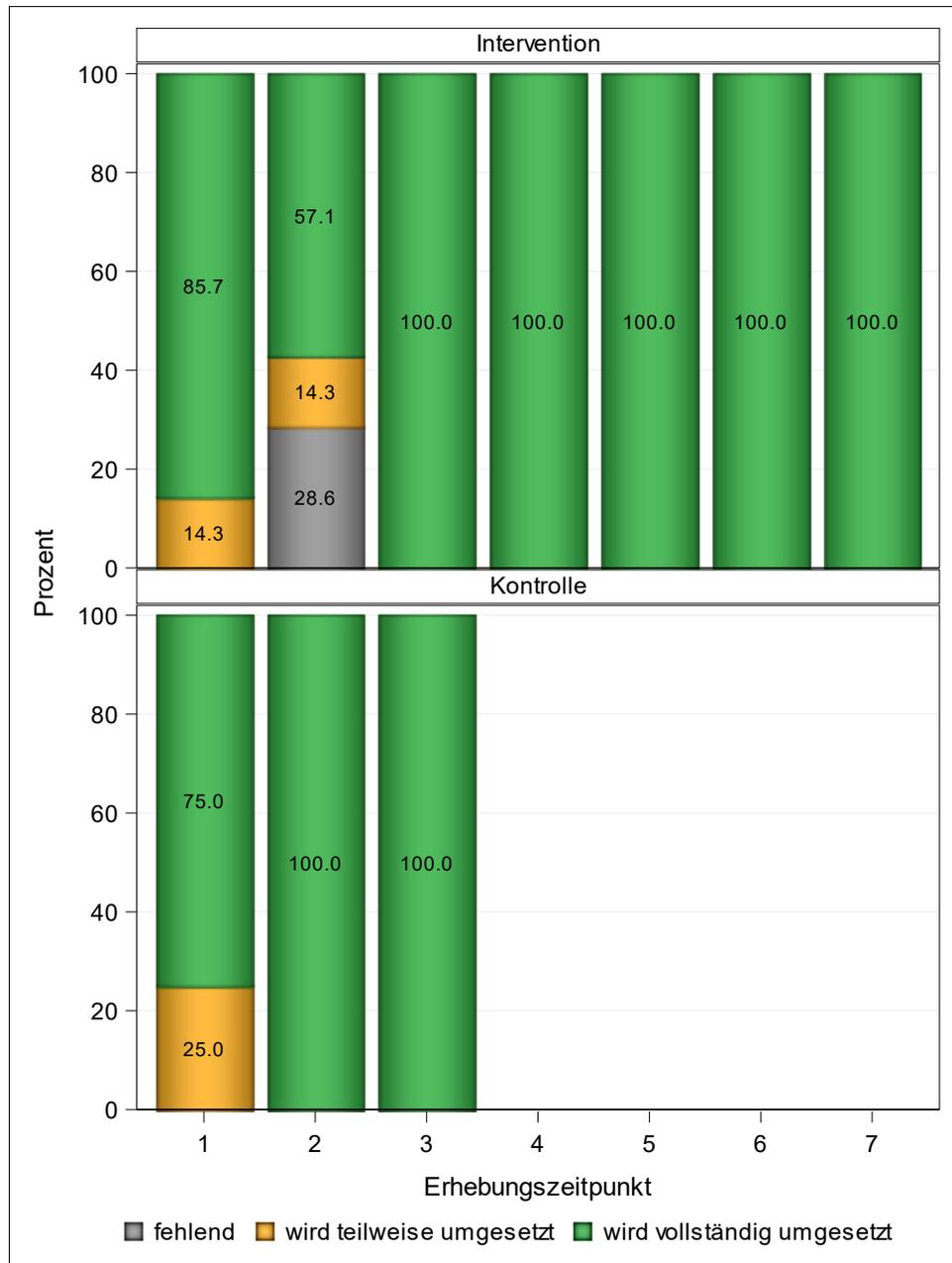
2.6.13 Umsetzung - Dienstplan



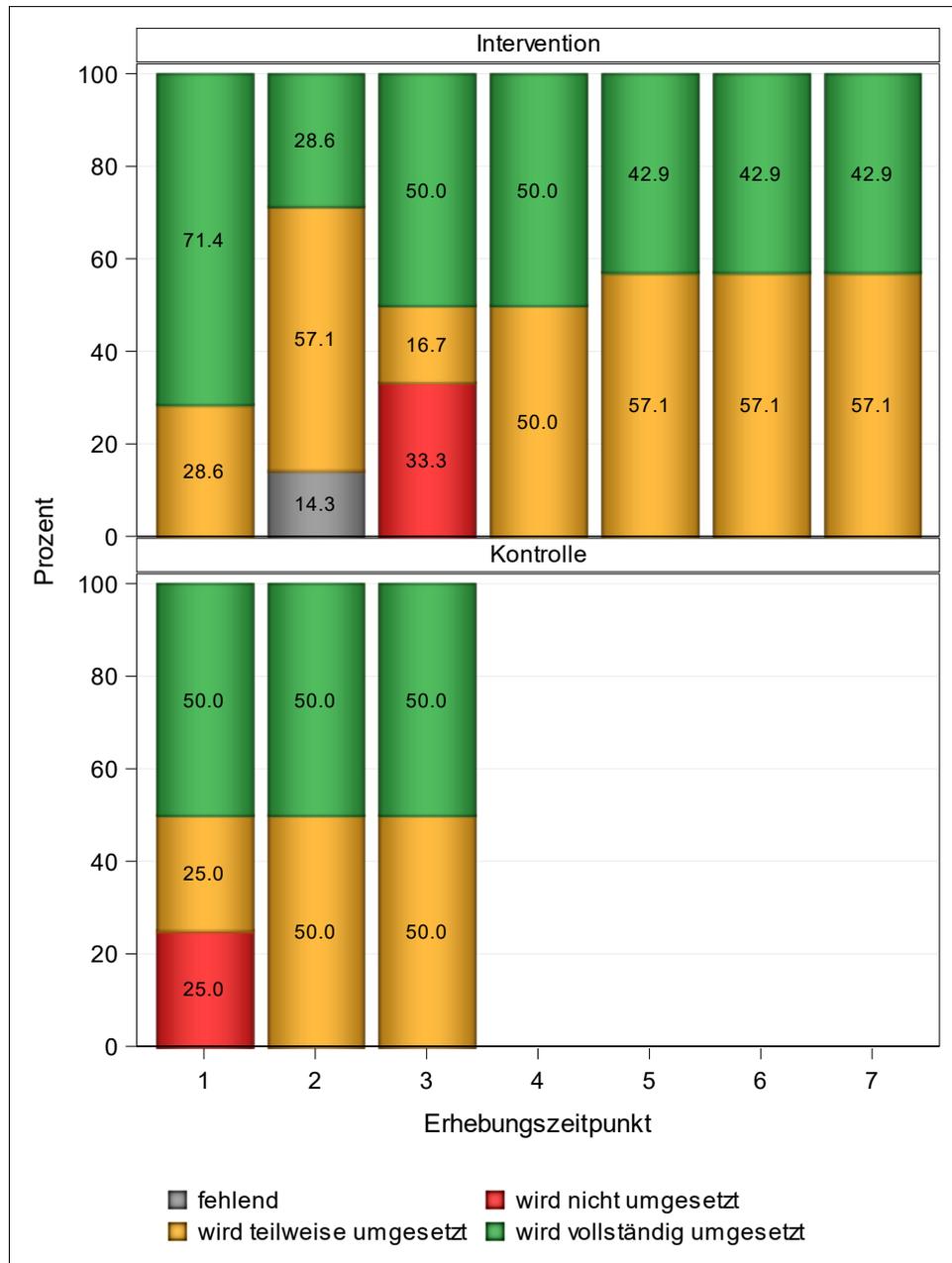
2.6.14 Umsetzung - Teambesprechungen



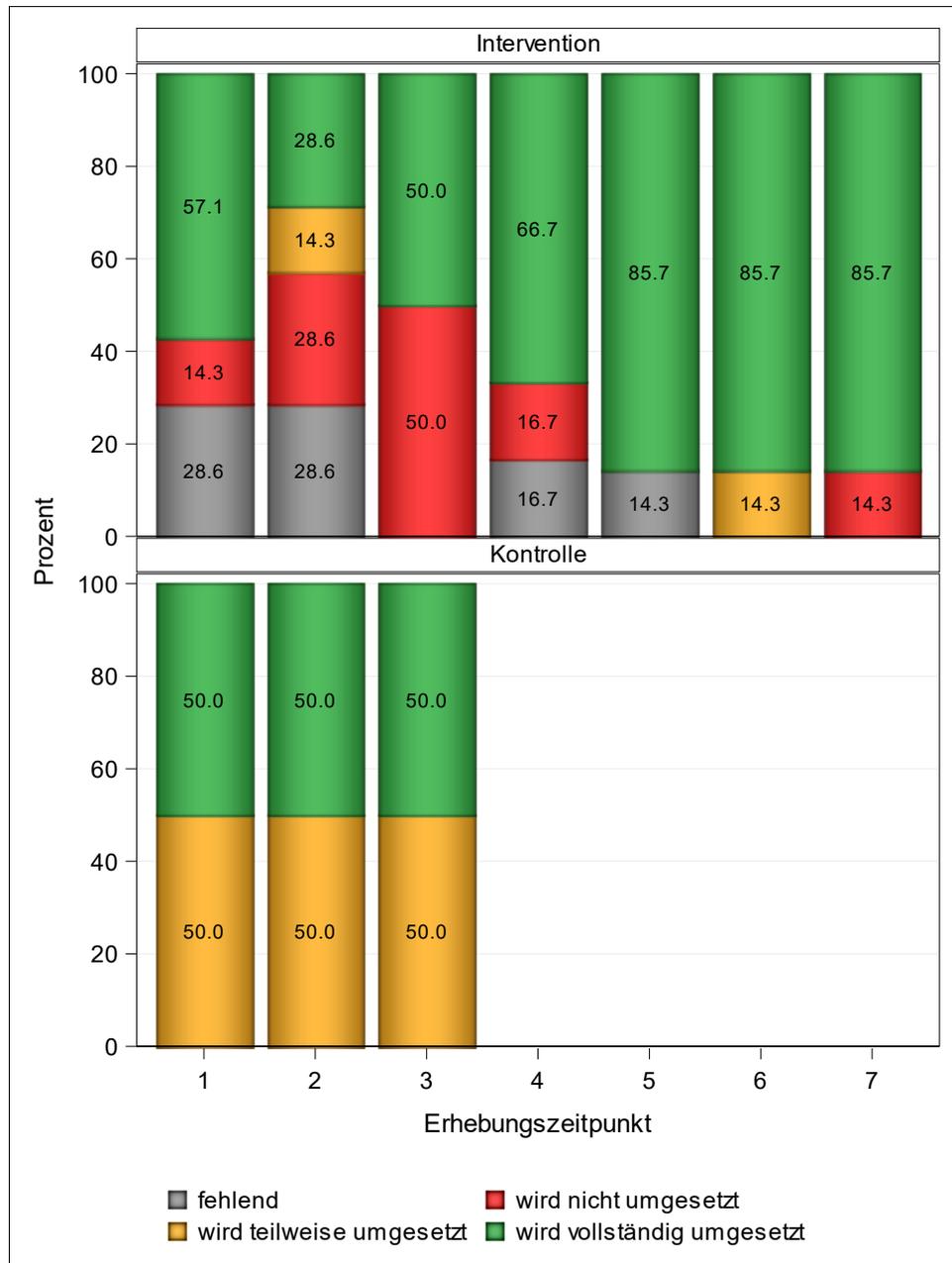
2.6.15 Umsetzung - Vorwochenendvisite



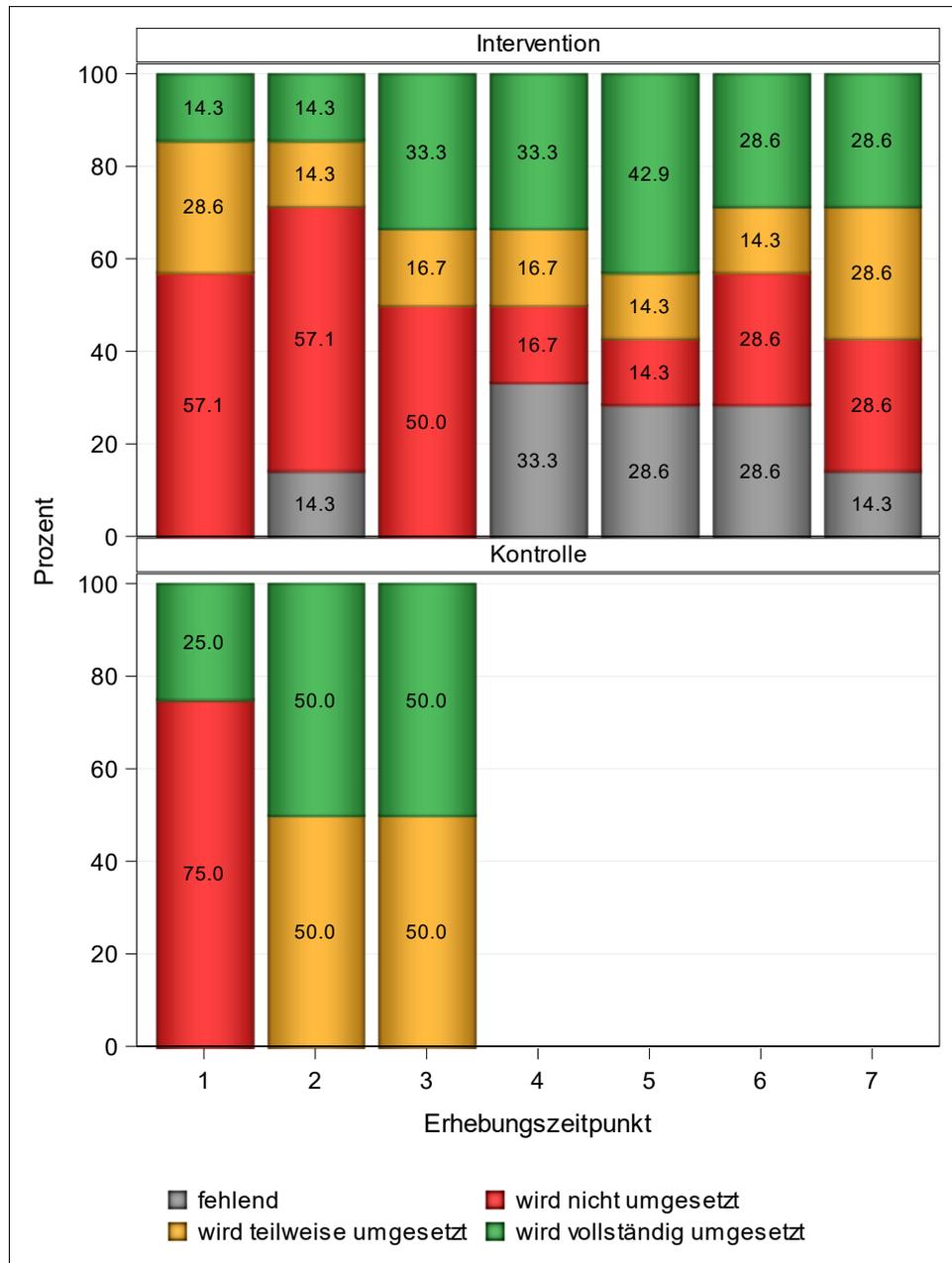
2.6.16 Umsetzung - Visite nach Entlassung aus Krankenhaus



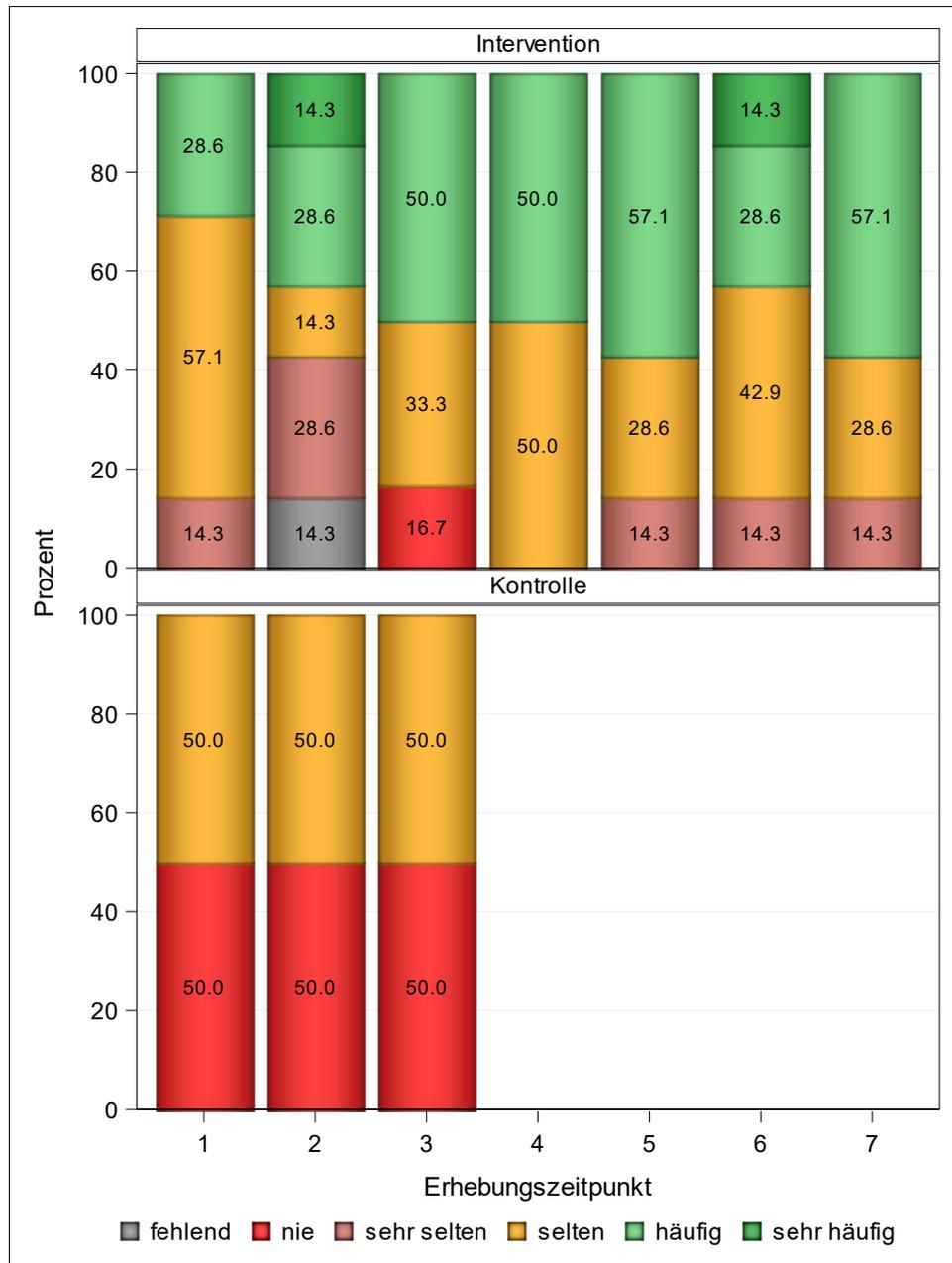
2.6.17 Umsetzung - Behandlungsprozesse



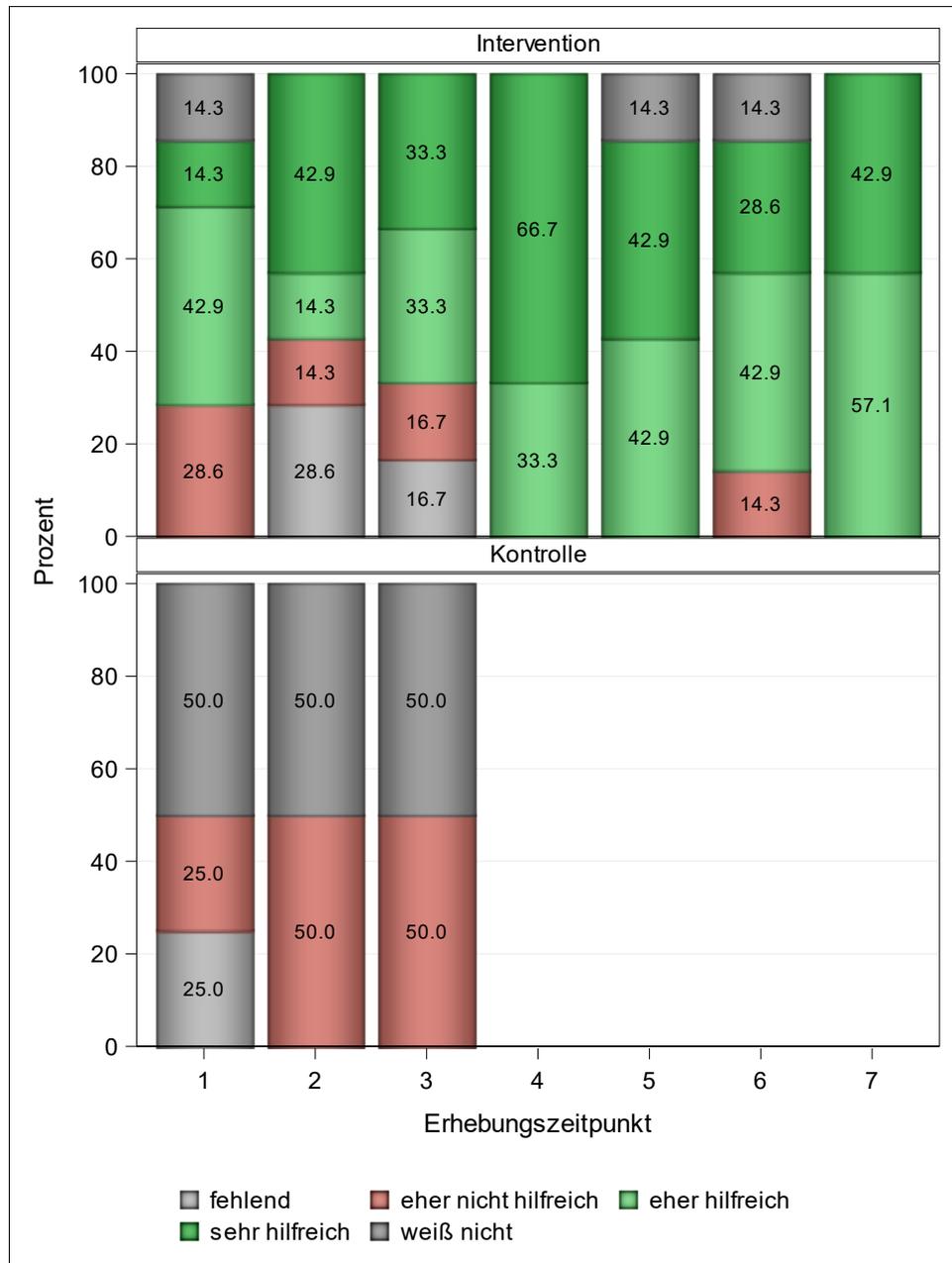
2.6.18 Umsetzung - ACP



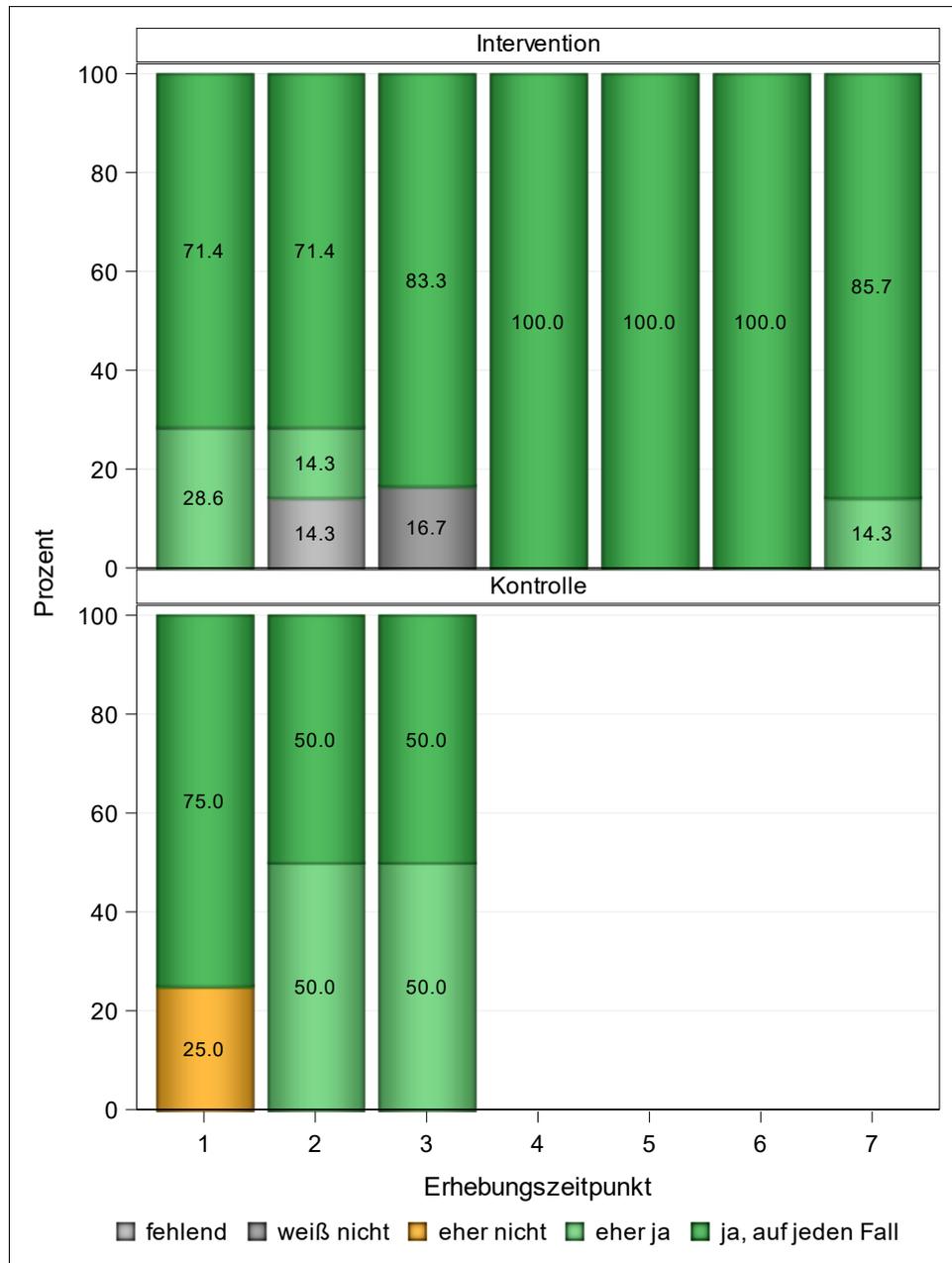
2.6.19 Häufigkeit Nutzung Handbuch



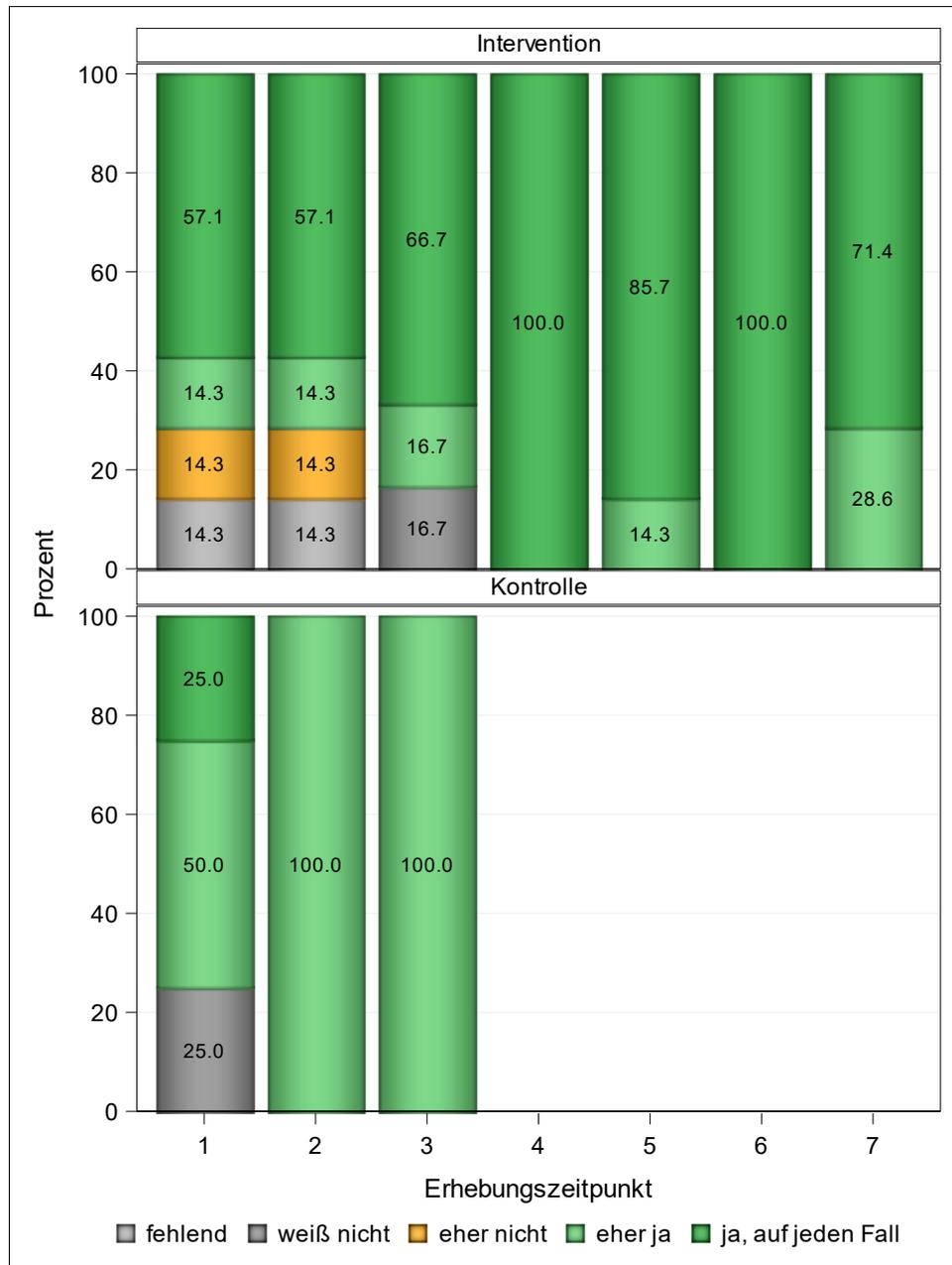
2.6.20 Nutzung Handbuch hilfreich



2.6.21 Verbesserung der Prozesse



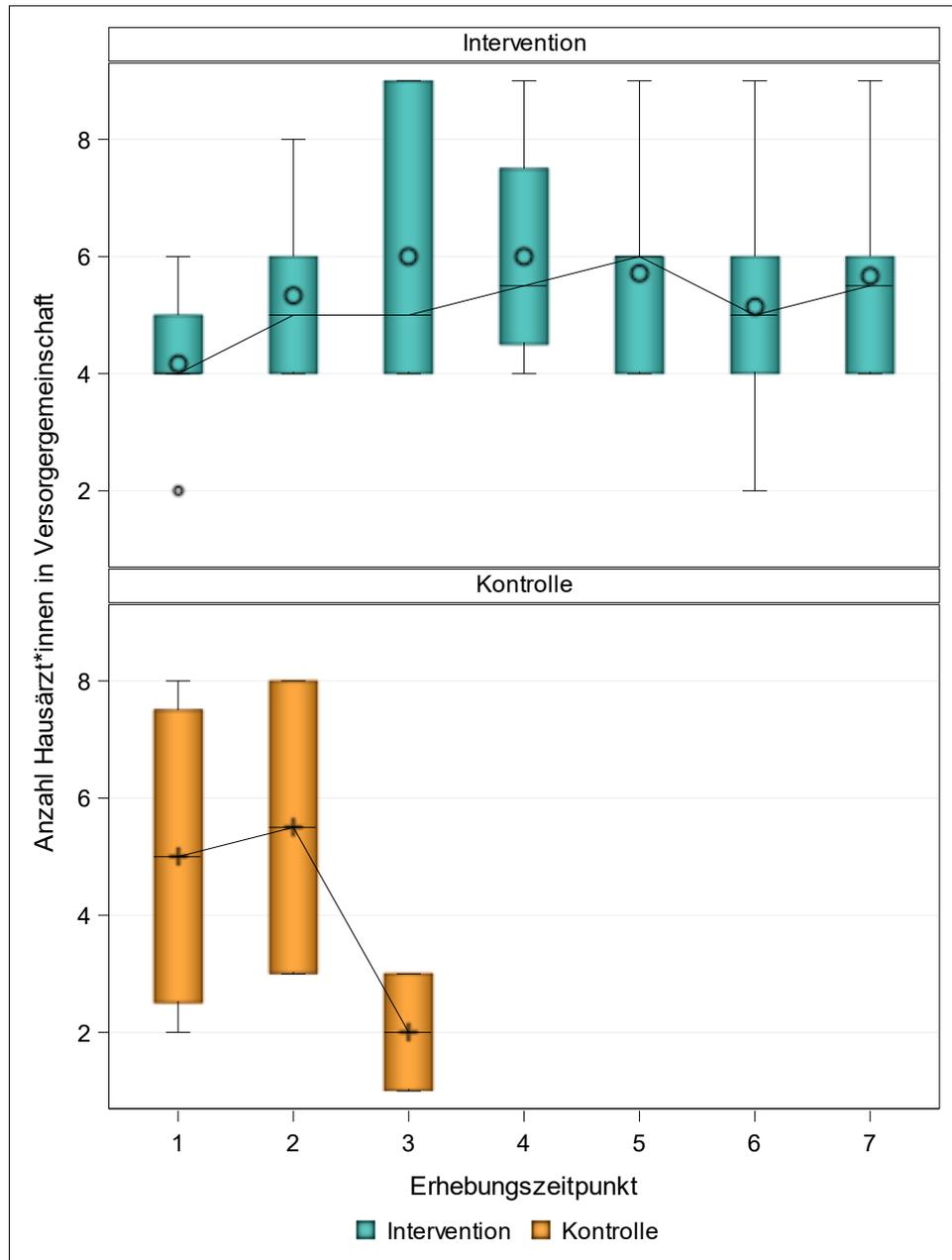
2.6.22 Erleichterung der Prozesse



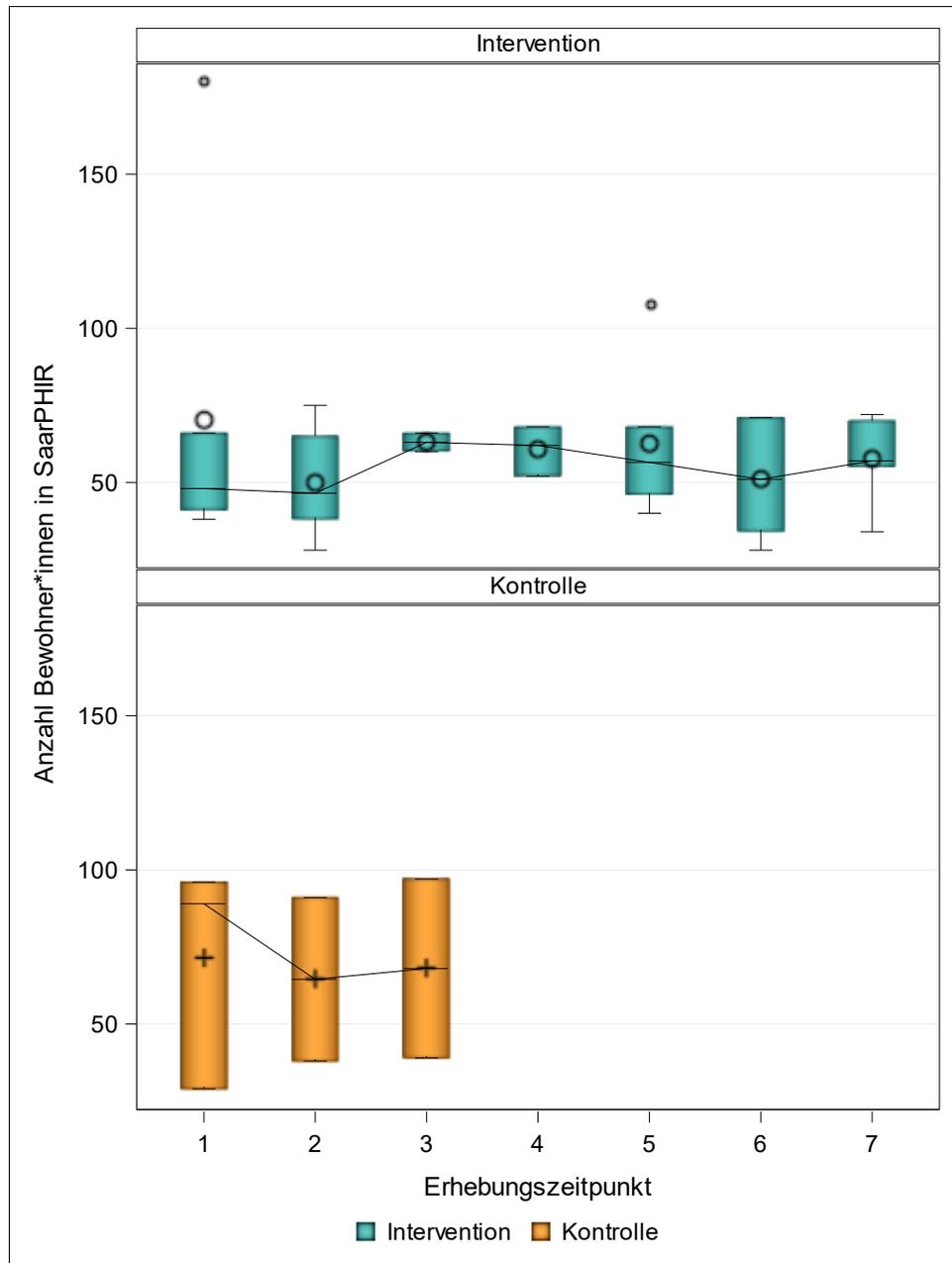
2.7 Boxplots und Balkendiagramme Einschätzung der Versorgergemeinschaft zur Projektumsetzung

Programm: f_02_plots_umsetzung_HA.sas

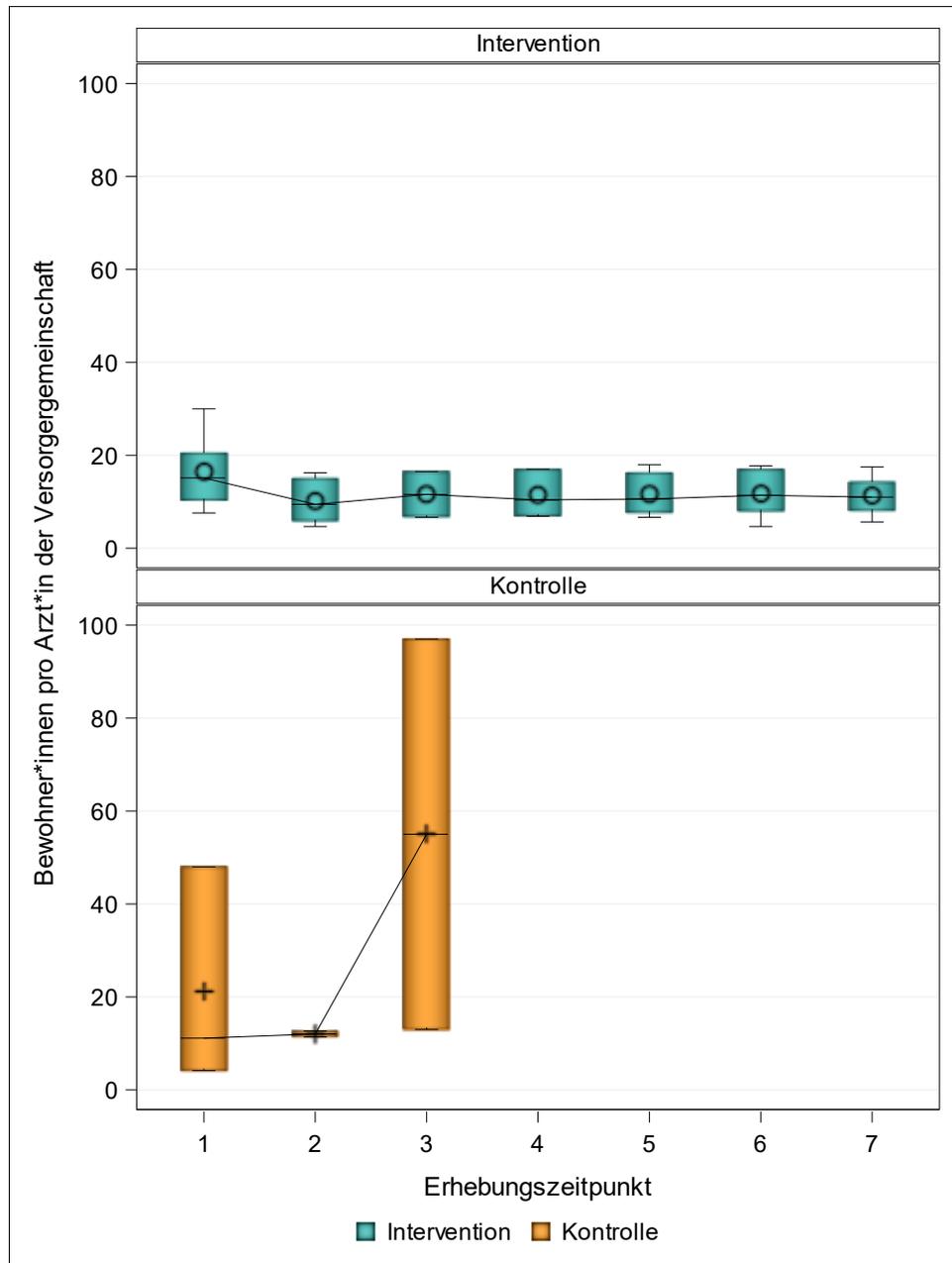
2.7.1 Anzahl Hausärzt*innen in Versorgergemeinschaft



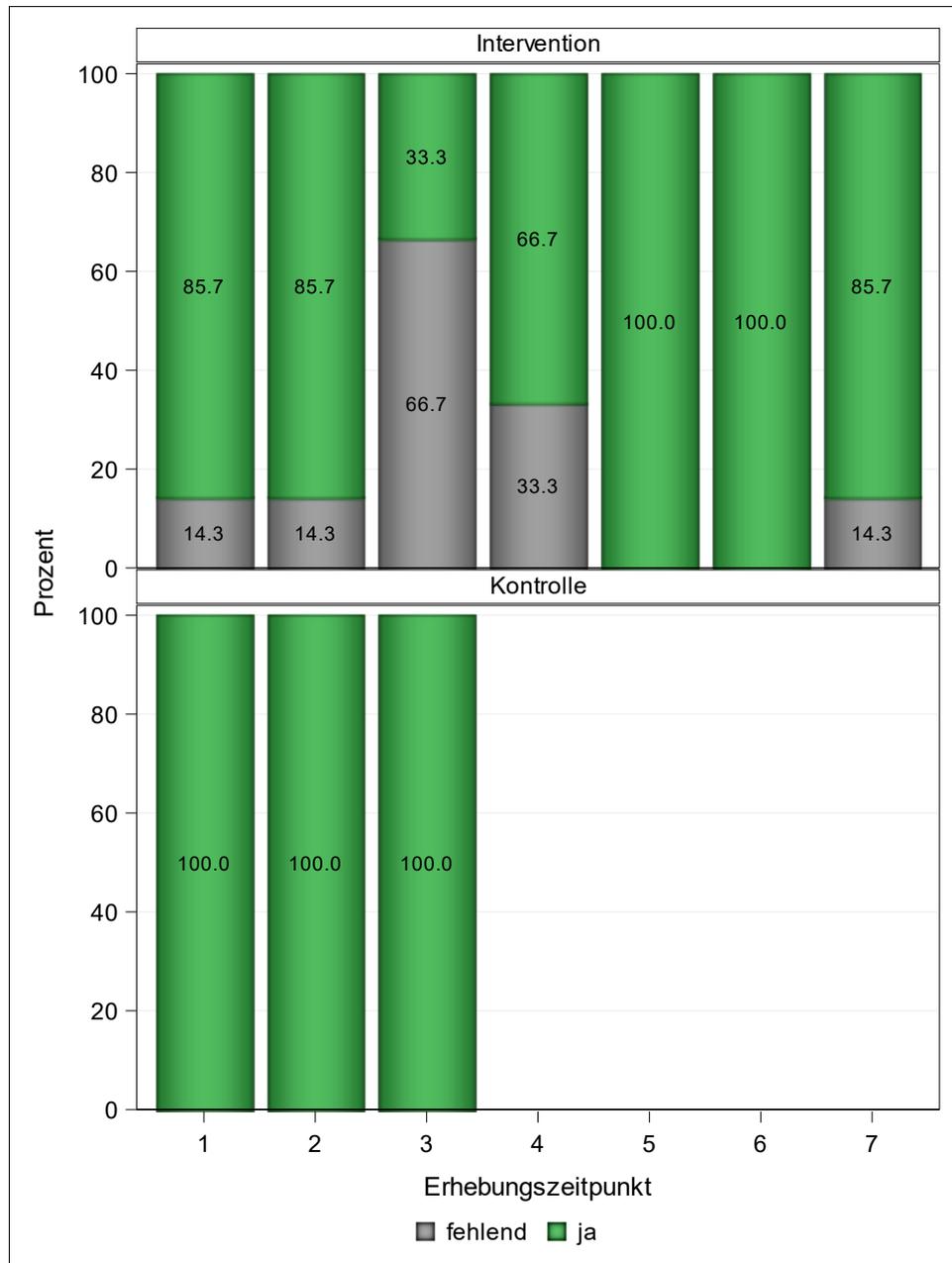
2.7.2 Bewohner*innen in SaarPHIR



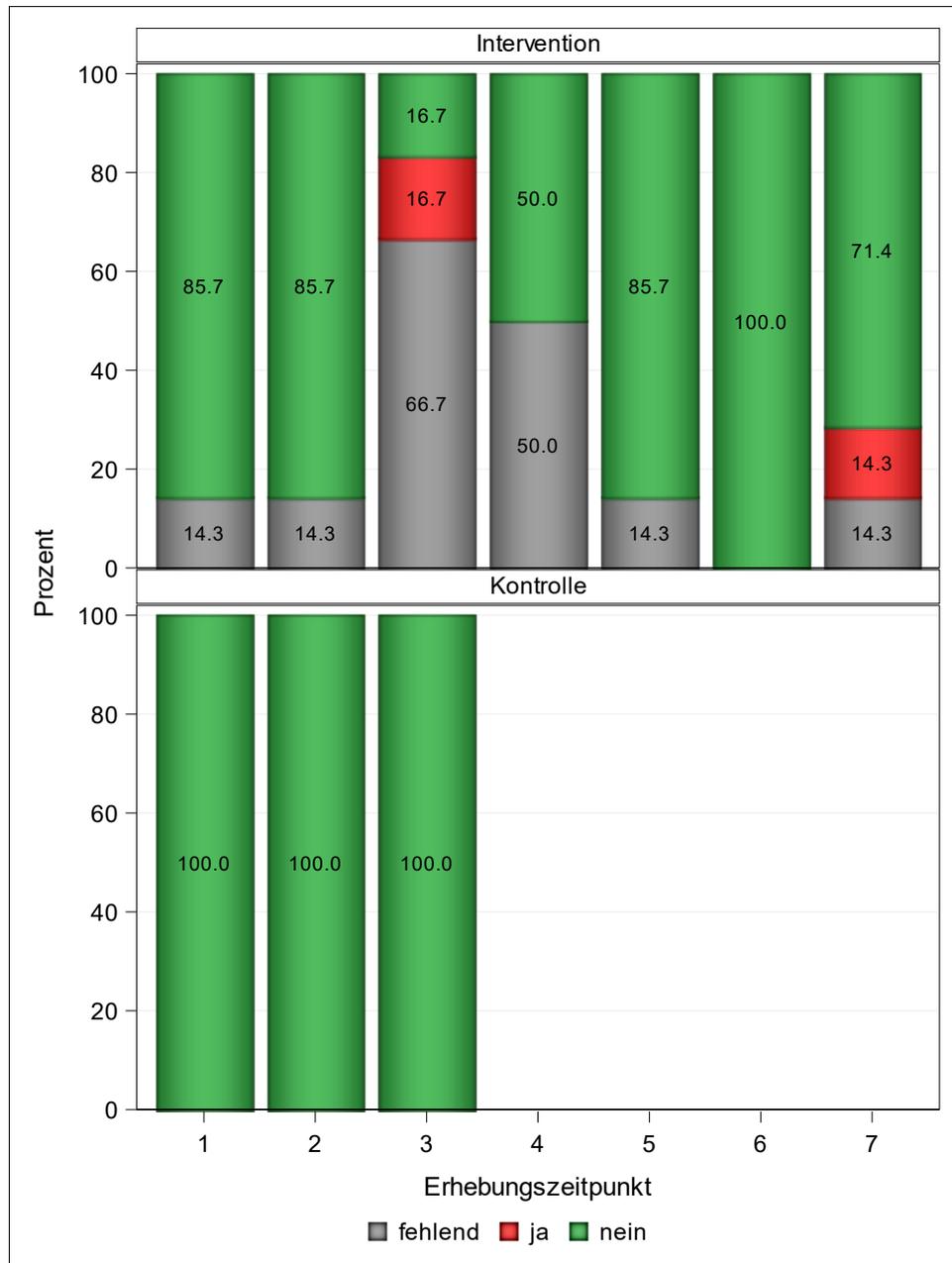
2.7.3 Betreuungsquote in SaarPHIR



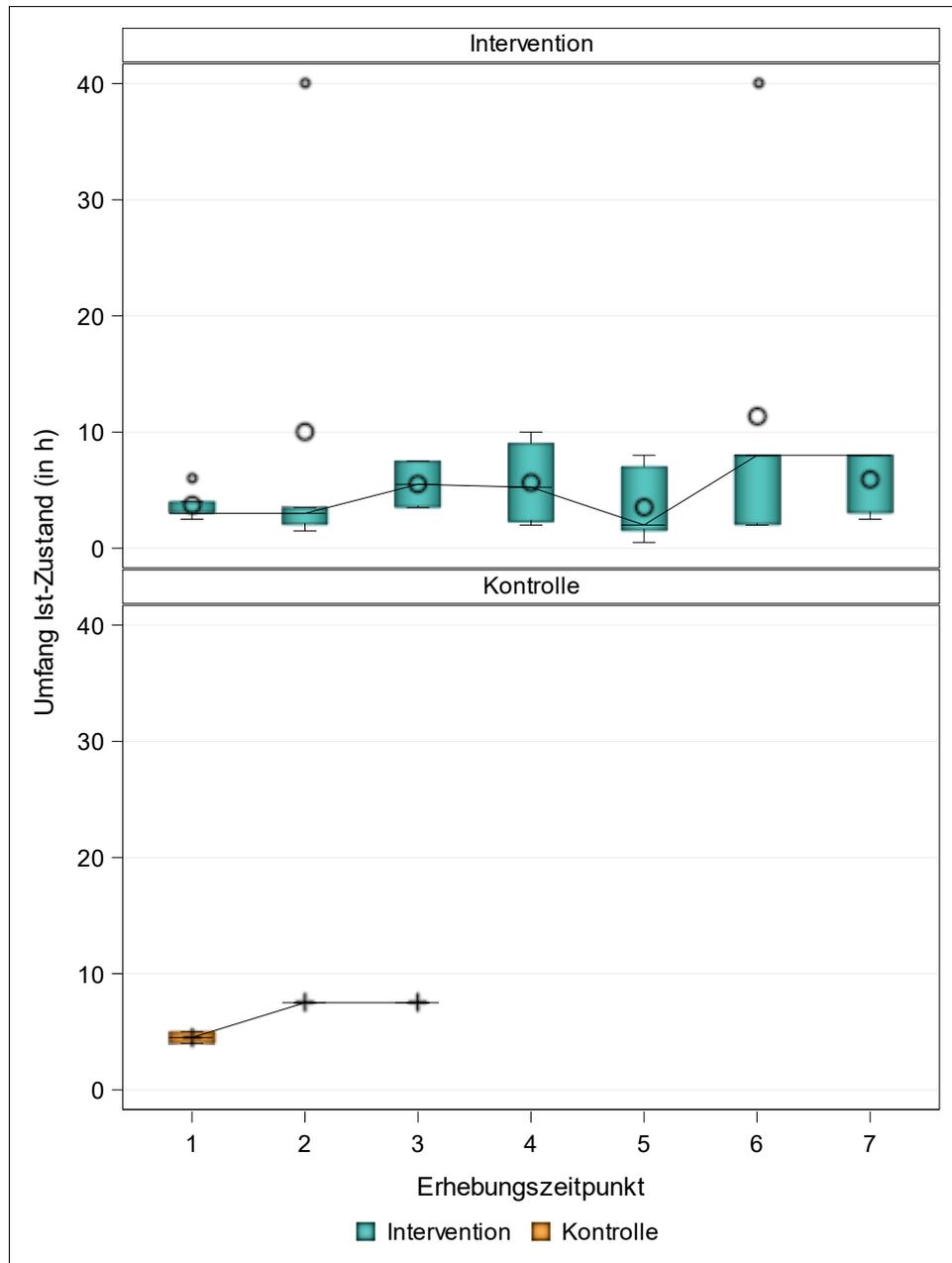
2.7.4 Feste Ansprechperson verfügbar?



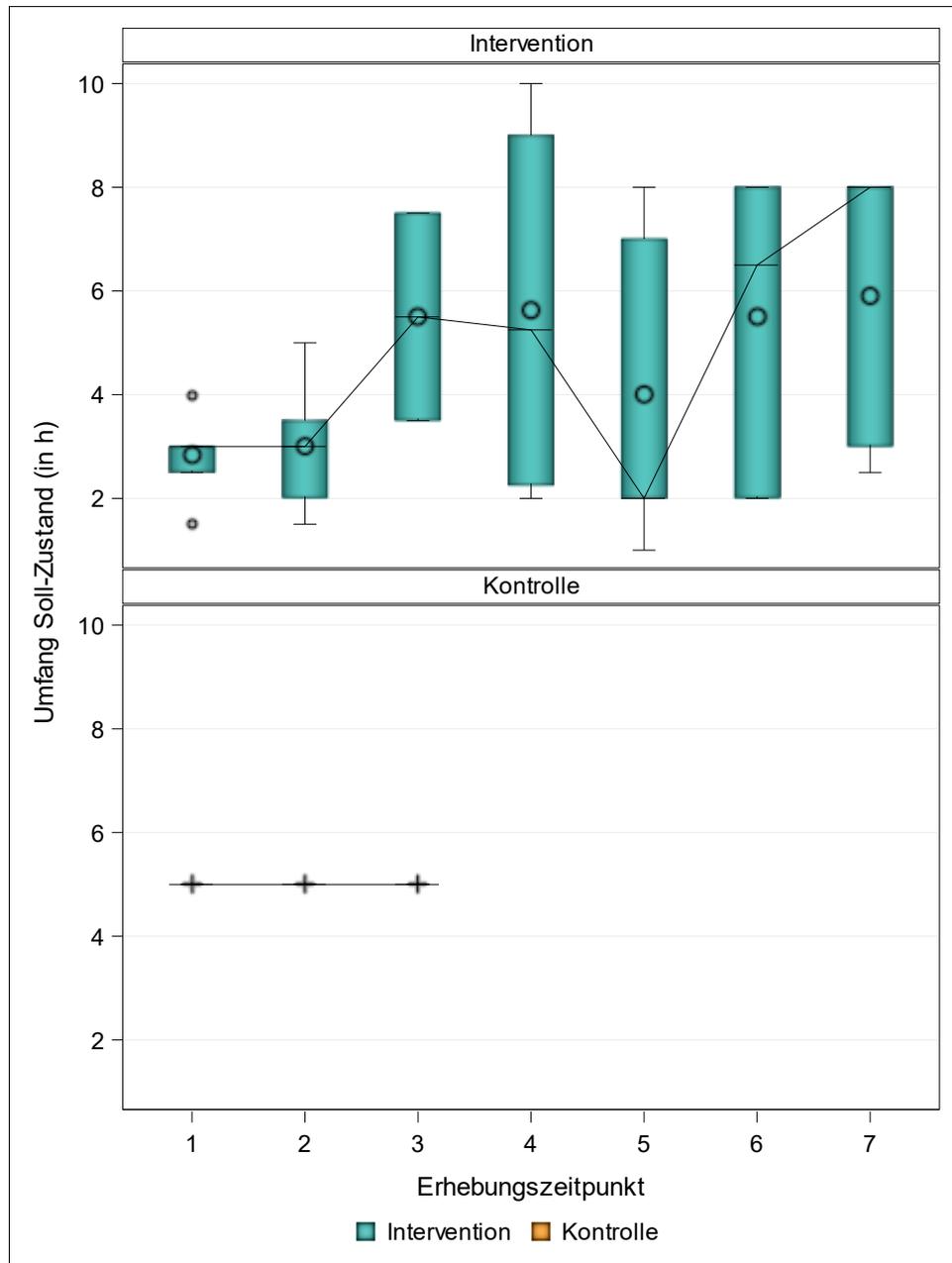
2.7.5 Gab es einen Wechsel?



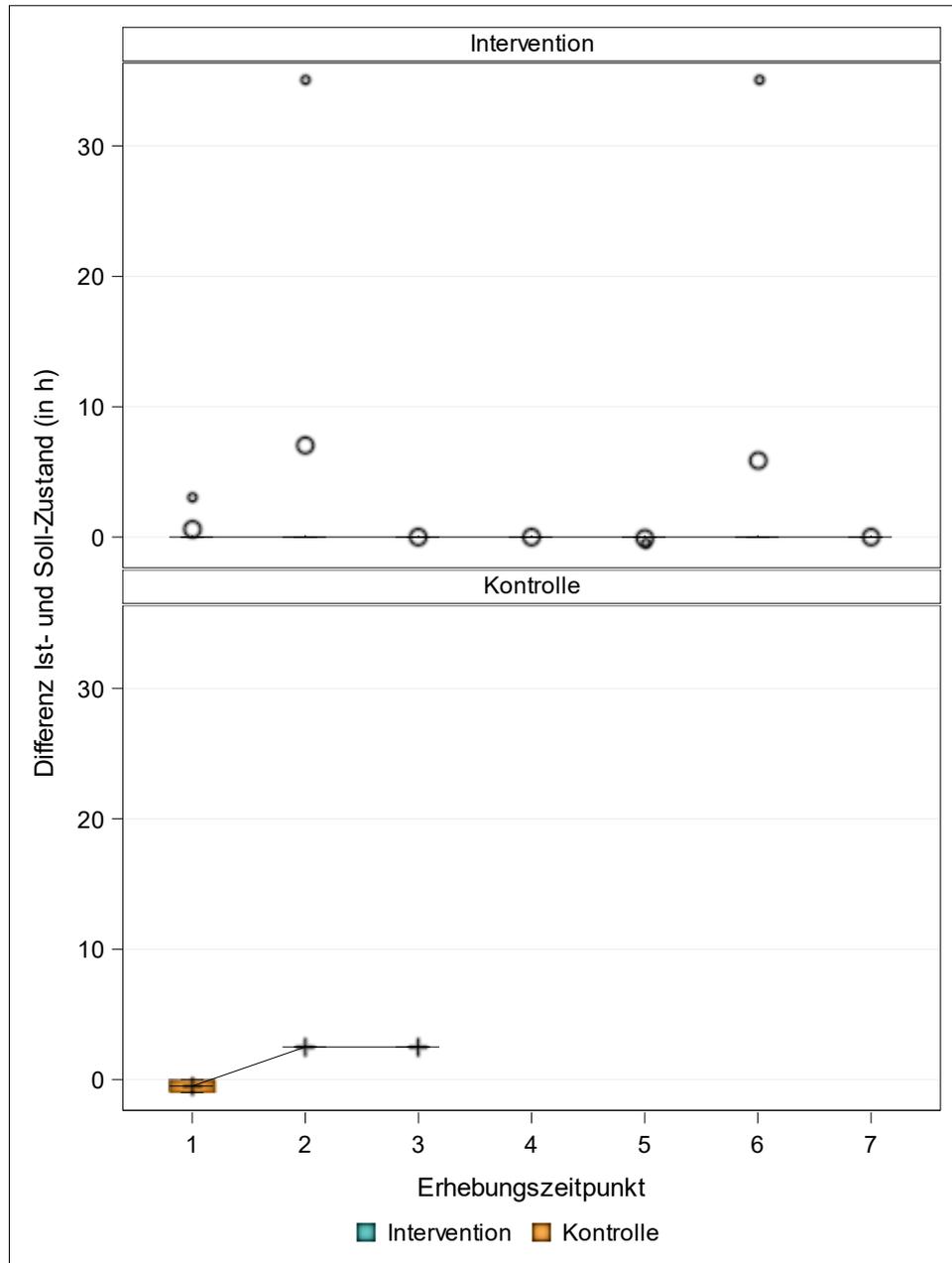
2.7.6 Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Ist-Zustand



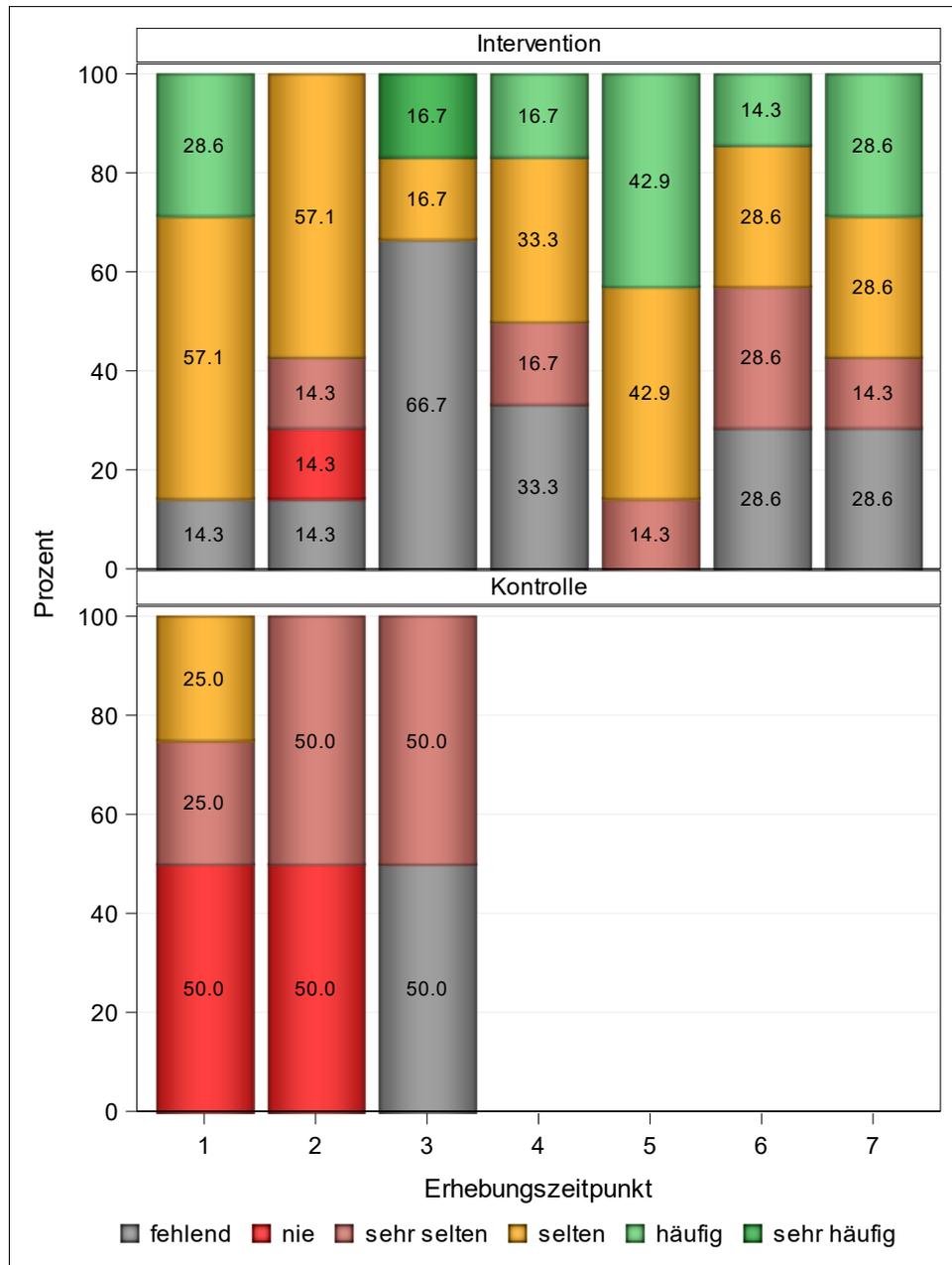
2.7.7 Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Soll-Zustand



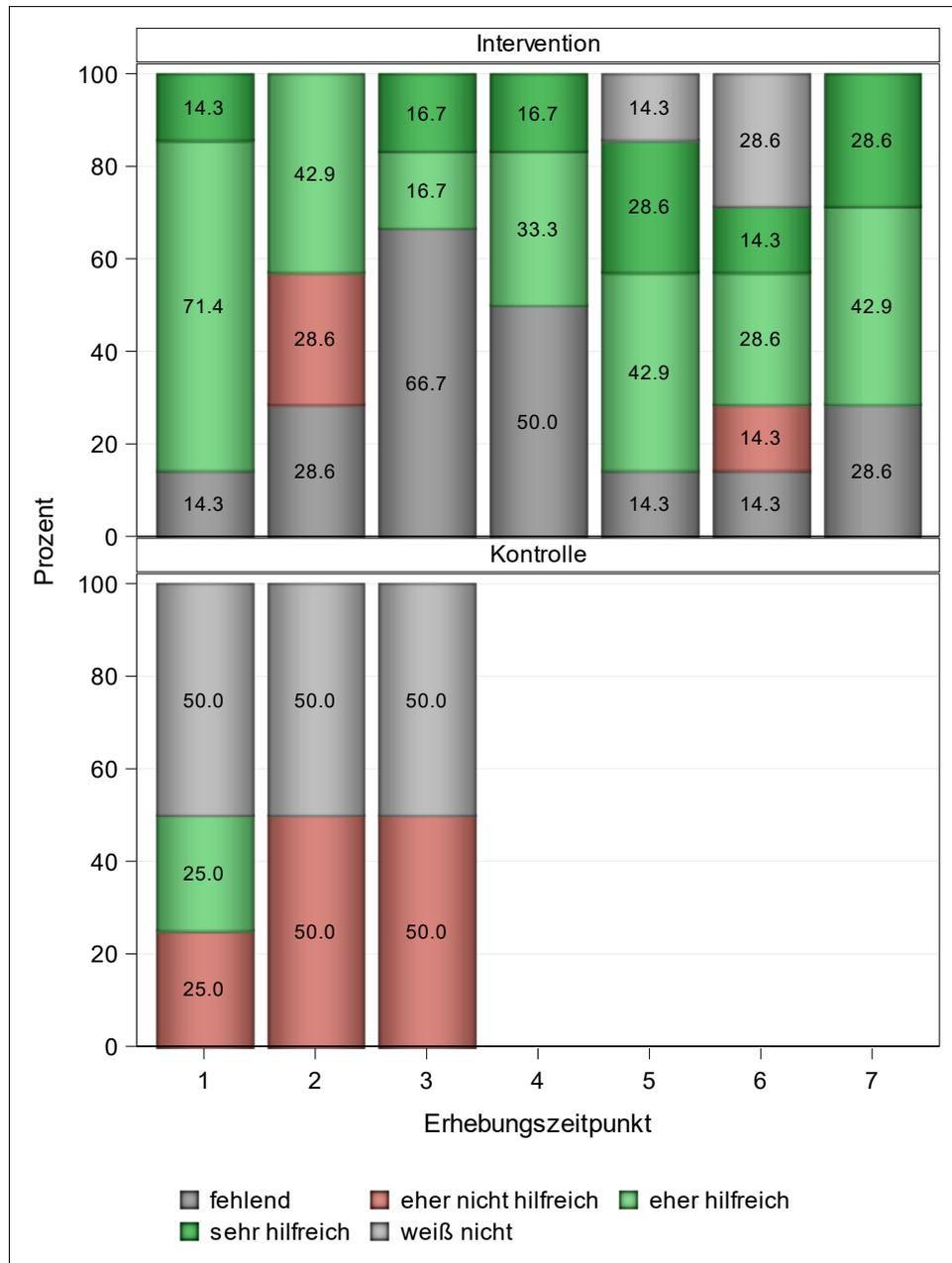
2.7.8 Zeitlicher Umfang Ansprechperson - Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand



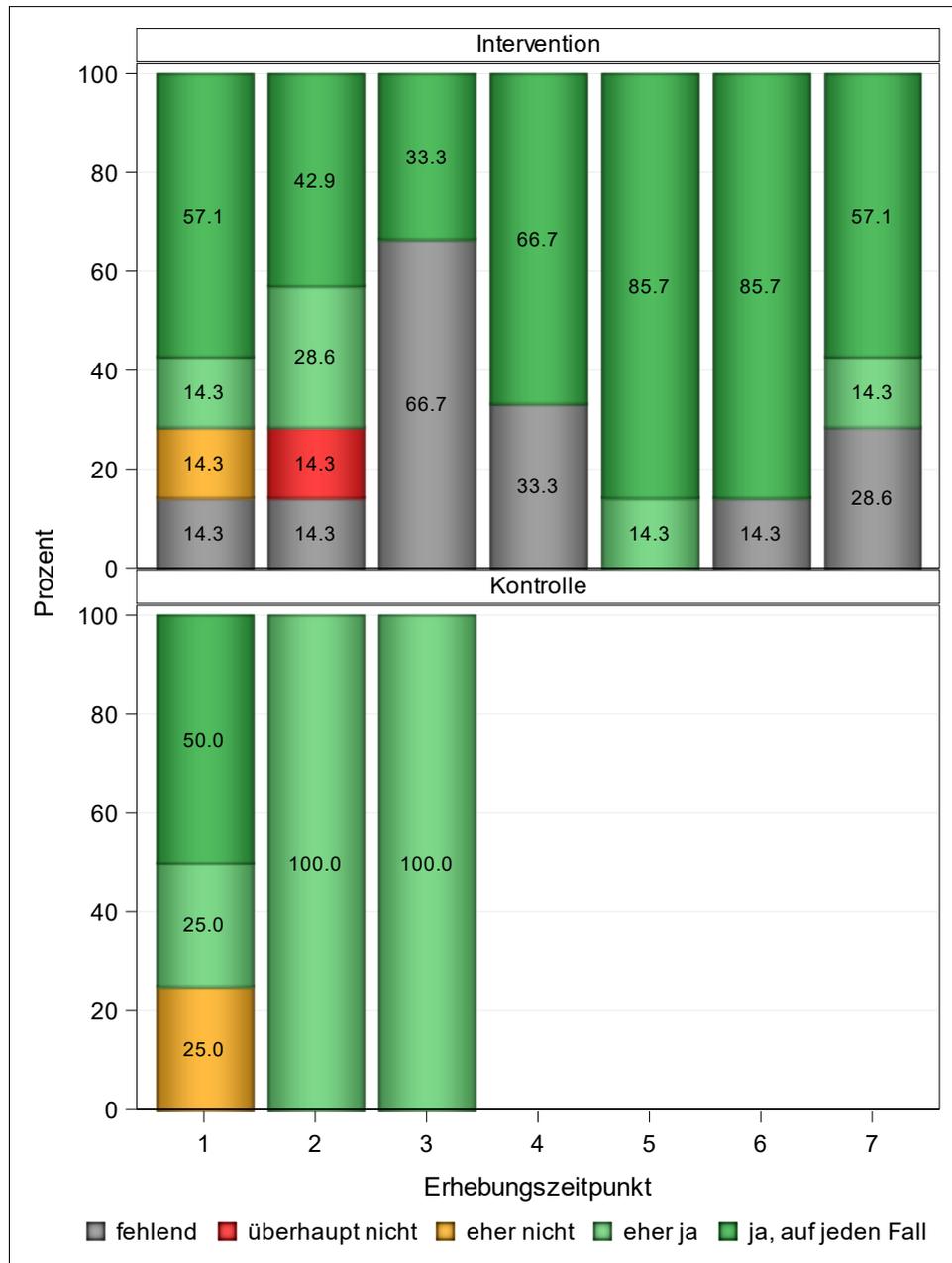
2.7.9 Häufigkeit Nutzung Handbuch



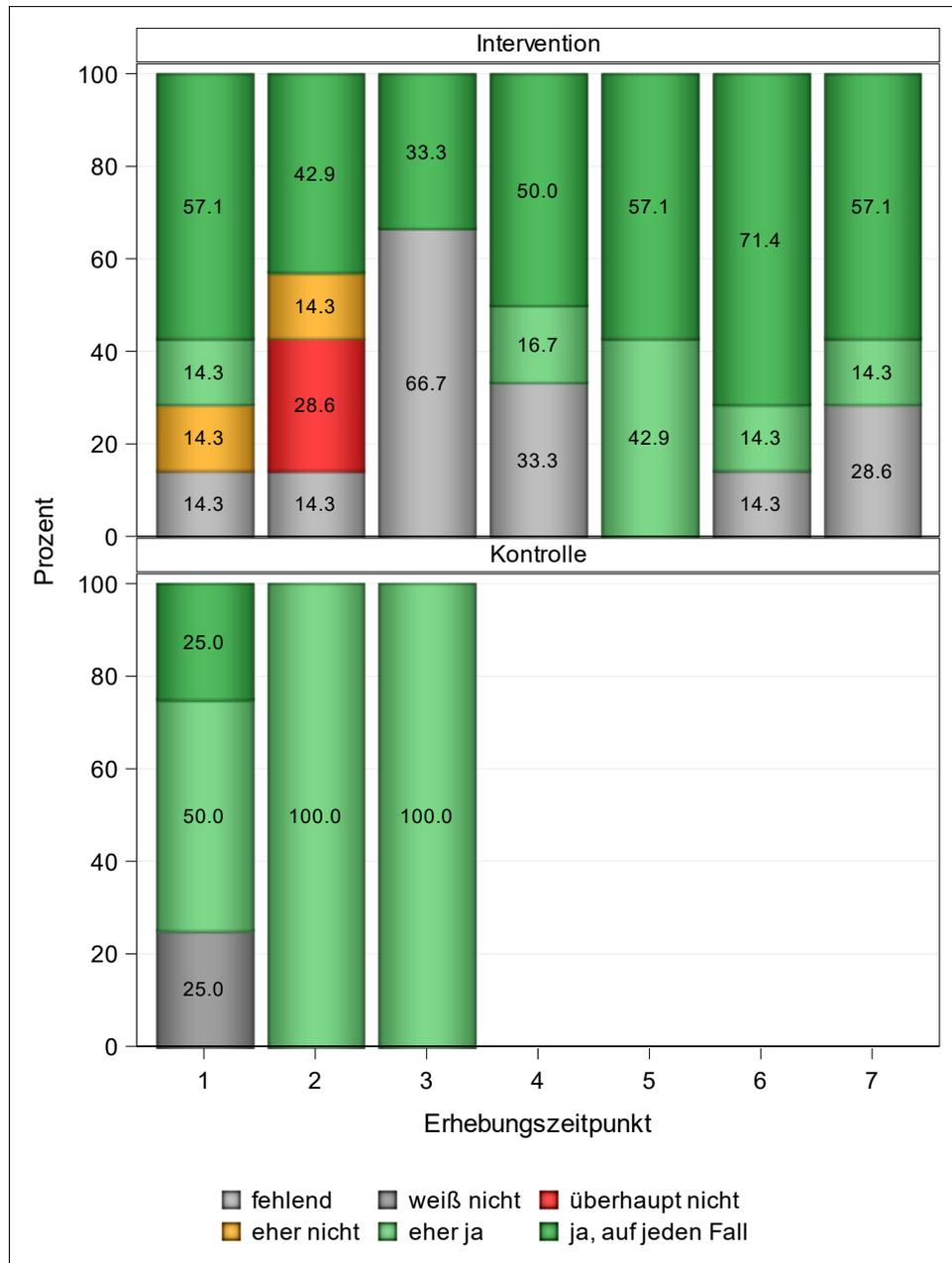
2.7.10 Nutzung Handbuch hilfreich



2.7.11 Verbesserung der Prozesse



2.7.12 Erleichterung der Prozesse

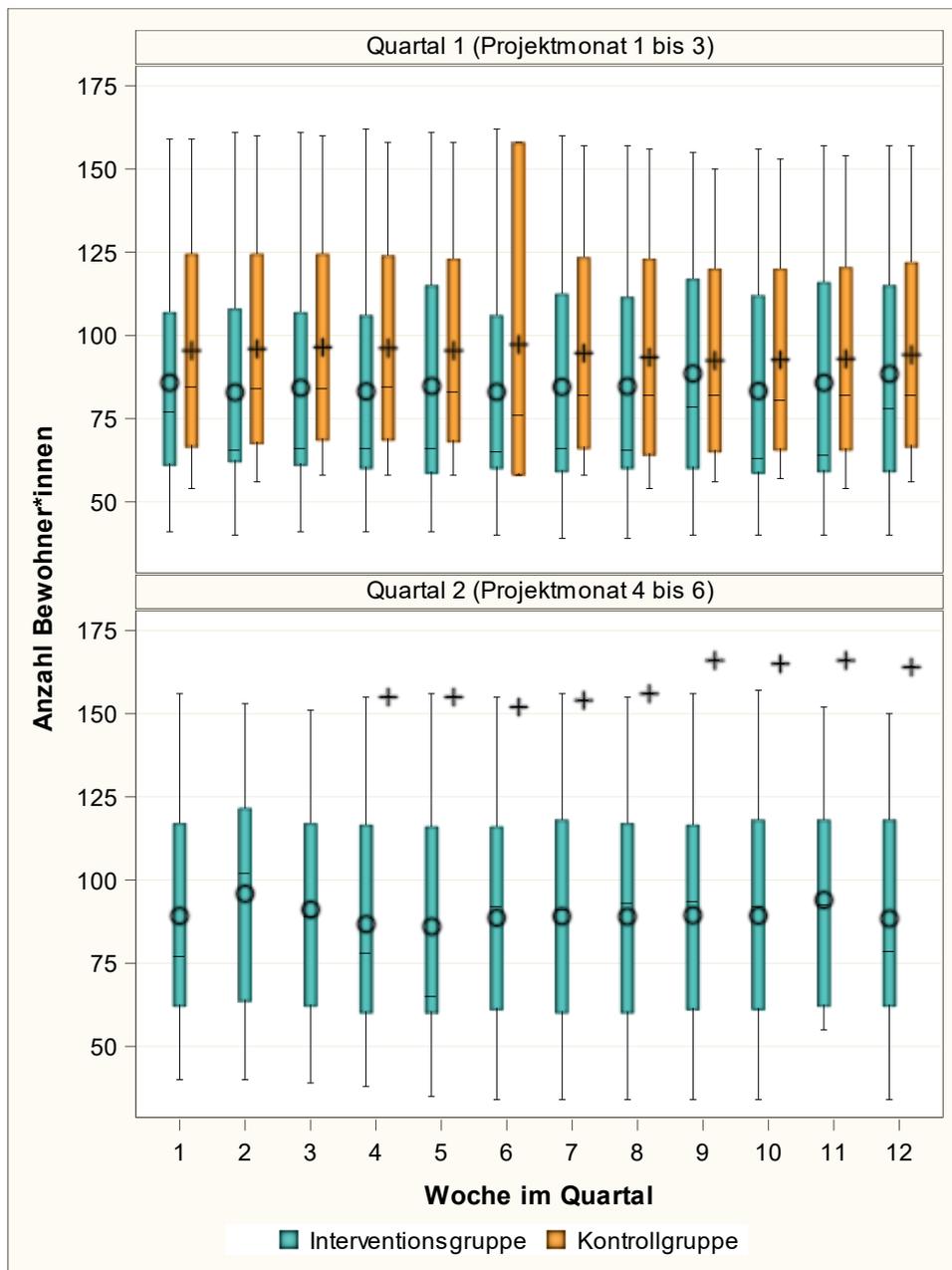


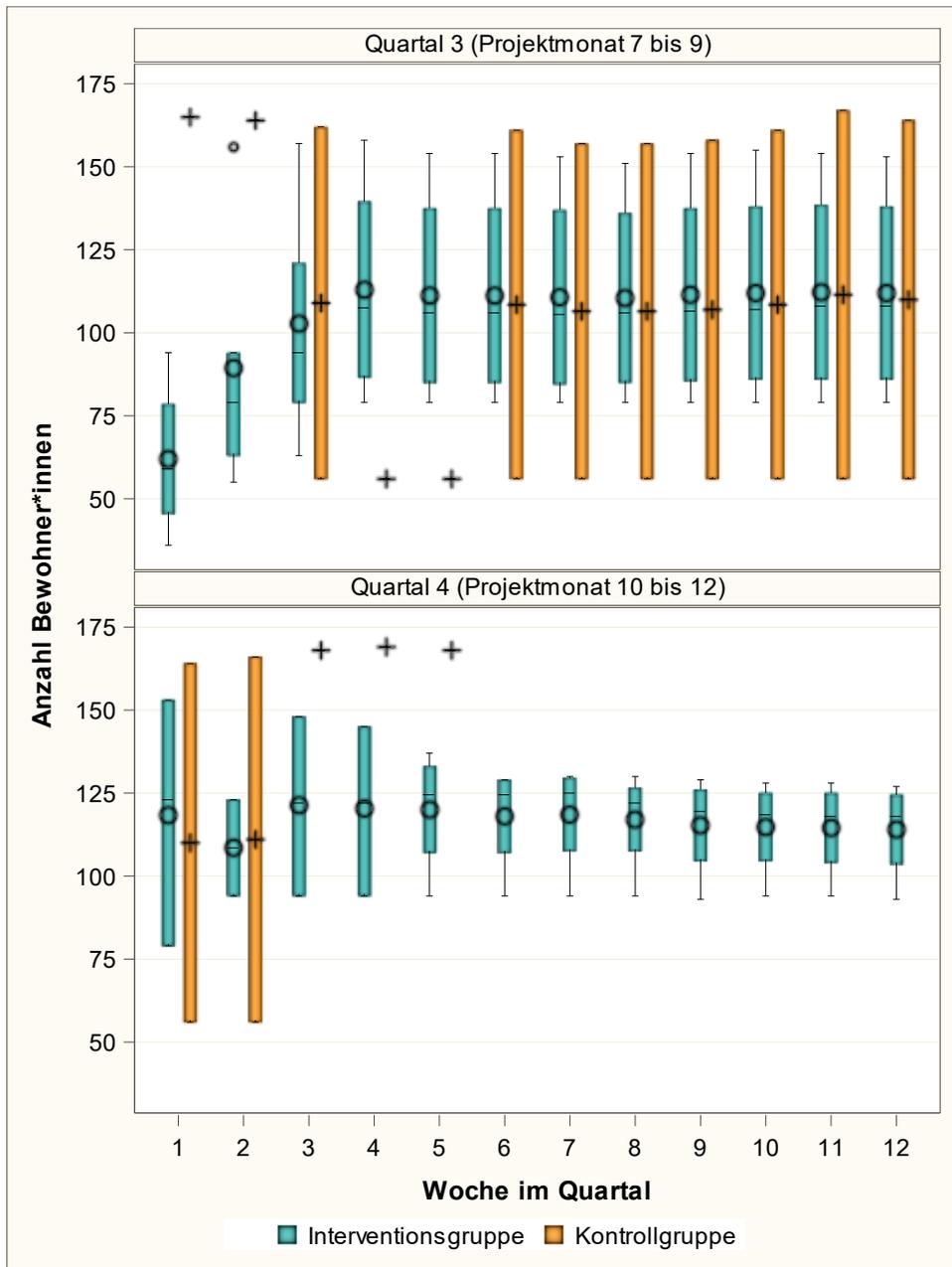
3 Wöchentliche Dokumentation

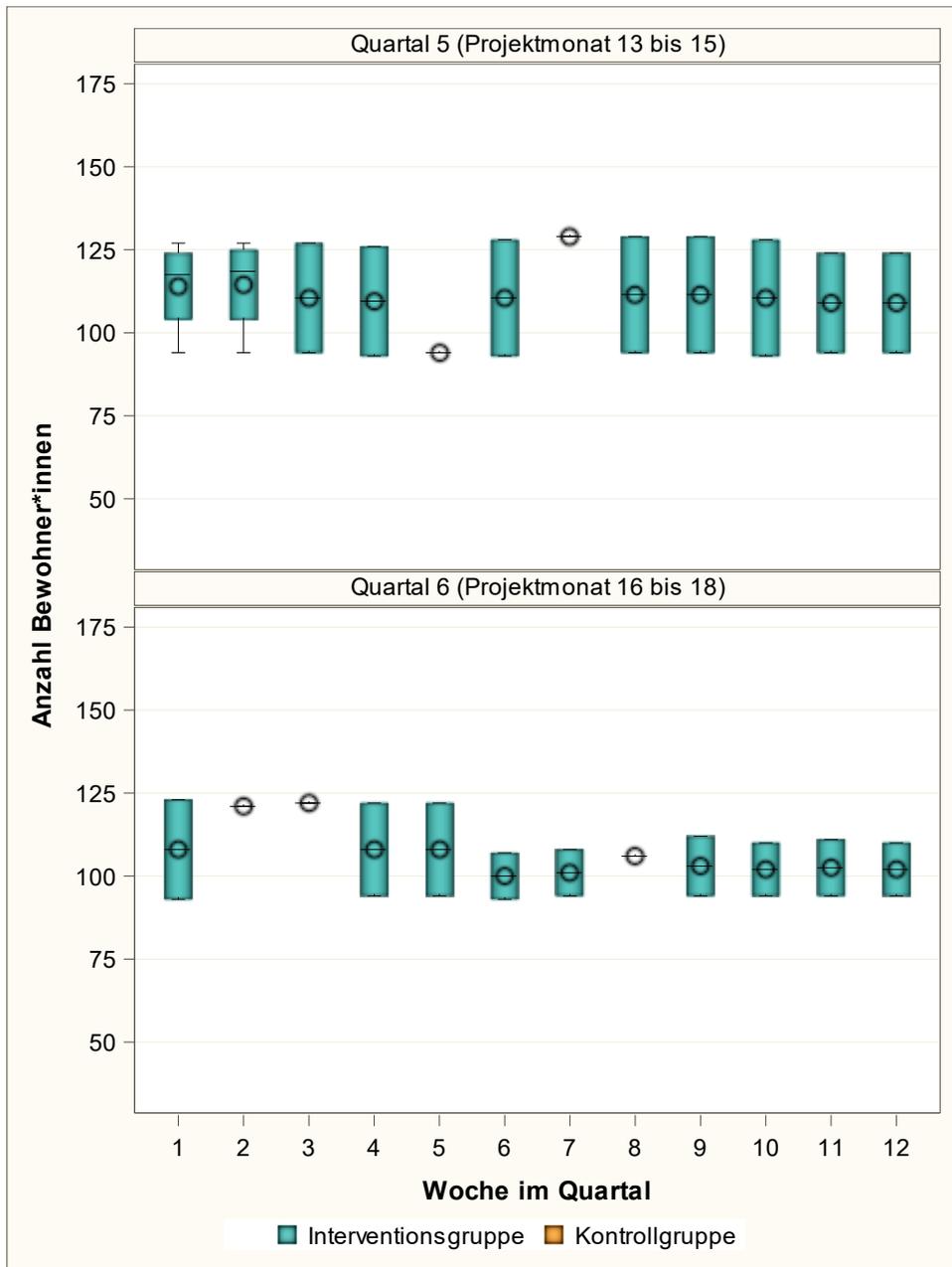
3.1 Zeitlicher Verlauf Bewohner*innen- und Teilnehmer*innenzahlen

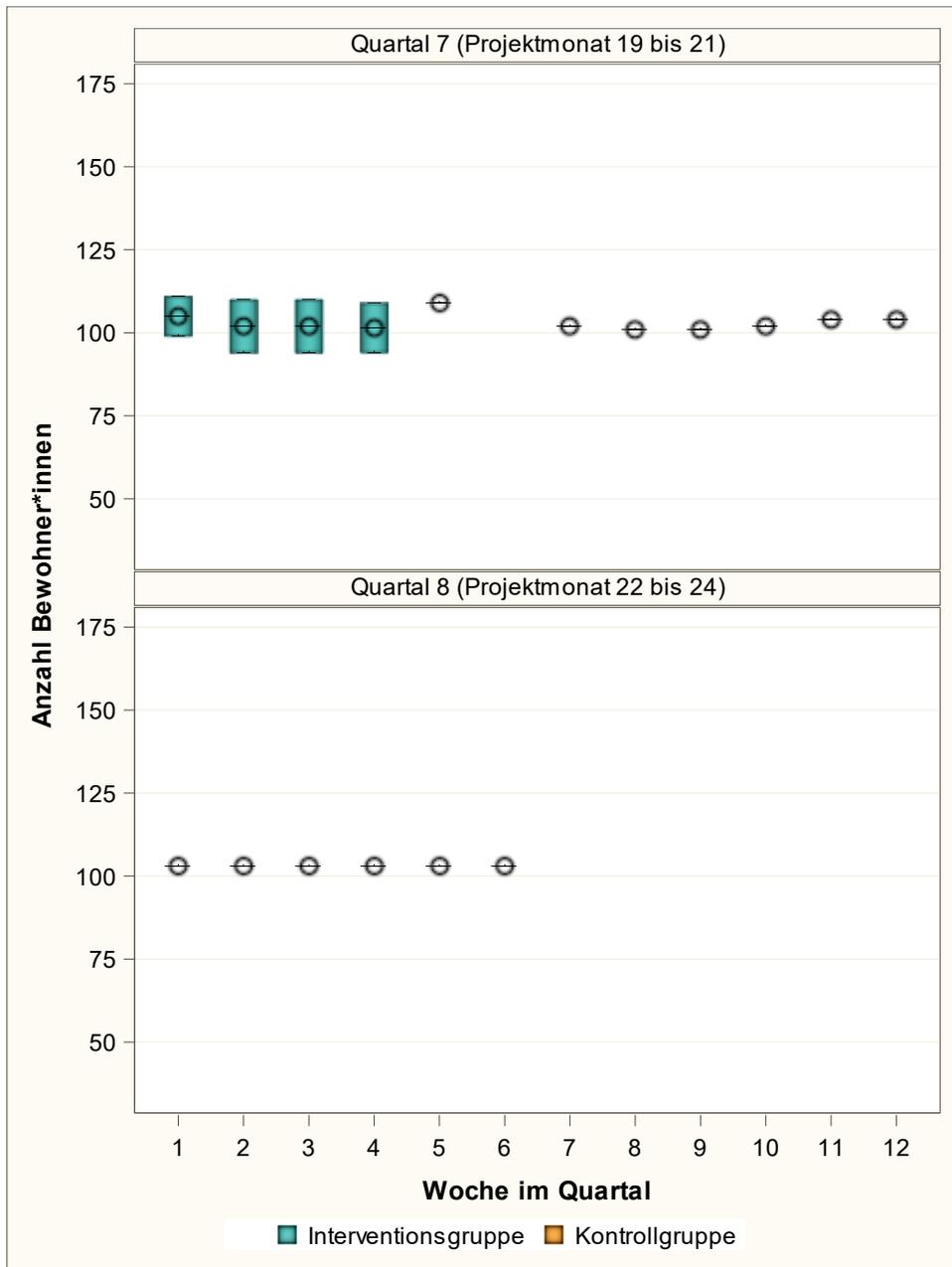
Programm: f_03_Boxplot_bewohner.sas

3.1.1 Anzahl Bewohner*innen

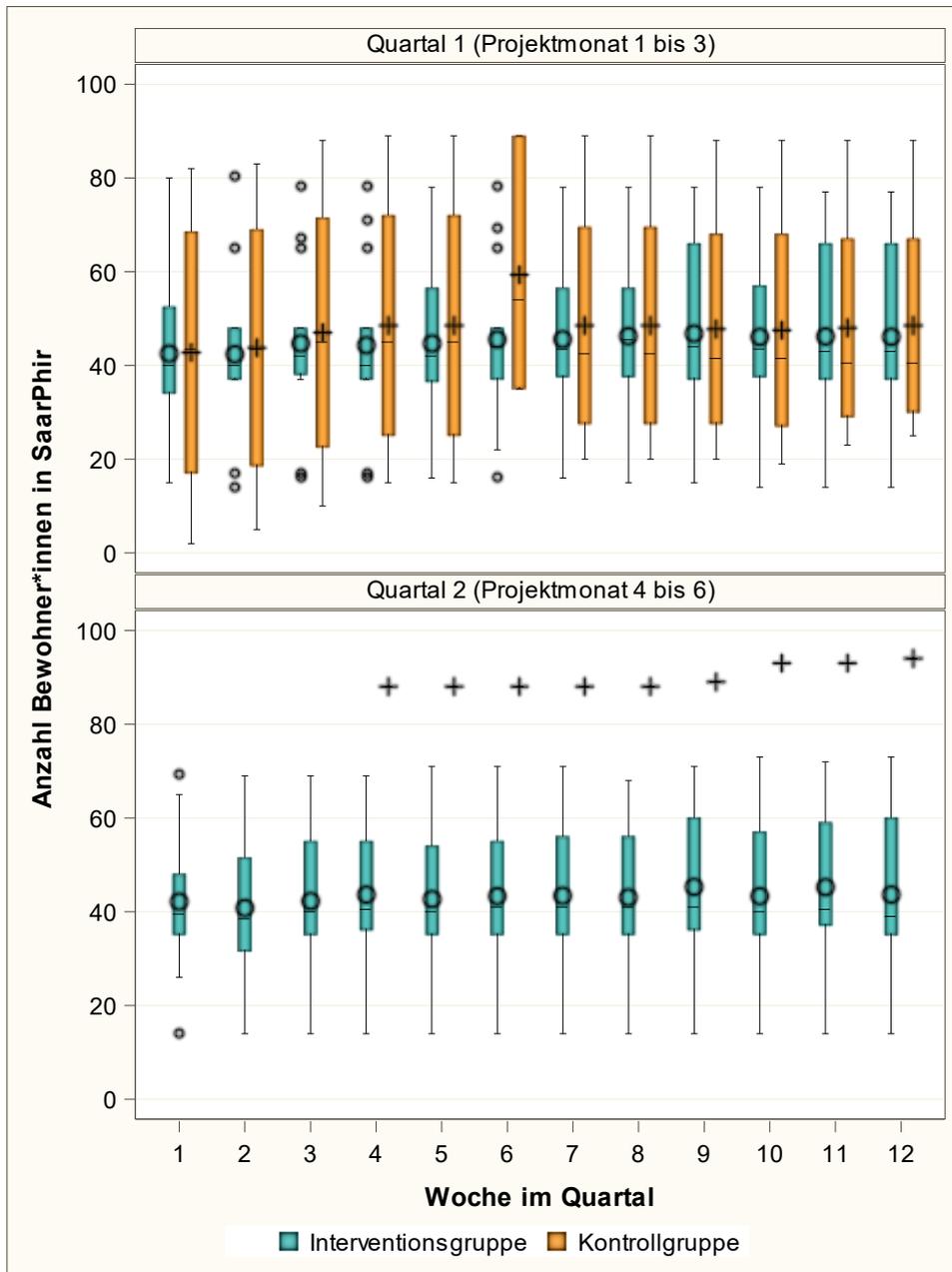


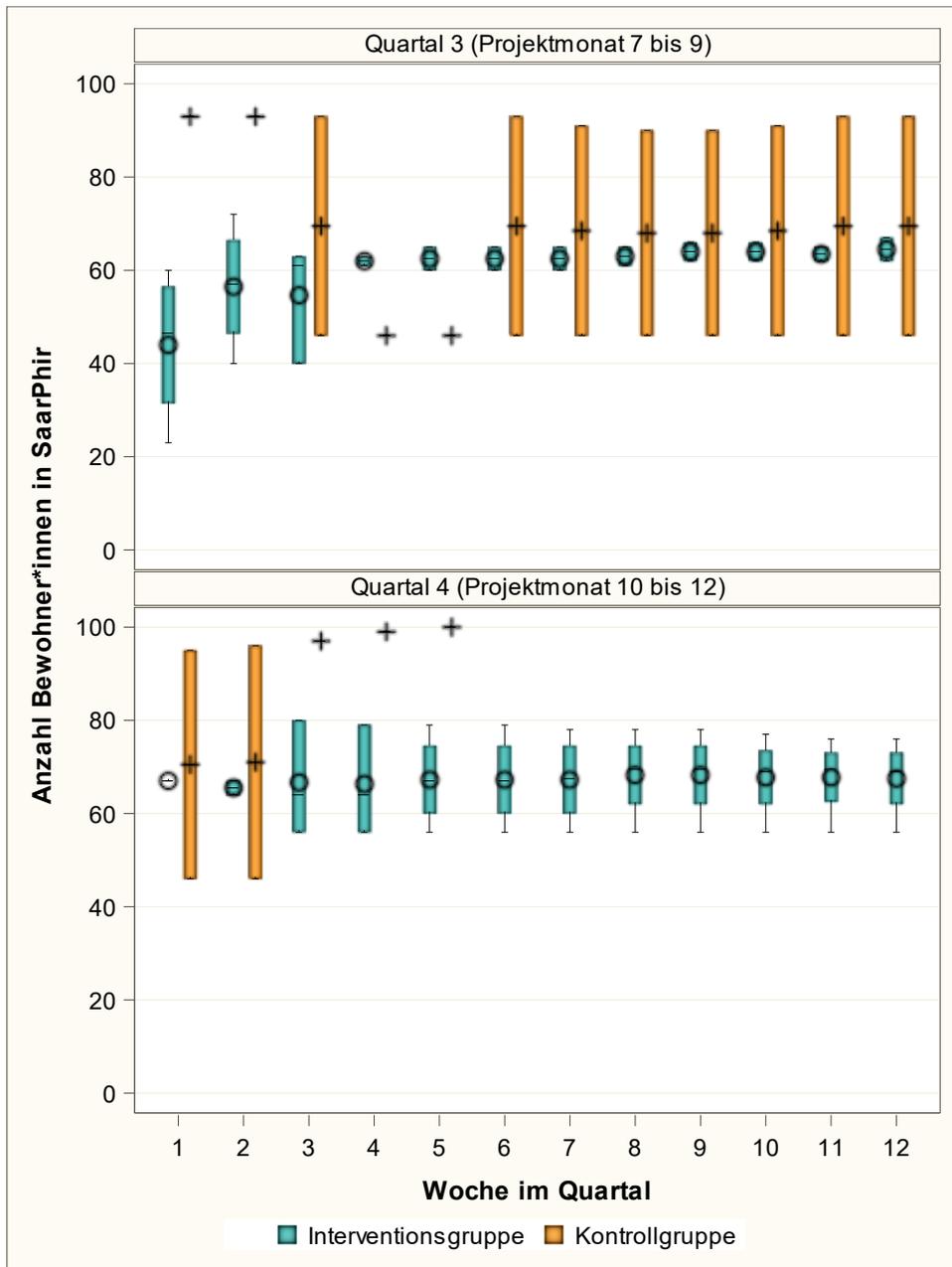


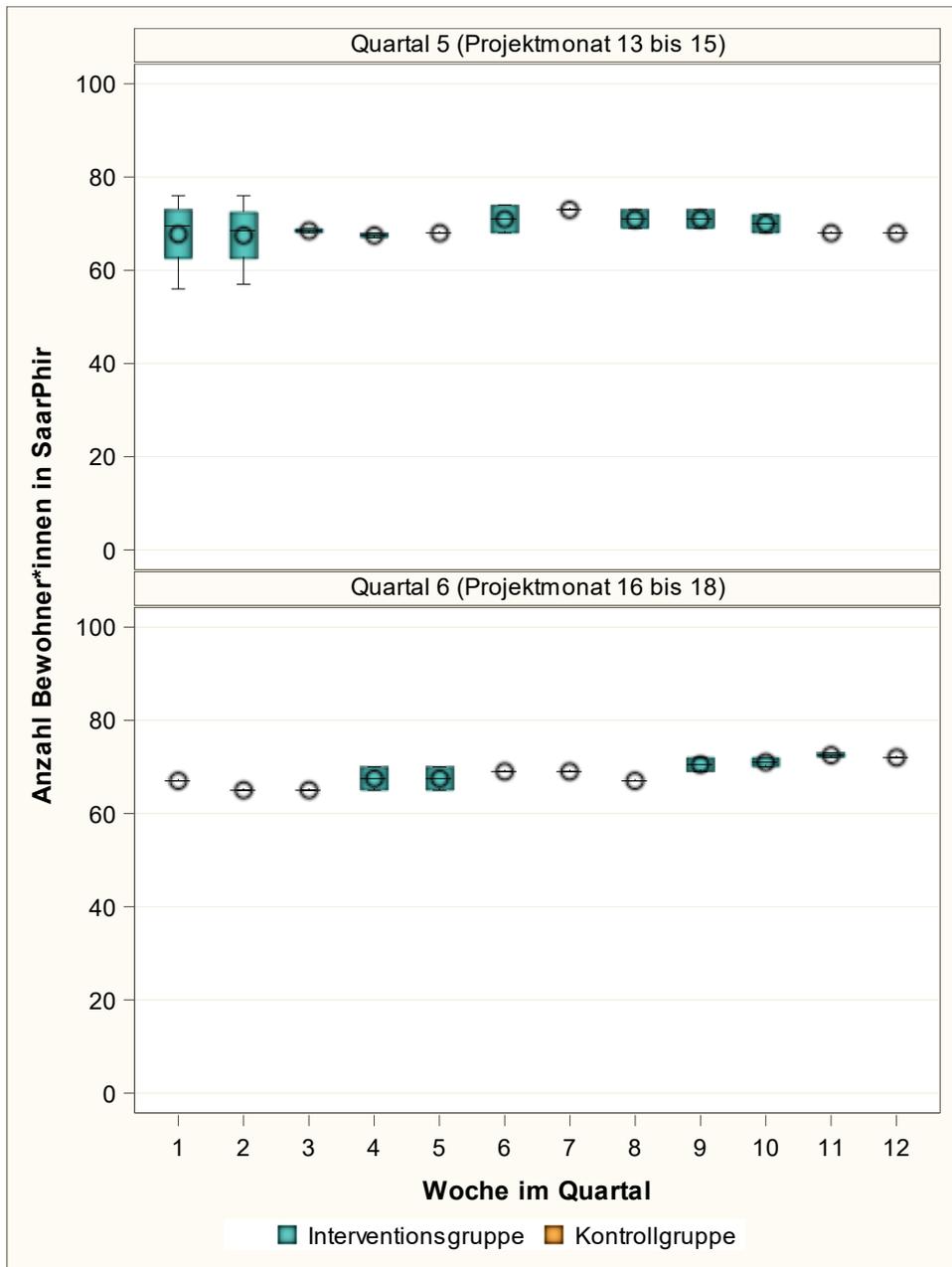


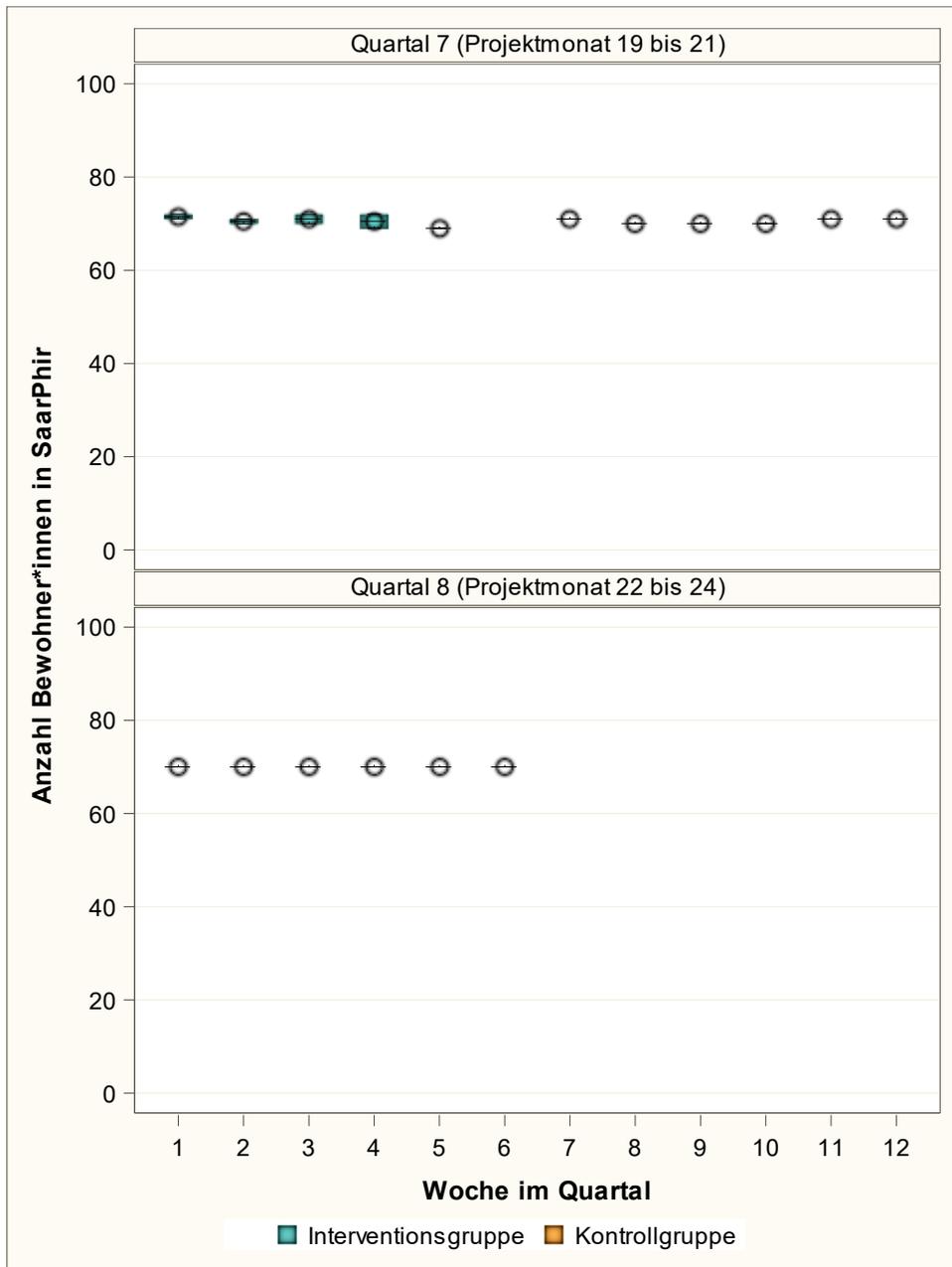


3.1.2 Anzahl Bewohner*innen in SaarPHIR

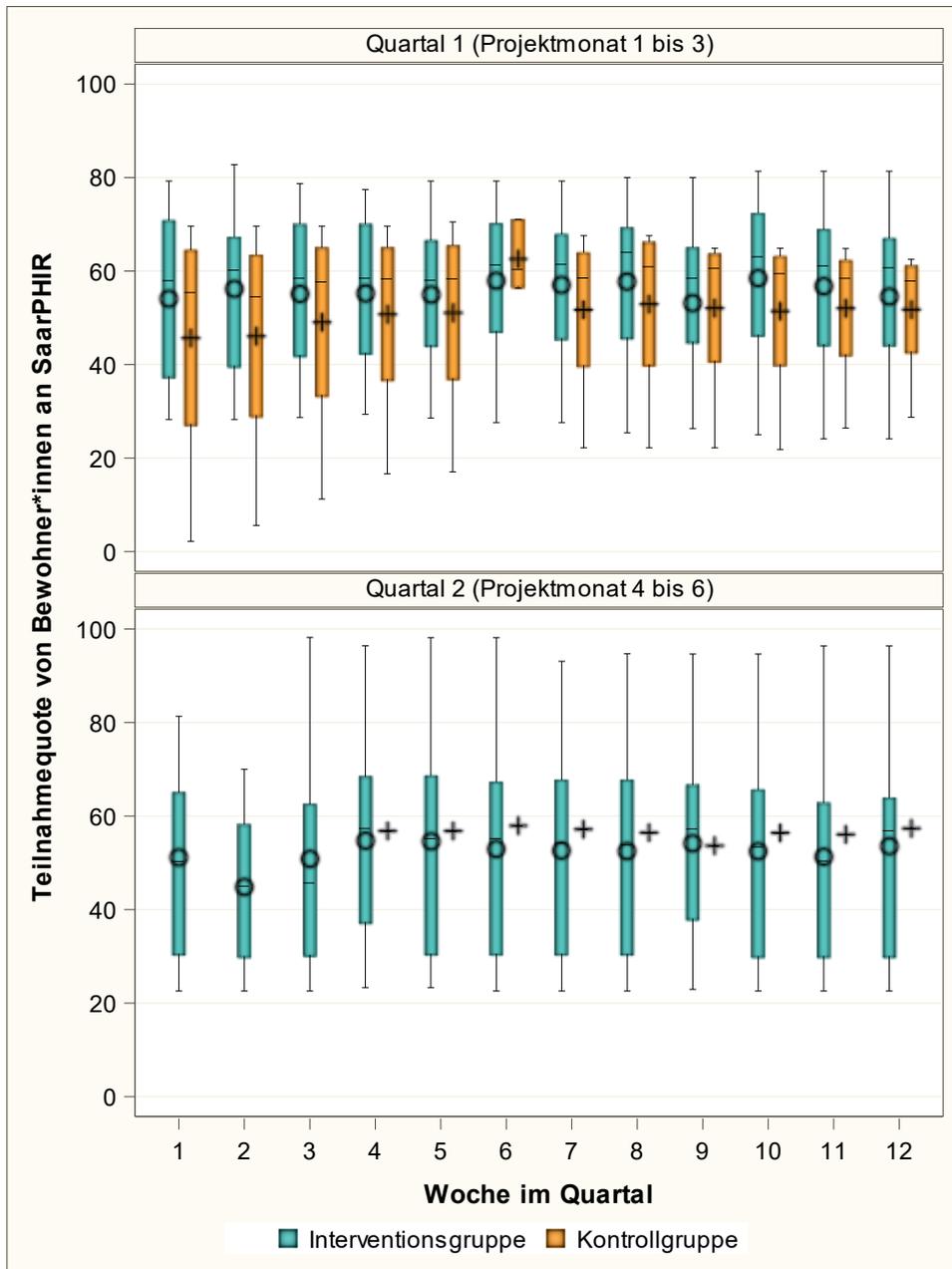


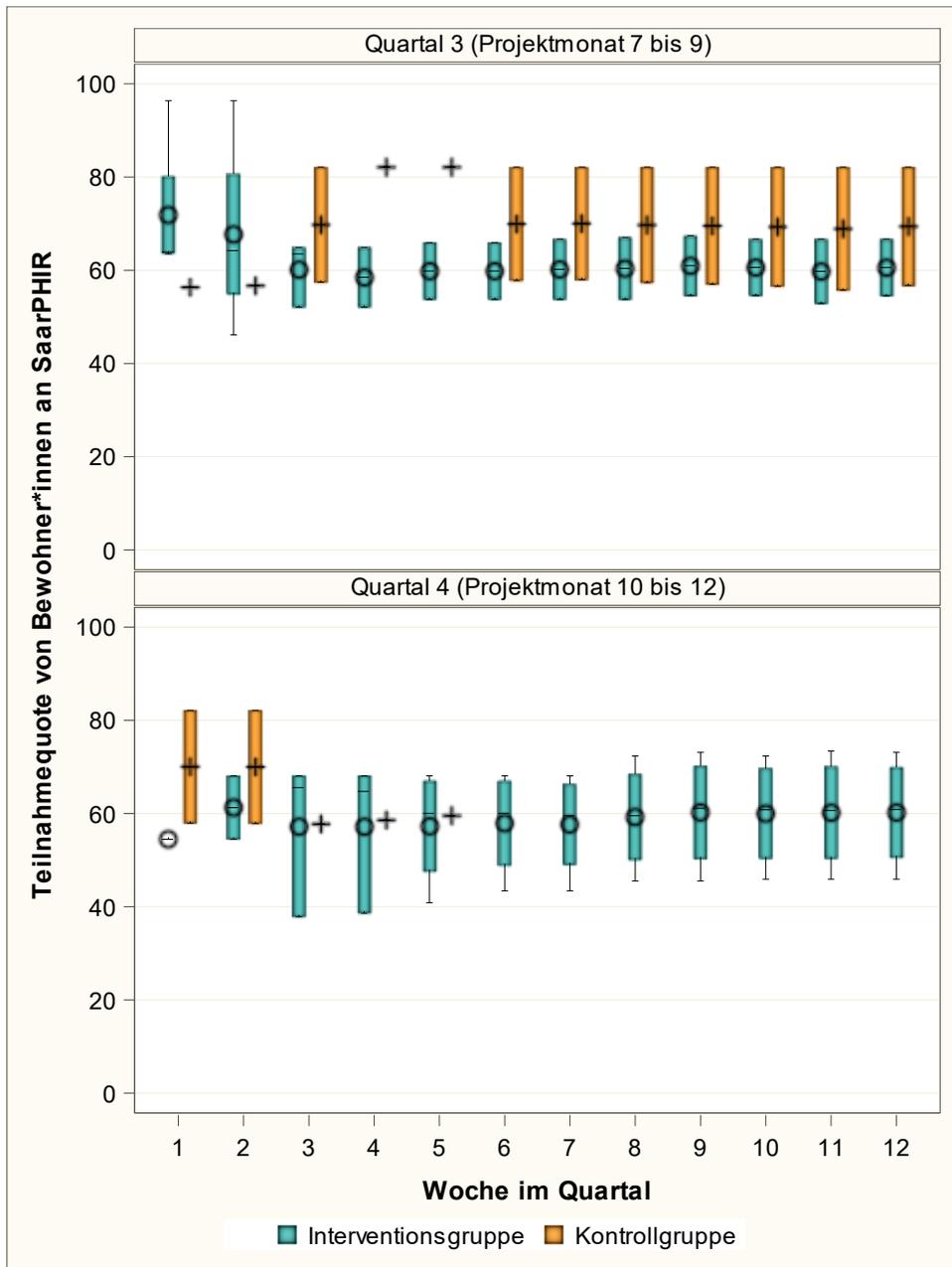


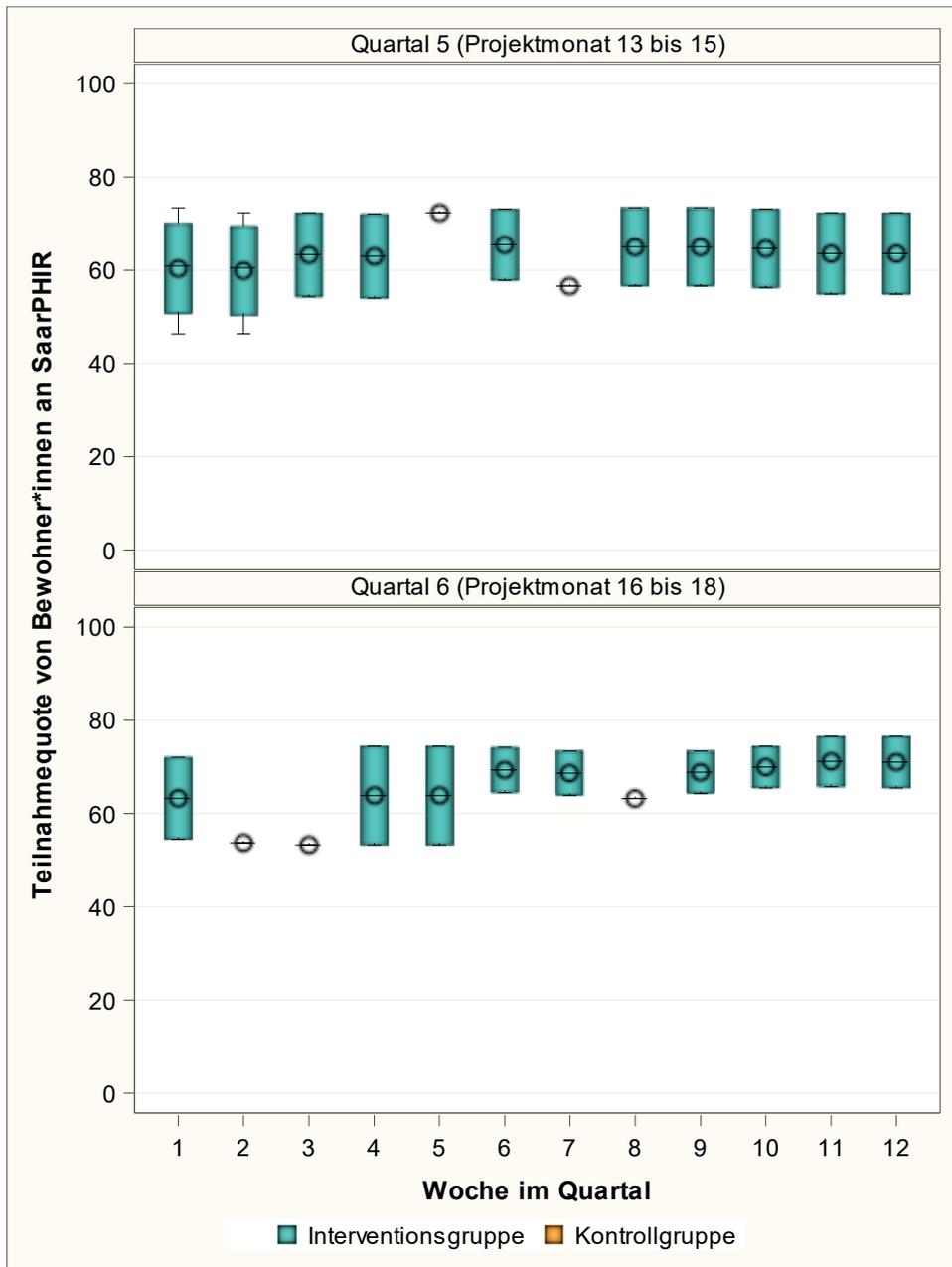


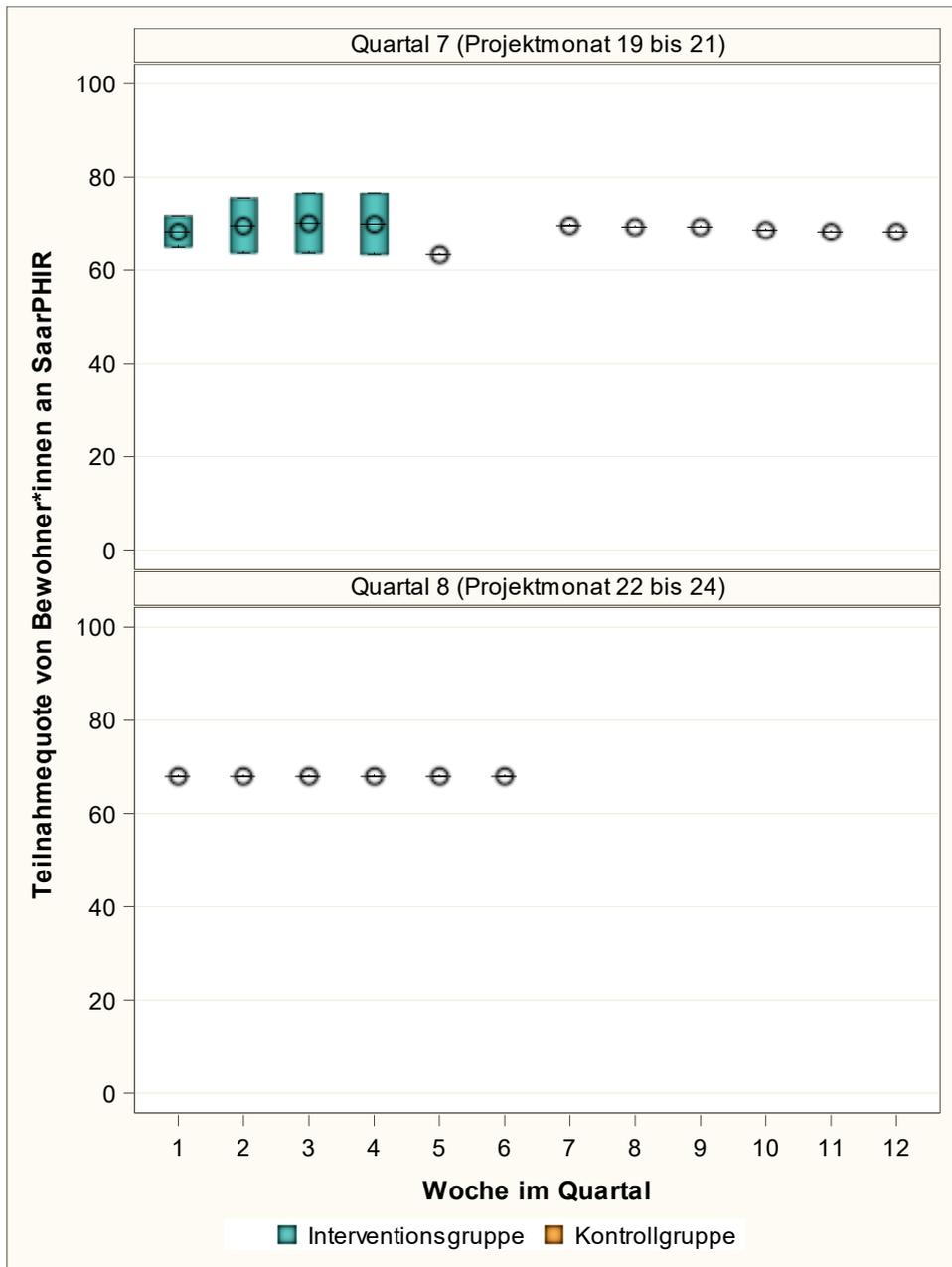


3.1.3 Teilnahmequote von Bewohner*innen an SaarPHIR



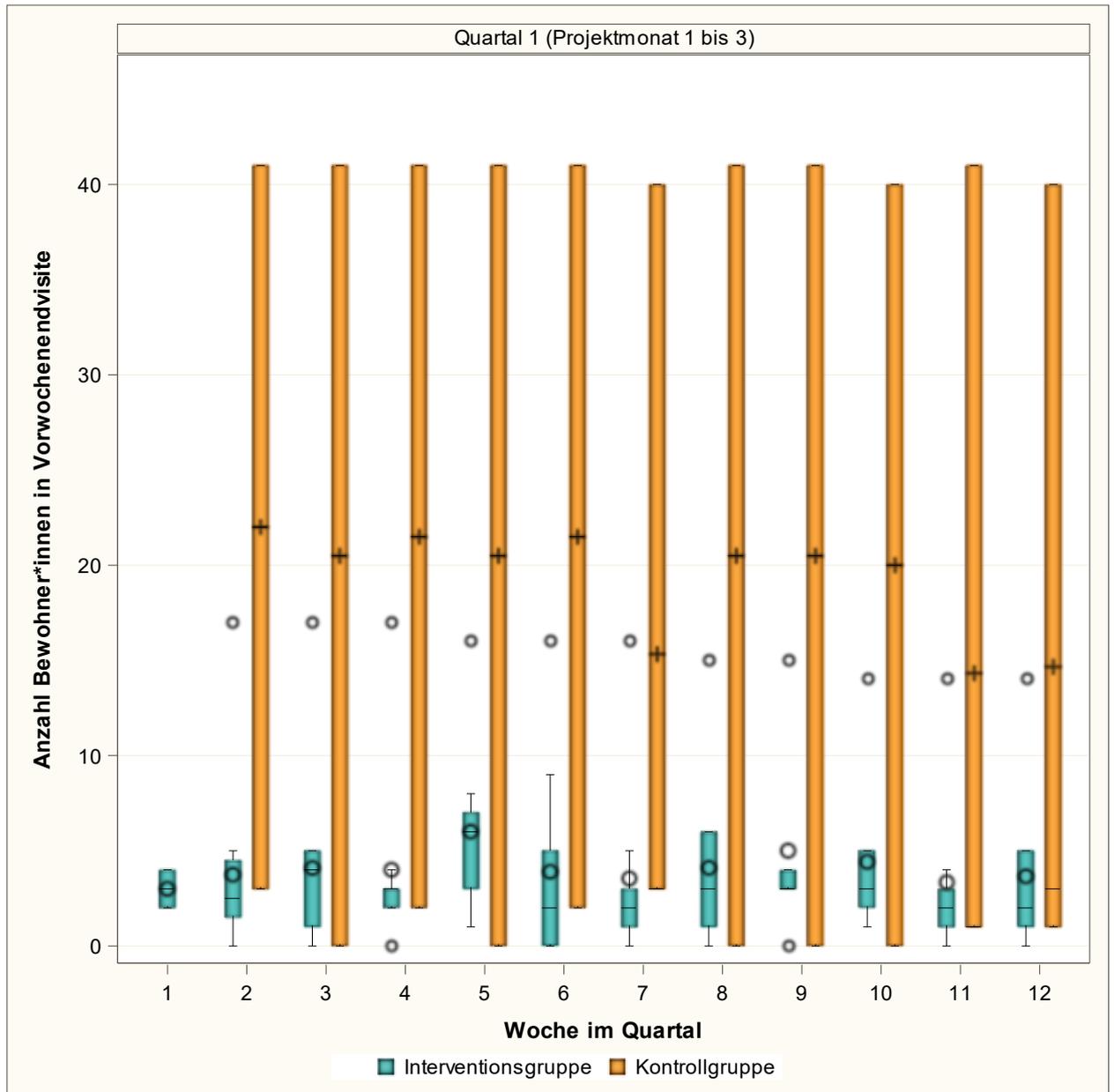


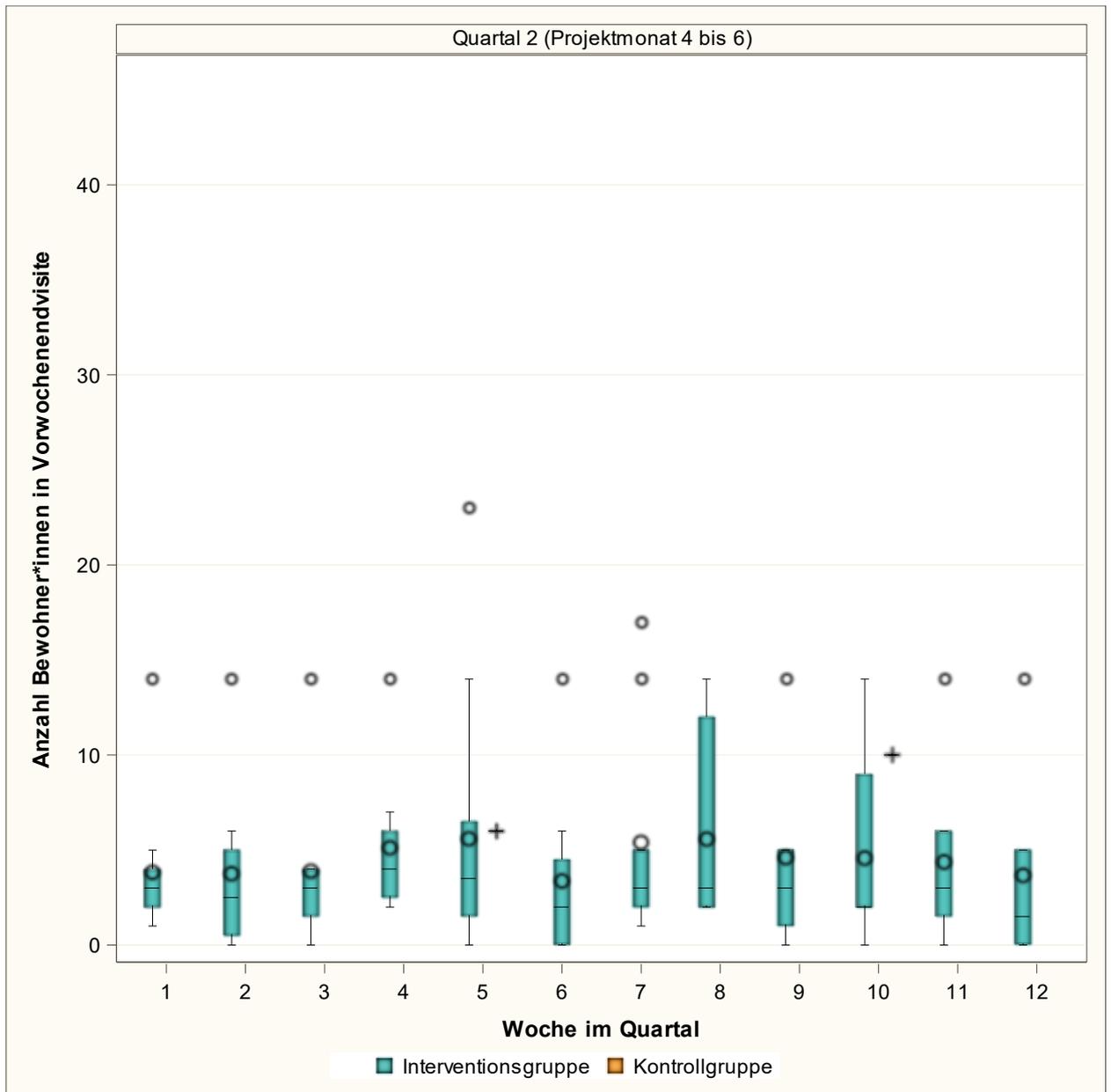


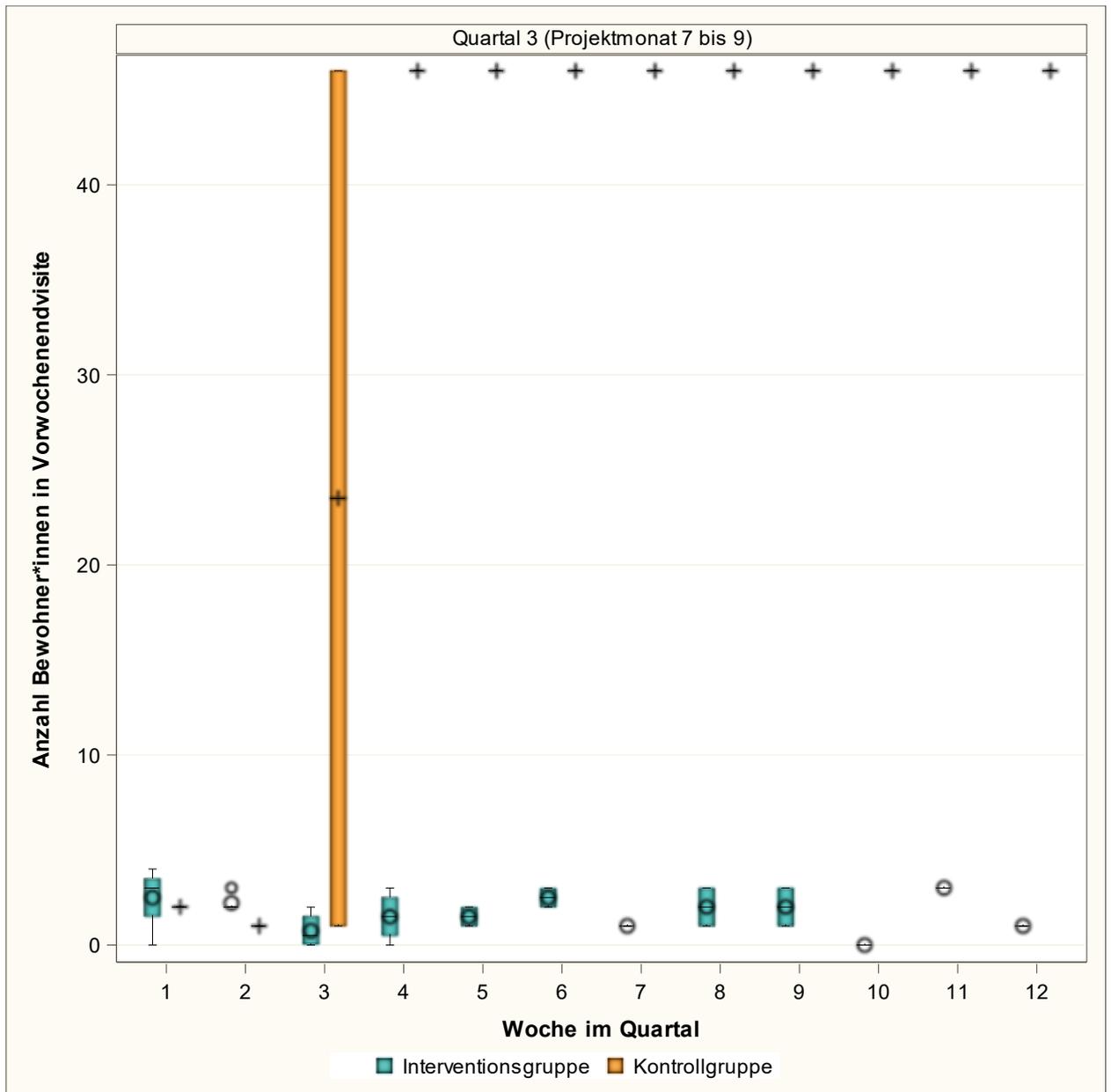


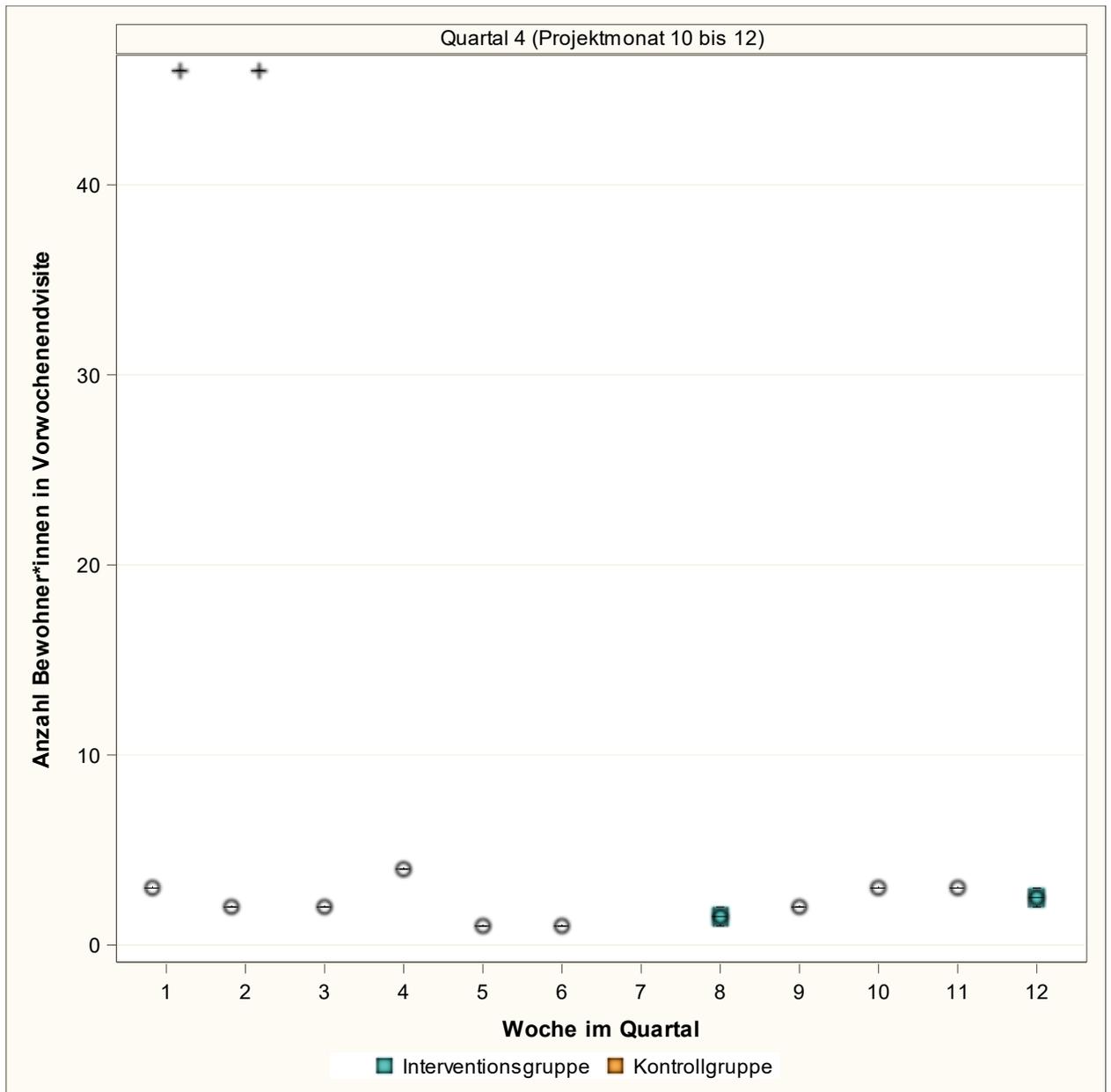
3.2 Zeitlicher Verlauf besuchter Bewohner*innen in Vorwochenendvisiten

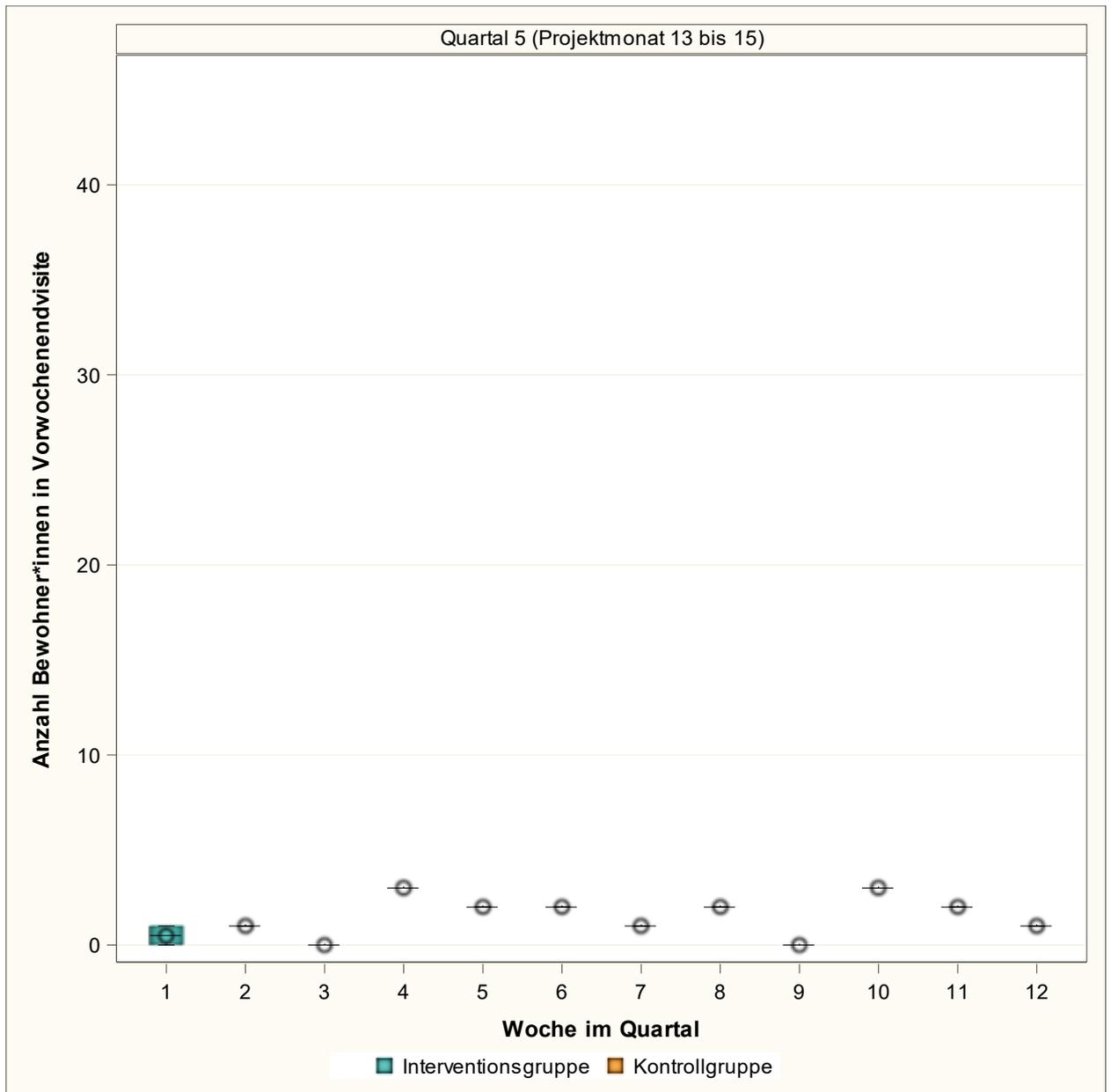
Programm: f_03_Boxplot_visiten.sas

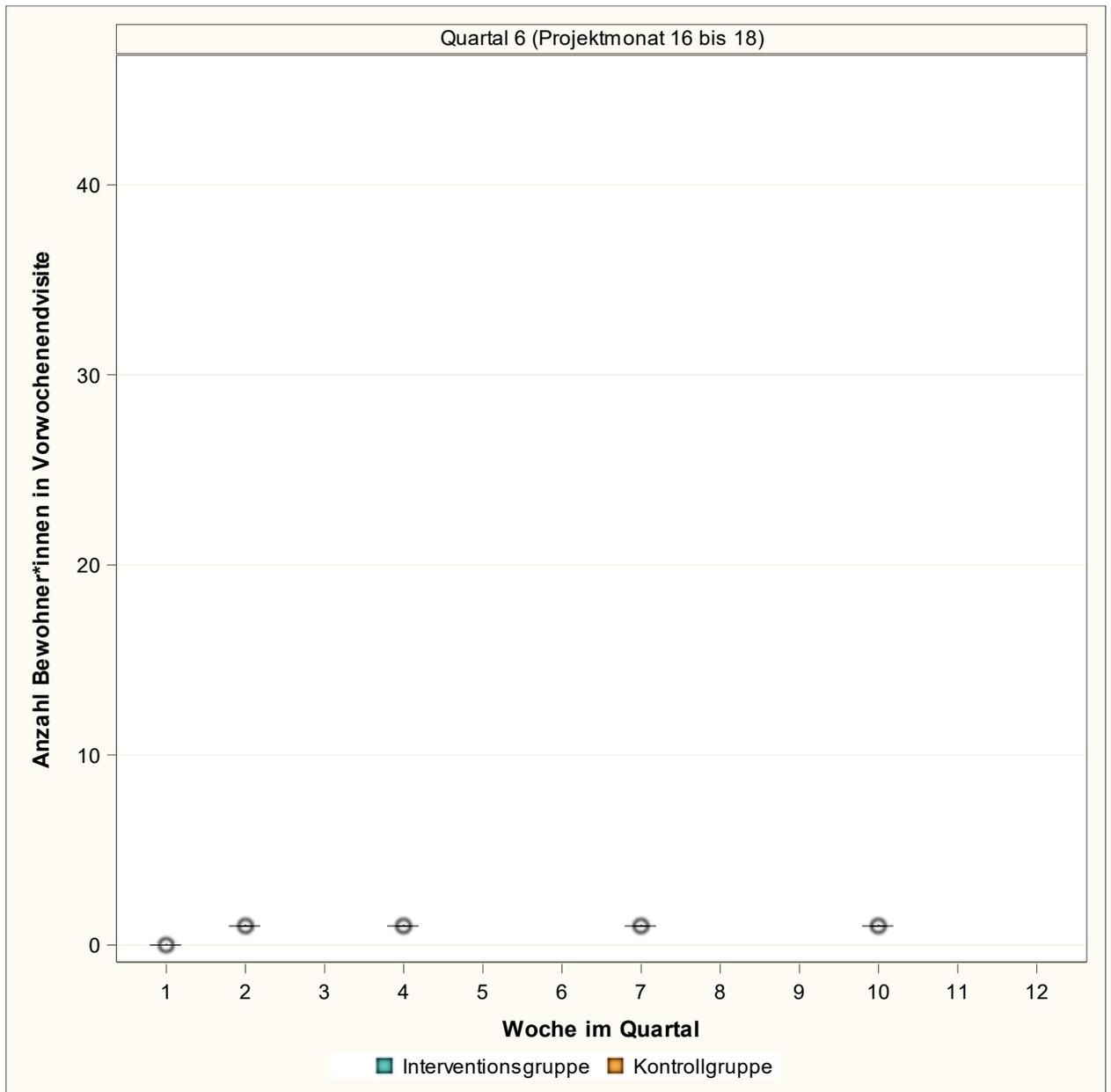


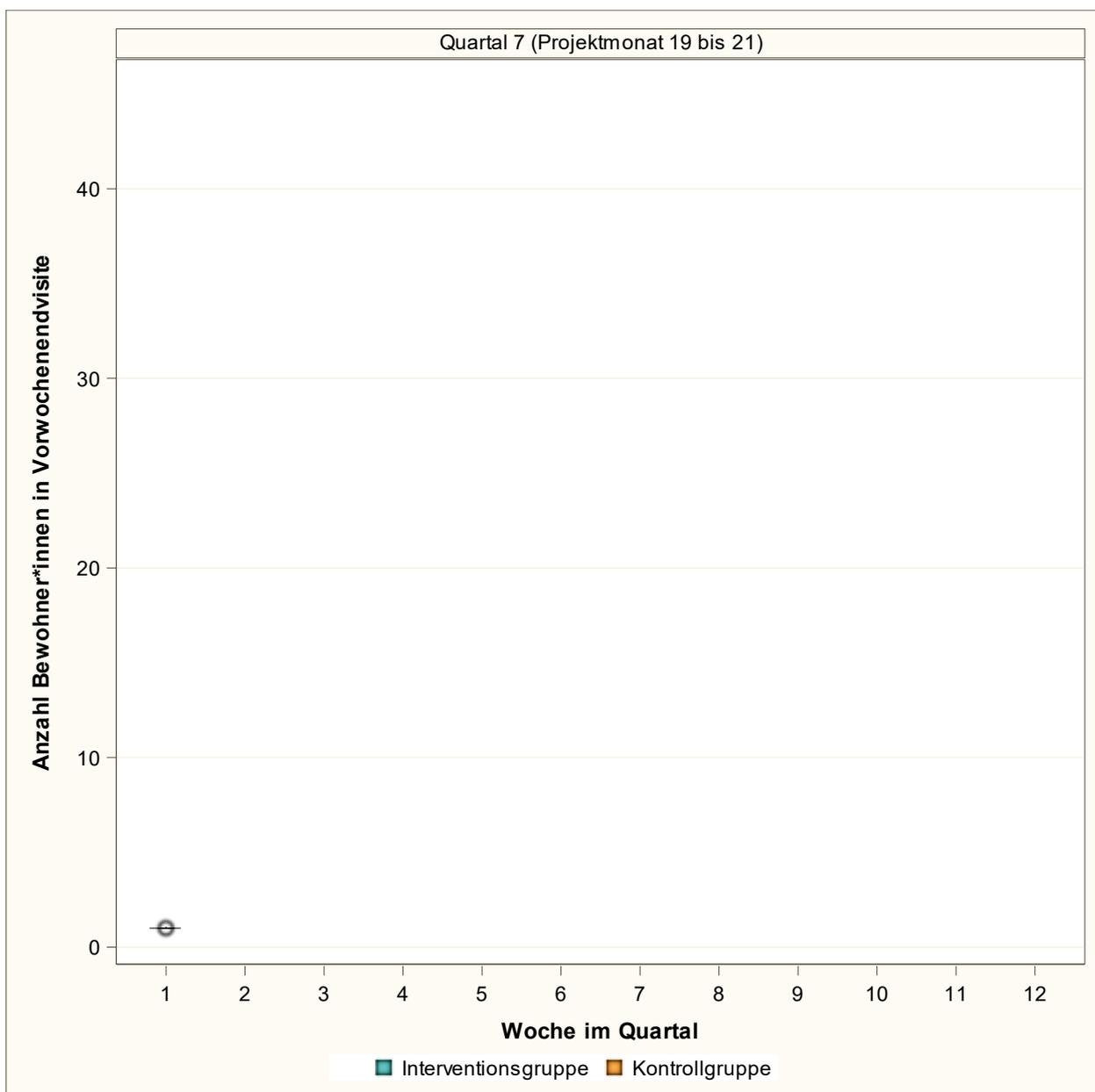








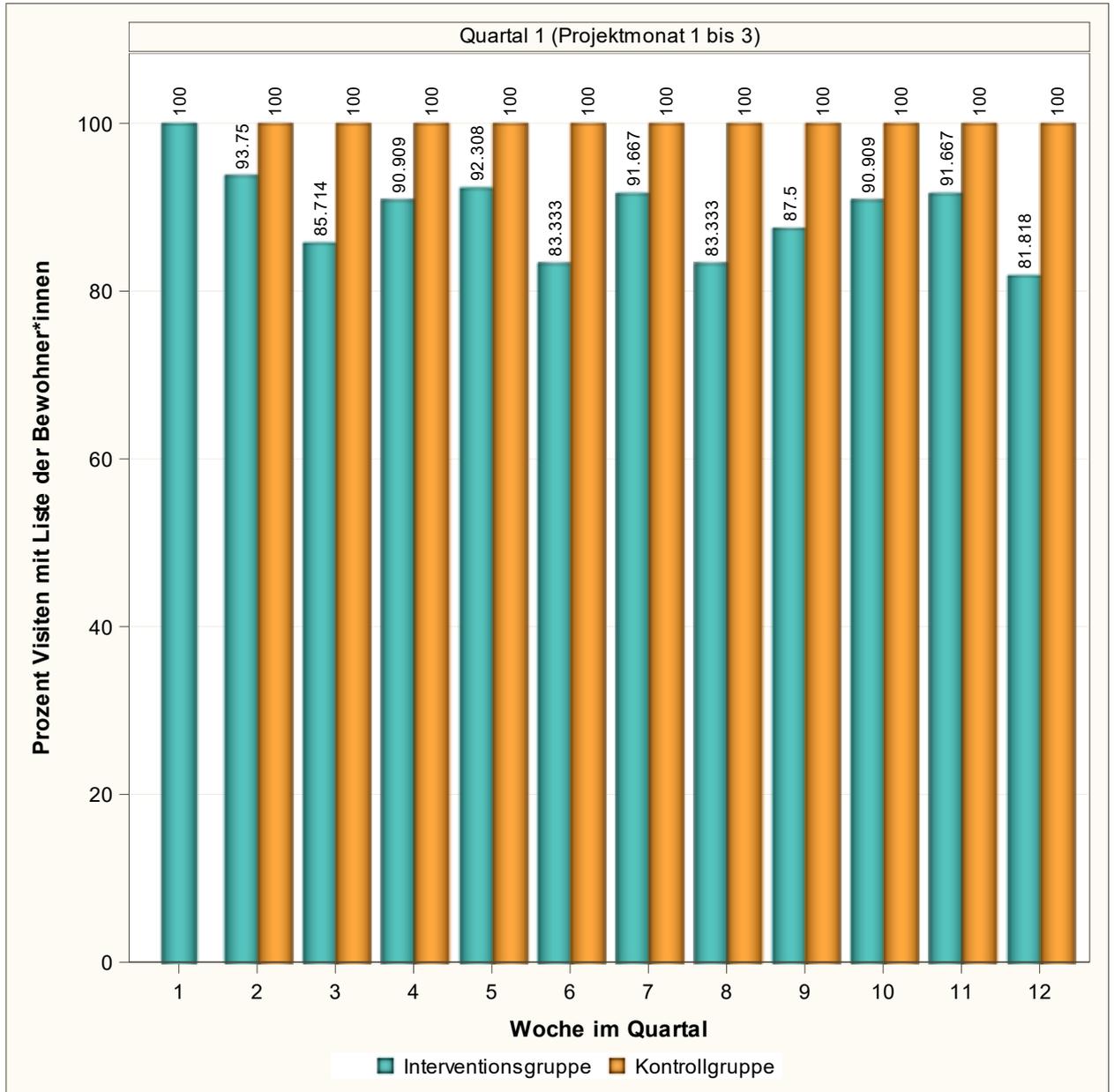


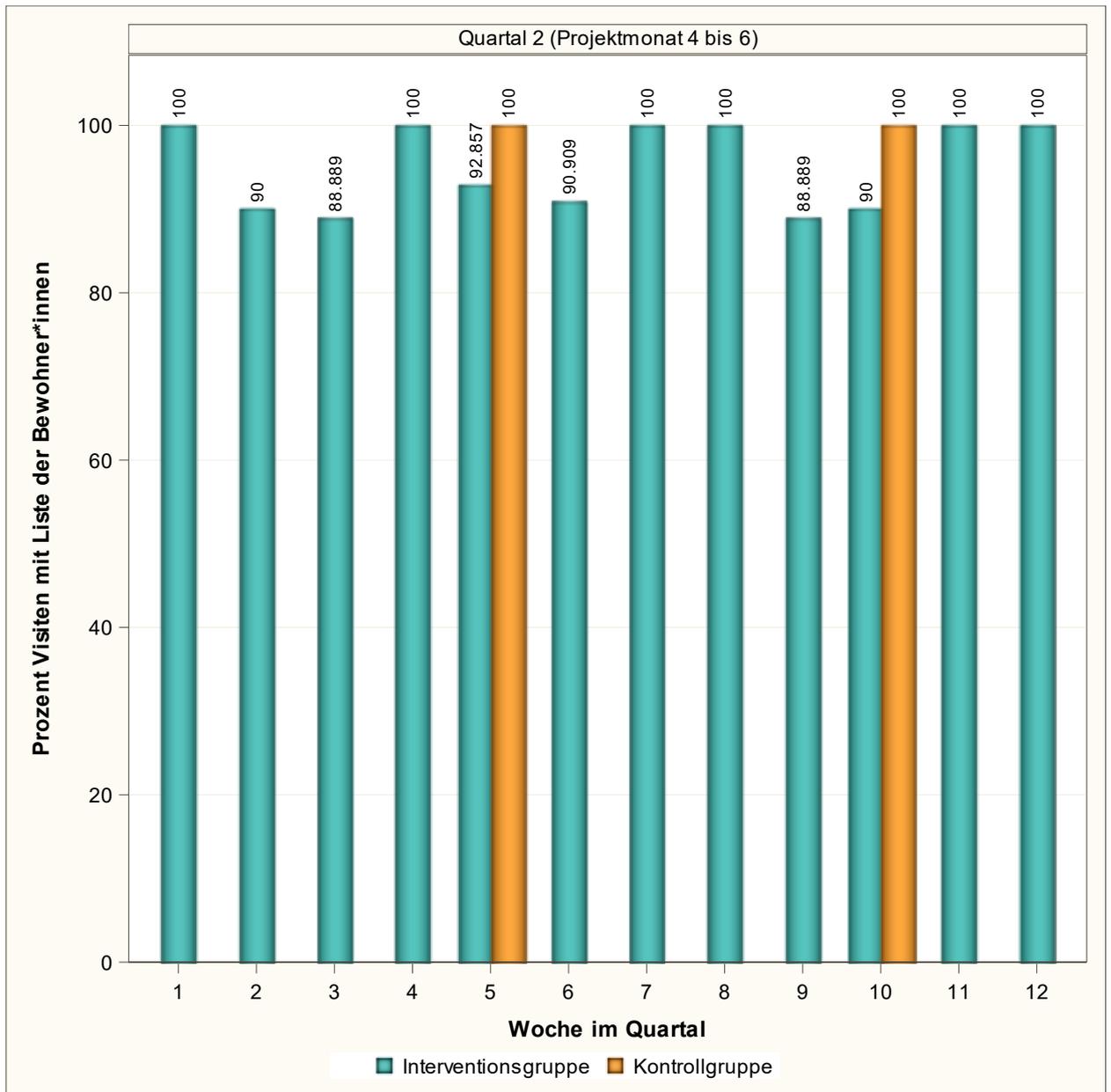


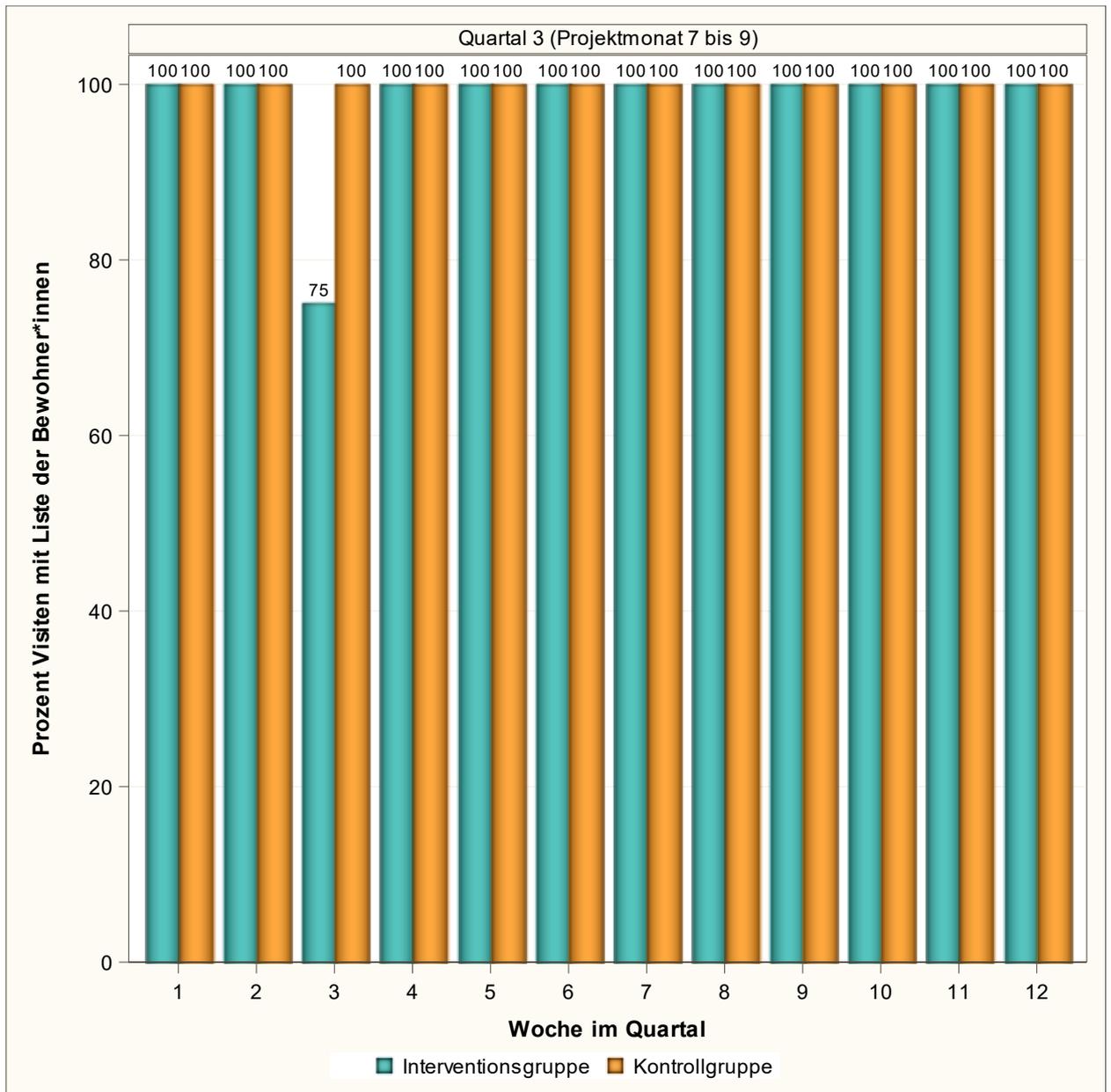
3.3 Zeitlicher Verlauf Eigenschaften Vorwochenendvisiten

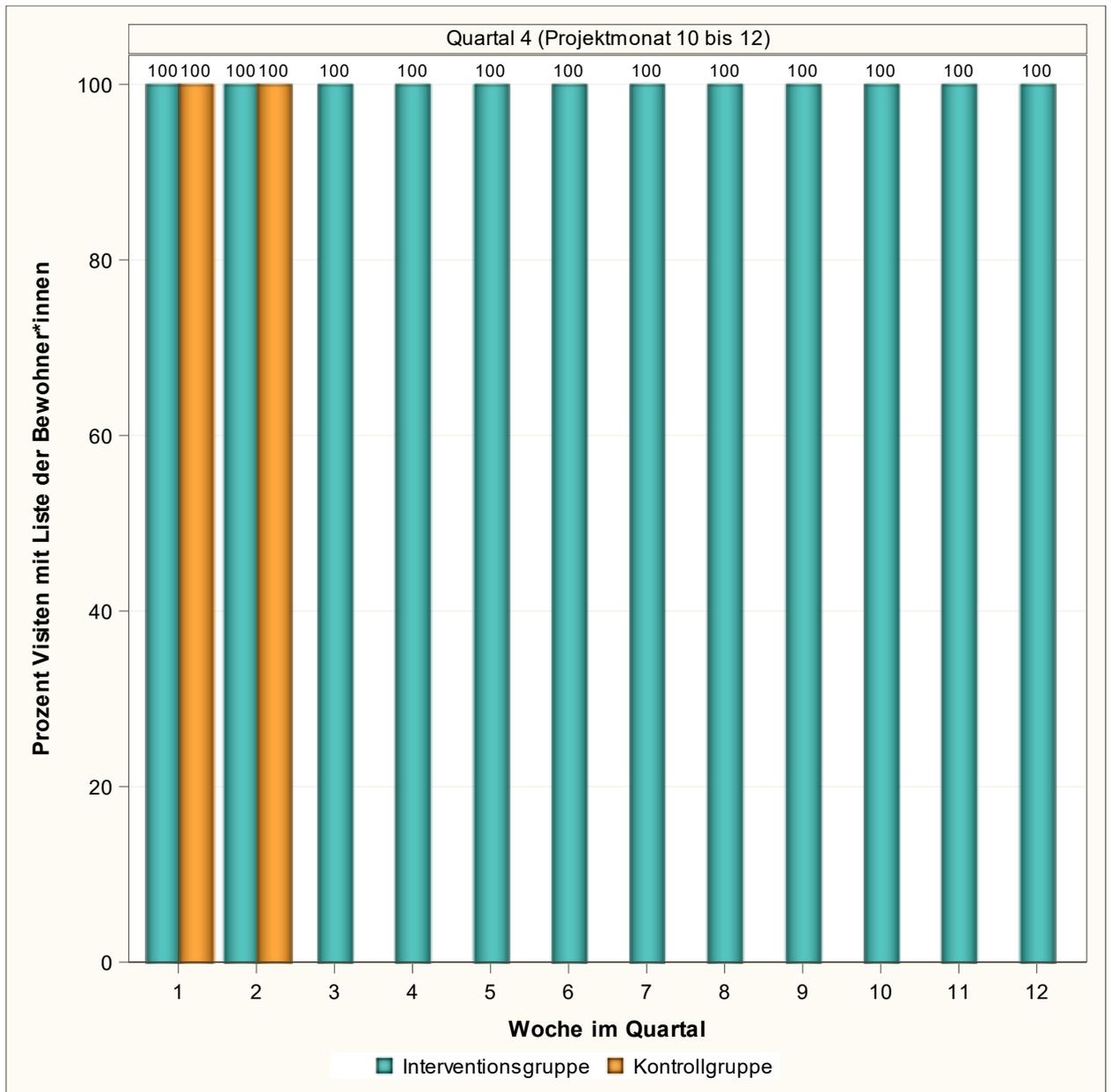
Programm: f_03_Barplot_visiten.sas

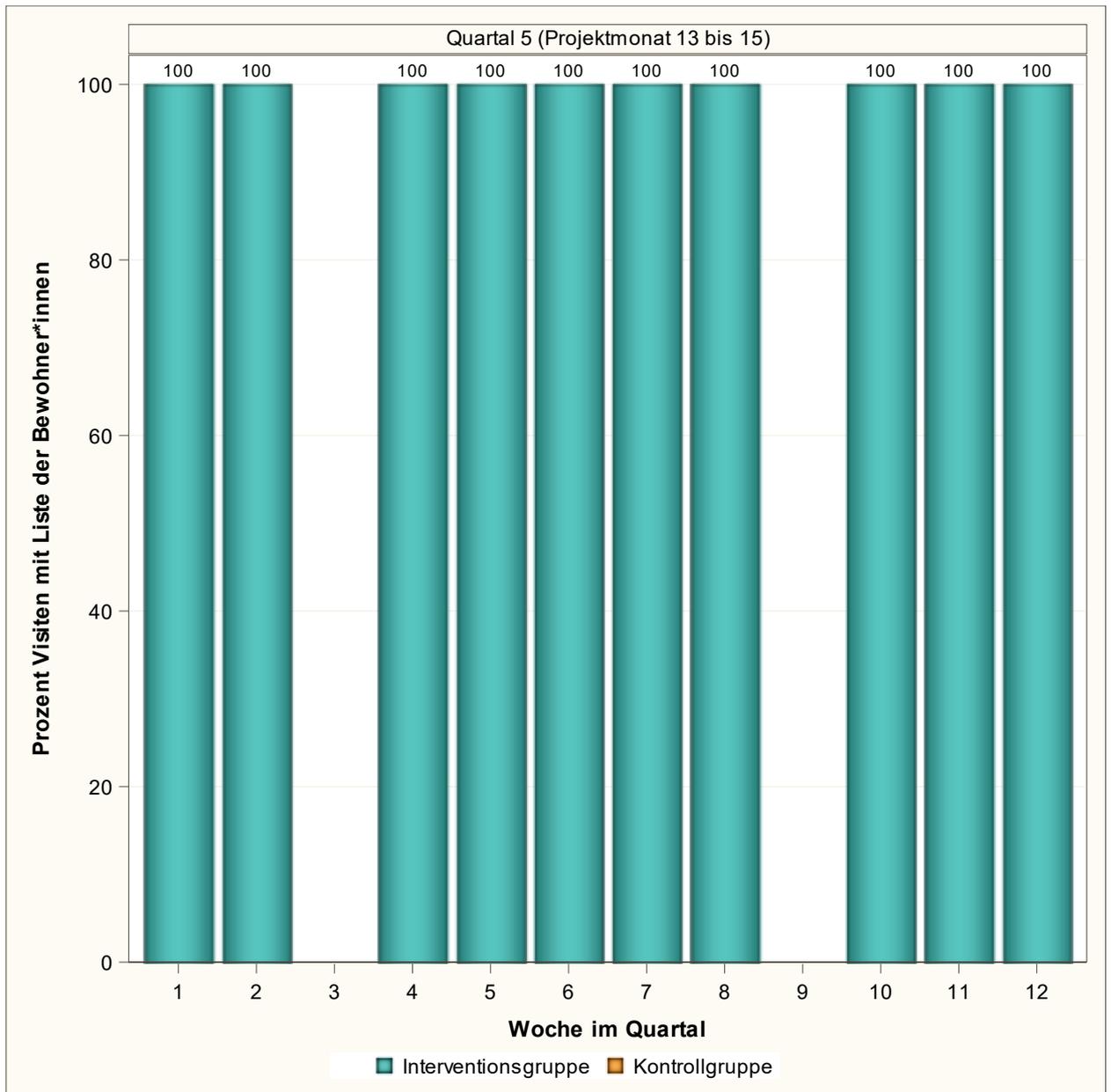
3.3.1 Visiten mit Liste der Bewohner*innen

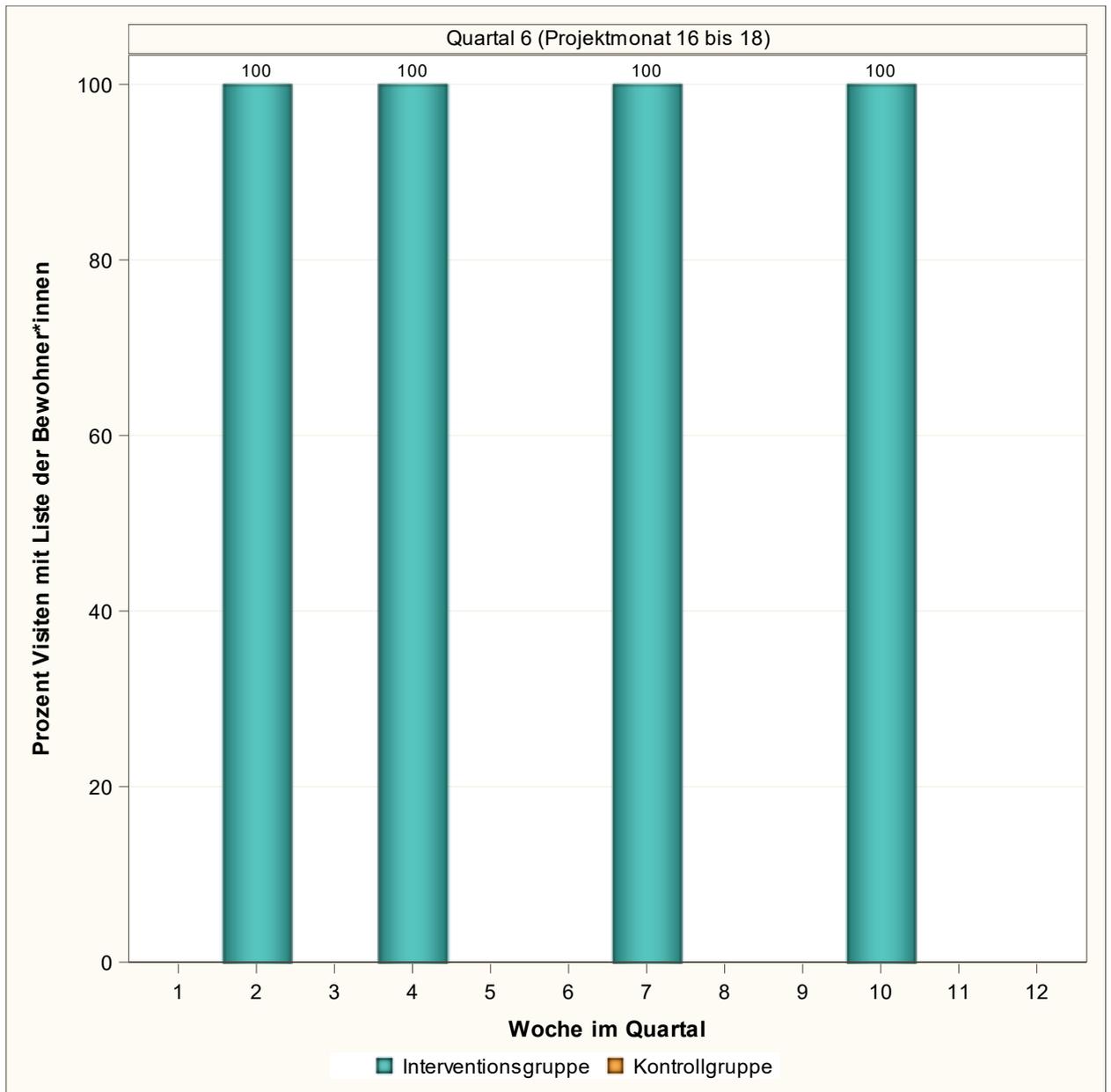


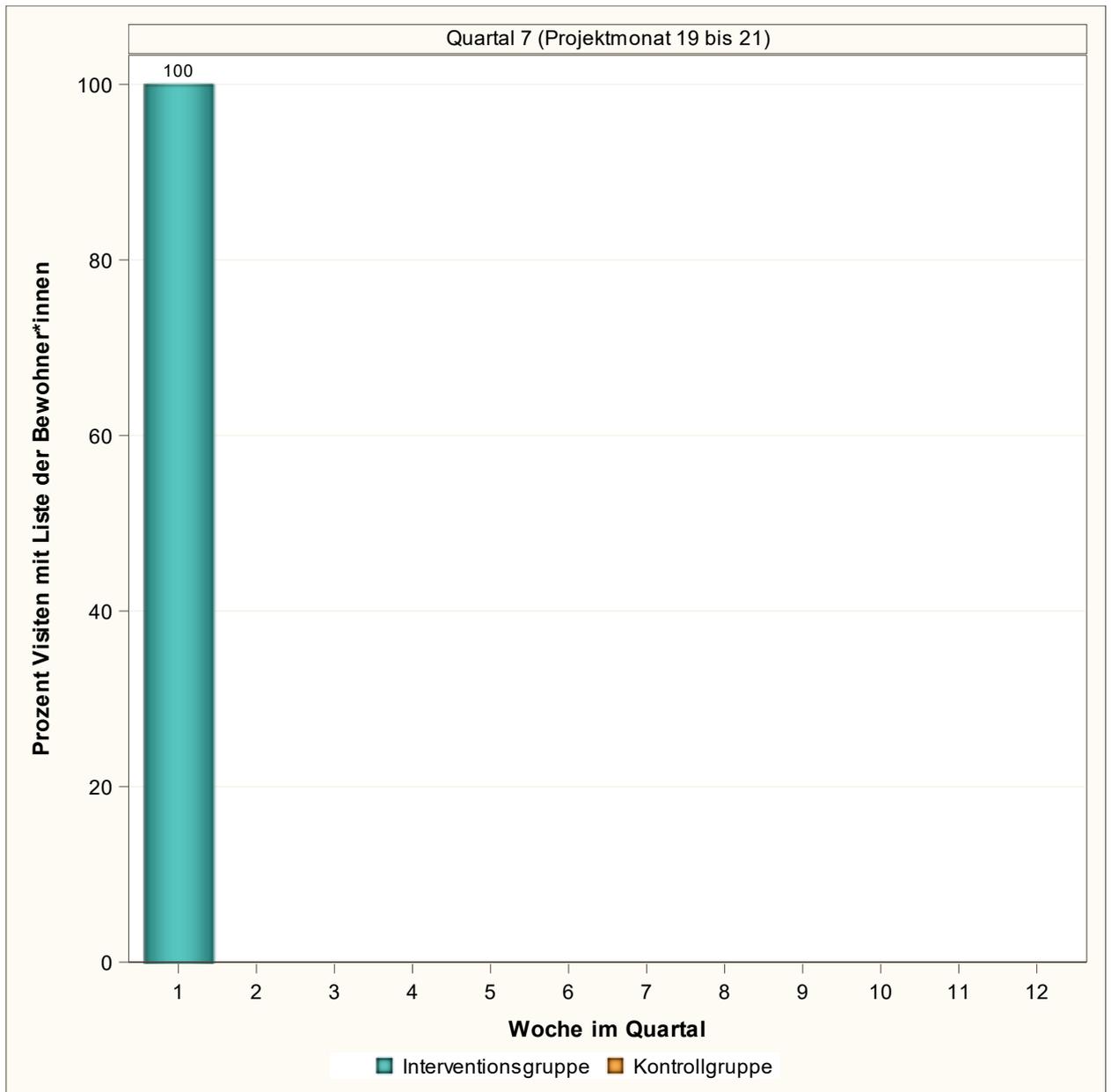




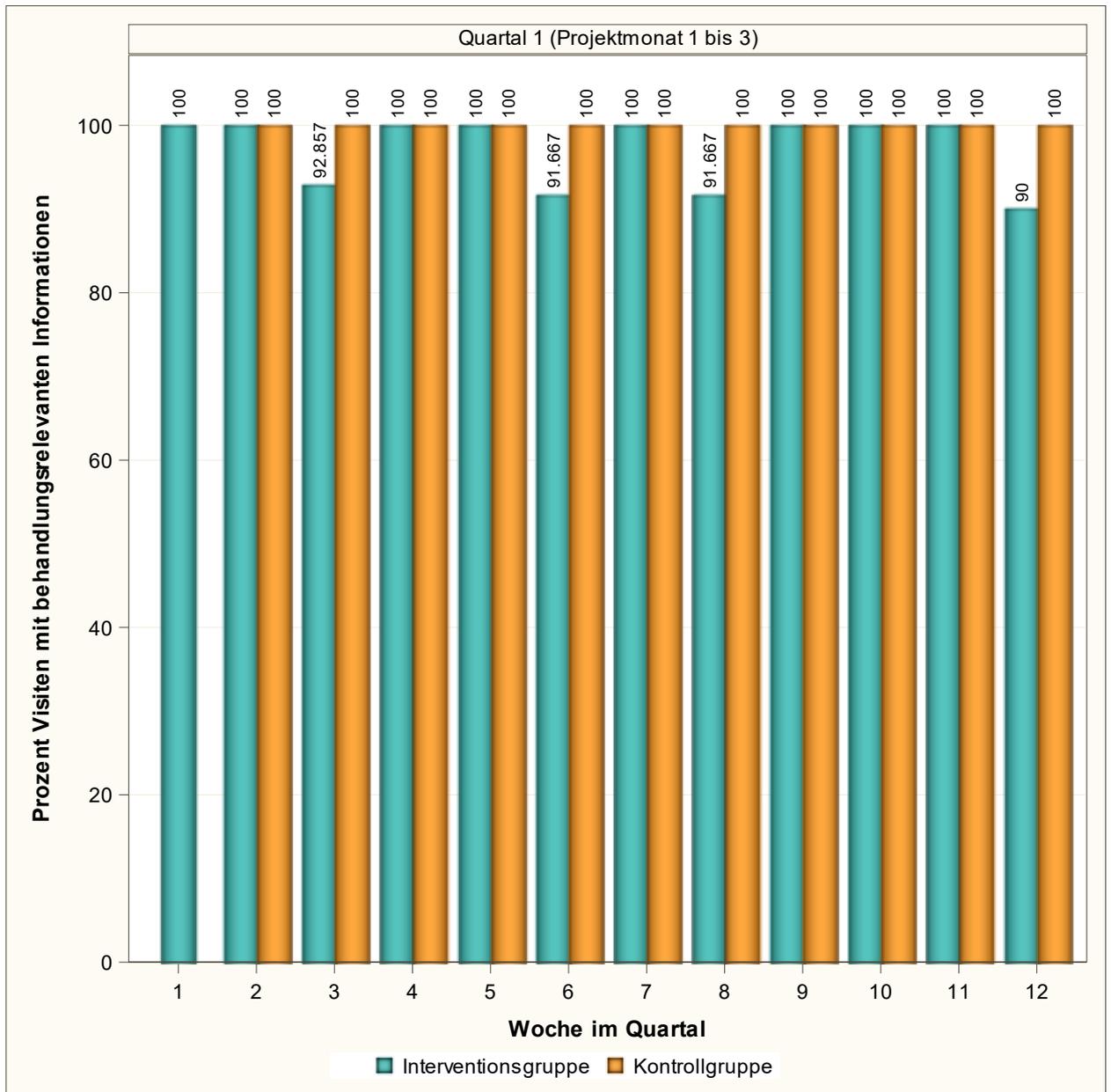


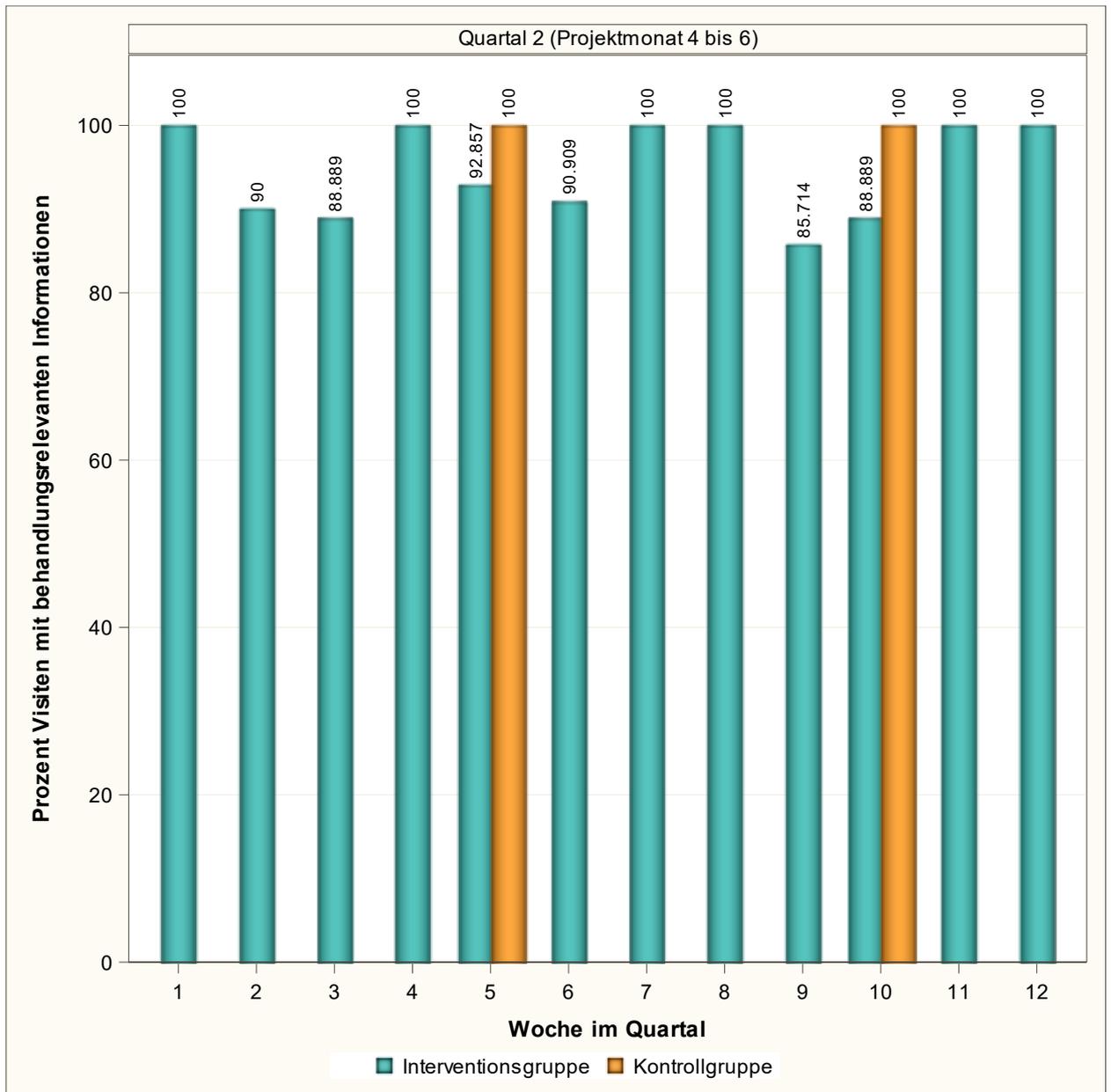


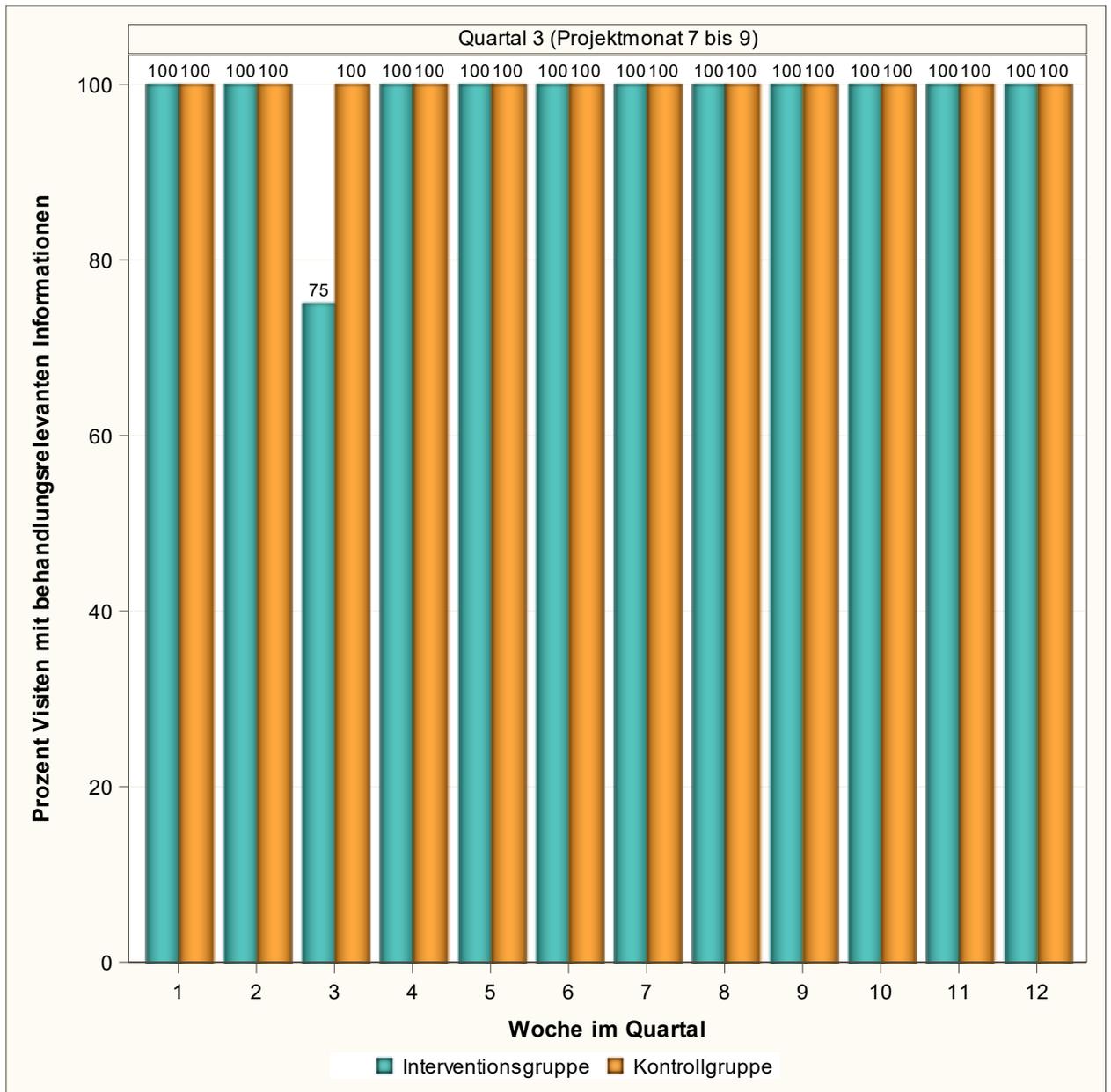


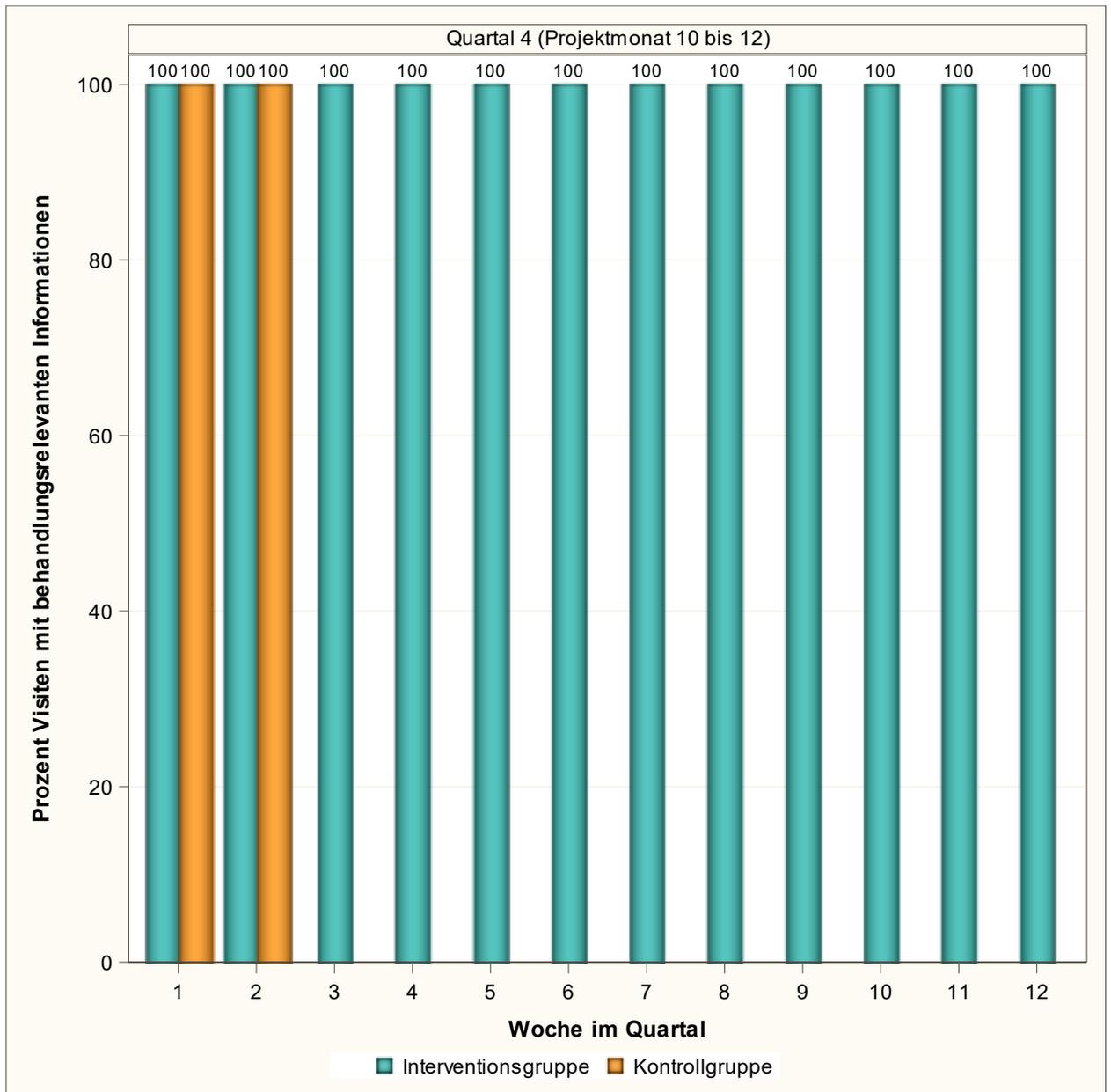


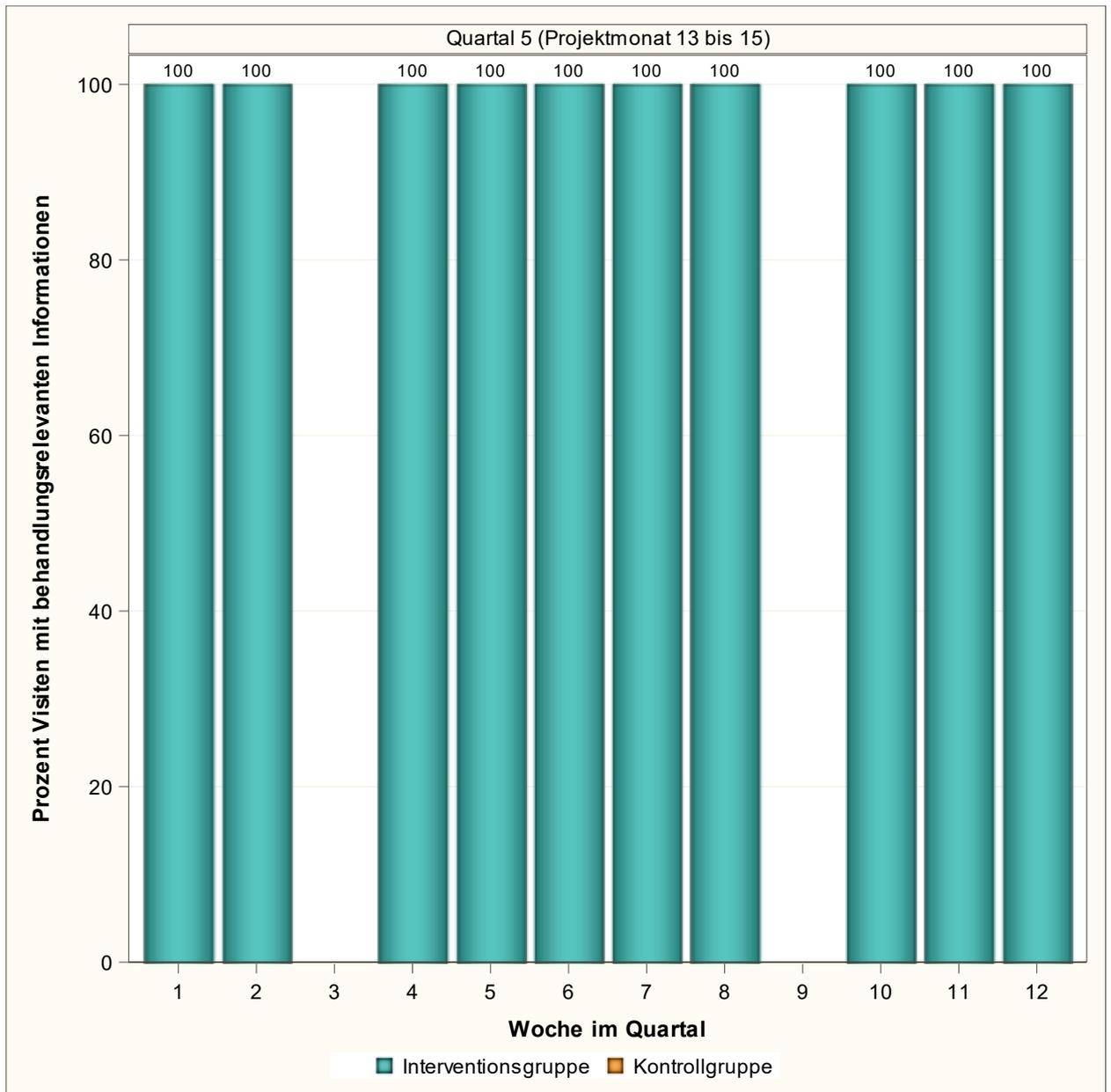
3.3.2 Visiten mit behandlungsrelevanten Informationen

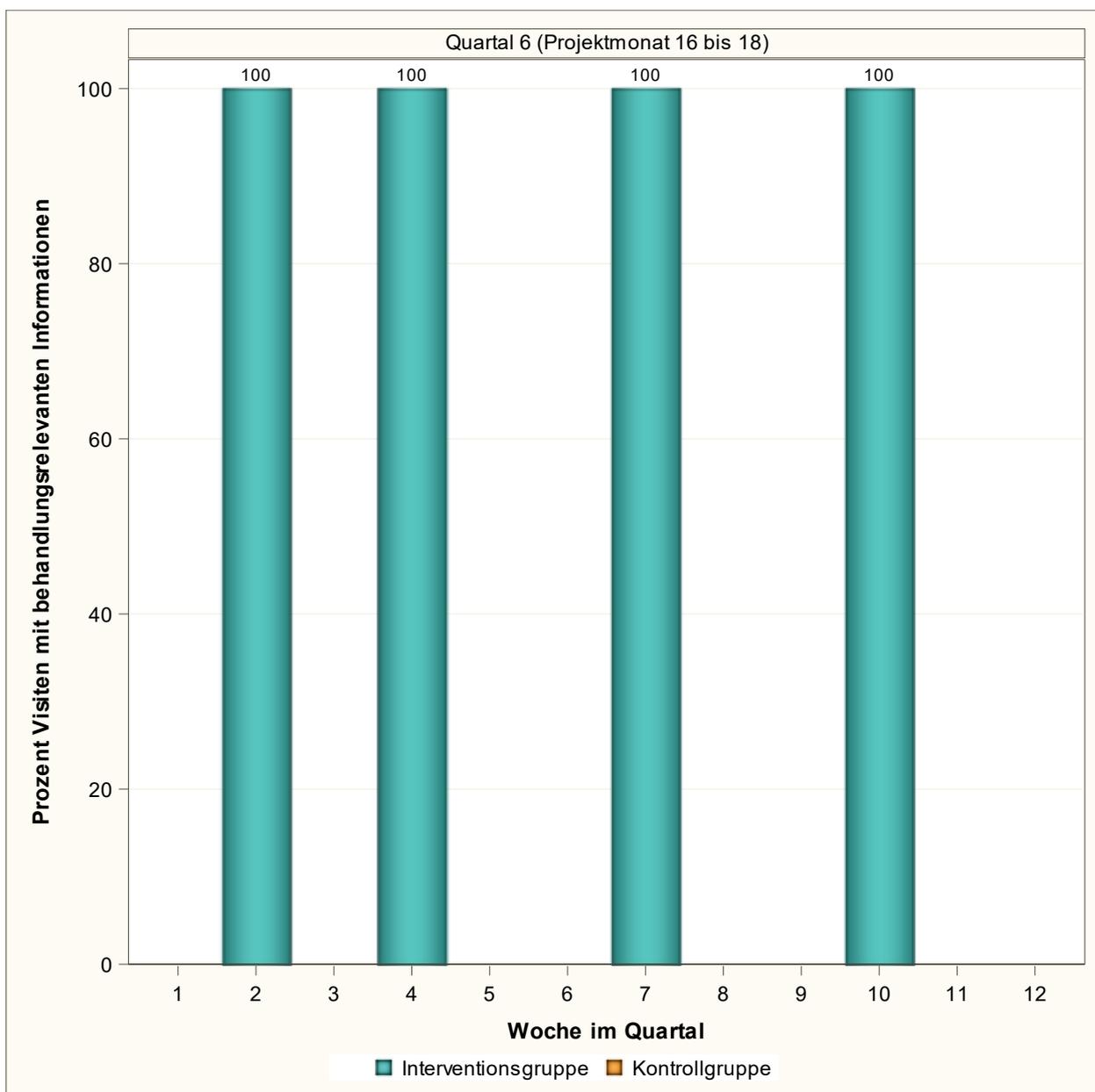


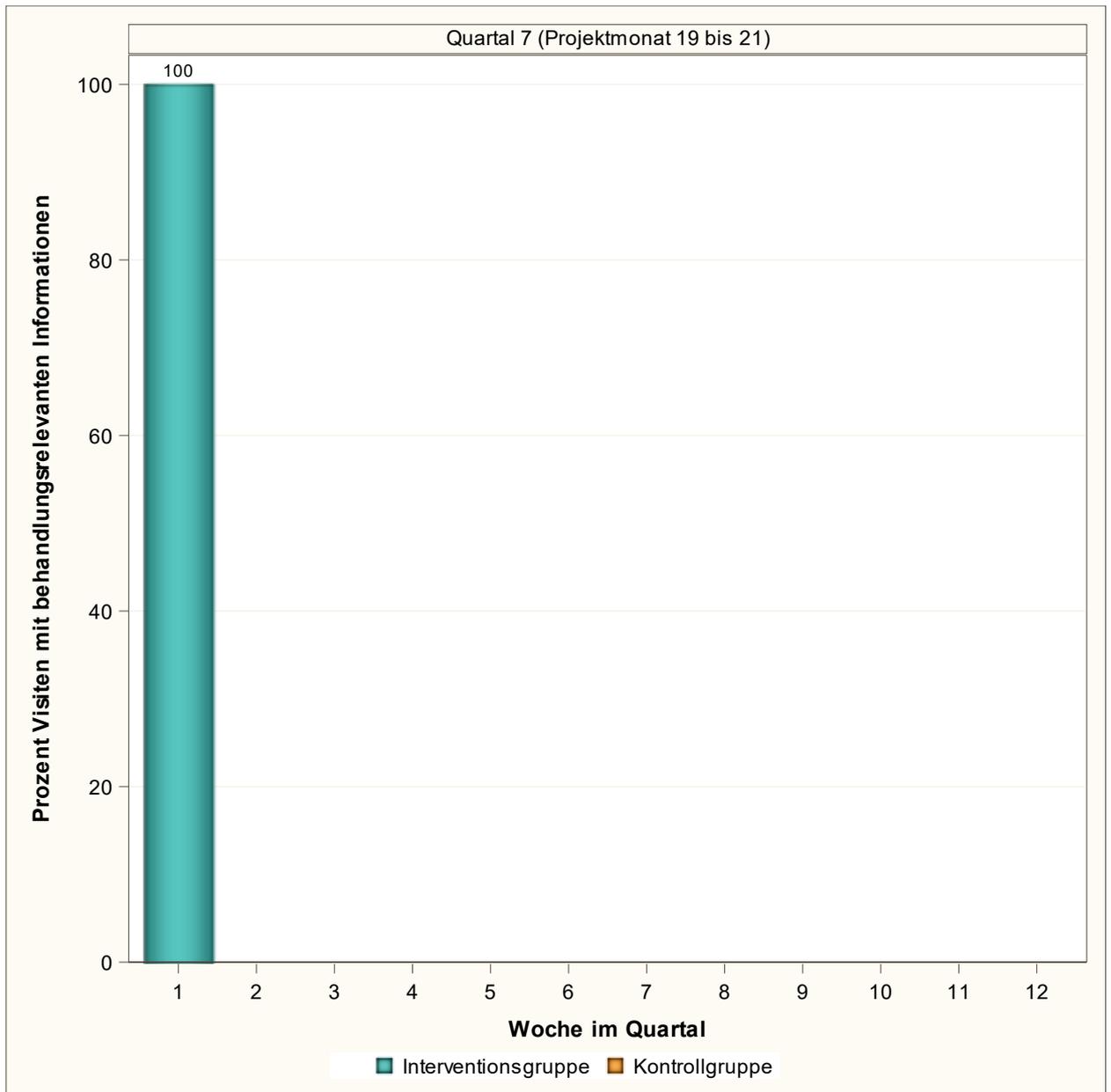




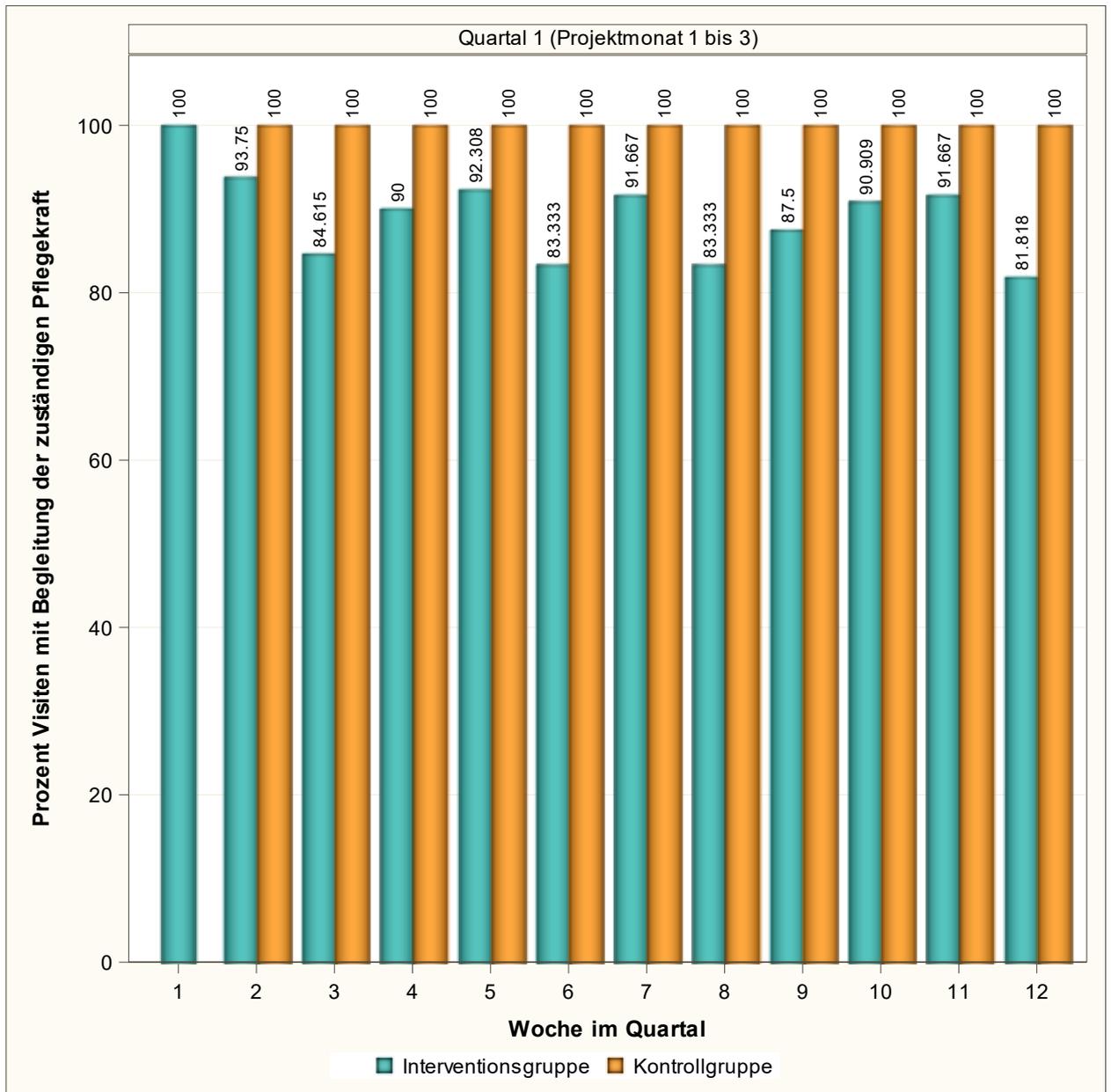


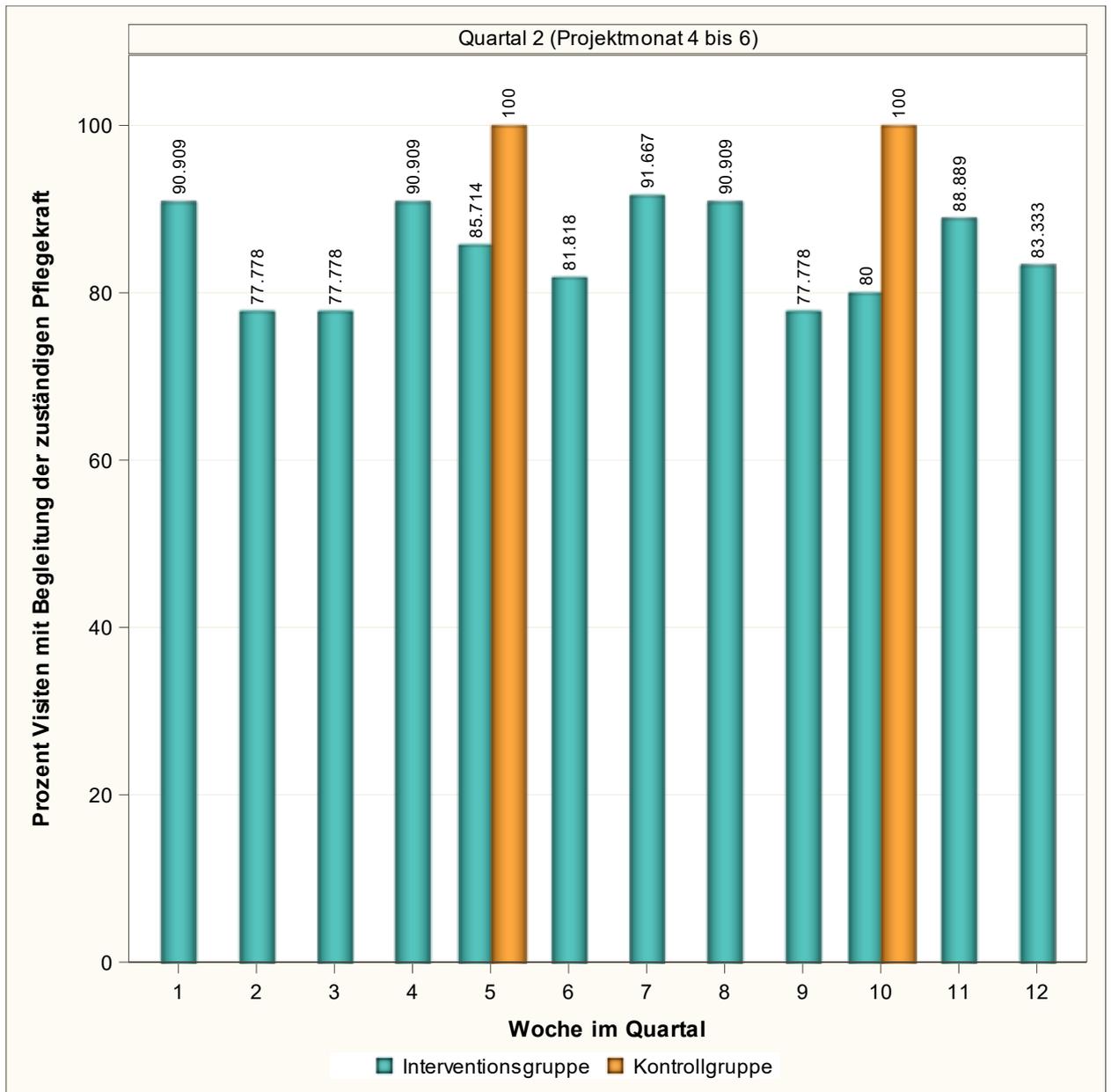


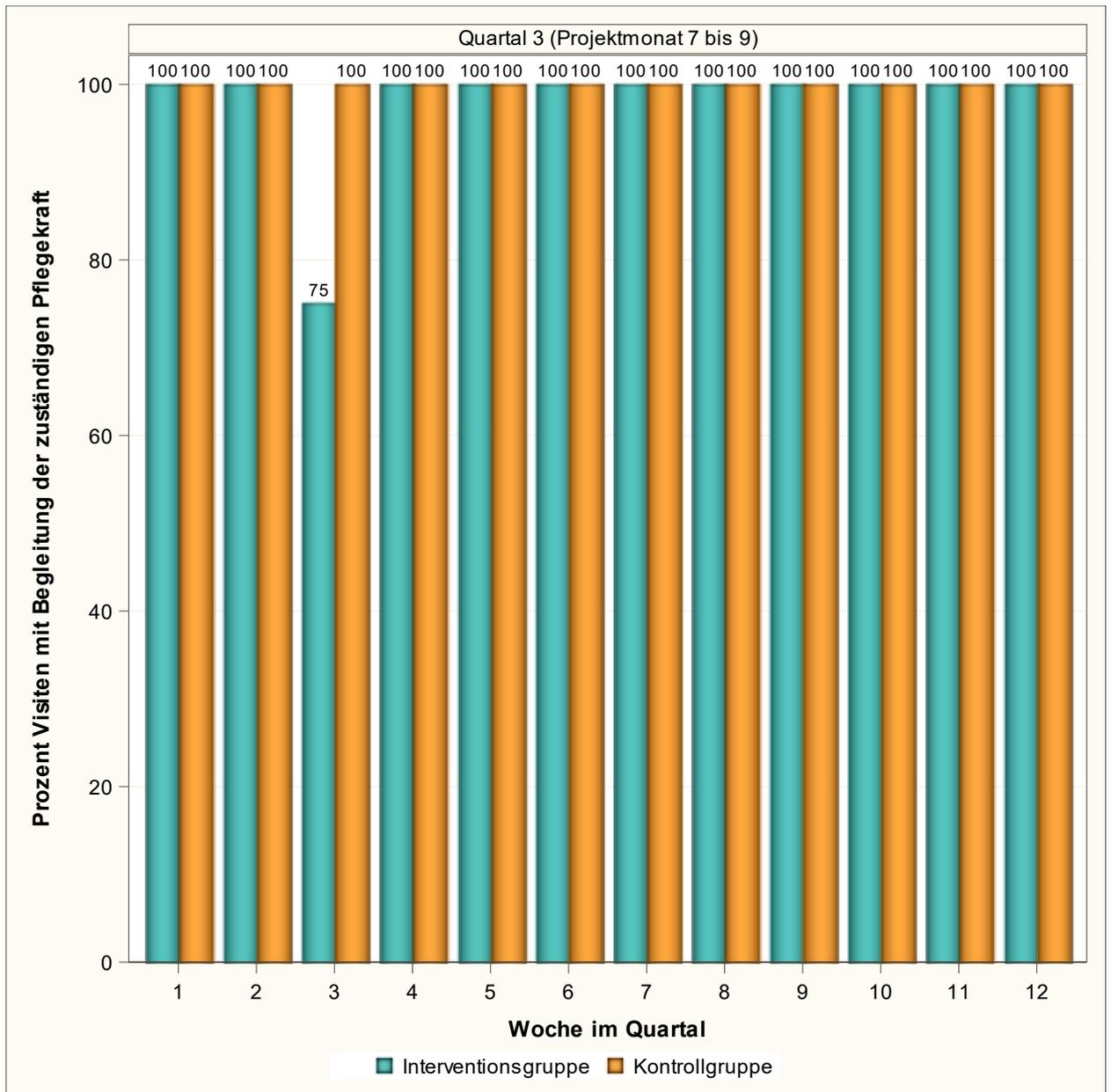


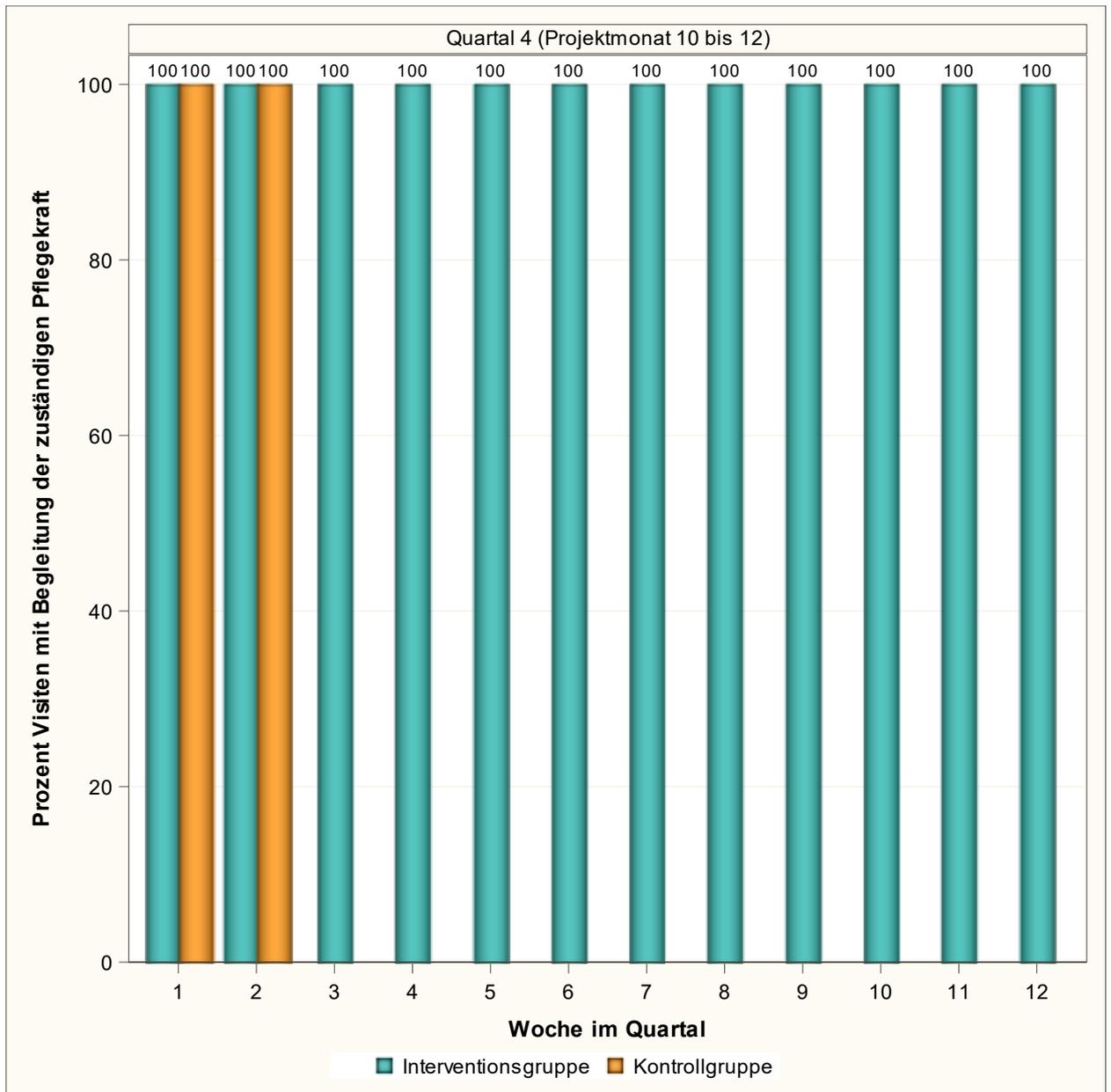


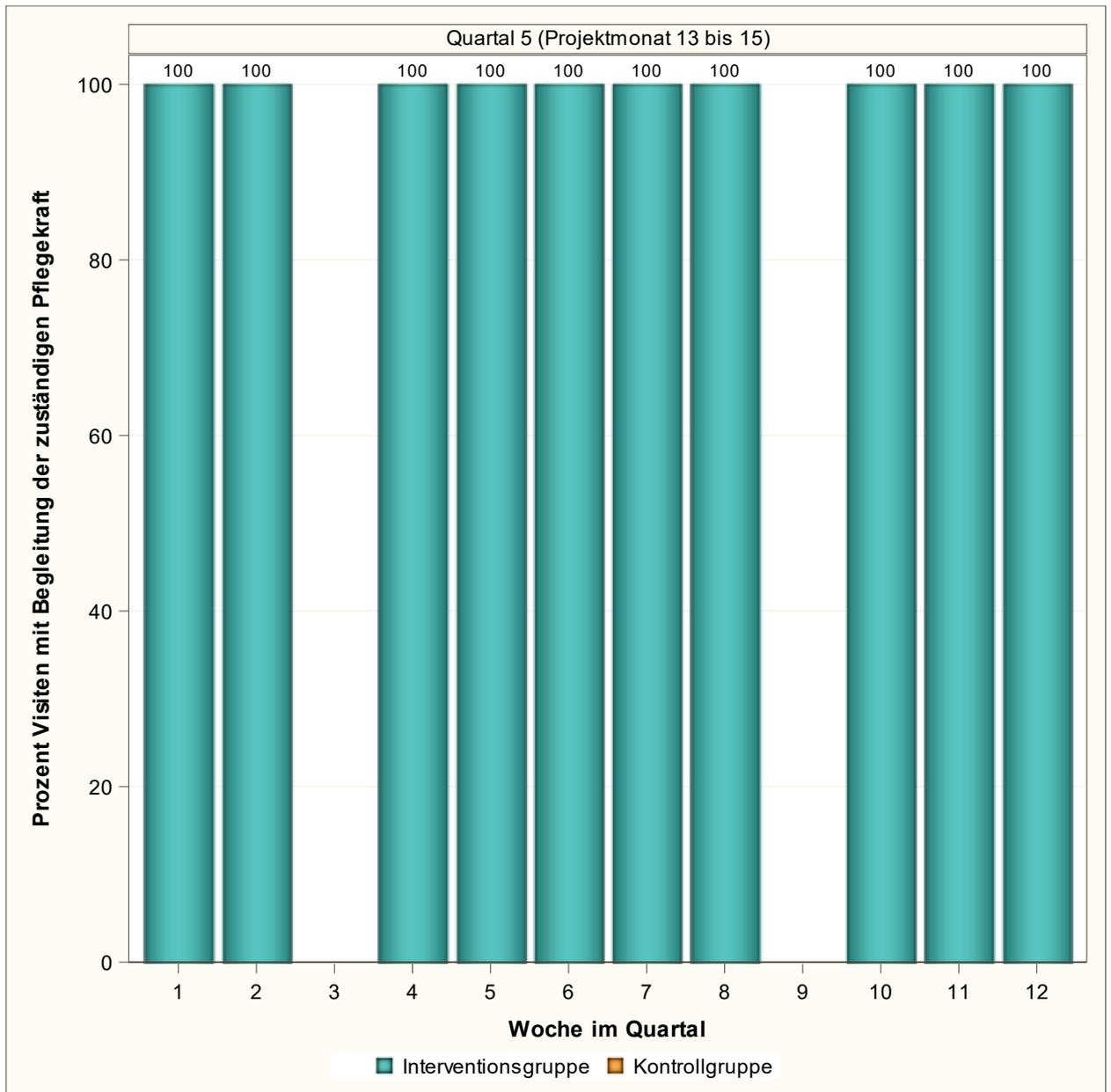
3.3.3 Visiten mit Begleitung der zuständigen Pflegekraft

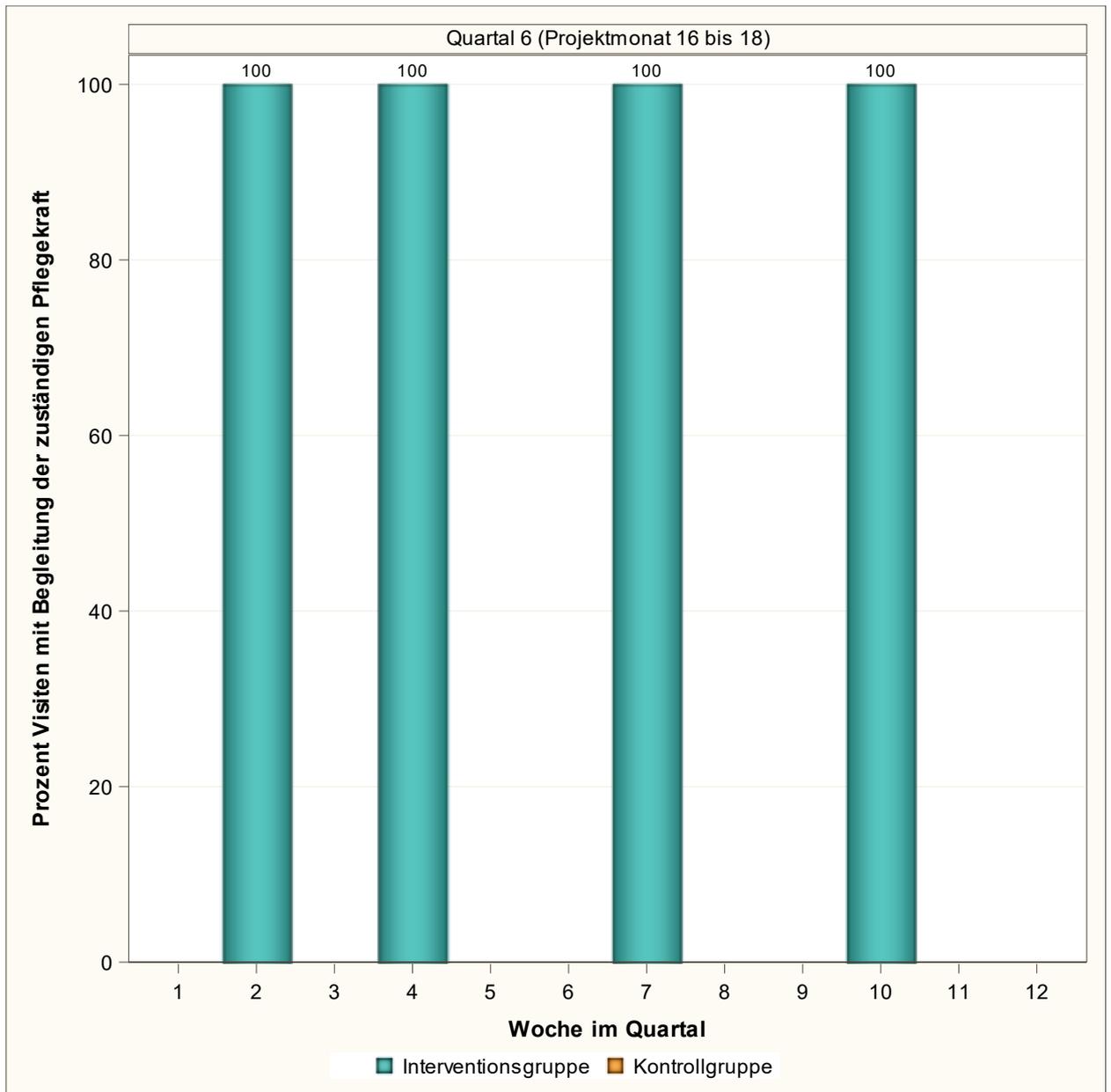


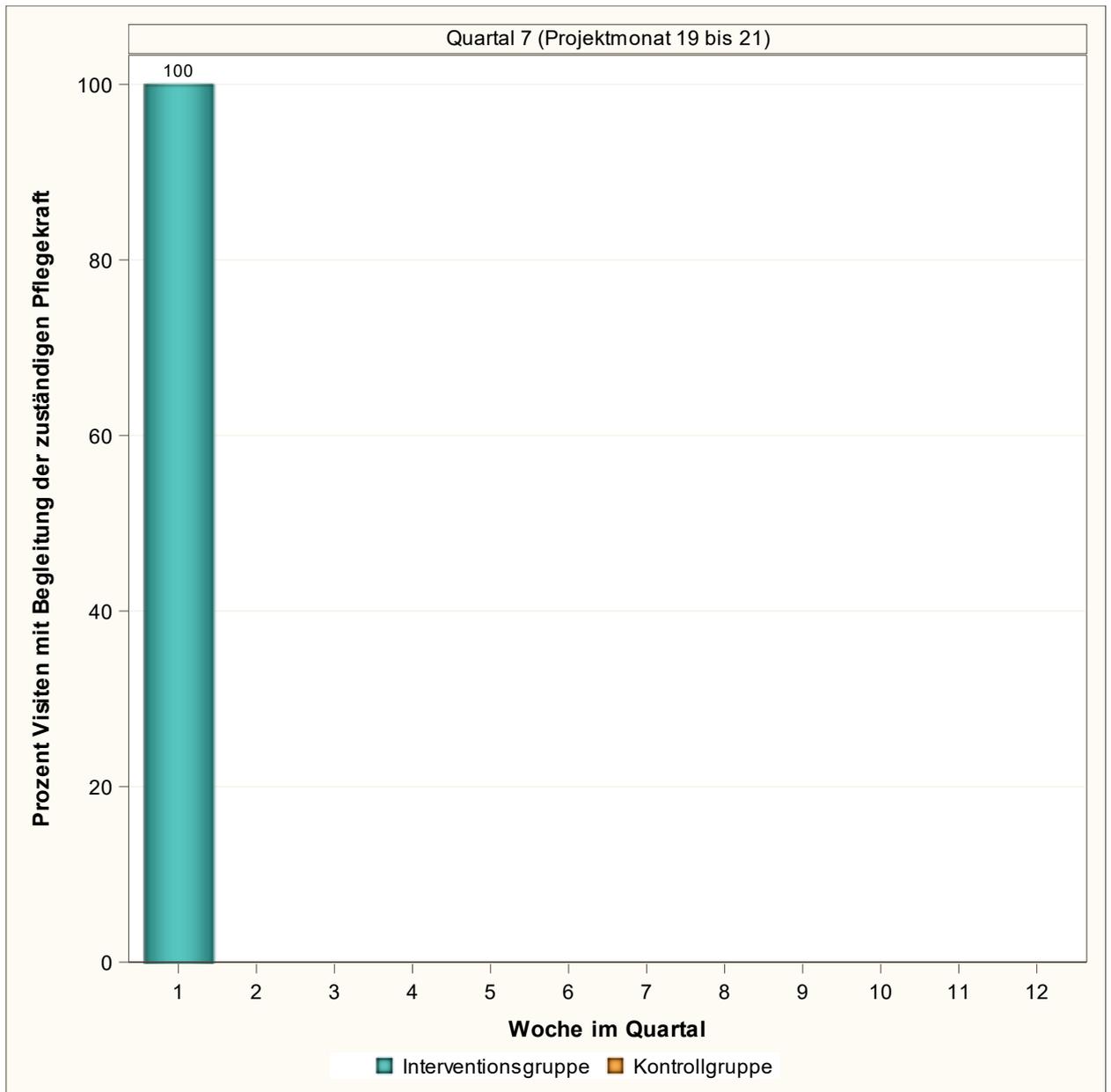








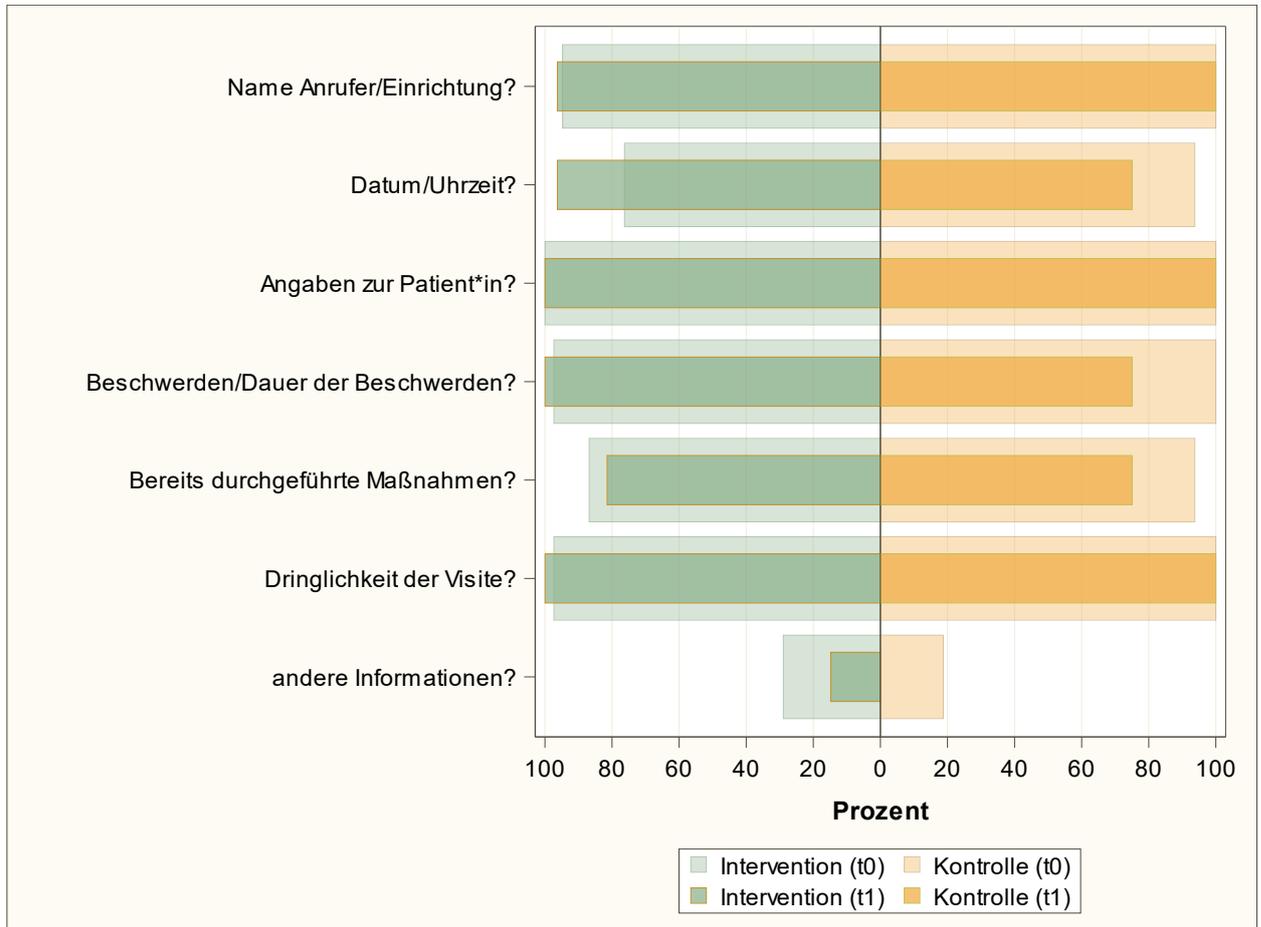




4 Strukturen der Ärzt*innen

4.1 Informationen der standardisierten Checkliste

Programm: f_04_item15.sas

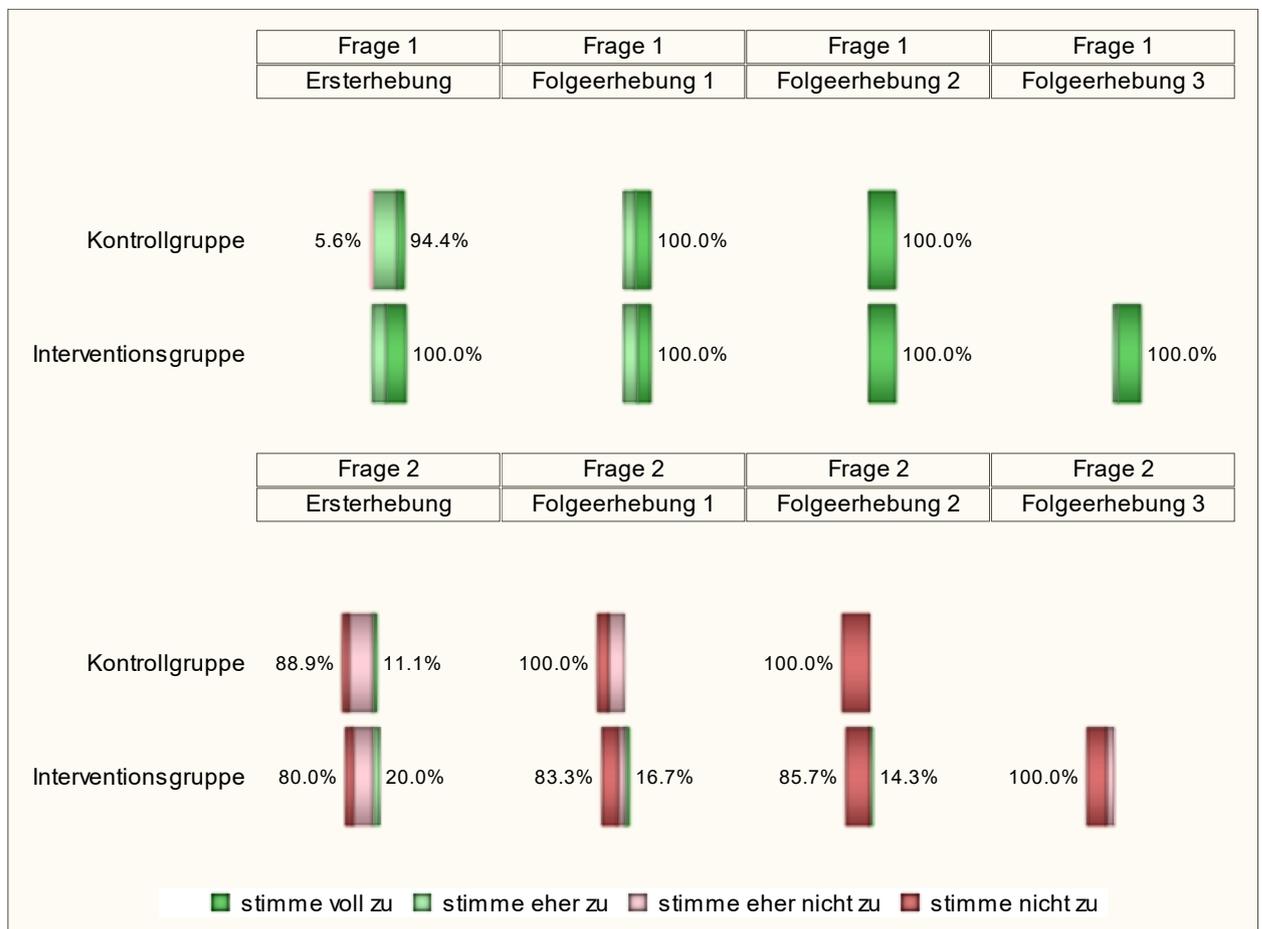


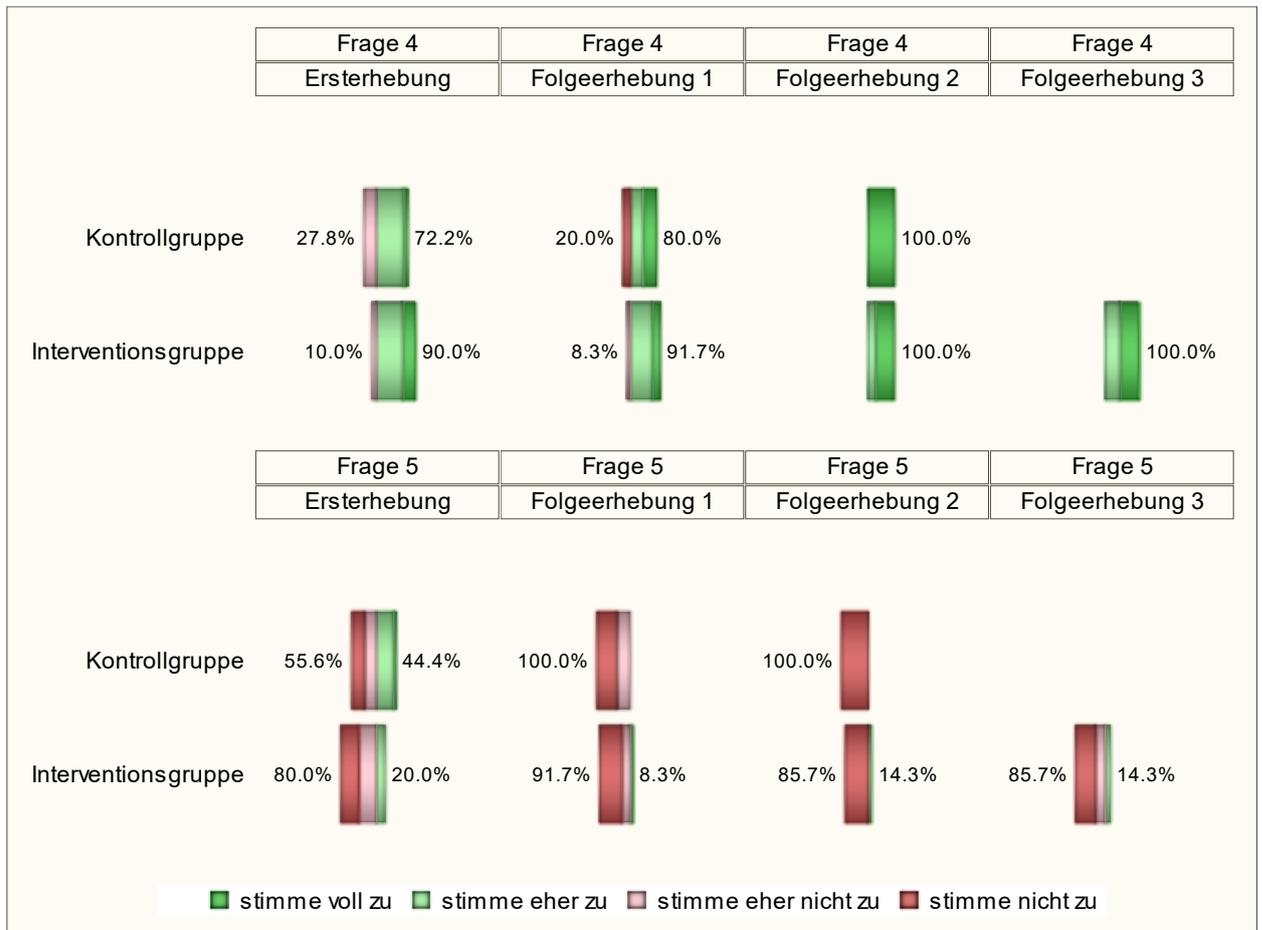
6 Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen

6.1 Likertgraph für Qualität und Zusammenarbeit Pflegeeinrichtungen (t0, t1, t2, t3)

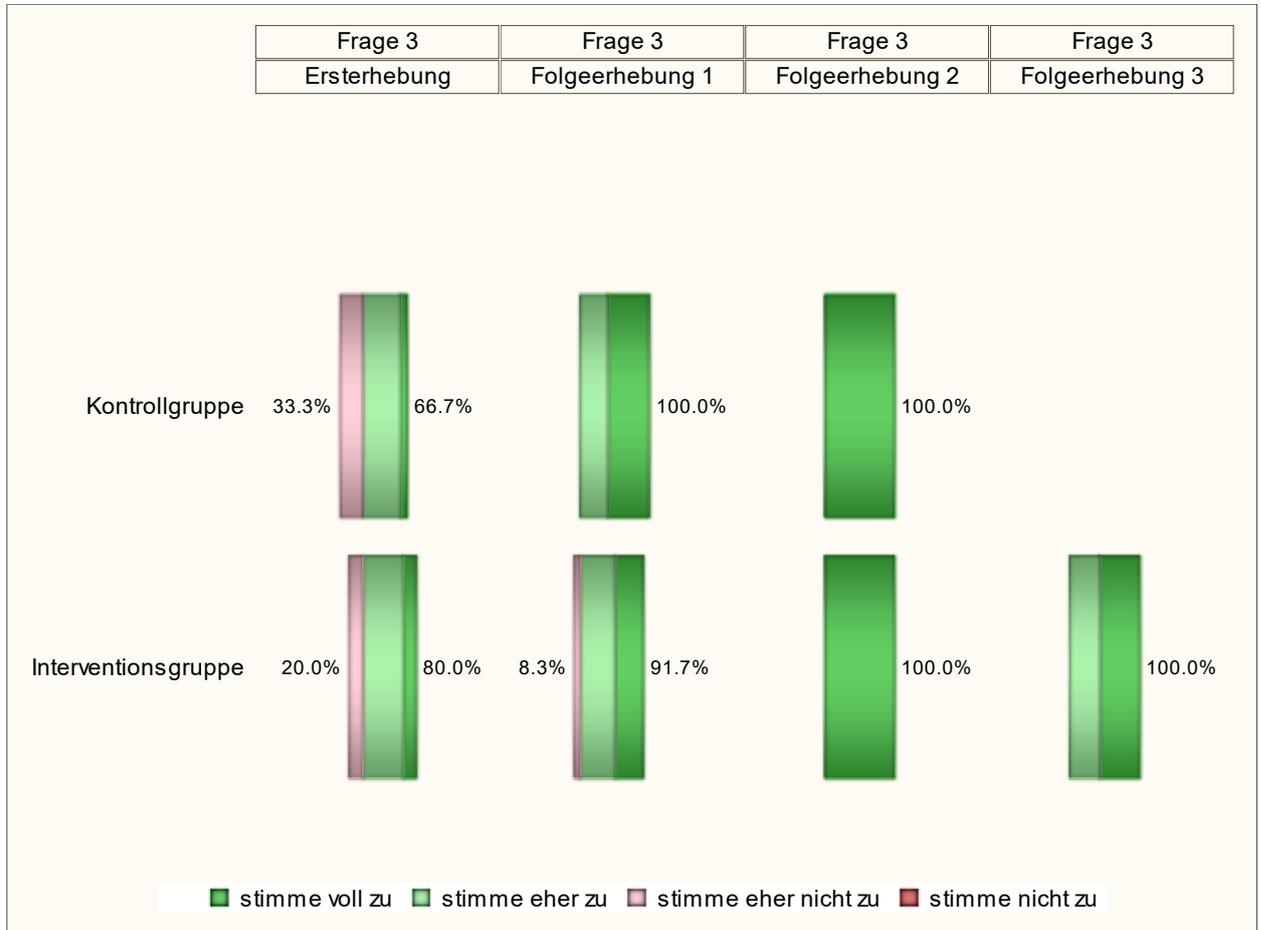
Programm: f_06_likertgraph.sas

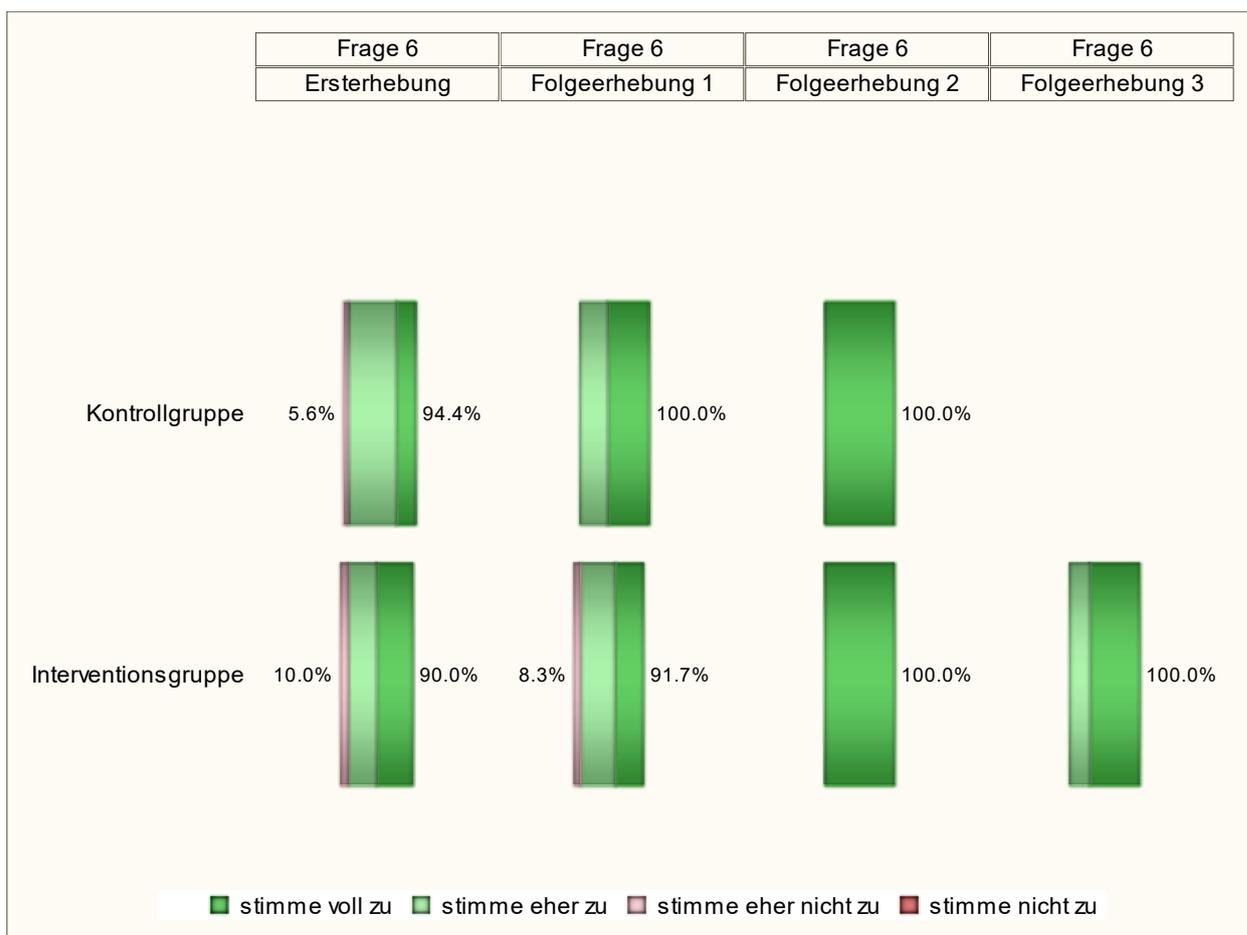
6.1.1 Subskala Konfliktfähigkeit

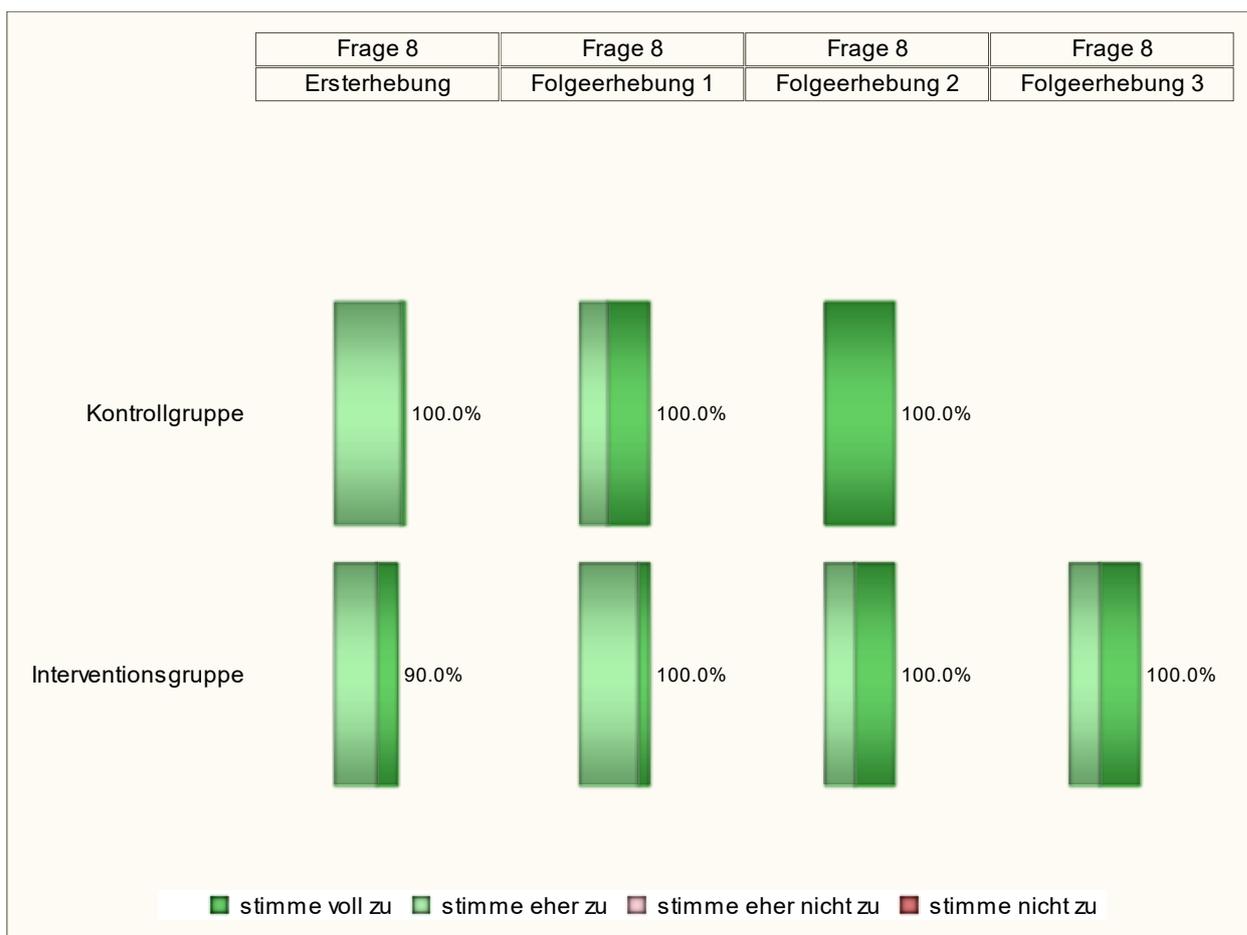


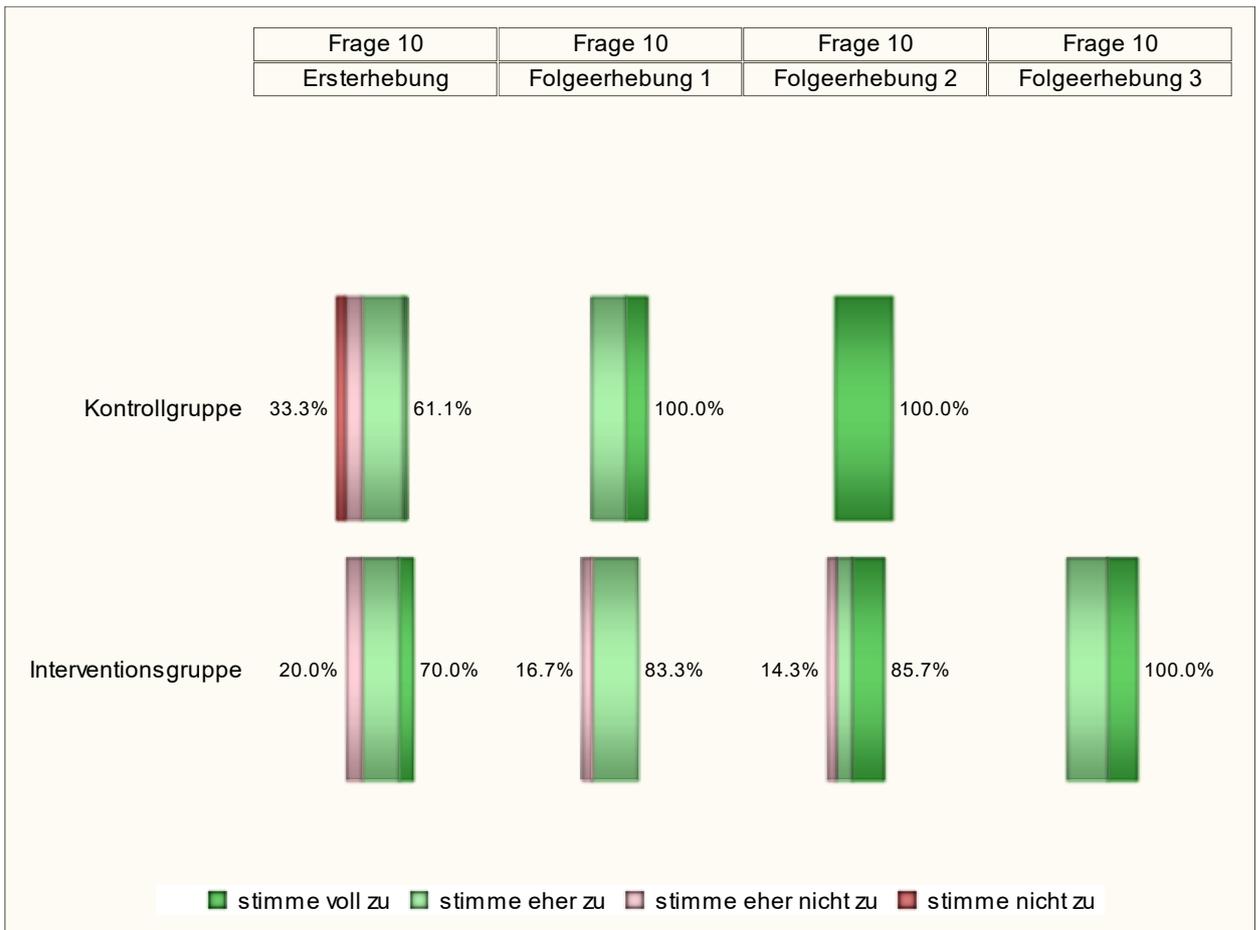


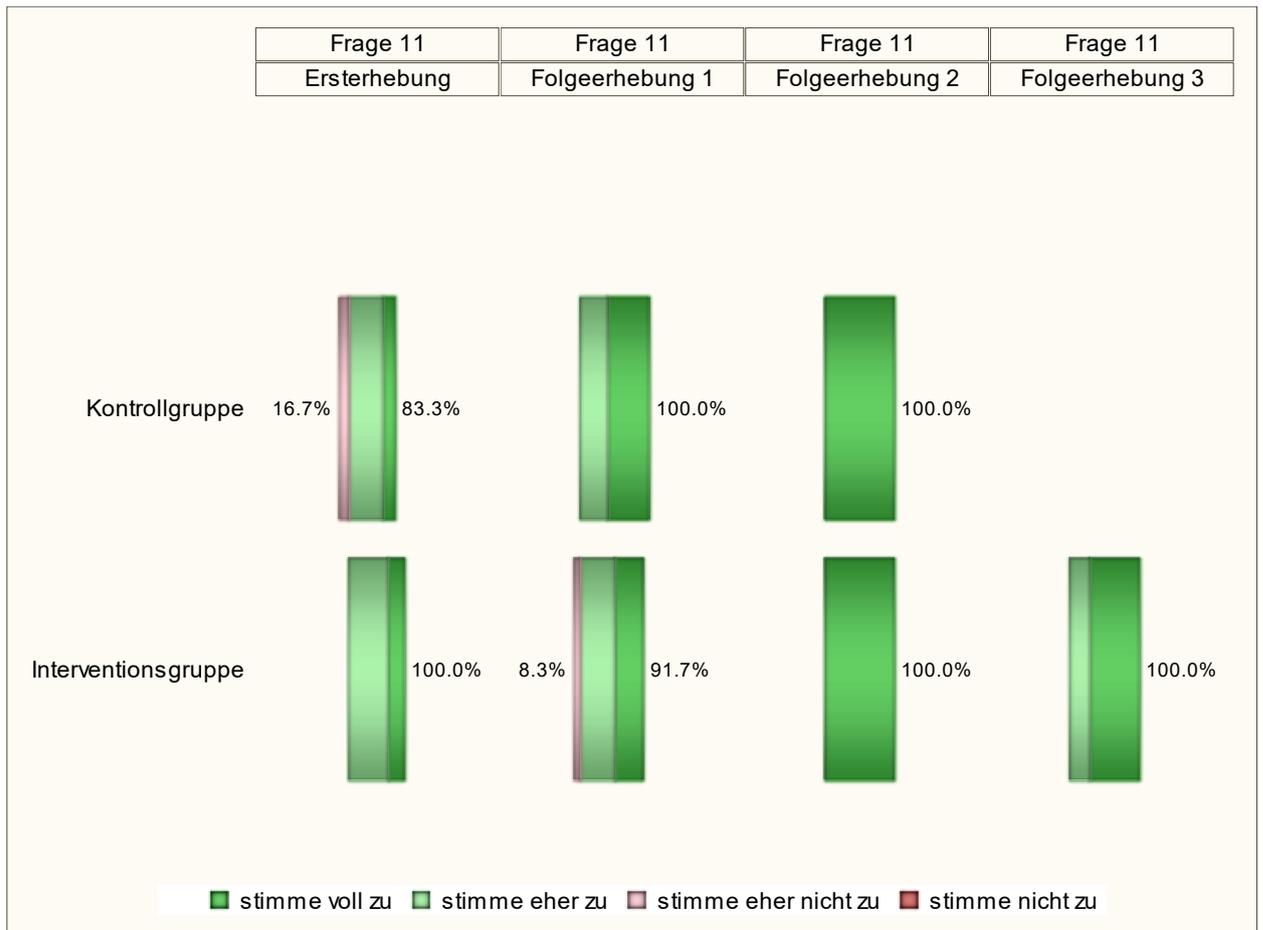
6.1.2 Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

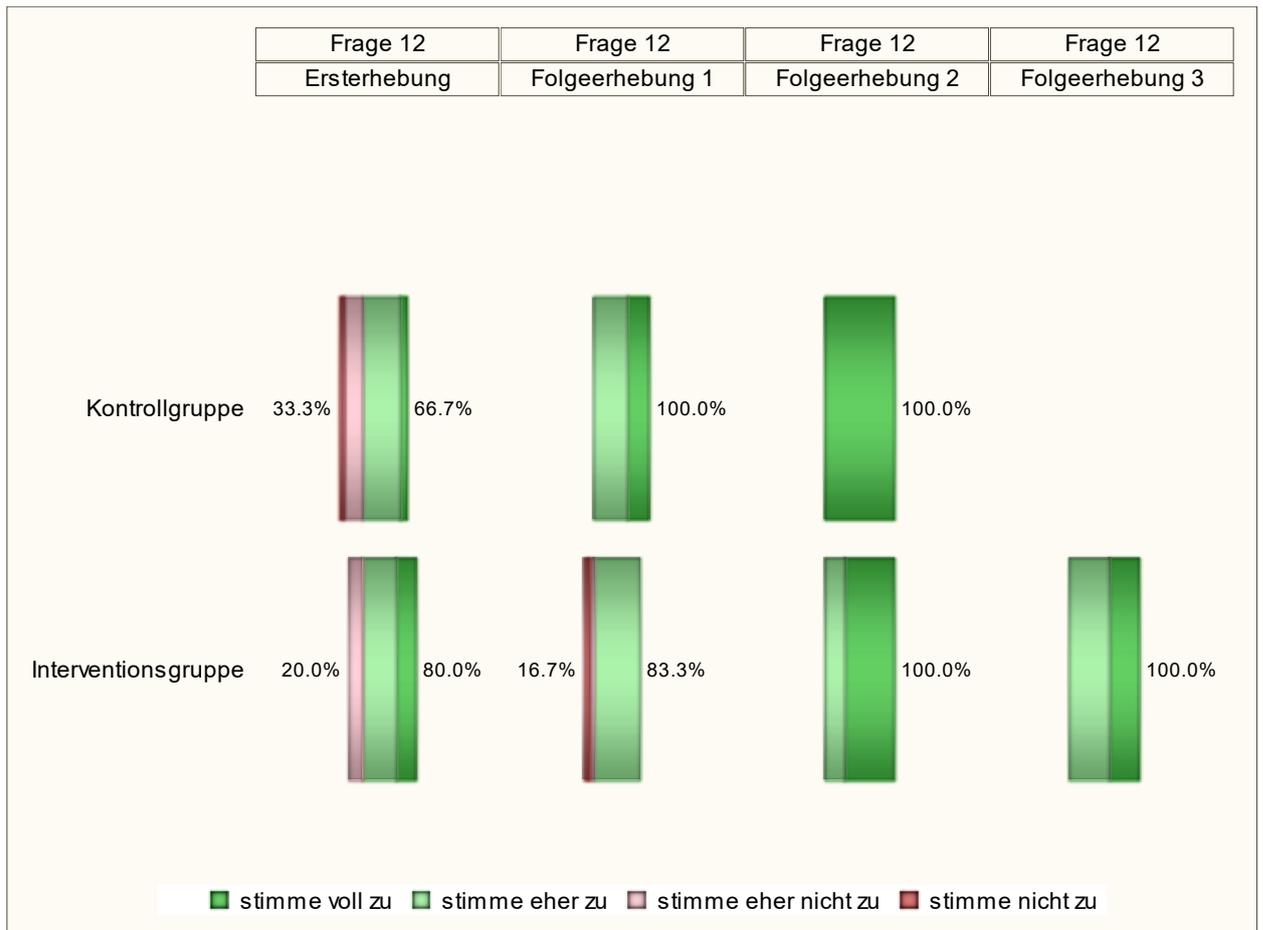


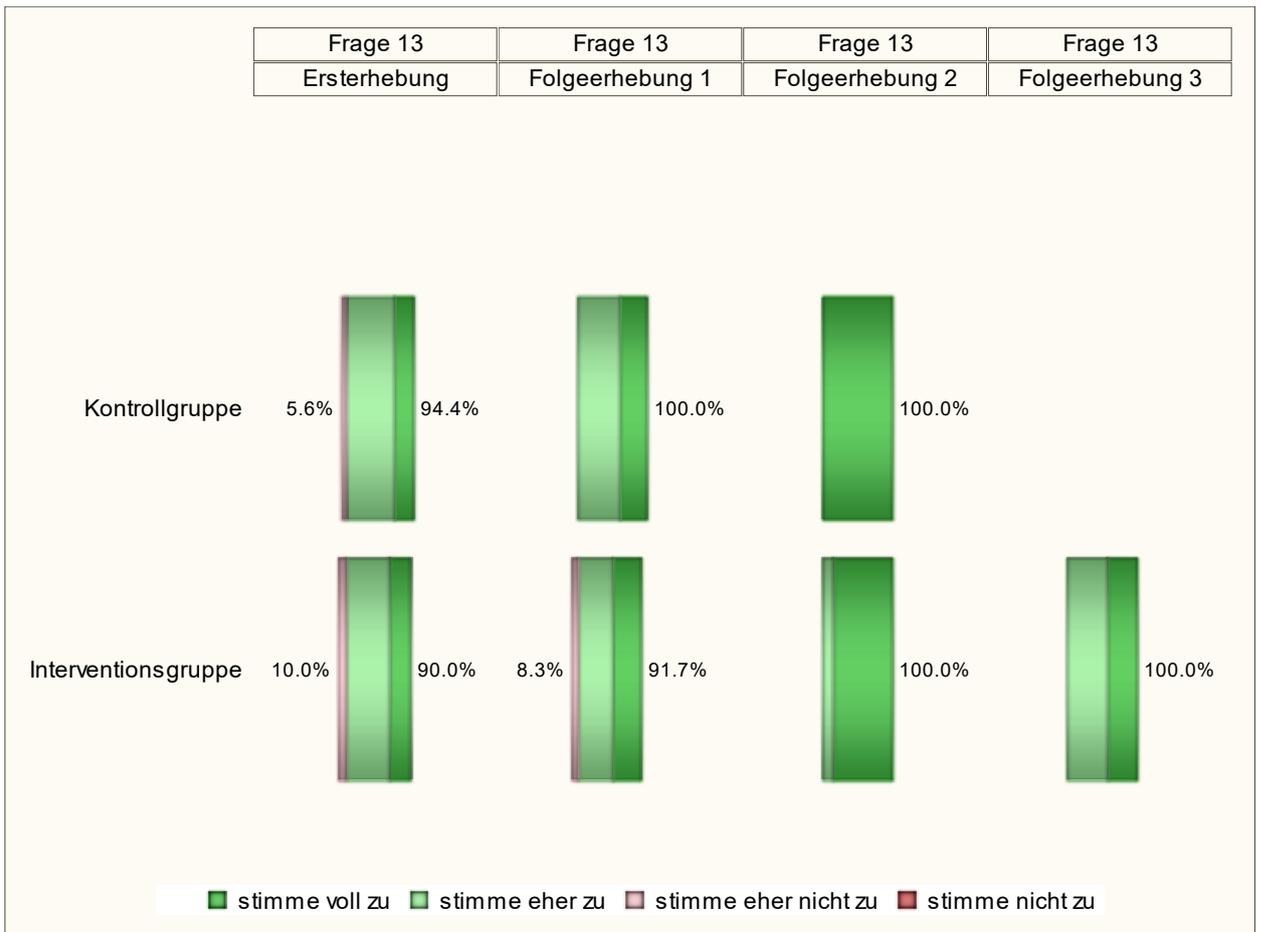




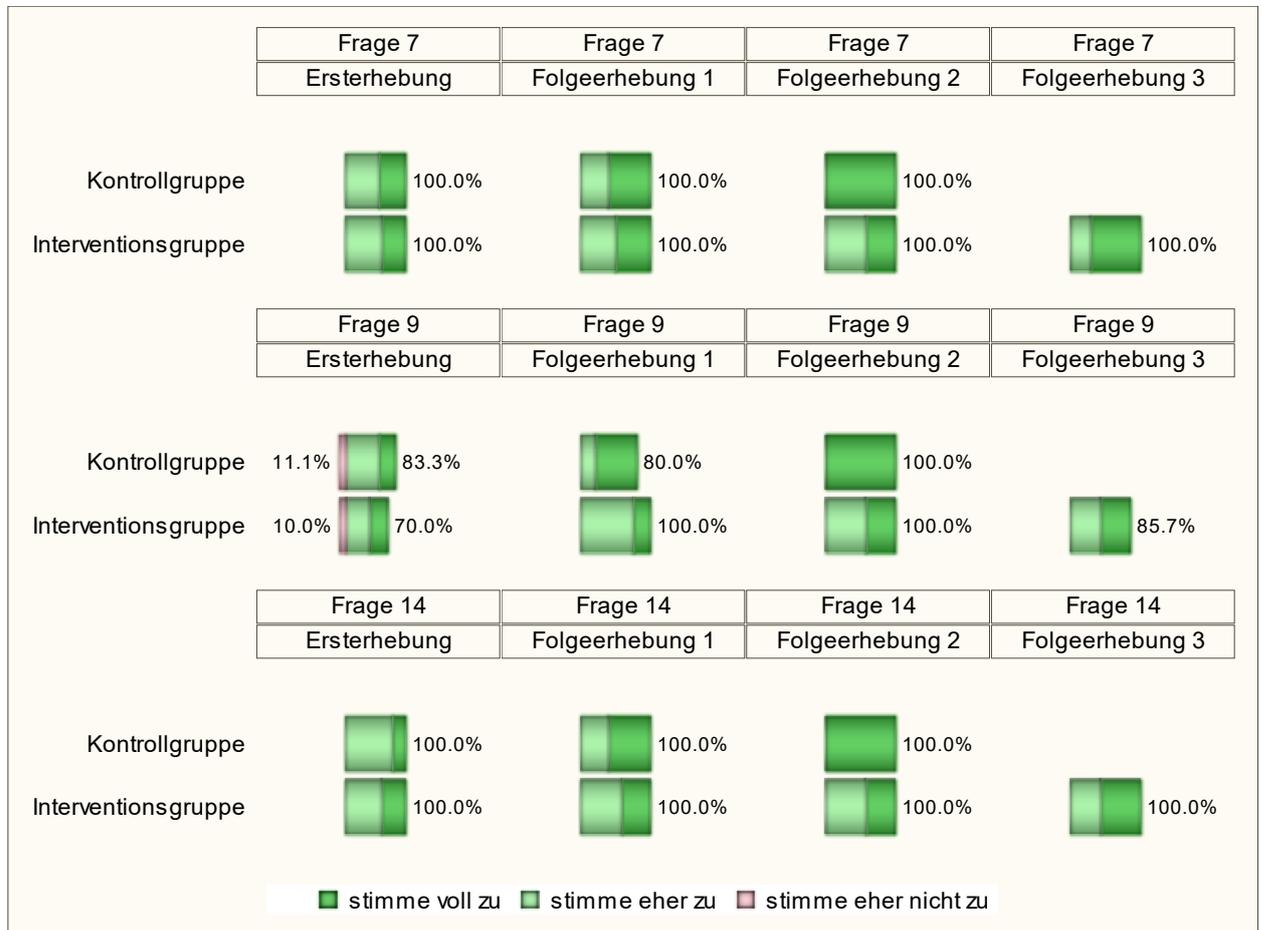








6.1.3 Subskala Zusammenarbeit intern

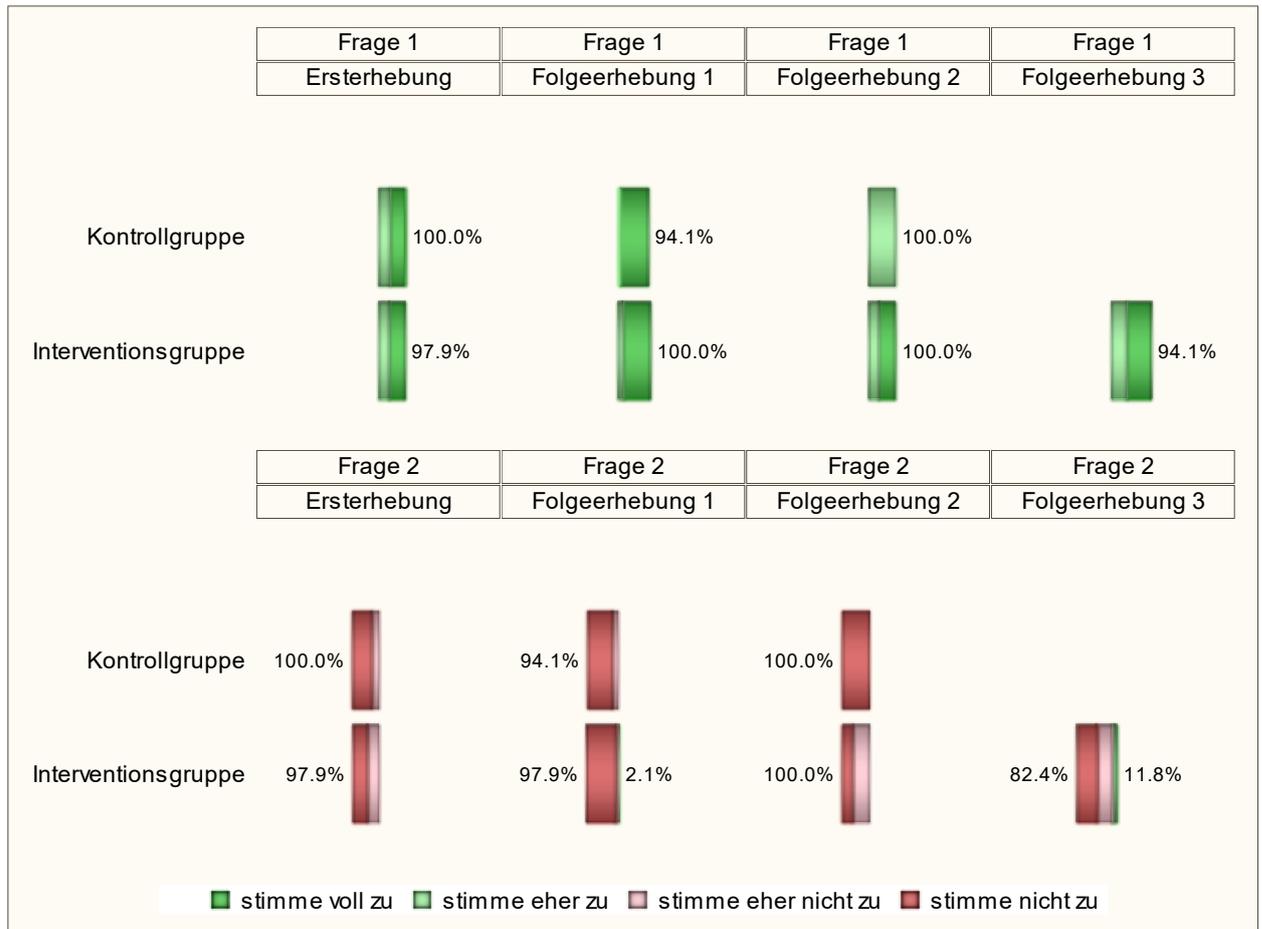


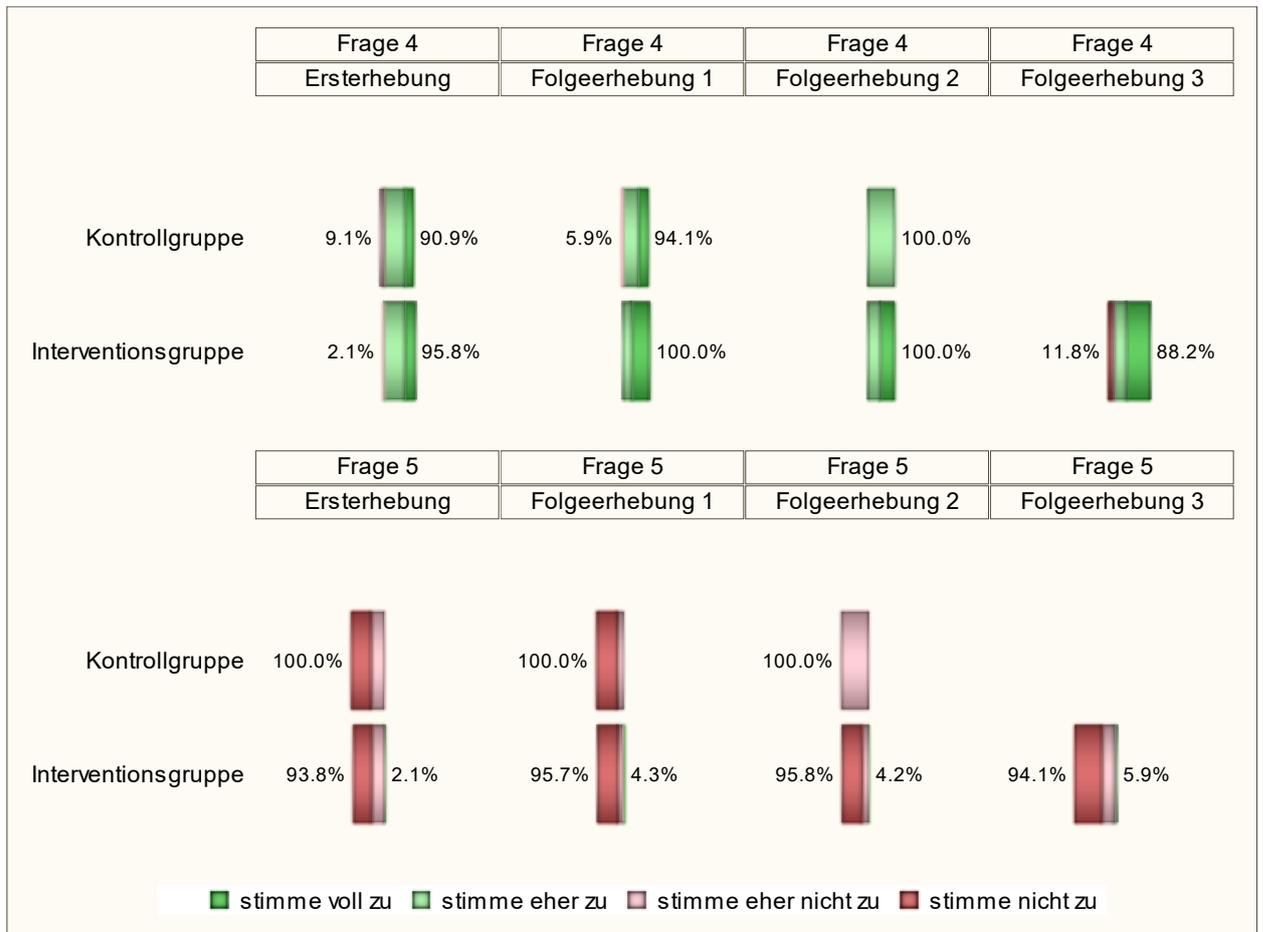
7 Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit Hausarztpraxen

7.1 Likertgraph für Qualität und Zusammenarbeit Hausarztpraxen (t0, t1, t2, t3)

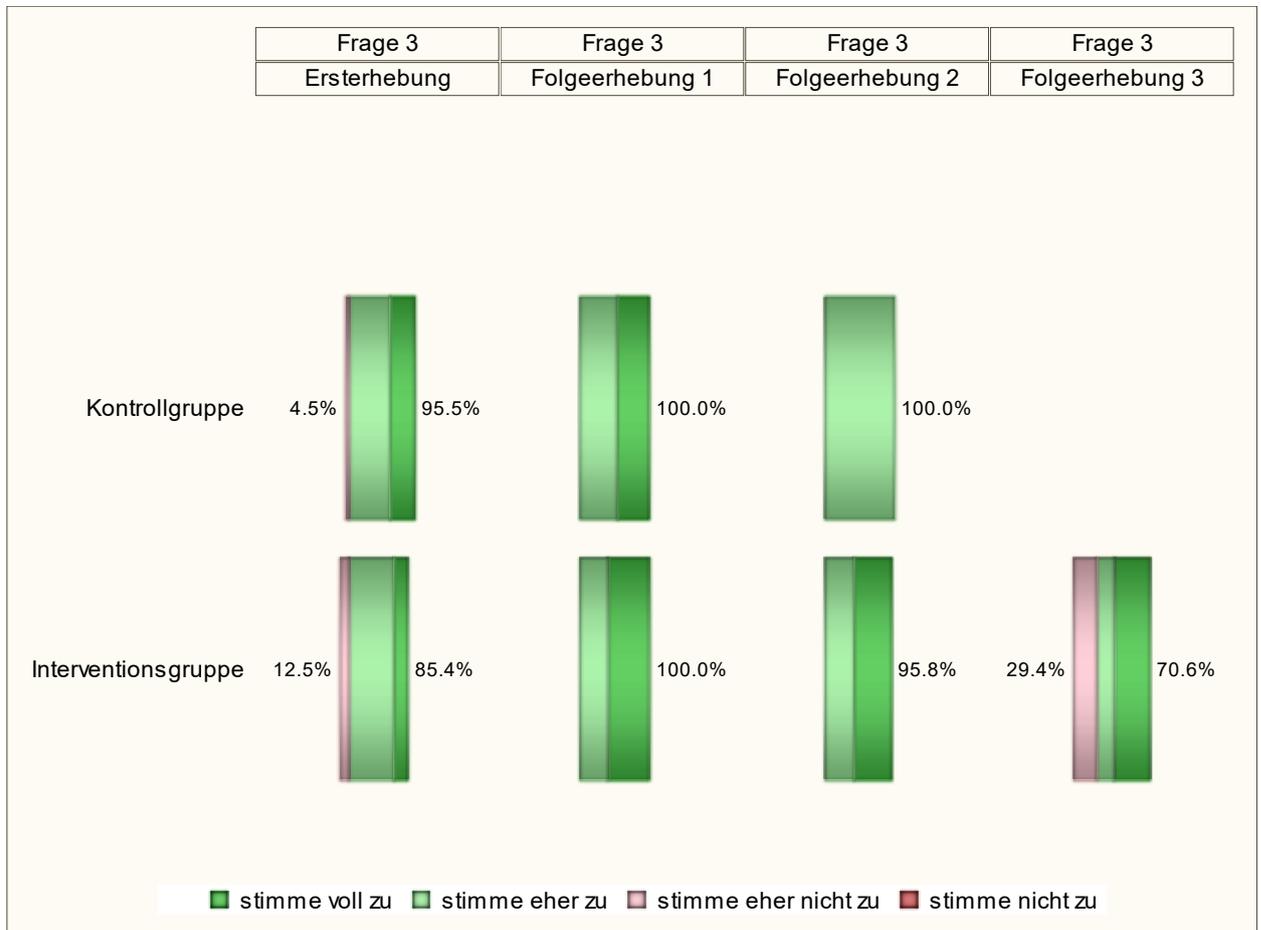
Programm: f_7_likertgraph.sas

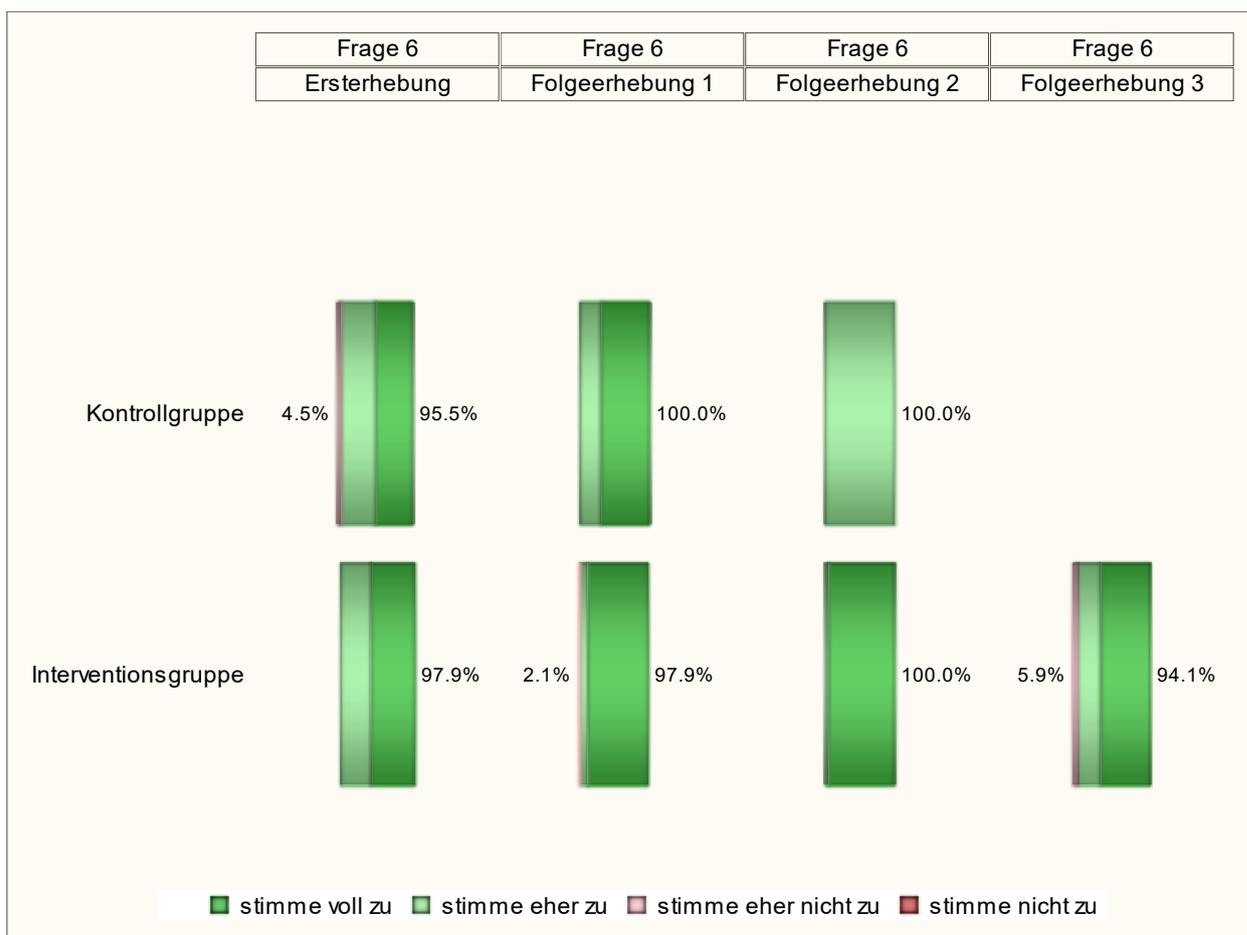
7.1.1 Subskala Konfliktfähigkeit

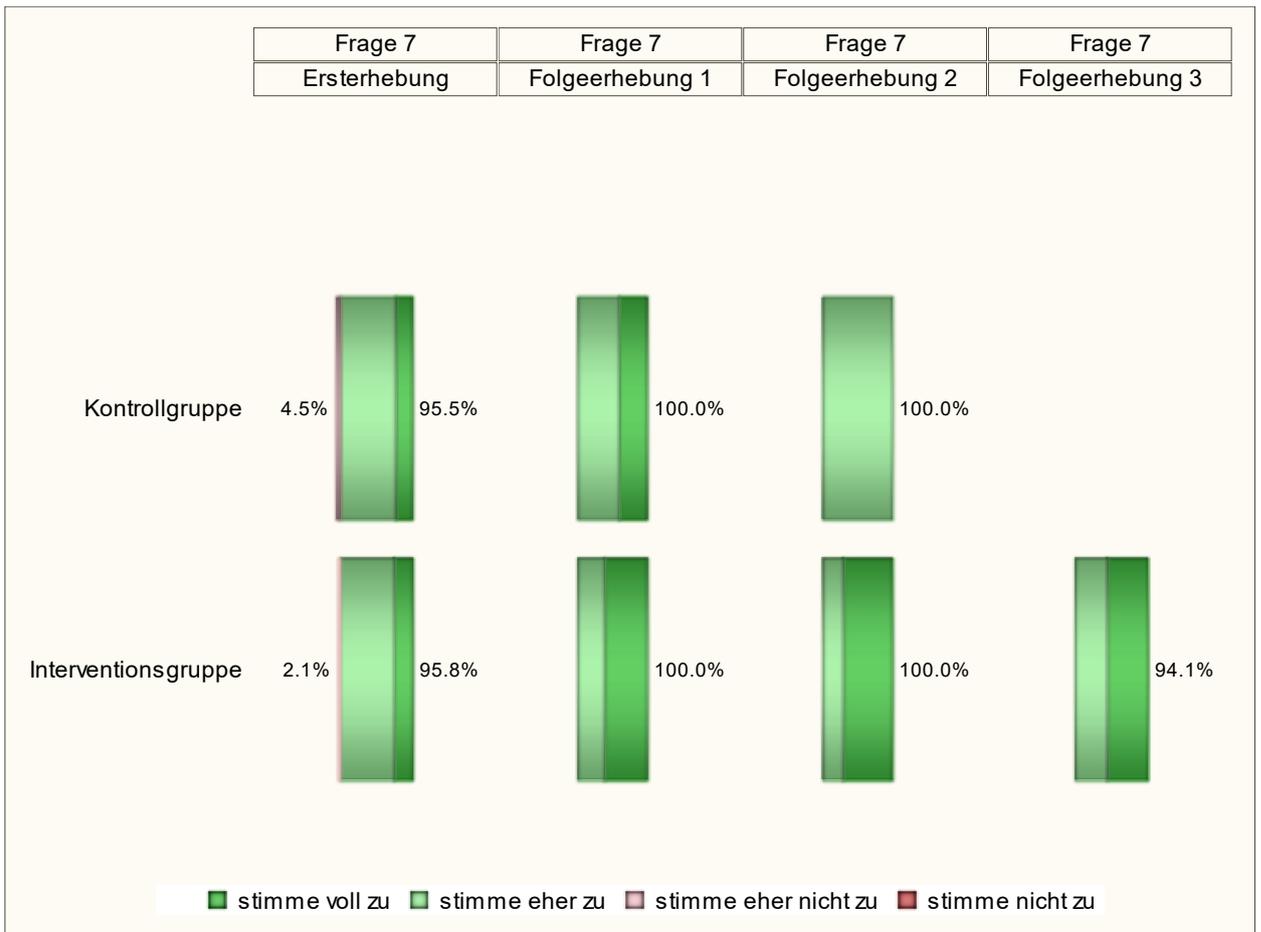


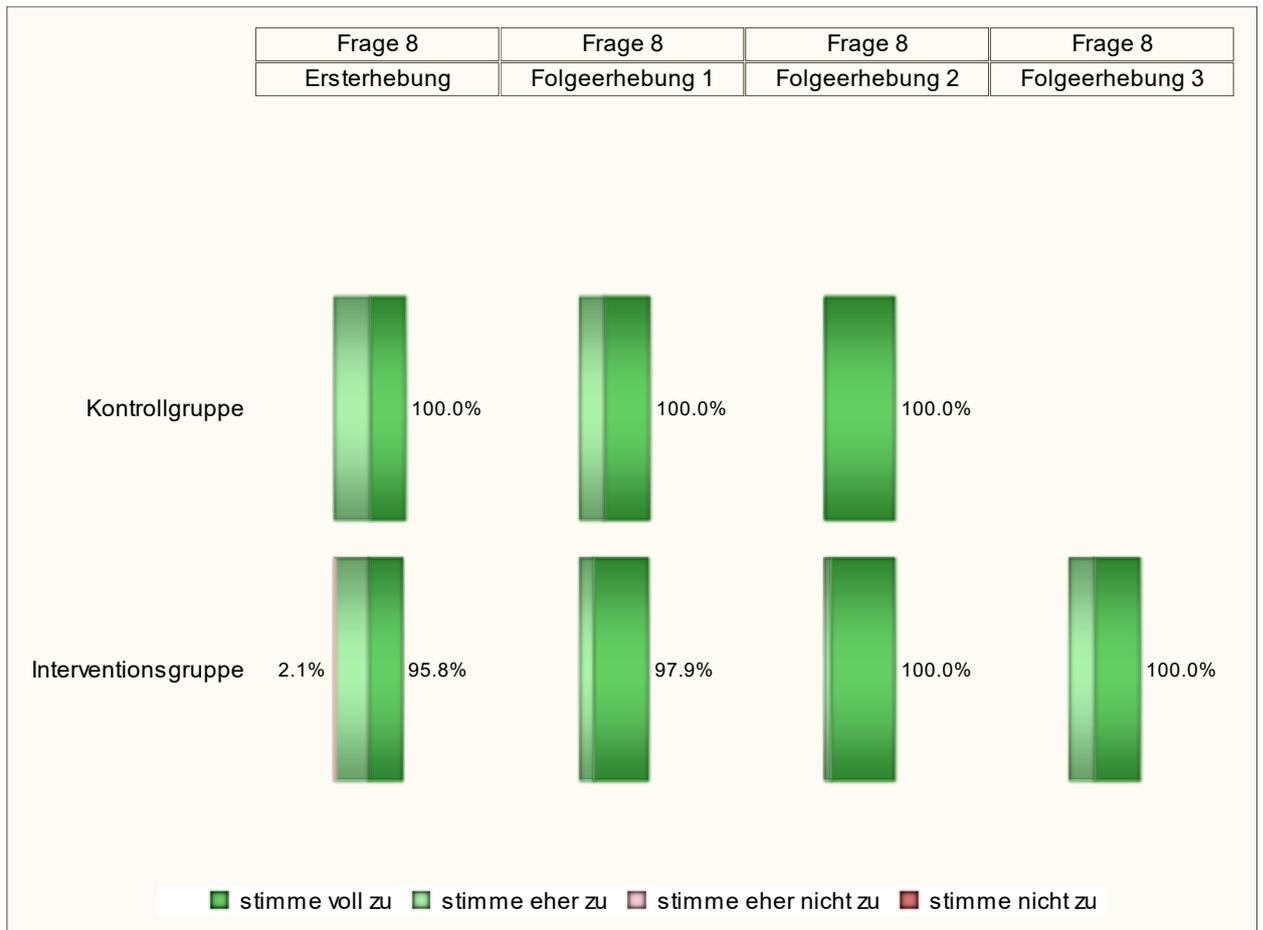


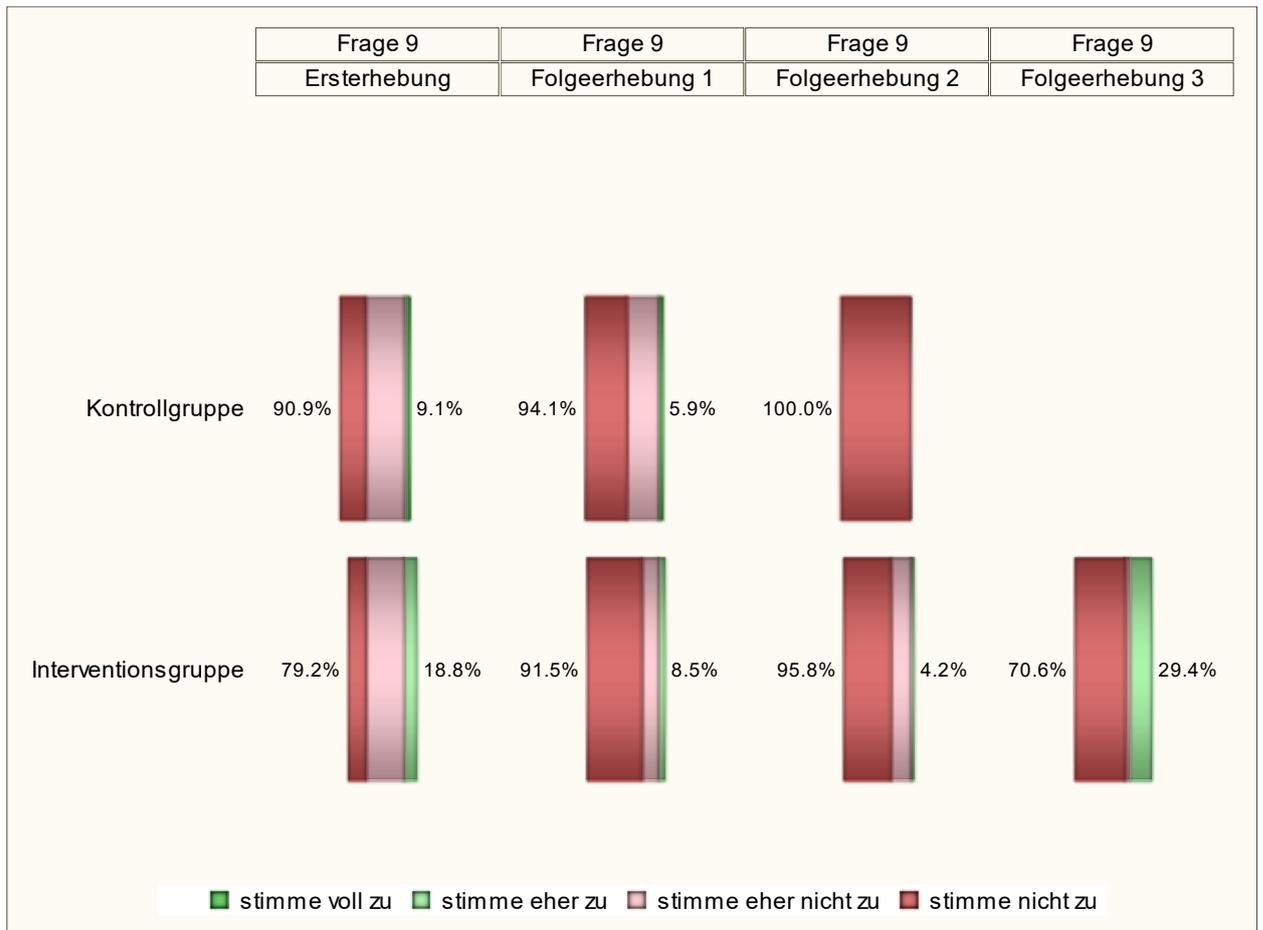
7.1.2 Subskala Zusammenarbeit und gegenseitige Anerkennung

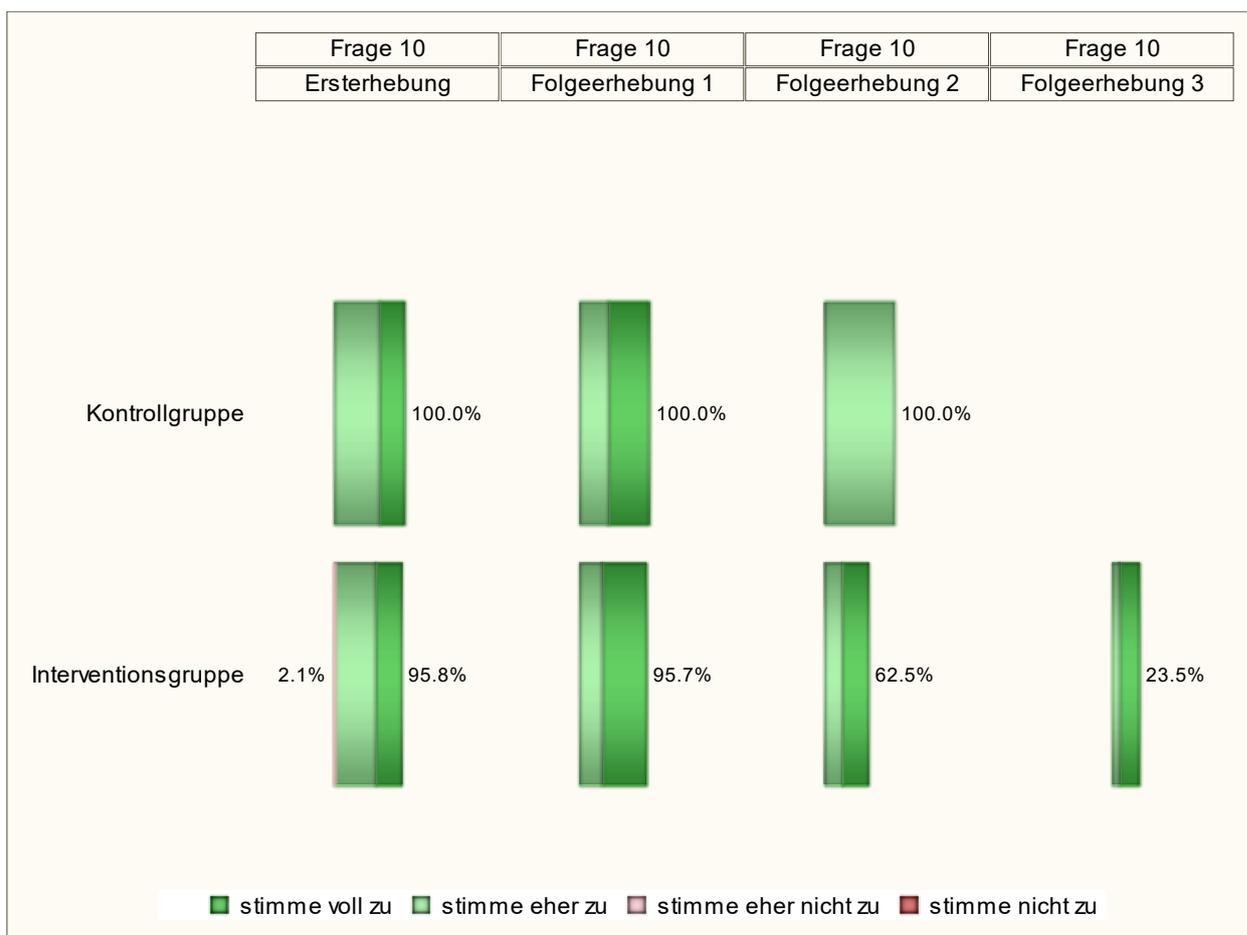


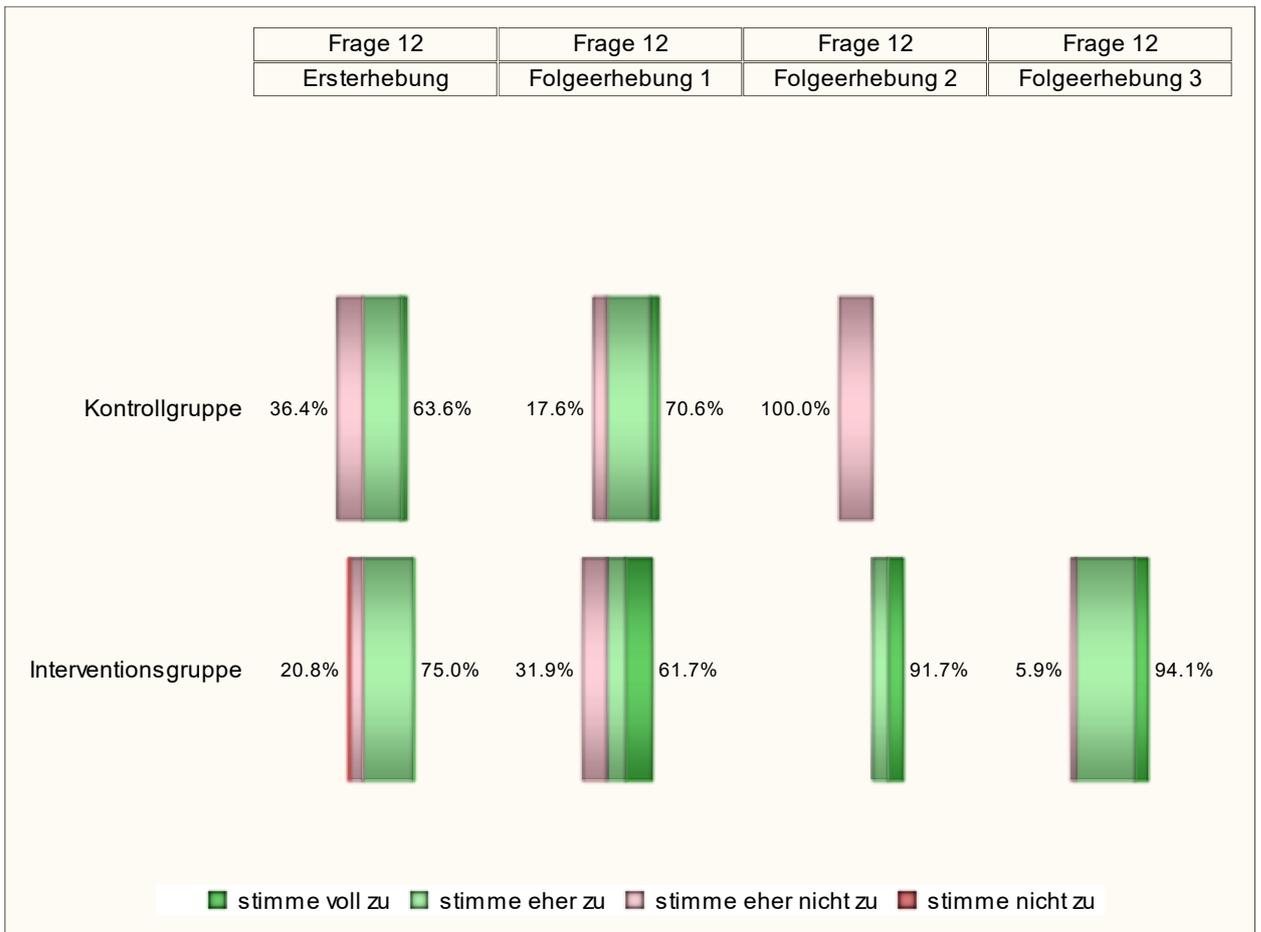


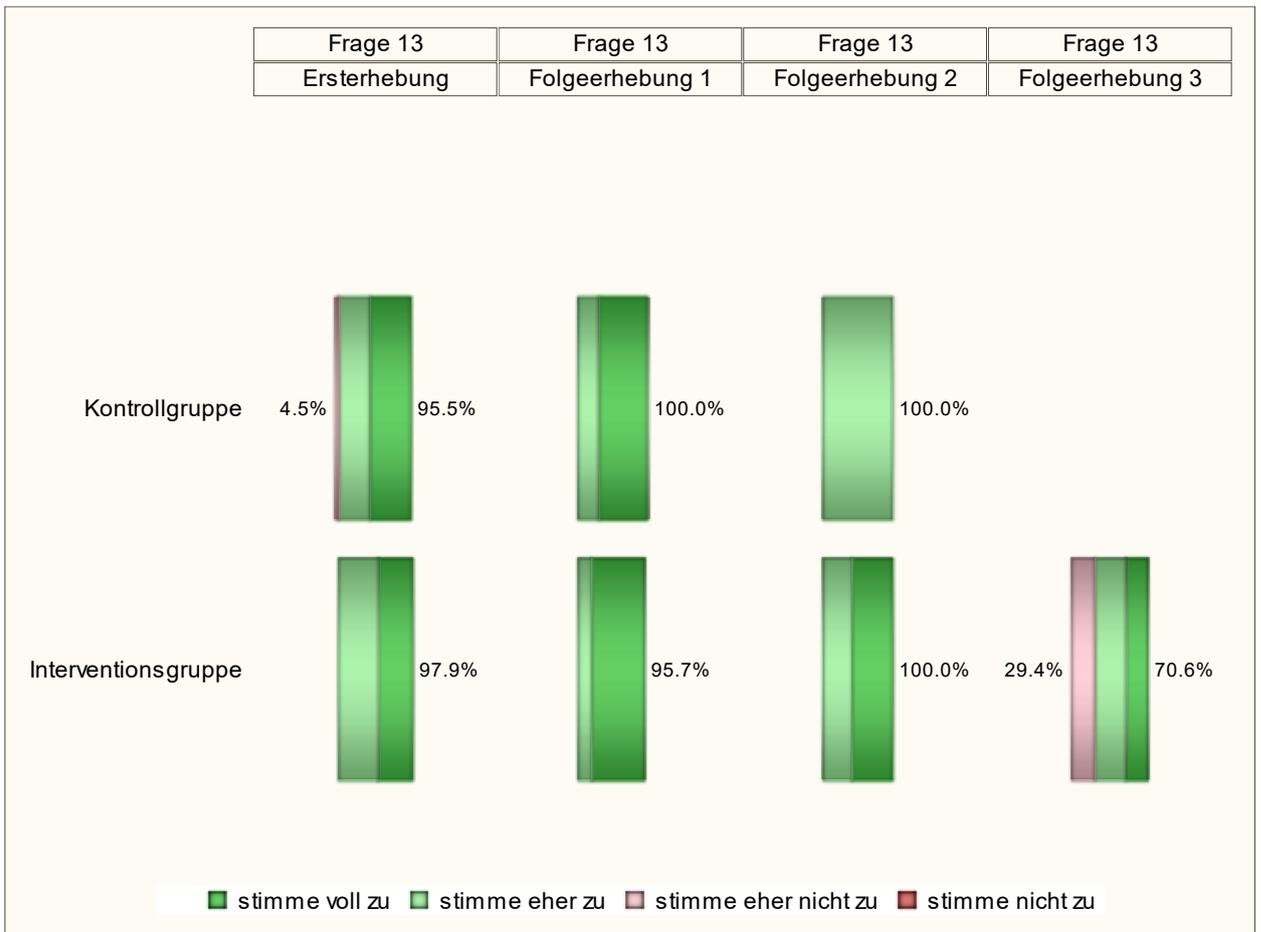


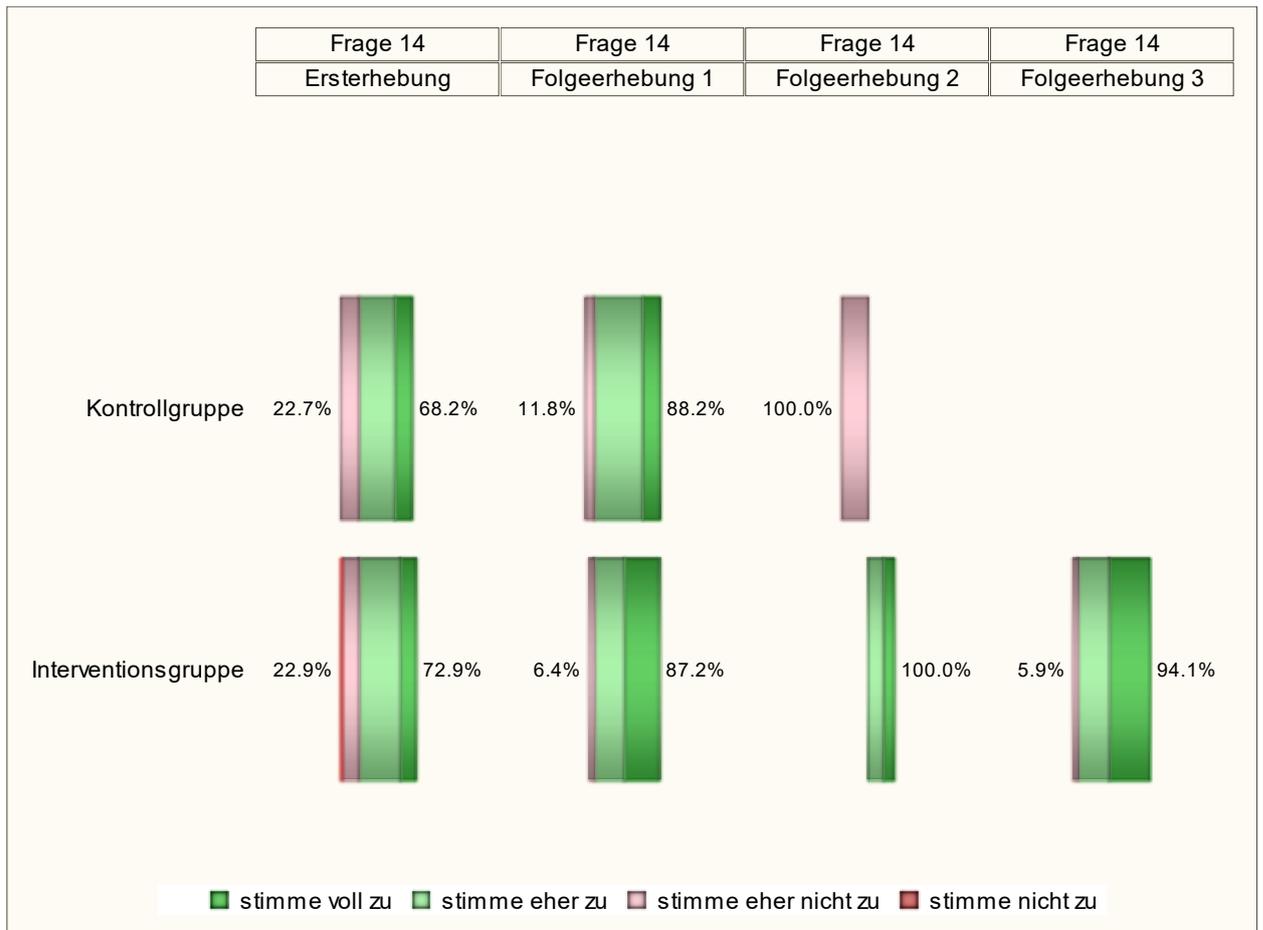


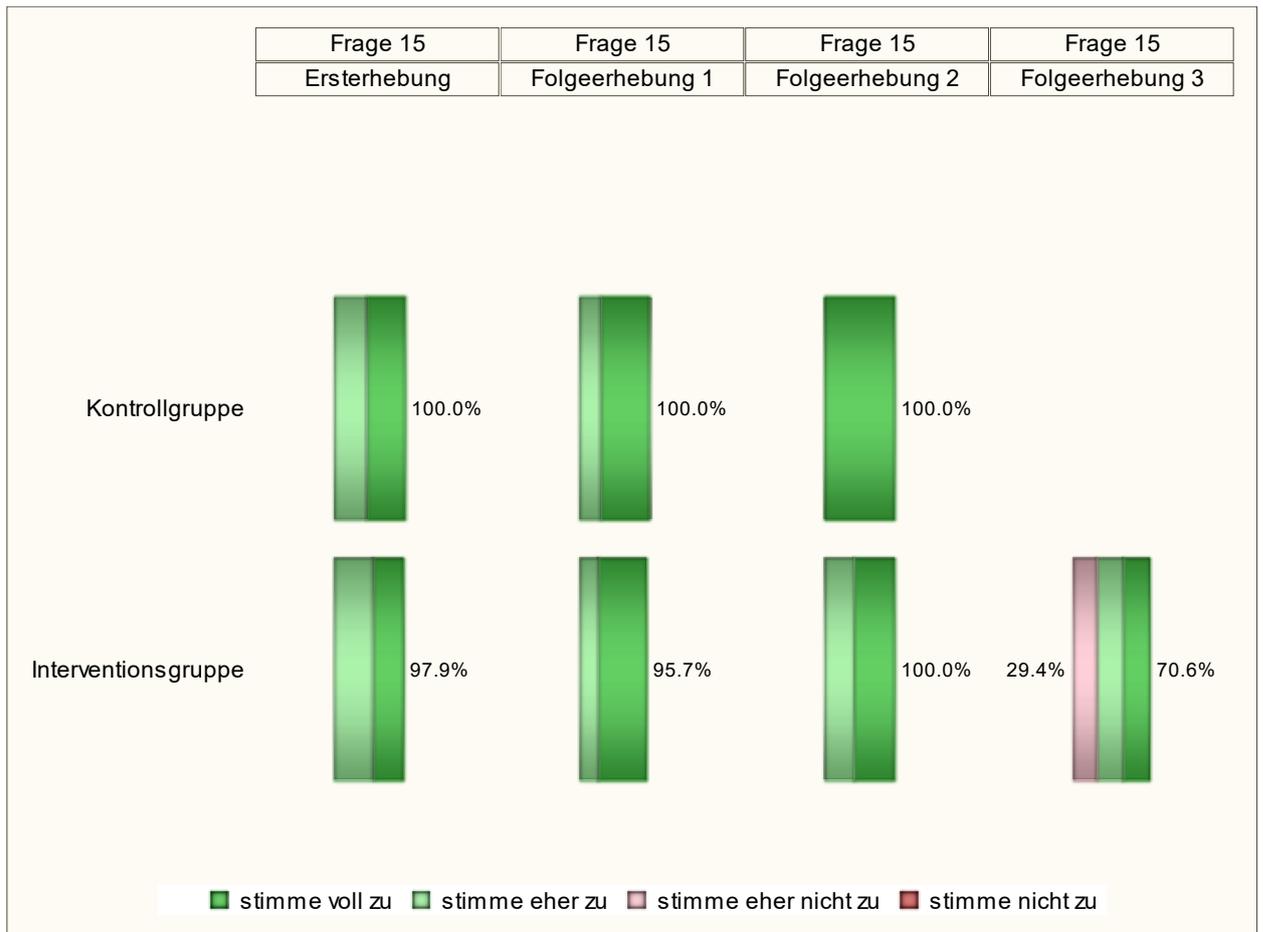


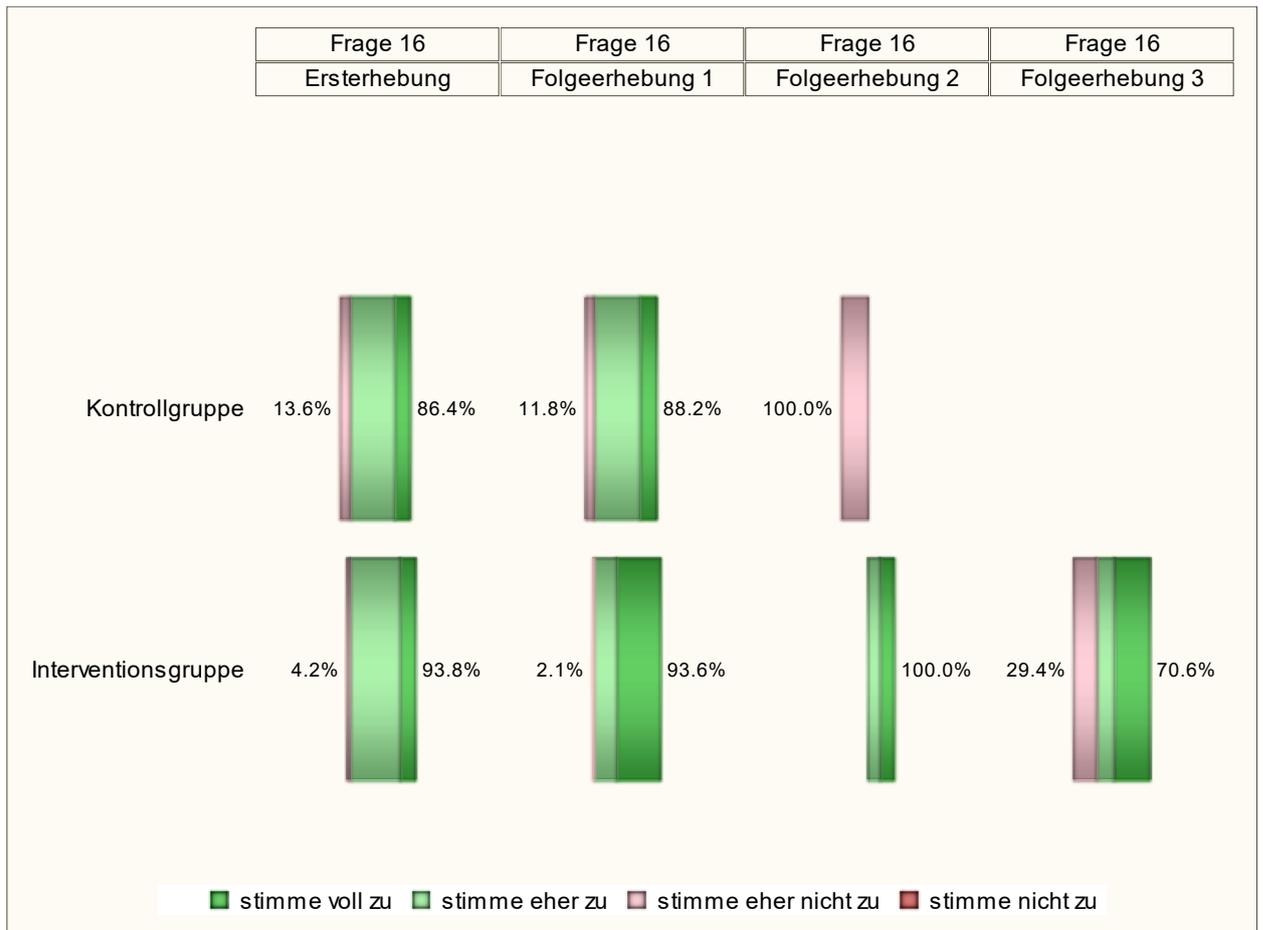










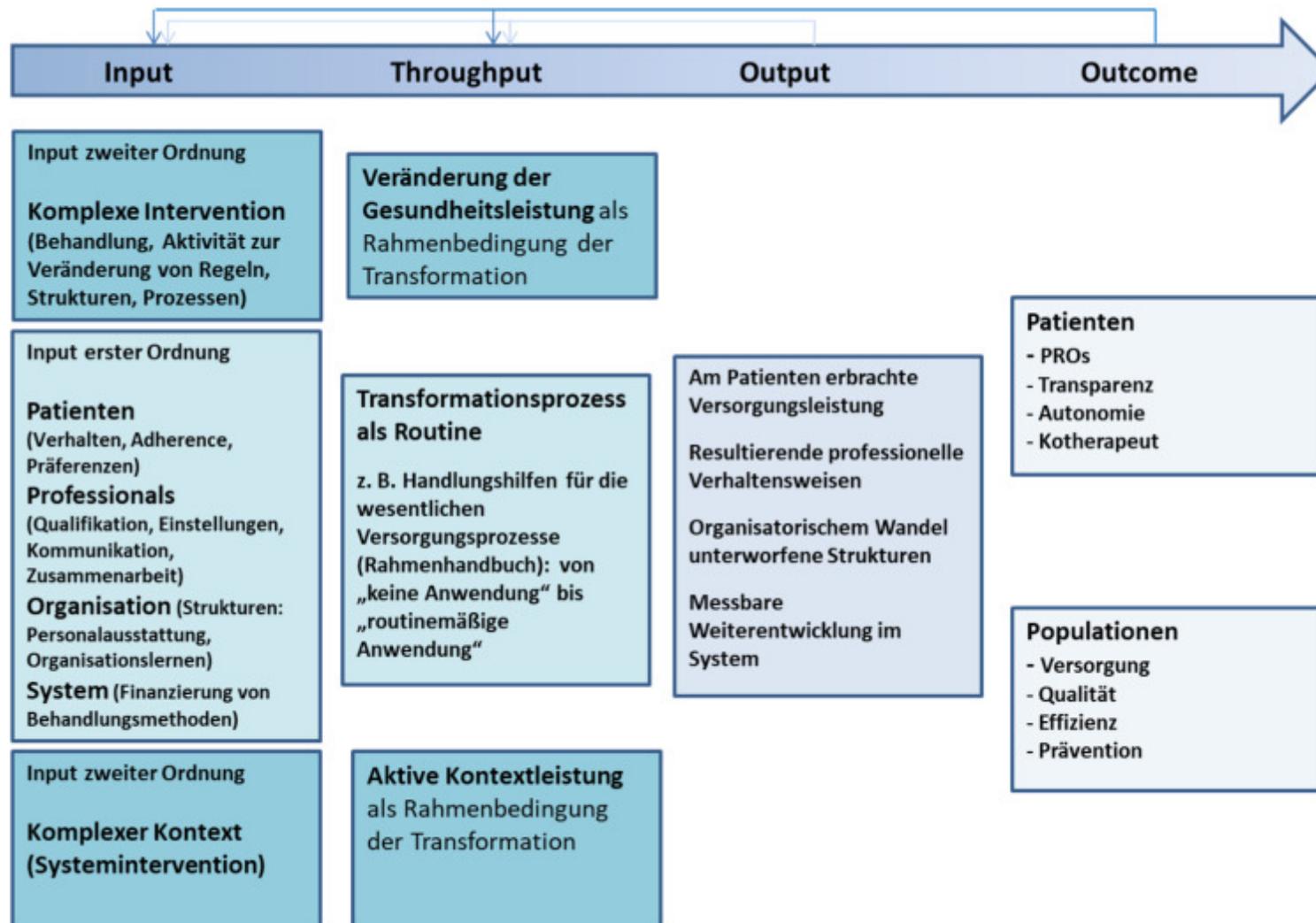


7.1.3 Subskala Zusammenarbeit Hausärzt*innen



Kapitel 7.4 zum Evaluationsbericht: Anhang 4

Logic Model zur SaarPHIR-Intervention



Quelle: Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schrappe u. Pfaff (2016)

Teil 1	Input	Throughput	Output	Outcome
	<p>1. Ordnung: Patienten (Verhalten, Adherence, Präferenzen)</p> <p>Professionals (Qualifikation, Einstellungen, Kommunikation, Zusammenarbeit)</p> <p>Organisation (Strukturen: Personalausstattung, Organisationslernen)</p> <p>System (Finanzierung: Behandlungsmethoden, Maßnahmen)</p>		<p>Allg.: Am Patienten erbrachte Versorgungsleistung; Resultierende professionelle Verhaltensweisen; Organisatorischem Wandel unterworfenen Strukturen; Messbare Weiterentwicklung im System</p>	<p>Patienten:</p> <p>Erhöhte Patientensicherheit</p> <p>Verbesserung der Selbstständigkeit und Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden</p>

Teil 2	Input	Throughput	Output	Outcome
2. Ordnung: Intervention				
	1. Bildung ärztlicher Versorgungsteams (mit Sprecher) für Pflegeheime bei weiterhin freier Arztwahl für Patienten; auch Versorgung durch andere Teammitglieder möglich; Vereinbarungen/ Absprachen	1. Vereinbarungen werden getroffen, Absprachen werden vorgenommen	1. Präsenz der Ärzte im Pflegeheim/Zeiten, zu denen Ärzte erreichbar sind Nutzung der Leistung Zufriedenheit mit Leistung	1. Erweiterte hausärztliche Erreichbarkeit → Patienten haben „Ansprechpartner“ und Präsenz ist sichergestellt → Ärzte, Pflege: Ansprechpartner → veränderte Struktur
	2. Gemeinsames geriatrisch-pflegerisches Basis-Assessment (Ärzte, Pflege)	2. Einführung bis hin zur routinemäßigen Durchführung von Basis-Assessments	2. Anzahl durchgeführter Basis-Assessments und Zufriedenheit mit der Durchführung	2. verbesserte interprofessionelle Kooperation → veränderte Struktur: verbesserter Versorgungsablauf

Teil 3	Input	Throughput	Output	Outcome
	<p>3. Entwicklung abgestimmter Regelwerke für:</p> <p>a) Versorgerteam-Bildung und Erreichbarkeit in Abstimmung mit den Heimen</p> <p>b) interdisziplinäre Abstimmung zwischen behandelnden Ärzten</p> <p>c) ambulant-pflegerische Abstimmung der Behandlung in ausgewählten Fragen (Wund-, Palliativversorgung, Schmerz, Inkontinenz, Mobilisation, Ernährung)</p> <p>d) Einbindung fachärztliche Versorgung</p>	<p>3. Entwicklung der Regelwerke bis zur routinemäßigen Beachtung oder ggf. Vornehmen notwendiger Anpassungen der Regelwerke</p>	<p>3. Regelwerk ist entwickelt/angepasst; Anzahl „anwendender“ Heime Zufriedenheit der Anwender</p>	<p>3. erhöhte Sicherheit für Anwender der Regelwerke, bessere medizinisch-pflegerische Versorgung der Bewohner → veränderte Struktur: verbesserter Versorgungsablauf</p>
	<p>4. Einführung einer festen Ansprechperson in den Pflegeheimen für die Ärzt*innen</p>	<p>4. Entwicklung bis Vorliegen einer Aufgabenbeschreibung und deren routinemäßiger Beachtung</p>	<p>4. Aufgabenbeschreibung liegt vor und wird routinemäßig beachtet; Anzahl spezif. qualifizierter bzw. beauftragter Pflegekräfte</p>	<p>4. Regelwerke werden umgesetzt, Ärzte haben definierte Ansprechpartner in Heimen: verbesserte interprofessionelle Kooperation</p>
	<p>5. Verfügbarmachen behandlungsrelevanter Informationen</p>	<p>5. Pflegekraft/Koordinationskraft stellt Informationen zur Verfügung</p>	<p>5. Zufriedenheit mit Information</p>	<p>5. verbesserte interprofessionelle Kooperation</p>

Teil 4	Input	Throughput	Output	Outcome
	<p>6. Thema AMTS: Entwicklung eines Regelwerks:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einführen regelmäßiger, interprofessioneller Prüfung der Gesamtmedikation - spezif. Pharmakotherapieberatung durch Experten - Unterstützen des Erkennens vermeidbarer Nebenwirkungen - Definition von Regeln für Optimierung von Polypharmazie bei Multimorbidität - Planung und Nachhalten notwendiger Therapiekontrollen - Regelmäßige Arzneivisiten unter Einbeziehen der AMTS-Fachkraft oder verantwortl. Pflegekraft - Situationsanalyse - Auswahl geeigneter Medikamente im geriatr. Setting, - Auswahl von Notfallmedikamenten 	<p>6. Entwicklung bis Vorliegen des Regelwerks und dessen routinemäßiger Durchführung/Anwendung</p>	<p>6. Regelwerk liegt vor</p> <ul style="list-style-type: none"> Anzahl Prüfung der Gesamtmedikation; Anzahl durchgeführter spezif. Pharmakotherapieberatung; Anzahl durchgeführter Therapiekontrollen; Zufriedenheit mit Durchführung/Anwendung Vermiedene unnötige Krankenhauseinweisungen (monetäre Bewertung) 	<p>6. Strukturveränderung</p> <p>Sicherheit für Anwender</p> <p>Patientenebene: Nebenwirkungen sinken, Vermeidung von Belastungen durch unnötige Einweisungen</p> <p>Kostenoptimierung</p>

Teil 5	Input	Throughput	Output	Outcome
	<p>7. zur Optimierung von Rahmenbedingungen:</p> <p>a) inhaltliche und operative Unterstützung der Bildung von ärztlichen Versorgungsgemeinschaften u. Bildung multiprofessioneller Teams im Heim durch KVS und SPG</p> <p>- Erarbeitung u. Evaluation organisatorischer Mustervorgaben für kooperative Versorgungsmodelle in der Pflegeheimversorgung</p> <p>b) erweiterte Rufbereitschaft u. Freitagsvisite</p>	<p>7. Routinemäßige Unterstützung</p>	<p>7. Zufriedenheit mit dem Angebot</p>	<p>7. verbesserte Rahmenbedingungen</p>

Teil 6	Input	Throughput	Output	Outcome
	<p>d) Abstimmung präklinischer Notfallversorgung u. kassenärztlichem Bereitschaftsdienst</p> <p>e) Prozess für Verordnung von und Behandlung mit Akut- und Bedarfsmedikation</p> <p>f) verpflichtende gemeinsame Team- u. Fallbesprechungen (Ausschluss bei wiederholter Nichtteilnahme)</p>	<p>routinemäßige Durchführung/Anwendung</p>	<p>verringerte Anzahl der Notarzteinsätze im Pflegeheim</p> <p>vermiedene unnötige Krankenhauseinweisungen (monetäre Bewertung)</p> <p>verminderte Anzahl inadäquater Verordnungen</p>	<p>gestiegene Lebensqualität</p> <p>verzögerungsfreie Therapie:</p> <p>Zugewinn an Versorgungsqualität</p> <p>Vermeidung von Belastungen durch unnötige Einweisungen</p> <p>Kostenoptimierung</p> <p>gemeinsames Lernen/ Voneinander-Lernen</p> <p>→ Organisationslernen gestiegene Arbeitszufriedenheit</p>

Referenzen:

Schrappe M, Pfaff H. Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept [Health services Research Faces New Challenges: Consequences for Definition and Concept]. Gesundheitswesen. 2016 Nov;78(11):689-694. German. doi: 10.1055/s-0042-116230.

Leitfaden für die Entwicklungs-, Pilot- und Interventionsphase

Kategorien	Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
	Wie geht es Ihnen im SaarPHIR-Projekt?	
Machbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind Sie bei der Entwicklung des Rahmenhandbuchs vorgegangen? • Inwieweit wurde ein verständliches, akzeptables und umsetzbares Rahmenhandbuch entwickelt? • Wie lassen sich die Maßnahmen aus dem Rahmenhandbuch in der Praxis umsetzen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden alle Professionen gleichermaßen bei der Maßnahmenentwicklung berücksichtigt? • Wird das Rahmenhandbuch als Unterstützung und Hilfe wahrgenommen? • Gibt es konkrete Vorstellungen oder Maßnahmen aus dem Projekt, was nicht als notwendig erachtet wird? • Sind Qualifizierungen beim Pflegepersonal notwendig?
Wiedergabetreue	<ul style="list-style-type: none"> • Welche von den vorgegebenen Maßnahmen aus dem Rahmenhandbuch setzen Sie um? 	<ul style="list-style-type: none"> • In welchen Fällen wird bei der Umsetzung abgewichen? • Warum wurde abgewichen? • An welchen Stellen muss noch eine Anpassung erfolgen?
Die Kategorien Angemessenheit und Wirkungen betreffen die Interventionsphase		
Angemessenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn etwas neu eingeführt wird, ist dies oft mit einem erhöhten Aufwand verbunden. Wie schätzen Sie das Verhältnis zwischen Aufwand und langfristigem Nutzen ein? • Wie passen die Maßnahmen in die vorhandenen Bedingungen und Routinen der Hausarztpraxis und Pflegeeinrichtung? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist der Zeitaufwand für die Einführung der Maßnahmen zu bewerten? • Werden die Maßnahmen an die jeweilige Organisation der Hausarztpraxis oder Pflegeeinrichtung angepasst? Wenn ja, wie sieht diese Anpassung aus? • Oder umgekehrt, findet eine Veränderung der jeweiligen Organisation statt, um die Maßnahmen umsetzen zu können? Wenn ja, was sind das für Veränderungen?
Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Wirkungen nehmen Sie durch die Umsetzung der Maßnahmen wahr? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wirken sich die umgesetzten Maßnahmen auf <ul style="list-style-type: none"> - die Bewohner:innen, - den Arbeitsalltag - die medizinischen Versorgungsaspekte aus? • Welche Wirkungen haben Sie sonst noch beobachtet?

Kategorie	Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
Implementierung und Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde das SaarPHIR-Projekt in der Einrichtung eingeführt? • Wie wird die Rolle des Pflegekoordinators gefüllt? • Wie wird die Rolle des teamverantwortlichen Sprechers in der Versorgergemeinschaft gefüllt? • Welche Rolle spielen Führungspersonen bei der Einführung und Umsetzung der Maßnahmen? • Wie beurteilen Sie die Unterstützung durch die SPG und KVS? 	<ul style="list-style-type: none"> • Gab es eine Strategie? • Wie wurde das Personal vorbereitet? • Welches Personal mit welcher Qualifikation wird aktiv mit dem Projekt beauftragt? • Wie kann sich das Personal außerhalb von Informationsveranstaltungen oder Schulungen über das Projekt informieren? • Welche Kenntnisse haben die Führungspersonen über das Programm) (Ziele Aktivitäten, Wirkungen etc.) • Wie wird das Projekt durch die Führungspersonen bewertet? • Welche Unterstützung wird dem Projekt gewährt?
Kommunikation und Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit im Projekt zwischen dem Pflegepersonal und den Hausärzt:innen der Versorgergemeinschaft? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie erleben Sie die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Berufsgruppen? • Wie engagieren sich die Beteiligten in der Umsetzung? • Hat sich in der Zusammenarbeit seit Durchführung des Projekts zwischen und innerhalb der Berufsgruppen etwas verändert? Wenn ja, was hat sich verändert? • Welche Aspekte haben zu dieser Veränderung in der Zusammenarbeit beigetragen?
Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist die Haltung des Pflegepersonals und Hausärzt:innen zu den Maßnahmen und Neuerungen durch das Projekt SaarPHIR? • Welche Haltung zeigen die Bewohner zu den Maßnahmen? • Welche Haltung haben die Angehörigen oder gesetzliche Berufsbetreuer:innen zu den Maßnahmen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie offen sind die Pflege-mitarbeiter:innen und Hausarzt*innen gegenüber dem Projekt? • Wie ist ihre Bereitschaft, die Neuerungen umzusetzen? • Sind die Programmziele kompatibel mit den Zielen der Organisation der Pflegeeinrichtung und Hausarztpraxis? • In welchem Maße wird das Programm seitens der Hausärzt:innen und Pflegemitarbeiter:innen akzeptiert? • Warum wird es akzeptiert oder nicht akzeptiert? • Wenn die Akzeptanz hoch ist, welche Aspekte haben zu dieser hohen Akzeptanz beigetragen?

Kategorie	Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
Beeinflussende Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Faktoren beeinflussen die Einführung und Umsetzung der Maßnahmen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Faktoren fördern die Einführung und Umsetzung? • Was hemmt die Einführung und Umsetzung? • Was müsste mehr berücksichtigt werden? (z.B. Ressourcen wie Zeit, Personal, Wissen etc.)
Übernahme	<ul style="list-style-type: none"> • Was glauben Sie, welche Maßnahmen werden zukünftig außerhalb des Projekts übernommen? 	
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Sie veranlasst am Projekt teilzunehmen? • Welche Erwartungen hatten Sie an das Projekt? • Welche Ideen zur Weiterentwicklung haben Sie? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es noch Themen, über die Sie gerne noch sprechen möchten und über die wir bisher noch nicht gesprochen haben? 	
Herzlichen Dank für das Interview		

Leitfaden für Nicht-Teilnehmende Pflegeeinrichtungen und Ärzt:innen

Erfassung der hemmenden Faktoren einer Teilnahme am Projekt SaarPHIR aus Sicht nicht teilnehmender Hausärzt:innen und nicht teilnehmender Pflegeeinrichtungen

Sie hatten in der Vorstellung der Projektidee (z. B. in Informationsveranstaltungen, durch persönliche Interessenbekundungen gegenüber der saarländischen Pflegegesellschaft oder der kassenärztlichen Vereinigung) Interesse gezeigt, dennoch ist es nicht zu einer Teilnahme gekommen. Möglicherweise haben Sie sich auch schon im Vorfeld gegen eine Projektteilnahme entschieden.

Uns interessieren nun die Gründe, weshalb Sie NICHT an SaarPHIR teilnehmen.

Pflegeeinrichtung:

- Welche Gründe haben dazu geführt, dass Ihre Pflegeeinrichtung nicht am Projekt teilnimmt beziehungsweise, dass es nicht zur Projektteilnahme gekommen ist?

Arzt/Ärztin:

- Welche Gründe haben dazu geführt, dass Sie nicht am Projekt teilnehmen beziehungsweise, dass es nicht zur Projektteilnahme gekommen ist?

Zusätzliche Fragen zu coronabedingten Herausforderungen bei der Umsetzung der Intervention bzw. der ärztlichen Versorgung

Leitfaden

COVID-19 stellt den gesamten Pflegebereich vor besonderen Herausforderungen.	
Direkte Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat sich im Pflegealltag im Vergleich zu „vorher“ durch die Corona-Krise verändert?
Organisation und Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Was erleben Sie dabei als besonders herausfordernd?
SaarPHIR-Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Wie findet die Umsetzung des SaarPHIR-Projekts in der Corona-Krise statt? • Welche Regelungen (Erreichbarkeiten/Visiten usw.) hatten und haben in der Corona-Krise weiterhin Bestand? • Wie wirkt sich die Corona-Krise auf die Interventionen aus? • In welcher Form finden noch Regelvisiten statt? (elektronische Patientenakten, Telemedizin o.ä.?) • Wie erleben Sie in diesen Corona-Zeiten die Versorgergemeinschaft? • Gibt es Dinge, die Sie in der Corona-Krise als besonders hilfreich empfinden? Wenn ja, welche? • Gibt es Dinge, die Sie in der Corona-Krise als besonders hemmend in der Umsetzung empfinden? Wenn ja, welche?
<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Dinge, die Sie uns noch mitteilen möchten? 	

Leitfaden zur Fallanalyse

Erhebung der akuten Krankeneinweisung einer Bewohnerin/eines Bewohners aus dem SaarPHIR-Projekt

Bitte erinnern Sie sich an die letzte akute, ungeplante Krankeneinweisung einer Bewohnerin/eines Bewohners, die/der zum Zeitpunkt der Einweisung am Projekt SaarPHIR teilgenommen hat.

(Nicht gemeint sind geplante Krankeneinweisungen, z.B. geplante Operationen und Eingriffe wie z.B. Anlage einer PEG-Sonde oder regelmäßige Therapien wie z.B. Dialyse)

Bitte schildern Sie den Ablauf und die Umstände, die zu dieser Krankeneinweisung geführt haben!

Was hätte vorher laufen können, um die Einweisung zu vermeiden? Welche anderen Schritte hätten eingeleitet werden können?

Mögliche zu erfassenden Aspekten, um die Entscheidung, warum ein(e) Bewohner/-in ins Krankenhaus eingeliefert wurde, nachvollziehen zu können.

Datum der Krankeneinweisung: __ __ ____

Wochentag: _____

Uhrzeit der Krankeneinweisung: _____

Schichtbesetzung zum Zeitpunkt der Krankeneinweisung (z.B. Anzahl ex. Pflegefachkräfte im Wohnbereich, Anzahl der Pflegehilfskräfte, sonstiges Personal):

Datum der Rückverlegung vom Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung: __ __ ____

Bewohner/-in ist im Krankenhaus verstorben

- Ja
- nein

Angaben zur eingewiesenen Bewohnerin/zum eingewiesenen Bewohner:

- Alter: _____
 - Geschlecht: _____
 - Pflegegrad: _____
 - Vorerkrankungen: _____
-

Vorsorgevollmacht	Patientenverfügung	Advanced Care Planning
<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> vorhanden
<input type="radio"/> nicht vorhanden	<input type="radio"/> nicht vorhanden	<input type="radio"/> nicht vorhanden

Individuelle Absprachen mit der Bewohnerin/dem Bewohner, Angehörigen, Betreuer hinsichtlich medizinischer Versorgung und Krankenseinweisungen; wenn ja welche:

- Gesetzliche Betreuung

- ja
- nein

Einweisungsgründe

- Verschlechterung einer bestehenden körperlichen Erkrankung → welche?

- Verschlechterung einer bestehenden kognitiven Einschränkung → welche?
- Akute Erkrankung → welche: _____
- Verschlechterung des Allgemeinzustands (z.B. Verschlechterung des Flüssigkeitshaushaltes und Ernährungszustands wie) → welche: _____
- Unfälle, z.B. Stürze: _____
- Sonstige → Welche _____

Dokumentierter Einweisungsgrund: _____

Einweisung durch:

- die Hausärztin/den Hausarzt
- SaarPHIR-Ärztin/-Arzt aus der Versorgungsgemeinschaft
 - Während der Rufbereitschaft
 - Während einer Vorwochenendvisite
- Bereitschaftsärztin/-arzt
- Notärztin/-arzt
- Rettungssanitäter
- Pflegepersonal
- auf eigenen Wunsch der Bewohnerin/des Bewohners
- Angehörigenwunsch
- Wunsch von der gesetzlichen Betreuung
- Sonstige _____

Wurde vor der Krankenhauseinweisung die Hausärztin/der Hausarzt informiert?

- Wurde informiert
- Wurde nicht informiert → Grund: _____

Wurde vor Krankenhauseinweisung die diensthabende SaarPHIR Ärztin/der SaarPHIR-Arzt informiert?

- Wurde informiert
- Wurde nicht informiert → Grund: _____

Wer wurde sonst informiert?

- Angehörige wurden informiert
- Gesetzliche Betreuer wurden informiert
- Sonstige: _____

Wie regelmäßig wurden bei der betroffenen Bewohnerin/dem Bewohner in den letzten 3 Monaten Visiten durch die Hausärztin/den Hausarzt durchgeführt?

- 1 x wöchentlich
- 1 x monatlich
- 1x im Quartal
- Sonstige: _____

Befindet sich unter den Ärzt(inn)en der SaarPHIR Versorgergemeinschaft ein(e) Internist(in)?

(Ältere Menschen bedürfen mit zunehmender Multimorbidität die Betreuungsexpertise von Fachärzten, insbesondere durch Fachärzte des Fachgebiets der Inneren Medizin)

- Ja
Wenn ja, wann wurde dieser zuletzt in Anspruch genommen? _____
Grund der Inanspruchnahme: _____

- Nein

Wurden in den letzten 3 Monaten Fachärzte (hier auch Internisten außerhalb der Versorgergemeinschaft) in Anspruch genommen?

- Ja
Wenn ja, welcher Fachrichtung? _____
Wenn ja, wann wurde dieser zuletzt in Anspruch genommen? _____
Grund der Inanspruchnahme: _____

- Nein

Die Inanspruchnahme eines, für die Erkrankung der Bewohnerin/des Bewohners, kompetenten Facharztes konnte nicht erfolgen, weil:

Ein Transfer der Bewohnerin/des Bewohners in die Facharztpraxis war aus folgenden Gründen nicht möglich:

- eingeschränkte Mobilität
- starke Pflegebedürftigkeit
- reduzierte kognitive Fähigkeiten
- fehlende Begleitung (*Pflegeperson/Angehörige u.a.*) war nicht möglich.

Weitere mögliche Gründe:

- Es kommt kein für die Erkrankung kompetente(r) Fachärztin(-arzt) in die Pflegeeinrichtung
- Zu lange Wartezeit auf einen Facharzttermin. Zeitliche Angabe _____
- Sonstige: _____

- Nein, die Inanspruchnahme einer Fachärztin/eines Facharztes war nicht notwendig.

Wie viel Zeit lag zwischen den ersten Beschwerden und der Konsultation einer Ärztin/eines Arztes?

Wie oft war die Bewohnerin/der Bewohner in den letzten 6 Monaten im Krankenhaus?

Wie haben Pflegekräfte und Hausärztinnen/Hausärzte vor der Einweisung der Bewohnerin/des Bewohners kommuniziert und kooperiert?

Wurde der Fall im Teammeeting besprochen? Wenn ja, was wurde besprochen?

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen des Projekts SaarPHIR

Mit meiner Unterschrift willige ich (*Vor- und Zuname*) _____
ein, an einem Interview im Rahmen des Projekts SaarPHIR teilzunehmen.

Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und mir keinerlei Nachteile entstehen, wenn ich nicht teilnehmen möchte. Ich kann mein Einverständnis zur Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich zurückziehen.

Meine Angaben werden absolut vertraulich gemäß der Datenschutzgrundverordnung behandelt und ausgewertet. Hierdurch sind keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen oder Einrichtungen möglich.

Ich wurde darüber informiert, dass das Interview auf ein Tonbandgerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht wird. Die Daten werden nach spätestens 10 Jahren ab Aufnahmedatum vernichtet.

Alle an dem Projekt beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht.
Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und nur zu wissenschaftlichen Zwecken innerhalb dieses Projekts genutzt, welches keine kommerziellen Interessen verfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift

**Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft)
der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar)
Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege**

Postadresse:
Goebenstraße 40
66117 Saarbrücken

Besucheradresse:
Haus des Wissens | Gebäude 11
Malstatter Str. 17
66117 Saarbrücken

www.igft-institut.de

Kategorien und Ankerbeispiele

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Machbarkeit Definition: Eine neue Intervention lässt sich zielführend in einem definierten Setting einsetzen und durchführen (Karsh 2004).	Erfahrungen zur Entwicklung des Rahmenhandbuchs	<i>„Auch das (Rahmenhandbuch) was wir gemeinsam erarbeitet haben. Da muss ich ein großes Lob an unsere KVS, muss ich sagen, sagen dass sie sich direkt mit involviert haben und uns alle Heime, die einen Vertrag hatten, Mitarbeiter und Ärzte zusammen geholt haben und jedem ein Projekt in die Hand gegeben hat. Zum Beispiel Bedarfsmedikation habe ich verarbeitet, anderes Heim mit einem anderen Arzt haben die Palliativsituation. So haben wir die Arbeit verteilt.“ (E, I3, A3, 185-189)</i>	Kodiert werden Textstellen in denen die Umsetzbarkeit oder Nicht-Umsetzbarkeit der Maßnahmen aus dem Rahmenhandbuch zum Ausdruck kommt.
	Erfahrungen zur Umsetzbarkeit der Maßnahmen aus dem Rahmenhandbuch	<i>„Also ich glaube, das ist jetzt so ein Baustein fürs Ganze, der jetzt genauso gemacht wird, dass es für jeden auch durchführbar ist.“ (E, I2, B2, 449-450)</i> <i>„Also, nicht viel anders wie vorher, weil wir das Ganze schon so, und ich geh davon aus, dass viele Hausärzte das auch so machen, so gehandhabt, ne. Gut, jetzt gibt es Regeln. Wir haben festgestellt, die meisten Regeln hatten wir schon eingeführt [...].“ (E, I3, A, 28-30)</i>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
<p>Wiedergabetreue</p> <p>Definition: Die Wiedergabetreue misst den Grad, in dem eine neue Intervention so umgesetzt wurde, wie sie im ursprünglichen Protokoll vorgeschrieben war (Rabin et al. 2008).</p>		<p><i>„Und die Rufbereitschaft ist auch sehr überschaubar von der Beanspruchung. Das meiste ist im Zeitrahmen der Praxis, wo die Praxis eh geöffnet ist, abzuarbeiten. Und es kommt sehr selten vor das nach Praxischluss, bis 21:00 Uhr da noch mal eine Rückfrage ist. [...]“ (E, I1, A, 66-73)</i></p> <p><i>„Also teilweise können wir ja auf Expertenstandardassessments zurückgreifen, wie dieses MNA [...]“. (I, I16, B2,58-59)</i></p>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Angemessenheit Definition: Angemessenheit wird verstanden als wahrgenommene Eignung, Relevanz oder Kompatibilität einer Intervention für ein bestimmtes Praxisumfeld, einen Anbieter oder Verbraucher. Des Weiteren hat es eine wichtige Aufgabe bei der Beurteilung des Implementationsaufwandes (Proctor et al. 2011).	Aufwand und Nutzen aus pflegerischer Sicht	<i>„Ja, sicher. Sicher, wir mussten ja die Bereitschaftspläne von den Ärzten mit anpassen. Das war organisatorisch dann für uns ein bisschen aufwendig die Bereiche halt alle zu informieren, die Pflegekräfte zu informieren, wo sind die Einsatzpläne, wie finde ich was, wie muss ich mich verhalten, wie melde ich einen neuen Bewohner an, wen darf ich überhaupt anmelden. Also organisatorisch fühle ich mich als Schnittstelle für SaarPHIR schon recht häufig gefordert, aber nie negativ. Also es hat noch nie überhandgenommen, oder so.“ (I, 17+8, B3, 204-209)</i>	Kodiert werden Textstellen in denen der Aufwand in Bezug auf den Nutzen der Maßnahmen sowie die Adaptierbarkeit der Maßnahmen in die Arbeitsroutinen des jeweiligen Settings zum Ausdruck kommen.
	Aufwand und Nutzen aus hausärztlicher Sicht	<i>„Also ich sehe es auch positiv, ja. Aber, wie gesagt, wenn es keine Probleme gibt, ist es innerhalb von ein paar Minuten ja in den Heimen geregelt, ja. Wenn halt Mehraufwand da ist, dann ist der Aufwand einfach da. [...] aber der Aufwand ist zwar schon etwas höher durch das SaarPHIR-Projekt, einfach jetzt organisatorisch, aber ich erhoff mir daraus natürlich auch einen Nutzen, einen größeren Nutzen. [...] Für die Patienten natürlich auch. Also eine bessere Versorgung der Patienten, verminderte stationäre Einweisungen dadurch natürlich auch. Ja.“ (I, 17+8, A, 1069ff)</i>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Angemessenheit	Adaptierbarkeit zu den Arbeitsroutinen (Pflege)	<i>„Das (Maßnahmen in die Arbeitsstruktur) hat absolut reingepasst, das war überhaupt kein Problem.“ (I, I2, B, 136)</i>	
	Adaptierbarkeit zu den Arbeitsroutinen (Hausarztpraxis)	<i>„Nein wir haben umgestellt. Also normalerweise schafft mein Kollege und ich schaffen freitags immer parallel und an dem Tag, wo wir Vorwochenendvisite haben, macht einer die Praxis und einer macht die Visite hier.“ (I, I1, A, 135-137)</i>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
<p>Wirkungen</p> <p>Definition: „Wirkungen können danach unterschieden werden, ob sie intendiert (geplant) sind und mit den Zielen eines Programms oder Leistungsangebots in Einklang stehen, oder ob es sich um nicht-intendierte (ungeplante) Wirkungen handelt. Dabei werden intendierte Wirkungen in der Regel im Hinblick auf die Zielerreichung positiv zu bewerten sein, während nicht-intendierte Wirkungen sowohl positiv – also die Zielerreichung unterstützend – als auch negativ, d.h. der Zielerreichung zuwiderlaufend, ausfallen können.“ (Stockmann 2006, S. 102)</p>	<p>Intendierte Wirkungen</p>	<p>„Es ist mehr Struktur drin, dadurch das wir eben jetzt wirklich eine Vorwochenendvisite machen.“ (E, I2, A, 151-152)</p> <hr/> <p>„ABSOLUT positiv. [...] Ich denke da an Medikationen, an was schon jahrelang in diesen Töpfen reingerichtet ist. Es wird einfach mal genauer hingeguckt. Was ist da alles drin? Brauchen wir das wirklich? Es ist eine Sensibilisierung von beiden Seiten. Sowohl des Pflegepersonals sagt sich, mir schauen mal hin und besprechen das mal mit dem Arzt, als auch der Arzt sagt jawohl, die haben hingeschaut. Ich sehe auch schon an den Verläufen, an den erstellten Medikationsplänen, dass die die im SaarPHIR Projekt drin sind wesentlich geringere Medikamenteneinnahmen haben, als vergleichsweise Bewohner bei anderen Ärzten. Und sehe ja, dass es denen nicht schlechter geht und dann denke ich, ja, warum nicht überall?“ (I, I2, B, 183-191)</p> <hr/> <p>„Wir machen das so, dass vielleicht jetzt vermehrt, dass auch mal wir mit den Angehörigen, dass die sich rückmelden beim Doktor. Jetzt speziell nochmal sprechen [...] wenn irgendwie was ansteht (z.B.) [...] will man da jetzt mehr in eine palliativ Richtung gehen“ (I, I13, B, 322-327)</p>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Wirkungen	Nicht-intendierte Wirkungen	<p>„Das ist sicherlich ein Problem. Wobei ich mich schwertue. Das kann ich nicht. Ich kann nicht, wenn ich im Wohnbereich bin und werde gefragt, ob ich mal nach der Patientin, nach dem Bewohner schauen kann, dem geht's nicht gut, dass ich dann sag, holen sie den Hintergrunddienst. Das kann ich nicht.“ (E, I2, A2, 161-164)</p>	
		<p>„Die Mitarbeiter machen sich auch Gedanken, ob man noch was optimieren kann. Machen sich Gedanken, Fallgespräche, ob es noch irgendwelche Maßnahmen gibt. Und das passt auch gut zu den Ärzten, weil die Ärzte auch da super mitarbeiten in dem SaarPHIR-Projekt.“ (I, I9, B1, 21-23)</p>	
		<p>„Ich muss ja dann auch leider sagen, der gefällt mir nicht, dürfen wir nicht mehr melden. [...] Entweder es sind Vitalzeichen auffällig oder der gefällt mir nicht, gibt's nicht.“ (I, I13, B, 528-531)</p>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Implementierung und Umsetzung Definition: Implementierung ist ein systematischer Prozess, Interventionen in ein bestimmtes Setting oder eine Organisation zu integrieren. Dabei sollten Strategien zur Anwendung kommen, die die Perspektiven und Bedürfnisse der betroffenen Akteure berücksichtigen sowie Schlüsselpersonen (bspw. Meinungsbildner, externe Change Agents, Koordinatoren mit Leitungsverantwortung) eingebunden werden, die den Implementierungsprozess unterstützen (Damschroder et al. 2009; Plsek & Wilson 2001).	Implementierungsstrategie	„Das habe ich im Gesamtteam geschult und informiert. [...] Und wie gesagt, in den Teams oder im gesamten Haus habe ich es dann nochmal erklärt und vorgestellt und da gab es nie irgendwo Zweifel, im Gegenteil die waren froh, eine Anzahl von Hausärzten von circa 24 auf fast 5 zu beschränken. Wenn man mit über 20 Hausarztpraxen zusammenarbeitet, das macht Arbeit.“ (I, I16, B2, 274-281)	
	Verantwortlichkeits- und Aufgabenverteilung (Pflegekoordinator:innen)	„Gut, ich füll halt immer brav die Fragebögen aus. Das nimmt halt immer mal wieder eine viertel Stunde zwanzig Minuten in Anspruch, wo ich halt einfach die Woche auswerte und gucke [...]. Am Anfang musste ich halt immer wieder mal draufgucken (Umsetzung der Maßnahmen), aber inzwischen ist das ja ein Selbstläufer. (P, B1,360-366)	
	Verantwortlichkeits- und Aufgabenverteilung (ärztliche Koordinator:innen)	„Also im Endeffekt ist es eigentlich nur das grob Organisatorische, muss ich sagen. Also mit den Besprechungen, grad jetzt das mit dem Anschreiben der Ärzte. Das ist dann auch mein Job, dass ich das dann jetzt mache und wenn dann Fragen von den Kollegen kommen, versuche die zu beantworten [...]. Auch das (Schreiben des Einsatzplans) ist kein großartiger Aufwand, dann setzt man sich einmal zwei Stunden hin und dann hat man den Plan fürs Jahr gemacht.“ (I, I1, A, 642ff.)	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Implementierung und Umsetzung	Umsetzungsstrategie	<i>„Deswegen haben die ja auch das Vorwochenendvisitenblatt, wo dann entsprechend diese Daten (ein-)getragen werden und dann ist eine der beiden Fachkräfte mit auf (dem) Dienst verantwortlich [...] dass (Vorwochenendvisitenblatt) gab es hier im Rahmenhandbuch dazu.“ (P, B1, 542ff.)</i>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Kommunikation und Kooperation Definition: „Interdisziplinäre Zusammenarbeit findet statt, wenn mehrere Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen untereinander wie auch mit den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen, Betreuenden sowie der Gemeinschaft zusammenarbeiten, um die bestmögliche Versorgungsqualität zu erreichen. Es ermöglicht Gesundheitsfachpersonen, jede Person einzubeziehen, deren Fähigkeiten dazu beitragen können, lokale Gesundheitsziele zu erreichen.“ (WHO 2010, S. 7).	Strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen	„Die Abläufe vielleicht noch mal ein bisschen noch mal strukturierter oder bisschen verbesserter. Das nicht so peu à peu so Informationen durchkommen, sondern mehr [...] strukturierter, genau.“ (E, I1, A, 89ff.)	
	Wertschätzung und Vertrauen	„Also was mir aufgefallen ist, ich finde das Personal wird sehr ernst genommen in der Zusammenarbeit mit Ihnen. Es ist irgendwie eine Partnerschaft. [...] ich habe wirklich das Gefühl es ist eine gleichwertige Zusammenarbeit. Ärzte nehmen das auch richtig ernst, was von den Mitarbeitern zurückgemeldet wird und genauso spricht man sich ab. Also ich finde diese Zusammenarbeit, die ist sehr wertvoll geworden. Und das Fachwissen vom Personal hat sich auch dadurch nochmal gefestigt.“ (I, I16, B2, 369-375)	
	Kooperation in der Versorgungsgemeinschaft	„Dadurch, dass man jetzt immer wechselt, jemand Dienst hat oder auch diese Vorwochenendvisite macht, lernt man auch die Patienten des Kollegen kennen oder Kollegin und kommt dadurch automatisch mehr ins Gespräch und spricht sich auch ab über andere Dinge.“ (E, I1, A, 81-84)	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Kommunikation und Kooperation	Kooperation Pflege	<p>„Aber ich kann ich kann schon sagen, dass man ausführlicher die Fälle bespricht und sich vielleicht auch bisschen länger damit beschäftigt, weil bevor wir da auch mit dem Arzt kommunizieren über den Bewohner, über seine Symptome oder die Probleme, die wir haben, machen wir auch unter uns Fallbesprechung, was machen wir da jetzt, müssen wir den Arzt dazu holen? Was ist die Ursache, können wir bewältigen, ist das etwas, wo wir Fachmenschen brauchen oder ist das die Sache der Pflege? Und dann wird das auch gemeinsam entschieden meistens [...].“ (I, I9, B3, 693-699)</p>	
	Kommunikation und Kooperation unter Coronabedingungen	<p>„[...] die Bewohner, die [...] durch SaarPHIR-Ärzte versorgt werden, waren durchaus besser versorgt. Definitiv.“ (I, I12, B, 764-765)</p>	
	Arbeitsentlastung in beiden Berufsgruppen	<p>„Und auch wenn man weiß z.B. man kann selber, weil man auch andere Hausbesuche hat, schlecht die Möglichkeit an dem Nachmittag noch einmal hinzufahren. Man weiß ein Kollege aus der Versorgergemeinschaft ist vor Ort, dem kann man über den Fall berichten, der kann das mit übernehmen, also mal drauf gucken. Das entspannt uns auch schon, dass man, dass man nicht im Hinterkopf hat, ich muss da jetzt auch noch hin. Es ist sonst niemand da. Also das ist sehr positiv.“ (E, I1, A1, 56-66)</p>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Akzeptanz Definition: Akzeptanz ist die Wahrnehmung der an der Umsetzung Beteiligten, dass oder in welchem Umfang eine bestimmte Behandlung, Dienstleistung, Praxis oder Intervention akzeptabel oder zufriedenstellend ist (Proctor et al. 2011).	Akzeptanz bei den Pflegekräften	„Und unsere Pflegefachkräfte sehen nur den Vorteil, dieses gute Gefühl, dass jemand da ist, diese Wochenendvisite, das ist halt ein Megavorteil für unser Pflegepersonal.“ (I, 17+8, B5, 727-730)	
	Akzeptanz bei den Ärzten	„Ja ich bin ganz überrascht, wie schnell sich das in der Entwicklungsphase schon gut eingespielt hat und wie schnell das auch ging, dass die Kommunikation sich auch verbessert hat sowohl zur Pflege hin als auch in der Versorgergemeinschaft der Ärzte untereinander. [...] Man kann sich viel besser absprechen [...]“ (E, I1, A1, 50ff.)	
	Akzeptanz bei den Bewohner:innen	„Zum einen ist eine sehr hohe Akzeptanz, alleine die Aussicht, wenn man erklärt, was hinter dem Projekt steht. Das wirkt sich sehr beruhigend auf die Bewohner aus. Der versteht, ok, man versucht erstmal mich hier zu behalten, dass ich nicht ins Krankenhaus muss.“ (I, I2, B, 226-232)	
	Akzeptanz bei den Angehörigen und gesetzlichen Betreuer:innen	Sie sind alle dabei, sind alle zufrieden mit der Versorgung, also. Den Angehörigen geht's ja im Wesentlichen drum, dass die Patienten, die Menschen versorgt sind. Das jemand nach denen guckt und die sind auch nicht scharf drauf, dass jetzt die Mutter oder der Vater, wer es ist, ins Krankenhaus kommt.“ (I, I16, B2 u. A, 404-410)	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Beeinflussende Faktoren Definition: Faktoren, die einen hemmenden oder fördernden Einfluss auf die Einführung und Umsetzung der Maßnahmen aus dem SaarPHIR-Projekt nehmen.	Fördernde Faktoren	<p>„Aber die Motivation muss ich sagen, jetzt wo wir die Erfahrung haben, die ist auch beim Personal hoch. Weil die halt eben die Vorteile erkannt haben, auch diese persönlichen Vorteile.“ (I, I16, B2, 484-486)</p> <p>„Also die war eigentlich immer gut. Wenn man Nachfragen hatte, konnte man sich hinwenden. Auch wurde von dessen Seite (SPG) schon mal angerufen und Rücksprache gehalten. Da gab es keine Probleme.“ (I, I10, B, 390-392)</p> <p>B1: Ja, also, wenn ich Fragen habe, dann rufe ich die (KVS) an. Das geht zackig, muss ich sagen, das ist vollkommen unbürokratisch. [...]. (I, I1, A, 751-757)</p>	
	Hemmende Faktoren	<p>„Es gibt auch Betreuer die, denen ist das egal. Aber die unterschreiben nicht. Die schicken uns das dann nicht zurück, obwohl wir schon dreimal [...] dann hingeschickt haben.“ (E, I2, P3, 719-721)</p> <p>„Und auch bei einem SaarPHIR Projekt kann man nichts machen, wenn die Angehörige nebendran steht und sagt sie besteht jetzt darauf (Krankenhauseinweisung).“ (I, I13, B, 545-550)</p> <p>„Also es ist halt ein sehr großer Aufwand, was man betreiben muss, was ich schon sagen muss, wenn diese Evaluationsbogen alle drei Monate in die Einrichtung kommen. Das sind halt schon ein, zwei Kolleginnen inklusive mir, die das ausfüllen muss. Ich muss (.) Daten errechnen, wir zum Beispiel in unserer Einrichtung haben noch keine PC-Dokumentation.“ (I, I10, B, 149-153)</p>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Beeinflussende Faktoren	Hemmende Faktoren	<p>„Ja klar der Personalausfall war sehr schlimm. Die Ganzen Quarantäneanordnungen, die ausgesprochen wurden.“ (I, I10, B, 386-387)</p>	
		<p>„Also was halt noch ist, ich meine es ist klar, es ist im SaarPHIR Projekt, aber jeder Wohnbereich für sich hat ja auch seine Arbeitsweise und es ist schon sehr schwierig, weil es ist nicht jeder Bereich zu jeder Zeit, wie soll man sagen, gleich weit mit der Arbeit.“ (I, I13, B, 187-189)</p>	
		<p>„Eine große Hemmschwelle, [...] das Thema Medikamente [...]. Weil es ist natürlich recht sinnfrei, haben wir auch schon festgestellt, eigentlich schon eigentlich am ersten Tag. Dass die Ärzte abends hier um halb neun hier auf der Matte stehen, stellen eine Infektion bei dem Bewohner fest und können im Grunde nicht auf Medikamente zugreifen. Und dementsprechend wurde halt die Forderung laut, dass man Medikamentenschränke in den Einrichtungen zur Verfügung hat, auf die ein Arzt zugreifen kann. Nicht das Pflegepersonal.“ (P, B1, 272-279)</p>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Gründe für Teilnahme und Erwartungen Definition: Nutzen und/oder Hoffnungen, die mit einer Teilnahme am SaarPHIR-Projekt verbunden wurden.	Verbesserte medizinisch-pflegerische Versorgung der Bewohner:innen	„Ja, wie gesagt, dass man Krankenhausaufenthalte vermeiden können und dass halt wie gesagt dieser Ansprechpartner da ist. Gerade vor dem Wochenende.“ (I, 14, B, 432-433)	
	Zusammenarbeit	„Dass wir eine bessere Zusammenarbeit haben.“ (I, 116, B2, 574)	
	Versorgungsstabilität	„Jetzt werden ja immer mehr, sag ich mal, pflegende oder zu pflegende Patienten im Heim untergebracht und irgendwie muss man das einfach besser organisieren [...]. Sie können nicht wegen jedem einzelnen immer irgendwohin fahren. [...]. Die Kapazität haben Sie von hausärztlicher Seite gar nicht. Und [...] durch dieses SaarPHIR-Projekt ist so das Ganze ein bisschen kanalisiert finde ich.“ (I, 17+8, A, 792-797)	
	Externe Regulationen und Anreizbedingungen	„Jetzt von ärztlicher Seite bedeutet für mich primär SaarPHIR, endlich mal die Vergütung, die man als Arzt hier mal im Pflegeheim eh schon die ganze Zeit macht. Da war der 119er ja schon ein Fortschritt. Und SaarPHIR ist dann jetzt meines Erachtens nach so das i-Tüpfelchen. „ (I, 11, A, 769-778)	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Gründe für Teilnahme und Erwartungen	Verbesserungsvorschläge	<p>„Das sehen wir auf Makroebene eher. Das sind schon infrastrukturelle Probleme. Da würde ich schon Richtung Digitalisierung als Stichwort geben. Da würde ich Richtung Telemedizin gehen.“ (E, I1, P1, 225-232)</p>	
		<p>„Wir wollen das quasi eine Box da ist, wo jeglicher Bedarf, den man so braucht, Durchfall, Fieber, Schmerzen, so was drin ist und egal, welcher Bewohner das jetzt in der Nacht braucht, darf ich aus dieser Box nehmen.“ (E, I3, P4, 107-109)</p>	
		<p>„Das mal ein Hautarzt, wegen mir einen Urologen oder was auch immer. Die auch wirklich ins Haus kommen für die immobilen Patienten und, und ja, die Dinge hier beurteilen könnten. Das wäre, das wäre gut.“ (E, I1, A1, 243-245)</p>	

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
<p>Nachhaltigkeit</p> <p>Definition: Nachhaltigkeit wird definiert als ein Prozess, in dem eine neu eingeführte Intervention über die Projektphase hinaus integriert oder institutionalisiert werden kann (Rabin et al. 2008).</p>		<p><i>„Da es klare strukturelle und organisatorische Reglementierungen sind, die sich auch, sollte das Projekt scheitern, wird sich, werden die strukturellen Geschichten sich erhalten, sprich Stichwort Kommunikation per Fax. Und diese Dokumente, die erstellt werden, die werden natürlich in den Arbeitsablauf integriert aus pflegerischer Sicht, wenn es um die Kommunikation mit den Praxen geht. Und das wird erhalten bleiben, also ich denke da wird es nur, habe ich nur positive Aspekte.“ (E, I1, B1, 442-447)</i></p>	
<p>Übernahme in Regelversorgung</p> <p>Definition: Übernahme ist die Entscheidung einer Organisation oder einer Gemeinschaft, sich für eine evidenzbasierte Intervention zu entscheiden und diese einzuführen (Rabin et al. 2008).</p>		<p><i>„[...], wenn das nicht in die Regelversorgung aufgenommen wird, dann kann es auch unter Umständen sein, dass die Ärzte sagen, wir können nicht mehr jeden Freitag eine Visite machen, wir machen das nur noch einmal im Monat und deshalb bin ich der Meinung es MUSS in die Regelversorgung.“ (I, I7+8, B4, 1109-1115)</i></p>	

Anhang 6: Erhebungsinstrumente für die Primärdatenerhebung im Rahmen der summativen Evaluation (BKG)

Dokument 1: Ersterhebung medizinisch-pflegerische Dokumentation

Dokument 2: Nacherhebung medizinisch-pflegerische Dokumentation

Dokument 3: Erhebung der Lebensqualität

Fragebogen-Nummer: - - E: - B:

primär betreuender Arzt:

Erhebung medizinisch-pflegerische Dokumentation

Datum:
Tag Monat Jahr

Teil A: Umsetzung des Rahmenhandbuchs			
1. Geriatrisches Screening nach Lachs			
1.1 Bitte prüfen Sie die Pflegedokumentation im Hinblick auf das geriatrische Screening nach Lachs.			
	Ja	Nein	Weiß nicht
Konnte jemals bei der Bewohnerin / dem Bewohner ein Lachs-Screening durchgeführt werden? <i>(Wenn „Nein“ oder „Weiß nicht“, bitte mit 2. fortfahren.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum des letzten Screenings: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tag Monat Jahr</small>			
1.2 Bitte denken Sie an das letzte Ihnen vorliegende Lachs-Screening dieser Bewohnerin / dieses Bewohners und schätzen Sie folgende Aussagen ein:			
	Ja	Nein	Weiß nicht
Es ist vollständig ausgefüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist allen Pflegekräften zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgergemeinschaft direkt zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgergemeinschaft auf Anfrage zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist weiteren Berufsgruppen direkt zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen <i>(z.B. Physiotherapeut).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist weiteren Berufsgruppen auf Anfrage zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen <i>(z.B. Physiotherapeut).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Wurde das Lachs-Screening dieser Bewohnerin / dieses Bewohners im Rahmen folgender Gelegenheiten verwendet?			
	Ja	Nein	Weiß nicht
Es wurde bei einer Teambesprechung besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde bei einer Vor-Wochenend-Visite besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde bei einer Rufbereitschaft besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde im Rahmen weiterer Anlässe besprochen. Bitte nennen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: 0 9 - - -

 primär betreuender Arzt:
1.4 Falls Sie in einem Punkt der Frage 1.3 „Ja“ angekreuzt haben, ...

	Ja	Nein	Weiß nicht
Nach Besprechung des Lachs-Screenings wurden Maßnahmen beschlossen, die die Bewohnerin / den Bewohner betreffen. (Wenn „Nein“ oder „Weiß nicht“, bitte mit 2. fortfahren.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die beschlossenen Maßnahmen wurden umgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schätze die Umsetzung der Maßnahmen als erfolgreich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Maßnahmen wurden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dokumentation ist allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sturzprophylaxe
2.1 Bitte prüfen Sie die Pflegedokumentation im Hinblick auf die Sturzprophylaxe.

	Ja	Nein	Weiß nicht
Konnten jemals bei der Bewohnerin / dem Bewohner die Sturzrisikofaktoren erhoben werden? (Wenn „Nein“ oder „Weiß nicht“, bitte mit 3. fortfahren.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Datum des letzten Screenings: Tag Monat Jahr

2.2 Denken Sie an die letzte Ihnen vorliegende Erhebung der Sturzrisikofaktoren dieser Bewohnerin / dieses Bewohners und schätzen Sie bitte folgende Aussagen ein:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sie ist vollständig ausgefüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Pflegekräften zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft direkt zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft auf Anfrage zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist weiteren Berufsgruppen direkt zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist weiteren Berufsgruppen auf Anfrage zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: 0 9 - - E: - B:

 primär betreuender Arzt:

3.2 Denken Sie an die letzte Ihnen vorliegende Erhebung zur Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme dieser Bewohnerin / dieses Bewohners und schätzen Sie bitte folgende Aussagen ein:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sie ist vollständig ausgefüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Pflegekräften zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft direkt zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft auf Anfrage zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist weiteren Berufsgruppen direkt zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist weiteren Berufsgruppen auf Anfrage zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Wurde die Erhebung dieser Bewohnerin / dieses Bewohners im Rahmen folgender Gelegenheiten verwendet?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sie wurde bei einer Teambesprechung besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde bei einer Vor-Wochenend-Visite besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde bei einer Rufbereitschaft besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde im Rahmen weiterer Anlässe besprochen. Bitte nennen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: - - E: - B:

primär betreuender Arzt:

3.4 Falls Sie in einem Punkt der Frage 3.3 „Ja“ angekreuzt haben, ...			
	Ja	Nein	Weiß nicht
Nach Besprechung der betreffenden Erhebung wurden Maßnahmen beschlossen, die die Bewohnerin / den Bewohner betreffen. <i>(Wenn „Nein“ oder „Weiß nicht“, bitte mit 4. fortfahren.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die beschlossenen Maßnahmen wurden umgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schätze die Umsetzung der Maßnahmen als erfolgreich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Maßnahmen wurden hinreichend dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dokumentation ist allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hospitalisierung			
4.1 Bitte prüfen Sie die Pflegedokumentation im Hinblick auf Krankenhauseinweisungen in den letzten sechs Monaten.			
	Ja	Nein	Weiß nicht
Wurde die Bewohnerin / der Bewohner in den letzten 6 Monaten in ein Krankenhaus eingewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie häufig kam es zu Krankenhauseinweisungen?	_____ (Anzahl)		
Was waren die Gründe?	_____		
4.2 Bitte denken Sie an die letzte Krankenhauseinweisung: Wer war in die Entscheidung zur Krankenhauseinweisung dieser Bewohnerin / dieses Bewohners involviert? (Mehrfachnennung möglich)			
	Ja	Nein	Weiß nicht
Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztin / Arzt aus der Versorgergemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bitte nennen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: 0 9 - - E: - B:

 primär betreuender Arzt:
4.3 Wurde die Entscheidung zur Krankenhauseinweisung im Rahmen folgender Gelegenheiten getroffen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sie wurde bei einer Teambesprechung getroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde bei einer Vor-Wochenend-Visite getroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde bei einer Rufbereitschaft getroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde im Rahmen weiterer Anlässe getroffen. Bitte nennen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Falls Sie in einem Punkt der Frage 4.3 „Ja“ angekreuzt haben, ...

	Ja	Nein	Weiß nicht
Nach Besprechung der Einweisungssituaiion wurden Maßnahmen beschlossen, die die Bewohnerin / den Bewohner betreffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die beschlossenen Maßnahmen umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schätze die Umsetzung der Maßnahmen als erfolgreich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Maßnahmen wurden hinreichend dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dokumentation ist allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: 09 - - -

 primär betreuender Arzt:

Erhebung medizinisch-pflegerische Dokumentation

 Datum: Tag Monat Jahr

Teil A: Umsetzung des Rahmenhandbuchs
1. Geriatrisches Screening nach Lachs
1.1 Bitte prüfen Sie die Pflegedokumentation im Hinblick auf das geriatrische Screening nach Lachs.

	Ja	Nein	Weiß nicht
Konnte in den letzten 6 Monaten bei der Bewohnerin / dem Bewohner ein Lachs-Screening durchgeführt werden? (Wenn „Nein“ oder „Weiß nicht“, bitte mit 2. fortfahren.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum des letzten Screenings: <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr			
Datum des 2. letzten Screenings: <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr			
Datum des 3. letzten Screenings: <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr			

1.2 Bitte denken Sie an das letzte Ihnen vorliegende Lachs-Screening dieser Bewohnerin / dieses Bewohners und schätzen Sie folgende Aussagen ein:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Es ist vollständig ausgefüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist allen Pflegekräften zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft direkt zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft auf Anfrage zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist weiteren Berufsgruppen direkt zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist weiteren Berufsgruppen auf Anfrage zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Wurde das Lachs-Screening dieser Bewohnerin / dieses Bewohners im Rahmen folgender Gelegenheiten verwendet?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Es wurde bei einer Teambesprechung besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde bei einer Vor-Wochenend-Visite besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde bei einer Rufbereitschaft besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde im Rahmen weiterer Anlässe besprochen. Bitte nennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: 0 9 - - -

 primär betreuender Arzt:
1.4 Falls Sie in einem Punkt der Frage 1.3 „Ja“ angekreuzt haben, ...

	Ja	Nein	Weiß nicht
Nach Besprechung des Lachs-Screenings wurden Maßnahmen beschlossen, die die Bewohnerin / den Bewohner betreffen. (Wenn „Nein“ oder „Weiß nicht“, bitte mit 2. fortfahren.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die beschlossenen Maßnahmen wurden umgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schätze die Umsetzung der Maßnahmen als erfolgreich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Maßnahmen wurden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dokumentation ist allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sturzprophylaxe
2.1 Bitte prüfen Sie die Pflegedokumentation im Hinblick auf die Sturzprophylaxe.

	Ja	Nein	Weiß nicht
Konnte in den letzten 6 Monaten bei der Bewohnerin / dem Bewohner ein Lachs-Screening durchgeführt werden? (Wenn „Nein“ oder „Weiß nicht“, bitte mit 2. fortfahren.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Datum des letzten Screenings: Tag Monat Jahr

 Datum des 2. letzten Screenings: Tag Monat Jahr

 Datum des 3. letzten Screenings: Tag Monat Jahr

2.2 Denken Sie an die letzte Ihnen vorliegende Erhebung der Sturzrisikofaktoren dieser Bewohnerin / dieses Bewohners und schätzen Sie bitte folgende Aussagen ein:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sie ist vollständig ausgefüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Pflegekräften zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft direkt zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft auf Anfrage zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist weiteren Berufsgruppen direkt zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist weiteren Berufsgruppen auf Anfrage zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: 0 9 - - E: - B:

 primär betreuender Arzt:

3.2 Denken Sie an die letzte Ihnen vorliegende Erhebung zur Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme dieser Bewohnerin / dieses Bewohners und schätzen Sie bitte folgende Aussagen ein:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sie ist vollständig ausgefüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Pflegekräften zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft direkt zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist allen Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsgemeinschaft auf Anfrage zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist weiteren Berufsgruppen direkt zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie ist weiteren Berufsgruppen auf Anfrage zugänglich, die die Bewohnerin / den Bewohner betreuen (z.B. Physiotherapeut).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Wurde die Erhebung dieser Bewohnerin / dieses Bewohners im Rahmen folgender Gelegenheiten verwendet?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sie wurde bei einer Teambesprechung besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde bei einer Vor-Wochenend-Visite besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde bei einer Rufbereitschaft besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde im Rahmen weiterer Anlässe besprochen. Bitte nenne _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: 0 9 - - -

 primär betreuender Arzt:

3.4 Falls Sie in einem Punkt der Frage 3.3 „Ja“ angekreuzt haben, ...			
	Ja	Nein	Weiß nicht
Nach Besprechung der betreffenden Erhebung wurden Maßnahmen beschlossen, die die Bewohnerin / den Bewohner betreffen. <i>(Wenn „Nein“ oder „Weiß nicht“, bitte mit 4. fortfahren.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die beschlossenen Maßnahmen wurden umgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schätze die Umsetzung der Maßnahmen als erfolgreich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Maßnahmen wurden hinreichend dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dokumentation ist allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hospitalisierung			
4.1 Bitte prüfen Sie die Pflegedokumentation im Hinblick auf Krankenhauseinweisungen in den letzten sechs Monaten.			
	Ja	Nein	Weiß nicht
Wurde die Bewohnerin / der Bewohner in den letzten 6 Monaten in ein Krankenhaus eingewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie häufig kam es zu Krankenhauseinweisungen?	_____ (Anzahl)		
Was waren die Gründe?	_____		
4.2 Bitte denken Sie an die letzte Krankenhauseinweisung: Wer war in die Entscheidung zur Krankenhauseinweisung dieser Bewohnerin / dieses Bewohners involviert? (Mehrfachnennung möglich)			
	Ja	Nein	Weiß nicht
Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztin / Arzt aus der Versorgergemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bitte nennen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: 0 9 - - E: - B:

 primär betreuender Arzt:
4.3 Wurde die Entscheidung zur Krankenhauseinweisung im Rahmen folgender Gelegenheiten getroffen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sie wurde bei einer Teambesprechung getroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde bei einer Vor-Wochenend-Visite getroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde bei einer Rufbereitschaft getroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wurde im Rahmen weiterer Anlässe getroffen. Bitte nennen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Falls Sie in einem Punkt der Frage 4.3 „Ja“ angekreuzt haben, ...

	Ja	Nein	Weiß nicht
Nach Besprechung der Einweisungssituaiion wurden Maßnahmen beschlossen, die die Bewohnerin / den Bewohner betreffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die beschlossenen Maßnahmen umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schätze die Umsetzung der Maßnahmen als erfolgreich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Maßnahmen wurden hinreichend dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dokumentation ist allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen-Nummer: - - E: - B:

 Proxy: Ja Nein

 Datum: ____ . ____ . ____
 Tag Monat Jahr

Lebensqualität von Personen mit Alzheimer-Krankheit

(Fragebogenversion für das Familienmitglied oder die Pflegeperson)

In den folgenden Fragen geht es um die Lebensqualität Ihres/Ihrer Angehörigen.

Wenn Sie über das Leben Ihres/Ihrer Angehörigen nachdenken, gibt es verschiedene Bereiche, von denen im Folgenden einige aufgeführt sind. Denken Sie bitte über jeden Punkt nach und beurteilen Sie die derzeitige Lebensqualität Ihres/Ihrer Angehörigen für jeden Bereich.

Sie haben vier Antwortmöglichkeiten: **schlecht, einigermaßen, gut oder ausgezeichnet.**

Beurteilen Sie bitte die Bereiche anhand dessen, wie das Leben Ihres/Ihrer Angehörigen **zurzeit** (das heißt, in den letzten Wochen) verläuft. Wenn Sie zu irgendeinem der Punkte eine Frage haben, bitten Sie die Person, die Ihnen diesen Fragebogen gegeben hat, um Unterstützung.

Kreuzen Sie Ihre Antworten an.

1. Körperlicher Gesundheitszustand	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
2. Energie	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
3. Stimmung	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
4. Wohnverhältnisse	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
5. Gedächtnis	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
6. Familie	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
7. Ehe/Partnerschaft	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
8. Freunde	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
9. Person insgesamt	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
10. Fähigkeit, Aufgaben im und um das Haus zu erledigen	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
11. Fähigkeit, etwas zum Vergnügen zu machen	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
12. Finanzielle Situation	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>
13. Leben insgesamt	schlecht <input type="checkbox"/>	einigermaßen <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Online library of Quality,
Service Improvement
and Redesign tools

Sustainability Model



Sustainability Model

What is it?

The sustainability model is a diagnostic tool that has been developed to support health and care leaders to identify strengths and weaknesses in their implementation plans and predict the likelihood of sustainability for their improvement initiatives.

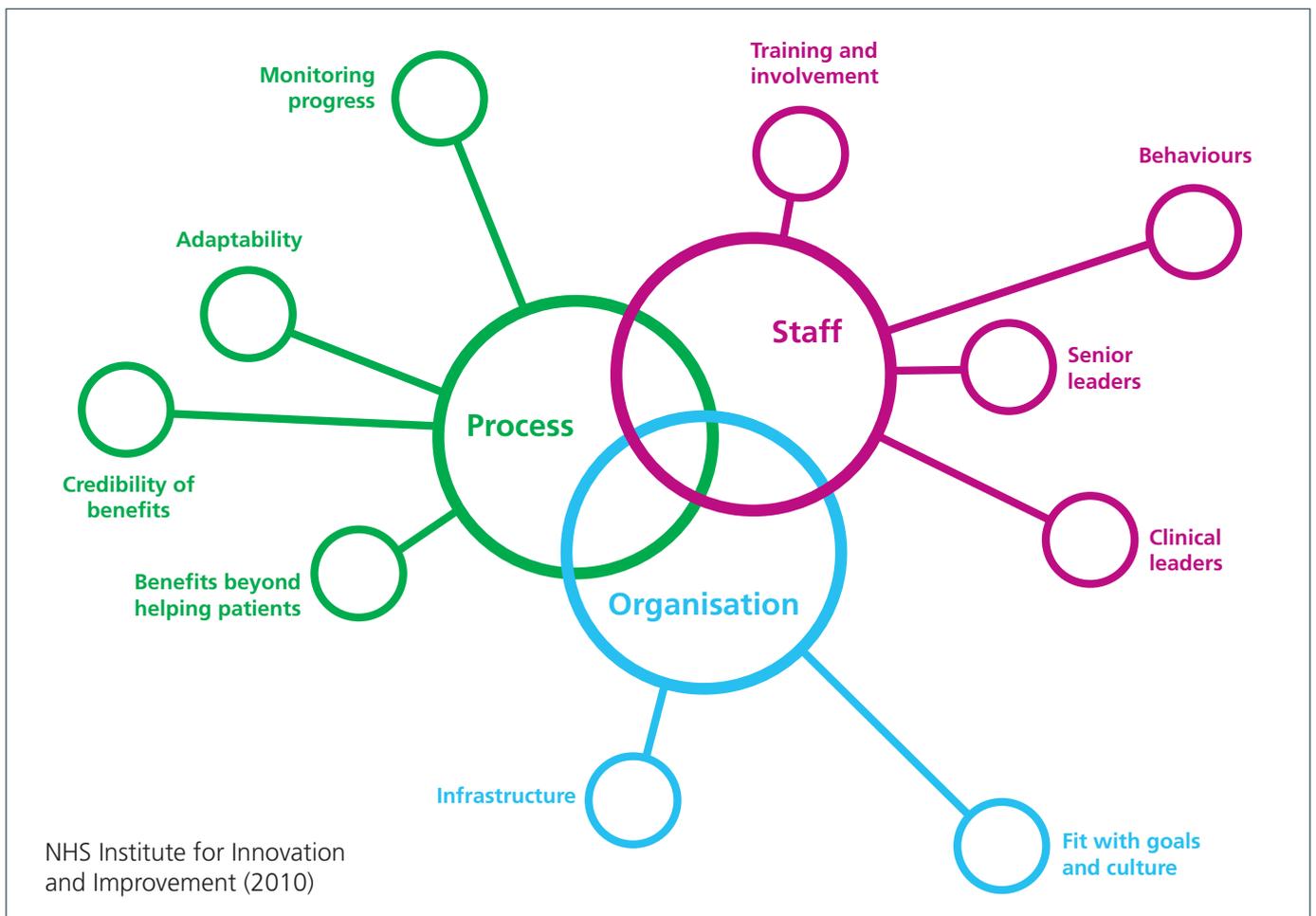
When to use it?

The sustainability model should be used from the outset of your improvement initiative as it can provide you with a valuable understanding of where you can strengthen your work in order to maximise the potential for sustainability. The model should be used regularly through the project to focus effort on improving the project's sustainability total score to enhance the likelihood of sustaining the improvement beyond the life of the project.

How to use it?

The tables in figure 1 will enable you to identify the strengths and weaknesses in your implementation plans and provide you with a total score to predict the likelihood of sustaining the improvement beyond the life of the project.

Figure 1: The sustainability model





Process

Choose the **factor level** that comes closest to your situation and tick the box to the left of it

Factor description	Identify (✓)	Factor level
--------------------	--------------	--------------

Benefits beyond helping patients

- In addition to helping patients, are there other benefits?
- For example, does the change reduce waste or avoid duplication?
- Will it make things run more smoothly?
- Will staff notice a difference in their daily working lives?

a

We can demonstrate that the change has a wide range of benefits beyond helping patients, for example by reducing waste, creating efficiency or making people's jobs easier.

b

We can demonstrate that the change has some benefits beyond helping patients such as reducing waste and making jobs easier, but not a wide range.

c

eg ✓

We can demonstrate that the change has one or two benefits beyond helping patients.

d

The benefits that we have identified are only directly related to helping patients. We have not identified any other benefits that this initiative could bring.

Credibility of the benefits

- Are benefits to patients, staff and the organisation visible?
- Do staff believe in the benefits?
- Can all staff clearly describe the a full range of benefits?
- Is there evidence that this type of change has been achieved elsewhere?

a

Benefits of the change are widely communicated, immediately obvious, supported by evidence and believed by stakeholders. Staff are able to fully describe a wide range of intended benefits for this initiative.

b

Benefits of the change are not widely communicated or immediately obvious even though they are supported by evidence and believed by stakeholders.

c

Benefits of the change are not widely communicated or immediately obvious even though they are supported by evidence. They are not widely believed by stakeholders.

d

Benefits of the change are not widely communicated, they are not immediately obvious, nor are they supported by evidence or believed by stakeholders.



Choose the **factor level** that comes closest to your situation and tick the box to the left of it

Factor description	Identify (✓)	Factor level
--------------------	--------------	--------------

Adaptability of improved process

- Can the new process overcome internal pressures, or will this disrupt the change?
- Does the change continue to meet ongoing needs effectively?
- Does the change rely on a specific individual or group of people, technology, finance etc, to keep it going?
- Can it keep going when these are removed?

a		The improved process can adapt to link in with and even support other organisational changes. It would not be disrupted if specific individuals or groups left the project. Its focus will continue to meet the improvement needs of our organisation.
b		The improved process can be adapted to support wider organisational change but it would be disrupted if specific individuals or groups left the project. Elements of this work will continue to meet our organisations improvement needs.
c		It would be difficult to adapt the new process to other organisational changes. It would cause disruption if specific individuals or groups left the project.
d		The new process could not adapt if there was any other organisational change happening and it would be disrupted if specific individuals or groups left.

Effectiveness of the system to monitor progress

- Does the change require special monitoring systems to identify and continually measure improvement?
- Is there a feedback system to reinforce benefits and progress and initiate new or further action?
- Are mechanisms in place to continue to monitor progress beyond the formal life of the project?
- Are the results of the change communicated to patients, staff, the organisation and the wider healthcare community?

a		There is a system in place to provide evidence of impact, including benefits analysis, monitor progress and communicate the results. This is set up to continue beyond the formal life of the project.
b		There is a system in place to provide evidence of impact, including benefits analysis, monitor progress and communicate the results. This is not set up to continue beyond the formal life of the project.
c		There is a system in place to provide evidence of impact and monitor progress. However none of this information is communicated more widely than the core project team. The measurement system is not set up to continue beyond the formal life of the project.
d		There is only a very patchy system to monitor progress and this will end at the same time as the project. There is no system to communicate the results.



Staff

Choose the **factor level** that comes closest to your situation and tick the box to the left of it

Factor description	Identify (✓)	Factor level
--------------------	--------------	--------------

Staff involvement and training to sustain the process

- Do staff play a part in innovation, design and implementation of the change?
- Have they used their ideas to inform the change process from the beginning?
- Is there a training and development infrastructure to identify gaps in skills and knowledge and are staff educated and trained to take the change forward?

a		Staff have been involved from the beginning of the change process. They have helped to identify any skill gaps and have been able to access training and development so that they are confident and competent in the new way of working.
b		Staff have been involved from the beginning of the change process and have helped to identify skills gaps but they have not had training or development in the new way of working.
c	eg ✓	Staff have not been involved from the beginning of the change but they have received training in the new way of working.
d		Staff have not been involved from the beginning of the change process and have not had training or development in the new way of working.

Staff behaviours toward sustaining the change

- Are staff encouraged and able to express their ideas regularly throughout the change process and is their input taken on board?
- Do staff think that the change is a better way of doing things that they want to preserve for the future?
- Are staff trained and empowered to run small-scale tests (PDSA) based on their ideas, to see if additional improvements should be recommended?

a		Staff are able to share their ideas regularly and some of them have been taken on board during the project. They believe that the change is a better way of doing things and have been empowered to run small scale test cycles (Plan, Do, Study, Act).
b		Staff are able to share their ideas regularly and some of them have been taken on board during the project. They believe that the change is a better way of doing things. Staff do not feel empowered to run small scale test cycles (Plan, Do, Study, Act).
c		Staff are able to share their ideas regularly but none seem to have been taken on board during the project. They don't think that the change will be a better way of doing things. They don't feel empowered to run small scale test cycles (Plan, Do, Study, Act).
d		Staff do not feel they have been able to share their ideas. They do not believe that the change is a better way of doing things and they have not been empowered to run small scale test cycles (Plan, Do, Study, Act).



Staff

Choose the **factor level** that comes closest to your situation and tick the box to the left of it

Factor description	Identify (✓)	Factor level
--------------------	--------------	--------------

Senior leadership engagement and support

- Are the senior leaders trusted, influential, respected and believable?
- Are they involved in the initiative, do they understand it and do they promote it?
- Are they respected by their peers and can they influence others to get on board?
- Are they taking personal responsibility to help break down barriers and are they giving time to help ensure the change is successful?

a		Organisational leaders are highly involved and visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work and to break down any barriers. Staff regularly share information with and actively seek advice from leaders.
b	eg ✓	Organisational leaders are highly involved and visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work and to break down any barriers. Staff typically don't share information with, or seek advice from leaders.
c		Organisational leaders are somewhat involved but not highly visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work but cannot be relied upon to break down any barriers if things get difficult. Staff typically don't share information with, or seek advice from leaders.
d		Organisational leaders are not involved or visible in their support of the change process. They have not used their influence to communicate the impact of the work or to break down any barriers. Staff typically don't share information with or seek advice from leaders.

Clinical leadership engagement and support

- Are the clinical leaders trusted, influential, respected and believable?
- Are they involved in the initiative, do they understand it and do they promote it?
- Are they respected by their peers and can they influence others to get on board?
- Are they taking personal responsibility to help break down barriers and are they giving time to help ensure the change is successful?

a		Clinical leaders are highly involved and visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work and to break down any barriers. Staff regularly share information with and actively seek advice from clinical leaders.
b		Clinical leaders are highly involved and visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work and to break down any barriers. Staff typically don't share information with, or seek advice from clinical leaders.
c		Clinical leaders are somewhat involved but not highly visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work but cannot be relied upon to break down any barriers if things get difficult. Staff typically don't share information with, or seek advice from clinical leaders.
d		Clinical leaders are not involved or visible in their support of the change process. They have not used their influence to communicate the impact of the work or to break down any barriers. Staff typically don't share information with, or seek advice from clinical leaders.



Organisation

Choose the **factor level** that comes closest to your situation and tick the box to the left of it

Factor description	Identify (✓)	Factor level
--------------------	--------------	--------------

Fit with the organisation's strategic aims and culture

- Are the goals of the change clear and shared?
- Are they clearly contributing to the overall organisational strategic aims?
- Is improvement important to the organisation and its leadership?
- Has the organisation successfully sustained improvement in the past?

a

	The goals of the change are clear and have been shared widely. They are consistent with and support the organisation's strategic aims for improvement. The organisation has demonstrated successful sustainability of improvements before and has a 'can do' culture.
--	---

b

eg ✓

	The goals of the change are clear and have been shared widely. They are consistent with and support the organisation's strategic aims for improvement. The organisation has not demonstrated success in sustaining previous improvements and does not have a 'can do' culture.
--	--

c

	The goals of the change are clear and have been shared widely. They have not been linked with the organisation's strategy so we don't know if they support any organisational aims for improvement. The organisation has not demonstrated success in sustaining previous improvements and does not have a 'can do' culture.
--	---

d

	The goals of the change are not really clear and they have not been shared widely. They have not been linked with the organisation's strategy so we don't know if they support any organisational aims for improvement. The organisation has not demonstrated success in sustaining previous improvements and does not have a 'can do' culture.
--	---

Infrastructure

- Are the staff fully trained and competent in the new way of working?
- Are there enough facilities and equipment to support the new process?
- Are new requirements built into job descriptions?
- Are there policies and procedures supporting the new way of working?
- Is there a communication system in place?

a

	Staff are confident and trained in the new way of working. Job descriptions, policies and procedures reflect the new process and communication systems are in place. Facilities and equipment are all appropriate to sustain the new process.
--	---

b

	Staff are confident and trained in the new way of working. However, job descriptions, policies and procedures do not reflect the new process. Some communication systems are in place. Facilities and equipment are all appropriate to sustain the new process.
--	---

c

	Staff are confident and trained in the new way of working. However, job descriptions, policies and procedures do not reflect the new process and there are no communication systems to adequately support the new process. Facilities and equipment are not appropriate to sustain the new process.
--	---

d

	Staff have not been trained in the new process and are not confident in the new way of working. Job descriptions, policies and procedures do not reflect the new process and there are no communication systems to adequately support the new process. Facilities and equipment are not appropriate to sustain the new process.
--	---

Master scoring systems: Enter your scores

Process



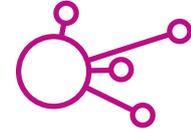
Benefits beyond helping patients		a	8.5
		b	4.7
		c	4.0
		d	0.0

Credibility of the evidence		a	9.1
		b	6.3
		c	3.1
		d	0.0

Adaptability of improved process		a	7.0
		b	3.4
		c	2.4
		d	0.0

Effectiveness of the system to monitor progress		a	6.5
		b	3.3
		c	2.4
		d	0.0

Staff



Staff involvement and training to sustain the process		a	11.4
		b	6.3
		c	4.9
		d	0.0

Staff behaviours toward sustaining the change		a	11.0
		b	5.1
		c	5.1
		d	0.0

Senior leadership engagement		a	15.0
		b	6.2
		c	5.7
		d	0.0

Clinical leadership engagement		a	15.0
		b	6.7
		c	5.5
		d	0.0

Organisation



Fit with the organisation's strategic aims and culture		a	7.0
		b	3.5
		c	3.3
		d	0.0

Infrastructure for sustainability		a	9.5
		b	4.4
		c	3.3
		d	0.0

Calculate your total scores

**Process
total score**



**Staff
total score**



**Organisation
total score**



Sustainability total score



To calculate your score, use the master score system on the previous page. Add the **process**, **staff** and **organisation** scores together and place in the **sustainability total score** box above. **Now go to the bar chart and portal diagram on pages 28–31 and plot your scores.**

Interpreting your scores

We do advocate that you use the Sustainability Model at the beginning of your improvement initiative as it can provide you with a valuable understanding of where you can strengthen your work in order to maximise the potential for sustainability. You need to note that at this stage it is normal to have low scores in one or two of the factors. For example; infrastructure often has a low score initially as the tasks of fully training staff in the new process and reviewing role descriptions are usually undertaken later in the project. With each score teams should assess what the score means to them in their particular context. Use the scores as a reminder of important tasks even if they need to be undertaken at a later stage.

Sustainability score system

Use either the portal diagram or the bar chart to plot **your scores** and identify which **factors** require most attention. You can use both if you prefer.

Within the example diagrams here, we have inserted example scores as an illustration. You will note that 'adaptability of the improved process' has the lowest numerical score of 3.4. However, this is not the factor where the biggest improvement gain can be made. Now look at the factor 'clinical leadership engagement'. You will see that the overall potential for improvement is much bigger – therefore this is the factor to focus on.

Interpreting your scores

Look at the example scores in the bar chart or portal diagrams. What do they tell you? Use the ideas here to help you interpret your scores.

- **Clinical leadership**

A large amount of work is needed to help clinicians be more involved. Some have been involved in the early stages but this is too little. None are actively involved in the work or promote the initiative. One meeting has been arranged recently, but we need to build on this.

- **Involvement and training**

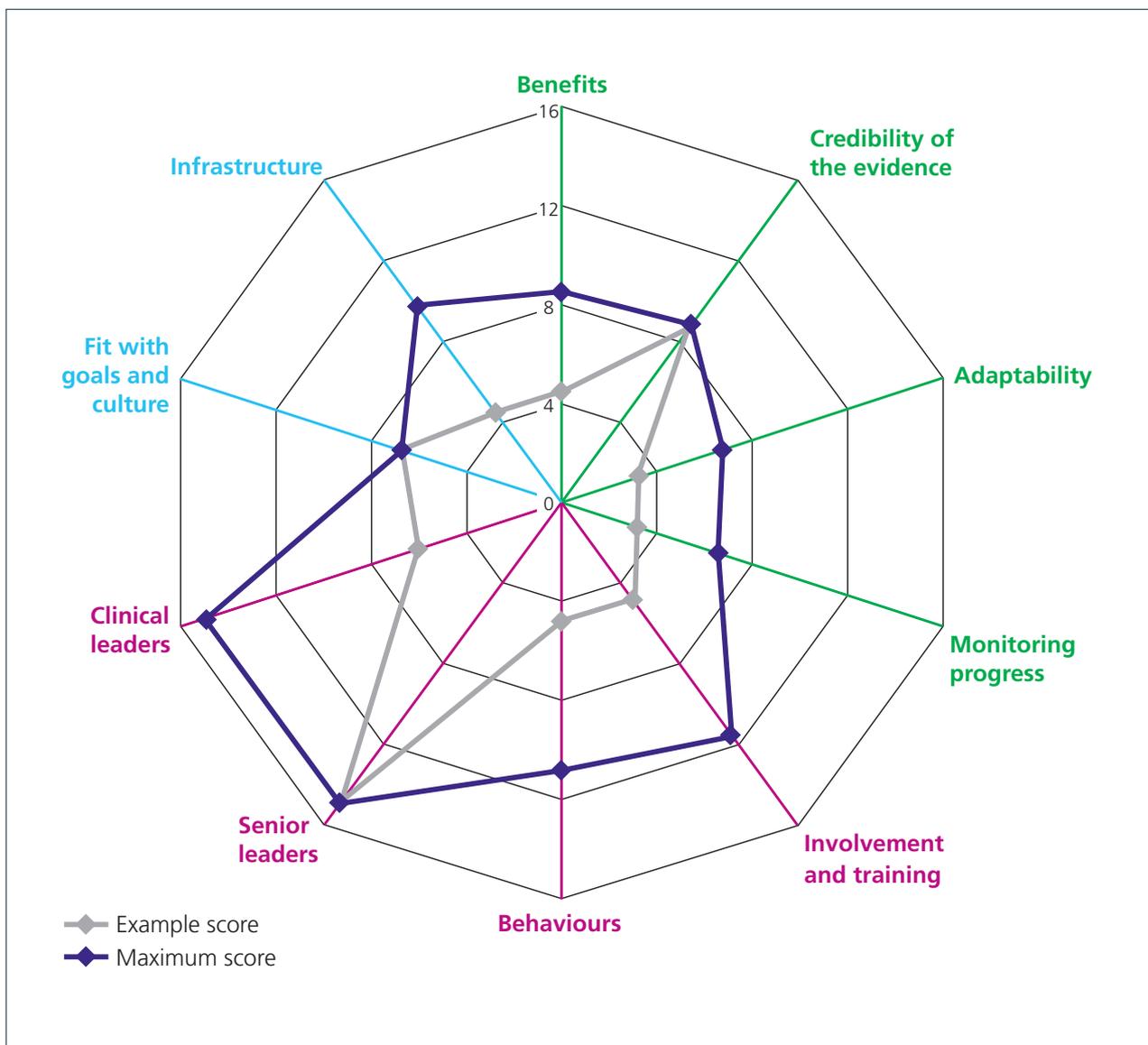
Some staff have not been involved from the beginning of the initiative and we need to catch up with them. There does seem to be some confusion about what we are really trying to do and we also need to see what their ideas are. We also need to have a sharper focus on training staff to manage the new way of working as it is implemented and established. We will link this in with the 'infrastructure' factor.

- **Infrastructure**

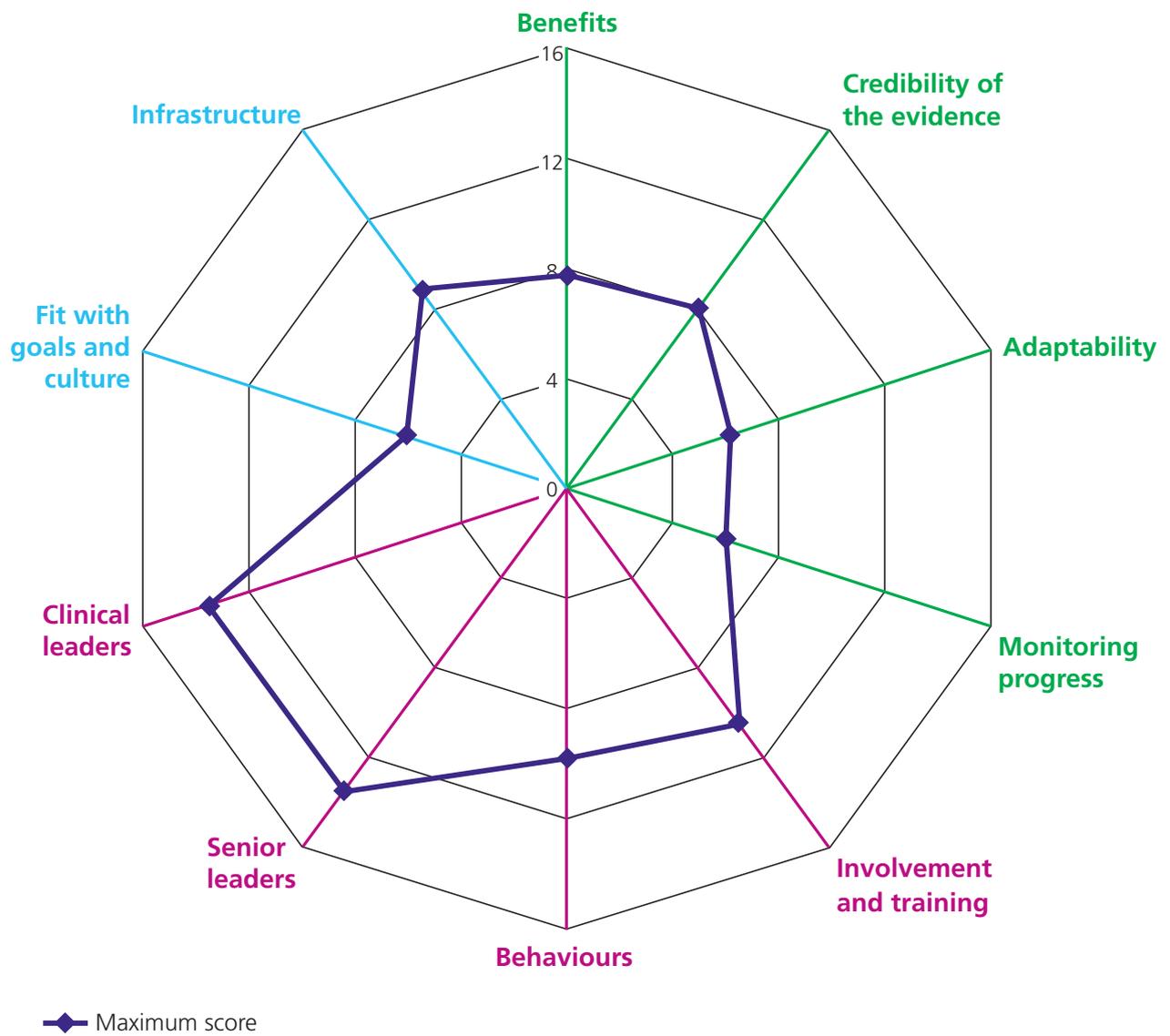
We have not thought about changing any policies or procedures yet. Communication systems are limited at this early stage of the work, but we do need to strengthen this factor urgently. One of the first things to do is set up some information in the work area so that staff can see progress.

Portal diagram

Figure 2: Example of a completed portal diagram

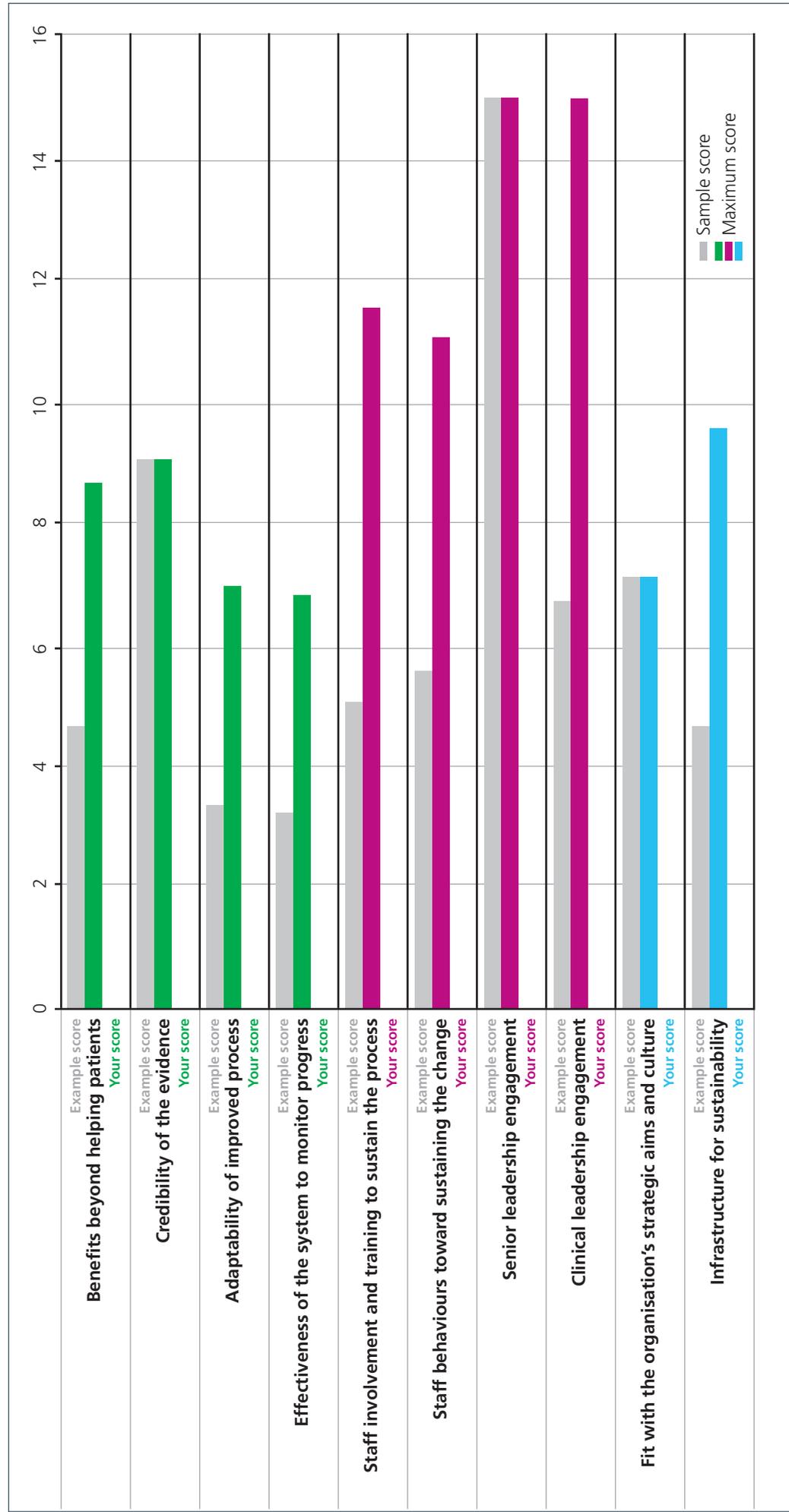


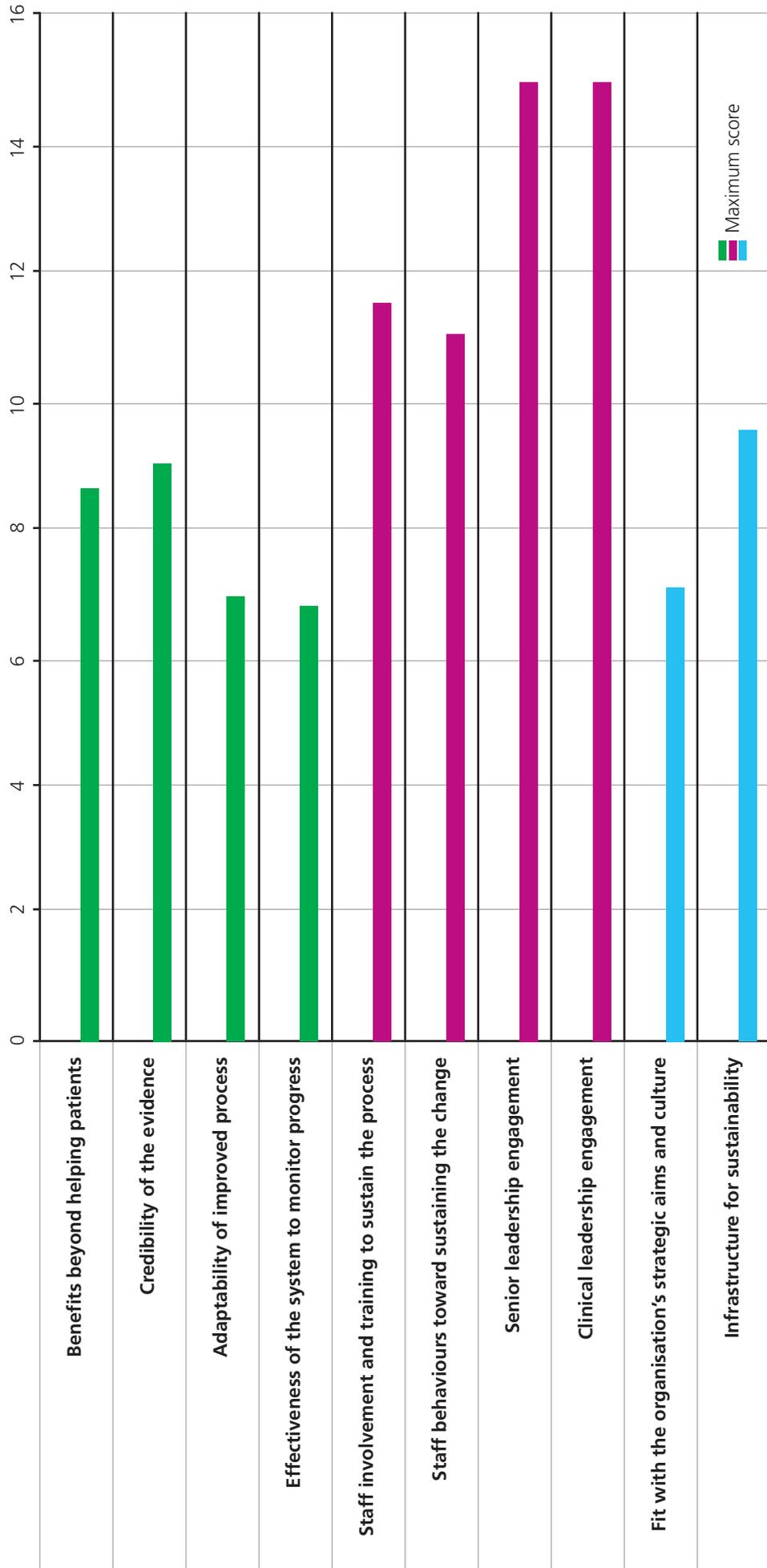
Plot your scores on the portal diagram to see the potential for improvement.



Bar chart

Figure 3: Example of a completed bar chart diagram







0	5	-			-			
---	---	---	--	--	---	--	--	--

SaarPHIR-Fragebogen der Universität des Saarlandes zu Ihren Strukturen der Arzneimittelversorgung und zur Arzneimitteltherapiesicherheit

Ziel dieses Fragebogens:

Diese Befragung ist Teil der wissenschaftlichen Begleitung des auf drei Jahre angelegten Projekts SaarPHIR (Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelmäßig) und findet in allen Pflegeeinrichtungen statt, die Ihre Projektteilnahme zugesagt haben. Ihre Einrichtung gehört hierzu. Ziel des Projekts SaarPHIR ist es, die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen und die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten zu verbessern sowie zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) beizutragen. In dieser Befragung sammeln wir Erkenntnisse über die Strukturen, Prozesse und Vorgehensweisen in der Versorgung Ihrer Bewohner/-innen mit Arzneimitteln und zur Sicherstellung der AMTS. Diese Befragung findet in sechs Monaten erneut statt.

Hinweise zum Ausfüllen dieses Fragebogens und zur Lesbarkeit:

Bitte geben Sie auf Seite 2 zunächst das Datum an (siehe Kopfzeile), an dem Sie diesen Fragebogen ausfüllen. Bitte beantworten Sie jede Frage durch Ankreuzen, Angabe eines Zahlenwertes und/oder Ausfüllen des Textfeldes. Kreuzen Sie bei Auswahlfeldern bitte stets die Kategorie an, die auf Ihre Einrichtung am besten zutrifft. Fragen mit Mehrfachnennung sind explizit als solche gekennzeichnet. Falls Ihnen bei Textfeldern der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie bitte zusätzlich das Freitextfeld auf dieser Seite und vermerken dies. Bitte nutzen Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens stets einen gut sichtbaren Stift. Verwenden Sie keinen Bleistift. Bitte senden Sie diesen Fragebogen im Original zurück. Ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit wird in diesem Dokument bei entsprechenden Bezeichnungen lediglich die männliche Schreibform verwendet.

Rückversand des Fragebogens:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen zeitnah nach Erhalt aus. Senden Sie diesen Fragebogen bitte innerhalb von 14 Tagen ausgefüllt im beiliegenden frankierten Rückumschlag an die htw saar (z. Hd. Frau Dagmar Renaud, Institut für Gesundheitsforschung und – technologie, Goebenstr. 40, 66117 Saarbrücken) zurück.

Kontaktperson:

Als Ansprechpartner für Fragen steht Ihnen Herr Apotheker Markus Müller von der Universität des Saarlandes gerne telefonisch oder per Mail zur Verfügung.

Markus Alexander Müller, Apotheker und Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Klinische Pharmazie an der Universität des Saarlandes, Campus C2 2, 66123 Saarbrücken
Telefon: 0681/302-2284, Mail: markus.mueller@uni-saarland.de

Freitextfeld:



1. Allgemeine Strukturen Ihrer Pflegeeinrichtung

1.1 Wie viele Pflegeplätze gibt es in Ihrer Pflegeeinrichtung?

_____ (Anzahl)

Bitte unterteilen Sie diese in:

Plätze „Vollstationäre Bereiche“: _____ (Anzahl); Plätze „Betreutes Wohnen“: _____ (Anzahl)

1.2 Wie viele Bewohner leben zum Erhebungszeitpunkt in Ihrer Pflegeeinrichtung?

_____ (Anzahl)

Bitte unterteilen Sie diese in:

„Vollstationäre Bereiche“: _____ (Anzahl); „Betreutes Wohnen“: _____ (Anzahl)

1.3 Wie viele Ihrer Bewohner sind in Deutschland gesetzlich krankenversichert (GKV-Patient)?

_____ (Anzahl)

1.4 Wie viele Ihrer Bewohner sind in SaarPHIR mit einer Teilnahmeerklärung eingeschrieben?

_____ (Anzahl)

Bitte unterteilen Sie diese in:

„Vollstationäre Bereiche“: _____ (Anzahl); „Betreutes Wohnen“: _____ (Anzahl)

2. Arzneimittelversorgung Ihrer Pflegeeinrichtung durch Apotheken

2.1 Durch wie viele Apotheken mit Heimversorgungsvertrag wird Ihre Pflegeeinrichtung versorgt?

_____ (Anzahl)

2.2 Wie viele Bewohner werden durch Apotheken mit Heimversorgungsvertrag beliefert?

_____ (Anzahl)

2.3 Wie oft beliefern heimversorgende Apotheken Ihre Pflegeeinrichtung im Mittel wöchentlich?

_____ (Anzahl pro Woche)

3. Arzneimitteltherapie, Informationen zu Arzneimitteln und Medikationsplan

3.1 Wie viele Bewohner besitzen einen Medikationsplan?

_____ (Anzahl)

3.1.1 Wie liegen die Medikationspläne in Ihrer Pflegeeinrichtung vor?

Auf Papier

Elektronisch

3.1.2 Wer aktualisiert die Medikationspläne Ihrer Bewohner bei Änderung der Arzneimitteltherapie? (Mehrfachnennung)

Arzt

Apotheke

Andere: _____

„Medikationspläne sollten bei Änderungen in der Arzneimitteltherapie angepasst werden.“

3.1.3 Bei wie vielen Bewohnern liegt das Datum der Erstellung bzw. letzten Aktualisierung des Medikationsplans innerhalb der letzten 6 Monate (seit Mai 2019)?

_____ (Anzahl)

3.1.4 Übergibt Ihre Pflegeeinrichtung Ärzten auf Visite den Ihnen vorliegenden Medikationsplan der Bewohner? Ja Nein



3.2 Für wie viele Bewohner gibt es eine bewohnerspezifische Liste der behandelnden Ärzte? _____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> Bisher nicht vorgesehen
3.3 Für wie viele Bewohner gibt es eine bewohnerspezifische Liste, die regelmäßig zu prüfende potentielle Nebenwirkungen der Arzneimitteltherapie aufführt? _____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> Bisher nicht vorgesehen
3.4 Für wie viele Bewohner gibt es eine bewohnerspezifische Liste der relevanten Diagnosen? _____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> Bisher nicht vorgesehen
3.5 Für wie viele Bewohner verfügt Ihre Pflegeeinrichtung über Laborberichte? _____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> Vorlage nur nach Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Bisher nicht vorgesehen
3.5.1 Von wie vielen Bewohnern wurde in den vergangenen 6 Monate (seit Mai 2019) ein Nierenfunktionsparameter (KREA/Scr oder GFR) bestimmt? (KREA/Scr => Serum-Kreatinin oder GFR => Glomeruläre Filtrationsrate) _____ (Anzahl)
3.6 Für wie viele Bewohner wurde in den vergangenen 6 Monaten (seit Mai 2019) eine AMTS-Prüfung der Arzneimittel durchgeführt? (das heißt eine systematische Prüfung u.a. auf Wechselwirkungen, Indikation, Dosierung) _____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> Keine Dokumentation in der Pflegeakte <input type="checkbox"/> Bisher nicht vorgesehen
3.7 Wen kontaktiert Ihre Pflegeeinrichtung bei Fragen zu den Arzneimitteln Ihrer Bewohner? (Mehrfachnennung) <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Apotheker Andere: _____
3.8 Wie viele Bewohner wenden rezeptfreie Arzneimittel in Eigenregie an? _____ (Anzahl)
3.9 Wie oft hat Ihre Einrichtung in den letzten 6 Monaten (seit Mai 2019) Arzneimittel aus einer notdiensthabenden Apotheke besorgen müssen? _____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> Niemals erforderlich gewesen
3.9.1 Wie vielen Ihrer Bewohner wurden in den letzten 6 Monaten (seit Mai 2019) Arzneimittel verschrieben, die Ihre Einrichtung aus einer notdiensthabenden Apotheke besorgen musste? _____ (Anzahl)
4. <u>Arzneimittel-Dokumentation und Bedarfsmedikation</u>
<i>"Bedarfsmedikamente" sind Arzneimittel, die nicht regelmäßig eingenommen werden, sondern nur bei akutem Auftreten einer vordefinierten Symptomatik Anwendung finden (z.B. akute Schmerzen).</i>
4.1 Wie dokumentiert Ihre Pflegeeinrichtung die Ausgabe der Arzneimittel an die Bewohner? <input type="checkbox"/> Auf Papier <input type="checkbox"/> Elektronisch <input type="checkbox"/> Keine Dokumentation Andere: _____

<p>4.2 Bei wie vielen Bewohnern wurden in den letzten 6 Monaten (seit Mai 2019) Nebenwirkungen der Arzneimitteltherapie dokumentiert?</p> <p>_____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> Bisher nicht vorgesehen</p>
<p>4.3 Bei wie vielen Bewohnern beinhaltet die Arzneimitteltherapie eine Bedarfsmedikation?</p> <p>_____ (Anzahl)</p>
<p>4.3.1 Wie viele Bewohner erhielten in den letzten 6 Monaten (seit Mai 2019) mindestens einmal ein Arzneimittel aus Ihrer Bedarfsmedikation?</p> <p>_____ (Anzahl)</p>
<p>4.4 Dokumentiert Ihre Pflegeeinrichtung die Abgabe von Bedarfsmedikamenten mit Grund und Wirksamkeit?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wo: _____</p>
<p>4.5 Wer fällt bei Ihnen die Entscheidung zur Aushändigung einer Bedarfsmedikation an einen Bewohner? (Mehrfachnennung)</p> <p><input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Examierte Pflegekraft <input type="checkbox"/> Arzt Andere: _____</p>
<p>4.6 Bei wie vielen Bewohnern wurde die Bedarfsmedikation in den letzten 6 Monaten (seit Mai 2019) nachweislich (schriftlich dokumentiert) auf ihre Aktualität geprüft?</p> <p>_____ (Anzahl)</p>
<p>5. <u>Bereitstellung von Arzneimitteln in Ihrer Pflegeeinrichtung</u></p> <p><i>Unter "Stellen" versteht man die patientenbezogene manuelle Vorbereitung von Fertigarzneimitteln in wiederverwendbaren Behältnissen (Tages-/ Wochendosette) für definierte Einnahmezeitpunkte im Voraus.</i></p> <p><i>"Verblistern" unterscheidet sich vom „Stellen“ darin, dass die Arzneimittel je Dosierzeitpunkt in nicht wiederverwendbaren Einzelverpackungen („Blister“) für definierte Einnahmezeitpunkte abgepackt werden. Dies kann sowohl manuell als auch maschinell erfolgen.</i></p>
<p>5.1.1 Für wie viele Bewohner erhält Ihre Pflegeeinrichtung die Arzneimittel als Blister?</p> <p>_____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> Kein Blistern (Weiter mit 5.2)</p>
<p>5.1.2 Was wird geblistert? (Mehrfachnennung)</p> <p><input type="checkbox"/> Ganze Tabletten <input type="checkbox"/> Halbe Tabletten <input type="checkbox"/> Flüssigkeiten</p>
<p>5.1.3 Für jeweils wie viele Tage im Voraus erhalten Sie die Blister?</p> <p>_____ (Anzahl Tage)</p>
<p>5.2 Für wie viele Bewohner werden die Arzneimittel in Ihrer Pflegeeinrichtung gestellt?</p> <p>_____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> Kein Stellen</p>
<p>5.2.1 Wer stellt die Arzneimittel? (Mehrfachnennung)</p> <p><input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> Examierte Pflegekraft <input type="checkbox"/> Alle Mitarbeiter Ihrer Pflegeeinrichtung</p> <p>Wer noch: _____</p>
<p>5.2.2 Für jeweils wie viele Tage im Voraus werden die Arzneimittel in Ihrer Pflegeeinrichtung gestellt?</p> <p>_____ (Anzahl Tage)</p>
<p><u>Vielen Dank, dass Sie sich Zeit zum Ausfüllen dieses SaarPHIR-Fragebogens genommen haben!</u></p>

3.4 Laborparameter außer GFR, Scr:

 Andere Laborparameter vorhanden: Ja Nein

Welche: _____

4. Medikationsprüfung im Detail: (Mehrfachnennung)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einbezug des Alters | <input type="checkbox"/> Arzneimittel ohne Indikation |
| <input type="checkbox"/> Einbezug von Allergien | <input type="checkbox"/> Indikation ohne Arzneimittel |

4.1 Dosierungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wirkstärke | <input type="checkbox"/> Applikationsfrequenz |
| <input type="checkbox"/> Einnahmezeitpunkt | <input type="checkbox"/> Einnahmehinweise |

4.2 Wechselwirkungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Raucherstatus vermerkt | <input type="checkbox"/> Mehrere QT-Zeit verlängernde Arzneimittel (AM) |
| <input type="checkbox"/> Mehrere anticholinerge AM | <input type="checkbox"/> Kontraindikation durch Komorbiditäten |

4.3 Indikation:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abgleich mit Diagnosen | <input type="checkbox"/> Prüfung auf Doppelverordnungen |
|---|---|

4.4 Patientenalter:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prüfung auf nicht-altersgerechte Arzneimittel | | |
| <u>Instrument:</u> | <input type="checkbox"/> FORTA-Liste | <input type="checkbox"/> PRISCUS-Liste |
| <input type="checkbox"/> Arztsoftware | <input type="checkbox"/> Software einer Apotheke | <input type="checkbox"/> Keine Angabe |

Welches: _____

4.5 Anwendung der Bedarfsmedikation ist dokumentiert:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bedarfsgrund | <input type="checkbox"/> Anwendungshäufigkeit in den letzten 6 Monaten (seit Mai 2019) |
| <input type="checkbox"/> Wirksamkeit bei Anwendung | |

4.6 Konsequenz aus der AMTS-Prüfung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Absetzung von Arzneimitteln nach der Medikationsprüfung | |
| <input type="checkbox"/> Absetzungsgrund dokumentiert | <input type="checkbox"/> Absetzungsgrund nicht dokumentiert |
| <input type="checkbox"/> Neuverordnung von Arzneimitteln nach der Medikationsprüfung | |

4.7 Arzneimittelanzahl:

Vor der AMTS-Prüfung: _____

Nach der AMTS-Prüfung: _____

5. Durchführung der Medikationsprüfung: (Mehrfachnennung)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allein | <input type="checkbox"/> Mit Apotheker | <input type="checkbox"/> Mit Apothekensoftware |
| <input type="checkbox"/> Mit anderem Arzt | <input type="checkbox"/> Mit Arztsoftware | <input type="checkbox"/> Keine Angabe |

Womit: _____

5.1 Rücksprache eingeholt/ Gespräch mit:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewohner/ Betreuer/ Angehöriger | <input type="checkbox"/> Pflegepersonal | <input type="checkbox"/> AMTS-Pflegefachkraft |
| | <input type="checkbox"/> Facharzt | <input type="checkbox"/> Keine Angabe |

6. Dokumentation der Medikationsprüfung: (Mehrfachnennung)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> In der Pflegeakte des Bewohners | <input type="checkbox"/> Keine Doku in der Pflegeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Auf dem Medikationsplan des Bewohners | |

Wo sonst: _____

 Medikationsplan nach der AMTS-Prüfung neu erstellen : Ja Nein

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP) | <input type="checkbox"/> Format ungleich BMP |
|--|--|

7. Anlagen

-
- Kopie des aktuellen Medikationsplans

GFR-Wert [ml/min]: _____

Anderer Nierenfunktionsparameter: _____

7.1 Verwendete Materialien/ Ansatzpunkte:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegeakte | <input type="checkbox"/> Gespräch mit Pflegekraft |
|-------------------------------------|---|

 Medikationsplan Sonstige: _____

7.2 Bei durchgeführter Medikationsprüfung:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Kopie des Medikationsplans vor der AMTS-Prüfung |
| <input type="checkbox"/> Kopie des Medikationsplans nach der AMTS-Prüfung |



Fragebogen-Nummer:

1

2

 -

--

--

 -

--

--

--

 -

--

--

--

--

8. Anmerkungen:

Selektionskriterien für Interventions- und Kontrollgruppe

Es sollen alle Versicherten einbezogen werden, die

zwischen Projektmonat 1 bis einschließlich Projektmonat 37 (April 2018 - April 2021) in einer im Saarland befindlichen Pflegeeinrichtung gelebt haben, die mindestens 50 Bewohnerplätze vorsieht (Auswertungspopulation über alle Projektphasen und Analyseformen (z.B. Sensitivitätsanalyse))

und

einen Pflegegrad besitzen

Es gibt keine weiteren Ein-oder Ausschlusskriterien.

Die in den folgenden Tabellenblättern aufgeführten Datensätze dieser Versicherten sollen für die **Jahre 2018, 2019, 2020 sowie 2021 (Jan-Apr)** geliefert werden.

Der Umfang der Datenlieferung richtet sich nach der Verfügbarkeit der Daten in den einzelnen Leistungsbereichen (z.B. für Projektmonat 34 - 37 (Jan bis Apr 2021) voraussichtlich keine Daten zur ambulanten Versorgung verfügbar)

hellgrau hinterlegt Leistungsbereichübergreifender Primärschlüssel

dunkelgrau hinterlegt Primärschlüssel innerhalb eines Leistungsbereichs

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

Stammdaten			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
IK9_PSN2	6	alphanumerisch	Einrichtung IK Pflegeheim
KRANKENKASSE	2	alphanumerisch	Name der Krankenkasse (B=Barmer, A=AOK, I= IKK, BK=BKK, T=TK, D=DAK, S=SfLFG)
GEBURTSJAHR	2	numerisch	Geburtsjahr (JJJJ)
TOD_DATUM	4	DATUM	Todesdatum (JJJJMM)
TOD		numerisch	0=nein, 1=ja
GESCHL	5	alphanumerisch	Geschlecht (m=männlich; w=weiblich; u=unbekannt)
TEIL_START	10	DATUM (8)	Beginn der Teilnahme
TEIL_STOPP	11	DATUM (8)	Ende der Teilnahme
VERS_TAGE	12	numerisch	Versichertentage im Kalenderjahr vor Einschreibung

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

Versicherungszeiten			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
VERS_START	8	DATUM (8)	Beginn der Versicherungszeit im Studienzeitraum, Vers_start= 20180401 (JJJJMMTT) bei Versicherten mit Versicherungsbeginn vor oder am 1.4.2018
VERS_STOPP	9	DATUM (8)	Ende der Versicherungszeit im Studienzeitraum, Vers_stopp = . (JJJJMMTT) bei Versicherten mit Beendigung nach dem Studienende (31.12.2020)
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

ärztliche Leistungen - Fälle			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	3	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
BSNR7_PSN2	5	alphanumerisch	Betriebsstättennummer
JAHR	1	numerisch (4)	Berichtsjahr
QUARTAL	2	numerisch (1)	Berichtsquartal
FALLNR	4	numerisch	Behandlungsfallnummer
BEH_VON	6	DATUM (8)	Beginn des Abrechnungsfalles (JJJJMMTT)
BEH_BIS	7	DATUM (8)	Ende des Abrechnungsfalles (JJJJMMTT)
PUNKTZAHL	8	numerisch	Summe der abgerechneten Leistungen, die in Punkten bewertet werden je Fall (sprich: Anzahl Punkte)
KOSTEN	9	numerisch	Summe der zusätzlichen abgerechneten Leistungen, die in Euro bewertet werden je Fall (zusätzliche budgetierte Leistungen)
DIALYSE	10	numerisch	Dialysesachkosten je Fall, in Euro
EXTRABUD	11	numerisch	Extrabudgetäre Leistungen je Fall, in Euro
INANSPRUCHNAHME	12	alphanumerisch	Behandlungsart: O: Originalschein; M: Mitbehandlung; N: Notfall; V: Vertretung; Z: Zielauftrag; K: Konsiliarauftrag;
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

ärztliche Leistungen - Diagnosen			
Name	ID	Type	Comments
FALLNR	2	numerisch	Behandlungsfallnummer
ICD_LOK	5	alphanumerisch (1)	Seitigkeit der Diagnose (Links, Rechts, Beidseitig; i. a. letztes Zeichen des ICD-Codes)
ICD_QUAL	6	alphanumerisch (1)	Diagnosekennzeichen (Ausschluss, Verdacht auf, Zustand nach, Gesichert; i. a. vorletztes Zeichen des ICD-Codes)
ICD	7	alphanumerisch (6)	Diagnose ohne Seitigkeit und ohne Kennzeichen (siehe ICD_LOK und ICD_QUAL)
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

ärztliche Leistungen - Gebührenordnungspositionen			
Name	ID	Type	Comments
LANR7_PSN2	5	alphanumerisch	Lebenslange Arztnummer (siebenstellig, ohne Fachgruppe)
FALLNR	2	numerisch	Behandlungsfallnummer
GONR	5	alphanumerisch (7)	Gebührenordnungsposition (auch EBM-Nummer genannt)
BEHANDLUNGSDATUM	6	DATUM (8)	Format: JJJJMMTT
FG	7	alphanumerisch (2)	Facharztgruppe
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

ärztliche Leistungen - Prozedurenschlüssel			
Name	ID	Type	Comments
FALLNR	2	numerisch	Behandlungsfallnummer
OPS	5	alphanumerisch (8)	Ohne Seitenangabe (siehe OPS_LOK)
OPS_LOK	6	alphanumerisch (1)	Lokalisation / Diagnose: "L" = links "R" = rechts "B" = beide
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Arzneimittelverordnungen und Hilfsmittel aus Apotheken			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
IK9_PSN2	9	alphanumerisch	abrechnendes Apotheken-IK
LANR7_PSN2	5	alphanumerisch	Lebenslange Arztnummer (siebenstellig, ohne Fachgruppe)
PZN	2	numerisch	Pharmazentralnummer oder Hilfsmittelnummer
MULT	3	numerisch	Multiplikationsfaktor (Anzahl)
DATUM_VO	4	DATUM (8)	Verordnungsdatum Format: JJJJMMTT
DATUM_AB	5	DATUM (8)	Abgabedatum Format: JJJJMMTT
FG	6	alphanumerisch (2)	Facharztgruppe des Verordners
KOSTEN	7	numerisch	Kosten (Taxe) der entsprechenden Position (in Euro)
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

ambulante Krankenhausleistungen - Fälle, Leistungen nach 115b-120			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
IK9_PSN2	6	alphanumerisch	Einrichtung IK Krankenhaus
ID	2	numerisch	Fall-ID
LEISTART	3	alphanumerisch	s. nachstehende Tabelle Leistungsart
LEISTUNG_VON	4	DATUM (8)	Tag des Zugangs (JJJJMMTT)
LEISTUNG_BIS	5	DATUM (8)	Entlassungsdatum JJJJMMTT (entspricht bei ambulantem Operieren dem OP_DATE aus stationärer KH_OPS)
KH_AMB_TAG		numerisch	berechnet: KH_AMB_TAG=Leistung_bis - Leistung_von (mit Ausnahme TK-Daten)
KOSTEN	6	numerisch	Fallkosten
LEISTUNG_BIS_M	5	DATUM (6)	TK original Entlassungsdatum JJJJMM
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Leistungsart

LEISTART	Inhalt
115B	amb. Operieren
116B	amb. Behandlung
117	Hochschulambulanz
118	psych. Institutsambulanz
119	sozialpäd. Zentrum
120_A	Kinderspezialambulanzen

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

ambulante Krankenhausleistungen - Diagnosen			
Name	ID	Type	Comments
ID	1	numerisch	Fall-ID
ICD_LOK	2	alphanumerisch (1)	Seitigkeit der Diagnose (Links, Rechts, Beidseitig; i. a. letztes Zeichen des ICD-Codes)
ICD_QUAL	3	alphanumerisch (1)	Diagnosekennzeichen (Ausschluss, Verdacht auf, Zustand nach, Gesichert; i. a. vorletztes Zeichen des ICD-Codes)
ICD	4	alphanumerisch (6)	Diagnose ohne Seitigkeit und ohne Kennzeichen (siehe ICD_LOK und ICD_QUAL)
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

ambulante Krankenhausleistungen - Prozedurenschlüssel			
Name	ID	Type	Comments
ID	1	numerisch	Fall-ID
OPS	2	alphanumerisch (8)	Ohne Seitenangabe (siehe OPS_LOK)
OPS_LOK	3	alphanumerisch (1)	Lokalisation / Diagnose: "L" = links "R" = rechts "B" = beide
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

ambulante Krankenhausleistungen - Gebührenordnungspositionen			
Name	ID	Type	Comments
LANR7_PSN2	5	alphanumerisch	Lebenslange Arztnummer (siebenstellig, ohne Fachgruppe)
ID	1	numerisch	Fall-ID
GONR	2	alphanumerisch (8)	Gebührenordnungsposition (auch EBM-Ziffer genannt)
GONR_ANZAHL	3	numerisch	Anzahl dieses Entgeltes
BEHANDLUNGSTAG	4	DATUM (8)	Tag der Behandlung (JJJJMMTT)
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

stationäre Krankenhausleistungen - Fälle			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
IK9_PSN2	6	alphanumerisch	Einrichtung IK Krankenhaus
FID	2	alphanumerisch	Fall-ID
AUFN_DATUM	3	DATUM (8)	Aufnahmedatum JJJJMMTT
ENTLASS_DATUM	4	DATUM (8)	Entlassungsdatum JJJJMMTT
KH_TAG		numerisch	brechnet KH_TAG=ENTLASS_DATUM-AUFN_DATUM (mit Ausnahme TK-Daten)
AUFN_GRUND	5	alphanumerisch (2)	nach Technischer Anlage 2 Schlüssel 1 (1. und 2. Stelle)
AUFN_STATUS	6	alphanumerisch (2)	nach Technischer Anlage 2 Schlüssel 1 (3. und 4. Stelle)
AUFN_FA	7	alphanumerisch (4)	Aufnehmende Fachabteilung (Schlüssel)
ENTL_GRUND	8	alphanumerisch (2)	nach Technischer Anlage 2 Schlüssel 5 (1. und 2. Stelle)
ENTL_STATUS	9	alphanumerisch (1)	nach Technischer Anlage 2 Schlüssel 5 (3. Stelle)
ENTL_FA	10	alphanumerisch (4)	Entlassende Fachabteilung (Schlüssel)
DRG_PEPP	12	alphanumerisch	vom Krankenhaus gemeldete DRG- Entgelt
KOSTEN	13	numerisch	gezahlte Kosten (in Euro)
ENTLASS_DATUM_M	4	DATUM (8)	TK original Entlassungsdatum JJJJMM
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

stationäre Krankenhausleistungen - Diagnosen			
Name	ID	Type	Comments
FID	2	alphanumerisch	eindeutiger Schlüssel für referentielle Integrität (KH_ICD, KH OPS)
ICD	3	alphanumerisch (6)	Diagnose ohne Seitigkeit (siehe ICD_DIAG_LOK)
ICD_LOK	4	alphanumerisch (1)	Lokalisation / Diagnose: "L" = links "R" = rechts "B" = beide
ICD_ART	5	numerisch (1)	Art der ICD-Angabe: 1 = Entlassung/Verlegungsdiagnose, 2 = Hauptdiagnose 3 = Aufnahmediagnose 4 = Einweisungsdiagnose 5 = Nebendiagnose
ICD_WERTIGKEIT	9	alphanumerisch (1)	P = primär, S = sekundär
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

stationäre Krankenhausleistungen - Prozedurenschlüssel			
Name	ID	Type	Comments
FID	2	alphanumerisch	eindeutiger Schlüssel für referentielle Integrität (KH_ICD, KH OPS)
OPS	3	alphanumerisch (8)	OPS ohne Seitenlokalisierung (siehe OPS_LOK)
OPS_LOK	4	alphanumerisch (1)	Lokalisation / Diagnose: "L" = links "R" = rechts "B" = beide
OP_DATUM	5	DATUM (8)	Format: JJJJMMTT

Pflege			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
PFL_GRD	2	numerisch (1)	Pflegegrad
PFL_ST_VON	3	DATUM (8)	Pflegegrad ab JJJJMMTT
PFL_ST_BIS	4	DATUM (8)	Pflegegrad bis JJJJMMTT
PFL_TAG			brechnet $PFL_TAG = PFL_BIS - PFL_VON$ (mit Ausnahme TK-Daten)
LEI_ART	6	alphanumerisch	Leistungsart Pflege
LEI_VON	7	DATUM (8)	Leistungsbeginn JJJJMMTT (bei Aufwendungen sind von und bis identisch)
LEI_BIS	8	DATUM (8)	Leistungsende JJJJMMTT
LEI_TAG		DATUM (8)	brechnet $LEI_TAG = LEI_BIS - LEI_VON$ (mit Ausnahme TK-Daten)
LEI_BIS_M		numerisch (1)	TK: neue Variable für original Wert aus LEI_BIS (JJJMM)
PFL_ST_BIS_M		numerisch (1)	TK: neue Variable für original Wert aus PFL_ST_BIS (JJJMM)
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse
Hinweis: Bitte für LEI_ART ein Schlüsselverzeichnis mitliefern.			

LEI_ART

- 40 Pflegesachleistungen
- 41 Pflegegeld
- 42 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- 43 Maßnahmen zur Verbesserung des indiv. Wohnumfelds *)
- 44 Pflegekräfte
- 45 Leistungen für Pflegepersonen und bei Pflegezeit
- 46 Häusliche Beratungseinsätze
- 47 Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§45b SGB XI)
- 48 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
- 49 Pflegeberatung
- 50 Tagespflege und Nachtpflege
- 51 Kurzzeitpflege
- 52 Vollstationäre Pflege (ohne 53 und 54)
- 53 Zuschuss für vollstationäre Pflege
- 54 teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege
- 55 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- 56 Persönliches Budget nach §17 SGB IX
- 58 Aufwendungen für Leistungen im Ausland
- 59 Gebärdensprachdolmetscher

Fahrkosten			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
TRANSPORT_VON	2	DATUM (8)	Beginn des Transports (JJJJMMTT)
TRANSPORT_BIS	3	DATUM (8)	Ende des Transportes (JJJJMMTT)
TRANSPORT_KZ	4	numerisch	Art des Transports (z.B. KTW, Taxi, Notarzt), die ersten 3 Stellen der Kontierung
KOSTEN	5	numerisch	Abgerechnete Kosten (in Euro)
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Hinweis: Bitte für die Position TRANSPORT_KZ ein Schlüsselverzeichnis mitliefern.

Transport_KZ

492	Flugrettung
493	KTW
494	RTW
495	NAW
496	Taxi/Mietwagen
499	sonstige

Reha			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
REHA_VON	2	DATUM (8)	Format: JJJJMMTT
REHA_BIS	3	DATUM (8)	Format: JJJJMMTT
REHA_TAG		numerisch	berechnet: REHA_TAG= REHA_VON - REHA_BIS (mit Ausnahme TK-Daten)
REHA_ART	4	numerisch	Art der Maßnahme (vor allem wichtig, um ambulant und stationär zu unterscheiden)
KOSTEN	5	numerisch	Abgerechnete Kosten (in Euro)
ART_VERSORGUNG		numerisch	Art der Rehavversorgung
REHA_BIS_M		numerisch	original Datum Format: JJJJMM ->15. ergänzt
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Hinweis: Alle (sowohl ambulante als auch stationäre) Rehabilitationen zusammenfassen. Bitte für die REHA_ART ein Schlüsselverzeichnis mitliefern.

Schlüssel zur Reha-Verfahrensart entsprechend Anlage 3 zur DTA §301(4)-Vereinb. SGBV, 1. und 2. Stelle des Entgeltschlüssels.

- 71 Anschlussrehabilitation
- 72 normales Reha-Verfahren
- 78 Kombibehandlung
- 81 medizinische Vorsorgemaßnahme nach § 23 SGB V im Rahmen des DMP
- 82 medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V im Rahmen des DMP
- 85 medizinische Rehabilitation nach § 23 SGB V im Rahmen der integrierten Versorgung
- 86 medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V im Rahmen der integrierten Versorgung
- 87 Anschluss-Rehabilitation nach § 40 SGB V i.R. der IV
- 91 Medizinische Vorsorgeleistung nach § 23 SGB V
- 92 medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V
- 93 Anschlussrehabilitation / Anschlussheilbehandlung nach § 40
- 94 medizinische Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 SGB V
- 95 medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 S

Schlüssel: ART_VERSORGUNG

- ID - Bezeichnung
- 1 - stationäre Reha
- 2 - ganztägig Ambulant
- 3 - ambulant
- 4 - mobil
- 5 - Kombinationsbehandlung
- 99 - missing

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

Heilmittel			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
BEH_VON	2	DATUM (8)	Beginn der Leistung (JJJJMMTT)
BEH_BIS	3	DATUM (8)	Ende der Leistung (JJJJMMTT)
HEILM_POS	5	numerisch	Bundeseinheitliche Heilmittelpositionsnummer
FG	6	alphanumerisch (2)	Facharztgruppe des Verordners
KOSTEN	7	numerisch	Abgerechnete Kosten (in Euro)
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

Hilfsmittel aus Sanitätshäusern			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
TAG_ABG	2	DATUM (8)	Tag der Abgabe (JJJJMMTT)
TAG_VO	3	DATUM (8)	Tag der Verordnung (JJJJMMTT)
HILFSM_POS	5	alphanumerisch (...10)	Hilfsmittelpositionsnummer lt. Hilfsmittelverzeichnis vom GKV-Spitzenverband
MULT	3	numerisch	Multiplikationsfaktor (Anzahl)
FG	6	alphanumerisch (2)	Facharztgruppe des Verordners
KOSTEN	7	numerisch	Abgerechnete Kosten (in Euro)
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Zahnarzt			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
ABRECHNUNGSQUARTAL	2	alphanumerisch (5 = JJJJQ)	Das Abrechnungsquartal wird durch KV geliefert mit den Inhalten z.B. 01.04.2018, 01.07.2018 etc.. Jetzt ist aus 01.04.2018 zu liefern JJJJQ = 20182 .
BEREICH	3	numerisch (1)	Leistungsbereich: 1) Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, 2) Behandlung von Parodontopathien und 3) Zahnersatz und Zahnkronen
GELDBETRAG	4	numerisch	Fallkosten
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Hinweis: Die Daten der zahnärztlichen Versorgung sind etwas anders aufgebaut als die ambulant-ärztlichen. Hier gibt es zwar auch jeweils Fall- und Leistungsdaten, jedoch insgesamt 3 Leistungsbereiche: 1) Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, 2) Behandlung von Parodontopathien und 3) Zahnersatz und Zahnkronen. Bitte daraus einen gemeinsamen Datensatz erstellen, da für uns die Einzelleistungen weniger relevant sind, sondern viel mehr die Kosten der einzelnen Leistungsbereiche.

Apotheke			
Name	ID	Type	Comments
IK9_PSN2	1	alphanumerisch	abrechnendes Apotheken-IK
JAHR	3	numerisch (4)	Berichtsjahr (VO-Datum)
QUARTAL	4	numerisch (1)	Berichtsquartal (VO-Datum)
UMSATZ	2	numerisch	Gesamtumsatz der Apotheke im Berichtszeitraum
REZEPTE	10	numerisch	Rezeptanzahl der Apotheke im Berichtszeitraum
KRANKENKASSE		text	Name der Krankenkasse

Apothekenbezogene Daten (Umsatz + Anzahl der Rezepte der Apotheke [mit der KK des jeweilig Versicherten]) benötigen wir für alle Pflegeheimbewohner („Versicherten“) des Saarlandes (die Sekundärdaten-Evaluation umfasst schließlich alle saarländischen Pflegeheimbewohner*innen). Wird ein Bewohner durch mehrere Apotheken zugleich versorgt, benötigen wir die Daten, aller jeweils beliefernden Apotheken und zwar unabhängig des Ortes, an dem sich die Apotheke befindet (Saarland, RLP, andere Bundesländer, Ausland). Einem Versicherten können also im Reiter Apotheken mehrere Datensätze zugewiesen sein.

Anhang 9 zum Evaluationsbericht SaarPHIR 01NVF17006: Datensatzbeschreibung

KV_DATEN			
Name	ID	Type	Comments
KVNR10_PSN2	1	alphanumerisch	Versichertenpseudonym oder Studien-ID
BSNR_PSN2	2	alphanumerisch	Betriebsstättennummer
LANR7_PSN2	3	alphanumerisch	Lebenslange Arztnummer (siebenstellig, ohne Fachgruppe)
JAHR	4	numerisch (4)	Berichtsjahr
QUARTAL	5	numerisch (1)	Berichtsquartal
GEBURTSJAHR	6	numerisch	Geburtsjahr (JJJJ)
VG	7	numerisch	Versorgungsgemeinschaft?
BEHANDLUNGSDATUM	8	numerisch	Datum der Behandlung (MMJJJJ)
GONR	9	alphanumerisch	GONR des Selektivvertrages
GONR_BEZ	10	alphanumerisch	Bezeichnung der GONR
ANZAHL	11	numerisch	Anzahl der Leistungen Entgeltes
EINZELPREIS	12	numerisch	gezahlte Kosten pro Leistung (in Euro)
BETRAG	13	numerisch	gezahlte Gesamtkosten pro Fall (in Euro)
VKNR	14	numerisch	Nummer der Krankenkasse