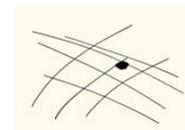


Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführer:	Marienhaus GmbH
Förderkennzeichen:	01NVF17047
Akronym:	HandinHand
Projekttitel:	Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand - ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region
Autoren:	Prof. Dr. Gunther Lauven, Elena Faber, Silke Doppelfeld, Stefanie Klein
Förderzeitraum:	1. Juli 2019 – 30. Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	5
II.	Abbildungsverzeichnis.....	7
III.	Tabellenverzeichnis.....	9
1.	Zusammenfassung	11
2.	Beteiligte Projektpartner	15
3.	Projektziele.....	16
3.1.	Hintergrund.....	16
3.1.1.	Ausgangslage, Zielsetzung und Indikatoren	16
3.1.2.	Beschreibung der neuen Versorgungsform	18
3.1.2.1.	Zielgruppe	18
3.1.2.2.	Kernkomponente Pflegeexperte (PE).....	18
3.2.	Ziele und Fragestellungen / Hypothesen des Projekts gemäß geltendem Arbeitsplan und geltendem Evaluations- bzw. Studienkonzept	18
3.2.1.	Ursprüngliche Projektziele	19
3.2.2.	Definierte Zielgrößen und deren Anpassung in Abstimmung mit dem Förderer	20
3.2.3.	Primärhypothesen der Effektevaluation gemäß Evaluationsbericht.....	20
3.2.4.	Sekundärhypothesen der Effektevaluation gemäß Evaluationsbericht	20
3.2.5.	Hypothesen der Prozessevaluation gemäß Evaluationsbericht	21
4.	Projektdurchführung.....	21
4.1.	Beschreibung aller Komponenten von <i>HandinHand</i>	21
4.2.	Projektdurchführung gemäß Arbeitsplan	22
4.2.1.	Beantragungen und Bescheide	22
4.2.2.	Rechtliche Aspekte	23
4.2.2.1.	Verträge.....	23
4.2.2.2.	Rechtsgrundlage	23
4.2.2.3.	Datenschutz	23
4.2.2.4.	Ethikkommissionen	23
4.2.3.	Leistungserbringung.....	23
4.2.3.1.	Beteiligte Ärzte.....	23
4.2.3.2.	Patienten	24
4.2.3.3.	Pflegeexperten-Center	25
4.2.3.4.	Pflegeexperten	25

4.2.3.5.	Leistungserbringung am Patienten	25
4.2.3.6.	Dokumentation und Berichterstattung	26
4.2.4.	Weitere Projektkomponenten	28
4.2.4.1.	Qualitätszirkel	28
4.2.4.2.	Ausbildung an der PTHV / VP-Uni	28
4.2.4.3.	Projektmanagement	29
4.2.4.4.	Marketing und Öffentlichkeitsarbeit	30
4.3.	Relevante Arbeitsplanänderungen während der Projektlaufzeit.....	30
4.3.1.	Fallzahl.....	30
4.3.1.1.	Ursprünglich geplant.....	30
4.3.1.2.	Tatsächlich erreicht, Fallzahl inkl. Drop-Outs	30
4.3.2.	Laufzeitverlängerungen	31
4.3.3.	Ereignisse und Erkenntnisse mit positiver Beeinflussung des Projektverlaufs	31
4.3.4.	Ereignisse / Erkenntnisse mit negativer Beeinflussung des Projektverlaufs.....	31
4.3.4.1.	Änderung der Interventionsregion vom Landkreis Wadern auf die Region Ahrweiler.....	31
4.3.4.2.	Auflagen und Nachforderungen der Ethikkommission	32
4.3.4.3.	Beitrittsverweigerung Gesetzliche Kassen	32
4.3.4.4.	Coronapandemie und Hochwasserkatastrophe.....	32
4.3.4.5.	Deutlich höherer Zeitaufwand	32
5.	Methodik	33
5.1.	Arbeitsprozesse der Evaluation.....	33
5.1.1.	Arbeitsprozesse der Effektevaluation	33
5.1.2.	Arbeitsprozesse der Prozessevaluation.....	34
5.1.3.	Arbeitsprozesse zu den Forschungsdaten.....	35
5.1.4.	Arbeitsprozesse zur Berichterstattung.....	35
5.2.	Details zur Effektevaluation.....	35
5.2.1.	Design.....	35
5.2.2.	Ein- und Ausschlusskriterien	36
5.2.3.	Fallzahlberechnung	36
5.2.4.	Datenerhebung und Datenbasis	36
5.2.4.1.	Datenerhebung und Dokumentation der PEs und eigene Befragungen.....	37
5.2.4.2.	Routinedaten der AOK	38
5.2.4.3.	SOEP	38
5.2.5.	Auswertestrategien und Qualitätssicherung	39
5.3.	Details zur Prozessevaluation.....	41
5.3.1.	Projektbeirat	41
5.3.2.	Design.....	42
5.3.3.	Stichprobe und Fallzahlen der Prozessevaluation.....	43
5.3.4.	Datenerhebungen und Datenbasis der Prozessevaluation	43
5.3.5.	Datenerhebungen zur Intervention	45
5.3.6.	Datenerhebungen zur Implementierung	45
5.3.7.	Datenerhebungen zu den Wirkmechanismen	45
5.3.7.1.	Struktur	45
5.3.7.2.	Hauptteilnehmende	46
5.3.7.3.	Zwischenmenschliche und (inter-)professionelle Beziehungen.....	46
5.3.8.	Datenerhebungen zu den Kontextfaktoren.....	47
5.3.8.1.	Makroebene.....	47
5.3.8.2.	Meso-Ebene	47
5.3.8.3.	Mikro-Ebene.....	48
5.3.9.	Datenerhebungen zu den Ergebnisparametern.....	48

5.3.9.1.	Rollen- und Kompetenzentwicklung	48
5.3.9.2.	Erleben der Beteiligten	48
5.3.10.	Ergänzungen zur Prozessevaluation	48
5.3.10.1.	Berücksichtigung von Betreuungsphasen von mehr als sechs Monaten.....	49
5.3.10.2.	Berücksichtigung aktueller Kontextfaktoren (COVID-19, Überschwemmung)	49
5.3.10.3.	Berücksichtigung der Berufsgruppe der Medizinische Fachangestellten	49
5.3.10.4.	Befragungen von Stakeholdern in Regionen mit anderen Versorgungsformen	50
5.3.11.	Datenerhebungsinstrumente der Prozessevaluation.....	50
5.3.12.	Auswertstrategien (inkl. Qualitätssicherung) der Prozessevaluation	51
5.4.	Details zur Kostenevaluation.....	53
5.4.1.	Design.....	53
5.4.2.	Ein- und Ausschlusskriterien und Fallzahlberechnung.....	53
5.4.3.	Datenerhebung und Datenbasis	53
5.4.4.	Auswertstrategien und Qualitätssicherung	53
6.	Projektergebnisse.....	53
6.1.	Ergebnisse der Evaluation	53
6.1.1.	Effektevaluation	53
6.1.1.1.	Primärziele	53
6.1.1.2.	Sekundärziele.....	72
6.1.2.	Prozessevaluation	87
6.1.2.1.	Übersicht Datenerhebungen.....	87
6.1.2.2.	Soziodemographische Angaben der Beteiligten	88
6.1.2.3.	Aktuelle, nicht vorhersehbare Kontextfaktoren.....	91
6.1.2.4.	Intervention	96
6.1.2.5.	Implementierung	96
6.1.2.6.	Wirkmechanismen	104
6.1.2.7.	Ergebnisparameter der Prozessevaluation	122
6.1.2.8.	Spezielle Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Intervention der Beteiligten an den Datenerhebungen im Rahmen der Prozessevaluation	125
6.1.2.9.	Förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung in die Regelversorgung.....	128
6.1.3.	Kostenevaluation.....	129
6.1.3.1.	Datenbasis.....	129
6.1.3.2.	Ergebnisse der Kostenevaluation, Übersicht Primärziele	129
6.1.3.3.	Hausärztliche Versorgung in der Praxis.....	129
6.1.3.4.	Hausbesuche durch den Hausarzt	130
6.1.3.5.	Krankenhausaufenthalte	131
6.1.3.6.	Gesamtkosten der PE-Versorgung.....	132
6.1.3.7.	Kosten für alle drei untersuchten Parameter.....	132
6.2.	Beziehung der Ergebnisse zu ursprünglich im Antrag formulierten Projektzielen.....	132
6.3.	Beziehung der Ergebnisse zu definierten Zielgrößen bei Projektende	134
6.4.	Beziehung der Ergebnisse zu den Projektzielen und definierten Zielgrößen.....	134
7.	Diskussion der Projektergebnisse	138
7.1.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	138
7.1.1.	Projekthypothesen.....	138
7.1.1.1.	Primäroutcome	139
7.1.1.2.	Sekundäroutcome	139
7.1.1.3.	Prozessevaluation	139
7.1.1.4.	Kostenevaluation.....	140
7.1.1.5.	Limitationen	140

7.1.2.	Empfehlungen des Projektbeirats	140
7.1.2.1.	Implementierung der neuen Versorgungsform	140
7.1.2.2.	Aufholen ungedeckter Bedarfe	140
7.1.2.3.	Schlussfolgerungen des Projektbeirats	141
7.1.2.4.	Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung.....	141
7.1.2.5.	Langfristige Auswirkungen der NVF	141
7.1.2.6.	Handlungsempfehlungen des Projektbeirats.....	141
7.2.	Projektdiskussion aus Sicht der Projektleitung	143
7.2.1.	Gesundheitssystem (A)	143
7.2.2.	Arzt (B)	145
7.2.3.	Medizintechnik (C)	146
7.2.4.	Patienten und Angehörige (D).....	147
7.2.5.	Krankenhaus (E)	148
7.2.6.	Neue Erkenntnisse aus dem Versorgungsgeschehen aus Sicht der Projektleitung	148
7.2.6.1.	Rechtsrahmen	148
7.2.6.2.	Zustimmung Ärzteschaft	148
7.2.6.3.	Beitritt Kassen	149
7.2.6.4.	Beitritt Patienten.....	149
7.2.6.5.	Zeitaufwand pro Patient.....	149
7.2.6.6.	Coronapandemie	149
7.2.6.7.	Hochwasser	149
7.2.6.8.	Studienbelastung	149
7.2.7.	Fazit aus Sicht der Projektleitung.....	150
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	150
8.1.	Beitrag der Projektergebnisse zur Weiterentwicklung/Verbesserung der Versorgung	150
8.2.	Abgrenzung von der Regelversorgung	150
8.3.	Weiterverwendung der Teilergebnisse	150
8.4.	Ausstehender Forschungsbedarf	150
8.5.	Wesentlich Abweichungen zur ursprünglich geplanten Umsetzung/Verwertung der Projektergebnisse.....	150
8.6.	Investitionskosten bei Umsetzung der Projektergebnisse in der Versorgung.....	150
9.	Erfolgte bzw geplante Veröffentlichungen	151
10.	Literaturverzeichnis.....	153
11.	Anhang	155
12.	Anlagen	156

I. Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 01: Tabelle aller Abkürzungen

Abkürzung	Bezeichnung
a.a.O.	An anderen Orten
Abb.	Abbildung
Abk.	Abkürzung
ÄB	Änderungsbescheid
AG	Aktiengesellschaft
ÄN	Ärztenetz
ANP	Advanced Nursing Practice
AOK	AOK Allgemeine Ortskrankenkasse Rheinland-Pfalz/Saarland
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AV	Andere an der Versorgung beteiligte Personen
B.A.	Bachelor of Arts
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bspw.	Beispielsweise
bzgl.	Bezüglich
ca.	Zirka
CFIR	Consolidated Frameworks for Implementation Research
CHN	Community Health Nursing
COPD	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung
Corp.	Corporation
COVID	Corona Virus Disease
DiD	Differenzen-in-Differenzen-Ansatz
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
€	Euro
EB	Ergebnisbericht
EKG	Elektrokardiogramm
ePA	Elektronische Patientenakte
e.V.	Eingetragener Verein
EvB	Evaluationsbericht
EvaB	Evaluationsbericht
E-Mail	Elektronische Post

Akronym: Hand in Hand
 Förderkennzeichen: 01NVF17047

FKZ	Förderkennzeichen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GF	Geschäftsführung
ggf.	Gegebenenfalls
ggfls	Gegebenenfalls
(g)GmbH	(Gemeinnützige) Gesellschaft mit beschränkter Haftung
ggü.	gegenüber
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
h	Stunde(n)
HA	Hausarzt
HÄ	Hausärzte
Hb	Hämoglobin
HiH	<i>HandinHand</i>
i.d.R.	In der Regel
i.H.v.	In Höhe von
IBM	International Business Machines Corporation
IT	Informations-Technologie
KF	Konsortialführer(in)
KH	Krankenhaus
KP	Konsortialpartner
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDSB	Landes-Datenschutzbeauftragter
LIT	Literaturhinweis
M-KIS	Meierhofer-Krankenhaus-Informationen-System
MA	Master of Arts
MAXQDA	Software der Firma VERBI zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse
MFA	Medizinische Fachangestellte
MH	Marienhause GmbH
MHDL	Marienhause Dienstleistungen GmbH
MHH	Marienhause Holding GmbH
MHUG	Marienhause Unternehmensgruppe
NäPa	Nicht-ärztliche Praxisassistentin
nV	Neue Versorgungsform
NVF	Neue Versorgungsform(en)
PC	Personal Computer

PE	Pflegeexperte
PEC	Pflegeexperten-Center
PTHV	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
Q	Quartal
QZ	Qualitätszirkel
RLP	Rheinland-Pfalz
ROI	Return on investment
RWI	RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut
RZV	Rechenzentrum Volmarstein
SB	Schlussbericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SMASc	Self-Management Assessment Scale
SOEP	Sozioökonomischer Panel
SOP	Standard Operating Procedure
SPSS	Statistical Package für Social Sciences
Tab	Tabelle
u.Ä.	Und Ähnliches
UniK	Universität zu Köln
UniL	Universität zu Lübeck
VERAh	Versorgungsassistentin im Hausärztlichen Bereich
VERBI	Software GmbH Berlin
VP-Uni	Vinzenz Pallotti University
z.B.	Zum Beispiel
ZIP	Format für verlustfrei komprimierte Dateien

Quelle: Eigene Darstellung

II. Abbildungsverzeichnis

Tabelle 02: Tabelle aller Abbildungen

Nr.	Abbildung	Seite
01	Ablaufdiagramm der Datenerhebung	38
02	Darstellung des Differenzen-in-Differenzen-Ansatzes	39
03	Darstellung des Propensity Score Matching	40
04	Logic-Model	43
05	Embedded Mixed-Methods Ansatz	44

06	Consort-Flussdiagramm der Interventionsgruppe	54
07	Regionale Verteilung der Interventionsgruppe	56
08	Consort-Flussdiagramm der AOK	57
09	Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte der Interventionsgruppe	58
10	Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte der Interventionsgruppe nach Versicherungsstatus	60
11	Verlauf der Krankenhauseinweisungen	64
12	Verlauf der Krankenhaustage	64
13	Verlauf der Krankenhauseinweisungen nach Start der NVF	65
14	Verlauf der Hausarztbesuche	68
15	Verlauf der Hausarztbesuche nach Start der NVF	68
16	Verlauf der Hausbesuche durch den Hausarzt	70
17	Verlauf der Hausbesuche durch die Assistenz	71
18	Hypothetisches Beispiel zur Extrapolation	75
19	Consort-Flussdiagramm SOEP	76
20	Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter – ePA	79
21	Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter – SOEP	80
22	Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten	89
23	Altersklassen der teilnehmenden HÄ, relative Häufigkeiten	91
24	Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit	99
25	Rekrutierungswege	100
26	Gründe für die Überweisung von Patienten und Patientinnen an das Pflegeexperten-Center	101
27	Einschätzung der Kooperation und Zusammenarbeit aus Sicht der PE	108
28	Einschätzung der Kooperation und Zusammenarbeit aus Sicht der HÄ	109
29	Einschätzung der Zusammenarbeit	109
30	Motivation der HÄ an der Studie teilzunehmen	115
31	Wahrnehmung der Rollen der PE	120
32	Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (in der Praxis)	130
33	Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (Hausbesuche)	131

Quelle: Eigene Darstellung

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 03: Tabelle aller Tabellen

Nr.	Tabelle	Seite
01	Tabelle aller Abkürzungen	05
02	Tabelle aller Abbildungen	07
03	Tabelle aller Tabellen	09
04	Tabelle aller beteiligten Projektpartner	15
05	Zielsetzungen des Projekts <i>HandinHand</i> gemäß dem ursprünglichen Projektantrag aus 05-2017	19
06	Definierte Zielgrößen des Projekts <i>HandinHand</i>	20
07	Übersicht über die Materialien zur wissenschaftlichen Begleitforschung	33
08	Notwendige Stichprobengröße	36
09	Übersicht Datenquellen	37
10	Treffen des Projektbeirats	42
11	Übersicht Datenerhebungsinstrumente	51
12	Deskriptive Ergebnisse der Interventionsgruppe, mit und ohne Dropout	55
13	Vergleich der Charakteristika der Patientinnen und Patienten	60
14	Deskriptive Ergebnisse AOK nach Gruppen	62
15	Regressionsergebnisse Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage	66
16	DiD nach Matching Ergebnisse Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage	67
17	Regressionsergebnisse Hausarztbesuche	69
18	DiD nach Matching Ergebnisse Hausarztbesuche	69
19	Regressionsergebnisse Hausbesuche durch den Arzt und durch die Assistenz	71
20	DiD nach Matching Ergebnisse Hausarztbesuche	72
21	Versorgungskomplexe Flut	73
22	Zeitliche Abstände zwischen Erst- und Letztinterview	74
23	Deskriptive Ergebnisse – Interventionsgruppe und Befragte des SOEP	77
24	Deskriptive Ergebnisse Matching Subjektive Ergebnisvariablen – Befragte des SOEP – nach dem Matching	82
25	DiD Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand – Hauptergebnisse	83
26	DiD Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand – weitere Ergebnisse	83
27	DiD Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand – Hauptergebnisse	84
28	DiD Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand – weitere Ergebnisse	84
29	DiD Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen – Hauptergebnisse	85

30	DiD Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen – weitere Ergebnisse	85
31	Deskriptive Ergebnisse SMASc, Vergleich zu Projektbeginn und Projektende	86
32	Dauer der Interviews	88
33	Charakteristika der Teilnehmenden der Interviews	90
34	Tätigkeit als Hausärztin / Hausarzt in Jahren	91
35	Überweisungsgründe und Aufträge	97
36	Interventionen	98
37	Menge – Anzahl Patientinnen und Patienten pro PE und Besuche pro Patientin oder Patient	102
38	Dauer der Hausbesuche, Dokumentations- und Kommunikationsaufwand	102
39	Kommunikationsmatrix des PEC	104
40	Gegenüberstellung ANP Kriterien nach Hamric und <i>HandinHand</i> -PE	123
41	Projektziele des Projekts <i>HandinHand</i> und deren Berücksichtigung bei der Evaluation	133
42	Definierte Zielgrößen des Projekts <i>HandinHand</i> und deren Berücksichtigung bei der Evaluation	134
43	Projektziele und Aussagen im Evaluationsbericht	134
44a	Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Gesundheitssystem	143
44b	Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Arzt	145
44c	Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Medizintechnik	146
44d	Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Patienten und Angehörige	147
44e	Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Krankenhaus	148
45	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	151
46	Literaturverzeichnis	153

Quelle: Eigene Darstellung

1. Zusammenfassung

a. Kurze Darstellung der neuen Versorgungsform

Im Innovationsfondsprojekt *HandinHand* (FKZ 01NVF17047) wurden zwischen März 2020 und September 2022 n=734 chronisch kranke, immobile und multimorbide Patientinnen und Patienten im Alter von mehr als 60 Jahren in den Regionen Ahrweiler, Neuwied, Blankenheim und Euskirchen von Pflegeexperten (PE) nach Delegation durch n=46 teilnehmende Hausärzte aufsuchend betreut. Die PE erhielten während des Projekts eine akademische Zusatzausbildung und durchliefen eine Einarbeitungsphase mit umfassendem internen Schulungskonzept.

Rechtsgrundlage für *HandinHand* war gemäß Antragstellung der §63 SGB V (Modellvorhaben).

Die teilnehmenden Ärzte rekrutierten sich zu Beginn des Projekts vor allem aus Mitgliedern des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V.

Die erheblichen Erschwernisse bei der Gewinnung neuer Ärzte und damit auch neuer Patientinnen und Patienten für *HandinHand* änderten sich aufgrund der Corona-Pandemie und den Auswirkungen der Flutkatastrophe im Ahrtal und im Erfttal nicht grundlegend.

In der konkreten Projektdurchführung suchten die PE die Patienten zu Hause auf, führten eine Eingangserhebung durch und legten einen Versorgungsplan an. Nach dessen hausärztlicher Frei- und Vorgabe folgten im Abstand von ca. 2 Wochen Folge-Hausbesuche durch die PE in den nächsten sechs Monaten. Zu jedem Besuchstermin erstellten die PE Statusberichte für die überweisenden Hausärzte, bedarfsweise fanden abgestimmte Anpassungen des Versorgungsplans statt.

Im Rahmen der Besuche wurde von den PE bei den Patienten der klinische Status erhoben, die pflegerische und soziale Situation exploriert, die Versorgungssituation eingeschätzt und die medikamentöse Versorgung kontrolliert.

Die Dokumentation der Leistungserbringung der PE beim Patienten erfolgte in einer eigens für *HandinHand* entwickelten elektronischen Patientenakte (ePA für Pflege).

b. Methodik

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung fanden eine Effektevaluation, eine Prozessevaluation und eine Kostenevaluation statt.

(b1) Effektevaluation

Ziel der Effektevaluation war es, die Veränderung der Zielparameter der NVF im Vergleich zur Ausgangssituation sowie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe zu messen.

Im Fokus der Effektevaluation standen „Anzahl der Krankenhausaufenthalte“, „Konsultationen des Hausarztes in der Praxis“ und „Hausbesuche beim Patienten“ als primäre Endpunkte.

Bzgl. der Primärziele wurden der Nachweis einer 15%igen Reduktion der Krankenhauseinweisungen in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe (Routinedaten von Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland als statistische Zwillinge) und eine Reduktion der Anzahl der Hausbesuche durch die Hausärzte um mindestens 10% angestrebt.

Ferner wurden Sekundärziele wie „Verbesserung der Gesundheitssituation“ mit den Endpunkten „selbsteingeschätzter Gesundheitszustand“, „Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit mit dem Leben im Allgemeinen“ oder „Stärkung der Patientenautonomie“ für die Bewertung der NVF herangezogen.

(b2) Prozessevaluation

Für die Prozessevaluation wurde ein Projektbeirat gebildet. Es wurden förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung der NVF auf Basis des Logic-Modells untersucht und unterschiedliche Formen der Datenerhebung mit verschiedenen Teilnehmenden und Interessenvertreterinnen und Interessenvertretern durchgeführt.

(b3) Kostenevaluation

Die Kostenevaluation fand auf Basis einer eingeschränkten Kosten-Nutzen-Analyse statt. Ziel war es, die angefallenen Kosten durch die NVF den durch die NVF eingesparten Kosten (im Vergleich zur Kontrollgruppe) gegenüberzustellen.

c. Kernergebnisse

(c1) Primärziele

Krankenhausaufenthalte

Für die Interventionsgruppe stieg die mittlere Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie die mittlere Zahl der Krankenhaustage leicht an. Für die Kontrollgruppe sanken sowohl Krankenhausaufenthalte als auch Krankenhaustage leicht. In beiden Fällen ließ sich keine Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe zeigen.

Hausarztbesuche in der Praxis

Während der Interventionsphase blieben die Hausarztbesuche bei der Interventionsgruppe auf einem ähnlichen Niveau wie in der Zeit vor der NVF. Es ließ sich daher keine Evidenz für eine Veränderung der Hausarztbesuche zwischen Vor-Periode und Interventionsphase finden.

Hausbesuche

Die Zahl der Hausbesuche durch den Arzt bei den Patienten in der Treatment-Phase stieg um rund 25%, von 2,3 Besuche auf 2,8 Besuche, an. Es gab sowohl für die Hausbesuche durch den Arzt als auch durch die Praxisassistenzen keine statische Evidenz für eine signifikante Reduktion in der Treatment-Phase.

Zusammenfassung Primärziele

In der Analyse der Primärziele ergaben sich insgesamt unterschiedliche Trends in den Krankenhaustagen, den Krankenhauseinweisungen und den Hausbesuchen, die Evaluatoren fanden dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.

(c2) Sekundärziele

Bei den Sekundärzielen zeigte sich bei den von den PE betreuten Patienten während des Interventionszeitraums eine Verbesserung des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes und der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, mit dem eigenen Leben und mit der medizinischen Versorgung. In Bezug auf ungedeckte medizinische Bedarfe in der ambulanten Versorgung konnte keinerlei Veränderung beobachtet werden.

Das Selbstmanagement der Patienten verbesserte sich über die Zeit der Intervention. Die größte Verbesserung konnte im Item „Wissen“ erreicht werden.

(c3) Prozessevaluation

Frequenz und Dauer der Versorgung

Die Patientinnen und Patienten erhielten im Interventionszeitraum im Durchschnitt sieben Hausbesuche durch eine PE. Patientinnen und Patienten, die länger als sechs Monate betreut

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

wurden (Nachbehandlungsphase), wurden durchschnittlich weitere vier Mal aufgesucht. Die PE besuchten am Tag im Schnitt drei Patientinnen und Patienten.

Hilfreich für die Implementierung der NVF waren bestehende Netzwerke in der Region und das Ärztenetz als Konsortialpartner.

Die Statusberichte wurden von den HÄ als informativ und ausführlich empfunden, sie würden die Versorgungssituation verbessern. Es wurde eine positive Entwicklung der Qualität der Statusberichte hinsichtlich der Fachlichkeit und Ausdrucksweise festgestellt. PE gaben an, im Verlauf deutlicher und vermehrt Behandlungsempfehlungen zu formulieren.

Für die Kooperation und Zusammenarbeit zwischen PE und HÄ wurden von den verschiedenen Akteuren (HÄ, MFA, PE, Patientinnen und Patienten und Angehörige) sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren identifiziert.

Die Kommunikation zwischen HÄ und PE wurde von den PE als erschwert erlebt, die HÄ erlebten die Kommunikation mit den PE als gut.

Die Kommunikation sowohl zwischen PE und Patientinnen und Patienten als auch zwischen PE und Angehörigen wurde als insgesamt gut erlebt. Patientinnen und Patienten und Angehörige beschrieben, dass sie mit den PE auf einer anderen, persönlicheren, Ebene sprechen konnten (als mit den HÄ).

Als positiv wurde auch die sehr gute telefonische Erreichbarkeit und zeitnahe Beantwortung von Fragen durch die PE bewertet, dies vermittelte sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörigen Sicherheit. Der im Vergleich zu Hausarztbesuchen deutlich längere zeitliche Rahmen, der für Gespräche, Untersuchung und Behandlung zur Verfügung stand, wurde insbesondere von Patientinnen und Patienten wertgeschätzt. Die Kommunikation der PE wurde von den Patientinnen und Patienten als einfühlsam, freundlich, aufmerksam, vertraut, kompetent und professionell wahrgenommen.

Patientinnen und Patienten erwähnten bei den geführten Interviews, dass vor allem die Zeit, die sich PE nahmen, wertschätzten und sie das Gefühl bekamen, nicht allein zu sein. Die Regelmäßigkeit der Besuche und die Möglichkeit, alles mit den PE besprechen zu können, wurde ebenfalls als positiv bewertet.

Aus Sicht der Hausärzte ergab sich eine Verbesserung der Versorgungssituation und Versorgungssicherheit durch einen zusätzlichen, erreichbaren und zuverlässigen Ansprechpartner für Patienten und Patientinnen und deren Angehörige, letztere wurden entlastet.

Grundsätzlich befürwortete die große Mehrheit der befragten Beteiligten die neue Versorgungsform und wünschte sich eine (nahtlose) Fortführung.

(c4) Kostenevaluation

Übersicht

Die mittleren Kosten der Interventionsgruppe stiegen für alle Kosten, die in Verbindung zu den Primärzielen standen, zwischen Vor-Periode und Treatment-Periode zwischen 11% und 38% Prozent an.

Details

Im Durchschnitt fielen für die Interventionsgruppe in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn 46,82 € mehr Kosten an als in den zwei Quartalen vor Interventionsbeginn. Für die Kontrollgruppe fielen im gleichen Zeitraum durchschnittlich 26,52 € mehr an. Der Kostenanstieg für die Interventionsgruppe übertraf den für die Kontrollgruppe um 20,30 €.

Für hausärztliche Leistungen im Rahmen von Hausbesuchen stiegen die Kosten für die Interventionsgruppe kontinuierlich an, für die Kontrollgruppe blieben sie deutlich stabiler. Insgesamt stiegen die Kosten für die Interventionsgruppe in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn im Vergleich zu den zwei Quartalen vor Interventionsbeginn im Durchschnitt um 4,20 €. In der Kontrollgruppe betrug der Kostenanstieg durchschnittlich 1,37 €. Die Mehrkosten für Hausbesuche der Interventionsgruppe lagen somit 2,83 € über denen der Kontrollgruppe.

Im Durchschnitt fielen in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn für die Interventionsgruppe 987,17 € mehr an als in den zwei Quartalen vor Interventionsbeginn an. Für die Kontrollgruppe fielen im gleichen Zeitraum durchschnittlich 1.001,52 € weniger an als vor Interventionsbeginn. Die Kostenzunahme für die Interventionsgruppe überstieg die Kostenzunahme für die Kontrollgruppe damit um 1.988,69 €.

Essenz

Insgesamt stiegen in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn die Kosten für alle drei untersuchten Parameter (Krankenhausaufenthalte, hausärztliche Leistungen in der Praxis und Hausbesuche) in der Behandlungsgruppe mehr als in der Kontrollgruppe.

Besonders stark ausgeprägt war dieses Bild bei den Kosten für Krankenhausaufenthalte, die in der Kontrollgruppe sanken, in der Behandlungsgruppe hingegen anstiegen.

Zusätzlich zu den gestiegenen Behandlungskosten der medizinischen Leistungen fielen im Interventionszeitraum für die Behandlungsgruppe auch die Kosten für die PE-Versorgung an.

Ein positiver Kosteneffekt durch die NVF war also nicht nachweisbar. Es kam zu keinen Einsparungen durch die neue Versorgungsform.

d. Diskussion

(d1) Primäroutcomes

Auf Basis der Primäroutcomes, also der Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in der Praxis und im Rahmen von Hausbesuchen, konnte gemäß der Auswertung durch die Evaluatoren keine Verbesserung der Versorgung gegenüber der Regelversorgung nachgewiesen werden.

(d2) Prozessevaluation

Die Prozessevaluation zeigte, dass mit der NVF eine unterstützende und ergänzende Versorgungsstruktur erfolgreich implementiert werden konnte.

(d3) Kostenevaluation

Die Kostenevaluation zeigte ein klares Bild. Neben den entstandenen Kosten der PE-Versorgung überstiegen die Kosten für die Krankenhausversorgung und die hausärztliche Versorgung der Interventionsgruppe die der Kontrollgruppe. Es kam somit zu keinen Einsparungen durch die neue Versorgungsform.

Gegenüber der Regelversorgung konnte keine Reduktion der Beanspruchung der untersuchten medizinischen Leistungen beobachtet werden, was sich in den gestiegenen durchschnittlichen Kosten, die in direkten Zusammenhang mit den Primäroutcomes stehen, widerspiegelte.

Dies war wahrscheinlich ein Effekt des Aufholens ungedeckter Bedarfe. Der Projektbeirat vermutete, dass durch die Arbeit der PE mehr Patientinnen und Patienten-Bedarfe aufgedeckt würden als durch die bisherige Versorgung bekannt waren. Dies führte womöglich dazu, dass die Versorgungsform zunächst mehr Kosten verursachte als einsparte.

Anhand der vorliegenden Evaluation konnten keine Aussagen über die langfristige Kostenentwicklung gemacht werden.

(d4) Kosten und Nutzen

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung überstiegen die mit der NVF verbundenen Kosten den resultierenden Nutzen im Rahmen des Projekts.

(d5) Langfristige Auswirkungen

Das Projekt *HandinHand* und die damit einhergehende Evaluation lieferten einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung. Anhand der Projektergebnisse ließen sich aber keine Aussagen über langfristige Auswirkungen der NVF machen, die sich insbesondere durch die Tätigkeit der PEs im Bereich der Prävention von den im Rahmen der Evaluation ermittelten kurzfristigen Auswirkungen unterscheiden könnten.

(d6) Schlussfolgerungen

Auf Basis der Effektevaluation, der Primärhypothesen und der Kostenevaluation konnte keine Empfehlung für die Implementierung der neuen Versorgungsform ausgesprochen werden. Auch auf Basis der Erkenntnisse aus dem Projektverlauf lässt sich derzeit keine Empfehlung für eine Implementierung der NVF im Rahmen der Regelversorgung durch die GKV ableiten. Weitere Forschung ist angeraten.

(d7) Ausblick

HandinHand ist derzeit nicht Teil der Regelversorgung gemäß SGB V. Auch ANP ist derzeit nicht Teil der Regelversorgung gemäß SGB V. Die NVF könnte nur im Rahmen von neuen Modellprojekten, z.B. im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts und / oder im Rahmen eines Modellprojekts gemäß § 64d SGB V, betrieben werden.

Es wurde seitens der Evaluatoren daher eine weitere Untersuchung der Versorgungsform mit entsprechend hoher Fallzahl empfohlen.

2. Beteiligte Projektpartner

Die folgende tabellarische Übersicht enthält alle am Projekt *HandinHand* beteiligten Projektpartner.

Tabelle 04: Tabelle aller beteiligten Projektpartner

Abkürzung	Name	Funktion	Projektbeitrag
MH	Marienhäuser GmbH (bis 31.07.2021 Marienhäuser Holding GmbH)	Konsortialführerin	Antragstellung, Projektmanagement, Budgetsteuerung, Betrieb des Pflegeexperten-Centers, Anstellungsträger der Pflegeexperten
ÄN	Ärztinnen- und Ärzteverein Kreis Ahrweiler e.V.	Konsortialpartner	Bindeglied zu den teilnehmenden Ärzten
AOK	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Konsortialpartner	Beteiligte Krankenkasse gemäß § 92a(1) SGB V, Beisteuerung von Routine-Kontrolldaten für die Forschung

RWI	RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V.	Konsortialpartner	Evaluator im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung
RZV	Rechenzentrum Volmarstein	Konsortialpartner	Bereitstellung der ePA (Elektronische Patientenakte)
UniL	Universität zu Lübeck	Konsortialpartner	Prozessevaluation im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung, Etablierung und Steuerung des Projektbeirats
UniK	Universität zu Köln	Konsortialpartner	Prozessevaluation im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung, Etablierung und Steuerung des Projektbeirats
VP-Uni (PTHV)	Vinzenz-Pallotti University (bis 01.12.2021 PTHV = Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar)	Konsortialpartner	Ausbildung der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten

Quelle: Eigene Darstellung

3. Projektziele

3.1. Hintergrund

3.1.1. Ausgangslage, Zielsetzung und Indikatoren

Bereits 2010 wurde über eine Prognosestudie für Deutschland ein Mangel von 56.000 Ärzten in 2020 vorausgesagt, mit einer dramatisch ansteigenden Tendenz zu einem Mangel von rund 165.000 Ärzten bis 2030 (LIT 01). Insbesondere die ländlichen Regionen stehen vor großen Herausforderungen und bedürfen innovativer Strategien, um notwendige Infrastrukturen aufrecht zu erhalten (LIT 2).

Damit ist unverkennbar, dass der demografische Wandel die Gesundheitsversorgung erreicht hat und mit einer zunehmenden Verknappung von Fachpersonal in ärztlichen und pflegerischen Bereichen einhergeht. Die Konsequenzen zeigen sich für Patienten in der ambulanten Versorgung bereits heutzutage, da u.a. (LIT 1) trotz hausärztlicher Versorgung die Vermeidung eines ggf. unnötigen stationären Aufenthalts nicht immer möglich ist, (LIT 2) immobile Patienten die Praxis des Hausarztes ggf. nicht in angemessener Zeit aufsuchen können und unzureichend oder gar nicht medizinisch versorgt oder unnötig stationär eingewiesen werden (z.B. nach Anforderung eines Notarztes), (LIT 3) der Hausarzt aufgrund zeitlicher Überlastung nicht immer rechtzeitig einen erforderlichen Hausbesuch ermöglichen kann oder (LIT 4) der Patient zu spät ins Krankenhaus eingewiesen wird bzw. zu lange im Krankenhaus bleibt, weil die Anschlussversorgung nicht gesichert ist.

Eine Verschärfung der dargestellten Situation ist in Anbetracht des zunehmenden Hausärztemangels absehbar. Es existieren unterschiedliche Ansätze zur Bearbeitung der aufgeführten Problematik [z.B. LIT 4], deren Erfolg bzw. Effektivität jedoch erst unter Beweis gestellt werden muss.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Ein Ansatz, welcher Nachhaltigkeit verspricht, liegt darin, die knappe Ressource „Arzt“ (bzw. in diesem Fall Hausarzt) zu schonen, ohne die medizinische (Basis-)Versorgung der Bevölkerung einschränken zu müssen.

Kern der Idee des „*HandinHand*“ Ansatzes war demgemäß die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an einen Pflegeexperten (=Advanced Practice Nurse, kurz APN), der den Hausarzt insbesondere bei der zeitlich aufwändigen Begleitung chronisch kranker Menschen (Dauerpatienten in der Hausarztpraxis mit hoher Arztbindungszeit) und bei steuernden und organisierenden Tätigkeiten des medizinischen Patienten-Managements entlastet. Solche Pflege-Expertensysteme sind in vielen anderen Ländern fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung (LIT 5, 6, 7).

Das Projekt: „*HandinHand* – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region“ ist ein Innovationsfondsprojekt (www.innovationsfonds.de) und trägt das Förderkennzeichen 01NVF17047. In dieser offiziellen Bezeichnung werden die Pflegeexperten (PE) als „ANP“ (Advanced Nursing Practitioners) bezeichnet.

Da es sich bei den bei *HandinHand* eingesetzten Pflegefachkräften (erst) um „ANP in Ausbildung“ handelte (und noch nicht um fertig ausgebildete ANP mit abgeschlossenem Hochschulstudium), wurde die Bezeichnung „ANP“ nach Projektbeginn bewusst aufgegeben und durch PE (Pflegeexpertin, Pflegeexperte) ersetzt. An der offiziellen Projektbezeichnung („ANP“) änderte sich damit aber nichts mehr.

Im Folgenden wird auf die Bezeichnung „ANP“ bewusst verzichtet und dafür die im Projekt *HandinHand* verwendete Bezeichnung „Pflegeexpertin“ bzw. „Pflegeexperte“ verwendet, abgekürzt jeweils PE. Dementsprechend handelte es sich bei der im Rahmen des Projekts implementierten Institution um das „Pflegeexperten-Center“ bzw. „PE-Center“ bzw. PEC.

Folgende Ziele wurden im Rahmen von *HandinHand* mit dem Einsatz der PE verfolgt:

1. Reduktion von Krankenhauseinweisungen
2. Reduktion der Konsultationen des Hausarztes und damit verbundene Entlastung
3. Reduktion notwendiger ärztlicher Hausbesuche
4. Verbesserung der Gesundheitssituation
5. Erhöhung der Patientensicherheit
6. Frühzeitige Erkennung von Komplikationen
7. Sicherheit der Angehörigen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen des Patienten
8. Stärkung der Patientenautonomie/Entscheidungsfindung
9. Koordination von Gesundheitsdienstleistungen
10. Evaluation der Effizienz und Effektivität.

Der innovative „*HandinHand*“-Versorgungsansatz sollte in diesem Rahmen insbesondere potenziell überflüssige stationäre Aufenthalte und ärztliche Hausbesuche vermeiden.

In Deutschland gab es zum Zeitpunkt der Antragstellung für *HandinHand* (05-2017) zu PE bisher kaum Erfahrungen. Daher sollte im Rahmen des Projekts der Einsatz von PE zunächst in einer umgrenzten Region evaluiert werden.

Angesichts der hierzulande fehlenden Erfahrungen zur Versorgung durch Pflegeexperten sollte die Evaluation die NVF bezüglich ihres Einflusses auf die Gesundheit und die Versorgungssituation der Patienten, ihrer Kosteneffizienz sowie ihres Umsetzungserfolgs bewerten.

Dazu wurde als aussagekräftiges und objektives Maß die Anzahl der Krankenhausaufenthalte und Krankenhaustage für Patienten mit und ohne Unterstützung durch eine PE gemessen.

Auch die Anzahl der Arztbesuche sowie die Kontakte zu den PE wurden erfasst, um den erfolgten Umfang der Delegation darzustellen.

Es wurde in Patientenbefragungen neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch nach ungedeckten medizinischen Bedürfnissen gefragt.

Die mit und ohne PE entstandenen Kosten wurden verglichen, wodurch sich die durch den Einsatz von PE entstandenen monetären Kosten bzw. der monetäre Nutzen abbilden und dem gesundheitlichen Nutzen gegenüberstellen lassen.

3.1.2. Beschreibung der neuen Versorgungsform

3.1.2.1. Zielgruppe

Die NVF richtete sich an Patienten mit einem kontinuierlichen, hausärztlichen Versorgungsbedarf. Dies konnte Patienten nach Klinikbehandlung betreffen, bei denen komplexe Entscheidungen zum Entlassungsmanagement sowie zur Weiterbehandlung anstanden, sowie Patienten mit chronischer, akut exazerbierender Erkrankung, bei denen Entscheidungen zur Klinikweisung oder häuslichen Behandlung erforderlich waren, oder auch Pflegeheimbewohner.

3.1.2.2. Kernkomponente Pflegeexperte (PE)

Die PE stellte die Kernkomponente der NVF dar. Sie agierte auf Überweisung durch, in Delegation von bzw. in enger Abstimmung mit dem Hausarzt. Die eingesetzten PE waren als Team in einem PE-Center angesiedelt. Dieses fungierte als Koordinationszentrum. In Abstimmung mit individuellen Patienten arbeitete die PE aufsuchend im häuslichen Umfeld und konnte dabei Maßnahmen der Diagnostik, Therapie und Therapiebegleitung, Prävention, Beratung und Koordination vor Ort durchführen. Der PE sichtete die häusliche Situation nach Entlassung aus dem KH. Der Kontakt zum Hausarzt wurde (u.a. telefonisch) sichergestellt.

Die PE grenzte sich insbesondere durch ihr erweitertes Kompetenzprofil von bereits bestehenden Lösungsansätzen zur Entlastung der Hausärzte ab. Neben einer abgeschlossenen dreijährigen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wies sie mindestens zweijährige Berufserfahrung in einem oder mehreren relevanten Praxisfeldern auf und bildete sich nachweislich kontinuierlich fort. Alle PE im *HandinHand* Projekt brachten die Bereitschaft mit, sich akademisch zu qualifizieren. So waren die eingesetzten PE entweder bereits Absolventen oder Teilnehmer eines Pflegeexperten-Studiengangs mit Bachelor- oder Masterabschluss oder sie nahmen spätestens mit Beginn der Intervention an einem Studium (B.A. Pflegeexpertise an der PTHV/VP-Uni) teil.

3.2. Ziele und Fragestellungen / Hypothesen des Projekts gemäß geltendem Arbeitsplan und geltendem Evaluations- bzw. Studienkonzept

In den Teilkapiteln 3.2.1. und 3.2.2. sind in den Tabellen 05 und 06 die primären und sekundären Fragestellungen / Hypothesen des Projekts *HandinHand* dargelegt. Tabelle 05 enthält die Zielsetzungen gemäß dem ursprünglichen Projektantrag aus 05-2017. Tabelle 06 enthält die „Definierten Zielgrößen“ des Projekts *HandinHand* gemäß letztgültigem Evaluationskonzept.

In den Teilkapiteln 3.2.3. und 3.2.4. erfolgt die Darlegung der Primärhypothesen und der Sekundärhypothesen der Effektevaluation gemäß Evaluationsbericht.

Im Teilkapitel 3.2.5. erfolgt die Darlegung der Hypothesen der Prozessevaluation gemäß Evaluationsbericht.

3.2.1. Ursprüngliche Projektziele

Tabelle 05: Zielsetzungen des Projekts HandinHand gemäß dem ursprünglichen Projektantrag aus 05-2017.

Nr.	Ziel
A	Gesundheitssystem
01	Entwicklung und Erprobung eines medizinisch-pflegerischen Expertensystems
02	Koordination von Gesundheitsdienstleistungen
03	Reduktion von Über- bzw. Unterversorgung
04	Entwicklung eines generischen Konzepts zur Langzeitimplementierung der neuen Versorgungsform (Ziel des Projektbeirats)
05	Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region
06	Evaluation der Effizienz und Effektivität
07	Hohe Zufriedenheit mit der nV bei allen Beteiligten
B	Arzt
08	Delegation ärztlicher Tätigkeiten an einen Pflegeexperten
09	Entlastung der Hausärzte
10	Reduktion der Konsultationen des Hausarztes und damit verbundene Entlastung
11	Vermeidung notwendiger ärztlicher Hausbesuche bzw. Reduktion von ärztlichen Hausbesuchen um ca. 20%
C	Medizintechnik
12	Aufbau einer intersektoral nutzbaren, einrichtungsgeführten elektronischen Patientenakte
13	Einbezug von telemedizinischen Anwendungen, Online-Video-Sprechstunden und Apps
D	Patienten und Angehörige
14	Entlastung bei steuernden und organisierenden Tätigkeiten des medizinischen Patienten-Managements
15	Stärkung der Patientenautonomie / Entscheidungsfindung
16	Begleitung chronisch kranker Menschen
17	Erhöhung der Patientensicherheit
18	Frühzeitige Erkennung von Komplikationen
19	Verbesserung der Gesundheitssituation
20	Sicherheit der Angehörigen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen des Patienten
E	Krankenhaus
21	Vermeidung potentiell überflüssiger stationärer Krankenhausaufenthalte
22	Reduktion von Krankenhauseinweisungen

23	Reduktion der Krankenhausaufnahmen um absolut 10%
----	---

Quelle: Eigene Darstellung, Inhalte entnommen aus dem Projektantrag HandinHand 05-2017

3.2.2. Definierte Zielgrößen und deren Anpassung in Abstimmung mit dem Förderer

Bei „definierten Zielgrößen“ handelt es sich nach Angabe des Förderers um solche Zielsetzungen, welche einer klar umrissenen, metrisch erfassbaren „vorweggenommenen Ergebnisoption“ entsprechen und vor allem im letztgültigen Evaluationskonzept (ANLAGEN 01-03). stehen.

Am 18.12.2018 stellte die Konsortialführerin einen Änderungsantrag zu *HandinHand*. Dem Antragsschreiben war das Evaluationskonzept beigelegt. Dieses enthielt folgende explizite Angaben zu definierten Zielgrößen:

Tabelle 06: „Definierte Zielgrößen“ des Projekts HandinHand

Nr.	Ziel	Quelle
B	Arzt	
11	Reduktion der Hausarztbesuche um 10%	Evaluationskonzept <i>Handin-Hand</i> 181129
E	Krankenhaus	
23	Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15%	Evaluationskonzept <i>Handin-Hand</i> 181129

Quelle: Eigene Darstellung

Im Bescheid vom 18.07.2019 stimmte der Förderer dem Evaluationskonzept zu. Somit wurden die „definierten Zielgrößen“ für das Projekt *HandinHand* gemäß Tabelle 06 seitens des Förderers anerkannt.

3.2.3. Primärhypothesen der Effektevaluation gemäß Evaluationsbericht

Gemäß Evaluationsbericht sollten Erkenntnisse zur Effektivität (Effektevaluation), zur Durchführbarkeit und Praktikabilität (Prozessevaluation) sowie zur Kosteneffizienz (Kostenevaluation) der NVF geliefert werden. Der Effektevaluation liegen folgende Primärhypothesen zu Grunde, die auf den Ergebnissen ähnlicher Studien basieren (LIT 08, 09, 10):

- (1) Die NVF reduziert die Krankenhauseinweisungen um 15%.
- (2) Die NVF reduziert die Konsultationen des Hausarztes um 10%.
- (3) Die NVF reduziert ärztliche Hausbesuche um 10%.

3.2.4. Sekundärhypothesen der Effektevaluation gemäß Evaluationsbericht

In der Effektevaluation wurden gemäß Evaluationsbericht folgende Sekundärhypothesen überprüft:

- (1) Die NVF verbessert den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand.
- (2) Die NVF erhöht die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit.
- (3) Die NVF erhöht die Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen

(4) Die NVF stärkt die Patientinnen- und Patientenautonomie und ihre Entscheidungsfindung.

3.2.5. Hypothesen der Prozessevaluation gemäß Evaluationsbericht

Das Projekt *HandinHand* wurde im Rahmen einer Prozessevaluation begleitet. Die Grundannahmen, die dieser zugrunde lagen, basieren auf unterschiedlichen Theorien, Konzepten und Modellen.

Neben dem Konzept der erweiterten Pflegepraxis und den damit von Hamric und Tracy (LIT 11) beschriebenen notwendigen Rollen und Kompetenzen von Pflegenden, bildeten das Person-Centred Practice Framework (LIT 12) sowie die Theory of Self-Care of Chronic Illness (LIT 13) wichtige Grundlagen für die Beschreibung des theoretischen Rahmens. Darüber hinaus wurde erwartet, dass Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit eine entscheidende Rolle im Projekt *HandinHand* spielen (LIT 14).

Primäres Ziel der Prozessevaluation war es, förderliche und hinderliche Faktoren im Hinblick auf die Implementierung eines PE-Centers (PEC) als eine ergänzende Versorgungsstruktur zu identifizieren. Dazu sollen (1) Diskrepanzen zwischen erwarteten und beobachteten Ergebnissen erklärt werden, (2) mögliche Wirkmechanismen und Kontextfaktoren identifiziert werden, um zu verstehen, wie dieser Einfluss auf die Ergebnisse haben und (3) Erkenntnisse zur Unterstützung der weiteren Entwicklung und Umsetzung geliefert werden. Außerdem wurde die Zufriedenheit der an der NVF beteiligten Personengruppen mit der NVF dokumentiert.

Folgende Fragestellungen waren daher gemäß Evaluationsbericht im Rahmen der Prozessevaluation leitend:

- (1) Welche relevanten Faktoren sind bei der Implementierung zu beobachten? (Implementierung: Anwendungstreue, Reichweite, Menge, Adaptionen)
- (2) Welche Mediator-Variablen für die Entfaltung des Effekts der Intervention lassen sich identifizieren? (Wirkmechanismen)
- (3) Welche relevanten Kontextfaktoren für die Implementierung der Intervention lassen sich identifizieren? (Kontext)
- (4) Wie entwickelte sich die Rolle und wie entwickelten sich die Kompetenzen der Pflegeexpertinnen und -experten? (Ergebnisparameter)
- (5) Wie erleben Beteiligte (Pflegeexpertinnen und -experten, Hausärztinnen und -ärzte, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige) die Intervention? (Ergebnisparameter).

4. Projektdurchführung

4.1. Beschreibung aller Komponenten von *HandinHand*

Das Projekt *HandinHand* enthielt die folgenden Komponenten. Details zu diesen Komponenten sind im Kapitel 4.2. beschrieben. Die Angaben den Klammern beziehen sich auf die entsprechenden Unterkapitel in 4.2.

- Teilnehmende Ärzte (Kapitel 4.2.3.1.)
- Patienten (Kapitel 4.2.3.2.)
- Pflegeexperten-Center (Kapitel 4.2.3.3.)
- Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten (Kapitel 4.2.3.4.)
- Leistungserbringung am Patienten (Kapitel 4.2.3.5.)
- Dokumentation und Berichterstattung (Kapitel 4.2.3.6.)
- Qualitätszirkel (Kapitel 4.2.4.1.)
- Ausbildung an der PTHV / VP-Uni (Kapitel 4.2.4.2.)
- Projektmanagement (Kapitel 4.2.4.3.)

- Marketing und Öffentlichkeitsarbeit (Kapitel 4.2.4.4.).

4.2. Projektdurchführung gemäß Arbeitsplan

4.2.1. Beantragungen und Bescheide

Die Marienhaus GmbH, damals noch firmierend unter Marienhaus Holding GmbH, stellte 05-2017 erstmals einen Antrag auf Fördermittel seitens des Innovationsfonds für das Projekt *HandinHand*.

Nach dem mit Zustimmung DLR/G-BA erfolgten Switch der Interventionsregion auf die Region Ahrweiler stellte die Konsortialführerin 12-2018 einen ausführlichen Änderungsantrag.

Entsprechende Nachfragen des DLR führten zu einem neuerlichen Änderungsantrag der Marienhaus in 03-2019. Dieser bezog sich vor allem auf einen geänderten angedachten Förderzeitraum. Daraufhin erfolgte seitens des DLR die Vergabe des Förderbescheids vom 18.07.2019 mit diversen Auflagen, die von der Konsortialführerin und den Konsortialpartnern kurzfristig und intensiv bearbeitet wurden. Daher stellte die MH am 12.08.2019 einen erneuten Änderungsantrag beim DLR. In seinem Bescheid vom 28.11.2019 gab das DLR diesem Antrag statt.

Zum 01.01.2020 wechselte Prof. Sascha Köpke von der Universität zu Lübeck (UniL) zur Universität zu Köln (UniK). Dies hatte zur Folge, dass zusätzlich zur UniL nun auch die UniK als neuer, zusätzlicher Konsortialpartner in das Projekt *HandinHand* aufzunehmen war. Die Marienhaus GmbH stellte dazu beim DLR am 19.12.2019 einen entsprechenden Antrag. Mit Bescheid des DLR vom 17.04.2020 wurde dieser Antrag genehmigt.

Das DLR bat bereits in 2019 die Konsortialführerin per Email um Stellungnahme bzgl. angelegter Telemedizinischer Leistungen im Rahmen des Projekts *HandinHand*. Der darauffolgende Austausch (per Email) zwischen MH und DLR mündete in einen Änderungsantrag der MH am 20.04.2020, in welchem seitens der MH und stellvertretend für den betroffenen Konsortialpartner RZV der Verzicht auf die angedachten Telemedizinischen Leistungen erklärt wurde. Mit Bescheid des DLR vom 20.07.2020 wurden die entsprechenden Anträge vom 20.04.2020 und 26.05.2020 genehmigt.

Am 15.10.2020 beantragte die Konsortialführerin auch namens aller Konsortialpartner eine budgetneutrale Projektlaufzeitverlängerung um 6 Monate. Mit Schreiben vom 26.03.2021 gab das DLR diesem Antrag statt.

Am 02.08.2021 teilte die Konsortialführerin dem Förderer die Namensänderung der Marienhaus Holding GmbH in Marienhaus GmbH mit. Mit Bescheid vom 13.08.2021 stellte das DLR die Entgegennahme dieser Namensänderung fest.

Am 16.12.2021 teilte die Konsortialführerin dem Förderer die Namensänderung der PTHV in VP-Uni mit. Mit Bescheid vom 07.01.2022 stellte das DLR die Entgegennahme dieser Namensänderung fest.

Am 30.09.2021 stellte die Konsortialführerin auch namens aller Konsortialpartner einen Antrag auf eine erneute Laufzeitverlängerung, eine Fallzahlreduktion und eine Studienverlängerung. Diesem Antrag wurde seitens des DLR mit Bescheid vom 06.04.2022 stattgegeben.

Am 26.07.2022 stellte die Konsortialführerin einen Antrag auf eine Marienhaus-interne Mittelumwidmung von Personalkosten ins Sachkostenbudget. Diesem Antrag wurde seitens des DLR mit Bescheid vom 24.08.2022 stattgegeben.

Am 12.12.2022 stellte die Konsortialführerin einen Antrag auf eine interne Mittelumwidmung bei der UniK. Diesem Antrag wurde seitens des DLR mit Bescheid vom 04.01.2023 stattgegeben.

Am 01.03.2023 stellte die Konsortialführerin einen Antrag auf eine interne Mittelumwidmung beim RWI. Diesem Antrag wurde seitens des DLR mit Bescheid vom 20.04.2023 stattgegeben.

4.2.2. Rechtliche Aspekte

4.2.2.1. Verträge

Der Projektleiter erstellte Entwürfe für den Vertrag *HandinHand* und für alle Weiterleitungsverträge seit 07-2019 und stimmte Details mit den Ansprechpartnern bei allen Konsortialpartnern ab. Der Projektleiter holte sodann bei allen Vertragspartnern die erforderlichen rechtsverbindlichen Unterschriften bis Ende 09-2019 ein. Abweichungen zur ursprünglichen Projektplanung gab es keine. Im weiteren Verlauf des Projekts waren diverse Vertragsanpassungen notwendig.

Der erste teilnehmender Arzt unterschrieb am 13.09.2019 die Beitrittserklärung zum Vertrag *HandinHand*.

4.2.2.2. Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für *HandinHand* war gemäß Antragstellung der §63 SGB V (Modellvorhaben). Die AOK Rheinland-Pfalz als Konsortialpartnerin des Projekts schloss im Herbst 2019 den Vertrag zu *HandinHand* ab. Damit konnten Patienten der AOK RLP unmittelbar in *HandinHand* eingeschlossen werden, aber (noch) nicht Versicherte anderer GKV-Kassen. Die MH stellte am 10.01.2020 daher einen Antrag auf Erweiterung der Rechtsgrundlage gemäß § 630a BGB.

G-BA/DLR gaben diesem Antrag auf Erweiterung der Rechtsgrundlage gemäß § 630a BGB statt. Es waren daher keine Beitrittserklärungen weiterer, über die AOK RLP hinausgehenden, Kassen mehr erforderlich.

4.2.2.3. Datenschutz

Am 13.09.2019 (und damit fristgerecht) lag ein paraphiertes Datenschutzkonzept für *HandinHand* vor. Das Datenschutzkonzept wurde im Projektverlauf mehrmals überarbeitet und angepasst (ANLAGE 04). Zwischen der Konsortialführerin und den teilnehmenden Ärzten wurde eine dazugehörige „Gemeinsame Verantwortungs-Vereinbarung“ (gVV) abgeschlossen (ANLAGE 05).

4.2.2.4. Ethikkommissionen

Es wurden zustimmende Voten der zuständigen Ethikkommissionen Ärztekammern in Rheinland-Pfalz und in Nordrhein eingeholt (ANLAGEN 06, 07, 08).

4.2.3. Leistungserbringung

4.2.3.1. Beteiligte Ärzte

Die teilnehmenden Ärzte rekrutierten sich zu Beginn des Projekts vor allem aus Mitgliedern des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V., später auch aus weiteren, vom Projektleiter angesprochenen Ärzten der Region. Im weiteren Projektverlauf wurde die Ansprache potentiell teilnehmender Ärzte auch auf die Regionen um Neuwied und den Landkreis Euskirchen ausgedehnt.

Die Ärzte erklärten Ihre Projektteilnahme durch schriftliche Beitrittserklärung. Das „Delegationsverhältnis“ gegenüber den Pflegeexperten wurde auf Basis einer Rahmen-Delegationsvereinbarung durch schriftliche und jeweils einzelne paraphierte „individuelle Delegationsvereinbarungen“ geklärt (ANLAGEN 09,10).

Die Ärzte screenen ihren jeweiligen Patientenstamm auf Basis ihrer Kenntnis der Ein- und Ausschlusskriterien, sprachen geeignete Patienten und / oder deren Angehörige auf eine mögliche Teilnahme an *HandinHand* an, holten nach erfolgter Aufklärung das schriftliche Einverständnis der Patienten ein und übermittelten anschließend die Patienten-Stammdaten an das Pflegeexperten-Center.

Seit Projektbeginn bemühten sich alle Projektbeteiligte, hier insbesondere die MH und das Ärztenetz, um die Rekrutierung neuer Ärztinnen und Ärzte für *HandinHand*. Die ersten Ärzte traten bereits im Herbst 2019 dem Projekt formal bei. Zum Start der Patientenrekrutierung im Frühjahr 2020 waren bereits 13 Ärztinnen und Ärzte am Start.

Intensives Werben um neue Ärztinnen und Ärzte führte dazu, dass bis zum Herbst 2021 insgesamt 46 Ärztinnen und Ärzte für *HandinHand* gewonnen werden konnten.

Bedingt durch die Coronapandemie lag der Arbeitsschwerpunkt der Hausärzte seit Frühjahr 2020 jedoch auf anderen Themen und führte zu erheblichen Erschwernissen bei der Gewinnung neuer Ärzte und damit auch neuer Patientinnen und Patienten für *HandinHand*. Dies änderte sich aufgrund der Corona-Pandemie und den damit einhergehenden Verunsicherungen und Einschränkungen während der gesamten Projektlaufzeit nicht mehr grundlegend.

Erschwerend kamen ab 07-2021 die Auswirkungen der Flutkatastrophe im Ahrtal und im Erftal hinzu. Beide Gebiete waren die Haupteinsatzgebiete des Projekts *HandinHand*.

Die Bemühungen um neue Ärztinnen und Ärzte wurden bis zum Ende der Patienten-Neurekrutierungsphase, d.h. bis 31.03.2022, fortgesetzt.

4.2.3.2. Patienten

Seit 01.07.2019 wurde intensiv an einem Versorgungskonzept *HandinHand* gearbeitet, in welchem die Ein- und Ausschlusskriterien für eine eventuelle Patiententeilnahme dezidiert beschrieben waren. Dieses lag am 15.11.2019 vor. Das Versorgungskonzept wurde im Projektverlauf mehrmals überarbeitet (ANLAGE 11).

Vor Patiententeilnahme war eine Aufklärung der Patienten mit Unterstützung durch entsprechende Dokumente (ANLAGEN 12 bis 17) erforderlich. Die Zustimmung zur Teilnahme an *HandinHand* erklärten die Patienten schriftlich, die Zustimmungsdokumente wurden archiviert und in die „ePA für Pflege“ übertragen.

Die Rekrutierung der ersten Patienten für *HandinHand* durch die teilnehmenden Ärzte setzte abgeschlossene Vertragswerke, ein positives Votum der Ethikkommission, die erfolgreiche Rekrutierung beteiligter Ärzte und die Ausarbeitung von Rahmenvereinbarungen zur Delegation und individuellen Delegationsvereinbarungen zwischen den Ärzten und den Pflegexperten voraus. Diese Voraussetzungen lagen Anfang 03-2020 allesamt vor.

Exakt zu diesem Zeitpunkt erschwerte die aufkommende Corona-Pandemie mit Lockdown, erheblichen Alltagsbeschränkungen und Verunsicherungen von Gesundheitsdienstleistern und Patienten gleichermaßen den Start der Patientenversorgung. Trotz dieser Probleme konnte der erste Patient für *HandinHand* formvollendet am 25.03.2020 rekrutiert werden.

Bis 31.05.2020 wurden 76 Patienten für *HandinHand* rekrutiert.

Die erheblichen Erschwernisse bei der Gewinnung neuer Ärzte und damit auch neuer Patientinnen und Patienten für *HandinHand* änderten sich aufgrund der Corona-Pandemie und den damit einhergehenden Verunsicherungen und Einschränkungen im Laufe des Jahre 2020 nicht grundlegend.

Erschwerend kamen ab 07-2021 die Auswirkungen der Flutkatastrophe im Ahrtal und im Erftal hinzu. Beide Gebiete waren die Haupteinsatzgebiete des Projekts *HandinHand*.

Alle angestrebten Zeitpunkte mit dazugehörigen Fallzahlen mussten regelmäßig nachjustiert und nach hinten korrigiert werden.

Die letzten neuen Patienten für *HandinHand* wurden im März 2022 rekrutiert.

Die Fallzahl n=300 wurde am 20.01.2021, n=540 am 22.07.2021 erreicht.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Es wurde 09-2021 beim DLR ein Antrag auf Fallzahlreduktion auf n=700 gestellt. Diese Fallzahl konnte bis 31.03.2022 erreicht werden.

4.2.3.3. Pflegeexperten-Center

Das Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH war in einer Büroimmobilie in Bad Neuenahr-Ahrweiler (Sprengnetter-Campus 4A) untergebracht. Die dort angemieteten Räume enthielten zwei Büroräume, einen Besprechungsraum, einen Sozialraum, Sanitäreinrichtungen und Lagermöglichkeiten für die Materialien.

In den Büroräumen waren Arbeitsplätze für den Projektleiter, die Projektmanagerin, eine Verwaltungsangestellte und die Leiterin und die stellvertretende (pflegerische) Leiterin des PE-Centers unterbracht. Die Räume sahen keine Büroarbeitsplätze für die Pflegeexperten vor. Es wurde davon ausgegangen (und auch so realisiert), dass die Pflegeexperten ihre Büroarbeit zu Hause erledigten.

Der Büroimmobilie waren 11 Parkplätze für die angemieteten Fahrzeuge zugeordnet, mit denen die Pflegeexperten die Hausbesuche bei den Patienten durchführten.

Die Anmeldung der teilnehmenden Patienten im Pflegeexperten-Center enthielt die von den teilnehmenden Ärzten eingeholten Teilnahmeerklärungen, die Patientenstammdaten und eine ärztliche Verordnung (ANLAGE 18) der Maßnahme „*HandinHand*“.

Die Anmeldungen wurden administrativ von der Verwaltungskraft in Empfang genommen und dokumentiert. Die Anmeldungen wurden sodann an die Leiterin (oder deren Stellvertreterin) des Pflegeexperten-Centers weitergeleitet. Diese ordnete die neuen Patienten einer Pflegeexpertin zu und delegierte regelhaft den Erstkontakt an die Pflegeexpertin.

4.2.3.4. Pflegeexperten

Die anfänglich zehn Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten wurden vom 01.10.2019 bis 31.03.2020 im Rahmen einer projektinternen Qualifikationsmaßnahme (ANLAGEN 19, 20) auf ihren Einsatz bei den Patienten vorbereitet.

Ferner studierten sie im Projektrahmen seit dem 01.10.2019 Pflegeexpertise an der PTHV / VPU (ANLAGEN 21, 22).

Die Pflegeexperten nahmen von der Leiterin des Pflegeexperten-Centers die Neuanmeldungen der Patienten entgegen, nahmen (zumeist telefonisch) Erstkontakt mit den Patienten und / oder deren Angehörigen auf und vereinbarten einen ersten Besuchstermin.

Sie suchten sodann die Patienten zu Hause auf, führten eine Eingangserhebung durch und legten einen Versorgungsplan (ANLAGE 23) an. Nach der Freigabe des Versorgungsplans durch den Hausarzt suchten die Pflegeexperten im Abstand von ca. 2 Wochen die Patienten zu Folgebesuchen zu Hause auf (ANLAGE 24). Regelmäßig nach sechs Monaten war diese Leistungserbringung abgeschlossen.

Die Vorgaben für die Vorgehensweisen bei den Hausbesuchen und den dabei vorgesehenen Verrichtungen und Maßnahmen wurden in einem *HandinHand*-QM-Handbuch und dazugehörigen SOPs niedergelegt (ANLAGEN 25 bis 31).

4.2.3.5. Leistungserbringung am Patienten

Die Erbringung der ersten Leistung am ersten Patienten durch die PEs des Pflegeexperten-Centers setzte die erfolgreiche Rekrutierung der ersten Patienten für *HandinHand* durch die teilnehmenden Ärzte voraus.

Unmittelbar nach der vorliegenden unterschriebenen Teilnahmeerklärung des ersten Patienten konnte der erste explorierende Besuch eines Pflegeexperten bei dem Patienten am 25.03.2020 stattfinden.

Die letzten neuen Patienten für *HandinHand* wurden im März 2022 rekrutiert. Demgemäß wurden die letzten Leistungen an den letzten Patienten im September 2022 erbracht.

Die Leistungserbringung ging regelhaft wie folgt vonstatten:

Der teilnehmende Arzt screenete seinen Patientenstamm auf geeignete und die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllende Patienten, holte deren Einverständnis ein, stellte eine ärztliche Verordnung für die Leistungserbringung durch das Pflegeexperten-Center aus und übermittelte die Patientenstammdaten an das PE-Center.

Die leitende Pflegeexpertin verteilte die Patienten auf die mitarbeitenden Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten. Diese nahmen sodann, zumeist telefonisch, Kontakt mit den Patienten und / oder deren Angehörigen auf und vereinbarten einen ersten Besuchstermin. Beim Erstbesuch wurde eine umfangreiche Statuserhebung vorgenommen, eine individuelle Versorgungsplanung erstellt und diese mit dem behandelnden (Haus-)arzt abgestimmt.

Von diesem Zeitpunkt an erfolgten regelmäßige, teilweise wöchentliche, zweiwöchentliche und / oder monatliche Besuche innerhalb der nächsten sechs Folgemonate. Bedarfsweise fanden auch telefonische Kontakte statt. Zu jedem Besuchstermin erstellten die Pflegeexperten einen Statusbericht, der an den jeweiligen Arzt übermittelt wurde. Bedarfsweise fanden über den Versorgungszeitraum hinweg mit dem Arzt abgestimmte Anpassungen des Versorgungsplans statt.

Im Rahmen der Besuche wurde bei den Patienten der klinische Status erhoben, die pflegerische und soziale Situation exploriert, die Versorgungssituation eingeschätzt und die medikamentöse Versorgung kontrolliert. Auf Anordnung der Ärzte fanden auch Blutentnahmen und EKG-Schreibungen mittels mobiler EKG-Geräte statt, die dann jeweils zeitnah an den Arzt übermittelt wurden.

Die genauen Abläufe bei der Leistungserbringung am Patienten sind dem Evaluationsbericht, hier insbesondere dem Bereich Prozessevaluation, zu entnehmen.

4.2.3.6. Dokumentation und Berichterstattung

a. Entwicklung und Anwendung der ePA

Die Dokumentation der Leistungserbringung der Pflegeexperten beim Patienten erfolgte in einer eigens für *HandinHand* entwickelten elektronischen Patientenakte (ePA für Pflege), welche vom Konsortialpartner Rechenzentrum Volmarstein (RZV) entwickelt, bereitgestellt und gepflegt wurde. Die Dokumentation umfasste: Teilnahmeerklärung, Ärztliche Verordnung, Ersterhebung, Versorgungsplan, Dokumentation aller Hausbesuche und bedarfsweise zwischenzeitlich erfolgten telefonischen Kontakte und Statusberichte (ANLAGE 32).

Die Statusberichte wurden von den Pflegeexperten an die jeweiligen Hausärzte übermittelt. Die Übermittlung erfolgte nahezu durchgängig per Fax, vereinzelt durch persönliche Überbringung und in einer gewissen Anzahl an Fällen per Briefpost.

Die Dokumentation der Daten diente insbesondere dazu, dem RWI für die wissenschaftliche Begleitforschung die erforderlichen Daten zu liefern. Dazu waren als Arbeitsgrundlage auch die Datensätze heranzuziehen, welche von der AOK im Rahmen der Bereitstellung der Kontrolldaten geliefert wurden.

Außerdem war die Dokumentation der Patientendaten in der ePA für Pflege erforderlich, um den Pflegeexperten bei der Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten die erforderlichen Informationen zu liefern.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Mit der Entwicklung der ePA für Pflege wurde seitens des RZV im Juli 2019 begonnen. Es war eine enge Abstimmung zwischen RZV, RWI, Marienhaus und AOK erforderlich, um die Datenfelder richtig zu definieren.

Die ePA für Pflege lag bis 31.01.2020 und damit fristgerecht vor.

Interoperabilität und offene Schnittstellen spielten bei der ePA für Pflege für *HandinHand* keine Rolle, weil es sich bei der ePA für Pflege um ein in sich geschlossenes System handelte.

b. Spezifische Beschreibung der ePA

Die ePA für Pflege umfasste die von den PE für ihre Prozesse und für die Evaluation notwendigen Daten. Diese Daten wurden von RZV im System M-KIS der Meierhofer AG angelegt und über eine zentrale Citrix-Umgebung bereitgestellt.

M-KIS ist ein modulares System, das auf die spezifischen Belange hin angepasst werden kann (siehe hierzu <https://www.meierhofer.com/loesungen/>). Ein Download von M-KIS-Komponenten kann im Rahmen der Ergebnis-Berichterstattung für *HandinHand* nicht angeboten werden, da dies ein kommerzielles Produkt ist.

Die für *HandinHand* angelegten Datenstrukturen sind verfügbar und in einem Codebook als Anlage diesem Ergebnisbericht beigefügt (ANLAGEN 53 und 54). Aus den Datenstrukturen wird ersichtlich, welche Inhalte in der M-KIS-Datenbank angelegt und genutzt wurden. Sie können daher anderen Interessierten eine probate Unterstützung zur Anlage eigener Datenbankanwendungen geben.

c. Intersektoraler Austausch

Für den intersektoralen Austausch mit den Hausarztpraxen stellte RZV ein datenschutzkonformes Aktensystem auf Basis einer Elektronischen Fallakte der Spezifikation 2.0 zur Verfügung. In diese wurden per standardisierter HL7-MDM-Schnittstelle (siehe hierzu die Spezifikation unter https://wiki.hl7.de/index.php/HL7v2-Profil_MDM-Nachrichten) PDF-Dokumente aus dem M-KIS-System (der ePA) übertragen und standen den Hausärztinnen/Hausärzten per Download zur Verfügung.

Die Elektronischen Fallakte basiert auf den internationalen Profilen und Standards Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) und Health Level Seven (HL7), die aktuelle Spezifikation kann in der Wissensplattform des (gematik-) Interoperabilitäts-Navigators unter <https://www.ina.gematik.de/startseiteeingesehen> und für eigene Anwendungen adaptiert werden.

Die Spezifikation der Elektronischen Fallakte obliegt dem Verein Elektronische Fallakte e.V. (siehe <https://www.fallakte.de/>), in dem Aktenprovider wie Aktenanwender vereint sein.“

Leider wurde diese Möglichkeit des intersektoralen Austauschs von keiner einzigen Hausarztpraxis eingesetzt.

4.2.4. Weitere Projektkomponenten

4.2.4.1. Qualitätszirkel

In der Projektplanung für *HandinHand* war vorgesehen, einmal im Quartal einen Qualitätszirkel durchzuführen, an dem teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten und die Projektleitung teilnehmen. Der erste Qualitätszirkel fand planmäßig am 06.11.2019. statt.

Die weiteren Qualitätszirkel fanden wie geplant quartalsweise statt, aufgrund der Coronapandemie zumeist als Telefonkonferenz.

Der zwölfte und letzte Qualitätszirkel fand am 14.09.2022 und damit fristgerecht statt.

4.2.4.2. Ausbildung an der PTHV / VP-Uni

Herzstück des Projekts *HandinHand* war die Delegation ärztlicher Leistungen bei chronisch kranken, multimorbiden und immobilen Patienten über 60 Jahre. Die Tätigkeiten wurden an Pflegefachkräfte delegiert, welche, in Anlehnung an internationale Erfahrungen in Advanced Nursing Practice (ANP) akademisch ausgebildet wurden.

Bereits zum Zeitpunkt der Ausarbeitung des Förderantrags im Frühjahr 2017 war offensichtlich, dass so ausgebildete Pflegefachkräfte auf dem deutschen Arbeitsmarkt nicht in dem für das Projekt *HandinHand* gebotenen Maß verfügbar sind. Daher wurde in das Projekt eine Ausbildungskomponente integriert. Dieser folgend sollten die für den Einsatz am Patienten gewonnenen Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten im Rahmen des Projekts eine akademische Zusatzausbildung erhalten.

International ist für den Einsatz als ANP eigentlich eine Master-Ausbildung erforderlich. Dies war jedoch im angedachten Projektzeitraum von drei Jahren unmöglich zu realisieren. Daher wurde eine Ausbildungskomponente mit einem BA-Studium „Pflegeexpertise“ an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) in das Projekt integriert und die PTHV als Projekt- und Konsortialpartner gewonnen (ANLAGEN 21-22).

Bereits 01-2019 veranlasste die Marienhaus Holding GmbH eine Stellenausschreibung für das geplante Pflegeexperten-Center zum 01.10.2019. Die Bewerbungsgespräche konnten bis 06-2020 erfolgreich abgeschlossen und die Arbeitsverträge mit den Pflegeexpertinnen und -experten nach Erhalt des Förderbescheids in 07-2019 abgeschlossen werden.

Bei der Stellenausschreibung und der Bewerberauswahl wurde darauf geachtet, dass alle Interessenten, die seitens der Marienhaus Holding GmbH in die engere Auswahl genommen wurden, die formale Studierfähigkeit an der PTHV (Allgemeine Hochschulzugangsberechtigung, Berufserfahrung) gegeben war.

Die PTHV konnte bis 08-2019 mit allen in Frage kommenden Interessenten Erst- und Aufnahmegespräche führen. Acht PEs überstanden das formale Aufnahmeverfahren in das Studium an der PTHV erfolgreich. Drei weitere PEs waren bereits seit 2017 an der PTHV im projektrelevanten Studiengang „Pflegeexpertise“ eingeschrieben.

Daher waren am 01.10.2019 alle Voraussetzungen für Studienbeginn (als Erstsemester) oder Studienfortsetzung (als Fünftsemester) gegeben.

Das PE-Center umfasste insgesamt 12 pflegerische Mitarbeiter. Die pflegerische Leiterin des PE-Centers war bereits vor Start des PE-Centers Master-Absolventin und daher nicht mehr für das Studium an der PTHV vorgesehen.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Die stellvertretende pflegerische Leiterin hatte bereits vor Start des PE-Centers ein BA-Studium absolviert und nahm am 1. Semester nur testweise teil.

Von den zehn „normalen“ PEs waren zum Start des PE-Centers drei bereits im Studium an der PTHV, und zwar im letzten Semester. Diese drei schlossen ihr Studium am 31.03.2020 erfolgreich ab. Von einer dieser PEs trennte sich die Marienhaus Holding GmbH zum 31.03.2020. Unmittelbar nach dieser Trennung wurde eine ErsatzEinstellung vorgenommen. Dieser neue Mitarbeiter war bereits Student an der PTHV. Er verließ das PE-Center aber wieder 09-2020 und wurde nicht mehr ersetzt.

Die sieben „normalen“ Studenten absolvierten das erste, zweite, dritte und vierte Semester regelgerecht.

Die stellvertretende pflegerische Leiterin nahm seit 01.10.2020 testweise am 1. Semester des an der VP-Uni inzwischen möglichen Community Health Nursing Master-Studiums (CHN) teil.

Von den neun „normalen“ im Projekt beschäftigten PEs waren zu Beginn des Jahres 2021 bereits zwei mit dem Studium an der VP-Uni fertig. Eine dieser PEs startete am 01.10.2020 das Master-Studium CHN.

Zwei PEs schieden bis 31.01.2022 aus dem Projekt *HandinHand* aus, die erste bis 31.07.2021, die zweite bis 31.01.2022. Es blieben also zum 31.03.2022 und damit zu Ende des fünften Semesters fünf PE für das reguläre Studium an der VP-Uni übrig. Diese fünf absolvierten das Studium in ihrem fünften und sechsten Semester, d.h. bis zum 31.03.2022, regelgerecht und schlossen das Studium erfolgreich ab. Auch die PE, die bereits zu Projektbeginn das BA-Studium erfolgreich absolviert hatte und am CHN-Studium teilnahm, schloss ihr Studium bis 10-2022 erfolgreich ab. Lediglich eine PE, die 01-2022 das Projekt auf eigenen Wunsch verließ, brach das Studium ab.

Alle anderen PEs absolvierten das Studium erfolgreich.

4.2.4.3. Projektmanagement

Unmittelbar nach Erhalt des Förderbescheids Ende 07-2019 erbat der Projektleiter von allen Konsortialpartnern die Benennung von jeweils zwei Personen für die Konsortial-Projektgruppe. Im Laufe des Augusts 2019 wurden für alle sieben Konsortialpartner (einschließlich der Konsortialführerin) 7x2=14 Damen und Herren als Mitglieder der Konsortial-Projektgruppe benannt.

Die namentliche Besetzung der Konsortial-Projektgruppe wechselte umständehalber während der Projektlaufzeit mehrmals.

Die Konsortial-Projektgruppe vereinbarte auf Vorschlag des Projektleiters quartalsweise Sitzungen, bevorzugt als Telefonkonferenzen, abzuhalten.

Die erste formale Konsortial-Projektgruppensitzung fand am 27.09.2019 als Telefonkonferenz und damit fristgerecht im geplanten Zeitraum III. Q. 2019 statt. Es folgten quartalsweise Sitzungen. Die Durchführung als Telefonkonferenz bewährte sich und wurde für die Projektdauer beibehalten.

Auf allseitigen Wunsch wurde die 13. Sitzung als Anwesenheitssitzung in Bad Neuenahr-Ahrweiler im PE-Center abgehalten und fand fristgerecht am 18.08.2022 statt. Die 14. und damit letzte Konsortial-Projektgruppensitzung fand fristgerecht am 25.11.2022 als Telefonkonferenz statt.

Es wurde begleitend ein Projektablaufplan erstellt und regelmäßig aktualisiert (ANLAGE 33).

4.2.4.4. Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

Es wurden Konzepte für Marketing und Öffentlichkeitsarbeit erstellt und regelmäßig aktualisiert (ANLAGEN 34 bis 36). Dem zugehörig wurden Flyer (Anlagen 37, 38), Landkarten (ANLAGE 39), Türschilder (ANLAGE 40) und Aufsteller (ANLAGE 41) produziert. Weitere relevante Unterlagen für die Information von Patienten und Öffentlichkeit waren eine Kurzinformatio (ANLAGE 42), ein regelmäßig aktualisiertes Infokompodium (ANLAGE 43), Präsentationen (ANLAGEN 44, 45) und eine eigene Homepage (ANLAGE 46).

4.3. Relevante Arbeitsplanänderungen während der Projektlaufzeit

4.3.1. Fallzahl

4.3.1.1. Ursprünglich geplant

Gemäß Projektantrag war ursprünglich eine Fallzahl von $n = 1.500$ zu rekrutierenden Patienten geplant. Siehe hierzu auch das RWI-Evaluationskonzept (ANLAGE 01).

Als sich im Laufe des Projekts abzeichnete, dass die ursprünglich angestrebte Fallzahl trotz aller Anstrengungen, dies inkl. einer bereits genehmigten Laufzeitverlängerung um sechs Monate zu Gunsten der Patientenrekrutierungsphase, nicht zu erreichen sei, wurde seitens des RWI das Evaluationskonzept überarbeitet. Bei dieser Überarbeitung kam dem RWI zugute, dass die ursprüngliche Fallzahlplanung auf Annahmen aus der Literatur fußte, während die neu beantragte Fallzahlplanung nunmehr auf Echtdate aus dem bereits laufenden Projekt *HandinHand* zurückgreifen konnte.

Damit konnte das RWI konstatieren, „dass bei einer Inklusion von mindestens ca. 520 Patienten mit über 80% Wahrscheinlichkeit der Unterschied in den Zielparameter der Behandlungsgruppe und Vergleichsgruppe auf einem Signifikanzniveau (alpha) von 10% statistisch erkannt wird, gegeben es gibt den erwarteten Unterschied. Bei einer Inklusion von 700 Patienten würde der Unterschied sogar auf einem Niveau von 5% statistisch erkannt“.

Unter Annahme einer Dropout-Rate von 23%, welche den Erkenntnissen aus dem laufenden Projekt entsprach, ergab sich daraus eine nunmehr seitens des RWI neu geforderte Mindestzahl von $n = 637$ zu rekrutierenden Patienten.

Allerdings konnte zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Fallzahlreduktion das Patientenverhalten nach der Hochwasserkatastrophe in 07-2021 im Ahrtal und im Erfttal, noch nicht vollständig abgebildet werden. Nach Aussagen der Pflegeexperten musste damit gerechnet werden, dass bereits rekrutierte Patienten durch die Katastrophe für die Auswertung verloren sein würden.

Daher wurde seitens des PE-Centers vorsichtshalber von einer höheren erforderlichen Rekrutierungs-Fallzahl um 9% (d.h. von $n = 637$ erhöht auf $n = 700$) ausgegangen und am 30.09.2021 ein Antrag auf Fallzahlreduktion (für die zu rekrutierende Anzahl an Patienten) von $n = 1.500$ auf $n = 700$ gestellt. Diesem Antrag gab das DLR am 06.04.2022 statt.

Die neu anzustrebende Fallzahl betrug daher nunmehr $n = 700$.

4.3.1.2. Tatsächlich erreicht, Fallzahl inkl. Drop-Outs

Es wurden bis Ende 03-2022, dem Ende der Patienten-Rekrutierungsphase, $n = 734$ Patienten für *HandinHand* rekrutiert.

Die verzögerte und schleppende Patientenrekrutierung führte zum Antrag auf Fallzahlreduktion, der am 06.04.2022 genehmigt wurde.

4.3.2. Laufzeitverlängerungen

Die beantragten und genehmigten Laufzeitverlängerungen um zweimal 6 Monate führten zu konsekutiven Verschiebungen bestimmter Enddaten und zur Ergänzung verschiedener formaler Projektschritte wie Qualitätszirkel und Konsortial-Projektgruppensitzungen, ohne dass sich daraus grundlegende Änderungen für den Projektverlauf ergaben.

Die zweite Laufzeitverlängerung um 6 Monate erfolgte zu wissenschaftlichen Zwecken.

4.3.3. Ereignisse und Erkenntnisse mit positiver Beeinflussung des Projektverlaufs

Die Genehmigung des Antrags auf Erweiterung der Rechtsgrundlage für die Patientenrekrutierung gemäß §630a BGB bewirkte eine erhebliche Entspannung bzgl. der zu erwartenden Fallzahlen.

Ebenfalls für eine erhebliche Entspannung sorgte die Genehmigung des Antrags auf Laufzeitverlängerung zugunsten der Patientenrekrutierung.

Eine entscheidende Entspannung bzgl. der anzustrebenden Fallzahl resultierte aus der Genehmigung des Antrags auf Fallzahlreduktion.

Die Genehmigung des gleichzeitig gestellten Antrags auf eine Laufzeitverlängerung zu wissenschaftlichen Zwecken führte dazu, dass das RWI bei seiner Patientendatenauswertung im Vergleich zur Kontrollgruppe auf bessere Vergleichsdaten zurückgreifen konnte (Evaluationsbericht).

Die Genehmigung des gleichzeitig gestellten Antrags auf eine Studienzeitverlängerung um ein Semester führte dazu, dass die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten ihr Studium an der PTHV / VP-Uni ordnungsgemäß zu Ende führen konnten.

4.3.4. Ereignisse / Erkenntnisse mit negativer Beeinflussung des Projektverlaufs

Folgende Ereignisse mit negativer Beeinflussung traten während des Verlaufs des Projekts *HandinHand* ein:

1. Änderung der Interventionsregion vom Landkreis Wadern auf die Region Ahrweiler
2. Auflagen und Nachforderungen der Ethikkommission zum Versorgungskonzept, zum Datenschutz und zum Rechtsrahmen, diese resultierend aus Auflagen und Forderungen der Landesärztekammer RLP (hier insbesondere Delegationsvereinbarung)
3. Beitrittsverweigerung Gesetzlicher Kassen
4. Coronapandemie und Hochwasserkatastrophe mit fehlendem Zugang zu Heimen, Krankenhäusern, zur allgemeinen Öffentlichkeit mit erheblicher Beeinträchtigung der Öffentlichkeitsarbeit, zu Patienten und insbesondere zu Ärzten.
5. Deutlich höherer Zeitaufwand pro Patient (mehr als 2h) als bei Antragstellung geschätzt (ca. 1h), wurde aufgefangen durch die geringere Patientenzahl.

4.3.4.1. Änderung der Interventionsregion vom Landkreis Wadern auf die Region Ahrweiler

Ursprünglich war als Interventionsregion gemäß Antrag aus 05-2017 der Landkreis Merzig-Wadern vorgesehen. Die nach Förderbescheid 2017 explizit ausgesprochene Weigerung der verfassten Ärzteschaft (hier vor allem: Hausärzteverband) im Saarland, das Projekt *Handin-Hand* zu unterstützen bzw. die Ankündigung, dieses vehement zu bekämpfen, führte zu einem (erfolgreichen) Switch auf die Interventionsregion Ahrweiler.

Hier konnte eine Duldung des Projekts durch den Hausärzterverband Rheinland-Pfalz und eine intensive Mitarbeit des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V. erreicht werden. Insbesondere ohne das Ärztenetz wäre der Switch der Interventionsregion nicht möglich gewesen.

4.3.4.2. Auflagen und Nachforderungen der Ethikkommission

Auflagen und Nachforderungen der Ethikkommission zum Versorgungskonzept, zum Datenschutz und zum Rechtsrahmen, diese resultierend aus Auflagen und Forderungen der Landesärztekammer (hier insbesondere Delegationsvereinbarung):

Die erheblichen Auflagen der Ethikkommission bzgl. Datenschutz und Versorgungskonzept sowie der Landesärztekammer zur rechtlichen Grundlage der Delegation konnten in der Vorbereitungsphase (vom Beginn der Förderphase 01.07.2019 bis zum Start der Patientenrekrutierung 03-2020) allesamt erfüllt werden. Das Versorgungskonzept wurde hierzu mehrmals überarbeitet.

Es wurde eine Rahmen-Delegationsvereinbarung zwischen Marienhaus GmbH und Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. abgeschlossen. Auf deren Basis wurden dann später individuellen Delegationsvereinbarungen zwischen den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten und den Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten abgeschlossen, welche die erforderliche Klärung und Rechtssicherheit herbeiführten.

Auch die mehrmals gestellten Forderungen nach Überarbeitung der angedachten Patienten- Informationsunterlagen und Teilnahmeerklärungen konnten allesamt erfüllt werden. Diese wurden im weiteren Verlauf des Projekts *HandinHand* weiterhin mehrmals überarbeitet bzw. aktuellen Gegebenheiten angepasst.

4.3.4.3. Beitrittsverweigerung Gesetzliche Kassen

Die Weigerung zahlreicher Gesetzlicher Kassen, der AOK zu folgen und *HandinHand* beizutreten, führte noch vor Beginn der Patientenrekrutierung zu einer erheblichen Verunsicherung. Diese konnte durch den genehmigten Antrag auf Erweiterung der Rechtsgrundlage auf § 630a BGB geheilt werden.

4.3.4.4. Coronapandemie und Hochwasserkatastrophe

Coronapandemie und Hochwasserkatastrophe mit fehlendem Zugang zu Heimen, Krankenhäusern, zur allgemeinen Öffentlichkeit mit erheblicher Beeinträchtigung der Öffentlichkeitsarbeit, zu Patienten und insbesondere zu Ärzten:

Coronapandemie und Hochwasserkatastrophe erschwerten die Projektarbeit erheblich. Dies hatte ganz erheblich negative Auswirkungen auf die Fallzahlentwicklung.

4.3.4.5. Deutlich höherer Zeitaufwand

Deutlich höherer Zeitaufwand pro Patient (mehr als 2h) als bei Antragstellung geschätzt (ca. 1h), wurde aufgefangen durch die geringere Patientenzahl:

Bei Antragstellung 05-2017 wurde geschätzt, dass pro Hausbesuch bei den Patienten durch die Pflegeexperten ein Zeitbedarf von ca. 1h zu kalkulieren ist. Diese Zeitkalkulation war seinerzeit ein reiner Schätzwert, weil dazu keinerlei eigene Vorerfahrungen der Antragsteller bestanden und auch keine entsprechenden Literaturangaben zu finden waren, die eine nähere Spezifikation dieser Zeitkalkulation ermöglicht hätten.

Der Schätzwert von 1h war insofern sehr bedeutsam, weil er sämtliche anfallenden Arbeiten bei den Pflegeexperten im Rahmen des Projekts beinhaltete. Er umfasste also sämtliche Rüstzeiten aller Art, Vorbereitungen, Fortbildungen, Teamsitzungen u.Ä., sämtliche Netzwerkaktivitäten mit anderen Gesundheitsdienstleistern, den Kontakt zu den Arztpraxen, zu Angehörigen, zu Patienten, die Hausbesuche bei den Patienten, und zwar sowohl den sehr aufwändigen Erstbesuch als auch alle Folgebesuche, und die dazugehörige Dokumentation in der elektronischen Patientenakte (ePA) inklusive aller Korrekturbedarfe.

Der Schätzwert von 1h war auch die Grundlage für den gesamten Business Plan des Projekts *HandinHand*, hier insbesondere der gesamten Personalplanung. Der Schätzwert von 1h ergab zusammen mit dem Schätzwert für die Anzahl der durchzuführenden Hausbesuche pro Patient und der angestrebten Fallzahl die Anhaltzahlen für das Stellengerüst des Pflegeexperten-Centers.

Es zeigte sich im Laufe des Projekts an Hand der Echtdatendokumentation in der ePA und der Auswertung durch das RWI, dass dieser Schätzwert durch die realen Zeitbedarfe, hier insbesondere für die Hausbesuche, die Reisezeiten und die Dokumentation, bei weitem übertroffen wurden. Das RWI stellte einen durchschnittlichen Zeitbedarf von ca. 150min pro Patient und Hausbesuch inkl. Dokumentation fest, ohne dass in diesem Messwert bereits die o.a. sonstigen Tätigkeiten der Pflegeexperten enthalten waren. Der Schätzwert wurde demnach vom IST-Wert um mindestens ca. 150% übertroffen.

Diese gravierende Fehlschätzung hätte eigentlich zu massiven Schwierigkeiten bei der Projektrealisierung führen müssen. Einzig die Tatsache, dass während des gesamten Projektverlaufs nur 734/1500, d.h. 48,9% der ursprünglich geplanten, Patientenzahl rekrutiert wurde, heilte diese Fehlplanung zu Beginn des Projekts. Bei möglichen Folgeprojekten und bei einer möglichen Überführung des Versorgungsansatzes in die Regelversorgung ist hierauf jedoch unbedingt zu achten.

5. Methodik

Bzgl. der während der Arbeitsprozesse der Evaluation verwendeten Unterlagen wird auf die Tabelle 07 verwiesen.

Tabelle 07: Übersicht über die Materialien zur wissenschaftlichen Begleitforschung

Nr.	Dokumente
01	RWI-Evaluationskonzept und Ergänzungen (ANLAGE 01)
02	RWI-Zwischenberichte
03	Prozessevaluationskonzept (ANLAGE 02)
04	Zwischenberichte UniL, UniK und Projektbeirat
05	Evaluationsbericht (gemeinsamer Evaluationsbericht von RWI, UniL, UniK und Projektbeirat)

Quelle: Eigene Darstellung

5.1. Arbeitsprozesse der Evaluation

5.1.1. Arbeitsprozesse der Effektevaluation

Für die wissenschaftliche Begleitforschung zu *HandinHand* waren das RWI und die Unis Lübeck und Köln zuständig. Das Evaluationskonzept des RWI lag allen Projektbeteiligten seit 02-2019

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

in unveränderter Form vor, war Bestandteil der 03-2019 dem DLR vorgelegten Unterlagen und somit Bestandteil des Förderbescheids aus 07-2019 (ANLAGE 01).

Das RWI konnte seit Beginn des Förderzeitraums alle ausgestaltenden Detailarbeiten zur Vorbereitung der Datenerhebung im Rahmen von *HandinHand* ohne Verzug und Beeinträchtigung vornehmen. Seit 07-2019 fanden dazu mehrere Workshops und Abstimmungsgespräche in Essen (RWI), Volmarstein (RZV) und Bad Neuenahr (Pflegeexperten-Center) statt. Bei diesen Terminen konnte weitgehend Konsens der Beteiligten zu den Arbeitsabläufen im PE-Center, den bei den Patienten zu erhebenden Daten, der Kongruenz zwischen Datenerhebung und patientennahen Kernleistungen der PEs und der Abbildungen aller Tools in der ePA erzielt werden.

Die Dokumentation der Leistungserbringung der Pflegeexperten beim Patienten erfolgte in der eigens für *HandinHand* entwickelten elektronischen Patientenakte (ePA für Pflege), welche vom Konsortialpartner Rechenzentrum Volmarstein (RZV) entwickelt, bereitgestellt und gepflegt wurde.

Die Dokumentation der Daten diene insbesondere dazu, dem RWI für die wissenschaftliche Begleitforschung die erforderlichen Daten zu liefern.

Dazu waren als Arbeitsgrundlage auch die Datensätze heranzuziehen, welche von der AOK im Rahmen der Bereitstellung der Kontrolldaten geliefert wurden.

5.1.2. Arbeitsprozesse der Prozessevaluation

Im Rahmen der Projektbeantragung 2017 wurde in der Konzeption zu *HandinHand* von vorneherein ein Projektbeirat vorgesehen. Zitat Antrag 2017: „Ziel der Arbeit des Projektbeirats ist die Entwicklung eines generischen Konzepts zur Langzeitimplementierung von *HandinHand*. Der Projektbeirat zieht dafür die seitens der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das RWI vorgenommenen Analysen und Berichte heran“.

Außerdem wurde festgestellt, dass ein „relevanter Faktor für eine potentielle Überführung von *HandinHand* in die Regelversorgung“ (Zitat aus Antrag 2017) eine vertiefte Kenntnis der realen Abläufe in der Patientenversorgung und Organisation des Pflegeexperten-Centers ist, die sich in der ergebnisorientierten wissenschaftlichen Begleitforschung des RWI nicht so tief abbilden lassen. Die Universität zu Lübeck (und später auch die Universität Köln) übernahmen als Konsortialpartner (über Prof. Dr. Sascha Köpke und Kolleginnen und Kollegen) die Leitung und Koordination des Projektbeirats. Die Mitglieder des Beirats setzten sich aus namhaften Persönlichkeiten mit Affinität zu den Projektinhalten und –themen zusammen und konnten so mit ihrer fachlichen Expertise die Perspektiven wesentlicher Stakeholder mit in die Beiratsarbeit einfließen lassen.

Unmittelbar nach Vorliegen des Förderbescheids 07-2019 konnte der Projektbeirat seine Arbeit aufnehmen. Die Benennung der Beiratsmitglieder wurde bis Ende 08-2019 erfolgreich abgeschlossen, die erste Sitzung des Projektbeirats fand am 02.09.2019 in Mainz statt. Bei dieser Beiratssitzung diskutierten die Beiratsmitglieder umfassend die seitens des Vorsitzenden Prof. Köpke unterbreiteten Vorschläge für eine durch den Projektbeirat getragene Prozessevaluation zu *HandinHand*.

Auf Basis der Diskussionsergebnisse erarbeiteten die für den Projektbeirat zuständigen Mitarbeiter der Uni Lübeck die Eckpunkte des Prozessevaluationskonzepts (ANLAGE 02) und setzten bei einer Telefonkonferenz 12-2019 den Dialog mit den Beiratsmitgliedern zu diesen Eckpunkten fort. Bei der Projektbeiratssitzung am 21.01.2020 in Köln wurde das vorbereitete Prozessevaluationskonzept verabschiedet.

Das Prozessevaluationskonzept des Projektbeirats lag somit am 31.01.2020 vor.

Die dazugehörigen Fragebögen sind als ANLAGEN 47-52 erfasst.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Die Begleitung des Projekts *HandinHand* durch den Projektbeirat wurde fristgerecht bis zum 30.06.2023 abgeschlossen. Der Projektbeirat tagte letztmalig am 01.06.2023.

5.1.3. Arbeitsprozesse zu den Forschungsdaten

Im Projektdesign für *HandinHand* war eine Kontrollgruppe vorgesehen. Diese Kontrollgruppe sollte dazu dienen, die Erreichbarkeit der primären wissenschaftlichen Endpunkte der Begleitforschung (15%ige Krankenhausreduktion) gegenüber der Interventionsgruppe festzustellen.

Die Kontrollgruppe setzte sich gemäß Evaluationskonzept aus den Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland zusammen. Nach dem Sozialrecht ist der AOK die Verwendung dieser (anonymen) Datensätze zu wissenschaftlichen Zwecken verboten, es sei denn, sie wird von der Aufsichtsbehörde (Landesministerium RLP) der AOK ausdrücklich genehmigt.

Das RWI hatte den Antrag auf Genehmigung nach §75 SGB X am 03.04.2020 gestellt, die Genehmigung lag am 25.06.2021 vor. Die AOK übermittelte dem RWI danach sämtliche Datensätze jeweils fristgerecht.

Die Datenerhebung für *HandinHand* endete mit der Erhebung der letzten Daten für die letzten Patienten im September 2022.

Die vorliegenden Datensätze wurden regelmäßig aufbereitet. Dabei fanden, teilweise auch in Absprache mit der AOK, fortlaufende Datenbereinigungen statt. Diese Arbeiten konnten bis zur Erstellung des Evaluationsberichts erfolgreich absolviert und abgeschlossen werden.

Die Auswertung der Daten für die Evaluation wurde am 30.06.2023 beendet.

5.1.4. Arbeitsprozesse zur Berichterstattung

Es waren regelmäßige Zwischenberichte seitens des RWI und der Unis Lübeck und Köln vorgesehen, um die bis zum jeweiligen Datum erreichten Arbeitsstände festzuhalten und darzulegen.

Der erste RWI-Zwischenbericht zur Evaluation wurde am 30.06.2020 vorgelegt, der erste Zwischenbericht des Projektbeirats zum gleichen Zeitpunkt.

Es folgten jeweils halbjährliche Zwischenberichte, zuletzt im IV. Quartal 2022.

Der Evaluationsbericht wurde am 21.07.2023 vorgelegt.

5.2. Details zur Effektevaluation

5.2.1. Design

Ziel der Effektevaluation war es, die Veränderung der Zielparameter der NVF im Vergleich zur Ausgangssituation sowie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe zu messen. Der Vorher-Nachher-Vergleich diente dabei der Ermittlung von Unterschieden in den betrachteten Endpunkten innerhalb des Interventionszeitraums, der Differenzen-in-Differenzen-Ansatz bildete den Vergleich zur kontrafaktischen Situation ab, also wenn die Intervention nicht durchgeführt worden wäre.

Im Fokus der Effektevaluation standen die Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie die Konsultationen des Hausarztes in der Praxis und Hausbesuche beim Patienten als primäre Endpunkte. Zusätzlich wurden Sekundärziele wie „Verbesserung der Gesundheitssituation“ mit den Endpunkten selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen oder „Stärkung der Patientenautonomie“ für die Bewertung der NVF herangezogen.

5.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden GKV-Versicherte im Alter von 60 und älter, mit kontinuierlichem, hausärztlichem Versorgungsbedarf (mind. drei Hausarztkonsultationen in den letzten sechs Monaten), die sich zum Rekrutierungszeitpunkt nicht in stationärer Krankenhausbehandlung befanden und in eigener Häuslichkeit, betreutem Wohnen oder stationären Pflegeeinrichtungen wohnhaft waren.

Dies konnten Patientinnen und Patienten nach Klinikbehandlung betreffen, bei denen komplexe Entscheidungen zum Entlassungsmanagement sowie zur Weiterbehandlung anstanden, sowie Patientinnen und Patienten mit chronischer, akut exazerbierender Erkrankung, bei denen Entscheidungen zur Klinikeinweisung oder häuslichen Behandlung erforderlich waren.

5.2.3. Fallzahlberechnung

Bei Start des Projekts war es das Ziel, 1.300 durch PEs betreute Patientinnen und Patienten für die Interventionsgruppe zu gewinnen. Bei einer damals erwarteten Dropout-Rate von 13% wurde mit einer Kontaktierung von 1.500 Patientinnen und Patienten geplant.

Mit Anpassung des Evaluationskonzepts vom 28.02.2022 konnte das Rekrutierungsziel auf 517 durch PEs betreute Patientinnen und Patienten herabgesetzt werden. Bei einer Dropout-Rate von 23% mussten hierfür ca. 637 Patientinnen und Patienten kontaktiert werden. Diese angepassten Zielgrößen ergaben sich aus einer Power-Analyse. Diese basierte auf der angestrebten Reduktion der Hausarztbesuche sowie der Krankenhauseinweisungen von 10% bzw. 15% und der sich bis dahin im Projektverlauf dargestellten Effektgrößen.

Die Fallzahlplanung zeigte, dass bei einer Inklusion von mindestens 517 Patientinnen und Patienten mit über 80% Wahrscheinlichkeit der Unterschied in den Zielparameter der Behandlungsgruppe und Vergleichsgruppe auf einem Signifikanzniveau (alpha) von 10% statistisch erkannt wird, gegeben es gibt den erwarteten Unterschied, womit eine angemessene wissenschaftliche Aussage zu HandinHand getroffen werden kann.

Bei einer Inklusion von 709 Patienten würde der Unterschied sogar auf einem Niveau von 5% statistisch erkannt (Tabelle 08). Dabei wurde von einer durchschnittlichen Behandlungszeit von sechs Monaten ausgegangen, um ein mögliches Ausscheiden der Patientinnen und Patienten durch Tod zu berücksichtigen.

*Tabelle 08: Notwendige Stichprobengröße
(einseitiger Test, Power=80%)*

	alpha	Erwartete Reduktion	Mittelwerte ohne NVF	mit NVF	Standardabweichung	Stichprobengröße
Hausarztbesuche	0,05	10%	7,87	7,08	4,01	161
Hausarztbesuche	0,10	10%	7,87	7,08	4,01	118
Krankenhausaufenthalte	0,05	15%	0,40	0,34	0,65	709
Krankenhausaufenthalte	0,10	15%	0,40	0,34	0,65	517

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 1. / Anmerkung: Schätzwerte der erwarteten Reduktion (LIT 08, 09, 10) ausgehend von einer im Durchschnitt sechsmonatigen Behandlungszeit. Berechnung der Fallzahlen anhand von Beobachtungswerten der Abrechnungsdaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland vom 03.08.2021.

5.2.4. Datenerhebung und Datenbasis

Für die Analysen wurden Informationen benötigt zu der Interventionsgruppe sowie – zur Durchführung des Differenzen-in-Differenzen-Ansatzes – Informationen zu einer Vergleichs- bzw. Kontrollgruppe, welche nicht an der NVF teilnahmen, allerdings die Einschlusskriterien

erfüllten. Tabelle 09 zeigt eine Übersicht über alle Datenquellen, die sich daraus ergebenen Untersuchungsparameter sowie die in der Datenquelle betrachtete Gruppe.

Die Informationen zur Interventionsgruppe wurde aus den folgenden Datenquellen generiert: Datenerhebung und Dokumentation der PEs, Befragungen der Patientinnen und Patienten und Informationen aus den Routinedaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland für die Interventionsgruppe, die dort versichert sind. Geplant war, Angaben der Hausärzteschaft hinzuzuziehen. Da diese nicht zuverlässig für die gesamte Interventionsgruppe vorlagen, wurden die Informationen zu der Anzahl der Hausarztkontakte, zu den Diagnosen sowie demografische Informationen aus den Routinedaten bzw. den Daten der PE genutzt.

Für die Evaluation der primären Endpunkte wurden Informationen zu den Vergleichsgruppen aus Routinedaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, welche ebenfalls die Einschlusskriterien erfüllten, aber nicht in die NVF eingeschlossen wurden, generiert.

Für die Evaluation des Sekundärziels „Verbesserung der Gesundheitssituation“ mit den Endpunkten selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung, dienten als Vergleichswerte Ergebnisse aus der Bevölkerungsbefragung des sozioökonomischen Panels (SOEP).

Tabelle 09: Übersicht Datenquellen

Datenquelle	Untersuchungsparameter	Wer?
Datenerhebung/-dokumentation der PEs	Anzahl PE-Kontakte, Abbruchrate, Anzahl Kontakte, Krankenhausaufenthalte, (zusätzliche) Diagnosen (ICD), Medikamenteneinnahme (ATC), Pflegebedürftigkeit, Kosten	Facharzt-kon- Behandlungsguppe
Eigene Befragung	Subjektive Untersuchungsparameter (selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung, ungedeckte medizinische Bedürfnisse)	Behandlungsguppe
Routinedaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Anzahl Haus- und Facharztkontakte, Krankenhausaufenthalte, Diagnosen (ICD), Medikamenteneinnahme (ATC), Pflegebedürftigkeit, Kosten, demografische Informationen	Behandlungsguppe/Kontrollgruppe (primäre Endpunkte)
SOEP	Subjektive Untersuchungsparameter (selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung, ungedeckte medizinische Bedürfnisse)	Kontrollgruppe (sekundäre Endpunkte)

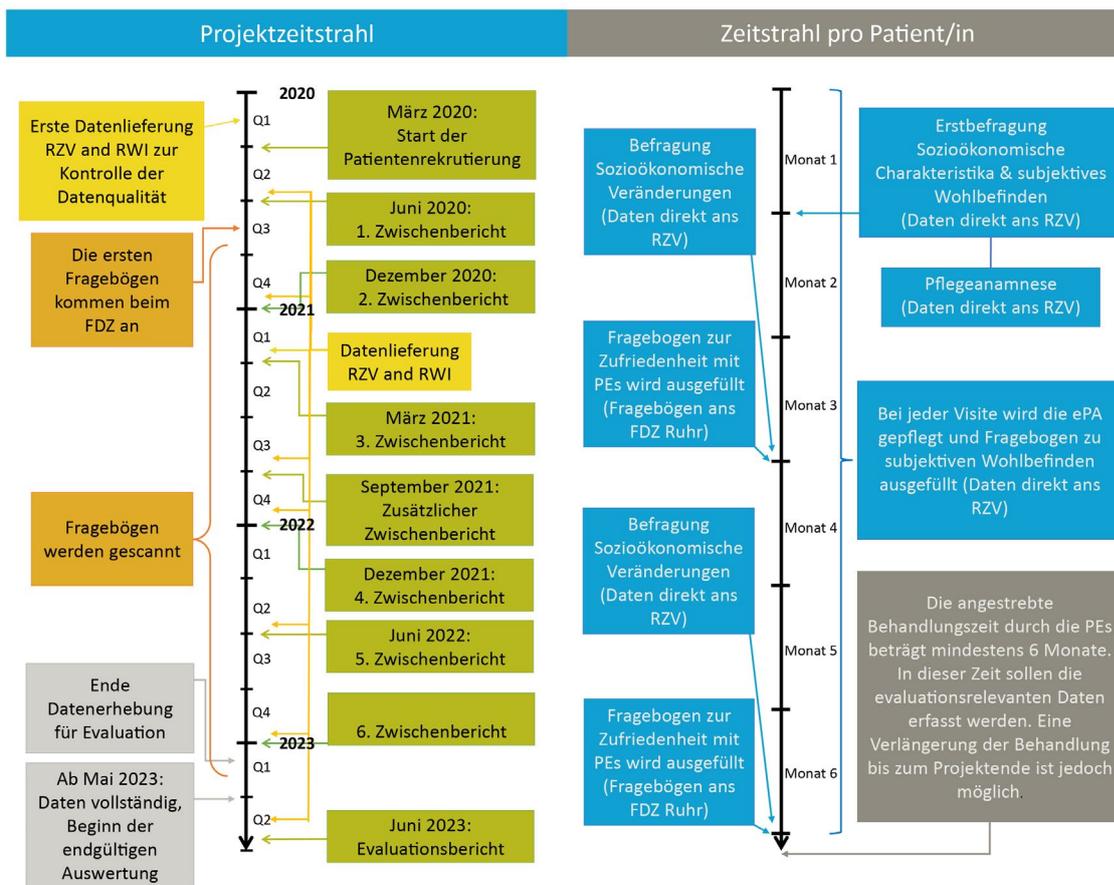
Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 2.

5.2.4.1. Datenerhebung und Dokumentation der PEs und eigene Befragungen

Der Ablauf der Datenerhebung der PEs ist in Abbildung 01 dargestellt. Der Projektzeitstrahl fasst die Datenlieferungen an das RWI im Laufe des Projekts zusammen. Hierbei handelte es sich um Pflegeanamnese und Erstinterviews, die zu Beginn der Teilnahme am Projekt stattfanden, das regelmäßig durchgeführte Folgeinterview, bei dem Indikatoren zum subjektiven Wohlbefinden abgefragt wurden, sowie die ausführlicheren Folgeinterviews nach drei bzw. sechs Monaten.

Darüber hinaus lagen Daten aus den anonymen Befragungen der Patientinnen und Patienten nach drei und nach sechs Monaten vor, in der sie u.a. nach ihrer Zufriedenheit mit der NVF und der Arbeit der PEs befragt wurden. Weitere Abschnitte umfassten die Besuchsdokumentation aller bisher stattgefundenen PE-Kontakte, Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte. Des Weiteren wurden Daten zur Projektabschlussdokumentation inkludiert. Der Zeitstrahl pro Patientin und Patient verdeutlicht, zu welchen Zeitpunkten während der sechsmonatigen Teilnahme am Projekt Daten erfasst wurden.

Abbildung 01: Ablaufdiagramm der Datenerhebung



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 1.

5.2.4.2. Routinedaten der AOK

Aus den Routinedaten der AOK erhielten die Evaluatoren Informationen zur Interventionsgruppe bspw. zu der Anzahl ihrer Hausarztkontakte, Krankenhauseinweisungen, Diagnosen (ICD), Pflegebedürftigkeit oder den Kosten der Behandlungen. Außerdem nutzten sie Informationen zu Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, welche ebenfalls die Einschlusskriterien erfüllten, aber keine Betreuung durch HandinHand erhalten hatten.

Diese wurden mit der Interventionsgruppe in Bezug auf die Primärziele verglichen. Zwar beruhte diese Gruppe auf einer selektiven Auswahl von AOK-Versicherten, dafür aber liefern Routinedaten umfangreiche Informationen zu in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen in hoher Datenqualität, welche mit den Daten der Behandlungsgruppe verglichen werden konnten. Auf Grundlage von sozio-ökonomischen und medizinischen Kennzahlen konnte aus den Routinedaten eine Vergleichsgruppe erstellt werden, die der Behandlungsgruppe in ihren Eigenschaften vor Behandlungsbeginn möglichst ähnlich war.

5.2.4.3. SOEP

Zur Effektevaluation des Sekundärziels „Verbesserung der Gesundheitssituation“ nutzten die Evaluatoren Daten des SOEP. Das SOEP ist ein repräsentativer Survey, in dem Privathaushalte in Deutschland im jährlichen Rhythmus seit 1984 befragt werden. Pro Jahr werden ca. 14 000 Haushalte und 30 000 Personen erfasst und u.a. ausführlich zu ihren Lebensumständen, sozio-ökonomischen Charakteristika, Lebenszufriedenheit und Einschätzungen der eigenen Gesundheit befragt. Für weiterführende Informationen zum SOEP siehe <https://www.diw.de/soep>.

Die umfassenden Informationen des SOEP ermöglichten das Generieren von Vergleichsgruppen, die der Behandlungsgruppe von *HandinHand* in seinen Strukturmerkmalen, wie Alter, Lebenslage oder Vorerkrankungen möglichst ähnlich waren. Verwendet wurde die SOEP-Befragung aus dem Jahre 2020 in Verbindung mit der Sondererhebung SOEP-CoV. Letztere wurde für 6.000 Befragte erhoben und diente dem Zweck, unterjährige Veränderungen im Zuge der COVID-19 Pandemie zu erfassen.

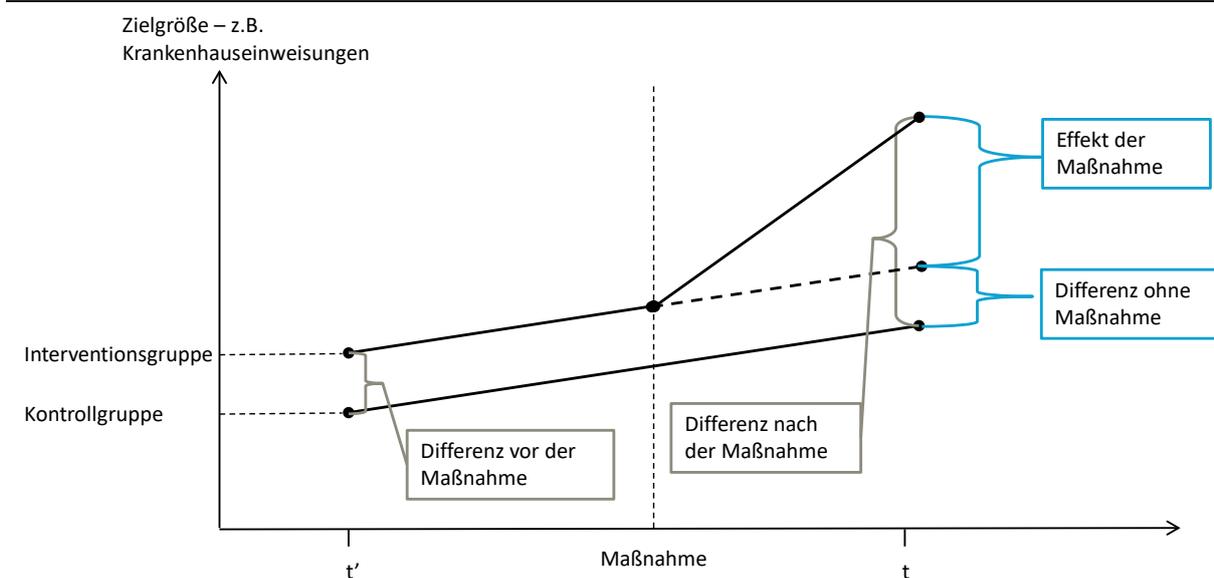
5.2.5. Auswertestrategien und Qualitätssicherung

Zur Datenauswertung wurden standardisierte statistische Methoden verwendet, um die Ergebnisse der Patienten mit Betreuung durch PE über die Zeit und mit der kontrafaktischen Situation, also wenn die Maßnahme nicht erfolgt wäre, zu vergleichen.

Zunächst wurde mit Hilfe von Vorher-Nachher-Vergleichen gemessen, ob durch die NVF eine Veränderung der Zielparameter im Vergleich zur Ausgangssituation eintrat. Da die Patientinnen und Patienten aber im Zeitverlauf älter und multimorbider wurden, ist rein über den Vorher-Nachher-Vergleich keine kausale Aussage über den Effekt der Intervention möglich.

Eine kausale Analyse geschah anhand des Differenzen-in-Differenzen-Ansatzes (DiD, Abbildung 02). Hierbei wurde untersucht, ob sich die Veränderung in den Zielparametern zwischen Interventions- und Kontrollgruppe unterschied. Hatten sich die Zielgrößen bei der Interventionsgruppe statistisch signifikant besser entwickelt als bei der Vergleichsgruppe, zeigte dies, dass die NVF wirksamer war, als wenn keine NVF durchgeführt worden wäre.

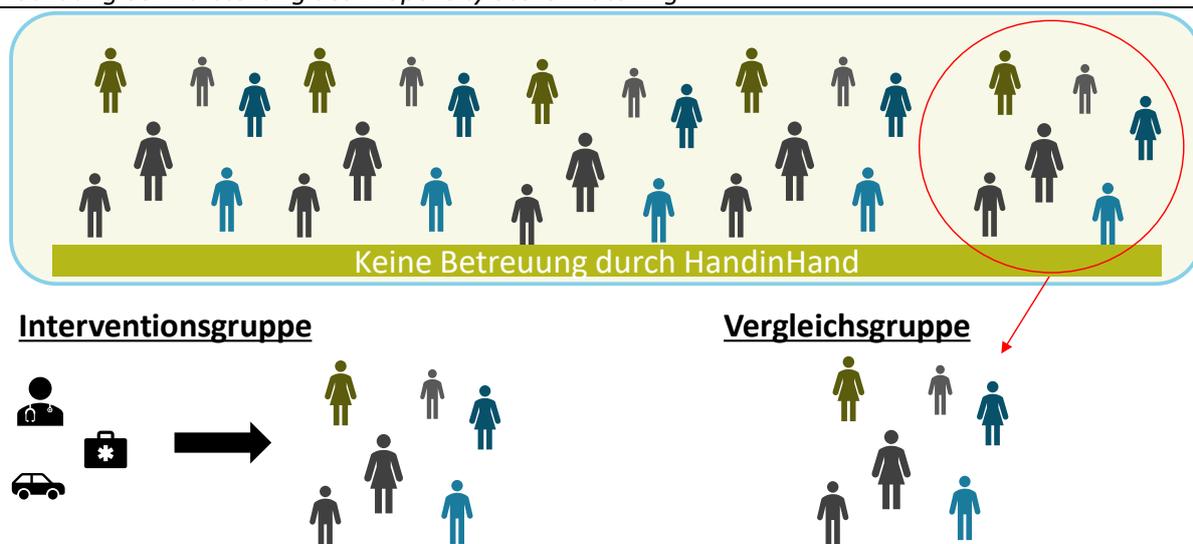
Abbildung 02: Darstellung des Differenzen-in-Differenzen-Ansatzes



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 2.

Um hierbei eine möglichst große Ähnlichkeit der Behandlungs- und Vergleichsgruppe zu gewährleisten, wurde zusätzlich der Propensity Score Matching-Ansatz (Abbildung 03) gewählt, welcher sich insbesondere durch seine flexible Spezifikation und die Robustheit der Ergebnisse auszeichnet (LIT 15).

Abbildung 03: Darstellung des Propensity Score Matching



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 03.

Beim Propensity Score Matching wird für jede Person in der Interventionsgruppe mindestens ein statistischer Zwilling (Matching) gefunden, dessen sozioökonomische Charakteristika und medizinischer Verlauf ihr stark ähneln. Die Analyse beschränkt sich außerdem auf statistische Zwillinge, die ihren Wohnort in dem gleichen Kreis wie die Interventionsgruppe (Primärergebnisse) oder in einem ländlichen Gebiet mit einer ähnlichen Einwohnerzahl (Sekundärergebnisse) haben. Dies ist für die Ländlichkeit des Interventionsgebietes sowie, im Falle der Primärergebnisse, für die umgebenden Einflüsse wie die Entwicklung der Corona-Pandemie und die Flutkatastrophe, relevant.

Im Rahmen des Propensity Score Matchings wurde in einem ersten Schritt für jede Person anhand der für das Matching genutzten, beobachtbaren Eigenschaften die Wahrscheinlichkeit berechnet, an der NVF teilzunehmen. Dies erfolgte durch eine logistische Regression. Im nächsten Schritt wurden die Mittelwerte der Zielgrößen der ausbalancierten Behandlungs- und Vergleichsgruppe verglichen. Hierbei wurden lediglich diejenigen Personen der Behandlungs- und Vergleichsgruppe betrachtet, die gegeben ihrer Eigenschaften und ihres Krankheitsbildes eine möglichst gleich hohe Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an der Maßnahme hatten. Diejenigen Personen, zu denen keine statistischen Zwillinge mit ähnlicher Teilnahmewahrscheinlichkeit zu finden waren, wurden nicht weiter berücksichtigt. Somit wurden ausschließlich „Grenzfälle“ miteinander verglichen, was eine bessere Vergleichbarkeit garantiert. Die Differenz der Mittelwerte dieser Grenzfälle stellt den Maßnahmeneffekt dar.

Darüber hinaus war es notwendig, einen gestaffelten Differenzen-in-Differenzen-Ansatz zu nutzen („staggered DiD“). Im konventionellen DiD beginnt das Treatment für die gesamte Interventionsgruppe zum gleichen Zeitpunkt. Der Zeitraum vor und nach Beginn der NVF wäre somit für Interventions- und Kontrollgruppe gleich. Im Rahmen des staggered DiD wurde berücksichtigt, dass innerhalb der Interventionsgruppe die NVF zu unterschiedlichen Zeitpunkten begonnen hatte. Entsprechend variierten die Fenster des Vor-Treatment- sowie des Treatment-Zeitraumes. Für den jeweiligen statistischen Zwilling der Vergleichsgruppe wurde der gleiche Zeitraum betrachtet, wie für die jeweilige Person der Interventionsgruppe.

Dieses Vorgehen wurde für die Evaluation der Primärziele sowie für die Evaluation des Sekundärziels „Verbesserung der Gesundheitssituation“ angewandt. Etwaige Besonderheiten, welche in der Analyse berücksichtigt wurden, sind in den jeweiligen Abschnitten in Kapitel 3 des Evaluationsberichts genauer dargestellt.

Zur Sicherung der Datenqualität wurden neben internen Qualitätskontrollen eine Reihe von Fokusgruppen und Absprachen auch via Video-/Telefonkonferenzen mit Projektpartnern durchgeführt. Die Fragebögen wurden mit den Projektbeteiligten, die aufgenommenen Evaluationsparameter mit dem Forschungsbeirat des Projekts und der Konsortialführung abgestimmt. Durch die Koordination der verschiedenen Projektpartner konnten insbesondere Mehrfacherhebungen von Variablen in verschiedenen Bestandteilen der ePA (Behandlung, Evaluation und Prozessevaluation) ausgeschlossen werden. Der Abgleich zwischen erarbeiteter Variablenliste und der ePA wurde von mehreren Beteiligten durchgeführt. Es wurden außerdem insgesamt fünf Schulungen und Fokusgruppen für die PEs durchgeführt. Diese bestanden u.a. aus sogenannten „ePA-Cafés“, in denen die Befragung der Patientinnen und Patienten und die Kodierung der Variablen in die ePA geprobt werden konnten. Zusätzlich wurde es den PEs ermöglicht, ein strukturiertes Feedback zu Variablenlisten und Fragebögen zu geben.

Anmerkungen zur Umsetzbarkeit von Fragen (insbesondere unter Berücksichtigung der physischen und kognitiven Fähigkeiten der Befragten) und zu den erhobenen Variablen, welche die Tätigkeit der PEs möglichst gut erfassen sollten, wurden umgesetzt. Abschließend wurde die ePA einem Pre-Test unterzogen. Die technische Umsetzung der Datenerhebung erfolgte insbesondere in Zusammenarbeit mit dem RZV. Dies betraf sowohl die vollständige und angemessene Darstellung der im Vorhinein festgelegten Fragen und Antwortmöglichkeiten, als auch die Übertragung, Speicherung und Struktur der gesammelten Daten.

Um eine hohe Datenqualität zu gewährleisten, fand ein beständiger Austausch zwischen Pflegeexperten-Center, RWI und RZV statt. Für die Evaluation relevante Daten wurden in einem kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozess nach Auffälligkeiten untersucht und mögliche Abweichungen in enger Abstimmung mit den PE und dem RZV behoben.

5.3. Details zur Prozessevaluation

5.3.1. Projektbeirat

Der Projektbeirat wurde initiiert mit dem Ziel, die Prozessevaluation inhaltlich und methodisch kritisch zu begleiten und Empfehlungen auszusprechen, inwieweit das Modellprojekt in die Regelversorgung überführt werden kann und welche Bedingungen für eine Verstetigung und Integration in das Gesundheitssystem benötigt werden. Die Empfehlungen leiteten sich aus den Ergebnissen der Prozessevaluation ab und werden in Kapitel 4 des Evaluationsberichts beschrieben.

Für die Beiratsarbeit konnten zehn Expertinnen und Experten gewonnen werden, die aufgrund unterschiedlicher beruflicher Hintergründe, Expertisen und Erfahrungen ausgewählt wurden. Ein Mitglied des Beirats nahm an keiner Sitzung teil und war ab 2021 nicht mehr in der Position tätig, die für die Auswahl ausschlaggebend war.

Als ständige Gäste des Beirats nahmen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des RWI teil. Einmalig waren Vertreterinnen der Vinzenz Pallotti University anwesend, um die Inhalte des Studiums vorzustellen und mit den Beiratsmitgliedern zu diskutieren.

Jedes Beiratstreffen enthielt u.a. jeweils einen Tagesordnungspunkt zum Projektsachstand, der durch Projektleitung/-management vorgestellt wurde, zum Sachstand und zu Teilergebnissen der Evaluation durch das RWI sowie durch die UniK/UniL. Ergänzend referierten bei einigen Treffen die PEC-Leitung oder einzelne PE Erfahrungen zur Durchführung der Intervention.

Die in Präsenz geplanten Beiratstreffen fanden ab 2020 aufgrund der COVID-19 Pandemie online und ab 2022 als Hybrid-Veranstaltung statt (Tabelle 10). Zur Information der Beiratsmitglieder fanden zusätzlich zwei Telefonkonferenzen statt.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Auf Grundlage der Ergebnisse der Prozessevaluation sprach der Beirat Empfehlungen aus, inwieweit das Modellprojekt in die Regelversorgung überführt werden kann, und welche Bedingungen für eine Verstetigung und Integration in das Gesundheitssystem benötigt würden.

Tabelle 10: Treffen des Projektbeirats

Treffen Nr.	Datum	Präsenz	Online	Hybrid	Anzahl Teilnehmende
1	02.09.2019	x			9
2	21.01.2020	x			7
3	11.09.2020		x		9
4	31.03.2021		x		8
5	27.10.2021		x		6
6	20.04.2022		x		8
7	09.09.2022			x	7
8	01.06.2023			x	6

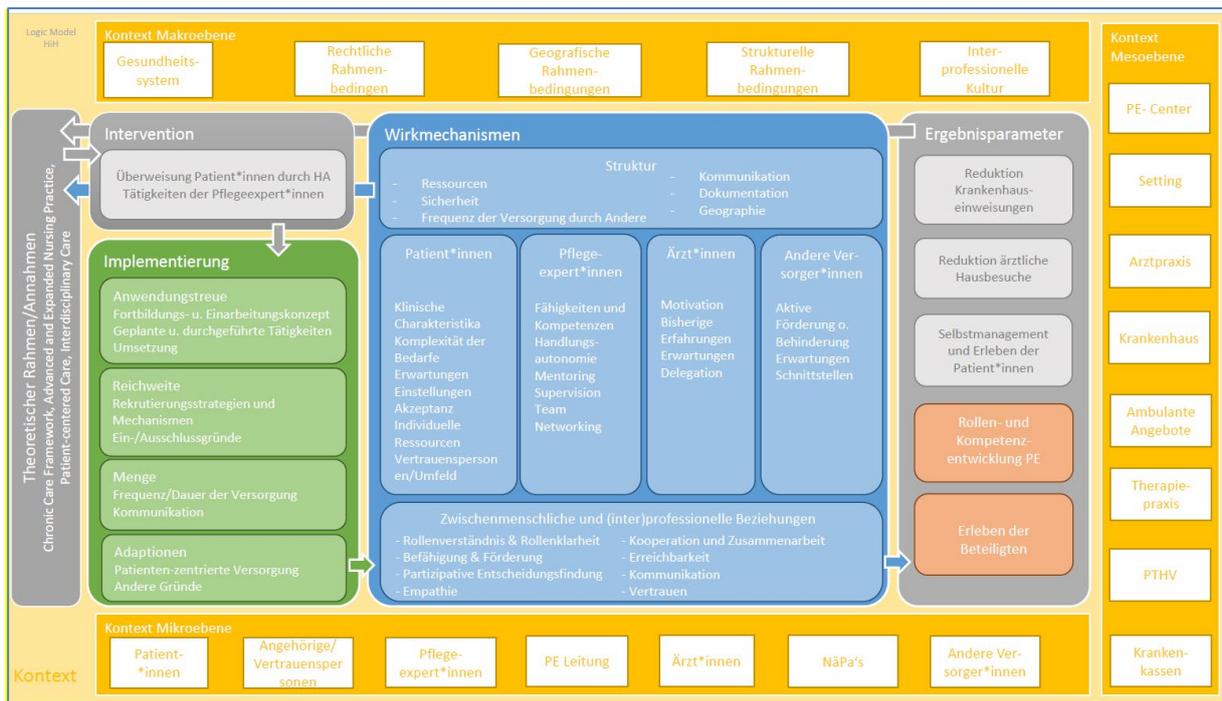
Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 3.

5.3.2. Design

Bei der im Projekt HiH durchgeführten Implementierung des PEC handelte es sich um eine sogenannte komplexe Intervention, d. h. die unterschiedlichen Komponenten der Intervention sowie die Beteiligten auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Kontexten nehmen wechselseitig Einfluss aufeinander und beeinflussen damit auch die angestrebten Ergebnisse (LIT 16).

Um vor dem Hintergrund der Fragestellung nach den förderlichen und hinderlichen Faktoren der Implementierung zu Erkenntnissen zu gelangen, wurde diese Komplexität schematisch anhand eines logischen Modells (Abbildung 04) dargestellt (LIT 17). Dieses wurde durch das Forschungsteam der UniK/UniL in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Projektbeirates erarbeitet. Die Darstellung gibt Aufschluss über die möglichen Zusammenhänge, Wirkmechanismen und Interaktionen.

Abbildung 04: Logic-Model



Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Abbildung 4.

5.3.3. Stichprobe und Fallzahlen der Prozessevaluation

Um im Rahmen der Prozessevaluation die Perspektiven aller beteiligten Personengruppen und relevanten Stakeholdern zu den unterschiedlichen Forschungsfragen zu erfassen, wurden unterschiedliche Formen der Datenerhebung mit verschiedenen Teilnehmenden und Interessenvertreterinnen und Interessenvertretern durchgeführt.

Zielgruppen der Datenerhebung waren alle im PEC beschäftigten PE (n=10 zu Beginn der Studie), die Leitung des PEC (n=2), die Projektleitung (n=1), an der Studie beteiligten HÄ (n=46), zufällig ausgewählten Patientinnen und Patienten (n=18 im Verlauf der Studie) und Angehörige (n=18 im Verlauf der Studie) sowie Mitarbeitende (n=10) aus anderen an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligten Gesundheitseinrichtungen der Region.

Die Stichprobengröße wurde pragmatisch und unter Berücksichtigung der möglichen Belastung für Teilnehmende festgelegt. Darüber hinaus war die Perspektive der Krankenkasse als relevanter Stakeholder und die der Vinzenz Pallotti University (VP-Uni) als Anbieter und Durchführender des Bachelor-Studiengangs von Interesse, so dass zwei Vertreterinnen jeder Institution zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf interviewt wurden.

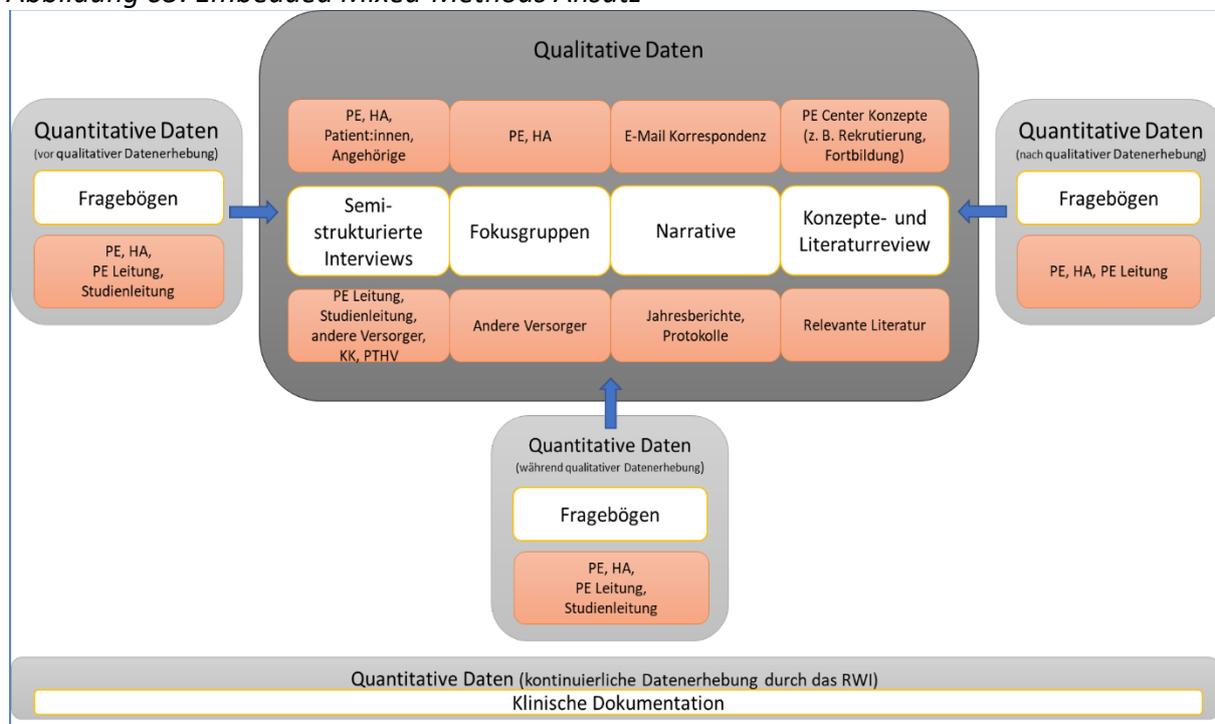
Ergänzend wurden Patientinnen und Patienten (n=3) sowie Angehörige (n=4) befragt, die die Intervention länger als sechs Monate in Anspruch genommen hatten und eine weitere Gruppe von Patientinnen und Patienten (n=3) und Angehörigen (n=3) vier Wochen nach Beendigung der Intervention.

5.3.4. Datenerhebungen und Datenbasis der Prozessevaluation

Zur Beantwortung der verschiedenen Forschungsfragen und um ein besseres Verständnis der Wirkung der Intervention zu erhalten, wurde für die Prozessevaluation ein Mixed-Methods-Ansatz verwendet. D.h.: Es wurden quantitative (Fragebögen, klinische Dokumentation) und qualitative (leitfadengestützte Interviews, Fokusgruppen, Narrative) Methoden zur Datenerhebung und -auswertung ausgewählt.

Orientiert an Creswell und Clark (LIT 18) kann dies als ein *embedded Ansatz* in einem Mixed-Methods-Interventionsdesign eingeordnet werden (Abbildung 05).

Abbildung 05: Embedded Mixed-Methods Ansatz



Quelle: UniK/Unil nach Creswell und Clark (2017), Evaluationsbericht, dort Abbildung 05.

Quantitative Daten wurden vor, während und nach qualitativen Datenerhebungen erhoben und analysiert. Narrative, die in Form von Berichten, Protokollen, Fallstudien und E-Mail-Korrespondenz wurden gesammelt und den Konstrukten des Logischen Modells zugeordnet. Die Datenerhebungen wurden zu Beginn, während und am Ende der Studie geplant, um mögliche Entwicklungen und Veränderungen im Zeitverlauf zu erfassen. Zeitpunkte der Datenerhebungen wurden über die gesamte Projektlaufzeit geplant und in einem Gantt Chart dargestellt (siehe Tabelle A 11 im ANHANG).

Qualitative Datenerhebungen wurden als face-to-face, telefonische oder video-telefonische leitfadengestützte Interviews geplant. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert, personenbezogene Daten wurden während des Transkriptionsprozesses anonymisiert.

Alle Daten wurden anonym mit Angabe des Datums des Datenerhebungszeitpunktes gespeichert. Die Daten wurden auf Gruppenebene ausgewertet. Die Kontaktaufnahme mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wurde über die Leitung des PEC koordiniert, so dass diese nur nach Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme durch das Forschungsteam der UniK/Unil kontaktiert wurden.

Quantitative Daten (Fragebögen PE, PEC-Leitung, Studienleitung, Hausärztinnen und Hausärzte) wurden online mit Lime Survey (LimeSurvey Community Edition, Version 3.27.2) erhoben und standen bei Bedarf in Papierform zur Verfügung. Alle teilnehmenden Interviewpartnerinnen und -partner und Teilnehmenden an Befragungen erhielten eine Einwilligungserklärung sowie Informationen zum Projekt und Umgang mit den erhobenen Daten. Quantitative personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten wurden in der projektspezifischen elektronischen Patientenakte (ePA) durch die PE erfasst.

Weitere für die Prozessevaluation relevante Daten wurden vom RWI zur Verfügung gestellt. Mussten in Bezug auf Methode, Zeitpunkt und Zielgruppe Anpassungen oder Ergänzungen bei

den Datenerhebungen vorgenommen werden, wurden diese in einer entsprechenden Tabelle mit Angabe von Gründen dokumentiert (siehe Tabelle A 12 im ANHANG, Anpassungen der Datenerhebungen)

Im Folgenden werden auf Grundlage des Medical Research Council (MRC) Frameworks (LIT 16) und des Logischen Modells (LIT 17) die Einzelheiten der Datenerhebung in den Domänen Intervention, Implementierung, Wirkmechanismus, Kontext und Ergebnisparameter beschrieben.

5.3.5. Datenerhebungen zur Intervention

Die Beschreibung der Intervention und der einzelnen Komponenten wurden vom PEC-Leitungsteam mit Unterstützung des Forschungsteams der Uni Lübeck und Uni Köln entwickelt und anhand der Checkliste und des Leitfadens „Template for Intervention Description and Replication“ (TIDieR, LIT 19) detailliert beschrieben. Siehe hierzu die ANLAGE 51 zu diesem Ergebnisbericht.

5.3.6. Datenerhebungen zur Implementierung

Im Rahmen der Implementierung wurden u.a. die Aspekte Anwendungstreue, Reichweite, Menge und Adaptionen untersucht. Einzelheiten zu den Datenerhebungen, die sich auf die Implementierung beziehen, sind in Tabelle A 13 „Datenerhebung in der Domäne Implementierung“ im ANHANG beschrieben.

5.3.7. Datenerhebungen zu den Wirkmechanismen

Zum Kapitel 5.3.7. und den dazugehörigen Unterkapiteln siehe auch den Evaluationsbericht, Kapitel 2.2.7., Seiten 17 und 18. In diesem Abschnitt werden die Mediatorvariablen, die bei der Entwicklung des Logischen Modells identifiziert wurden, nach den folgenden thematischen Schwerpunkten beschrieben: Struktur, Hauptteilnehmende, d.h. direkt an der Intervention Beteiligte (PEs, Patientinnen und Patienten, HÄ, andere an der Versorgung Beteiligte), interpersonelle und (inter-)professionelle Beziehungen.

Details der Datenerhebungen zu den Wirkungsmechanismen sind in Tabelle A 14 „Datenerhebungen in der Domäne Wirkmechanismen“ im ANHANG beschrieben.

5.3.7.1. Struktur

Da davon auszugehen war, dass strukturelle Bedingungen die Intervention beeinflussten, wurden die folgenden Aspekte als relevant identifiziert:

- Ressourcen, die dem PE-Team zur Verfügung standen (z.B. materielle Ausstattung, Verfahrensanweisungen)
- Sicherheitsaspekte in Bezug auf die Praxis in ländlichen Gebieten; Notfallmanagement, Verfügbarkeit von Unterstützungssystemen
- Häufigkeit der Betreuung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten durch Andere (formell/informell)
- Kommunikations- und Dokumentationsstrukturen (z.B. formale Kommunikationsstrukturen; Dokumentation von Daten der Patientinnen und Patienten in einem elektronischen Dokumentationssystem).
- Geografische Gegebenheiten/Besonderheiten des Einzugsgebiets (z.B. Größe des Einzugsgebiets, Entfernungen zwischen PEC und Wohnungen der Patientinnen und Patienten, Verfügbarkeit von Dateninfrastrukturen).

5.3.7.2. Hauptteilnehmende

Als Hauptteilnehmende zählten am Projekt teilnehmende Patientinnen und Patienten und HÄ, die PE sowie andere Personen, die an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt waren, z. B. Angehörige, Pflegepersonal in Pflegeheimen oder andere Gesundheitsfachkräfte.

(1) Patientinnen und Patienten

Neben der Beschreibung der Charakteristika wurden Bedarfe, Erwartungen und Präferenzen der Teilnehmer in Bezug auf die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und die von PE erbrachte Versorgung, die individuellen Ressourcen sowie die Akzeptanz der PE erfasst.

(2) Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten

Da die erweiterte Rolle von Pflegefachpersonen in der Primärversorgung in Deutschland neu und noch nicht gut untersucht ist, waren die Rollen- und Kompetenzentwicklung sowie die damit verbundenen hinderlichen und förderlichen Faktoren ein Schwerpunkt der Prozessevaluation.

Von Interesse war in diesem Zusammenhang auch, wie sowohl die PE als auch die HÄ den Grad der wahrgenommenen Autonomie beschreiben.

Da Aspekte wie Mentoring, Supervision, Team und Networking ebenfalls als relevante Faktoren der Rollenentwicklung beschrieben werden (LIT 20, 21), wurden diese ebenfalls untersucht.

(3) Hausärztinnen und Hausärzte

Die Motivation der Ärztinnen und Ärzte, an dem Projekt teilzunehmen, ob und welche Erfahrungen sie in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen haben, ihre Erwartungen und ihre Einstellung zur Delegation von Aufgaben an PE wurden untersucht.

(4) Andere an der Versorgung Beteiligte

Die Perspektive mit anderer Gesundheitsfachberufe sowie an der Versorgung beteiligte Personen auf eine neue Rolle im Gesundheitssystem sowie ihre Erfahrungen und Erwartungen mit dieser neuen Rolle sollten ebenfalls untersucht werden. Darüber hinaus sollten mögliche Schnittstellen sowie förderliche und hinderliche Faktoren der Rollenentwicklung erfasst werden.

5.3.7.3. Zwischenmenschliche und (inter-)professionelle Beziehungen

Die zwischenmenschlichen und (inter-)professionellen Beziehungen zwischen allen Beteiligten wurden als wichtige Wirkungsmechanismen angesehen (LIT 21, 22, 23, 24).

Daher wurden die Beziehungen zwischen PE und Patientinnen und Patienten, PE und Angehörigen sowie die Beziehungen zwischen PE und Hausärztinnen und Hausärzten untersucht. In diesem Zusammenhang wurde der Schwerpunkt auf folgende Kriterien gelegt:

- Rollenverständnis und Rollenklarheit (u.a. das Verständnis der Rolle und der Verantwortlichkeiten sowie die Unterschiede zu anderen Rollen im Gesundheitssystem)
- Befähigung und Förderung (u.a. inwieweit PE-Förderung und Befähigung wahrnehmen)

- Gemeinsame Entscheidungsfindung (u.a. inwieweit PE sich zutrauen, Patientinnen und Patienten die Planung der Versorgung einzubeziehen und wie Patientinnen und Patienten/Angehörige die Einbeziehung wahrnehmen)
- Empathie (u.a. ob und wie Patientinnen und Patienten sowie Angehörige Empathie wahrnehmen)
- Kooperation und Zusammenarbeit (u.a. erlebte Zusammenarbeit zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und welche Faktoren sie als förderlich oder hinderlich beschreiben)
- Erreichbarkeit (u.a. wie PE und Hausärztinnen und Hausärzte die gegenseitige Erreichbarkeit einschätzen)
- Kommunikation (u.a. erlebte Kommunikation zwischen PE und Hausärztinnen und Hausärzten, PE und PEC-Leitung, innerhalb des PE-Teams sowie zwischen PE und Patientinnen und Patienten/Angehörigen)
- Vertrauen (u.a. ob Patientinnen, Patienten oder Angehörige die Beziehung zu den PE als vertrauensvoll beschreiben).

5.3.8. Datenerhebungen zu den Kontextfaktoren

In Kapitel 5.3.8. werden verschiedene externe Aspekte auf der Makro-, Meso- und Mikroebene Faktoren beschrieben, die die Intervention beeinflussen können.

Details der Datenerhebungen zu Kontextfaktoren sind in Tabelle A 15 „Datenerhebungen in der Domäne Kontext“ im ANHANG beschrieben.

5.3.8.1. Makroebene

Wichtige Aspekte, die hier berücksichtigt wurden, sind das deutsche Gesundheitssystem einschließlich der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Berufsausübung der Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie die interprofessionelle Kultur im Gesundheitswesen, speziell zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen.

Darüber hinaus wurden strukturelle Merkmale und geografische Bedingungen, die sich auf die Intervention auswirken, berücksichtigt.

5.3.8.2. Meso-Ebene

Auf der Mesoebene waren die folgenden Institutionen und Aspekte für die Beschreibung des Kontextes von Interesse:

- Ausstattung, Personalausstattung und Struktur des PEC
- Merkmale der teilnehmenden Arztpraxen und die wichtigsten aktuellen Herausforderungen für Hausarztpraxen im Allgemeinen
- Besondere Merkmale des Umfelds, in dem die Intervention durchgeführt wird (Primärversorgung)
- Inhalte des Hochschulstudiums der PE sowie Untersuchung der Perspektive von Hochschulvertretern in Bezug auf die weitere Entwicklung der Berufsrolle von Pflegefachpersonen
- Untersuchung der Sichtweise von Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, die bei der Umsetzung neuer Versorgungsstrukturen als wichtig erachtet werden.

5.3.8.3. Mikro-Ebene

Um ein gutes Verständnis des Kontextes auf der Mikroebene zu entwickeln, sollten die Merkmale und andere relevante Aspekte der Teilnehmenden (Patientinnen und Patienten, Angehörige, PE, Hausärztinnen und Hausärzte) auf Gruppenebene beschrieben werden.

Da auch medizinische Fachangestellte (MFA) mit Weiterbildung in der Primärversorgung tätig waren, sollten auch ihre Rolle und Qualifikationen im Vergleich zu PE sowie die möglichen Überschneidungen in diesem Bereich beschrieben werden.

Darüber hinaus wurden andere am Projekt beteiligte Fachpersonen des Gesundheitswesens zu Faktoren befragt, die ihrer Ansicht nach die Umsetzung der neuen Rolle und des PEC erleichtern oder behindern.

5.3.9. Datenerhebungen zu den Ergebnisparametern

Die Rollen- und Kompetenzentwicklung der PE war als Ergebnisparameter zu betrachten. Über den Zeitraum der Projektlaufzeit sollten Daten über die Erfahrungen und Entwicklung der Teilnehmenden, insbesondere der PE erhoben werden.

Weitere Angaben hierzu finden sich in der Tabelle A 16 „Datenerhebungen in der Domäne Ergebnisparameter im ANHANG.

5.3.9.1. Rollen- und Kompetenzentwicklung

Um die Rollen- und Kompetenzentwicklung zu untersuchen, sollten die Perspektiven aller an der Versorgung Beteiligter sowie Vertreterinnen und Vertreter der VP-Uni als Verantwortliche des Studienganges im Hinblick auf förderliche und hinderliche Faktoren sowie Veränderungen und Entwicklungen erfasst werden.

5.3.9.2. Erleben der Beteiligten

Von besonderem Interesse war hier die Perspektive der Patientinnen und Patienten und Angehörigen hinsichtlich des Erlebens der Versorgung durch PE und hinsichtlich wahrgenommener Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Vergleich zur Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte und anderer Gesundheitsfachkräfte.

Die Frage war, inwieweit die Patientinnen und Patienten Veränderungen ihres Gesundheitszustands wahrnehmen und Empathie durch die PE beschreiben (LIT 22).

Darüber hinaus wurden alle am Projekt Beteiligten zum wahrgenommenen Nutzen für Patientinnen und Patienten und Angehörige, Hausärztinnen und Hausärzte und PE, für Andere, für die Region und für das Gesundheitssystem insgesamt befragt (LIT 25).

Des Weiteren wurden alle Interviewteilnehmenden nach ihren Empfehlungen für die langfristige Umsetzung und nach den aus ihrer Sicht hinderlichen und fördernden Faktoren befragt.

5.3.10. Ergänzungen zur Prozessevaluation

Um relevante Aspekte zu berücksichtigen, die sich erst im Verlauf der Studie ergaben, wurden die im Folgenden beschriebenen Ergänzungen im Rahmen der Prozessevaluation vorgenommen.

5.3.10.1. Berücksichtigung von Betreuungsphasen von mehr als sechs Monaten

Patientinnen und Patienten wurden im Projekt *HandinHand* geplant mindestens für die Dauer von sechs Monaten von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten (PE) in Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten (HÄ) betreut.

Die Hausbesuche wurden darüber hinaus fortgeführt unter der Voraussetzung, dass entsprechende Kapazitäten vorhanden waren. Im Rahmen der Prozessevaluation ließ sich die Erhebung und Auswertung der Daten, die sich auf die Zeit nach der geplanten sechsmonatigen Intervention beziehen, sinnvoll integrieren.

a. Qualitative Erhebungen

Für die Erhebung qualitativer Daten wurden die Interviewleitfäden (PE (t3), HÄ (t3) und PEC-Leitung (t3)) um Fragen zu den Besonderheiten einer längerfristigen Betreuung von Patientinnen und Patienten ergänzt.

Bei der Befragung von Patientinnen und Patienten/Angehörigen, die bereits seit mindestens sechs Monaten die Betreuung durch die PE in Anspruch nahmen, waren in den Leitfäden bereits Fragen vorhanden, die sich auf die Zeit nach der Betreuung durch eine PE beziehen. Hier wurden Fragen zum Bedarf und den Gründen einer längerfristigen Betreuung ergänzt. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt im Kapitel 3.2.6. des Evaluationsberichts.

Weitere relevante Daten wurden in der ePA erfasst und standen für die Auswertung zur Verfügung:

- Anzahl der Patientinnen und Patienten, die länger als sechs Monate betreut werden
- Zeitraum der verlängerten Betreuung durch PE
- Anzahl der Besuche pro Patientin/pro Patient nach sechs Monaten
- Dauer der Besuche
- Art der Tätigkeit der PE
- Soziodemografische Daten der Patientinnen und Patienten (Alter, Geschlecht, Wohnstatus)
- Anzahl der chronischen Erkrankungen.

5.3.10.2. Berücksichtigung aktueller Kontextfaktoren (COVID-19, Überschwemmung)

Aktuelle Kontextfaktoren beeinflussen stets eine Intervention und deren Implementierung. Aktuelle, initial nicht erwartbare Kontextfaktoren, die im Verlauf der Projektdurchführung auftraten, wurden unter der Annahme, dass sie für das Projekt von Bedeutung sind, zusätzlich erfasst.

Im Projekt *HandinHand* waren dies v.a. die COVID-19 Pandemie sowie die Überschwemmung im Einzugsgebiet des PEC. Um den Einfluss der COVID-19 Pandemie beschreiben zu können, wurden die Leitfäden für alle semistrukturierten Interviews, die seit März 2020 geführt wurden, um entsprechende Fragen ergänzt.

Leitfäden für die Interviews mit den PE, HÄ, PEC- und Studienleitung sowie den Vertreterinnen und Vertretern der VP-Uni sowie anderen Versorgenden wurden um Fragen ergänzt, um den Einfluss der Überschwemmung auf die Intervention beschreiben zu können.

5.3.10.3. Berücksichtigung der Berufsgruppe der Medizinische Fachangestellten

Die Daten der Interviews (t1, t2) mit PE deuteten auf die besondere Bedeutung der MFA der teilnehmenden Arztpraxen innerhalb der Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren

hin. Ihre Perspektive wurde in der Prozessevaluation zunächst nicht ausreichend berücksichtigt. Um die Perspektive der MFA und deren möglichen Einfluss auf die Kommunikation sowie die Arbeit der PE beschreiben zu können, wurden zusätzliche leitfadengestützte Interviews (n=5) geplant. Es wurde unter anderem erhoben, welches Verständnis MFA von der Rolle der PE haben, welche Unterschiede sie zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sehen und wie sie die Kommunikation zwischen ihnen, den PE und den HÄ beschreiben.

5.3.10.4. Befragungen von Stakeholdern in Regionen mit anderen Versorgungsformen

Die Versorgungsform der weitergebildeten MFA ist seit ihrer Einführung 2008 als das am weitesten verbreitete Delegationsmodell in HÄ-Praxen beschrieben worden (LIT 26). Dies wurde bei der Entwicklung des logischen Modells als bekannter Kontextfaktor berücksichtigt.

Des Weiteren wurde von den Mitarbeiterinnen des PEC eine Gegenüberstellung der Qualifikationen von MFAs und PE erstellt, um Überschneidungen und Unterschiede zu identifizieren. Gemeinsamkeiten gab es insbesondere im Hinblick auf die delegationsfähigen und damit richtungsorientierten Tätigkeiten (Injektionen, Wundversorgung, Erfassen von Vitalparameter, etc.). Sowohl die PE als MFAs konnten somit durch die Übernahme der delegationsfähigen Tätigkeiten im Rahmen von Hausbesuchen zur Entlastung von HÄ beitragen.

Die im Evaluationskonzept geplante Befragung von Stakeholdern in Regionen mit anderen Versorgungsformen, z.B. in Hausarztpraxen angestellte MFAs, wurde innerhalb des Forschungsteams sowie mit den Mitgliedern des Projektbeirats ausführlich diskutiert. Herausgearbeitet wurde, dass eine vergleichende Darstellung der Versorgungsformen (Vor- und Nachteile) aufgrund der Unterschiede von MFAs und PE in Bezug auf berufliche Qualifikation, Setting (PE sind nicht in HA-Praxis angestellt) und das angestrebte Aufgabenprofil der PE vor dem Hintergrund des Studiendesigns nicht möglich war, um belastbare Aussagen zu den Vor- und Nachteilen tätigen zu können.

Um trotzdem Hinweise auf den Einfluss von MFAs auf die im Projekt *HandinHand* erprobte Versorgungsform zu erhalten,

- wurden beteiligte HÄ zu MFAs in ihrer Praxis befragt,
- wurden alle Befragten
 - zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen PE und anderen Gesundheitsfachberufen (einschließlich MFAs) sowie zum Rollenverständnis und
 - zum Nutzen der Versorgungsform durch die PE insgesamt befragt;
- wurde herausgearbeitet, welche Aufgaben und Tätigkeiten die PE in der Versorgung übernommen haben.

Es bestand darüber hinaus keine Möglichkeit, auf der Grundlage der bereitgestellten Routinedaten und der im Projekt erhobenen Daten einen Vergleich unterschiedlicher Versorgungsformen herzustellen, da keine Strukturdaten der Praxen und somit keine Angaben zur Qualifikation des Personals verfügbar waren.

5.3.11. Datenerhebungsinstrumente der Prozessevaluation

Die Datenerhebungsinstrumente sind dem Ergebnisbericht beigelegt (ANLAGE 52). Eine Übersicht der Fragebögen und Leitfäden ist in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Übersicht Datenerhebungsinstrumente

Teilnehmende	Code des Fragebogens/Leitfäden	Anzahl
Leitung des PEC	FB1-3a, FB1-3b, FB1-6c	3
PE	FB5-3a, FB5-9a, FB5-5b, FB5-9c	4
HÄ	FB4-11a, FB4-10b, FB4-9c	3
Studienleitung	FB3-11a, FB3-10b	2
Leitung PEC	I1-3a, I1-3b, I1-6c	3
PE	I7-3a, I9-11a, FG7-3b, I7-9c	4
HÄ	I8-5a, FG2-5b, I8-4c	3
MFA	I11-6c	1
Studienleitung	I10-11a, I10-10b	2
Patientinnen/Patienten	I2-5a_2b_9b_M1, I2-9a_6b_6c_M3, I2-2b_6b_9b_6c_M6, I2-7c_M6+, I2-9c	5
Angehörige	I3-5a_2b_9b_M1, I3-9a_6b_6c_M3, I3-2b_6b_9b_6c_M6, I3-7c_M6+, I3-9c	5
Vinzenz Pallotti Universität	I4-6a, I4-2c	2
Krankenkasse	I5-6a, I5-2c	2
Andere Versorgende	I6-6a, I6-2c	2

Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 4.

Die Fragebögen und Leitfäden der Pflegeexpertinnen und -experten, der PEC Leitung sowie der Hausärztinnen und -ärzte orientieren sich an bereits bestehenden Instrumenten zur ANP-Rolle (LIT 27).

Zusätzlich wurden projektbezogen theoriegeleitet eigene Items und Fragen entwickelt (LIT 11, 21, 23, 28, 29, 30). Die projektbezogenen Items der Fragebögen der PEC-Leitung und Studienleitung adressierten u.a. die Kommunikationsstrukturen und Ressourcen des PEC sowie Fragen zur Rekrutierung der Patientinnen und Patienten und Hausärztinnen und -ärzte.

5.3.12. Auswertstrategien (inkl. Qualitätssicherung) der Prozessevaluation

Quantitative Daten wurden deskriptiv mit IBM SPSS Statistics (IBM Corp. Released 2020, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0.0.0) ausgewertet und dargestellt.

Qualitative Daten wurden mit Hilfe von MAXQDA Standard 2020 (Release 20.0.8, VERBI GmbH Berlin) anhand einer thematischer Inhaltsanalyse (LIT 31, 32) ausgewertet.

Die Analyse wurde induktiv-deduktiv in fünf Schritten (LIT 31) durchgeführt:

1. Einarbeitung/Vertraut machen mit dem Datenmaterial

In diesem Schritt lasen zwei Forschende unabhängig voneinander eine Auswahl der vorliegenden Transkripte (n=4, verschiedene Zielgruppen). Sie listeten dabei wichtige Ideen und wiederkehrende Themen auf. Diese wurden miteinander verglichen, diskutiert und mit dem Logischen Model abgeglichen. Weitere Transkripte wurden gesichtet (n=6, weitere Zielgruppen) und erste Codes und Subcodes herausgearbeitet. Dabei begann auch der Prozess der ersten Abstraktion und Konzeptualisierung. Erneut wurden Codes und Subcodes herausgearbeitet bzw. angepasst und hinzugefügt.

2. Identifizieren des thematischen Rahmens / Codebaum

Die Forschenden erstellten in diesem Schritt unabhängig voneinander einen Codebaum. Nach einem im Forschungsteam erfolgten Konsentierungsprozess wurde dieser in einer ersten Version dem Projektbeirat vorgestellt. Dabei wurden die Codes, die Subcodes und die jeweiligen

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Beschreibungen der Codes sowie Ankerbeispiele aus den Transkripten diskutiert, anschließend konkretisiert und angepasst. Subcodes wurden definiert als Unterthemen oder Perspektiven der Zielgruppen.

3. Indexierung

Das gesamte Datenmaterial wurde anschließend mit Hilfe der Software MAXQDA anhand des Codebaums kategorisiert. Für jedes Interventionsjahr entstand eine eigenständige Datei (2020, 2021, 2022). Wenn Themen auftauchten, die nicht mit den vorhandenen Codes kategorisiert werden konnten, wurden weitere Codes oder Subcodes angelegt und das Datenmaterial wurde nochmals gesichtet.

Textstellen konnten mehrfach indexiert werden, wenn sie inhaltlich auf unterschiedliche Codes anwendbar waren. Die Indexierung erfolgte durch zwei Forschende, das Datenmaterial wurde dabei aufgeteilt. Inhaltliche Unklarheiten wurden markiert und im Forschungsteam miteinander geklärt. Bei Uneinigkeit wurde die leitende Forschungsperson hinzugezogen. Wiederholten sich die Inhalte der indexierten Textstellen, wurde nur noch jedes zweite Interview bearbeitet, neue Inhalte wurde entsprechend zusammengefasst.

4. Auswertung

Die indexierten Textstellen wurden zusammengefasst und wiederum nach Kernthemen sortiert. Diese wurden den Perspektiven zugeordnet, wenn Vergleiche von Themen zwischen den Perspektiven angestrebt wurden.

5. Abbildung und Interpretation

Identifizierte Kernthemen aller drei Datensätze wurden anhand von Tabellen und Abbildungen dargestellt und alle drei Datensätze abgebildet. Im folgenden Prozess wurden die Themen mit dem Logischen Modell und den zugrundeliegenden Theorien sowie aktueller Literatur abgeglichen. Entwicklungen und Verläufe wurden in den Ergebnissen dargestellt. Erste Interpretationen und Darstellung von Zwischenergebnissen waren bereits parallel zu den Schritten 3 und 4 gelaufen.

Qualitative Daten wurden mit quantitativen Daten kombiniert, falls sie sich auf wichtige Prozessvariablen und Prozessergebnisse bezogen, von denen zu erwarten war, dass sie die Wirkung und Funktion der Intervention beeinflussten (LIT 16). Das Zusammenführen der quantitativen und qualitativen Daten erfolgte themen- bzw. perspektivbezogen.

Die Daten wurden iterativ analysiert, so dass Themen aus frühen Interviews, Fokusgruppen oder Befragungen in späteren Interviews durch Anpassung der Erhebungsinstrumente untersucht werden konnten. Teilergebnisse wurden während des gesamten Auswerteprozesses mit dem Logischen Modell abgeglichen und Ergebnisse innerhalb des Prozessevaluationsteams abgestimmt. Weiterhin wurden Auswertungen und Interpretationen mit Mitgliedern des Projektbeirats besprochen und reflektiert.

Das Logische Modell diente als Rahmen für die Zuordnung der verschiedenen Perspektiven und Erkenntnisse zu den Konstrukten der Umsetzung, den Wirkungsmechanismen, dem Kontext und den Ergebnisparametern. Narrative wurden nach Abschluss einer ersten Analyse der qualitativen Daten gescreent und um neue Themen ergänzt.

5.4. Details zur Kostenevaluation

5.4.1. Design

Die Kostenevaluation erfolgte über eine eingeschränkte Kosten-Nutzen-Analyse. Ziel war es, die angefallenen Kosten durch die NVF den durch die NVF eingesparten Kosten (im Vergleich zur Kontrollgruppe) gegenüberzustellen.

Hier wurde der Teil der Interventionsgruppe betrachtet, der bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versichert ist. Dieser wurde, wie bei der Effektevaluation, mit Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, welche ebenfalls die Einschlusskriterien erfüllten, verglichen.

5.4.2. Ein- und Ausschlusskriterien und Fallzahlberechnung

Ein- und Ausschlusskriterien sowie Fallzahlberechnung entsprechen der Beschreibung bezüglich der Interventionsgruppe und der AOK-Versicherten in der Effektevaluation.

5.4.3. Datenerhebung und Datenbasis

Für die eingeschränkte Kostenevaluation wurden Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland für Teilnehmende der NVF sowie für die im Rahmen des in der Effektevaluation beschriebenen Matching-Verfahren ermittelten Versicherten der Kontrollgruppe genutzt.

5.4.4. Auswertestrategien und Qualitätssicherung

In der Analyse wurde der ROI (return on investment) ermittelt, indem die zusätzlich anfallenden Kosten (Kosten der PE-Versorgung) den Einsparungen (Behandlungskosten der Kontrollgruppe minus Behandlungskosten der Behandlungsgruppe) gegenübergestellt wurden.

Dazu wurden die durchschnittlichen Kosten eines Arztkontakts, Krankenhausaufenthalts, etc. mittels der Routinedaten berechnet und das Einsparungspotenzial anhand der Ergebnisse der Ergebnisevaluation ermittelt.

6. Projektergebnisse

6.1. Ergebnisse der Evaluation

Die folgenden Ausführungen zu den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung sind inhaltlich ausnahmslos dem Evaluationsbericht entnommen, teilweise sind Formulierungen redaktionell zwecks besserer Lesbarkeit angepasst.

6.1.1. Effektevaluation

6.1.1.1. Primärziele

a. Datenbasis

Die im angepassten Evaluationskonzept vom 28.02.2022 angestrebte Anzahl an zu kontaktierenden Personen von 637 konnte mit 734 kontaktierten und 712 mindestens einmal besuchten Personen erfüllt werden.

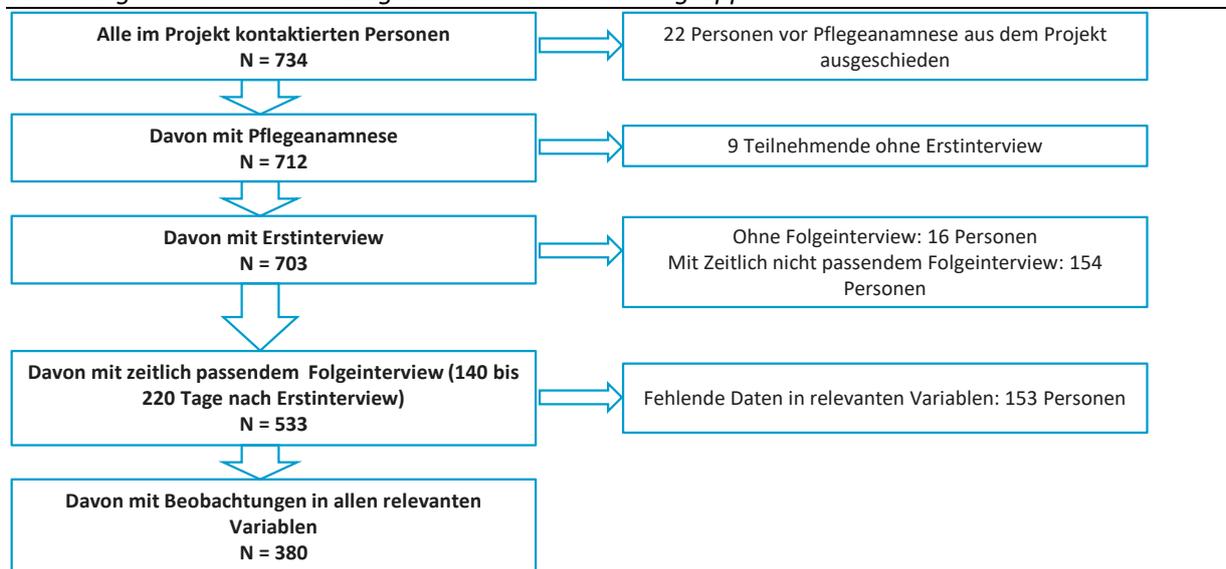
Das CONSORT-Diagramm in Abbildung 06 zeigt die Gründe sowie die Anzahl der Drop-Outs. Von den 734 kontaktierten Personen schieden 22 schon vor der Pflegeanamnese aus dem Projekt aus, für neun Personen liegt kein Erstinterview vor, für 16 Personen kein Folgeinterview.

Für weitere 154 Personen lag nur ein zeitlich nicht passendes Folgeinterview vor.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Von den 533 Personen mit vorliegenden und zeitlich passenden Interviews lagen für 153 Personen keine vollständigen Informationen hinsichtlich aller für das Matching und die Ergebnisevaluation relevanten Variablen vor. Die Analysen wurden dementsprechend für 380 Personen, die Beobachtungen in allen relevanten Variablen hatten, durchgeführt.

Abbildung 06: Consort-Flussdiagramm der Interventionsgruppe



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 6.

Tabelle 12 stellt die Interventionsgruppe dar.

Tabelle 12: Deskriptive Ergebnisse der Interventionsgruppe, mit und ohne Dropout

	(I) Interventions- gruppe	(II) Interventions- gruppe (ohne Drop- out)
Soz.-Oek. Charakteristika		
Weiblich (in %)	65,0	69,7
Pflegegrad 1 (in %)	7,4	10,3
Pflegegrad 2 (in %)	25,8	28,2
Pflegegrad 3 (in %)	23,5	21,8
Pflegegrad 4 (in %)	13,1	6,3
Pflegegrad 5 (in %)	3,7	1,8
Pflegegrad: kein/beantragt/keine Angabe (in %)	26,5	31,6
Pflegerische und Medizinische Versorgung		
Pflegerische Versorgung durch: Ambulanter Dienst (in %)	29,8	30,0
Pflegerische Versorgung durch: Häusliche Pflege (in %)	7,6	6,3
Pflegerische Versorgung durch: Pflegeheim (in %)	13,5	1,6
Pflegerische Versorgung durch: Kurzzeitpflege (in %)	N/A	N/A
Pflegerische Versorgung durch: Tagespflege (in %)	0,6	0,0
Pflegerische Versorgung durch: Informelle Pflege (in %)	29,1	30,8
Pflegerische Versorgung durch: Patient versorgt sich selbständig (in %)	43,5	55,3
Medikamentenadhärenz (in %)	78,1	81,6
keine Medikamentenadhärenz (in %)	11,4	10,0
Medikamentenadhärenz nicht beurteilbar (in %)	9,7	7,6
Teilnahme DMP (in %)	17,6	20,3
DMP: Diabetes Mellitus Typ 2 (in %)	11,0	11,8
DMP: Brustkrebs (in %)	N/A	N/A
DMP: Koronare Herzkrankheit (in %)	1,4	2,1
DMP: Diabetes Mellitus Typ 1 (in %)	N/A	N/A
DMP: Asthma Bronchiale (in %)	N/A	N/A
DMP: COPD (in %)	0,6	N/A
Beobachtungen (Absolute Fallzahlen in Gruppe)	712	380

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 5. / Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand. – Anmerkung: N/A = geringe Anzahl an Beobachtung ermöglicht keine Aussage aufgrund von Datenschutzbestimmungen. Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 15. Juni 2023.

Die Spalte I (Interventionsgruppe) enthält die 712 Personen, bei denen eine Pflegeanamnese durchgeführt wurde. Spalte II (Interventionsgruppe (ohne Dropout)) enthält die 380 Personen, für die Beobachtungen in allen relevanten Variablen vorlagen.

Beide Gruppen unterschieden sich in den betrachteten objektiven Untersuchungsparametern der sozioökonomischen Charakteristika sowie der pflegerischen und medizinischen Versorgung kaum.

Zwei Drittel (65%) der Interventionsgruppe und 70% der Interventionsgruppe ohne Dropout waren weiblich.

Der Großteil der Interventionsgruppe besaß entweder Pflegegrad 2 (26%) oder Pflegegrad 3 (23%). Dasselbe galt für die Interventionsgruppe ohne Dropout, hier hatten 28% Pflegegrad 2 und 22% Pflegegrad 3. 13% der Interventionsgruppe hatten Pflegegrad 4. Nur 7% hatten mit Pflegegrad 1 einen niedrigen Pflegegrad und 4% mit Pflegegrad 5 einen besonders hohen Pflegegrad.

Ein ähnliches Bild ergab sich für die Interventionsgruppe ohne Dropout. Hier hatten 10% Pflegegrad 1, 6% Pflegegrad 4 und 2% Pflegegrad 5.

Mit 44% versorgte sich ein Großteil der Interventionsgruppe pflegerisch selbst, ebenso ein Großteil der Interventionsgruppe ohne Dropout (55%).

Des Weiteren übernahmen informell Pflegenden (29%), ambulante Dienste (30%) und Pflegeheime (13%) große Teile der pflegerischen Versorgung der Interventionsgruppe. Lediglich 8% erhielten häusliche Pflege. Die Personen in der Interventionsgruppe ohne Dropout erhielten

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

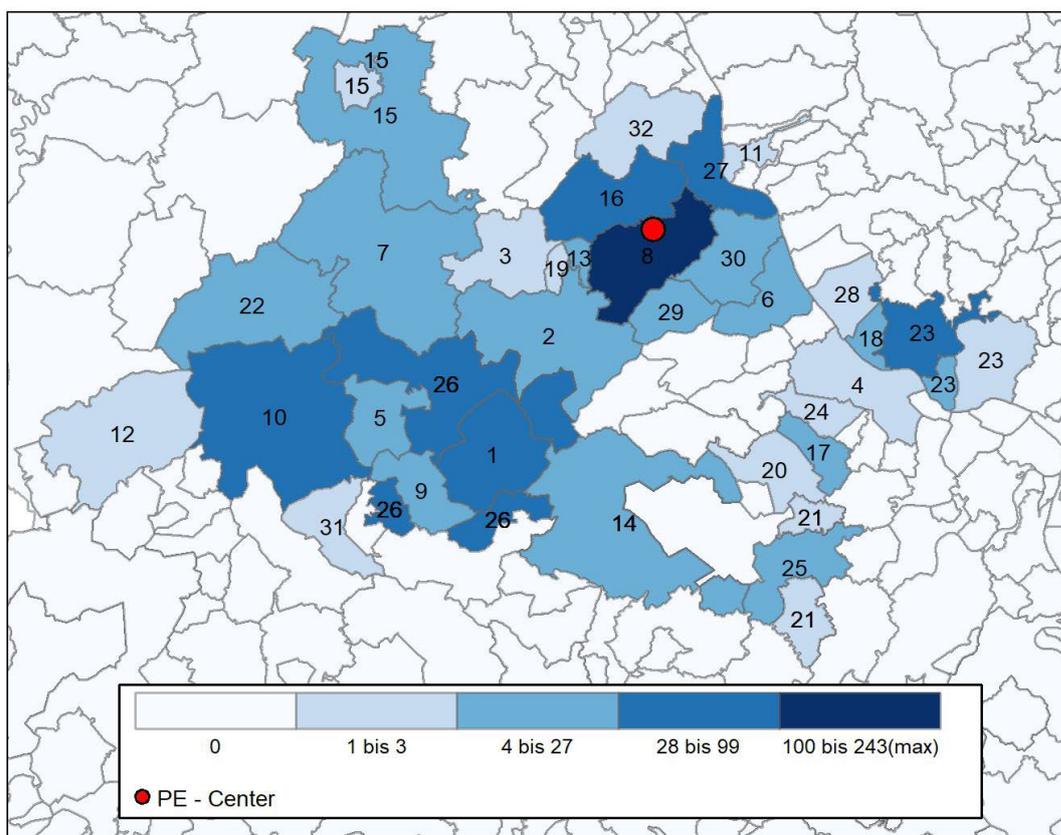
ebenso zu großen Teilen Informelle Pflege (31%) oder Pflege über einen ambulanten Dienst (30%). Nur ein kleiner Teil erhielt häusliche Pflege (6%).

Ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigte sich bei der Versorgung im Pflegeheim. Die Interventionsgruppe ohne Dropout wurde nur zu 1,6% in Pflegeheimen versorgt. Dies lässt sich dadurch erklären, dass besonders stark auf Unterstützung angewiesene Menschen in Pflegeheimen versorgt werden, die gleichzeitig Schwierigkeiten haben, die Fragebögen vollständig auszufüllen. Aufgrund der fehlenden Angaben konnten sie dann nicht bei den weiteren Analysen berücksichtigt werden.

Vier Fünftel der Interventionsgruppe sowohl mit und ohne Dropout nahmen ihre Medikamente planmäßig ein. An Disease Management Programmen (DMP) nahmen 18% der Interventionsgruppe mit Dropout und 20% ohne Dropout teil, die überwiegende Mehrheit davon an DMP für Diabetes Mellitus Typ 2 (11%) bzw. (12%).

In Abbildung 07 wird die regionale Verteilung der Interventionsgruppe auf Ebene der Postleitzahlen dargestellt. Die entsprechenden Bezeichnungen der nummerierten Regionen sind in Tabelle A 1 im ANHANG dargestellt. Die größte Zahl an Patientinnen und Patienten war in der Region Bad Neuenahr-Ahrweiler zu finden, wo auch das PE-Center (roter Punkt) angesiedelt war. Zudem wohnte ein weiterer bedeutender Teil der Interventionsgruppe in Neuwied.

Abbildung 07: Regionale Verteilung der Interventionsgruppe (PLZ), Anzahl Patientinnen und Patienten



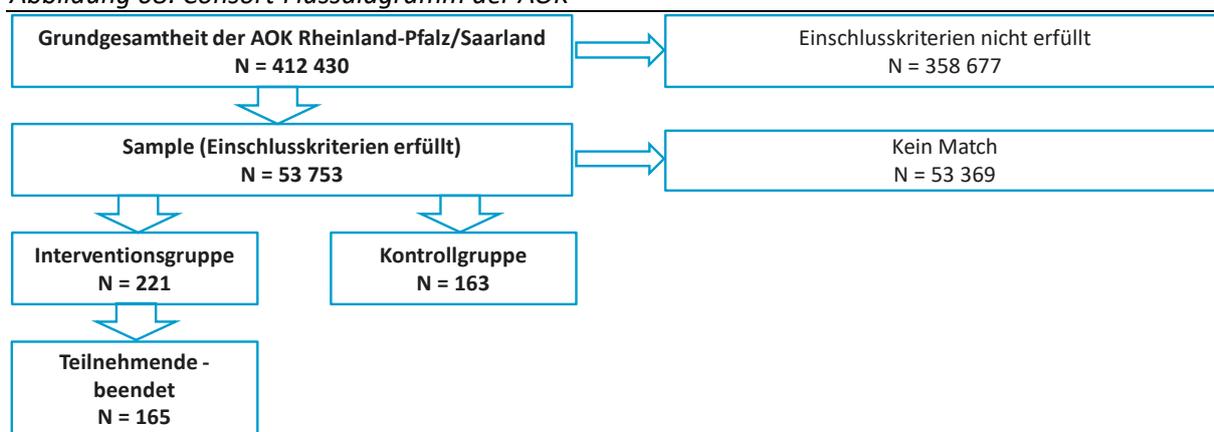
Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 7 / Daten der elektronischen Patientenakte Handin-Hand und Opendatasoft (2022). – Anmerkung: Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 15. Juni 2023. Legende der PLZ-Regionen in Tabelle A 1 im ANHANG.

Für die Analyse der primären Endpunkte (Krankenhauseinweisungen, Konsultationen des Hausarztes und Hausbesuche) wurde der im Methodikteil erläuterte Differenzen-in-Differenzen Ansatz angewandt. Die Evaluatoren verglichen die Veränderung der Primärziele im Interventionszeitraum für die Interventionsgruppe mit der Veränderung für eine Kontrollgruppe zum gleichen Zeitpunkt.

Die Kontrollgruppe bestand aus Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, die die Einschlusskriterien erfüllten und mit der Interventionsgruppe auch in den anderen Matching-Variablen vergleichbar waren.

Für eine Auflistung der Matching-Variablen siehe Tabelle A 2 im ANHANG. Das CONSORT-Diagramm in Abbildung 08 zeigt die Ausschlussgründe sowie die Anzahl der berücksichtigten Versicherten.

Abbildung 08: Consort-Flussdiagramm der AOK



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 08.

221 Personen der Interventionsgruppe waren bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versichert. Für diese Gruppe lagen die Angaben zu Krankenhauseinweisungen, Hausarztbesuchen und Hausbesuchen sowohl aus den Befragungen und Datenerhebungen der PE als auch aus den Routinedaten der AOK vor. Für den Teil der Interventionsgruppe, der bei einer anderen Krankenkasse versichert ist lagen nur die Daten aus den Befragungen und Datenerhebungen der PE vor.

Die im Projekt genutzten Daten konnten in unterschiedlichem Ausmaß verzerrt sein und so die Vergleichbarkeit beeinträchtigen. Befragungsdaten sind häufig von einem Reporting Bias betroffen – einer Verzerrung durch selektive Angaben der Besuche aufgrund von fehlender oder falscher Erinnerung. Befragungsdaten für den Vor-Treatment-Zeitraum sind besonders anfällig für einen Reporting Bias, da die Arzt- und Krankenhausbesuche für einen Zeitraum von einem Jahr abgefragt wurden.

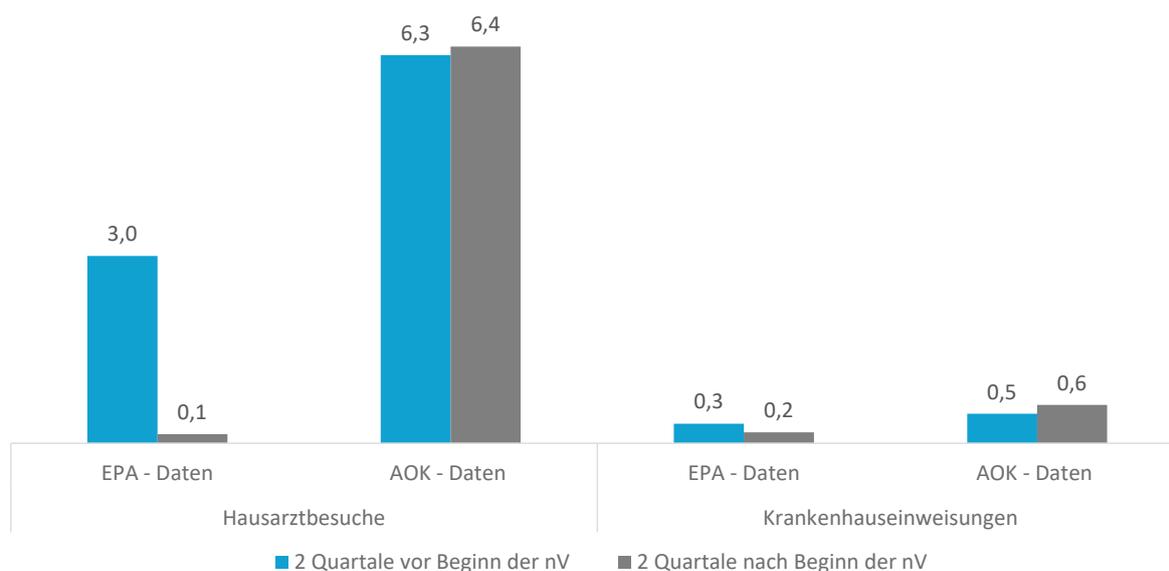
Die Erfassung nach Beginn der NVF sollte in einem geringeren Maße von dieser Verzerrung betroffen sein, da die PE im Rahmen ihrer Besuche regelmäßig nach den letzten Arzt- und Krankenhausbesuchen fragen. Abrechnungsdaten sind nicht von einem Reporting Bias betroffen. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die Angaben aus den Befragungen von den Abrechnungsdaten unterscheiden.

Die Kontrollgruppe wurde aus Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gebildet. Daher lagen für die Kontrollgruppe ausschließlich Abrechnungsdaten vor. Es war deshalb notwendig, die Angaben aus den Befragungen und die Abrechnungsdaten zu vereinheitlichen, um die Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe vergleichen zu können.

Da für die Gruppe der 221 AOK-versicherten Personen der Interventionsgruppe Daten aus beiden Quellen vorlagen, wurden für diese Gruppen beide Datenquellen verglichen. So konnte ein alters- und geschlechtsspezifischer Verzerrungsfaktor bestimmt werden. Mit Hilfe dieses Verzerrungsfaktors konnte eine einheitliche Datenbasis der Primärziele geschaffen werden, die mit den Abrechnungsdaten der Kontrollgruppe verglichen werden konnte.

Abbildung 09 fasst die Ergebnisse zusammen. Da sich die rückwirkenden Befragungen auf Quartale beziehen, wurden die letzten beiden Quartale vor Beginn der NVF mit den zwei Quartalen nach Beginn der NVF verglichen. Es gab deutliche Niveau-Unterschiede zwischen den Datenquellen.

Abbildung 09: Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte der Interventionsgruppe



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 09 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand. – Stand der Daten (ePA): 11. April 2023. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten (AOK) umfassen den Zeitraum bis 30.09.2023 (Datenstand: 11.06.2023). Es wurden nur Personen betrachtet, die bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versichert sind.

Die Personen in der Interventionsgruppe gaben an, in den letzten 2 Quartalen vor Beginn durchschnittlich dreimal bei ihrem Hausarzt gewesen zu sein. Gemäß der Abrechnungsdaten hatten aber durchschnittlich 6,3 Hausarztbesuche stattgefunden. Auch mit Bezug auf die Krankenhauseinweisungen waren Unterschiede vorhanden, allerdings in geringerem Maße. Während die Personen in der Interventionsgruppe berichteten, durchschnittlich 0,3-mal im Krankenhaus gewesen zu sein, waren es laut Abrechnungsdaten 0,5-mal.

Diese Niveau-Unterschiede können potenziell durch Berechnung und Anwendung des Verzerrungsfaktors korrigiert werden. Allerdings unterscheiden sich die Datenquellen nicht nur im Niveau der Indikatoren, sondern auch im Trend. Die Angaben der Befragungsdaten (ePA-Daten) zeigten einen Rückgang sowohl der Hausarztbesuche als auch der Krankenhauseinweisungen. Bei Nutzung der Abrechnungsdaten stiegen beide Indikatoren an.

Es gab verschiedene Gründe für die unterschiedlichen Entwicklungen, insbesondere im Falle der Hausarztbesuche. Eine mögliche Verzerrung lag in den Routinedaten. Bei Behandlungen, die von den PEs vor Ort durchgeführt wurden, aber mit einer Rückversicherung mit Arzt oder Ärztin einhergingen oder bei Blutabnahmen, die dann von Arzt oder Ärztin begutachtet wurden, lag vermutlich ein Zeitersparnis für Arzt oder Ärztin durch die NVF vor. Diese bildete sich aber nicht in der Anzahl der Konsultationen des Arztes oder der Ärztin in den Routinedaten ab.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Diese Quelle der Verzerrung sollte den Indikator der Krankenhauseinweisungen nicht betreffen. Dennoch waren auch hier gegenläufige Trends zu beobachten. Eine mögliche Ursache für Verzerrungen konnte die oben angesprochene Art der Erhebung der Befragungsdaten sein. Da die Interventionsgruppe vor Interventionsbeginn zu den Besuchen bzw. Einweisungen in den letzten zwölf Monaten befragt wurde und während der Intervention eine regelmäßige Befragung stattfand und hier die PEs teilweise auch unabhängig von der Befragung Kenntnis über Besuche bzw. Einweisungen erhalten hatten, war der Reporting Bias in den beiden Zeitpunkten unterschiedlich ausgeprägt.

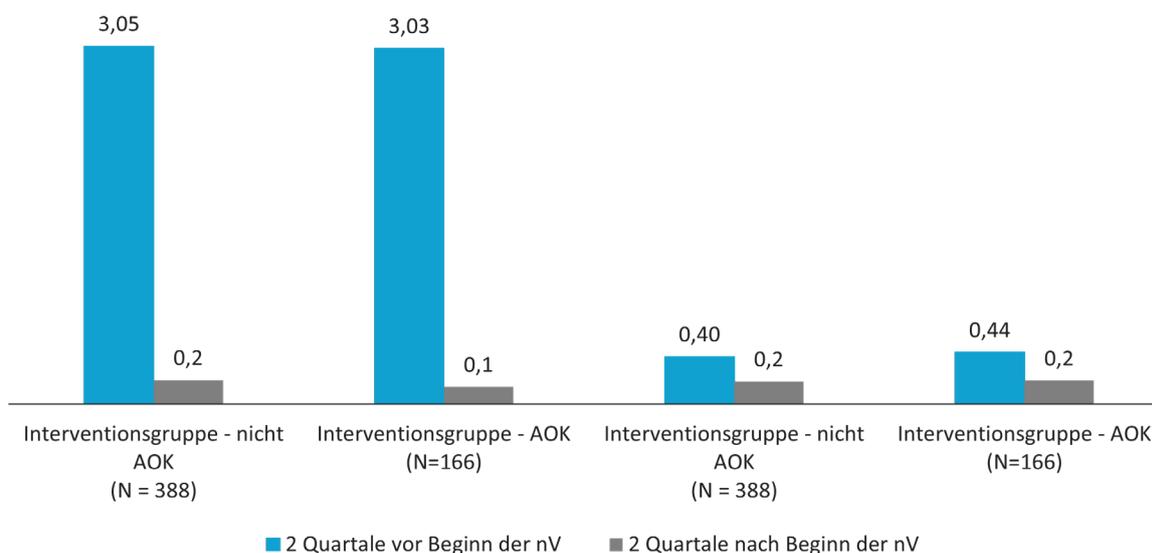
Allerdings gaben nur 224 der Personen in der Interventionsgruppe mindestens einen Hausarztbesuch während der 6-monatigen Treatment-Phase an. Es ist anzunehmen, dass viele Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche nicht durch die Patienten erwähnt wurden, was durch anekdotische Evidenz der PE bestätigt wird. Entsprechend ist die Korrelation zwischen Befragungs- und Abrechnungsdaten mit 0,44 nur moderat.

Die unterschiedlichen Trends sowie die moderate Korrelation verhinderten eine adäquate Imputation der Daten für die Personen der Interventionsgruppe, für die keine Abrechnungsdaten vorlagen. Ohne diese Imputation konnten diese jedoch nicht mit einer Kontrollgruppe verglichen werden.

Aufgrund dieser in der Analyse nicht hinreichend berücksichtigbaren Verzerrungen, konnte die Evaluation der Primärziele nur für die 165 Personen in der Interventionsgruppe durchgeführt werden, für die Abrechnungsdaten der AOK vorlagen. Diese Gruppe war deutlich kleiner als für statistische Signifikanz notwendig, ermöglichte es aber, Tendenzen zu erkennen.

Abbildung 10 zeigt die Entwicklung der Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte der AOK-Versicherten und nicht AOK-Versicherten. In beiden Gruppen ähnelten sich sowohl Niveau als auch Trends.

Abbildung 10: Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte der Interventionsgruppe nach Versicherungsstatus



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 10 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand. – Stand der Daten (ePA): 11. April 2023. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten (AOK) umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023). Es wurde nur der Teil der Interventionsgruppe betrachtet, der bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versichert sind.

Tabelle 13: Vergleich der Charakteristika der Patientinnen und Patienten

	(I) EPA	(II) AOK
Alter	83,7	84,1
Weiblich (in %)	65,0	63,3
Kein Pflegegrad (in %)	26,0	21,3
Pflegegrad 1 und 2 (in %)	33,0	25,8
Pflegegrad 3 (in %)	23,0	31,7
Pflegegrad 4 (in %)	13,0	15,4
Pflegegrad 5 (in %)	4,0	5,9
Alten-/Pflegeheim/ Seniorenresidenz/Altenwohnheim (in %)	13,0	12,7
DMP: Diabetes Mellitus 2 (in %)	11,0	20,8
DMP: Brustkrebs (in %)	0,0	0,0
DMP: Koronare Herzkrankheit (in %)	1,0	18,6
DMP: Diabetes Mellitus 1 (in %)	0,0	0,0
Asthma Bronchiale (in %)	0,0	0,0
DMP: COPD (in %)	1,0	1,8
Anteil mit Demenz (in %)	14,6	24,0
Anteil Rentner (in %)	100,0	94,6
Anteil chronische Krankheiten (in %)	100,0	100,0
Beobachtungen	712	221

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 6 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand. – Anmerkung: N/A = geringe Anzahl an Beobachtung ermöglicht keine Aussage aufgrund von Datenschutzbestimmungen. Stand der Daten (ePA): 11. April 2023. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten (AOK) umfassen den Zeitraum bis 30. September 2023 (Datenstand: 11.06.2023).

Ergänzend dazu zeigte ein Vergleich der Patientencharakteristika in Tabelle 13, dass die AOK-versicherten Personen der Interventionsgruppe der gesamten Interventionsgruppe sehr ähnlich in Demographie und Pflegebedarf waren. Sie nahmen allerdings etwas häufiger an Disease-Management-Programmen teil, insbesondere für Diabetes Mellitus und Koronare Herzkrankheiten. Außerdem war der Anteil der Personen mit Demenz unter den AOK-Versicherten (24 %) höher als in der gesamten Interventionsgruppe (15 %).

Basierend auf diesen Ergebnissen ist davon auszugehen, dass sich die Tendenzen in der Gruppe der AOK-Versicherten auf die Grundgesamtheit der AOK-Versicherten verallgemeinern lässt. Dementsprechend beschränkten sich die Evaluatoren im weiteren Verlauf auf die Nutzung der Abrechnungsdaten zur Evaluation der Primärziele und betrachteten ausschließlich das Sample der AOK-Versicherten.

Unter diesen Einschränkungen analysierten sie die folgenden Hypothesen:

- (1) Die NVF reduziert die Krankenhauseinweisungen um 15%.
- (2) Die NVF reduziert die Konsultationen des Hausarztes um 10%.
- (3) Die NVF reduziert ärztliche Hausbesuche um 10%.

b. Identifikation der Kontrollgruppe

Die Identifikation der Kontrollgruppe erfolgte zweistufig. Zunächst wurden die Patientinnen und Patienten in den Routinedaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland identifiziert, die die Einschlusskriterien der NVF erfüllten. Aus dieser Gruppe wurden danach durch ein Matching-Verfahren statistische Zwillinge für die Interventionsgruppe gebildet. Von den 412.430 betrachteten Versicherten erfüllten 13% (n = 53.755) die Einschlusskriterien der NVF und konnten für das Matching-Verfahren verwendet werden (Tabelle 14).

Tabelle 14: Deskriptive Ergebnisse AOK nach Gruppen

	(I) Interventions- gruppe (ohne Dropout)	(II) Interventions- gruppe	(III) Sample ¹	(IV) Grundgesamtheit
Alter	82,5	83,0	76,4	74,3
Weiblich (in %)	62,7	63,3	58,7	56,7
Kein Pflegegrad (in %)	43,4	40,3	75,0	82,8
Pflegegrad 1 und 2 (in %)	22,9	21,3	11,3	7,9
Pflegegrad 3 (in %)	19,9	25,8	8,3	5,6
Pflegegrad 4 (in %)	11,4	10,4	4,0	2,7
Pflegegrad 5 (in %)	2,4	2,3	1,4	1,0
Alten-/Pflegeheim/ Seniorenresidenz/Altenwohnheim (in %)	9,6	10,0	5,7	4,3
DMP: Diabetes Mellitus 2 (in %)	21,7	22,2	16,1	13,7
DMP: Brustkrebs (in %)	0,0	0,0	0,1	0,2
DMP: Koronare Herzkrankheit (in %)	16,9	15,4	9,3	7,4
DMP: Diabetes Mellitus 1 (in %)	0,0	0,0	0,2	0,2
Asthma Bronchiale (in %)	0,0	0,0	0,0	0,2
DMP: COPD (in %)	1,2	0,9	2,8	2,1
Anteil mit Demenz (in %)	16,9	17,6	9,1	7,4
Anteil Rentner (in %)	95,8	94,6	100,0	71,1
Anteil chronische Krankheiten (in %)	100,0	100,0	100,0	88,3
Hausarztbesuche in 2019	11,9	11,6	11,1	10,2
Hausbesuche Arzt 2019 ²	4,0	3,8	2,1	1,8
Hausbesuche Assistenz 2019 ³	0,9	0,9	0,4	0,3
Notdienste 2019	0,1	0,1	0,1	0,1
KH-Tage in 2019	7,5	7,7	5,0	0,9
KH-Einweisungen in 2019	0,8	0,8	0,6	0,1
Beobachtungen	166	221	53 755	412 430

Quelle: RWI; , Evaluationsbericht, dort Tabelle 7 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. – Anmerkung: N/A = geringe Anzahl an Beobachtung ermöglicht keine Aussage aufgrund von Datenschutzbestimmungen. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2023 (Datenstand: 11.06.2023). ¹AOK-Versicherte, die die Einschlusskriterien erfüllen. ² Alle ambulanten Behandlungstage, für die eine EBM-Kennziffer für Hausbesuche durch den Arzt abgerechnet wurde. ³ Alle ambulanten Behandlungstage, für die eine EBM-Kennziffer für Hausbesuche durch nichtärztliche Praxisassistenten abgerechnet wurde.

Tabelle 14 stellt die Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland dar.

Spalte I (Interventionsgruppe (ohne Dropout) enthält den Teil der Interventionsgruppe, der die gesamte Interventionsphase durchliefen. Patienten, die während der Interventionsphase verstorben oder aus anderen Gründen vorzeitig ausgeschieden sind, wurden hier nicht betrachtet.

Diese sind in Spalte II (Interventionsgruppe) enthalten. Diese umfasst alle Personen, die die Interventionsphase begonnen hatten. Im Folgenden konzentrierten sich die Evaluatoren auf die Interventionsgruppe ohne Dropout (Spalte I), da diese die Basis der Evaluation bildeten.

Zum Vergleich wurde diese Gruppe allen Versicherten (Spalte IV) bzw. allen Versicherten, die die Einschlusskriterien der NVF erfüllten (Spalte III) gegenübergestellt.

Die Interventionsgruppe war mit 83 Jahren knapp neun Jahre älter als der Durchschnitt der Versicherten. Ein Anteil von 63% der Interventionsgruppe war weiblich. Damit waren Frauen in der NVF im Vergleich zur Grundgesamtheit (57%) bzw. zum eingeschränkten Sample (59%) etwas überrepräsentiert.

Die Interventionsgruppe wies darüber hinaus deutlich häufiger einen Pflegegrad auf als die Grundgesamtheit. Der Anteil der stationär Gepflegten war mit rund 10 % etwas höher als in

der Gruppe vergleichbarer Versicherter und mehr als doppelt so hoch wie in der Grundgesamtheit. Personen in der Interventionsgruppe waren häufiger in den Disease Management Programmen für Diabetes Mellitus 2 und Koronare Herzkrankheiten eingeschrieben. Knapp ein Sechstel der Interventionsgruppe litt an Demenz – deutlich mehr als im Sample der vergleichbaren Patientinnen und Patienten (9%) oder in der Grundgesamtheit (7%). 96% der Interventionsgruppe waren Rentner, 100% des Samples und 71% der Grundgesamtheit. Da nur chronisch Kranke in das Projekt aufgenommen wurden, war die gesamte Interventionsgruppe vorerkrankt. In der Grundgesamtheit litten 88 % an mindestens einer chronischen Krankheit.

Um die medizinische Versorgung vor der Intervention ohne mögliche pandemiebedingte Einflüsse zu beschreiben, verglichen die Evaluatoren die Werte für 2019. Die Anzahl der Hausarztbesuche der Interventionsgruppe im Jahr 2019 war vergleichbar mit der Gesamtheit der Versicherten. Sie hatten allerdings deutlich mehr Hausbesuche durch Ärzte sowie durch MFA oder NÄPA als die Vergleichsgruppen. Auch die Zahl der Krankenhaustage im Jahr 2019 war höher. Der Vergleich der Gruppen zeigt, dass, auch unter Beachtung der Einschlusskriterien, die Interventionsgruppe versorgungsrelevant kränker und pflegebedürftiger war.

c. Ergebnis des Primärziels Krankenhauseinweisungen

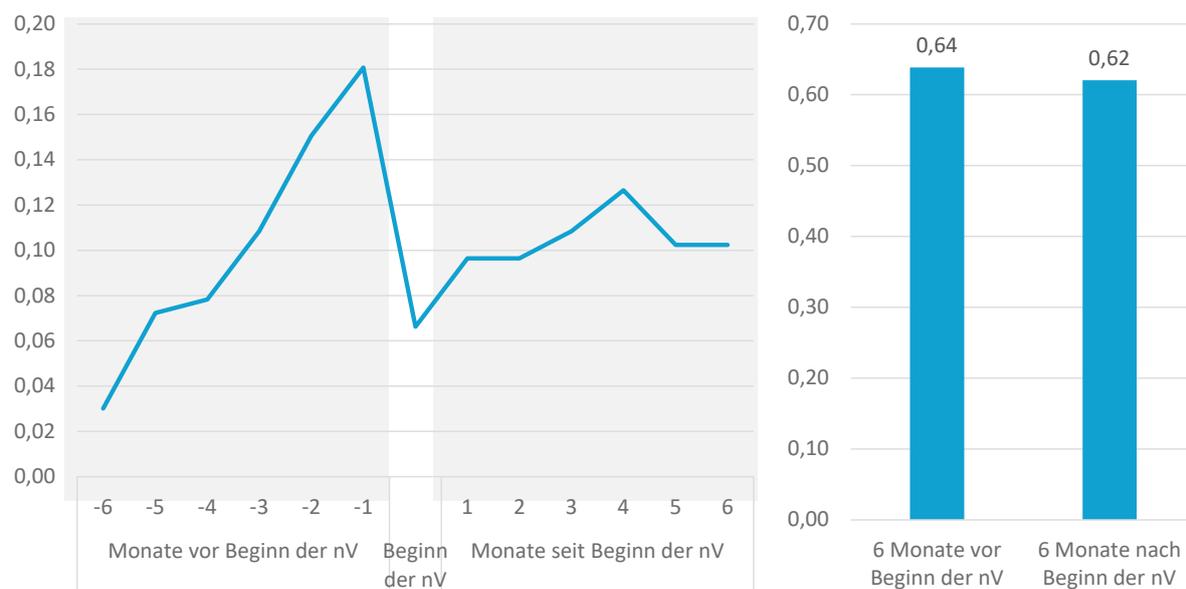
Im ersten Schritt wurden die Krankenhauseinweisungen der Interventionsgruppe vor und während der neuen Versorgungsform betrachtet. Gemäß der Arbeitshypothese wurde eine Reduktion der Krankenhauseinweisungen um 15% erwartet.

Wie Abbildung 11 darstellt, stieg für die Interventionsgruppe während der sechs Monate vor Beginn der NVF die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhauseinweisung kontinuierlich an. Im Monat vor Beginn der NVF war die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausbehandlung besonders hoch. Grund hierfür könnte die Patientenauswahl durch die Hausärzte sein. Die ansteigende Anzahl der durchschnittlichen Krankenhausaufenthalte lässt eine kontinuierliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes vermuten.

Es ist zu vermuten, dass hier eine Selektion vorlag und Ärzte Patientinnen und Patienten nach einem Gesundheitsschock, beispielsweise einem Krankenhausaufenthalt, überdurchschnittlich oft für die Teilnahme an der NVF auswählten, da sie auch zukünftig einen erhöhten Bedarf an medizinischer Überwachung sahen.

Während der Treatment-Phase zeigte sich eine Stabilisierung der Krankenhauseinweisungen auf ähnlichem Niveau wie in der Vor-Periode. Über den gesamten Zeitraum fiel die durchschnittliche Zahl der Krankenhauseinweisungen von 0,64 um 2,8% auf 0,62.

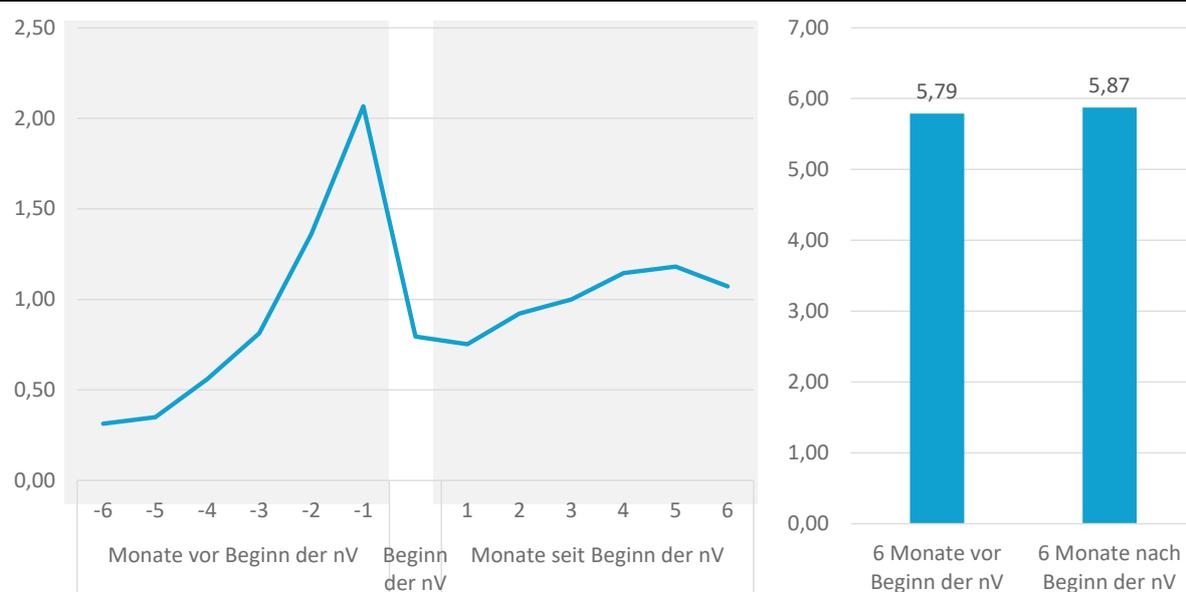
Abbildung 11: Verlauf der Krankenhauseinweisungen



Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Abbildung 11 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Mit Blick auf die im Krankenhaus verbrachten Tage zeigte sich ein ähnliches Bild (Abbildung 12). Nach einem kontinuierlichen Anstieg der durchschnittlich im Krankenhaus verbrachten Tage während der Vor-Periode stabilisierte sich die Anzahl der Tage auf einem leicht erhöhten Niveau während des Behandlungszeitraums der NVF. Die durchschnittliche Zahl der Krankenhaustage stieg marginal von 5,8 Behandlungstagen um 1,5% auf 5,9 Behandlungstage.

Abbildung 12: Verlauf der Krankenhaustage



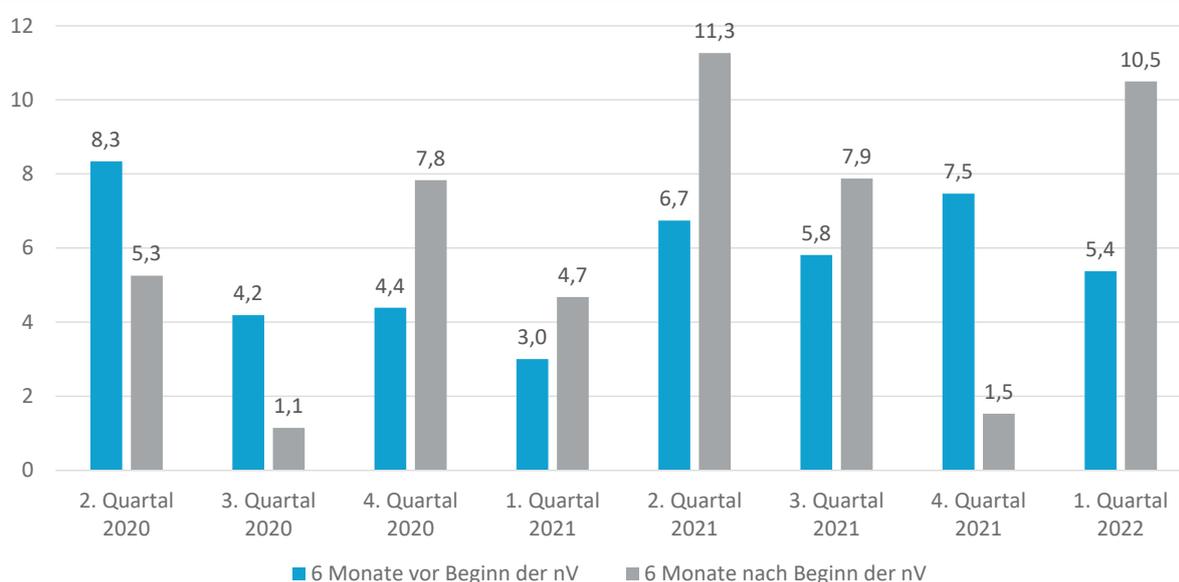
Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Abbildung 12 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Beide Indikatoren deuten darauf hin, dass die Krankenhausaufenthalte insgesamt während der NVF stabil blieben. Allerdings zeigen sich starke Variationen, wenn man die Interventionsgruppe getrennt nach dem Beginn der NVF betrachtet (Abbildung 13).

Bei Personen der Interventionsgruppe, die im 2. Quartal 2020 in die NVF eingetreten waren, zeigte sich eine deutliche Reduktion von 37%. Für diejenigen, die im 1. Quartal 2022 begonnen hatten, ergab sich ein Anstieg der Krankenhausaufenthalte um 95%.

Diese Ergebnisse spiegeln stark die regionalen und zeitlichen Umstände wider. Der Beginn der Interventionsphase fiel mit Beginn der Corona-Pandemie zusammen. Die Ergebnisse wurden dementsprechend nicht nur von der NVF beeinflusst, sondern auch vom Verlauf der Pandemie und den entsprechenden Lockdowns. Je nachdem, ob Vorperiode bzw. Interventionsphase in den Zeitraum eines Lockdowns oder einer Öffnungsphase fielen, spiegeln die Krankenhausaufenthalte ebendies wider. Zusätzlich waren etliche Kreise im Interventionsgebiet von der Flutkatastrophe im Juli 2021 betroffen.

Abbildung 13: Verlauf der Krankhauseinweisungen nach Start der NVF



Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Abbildung 13 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Tabelle 15 stellt die Regressionsergebnisse für Krankhauseinweisungen und die Gesamtzahl der im Krankenhaus verbrachten Tage in verschiedenen Spezifikationen dar.

Sechs Monate vor Beginn der NVF wurden innerhalb der Kontrollgruppe 0,03 Krankenhausaufenthalte bzw. 0,31 Krankenhaustage beobachtet, was im Folgenden als Baseline angesehen werden sollte. Spalten (I) bis (III) der Tabelle vergleichen jeweils die Primärziele über die gesamte Vor-Periode sowie über die gesamte Interventionsphase.

Entsprechend lagen pro Person jeweils zwei Beobachtungen vor.

In Spalte (I) wurde der Effekt der Teilnahme als einzige erklärende Variable gemessen. In Spalte (II) wurden zusätzlich Patientencharakteristika betrachtet. In Spalte (III) wurde darüber hinaus für das Start-Quartal der Intervention kontrolliert. In Spalten (IV) und (V) wurde ein Fixe-Effekte-Modell geschätzt, dass die Primärziele auf Monatsbasis erfasst.

Entsprechend lagen für jede Person 6 Beobachtungen der Vor-Periode sowie 6 Beobachtungen der Interventionsphase vor. Der Monat des Interventionsbeginns ($t=0$) wurde nicht betrachtet, da er nicht eindeutig einer Phase zugeordnet werden konnte. Die Regressionsergebnisse zeigten keine Evidenz für eine Veränderung der Krankenhausaufenthalte bzw. Krankenhaustage.

Tabelle 15: Regressionsergebnisse Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage

	Krankenhausaufenthalte					Krankenhaustage				
	Vor-/Treatment-Phase			Monate		Vor-/Treatment-Phase			Monate	
	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)
Teil der Interventionsgruppe	-0,02 (0,88)	0,11 (0,36)	0,11 (0,37)	0,002 (0,90)	0,002 (0,95)	0,08 (0,95)	1,57 (0,22)	1,55 (0,22)	0,10 (0,50)	-0,12 (0,55)
Kontrollvariablen		x	x		x		x	x		x
Fixe Effekte für Startquartal			x					x		
Beobachtungen	332	332	332	1 992	1 992	332	332	332	1 992	1 992

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 8 / P-Werte in Klammern; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Wie bereits beschrieben, war die Interventionsgruppe vergleichsweise häufig von einem Gesundheitsschock vor Beginn der NVF betroffen, bzw. wurden Personen aufgrund des Gesundheitsschocks in die NVF durch die behandelnden Hausärzte selektiert.

Entsprechend war der Vergleich mit einer entsprechenden Kontrollgruppe von Patientinnen und Patienten notwendig, die in ähnlicher Weise von Gesundheitsschocks betroffen waren und ähnliche Patientencharakteristika aufwiesen, jedoch nicht Teil der NVF waren.

Deshalb wurde im nächsten Schritt ein Matching-Ansatz genutzt, der den Personen in der Interventionsgruppe einen statistischen Zwilling zuordnet. Die Zuordnung erfolgte auf Basis der Patientencharakteristika und des Wohnortes (in Form des Landkreises). Darüber wurde der statistische Zwilling auf Basis des Verlaufes des Primärziels innerhalb der letzten 6 Monate vor Treatment-Beginn ausgewählt. Daher variiert die Zuordnung des statistischen Zwillings zwischen den Primärzielen. Die Ergebnisse der Matching-Verfahren werden im ANHANG dargestellt (Tabellen A 02 bis A 07).

Tabelle 16 stellt die Ergebnisse des DiD nach Matching für Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage dar.

Für Kontroll- und Interventionsgruppe wurde die mittlere Veränderung zwischen Vor-Periode und Interventionsphase berechnet und miteinander verglichen.

Für die Kontrollgruppe waren sowohl Krankenhausaufenthalte als auch Krankenhaustage leicht gesunken. Für die Interventionsgruppe war die mittlere Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie die mittlere Zahl der Krankenhaustage leicht angestiegen. In beiden Fällen ließ sich keine Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe zeigen.

Tabelle 16: DiD nach Matching Ergebnisse Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage

	Krankenhausaufenthalte	Krankenhaustage
Mittelwert im Evaluationszeitraum		
– Kontrollgruppe	-0,03	-0,07
– Interventionsgruppe	0,01	0,48
Mittlere Anzahl an Matches	1,00	1,00
Differenz	0,44	0,55
P-Wert	0,35	0,28
Anzahl		
– Kontrollgruppe	161	163
– Interventionsgruppe	166	166

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 9 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

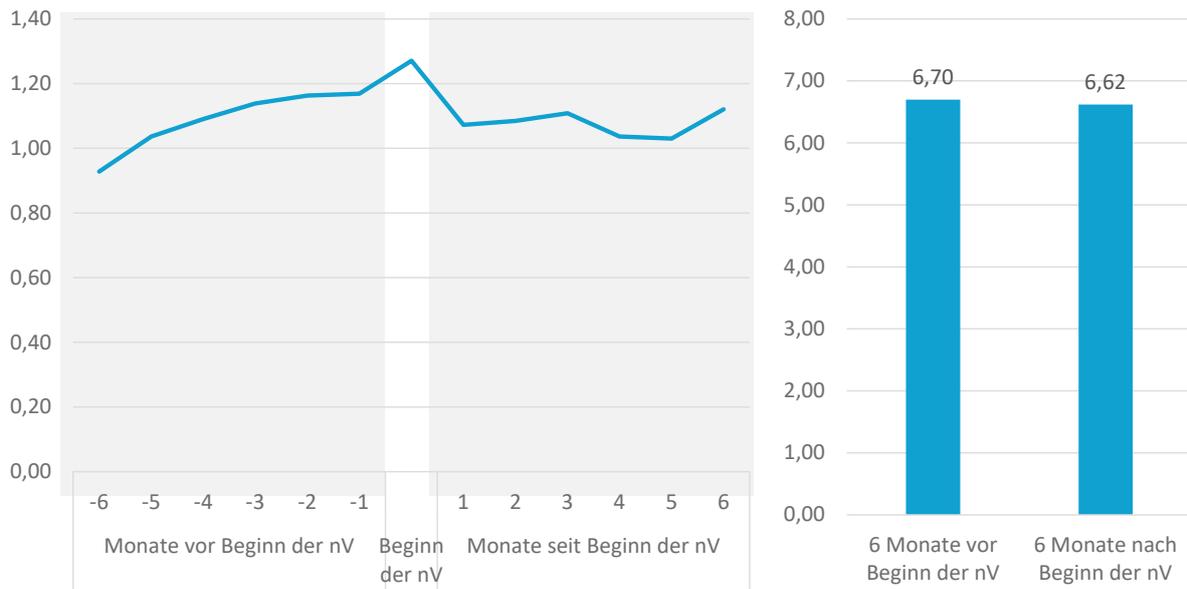
d. Ergebnis des Primärziels Hausarztbesuche in der Praxis

Im zweiten Schritt wurden die Hausarztbesuche der Interventionsgruppe vor und während der Interventionsphase betrachtet. Es wurden nur Hausarztbesuche betrachtet, die in der Praxis des Behandelten durchgeführt wurden. Hausbesuche durch den Arzt oder durch Assistenzen (z.B. MFA oder NÄPa) wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen. Gemäß der Arbeitshypothese wurde eine Reduktion der Hausarztbesuche um 10% erwartet.

Wie Abbildung 14 zeigt, stieg für die Interventionsgruppe während der sechs Monate vor Beginn der Interventionsphase auch die Zahl der Hausarztbesuche analog zu den Krankenhausaufenthalten an. Der Anstieg war ebenfalls kontinuierlich, allerdings weniger stark ausgeprägt. Im Kontext der Krankenhausaufenthalte betrachtet unterstreicht die Entwicklung der Hausarztbesuche die Vermutung, dass ein sich verschlechternder Gesundheitszustand den medizinischen Versorgungsbedarf erhöhte und ursächlich war für die Aufnahme in das Programm der NVF.

Während der Treatment-Phase stabilisierten sich die Hausarztbesuche auf einem ähnlichen Niveau wie in der Vor-Periode – die Anzahl der Hausarztbesuche in der Treatment-Phase (6,62) war nur marginal geringer (-1,1%) als in der Vor-Periode (6,7).

Abbildung 14: Verlauf der Hausarztbesuche

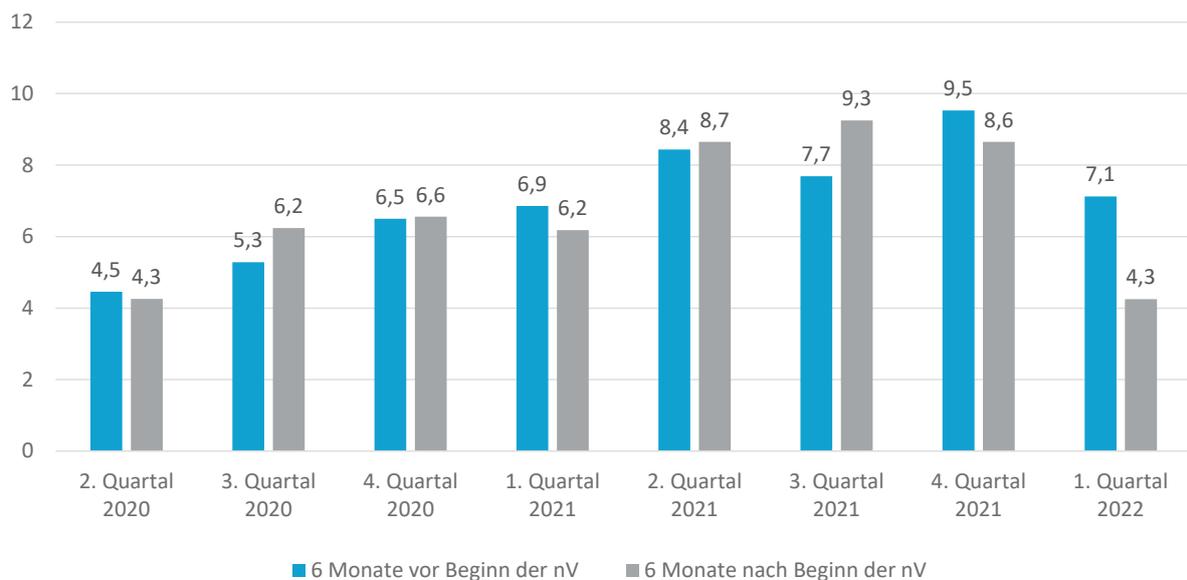


Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Abbildung 14 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Auch im Falle der Hausarztbesuche zeigten sich Variationen in Abhängigkeit, wann die Intervention für einzelne Personen begonnen hatte (Abbildung 15).

Allerdings waren diese Unterschiede sehr viel geringer ausgeprägt als bei den Krankenhaus-einweisungen. Die Veränderungen zwischen Vor-Periode und Treatment-Phase variierten zwischen -40% und +20%.

Abbildung 15: Verlauf der Hausarztbesuche nach Start der NVF



Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Abbildung 15 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2023 (Datenstand: 11.06.2023).

Tabelle 17 stellt die Regressionsergebnisse für Hausarztbesuche dar. Die Regressionsergebnisse zeigten eine minimale Reduktion der Hausarztbesuche, die in keiner Spezifikation signifikant war.

Es ließ sich daher keine Evidenz für eine Veränderung der Hausarztbesuche zwischen Vor-Periode und Interventionsphase finden. Der Vergleich mit dem Baseline-Wert von 0,93 Hausarztbesuchen sechs Monate vor Interventionsbeginn zeigte, dass die Punktschätzer auch in ihrer Größe insignifikant waren.

Tabelle 17: Regressionsergebnisse Hausarztbesuche

	Vor-/Treatment-Phase		Monate		
	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)
Teil der Interventionsgruppe	-0,08 (0,88)	-0,02 (0,96)	-0,06 (0,89)	-0,01 (0,80)	-0,08 (0,24)
Kontrollvariablen		x	x		x
Fixe Effekte für Startquartal			x		
Beobachtungen	332	332	332	1992	1992

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 10 / P-Werte in Klammern; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Die Ergebnisse des DiD nach Matching sind in Tabelle 18 dargestellt. Sowohl für die Kontrollgruppe als auch für die Interventionsgruppe zeigte sich eine Reduktion der Hausarztbesuche. Die Reduktion innerhalb der Kontrollgruppe war etwas größer, allerdings ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen feststellen.

Tabelle 18: DiD nach Matching Ergebnisse Hausarztbesuche

	Hausarztbesuche
Mittelwert im Evaluationszeitraum	
– Kontrollgruppe	-0,22
– Interventionsgruppe	-0,08
Mittlere Anzahl an Matches	1,00
Differenz	0,13
P-Wert	0,41
Anzahl	
– Kontrollgruppe	163
– Interventionsgruppe	166

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 11 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

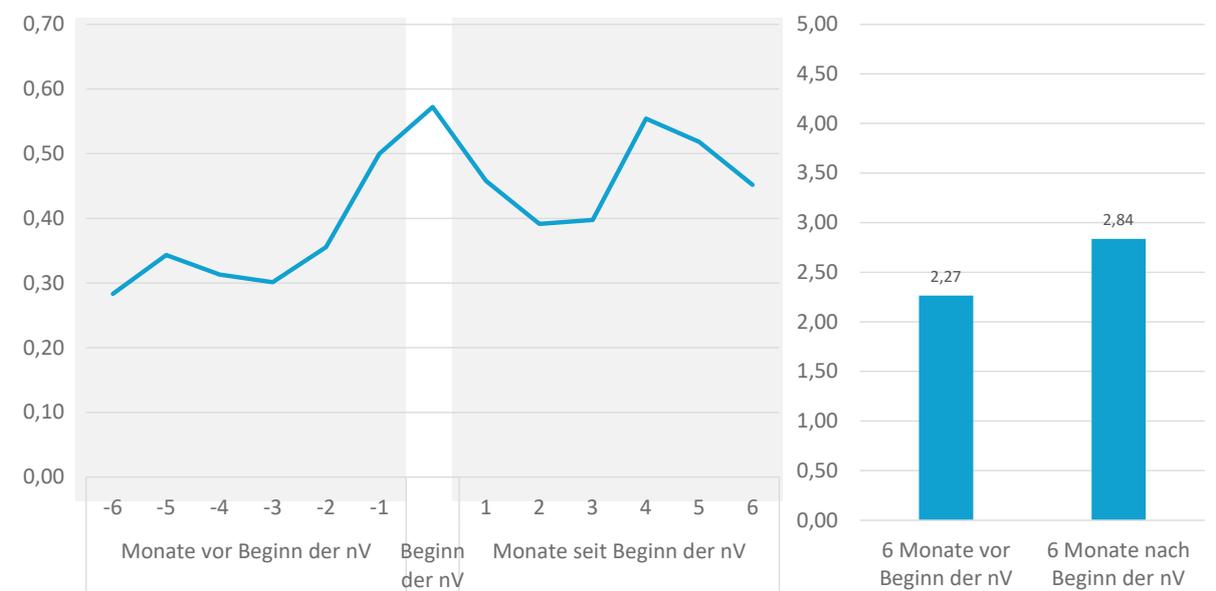
e. Ergebnis des Primärziels Hausbesuche

Nachdem im vorherigen Schritt die Hausarztbesuche in der Praxis – ausgenommen der Hausbesuche durch den Hausarzt bei Patientinnen und Patienten – betrachtet wurden, wurden nun die Hausbesuche analysiert.

Dabei wurde zwischen Hausbesuchen differenziert, die durch den Arzt durchgeführt wurden und jenen, die von einer medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. einer nichtärztliche Praxisassistentin (NäPA) durchgeführt wurden. Gemäß der Arbeitshypothese wurde eine Reduktion der Hausbesuche durch den Arzt um 10% erwartet.

Wie in Abbildung 16 dargestellt, stiegen die Hausbesuche durch einen Hausarzt in der Vor-Periode an, besonders stark im letzten Monat vor Beginn der Treatment-Phase. Dieses Muster ähnelt dem der Krankenhauseinweisungen und Hausarztbesuche. Eine Stabilisierung innerhalb der Treatment-Phase war allerdings nicht zu erkennen. Insgesamt stieg die Zahl der Hausbesuche durch den Arzt in der Treatment-Phase um rund 25%, von 2,3 Besuche auf 2,8 Besuche.

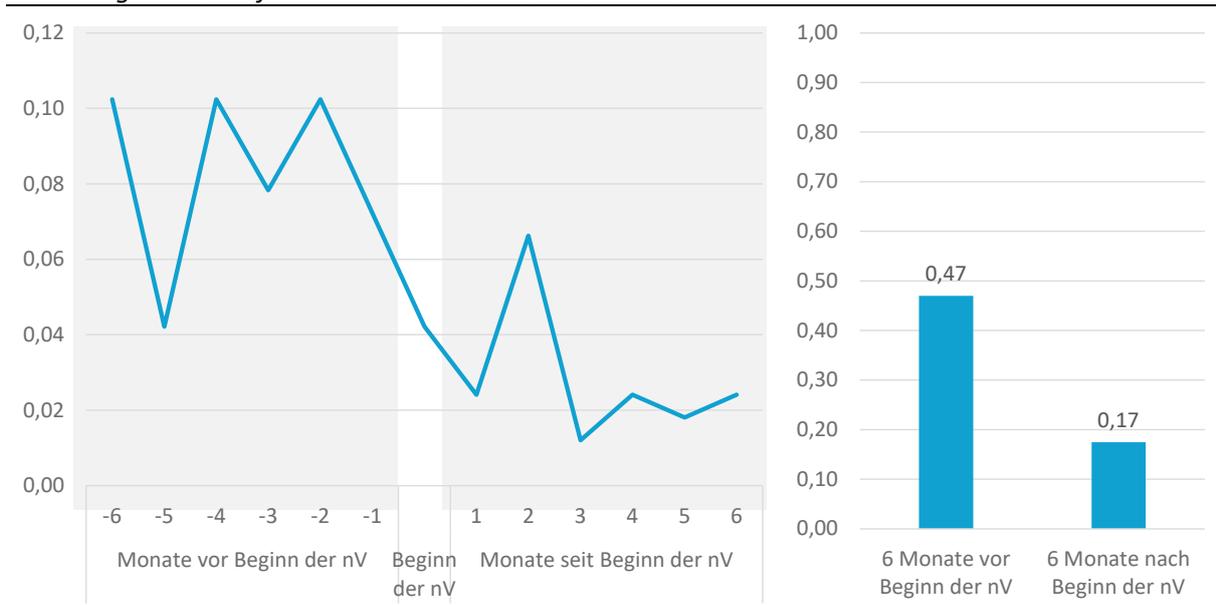
Abbildung 16: Verlauf der Hausbesuche durch den Hausarzt



Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Abbildung 16 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2023 (Datenstand: 11.06.2023).

Die Hausbesuche durch Assistenz wiesen dagegen eine vollkommen unterschiedliche Entwicklung auf (Abbildung 17). Sie fluktuieren während der Vor-Periode ohne erkennbaren Anstieg. In der Treatment-Phase sanken sie stark ab (-62%), von 0,5 auf 0,2 Hausbesuche.

Abbildung 17: Verlauf der Hausbesuche durch die Assistenz



Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Abbildung 17 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Tabelle 19 stellt die Regressionsergebnisse für Hausbesuche sowohl durch den Arzt als auch durch die Assistenz dar.

Die Regressionsergebnisse zeigten keine eindeutige Reduktion der Hausbesuche durch den Arzt. Betrachtet man die Veränderung der Patienten auf Monatsbasis (Spalte IV) zeigte sich eine Reduktion, die allerdings verschwindet, sobald für veränderliche Kontrollvariablen kontrolliert wurde.

Zudem war dieser Wert im Vergleich zum Baseline-Wert von 0,28 relativ klein. Im Falle der Hausbesuche durch die Assistenz war eine signifikante Reduktion zu sehen. Dieser Effekt war erwartbar, da die Pflegexperten einen Großteil der Aufgaben übernahmen, die vormals durch MFA oder NÄPa durchgeführt wurden.

Der Vergleich zum Baseline-Wert von 0,10 Hausbesuchen sechs Monate vor der Intervention zeigte, dass der Punktschätzer auch von relevanter Größe ist.

Tabelle 19: Regressionsergebnisse Hausbesuche durch den Arzt und durch die Assistenz

	Hausbesuche durch den Arzt					Hausbesuche durch die Assistenz				
	Vor-/Treatment-Phase		Monate			Vor-/Treatment-Phase		Monate		
	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)
Teil der Interventionsgruppe	0,57	0,19	0,22	0,11	0,02	-0,30	-0,35	-0,35	-0,06	-0,04
	(0,14)	(0,57)	(0,50)	(0,00)	(0,49)	(0,03)	(0,01)	(0,01)	(0,00)	(0,01)
Kontrollvariablen		x	x		x		x	x		x
Fixe Effekte für Startquartal			x					x		
Beobachtungen	332	332	332	1 992	1 992	332	332	332	1 992	1 992

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 12 / P-Werte in Klammern; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Wie Tabelle 20 zeigt, gab es sowohl für die Hausbesuche durch den Arzt als auch durch die Assistenz keine statische Evidenz für eine signifikante Reduktion der Primärziele gegenüber der Kontrollgruppe auf Basis des DiD nach Matching.

Tabelle 20: DiD nach Matching Ergebnisse Hausarztbesuche

	Hausbesuch durch den Arzt	durch die Assistenz
Mittelwert im Evaluationszeitraum		
– Kontrollgruppe	-0,02	-0,02
– Interventionsgruppe	-0,05	0,01
Mittlere Anzahl an Matches	1,00	1,00
Differenz	-0,03	0,03
P-Wert	0,74	0,55
Anzahl		
– Kontrollgruppe	162	163
– Interventionsgruppe	166	166

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 13 / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

f. Zusammenfassung Primärziele

In der Analyse der Primärziele ergaben sich unterschiedliche Trends in den Krankenhaustagen zwischen der Interventionsgruppe, bei der die Anzahl der Krankenhaustage leicht anstieg, und der Kontrollgruppe, bei denen die Anzahl leicht sank. Außerdem sank die Anzahl der Krankenhauseinweisungen und der Hausbesuche unterschiedlich stark ab.

Bei den Krankenhauseinweisungen ergab sich eine stärkere Reduktion für die Kontrollgruppe, bei den Hausbesuchen für die Interventionsgruppe.

Die Evaluatoren fanden insgesamt keine signifikanten Unterschiede in Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustagen sowie bei der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.

6.1.1.2. Sekundärziele

a. Datenbasis

Für die Analyse des Sekundärziels „Verbesserung der Gesundheitssituation“ verglichen die Evaluatoren mithilfe des in Kapitel 5.2.5. erläuterten Differenzen-in-Differenzen Ansatzes die Veränderung innerhalb des Interventionszeitraums der Interventionsgruppe mit der Veränderung innerhalb der gleichen Zeitspanne der Kontrollgruppe.

Die Kontrollgruppe bildeten in diesem Fall Befragte des SOEP, die die Einschlusskriterien erfüllten und mit der Interventionsgruppe auch in den anderen Matchingvariablen vergleichbar waren.

Die Matching-Variablen waren: Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl Kinder, Haushaltsgröße, Schulabschluss, Gemeindegrößenklasse des Wohnortes, selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Diagnosen chronischer Krankheiten, Zufriedenheit mit der Gesundheit und dem Leben, Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten und Anzahl der Hausarztbesuche in den letzten drei Monaten.

Für eine verlässliche Kausalanalyse berücksichtigten die Evaluatoren einige Besonderheiten, die im Folgenden kurz dargestellt sind.

Bei den Sekundäroutcomes handelte es sich um ordinalskalierte Variablen. Ordinalskalen werden dem Rang bzw. der Größe nach geordnet, über die Abstände zwischen den Rangplätzen lässt sich aber keine Aussage treffen. Dies gilt im Besonderen für den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand, bei dem die Interventionsgruppe eine Angabe auf der Skala „Sehr Gut“, „Gut“, „Zufriedenstellend“, „Weniger Gut“ oder „Schlecht“ machen sollten.

Die Evaluatoren umgingen diese Problematik, indem sie die Skala in eine binäre Variable umformten und als Hauptspezifikation nutzten. Diese binäre Variable unterscheidet dann nur noch zwischen gut = 1 und schlecht = 0. So ließ sich das Ergebnis im Hinblick auf die Wirksamkeit der NVF sinnvoll interpretieren.

Für die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und dem Leben war diese Problematik aufgrund der numerischen Werte deutlich weniger ausgeprägt. Hier wurde die Skala in ihrer ursprünglichen Form genutzt und eine binäre Variable als Robustheitstest verwendet.

Zudem war das Einzugsgebiet der NVF im Interventionszeitraum von einem Hochwasser betroffen, welches die Rahmenbedingungen der Intervention beeinflusste. Hierzu wurden Informationen in Versorgungskomplexe (VK) „Flut“ codiert (Tabelle 21). Insgesamt wurde für 35% der Patientinnen und Patienten mindestens ein VK-Flut codiert.

Tabelle 21: Versorgungskomplexe Flut

	Mittelwert	Min	Max	Standardabweichung	Beobachtungen
VK-Flut (in %)	35,1	0	100	47,8	712
VK-Flut-Personensuche (in %)	23,3	0	100	42,3	712
VK-Flut-Besuch (in %)	13,8	0	100	34,5	712
VK-Flut-Orga-Klein (in %)	2,8	0	100	16,5	712
VK-Flut-Orga-Groß (in %)	4,5	0	100	20,7	712
VK-Flut-Tele-Betreuung (in %)	6,5	0	100	24,6	712
VK-Flut-Hygiene (in %)	2,5	0	100	15,7	712

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 14 / Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand. – Anmerkung: Stand der Daten: 11. April 2023. Datenexport am 4. Juli 2023. Beobachtungseinheit: Patientinnen und Patienten mit Pflegeanamnese.

Bei 23% der Patientinnen und Patienten fand eine telefonische Ermittlung zum Verbleib sowie ein Ausfindigmachen von Angehörigen statt.

Die Durchführung eines persönlichen Besuches in einem Katastrophengebiet oder in der Nähe eines solchen Gebietes (aufwändige Organisation und / oder Anreise) wurde bei 14% der Patientinnen und Patienten unternommen. Bei fast 7% der Patientinnen und Patienten fand Telefonkontakt zur Aufrechterhaltung der Betreuung statt. Informationen zur Hygiene, wie die Aufklärung und Anleitung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen hinsichtlich besonderer Hygieneaspekte in Folge der Flutkatastrophe (Salmonellengefahr, Tetanus(-impfung), Nahrungsmittellagerung usw.) erhielten fast 3%.

Die vorrangig telefonische Organisation von Rezepten, Verordnungen, Überweisungen, Hilfsgütern und Nahrungsmitteln sowie die Übermittlung von Befunden im kleinen Rahmen umfasste 3% (VK-Flut-Orga-Klein), während die vorrangig persönliche Organisation von Rezepten, Verordnungen, Überweisungen, Hilfsgütern und Nahrungsmitteln sowie die Übermittlung von Befunden im größeren Rahmen und die Hilfestellungen durch sonstige Einsatzkräfte (VK-Flut-Orga-Groß) fast 5% der Patientinnen und Patienten umfasste.

Für die Analyse benötigten die Evaluatoren sowohl für die Interventions- als auch für die Vergleichsgruppe eine Erst- und eine Zweitbeobachtung.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Nach Berücksichtigung aller Dropouts konnten Beobachtungen von 380 Personen der Interventionsgruppe berücksichtigt werden, die Beobachtungen in allen relevanten Variablen aufweisen (siehe Abbildung 06).

Die Erstbeobachtung stellte den Wert vor Interventionsstart dar. Die Zweitbeobachtung bildete für die Interventionsgruppe den Wert nach der Behandlung ab und für die Vergleichsgruppe den Wert ohne Behandlung nach der gleichen Zeitspanne.

Die Abstände zwischen Erst- und Zweitbeobachtungen unterschieden sich zwischen der Interventionsgruppe und den Befragten des SOEP.

Innerhalb der Interventionsgruppe vergingen im Durchschnitt 178 Tage zwischen Erstinterview und dem Interview nach sechs Monaten, in dem die Daten zum letzten Mal erhoben wurden. Bei den Befragten des SOEP vergingen zwischen den zwei zur Auswertung genutzten Interviews im Durchschnitt 327 Tage (Tabelle 22).

Tabelle 22: Zeitliche Abstände zwischen Erst- und Letztinterview

	Interventionsgruppe		Befragte SOEP	
	Mittelwert	Anzahl Beobachtungen	Mittelwert	Anzahl Beobachtungen
Abstand vorher zu nachher (in Tagen)	178,0	380	326,6	989

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 15 / Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand. Stand der Daten: 11. April 2023. Datenexport am 4. Juli 2023; Daten des SOEP.

Die Evaluatoren nahmen an, dass sich die Werte der Variablen linear entwickelt hatten.

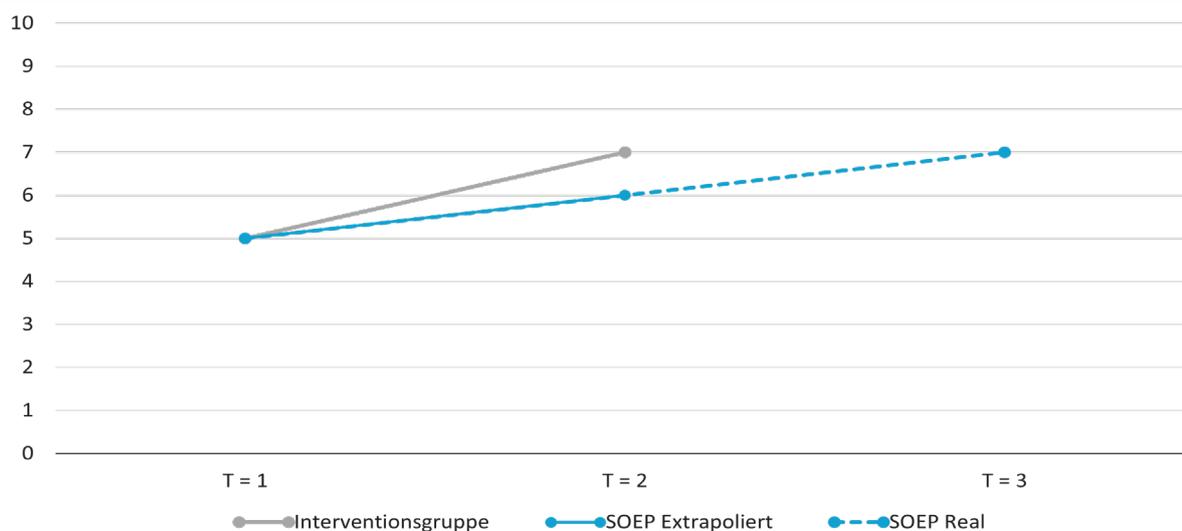
Dies erlaubte es, für die Vergleichsgruppe einen Wert zu extrapolieren, der die Situation nach 6 Monaten bzw. 178 Tagen widerspiegelte.

In Abbildung 18 ist die Extrapolation für ein hypothetisches Beispiel dargestellt. Die Outcomes aus der ePA wurden dabei zu den Zeitpunkten T=1 und T=2 erfasst, die des SOEPs zu den Zeitpunkten T=1 und T=3.

Würde nicht berücksichtigt, dass die Abstände zwischen den Beobachtungen „vor der Intervention“ und „nach der Intervention“ jeweils unterschiedlich sind, ergäbe sich für die Differenz der Differenzen der Wert: $(\text{Nachher ePA} - \text{Vorher ePA}) - (\text{Nachher SOEP} - \text{Vorher SOEP}) = (7-5) - (7-5) = 0$.

Die Schlussfolgerung wäre, dass die Intervention keinen Effekt hat. Wird nun angenommen, dass sich die Ergebnisvariablen im Zeitverlauf linear entwickeln, ist es möglich, den Wert der Ergebnisvariablen des SOEP zum Zeitpunkt T=2 zu berechnen. Bei Verwendung dieses extrapolierten Wertes ergibt sich als Effekt: $(\text{Nachher ePA} - \text{Vorher ePA}) - (\text{Nachher extrapoliert SOEP} - \text{Vorher SOEP}) = (7-5) - (6-5) = 1$, was dem tatsächlichen Effekt entspricht.

Abbildung 18: Hypothetisches Beispiel zur Extrapolation



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 18.

Für die Analyse des Sekundärziels „Erhöhung der Patientensicherheit und -eigenständigkeit“ betrachteten die Evaluatoren in der ePA erhobene Daten der SMASc (Self-Management Assessment Scale; Skala zur Bewertung des Selbstmanagements) über die Zeit.

Die SMASc wird eingesetzt, um den Unterstützungsbedarf beim Selbstmanagement von insbesondere chronisch kranken Patientinnen und Patienten zu messen und bewertet fünf Themenbereiche, die für ein effektives Selbstmanagement im Laufe der Zeit wichtig sind. Bei den Themenbereichen handelte es sich um Wissen, Ziele für die Zukunft, tägliche Routinen, emotionale Anpassung und soziale Unterstützung.

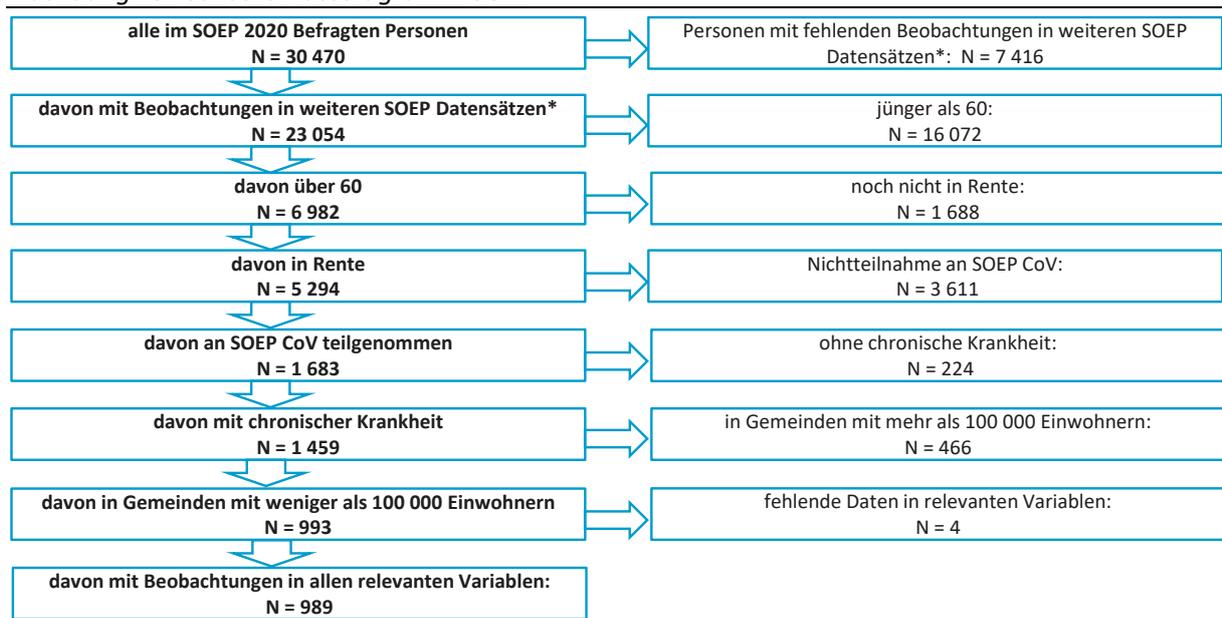
b. Identifikation der Kontrollgruppe

Die Identifikation der Kontrollgruppe erfolgte, wie bei der Analyse der Primärziele, zweistufig. Zunächst wurden Befragte des SOEP identifiziert, für die eine Erst- und Zweitbefragung hinsichtlich der drei zu analysierenden Gesundheitsindikatoren vorlag, welche die Einschlusskriterien der NVF erfüllten und die in einer Gemeinde mit weniger als 100 000 Einwohnern wohnen, um der Ländlichkeit der Behandlungsregion Rechnung zu tragen.

Aus dieser Gruppe wurden durch ein Matching-Verfahren statistische Zwillinge für die Interventionsgruppe gebildet. Von den 30 470 Befragten des SOEP erfüllten 3% (n=989) die notwendigen Bedingungen und konnten für das Matching-Verfahren verwendet werden (Abbildung 19).

Um die Bedingung der Erst- und Zweitbefragung zu erfüllen, nutzten die Evaluatoren die Sondererhebung SOEP-CoV. Hierbei handelt es sich um ca. 6 000 Personen.

Abbildung 19: Consort-Flussdiagramm SOEP



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 19 / Anmerkung: *Datensätze zu: generierten Variablen, Lebenslauf-Daten, Geburten/Kinder, Regionaldaten, Diagnosedaten aus 2019.

Tabelle 23: Deskriptive Ergebnisse – Interventionsgruppe und Befragte des SOEP

	Interventionsgruppe Mittelwert	Befragte des SOEP Mittelwert
Soz.-Oek. Charakteristika		
Alter bei Erstinterview	83,5	72,6
Weiblich (in %)	69,7	53,4
Familienstand: Mit PartnerIn zusammenlebend (in %)	44,7	57,5
Familienstand: Mit PartnerIn getrenntlebend (in %)	3,2	2,1
Familienstand: Nie verheiratet (in %)	1,6	4,8
Familienstand: Geschieden (in %)	3,9	12,4
Familienstand: Verwitwet (in %)	46,3	22,8
Familienstand: Keine Angabe (in %)	N/A	0,4
Anzahl Kinder	1,8	1,9
Haushaltsgröße	1,7	1,7
Schulabschluss: Keiner (in %)	3,2	0,9
Schulabschluss: Volks-/Hauptschulabschluss (in %)	74,5	39,5
Schulabschluss: Realschulabschluss (in %)	6,1	32,1
Schulabschluss: Fachhochschulreife (in %)	0,8	4,6
Schulabschluss: Abitur/Hochschulreife (in %)	4,2	18,3
Schulabschluss: Sonstiger/Keine Angabe (in %)	11,3	4,7
Unterkunft		
Landgemeinde (< 2 000 Einwohner) (in %)	17,9	8,0
Kleinstadt (2 000 bis 5 000 Einw.) (in %)	6,1	13,1
Kleine Mittelstadt (5 000 bis 20 000 Einw.) (in %)	30,3	36,8
Mittelstadt (20 000 bis 50 000 Einw.) (in %)	29,7	28,7
Große Mittelstadt (50 000 bis 100 000 Einw.) (in %)	16,1	13,3
Gesundheitszustand		
Binärer selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (1 = „Gut“ oder „Sehr Gut“; 0 = „Zufriedenstellend“, „Weniger Gut“ oder „Schlecht“) (in %)	14,7	29,4
Schlafstörung (in %)	9,7	13,4
Schilddrüsenerkrankung (in %)	33,9	15,1
Diabetes (in %)	34,7	19,8
Asthma (in %)	6,3	8,7
Herzkrankheit (in %)	63,7	26,1
Krebserkrankung (in %)	20,3	13,4
Schlaganfall (in %)	3,2	4,7
Migräne (in %)	1,1	4,8
Bluthochdruck (in %)	75,0	60,0
Depressive Erkrankung (in %)	17,9	9,7
Demenzerkrankung (in %)	9,7	0,5
Gelenkerkrankung (in %)	47,4	46,3
Chron. Rückenbeschwerden (in %)	15,5	27,9
Sonstige Krankheit (in %)	4,5	18,9
Zufriedenheit		
Zufriedenheit mit Gesundheit (0-10)	6,1	6,2
Zufriedenheit mit Leben (0-10)	6,9	7,8
Beanspruchung medizinischer Leistungen		
Anzahl KH 12 Monate	0,8	0,3
Anzahl Hausbesuche 3 Monate	1,5	2,7
Beobachtungen	380	989

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 16 / Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR] (o.D.); Destatis (2023); Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand und des Sozio-ökonomischen Panel [SOEP] (2022). – Anmerkung: N/A = geringe Anzahl an Beobachtung ermöglicht keine Aussage aufgrund von Datenschutzbestimmungen. Stand der Daten: 11. April 2023. Datenexport am 4. Juli 2023.

In Tabelle 23 sind die zum Matching herangezogenen Variablen für die Behandlungs- und Kontrollgruppe gegenübergestellt.

Die Interventionsgruppe war im Schnitt elf Jahre älter als die SOEP-Befragten. Ein größerer Anteil der Interventionsgruppe war weiblich und verwitwet. Ein größerer Anteil der Befragten des SOEP hatte die Hochschulreife und ein geringerer Anteil einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss als die Interventionsgruppe.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Die Personen der Interventionsgruppe gaben an, im Jahr vor Projektbeginn häufiger im Krankenhaus gewesen zu sein als die Befragten des SOEP.

In einem Zeitraum von drei Monaten vor der Befragung gaben Befragte des SOEP an, seltener bei einem Hausarzt als die Interventionsgruppe gewesen zu sein.

Letztere schätzten zudem ihren Gesundheitszustand schlechter ein als die Befragten des SOEP. Insgesamt zeigt sich beim Vergleich der Interventionsgruppe mit den SOEP-Daten ein ähnliches Bild wie beim Vergleich innerhalb der AOK-Daten: die Interventionsgruppe schien bei schlechterer Gesundheit zu sein und mehr Gesundheitsleistungen zu beanspruchen als die Kontrollgruppe.

Die Analyse des Sekundärziels „Erhöhung der Patientensicherheit und -eigenständigkeit“ betrachtete die Patientinnen und Patienten der NVF über die Zeit, ohne eine Kontrollgruppe einzubeziehen.

c. Ergebnis des Sekundärziels: Verbesserung der Gesundheitssituation

Zunächst betrachteten die Evaluatoren die subjektiven Indikatoren zur Gesundheitssituation, wie den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand, die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und die Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen der Interventionsgruppe vor und nach der Intervention.

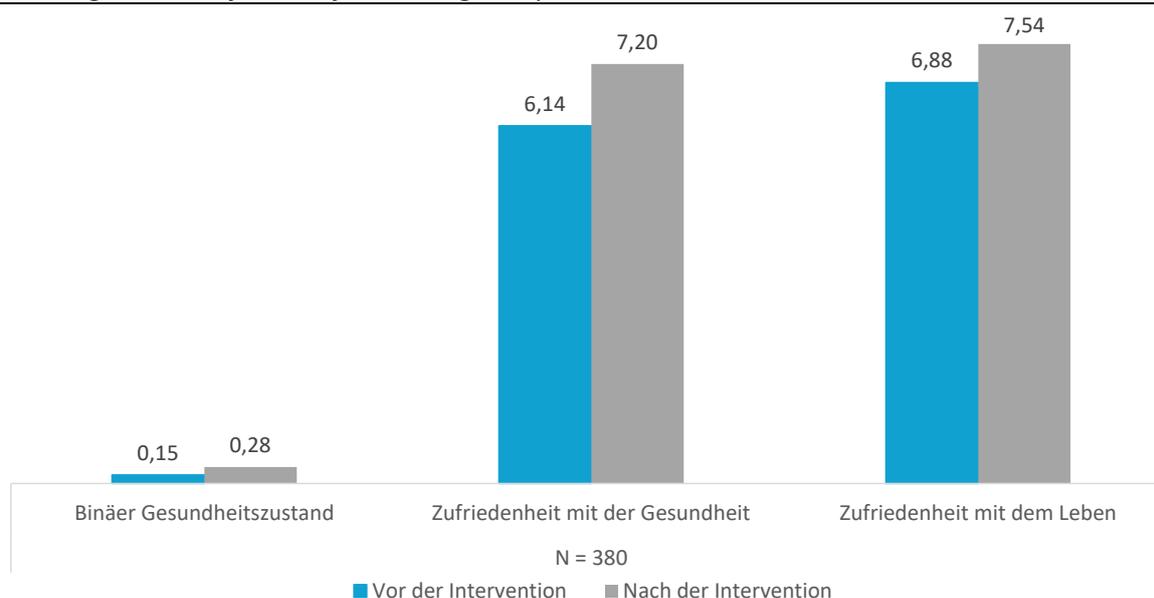
In Abbildung 20 ist der Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter der für die Auswertung genutzten ePA-Daten dargestellt.

Die Werte der Balken „vor der Intervention“ stammten aus den Erstinterviews, die Werte der Balken „nach der Intervention“ aus den Folgeinterviews.

Pro Person lagen mehrere lange und kurze Folgeinterviews vor, von denen aber nur eines genutzt werden sollte. Zunächst wurden nur Folgeinterviews berücksichtigt, welche 140 bis 220 Tage nach dem Erstinterview stattfanden, um das Ende des Behandlungszeitraumes zu erfassen.

Kamen nach dieser Einschränkung noch immer mehrere Interviews in Frage, wurde dasjenige gewählt, welches die wenigsten fehlenden Werte in den relevanten Variablen aufwies. Die Beobachtungen nach der Intervention wurden im Schnitt 178 Tage nach den Beobachtungen vor der Intervention erhoben.

Abbildung 20: Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter – ePA



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 20 / Anmerkung: Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) HandinHand. Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 21. Juni 2023. Durchschnittlicher Abstand zwischen Beobachtungen vor und nach der Intervention liegt bei 178,0 Tagen.

Tabelle A 08 im ANHANG zeigt eine Verbesserung des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes. Die Patientinnen und Patienten gaben 13 Prozentpunkte öfter an, bei guter oder sehr guter Gesundheit zu sein (t-Wert = 4,56, P-Wert = 0,000). Die Zufriedenheit mit der Gesundheit verbesserte sich um 1,06 Punkte, dies entspricht einem Anstieg von 17,3% (t-Wert = 7,78, P-Wert = 0,000).

Die Verbesserung der Zufriedenheit mit dem Leben entsprach mit 0,66 Punkten gut 9,6% (t-Wert = 5,19, P-Wert = 0,000).

Die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung stieg um einen Punkt, was einer Verbesserung von 12,5% entspricht (t-Wert = 8,95, P-Wert = 0,000).

In Bezug auf ungedeckte medizinische Bedarfe in der ambulanten Versorgung konnte keinerlei Veränderung beobachtet werden (t-Wert = 0,00, P-Wert = 1,000), wobei zu beachten ist, dass sie sich bereits vor der Intervention auf einem sehr geringen Niveau bewegte. Nur 2% der Personen gaben an, Bedarf an einer hausärztlichen Behandlung gehabt, diese aber nicht beansprucht zu haben.

Auch wenn all diese Differenzen statistisch hoch signifikant waren, berücksichtigte dieser Vergleich nicht die Entwicklung der Ergebnisvariablen ohne das Projekt, sodass diese Ergebnisse nicht als kausal betrachtet werden können.

Die Werte der Kontrollgruppe für die Analyse werden in Abbildung 21 dargestellt und stammen aus dem SOEP.

Auch hier wurden die Daten in „vor der Intervention“ und „nach der Intervention“ unterteilt, wobei zu beachten ist, dass die Befragten des SOEPs nicht von der Intervention betroffen waren.

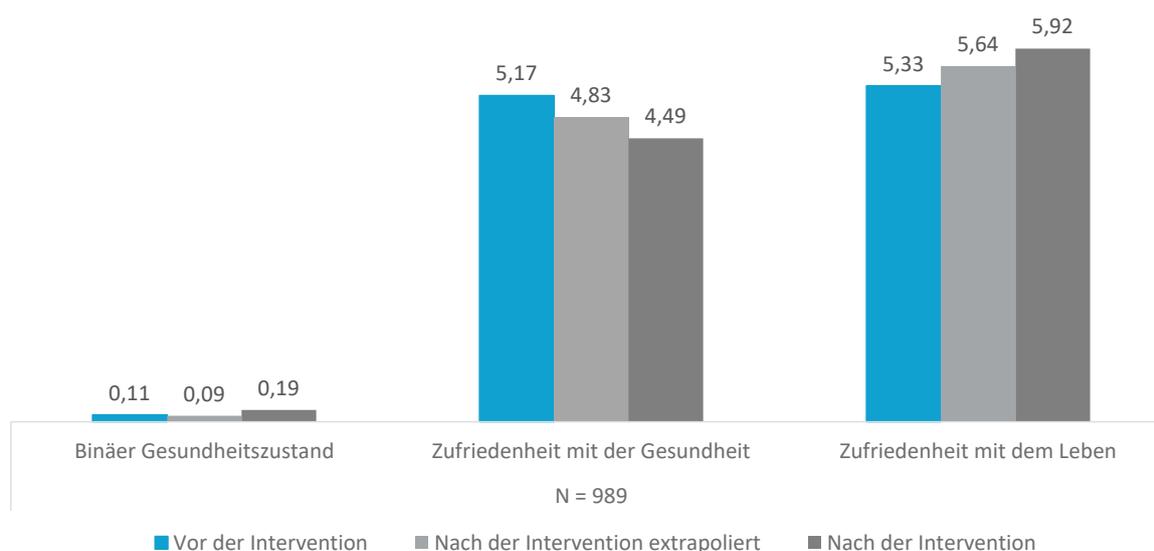
Die Werte der Balken „vor der Intervention“ stammten aus der 2020er Personenbefragung, wohingegen die Werte der Balken „nach der Intervention“ aus der zweiten SOEP-CoV Befragung stammten.

Letztere fand im Schnitt 327 Tage nach der 2020er Befragung statt und nicht wie die Folgeinterviews in den ePA Daten nach sechs Monaten.

Die Evaluatoren nahmen an, dass sich die Werte der Variablen linear entwickelt hatten und extrapolierten einen Wert, der das Outcome nach sechs Monaten widerspiegelte.

Diese Werte sind in Abbildung 21 als „Nach der Intervention extrapoliert“ ausgewiesen. Zu beachten ist hier, dass im SOEP keine Fragen zur Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung oder zu ungedeckten medizinischen Bedarfen enthalten sind, weswegen diese Outcomes nicht mit einer Kontrollgruppe verglichen werden können.

Abbildung 21: Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter – SOEP



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 21 / Anmerkung: Daten des Sozio-oekonomischen Panel [SOEP] (2022). Gewichtung nach Matching. Durchschnittlicher Abstand zwischen Erstinterview und Folgeinterview liegt bei 327 Tagen.

In Tabelle 24 wurde die Verteilung der relevanten Variablen der Vergleichsgruppe nach dem Matching dargestellt. Die angegebenen Differenzen gaben zusammen mit den P-Werten die Größe und Signifikanz der Änderungen durch die Gewichtung an.

Da im Matching-Prozess für jede Beobachtung der Behandlungsgruppe entsprechende Beobachtungen aus der Kontrollgruppe zugewiesen und neu gewichtet wurden, entsprach die Verteilung der ePA Daten nach dem Matching der in Tabelle 23 dargestellten.

Die Verteilung der ermittelten Gewichte war stark rechtsschief, d.h. es lagen viele Beobachtungen mit einer geringen Teilnahmewahrscheinlichkeit vor, und nur wenige Beobachtungen mit hoher Teilnahmewahrscheinlichkeit.

Es gab also viele Beobachtungen, denen ein sehr kleines Gewicht zugeschrieben wird. Zu diesen gab es nur wenige ähnliche Beobachtungen der Behandlungsgruppe. Die Personen im SOEP mit hoher Teilnahmewahrscheinlichkeit waren die, die besser zu der Mehrheit der Teilnahmewahrscheinlichkeiten der Interventionsgruppe (ePA-Beobachtungen) passten und deswegen stärker berücksichtigt wurden.

Unter Verwendung der Matching Gewichte war die Kontrollgruppe älter, häufiger alleine lebend, hatte häufiger bestimmte Erkrankungen als vor dem Matching und war dadurch der Interventionsgruppe ähnlicher.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Im Folgenden sind die Ergebnisse unter Verwendung verschiedener Spezifikationen dargestellt. In der ersten Spezifikation (I) wurden die Daten ohne vorheriges Matching genutzt, ansonsten wurden die Spezifikationen mit „Gematcht“ gekennzeichnet.

In der dritten Spezifikation (III) wurden die extrapolierten Werte der SOEP-Daten genutzt.

In der vierten Spezifikation (IV) wurden nur diejenigen Patienten der NVF berücksichtigt, die nicht von der Flut betroffen waren, gekennzeichnet dadurch, dass für sie keine „VK-Flut“ erfasst worden sind.

In der fünften Spezifikation (V) wurde ein binäres Outcome verwendet.

Die Spezifikationen (I) und (II) waren als Hauptergebnisse anzusehen, wohingegen die Spezifikationen (III) bis (V) als Robustheitstests dienten.

Angegeben wurden die Koeffizienten „Nach Intervention“, der den Vorher-Nachher-Effekt abbildete, „Interventionsgruppe“, der den Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe erfasste, die Interaktion aus „Nach Intervention“ und „Interventionsgruppe“, die den eigentlichen Differenzen-in-Differenzen-Effekt und damit das relevante Ergebnis – den Effekt der auf die Intervention zurückzuführen war – abbildete und die Konstante, die das Basis-Level darstellte.

Im Falle des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes war das Outcome bei sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand als 1 kodiert und sonst als 0. Bei den beiden Outcomes zur Zufriedenheit mit der Gesundheit und zur Lebenszufriedenheit war die binäre Variable gleich 1, wenn der angegebene Wert größer als 5 ist.

Tabelle 24: Deskriptive Ergebnisse Matching Subjektive Ergebnisvariablen – Befragte des SOEP – nach dem Matching

	Mittelwert vor Matching	Mittelwert nach Matching	Differenz	P-Wert
Soz.-Oek. Charakteristika				
Alter bei Erstinterview	72,6	81,9	9,3	0,000
Weiblich (in %)	53,4	42,2	-11,2	0,000
Familienstand: Mit PartnerIn zusammenlebend (in %)	57,5	28,0	-29,5	0,000
Familienstand: Mit PartnerIn getrenntlebend (in %)	2,1	1,0	-1,1	0,108
Familienstand: Nie verheiratet (in %)	4,7	1,4	-3,3	0,000
Familienstand: Geschieden (in %)	12,4	3,1	-9,3	0,000
Familienstand: Verwitwet (in %)	22,7	66,3	43,4	0,000
Familienstand: Keine Angabe (in %)	0,5	0,2	-0,3	0,000
Anzahl Kinder	1,9	2,2	0,3	0,000
Haushaltsgröße	1,7	1,3	-0,4	0,000
Schulabschluss: Keiner (in %)	0,9	0,9	-0,0	0,964
Schulabschluss: Volks-/Hauptschulabschluss (in %)	39,6	86,3	46,7	0,000
Schulabschluss: Realschulabschluss (in %)	32,0	3,9	-28,1	0,000
Schulabschluss: Fachhochschulreife (in %)	4,5	0,4	-4,1	0,000
Schulabschluss: Abitur/Hochschulreife (in %)	18,3	3,1	-15,2	0,000
Schulabschluss: Sonstiger / Keine Angabe (in %)	4,6	5,5	0,9	0,429
Unterkunft				
Landgemeinde (< 2 000 Einwohner) (in %)	8,0	6,4	-1,6	0,221
Kleinstadt (2 000 bis 5 000 Einw.) (in %)	13,1	2,7	10,4	0,000
Kleine Mittelstadt (5 000 bis 20 000 Einw.) (in %)	36,8	19,0	-17,8	0,000
Mittelstadt (20 000 bis 50 000 Einw.) (in %)	28,8	65,4	36,6	0,000
Große Mittelstadt (50 000 bis 100 000 Einw.) (in %)	13,3	6,5	-6,8	0,000
Gesundheitszustand				
Binärer selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (1 = „Gut“ oder „Sehr Gut“; 0 = „Zufriedenstellend“, „Weniger Gut“ oder „Schlecht“) (in %)	29,5	11,0	-18,5	0,000
Schlafstörung (in %)	13,4	13,5	0,1	0,954
Schilddrüsenerkrankung (in %)	15,2	12,3	-2,9	0,117
Diabetes (in %)	19,8	59,8	40,0	0,000
Asthma (in %)	8,7	4,6	-4,1	0,002
Herzkrankheit (in %)	26,2	73,6	47,6	0,000
Krebserkrankung (in %)	13,4	11,7	-1,7	0,311
Schlaganfall (in %)	4,6	1,5	-3,1	0,001
Migräne (in %)	4,7	1,3	-3,4	0,000
Bluthochdruck (in %)	59,9	40,9	-19,0	0,000
Depressive Erkrankung (in %)	9,7	11,9	2,2	0,152
Demenzerkrankung (in %)	0,5	42,6	42,1	0,000
Gelenkerkrankung (in %)	46,4	26,8	-19,6	0,000
Chron. Rückenbeschwerden (in %)	28,0	13,0	-15,0	0,000
Sonstige Krankheit (in %)	18,9	6,2	-12,7	0,000
Zufriedenheit				
Zufriedenheit mit Gesundheit (0-10)	6,2	5,2	-1,0	0,000
Zufriedenheit mit Leben (0-10)	7,8	5,3	-2,5	0,000
Beanspruchung medizinischer Leistungen				
Anzahl KH 12 Monate	0,3	0,4	0,1	0,024
Anzahl Hausbesuche 3 Monate	2,7	2,2	-0,5	0,002
Beobachtungen				
	989	989		

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 17 / Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR] (o.D.); Destatis (2023); Daten des SOEP (2022) und eigene Berechnungen.

Die Tabelle 25 und 26 zeigten die Ergebnisse der Auswertung des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes. Da es sich hierbei um eine ordinal skalierte Variable handelte, wurden in den Spezifikationen (I) bis (IV) die Outcomes als binäre Variable genutzt.

Nur in Spezifikation (V) wurde das Outcome in seiner ursprünglichen Kodierung in einem linearen Modell verwendet, was jedoch einen stetigen Verlauf unterstellt.

Lediglich in den Spezifikationen (II) und (III) waren die geschätzten Koeffizienten statistisch signifikant und deuteten auf einen positiven Effekt hin, wonach im Zuge der Projektteilnahme der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand 6 bis 15 Prozentpunkte häufiger als Gut oder Sehr gut beschrieben wurde. Diese Werte müssen relativ zum Baseline-Wert von 14,7% betrachtet werden sie befanden sich damit in einer ökonomisch relevanten Größenordnung.

Tabelle 25: DiD Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand – Hauptergebnisse

	(I) Binäres Ohne Matching	Outcome	(II) Binäres Gematcht	Outcome
Nach Intervention	0,16 (0,000)		0,076 (0,000)	
Interventionsgruppe	-0,15 (0,000)		0,038 (0,000)	
Interaktion aus „Nach Intervention“ und „Interventionsgruppe“ (DiD-Koeffizient)	-0,023 (0,565)		0,058 (0,047)	
Konstante	0,29 (0,000)		0,11 (0,000)	
Beobachtungen	2 738		2 738	

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 18 / Anmerkung: P-Werte in Klammern; Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) HandinHand (Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 21. Juni 2023) und des SOEP. Gematcht = Nutzen der im Propensity Score Matching generierten Gewichte. Binäres Outcome = 1 wenn Gesundheitszustand = „Sehr Gut“ oder „Gut“.

Tabelle 26: DiD Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand – weitere Ergebnisse

	(II) Binäres Outcome Gematcht	Out- come	(III) Binäres Outcome Extrapoliert (Ge- matcht)	Out- come	(IV) Binäres Outcome Ohne von Betroffene (Ge- matcht)	Out- come	(V) Ordinales Outcome (Gematcht)	Out- come
Nach Intervention	0,076 (0,000)		-0,016 (0,410)		0,076 (0,000)		0,16 (0,000)	
Interventionsgruppe	0,038 (0,066)		0,038 (0,050)		0,038 (0,082)		0,21 (0,000)	
Interaktion aus „Nach Intervention“ und „Interventionsgruppe“ (DiD-Koeffizient)	0,058 (0,047)		0,15 (0,000)		0,036 (0,253)		0,16 (0,362)	
Konstante	0,11 (0,000)		0,11 (0,000)		0,11 (0,000)		2,50 (0,000)	
Beobachtungen	2 738		2 738		2 424		2 738	

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 19 / Anmerkung: P-Werte in Klammern; Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) HandinHand (Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 21. Juni 2023) und des SOEP. Gematcht = Nutzen der im Propensity Score Matching generierten Gewichte. Extrapoliert = Extrapolation der SOEP-Werte. Binäres Outcome = 1 wenn Gesundheitszustand = „Sehr Gut“ oder „Gut“. Ordinales Outcome: 1 (schlecht) bis 5 (sehr gut).

Die Tabellen 27 und 28 zeigten die Ergebnisse für das Outcome der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit.

In allen Spezifikationen wurden für die relevante Variable zum 1% Niveau signifikante Effekte geschätzt.

Innerhalb der ungewichteten Beobachtungen (I) erhöhte demnach die Projektteilnahme die Zufriedenheit mit der Gesundheit um 0,76 Punkte. Wurden die Gewichte berücksichtigt (II), erhöhte sich dieser Wert auf 1,74 Punkte. Das Extrapolieren hatte einen geringen Einfluss auf

die Ergebnisse (III), in diesem Fall wurde die Zufriedenheit mit der Gesundheit durch die Projektteilnahme um 1,41 Punkte erhöht.

Wurden die von der Flut betroffenen Patienten von der Analyse ausgeschlossen (IV), betrug der Wert 1,61. Da dieser Wert sehr nahe dem aus Spezifikation (II) liegt, sahen die Evaluatoren dies als Hinweis, dass es durch die Flutkatastrophe nicht zu Verzerrungen kam.

Unter Verwendung des binären Outcomes (V) zeigte sich erneut ein positiver Effekt, die Projektteilnahme hatte demnach die Wahrscheinlichkeit, die Zufriedenheit mit der Gesundheit mit 6 oder mehr zu bewerten um 19 Prozentpunkte erhöht. Dies konnten die Evaluatoren relativ zum Baseline-Wert von 69% auch als ökonomisch signifikant betrachten, genauso wie die Koeffizienten der nicht-binären Spezifikation, wenn sie mit dem Baseline-Wert von 6,1 Punkten verglichen wurden.

Tabelle 27: DiD Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand – Hauptergebnisse

	(I) Ohne Matching	(II) Gematcht
Nach Intervention	0,30 (0,001)	-0,68 (0,000)
Interventionsgruppe	-0,065 (0,579)	0,96 (0,000)
Interaktion aus „Nach Intervention“ und „Interventionsgruppe“ (DiD-Koeffizient)	0,76 (0,000)	1,74 (0,000)
Konstante	6,20 (0,000)	5,17 (0,000)
Beobachtungen	2 738	2 738

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 20 / Anmerkung: P-Werte in Klammern; Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) HandinHand (Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 21. Juni 2023) und des SOEP. Gematcht = Nutzen der im Propensity Score Matching generierten Gewichte. Skala der Outcomevariable: 0 bis 10, dabei zeigen höhere Werte eine höhere Zufriedenheit an.

Tabelle 28: DiD Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand – weitere Ergebnisse

	(II) Gematcht	(III) Extrapoliert (Gematcht)	(IV) Ohne von Flut Betroffene (Gematcht)	(V) Binäres Outcome (Gematcht)	Out- (Gematcht)
Nach Intervention	-0,68 (0,000)	-0,35 (0,001)	-0,68 (0,000)	-0,020 (0,414)	
Interventionsgruppe	0,96 (0,000)	0,96 (0,000)	1,10 (0,000)	0,30 (0,000)	
Interaktion aus „Nach Intervention“ und „Interventionsgruppe“ (DiD-Koeffizient)	1,74 (0,000)	1,41 (0,000)	1,61 (0,000)	0,19 (0,000)	
Konstante	5,17 (0,000)	5,17 (0,000)	5,17 (0,000)	0,39 (0,000)	
Beobachtungen	2 738	2 738	2 424	2 738	

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 21 / Anmerkung: P-Werte in Klammern; Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) HandinHand (Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 21. Juni 2023) und des SOEP. Gematcht = Nutzen der im Propensity Score Matching generierten Gewichte. Extrapoliert = Werte der nach Treatment SOEP Beobachtungen wurden auf 6 Monate runterskaliert. Skala der Outcomevariable: 0 bis 10, dabei zeigen höhere Werte eine höhere Zufriedenheit an. Binäres Outcome = 1 wenn Zufriedenheit mit dem Leben > 5.

Zuletzt betrachteten die Evaluatoren die Ergebnisse bezüglich der Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen, dargestellt in den Tabellen 29 und 30. Unter Verwendung der ungewichteten Daten (I) zeigte sich ein statistisch signifikanter, positiver Effekt. Demnach erhöhte die Projektteilnahme die Lebenszufriedenheit um einen Punkt.

Wurden die Gewichte genutzt (II), war der Effekt nicht länger signifikant und deutlich kleiner. Unter Verwendung der extrapolierten Werte (III), zeigte sich ein signifikanter Effekt, wonach die Projektteilnahme die Lebenszufriedenheit um 0,35 Punkte erhöht.

Wurden die von der Flut betroffenen Patientinnen und Patienten nicht berücksichtigt (IV), war kein Effekt auf die Lebenszufriedenheit zu beobachten. Unter Verwendung des binären Outcomes (V) zeigte sich wieder ein positiver Effekt, nach dem die Projektteilnahme die Wahrscheinlichkeit eine Lebenszufriedenheit von mehr als 5 anzugeben um 7 Prozentpunkte erhöhte. Die Baseline-Werte des Outcomes lagen bei 6,9 Punkten, bzw. 80% im Falle des binären Outcomes.

Tabelle 29: DiD Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen – Hauptergebnisse

	(I) Ohne Matching	(II) Gematcht
Nach Intervention	-0,38 (0,000)	0,59 (0,000)
Interventionsgruppe	-0,90 (0,000)	1,5 (0,000)
Interaktion aus „Nach Intervention“ und „Interventionsgruppe“ (DiD-Koeffizient)	1,05 (0,000)	0,070 (0,645)
Konstante	7,78 (0,000)	5,33 (0,000)
Beobachtungen	2 738	2 738

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 22 / Anmerkung: P-Werte in Klammern; Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) HandinHand (Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 21. Juni 2023) und des SOEP. Gematcht = Nutzen der im Propensity Score Matching generierten Gewichte. Skala der Outcomevariable: 0 bis 10, dabei zeigen höhere Werte eine höhere Zufriedenheit an.

Tabelle 30: DiD Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen – weitere Ergebnisse

	(II) Gematcht	(III) Extrapoliert (Gematcht)	(IV) Ohne von Flut Betroffene (Gematcht)	(V) Binäres Outcome (Gematcht)	Out- (Ge- matcht)
Nach Intervention	0,59 (0,000)	0,32 (0,004)	0,59 (0,000)	0,033 (0,157)	
Interventionsgruppe	1,55 (0,000)	1,55 (0,000)	1,41 (0,000)	0,31 (0,000)	
Interaktion aus „Nach Intervention“ und „Interventionsgruppe“ (DiD-Koeffizient)	0,070 (0,645)	0,35 (0,023)	0,24 (0,159)	0,072 (0,028)	
Konstante	5,33 (0,000)	5,33 (0,000)	5,33 (0,000)	0,49 (0,000)	
Beobachtungen	2 738	2 738	2 424	2 738	

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle 23 / Anmerkung: P-Werte in Klammern; Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) HandinHand (Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 21. Juni 2023) und des SOEP. Gematcht = Nutzen der im Propensity Score Matching generierten Gewichte. Extrapoliert = Werte der nach Treatment SOEP Beobachtungen wurden auf sechs Monate runterskaliert. Skala der Outcomevariable: 0 bis 10, dabei zeigen höhere Werte eine höhere Zufriedenheit an. Binäres Outcome = 1 wenn Zufriedenheit mit dem Leben > 5.

d. Ergebnis des Sekundärziels: Erhöhung der Patientensicherheit und -eigenständigkeit

Die SMA-Sc besteht aus zwölf Fragen und bewertet die fünf Themenbereiche bzw. Items Wissen, Ziele für die Zukunft, tägliche Routinen, emotionale Anpassung und soziale Unterstützung, die für ein effektives Selbstmanagement im Laufe der Zeit wichtig sind. Jedes Item adiiert zwei Fragen der Skala, wobei jede Frage dabei auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 6 (stimme voll und ganz zu) bewertet wird. Dementsprechend liegt der minimale Werte je Item bei 2, der maximale Wert 12. Eine niedrige Punktzahl stellt einen höheren Bedarf an Selbstmanagement-Unterstützung dar.

Das Instrument kann keine Gesamtbewertung des Selbstmanagements berechnen. Jedoch wird für jeden Bereich ein Mittelwert gebildet. Die hierdurch errechneten Punktzahlen werden folgendermaßen interpretiert (LIT 33):

- Punktzahl zwischen 1-4: „**Unmittelbarer Bedarf** an Selbstmanagement-Unterstützung“,
- Punktzahl zwischen 5-8: „**Kein akuter Bedarf** an Selbstmanagement-Unterstützung“,
- Punktzahl zwischen 9-12: „**Kein Bedarf** an Selbstmanagement-Unterstützung“.

Zu Beginn der Intervention ergab sich für die Patientinnen und Patienten ein durchschnittlicher SMA-Sc-Score von 48,1 und für jedes der fünf Items lag ein durchschnittlicher Wert von über 9 vor – es bestand also in keinem Item Bedarf an Selbstmanagement-Unterstützung (Tabelle 31).

Für die Items „Ziele für die Zukunft“ und „Emotionale Ausgeglichenheit“ war der Mittelwert am geringsten und betrug jeweils 9,1, für das Item „Unterstützung aus dem Umfeld“ mit 10,4 am höchsten.

Am Projektende ergab sich für die Patientinnen und Patienten ein durchschnittlicher Score von 51,8, das Selbstmanagement verbesserte sich also über die Zeit der Intervention. Die größte Verbesserung konnte im Item „Wissen“ mit durchschnittlich einem Punkt erreicht werden. Diese Verbesserung war insgesamt und für jedes Item signifikant.

Tabelle 31: Deskriptive Ergebnisse SMA-Sc; Vergleich zu Projektbeginn und Projektende

	Projekt-be- ginn: Mittel- wert	Projekt- ende: Mittel- wert	Änderung El zu Fl: Mittel- wert	t-Wert: Zwei- stichproben t-Test	Beobach- tungen
SMA-Score gesamt	48,1	51,8	3,7	8,16 (0,000)	255
Ermittelte Punktwerte					
i. Wissen	9,7	10,7	1,0	8,44 (0,000)	255
ii. Ziele für die Zukunft	9,1	10,0	0,9	7,47 (0,000)	255
iii. Tagesstruktur	9,7	10,4	0,7	6,15 (0,000)	255
iv. Emotionale Ausgeglichenheit	9,1	9,8	0,7	6,07 (0,000)	255
v. Unterstützung aus dem Umfeld	10,4	11,1	0,6	5,73 (0,000)	255

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle 24 / P-Werte in Klammern; Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand. – Anmerkung Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 15. Juni 2023. „Projektbeginn“ = Erhebung bis zu 7 Tage nach Pflegeanamnese bzw. Erstinterview. „Projektende“ = 140 bis 220 Tage nach Pflegeanamnese bzw. Erstinterview. Durchschnittlicher Abstand zwischen Erstinterview und Folgeinterview liegt bei 179,2 Tagen bei 255 Beobachtungen.

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Insgesamt wurde der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der Interventionsgruppe 6 bis 15 Prozentpunkte häufiger als Gut oder Sehr gut beschrieben, wobei im Mittel 29,5% der Interventionsgruppe ihren Gesundheitszustand als Gut oder Sehr Gut einschätzten. Diese Ergebnisse waren zum 5% Niveau (gematcht) bzw. 1% Niveau (extrapoliert, gematcht) signifikant.

Ohne den von der Flut betroffenen Teil der Interventionsgruppe war der Effekt nicht mehr zu beobachten, was an der geringeren Beobachtungszahl liegen kann; oder daran, dass insbesondere von der Flut Betroffene von der Intervention profitiert hatten.

In allen Spezifikationen wurden für die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand zum 1% Niveau signifikante Effekte geschätzt, wonach sich der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand leicht zwischen 0,76 und 1,74 Punkten auf einer Skala von 1-10 bei einem Mittelwert von 6,2 erhöhte.

Unter Verwendung des binären Outcomes (V) zeigte sich erneut ein positiver Effekt, die Projektteilnahme hatte demnach die Wahrscheinlichkeit, die Zufriedenheit mit der Gesundheit mit 6 oder mehr zu bewerten, um 19 Prozentpunkte erhöht.

Für die Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen zeigten sich leicht positive Effekte der NVF, wobei die Effekte bei Nutzung der extrapolierten Werte für die Kontrollgruppe auf dem 5% Niveau signifikant waren (ein leichter Anstieg der Skala um 0,35 Punkte bei einem Mittelwert von 7,8).

Ebenso führte die Teilnahme an der NVF zu einer 7 Prozentpunkte höheren Wahrscheinlichkeit, eine Lebenszufriedenheit von mehr als 5 anzugeben (signifikant auf dem 5% Niveau).

6.1.2. Prozessevaluation

6.1.2.1. Übersicht Datenerhebungen

Eine tabellarische Übersicht über die Anzahl der geplanten und durchgeführten Erhebungen geordnet nach Zielgruppen und Erhebungszeitpunkten ist in Tabelle A 17 im ANHANG dargestellt.

a. Befragungen

An den Befragungen mittels Fragebogen nahmen insgesamt n=85 von n=153 möglichen Personen teil. Auffallend niedrig war hierbei die durchschnittliche Rücklaufquote der HÄ-Fragebögen von 43,75% und die damit mäßige Teilnahmebereitschaft der HÄ zu allen drei Erhebungszeitpunkten.

b. Interviews

Es wurden n=125 von n=166 geplanten Interviews durchgeführt. Die Interviewdauer betrug im Durchschnitt 35 Minuten. Weitere Daten zur Interviewdauer sind in Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 32: Dauer der Interviews

Gruppen der Teilnehmenden	Dauer in Min. ge- samt pro TN- Gruppe	MW (SD)	Dauer (Min.)	Minimum Dauer (Min.)	Maximum Anzahl Interviews soll/ist
PE	1328	58 (32,4)	21	143	27/23
HÄ	627	24 (6,6)	9	36	59/26
Angehörige	570	23 (11,1)	6	48	25/25
PEC-Leitung	542	90 (39,6)	44	150	6/6
Patientinnen/Patienten	472	22 (8,9)	11	44	24/22
Andere Versorgende	292	32 (10,2)	24	57	10/9
Vinzenz Pallotti Uni.	236	59 (10,7)	46	70	4/4
Studienleiter	173	87 (3,5)	83	90	2/2
Krankenkasse	116	29 (4,2)	24	33	4/4
MFA	69	17 (7,3)	10	27	5/4
GESAMT	4425	35,4	6	150	166/125

Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 25 / Anmerkung: Werte werden angegeben in absoluten Häufigkeiten (Minuten) oder Mittelwerten (Standardabweichung) (MW (SD)), Min. Minuten, TN Teilnehmende, PE Pflegeexpertinnen und -experten, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, MFA Medizinische Fachangestellte.

c. Fokusgruppen

Es fand jeweils ein Fokusgruppen-Interview mit PE (n=6) und mit HÄ (n=15) statt. Die Fokusgruppe mit PE wurde als Videokonferenz (Dauer=83 Min.), die mit den HÄ als Telefonkonferenz (Dauer 29 Min.) durchgeführt.

6.1.2.2. Soziodemographische Angaben der Beteiligten

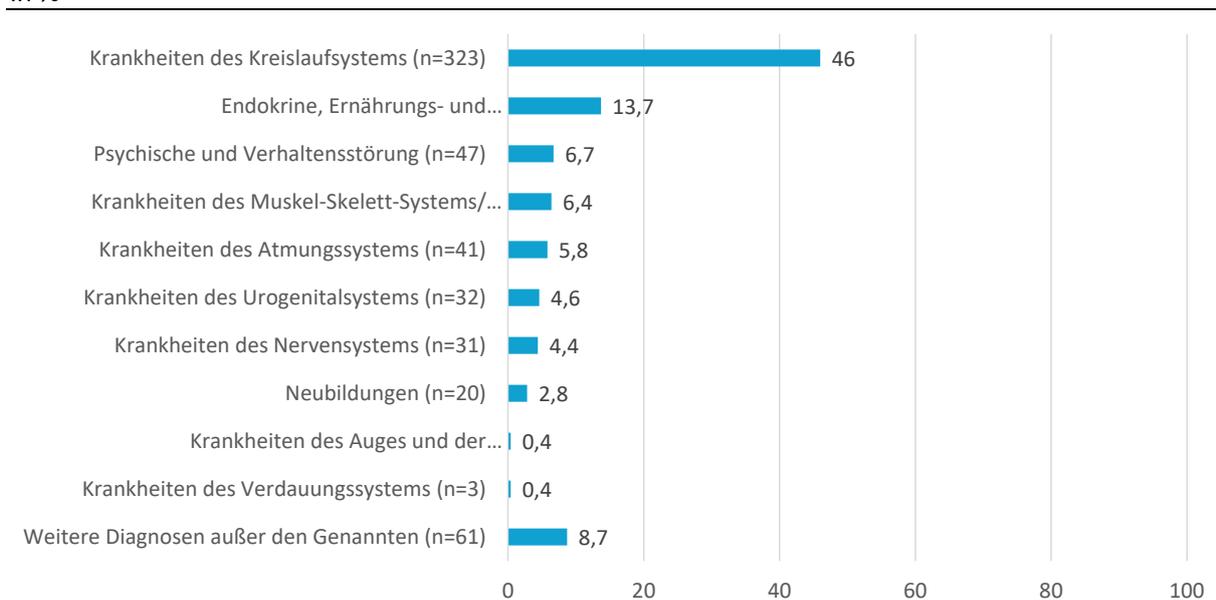
a. Charakteristika der Patientinnen und Patienten

Die Daten zu den Charakteristika wurden dem elektronischen projektbezogenen Dokumentationssystem entnommen und vom RWI zur Verfügung gestellt.

Insgesamt wurden 734 Personen in das Projekt eingeschrieben. Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Patientinnen und Patienten (n=709) betrug 84 (SD 6.89) Jahre, 65 % waren Frauen. Durchschnittlich lebten 1,77 Personen in einem Haushalt und 41 % der befragten Personen (n=620) allein.

Als häufigste Diagnosen wurden Krankheiten des Kreislaufsystems angegeben. Weitere Diagnosehäufigkeiten sind in Abbildung 22 ausgewiesen.

Abbildung 22: Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten in %



Quelle: RWI und UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Abbildung 22 / Anmerkung: n=702; Werte werden angegeben in relativen Häufigkeiten.

b. Charakteristika der PE

Die Charakteristika der PE (n=10) wurden einmalig im Rahmen der ersten Fragebogenbefragung (t0) erhoben. An der Befragung nahmen neun PE teil. Sie waren im Mittel 29 (SD 6,8) Jahre alt, 89% (n=8) der Teilnehmenden waren weiblich. Alle Teilnehmenden gaben als Berufsqualifikation Gesundheit- und Krankenpflegerin/-pfleger an, zwei hatten zusätzlich eine Ausbildung als Einsatz- oder Rettungssanitäterin. Im Mittel lag die pflegerische Berufserfahrung bei 7,6 Jahren (SD 8). Die PE waren zu t0 eingeschrieben im Studiengang „Klinische Pflegeexpertise“.

Zu allen Erhebungszeitpunkten wurden alle PE angeschrieben. Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses einer PE wurden ab t1 jeweils neun PE zur Teilnahme an Befragungen bzw. Interviews angefragt.

c. Charakteristika der Teilnehmenden der Interviews

Tabelle 33 beschreibt die Charakteristika der Teilnehmenden der Interviews.

Tabelle 33: Charakteristika der Teilnehmenden der Interviews

Teilnehmende	Erhebungszeitpunkt	n	Geschlecht w/m	Alter MW (SD)	Berufserfahrung in Jahren** MW (SD)
HÄ	t1	4	3/1	46,6 (10,8)	-
	t3	22	11/11	51,7 (7,3)	16 (9,8)
Patienten/Patientinnen	t1-t8	22	15/7	83,6 (5,9)	-
Angehörige*	t1-t8	23	19/5	61,2 (13)	-
PEC-Leitung	t1	2	2/0	44,5	26,5 (5,5)
Studienleiter	t1	1	0/1	60	-
Andere Versorgende*	t1-t2	7	6/1	51,1 (7,8)	21,43 (12,8)
Krankenkasse	t1	2	2/0	46	10,5
Vinzenz Pallotti University	t1	2	2/0	60,5	20,5
MFA	t1	4	4/0	45,6 (7,5)	21,25 (4)

Quelle: UniK/UniL Evaluationsbericht, dort Tabelle 26 / Anmerkung: Werte werden angegeben in absoluten Häufigkeiten oder Mittelwerten (MW); *fehlende Werte jeweils n=2; **Berufserfahrung im pflegerischen Versorgungskontext bzw. als Arzt/Ärztin/MFA in Hausarztpraxis.

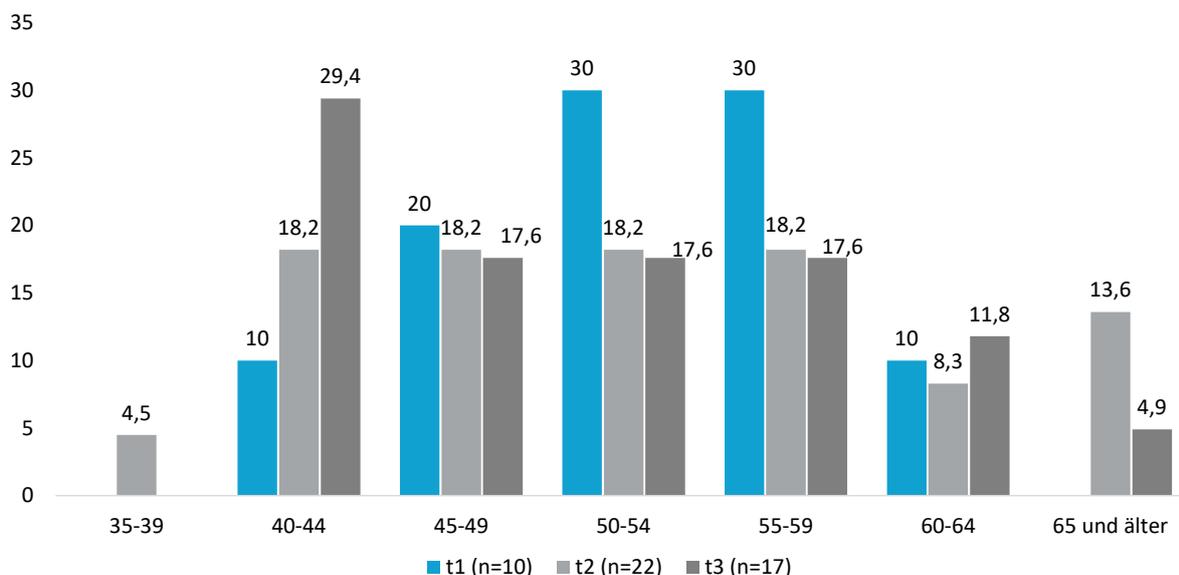
d. Charakteristika der Hausärztinnen und Hausärzte der Fragebogenerhebung

Insgesamt traten 46 HÄ dem Projekt bei, verteilt auf 30 Praxen. Ein HÄ beendete durch die Zerstörung seiner Praxis durch die Flutkatastrophe die Projektteilnahme. Von den 46 HÄ rekrutierten 42 insgesamt 734 Patientinnen für das Projekt, d.h. durchschnittlich wurden 17 Patienten/Patientinnen pro HÄ an das PEC überwiesen.

Die Mehrheit der HÄ hatten ihre Praxen im Kreis Ahrweiler (n=30), sechs HÄ waren im Kreis Euskirchen ansässig, fünf im Kreis Neuwied, drei Praxen befanden sich im Kreis Mayen-Koblenz und zwei im Kreis Rhein-Sieg. Um die Anzahl der teilnehmenden HÄ zu erhöhen, wurde das Einzugsgebiet zweimal erweitert, d.h. während im ersten Jahr ausschließlich HÄ aus dem Kreis Ahrweiler rekrutiert wurden, wurden ab dem zweiten Jahr der Intervention gezielt HÄ aus den angrenzenden Kreisen angesprochen.

Insgesamt wurden zu t1 n=24, t2 n=43 und zu t3 n=45 HÄ z.T. mehrfach angeschrieben, um an der Befragung teilzunehmen. Zum Messzeitpunkt t1 nahmen n=10, zu t2 n=23 und zu t3 n=17 HÄ an der Befragung teil. Die Mehrheit der teilnehmenden Befragten war zwischen 40 und 60 Jahren alt (Abbildung 23). Bei der Frage nach der Anzahl der Jahre der Tätigkeit als HÄ zeigten sich keine Besonderheiten (Tabelle 34).

Abbildung 23: Altersklassen der teilnehmenden HÄ, relative Häufigkeiten



Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Abbildung 23.

Tabelle 34: Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt in Jahren

	t1 (n=10)	t2 (n=23)	t3 (n=17)
0-4 Jahre	2 (20)	4 (17,4)	2 (11,8)
5-9 Jahre	3 (30)	5 (21,7)	6 (35,3)
10-14 Jahre	1 (10)	2 (8,7)	2 (11,8)
15-19 Jahre	0 (0)	3 (13)	2 (11,8)
20-24 Jahre	2 (20)	2 (8,7)	2 (11,8)
25-29 Jahre	2 (20)	4 (17,4)	1 (5,9)
30 Jahre und länger	0 (0)	3 (13)	2 (11,8)

Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 27 / Anmerkung: Werte werden angegeben in absoluten Häufigkeiten (relative Häufigkeiten).

6.1.2.3. Aktuelle, nicht vorhersehbare Kontextfaktoren

a. COVID-19 Pandemie

Die COVID-19 Pandemie hatte Deutschland als Teil eines weltweiten Ausbruchsgeschehens im Januar 2020 erreicht. Der Beginn der ersten Infektionswelle sowie die Feststellung des Bundestags einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite fand im März 2020 statt. Damit einher gingen umfassende Einschränkungen des öffentlichen Lebens in Form eines ersten sogenannten Lockdowns. Nach Aufhebung einiger Maßnahmen im Mai 2020 wurden diese zur Pandemiebekämpfung im Oktober und November wieder verschärft, im Dezember 2020 erfolgten wiederholt erhebliche Einschränkungen des öffentlichen Lebens.

Im Zuge des Infektionsschutzes war die Bevölkerung aufgefordert, Abstand zu anderen Personen zu wahren, Hygieneregeln einzuhalten, Masken zu tragen, die Corona-Warn-App zu nutzen, regelmäßig zu lüften und Testungen auf das Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 (SARS-CoV-2) in Verdachtsfällen bzw. regelmäßig vorzunehmen. Die Isolation von infizierten Personen sowie Quarantäne von Kontaktpersonen sollte die Verbreitung des Virus zusätzlich verlangsamen.

Ältere Menschen, Personen mit Vorerkrankungen (z.B. Lungen-, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen) oder einem geschwächten Immunsystem hatten ein besonders hohes Risiko, sich zu infizieren oder nach einer Infektion einen schweren Krankheitsverlauf zu erlei-

den (LIT 34). Mit dem Ziel, vulnerable Gruppen, z.B. Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen besonders schützen zu wollen, galten hier z.T. besondere Regelungen. Dazu gehörte ein zeitweise strenges Besuchsverbot, bei Genehmigungen die Vorlage eines negativen Tests und die Verpflichtung zum Tragen einer Maske, wobei letzteres auch für die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Patientinnen und Patienten der Einrichtung galt.

Zeitgleich mit dem ersten Lockdown im März 2020 nahm das PEC seine Arbeit auf und bereits im Projekt eingeschriebene HÄ überwiesen erste Patientinnen und Patienten. Die COVID-19 Pandemie hatte erheblichen Einfluss auf die Implementierung (Öffentlichkeitsarbeit, Umsetzung des Fort- und Einarbeitungskonzepts, Rekrutierung von HÄ, Zugang zu Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung) des PEC aber auch auf verschiedene Wirkmechanismen (Struktur, Kommunikation, PE), das Studium, die Patientinnen und die Patientenversorgung.

b. Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die Implementierung

(b1) Erschwerte Öffentlichkeitsarbeit

Aufgrund der COVID-19 Pandemie und damit einhergehende Kontaktbeschränkungen konnten zahlreiche geplante Maßnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nicht stattfinden. Dazu zählten Informationsveranstaltungen in der Region sowie im PEC (Tag der offenen Tür) und persönliche Treffen und Gespräche, um verschiedene Zielgruppen anzusprechen (HÄ, Pat., Angehörige, politische Entscheidungstragende in Kommunen).

Darüber hinaus konnten keine Vernetzungstreffen mit anderen gesundheitsbezogenen Versorgenden in der Region (z.B. Ambulante Dienste, Pflegeheime, Pflegestützpunkte) durchgeführt werden, um die Aufgaben und Rolle der PE sowie die Kooperationsmöglichkeiten zu besprechen. Da gerade zu Beginn der inhaltliche Schwerpunkt der lokalen Zeitungen auf Informationen rund um die Pandemie gelegt wurde, war ein Platzieren von Presstexten in diesen Medien ebenfalls erschwert.

(b2) Anpassungen zur Umsetzung des Fortbildungs- und Einarbeitungskonzepts

Die geplanten Fortbildungen und Schulungen der PE konnten zunächst nicht in Präsenz stattfinden, mussten deshalb ausfallen oder im online-Format stattfinden. Einige PE empfanden diese als hinderlich bezüglich ihrer Rollenentwicklung.

(b3) Erschwerte Rekrutierung von HÄ und damit von Patientinnen und Patienten

Die HÄ berichteten ein erhöhtes Arbeitsaufkommen durch vermehrten organisatorischen Aufwand in ihren Praxen durch die Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen, damit einhergehende Neustrukturierungen von Praxisabläufen, Durchführungen von Impfungen und Testungen sowie personelle krankheitsbedingte Ausfällen. Die HÄ gaben die Umstände der COVID-19 Pandemie deshalb als Grund an, nicht am Projekt teilnehmen zu können.

Teilnehmende HÄ berichteten, dass die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten aufgrund des damit verbundenen Zeitaufwandes bei insgesamt knappen zeitlichen Ressourcen als herausfordernd wahrgenommen wurde.

Als Folge der Arbeitsverdichtung in den Praxen, die HÄ und MFA gleichermaßen betraf, gaben HÄ an, weniger Hausarztbesuche durchzuführen. Eine Übernahme dieser durch weitergebildete MFAs konnte ebenfalls nicht realisiert werden. Einige HÄ sahen deshalb in der Zusammenarbeit mit dem PEC eine Möglichkeit der Entlastung und Unterstützung in der Behandlung der Patientinnen und Patienten und die Pandemie als einen förderlichen Faktor hinsichtlich der Überweisung von Patientinnen und Patienten.

(b4) Erschwerter Zugang zu Patientinnen und Patienten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen

Aufgrund fehlender Informationen hatten PE zu Beginn der Pandemie Schwierigkeiten, Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen aufsuchen zu können, da ihre Rolle als arztvertretende Person nicht bekannt war. Um der Auflage gerecht zu werden, dass nur offiziell negativ getestete Personen Einlass gewährt werden konnte, wurde vom PEC aus Testungen für die PE organisiert, um lange Wartezeiten in Testzentren zu vermeiden.

c. Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die Wirkmechanismen

(c1) Struktur

Die COVID-19 Pandemie erforderte das Schreiben neuer Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen und ständige Anpassung der Hygienevorschriften sowie die Weitergabe dieser Informationen an alle PE. Um den Anforderungen gerecht zu werden, wurde ein Hygienebeauftragten-Team aus den Reihen der PE etabliert. Die PEC-Leitung war neben der Organisation aller Arbeitsmittel zusätzlich mit der Beschaffung von persönlichen Schutzausrüstungen beschäftigt.

(c2) Kommunikation

Die Kommunikation unter allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des PEC wurde aufgrund der Kontaktbeschränkungen vorwiegend telefonisch oder online kommuniziert, Besprechungen, die in Präsenz geplant waren, konnten nicht stattfinden. Die Umstände der COVID-19 Pandemie erforderten in der Wahrnehmung der PEC-Leitung eine vermehrte Kommunikation, da aufgrund der Fülle der Informationen und Unsicherheiten im Umgang mit der Pandemie zusätzliche Absprachen notwendig waren.

Die Kommunikation zwischen PE und Patienten wurde aufgrund des Tragens eines Mund-Nasen-Schutzes von den PE als erschwerend wahrgenommen, weil es zu Verständigungsproblemen aufgrund fehlender Mimik und erschwertem Verstehen insbesondere bei höreingeschränkten Personen kam. Von den PE wurde angenommen, dass damit auch ein Vertrauensverhältnis zu den Patientinnen und Patienten schwer aufgebaut werden konnte.

(c3) Kooperation und Zusammenarbeit

Geplante Maßnahmen im Rahmen des Teambuildings und auch der Rollenentwicklung (Workshops, Betriebsausflüge, Weihnachtsfeiern) konnten nicht wie geplant stattfinden. Es konnten keine passenden Alternativen gefunden werden. Dies wurde von dem PEC-Team bedauert und auch als Grund genannt, warum die PE als Team keine Möglichkeit hatten, zusammenzuwachsen. Dies war vor dem Hintergrund, dass das Team als ein förderlicher Faktor in Bezug auf die Rollenfindung genannt wird (LIT 21), besonders wichtig.

Fehlende Informationen durch HÄ oder Patientinnen und Patienten über Personen in Isolation oder Quarantäne führten zu Anfahrten der Patientinnen und Patienten, ohne die Möglichkeit einen Hausbesuch durchführen zu können.

(c4) Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten

Die PE waren durch die Pandemie emotional belastet und äußerten Angst vor Ansteckung der eigenen Person, Angehörige der eigenen Familie anzustecken, aber vor allem die Sorge Patientinnen und Patienten als vulnerable Gruppe zu gefährden. Es herrschten Unsicherheiten im Umgang mit COVID-19 bei gleichzeitig hohem Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten und Angehörigen.

Erschwerend wurde auch der Umgang mit Menschen wahrgenommen, die davon ausgingen, dass COVID-19 nicht existiert, Verschwörungstheorien anhängen oder das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ablehnten. Bei einigen Patienten bestand auch die Erwartung, dass auch die PE den Mund-Nasen-Schutz während der Versorgung abnahmen.

(c5) Studium

Die Vorlesungen und Veranstaltungen des Studiums fanden anders als geplant vorwiegend online statt. Dies wurde von den Vertretenden der Universität als hinderlich wahrgenommen, weil somit weniger Diskurs unter den Studierenden stattfand.

Die Inhalte des Studiums wurden in kürzeren Einheiten vermittelt, da wahrgenommen wurde, dass die Konzentrationsfähigkeit der Studierenden online schwierig zu halten war. Zusätzlich wurden asynchrone Angebote vorgehalten, um die Möglichkeit zu bieten, Studieninhalte nachzuarbeiten. Des Weiteren wurden regelmäßige Sprechstunden (sogenannte Notfall-sprechstunden; Supervisionen; online) von der Universität speziell für die PE angeboten.

(c6) Patientinnen und Patienten, Angehörige

Insgesamt gab der Großteil der Patientinnen und Patienten und Angehörigen an, dass die COVID-19 Pandemie wenig Einfluss auf die gesundheitliche Versorgungssituation hatte.

Verschiedene Angebote (Seniorenkreis, Tagespflege), die zum einen soziale Kontakte und zum anderen Entlastung für Angehörige ermöglicht hätten, konnten während der Pandemie nicht aufrechterhalten werden. PE und PEC-Leitung beobachteten eine zunehmende Einsamkeit bzw. Isolation der Patientinnen und Patienten. Patientinnen und Patienten äußerten, dass sie froh waren über den Kontakt zu PE während der Lockdowns, gleichzeitig aber auch die Sorge, angesteckt zu werden, vorhanden war. Darüber hinaus beschrieben PE, dass Patientinnen und Patienten und Angehörige vermehrt nach den Möglichkeiten der Schutzimpfungen nachfragten.

d. Flutkatastrophe

Die Flutkatastrophe am 14. und 15. Juli 2021 ereignete sich durch Starkregen und betraf die Bundesländer Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen am stärksten. In Rheinland-Pfalz richtete das Hochwasser insbesondere im Landkreis Ahrweiler schwere Zerstörungen an, in Nordrhein-Westfalen traf es unter anderem den Kreis Euskirchen. Damit waren einige Landkreise des Einzugsgebiets des Projekts besonders betroffen. Insgesamt starben über 180 Menschen.

Durch das Hochwasser wurde die Infrastruktur großflächig zerstört, sodass viele Straßen und Brücken nicht mehr vorhanden oder befahrbar waren. Das Telefonnetz sowohl für Festnetz als auch für Mobilfunk war stark beschädigt. In den überschwemmten Gebieten waren die Erdgeschosswohnungen nicht mehr bewohnbar, einige Häuser stürzten ein oder wurden gänzlich weggeschwemmt, so dass viele Personen heimatlos waren oder evakuiert werden mussten.

Unmittelbar nach dem Hochwasser begannen die PE mit dem Versuch der Kontaktaufnahme zu den Patientinnen und Patienten in den betroffenen Gebieten. Dies gestaltete sich aufgrund der massiven Beschädigungen der Infrastruktur als schwierig, Angehörige wussten zunächst ebenfalls nicht, wohin Patientinnen und Patienten evakuiert wurden. Die Recherche nach dem Verbleib von Patientinnen und Patienten beschäftigte Mitarbeiterinnen des PEC bis Mitte Oktober 2021.

In der Zeit nach der Flutkatastrophe suchte ein Teil der PE die Patientinnen und Patienten zu Fuß auf. Am Projekt teilnehmende HÄ, Patientinnen und Patienten sowie PE konnten sich über einige Wochen nicht gegenseitig erreichen.

Die PE in den betroffenen Gebieten waren mit den Ängsten u.a. vor weiteren Überschwemmungen, der Trauer sowie finanziellen und existenziellen Sorgen der Menschen vor Ort im besonderen Maße konfrontiert. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten umfasste deshalb nicht nur akutmedizinische Aspekte, sondern auch emotionale Unterstützung, entlastende Gespräche sowie Hinweise auf Möglichkeiten der psychischen Unterstützung. Bereits aus dem Projekt ausgeschiedene Patientinnen und Patienten nahmen aufgrund versorgungsbezogener Bedarfe wieder Kontakt mit einzelnen PE auf.

PE hatten unterschiedliche Copingstrategien, um den psychischen Belastungen durch die intensive Betreuung der Patienten und Patientinnen in der akuten Krise zu begegnen. Die PEC-Leitung versuchte durch Gespräche und gemeinsame Teamtreffen die PE emotional und psychisch zu begleiten.

Da durch die Flut unterschiedliche Gefahrenstoffe, Chemikalien und auch Tierkadaver in die Ahr gelangt waren, war nicht bekannt, inwieweit der Kontakt mit Schlamm und Staub in den betroffenen Gebieten gesundheitsschädlich Auswirkungen haben konnte. PE berichteten von gesundheitlichen Belastungen. Um die PE zu schützen, wurden FFP3-Masken bestellt und ausgehändigt.

Längerfristige Folgen der Flutkatastrophe, die auch weiterhin die Arbeit des PE-Teams beeinflussten, waren zum einen die z.T. deutlich verlängerten Anfahrtswege in den betroffenen Gebieten zu Patientinnen und Patienten und zum anderen die Umverteilung und Aufnahme von Patientinnen und Patienten auf die noch verfügbaren HA-Praxen.

Die PE nahmen sich während der Flutkatastrophe als ein gut funktionierendes Team war, das gemeinsam als Team helfen konnte und in dem sich alle gegenseitig bestärkten.

Für das Studium wurden die PE in der akuten Phase freigestellt.

Das Büro des PEC in Bad Neuenahr-Ahrweiler blieb aufgrund seiner Lage oberhalb des Überschwemmungsgebiets unberührt. In den Einzugsgebieten des Projektes, das nicht von dem Hochwasser betroffen war, lief die Versorgung der Patientinnen und Patienten größtenteils normal weiter.

Zu t3 wurden die PE und zu t2 und t3 die HÄ befragt, inwieweit sich der Bedarf der PE als ergänzende Rolle im Gesundheitssystem erhöht hatte. Die HÄ wurden zudem befragt, inwieweit sie von der Flutkatastrophe betroffen waren und ob sich nach der Flutkatastrophe die Zusammenarbeit mit den PE verändert hat.

Drei von fünf PE gaben zu t3 an, dass sich durch die Flutkatastrophe der Bedarf an PE als ergänzende Rolle erhöhte. 60 % der befragten HÄ zu t2 und t3 stimmten dieser Aussage ebenfalls zu. Durch die Flutkatastrophe hatte sich die Zusammenarbeit aus Sicht der meisten HÄ nicht verändert.

Sechs (t2, n=23) bzw. vier (t3, n=16) HÄ gaben an, dass ihre Praxen von der Flutkatastrophe betroffen waren. Als Auswirkungen wurden die totale Zerstörung der Praxis (t2, n=2), kein Wasser bzw. Strom (t2, n=1) und keine Helferinnen sowie eine zerstörte Straße (t2, n=1) genannt.

HÄ (t2 n=1, t3, n=2) berichtete von der Übernahme anderer Patientinnen und Patienten von betroffenen Praxen bzw. der Versorgung von Flutopfern.

6.1.2.4. Intervention

a. Interventionsbeschreibung und Entwicklungsprozess

Die prozesshafte Entwicklung der Intervention erfolgte innerhalb der PEC-Steuerungsgruppe, des Forschungsteams und in Absprache mit dem Projektbeirat mit Hilfe des TIDieR Instrumentes (LIT 19).

In ANLAGE 51 wurde die Intervention detailliert beschrieben. Sie umfasste einen ersten Konsens über die Intervention mit einer Verfeinerung nach vier Monaten der Interventionsdurchführung, die zur endgültigen Beschreibung der Intervention führte. Dieser Schritt war notwendig, um eine weitere Spezifizierung der einzelnen Interventionskomponenten an die klinischen und soziodemografischen Merkmale der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten anzupassen. Die Modifikationen stellten somit eine Konkretisierung dar, in denen festgehalten wurden, dass (1) die Stärkung und Stabilisierung des Versorgungsarrangements im Vordergrund steht, (2) die Identifikation von Bedarfen über die ärztlich verordneten Tätigkeiten hinausgeht, (3) Vernetzungsarbeit und Koordination einen Schwerpunkt in der Arbeit der PE bilden und (4) die Stärkung des Symptom- und Selbstmanagements vielfach auch durch andere an der Versorgung Beteiligte geschieht.

Die Anpassungen sind in der Beschreibung der Intervention entsprechend kenntlich gemacht (ANLAGE 51, Interventionsbeschreibung nach TIDier).

6.1.2.5. Implementierung

a. Anwendungstreue

(a1) Fortbildung- und Einarbeitungskonzept

Das Fortbildungs- und Einarbeitungskonzept wurde von der PEC-Leitung vorab geschrieben.

Das Einarbeitungskonzept basierte auf dem Curriculumskonstruktionsprozess nach Siebert (LIT 35) und Knigge-Demal (LIT 36) und der prospektiven Handlungsfeldanalyse. Formal ist es in Bezug auf Themenbereiche und Stundenumfang an die Delegationsrichtlinie der BÄK angelehnt. Das Einarbeitungskonzept wurde regelmäßig durch die Rückmeldungen in den Feedbackgesprächen und entsprechend den Anforderungen aus der Praxis überarbeitet.

Die Verfahrensanweisungen (SOP) (ANLAGEN 25 bis 31) basierten auf Fachliteratur sowie Expertenwissen von Personen des Qualitätsmanagements, der Orthopädie, Rehabilitationspflege, Notfallmanagement, Kardiologiepflege und dem Wundmanagement. Als weitere Grundlagen wurden die Expertenstandards des DNQP mit den pflegefachlichen Schwerpunkten Sturzprophylaxe, Ernährungsmanagement, Schmerzmanagement und Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz sowie die S3- bzw. S2k-Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz, COPD, Typ-2-Diabetes, Arthrose und Depressionen hinzugezogen. Anlassbezogene Überarbeitungen der SOPs erfolgten durch die jeweilige Arbeitsgruppe, die die SOP erarbeitet hatte. Einmal jährlich und anlassbezogen wurden die SOPs evaluiert.

(a2) Geplante und durchgeführte Tätigkeiten

Für die Überweisung der Patientinnen und Patienten nutzten 46% der HÄ den projektbezogenen Überweisungsschein (Anlage 18). Von diesen wurden 44% der Patientinnen mit einem Überweisungsgrund, 53% zwei oder drei Gründe und 3% mit mehr als drei Gründen überwiesen (Tabelle 35).

Häufigste Überweisungsgründe waren der Unterstützungsbedarf bei der Krankheitsbewältigung und die nicht vorhandene Möglichkeit für Patientinnen und Patienten, die HÄ-Praxis selbst aufzusuchen.

Tabelle 35: Überweisungsgründe und Aufträge

	n=Patienten	n (%)
Vorliegen einer ärztlichen Verordnung	734	334 (46)
Anzahl Überweisungsgründe		
Überweisungsgrund angegeben		309 (42)
Überweisungsgrund nicht angegeben		25 (3)
Patienten und Patientinnen mit	309	
einem Überweisungsgrund		135 (44)
zwei Überweisungsgründen		112 (36)
drei Überweisungsgründen		52 (17)
mehr als drei Überweisungsgründen		10 (3)
Häufigkeiten der Überweisungsgründe	309	
Praxisbesuch des Pat. Nicht möglich		214 (78)
Unterstützungsbedarf bei Krankheitsbewältigung		204 (66)
Krankheitsbezogenes Informationsdefizit		85 (27)
Sonstiges		52 (17)
Anzahl der Überweisungsaufträge		
Überweisungsauftrag angegeben		326 (44)
Überweisungsauftrag nicht angegeben		8 (2)
Patienten und Patientinnen mit	326	
einem Überweisungsauftrag		9 (3)
zwei Überweisungsaufträgen		12 (4)
drei Überweisungsaufträgen		17 (5)
vier Überweisungsaufträgen		14 (4)
mehr als vier Überweisungsaufträgen		274 (84)
Häufigkeit der Überweisungsaufträge	326	
Klinisches Assessment und Intervention		
Vitalzeichenkontrolle		278 (84)
Kontrolle der Medikamentenadhärenz		197 (60)
Blutentnahme		177 (54)
EKG-Kontrolle		104 (40)
BZ-Verlaufskontrolle		66 (20)
Kontrolle und Nutzung von Medizingeräten		32 (10)
Verbandwechsel und Wundkontrolle		34 (10)
Injektion		12 (4)
Wechsel eines Dauerkatheters		7 (2)
Sonstiges		30 (9)
Beratung, Schulung, Anleitung		293 (90)
Krankheitsbewältigung im Alltag		201 (62)
Maßnahmen zur Sekundärprävention		82 (25)
Selbst- und Symptommanagement		56 (17)
Krankheitsspezifische Informationen		39 (12)
Gesundheitskompetenz (GK)		257 (79)
GK Sturzprävention		203 (62)
GK Aktivität/Mobilität		188 (58)
GK Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme		99 (30)
GK Inkontinenz		51 (16)

Quelle: RWI und UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 28 / Anmerkung: Mehrfachantworten möglich. Datengrundlage HiH ePA; Daten werden berichtet als absolute Häufigkeit (%); GK = Gesundheitskompetenz.

Bei 84% der Patientinnen und Patienten mit Überweisungsaufträgen wurden mehr als vier Aufträge angegeben. Besonders häufig wurden im Bereich „Klinischen Assessment und Interventionen“ Vitalzeichenkontrolle (84%), Kontrolle der Medikamentenadhärenz (60%), Blutentnahmen (54%) und EKG-Kontrollen (40%) in Auftrag gegeben. Beratung, Schulung und Anleitung sollte bei 90% der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden.

Jede Intervention, die im Dokumentationssystem vermerkt wurde, beruhte auf einer SOP, die projektbezogen erstellt worden sind. Die häufigsten durchgeführten Interventionen sind unter den Begriffen Bewegung, Chronische Herzkrankheiten, Sturz und Schmerz erfasst worden ((Tabelle 36).

Zusätzliche Bedarfe, die sich bei Folgebesuchen ergaben, sind ebenfalls mehrheitlich in diesen Kategorien durchgeführt worden. Im Durchschnitt wurden pro Patientin und Patient drei zusätzliche Bedarfe identifiziert.

Tabelle 36: Interventionen

Interventionen	Durchgeführte Interventionen*	In-	Zusätzliche Interventionen im Verlauf	Interventionen pro Besuch
Bewegung	1042 (17)		403 (56)	168 (23)
Chr. Herzkrankheiten	978 (16)		369 (51)	182 (25)
Sturz	910 (15)		368 (51)	149 (21)
Schmerz	770 (13)		255 (36)	123 (17)
Diabetes	632 (11)		141 (20)	104 (15)
Wunde	410 (7)		90 (13)	44 (6)
Lunge COPD	397 (7)		125 (17)	75 (10)
Kognitive Einschränkungen	369 (6)		120 (17)	67 (9)
Depression	259 (4)		117 (16)	48 (7)
Mangelernährung	183 (3)		84 (12)	31 (4)
Dyspnoe	160 (3)		86 (12)	34 (5)
gesamt	6010*(94)		2158	1025
Interventionen/Patient*in, MW	8,38		-	-
Zusätzlicher Bedarf/Patient*in, MW (SD)	-		3,01 (2,2)	-

Quelle RWI und UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 29 / Anmerkung: n=717 Patientinnen und Patienten. Datengrundlage HiH ePA; Daten werden als absolute Häufigkeit (%) bzw. Mittelwert (Standardabweichung)) (MW, (SD)) angegeben; hinter jeder Intervention ist eine SOP hinterlegt, die handlungsleitend für die PE ist; *Anzahl Beobachtungen 6412, fehlende Werte n=402.

b. Reichweite

(b1) Rekrutierungsmaßnahmen und -mechanismen

Das vom PEC erstellte Marketing-Konzept (ANLAGEN 34-36) diene als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit primär dem Ziel, die neue Versorgungsform in der Region bekannt zu machen und HÄ und damit auch die angestrebte Anzahl von Patientinnen und Patienten zu rekrutieren. Die im Konzept beschriebenen Maßnahmen waren zielgruppenspezifisch unterteilt und umfassten u.a. Verteilung von Broschüren (ANLAGEN 37, 38) zur Werbung von HÄ und Patienten und Patientinnen, die direkte Ansprache von HÄ, die Pflege der Projekt-Homepage (ANLAGE 46), die Werbung für und Berichterstattung über das Projekt über diverse lokale Medien und Fachmedien sowie die Durchführung von Informationsveranstaltungen (ANLAGEN 41 bis 45). Als ergänzende Maßnahmen wurden Information und Berichterstattung in Politik und G-BA beschrieben.

Die Auflistung der durchgeführten Maßnahmen zur öffentlichkeitswirksamen Darstellung von *HandinHand* lag in der Fassung von Januar 2023 vor. Die Maßnahmen waren chronologisch aufgeführt und wurden thematisch geclustert. Insgesamt wurden 149 Maßnahmen durch die Projektleitung dokumentiert. Bei Sichtung der Auflistung wurde deutlich, dass diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhob. Der größte Anteil an Maßnahmen entfiel auf Beiträge in Lokalmedien (n=57), die aus 9 aufgelisteten Pressemitteilungen erstellt wurden. Als Lokalmedien wurden die kostenlos an alle Haushalte im Projektgebiet verteilten Zeitungen beschrieben, in denen Beiträge über *HandinHand* veröffentlicht wurden. Daneben wurden n=29 Beiträge in Fachmedien publiziert. Die Beiträge wurden größtenteils in Fachzeitschriften für Pflegefachpersonen veröffentlicht, wobei auch einige Beiträge in Fachzeitschriften für Ärztinnen und Ärzte gelistet wurden (siehe Kapitel 11 dieses Ergebnisberichts, Publikationen).

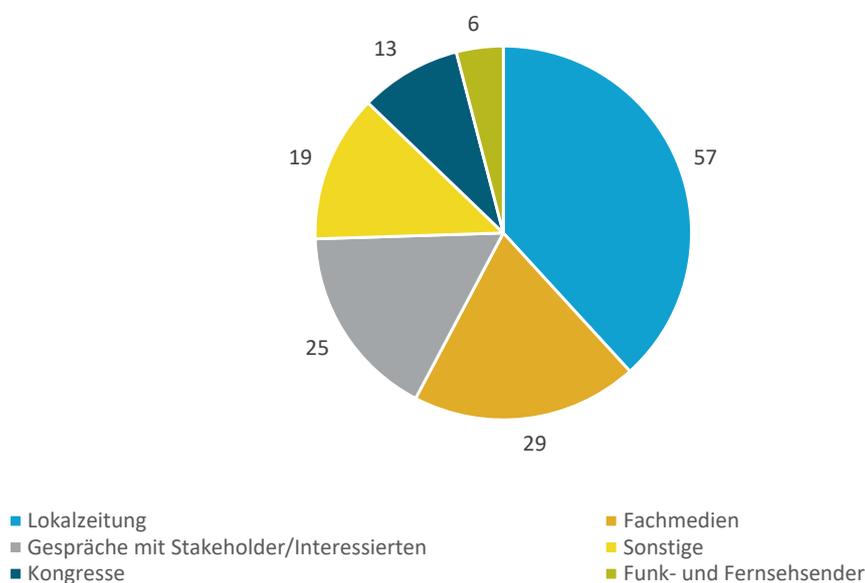
Die dritte Kategorie bildeten Gespräche, die im Rahmen mit relevanten Stakeholdern und Interessierten geführt wurden (n=25). In der Kategorie Gespräche mit Stakeholdern/Interessierten (n = 25) wurden Gespräche erfasst, die mit politischen Vertreterinnen und Vertretern (z.B.

Landrat Ministerpräsidentin des Landes Rheinland-Pfalz), Mitgliedern des Ärztenetzes und anderen am Projekt interessierten Personen geführt wurden.

Die Auflistung der Maßnahmen enthält auch die Teilnahme an n=13 nationalen sowie internationalen Kongressen, auf denen Mitarbeiterinnen des PEC oder des Forschungsteams der UniK/UniL vertreten waren (siehe Kapitel 11 dieses Ergebnisberichts, Publikationen).

Ein kleiner Teil der Öffentlichkeitsarbeit entfiel auf Beiträge in und bei Funk- und Fernsehsendern (n=6). Weitere 19 Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden zusammengefasst als sonstige Maßnahmen. Darunter gefasst wurden Informationen für bestimmte Zielgruppen, unter anderem für Mitglieder der AOK, Angehörige der Marienhaus Holding GmbH oder Mitglieder im Ärztenetz Ahrweiler, sowie Maßnahmen, die sich keiner anderen Kategorie zuordnen ließen. Anzahl und Art der Öffentlichkeitsarbeit wurden in Abbildung 24 dargestellt. Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit, die geplant, aber nicht in der Listung der durchgeführten Maßnahmen als durchgeführt angegeben wurden, bezogen sich vorrangig auf Informationsveranstaltungen.

Abbildung 24: Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit



Quelle: UniK/UniL Evaluationsbericht, dort Abbildung 24 / Anmerkung: n=149.

(b2) Rekrutierung von Hausärztinnen und Hausärzten

HÄ wurden befragt, wie sie von der Studie erfahren hatten. Überwiegend wurde angegeben, dass sie vom Ärztenetz und dem Studienleiter sowie zu t2 und t3 auch durch PE von der Studie erfahren hatten.

Durch die Auswertung ließen sich hinderliche und förderliche Faktoren hinsichtlich der Rekrutierung von HÄ identifizieren und in unterschiedliche Kategorien einteilen: (1) Individuelle Einstellungen und Erwartungen an die Intervention/das Projekt, (2) praxis-, (3) projekt- und (4) kontextbezogene Faktoren sowie (5) Rekrutierungsstrategien.

Hinderliche Faktoren überwogen und bezogen sich u.a. auf die individuellen Einstellungen und Erwartungen der HÄ, die Vorbehalte gegenüber der neuen Versorgungsform äußerten und haftungsrechtliche Bedenken angaben.

Förderliche Faktoren im Hinblick auf die Rekrutierungsstrategien waren die persönliche Ansprache durch die Studienleitung oder andere Kolleginnen und Kollegen sowie die Nutzung unterschiedlicher Medien zur Öffentlichkeitsarbeit.

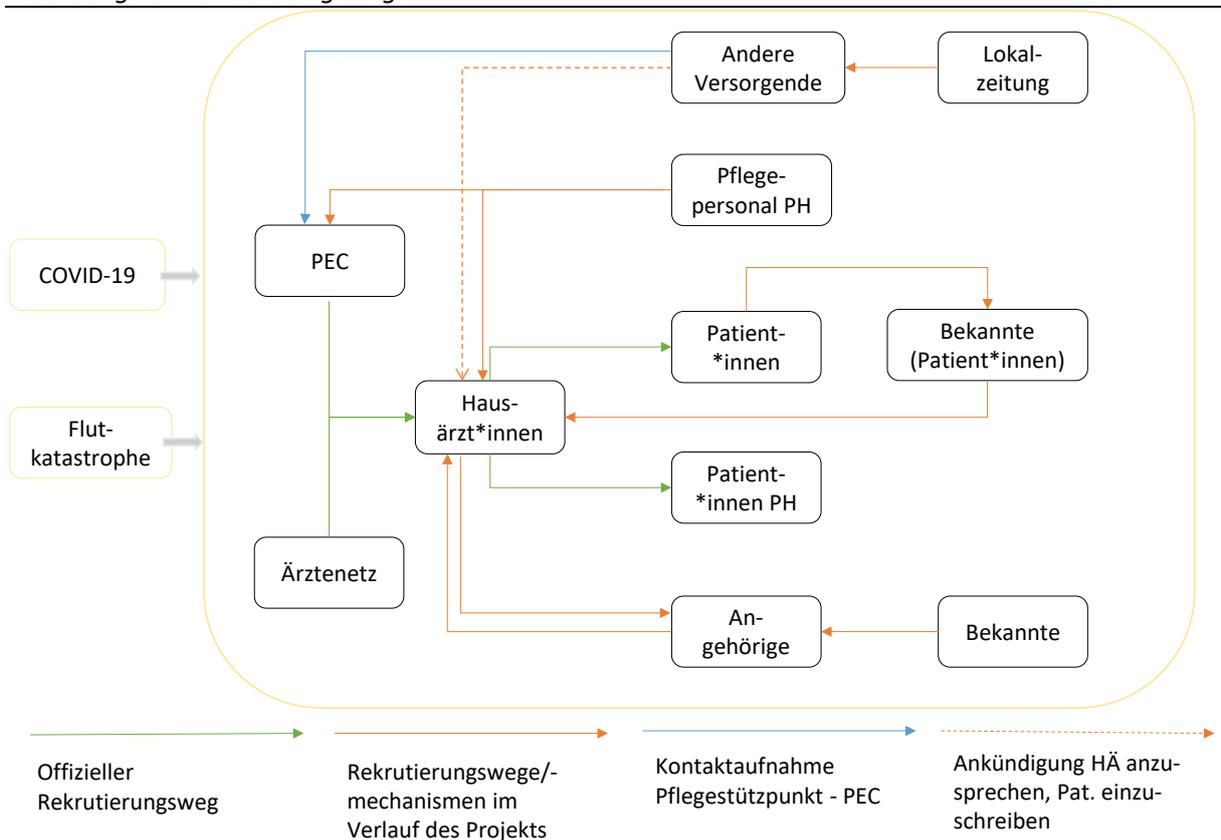
(b3) Rekrutierung von Patientinnen und Patienten

Zur Information der Patientinnen und Patienten hatten die meisten HÄ zu t1 und t2 in ihren Praxen Informationsbroschüren ausgelegt, zu t3 taten dies nur noch 6 von 17. 83 – 88% der HÄ (t1 n=7, t2 n=19 bzw. t3 n=14) hatten die Patientinnen und Patienten selbst über die Studie informiert. In rund 50% (t1 n=4, t2 n=12) bzw. ca. 30% (t3, n=5) der teilnehmenden HÄ-Praxen informierten auch Mitarbeitende der Praxen.

Die Auswertung der qualitativen Daten bestätigte, dass Patientinnen und Patienten und Angehörige hauptsächlich von ihren HÄ von der Studie erfuhren. Im Laufe des Projektes ergab es sich durch den offenbar vermehrten Bekanntheitsgrad auch, dass potenzielle Patientinnen und Patienten oder Angehörige sich direkt beim PEC meldeten, oder Patientinnen und Patienten durch Bekannte und Freunde auf das Projekt aufmerksam wurden.

Auch andere an der Versorgung Beteiligte, z.B. Pflegende in stationären Langzeiteinrichtungen machten Patienten und Patientinnen und auch HÄ auf das Projekt aufmerksam. In Abbildung 25 sind die Rekrutierungswege dargestellt, die sich aufgrund der Interviewauswertungen identifizieren ließen.

Abbildung 25: Rekrutierungswege



Quelle: UniK/UniL Evaluationsbericht, dort Abbildung 25 / Anmerkung: Interviews mit allen am Projekt Teilnehmenden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf (2020-2022).

(b4) Ein-/Ausschlussgründe

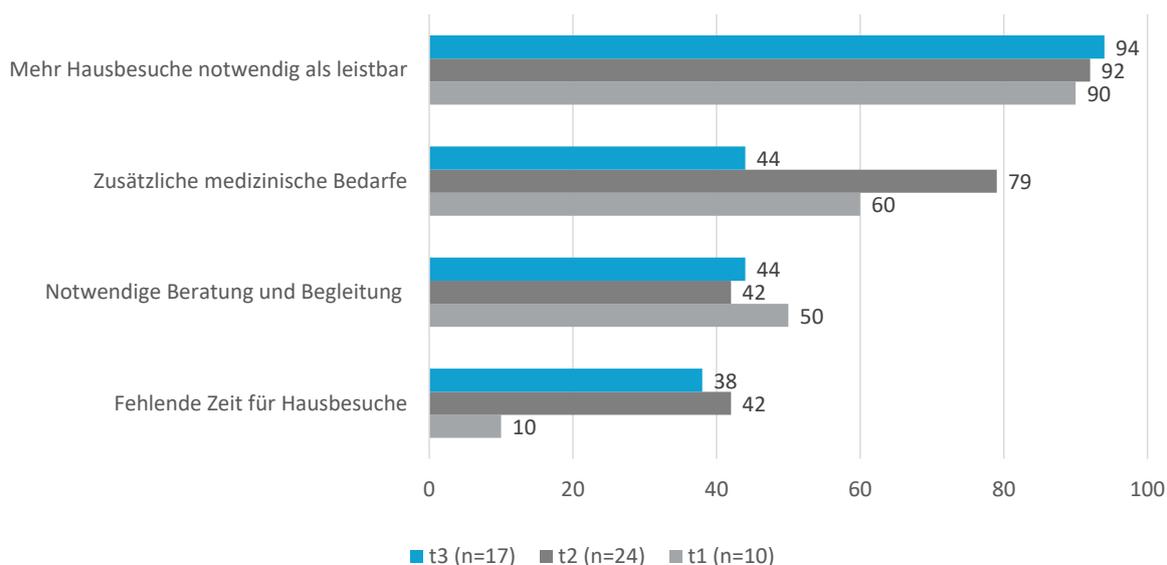
Als häufigster Grund für die Überweisung wurde genannt, dass die Patientinnen und Patienten mehr Hausbesuche benötigten, als die HÄ leisten können (Abbildung 26).

Ein bis zwei HA-Praxen hatten zu den jeweiligen Messzeitpunkten keine Patientinnen und Patienten an das PEC überwiesen. Folgende Gründe wurden hierfür angegeben: (1) fehlende Zeit für Rekrutierung (t2 n=1), (2) keine Patientinnen und Patienten, die durch das PEC betreut

werden können (t1 n=2; t2, t3 jeweils n=1) sowie (3) zu hoher bürokratischer Aufwand (t1 n=2; t2, t3 jeweils n=1).

Keine HA-Praxis gab an, dass sie Patientinnen und Patienten angesprochen hatten, diese dann aber einer Teilnahme nicht zugestimmt hätten. Ebenso gab es keine Einwände von Angehörigen, die eine Teilnahme an der Studie verhindert hätten.

Abbildung 26: Gründe für die Überweisung von Patienten und Patientinnen an das Pflegeexperten-Center in %



Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Abbildung 26 / Anmerkung: Darstellung der Werte in relativen Häufigkeiten.

Wenn Patientinnen und Patienten prinzipiell für die Studie in Frage kamen, eine Teilnahme aber dennoch nicht stattfand, lag in den meisten Fällen keine Einwilligung vor (t1 n= 7; t2 n=10; t3 n=7). Bei einigen Patienten und Patientinnen erfolgte die Behandlung durch den HÄ ausschließlich aufgrund einer akuten Erkrankung und wenige Patientinnen und Patienten wurden zum Zeitpunkt der Studie stationär behandelt oder weitere Arztkontakte waren nicht notwendig.

Als sonstige Gründe für ein nicht erfolgtes Einschließen wurden mit jeweils einer Nennung folgende genannt: (1) Patientinnen und Patienten fühlten sich durch die Angehörigen angemessen betreut, (2) sie sahen keine Notwendigkeit, (3) Privatversicherung oder (4) der Zeitaufwand für die Aufklärung.

Trotz formal erfüllter Einschlusskriterien gab es Gründe, dass eine Teilnahme an der Studie nicht empfohlen wurde. Am häufigsten sahen die HÄ bei diesen Patienten und Patientinnen keinen Bedarf an zusätzlicher Versorgung durch die PE (t1 n=7; t2 n=14; t3 n=9). Seltener wurde angegeben, dass die Behandlung zu komplex wäre und nur durch HÄ behandelt werden sollte, oder der zusätzliche Versorgungsbedarf bereits durch eine VERAH/NäPa abgedeckt wird.

c. Menge

(c1) Frequenz und Dauer der Versorgung

Patientinnen und Patienten erhielten im Interventionszeitraum (Zeitraum von 183 Tagen nach Erstkontakt) im Durchschnitt sieben Hausbesuche durch eine PE. Patientinnen und Patienten, die länger als sechs Monate betreut wurden (Nachbehandlungsphase), wurden durchschnittlich weitere vier Mal aufgesucht. Die PE besuchten am Tag im Schnitt drei Patientinnen und Patienten (Tabelle 37).

Tabelle 37: Menge – Anzahl Patientinnen und Patienten pro PE und Besuche pro Patientin oder Patient

	n=PE	n=Pat.	MW (SD)
Anzahl der Patientinnen und Patienten pro PE	11	717	86,64 (34,25)
Anzahl Patientinnen und Patientenbesuche pro Tag	11	717	2,69 (1,94)
Anzahl PE Besuche pro Patientin – Interventionszeitraum*		717	7,10 (2,79)
Anzahl PE Besuche pro Patientin – Nachbehandlungsphase		353	3,70 (2,96)
Anzahl PE Besuche pro Patientin Gesamter Zeitraum**		717	8,94 (4,96)

*Quelle: RWI und UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 30 / Anmerkung: Datengrundlage HiH ePa; Daten werden berichtet als Mittelwert (Standardabweichung); *Zeitraum von 183 Tagen nach Erstkontakt; ** Gesamter Zeitraum bevor erfasstem Ende der Intervention.*

Die Dauer der Besuche verkürzte sich im Verlauf und betrug im Durchschnitt in der Nachbehandlungsphase 37 Minuten (Tabelle 31). Auffällig war, dass die Dauer der Dokumentation in der Nachbehandlungsphase sich um mehr als die Hälfte der Zeit von 44 Minuten pro Besuch auf 21 Minuten pro Besuch reduzierte.

Tabelle 38: Dauer der Hausbesuche, Dokumentations- und Kommunikationsaufwand

	Minuten pro Besuch	n=Anzahl Beobachtungen	n=Patientinnen und Patienten
Interventionszeitraum*			555
Besuchsdauer	42,08 (24,33)	4759	
Dokumentation	44,62 (40,40)	4753	
Kommunikation mit anderen Berufsgruppen	5,97 (8,88)	4749	
Nachbehandlungsphase			353
Besuchsdauer	36,39 (17,27)	1206	
Dokumentation	21,20 (13,22)	1206	
Kommunikation mit anderen Berufsgruppen	4,34 (6,62)	1202	
Gesamter Zeitraum**			717
Besuchsdauer	41,94 (24,20)	4945	
Dokumentation	44,72 (40,09)	4938	
Kommunikation mit anderen Berufsgruppen	5,89 (8,79)	4933	

*Quelle: RWI und UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 31 / Anmerkung: Datengrundlage HiH ePa; Daten werden berichtet als Mittelwert (MW) (Standardabweichung (SD)); *Zeitraum von 183 Tagen nach Erstkontakt; ** Gesamter Zeitraum bevor erfasstem Ende der Intervention; unterschiedliche n=Anzahl Beobachtungen aufgrund fehlender Werte.*

d. Adaptionen

Eine systematische Erhebung der individuellen Adaptionen war im Rahmen der Prozessevaluation nicht möglich, da ein Abgleich zwischen geplanten Tätigkeiten laut Versorgungsplan und

tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten sich durch das Dokumentationssystem nicht abbilden ließ.

e. Förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung des PEC

Die Einordnung der Ergebnisse der Datenanalyse erfolgte mit Hilfe des Consolidated Frameworks for Implementation Research (CFIR) (Abbildung A 1 im Anhang) (LIT 37). Insgesamt konnten mehr förderliche als hinderliche Faktoren identifiziert werden.

(e1) Äußeres Setting

Grundsätzlich förderlich war die gesicherte Finanzierung und damit die Möglichkeit der Durchführung des Projekts. Hilfreich für die Implementierung waren dabei bestehende Netzwerke in der Region und das Ärztenetz als Konsortialpartner. Hinderlich für die Implementierung war die mangelhafte digitale Infrastruktur sowohl auf struktureller als auch auf Ebene der Organisation (des PEC).

(e2) Charakteristika der Intervention

Wenn die Intervention, das PEC und der Nutzen der Intervention bekannt war, wurde dies als förderlich beschrieben. Ebenso förderlich waren die Charakteristika der Intervention, da angenommen wurde, dass diese eine bessere Versorgung sowie Kontinuität in der Versorgung gewährleistet. Die Gestaltung der Intervention, in der PE eine wesentliche Rolle in der Versorgung spielen und ihr Handlungsspielraum erweitert wird, stieß auf Ebene der ärztlichen berufsständischen Vertretungen auf Kritik und behinderte damit die Implementierung.

(e3) Inneres Setting

PE empfanden es als hilfreich, sich mit theoretischen Inhalten z.B. bei der Erstellung verschiedener SOP zu beschäftigen sowie die Praktika der PE in den HÄ-Praxen, um Abläufe und Personen kennenzulernen und fachlichen Input zu erhalten.

Hinderlich für die Implementierung war, wenn PE z.B. von Mitarbeitenden anderer Einrichtungen oder MFA als Konkurrenz gesehen wurden.

Die Fort- und Weiterbildungen galten als förderlich, weil sie die PE auf ihr Tätigkeitsfeld vorbereiteten, aber sie hätten noch weitere Aspekte wie z.B. mehr Training im Bereich der klinischen Kompetenzen aufgreifen sollen.

(e4) Charakteristika der Individuen

Für die Implementierung der neuen Versorgungsform war die hohe Motivation der PE hilfreich. Dies galt auch für HÄ, wenn sie die Implementierung durch ihre Teilnahme, Überweisung von Patientinnen und Patienten sowie wirksame Kooperation unterstützten.

Wenn HÄ dies nicht taten, erschwerte das entsprechend den Implementierungsprozess.

Wenn an der Versorgung Beteiligten die Rolle der PE klar war, war dies förderlich, weil damit auch das Handlungsfeld definiert war und Grenzen und Überschneidungen deutlich wurden.

Die Ausgestaltung der Rolle fiel auch einigen PE schwer und damit musste das Profil der Rolle im Verlauf entwickelt werden.

(e5) Prozesse

Die Öffentlichkeitsarbeit wurde als wichtiger förderlicher Faktor gesehen, einige Beteiligte hätten sich mehr Maßnahmen gewünscht. In diesem Zusammenhang waren die COVID-19 Pandemie und der erste Lockdown mit Beginn der Versorgung große hinderliche Faktoren. Dass die ePA zu Beginn der Intervention noch in Entwicklung war, den Erfordernissen der PE nicht umfänglich entsprach und es keine Offline-Version gab war insbesondere für die Arbeit der PE ein großes Hindernis. Auch die Strukturen der Überweisung von Patientinnen und Patienten an das PEC galten zu Beginn als herausfordernd, da sie nicht den geplanten Vorgehensweisen entsprachen.

6.1.2.6. Wirkmechanismen

a. Wirkmechanismus: Struktur

(a1) Strukturelle Ressourcen

Um Angaben über die strukturellen Ressourcen, die im PEC und den PE zur Verfügung standen, machen zu können, wurde die PEC-Leitung mittels Fragebogen dazu befragt.

Der PEC-Leitung stand ein Arbeitsplatz mit Schreibtisch und folgenden technischen Ressourcen zur Verfügung: (1) Telefon, Diensthandy und Faxgerät, (2) PC mit gängigen PC-Programmen sowie Laptop und Tablet sowie (3) Drucker und Scanner. Außerdem waren im PEC eine Küche und ein Besprechungsraum vorhanden. Zusätzliche Ressourcen waren aus Sicht der Leitung nicht notwendig.

Außerhalb des PEC standen der Leitung sowie den PE folgende Ressourcen zur Verfügung: (1) Smartphone, (2) Laptop und Tablet, (3) Dienstkleidung und -tasche sowie (4) Dienstwagen aus Dienstwagenpool und Tankkarte.

Für die Diagnostik und Behandlung waren ein mobiles EKG-Gerät, Blutzuckermessgerät inkl. Notwendigem Material, Blutdruckmessgerät, Stethoskop, Verbandsmaterial sowie Handschuhe, Schutzkittel und Hände- /Flächendesinfektionsmittel vorhanden. Während der COVID-19 Pandemie waren noch Mund-Nasen-Schutzmasken verfügbar.

Für den Arbeitsplatz im Home-Office wären zusätzlich noch Drucker, Faxgerät und Scanner notwendig gewesen.

Außerhalb des PEC wäre eine bessere digitale Ausstattung wünschenswert gewesen.

(a2) Kommunikationsstrukturen

Innerhalb des PEC waren unterschiedliche, regelhafte Kommunikationsstrukturen angelegt, die sich in der Kommunikationsmatrix abbilden (Tabelle 39).

Tabelle 39: Kommunikationsmatrix des PEC

Regelkommunikation	Teilnehmende	Häufigkeit
PEC-Steuerungsgruppe	PEC-Leitung Projektleitung Verwaltung	Projektmanagement wöchentlich
PEC-Team	PEC-Leitung Projektleitung PE Verwaltung	Projektmanagement 1x im Quartal
PE-Team	PEC-Leitung PE	wöchentlich

Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 32.

Die Auswertung der Interviews legte nahe, dass diese Strukturen wie geplant genutzt wurden. Darüber hinaus wurden mit den PE innerhalb der Probezeit drei und im weiteren Verlauf halbjährliche Feedbackgespräche geführt. Als Gründe für anlassbezogene Gespräche zwischen PEC-Leitung und PE wurden (1) Konflikte zwischen den Teammitgliedern, (2) Ausscheiden aus dem Projekt auf eigenen Wunsch, (3) Arbeitsmotivation oder (4) Verteilung der Patienten und Patientinnen geführt.

Außerhalb der regelmäßigen und anlassbezogenen Besprechungen erfolgte der Informationsaustausch zwischen der Leitung und den PE hauptsächlich per E-Mail oder Telefon oder über einen Messenger Dienst (App auf Handy und Funktion in ePA).

Darüber hinaus tauschten PE sich untereinander informell aus, z.B. telefonisch.

(a3) Patientenbezogene Kommunikationsstrukturen zwischen PE und HÄ

Eine regelhafte Kommunikation oder anlassbezogener Austausch in Form eines persönlichen oder telefonischen Gesprächs zwischen PE und HÄ fand in sehr wenigen Fällen statt.

Um Patienten und Patientinnen an das PEC zu überweisen, nutzten HÄ den projektbezogenen Überweisungsschein, einen kassenärztlichen Überweisungsschein oder Patientinnen und Patienten wurden telefonisch angekündigt und PE erhielten unterschiedliche Dokumente (z.B. Medikationsplan, Arztbriefe). Die PE sendeten nach jedem Hausbesuch bei Patienten und Patientinnen einen ausführlichen Statusbericht meist via Fax an die HÄ. Wenn dies aus technischen Gründen nicht funktionierte, erfolgte der Versand per Post oder die PE gaben den Bericht persönlich in der Praxis ab. Rückmeldungen auf die Berichte durch die HÄ erfolgten selten, häufig durch die MFA und dies meist erst nach mehrmaligem Nachfragen durch die PE.

Quartalsweise war ein Qualitätszirkel zwischen PEC-Steuerungsgruppe und den teilnehmenden HÄ eingerichtet. Einige PE merkten an, dass sie sich eine Teilnahme wünschten, um im direkten Kontakt mit HÄ bestehende Probleme und organisatorische Fragen klären zu können.

(a4) Kommunikationsstrukturen zwischen PE und Patienten und Patientinnen

Zwischen PE und Patientinnen und Patienten fand zunächst ein Telefonat statt, um die Hausbesuche zu terminieren. Zusätzlich zu den Hausbesuchen konnten sowohl Patienten und Patientinnen als auch Angehörige die PE telefonisch oder per E-Mail kontaktieren. Sowohl Angehörige als auch Patientinnen und Patienten gaben an, dass die PE gut erreichbar waren oder zeitnah zurückgerufen haben. Angehörige erhielten gesundheitsbezogene Informationen zum Teil auch per E-Mail. Die Kommunikation zwischen PE und Angehörigen fand in der Regel telefonisch statt, wenn Angehörige bei den Hausbesuchen nicht anwesend waren.

(a5) Kommunikationsstrukturen zwischen PE/PEC und anderen an der Versorgung beteiligte Personen (AV)

Die Kommunikation zwischen PE, PEC-Leitungen und AV (z.B. GemeindeschwesterPlus, Angestellte in Pflegestützpunkten, Pflegefachpersonen ambulanter Dienste) fand anlassbezogen telefonisch, per E-Mail oder vor Ort bei gemeinsamen Patientinnen und Patienten statt. Es gab keine regelhafte Kommunikation innerhalb des gesamten Versorgungsnetzwerkes.

(a6) Dokumentation

Folgende relevante Dokumente, Dokumentationssysteme und Dokumentationsstrukturen im Rahmen der Versorgung der Patientinnen und Patienten ließen sich anhand der vorliegenden Daten identifizieren:

- (1) Papierbasierte Überweisungsscheine, diese wurden den HÄ zur Übermittlung von neuen Patienten und Patientinnen an die PE/das PEC zur Verfügung gestellt; wenn diese im Rahmen der Überweisung genutzt wurden, wurden sie in der Regel per Fax an das PEC übermittelt.
- (2) Statusberichte: PE erstellten nach jedem Hausbesuch Statusberichte als Nachweis der Leistungserbringung und zur schriftlichen Fixierung der Versorgungsplanung und Versorgungsverläufe für die HA-Praxen, die Statusberichte wurden überwiegend per Fax an die HA-Praxen übermittelt.
- (3) Projektbezogenes Patienten-Dokumentationssystem (ePA), diente zum einen zur internen Dokumentation der Berichte, zum Anlegen von Patientendaten und zur Übermittlung der Daten an das RWI.

Die Überweisungsscheine wurden nicht von allen HA-Praxen genutzt, Patientinnen und Patienten wurden per E-Mail oder auch telefonisch beim PEC angekündigt. Häufig fehlte es dadurch an Informationen zu den Bedarfen der Patientinnen und Patienten und den Aufgaben der PE. Es wurden in diesem Zusammenhang datenschutzrechtliche Bedenken mit Hinblick auf die Übertragung von Patientendaten per E-Mail geäußert.

Die Statusberichte wurden von den HÄ als informativ und ausführlich empfunden, sie würden die Versorgungssituation verbessern. Positiv angemerkt wurden u.a. Informationen zum Termin des nächstgeplanten Hausbesuchs der PE und der Vermerk einer Telefonnummer für Rückfragen.

Es wurde eine positive Entwicklung der Qualität der Statusberichte hinsichtlich der Fachlichkeit und Ausdrucksweise festgestellt. PE gaben an, im Verlauf deutlicher und vermehrt Behandlungsempfehlungen zu formulieren.

Dass die Berichte sehr zeitnah erstellt werden mussten, nahmen einige PE als hinderlichen Faktor in der Dokumentation war, da diese meist aufwendig in der Erstellung waren und mit einer zeitnahen Rückmeldung der HÄ häufig nicht gerechnet wurde, auch wenn auf dem Dokument dringende Rückmeldung erbeten wurde. Aus Sicht der PE herrschte keine Transparenz, was mit den Statusberichten in der HA-Praxis passierte.

Dass die Übermittlung der Bericht als z.T. eingescannte Dokumente per Fax erfolgen musste, bewerteten einige PE als nicht zeitgemäß. Gleichwohl äußerten PE die Erfahrung, dass bei Fragen an die HA-Praxis per Fax die Wahrscheinlichkeit am größten war, dass MFA darauf reagierte.

Hinderliche Faktoren im Rahmen der Dokumentation waren zudem die fehlende Möglichkeit, die Dokumentation in den PC-Programmen der HA-Praxen einfließen zu lassen, und dass PE nicht auf das Berichtswesen der HÄ zugreifen konnten, um z.B. Laborergebnisse oder Befunde einsehen zu können.

Das projektbezogene Patientendokumentationssystem (ePA) wurde gerade im ersten Projektjahr vielfach als Ärgernis wahrgenommen. Erwartet wurde ein zeitgemäßes, den Anforderungen der PE und des Settings entsprechendes System. Es wurden jedoch folgende hinderliche Faktoren im Zusammenhang mit der ePA benannt:

- Benutzerunfreundlichkeit, keine bedienerfreundliche Oberfläche, sehr unübersichtliche Masken, viele Arbeitsschritte notwendig, um Diagnosen Inhalte einzupflegen bzw. Patientenakte anzulegen; System wird als arbeitsbehindernd, Benutzung als eher zeitintensiv empfunden, führte zu Überstunden und zur Frustration bei PE
- Keine stabile Einspeisung von Dokumentation möglich, Synchronisierungen wurden z. T. nicht übernommen; keine Dokumentation bei Erstgesprächen möglich, da nicht mobil und

offline einsetzbar; Erstgespräche mussten häufig retrospektiv angelegt und dokumentiert werden, führte zur Doppeldokumentation, da PE vor Ort papierbasiert arbeiteten; Informationen über Patientinnen und Patienten musste vor Hausbesuch notiert werden, da vor Ort eine Einsicht in die Akte häufig nicht möglich war; wenn das System zusammengebrochen war, waren bereits getätigte Eingaben nicht gespeichert und mussten wiederholt eingegeben werden.

- Nicht kompatibel mit anderen Systemen; keine Möglichkeit der Informationsübermittlung direkt an den HA, Informationen mussten ausgedruckt und im Nachgang per Fax übermittelt werden
- Programm war für ein Krankenhaus-Informationssystem ausgerichtet und schwer auf das ambulante System/Setting und die Versorgungsbedarfe übertragbar

b. Wirkmechanismus: Zwischenmenschliche und (inter)professionelle Beziehungen

(b1) Kooperation und Zusammenarbeit

Die Kooperation und Zusammenarbeit zwischen PE und HÄ wurde von den verschiedenen Akteuren (HÄ, MFA, PE, Patientinnen und Patienten und Angehörige) in der neuen Versorgungsform unterschiedlich wahrgenommen. Es wurden sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren in der Auswertung der qualitativen Ergebnisse identifiziert.

Als förderliche Faktoren bei der Kooperation und Zusammenarbeit wurde von den HÄ geäußert, dass sie durch die PE und den damit verbundenen Hausbesuchen ausreichend und zeitnahe Informationen u.a. über die Statusberichte der PE erhielten. Dies wurde als gute Ergänzung zur eigenen Befundung empfunden. Die Einschätzung der Versorgungssituation wurde außerdem als gut empfunden, da dadurch Therapiepläne angepasst und Bedarfe der Patientinnen und Patienten abgeleitet werden konnten.

Die HÄ äußerten, die Zusammenarbeit mit den PE auf Augenhöhe erlebt zu haben. Insgesamt wurden das Arbeitsverhältnis und die Zusammenarbeit mit den PE von den HÄ als gut erlebt, die PE wurden z.T. als Teammitglieder wahrgenommen. Die Bewertung der Zusammenarbeit aus der Perspektive der HÄ wurde häufig über die Qualität der Statusberichte und der Informationen, sowie die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der PE vorgenommen, weniger über die Interaktion zwischen HÄ und PE.

Die PE äußerten als förderlichen Faktor den persönlichen Kontakt zwischen ihnen und den HÄ sowohl in der HA-Praxis als auch telefonisch, weil so ein gegenseitiger Informationsaustausch und eine Besprechung des weiteren Vorgehens möglich war. Als sehr positiv wurden feste, regelhafte Termine wahrgenommen, um sich über gemeinsame Patientinnen und Patienten auszutauschen. In der Wahrnehmung der PE war die Kooperation und Zusammenarbeit mit HÄ von der Einstellung gegenüber den PE und dem Projekt abhängig. Bei einer positiven und offenen Einstellung der HÄ nahmen PE mehr Bemühungen für eine förderliche Zusammenarbeit wahr. Die Auswertung deutet darauf hin, dass es mehrheitlich Praxen gab, mit denen die Zusammenarbeit als schwierig wahrgenommen wurde.

Als hinderliche Faktoren der Kooperation und Zusammenarbeit, wurde der fehlenden regelmäßigen Austausch mit den HÄ angeführt. Die fehlenden Rückmeldungen wurden von den PE als fehlendes Interesse an einer Kooperation und guten Zusammenarbeit interpretiert.

MFA hoben als förderliche Faktoren einen freundlichen Umgang miteinander, zeitnahes Erledigen von Aufgaben und guten Absprachen untereinander hervor. MFA äußerten auch, dass die Zusammenarbeit mit den PE als zusätzliche Belastung empfunden wurde, da mit dem Projekt verbundene administrative und organisatorische Aufgaben Mehrarbeit für MFA bedeuteten. MFA gaben an, dass feste PE als Ansprechpartner förderlich für die Zusammenarbeit seien.

Zusammenfassend äußerten sowohl PE und HÄ als auch MFA den Wunsch nach mehr persönlichem Austausch und Kontakt zueinander. In diesem Zusammenhang wurde im Verlauf eine positive Entwicklung wahrgenommen, da regelhaft Austauschtermine zwischen PE und HÄ etabliert werden konnten.

Die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige nahmen eine gute Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den HÄ und PE wahr, da bspw. Ihre Bedarfe von den HÄ bei dem nächsten Hausarztbesuch bereits bekannt waren. Sie machten die gute Zusammenarbeit auch an der schnellen Rezeptbesorgung durch die PE fest sowie am zügigen Austausch über Krankenhauseinweisungen und Notfällen.

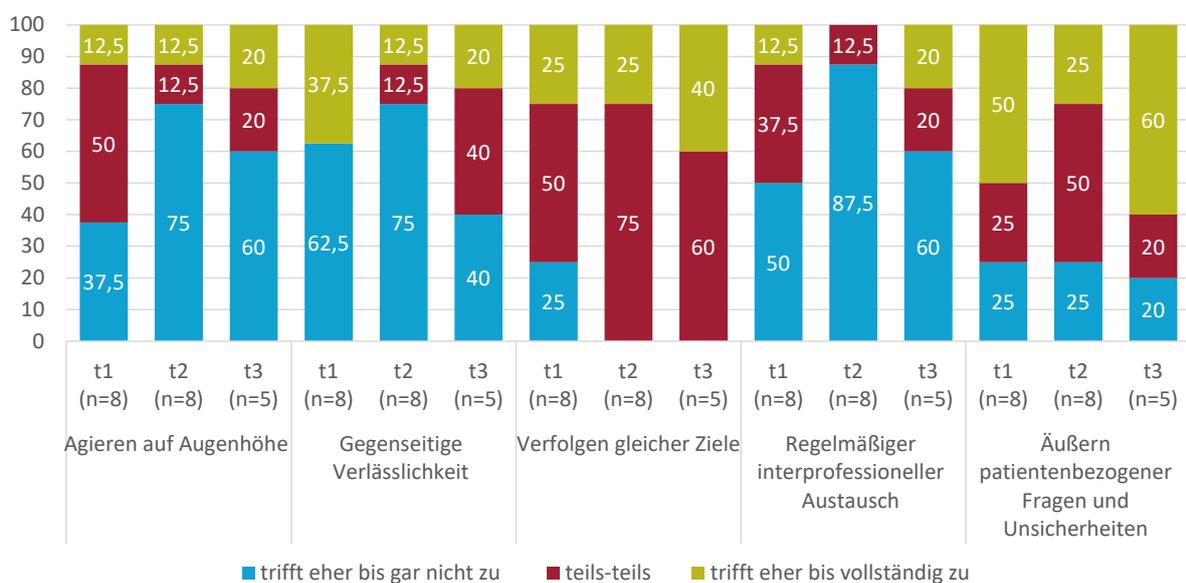
Auch die Auswertung der Befragungen zeigten, dass die Bewertung der Zusammenarbeit und Kooperation aus der Perspektive der HÄ deutlich positiver eingeschätzt wurde.

Im Verlauf veränderte sich die Einschätzung der PE in Bezug auf die Kooperation und die Zusammenarbeit. Die PE empfanden zunehmend, dass sie mit den HÄ auf Augenhöhe agierten (Abbildung 27).

Aus Sicht der HÄ wurde die Zusammenarbeit und Kooperation überwiegend positiv bewertet (Abbildung 28).

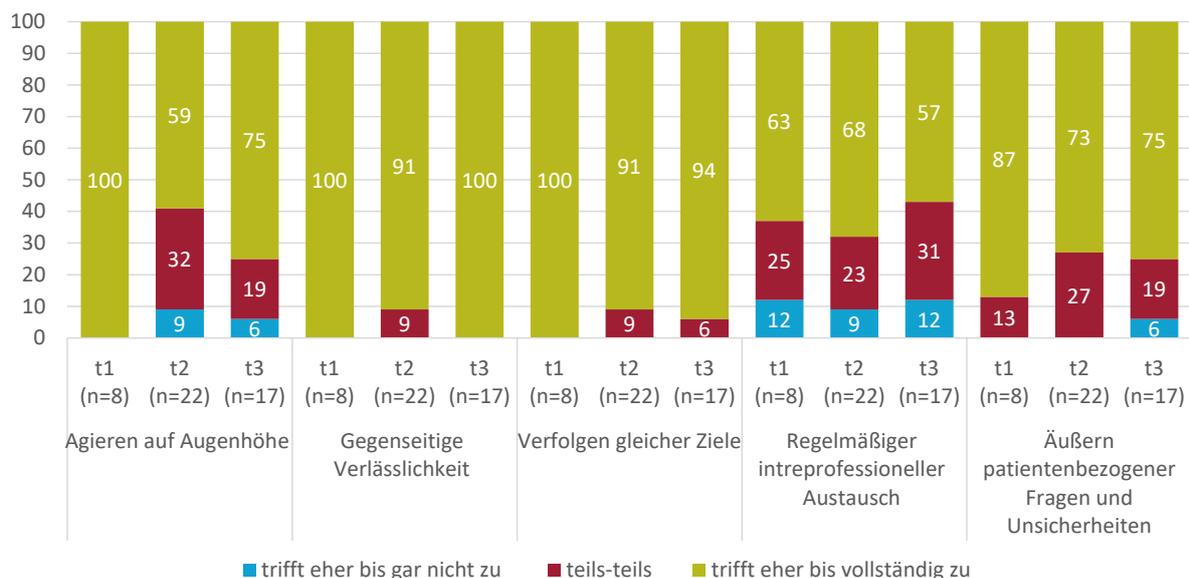
Der regelmäßige interprofessionelle Austausch wurde von den PE und HÄ unterschiedlich eingeschätzt, aus Sicht der HÄ fand der Austausch regelmäßig statt, wohingegen die PE dies überwiegend nicht bestätigten.

Abbildung 27: Einschätzung der Kooperation und Zusammenarbeit aus Sicht der PE in %



Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Abbildung 27 / Anmerkung: Darstellung der Werte in relativen Häufigkeiten.

Abbildung 28: Einschätzung der Kooperation und Zusammenarbeit aus Sicht der HÄ in %



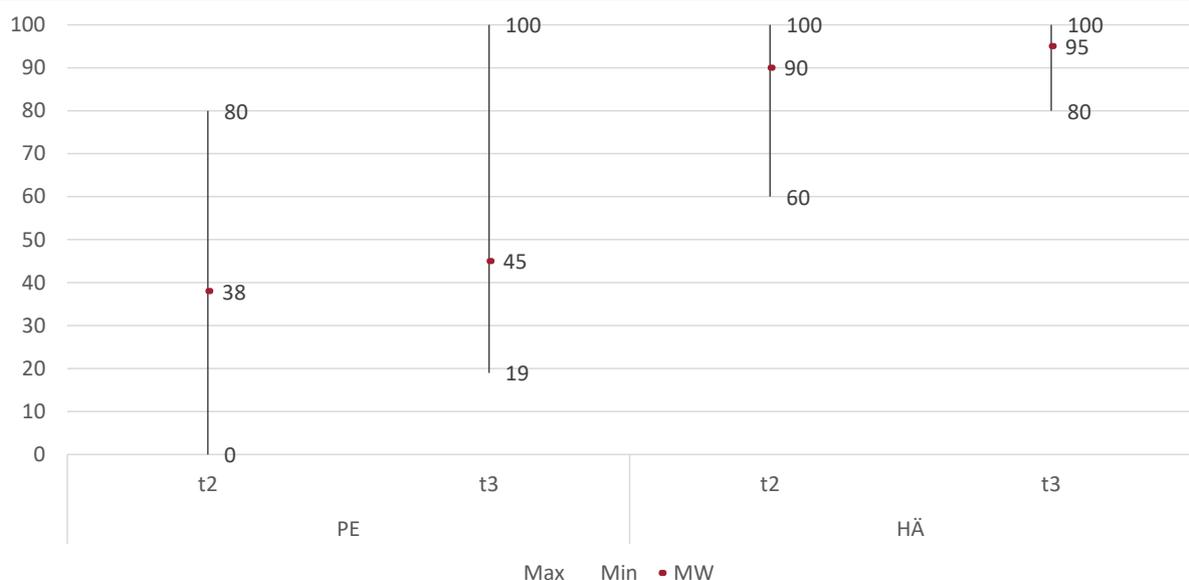
Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Abbildung 28 / Anmerkung: Darstellung der Werte in relativen Häufigkeiten.

Die Zusammenarbeit wurde von PE und HÄ unterschiedlich bewertet. Die PE bewerteten die Qualität der Zusammenarbeit deutlich geringer auf einer Skala von 0 bis 100. Sie bewerteten diese im Mittel zu t2 mit 38 und zu t3 mit 45 Punkten ein.

Dagegen bewerteten die HÄ die Zusammenarbeit im Mittel mit 90 (t2) bzw. 95 (t3) Punkten.

Die durchschnittliche Bewertung der Zusammenarbeit verbesserte sich bei den PE um sieben bzw. fünf Punkte bei den HÄ (Abbildung 29).

Abbildung 29: Einschätzung der Zusammenarbeit



Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Abbildung 29 / Anmerkung: Bewertet wurde die Zusammenarbeit auf einer Skala von 0 bis 100 (0 = überhaupt nicht gut bis 100 = sehr gut), Darstellung der Mittelwerte (MW) und Ränge.

Eine „interprofessionelle Versorgung“ (gemeint ist hiermit eine gemeinsame Patientenversorgung durch Arzt und PE) wurde zwar teilweise geplant, in der alltäglichen Praxis fand diese jedoch nicht statt. Dieser Aussage stimmten fünf der acht PE zu t1 bzw. drei von acht zu t2 sowie zwei von fünf zu t3 zu. Die anderen PE waren hinsichtlich dieser Einschätzung unsicher oder stimmten dieser nicht zu. Die meisten PE äußerten das Gefühl, dass sie patientenbezogene Fragen und Unsicherheiten mit den Team-Kolleginnen besprechen konnten und wussten bei fachlichen Fragen oder Unsicherheiten, an wen sie sich wenden könnten.

Zu t2 gaben alle PE an, dass ihr Einsatz zu einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit führte. Dies empfanden zu t3 nur noch zwei der fünf PE, die anderen waren unsicher oder konnten dies nicht bestätigen.

Die HÄ empfanden die Einschätzung der PE bezüglich der individuellen Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen als hilfreich. In der Zusammenarbeit schätzten sie überwiegend die pflegfachliche Expertise und die Fähigkeit, Entscheidungen über die Versorgung der Patienten und Patientinnen treffen zu können.

(b2) Kommunikation

Die Kommunikation wurde von den verschiedenen Akteuren in der Versorgung unterschiedlich erlebt.

(b3) Erleben der PE und HÄ

Die Kommunikation zwischen HÄ und PE wurde von den PE als erschwert erlebt. Folgende hinderliche Faktoren konnten identifiziert werden:

- fehlender direkter, persönlicher Austausch zwischen PE und HÄ
- Informationen an und vom HÄ erfolgte häufig durch MFA; PE wussten häufig nicht, welche Informationen MFA an HÄ weitergegeben hat
- schwere telefonische Erreichbarkeit der HÄ
- fehlende Rückmeldungen auf Statusberichte der PE
- keine Informationsweitergabe von HÄ/HA-Praxis an PE, so dass PE bei Patientinnen und Patienten häufig keine Kenntnisse über erfolgte Absprachen und Änderungen in der Behandlung und Therapie hatten
- Kommunikation, die über das PEC erfolgte und nicht direkt mit den PE
- papierbasierte Kommunikationswege
- fehlende regelhafte Kommunikationsstrukturen.

Folgende förderliche Faktoren ließen sich identifizieren:

- direkter Austausch zwischen HÄ/HA-Praxis und PE
- persönliches Kennenlernen und Vorstellen der PE in der Praxis
- Hospitation in der Praxis
- gutes Verhältnis zwischen MFA und PE
- regelhafter (wöchentlicher) telefonischer oder persönlicher Austausch zwischen PE und HÄ.

Wenn PE trotz mehrfacher Anfragen keine Rückmeldungen zu Versorgungsempfehlungen in den Statusberichten erhielten, werteten sie dies häufig als Zustimmung, um in der Versorgung der Patientinnen und Patienten fortfahren zu können.

Neben den Herausforderungen in der Behandlung und Betreuung der Patienten und Patientinnen aufgrund fehlender Informationen, äußerten die PE zudem Gefühle der Enttäuschung und Resignation und versuchten sich mit den Umständen zu arrangieren. Die Kommunikation zwischen HÄ/MFA und PE wurde als personen- und praxisabhängig beschrieben. Von einigen MFA fühlten sich die PE abgewiesen und nicht ernst genommen, von anderen MFA erhielten sie schnell und unkompliziert Unterlagen und benötigte Informationen. Einige HÄ gaben zeitnah Rückmeldungen, viele HÄ erwirkten bei den PE den Eindruck, kein Interesse an einem Austausch zu haben.

Insgesamt erlebten die HÄ die Kommunikation mit den PE als gut. Einige beschrieben den Austausch ausschließlich über die Berichte der PE als ausreichend. Diese wurden als sehr ausführlich und fachlich auf hohem Niveau wahrgenommen und HÄ fühlten sich durch die Statusberichte sehr gut informiert. Teilweise erlebten sie durch die PE-Besuche eine verbesserte Kommunikation zu ihren Patientinnen und Patienten, da Anliegen und Bedarfe der Patientinnen und Patienten nach den PE Besuchen gezielter besprochen werden konnten.

Die Ergebnisse der quantitativen Befragungen bestätigten zu großen Teil die Auswertungen der Interviews.

Sie ergaben, dass HÄ die PE in der Kommunikation über Patientinnen und Patienten zu allen drei Messzeitpunkten als fachlich kompetent, lösungsorientiert und personenzentriert erlebten. Die Kommunikation der HÄ über Patientinnen und Patienten wurde zu t3 von den PE überwiegend auch als lösungsorientiert und personenzentriert wahrgenommen, eine PE stimmte dem nicht zu.

PE erlebten die Kommunikation mit den HÄ überwiegend nicht als partnerschaftlich. Umgekehrt wurde die Kommunikation mit den PE von fast allen HÄ zu den drei Messzeitpunkten als partnerschaftlich wahrgenommen.

Die PE gaben überwiegend an, dass die HÄ für sie schwer erreichbar waren, die PE waren für die HÄ hingegen stets gut erreichbar.

Während die PE die Qualität der Kommunikation auf einer Skala von 0 bis 100 mit den HÄ zu t3 im Mittel auf 45 (33,7) einschätzten, wurde diese aus Sicht der Hausärzte deutlich höher eingeschätzt und verbesserte sich von t2 zu t3 im Mittel von 87,3 (13,7) auf 92,3 (8,5) leicht.

Zu t1 und t2 fühlten sich jeweils mehr als die Hälfte der PE ausreichend kompetent, mit den HÄ in einen fachlichen Dialog über die Notwendigkeit delegierter Leistungen zu treten, zu t3 stimmten dem zwei der fünf PE zu.

(b4) Kommunikation innerhalb des PEC-Teams

Die Qualität der Kommunikation innerhalb des PEC-Teams wurde unterschiedlich wahrgenommen. Kritisch angemerkt wurde, dass die formellen Strukturen der Regelkommunikation häufig ausschließlich genutzt wurden, um organisatorische Belange aus der Steuerungsgruppe zu besprechen und der fachliche Austausch fehlte.

Der Austausch der PE untereinander zu pflege- und medizinisch relevanten Themen wurde als gut bewertet, ebenso die Möglichkeit sich ein Gespräch mit der PEC-Leitung einfordern zu können. Die PEC-Leitung konnte zur Unterstützung in der Kommunikation zwischen PE und HÄ hinzugezogen werden. In den Befragungen gab die Mehrheit der PE zu t1, t2 und t3 an, sich bei Fragen und Unsicherheiten gegenüber ihren Teamkolleginnen äußern zu können.

(b4) Kommunikation – Erleben der Patientinnen und Patienten und Angehörigen

Die Kommunikation sowohl zwischen PE und Patientinnen und Patienten also auch zwischen PE und Angehörigen wurde als insgesamt gut erlebt. Patientinnen und Patienten und Angehörige beschrieben, dass sie mit den PE auf einer anderen, persönlicheren Ebene sprechen konnten (als mit den HÄ).

Als positiv wurde auch die sehr gute telefonische Erreichbarkeit und zeitnahe Beantwortung von Fragen durch die PE bewertet, dies vermittelte sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörigen Sicherheit. Der im Vergleich zu Hausarztbesuchen deutlich längere zeitliche Rahmen, der für Gespräche, Untersuchung und Behandlung zur Verfügung stand, wurde insbesondere von Patientinnen und Patienten wertgeschätzt. Die Kommunikation der PE wurde von den Patientinnen und Patienten als einfühlsam, freundlich, aufmerksam, vertraut, kompetent und professionell wahrgenommen.

(b5) Kommunikation – Erleben der AV

Die Kommunikation zwischen PE und AV wurde als bereichernd erlebt. AV nahmen die PE als kompetente Partnerinnen in der Versorgungslandschaft wahr. Der Austausch wurde als respektvoll und durch Akzeptanz geprägt wahrgenommen.

(b6) Verlauf und Entwicklung der Kommunikation

Grundsätzlich zeigten die Ergebnisse bei allen Herausforderungen eine tendenziell positive Entwicklung in der Kommunikation.

Die PE passten teilweise aufgrund ihrer Erfahrungen und der Entwicklung ihrer Rolle ihre Kommunikation gegenüber den HÄ so an, dass sie schneller Rückmeldungen erhielten und Vorschläge zur Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten schneller umsetzen konnten. Mit der Zeit und zunehmenden Vertrauen in die Rolle der PE spielte sich eine routinierte Versorgungssituation zwischen PE und einzelnen HÄ und Hausarztpraxen ein, die auch durch einen verbesserten telefonischen Kontakt untereinander gekennzeichnet war.

c. Wirkmechanismus: Leitung/Leadership

An die Leitung des PEC wurden unterschiedliche Anforderungen und Aufgaben gestellt. Es ließen sich zudem Faktoren identifizieren, die für die Ausübung der Leitungsrolle als förderlich erlebt wurden, sowie Herausforderungen in der Ausübung der Rolle. PE nannten unterschiedliche Aspekte, die sie als positiv im Erleben der Leitung bewerteten und äußerten Kritik und Erwartungen an die Rolle der Leitung.

Die PEC-Leitung benannte folgende Anforderungen und Aufgaben:

- Projektbezogenen Herausforderungen
 - Öffentlichkeitsarbeit
 - Bekanntmachung des Projektes bei anderen Versorgenden und Institutionen
 - Networking
 - Gestaltung des Handlungsfeldes der PE/Intervention entwickeln
 - Projektmanagement (z.B. Controlling Teilnahme HÄ/Patientinnen und Patienten, Berichterstattung Projektleitung)
- Mitarbeiterführung
 - Bedarfe der Mitarbeitenden erkennen und Maßnahmen zur fachlichen/emotionalen Unterstützung einleiten und umsetzen
 - Fortbildungskonzept umsetzen und anpassen
 - (gleichberechtigte) Befähigung und Förderung der PE

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

- Team-bildende Maßnahmen planen und umsetzen
- Delegation von Aufgabenbereichen (Dokumentation, Hygiene)
- Konfliktbewältigung zwischen PE und anderen Versorgenden/HÄ
- Gutes ausreichendes Equipment für Patientenversorgung zur Verfügung stellen
- Personalmanagement
 - Einstellungsverfahren begleiten
 - Personalkoordination (Zuweisung von Patientinnen und Patienten, Dienst- und Urlaubsplangestaltung)
 - Mitarbeitergespräche führen
 - Beurteilung der PE
 - Erstellung von Arbeitszeugnissen
 - Einhaltung von Arbeitsschutzrichtlinien
- Erarbeitung und Etablierung von unterstützenden Strukturen
 - Erstellung eines Qualitätsmanagement Handbuchs
 - Risikomanagements
 - Koordinierung der Medizinproduktebestimmung
 - Beschwerdemanagement regeln
- Patientenversorgung
 - Erstgespräche führen bzw. bei Erstgesprächen unterstützen
 - Patientenversorgung durchführen.

(c1) Förderliche Faktoren in der Ausübung der Leitungsrolle

Als förderlich für die Ausübung der Leitungsrolle benannte die PEC-Leitung die Motivation der PE, die Zusammenarbeit im Leitungs- und Steuerungsteam, persönliche Stärken (z.B. Sicherheit in der Kommunikation, resilienter Umgang mit Herausforderungen und Stress), formale Qualifikationen sowie Berufs- und Lebenserfahrung. Die Bekanntheit in der Region sowie der Expertise der Leitung wurde ebenfalls als förderlich für die Ausübung der Rolle wahrgenommen.

(c2) Herausforderungen in der Rolle der PEC-Leitung

Als zeitweise herausfordernd wurde die Kommunikation mit PE beschrieben, wenn diese selber stärker belastet waren. Dies war insbesondere während der Kontaktbeschränkungen der COVID-19 Pandemie und nach der Flutkatastrophe der Fall. Zusätzlich wurde angegeben, dass es individuelle Belastungsspitzen durch z. B. hohe und gleichzeitig auftretende Anforderungen in Studium und Patientenversorgung gab.

Verstärkte Betreuung und Förderung einzelner PE, um diese zu befähigen in ihrer Rolle als PE arbeiten zu können, wurde in der Wahrnehmung der Leitung im Team kritisch bewertet und bedurfte einer angemessenen Kommunikation mit allen Teammitgliedern, um Konflikte zu vermeiden.

Als weitere Herausforderungen wurde das Bemühen beschrieben, einzelne PE im Projekt zu halten. Es wurden unterschiedliche Strategien entwickelt (z. B. individuelle Förderung, zur Verfügung stellen einer Wohnung, um lange Anfahrtswege zu vermeiden), die jedoch nicht zum Erfolg führten.

Wahrgenommen wurde auch ein im Vergleich zur Projektleitung geringes Ansehen und Akzeptanz der Leitungsrolle durch HÄ. Vermutet wurde hier die berufliche Qualifikation der Projektleitung als Kriterium für mehr Akzeptanz.

(c3) Erleben von Leitung/Leadership der PE

Als positiv wurden von PE die gute Erreichbarkeit der Leitungen beschrieben. In der quantitativen Befragung wurde von rund der Hälfte der PE bestätigt, dass die PEC-Leitung stets schnell erreichbar war. Zudem wurde die Unterstützung in der Stärkung der eigenen Kompetenzen sowie die Beteiligung an internen Entwicklungsprozessen des PEC (z. B. Erstellung von SOP) als hilfreich erlebt.

Kritisch bewertet wurden von einigen PE ein fehlender fachlicher Austausch und fehlende Rückmeldungen, da dies auch im Hinblick auf die Entwicklung der Rolle und des Lernerfolgs hinderlich wahrgenommen wurde.

Verspätete und ungenügende Informationsweitergabe, sowie das Nichteinhalten unterschiedlicher organisatorischer Absprachen waren weitere Kritikpunkte. In der Erwartung, dass die PEC-Leitung das Aufgabengebiet der PE definierte, äußerten PE, dass dies nicht eindeutig und klar beschrieben wurde. Zudem wünschten sich einige PE mehr Stringenz auf Leitungsebene und klare Regelungen z.B. in Bezug auf Urlaubs- und Vertretungsregelungen. Einige PE äußerten, dass von Seiten der Leitung Unzufriedenheit im Team nicht erkannt wurde und hätten erwartet, dass die Führungspersonen während der Kontaktbeschränkungen aufgrund der COVID-19 Pandemie und auch danach den Austausch und die Austauschmöglichkeiten innerhalb des Teams mehr fördern.

d. Wirkmechanismus: Motivation zur Teilnahme an der Studie

(d1) Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten benannten folgende Beweggründe für die Teilnahme an der Studie: (1) Entlastung, da sie durch die regelmäßigen Besuche der PE die Hausarztpraxis nicht selber aufsuchen zu müssen. Es wurde als Belastung empfunden, wenn die Anfahrt (zur Hausarztpraxis) als lang bzw. bedingt durch Einschränkungen in der Mobilität als beschwerlich beschrieben wurde.

(2) Gesicherte Versorgung/Sicherheit, da durch die PE regelmäßige Untersuchungen (z.B. Quick-Wert-Kontrollen) stattfinden bzw. klinische Parameter erhoben werden konnten und bei bestehender Krankheit die PE Sicherheit vermittelten.

(3) Entlastung der Angehörigen, die sonst die Hausarztbesuche koordinieren müssten.

(4) Sonstige Motive: Interesse/Neugier an der Studie bzw. an medizinischen Themen; Empfehlung der Teilnahme am Projekt durch Freunde.

(d2) Angehörige

Angehörigen äußerten z.T. ähnliche Gründe wie Patientinnen und Patienten.

(1) Entlastung durch das Wegfallen des Aufsuchens der hausärztlichen Praxis, weil der damit einhergehende Aufwand (Koordination, Organisation des Besuchs/Begleitung der Patientinnen und Patienten) entfiel. Dies stellte gerade bei langen Anfahrtswegen und Patientinnen und Patienten mit Einschränkungen in der Mobilität und kognitiven Einschränkungen eine große Belastung dar. Des Weiteren äußerten Angehörigen, dass sie durch die Teilnahme die Hausarztpraxen entlasteten.

(2) Gesicherte und verbesserte Versorgung, da angenommen wurde, dass sich durch die Betreuung der PE die Versorgung verbesserte bzw. intensivierte, und notwendige regelmäßige Kontrollen (Vitalparameter, Blutentnahmen) ohne Aufsuchen der Hausarztpraxis gewährleistet wurden.

(3) Unterstützung in der Versorgung: Angehörige erhofften sich durch die Teilnahme am Projekt mehr Unterstützung in der Versorgung, da sie sich überlastet fühlten. Sie gaben als Motivation zudem an, dass sie kurzfristig Versorgungsfragen und Anliegen mit PE besprechen konnten, die sie nicht mit HÄ besprechen würden.

(4) Sonstige Motive: Teilnahme am Projekt wurde von HÄ empfohlen, die einen Bedarf nach Krankenhausaufenthalt gesehen hatten, oder eine persönliche Überzeugung/Interessen am Projekt hatten.

(d3) Hausärztinnen und Hausärzte

HÄ äußerten folgende Beweggründe für die Teilnahme an der Studie.

(1) Verbesserungen der Patientinnen und Patientenversorgung durch eine engmaschigere Versorgung der Patientinnen und Patienten, Gewährleistung von Hausbesuchen durch Unterstützung der PE und Vermeidung von Krankenhauseinweisungen.

(2) Entlastung im Arbeitsalltag, da PE z.B. Blutentnahmen übernehmen konnten.

(3) Persönliche Überzeugung, da es sich um ein gutes Projekt handelte, um dem HÄ-Mangel zu begegnen und die Arbeit auf mehrere kompetenten Schultern zu verteilen.

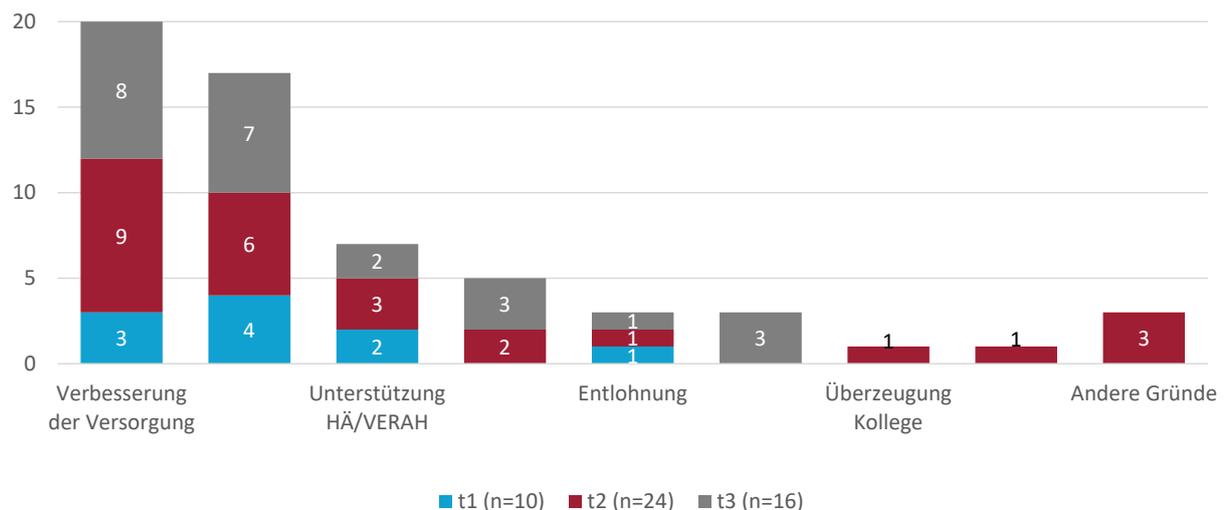
(4) Kurzfristige Unterstützung durch PE während der Flutkatastrophe aufgrund einer erhöhten Patientinnen- und Patientenzahl.

(5) Finanzieller Anreiz.

(6) Sonstige Motive: Neugier/ Interesse, etwas Neues in der Region auszuprobieren und Interesse an der Umsetzbarkeit des Projektes; Übernahme des Projektes bei Übernahme der Praxis.

Die Ergebnisse decken sich größtenteils mit den Ergebnissen der Befragungen (Abbildung 30).

Abbildung 30: Motivation der HÄ an der Studie teilzunehmen



Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Abbildung 30.

(d4) Pflegeexpertinnen und -experten

Die Motivation der PE ließ sich in folgende Kategorien einteilen.

- (1) Verbesserung der Versorgung; insbesondere die Motivation, die Versorgung von älteren Menschen im ländlichen Raum zu gewährleisten, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und HÄ zu entlasten.
- (2) Neue Herausforderung/Wunsch nach Veränderung. Es wurde eine andere Arbeitsweise als im bekannten Krankenhaus-Setting erwartet mit der Möglichkeit ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen. Es bestand der Wunsch nach einem Arbeitsplatz, der den direkten Patientinnen- und Patientenkontakt ermöglichte, die Tätigkeit der Körperpflege aber ausschloss; die Annahme, dass dem Pflegeverständnis entsprechend gearbeitet werden konnte, eigenständiges Arbeiten im interdisziplinären Team möglich sei und als ein wichtiges Mitglied des interdisziplinären Teams wahrgenommen zu werden.
- (3) Fachliche Weiterentwicklung durch Weiterbildung, Studium und Ausbau des medizinischen Fachwissens.
- (4) Studium. Möglichkeit, ein finanziertes Studium absolvieren zu können.
- (5) Rahmenbedingungen. Hier wurden geregelte Arbeitszeiten, kein Schichtdienst, die geografische Lage des Einzugsgebiets sowie die Möglichkeit, durch die befristete Arbeitsstelle Einblicke in das Projekt zu erhalten, genannt.
- (6) Persönliche Überzeugung/Interesse am Projekt.

(d5) PEC-Leitungen

Die PEC-Leitungen nannten als Motivation.

- (1) Zukunftsweisendes Handlungsfeld akademisierter Pflegefachpersonen entwickeln und etwas Neues aufbauen.
- (2) Arbeiten in der direkten Versorgung der Patientinnen und Patienten als akademisierte Pflegefachperson.
- (3) Arbeiten in einer leitenden Position.
- (4) Wunsch nach Veränderung im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit.

(d6) Vertreterinnen und Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen

Die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen äußerten drei Gründe.

- (1) Möglichkeit partnerschaftlich neue Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum auszuprobieren.
- (2) Erfordernis von Delegationsprojekten aufgrund veränderter Versorgungslage.
- (3) Gemeinsame Ziele; die Ziele des Projektes deckten sich mit den gesamtgesellschaftlichen, sozialen und gesundheitspolitischen Aufgaben der Krankenkasse, eine Stärkung der Versorgung im ländlichen Raum zu etablieren.

e. Wirkmechanismus: Bedarfe

(e1) Befragungsergebnisse

Insgesamt stellten die Befragten zunächst fest, dass sich unterschiedliche Bedarfe in der Versorgungssituation von insbesondere älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen aufgrund unterschiedlicher Faktoren ergaben.

Einschränkungen in der Mobilität und/oder kognitive Einschränkungen erschwerten für Patientinnen und Patienten und Angehörige einen Besuch in der Hausarztpraxis. Eine Überlastung der HÄ ging mit (zu) wenig Zeit für einzelne Patientinnen und Patienten sowie Angehörige einher. Zudem gab es HÄ, die keine bzw. wenige Hausbesuche machten und dadurch der Bedarf an notwendigen Hausbesuchen bei vulnerabler Bevölkerungsgruppe nicht gedeckt war.

Die Gegebenheiten der regionalen gesundheitsbezogenen Versorgungssituation im ländlichen Raum ging für Patientinnen und Patienten mit langen und aufwändigen Anfahrten einher. Patientinnen und Patienten als auch Angehörigen fehlten Kenntnisse über gesundheitsbezogene und damit assoziierte Themen (z.B. Finanzierung von pflegerischer Versorgung).

(Pflegerische) Angehörige waren belastet durch die zeitaufwendige und herausfordernde Organisation der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten bei z.T. gleichzeitiger Berufstätigkeit. Immer mehr Patientinnen und Patienten lebten allein.

Folgende Bedarfe wurden von den Befragten in diesem Zusammenhang benannt.

(1) Beratung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen.

- Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung, finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten, Pflegehilfsmitteln
- Individuelle Beratung, Schulung und Anleitung zu gesundheits-/krankheitsbezogenen Fragestellungen
- Einschätzung der Versorgungssituation und Maßnahmenplanungen, insbesondere nach Krankenhausaufenthalten
- Gesprächsbedarf insbesondere bei alleinlebenden Patientinnen und Patienten
- Emotionale Unterstützung
- Barrierefreie Hausarztpraxen

(2) Entlastung von Angehörigen durch

- Gespräche und Möglichkeiten der Reflexion der Situation
- Übernahme der Koordination der Versorgungssituation und Kommunikation mit Hausarztpraxis
- Informationen zum Gesundheitszustand und zur Versorgungssituation

(3) Unterstützung und Entlastung von HÄ durch

- Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten
- Regelmäßige Kontrollen medizinisch relevanter Parameter (z.B. EKG)
- Kompetente Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten
- Hausbesuche bei akuter Verschlechterung der Patientinnen und Patienten
- Ergänzende Versorgungsstruktur durch PE

(4) Optimierung der Versorgungsstrukturen

- Breitere, differenziertere Aufstellung von Versorgungsstrukturen
- Verbesserung der Versorgungsabläufe
- Schnittstelle zur Koordination der Gesundheitsdienstleistungen

(5) Fachliche Entwicklung zur Anpassung an folgende Anforderungen

- Bedarf an Fortbildungen und Austausch, um mehr Sicherheit in der Versorgung (auch Notfallversorgung) zu erhalten

- Bedarf an Wissen zu medizinisch geprägten Inhalten im Studium, um Beratungsanfragen der Patientinnen und Patienten und Angehörigen zu bestimmten Krankheitsbildern gerecht werden zu können
- Bedarf an Stärkung der eigenen Kommunikation und der Kompetenz in Beratung
- Bedarf an Ausbau von Wissen über sozialrechtlich relevante Fragestellungen und Kompetenz im Bereich klinischer Untersuchungen.

(6) Die PEC-Leitung sah einen Bedarf, die PE engmaschig zu begleiten, in besonderem Maße bedingt durch die Umstände der COVID-19 Pandemie und Bedarfe zur Förderung kommunikativer Kompetenzen.

Die Auswertung der quantitativen Befragung ergab ergänzend, dass PE teilweise Versorgungsbedarfe feststellten, die den HÄ nicht bekannt waren und dass die damit verbundenen Aufgaben aus Sicht der PE an sie hätten delegiert werden können. Die Häufigkeit variierte überwiegend von gelegentlich bis immer.

Als Versorgungsbedarfe wurden nicht ausreichende physiotherapeutische Maßnahmen, soziale Bedarfe, wie z.B. Optimierung der hauswirtschaftlichen Versorgung, krankheits- und altersspezifische Symptomkontrolle, Schmerzmanagement und Wundtherapie genannt.

Die mit den Bedarfen einhergehenden Tätigkeiten sahen die PE fast alle (t1 n=7 (88%), t2 n=7 (88%), t3 n=3 (75%)) in ihrem Aufgabengebiet, eine PE stimmte dem nicht zu. Die Hälfte (t1 n=4 (50%); t2 n=4 (50%)) der PE gaben an, dass die HÄ diese Tätigkeiten übernehmen könnten.

Jeweils eine PE zu t2 und t3 empfand die von den HÄ delegierten Aufgaben für die Gesundheitsversorgung als nicht notwendig. Die anderen PE unterstützten diese Aussage zu allen drei Messzeitpunkten nicht oder nur teilweise (t1 n=8 (100%); t2 n=7 (87,5%); t3 n=4 (80%).

Als Beispiele für nicht notwendige Aufgaben wurden mit jeweils einer Nennung eine vierwöchentliche Blutentnahme bei Marcumareinnahme bzw. allgemein unnötige Blutentnahmen, Vitamin-B12-Injektionen für Selbstzahler, aus Sicht der Patienten und Patientinnen unnötige Beratungen oder das Einholen einer Delegationsvereinbarung oder der unterschriebenen Kooperationsverträge, wenn die Praxis diese nicht selbst versenden konnte/wollte.

Nach Ansicht der PE hätte die Blutentnahme auch durch eine MFA erfolgen können. Nach Einschätzung einer PE wurde häufig die Vitalzeichenkontrolle oder die Kontrolle der Medikamentenadhärenz als Delegationsaufgaben gewünscht, aus Sicht der PE hätte der Fokus eher auf komplexe Probleme wie z.B. die Früherkennung einer Dekompensation der Erkrankung oder die Wundtherapie gelegt werden sollen.

(e2) Gründe für die Ausweitung der Betreuungsphase

Ursprünglich wurde die Behandlung von Patienten und Patientinnen durch PE für einen Zeitraum von sechs Monaten geplant, eine Ausweitung des Versorgungszeitraums wurde vorgenommen, wenn ein Bedarf festgestellt und Kapazitäten vorhanden waren.

PE, HÄ, Patientinnen und Patienten, Angehörige und die PEC-Leitung wurden gezielt nach Gründen für die Verlängerung der Behandlung befragt. Die Beteiligten nannten eine Vielzahl von Aspekten, die für eine dauerhafte und kontinuierliche Betreuung durch PE sprachen, anstatt den Zeitraum auf sechs Monate zu begrenzen.

Zum einen handelte es sich bei dem Großteil der Patienten und Patientinnen um ältere, gebrechliche, geriatrische Patienten und Patientinnen, die mehrheitlich über 70 Jahre alt waren. Sie wurden als chronisch krank und z.T. multimorbide beschrieben und benötigten teilweise eine palliative Versorgung.

Viele Patienten und Patientinnen waren immobil, sturzgefährdet und pflegeintensiv. Häufig wurde eine zunehmend instabile Versorgungssituation und keinerlei Unterstützung durch An- oder Zugehörige oder eines Pflegedienstes wahrgenommen. Patientinnen und Patienten befanden sich in sozial isolierten Situationen und wiesen medizinische und pflegerische Bedarfe auf, die z. T. von den Patienten selbst oder den Angehörigen bei den PE angemeldet wurden.

Ein weiterer Grund für die Weiterbehandlung war der von den zuständigen HA-Praxen weit entfernte Wohnort, insbesondere, wenn kontinuierliche Kontrolluntersuchungen notwendig waren, die Hausarztbesuche mit großem organisatorischem Aufwand für die Patienten und Patientinnen selbst verbunden waren oder HÄ keine Hausbesuche durchführten.

Es wurden verschiedene Bedarfe der Patienten und Patientinnen von den PE und PEC-Leitungen identifiziert, die zu einer Weiterbehandlung nach den sechs Monaten führten.

Sie führten an, dass die Patienten und Patientinnen eine kontinuierliche Ansprechperson benötigten, die kurzfristig erreichbar, zuverlässig und vertrauensvoll war. Es wurde ein großer Bedarf an Sicherheit und Unterstützung für die Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen identifiziert. Es wurde darüber hinaus wahrgenommen, dass Patienten und Patientinnen die PE in Anspruch nahmen, um die Versorgungssituation zu reflektieren und existenzielle Fragestellungen in diesem Zusammenhang zu besprechen. Wenn PE als etablierte und ergänzende Versorgungsstruktur wahrgenommen wurde, konnte z. B. ein Umzug in die vollstationäre Langzeitpflege verhindert werden.

Die HÄ nannten als Gründe lebenslange, dauerhafte Bedarfe, die eine kontinuierliche Betreuung und Versorgung notwendig machten, um z.B. die Selbständigkeit zu erhalten. Durch kontinuierliche Besuche durch die PE sollte zudem eine Isolation der Patienten und Patientinnen verhindert werden. Darüber hinaus wurde eine Versorgung über den Zeitraum von sechs Monaten fortgeführt, wenn noch keine vollständige Regeneration eines Akutzustandes erreicht wurde. Auch der Bedarf an Sicherheit und kontinuierlicher Unterstützung waren Gründe für die Weiterbehandlung durch die PE.

Die Patienten und Patientinnen und deren Angehörige äußerten z.T. ähnliche Gründe der Notwendigkeit der Weiterbehandlung länger als sechs Monate.

Neben der Sicherheit, der regelmäßigen Besuche vor Ort und einem anhaltenden Bedarf die Versorgungssituation und den Gesundheitszustand zu verbessern, äußerten die Angehörigen, eine kontinuierliche Unterstützung in der Versorgung der Patienten und Patientinnen zu benötigen, um dadurch Entlastung zu erfahren. Als weiterer Grund wurde benötigte, akute Unterstützung bei z.B. Schmerzen aufgeführt. Des Weiteren bestand bei Angehörigen ein anhaltender Bedarf an Informationen über die Versorgungssituation.

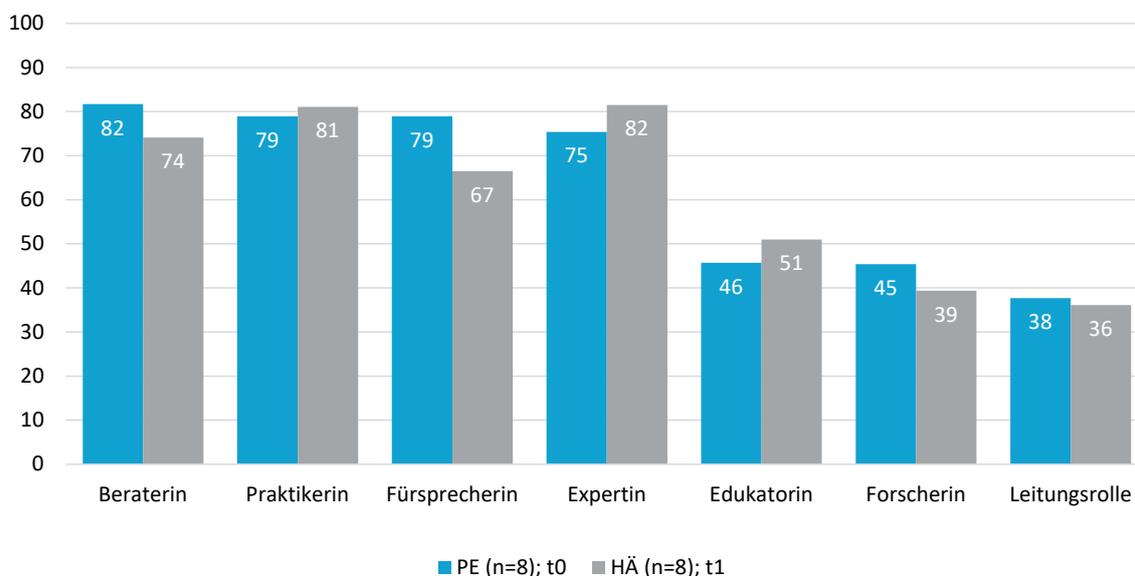
Viele Bedarfe der Patienten und Patientinnen wurden erst im Verlauf der PE-Hausbesuche sichtbar. Die Annahme von PE und PEC-Leitung war, dass zunächst eine professionelle Beziehung und Vertrauen aufgebaut werden mussten, damit Patienten und Patientinnen ihre Bedarfe entsprechend formulierten. Darüber hinaus veränderten sich über den Verlauf die Schwerpunkte der Bedarfe, so dass eine Beendigung der Betreuung nach sechs Monaten nicht dem Ziel der Stabilisierung der Versorgungssituation entsprach.

f. Wirkmechanismus: Rolle der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten

(f1) Rollenverständnis

Sowohl HÄ als auch PE sahen die PE zu t1 vornehmlich in der Rolle der Beraterin, Praktikerin, Fürsprecherin und Expertin, weniger in der Rolle der Edukatorin, Forscherin oder Leitungsrolle (Abbildung 31).

Abbildung 31: Wahrnehmung der Rollen der PE



Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Abbildung 31 / Anmerkung: Bewertung, welche Rollen mit der Tätigkeit als PE verbunden wird auf einer Skala von 1=trifft nicht zu bis 100=trifft zu; Darstellung der Werte als Mittelwert (MW).

Nach Ansicht der HÄ veränderten sich im Verlauf der Studie insbesondere die Leitungs- und die Edukatorenrollen. Diese wurden zunehmend mit den Tätigkeiten der PE verbunden: Leitungsrolle t1 36 (SD 31,5), t2 50 (SD 33,6), t3 50 (27); Edukatorenrolle t1 51 (SD 31,3), t2 72 (SD 21,8), t3 68 (SD 20,3).

PE gaben mehrheitlich an, zu wissen, wie sie ihre Rolle Patientinnen und Patienten, Angehörigen und HÄ erklären konnten, wie sie Schnittstellen zu anderen Rollen wie z.B. zu ärztlichen oder anderen pflegerischen Rollen beschreiben konnten und wie sie sich von weitergebildeten MFA (VERÄh, NÄPa) abgrenzten. Fünf der neun PE (56%) konnten die Rolle zu t0 noch nicht von anderen Rollen unterscheiden und abgrenzen.

Vier der fünf PE zu t3 empfanden ihre Tätigkeiten als unabhängigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dies bestätigten die HÄ teilweise bis vollständig.

Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung ergaben, dass die Ausgestaltung der Rolle und das Verständnis über die Rolle sich innerhalb der Projektlaufzeit bei den PE entwickelte. Es gab Hinweise, dass die PE ihre Rolle in Teilen sehr individuell ausgestalteten, abhängig davon, wo sie ihre eigenen Stärken sahen.

Die Auswertung der Interviews zeigte auch, dass das Verständnis der Rolle sowohl bei den PE als auch bei HÄ, MFA und Patientinnen und Patienten/Angehörigen unterschiedlich war. Einige HÄ verglichen PE teilweise mit (weitergebildeten) MFA und sahen keinen Unterschied zwischen dem Personal in ihrer Praxis und den PE. Einige HÄ beschrieben die PE als fachlich

versierter und hoben das Studium, fundiertes Wissen und mehr Kompetenzen als Unterscheidungsmerkmal – auch zu anderen Pflegenden – hervor. PE konnten aus Sicht der HÄ besser beurteilen, wann z.B. HÄ gebraucht werden oder eine Krankenseinweisung notwendig ist.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten gab es in Bezug auf die Tätigkeiten keine großen Unterschiede zwischen HÄ und PE. Angemerkt wurde aber, dass PE keine Entscheidungen bezüglich der medizinischen Diagnostik und Therapie treffen konnten. Oft wurde als Unterscheidungsmerkmal die Dauer der Hausbesuche und die Zeit, die PE sich für die Versorgung und Untersuchung genommen haben, genannt. Dies wurde teilweise als Argument für eine bessere Versorgung formuliert. Auch die gute Erreichbarkeit im Gegensatz zum HÄ/zur HA-Praxis unterschied die Versorgung durch PE.

Mit den PE konnten Patientinnen und Patienten andere Gespräche führen oder anders mit ihnen sprechen. HÄ merkten diesbezüglich an, dass PE auch die menschliche Betreuung übernahmen und mehr Nähe zu den Patientinnen und Patienten hatten. Des Weiteren wurde aufgeführt, dass PE einen weiteren Blick hatten, der das häusliche und soziale Umfeld mit einschloß.

HÄ sahen die Rolle des PE vor allem in der Erfüllung der ärztlich delegierten Tätigkeiten. Sie erkannten an, dass PE in der Lage waren, die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten zu erfassen und auf fachlich hohem Niveau arbeiteten.

(f2) Handlungsautonomie

Mehr als die Hälfte der PE (n=5 (56%) von n=9) sahen zu t0 kein hohes Maß an Handlungsautonomie. Dies änderte sich im Verlauf leicht, zu t3 gaben vier von fünf PE an, ein hohes Maß an Handlungsautonomie zu haben. PE fühlten sich in ihrer Handlungsautonomie vor allem dadurch eingeschränkt, dass sie auf Rückmeldungen durch HÄ hinsichtlich ihrer Empfehlungen angewiesen waren, um weiter handeln zu können.

Zu allen Erhebungszeitpunkten traf für alle PE die Aussage zu, innerhalb ihres Kompetenzbereichs eigenständig Entscheidungen treffen zu können. Als Beispiele für eigenständige Entscheidungen wurden (1) Entscheidungen über Beratungsbedarf, Schulung und Anleitung, Symptommanagement (2) über die Erstellung des Versorgungsplanes, (2) Netzwerkarbeit, und (4) Entscheidungen über Wundtherapie, EKG, Erstmaßnahmen, Blutentnahmen genannt.

Alle PE (n=5) gaben zu t3 an, dass sie gerne mehr Verantwortung in der Versorgung der Patientinnen und Patienten übernommen hätten.

Die Auswertung der Interviews bestätigte, dass PE gern mehr Verantwortung übernommen hätten. Dies nicht nur aus dem Selbstverständnis der Rolle heraus, sondern auch im Sinne einer verbesserten Versorgung der Patientinnen und Patienten, wenn z. B. Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel notwendig waren. Hier hätten PE gern selbständiger agiert und sahen sich im Hinblick auf ihre Kompetenzen dazu auch in der Lage.

In Bezug auf die Handlungsautonomie konnten PE ihren Bereich abgrenzen und gaben an, bei Unsicherheiten und Notfällen HÄ zu informieren.

HÄ äußerten sich hinsichtlich der Zuschreibung von mehr Handlungsautonomie mehrheitlich verhalten.

Insgesamt fehlte es vielen HÄ an Kenntnissen über die Qualifikationen von Pflegefachpersonen. So war einigen nicht bekannt, dass es vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachpersonen gibt und dass pflegerische Tätigkeiten nicht von ihnen delegiert werden mussten. Auch wenn einige feststellten, dass PE z.T. dieselben Tätigkeiten durchführen wie HÄ, betonten sie, dass

die Verantwortung und letzten Entscheidungen für die Behandlung der Patientinnen und Patienten bei ihnen läge.

(f3) Rollenakzeptanz

Von den Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen wurde der Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung zu allen Messzeitpunkten aus Sicht der PE und HÄ wertgeschätzt.

Andere Pflegende außerhalb des PEC und HÄ baten PE unterschiedlich häufig um eine patientenbezogene Einschätzung, die Häufigkeit reichte von 3-4mal wöchentlich bis niemals.

Die Häufigkeit der Anfragen um Rat bezüglich gesundheitsbezogener Themen von Seiten der Patienten und Patientinnen außerhalb der regelhaften Besuche kam von einmal in der Woche bis einmal alle drei Monate vor.

Beispielsweise benötigten die Patienten und Patientinnen Hilfestellung bei organisatorischen Problemen wie die Beantragung von Pflegegeld, das Verfassen von Patientenverfügungen und die Organisation von Arztbefunden/-briefen. Hinzu kamen Medikamenten- und Schmerzmanagement oder andere pflegerische Fragen, wenn HÄ keine Zeit hatten.

PE stellten fest, dass die Akzeptanz ihrer Rolle im Projektverlauf wuchs, insbesondere in der Zusammenarbeit mit HÄ.

6.1.2.7. Ergebnisparameter der Prozessevaluation

a. Ergebnisparameter: Rollen- und Kompetenzentwicklung

Laut den Befragungen fühlten sich die PE im Verlauf der Studie sicher darin, individuelle Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ermitteln zu können und die Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen dabei einzubeziehen. Sie konnten die Patientinnen und Patienten auf Basis von pflegfachlichem Wissen informieren und beraten und entsprechende Versorgungspläne erstellen.

Grundsätzlich fühlten sich die PE sicher in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten/ggfls. Angehörigen in Bezug auf das Symptommanagement, die Bewältigung des Alltags und über Themen wie Sorgen, Verluste, Niedergeschlagenheit, Wut und Trauer. Jeweils zwei PE gaben zu t1, t2 und t3 hinsichtlich der Kommunikation mit HÄ in Bezug auf das Symptommanagement an, dass diese Aussage teils-teils zutreffend war.

Im Verlauf von t1 bis t3 verbesserten sich die Kompetenzen, wissenschaftliche Studien in Datenbanken zu recherchieren und Schlussfolgerungen für die klinische Praxis abzuleiten. Zu t1 fühlten sie sich alle (n=8) teilweise oder eher dazu in der Lage, zu t3 fühlten sich alle (n=5) sicher, Fachliteratur für die Praxis nutzen zu können.

Tendenziell fühlten sich die PE im Verlauf der Studie in ihrer Rolle immer sicherer. Auf einer Skala von 0=sehr unsicher bis 100=sehr sicher ergab sich zu t1 (n=8) ein Mittelwert von 68,75 (SD 15,97) und zu t2 (n=8) ein Wert von 77 (SD 9,62). Zu t3 (n=5) erhöhte sich der Mittelwert nochmals leicht auf 79,2 (SD 22,62).

Auf der Grundlage der Auswertungsergebnisse wurde zur Einschätzung, inwieweit PE des *HandinHand* Projekts den Anforderungen der erweiterten Pflegepraxis im Sinne des Advanced Nursing Practice (ANP) entsprechen, ein Abgleich vorgenommen, der die Kriterien und Kompetenzen den ANP Anforderungen gegenüberstellt (Tabelle 40). Demnach näherten sich die PE bereits in vielen Aspekten der ANP an.

Tabelle 40: Gegenüberstellung ANP Kriterien nach Hamric (LIT 11) und HandinHand-PE

ANP	HIH PE	ZENTRALE ERGEBNISSE
PRIMÄRKRITERIEN		
AUSBILDUNG AUF MASTERNIVEAU	-	Bachelor während des Projekts; projektspezifische Fortbildungen
ZERTIFIZIERUNG	-	
FOKUSSIERUNG DER TÄTIGKEIT AUF PAT./FAMILIE	✓	Zielgruppe chronisch, kranke Menschen über 60 in der Häuslichkeit
ZENTRALE KOMPETENZ		
DIREKTE KLINISCHE PRAXIS	(✓)	PE führen vertiefte Assessments durch, ermitteln Probleme, leiten Ziele ab, erstellen Versorgungspläne, leiten pflegerische Interventionen ab, evaluieren und adaptieren; Weitere APN Merkmale: Ganzheitlichen Perspektive und Entwicklung einer therapeutischen Beziehung Fehlende Kompetenzen aufgrund fehlender Qualifizierung, Studium nicht passend; Qualifikationen (formale/nicht formale) abhängig vom bisherigen beruflichen Weg; eingeschränkte Handlungsautonomie in den Bereichen Verordnung von Therapien, Verordnung von Hilfsmitteln, Änderung der Medikation, Behandlung leichter Verletzungen, Wundversorgung
KERNKOMPETENZEN		
FÄHIGKEIT, BERATUNG DURCHFÜHREN (CONSULTATION)	(✓)	Beratung von Patient*innen, Angehörigen, mit dem Ziel das Selbst- und Symptommanagement zu fördern und zu stärken; wenig Beratung von Pflegefachpersonen; kaum Beratung von HÄ
COACHING- UND FÜHRUNGSQUALITÄTEN (GUIDANCE AND COACHING)	(✓)	Anleitung und Schulung von Pat. Und Angehörigen; hohe Handlungsautonomie, Expertise z.T. individuell von PE abhängig, breites Wissensspektrum notwendig
FORSCHUNGSFERTIGKEITEN (EVIDENCE-BASED PRACTICE)	((✓))	Erstellung von leitlinien-basierten SOP, Beteiligung am Forschungsprojekt; wenig Hinweise auf eigene Ideen/Ansätze/Notwendigkeiten von Forschungstätigkeiten über die projektbezogenen Tätigkeiten; Forschungsfertigkeiten im Studium erst erlernt
KLINISCHES UND BERUFSPOLITISCHE FÜHRUNGSQUALITÄTEN (LEADERSHIP)	((✓))	PE sehen sich wenig in der Rolle und haben wenig Gelegenheiten, in dieser Rolle zu agieren; tun dies z.T. im Rahmen der Wundversorgung (fachliche Führung); Definition der Leitungsrolle evtl. nicht klar
TEAMFÄHIGKEIT (COLLABORATION)	(✓)	Zusammenarbeit mit Pat./Angehörigen gelingt gut, Kommunikation der Beobachtungen etc. mit HÄ und anderen Versorgenden Teil der tägl. Arbeit; hinderliche Faktoren: fehlende Rückmeldungen, schlechte Erreichbarkeit von HÄ, fehlende Akzeptanz der Rolle, fehlende etablierte Strukturen des Austausches
FÄHIGKEIT, ETHISCHE ENTSCHEIDUNGEN ZU TREFFEN (ETHICAL DECISION MAKING)	(✓)	Komplexe Entscheidungen werden im Team bzw. mit Leitung besprochen; wird als (benötigte) Kompetenz nicht benannt, anhand der case reports/narrative lässt sich erkennen, dass PE damit konfrontiert sind und Lösungen finden

Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle 33 / Anmerkung: –/✓ Kriterium nicht erfüllt/erfüllt; (✓) Kriterium weit möglichst erfüllt; ((✓)) Kriterium vereinzelt/in Ansätzen erfüllt.

b. Ergebnisparameter: Erleben der Beteiligten

HÄ und PE wurden befragt, was die wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der PE für Patientinnen und Angehörige waren.

Als besonders wichtige Ergebnisse wurden u.a. folgende Aspekte benannt:

- Sicherheit für Patientinnen und Patienten
- Verbesserung der Versorgungssituation und Versorgungssicherheit durch kontinuierliche und regelmäßige Versorgung
- zusätzlicher, erreichbarer, zuverlässiger Ansprechpartner für Patienten und Patientinnen/Angehörige
- Vertrauensperson und Gesprächspartner für Patientinnen und Patienten
- Vermeidung von Krankenhaus-Aufenthalten und Umzug ins Pflegeheim

- Schaffung eines Versorgungsnetzwerks
- Entlastung für Angehörige.

(b1) Erleben der HÄ

Zu t3 wurden die teilnehmenden HÄ befragt, ob sie in ihrer Arbeit als HÄ entlastet wurden.

Alle Befragten (n=17) stimmten dieser Aussage zu. Die Entlastung fand statt, indem Hausbesuche übernommen wurden und Patientinnen und Patienten, insbesondere mit chronischen Erkrankungen regelmäßig gesehen wurden, delegierte Tätigkeiten wie Blutentnahmen oder EKGs durchgeführt werden konnten und Untersuchungsbefunde erhoben wurden.

Es wurde ergänzend geäußert, dass es ein gutes Gefühl sei, wenn chronisch kranke Patientinnen und Patienten in sicheren Händen seien und eine Beruhigung, über gewisse Patientinnen und Patienten Bescheid zu wissen, ohne selbst anwesend sein zu müssen. Es wurde auch angegeben, dass die Sicherheit, die PE den Patientinnen und Patienten gaben, zu einer Reduzierung des zeitlichen Aufwands der HÄ geführt hatte.

(b2) Erleben der PE

Der Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten wurde aus der Perspektive der PE nur teilweise wertgeschätzt, ein/eine PE empfand keine Wertschätzung und eine/einer nur teilweise.

Die Belastung in der Rolle als PE variierte zu t3 sehr stark.

Auf einer Skala von 0 = gar nicht belastet bis 100 sehr belastet gaben die PE im Mittel 55 (SD 28,7) an. Der Median lag bei 70 (Min: 7; Max: 75).

Als Gründe wurden mit jeweils einer Nennung die nicht klar definierte Rolle der PE gegenüber den HÄ, mangelnde Zusammenarbeit und Kommunikation, fehlende Autonomie und schlechte Erreichbarkeit der HÄ, mangelnde Vertretungsregelungen im Falle von Urlaub oder Krankheit, hoher Gesprächsbedarf auf Seiten der Patientinnen und Patienten sowie ein hoher Zeitaufwand für die Dokumentation genannt.

(b3) Erleben der Patientinnen und Patienten und Angehörigen

Durch das RWI wurden Patientinnen und Patienten nach drei (t1) und sechs Monaten (t2) zu ihren Hausarztkontakten, zur medizinischen Versorgungssituation sowie zum Erleben und Zufriedenheit mit der Versorgung befragt.

Der Gesamtrücklauf betrug 250 Fragebögen, dabei nahmen zu t1 n = 121 und zu t2 n = 51 Patientinnen und Patienten teil, n = 57 ließen sich zu keinem Zeitpunkt zuordnen.

Insgesamt gaben 70 % an, seltener Kontakt zu ihren HÄ zu haben und 71 %, dass sich ihre medizinische Versorgungssituation durch die Besuche der PE verbessert hatte. Die Zufriedenheit wurde anhand einer Skala von 0-10 ermittelt. Für die Frage nach der Versorgung durch die PE insgesamt ergab sich ein Mittelwert von 9,4 (SD 1,1; n=241). Bei der Frage nach der Betreuung durch die PE im Alltag lag der Durchschnitt bei 9,14 (SD 1,34; n=230). Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung durch die PE zeigte sich mit einem Mittelwert von 9,09 (SD 1,30; n=232) ebenfalls eine hohe Zufriedenheit. Der Wert für die Zufriedenheit allgemein mit der medizinischen Versorgung war mit 8,79 (SD 1,40; n=247) ebenfalls hoch.

83 % der Teilnehmenden gaben an, dass ihnen an der Versorgung besonders gut gefiel, dass sie mit der PE über ihre Probleme sprechen konnten. 80 % gefiel besonders gut, dass sie sich

die Besuche beim HA ersparten und 75%, dass sie regelmäßig zu Fragen ihrer Gesundheit beraten wurden. 63 % fühlten sich durch die regelmäßige Anwesenheit der PE sicherer und 56 % freuten sich über zusätzlich Gesellschaft.

Die Auswertungsergebnisse der qualitativen Erhebungen bestätigten diese Ergebnisse und die hohe Zufriedenheit mit den PE.

Patientinnen und Patienten erwähnten, dass vor allem die Zeit, die sich PE nahmen, wertschätzten und sie das Gefühl bekamen, nicht allein zu sein. Die Regelmäßigkeit der Besuche und die Möglichkeit, alles mit den PE besprechen zu können wurde ebenfalls als positiv bewertet.

Insbesondere in den letzten Interviews mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen, aber auch mit HÄ, wurde deutlich gemacht, dass alle Beteiligten es sehr bedauerten, dass die Versorgung durch die PE endete.

6.1.2.8. Spezielle Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Intervention der Beteiligten an den Datenerhebungen im Rahmen der Prozessevaluation

Grundsätzlich befürwortete die große Mehrheit der befragten Beteiligten die neue Versorgungsform und wünschte sich eine (nahtlose) Fortführung.

Ein Großteil der interviewten Personen hatte eine Teilnahme am Projekt Bekannten, Freundinnen und Freunden, anderen HÄ sowie Kolleginnen und Kollegen in anderen Gesundheitsinstitutionen und Netzwerkpartnern weiterempfohlen.

Die neue Versorgungsform sei unter anderem deshalb wichtig, Belastungen und Überlastungen der Berufsgruppen in der Primärversorgung zu vermeiden.

a. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Intervention

Empfohlen wurde, dass die neue Versorgungsform PE ermöglicht, unabhängig von HÄ und selbständig Leistungen anbieten zu können.

Bei der Begleitung von Patientinnen und Patienten sollte im Sinne der Bezugspflege eine PE/ein festes PE-Team für einen festen Stamm von Patientinnen und Patienten zuständig sein. Dabei wurde das Kriterium der Kontinuität gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen als bedeutsam erachtet. Ebenso wurde die Zuständigkeit einer bestimmten PE für eine HA-Praxis empfohlen.

Empfohlen wurde, über die Möglichkeit nachzudenken, eine Rufbereitschaft der PE/des PEC einzurichten, um auch am Wochenende PE bei Gesundheitsfragen kontaktieren zu können.

Empfohlen wurde, die Intervention nicht auf sechs Monate zu begrenzen, um den längerfristigen Bedarfen der Zielgruppen gerecht zu. Dabei sollte die Frequenz der Besuche an die Bedarfe der Zielgruppe bzw. individuell angepasst werden.

Empfohlen wurde, insbesondere alleinlebende Personen bzw. Personen ohne An- und Zugehörige in ländlichen Regionen in den Fokus zu nehmen sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen, die jünger als 60 Jahre (30 – 50jährige) sind. Bei letztgenannter Zielgruppe war die Annahme, dass diese jüngeren Patienten Inhalte von Beratungen im Sinne des Selbst- und Symptommanagements besser umsetzen (können).

b. Empfehlungen zur Rolle der PE

Es wurde die Weiterentwicklung des Pflegeberufs, vornehmlich der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen und ihres Aufgabengebiets, empfohlen.

Als Mindest-Qualifikation für PE sollte ein Bachelorabschluss angestrebt werden. Darüber hinaus sollte sich die neue Versorgungsform und die damit verbundene Rollenausrichtung der PE an bestehende internationale Modelle anlehnen. Hierfür sei eine Schärfung der Rolle im Sinne der Advanced Nursing Practice (ANP) und der damit verbundenen Kompetenzen notwendig.

Gleichfalls wurde eine Abgrenzung zu anderen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten Tätigen wie z.B. Pflegehilfspersonen, nicht-akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen sowie zur Laienpflege empfohlen.

Es wurde vorgeschlagen, das Tätigkeitsfeld im Sinne des Community Health nursings zu entwickeln. Hierzu passte auch der Hinweis, dass möglichst hochqualifizierte PE mit breitem Kompetenzspektrum eingesetzt werden sollten.

Insgesamt wurde von vielen Beteiligten eine klare Definition der Rolle inklusive der Aufgabendefinition der PE in einem multidisziplinären und -professionellen Team empfohlen, dabei wurden bereits bestimmte Tätigkeiten/Tätigkeitsfelder der PE benannt, die sich besonders eignen, von ihnen übernommen zu werden (z.B. Wundversorgung, Impfungen).

Ebenfalls wurde empfohlen die klinischen Kompetenzen von PE auszuweiten, zu verbessern und gezielt weiterzuentwickeln.

Die Inhalte eines Studiums sollten passend(er) für das Handlungsfeld gestaltet werden und ergänzend Qualifizierungsmaßnahmen gemeinsam mit HÄ gestaltet werden. Mögliche Schulungs-/Fort- und Weiterbildungsthemen, die genannt wurden, waren Kommunikationstraining (gemeinsam mit anderen Berufsgruppen), Umgang mit herausfordernden und psychisch kranken Menschen und Krisenmanagement.

Es wurde angeregt, dass die Handlungsautonomie von PE ausgeweitet wird, in dem sie eigenverantwortlich Hilfsmittel verordnen können.

Die Themen Substitution und Delegation wurden jedoch unterschiedlich bewertet. Während einige Befragte mehr Entscheidungskompetenzen durch Substitution für förderlich hielten, plädierten andere dafür, das gelebte Modell der Delegation aufrecht zu halten bei Ausweitung der ärztlich delegierten Tätigkeiten.

Zusätzlich wurde geäußert, dass ärztliche Aufgaben von HÄ aufgrund des erhöhten Versorgungsbedarfs vermehrt den akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen übertragen werden sollten, ohne näher zu beschreiben, welches Modell bevorzugt würde, und dass PE eigenständig heilkundliche Aufgaben übernehmen sollten. Grundsätzlich sollte das Thema der Handlungsautonomie auf politischer Ebene verstärkt vorangetrieben werden.

Zur individuellen Förderung und Entwicklung der Rolle wurde als Maßnahme interkollegiale Beratung und Begleitung durch Vorgesetzte vorgeschlagen.

Um in der Rolle der PE möglichst ein hohes Maß an Akzeptanz und Vertrauen zu erfahren, sollten PE angemessen (nicht näher spezifiziert) Berufs- bzw. Lebenserfahrung vorweisen können. Zudem sollten sie über ein hohes Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein sowie ausgeprägte kommunikative Kompetenzen verfügen.

PE empfanden Rückmeldungen von Praktikantinnen und Praktikanten, die die PE begleiteten, als wertvoll und regten an, Praktikumsplätze zukünftig mitzudenken, damit tätige PE als Rollenvorbilder fungieren können.

PE sollten ein attraktives (nicht näher spezifiziertes) Gehalt bekommen bzw. entsprechend ihres akademischen Grades tariflich eingruppiert werden.

c. Empfehlungen zur Struktur des PEC

Dringend empfohlen wurde ein Patienten-Dokumentationssystem, das den Anforderungen der Versorgung durch PE in ländlichen Regionen entspricht. Insbesondere sollte das System offline verfügbar sein und so aufgebaut werden, dass PE direkt einen Überblick über die wesentlichen Informationen erhalten. Bei Problemen mit dem System sollte eine gute Erreichbarkeit einer Hotline o.ä. sichergestellt werden.

Die Ausstattung der PE sollte ergänzt werden mit einem Notfallkoffer, der einen Ambubeutel und Beatmungshilfen enthält.

Für die Regelversorgung sollte zudem überlegt werden, inwiefern Laborgeräte z.B. zur Bestimmung des Quickwertes oder Hb-Wertes zur Verfügung gestellt werden könnten.

Bei der Gestaltung oder Auswahl von Räumlichkeiten für ein PEC sollte es einen Lagerraum, insgesamt mehr Material sowie Umkleidemöglichkeiten incl. Unterbringungsmöglichkeiten persönlicher Gegenstände geben.

Für einige Tätigkeiten innerhalb des PEC (z.B. das Ausfüllen der Materiallager) sollte über weiteres Personal nachgedacht werden, das nicht auf Bachelor- oder Masterniveau qualifiziert sein müsste.

Bei der Etablierung eines PEC wurde empfohlen, darauf zu achten, dass ein gutes Qualitätsmanagementsystem implementiert sowie ein wertschätzender Umgang untereinander gepflegt wird und Mitarbeiterführung auf Augenhöhe geschieht.

d. Empfehlungen zur Implementierung

Es wurde geäußert, dass HA-Praxen ausreichend Zeit zur Auseinandersetzung mit der neuen Versorgungsform brauchen, um diese im Praxisalltag integrieren zu können.

HÄ sollten andere an der Versorgung beteiligte Personen über die Versorgungsform informieren.

Die neue Versorgungsform sollte in bereits bestehende Strukturen integriert werden, denkbar sei die Anknüpfung des PEC an eine Sozialstation oder an Primärversorgungseinrichtungen mit bereits bestehenden multidisziplinären Teams.

Die Implementierung der neuen Versorgungsform wurde von den befragten Beteiligten insbesondere im ländlichen Raum empfohlen.

e. Empfehlungen zu gesetzlichen Rahmenbedingungen

Gefordert wurde, dass gesetzliche Hürden und Finanzierungshürden überwunden werden müssten bzw. entsprechende Änderungen in der Sozialgesetzgebung vorzunehmen seien, um eine Restrukturierung im Gesundheitswesen und eine Neuverteilung der Aufgaben zu schaffen.

Empfohlen wurde einerseits eine gesetzliche Verortung anknüpfend an § 64d SGB V, andere Befragte plädierten für die Weiterführung der Versorgungsform gemäß § 140a SGB V.

f. Empfehlungen zur Kooperation und Zusammenarbeit

Es wurde die Erarbeitung gemeinsamer, d.h. berufsgruppenübergreifender Behandlungskonzepte für Patienten und Patientinnen empfohlen. Zudem sollten keine doppelten Versorgungsstrukturen geschaffen werden.

Zu Verbesserung der Zusammenarbeit wurde dafür plädiert, dass PE und HÄ wenn möglich direkt miteinander kommunizieren (statt über andere Mitarbeitende/Kolleginnen des PEC bzw. die MFA).

In diesem Zusammenhang wurde eine gemeinsam nutzbare Kommunikations-App für PE und HÄ vorgeschlagen. Von Bedeutung war, dass es ein einheitliches gemeinsames Dokumentationsystem für alle an der Versorgung Beteiligten gäbe oder die Integration der Elemente, die für die neue Versorgungsform gebraucht würden, in bestehende Dokumentationsstrukturen.

6.1.2.9. Förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung in die Regelversorgung

a. Hinderliche Faktoren

Als hinderlich wurden die bestehenden Strukturen genannt, die einer Überführung in die Regelversorgung entgegenstehen würden. Dazu gehörten auch die unklaren Möglichkeiten der Finanzierung eines PEC. Pflegefachpersonen hätten keine Möglichkeit, Leistungen, die zum Aufgabenprofil einer PE gehören, selbstständig abzurechnen. In diesem Zusammenhang wurde als erschwerender Faktor benannt, dass eine angemessene Finanzierung für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen nicht geklärt sei.

Als weiterer hinderlichen Aspekt wurde die fehlende Rollenklarheit der PE benannt. Wenn die Aufgaben der PE in Abgrenzung zu anderen Pflgenden und weitergebildeten MFA nicht klar definiert seien, würde die Anerkennung der PE als Ergänzung im Versorgungssystem von an der Versorgung Beteiligten und Patientinnen und Patienten nur schwer zu erreichen sein. Dies wurde auch vor dem Hintergrund benannt, dass bei fehlender Rollenklarheit PE als Konkurrenz wahrgenommen werden könnten.

Die Berufsgruppe der Pflgenden als solche wurde als hinderlich betrachtet, weil sie sich in Fragen der Akademisierung und Weiterentwicklung des Berufsbildes als sehr heterogen zeige und es Vorbehalte gegenüber erweiterten Rollen gäbe.

Ebenso würde der Implementierung in die Regelversorgung die berufsständischen Vertretungen der HÄ entgegenstehen. Hier wurde wahrgenommen, dass diese die Weiterentwicklung und damit auch die Emanzipation des Pflegeberufs sehr kritisch betrachten würden. Auf Bachelor- oder Masterniveau qualifizierte Pflegefachpersonen würden als Konkurrenz betrachtet und eine Einrichtung wie das PEC sei nicht gewollt.

Hinderlich für die Implementierung in die Regelversorgung wäre auch, wenn nach der Durchführung des Projekts kein Mehrwert für Patientinnen und Patienten dargestellt werden könnte.

b. Förderliche Faktoren

Als förderliche Faktoren wurden die bestehenden Versorgungsbedarfe aufgrund der zunehmenden Anzahl an Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie die abnehmende Anzahl an HÄ in ländlichen Regionen genannt. Dabei könnten existierende Modelle aus dem Ausland als Vorbild dienen.

Hilfreich für die Implementierung seien engagierte Personen und Institutionen, die aus der Pflege kämen und dabei von Ärztinnen und Ärzten sowie der Politik unterstützt würden.

In diesem Zusammenhang wurden gesetzliche Rahmenbedingung als Grundvoraussetzung benannt, die die Aufgabenverteilung und Verantwortung regeln und haftungsrechtliche Fragen klären.

Für eine erfolgreiche Implementierung sollte ein regelhafter, standardisierter, digitaler Austausch etabliert werden, der alle Versorgenden über die Sektorengrenzen hinaus einbindet

und die Patientin/den Patienten in den Mittelpunkt stellt. Gesetzliche Voraussetzungen, aber auch technische Infrastruktur, müssten dafür vorhanden sein.

Wenn mit dem Ende des Projektes eine bessere Versorgung nachgewiesen werden könnte und die neue Versorgungsform zu einer Entlastung der HÄ durch die PE führen würde, würde dies als förderlicher Faktor betrachtet.

Befragte hielten es in diesem Zusammenhang für förderlich, wenn auf der Grundlage der Ergebnisse ein Diskurs in der Gesellschaft über Versorgungsformen vorangetrieben würde.

Gleichzeitig bräuchte es politische Unterstützung. Politische Lobbyarbeit sollte deshalb von Unterstützenden der neuen Versorgungsform betrieben werden.

Für eine Implementierung in die Regelversorgung sei Offenheit für Veränderungen durch die neue Versorgungsform notwendig. Es brauche zudem eine gute Öffentlichkeitsarbeit, um die Versorgungsform bekannt zu machen, damit diese von allen Patienten und Patientinnen mit entsprechenden Bedarfen genutzt werden könnte.

6.1.3. Kostenevaluation

6.1.3.1. Datenbasis

Für die Kostenevaluation in Form der eingeschränkten Kosten-Nutzen-Analyse nutzten die Evaluatoren zum einen Routinedaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Hier konnten sie im ersten Schritt die Entwicklung der Kosten für Krankenhausaufenthalte sowie hausärztliche Leistungen in der Praxis und im Rahmen von Hausbesuchen über die Zeit für die Behandlungsgruppe analysieren. Im nächsten Schritt konnten dann die Behandlungskosten der Behandlungs- und der Kontrollgruppe identifiziert werden.

Zum anderen nutzten die Evaluatoren Angaben zu den im Projekt angefallenen Kosten der PE-Versorgung, um die Zusatzkosten der NVF, die über die Regelversorgung hinausgehen, abzubilden.

Diese Kostenpositionen wurden dann gegenübergestellt. Mit Hilfe der Ergebnisse der Effektevaluation wurde abschließend das Einsparungspotenzial ermittelt.

6.1.3.2. Ergebnisse der Kostenevaluation, Übersicht Primärziele

Wie in den Abbildungen 32, 33 und 34 dargestellt, stiegen die mittleren Kosten der Interventionsgruppe für alle Kosten, die in Verbindung zu den Primärzielen standen, zwischen Vor-Periode und Treatment-Periode an. Die Kosten stiegen zwischen 11% und 38% Prozent an.

6.1.3.3. Hausärztliche Versorgung in der Praxis

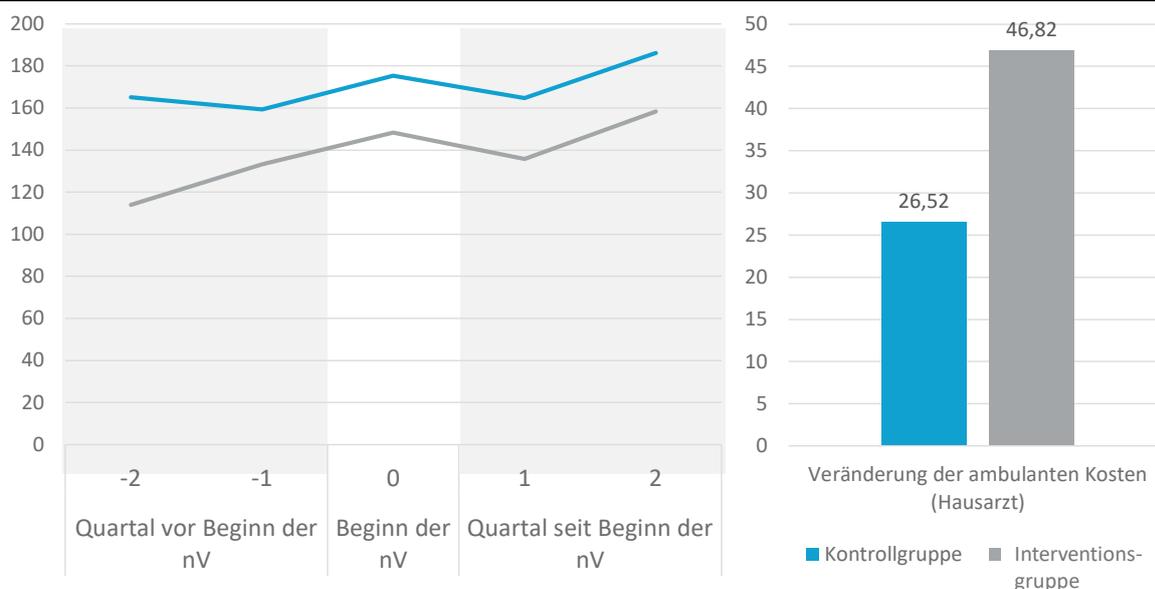
Es wurde der Zeitraum zwei Quartale vor bis zwei Quartale nach Start der Intervention betrachtet. In diesem Zeitraum stiegen die Kosten für hausärztliche Leistungen in der Praxis der Hausärztin bzw. des Hausarztes für die Interventions- als auch die Kontrollgruppe kontinuierlich an, wobei die durchschnittlichen Kosten der Interventionsgruppe durchweg unter denen der Kontrollgruppe lagen.

Im Durchschnitt fielen für die Interventionsgruppe in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn 46,82 € mehr Kosten an als in den zwei Quartalen vor Interventionsbeginn.

Für die Kontrollgruppe fielen im gleichen Zeitraum durchschnittlich 26,52 € mehr an. Der Kostenanstieg für die Interventionsgruppe übertraf den für die Kontrollgruppe um 20,30 €.

Die Evaluatoren merkten an, dass die Differenz der Kostenänderungen, ausgewertet mittels Zweistichproben-t-Test, statistisch nicht signifikant sei.

Abbildung 32: Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (in der Praxis)



Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Abbildung 32 / Anmerkung: P-Wert der Differenz nach Zweistichproben-t-Test: 0,31; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

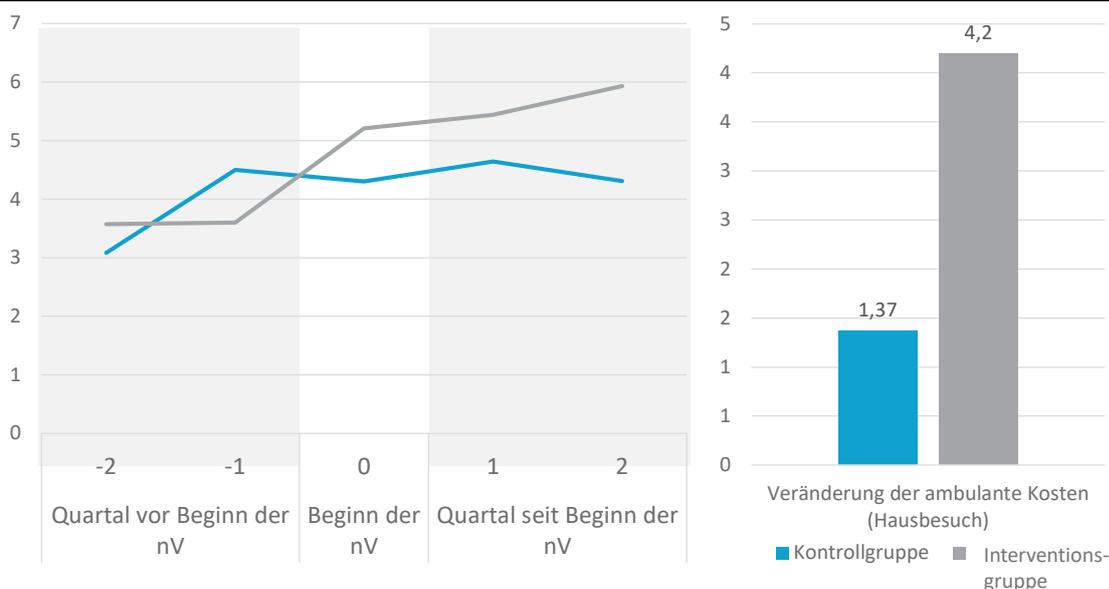
6.1.3.4. Hausbesuche durch den Hausarzt

Für hausärztliche Leistungen im Rahmen von Hausbesuchen stiegen die Kosten für die Interventionsgruppe kontinuierlich an, für die Kontrollgruppe blieben sie deutlich stabiler. Insgesamt stiegen die Kosten für die Interventionsgruppe in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn im Vergleich zu den zwei Quartalen vor Interventionsbeginn im Durchschnitt um 4,20 €. In der Kontrollgruppe betrug der Kostenanstieg durchschnittlich 1,37 €.

Die Mehrkosten für Hausbesuche der Interventionsgruppe lagen somit 2,83 € über denen der Kontrollgruppe.

Dieser Wert war auch laut Zweistichproben-t-Test statistisch signifikant.

Abbildung 33: Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (Hausbesuche)



Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Abbildung 33 / Anmerkung: P-Wert der Differenz nach Zweistichproben-t-Test: 0,02; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

6.1.3.5. Krankenhausaufenthalte

Für Krankenhausaufenthalte entwickelten sich die Kosten nach Interventionsbeginn für die beiden Gruppen ähnlich, wobei das Kostenlevel der Interventionsgruppe über dem der Kontrollgruppe lag.

Vor Beginn der Intervention stiegen die Kosten für die Interventionsgruppe allerdings deutlich an, die Kosten für die Kontrollgruppe blieben nahezu stabil.

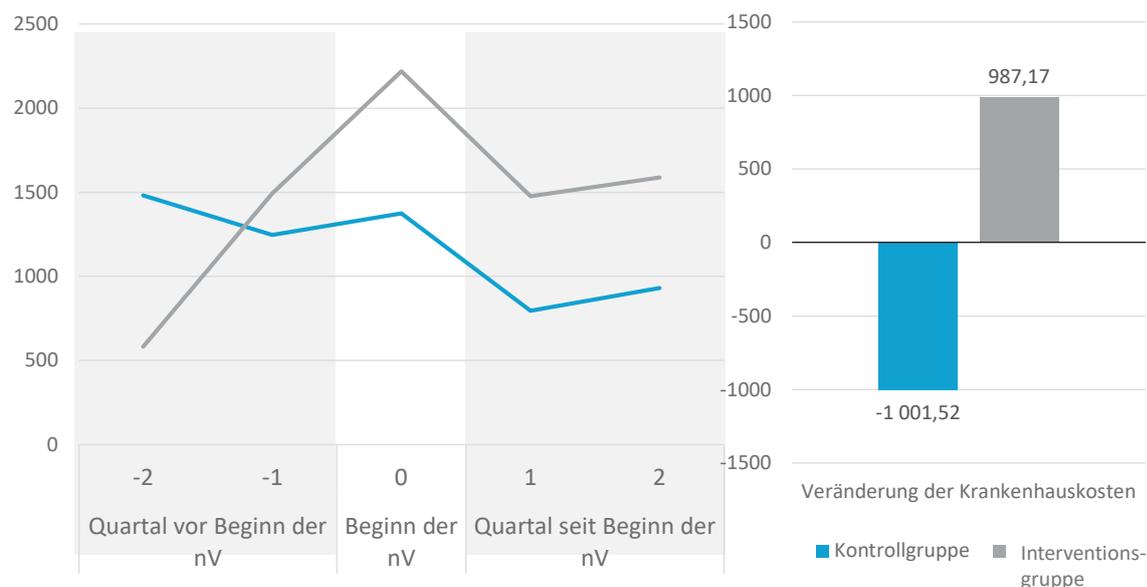
Im Durchschnitt fielen in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn für die Interventionsgruppe 987,17 € mehr an als in den zwei Quartalen vor Interventionsbeginn an.

Für die Kontrollgruppe fielen im gleichen Zeitraum durchschnittlich 1.001,52 € weniger an als vor Interventionsbeginn.

Die Kostenzunahme für die Interventionsgruppe überstieg die Kostenzunahme für die Kontrollgruppe damit um 1.988,69 €.

Die war laut Zweistichproben-t-Test auch statistisch signifikant.

Abbildung 34: Kosten für die stationäre Versorgung



Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Abbildung 34 / Anmerkung: P-Wert der Differenz nach Zweistichproben-t-Test: 0,01; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

6.1.3.6. Gesamtkosten der PE-Versorgung

Die Gesamtkosten der PE-Versorgung beliefen sich im Interventionszeitraum auf 3.270.943,16 €. Diese setzten sich zusammen aus Personal- und Sachausgaben sowie Investitionen. Umgelegt auf 712 Patientinnen und Patienten, für die mindestens eine Pflegeanamnese vorlag, betragen die durchschnittlichen Kosten der PE-Versorgung 4.594 € pro Patient.

6.1.3.7. Kosten für alle drei untersuchten Parameter

Insgesamt stiegen in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn die Kosten für alle drei untersuchten Parameter (Krankenhausaufenthalte, hausärztliche Leistungen in der Praxis und Hausbesuche) in der Behandlungsgruppe mehr als in der Kontrollgruppe.

Besonders stark ausgeprägt war dieses Bild bei den Kosten für Krankenhausaufenthalte, die in der Kontrollgruppe sanken, in der Behandlungsgruppe hingegen anstiegen.

Zusätzlich zu den gestiegenen Behandlungskosten der medizinischen Leistungen fielen im Interventionszeitraum für die Behandlungsgruppe auch die Kosten für die PE-Versorgung an.

6.2. Beziehung der Ergebnisse zu ursprünglich im Antrag formulierten Projektzielen

Die im ursprünglichen Projektantrag 05-2017 formulierten Zielsetzungen (siehe Kapitel 3.2.1., alle außer B11 und E23, weil diese später im Evaluationskonzept geändert wurden) wurden im Rahmen der Evaluation (EvB) berichtet. Dabei gilt die in der Legende dargelegte Intensität der Berichterstattung.

Tabelle 41: Projektziele des Projekts HandinHand und deren Berücksichtigung bei der Evaluation

	Legende	
./.	Keine Berichterstattung	
(+)	Nur marginale Berücksichtigung	
+	Gering ausgeprägte Berücksichtigung	
++	Mäßig ausgeprägte Berücksichtigung	
+++	Schwerpunktmäßige Berücksichtigung	
Nr.	Ziel	Berücksichtigung
A	Gesundheitssystem	
01	Entwicklung und Erprobung eines medizinisch-pflegerischen Expertensystems	++
02	Koordination von Gesundheitsdienstleistungen	(+)
03	Reduktion von Über- bzw. Unterversorgung	+
04	Entwicklung eines generischen Konzepts zur Langzeitimplementierung der neuen Versorgungsform (Ziel des Projektbeirats)	++
05	Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region	++
06	Evaluation der Effizienz und Effektivität	+++
07	Hohe Zufriedenheit mit der nV bei allen Beteiligten	+++
B	Arzt	
08	Delegation ärztlicher Tätigkeiten an einen Pflegeexperten	++
09	Entlastung der Hausärzte	++
10	Reduktion der Konsultationen des Hausarztes und damit verbundene Entlastung	++
C	Medizintechnik	
12	Aufbau einer intersektoral nutzbaren, einrichtungsgeführten elektronischen Patientenakte	+
13	Einbezug von telemedizinischen Anwendungen, Online-Video-Sprechstunden und Apps	./.
D	Patienten und Angehörige	
14	Entlastung bei steuernden und organisierenden Tätigkeiten des medizinischen Patienten-Managements	++
15	Stärkung der Patientenautonomie / Entscheidungsfindung	++
16	Begleitung chronisch kranker Menschen	+
17	Erhöhung der Patientensicherheit	++

18	Frühzeitige Erkennung von Komplikationen	++
19	Verbesserung der Gesundheitssituation	+++
20	Sicherheit der Angehörigen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen des Patienten	++
E	Krankenhaus	
21	Vermeidung potentiell überflüssiger stationärer Krankenhausaufenthalte	+++
22	Reduktion von Krankenhauseinweisungen	+++

Quelle: Eigene Darstellung

6.3. Beziehung der Ergebnisse zu definierten Zielgrößen bei Projektende

Die im Evaluationskonzept ab 11-2018 postulierten definierten Zielgrößen (Kapitel 3.2.2., B11 und E23) wurden im Rahmen des Evaluationsberichts berichtet. Dabei galt die in der Legende dargelegte Intensität der Berichterstattung.

Tabelle 42: Definierte Zielgrößen des Projekts HandinHand und deren Berücksichtigung bei der Evaluation

	Legende	
+	Gering ausgeprägte Berücksichtigung	
+++	Schwerpunktmäßige Berücksichtigung	
Nr.	Ziel	Berücksichtigung
B	Arzt	
11	Reduktion von ärztlichen Hausbesuchen um mindestens 10%	+++
E	Krankenhaus	
23	Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15%	+++

Quelle: Eigene Darstellung

6.4. Beziehung der Ergebnisse zu den Projektzielen und definierten Zielgrößen

Im Folgenden wird auf die ursprünglichen Projektziele (Kapitel 3.2.1.) und die definierten Zielgrößen (Kapitel 3.2.2.) eingegangen. In der Evaluation wurde dazu wie folgt berichtet.

Tabelle 43: Projektziele und Aussagen im Evaluationsbericht

Nr.	Ziel	Aussage im Evaluationsbericht
A	Gesundheitssystem	
01	Entwicklung und Erprobung eines medizinisch-pflegerischen Expertensystems	Grundsätzlich befürwortete die große Mehrheit der befragten Beteiligten die neue Versorgungsform und wünschte sich eine (nahtlose) Fortführung. Ein Großteil der interviewten Personen hatte eine Teilnahme am Projekt Bekannten, Freundinnen und Freunden, anderen

		HÄ sowie Kolleginnen und Kollegen in anderen Gesundheitsinstitutionen und Netzwerkpartnern weiterempfohlen. Die neue Versorgungsform sei unter anderem deshalb wichtig, Belastungen und Überlastungen der Berufsgruppen in der Primärversorgung zu vermeiden.
02	Koordination von Gesundheitsdienstleistungen	Folgende Bedarfe wurden benannt: <ul style="list-style-type: none"> • Entlastung von Angehörigen durch Übernahme der Koordination der Versorgungssituation und Kommunikation mit Hausarztpraxis • Verbesserung der Versorgungsabläufe • Schnittstelle zur Koordination der Gesundheitsdienstleistungen
03	Reduktion von Über- bzw. Unterversorgung	Optimierung der Versorgungsstrukturen: <ul style="list-style-type: none"> • Breitere, differenziertere Aufstellung von Versorgungsstrukturen
04	Entwicklung eines generischen Konzepts zur Langzeitimplementierung der neuen Versorgungsform (Ziel des Projektbeirats)	<ul style="list-style-type: none"> • Auf Basis der Effektevaluation der Primärhypothesen und der Kostenevaluation konnte keine Empfehlung für die Implementierung der neuen Versorgungsform ausgesprochen werden. • Gegenüber der Regelversorgung konnte keine Reduktion der Beanspruchung der untersuchten medizinischen Leistungen beobachtet werden, was sich auch in den gestiegenen durchschnittlichen Kosten, die in direkten Zusammenhang mit den Primäroucomes stehen, widerspiegelt. • Dies war wahrscheinlich ein Effekt des Aufholens ungedeckter Bedarfe. • Es konnten keine Aussagen über die langfristige Kostenentwicklung gemacht werden.
05	Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region	Der Nachweis, dass eine Implementierung der neuen Versorgungsform möglich ist und viele Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden konnten, konnte als wichtiger Erfolg bewertet werden.
06	Evaluation der Effizienz und Effektivität	<p>In der Analyse der Primärziele ergaben sich unterschiedliche Trends in den Krankenhaustagen zwischen den Teilnehmenden, bei denen die Anzahl der Krankenhaustage leicht anstieg, und der Kontrollgruppe, bei denen die Anzahl leicht sank.</p> <p>Außerdem sank die Anzahl der Krankenseinweisungen und der Hausbesuche unterschiedlich stark ab.</p> <p>Bei den Krankenseinweisungen ergab sich eine stärkere Reduktion für die Kontrollgruppe, bei den Hausbesuchen für die Gruppe der Teilnehmenden.</p> <p>Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in Krankenseinweisungen und Krankenhaustagen sowie der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen zwischen Kontrollgruppe und Teilnehmenden der NVF.</p>

07	Hohe Zufriedenheit mit der nV bei allen Beteiligten	<p>Zufriedenheit mit der Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unter Verwendung des binären Outcomes zeigte sich ein positiver Effekt, die Projektteilnahme hatte demnach die Wahrscheinlichkeit, die Zufriedenheit mit der Gesundheit positiv zu bewerten, erhöht. <p>Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bzgl. der Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen zeigte sich ein statistisch signifikanter, positiver Effekt. Demnach erhöhte die Projektteilnahme die Lebenszufriedenheit.
B	Arzt	
08	Delegation ärztlicher Tätigkeiten an einen Pflegeexperten	HÄ merkten diesbezüglich an, dass PE auch die menschliche Betreuung übernahmen und mehr Nähe zu den Patientinnen und Patienten hatten. Des Weiteren wurde aufgeführt, dass PE einen weiteren Blick hatten, der das häusliche und soziale Umfeld mit einschloß.
09	Entlastung der Hausärzte	<p>Hausärzte äußerten folgende Beweggründe für die Teilnahme an der Studie:</p> <p>Entlastung im Arbeitsalltag, da PE z.B. Blutentnahmen übernehmen könnten.</p>
10	Reduktion der Konsultationen des Hausarztes und damit verbundene Entlastung	<p>Hausärzte äußerten folgende Beweggründe für die Teilnahme an der Studie:</p> <p>Gewährleistung von Hausbesuchen durch Unterstützung der PE</p> <p>Es zeigte sich eine minimale Reduktion der Hausarztbesuche, die in keiner Spezifikation signifikant war.</p> <p>Es lies sich daher keine Evidenz für eine Veränderung der Hausarztbesuche zwischen Vor-Periode und Interventionsphase finden.</p>
11	Reduktion von ärztlichen Hausbesuchen um mindestens 10%	<p>Es zeigte sich eine minimale Reduktion der Hausarztbesuche, die in keiner Spezifikation signifikant war.</p> <p>Es lies sich daher keine Evidenz für eine Veränderung der Hausarztbesuche zwischen Vor-Periode und Interventionsphase finden.</p> <p>Sowohl für die Kontrollgruppe als auch für die Teilnehmenden der NVF zeigte sich eine Reduktion der Hausarztbesuche. Die Reduktion innerhalb der Kontrollgruppe war etwas größer, allerdings lies sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen feststellen.</p> <p>Es zeigte sich keine eindeutige Reduktion der Hausbesuche durch den Arzt. Betrachtet man die Veränderung der Patienten auf Monatsbasis zeigte sich eine Reduktion, die allerdings verschwand, sobald für veränderliche Kontrollvariablen kontrolliert wurde.</p> <p>Im Falle der Hausbesuche durch die Assistenz war eine signifikante Reduktion zu sehen. Dieser Effekt war erwartbar, da die</p>

		Pflegexperten einen Großteil der Aufgaben übernehmen, die vormals durch MFA oder NÄPa durchgeführt wurden.
C	Medizintechnik	
12	Aufbau einer intersektoral nutzbaren, einrichtungsgeführten elektronischen Patientenakte	Es wurden einige hinderliche Faktoren im Zusammenhang mit der ePA benannt.
13	Einbezug von telemedizinischen Anwendungen, Online-Video-Sprechstunden und Apps	Dies war zwar Teil des Erstantrags, wurde später aber als Projektziel und Arbeitsfeld aufgegeben.
D	Patienten und Angehörige	
14	Entlastung bei steuernden und organisierenden Tätigkeiten des medizinischen Patienten-Managements	<ul style="list-style-type: none"> • 83 % der Teilnehmenden gaben an, dass ihnen an der Versorgung besonders gut gefiel, dass sie mit der PE über ihre Probleme sprechen konnten. • 80 % gefiel besonders gut, dass sie sich die Besuche beim HA ersparten und 75%, dass sie regelmäßig zu Fragen ihrer Gesundheit beraten wurden. • 63 % fühlten sich durch die regelmäßige Anwesenheit der PE sicherer und 56 % freuten sich über zusätzlich Gesellschaft.
15	Stärkung der Patientenautonomie / Entscheidungsfindung	<p>Das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten verbesserte sich über die Zeit der Intervention.</p> <p>Die größte Verbesserung konnte im Item „Wissen“ mit durchschnittlich einem Punkt erreicht werden.</p> <p>Diese Verbesserung war insgesamt und für jedes Item signifikant.</p>
16	Begleitung chronisch kranker Menschen	<p>Insgesamt wurden 734 Personen in das Projekt eingeschrieben. Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Patientinnen und Patienten (n=709) betrug 84 (SD 6.89) Jahre und 65 % waren Frauen.</p> <p>Als häufigste Diagnosen wurden Krankheiten des Kreislaufsystems angegeben.</p>
17	Erhöhung der Patientensicherheit	<p>Erhöhung der Patientensicherheit und -eigenständigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Selbstmanagement verbesserte sich über die Zeit der Intervention. • Die größte Verbesserung konnte im Item „Wissen“ mit durchschnittlich einem Punkt erreicht werden.
18	Frühzeitige Erkennung von Komplikationen	<p>Erhöhung der Patientensicherheit und -eigenständigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Selbstmanagement verbesserte sich über die Zeit der Intervention. • Die größte Verbesserung konnte im Item „Wissen“ mit durchschnittlich einem Punkt erreicht werden.

19	Verbesserung der Gesundheitssituation	<p>Zufriedenheit mit der Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es zeigte sich ein positiver Effekt, die Projektteilnahme hatte demnach die Wahrscheinlichkeit, die Zufriedenheit positiv zu bewerten, erhöht. <p>Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es zeigt sich ein statistisch signifikanter, positiver Effekt. • Demnach erhöhte die Projektteilnahme die Lebenszufriedenheit um einen Punkt.
20	Sicherheit der Angehörigen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen des Patienten	<p>Insbesondere in den letzten Interviews mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen, aber auch HÄ, wurde deutlich gemacht, dass alle Beteiligten es sehr bedauerten, dass die Versorgung durch die PE endete.</p>
E	Krankenhaus	
21	Vermeidung potentiell überflüssiger stationärer Krankenhausaufenthalte	<p>Für die Kontrollgruppe sanken sowohl Krankenhausaufenthalte als auch Krankenhaustage leicht.</p> <p>Für die Teilnehmenden der NVF stieg die mittlere Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie die mittlere Zahl der Krankenhaustage leicht an.</p> <p>In beiden Fällen lies sich keine Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Teilnehmenden der NVF zeigen.</p>
22	Reduktion von Krankenhauseinweisungen	<p>Für die Kontrollgruppe sanken sowohl Krankenhausaufenthalte als auch Krankenhaustage leicht.</p> <p>Für die Teilnehmenden der NVF stieg die mittlere Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie die mittlere Zahl der Krankenhaustage leicht an.</p> <p>In beiden Fällen lies sich keine Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Teilnehmenden der NVF zeigen.</p>
23	Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15%	<p>Für die Kontrollgruppe sanken sowohl Krankenhausaufenthalte als auch Krankenhaustage leicht. Für die Teilnehmenden der NVF stieg die mittlere Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie die mittlere Zahl der Krankenhaustage leicht an.</p> <p>In beiden Fällen ließ sich keine Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Teilnehmenden der NVF zeigen.</p>

Quelle: Eigene Darstellung

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

7.1.1. Projekthypothesen

In der Bevölkerung ländlicher Regionen steigt der Anteil älterer Menschen mit einem hohen medizinischen Versorgungsbedarf bei gleichzeitig sinkender Zahl der (Haus-)Ärztinnen und

Ärzte. Dies kann dazu führen, dass gesundheitliche Probleme nicht rechtzeitig behandelt werden, sich verschlechtern und dadurch zu einem weiteren Anstieg ihres medizinischen Bedarfs in Form von komplexen Therapien oder Hospitalisierungen führen.

Das Projekt *HandinHand* sollte dieser Entwicklung mit Hilfe akademisch ausgebildeter Pflegeexpertinnen und -experten entgegenwirken, Bedarfe frühzeitig erkennen und die Selbstmanagementkompetenz und Eigenständigkeit der Patientinnen und Patienten erhöhen.

Laut den zu Beginn des Projektes aufgestellten Hypothesen sorgt die Arbeit der PEs dadurch für eine Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und der Selbstmanagementkompetenzen der Patientinnen und Patienten.

7.1.1.1. Primäroutcome

Auf Basis der Primäroutcomes, also der Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in der Praxis und im Rahmen von Hausbesuchen, konnte gemäß der Auswertung durch die Evaluatoren keine Verbesserung der Versorgung gegenüber der Regelversorgung nachgewiesen werden.

7.1.1.2. Sekundäroutcome

Die Ergebnisse der Sekundäroutcomes wiesen zum einen darauf hin, dass sich die subjektive Einschätzung der Gesundheitssituation und die Zufriedenheit mit dem Leben und der Gesundheit verbessert hatte.

Zum anderen erhöhte sich die Sicherheit und Eigenständigkeit der Patientinnen und Patienten im Interventionszeitraum:

Der SMASc-Score zur Selbstmanagement-Unterstützung zeigte einen höheren Score zu Projektende als zu Projektbeginn. Das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten verbesserte sich leicht in allen Bereichen des Selbstmanagements. Allerdings wurde der SMASc-Score nicht mit einer Kontrollgruppe verglichen.

7.1.1.3. Prozessevaluation

Die Prozessevaluation zeigte, dass mit der NVF eine unterstützende und ergänzende Versorgungsstruktur erfolgreich implementiert werden konnte. Die Versorgung durch PE ging dabei über die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten hinaus, da PE mit pflegfachlichem Wissen und einem vertieften Verständnis der Versorgungssituation und Kontexte aufgrund des Studiums die Bedarfe der Patientinnen und Patienten und ggf. der Angehörigen identifizieren, bewerten und entsprechende Maßnahmen einleiten konnten.

Während Patientinnen und Patienten sich besser versorgt fühlten, Angehörige ein Gefühl von Sicherheit empfanden und in der Versorgung unterstützt wurden, wurden HÄ durch den Einsatz der PE entlastet.

Im Vergleich zur Regelversorgung lag die Stärke der NVF insbesondere in der Schaffung von individuellen Versorgungsnetzwerken rund um die Patientinnen und Patienten durch akademisch qualifizierte PE.

Es wurde angenommen, dass die fundierten Kenntnisse und Fähigkeiten der PE, die Versorgungsbedarfe einzuschätzen, die Passgenauigkeit der Netzwerke förderte und damit die Versorgungssituation langfristig stabilisierte.

7.1.1.4. Kostenevaluation

Die Kostenevaluation zeigte ein klares Bild. Neben den entstandenen Kosten der PE-Versorgung überstiegen die Kosten für die Krankenhausversorgung und die hausärztliche Versorgung der Interventionsgruppe die der Kontrollgruppe. Es kam somit zu keinen Einsparungen durch die neue Versorgungsform.

7.1.1.5. Limitationen

Die Evaluation der NVF hatte mehrere Limitationen:

Die geringe erreichte Beobachtungszahl führte zu einer geringen statistischen Präzision in den Auswertungen der Primäroucomes.

Die fehlende Signifikanz der Ergebnisse lies somit keine Schlussfolgerung zu, ob die Intervention zu einer Reduktion der primären Endpunkte (Reduktion Krankenhausaufenthalte, Reduktion Hausarztbesuche und Reduktion Hausbesuche) führte.

Zudem fand die Versorgung innerhalb des Projektes durch die COVID-19 Pandemie und die Flutkatastrophe unter erschwerten Bedingungen statt. Hierdurch waren die Schlüsse, die für eine Versorgung unter gewöhnlichen Umständen gezogen werden könnten, eingeschränkt.

7.1.2. Empfehlungen des Projektbeirats

7.1.2.1. Implementierung der neuen Versorgungsform

Die Mitglieder des Projektbeirats diskutierten während der Projektlaufzeit auf der Grundlage von Ergebnissen, welche Implikationen für die Implementierung in die Regelversorgung ableitbar waren.

Zunächst wurde festgehalten, dass die Beurteilung der Effektivität des Projekts nicht nur anhand der quantitativen Ergebnisse der primären Ergebnisparameter beurteilt werden sollte, sondern dass der Nachweis, dass eine Implementierung der neuen Versorgungsform möglich sei und viele Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden konnten, als wichtiger Erfolg bewertet werden konnte.

7.1.2.2. Aufholen ungedeckter Bedarfe

Darüber hinaus vermutete der Beirat bereits in der zweiten Beiratssitzung, dass durch die Arbeit der PE mehr Patientinnen und Patienten-Bedarfe aufgedeckt würden als durch die bisherige Versorgung bekannt waren.

Dies führte womöglich dazu, dass die Versorgungsform zunächst mehr Kosten verursachte als einsparte.

Auf Grundlage der Auswertungsergebnisse wurde im Verlauf der Studie diskutiert, dass HÄ durch die Unterstützung der PE eine Entlastung erfahren.

Die Beiratsmitglieder nahmen an, dass gleichzeitig eine Erhöhung der Kosten entstehen könnte, wenn z.B. über die PE mehr gezielte Diagnostik und Therapie für Patientinnen und Patienten erfolgte.

Um einen kostensparenden Effekt zu erhalten, müsste die Versorgungsform zum einen langfristiger durchgeführt werden, zum anderen müsste detaillierter untersucht werden, welche Konsequenzen sich in Bezug auf die hausärztlichen Leistungen daraus ergeben.

7.1.2.3. Schlussfolgerungen des Projektbeirats

Auf Basis der Effektevaluation der Primärhypothesen und der Kostenevaluation konnte keine Empfehlung für die Implementierung der neuen Versorgungsform ausgesprochen werden.

Gegenüber der Regelversorgung konnte keine Reduktion der Beanspruchung der untersuchten medizinischen Leistungen beobachtet werden, was sich auch in den gestiegenen durchschnittlichen Kosten, die in direkten Zusammenhang mit den Primäroutcomes stehen, widerspiegelte.

Dies war wahrscheinlich ein Effekt des Aufholens ungedeckter Bedarfe. Anhand der vorliegenden Evaluation konnten keine Aussagen über die langfristige Kostenentwicklung gemacht werden.

7.1.2.4. Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung überstiegen die mit der NVF verbundenen Kosten den resultierenden Nutzen im Rahmen des Projektes.

Positiv zu erwähnen war die in der Effektevaluation der Sekundäroutcomes aufgedeckte deutliche Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten.

Insbesondere war dies in Anbetracht der erschwerten Situation (COVID-19 Pandemie, Flutkatastrophe) nennenswert.

7.1.2.5. Langfristige Auswirkungen der NVF

Anhand der Studie ließen sich keine Aussagen über langfristige Auswirkungen der NVF machen, die sich insbesondere durch die Tätigkeit der PEs im Bereich der Prävention von den im Rahmen der Evaluation ermittelten kurzfristigen Auswirkungen unterscheiden könnten.

Es wurde seitens der Evaluatoren eine weitere Untersuchung der Versorgungsform mit entsprechend hoher Fallzahl empfohlen.

7.1.2.6. Handlungsempfehlungen des Projektbeirats

Anhand des Evaluationsberichts ließen sich dennoch Handlungsempfehlungen des Projektbeirats ableiten, sollte die neue Versorgungsform weiterentwickelt werden:

a. Anstellung der PEs

Ein Diskussionspunkt des Projektbeirats war die dezentrale Anstellung der PE in einem PEC im Gegensatz zu einer lokalen Anstellung z. B. einer Hausarztpraxis. Dies wurde vor dem Hintergrund der Aspekte Zugehörigkeitsgefühl, Konkurrenz und Kommunikation besprochen. Zu bedenken ist hier, dass mit zunehmendem Mangel an hausärztlichen Praxen auch keine PE in der Region arbeiten können, wenn diese ausschließlich als bei den HÄ Angestellte arbeiten würden.

b. Ansprechpartner in den Praxen

Es wurde unabhängig vom Versorgungsmodell empfohlen, dass PE in den Hausarztpraxen feste Ansprechpartnerinnen und -partner haben sollten.

c. Öffnung der Berufsgruppen

In Bezug auf die Zusammenarbeit wurde darauf verwiesen, dass sich alle Berufsgruppen für neue Formen der Zusammenarbeit öffnen sollten, um den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden.

d. Akademisch qualifizierte MFA

Die Beiratsmitglieder diskutierten, inwieweit die Möglichkeit besteht, dass die Aufgaben der PE durch akademisch qualifizierte MFA übernommen werden könnten.

Hier gilt es zu bedenken, dass es sich um zwei unterschiedliche Berufe mit divergierenden Ausbildungs-/Studieninhalten und Kompetenzprofilen handelt.

Der Pflegeberuf ist ein anerkannter Heilberuf mit vorbehaltenen Tätigkeiten und eigenständigem Aufgabenprofil.

Unstrittig ist, dass bestimmte Tätigkeiten wie z.B. Vitalzeichenkontrollen, Blutentnahmen von unterschiedlichen Berufsgruppen übernommen werden können. Darüber hinaus muss der Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Region und dem jeweiligen Setting ausschlaggebend sein für das jeweilige Versorgungsangebot.

Es wurde ein guter Skill-Mix als vorteilhaft angesehen.

Somit schließen sich (akademisch) weitergebildete MFA und Pflegefachpersonen in der gleichen Versorgungslandschaft nicht aus.

e. Zeitlicher Aufwand der PEs

Die für die Hausbesuche der PE veranschlagte Zeit (15 -75 Minuten), wurde im Durchschnitt überschritten.

Die wichtigsten Einflussfaktoren waren dabei der zeitliche Aufwand für Anfahrt, Dokumentation sowie das Erheben von Forschungsdaten.

In dem Zusammenhang befand der Beirat, dass die Dauer der Hausbesuche, und damit vor allem die für Patientinnen und Patienten aufgewendete Zeit, eine große Stärke der NVF ist und eine Befassung mit Patientinnen und Patienten in der beobachteten Intensität in der Hausarztpraxis nicht geleistet werden kann.

Außerdem sei davon auszugehen, dass sich der zeitliche Gesamtaufwand pro Besuch in der Regelversorgung durch effizientere Dokumentationssysteme, geringe Anfahrtszeiten bei höherer Patientendichte und intakter Infrastruktur, geregelten Zuständigkeiten der PE und damit weniger Aufwand in der Absprache mit HÄ und den Wegfall des Erhebens von Forschungsdaten und projektbezogenen organisatorischen Absprachen verringern würde.

Es wurde in der Diskussion zudem hervorgehoben, dass es wichtig sei, den zeitlichen Aufwand für direkte Pflege (Zeit bei Patientinnen und Patienten) und indirekte Pflege (z.B. Administration, Dokumentation) in den Kontext der erweiterten Pflegepraxis zu stellen, denn direkte und indirekte Pflege gelten als gleichberechtigt notwendig, um die Rolle von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen auszufüllen.

f. Versorgte Patientenzahl pro PE

In diesem Zusammenhang wurde auch die pro PE versorgte Anzahl der Patientinnen und Patienten, diskutiert, die auch im Kontext der Flutkatastrophe, des berufsbegleitenden Vollzeitstudiums, der schleppenden Entwicklung der Anzahl der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten sowie der zeitaufwendigen Dokumentation gesehen werden musste.

g. Digitalisierung

Zudem wies der Projektbeirat darauf hin, dass eine Überführung in die Regelversorgung in Deutschland besser gelingen würde, wenn die Digitalisierung im Gesundheitssystem deutlich vorangeschritten sei.

h. PE und ANP

Auf der Grundlage der Zuordnung der Tätigkeiten und Aufgaben der PE zu den Primärkriterien, Zentral- und Kernkompetenzen von ANP nach dem Modell von Hamric und Tracy (LIT 11) sprach sich der Beirat dafür aus, die identifizierten Unterschiede zwischen PE und Advanced Practice Nurses in einem entsprechend spezifischen Masterstudiengang zu adressieren.

Außerdem wurde empfohlen, die koordinierende und vernetzende Tätigkeit als Stärke von PE deutlicher in der Intervention zu verankern. Dies sollte PE auch davor schützen, alle notwendigen Versorgungsprozesse selber durchzuführen und die Rolle klarer zu definieren.

i. Kommunale Verankerung

Ohne Ergebnis wurde im Beirat diskutiert, inwieweit das *HandinHand*-Konzept für Kommunen interessant sein könnte, da diese mit in der Verantwortung stehen, die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen oder als Modell für die verpflichtend durchzuführenden Projekte im Rahmen von SGB V §64d genutzt werden könnte.

7.2. Projektdiskussion aus Sicht der Projektleitung

7.2.1. Gesundheitssystem (A)

Tabelle 44a: Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Gesundheitssystem

Nr.	Ziel	Diskussion
01	Entwicklung und Erprobung eines medizinisch-pflegerischen Expertensystems	Die Entwicklung und Erprobung eines medizinisch-pflegerischen Expertensystems ist im Rahmen des Projekts <i>Handin-Hand</i> erfolgt.
02	Koordination von Gesundheitsdienstleistungen	Eine Koordination von Gesundheitsdienstleistungen hat mit der Tätigkeit der Pflegexpertinnen und Pflegeexperten stattgefunden.
03	Reduktion von Über- bzw. Unterversorgung	Die Frage nach einer Reduktion von Über- bzw. Unterversorgung lässt sich an Hand der vorliegenden Ergebnisse nicht eindeutig beantworten. Die tendenzielle Zunahme der Krankenhauseinweisungen und die Kostenzunahme spricht für eine Reduktion von Unterversorgung.
04	Entwicklung eines generischen Konzepts zur Langzeitimplementie-	Auf Basis der Effektevaluation der Primärhypothesen und der Kostenevaluation kann keine Empfehlung für die Implementierung der neuen Versorgungsform ausgesprochen werden.

	rung der neuen Versorgungsform (Ziel des Projektbeirats)	
05	Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region	<p>Durch die Erweiterung der Rechtsgrundlage für <i>HandinHand</i> auf den §630a BGB konnten Versicherte aller GKV-Kassen einbezogen werden. Dies hatte sehr positive Auswirkungen auf die Fallzahlen und damit auf die wissenschaftliche Aussagekraft des Projekts.</p> <p>Die Implementierung der neuen Versorgungsform im Rahmen des Projekts <i>HandinHand</i> war möglich.</p> <p>Es konnten viele Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden, dies kann als wichtiger Erfolg bewertet werden.</p>
06	Evaluation der Effizienz und Effektivität	<p>Es finden sich keine signifikanten Unterschiede in Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustagen sowie der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen zwischen Kontrollgruppe und Teilnehmenden der NVF.</p> <p><i>HandinHand</i> hat gemäß der Primärevaluation und der Kosten-evaluation keine Effizienz und keine Effektivität nachgewiesen.</p>
07a	Hohe Zufriedenheit mit der nV bei allen Beteiligten	<p>Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten</p> <p>Ein erfolgreiches berufsbegleitendes Studium der Pflegeexpertise mit dem Ziel des B.A.-Abschlusses war in 6 von 7 Fällen möglich. Zusätzlich war bei einer weiteren Pflegefachkraft, die bereits den B.A. Pflegeexpertise in ihre Tätigkeit im PE-Center „mitbrachte“, ein erfolgreiches CHN-M.A. Studium an der VP-Uni möglich, welches ebenfalls bis 09-2022 absolviert wurde.</p> <p>Diese Zahlen belegen, dass eine erfolgreiche berufsbegleitende Akademisierung von Pflegekräften im Rahmen des Projekts <i>HandinHand</i> möglich gewesen ist.</p> <p>Der B.A.-Pflegeexpertise ist als erster akademischer Abschluss für eine pflegerische Primärtätigkeit ANP gut geeignet. Eine vollständige ANP Ausbildung wäre möglich, wenn dem B.A. „Pflegeexpertise“ noch ein Master-Studienabschluss folgen würde. Beispielhaft hat die Realisierbarkeit dieses Weges eine Pflegekraft, welche den CHN-Masterstudiengang erfolgreich absolviert hat, auch aufgezeigt.</p> <p>Wegen der Schließung der Pflegewissenschaftlichen Fakultät an der VP-Uni kann diese Entwicklung aber leider nicht weitergeführt werden.</p> <p>Eine Fortsetzung des Akademisierungsansatzes für Pflegekräfte würde voraussetzen, dass ANP in die Routineversorgung im SGB V überführt würde.</p> <p>Mit der Verankerung des § 64d SGB V (Substitution Ärztlicher Leistungen durch Pflegekräfte auf Basis des Pflegeberufgesetzes) ist in Deutschland damit aber auf absehbare Zeit nicht zu rechnen.</p>

		Die Schwierigkeiten im Projekt <i>HandinHand</i> bei der Patientenrekrutierung, der Arztrekrutierung und teilweise auch der Arztkommunikation sind nicht auf das Studium der PEs zurückzuführen.
07b	Hohe Zufriedenheit mit der nV bei allen Beteiligten	Ärztinnen und Ärzte Eine hohe Zufriedenheit der beteiligten Ärztinnen und Ärzte lässt sich an Hand der Interviewaussagen belegen. Siehe auch die Diskussion zu den Projektzielen B08 bis B11.
07c	Hohe Zufriedenheit mit der nV bei allen Beteiligten	Patientinnen und Patienten, Angehörige Eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen lässt sich an Hand der Ergebnisse der Evaluation belegen. Siehe auch die Diskussion zu den Projektzielen D14 bis D20.

Quelle: Eigene Darstellung

7.2.2. Arzt (B)

Tabelle 44b: Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Arzt

Nr.	Ziel	Diskussion
08	Delegation ärztlicher Tätigkeiten an einen Pflegeexperten	Zum Ende der Patientenversorgungsphase reifte bei den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten immer mehr die Erkenntnis, wie wichtig die Versorgung durch die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten gewesen ist. Von daher hat auch das Ärztenetz die Hoffnung, das <i>HandinHand</i> in die Regelversorgung übernommen werden kann. Sehr wünschenswert ist es, in diesem Bereich weiter zu forschen und ggf. Anschlussprojekte aufzulegen.
09	Entlastung der Hausärzte	Das Feedback der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, der Patienten und der Angehörigen war stets sehr positiv. <i>HandinHand</i> und die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten waren eine echte Entlastung für die Ärzte, dies vor allem auch bei der Coronapandemie und der Hochwasserkatastrophe.
10	Reduktion der Konsultationen des Hausarztes und damit verbundene Entlastung	Das Projektziel „Reduktion der Konsultationen des Hausarztes“ und damit verbundene Entlastung wurde im Rahmen der Analysen zur definierten Zielgröße „Reduktion von ärztlichen Hausbesuchen um mindestens 10%“ (Projektziel B11) evaluiert. Es zeigt sich eine minimale Reduktion der Hausarztbesuche, die in keiner Spezifikation signifikant ist. Es lässt sich daher keine Evidenz für eine Veränderung der Hausarztbesuche zwischen Vor-Periode und Interventionsphase finden.

11	Reduktion von ärztlichen Hausbesuchen um mindestens 10%	<p>Es zeigt sich eine minimale Reduktion der Hausarztbesuche, die in keiner Spezifikation signifikant ist. Es lässt sich daher keine Evidenz für eine Veränderung der Hausarztbesuche zwischen Vor-Periode und Interventionsphase finden.</p> <p>Es zeigt sich keine eindeutige Reduktion der Hausbesuche durch den Arzt.</p>
----	---	---

Quelle: Eigene Darstellung

7.2.3. Medizintechnik (C)

Tabelle 44c: Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Medizintechnik

Nr.	Ziel	Diskussion
12	Aufbau einer intersektoral nutzbaren, einrichtungsgeführten elektronischen Patientenakte	<p>Bereits im Antrag 05-2017 wurde ausgeführt, dass für die Dokumentation der Patientendaten eine dem Projektgeschehen angemessene Dokumentationsplattform erforderlich sei. Weil die Daten nicht nur für die Sicherstellung der Kontinuität einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung erforderlich waren, sondern auch für die wissenschaftliche Begleitforschung, kam von vorneherein nur eine IT-gestützte Lösung in Frage.</p> <p>Nur so konnte sichergestellt werden, dass die Daten insbesondere unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots effektiv und effizient erhoben werden konnten.</p> <p>Um dies zu ermöglichen, war der Konsortialpartner RZV von Beginn an in die Antragsentwicklung eingebunden.</p> <p>Nach dem mit Zustimmung DLR/G-BA erfolgten Switch der Interventionsregion auf den Kreis Ahrweiler stellte die Konsortialführerin einen ausführlichen Änderungsantrag. Darin wurden die Bedarfe bzgl. einer ePA für Pflege ausführlich dargelegt.</p> <p>Auf Basis dieser Vorgaben konnte das RZV die ePA für Pflege nahezu fristgerecht entwickeln und über die gesamte Interventionsphase hinweg erfolgreich betreiben.</p>
13	Einbezug von telemedizinischen Anwendungen, Online-Video-Sprechstunden und Apps	<p>Telemedizinische Anwendungen, Online-Video-Sprechstunden und Apps waren bei der ursprünglichen Antragstellung 05-2017 zwar angedacht. Deren Entwicklung und Anwendung im Rahmen von <i>HandinHand</i> wurde aber im weiteren Projektverlauf zwecks Reduktion von Projektkomplexität verworfen.</p> <p>Aufgrund der teilweise ungenügenden Breitbandabdeckung in der Versorgungsregion wurde schon in der Konzeptionsphase von einer Nutzung von Video-Sprechstunden abgesehen.</p>

Quelle: Eigene Darstellung

7.2.4. Patienten und Angehörige (D)

Tabelle 44d: Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Patienten und Angehörige

Nr.	Ziel	Diskussion
14	Entlastung bei steuernden und organisierenden Tätigkeiten des medizinischen Patienten-Managements	Die Auswertungen der Unis Lübeck und Köln zeigen, dass bei steuernden und organisierenden Tätigkeiten des medizinischen Patienten-Managements in der Tat eine deutliche Entlastung durch den Einsatz der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten gelungen ist.
15	Stärkung der Patientenautonomie / Entscheidungsfindung	Zur Stärkung der Patientenautonomie und zur Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten lässt sich auf Basis der Evaluation eine Verbesserung des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten über die Zeit der Intervention hinweg feststellen. Die größte Verbesserung konnte im Item „Wissen“ mit durchschnittlich einem Punkt erreicht werden.
16	Begleitung chronisch kranker Menschen	Es war die Hauptaufgabe der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten, die gemäß Einschlusskriterien „chronisch kranken Menschen“ über den gesamten Interventionszeitraum hinweg adäquat gemäß Versorgungsplan zu versorgen. Die Auswertungen zeigen, dass dies vollauf gelungen ist.
17	Erhöhung der Patientensicherheit	Durch die PE-Betreuung konnte vermutlich eine Erhöhung der Patientensicherheit erreicht werden.
18	Frühzeitige Erkennung von Komplikationen	Bzgl. einer frühzeitigeren Erkennung von Komplikationen bei den Patientinnen und Patienten lassen sich an Hand der Begleitforschung zu <i>HandinHand</i> nur indirekte Aussagen treffen. Selbstmanagement und Wissensstand konnten verbessert werden.
19	Verbesserung der Gesundheitssituation	Die Auswertungen zeigen, dass bei den Patientinnen und Patienten regelhaft eine Stabilisierung bzw. Verbesserung der Gesundheitssituation bei den Patientinnen und Patienten erreicht werden konnte.
20	Sicherheit der Angehörigen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen des Patienten	Die Auswertungen zeigen, dass bei den Angehörigen regelhaft eine Erhöhung der Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Problemen der Patientinnen und Patienten erreicht werden konnte.

Quelle: Eigene Darstellung

7.2.5. Krankenhaus (E)

Tabelle 44e: Projektziele und Diskussion aus Sicht der Projektleitung, Krankenhaus

Nr.	Ziel	Diskussion
21	Vermeidung potentiell überflüssiger stationärer Krankenhausaufenthalte	Das Projektziel „Vermeidung potentiell überflüssiger stationärer Krankenhausaufenthalte“ wurde im Rahmen der Analysen zur definierten Zielgröße „Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15%“ (Projektziel E23) evaluiert. Bzgl. einer Vermeidung potentiell überflüssiger stationärer lässt sich keine Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Teilnehmenden der NVF zeigen.
22	Reduktion von Krankenhauseinweisungen	Das Projektziel „Reduktion von Krankenhauseinweisungen“ wurde im Rahmen der Analysen zur definierten Zielgröße „Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15%“ (Projektziel E23) evaluiert. Bzgl. einer Reduktion von Krankenhauseinweisungen lässt sich keine Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Teilnehmenden der NVF zeigen.
23	Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15%	Bzgl. einer Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15% lässt sich keine Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Teilnehmenden der NVF zeigen.

Quelle: Eigene Darstellung

7.2.6. Neue Erkenntnisse aus dem Versorgungsgeschehen aus Sicht der Projektleitung

7.2.6.1. Rechtsrahmen

Der Rechtsrahmen sollte möglichst frühzeitig und formal korrekt geklärt werden. Im Fall von *HandinHand* konnte nach Erstellung eines berufsmedizinrechtlichen Gutachtens die Einführung einer Rahmen-Delegationsvereinbarung zwischen dem Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. und der Marienhaus GmbH und von individuellen Delegationsvereinbarungen zwischen den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten und den Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten die erforderliche Klärung und Rechtssicherheit herbeigeführt werden.

Aufgrund der bestehenden Unklarheiten bzgl. des berufsmedizinrechtlichen Rahmens bei der Antragstellung kam es zu zeitlichen Verzögerungen in der Vorbereitungsphase, welche jedoch allesamt geheilt und aufgefangen werden konnten.

7.2.6.2. Zustimmung Ärzteschaft

Beim Dialog mit der Ärzteschaft im Saarland konnte schmerzlich gelernt werden, dass bei Projekten zur Delegation (oder gar Substitution) ärztlicher Leistungen durch Pflegefachkräfte nicht per se mit Zustimmung und / oder Unterstützung der Ärzteschaft gerechnet werden kann. Ggf. sind hier rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, welche formale Zustimmungen durch ärztliche Standesvertreter evtl. entbehrlich machen.

Unabhängig von diesem formalen Aspekt sind die Pflegefachkräfte bei der Rekrutierung von Patienten für Delegations- und Substitutionsprojekte stets auf wohlwollende Unterstützung der Hausärzte angewiesen.

7.2.6.3. Beitritt Kassen

Ebenso sollte darauf geachtet werden, die formalen Zustimmungshürden für beteiligte Krankenkassen möglichst auf ein sehr niedriges Niveau zu senken. Im Fall des Projekts *HandinHand* konnte die Situation durch die beschriebene Erweiterung der Rechtsgrundlage auf den § 630a BGB entschärft werden.

Die seitens der Konsortialführerin a.a.O. beschriebene Genehmigung nach §630a BGB bewirkte eine Entspannung bzgl. der zu erwartenden Fallzahlen. Dies hatte positive Auswirkungen auf den Projektverlauf.

7.2.6.4. Beitritt Patienten

Sämtliche Verfahren um die Aufklärung und Zustimmung der Patienten zur Projektteilnahme erwiesen sich als sehr aufwändig. Hier könnten ggf. bei zukünftigen Projekten die Beitrittschürden möglichst niedrig angesetzt oder, bei einer Überführung des Versorgungsansatzes in die Regelversorgung, eine konkludente Zustimmung der Patienten als ausreichend erachtet werden. Dies wäre rechtlich abzusichern.

7.2.6.5. Zeitaufwand pro Patient

Der Zeitaufwand pro Patient und Hausbesuch sollte möglichst großzügig angesetzt und geschätzt werden, weil es hier sonst zu sehr unliebsamen Überraschungen bei der Projektrealisierung kommen kann.

Der unterschätzte Zeitaufwand für die Hausbesuche und für die Dokumentation hätten bei höherer (bzw. Erreichen der ursprünglich angestrebten) Fallzahl zu großen Problemen führen können.

7.2.6.6. Coronapandemie

Die Coronapandemie erschwerte die Projektarbeit erheblich. Dies hatte ganz erheblich negative Auswirkungen auf die Fallzahlentwicklung.

7.2.6.7. Hochwasser

Die Hochwasserkatastrophe im Ahrtal und im Erfttal erschwerte die Projektarbeit erheblich. Dies hatte ganz erheblich negative Auswirkungen auf die Fallzahlentwicklung und auf die Alltagsbewältigung der Patientenversorgung (fehlende Kommunikationsmöglichkeiten, nicht auffindbare Patienten, nicht mehr vorhandene Verkehrswege, fehlende Ansprechpartner aller Art).

7.2.6.8. Studienbelastung

Die Doppelbelastung aus Patientenversorgung und Studium war zwar allen Projektbeteiligten von Beginn an bewusst, führte jedoch insbesondere bei den studierenden Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten zu erheblichen Stresssituationen.

Bei Folgeprojekten sollte daher eher darauf geachtet werden, zuerst eine ausreichende Qualifikationsphase einzuräumen, bevor dann, möglichst vollzeitig, eine vollumfängliche Widmung für die Patientenversorgung ermöglicht wird.

Im vorliegenden Fall konnte das Problem durch eine Studienlaufzeitverlängerung geheilt werden.

7.2.7. Fazit aus Sicht der Projektleitung

Die Primärevaluation und die Kostenevaluation zeigen keine signifikanten Verbesserungen durch *HandinHand*. Die Sekundärevaluation zeigt subjektive und objektivierbare Verbesserungen durch *HandinHand*.

Auf Basis der Erkenntnisse aus dem Projektverlauf und der Evaluation lässt sich keine Empfehlung für eine Implementierung der NVF im Rahmen der Regelversorgung durch die GKV ableiten.

Weitere Forschung ist angeraten, z.B. im Rahmen von Projekten zum §64d SGB V.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

8.1. Beitrag der Projektergebnisse zur Weiterentwicklung/Verbesserung der Versorgung

Das Projekt *HandinHand* und die damit einhergehende Evaluation liefern einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung.

8.2. Abgrenzung von der Regelversorgung

HandinHand ist derzeit nicht Teil der Regelversorgung gemäß SGB V. Auch ANP ist derzeit nicht Teil der Regelversorgung gemäß SGB V. Die NVF könnte nur im Rahmen von neuen Modellprojekten, z.B. im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts und / oder im Rahmen eines Modellprojekts gemäß § 64d SGB V betrieben werden.

8.3. Weiterverwendung der Teilergebnisse

Im Rahmen des §64d SGB V sind Modellprojekte denkbar. Ein *HandinHand*-Folgeprojekt könnte auf Erkenntnissen des Projekts *HandinHand* aufbauen, dabei könnten Erkenntnisse bzgl. der Akademisierung von Pflegekräften Berücksichtigung finden.

8.4. Ausstehender Forschungsbedarf

Modellprojekte nach §64d SGB V wären sinnvoll, diese sollten wissenschaftlich begleitet werden.

8.5. Wesentlich Abweichungen zur ursprünglich geplanten Umsetzung/Verwertung der Projektergebnisse

Der Einsatz akademisch zusatz-ausgebildeter Pflegekräfte in Deutschland im Sinne von ANP und die Überführung von *HandinHand* in die Regelversorgung sind auch nach Abschluss des Projekts *HandinHand* noch nicht absehbar.

8.6. Investitionskosten bei Umsetzung der Projektergebnisse in der Versorgung

Ein Budget für Primärversorgung von Patienten im Sinne von *HandinHand* ist bisher im Finanzrahmen des SGB V nicht abgebildet. Hierfür bedarf es der Etablierung eines eigenen Budgets ohne konsekutive Bereinigung des KV-Budgets.

Akademische Zusatzausbildung von Pflegekräften für die Primärversorgung im Sinne von ANP ist im Finanzrahmen des SGB V bisher nicht abgebildet. Die Hochschulausbildung von ANPs (B.A.- und M.A.-Studiengänge) müsste ggf. von der Gesundheitspolitik in einen völlig neuen Finanzrahmen gestellt werden.

8.7. Notwendige Organisationseinheiten für eine flächendeckende Implementierung in Deutschland

Es wäre ein engagiertes Einwirken auf die verfasste Ärzteschaft (Ärztetkammern, KV-en, Hausärzterverbände) auf Basis der sehr guten Erfahrungen mit *HandinHand* in den Kreisen Ahrweiler, Neuwied und Euskirchen erforderlich.

Die Flächendeckende Einführung von ANP-Studiengängen in B.A. und M.A. an den Pflegewissenschaftlichen Fakultäten wäre denkbar.

Dies setzt aber voraus, dass ANP als Versorgungsform (im Sinne einer Regelversorgung) ins SGB V Einzug halten würde

Dies ist derzeit nicht absehbar und auch nicht wahrscheinlich.

9. Erfolgte bzw geplante Veröffentlichungen

Tabelle 45: Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Nr.	Publikation
	Geplant
	Köpke, S., Kolodziej, I., Monsees, D., Seismann-Petersen, S., Werbeck, A., Wuckel, C. (2024), Evaluation der Implementierung eines Pflegeexperten-Centers in die Primärversorgung: Eine kontrollierte Studie, Publikationsorgan steht noch nicht fest
	Erfolgt
01	Doppelfeld, S., (2020), Erstmals Pflegefachpersonen in der Primärversorgung Pflegekammer kompakt 10-2020, S. 28-30.
02	Doppelfeld, S., (2021), Hand in Hand für chronisch kranke Menschen, PflegeLeben 2021, S.1-3.
03	Doppelfeld, S., (2020), Innovationsfonds-Projekt HandinHand: Wo Pflegekräfte Hausarzt-Aufgaben übernehmen, Pflegeonline, https://www.pflegen-online.de/wo-pflegekraefte-hausarzt-aufgaben-uebernehmen , abgerufen 14.08.2020, S. 4-5.
04	Doppelfeld, S., (2020), Pflegeexperten als Alternative, Care Konkret, 38, S. 2.
05	Doppelfeld, S., (2020), Projekt HandinHand: Erstmals Pflegefachpersonen in der Primärversorgung, Pflegemagazin RLP, https://www.pflegemagazin-rlp.de/erstmals-pflegefachpersonen-in-der-primarversorgung , abgerufen 07.08.2020, S. 1-4.
06	Doppelfeld, S., Klein, S., (2021), Versorgung gemeinsam verbessern, www.altenpflege-online.net , 05-2021, abgerufen 30.09.2021.
07	Doppelfeld, S., Klein, S., Postel, S., Sappok-Laue, H., (2021), Die Selfmanagement-Assessment-Skala, Pflege & Gesellschaft (ISSN 1430-9653), Ausgabe 4, Jahr 2021, S. 337 – 351.
08	Doppelfeld S., Sappok-Laue, H., Klein, S., Faber, E., Lauven, G., (2022), Pflegeexpertinnen in der Primärversorgung von chronisch kranken Menschen, Pflege (2022), 1–8
09	Frieling, H., (2020), Bundesweit gibt es nichts Vergleichbares zu HandinHand, Marienhaus Echo, 03-2020, S. 28-29.
10	Frieling, H., (2021), Gemeinsam für gute Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, Marienhaus Echo, 01-2021, S. 8-9.

11	Frieling, H., (2019), Patientenversorgung verbessern – Hausärzte entlasten, Marienhaus Echo, 04-2019, S. 22-23.
12	Frieling, H., (2021), Sie motiviert ihre Schützlinge und redet ihnen gut zu, Marienhaus Echo, 02-2021, S. 10-11.
13	Lauven, G., (2023), Heilkundeübertragung – Erfahrung aus dem Innovationsfondsprojekt HandinHand, G+S 02-2023, S. 5-11.
14	Lucassen, H., (2021), Landärzte, wo seid ihr? Hier kommt Pflegeexpertin Breuer, https://www.pflegen-online.de/landaerzte-wo-seid-ihr-hier-kommt-pflegeexpertin-breuer , abgerufen 29.01.2021.
15	Müller, O., (2020), Pflegeexpertise für die Primärmedizin, Gesundheit und Gesellschaft, 12-2020, S. 16.
16	Osterloh, F., (2020), Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegeexperten wird die ambulante Primärversorgung stabilisieren, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113603/Die-Zusammenarbeit-zwischen-Hausaerzten-und-Pflegeexperten-wird-die-ambulante-Primaerversorgung-stabilisieren , abgerufen am 10.06.2020, S. 1-2.
17	Schlegel, E., Seismann-Petersen, S., Inkrot, S., Köpke, S. (2023), Clinical Leadership-Kompetenzen von Pflegeexpert*innen in der Primärversorgung Ergebnisse aus dem Projekt HandinHand, 7. Internationaler Kongress Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice, Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V.
18	Seismann-Petersen, S., Köpke, S., Inkrot, S. (2022), Process evaluation of a multi - disciplinary complex intervention to improve care for older patients with chronic conditions in rural areas (the HandinHand Study): study protocol, BMC Nursing, 2022, 21:151, S. 1-30.
19	Seismann-Petersen, S., Köpke, S., Inkrot, S., (2021), Rollenverständnis von Pflegeexpert*innen in der Primärversorgung, 22. Jahrestagung des EbM-Netzwerks 2021, 24.–26.02.2021, digital
20	Seismann-Petersen, S., Schlegel, E., Inkrot, S., Köpke, S., (2021), Rollenentwicklung von Pflegeexpert*innen in der Primärversorgung, DNANP-Fachtagung, 09.09.2021.
21	Seismann-Petersen, S., von der Lühe, V., Inkrot, S., Roos, M., Dichter, M., Köpke, S., (2023), Rollenverständnis von Pflegeexpertinnen in der Primär und Akutversorgung in Deutschland, Pflege 2023, S. 1–9.
22	Sleziona, M., (2021), Ärzte empfehlen uns weiter, Die Schwester, Der Pfleger, Bibliomed, 01-2021, S.1-4.
23	Stemmer, R., Arnold, D., Beckmann, C., Doppelfeld, S., Geschke, K., Köpke, S., Petersen-Ewert, C., Mühlichen, F., Nock, A., Seismann-Petersen, S., Sirsch, E., Strunk-Richter, G., (2023), Ambulante Versorgung Neu Denken, Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft 28. Jg. 2023 H2, S. 171-180.

Quelle: Eigene Darstellung

10. Literaturverzeichnis

Tabelle 46: Literaturverzeichnis

Nr.	Titel
01	PriceWaterhouseCoopers (2010). Fachkräftemangel - Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030
02	Deutsches Zentrum für Altersfragen (2014). Informationsdienst Altersfragen. Heft 41(06)
03	Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2015). „Wir stellen uns vor“ - Infoveranstaltung Universität des Saarlandes am 21.01.2015
04	Frisch J. (2017). Versorgung der Zukunft: Stellschrauben gibt es zuhauf. ÄrzteZeitung online. 31.03.2017: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinethik/article/932821/versorgung-zukunft-stellschrauben-gibt-zuhauf.html , Zugriff am 28.04.2017
05	Deutscher Berufsverband für Pflegberufe (DBfK) (2011). DBfK zu Advanced Nursing Practice in Deutschland
06	Deutscher Berufsverband für Pflegberufe (DBfK), Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) (2013). Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK.
07	Deutscher Berufsverband für Pflegberufe (DBfK) (2013). Advanced Nursing Practice: Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. 3. Auflage. Berlin
08	Counsell S. (2007). Geriatric Care Management for Low-Income Seniors: A Randomized Controlled Trial. JAMA, December 12, 2007—Vol 298, No. 22 2623.
09	Levine, S. (2018). Home Care Program for Patients at High Risk of Hospitalization. Am J Manag Care; 18(8): e269–e276.
10	Zwerink, M. (2014). Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub3.
11	Hamric, A. (2019). In: Tracy, Mary Fran und O'Grady Eileen T, Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. St. Louis Missouri: Elsevier Saunders.
12	McCormack, B. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. Journal of Advanced Nursing. 56 (5) 471-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
13	Riegel, B. (2018). Development and initial testing of the self-care of chronic illness inventory. J Adv Nurs. 2018;74:2465–2476.
14	Fox, S. (2021). Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice
15	Imbens, W. (2009). Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. Journal of Economic Literature 2009, 47:1, 5–86. http://www.aea-web.org/articles.php?doi=10.1257/jel.47.1.5 .

16	Moore, G. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. <i>BMJ</i> 2015;350:h1258 doi: 10.1136/bmj.h1258
17	Kellogg W. Foundation (2004). Logic Model Development Guide. Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. W.K. Kellogg Foundation. One East Michigan Avenue East Battle Creek, Michigan 49017-4012 www.wkkf.org
18	Creswell, J. W. und V. L. P. Clark (2017). Designing and conducting mixed methods research. Sage publications. Diese Literaturangabe ist nicht als Datei vorhanden (Buchbeitrag). Bedarfsweise ist diese Literaturangabe beim RWI zu erfragen.
19	Voigt-Radloff, S. (2016). Die TIDieR Checkliste und Anleitung – ein Instrument für eine verbesserte Interventionsbeschreibung und Replikation. Better Reporting of Interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) Checklist and Guide. <i>Gesundheitswesen</i> 2016; 78: 175–188. DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-111066 Online-Publikation: 29.1.2016
20	Jones, M. (2004). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 49(2), 191–209.
21	Torrens, C. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. <i>International Journal of Nursing Studies</i> 104 (2020) 103443.
22	Neumann, M. (2007). Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Messinstruments „Consultation and Relational Empathy“ (CARE) am Beispiel von Krebspatienten. <i>PsychotherPsychMed</i> 2008;58:5±15.
23	Faraz, A. (2016). Novice Nurse Practitioner Workforce Transition Into Primary Care: A Literature Review. <i>Western Journal of Nursing Research</i> 2016, Vol. 38(11) 1531–1545.
24	Schober, M. (2020). GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING 2020. ISBN: 978-92-95099-71-5
25	Gysin, S. (2019). Advanced practice nurses’ and general practitioners’ first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. <i>BMC Family Practice</i> (2019) 20:163. https://doi.org/10.1186/s12875-019-1055-z .
26	Mergenthal, K. (2016). Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. <i>PLOS ONE</i> DOI:10.1371/journal.pone.0157248 June 9, 2016.
27	Zuniga, F. (2021). SHURP 2018 – Schlussbericht Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel.
28	Ullmann, P. (2021). Positionspapier Deutschland, „Die kopernikanische Wende“, Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse. Online
29	Benner, P. (2017). Stufen zur Pflegekompetenz. Hogrefe Verlag, Bern. 3. Auflage.

30	Brault, I. (2014). Role Clarification Processes for Better Integration of Nurse Practitioners into Primary Healthcare Teams: A Multiple-Case Study. <i>Nursing Research and Practice</i> . Volume 2014, Article ID 170514, 9 pages http://dx.doi.org/10.1155/2014/170514 .
31	Ritchie, J. (2002). Qualitative data analysis for applied policy research. <i>Applied policy research</i> 173-193.
32	Mayring, P. (2015). <i>Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken</i> . 12., überarbeitete Auflage. Beltz Verlag. Diese Literaturangabe ist nicht als Datei vorhanden. / Grund: Buchbeitrag. / Bedarfsweise ist diese Literaturangabe beim RWI zu erfragen.
33	Öberg, U. (2018). The Self-Management Assessment Scale: Development and psychometric testing of a screening instrument for person-centred guidance and self-management support. <i>Nursing Open</i> . 2019;6:504–513. DOI: 10.1002/nop2.233
34	Koppe, U. (2021). COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Deutschland: Expositionsrisiken und assoziierte Faktoren für Hospitalisierungen und schwere Krankheitsverläufe. <i>Bundesgesundheitsbl</i> 2021 · 64:1107–1115 https://doi.org/10.1007/s00103-021-03391-0
35	Siebert, H. (1974). <i>Curricula für die Erwachsenenbildung</i> . Braunschweig: Westermann. Diese Literaturangabe ist nicht als Datei vorhanden. Grund: Buchbeitrag. Bedarfsweise ist diese Literaturangabe beim RWI zu erfragen.
36	Knigge-Demal, B. (2001), <i>Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung</i> . In: Sieger, M., <i>Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung</i> . Bern: Huber, 39-55. Diese Literaturangabe ist nicht als Datei vorhanden. Grund: Buchbeitrag. Bedarfsweise ist diese Literaturangabe beim RWI zu erfragen.
37	Damschroder, L. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. <i>Implementation Science</i> 2009, 4:50. http://www.implementation-science.com/content/4/1/50

Quelle: Eigene Darstellung

11. Anhang

- Anhang 1: Legende – Regionale Verteilung der Patientinnen und Patienten
- Anhang 2: Auflistung der Matching-Variablen AOK
- Anhang 3: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhauseinweisungen
- Anhang 4: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhaustage
- Anhang 5: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausarztbesuche
- Anhang 6: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Arzt
- Anhang 7: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Assistenz
- Anhang 8: Deskriptive Ergebnisse Übersicht Outcome Variablen ePA Daten
- Anhang 9: Operationalisierung der Endpunkte der Effektevaluation
- Anhang 10: Operationalisierung der Endpunkte der Kostenevaluation
- Anhang 11: Gantt Chart
- Anhang 12: Anpassungen der Datenerhebungen
- Anhang 13: Datenerhebungen in der Domäne Implementierung
- Anhang 14: Datenerhebungen in der Domäne Wirkmechanismen

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Anhang 15: Datenerhebungen in der Domäne Kontext
Anhang 16: Datenerhebungen in der Domäne Ergebnisparameter
Anhang 17: Datenerhebungen (quantitativ)
Anhang 18: Hinderliche und förderliche Faktoren der Implementierung

12. Anlagen

Anlage 1: Evaluationskonzept
Anlage 2: Arbeitspapier-Prozessevaluation
Anlage 3: Aggregiertes-Evaluationskonzept
Anlage 4: Datenschutzkonzept
Anlage 5: gVV
Anlage 6: EC-Votum-LAEK-RLP
Anlage 7: EC-Votum- AEKNO-2020-1
Anlage 8: EC-Votum-AEKNO-2020-2
Anlage 9: Rahmenvereinbarung
Anlage 10: Individuelle-Delegationsvereinbarung
Anlage 11: Versorgungskonzept
Anlage 12: Patienteninformation-Patienten
Anlage 13: Datenschutzinformation-Patienten
Anlage 14: Teilnahmeerklärung-Patienten
Anlage 15: Patienteninformation-Betreuung-Vollmacht
Anlage 16: Datenschutzinformation-Betreuung-Vollmacht
Anlage 17: Teilnahmeerklärung-Betreuung-Vollmacht
Anlage 18: Ärztliche-Verordnung
Anlage 19: Fortbildungsmodule
Anlage 20: Synopse-Qualifikation-Ausbildung
Anlage 21: Modulhandbuch-BA-Pflegeexpertise
Anlage 22: PTHV-Flyer-Pflegeexpertise
Anlage 23: Versorgungsplan
Anlage 24: Kernprozess
Anlage 25: QM-Handbuch
Anlage 26: SOP-Lunge
Anlage 27: SOP-COPD
Anlage 28: SOP Depression
Anlage 29: SOP-Herzerkrankung
Anlage 30: SOP-Schmerz
Anlage 31: SOP-Dyspnoe
Anlage 32: Statusbericht
Anlage 33: Projektablaufplan
Anlage 34: Konzept-Öffentlichkeitsarbeit
Anlage 35: Konzept-Patientenakquise
Anlage 36: Konzept-MKT+Patientenakquise
Anlage 37: Flyer-2020
Anlage 38: Flyer-2021
Anlage 39: Landkarte
Anlage 40: Türschild
Anlage 41: Aufsteller
Anlage 42: Kurzinformation
Anlage 43: Infokompodium
Anlage 44: Präsentation-2018
Anlage 45: Präsentation-2021

Akronym: Hand in Hand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

Anlage 46:	Homepage
Anlage 47:	Erstinterview
Anlage 48:	Folgeinterview-4-Wo
Anlage 49:	Folgeinterview-3+6-Mo
Anlage 50:	Patientenfragebogen
Anlage 51:	TIDier
Anlage 52:	Fragebögen-Prozessevaluation
Anlage 53:	Codebook

Anhang 1: Legende – Regionale Verteilung der Patientinnen und Patienten

Tabelle A 01: Legende – Regionale Verteilung der Patientinnen und Patienten

Nr.	PLZ	PLZ-5-Steller-Region	Gemeinde Klassifikation
1	53518	Adenau, Kottenborn u.a.	Kleine Kleinstadt
2	53506	Ahrbrück, Heckenbach, Hönningen, Kesseling, Rech	Landgemeinde
3	53505	Altenahr, Berg, Kalenborn, Kirchsahr	Landgemeinde
4	56626	Andernach	Kleine Mittelstadt
5	53533	Antweiler, Aremberg, Dorsel, Eichenbach, Aremberg, Fuchshofen und Müsch	Kleine Kleinstadt
6	53498	Bad Breisig, Waldorf, Gönnersdorf	Kleine Kleinstadt
7	53902	Bad Münstereifel	Größere Kleinstadt
8	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Kleine Mittelstadt
9	53534	Barweiler, Bauler, Hoffeld, Pomster, Wiesemscheid, Wirft	Kleine Kleinstadt
10	53945	Blankenheim	Landgemeinde
11	53572	Bruchhausen, Unkel	Landgemeinde
12	53949	Dahlem	Landgemeinde
13	53507	Dernau	Landgemeinde
14	56729	Ettringen	Landgemeinde
15	53879	Euskirchen	Größere Mittelstadt
16	53501	Grafschaft	Größere Kleinstadt
17	56642	Krufft	Kleine Kleinstadt
18	56599	Leutesdorf	Kleine Kleinstadt
19	53508	Mayschoß	Landgemeinde
20	56743	Mendig	Kleine Kleinstadt
21	56753	Mertloch, Welling u.a.	Kleine Kleinstadt
22	53947	Nettersheim	Kleine Kleinstadt
23	56564	Neuwied	Größere Mittelstadt
24	56645	Nickenich	Kleine Kleinstadt
25	56751	Polch	Kleine Kleinstadt
26	53520	Reifferscheid, Kaltenborn, Wershofen u.a.	Kleine Kleinstadt
27	53424	Remagen	Größere Kleinstadt
28	56598	Rheinbrohl	Kleine Kleinstadt
29	53426	Schalkenbach, Königfeld, Dedenbach	Landgemeinde
30	53489	Sinzig	Größere Kleinstadt
31	54579	Üxheim	Kleine Kleinstadt
32	53343	Wachtberg	Kleine Mittelstadt

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 1 im Anhang / Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR] (o.D.); Destatis (2023); Opendatasoft (2022); Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand – Anmerkung: Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 15. Juni 2023.

Tabelle A 02: Auflistung der Matching-Variablen AOK

Alter

Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage

Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen

Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen

Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen

Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen

Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen

Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen

Weiblich

Wohnort (Landkreis)

Dummy : Kein Pflegegrad

Dummy : Pflegegrad 1,2

Dummy : Pflegegrad 3

Dummy : Pflegegrad 4

Dummy : Pflegegrad 5

Wohnort : Pflegeheim

Demenz

Chronische Erkrankungen

DMP: Diabetes Mellitus 2

DMP: Brustkrebs

DMP: Koronare Herzkrankheit

DMP: Diabetes Mellitus 1

Asthma Bronchiale

DMP: COPD

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 2 im Anhang.

Anhang 3: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhauseinweisungen

Tabelle A 03: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhauseinweisungen

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	83,96	-4,4	-0,4	0,687
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	11,10	25	2,28	0,023
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,80	11,8	1,07	0,285
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 682,40	1,4	0,13	0,898
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 932,70	9,9	0,9	0,368
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	7,61	6,2	0,57	0,571
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,44	13	1,19	0,236
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,51	12,2	1,11	0,268
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00	,	,	,
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00	,	,	,
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00	,	,	,
Asthma Bronchiale	0,00	0,00	,	,	,
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	- 0,01	0,02	-7,3	-0,67	0,506

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 3 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 4: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhaustage

Tabelle A 04: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhaustage

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	84,08	-6,2	-0,56	0,573
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	11,22	23,1	2,11	0,036
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,77	14,8	1,35	0,178
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 617,90	2,5	0,23	0,821
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 596,50	13,6	1,24	0,216
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	6,99	11,4	1,03	0,302
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,49	12	1,09	0,276
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,49	13,1	1,19	0,235
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00			
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00			
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00			
Asthma Bronchiale	0,00	0,00			
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	0,45	0,11	13,5	1,23	0,22

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 4 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 5: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausarztbesuche

Tabelle A 05: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausarztbesuche

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	84,03	-5,3	-0,48	0,628
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	10,82	28,6	2,6	0,01
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,80	12,1	1,11	0,269
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 526,90	4	0,37	0,715
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 568,90	13,2	1,21	0,229
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	7,39	8	0,73	0,469
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,11	18,7	1,7	0,09
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,49	13	1,18	0,237
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00	-		
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00	-		
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00	-		
Asthma Bronchiale	0,00	0,00	-		
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	0,23	0,13	7,2	0,66	0,511

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 5 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 6: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Arzt

Tabelle A 06: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Arzt

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	83,92	-3,8	-0,35	0,729
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	10,91	26,9	2,45	0,015
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,82	10,5	0,96	0,34
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 612,40	2,6	0,24	0,814
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 474,40	14,5	1,32	0,188
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	7,40	7,9	0,72	0,472
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,46	12,3	1,12	0,263
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,33	22,3	2,03	0,043
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00	,	,	,
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00	,	,	,
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00	,	,	,
Asthma Bronchiale	0,00	0,00	,	,	,
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	0,23	0,12	13,1	1,19	0,234

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 6 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 7: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Assistenz

Tabelle A 07: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Assistenz

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	83,75	-1,3	-0,11	0,909
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	11,06	24,9	2,27	0,024
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,81	11,2	1,02	0,307
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 454,90	5,2	0,48	0,635
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 556,80	14	1,27	0,205
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	7,52	7	0,64	0,525
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,38	13,9	1,26	0,208
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,39	18,8	1,72	0,087
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00			
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00			
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00			
Asthma Bronchiale	0,00	0,00			
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	0,00	- 0,01	2	0,19	0,853

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 7 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 8: Deskriptive Ergebnisse Übersicht Outcome Variablen ePA Daten

Tabelle A 08: Deskriptive Ergebnisse Übersicht Outcome Variablen ePA Daten

	Vor der Intervention: Mittelwert	Nach der Intervention: Mittelwert	Änderung Vorher zu Nachher: Mittelwert	t-Wert: Zweistichproben t-Test	Beobachtungen
Binärer selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (1 = „Gut“ oder „Sehr Gut“; 0 = „Zufriedenstellend“, „Weniger Gut“ oder „Schlecht“) (in %)	14,7	28,2	13,5	4,56 (0,000)	380
Zufriedenheit mit Gesundheit (0-10)	6,1	7,2	1,1	7,78 (0,000)	380
Zufriedenheit mit Leben (0-10)	6,9	7,5	0,6	5,19 (0,000)	380
Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (0-10)	7,7	8,7	1,0	8,95 (0,000)	374
Ungedeckter medizinischer Bedarf an Hausarztbesuchen (in %)	2,1	2,1	0,0	0,00 (1,000)	374

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 8 im Anhang / Anmerkung: P-Werte in Klammern; Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) HandinHand. Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 21. Juni 2023. Durchschnittlicher Abstand zwischen Erstinterview und Folgeinterview liegt bei 177,9 Tagen.

Anhang 9: Operationalisierung der Endpunkte der Effektevaluation

Tabelle A 09: Operationalisierung der Endpunkte der Effektevaluation

Zielparameter	Maß	Einheit	Quelle
Krankenhausaufenthalte	Krankenhauseinweisungen	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
	Krankenhaustage	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
Arztkontakte	Hausarztbesuche	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
	Hausbesuche durch Hausarzt	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
	Hausbesuche durch Assistenz	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
Gesundheitssituation	Gesundheitszustand	Binär (1 = „Gut“ oder „Sehr Gut“; 0 = „Zufriedenstellend“, „Weniger Gut“ oder „Schlecht“)	ePA / SOEP
	Zufriedenheit mit der Gesundheit	Ordinal (0 = „Ganz und gar unzufrieden“ bis 10 = „Ganz und gar zufrieden“)	ePA / SOEP
	Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen	Ordinal (0 = „Ganz und gar unzufrieden“ bis 10 = „Ganz und gar zufrieden“)	ePA / SOEP
Patientensicherheit und -eigenständigkeit	SMASc	Score (1-4 = „Unmittelbarer Bedarf an Selbstmanagement-Unterstützung“, 5-8 = „Kein akuter Bedarf an Selbstmanagement-Unterstützung“, 9-12 = „Kein Bedarf an Selbstmanagement-Unterstützung“)	ePA

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 9 im Anhang.

Anhang 10: Operationalisierung der Endpunkte der Kostenevaluation

Tabelle A 10: Operationalisierung der Endpunkte der Kostenevaluation

Zielparameter	Maß	Einheit	Quelle
Kosten für medizinische Versorgung	Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (in der Praxis)	Euro	AOK-Daten
	Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (Hausbesuche)	Euro	AOK-Daten
	Kosten für die stationäre Versorgung	Euro	AOK-Daten
	Kosten für die PE-Versorgung	Euro	PE-Center

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 10 im Anhang.

Anhang 12: Anpassungen der Datenerhebungen

Tabelle A 12: Anpassungen der Datenerhebungen

Nr.	Zielgruppe	Code lt. Gantt-Chart	Anpassung	Begründung der Anpassung
0			Anstelle von persönlichen Interviews oder Fokusgruppen wurden individuelle Telefoninterviews oder Fokusgruppen per Telefon oder Videokonferenz durchgeführt.	COVID-19 Pandemie
1	PE	FG7-3a → I7-3a	Individuelle Telefoninterviews anstelle einer Fokusgruppe	COVID-19 Pandemie
2	AV	FG3-9b	Gestrichen	Neue Erkenntnisse sind durch eine zusätzliche zu den Einzelinterviews durchgeführte Fokusgruppe nicht zu erwarten
3	PEC Leitung	I1-3c → I1-6c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 06/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
4	PEC Leitung	Fb1-3c → FB1-6c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 06/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
5	PE	FG7-3c → I7-9c	Individuelle Telefoninterviews anstelle einer Fokusgruppe;	COVID-19 Pandemie;
6	PE	FB5-3c → FB5-9c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 09/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
7	HÄ	FG2-3c → I8-4c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 09/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
8	HÄ	FB4-9c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 04/23 verschoben	COVID-19 Pandemie;
9	Pat.	I2-3c → I2-6c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung
10	Angehörige	I3-3c → I3-6c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 06/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
11	MFA	I11-4c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung
12	Pat.	I2-7c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung
13	Angehörige	I3-7c	Ergänzt	MFA als zusätzlich relevante Zielgruppe identifiziert
12	Pat.	I2-9c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung; ergänzendes Erkenntnisinteresse an Teilnehmenden, die über die sechs Monate hinaus die Intervention erhalten
13	Angehörige	I3-9c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung; ergänzendes Erkenntnisinteresse an Teilnehmenden, die über die sechs Monate hinaus die Intervention erhalten
12	Pat.	I2-9c	Ergänzt	Empfehlung der Beiratsmitglieder zur Durchführung von Interviews 4 Wochen nach Beendigung des Erhalts der Intervention
13	Angehörige	I3-9c	Ergänzt	Empfehlung der Beiratsmitglieder zur Durchführung von Interviews 4 Wochen nach Beendigung des Erhalts der Intervention

PE Pflegeexpertinnen und -experten, AV Andere Versorgende, Hausärztinnen und -ärzte, PEC Pflegeexperten-Center, Pat. Patientinnen und Patienten, MFA Medizinische Fachangestellte; FG Fokusgruppe, I Interview, FB Fragebogen

Quelle: Unik/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 12 im Anhang.

Tabelle A 13: Datenerhebungen in der Domäne Implementierung

Domäne	Thema	Datenquelle/-basis	Methode	Parameter
Anwendungstreue	Einarbeitung/Schulung und kontinuierliche Fortbildung	PEC Leitung	Fragebogen Interview	Inhalt und Häufigkeit der Einarbeitung/Schulung und Fortbildung
	Kompetenzen	Dokumentation des HIH-Projektteams	Dokumentenanalyse	Erforderliche Kompetenzen und wie diese erworben werden
	Angeforderte/geplante und durchgeführte Interventionen	ePA	Patientendokumentationssystem	Inhalt und Anzahl der Überweisungsanträge Anzahl und Art der festgestellten zusätzlichen Bedarfe
	Etablierung des PEC	PE, PEC Leitung, Studienleitung	Interview	Inhalt und Anzahl der durchgeführten Interventionen Hinderliche und förderliche Faktoren für die Etablierung eines PEC
Reichweite	Rekrutierungsstrategien und -mechanismen	Studienleitung, PEC Leitung, HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Methoden der Rekrutierung einschließlich hinderlicher und förderlicher Faktoren
		HIH Rekrutierungskonzept	Dokumentenanalyse	Rekrutierungsstrategien
		Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Wie werden Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige auf die Studie und die Möglichkeit der Teilnahme aufmerksam
	Auswahl der Patientinnen und Patienten	HÄ	Fragebogen	Anzahl der potentiellen Patientinnen und Patienten, wie viele wurden ausgeschlossen und warum
Menge	Frequenz der Versorgung	ePA (alle Patientinnen und Patienten)	Patientendokumentationssystem	Anzahl der Hausbesuche der PE
	Dauer der Versorgung	ePA (alle Patientinnen und Patienten)	Patientendokumentationssystem	Dauer der - direkten Patientenversorgung - indirekten Patientenversorgung - Fahrzeit
Adaptionen	Personen-zentrierte Anpassungen der Intervention	ePA (alle Patientinnen und Patienten) Narratives	Patientendokumentationssystem Fallbeispiele	Inhalt und Anzahl der Anpassungen mit Begründung Kontext, in dem die Intervention angepasst wurde

PE Pflegeexpertinnen und -experten, ePA [elektronische Patientenakte] Patientendokumentationssystem, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, PEC Pflegeexperten-Center

Quelle: Unik/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 13 im Anhang.

Anhang 14: Datenerhebungen in der Domäne Wirkmechanismen

Tabelle A 14: Datenerhebungen in der Domäne Wirkmechanismen

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
a.	Struktur	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Teamarbeit und Vernetzung
	Sicherheit	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Bewertung von Sicherheitsaspekten bei der Durchführung von Hausbesuchen Verfügbarkeit von Supervision und Mentoring Notfallmanagement
	Einzugsgebiet und evtl. geografische Besonderheiten	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Beschreibung des Einzugsgebiets Geografische Besonderheiten (z.B. Mobilfunkabdeckung)
		ePA	Patientendokumentationssystem	Entfernung PEC und Wohnstätte der Patientinnen und Patienten
	Dokumentation und Kommunikation	Studienleitung, PEC Leitung, PE HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe Fragebogen	Merkmale der Kommunikationsstrukturen innerhalb des Teams und nach außen Kommunikationsstrukturen mit PE
b.	Hauptteilnehmende			
	Patientinnen und Patienten	ePA (alle Patientinnen und Patienten) Patienten, Angehörige, PE, HÄ	Patientendokumentationssystem Interview, Fragebogen	Alter, Geschlecht, Lebenssituation, Diagnosen usw. Selbstberichtete (Patienten-)Bedarfe, unerfüllte Bedarfe
		ePA (alle Patientinnen und Patienten)	Patientendokumentationssystem	Gründe für Überweisung an PE Bedarfe der Patienten aus Perspektive der PE und HÄ
	Erwartungen und Vorlieben	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Erwartungen und Präferenzen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und die Versorgung durch die PE
	Akzeptanz	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Hinweise darauf, inwieweit die Rolle der PE als ergänzende Rolle im Pflegesystem anerkannt wird
	Ressourcen	ePA (alle Patientinnen und Patienten) Patientinnen und Patienten	Patientendokumentationssystem Interview	Andere beteiligte Gesundheitsdienste und Hilfsdienste Individuelle Ressourcen und Bewältigungsstrategien

noch: Tabelle A 14

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
PE	Fertigkeiten und Kompetenzen	PE, PEC Leitung, HÄ, Vinzenz Pallotti Uni., Krankenkasse	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Wahrnehmungen der Fähigkeiten und Kompetenzen der PE
	Autonomie	PE, HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Wahrnehmung der Autonomie der PE
	Mentoring & Supervision	PE, PEC Leitung	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Bedürfnisse und Wahrnehmung von Mentoring und Supervision Strategien für Mentoring und Supervision
	Team	PE, PEC Leitung	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Team als Ressource, Teamarbeit, Teambildungsstrategien
	Networking	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Art und Struktur der Vernetzung Hinderliche und förderliche Faktoren für Vernetzung
HÄ	Motivation	HÄ	Fragebogen, Interview	Gründe für die Teilnahme an der Studie
	Vorherige Erfahrungen	HÄ	Fragebogen, Interview	Erfahrungen in der Arbeit Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben
	Erwartungen & Erfahrungen	HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit und Kompetenzen der PE
	Delegation	HÄ	Interview	Delegierte Aufgaben, Veränderungen in Bezug auf die Delegation delegierter Aufgaben
AV	Erwartungen	AV	Interview	Erwartungen in Bezug auf die Zusammenarbeit
	Aktive Förderung und Behinderung	AV	Interview	Inwieweit wird das Projekt/die Teilnahme an dem Projekt anderen Patientinnen und Patienten/HÄ/Angehörigen empfohlen Umgang mit Schnittstellen
	Schnittstellen	AV	Interview	

noch: Tabelle A 14

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
c. Zwischenmenschliche und (inter)professionelle Beziehungen	Rollenverständnis	PE, PEC Leitung, HÄ, Patientinnen und Patienten, Angehörige, AV, Vinzenz Pallotti Uni.	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Verständnis der Rollenausübung, der Verantwortlichkeiten und Aufgaben sowie der erforderlichen Kompetenzen Unterschiede zu anderen Fachpersonen des Gesundheitswesens Unterschiede zu anderen Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben/zu ANP/zu anderen Gesundheitsfachpersonen
	Befähigung und Förderung von PE	PEC Leitung, Vinzenz Pallotti Uni.	Interview, Fragebogen	Maßnahmen für die berufliche Entwicklung der PE Erforderliche PE-Kompetenzen Maßnahmen zur Unterstützung der Rollenfindung
		HÄ	Fragebogen, Interview	Unterstützung der PE bei der Durchführung/Übernahme delegierter Tätigkeiten
		PE	Interview, Fragebogen	Wahrgenommene Förderung/Befähigung durch HÄ, PEC Leitung, andere PE, Vinzenz Pallotti Uni.
	Befähigung und Förderung von Patientinnen und Patienten/Angehörige	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Beschreibung, ob und wie sich Patientinnen und Patienten durch die PE bei der Bewältigung von krankheitsbedingten Herausforderungen im Alltag unterstützt fühlen Beschreibung, ob und wie sich Angehörige durch die PE bei der Betreuung unterstützt fühlen
		PE	Fokusgruppe, Fragebogen	Wahrgenommener Beitrag der PE zum Selbst- und Symptommanagement der Patienten
	Shared decision making	Patient, Angehörige	Interview	Beschreibung, ob und wie sich Patientinnen und Patienten/Angehörige in die Planung und Durchführung der pflegerischen Versorgung einbezogen fühlen
		PE	Fragebogen, Interview	Inwieweit die PE sich sicher fühlen, Patientinnen und Patienten/Angehörige in die Ermittlung des Pflegebedarfs und die Entwicklung individueller Pflegepläne einzubeziehen
	Empathie	Alle Patientinnen und Patienten	Fragebogen (RWI)	Wahrgenommene Empathie

noch: Tabelle A 14

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
	Kooperation und Zusammenarbeit	PE, HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Erwartungen, Erfahrungen Förderliche und hinderliche Faktoren
		PEC Leitung	Interview, Fragebogen	Maßnahmen zur Unterstützung der internen und externen Kooperation/Zusammenarbeit
	Erreichbarkeit	PE, HÄ, Patientinnen und Patienten, Angehörige	Fragebogen	Erreichbarkeit der HÄ/PE
	Kommunikation	PE	Interview, Fokusgruppe, Fragebogen	<p>Erlebte Kommunikation zwischen PE und HÄ, PE und PEC Leitung, innerhalb des PE-Teams sowie zwischen PE und Patientinnen und Patienten/Angehörigen</p> <p>Inwieweit fühlen sich PE sicher in der Kommunikation mit HÄ bezüglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptommanagement - Bedarf an delegierten Leistungen <p>Inwieweit fühlen sich PE sicher in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten/Angehörigen bezüglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptom-Management - Bewältigung des täglichen Lebens - Emotionen (z.B. Wut, Trauer) <p>Inwieweit erleben HÄ PE in der Kommunikation in Bezug auf</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fachlichkeit - Patientenzentriertheit - interprofessionelle Kommunikation - Lösungsorientierung

Noch: Tabelle A 14

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
		Studienleitung	Interview	Erfahrungen hinsichtlich der internen und externen Kommunikation; hinderliche und förderliche Faktoren
		Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Erfahrungen hinsichtlich der Kommunikation
		AV	Interview	Erfahrungen hinsichtlich der Kommunikation mit den PE/dem PEC; Wege der Kommunikation
Vertrauen		PE, HÄ	Interview, Fokusgruppe, Fragebogen	Hinweise für eine vertrauensvolle interprofessionelle Beziehung zwischen PE und HÄ
		Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Hinweise für eine vertrauensvolle interprofessionelle Beziehung zwischen PE und Patientinnen und Patienten, Angehörigen

PE Pflegeexpertinnen- und experten, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, AV Andere Versorgende, ePA [elektronische Patientenakte] Patientendokumentationssystem, PEC Pflegeexperten-Center

Quelle: Unik/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 14 im Anhang.

Tabelle A 15: Datenerhebungen in der Domäne Kontext

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
a. Macro Level	Deutsches Gesundheitssystem	Ministerium für Gesundheit, Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Dokumentenanalyse	Struktur des deutschen Gesundheitswesens
	Gesetzlicher Rahmen	Rechtsvorschriften hinsichtlich der Ausübung des Pflegeberufs und der Versorgungsstrukturen	Dokumentenanalyse	Zusammenfassung der wichtigsten Merkmale und Rechtsvorschriften im Bereich der pflegerischen Berufsausübung in der Primärversorgung
	Struktureller Kontext	Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, Gesetzliche Krankenkassen, Ärzte- und Pflegekammer	Dokumentenanalyse	Strukturen des Gesundheitswesens und der Ausbildung von Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz <ul style="list-style-type: none"> - Merkmale von Krankenhäusern, Pflegeheimen, Arztpraxen und ambulanten Pflegediensten - Anzahl der pflegerischen/medizinischen Studiengänge; Anzahl der Berufsfachschulen für Krankenpflege - Zahl der praktizierenden Pflegefachpersonen und Hausärztinnen und -ärzte
		Relevante Literatur	Literaturrecherche	Mögliche Integration neuer Versorgungsmodelle in bestehende Strukturen, einschließlich Best-Practice-Beispiele, förderliche und hinderliche Faktoren
		Studienleitung, PEC Leitung, PE, HÄ, Krankenkasse, Vinzenz Pallotti Uni., AV	Interview	Mögliche Integration des HandinHand-Modells in bestehende Strukturen; hinderliche und förderliche Faktoren
		PEC Leitung	Fragebogen	Merkmale des Einzugsgebiets
	Interprofessionelle Kultur	Relevante Literatur	Literaturrecherche	Merkmale, die die Zusammenarbeit zwischen HÄ und Pflegefachpersonen im Allgemeinen beeinflussen
		AV	Interview	Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung

noch: Tabelle A 15

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
b. Meso Level	PEC	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Personelle und materielle Ausstattung des PEC
	Setting	PE	Interview	Beschreibung besonderer Merkmale des Settings
		Narratives	E-Mail Korrespondenz, Fallstudien	Beschreibung besonderer Merkmale des Settings/der Region
		Relevante Literatur	Literaturrecherche	Beschreibung besonderer Merkmale des Settings/der Region
	Haus-/Facharztpraxis	HÄ	Fragebogen	Merkmale der teilnehmenden Arztpraxen - Anzahl der Patientinnen und Patienten in jeder Praxis - Personalausstattung und Qualifikationsmix
		Kassenärztliche Vereinigung, Gesetzliche Krankenversicherung, Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Dokumentenanalyse	Aktuelle Herausforderungen für Hausarztpraxen - Mangel an HÄ - Demografische Entwicklungen - Alternde Gesellschaft mit zunehmend mehr Menschen mit komplexem Pflegebedarf
		Relevante Literatur	Literaturrecherche	Strategien zur Bewältigung der Herausforderungen einer alternden Gesellschaft, Auswirkungen auf HÄ und die pflegerische Versorgung
	Krankenhäuser	Statistisches Bundesamt Landesamt Rheinland-Pfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, Andere relevante Datenquellen	Dokumentenanalyse	Zahl der Krankenhausaufenthalte, der Wiedereinweisungen und der potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalte bei Menschen mit chronischen Krankheiten
	Kommunale Unterstützungsdienste	PEC Leitung	Fragebogen	Art und Verfügbarkeit von gemeindenahen Unterstützungsdiensten (z. B. Hospizbetreuung, Essen auf Rädern, Selbsthilfegruppen)

noch: *Tabelle A 15*

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
	Bachelor	Vinzenz Pallotti University	Interview	<p>Perspektive der Vinzenz Pallotti Uni. im Hinblick auf Rollenentwicklung von Pflegefachpersonen im Allgemeinen und im Kontext des Projekts im Besonderen</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Einrichtung des PEC im Besonderen und die HIH-Intervention im Allgemeinen - Ausmaß, in dem das Studium/Lehrende die Rollenentwicklung unterstützt (z. B. klinische Reflexion, Supervision)
	Krankenkasse	Krankenkasse	Interview	<p>Motivation zur Teilnahme</p> <p>Perspektiven auf innovative Versorgungsmodelle im Hinblick auf die Strukturen der Primärversorgung im Allgemeinen und die Projektintervention im Besonderen</p>
c.	Micro Level Patientinnen und Patienten	Relevante Literatur	Literaturrecherche	<p>Beschreibung der Erwartungen an die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen</p> <p>Einstellungen und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung durch HÄ im Vergleich zur Gesundheitsversorgung durch Pflegefachpersonen</p>
	Angehörige	Relevante Literatur	Literaturrecherche	<p>Beschreibung der</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientinnen/Patienten-Angehörigen-Dyade - Bedarf an Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige - Einstellungen und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung durch HÄ im Vergleich zur Gesundheitsversorgung durch Pflegefachpersonen
	PE	PE	Interview, Fragebogen	<p>Merkmale der PE</p> <p>Berufserfahrung</p> <p>Beschreibung der Erwartungen an das Projekt/die Stelle</p>

noch: Tabelle A 15

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
		Arbeitsplatzbeschreibung	Dokumentenanalyse	Beschreibung der formalen Anforderungen
	PEC Leitung	PEC Leitung	Interview	Einstellung und Erwartungen an das Projekt
		Relevante Literatur	Literaturrecherche	Herausforderungen für Führungskräfte bei der Bewältigung von Veränderungen im Gesundheitswesen Herausforderungen bei der Implementierung einer neuen Rolle
	HÄ	Relevant Literatur	Literaturrecherche	Zusammenfassung der wichtigsten Herausforderungen der HÄ in Deutschland
	VERAh/NäPa	Bundesärztekammer/ Kassenärztliche Bundesvereinigung	Dokumentenanalyse	Rollenbeschreibung und Qualifikationen Überschneidung mit PE
	AV	Andere Versorgende, die in die Versorgung der HIH-Patientinnen und Patienten involviert sind	Interview	Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Etablierung neuer pflegerischer Rollen
COVID-19	Einfluss der COVID-19-Pandemie	PE, PEC Leitung, Studienleitung, HÄ, Patientinnen und Patienten, Angehörige, Vinzenz Pallotti Uni., Krankenkasse, AV	Interview	Einfluss auf die PE-Rolle, das PEC und sein Management, die Gesundheits- und Pflegesituation der Patientinnen und Patienten, den Studiengang, das Projekt, die Zusammenarbeit
				<i>PE Pflegeexpertinnen- und experten, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, AV Andere Versorgende, ePA [elektronische Patientenakte] Patientendokumentationssystem, PEC Pflegeexperten-Center</i>

Quelle: UniK/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 15 im Anhang.

Tabelle A 16: Datenerhebungen in der Domäne Ergebnisparameter

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
Rollen- und Kompetenzentwicklung der PE	Entwicklung im Laufe der Zeit	PE	Interview, Fragebogen, Fokusgruppe	Beschreibung, ob und wie die Rollen- und Kompetenzentwicklung stattgefunden Retrospektive Wahrnehmung der Rolle und Rollenentwicklung
				Vorherrschende Themen der PE zu verschiedenen Zeiten
				Annahmen der PE, wie sich die Rolle entwickeln wird
				Veränderungen in der Wahrnehmung der PE-Kompetenzen und der Rollenklarheit
Förderliche und hinderliche Faktoren	PE, PEC Leitung, HÄ	PEC Leitung, HÄ, Vinzenz Pallotti Uni., AV, Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview, Fragebogen, Fokusgruppe	Delegation von Aufgaben, Wahrnehmung der EN-Rolle
				Wahrgenommene hinderliche und förderliche Faktoren bei der Entwicklung/Förderung von Rollen und Kompetenzen
				Hinderliche und förderliche Faktoren hinsichtlich der Entwicklung neuer pflegerischer Rollen im Allgemeinen
Erfahrungen der Hauptteilnehmende	Patientinnen und Patienten Angehörige	Vinzenz Pallotti Uni.	Interview	Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Vermittlung erforderlicher Fähigkeiten und der Unterstützung der Rollen- und Kompetenzentwicklung
				Herausforderungen der Rollen- und Kompetenzentwicklung
HÄ	Wahrnehmung der Versorgung durch PE	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Gesamtwahrnehmung, Aspekte des Vertrauens, gemeinsame Entscheidungsfindung, Befähigung
				Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe
				Wahrgenommene Veränderungen des Gesundheitszustands
HÄ, Studienleitung, PE	Vorteile und Nachteile der Versorgung	HÄ, Studienleitung	Interview, Fokusgruppe, Fragebogen	Wahrgenommene Vor- und Nachteile der PE-Versorgung
				Empathie
PE Pflegeexpertinnen und -experten, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, AV Andere Versorgende (Gesundheitsdienstleister, die in die Patientenversorgung eingebunden sind)	Vorteile und Nachteile der Versorgung	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview, Fokusgruppe, Fragebogen	Wahrgenommene Empathie (Befähigung, gemeinsame Entscheidungsfindung)
				Gesamtwahrnehmung, einzigartiger Beitrag der PE, gemeinsame Entscheidungsfindung
PE Pflegeexpertinnen und -experten, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, AV Andere Versorgende (Gesundheitsdienstleister, die in die Patientenversorgung eingebunden sind)	Vorteile und Nachteile der Versorgung	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview, Fokusgruppe, Fragebogen	Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit anderen Gesundheitsberufen
				Wahrgenommene Vor- und Nachteile für sich selbst, Patientinnen und Patienten & Angehörige, weitere Personen, die Region, das Gesundheitssystem als Ganzes

Quelle: Unik/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 16 im Anhang.

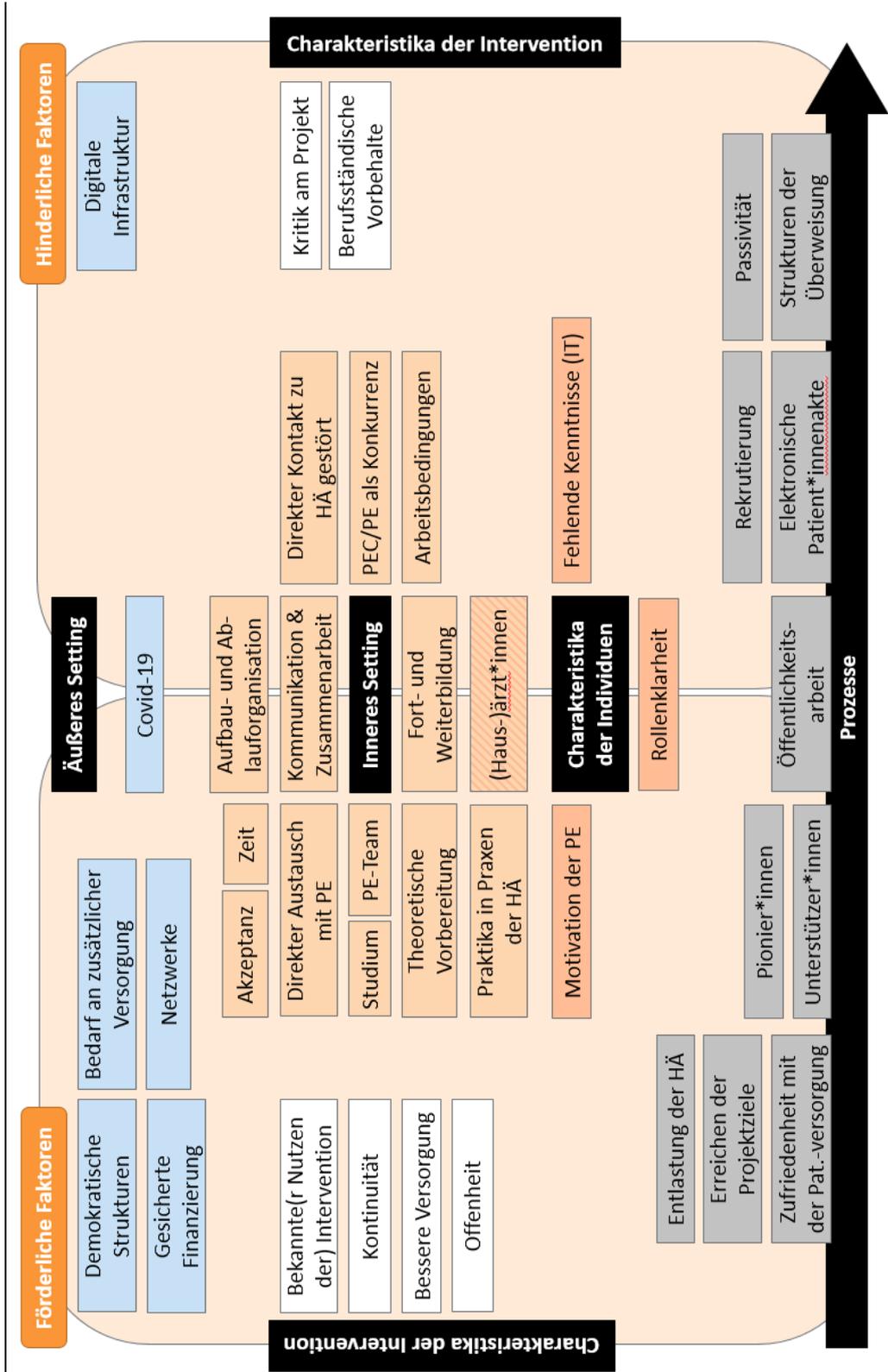
Anhang 17: Datenerhebungen (quantitativ)

Tabelle A17: Datenerhebungen (quantitativ)

	PE		PECLtg.		Stud.-Htg.		HÄ		Pat.		Ang.		VPU		KK		Andere V		MFA		Ist gesamt	Soll gesamt	
	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll			
Fragebogen (FB)																							
t0	9	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t1	8	9	1	1	1	1	10	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t2	8	9	1	1	1	1	23	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t3	5	8	1	1	1	1	17	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FB gesamt/Gruppe	30	36	3	3	2	2	50	112	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85
Interviews (I)																							153
t1	10	10	2	2	1	1	4	13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	4	4	5
t2	9	9	2	2	1	1	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	5	5	-
t3	-	-	2	2	-	-	22	46	3	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t4	4	8	-	-	-	-	-	-	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t5	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t8	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I gesamt/Gruppe	23	27	6	6	2	2	26	59	22	24	25	25	4	4	4	4	4	4	9	10	4	4	5
Fokusgruppe (FG)																							166
t2	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FG gesamt/Gruppe	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2

Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 17 im Anhang.

Abbildung A 18: Hinderliche und förderliche Faktoren der Implementierung



Quelle: UniK/Unil, Evaluationsbericht, dort Abbildung A 1 im Anhang./ Darstellung nach Damschroder et al. (2009).

Evaluationskonzept 2.0

Fragestellung und Arbeitshypothese

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung ist sowohl eine Ergebnis- und Kosten- als auch eine Prozessevaluation vorgesehen. Die Prozessevaluation wird, in enger Abstimmung mit dem RWI, durch den Projektbeirat durchgeführt. Bei der Ergebnisevaluation soll insbesondere geprüft werden, ob die gesetzten Primärziele (Reduktion der Krankenhauseinweisungen und Hausarztbesuche) der neuen Versorgungsform (nV) erreicht werden. Basierend auf Ergebnissen verschiedener Studien [1, 2, 3, 4] erwarten wir durch die nV eine Reduktion der Hausarztbesuche um 10% sowie eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15%. Neben den Primärzielen werden zudem potenzielle Unterversorgung sowie die Patientenzufriedenheit untersucht. Die Kostenevaluation vergleicht die anfallenden Kosten für Patienten mit und ohne Betreuung durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten (PEs), während die Prozessevaluation v.a. fördernde Faktoren und Barrieren der Umsetzung der nV bewertet.

Untersuchungsparameter, Datenquellen und Stichprobe

Untersuchungsparameter: Im Fokus der Ergebnisevaluation stehen die Zahl der Krankenhausaufenthalte und Hausarztbesuche. Zusätzlich werden weitere objektive Untersuchungsparameter wie z.B. die Anzahl der Arztkontakte insgesamt, Medikamentenverordnungen, die Art und Dauer von Pflegebedürftigkeit sowie subjektive Parameter, wie der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand, die Lebenszufriedenheit, die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung oder ungedeckte medizinische Bedürfnisse für die Bewertung der nV herangezogen. Im Rahmen der Prozessevaluation werden die Größe der relevanten Personengruppe, der Zielgruppen-Erreichungsgrad, die Teilnahmebereitschaft und die Abbruchrate und im Rahmen der Kostenevaluation alle durch die medizinische Versorgung entstandenen Kosten erfasst.

Datenquellen: Die für die Auswertung benötigte Datengrundlage basiert auf vier Säulen: i) den Daten der Hausärzte in der Behandlungsregion, ii) der Datenerhebung und Dokumentation durch PEs in der Behandlungsregion, iii) Routinedaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland¹ für gesamt Rheinland-Pfalz und Saarland und iv) eigene Datenerhebung bei den durch PEs betreute Patienten durch eine durch das RWI entwickelte Befragung. Da keine Datenquelle alle benötigten Daten enthält, wird je nach Fragestellung die relevante Datengrundlage ausgewählt. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die verschiedenen Datenquellen. Objektive Untersuchungsparameter werden in der Behandlungsgruppe über die Hausärzte und die PEs erfasst. Informationen der Hausärzte werden den PEs per e-Arztbrief oder Ausdruck zur Verfügung gestellt und von diesen in die elektronische Patientenakte eingepflegt. Als Kontrollgruppe dienen die Versicherten der

¹ Für die Nutzung der Routinedaten wird im Rahmen des Projekts ein Antrag zur Datennutzung inkl. Datenschutzkonzept (§ 75 SGB X) an die Aufsichtsbehörde der AOK gestellt.

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Als Datenquelle für die Kontrollgruppe dienen die Routinedaten der AOK. Die für die Kostenevaluation benötigten Daten werden ebenfalls in den Routinedaten erfasst, die Kosten der nV werden direkt über die PEs ermittelt. Zusätzliche, durch die Betreuung durch PEs verursachte, Kosten werden im Rahmen des Projekts durch die PEs selbst erhoben. Ferner werden Prozessinformationen wie die Abbruchrate direkt von den PEs übermittelt. Daten zu den subjektiven Untersuchungsparametern sind nicht in den Routinedaten oder anderen administrativen Daten enthalten und werden für die Behandlungsgruppe mittels eigener Befragungen erhoben. Die Interviews werden durch die PEs durchgeführt.

Tabelle 1: Übersicht über die verschiedenen Datenquellen

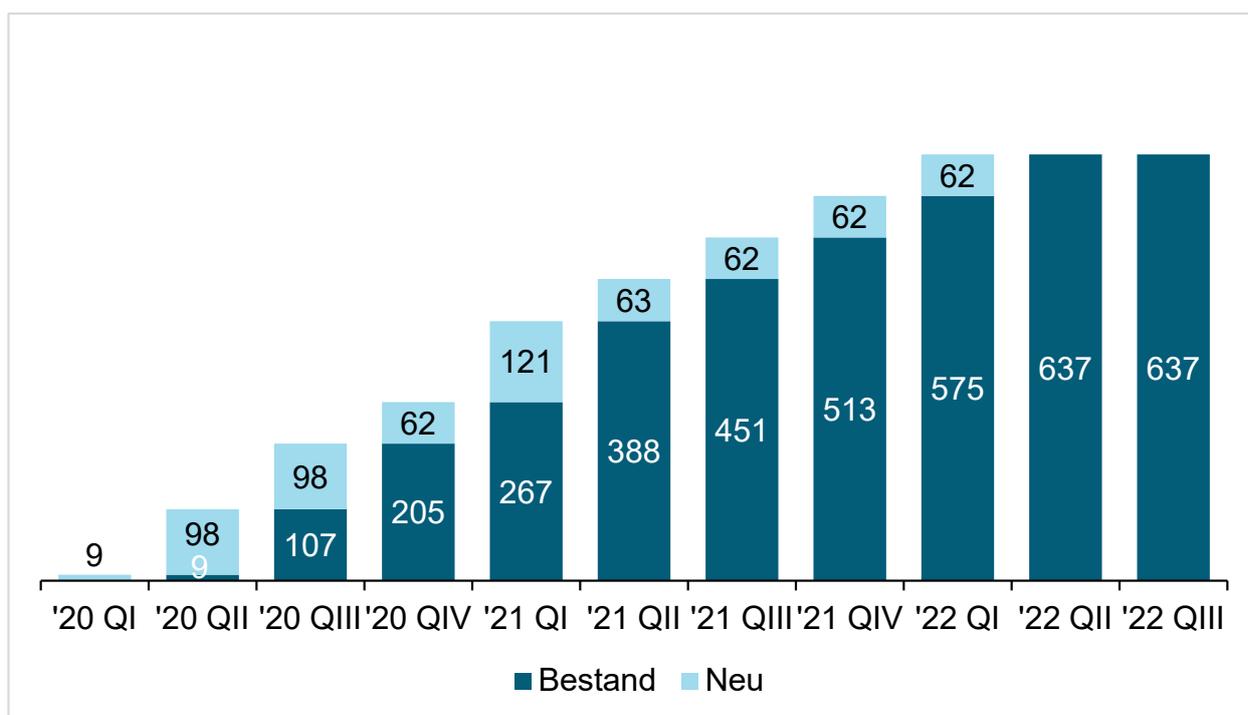
Datenquelle	Untersuchungsparameter	Wer?
Daten der Hausärzte	Anzahl Hausarztkontakte, Diagnosen (ICD), demografische Informationen	Behandlungsgruppe
Datenerhebung/-dokumentation der PEs	Anzahl PE-Kontakte, Abbruchrate, Anzahl Facharztkontakte, Krankenhausaufenthalte, (zusätzliche) Diagnosen (ICD), Medikamenteneinnahme (ATC), Pflegebedürftigkeit, Kosten	
Eigene Befragung	Subjektive Untersuchungsparameter (selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung, ungedeckte medizinische Bedürfnisse)	
Routinedaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Anzahl Haus- und Facharztkontakte, Krankenhausaufenthalte, Diagnosen (ICD), Medikamenteneinnahme (ATC), Pflegebedürftigkeit, Kosten, demografische Informationen	Kontrollgruppe

Stichprobe: Um die Untersuchungsparameter für die Behandlungsgruppe (Patienten mit Betreuung durch PEs) erfassen zu können, wird zunächst mit Unterstützung des Hausärztenetzes und anhand vorgegebener Ein- und Ausschlusskriterien die relevante Personengruppe identifiziert. Eingeschlossen werden GKV-Versicherte im Alter von 60 und älter, mit kontinuierlichem, hausärztlichem Versorgungsbedarf (mind. 3 Hausarztkonsultationen in den letzten 6 Monaten), die sich derzeit nicht in stationärer Krankenhausbehandlung befinden und in eigener Häuslichkeit, betreutem Wohnen oder stationären Pflegeeinrichtungen wohnhaft sind. Ziel ist es mindestens 517 durch PEs betreute Patienten in der Behandlungsregion als Studienteilnehmer zu gewinnen. Da derzeit eine Dropout-Rate von ca. 23% vorliegt, müssen hierfür 637 Patienten kontaktiert werden. Vorgesehen ist eine kontinuierliche Rekrutierung.

Schaubild 1 zeigt die Patientenrekrutierung sowie den Bestand bereits rekrutierter Patienten insgesamt. Die **Rekrutierung** beginnt nach einer Vorbereitungsphase im I. Quartal 2020 und läuft für 2 Jahre bis zum I. Quartal 2022. Die **Interventionsphase** endet am Ende des III. Quartals 2022, d.h. die Betreuung durch PEs in der Behandlungsregion erfolgt nach Ende der Rekrutierungsphase noch für weitere sechs Monate. Nach der Rekrutierung und erteilter Erlaubnis zur Datenübermittlung erfolgt die erste Patientenbefragung (t=0) und Datenabfrage bei der Hausarztpraxis, um die Ausgangssituation der Patienten zu erfassen. Nach drei und nach

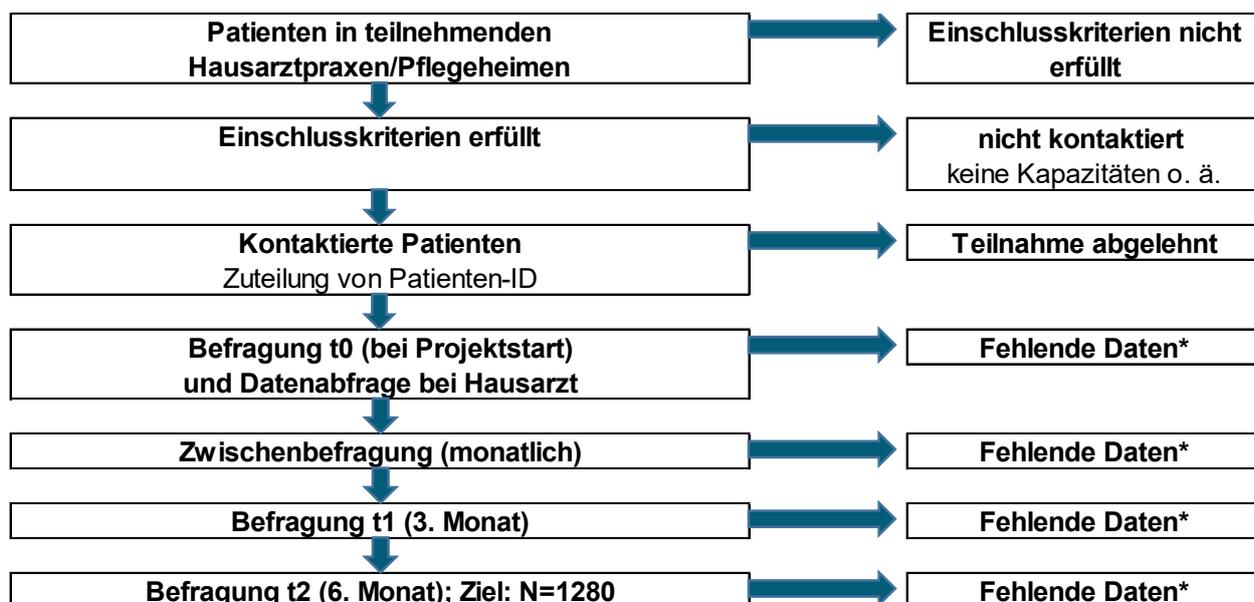
sechs Monaten erfolgen umfangreiche Folgebefragungen. Relevante Outcomes werden während der Interventionsphase bei jeder Visite und monatlich in einem kurzen Fragebogen erfasst. Schaubild 2 stellt den Studienverlauf schematisch dar. Die zur Evaluation benötigten Abrechnungsdaten der AOK sind erst ca. 7 Monate nach Abschluss der Interventionszeit vollständig verfügbar. Nach Beendigung der Interventionszeit werden daher 9 Monate benötigt, um die Daten vollständig aufzubereiten und auszuwerten. In dieser Zeit werden die Datensätze der AOK fortlaufend bereinigt und aufbereitet und die Daten der Interventionsgruppe für das Matching mit den Daten der Kontrollgruppe (AOK-Versicherte und Daten der ePA) vorbereitet. Darüber hinaus werden die finalen Analysen für den Abschlussbericht vorbereitet. Diese vorbereitenden Arbeiten sind essenziell, um die Analysen zeitnah nach Vorliegen der vollständigen Daten der AOK abzuschließen und so die Ergebnisevaluation termingemäß zum 30.06.2022 abzuschließen.

Schaubild 1: Fallzahlen in der Behandlungsgruppe



Anmerkung: Tatsächliche Rekrutierungszahlen gemäß Erhebung der Pflegeanamnese (ePA) bis einschließlich Quartal II 2021.

Schaubild 2: Studienverlauf (schematisch)



*Gründe für fehlende Daten: Patient verstirbt/lehnt die Teilnahme ab, die Einschlusskriterien sind nicht mehr erfüllt oder das Ende des Evaluationszeitraums ist erreicht.

Die Fallzahlplanung zeigt, dass bei einer Inklusion von mindestens 517 Patienten mit über 80% Wahrscheinlichkeit der Unterschied in den Zielparameter der Behandlungsgruppe und Vergleichsgruppe auf einem Signifikanzniveau (alpha) von 10% statistisch erkannt wird, gegeben es gibt den erwarteten Unterschied. Bei einer Inklusion von 709 Patienten würde der Unterschied sogar auf einem Niveau von 5% statistisch erkannt (Tabelle 2). Dabei wurde von einer durchschnittlichen Behandlungszeit von sechs Monaten ausgegangen, um ein mögliches Ausscheiden der Patienten durch Tod zu berücksichtigen. In der Literatur werden weitläufig Parameterschätzungen mit einem p-Wert kleiner als 5% als statistisch signifikant eingestuft. Jedoch kann dieser arbiträr festgelegte Wert in Frage gestellt werden [6] und Größe und Bedeutsamkeit geschätzter Parameter sollten mit in die Bewertung einfließen [7,8]. Eine Reduktion der Hausarztbesuche um 10%, ebenso wie eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15% deuten auf einen großen und bedeutsamen Effekt der Behandlung hin. Somit kann eine angemessene wissenschaftliche Aussage zu HandinHand auch mit einem Signifikanzniveau von 10% getroffen werden.

Tabelle 2: Notwendige Stichprobengröße (einseitiger Test, Power=80%)

	alpha	Erwartete Reduktion	Mittelwerte		Standardabweichung	Stichprobengröße
			ohne nV	mit nV		
Hausarztbesuche	0,05	10%	7,87	7,08	4,01	161
Hausarztbesuche	0,10	10%	7,87	7,08	4,01	118
Krankenhausaufenthalte	0,05	15%	0,40	0,34	0,65	709
Krankenhausaufenthalte	0,10	15%	0,40	0,34	0,65	517

Anmerkung: Schätzwerte der erwarteten Reduktion (vgl. [1, 2, 3]) ausgehend von einer im Durchschnitt sechsmonatigen Behandlungszeit. Berechnung der Fallzahlen anhand von Beobachtungswerten der Abrechnungsdaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland vom 03.08.2021.

Untersuchungsdesign

Ergebnisevaluation: Um die Patienten der Behandlungsgruppe mit Patienten, die keine Betreuung durch eine PE erhalten, in Bezug auf die Primärziele sowie den zusätzlichen objektiven Untersuchungsparameter vergleichen zu können, werden Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, welche ebenfalls die Einschlusskriterien erfüllen, als Vergleichsgruppe für die Ergebnisevaluation herangezogen. Zwar beruht diese Gruppe auf einer selektiven Auswahl von AOK-Versicherten, dafür liefern Routinedaten umfangreiche Informationen zu in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen in hoher Datenqualität, welche mit den Daten der Behandlungsgruppe verglichen werden können. Zur Datenauswertung werden standardisierte statistische Methoden verwendet, um die Ergebnisse der Patienten mit Betreuung durch PEs mit der kontrafaktischen Situation, wenn die Maßnahme nicht erfolgt wäre, zu vergleichen. Zunächst wird mit Hilfe von Vorher-Nachher-Vergleichen gemessen, ob durch die nV eine Veränderung der Zielparameter im Vergleich zur Ausgangssituation eintritt. Ferner wird anhand des Differenzen-von-Differenzen-Ansatz untersucht, ob sich die Veränderung in den Zielparametern zwischen Patienten der Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe unterscheidet. Haben sich die Zielgrößen bei der Behandlungsgruppe statistisch signifikant besser entwickelt als bei der Vergleichsgruppe, zeigt dies, dass die nV wirksamer ist, als wenn keine nV erfolgt wäre. Um hierbei eine möglichst große Ähnlichkeit der Behandlungs- und Vergleichsgruppe zu gewährleisten, wird zusätzlich der Propensity Score Matching Ansatz gewählt, welcher sich insbesondere durch seine flexible Spezifikation und die Robustheit der Ergebnisse auszeichnet [5]. Beim Propensity Score Matching wird jeder Person in der Behandlungsgruppe eine oder mehrere Personen der Vergleichsgruppe als „statistischer Zwilling“ zugeordnet („Matching“). Hierzu wird in einem ersten Schritt für jede Person anhand ihrer beobachtbaren Eigenschaften, wie z.B. Alter, Geschlecht, Arztkontakte, bisherige Krankenhausaufenthalte oder Pflegesituation sowie ihres Krankheitsbildes die Wahrscheinlichkeit berechnet, an der betrachteten Maßnahme teilzunehmen. Dies erfolgt durch eine logistische Regression. Im nächsten Schritt werden die Mittelwerte der Zielgrößen der ausbalancierten Behandlungs- und Vergleichsgruppe verglichen. Hierbei werden lediglich diejenigen Personen der Behandlungs- und Vergleichsgruppe betrachtet, die gegeben ihrer Eigenschaften und ihres Krankheitsbildes eine möglichst gleich hohe Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an der Maßnahme haben. Diejenigen Personen, zu denen keine statistischen Zwillinge mit ähnlicher Teilnahmewahrscheinlichkeit zu finden sind, werden nicht weiter berücksichtigt. Somit werden ausschließlich „Grenzfälle“ miteinander verglichen, was eine bessere Vergleichbarkeit garantiert. Die Differenz der Mittelwerte dieser

Grenzfälle stellt den Maßnahmeneffekt dar. Zusätzliche Robustheit wird erreicht, wenn Propensity Score Matching mit Regressionsverfahren kombiniert wird [5].

Als Vergleichswerte der im Rahmen der Patientenbefragung zu erhebenden subjektiven Untersuchungsparameter dienen Ergebnisse aus Bevölkerungsbefragungen wie dem sozioökonomischen Panel (SOEP) oder Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe (SHARE), welche Informationen auf Deutschlandebene liefern. Die Auswertung erfolgt mit Hilfe von Mittelwertvergleichen sowie Vorher-Nachher-Analysen. Erste deskriptive Auswertungen sind ab Ende 2021 zu erwarten. Nach Abschluss der Interventionsphase erfolgt die finale Auswertung aller vorliegenden Daten.

Kostenevaluation: Die Kostenevaluation erfolgt über eine eingeschränkte Kosten-Nutzen-Analyse. In dieser Analyse wird der ROI (return on investment) ermittelt, indem die zusätzlich anfallenden Kosten (Kosten der PE-Versorgung) den Einsparungen (Behandlungskosten der Kontrollgruppe minus Behandlungskosten der Behandlungsgruppe) gegenübergestellt werden. Dazu werden die durchschnittlichen Kosten eines Arztkontakts, Krankenhausaufenthalts, etc. mittels der Routinedaten berechnet und das Einsparungspotenzial anhand der Ergebnisse der Ergebnisevaluation ermittelt.

Prozessevaluation: Die Prozessevaluation erfolgt durch den Projektbeirat in enger Abstimmung mit dem RWI. Im Rahmen von Befragungen, Interviews und Fokusgruppen werden die Herausforderungen, d.h. fördernde Faktoren und Barrieren, der Projektimplementierung und -durchführung identifiziert und Handlungsempfehlungen entwickelt. Dabei werden verschiedene Stakeholder (z. B. Patienten, Pes, Ärzte) in der Behandlungsregion befragt. Außerdem ist geplant Stakeholder in Regionen mit anderen Versorgungsformen (VERAH oder NÄPa²) zu befragen, um Vor- und Nachteile der jeweiligen Versorgungsform aufzuzeigen. Die Ergebnisse werden im Projektbericht dokumentiert und sollen bei einer Ausweitung der Implementation der nV bzw. einer Überführung in die Regelversorgung als Unterstützung dienen.

Unterschrift Projektleitung Evaluation

² Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis oder nicht-ärztliche Praxisassistenz

References

- [1] Levine, S., Steinman, B.A., Attaway, K., Jung, T. and Enguidanos, S., 2012. Home care program for patients at high risk of hospitalization. *The American journal of managed care*, 18(8), p.e269.
- [2] Counsell, S.R., Callahan, C.M., Clark, D.O., Tu, W., Buttar, A.B., Stump, T.E. and Ricketts, G.D., 2007. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *Jama*, 298(22), pp.2623-2633.
- [3] Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P.D., Zielhuis, G.A., Monninkhof, E.M., van der Palen, J., Frith, P.A. and Effing, T., 2014. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Library*.
- [4] Chavez, K. S., Dwyer, A. A., & Ramelet, A. S. (2017). International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *International journal of nursing studies*.
- [5] Imbens, G.W., J.M. Wooldridge..Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. *Journal of Economic Literature* 2009., 47:5–86
- [6] Amrhein, V., S. Greenland und B. McShane. 2019. Retire statistical significance. *Nature*.
- [7] Wasserstein, R. L., & Lazar, N. A. (2016). The ASA statement on p-values: context, process, and purpose. *The American Statistician*, 70(2), 129-133.
- [8] Imbens, G. W. (2021), Statistical Significance, p-Values, and the Reporting of Uncertainty. *Journal of Economic Perspectives* 35 (3): 157-174. doi: 10.1257/jep.35.3.157.

Prozessevaluation für das Projekt HandinHand

Inhalt

Prozessevaluation für das Projekt HandinHand.....	1
Einleitung und Hintergrund	2
Pflegeexpert*innenCenter (PEC)	2
Projektbeirat.....	3
Methoden	3
Logic Model.....	3
Theoretischer Rahmen	4
Intervention.....	4
Implementierung	4
Wirkmechanismen	5
Ergebnisparameter	7
Kontext.....	7
Datenerhebungen	8
Literatur	8

Einleitung und Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert mittels des Innovationsfonds gemäß § 92a SGB V diejenigen neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben, aber auch Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind. Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

In dem durch den Innovationsfond geförderte Projekt HandinHand (HiH) soll die Versorgung älterer Menschen (> 60 Jahre) mit chronischen Krankheiten durch den Einsatz von Pflegeexpert*innen (PE) in enger Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen verbessert werden. Die primären Endpunkte sind dabei die Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15%, die Reduzierung der ärztlichen Hausbesuche sowie eine subjektive Verbesserung der teilnehmenden Patient*innen.

Pflegeexpert*innenCenter (PEC)

Die durch Haus- und Fachärzt*innen überwiesenen Patient*innen werden von eigens für das Projekt angestellten Pflegeexpert*innen (PE) in der eigenen Häuslichkeit betreut. Die PE sind in einem neu einzurichtenden Pflegeexpertencenter (PEC) angesiedelt. Das PEC wird durch eine Pflegefachperson (M.A.) und ihre Stellvertretung geleitet. Insgesamt sind weitere 10 Pflegefachpersonen als PE in Vollzeit angestellt, von denen drei einen Bachelor-Abschluss „Pflegeexpertise“ vorweisen. Die sieben anderen Pflegefachpersonen sowie die Stellvertretung werden parallel zur Tätigkeit im PEC berufsbegleitend in 5 Semestern das Studium „Pflegeexpertise“ an der PTHV absolvieren.

Alle Pflegenden verfügen über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in relevanten Arbeitsfeldern und können verschiedene Fachweiterbildungen nachweisen.

Das Fort- und Einarbeitungskonzept sieht vor, dass die PE in mindestens 300 Stunden zu den Themen Projekt HiH, medizinische Kompetenz, Kommunikation und Dokumentation, Notfallmanagement und Weiterentwicklung des Berufsbilds geschult werden. Die praktischen Anteile erfolgen dabei durch Training-on-the-job, Workshops (Datenerfassung) sowie Hospitationen in einer Arztpraxis sowie der zentralen Notaufnahme. Lern-Erfolgskontrollen erfolgen über Kolloquien, in denen eigenständig relevante medizinische Themen aufbereiten, präsentieren und diskutiert werden.

Das PEC ist in Büroräumen in Bad Neuenahr-Ahrweiler untergebracht. Es enthält Räumlichkeiten für Administration und Besprechungswesen. Räumlichkeiten für Behandlungen und Untersuchungen von Patient*innen sind nicht vorgesehen. Es stehen ausreichend PKWs für die Hausbesuche der Patient*innen zur Verfügung.

Um eine patienten- und zeitnahe Kommunikation und Dokumentation zu gewährleisten sind die PE mit Laptops, Tablets bzw. Smartphones ausgestattet.

Eine Ausstattung zur pflegerisch-medizinischen Versorgung der Pflegenden ist ebenfalls vorgesehen.

Projektbeirat

Der Projektbeirat, geleitet durch Herrn Prof. Dr. Sascha Köpke, Universität zu Lübeck, besteht aus Expert*innen, die aufgrund unterschiedlicher beruflicher Hintergründe und Erfahrungen verschiedene Perspektiven in das Projekt einbringen.

Die Aufgabe der Mitglieder des Beirats ist es, das Projekt zu begleiten und Empfehlungen auszusprechen, inwieweit das Modellprojekt in die Regelversorgung überführt werden kann und welche Bedingungen für eine Verstetigung und Integration in das Gesundheitssystem benötigt werden. Hierfür wird eine Prozessevaluation durchgeführt. Die Empfehlungen sollen sich aus den Ergebnissen der Prozessevaluation ableiten. Die übergeordnete Fragestellung der Prozessevaluation lautet: Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren lassen sich im Hinblick auf die Implementierung einer ergänzenden Versorgungsstruktur durch PE identifizieren?

Methoden

Logic Model

Bei dem Projekt HiH handelt es sich um eine komplexe Intervention, d. h. die unterschiedlichen Komponenten der Intervention sowie die Beteiligten auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Kontexten nehmen wechselseitigen Einfluss aufeinander und beeinflussen damit auch die angestrebten Ergebnisse (Moore et al. 2015). Um vor dem Hintergrund der Fragestellung nach den förderlichen und hinderlichen Faktoren der Implementierung zu Erkenntnissen zu gelangen, wird diese Komplexität schematisch anhand eines Logic Models dargestellt (siehe Abb. 1), welches durch die Mitarbeiter*innen der Universität zu Lübeck in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Projektbeirates erarbeitet wurde. Die Darstellung gibt Aufschluss über die möglichen Zusammenhänge, Wirkmechanismen und Interaktionen.

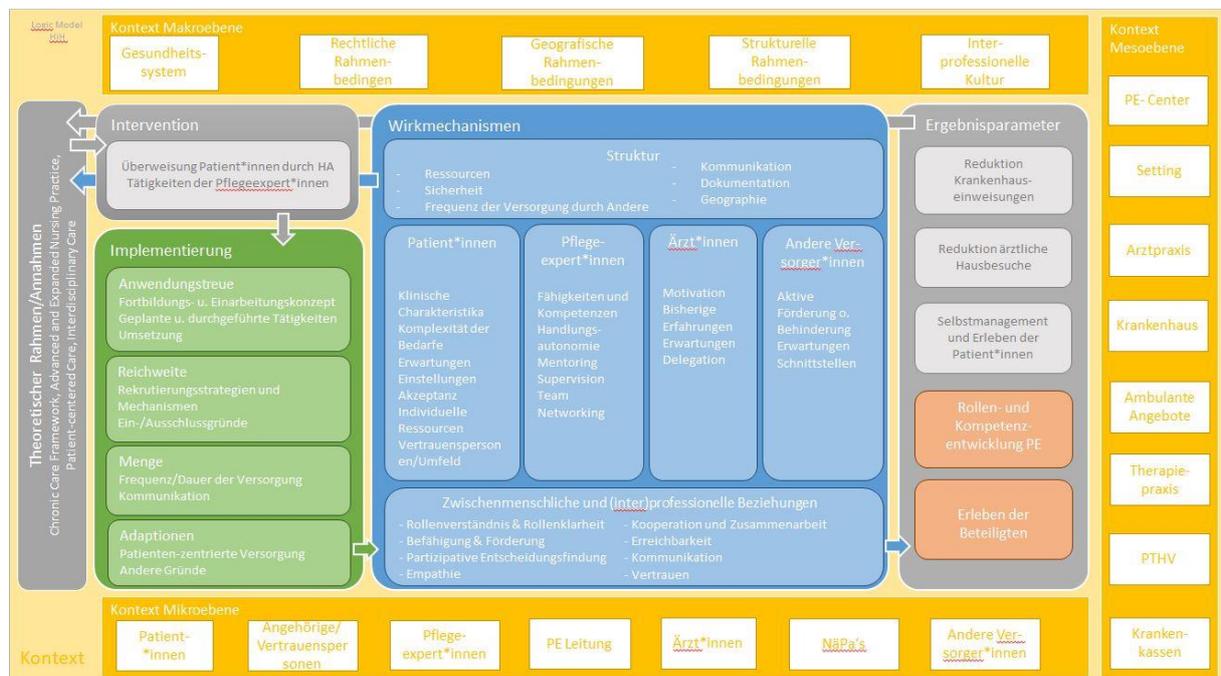


Abb. 1: Logic Model V.12

Im Folgenden werden die einzelnen im Logic Model benannten Faktoren kurz erläutert bzw. die für die Prozessevaluation relevanten Fragestellung formuliert. Dabei sind diese als Diskussionsgrundlage und Orientierung zu betrachten und sollen weiter ergänzt und konkretisiert werden.

Theoretischer Rahmen

Die Grundannahmen, die dem Logic Model des Projektes HiH zugrunde liegen, basieren auf unterschiedlichen Theorien, Konzepten und Modellen.

Neben dem Konzept der erweiterten Pflegepraxis und den damit von Hamric et al. (2013) beschriebenen notwendigen Rollen und Kompetenzen von Pflegenden, bilden das Person-Centred Practice Framework (Mc Cormack/McCane 2006) sowie die Theory of Self-Care of Chronic Illness (Riegel et al. 2012) wichtige Grundlagen für die Beschreibung des theoretischen Rahmens. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass Aspekte der interprofessionellen Kollaboration eine entscheidende Rolle im HiH Projekt spielen (Fox & Reeves, 2015).

Intervention

Neben der Durchführung von Aufgaben auf der Grundlage der ärztlichen Überweisung und Delegation umfasst die Intervention der Pflegenden unterschiedliche Komponenten.

Bei der Durchführung der pflegerischen Intervention(en) liegt der Fokus auf der Erhebung und Förderung der Selbstmanagementkompetenzen und der Symptomkontrolle im Hinblick auf die chronische(n) Erkrankung(en), sowie der Prävention.

Eine genaue Beschreibung der Intervention ist noch in der Erarbeitung und soll anhand der TIDieR Checkliste erstellt werden.

Mittels einer Tabelle (siehe Tab. 1) sollen einzelne Aufgaben/ Tätigkeiten und die jeweils zugrundeliegenden und notwendigen Kompetenzen erörtert werden. Es wird skizziert, wie und wo die Kompetenzen erworben und kontinuierlich aufgefrischt und evaluiert werden.

Aufgaben/Tätigkeiten	Kompetenzen	Kompetenzerwerb
- klinische Überwachung	- ...	- ...
- Förderung des Selbstmanagements	- ...	- ...
- ...	- ...	- ...

Tab. 1: Übersicht der Tätigkeiten, Kompetenzen und deren Erwerb

Implementierung

Implementierung - Wie wird die Intervention implementiert? (implementation – the process through which interventions are delivered, and what is delivered in practice; implementation process – the structures, resources and mechanisms through which delivery is achieved (Moore et al. 2015))

- Wie ist die Umsetzung geplant?

- Welche Aktivitäten werden unternommen, um die Intervention zu implementieren? Inwieweit sind Verfahrensanweisungen/SOP vorhanden?
- Wie erfolgt die Einarbeitung?
- Welche Fortbildungen werden durchgeführt?

Anwendungstreue - Wird die Intervention umgesetzt wie geplant? (fidelity - the consistency of what is implemented with the planned intervention (Moore et al. 2015))

- Inwieweit wird die Umsetzung/Intervention dokumentiert?
- Wie wird die Einhaltung der Verfahrensanweisung überprüft?

Reichweite (reach - the extent to which a target audience comes into contact with the intervention (Moore et al. 2015))

- Welche Patient*innen werden rekrutiert (Charakteristika)? Welche nicht? Wie werden die Patient*innen rekrutiert?
- Wer rekrutiert die Patient*innen?
- Inwieweit werden Ein-/und Ausschlussgründe dokumentiert? Welches sind die Ein-/Ausschlussgründe?
- Was sind Gründe für die Beteiligung? (Gilt für Patient*innen/Ärzt*innen/Andere)
- Inwieweit lehnen Patient*innen/Ärzt*innen/Andere die Teilnahme ab?
- Inwieweit ist die Intervention im Versorgungskontext bekannt?
- Kommt die Intervention bei den Patient*innen an? Wissen die Patient*innen, was das PEC macht? Wissen die Patient*innen, was mit der Intervention erreicht werden soll?

Menge (dose - how much intervention is delivered (Moore et al. 2015))

- Inwieweit wird die Intervention bezogen auf die Frequenz wie geplant durchgeführt?
- Werden mehr/weniger Besuche/Interventionen durchgeführt?
- Welche Gründe führen zu mehr/weniger Besuchen?
- Inwieweit wird die Dauer der Besuche eingehalten? Welche Gründe führen zu längeren/kürzeren Besuchen?
- Wer kommuniziert wie oft und wie lange mit wem? Was sind die Kommunikationsinhalte?

Adaptionen (adaptations alterations made to an intervention in order to achieve better contextual fit (Moore et al. 2015))

- Inwieweit werden Anpassungen der Intervention vorgenommen?
- Welche Anpassungen sind das?
- Was sind die Gründe?
- Wie werden die Anpassungen dokumentiert?
- Welche Konsequenzen haben die Anpassungen auf den weiteren Verlauf der Versorgung?

Wirkmechanismen

Struktur

- Welche Ressourcen stehen den PE/steht dem PEC zur Verfügung? (Auto, Smartphone, Tablet, pflegerisches und medizinisches Material, Büroausstattung, Literatur, etc.)
- Inwieweit ist die Sicherheit der PE geregelt? (Notfallmanagement)
- Inwieweit ist die Kommunikation geregelt – was ist hier gemeint, was nicht bei „Beziehungen“ steht?

- Inwieweit ist die Dokumentation der patientenrelevanten Informationen geregelt?
- Welche Besonderheiten ergeben sich durch geografische Gegebenheiten? (Nähe/Distanz zum PEC, Empfang/Netzverbindung?)
- Inwieweit sind andere Versorger*innen an der Versorgung der Pat. beteiligt? Welche? Wie häufig? Inwieweit beeinflusst das die Intervention?

Patient*innen

- Welche unterschiedlichen Krankheitsbilder und damit einhergehende Bedarfe lassen sich identifizieren? Welche Auswirkungen hat die klinische Heterogenität und die Komplexität auf die Intervention?
- Welche Erwartungen haben die Patient*innen an die Versorgung/die PE?
- Wie verstehen Patient*innen die Rolle der PE? Inwieweit kommt es zu Veränderungen in der Projektlaufzeit?
- Inwieweit akzeptieren die Patient*innen die PE?
- Welche individuellen Ressourcen haben die Patient*innen? (Bezugspersonen, Hobbys, Wissen über Krankheit, ...)
- Wie sind die Lebensumstände? Inwieweit sind Vertrauenspersonen in die Versorgung/den Alltag involviert? Inwieweit kommt es zu Veränderungen?

Pflegeexpert*innen

- Welche Fähigkeiten und Kompetenzen haben die PE? Inwieweit verändern sich diese in der Projektlaufzeit?
- Welches Rollenverständnis haben die Pflegenden einer PE? Wie sicher fühlen sie sich in der Rolle? Inwieweit kommt es zu Veränderungen?
- Inwieweit erfahren die PE Unterstützung in ihrer Rolle als PE?
- Inwieweit haben die PE das Gefühl, selbständig im Rahmen ihrer Aufgaben handeln zu können? (Handlungsautonomie)
- Wie erleben die PE die Zusammenarbeit als Team? Inwieweit erleben die PE das Team als Unterstützung? Wie erleben die PE die Zusammenarbeit mit der Leitung? Inwieweit erleben die PE die Leitung als Unterstützung?
- Inwieweit gibt es Befürchtungen?
- Fragen zum Studium?

Ärzt*innen

- Welche Erwartungen haben teilnehmende Ärzt*innen?
- Welche Erfahrungen haben Ärzt*innen mit Pflegenden bisher gemacht? Welche Erfahrungen haben Ärzt*innen mit NÄPa & Co gemacht?
- Gibt es Überschneidungen im Aufgabengebiet der NÄPas und PE?
- Inwieweit gibt es Befürchtungen?
- Welche Aufgaben werden delegiert? Welche Aufgaben werden nicht delegiert, obwohl es möglich wäre? Was sind die Gründe?
- Welches Rollenverständnis haben Ärzt*innen von ihrer eigenen Rolle, der Rolle der PE, der Patient*innen?

Andere Versorger*innen

- Inwieweit fördern/behindern weitere/andere Versorger*innen das Projekt?
- Welche Erwartungen haben andere/Versorger*innen?
- Inwieweit gibt es Schnittstellen? Wie wird damit umgegangen?

Zwischenmenschliche und (inter)professionelle Beziehungen

- Welches Rollenverständnis haben die Beteiligten voneinander?
- Wie wird die Kommunikation zwischen den Beteiligten geregelt?
- Wie wird die Kommunikation bewertet? Welche Hindernisse gab/gibt es?
- Inwieweit ist die Kooperation zwischen den Beteiligten geregelt?
- Inwieweit ist die Erreichbarkeit der Ärzt*innen/PE gewährleistet?
- Wie wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit grundsätzlich erlebt? Welche positiven/negativen Aspekte gibt es?
- Inwieweit wird die Zusammenarbeit als vertrauensvoll angesehen? Woran wird das festgemacht? Inwieweit wird die Zusammenarbeit als unterstützend angesehen?
- Inwieweit werden Entscheidungen bzgl. der Patientenversorgung partizipativ getroffen? Wer ist am Entscheidungsprozess beteiligt?

Ergebnisparameter

Ergebnisparameter der HiH Studie

- Reduktion Krankenhauseinweisungen
- Reduzierung der ärztlichen Hausbesuche
- Selbstmanagement und Erleben der Patient*innen

Ergebnisparameter der Prozessevaluation

- Rollen- und Kompetenzentwicklung PE
- Erleben der Beteiligten

Kontext

Kontext Makroebene

Das Projekt HiH ist im Kontext des deutschen Gesundheitssystems und seiner bisher gewachsenen Strukturen zu betrachten. Neben den rechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Delegationsrecht) und den gesetzlichen Vorgaben (SGB V) gehört dazu auch die Berücksichtigung der bisherigen Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzt*innen sowie der geografischen und strukturellen Voraussetzungen.

Kontext Mesoebene

Bei der Durchführung des Projektes sind folgenden Einrichtungen und Organisationen involviert: PEC, Arztpraxen, Häuslichkeit der Patient*innen, Pflegeheime, Krankenhäuser, ambulante Dienste, Therapiepraxen, Krankenkassen sowie die PTHV. Sie sind ebenfalls in ihrem jeweiligen Kontext eingebunden und es gilt zu beschreiben, inwieweit dieser Einfluss auf die Implementierung des Projektes hat.

Kontext Mikroebene

Beteiligte Akteure auf der Mikroebene sind neben den Patient*innen, ihren Angehörigen, den PE, der PE-Leitung und den Ärzt*innen außerdem das Personal der Arztpraxen (insb. NÄPäs & Co),

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. London: Wiley-Blackwell.

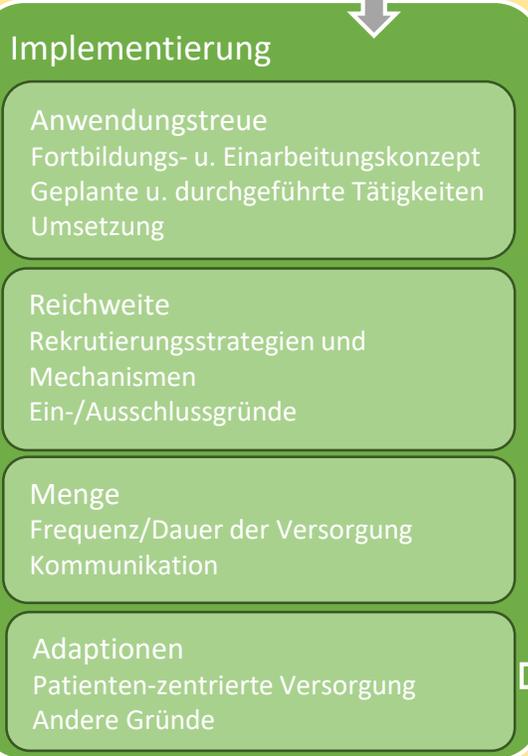
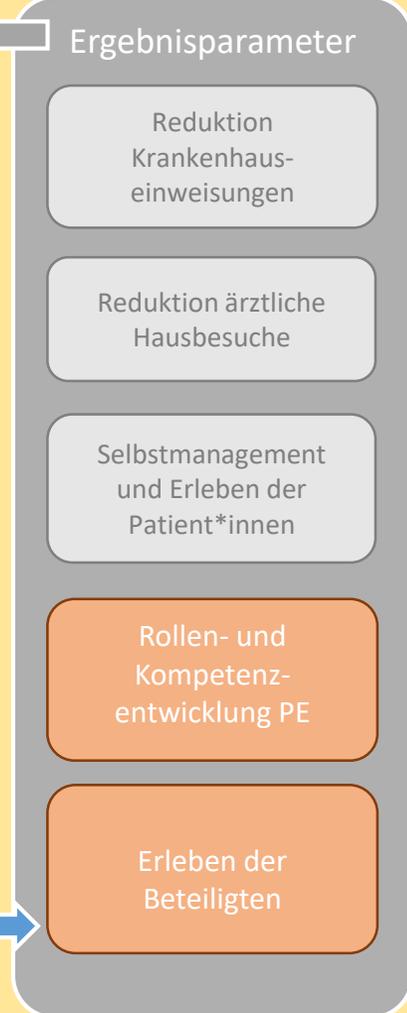
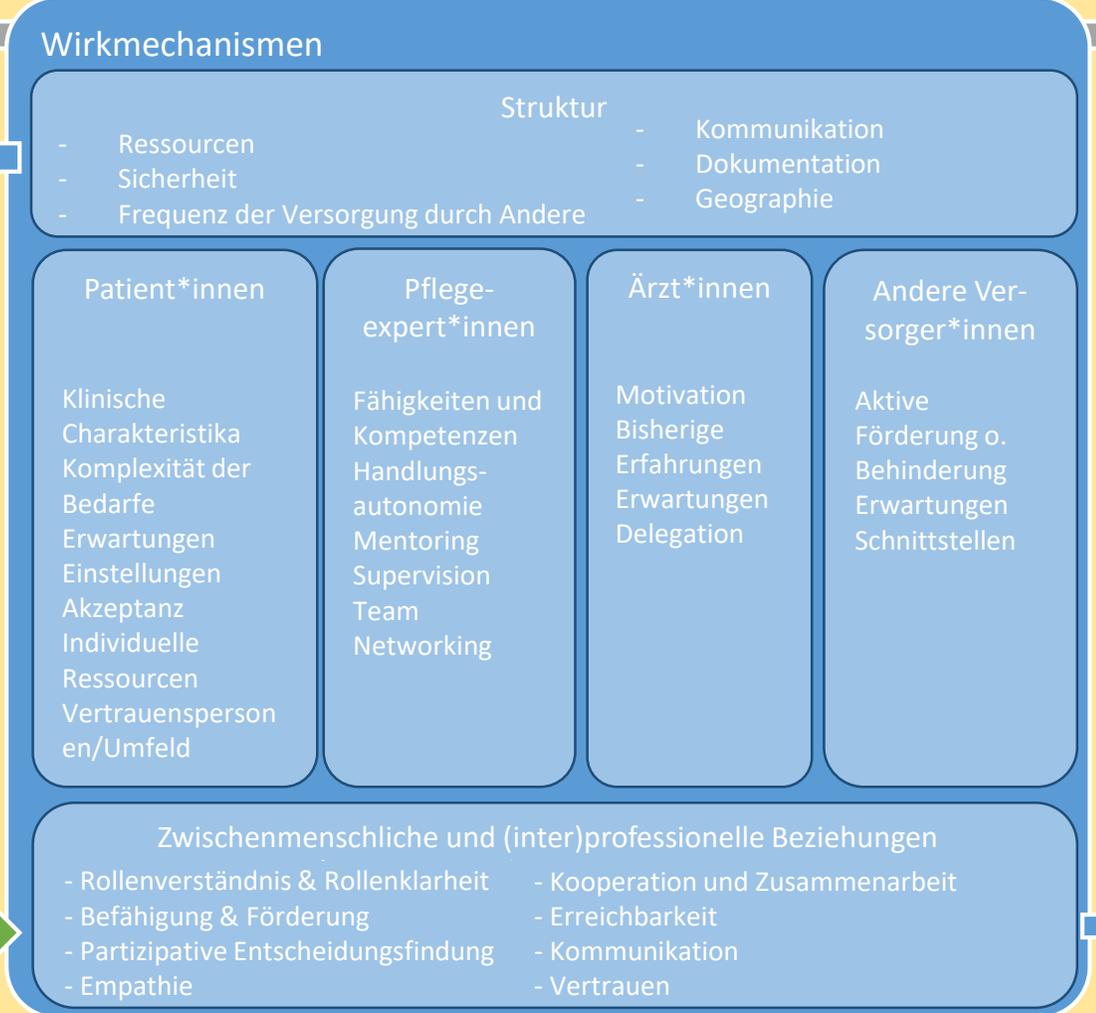
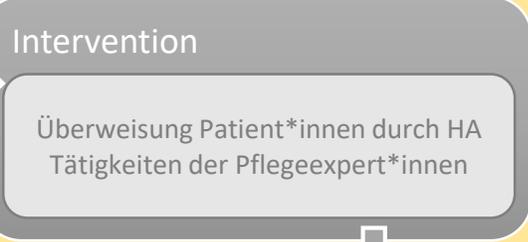
Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22;6:CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.

Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science* 35.3 (2012): 194-204

Kontext Makroebene



Kontext Mesoebene



Kontext Mikroebene



Theoretischer Rahmen/Annahmen
Chronic Care Framework, Advanced and Expanded Nursing Practice, Patient-centered Care, Interdisciplinary Care

Kontext

Ergänzungen zur Prozessevaluation

- a) Berücksichtigung von Betreuungsphasen von mehr als 6 Monaten
- b) Berücksichtigung aktueller Kontextfaktoren (COVID-19, Überschwemmung)
- c) Berücksichtigung der Berufsgruppe der Medizinische Fachangestellten (MfA)

Hintergrund

- a) Patient*innen werden im Projekt HiH geplant mind. für die Dauer von sechs Monaten von Pflegeexpert*innen (PE) in Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärzt*innen (HA) betreut. Besteht über diesen Zeitraum hinaus der Bedarf bzw. Wunsch weiterhin von den PE aufgesucht zu werden, werden die Hausbesuche fortgeführt unter der Voraussetzung, dass entsprechende Kapazitäten vorhanden sind. Eine Erhebung von Daten durch das RWI im Rahmen der Wirksamkeits- und ökonomischen Evaluation ist für die anberaumte Dauer der Intervention von sechs Monaten vorgesehen, nicht aber für den darüberhinausgehenden Zeitraum. Im Rahmen der Prozessevaluation lässt sich sinnvoll eine Erhebung von Daten integrieren, die sich auf die Zeit nach der geplanten sechsmonatigen Intervention beziehen.
- b) Kontextfaktoren beeinflussen die Intervention und deren Implementierung. Aktuelle, initial nicht erwartbare Kontextfaktoren, die im Verlauf der Projektdurchführung auftreten, werden unter der Annahme, dass sie für das Projekt von Bedeutung sind, zusätzlich erfasst. Im Projekt HiH sind dies v.a. die COVID-19 Pandemie sowie die Überschwemmung im Einzugsgebiet des Pflegeexpert*innen-Centers (PEC).
- c) Die bisher ausgewerteten Daten weisen auf die Bedeutung der MfA der teilnehmenden Arztpraxen innerhalb der Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren hin. Ihre Perspektive wurde in der Prozessevaluation bisher nicht ausreichend berücksichtigt.

Ziel

- a) Beschreibung der Kriterien und Rahmenbedingungen von Betreuungsarrangements, die länger als sechs Monate andauern
- b) Beschreibung aktueller Kontextfaktoren und ihres Einflusses auf die Implementierung der Intervention
- c) Berücksichtigung der Perspektive der MfA

Methoden

a) *Qualitative Erhebungen*

Für die Erhebung qualitativer Daten werden die Interviewleitfäden (Pflegeexpert*innen (t3), HA (t3) und PEC Leitung (t3)) um Fragen zu den Besonderheiten einer längerfristigen Betreuung von Patient*innen ergänzt.

Bei der Befragung von Patient*innen/Angehörigen, die bereits seit mindestens sechs Monaten die Betreuung durch die PE in Anspruch nehmen, sind in den Leitfäden bereits Fragen vorhanden, die sich auf die Zeit nach der Betreuung durch eine PE beziehen. Hier werden Fragen zum Bedarf und den Gründen einer längerfristigen Betreuung ergänzt.

Quantitative Erhebungen

In den Fragebögen der PE, PEC Leitung und HA werden Fragen ergänzt, die Aufschluss über die Gründe und Rahmenbedingungen für eine längerfristige Betreuung geben sowie die Frage, durch wen Verlängerung initiiert wurde. Diese Fragen werden von den Unis Köln & Lübeck erhoben.

Darüber hinaus gibt es weitere relevante Daten, die in der ePa erfasst werden und für die Auswertung zur Verfügung stehen sollten:

- Anzahl der Patient*innen, die länger als sechs Monate betreut werden
- Zeitraum der verlängerten Betreuung durch PE
- Anzahl der Besuche pro Patient*in nach sechs Monaten
- Dauer der Besuche
- Art der Tätigkeit der PE
- Soziodemografische Daten der Patient*innen (Alter, Geschlecht, Wohnstatus)
- Anzahl der chronischen Erkrankungen

b) *Qualitative Erhebungen*

Um den Einfluss der COVID-19 Pandemie beschreiben zu können, sind die Leitfäden für alle semistrukturierten Interviews, die seit 03/2020 geführt werden, um entsprechende Fragen ergänzt worden.

Leitfäden für die Interviews mit den PE, HA, PEC- und Studienleitung sowie den Vertreter*innen der PTHV sowie andere Versorgende werden um Fragen ergänzt, um den Einfluss der Überschwemmung auf die Intervention beschreiben zu können.

c) *Qualitative Erhebungen*

Um die Perspektive der MfA und deren möglichen Einfluss auf die Kommunikation sowie die Arbeit der PE beschreiben zu können, sind leitfadengestützte Interviews (n=5) für April 2022 geplant. Es soll unter anderem erhoben werden, welches Verständnis die MfA von der Rolle der PE haben, welche Unterschiede sie zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sehen und wie sie die Kommunikation zwischen ihnen, den PE und dem*der HA beschreiben.

Aggregiertes Evaluationskonzept HandinHand

Das aggregierte Evaluationskonzept umfasst Ergebnis-, Kosten- und Prozessevaluation.

Das Evaluationskonzept 2.0 des RWI (siehe *RWI-HandinHand_Evaluationskonzept_Neu_28-02-2022_Änderungsmodus* und *RWI-HandinHand_Evaluationskonzept_Neu_28-02-2022_Bereinigt*) beschreibt die Evaluation des Projektes HandinHand. Hierbei wird auf Fragestellung und Arbeitshypothesen; Untersuchungsparameter, Datenquellen und Stichprobe, sowie Untersuchungsdesign (Ergebnisevaluation, Kostenevaluation und Prozessevaluation) eingegangen.

Bei der Ergebnisevaluation, durchgeführt durch das RWI, soll insbesondere geprüft werden, ob die gesetzten Primärziele (Reduktion der Krankenhauseinweisungen und Hausarztbesuche) der neuen Versorgungsform erreicht werden. Hierbei wird untersucht, ob sich die Veränderung in den Zielparametern zwischen Patienten der Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe unterscheidet. Die Kostenevaluation erfolgt über eine eingeschränkte Kosten-Nutzen-Analyse, in der insbesondere durchschnittliche Kosten eines Arztkontakts und Krankenhausaufenthalts mittels der Routinedaten berechnet und das Einsparungspotenzial anhand der Ergebnisse der Ergebnisevaluation ermittelt werden.

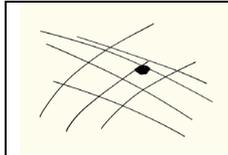
Die Prozessevaluation erfolgt durch den Projektbeirat (Universitäten zu Lübeck und zu Köln) in enger Abstimmung mit dem RWI. Ziel der Prozessevaluation ist die eingehende Analyse des Umsetzungsprozesses und die Analyse wichtiger Informationen über Barrieren und förderliche Faktoren für die Umsetzung der neuen Versorgungsstruktur sowie die Ableitung von Wirkmechanismen und relevanten Kontextfaktoren. Das Prozessevaluationskonzept (siehe *20220301 HiH Prozessevaluationskonzept V.4*) beinhaltet das entwickelte Logic Model und die darauf basierenden Datenerhebungsmethoden und -zeitpunkte. Die Terminplanvorgänge der Prozessevaluation werden im Gantt-Diagramm dargestellt (aktuelle Version siehe *2022-03-02_Gantt_Prozesseva_HiH*). Des Weiteren werden im Prozessevaluationskonzept die Datenaufbereitung und Auswertung sowie Veränderungen und Weiterentwicklungen der Prozessevaluation beschrieben. Das ausführliche Studienprotokoll wurde zur Veröffentlichung angenommen: Seismann-Petersen, S., Köpke, S., & Inkrot, S. (2022). Process evaluation of a multi-disciplinary complex intervention to improve care for older patients with chronic conditions in rural areas (the HandinHand Study): Study protocol. *BMC Nursing* (in press) DOI: 10.1186/s12912-022-00858-6.

Essen, 28.04.2022

Ort, Datum

Unterschrift

Dr. Ingo Kolodziej, Projektleitung RWI, Evaluation



Datenschutzkonzept der Marienhaus **Holding GmbH für das Projekt **HandinHand - Änderungsmodus****

Autor: G. Lauen, 28.09.2020,

Überarbeitungen 09.12.2020, 29.03.2021, 28.06.2021, 27.09.2021, 13.12.2021, 16.03.2022, 15.06.2022, 13.09.2022, 02.12.2022, 01.03.2023, 01.06.2023 und 12.12.2023

Inhalt

1. Einführung
2. Rechtliche Grundlagen
3. Patienten
4. Datenrelevante Projektdetails
5. Wissenschaftliche Begleitforschung
6. Anlagen
7. Paraphierung

1. Einführung

Der G-BA hat am 29.11.2017 dem *Projekt HandinHand* mit dem Förderkennzeichen 01NVF17047 „*HandinHand - Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand - ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region*“ einen Förderbescheid erteilt. Dieser Förderbescheid wurde mit dem Änderungsbescheid vom 18.07.2019 substantiell ergänzt. Unter anderem ist im Nachgang zu einer pauschalen Datenschutzerklärung (Anlage 01) für das Projekt ein Datenschutzkonzept zu erstellen, welches hier und hiermit vorgelegt wird.

Grundlage des Projekts ist ein Vertrag („*Vertrag HandinHand*“) zwischen der Marienhaus **Holding** GmbH als Konsortialführerin und ihren Konsortialpartnern, diesem ist als Anlage ein Versorgungskonzept („*Versorgungskonzept HandinHand*“) beigefügt.

Das hier vorgelegte Datenschutzkonzept ist unmittelbar als Anlage zum *Vertrag HandinHand* (und damit auch mittelbar zum *Versorgungskonzept HandinHand*) zu verstehen. Es beinhaltet nur Sachverhalte, die im *Vertrag HandinHand* und / oder im *Versorgungskonzept HandinHand* aus datenschutzrechtlicher Sicht noch nicht ausreichend / abschließend erläutert und / oder geregelt sind.

2. Rechtliche Grundlagen

2.1. Ausführungen zur DS-GVO und zum KDG

Für das *Projekt HandinHand* sind sowohl die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) als auch das Kirchliche Datenschutzgesetz (KDG) maßgeblich.

DS-GVO und KDG regeln gem. Art. 91 DS-GVO „im Einklang“ datenschutzrechtlich relevante Tatbestände. Beide Regelungen sind inhaltlich ähnlich, die Nummerierung und Benennung der Vorschriften ist teilweise unterschiedlich (Artikel in der DS-GVO, Paragraphen im KDG). Zur besseren Vergleichbarkeit beider Dokumente kann eine vergleichende Synopse herangezogen werden (Anlage 06h).

2.1.1. DS-GVO

Die Marienhaus **Holding** GmbH ist Konsortialführerin des *Projekts HandinHand*. Alle Konsortialpartner sind im Rahmen von *HandinHand* in unterschiedlicher Intensität und Ausprägung in das Datenmanagement eingebunden. Für alle Konsortialpartner gilt, dass sie bei ihrer Tätigkeit der DS-GVO unterliegen.

Das hier vorgelegte Datenschutzkonzept trägt den Anforderungen der DS-GVO vollumfänglich Rechnung.

Die Datenschutzaufsicht im Sinne der DS-GVO erfolgt durch:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz

Postfach 30 40, 55020 Mainz

Telefon: +49 (0) 6131 208-2449; Telefax: +49 (0) 6131 208-2497

poststelle(at)datenschutz.rlp.de

2.1.2. KDG

Für die Marienhaus **Holding** GmbH als Betreiberin des Pflegeexperten-Centers gilt das Kirchliche Datenschutzgesetz (KDG). Die aus datenschutzrechtlicher Sicht relevanten (personenbezogenen) Daten im *Projekt HandinHand* werden primär im Pflegeexperten-Center erhoben. Das Pflegeexperten-Center ist eine rechtsunselbstständige Einrichtung der Marienhaus **Holding** GmbH. Die Marienhaus **Holding** GmbH als katholisches caritatives Unternehmen unterliegt den Regelungen des KDG.

Gemäß dem seit 24.05.2018 geltenden Kirchlichen Datenschutzgesetz KDG (Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz, <https://www.datenschutzkirche.de/sites/default/files/KDG%20i.d.%20Fassung%20des%20Beschlusses%20der%20VV%20vom%2020.11.2017.pdf>) (siehe Anlage 06b) und den seit 01.03.2019 geltenden Ausführungsregeln zum KDG (KDG-DVO) (siehe Anlage 06c) ist bzgl. des Datenschutzes beim Projekt *HandinHand* besondere Sorgfalt erforderlich.

Die Kirchliche Datenschutzaufsicht erfolgt durch:

Katholisches Datenschutzzentrum Frankfurt/M.

Domplatz 3, Haus am Dom, D-60311 Frankfurt/M.

Tel: 069 – 800 8718 800, Fax: 069 – 800 8718 815, E-Mail: info@kdsz-ffm.de

2.2. Schwellenwertanalyse

Die Schwellenwertanalyse zu *HandinHand* wurde mit einem Schema (06d) erarbeitet und ist diesem Datenschutzkonzept als Anlage 06e beigefügt.

2.3. DSFA

Die für das *Projekt HandinHand* nach Schwellenwertanalyse durchgeführte Datenschutzfolgeabschätzung (DSFA) wurde beim ersten Mal **08-2019** mittels PIA-Tool (<https://www.datenschutz-bayern.de/technik/pia-tool.html.de>) erarbeitet und ist diesem Datenschutzkonzept als Anlage 06f1 beigefügt.

Ergebnis: *Datenschutzrechtlich bestehen keine Bedenken gegen HandinHand.*

Die DSFA wurde 09-2020 im Word-Format anhand der Fragen aus dem PIA-Tool wiederholt und ist diesem Datenschutzkonzept als Anlage 06f2 beigefügt.

Ergebnis: *Datenschutzrechtlich bestehen keine Bedenken gegen HandinHand.*

2.4. DAISY

Es wurden für *HandinHand* Verarbeitungstätigkeiten in der Datenschutzdatenbank DAISY der Marienhaus-**Unternehmensg**Gruppe angelegt. In DAISY sind alle (patientenbezogenen) Datenflüsse aus *HandinHand* dokumentiert.

Der Auszug aus DAISY zu *HandinHand* ist diesem Konzept als Anlage 06g beigefügt.

Die Einträge in DAISY werden ab Beginn Förderzeitraum vom Projektleiter einer regelmäßigen Überprüfung auf Vollständigkeit unterzogen. Die erste Überprüfung hat 03-2020 stattgefunden, es wurde eine umfassende Ergänzung der Verarbeitungstätigkeiten vorgenommen.

Im Rahmen des Datenschutzaudits am 10.08.2020 wurden die Verarbeitungstätigkeiten erneut überarbeitet, teilweise wurden sie zusammengefasst. DAISY umfasst nunmehr 17 datenrelevante Verarbeitungstätigkeiten zu *HandinHand*. (Siehe Anlagen 06g und 07 zu diesem Datenschutzkonzept). **Im Rahmen der routinemäßigen Aktualisierung dieses Datenschutzkonzepts 12-2020 wurde die DAISY-Übersicht (Anlage 07) redaktionell aktualisiert. 03-2021, 06-2021, 09-2021, 12-2021, 03-2022, 06-2022, 09-2022, 12-2022, 03-2023 und 06-2023 wurde die DAISY-Übersicht aus 12-2020 (Anlage 07) überprüft, ebenso alle 17 datenrelevanten Verarbeitungstätigkeiten (Anlage 06g). Es wurden keine Änderungsbedarfe festgestellt. Daher ist die Anlage 06g vom 28.09.2020 weiterhin gültig.**

2.5. Datenmanagement und Datenfluss im Projekt HandinHand

Eine Übersicht über die Datenflüsse im *Projekt HandinHand* liefern die Schaubilder in Anlage 07, **zuletzt aktualisiert 12-2020**.

Die bis dato bekannten projektrelevanten Datenflüsse sind in der Datenschutzdatenbank DAISY (siehe 2.4., Anlage 06g) textlich erfasst. Für jede Verarbeitungstätigkeit wurde zwecks besserer Anschaulichkeit ein Übersichtsschaubild erstellt. Die Schaubilder wurden im Rahmen der Aktualisierung 03-2020 und im Rahmen des Datenschutzaudits am 10.08.2020 entsprechend der Veränderungen in der Datenschutzdatenbank DAISY angepasst **und zuletzt 12-2020 redaktionell überarbeitet**.

2.6. Stellungnahme des Landesdatenschutzbeauftragten

Gemäß Auflage der Ethikkommission **der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz** aus 09-2019 wurde *HandinHand* dem Landesbeauftragten für den Datenschutz (LDSB) Rheinland-Pfalz vorgelegt. In seiner Stellungnahme vom 31.01.2020 hat dieser keine datenschutzrechtlichen Bedenken bzgl. *HandinHand* geäußert und auch keine DSFA gefordert. Ergänzenden Hinweisen des LDSB wurde nachgegangen. Stellungnahme und Antwort des Projektleiters an den LDSB sind diesem Datenschutzkonzept als Anlagen 08a und 08b beigefügt.

2.7. Votum der Ethikkommissionen

Der Projektleiter stellte 08-2019 einen Antrag auf Begutachtung von *HandinHand* bei der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Nach Bearbeitung diverser Auflagen und Klärung von Detailfragen, inklusive einer umfassenden Überarbeitung der Patientenunterlagen, gab die **se** Ethikkommission bzgl. *HandinHand* am 29.01.2020 ein positives Votum ab (Anlage 09). Den ergänzenden Hinweisen aus diesem Votum wurde seitens des Projektleiters erfolgreich nachgegangen.

In 08-2020 stellt der Projektleiter einen Antrag bei der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein, weil nunmehr auch Ärzte aus NRW und damit aus dem Zuständigkeitsbereich dieser Ärztekammer an der Teilnahme an *HandinHand* interessiert **waren. Es liegen seit Ende 11-2020 ein eingeschränktes positives Votum (Anlage 25) und seit 12-2020 ein abschließend positives Votum (Anlage 26) vor.**

3. Patienten

3.1. Patienteninformation

Es liegen eine allgemeinverständliche Kurzbeschreibung des *Projekts HandinHand* für die Patienten und gesondert davon eine Datenschutzhinweise vor, beide Dokumente sind bereits Bestandteil des *Vertrags HandinHand*.

- Die Kurzbeschreibung enthält Textpassagen zur Projektumsetzung und zum Umgang mit den Patientendaten.
- Es wird darauf hingewiesen, dass das Pflegeexperten-Center nicht-anonymisierte Patientendaten vorhält.
- Es ist ausgeführt, was mit den Patientendaten im RWI passiert.
- Auf die geplante „subjektive Patientenbefragung“ ist hingewiesen.
- Auf die Datenerfassung in der *ePA für Pflege* wird hingewiesen und deren geplante Verwendung für Behandlung im Pflegeexperten-Center, Austausch mit dem Hausarzt und für die wissenschaftliche Evaluation, wobei zu letzterem die Daten zuvor anonymisiert werden.

Für Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sind die Patienteninformation und die Patienteneinwilligung in einem eigenen Dokument (Anlage 11) zusammengefasst.

3.2. Patienteneinwilligung

Ein Formular für die Patienteneinwilligung liegt vor (bereits Anlage zum *Vertrag HandinHand*).

Die Patienteneinwilligung enthält eine Textpassage, in der deutlich auf die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung hingewiesen wird.

Für nicht-einwilligungsfähige Patienten wurden eigene Formulare erarbeitet, die für die Information und für die Einwilligung von bestellten Betreuern und / oder Vorsorgebevollmächtigten gedacht sind.

Für Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sind die Patienteninformation und die Patienteneinwilligung in einem eigenen Dokument (Anlage 11) zusammengefasst.

3.3. Patientenauskunft

Die beteiligten Patienten erhalten jederzeit (mündliche) Auskunft über das Projekt von den Pflegeexperten des Pflegeexperten-Centers.

Es ist eine Schnittstelle in der *ePA für Pflege* vorhanden („PDF-Print-Button“), über welche die Patienten jederzeit die Möglichkeit erhalten, ihre Daten als PDF-Dokument oder als Ausdruck zu erhalten. Auf diese Möglichkeit werden die Patienten in der Einwilligungserklärung explizit hingewiesen.

3.4. Schweigepflicht

Alle Mitarbeiter des Pflegeexperten-Centers, die mit patientenbezogenen Daten zu tun haben, unterschreiben eine Schweigepflichterklärung (Muster Anlage 10).

Alle Projektbeteiligten sind gemäß § 203 Strafgesetzbuch zur Verschwiegenheit verpflichtet (Anlage 02).

3.5. Datenschutzaudit

Das *Projekt HandinHand* wird regelmäßig vom Konzerndatenschutz der Marienhaus-~~Unternehmens-~~gGruppe auditiert. Das erste Datenschutzaudit fand am 10.08.2020 statt (Protokoll siehe Anlage 22). ~~Das nächste Ein~~ Folgeaudit ~~ist war~~ für 08-2022 ~~angedachtgeplant, im Einvernehmen mit dem Konzern-~~ datenschutz der Marienhaus Gruppe wurde jedoch auf dieses Audit verzichtet.

4. Datenrelevante Projektdetails

4.1. Elektronische Patientenakte

Die elektronische Patientenakte des PE-Centers (*ePA für Pflege*) beinhaltet patientenbezogene Gesundheitsdaten, die im Rahmen der Tätigkeit der Pflegeexperten entweder selbst erhoben oder von anderen Stellen beifügend gesammelt werden.

Es wird sichergestellt, dass die Leitung des Pflegeexperten-Centers die erhobenen Daten mittels einer eindeutigen und nur einmalig vergebenen Identifikationsnummer definierten Personen zuordnen kann.

Die dazugehörige Datenbank befindet sich „physikalisch“ im RZV in Volmarstein.

Die Daten werden auch zur wissenschaftlichen Begleitforschung (siehe 4.) verwendet.

Die Marienhaus ~~Holdings~~ GmbH und die RZV GmbH haben gesondert eine Auftragsverarbeitungsvereinbarung (AVV) abgeschlossen (Anlagen 03a bis 03e). Rechtsgrundlage für diese AVV sind das KDG und die DS-GVO.

Der Zugang zur ePA ist in einem Berechtigungskonzept (Anlage 18 zu diesem Datenschutzkonzept) geregelt.

4.2. Marienhaus Dienstleistungen GmbH

Hard- und Software für den Routinebetrieb des Pflegeexperten-Centers werden innerhalb der Marienhaus-~~Unternehmensg~~Gruppe durch die Marienhaus Dienstleistungen GmbH (MHDL) bereitgestellt. Marienhaus ~~Holdings~~ GmbH und MHDL schließen daher ebenfalls eine AVV ab (Anlagen 04a, 04b und 04c). Rechtsgrundlage für diese AVV ist das KDG.

Generell sind für die Marienhaus-~~Unternehmensg~~Gruppe, und damit sowohl für die MHDL als auch für die Marienhaus ~~Holdings~~ GmbH als Betreiberin des PE-Centers, alle datenschutzrelevanten Vorgaben im „Handbuch Datenschutz und Informationssicherheit der Marienhaus-~~Unternehmensg~~Gruppe“ sowie den dazugehörigen Anlagen und IT-Sicherheitsrichtlinien abgebildet. Die letztverfügbare Version dieses Handbuchs trägt die Versionsnr. 2020-001, ist vom 02.06.2020 und diesem Datenschutzkonzept als Anlage 13 beigefügt.

Im Rahmen von *HandinHand* werden Patientenstammdaten nicht nur in der ePA für Pflege, sondern auch auf den Laufwerken des Desktops HandinHand erfasst. Diese Laufwerke sind teilweise für alle Mitarbeiter des PE-Centers zugänglich (Laufwerk „H“), teilweise sind sie nur personenbezogen zugänglich. Details dazu regelt das Berechtigungskonzept (Anlage 18).

Die Laufwerke befinden sich im Besitz und geografisch / physikalisch auf Servern des Marienhaus Klinikums im Kreis Ahrweiler, welches zur Marienhaus Kliniken GmbH gehört. Deshalb schlossen die Marienhaus ~~Holding~~ GmbH und die Marienhaus Kliniken GmbH einen Dienstleistungsvertrag zur Servernutzung für patientenbezogene Personendaten (Anlage 19). Diesem als Anlage beigefügt ist der Rahmenvertrag der Marienhaus-~~Unternehmensg~~Gruppe zur gegenseitigen Nutzung von IT-Einrichtungen (Anlage 20), und eine AVV (Anlage 21).

4.3. Ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser und Pflegeheime

Ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, Pflegeheime und weitere Leistungserbringer im Gesundheitswesen werden ggf. als Kooperationspartner in dem *Projekt HandinHand* tätig.

Es erfolgt fall- und bedarfsweise ein patientenbezogener, nicht-anonymisierter Datenaustausch zwischen diesen Institutionen und dem Pflegeexperten-Center zur Untersuchung, Behandlung und Betreuung der Patienten.

Die Daten werden im Pflegeexperten-Center in der *ePA für Pflege* gespeichert.

Rechtsgrundlage ist die DS-GVO.

4.4. Teilnehmende Ärzte

Die Marienhaus ~~Holding~~ GmbH und alle teilnehmenden Ärzte (einzeln) schließen eine „gemeinsam Verantwortliche-Vereinbarung“ (gVV) ab, um daten- und datenschutzrelevante Aspekte zu regeln, die insbesondere den (gemeinsamen) Umgang mit patientenbezogenen Daten zu regeln. Die für *HandinHand* erarbeitete gVV-Vorlage ist diesem Datenschutzkonzept als Anlage 12 beigefügt.

4.5. Datenlöschung und Datensicherung

Die Marienhaus Dienstleistungen GmbH betreibt im Rahmen ihrer üblichen Geschäftsprozesse Datensicherung für die auf den Servern des Marienhaus Klinikums im Kreis Ahrweiler befindlichen Daten des Desktops *HandinHand*.

Das RZV sichert die Daten der ePA im Rahmen ihrer üblichen Geschäftsprozesse.

Das RWI sichert die Forschungsdaten im Rahmen seiner üblichen Geschäftsprozesse.

Das RZV ~~wird hat~~ bei Projektende die Daten der ePA physikalisch vernichtet~~n~~ und der Marienhaus-~~Ho-~~~~ding~~ GmbH einen geeigneten Datenträger mit sämtlichen Datensätzen aller Patienten übergeben.

Die Marienhaus ~~Holding~~ GmbH ~~wird bis dahin übergibt~~ in Zusammenarbeit mit der Marienhaus Dienstleistungen GmbH ~~dem externen Dienstleister DMI einen Datenträger-Konzept~~ für die Aufbewahrung dieser Daten. Siehe hierzu auch die Stellungnahme der Rechtsabteilung der Marienhaus-~~Unternehmens-~~~~g~~Gruppe, Anlagen 24a und 24b, ~~und die weiteren Anlagen 28a bis e.~~

Das RWI wird die pseudonymisierten Patientendaten nach zehn Jahren Aufbewahrungszeit löschen.

Zur Datenlöschung in der Marienhaus-~~Unternehmensg~~Gruppe siehe auch das Löschkonzept, Anlage 23.

5. Wissenschaftliche Begleitforschung

5.1. Datenflüsse Evaluation

Die in der *ePA für Pflege* gesammelten Patientendaten werden für die (diesem Projekt immanente) wissenschaftliche Begleitforschung durch das RWI herangezogen.

Dazu werden die Daten im Pflegeexperten-Center pseudonymisiert und (physikalisch über die im RZV befindliche Datenbank) an das RWI weitergegeben. Die Zuordnungskriterien für pseudonymisierte Patientendaten sind somit nur der Leitung des Pflegeexperten-Centers bekannt.

Anschließend werden die (pseudonymisierten) Daten im RWI ausgewertet.

Das RWI hat ein Evaluationskonzept erarbeitet, welches bereits dem *Vertrag HandinHand* als Anlage beigefügt ist.

Das RWI verfügt über ein eigenes Datenschutzkonzept, welches diesem Dokument als Anlage 05 beigefügt ist.

Die Daten aus der *ePA für Pflege*, die zum RWI fließen, können analog zum Verfahren der Routinedaten übermittelt werden: Verschlüsselte Übermittlung der pseudonymisierten Daten sowie separate Übermittlung des Passworts. Aufbewahrung / Bearbeitung am RWI im Datensicherheitsraum. Rechtsgrundlage ist die DS-GVO.

5.2. Datenschutz im RWI

Für die Speicherung und Auswertung der Daten für die wissenschaftliche Begleitforschung steht das „Forschungsdatenzentrum (FDZ) Ruhr am RWI“ zur Verfügung. Das FDZ ist sowohl Datenzentrum als auch Forschungsbereich des RWI und bietet die notwendige IT-Infrastruktur, um große Datensätze zu analysieren. Im FDZ bietet sich die Möglichkeit, Daten in einem abgeschotteten Bereich zu bearbeiten. Ergebnisse, die in diesem Bereich erzeugt werden, werden erst nach einer datenschutzrechtlichen Überprüfung zur Weiterverarbeitung weitergegeben.

Das FDZ Ruhr wurde nach den strengen Kriterien des Rats für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD) akkreditiert. Es hat bereits umfassende Erfahrungen mit der Analyse sensibler Gesundheitsdaten, die von großen Krankenversicherungen oder auch von Krankenhäusern dem FDZ Ruhr für wissenschaftliche Analysen zur Verfügung gestellt wurden. Die Regeln des Datenschutzes und der Datensicherheit werden dabei strikt eingehalten und überwacht.

Die Datenauswahl und Sampleselektion erfolgt durch die Marienhaus **Holding**-GmbH (im PE-Center). Anschließend werden die Daten verschlüsselt und über VPN per E-Mail ans RWI versandt. Die Dateiordner werden mit einem Passwort versehen, welches separat übermittelt wird. Die Analyse der Daten am RWI findet ausschließlich im Datensicherheitsbereich der abgeschotteten Statistik des FDZ statt. Die Analysen erfolgen mit dem Statistikprogramm STATA und werden von mit der Bearbeitung des Projekts betrauten Mitarbeitern des RWIs durchgeführt. Weitere Personen erhalten zu keinem Zeitpunkt Einsicht in die Daten.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen, es sei denn, es liegt eine schriftliche Genehmigung des Datengebers vor. Verarbeitungsschritte und Ergebnisse werden in Steuer- und Protokolldateien dokumentiert. Die Analyseergebnisse werden vor Freigabe durch geschulte Mitarbeiter des FDZ unter Aufsicht des betrieblichen Datenschützers des RWI (datenschutz@rwi-essen.de) geprüft und nur Ergebnisse, welche keinen Rückschluss auf Personen zulassen, werden zur weiteren Bearbeitung durch die Projektmitarbeiter auch außerhalb des FDZ zugänglich gemacht. Jede Veröffentlichung wird per E-Mail an eine Kontaktperson der Marienhaus **Holding**-GmbH zur Verfügung gestellt.

Das *Projekt HandinHand* endet am **30.06.2023**. Nach den Richtlinien des Forschungsdatenmanagements des RWI werden die Daten nach Projektende zehn Jahre archiviert und zum **30.06.2033** mit einer Frist von 6 Monaten datenschutzkonform nach dem geltenden Stand der Technik unwiederbringlich gelöscht. Die Daten werden in diesem Zeitraum nicht weiter bearbeitet, die Archivierung der Daten dient lediglich dem Nachweis sorgfältiger wissenschaftlicher Arbeit im Rahmen des Review-Prozesses der Fachzeitschriften. Die Löschung wird schriftlich dokumentiert, ein Löschprotokoll wird angefertigt und der Marienhaus **Holding**-GmbH übersendet. Steuer- und Protokolldateien werden für Dokumentationszwecke und als Beleg für die sorgfältige wissenschaftliche Analyse archiviert. Diese beinhalten lediglich die durchgeführten Analyseschritte und liefern keinerlei Hinweise auf die gelöschten Daten.

5.3. Kontrollgruppe

Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland steuert Routinedaten von AOK-Versicherten zur wissenschaftlichen Auswertung durch das RWI bei. Es handelt sich dabei um Abrechnungsdaten nach §§ 295 ff. SGB V. Gemäß § 75 SGB X ist im Vorfeld einer Datenlieferung eine von der Aufsichtsbehörde der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland zu erteilende Genehmigung erforderlich. Diese liegt **nöch nicht seit 06-2021 (Anlagen 27a und 27b)** vor, **eine Aktualisierung seit 13.06.2022 (Anlage 27c)**. Rechtsgrundlage ist die DS-GVO.

Die für die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland relevanten Aussagen zum Datenschutz sind auf der Homepage der AOK nachzulesen unter: <https://www.aok.de/pk/rps/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-3/#:~:text=Die%20AOK%20Rheinland%2DPfalz%2FSaarland%20darf%20die%20rechtm%C3%A4%C3%9Fig%20erhobenen%20und, Einwilligung%20der%20betroffenen%20Person%20vorliegt>.

Das Informationsblatt der AOK zum Datenschutz ist diesem Datenschutzkonzept als Anlage 17 beigelegt.

5.4. Projektbeirat

Der Projektbeirat zum *Projekt HandinHand* entwickelt auf Basis der Evaluation Verfahrensvorschläge für die Überführung des PE-Centers in die Regelversorgung.

Es wurden Vertraulichkeitserklärungen der Beiratsmitglieder eingeholt und in der Projektdokumentation des Projektbeirats hinterlegt.

Der Projektbeirat erhält zur Begutachtung Projektberichte der Projektleitung und die Zwischen- und Endberichte des RWI. Diese enthalten keine patientenbezogenen Daten.

Rechtsgrundlage ist die DS-GVO.

Der Projektbeirat wird seitens der Konsortialpartner Uni Lübeck und Uni Köln gemanagt. Beide Universitäten verfügen über umfassende Datenschutzbestimmungen, welche dem hier vorgelegten Datenschutzkonzept als Anlagen 14 bis 16 beigefügt sind.

6. Anlagen

Nr.	Datei	Erläuterung
01	NVF1_2017-131 Erklärungen MHUG 171110	Pauschale Datenschutzerklärung 10.11.2017
02	§ 203 StGB - Einzelnorm 181122.pdf	Auszug Strafgesetzbuch, hier: §203
03 a	AVV-MHHRZV-Vertragstext unt 20200330	Auftragsverarbeitungsvereinbarung Marienhaus Holding GmbH / RZV
03 b	AVV-MHHRZV-Anlage Services unt 20200330	Anlage 01 zur Auftragsverarbeitungsvereinbarung Marienhaus Holding GmbH / RZV
03 c	AVV-MHHRZV-Anlage Fernwartung unt 20200330	Anlage 02 zur Auftragsverarbeitungsvereinbarung Marienhaus Holding GmbH / RZV
03 d	ISDS - Liste der Unterauftragnehmer der RZV GmbH - V2020-02-10	Anlage 03 zur Auftragsverarbeitungsvereinbarung Marienhaus Holding GmbH / RZV
03 e	ISDS - RZV Datenschutzkonzept - V2019-05-29	Anlage 04 zur Auftragsverarbeitungsvereinbarung Marienhaus Holding GmbH / RZV
04 a	AVV-MHH-MHDH-HiH-190918.pdf	Auftragsverarbeitungsvereinbarung Marienhaus Holding GmbH / MHDH
04 b	AVV-MHH-MHDH-HiH-Anlage TOM 190918.pdf	Anlage 01 zur Auftragsverarbeitungsvereinbarung Marienhaus Holding GmbH / MHDH
04 c	AVV-MHH-MHDH-HiH-Anlage Fernwartung 190918.pdf	Anlage 02 zur Auftragsverarbeitungsvereinbarung Marienhaus Holding GmbH / MHDH
05	Datenschutzkonzept RWI-2019-04-11.pdf	Datenschutzkonzept RWI vom 11.04.2019
06 a	https://dejure.org/gesetze/DSGVO	DS-GVO
06 b	https://www.datenschutz-kirche.de/sites/default/files/KDG%20i.d.%20Fassung%20des%20Beschlusses%20der%20VV%20vom%2020.11.2017.pdf	KDG
06 c	https://www.datenschutz-kirche.de/sites/default/files/file/NEU/Rechtliches/KDG/Durchfuehrungsverordnung_KDG_DVO_i.d.F._des_Beschlusses_der_VV_vom_19.11.2018.pdf	KDG-DVO
06 d	KorengLachenmann-Schwellenwertpruefung-und-Erforderlichkeit einer DSFA.docx	Prüfschema Schwellenwertanalyse
06 e	Schwellenwertanalyse HiH 190708.pdf	Schwellenwertanalyse HandinHand
06 f1	HandinHand-DSFA-190801.pdf	DSFA für HandinHand 2019
06 f2	HiH DSFA MHH 200928	Neue DSFA für HandinHand 09-2020

06g	06g HiH DAISYs 01 bis 17 200928	DAISY-Einträge zu HandinHand
06h	Synopse DSGVO-BDSG-KDG.docx	Vergleichsmatrix KDG DSGVO
07	HiH DAISY Verfahrensbeschreibungen 201209	Schaubilder zu jeder einzelnen Verfahrensbeschreibung 01 bis 17
08a	HiH Stellungnahme Landesdatenschützer 200131	Stellungnahme LDSB vom 31.01.2020
08b	Email an LDSB 200217	Antwort des Projektleiters auf ergänzende Hinweise des LDSB
09	14563 Votum mit Hinweisen	Votum Ethikkommission Landesärztekammer Rheinland-Pfalz vom 29.01.2020
10	Verpflichtungserklärung hauptamtliche Mitarbeiter	Muster Schweigepflichterklärung Marienhaus Unternehmensgruppe
11	Teilnahmeerklärung AOK-Versicherte	TE-FormularVersicherteAOK.mit PEZ_2020_06_02
12	gVV-HandinHand	gVV HiH Berbig 200528
13	Handbuch-Datenschutz- und Informationssicherheit-MHUG-200602	Handbuch Datenschutz und Informationssicherheit der Marienhaus Unternehmensgruppe
14	Datenschutz_ Universität zu Lübeck 200723	Datenschutzerklärung der Uni Lübeck, siehe auch: https://www.uni-luebeck.de/universitaet/datenschutz.html
15	Datenschutz Uni Köln 200723	Datenschutzerklärung der Uni Köln, siehe auch: https://portal.uni-koeln.de/datenschutz
16	Forschungsdatschutz Uni Köln 200723	Datenschutzerklärung Uni Köln zu Forschungsdaten, siehe auch: https://verwaltung.uni-koeln.de/stabsstelle02.3/content/forschungsdatschutz/index_ger.html
17	informationen-zur-datenverarbeitung-durch-die-aok-rheinland-pfalz-saarland	https://www.aok.de/pk/rps/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-3/#:~:text=Die%20AOK%20Rheinland%2DPfalz%2FSaarland%20darf%20die%20rechtm%C3%A4%C3%9Fig%20erheben%20und,Einwilligung%20der%20betroffenen%20Person%20vorliegt.
18	Berechtigungskonzept HiH 20-08-07.pdf	Berechtigungskonzept ePA für Pflege und Desktop HandinHand
19	HiH Servernutzungsvertrag unterschrieben 210305	Dienstleistungsvertrag zwischen MH Holding und MH Kliniken wg. Servernutzung Patientendaten
20	2020-09_Rahmenvertrag Datenverarbeitung	Rahmenvertrag MHUG gegenseitige IT-Nutzung
21	AVV zum HiH Servernutzungsvertrag unterschrieben 210305	AVV zwischen MH Holding und MH Kliniken bzgl. Patientendaten auf MAW-Servern für HiH
22	Protokoll-HiH-Datenschutzaudit-200811 Anm. Tauer	Protokoll HandinHand-Datenschutzaudit Konzerndatenschutz vom 10.08.2020
23	Löschkonzept MHUG 200813	Löschkonzept Daten MHUG: Siehe: https://mintra2.marienhaus.de/intranet/index.php?eID=tx_securedownloads&p=2716&u=0&g=0&t=1597391403&hash=375566102c13c5ce484917cbc0c7e9cb82ae8699&file=fileadmin/user_upload/MH_Stiftung/Datenschutz%2BInformationssicherheit/Vorlagen/20200123_Leitfaden-Loeschkonzept_MHUG.pdf
24a	Emailwechsel 30Jahre 200813	Stellungnahme Rechtsabteilung MHUG zu Löschfrist 30 Jahre
24b	Aufbewahrungsfristen KVRLP	Aufbewahrungsfristen für Patientendaten laut KV Rheinland-Pfalz, als Anlage zu 24a
25	HiH Votum EC AEKNO 201127	Eingeschränkt positives Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein zu HandinHand

26	HiH Votum EC AEKNO 201223	Uneingeschränkt positives Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein zu HandinHand
27 a	2021-06-04 vomMWiGes-Mainz_HandIn-Hand_FKZ01NVF17047	Genehmigung Aufsichtsbehörde der AOK bzgl. Kontrolldaten vom 04.06.2021
27 b	2021-06-25 vomMWiGes-Mainz_HandIn-Hand_FKZ01NVF17047_Änderungsbescheid	Genehmigung Aufsichtsbehörde der AOK bzgl. Kontrolldaten vom 25.06.2021
27 c	2022-06-13 Änderungsbescheid HandinHand	Genehmigung Aufsichtsbehörde der AOK bzgl. Kontrolldaten vom 09.06.2022
28 a	Email RZV HiH Datenlöschung 231211.pdf	Löschungsbestätigung RZV vom 11.12.2023
28 b	Email StB Recht HiH LangzeitDatenSpeicherung.pdf	Stellungnahme Stabsstelle Recht vom 11.12.2023
28 c	Email JVB HandinHand-Patientendaten 231208.pdf	Stellungnahme MHDL vom 08.12.2023
28 d	DMI Angebot_Einmalige Übernahme elektronisch erzeugter Dokumentation_23.11.2023.pdf	Angebot DMI vom 23.11.2023
28 e	Email GL Stark HiH Patientendaten 231208.pdf	Anfrage Projektleiter HandinHand bei Stabsstelle Recht vom 08.12.2023

7. Paraphierung

Das vorgelegte Datenschutzkonzept wird hiermit **in der zuletzt redigierten Version** verabschiedet.
Bad Neuenahr-Ahrweiler, den 12.12.2023.

	Prof. Dr. med. Gunther Lauven Marienhaus Holding GmbH Projektleiter <i>HandinHand</i>
--	---

Vereinbarung über eine gemeinsame Verantwortlichkeit im Datenschutz

zwischen

Marienhaus Holding GmbH, Margaretha-Flesch-Straße 5, 56588 Waldbreitbach, als Betreiberin des Pflegeexperten-Centers in Bad Neuenahr-Ahrweiler

nachfolgend **Verantwortlicher (A)**

und

Herrn Dr. Michael Berbig, Arzt für Allgemeinmedizin, Bossardstr. 7, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

nachfolgend **Verantwortlicher (B).**

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Zwischen den Parteien besteht ein Vertragsverhältnis („Hauptvertrag“), das die gemeinsame Durchführung des **Projekts HandinHand** beinhaltet. Dieser Hauptvertrag wurde am 11.09.2019 zwischen der Marienhaus Holding GmbH als Konsortialführerin des *Projekts HandinHand* und verschiedenen Konsortialpartnern geschlossen. Zu diesen Konsortialpartnern gehört auch u.a. das Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. Das Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. hat den Hauptvertrag stellvertretend für alle am *Projekt HandinHand* teilnehmenden Ärzte geschlossen. Der Verantwortliche B ist dem Hauptvertrag durch eine Beitrittserklärung beigetreten. Die Parteien sind sich darüber einig, dass sie im Hinblick auf dieses Zusammenwirken gemeinsam über Zwecke und Mittel der Verarbeitung i.S.d. Art. 4 Nr. 7 DSGVO¹ bestimmen und insoweit eine gemeinsame Verantwortlichkeit besteht.
- (2) Dieser Vertrag stellt die Vereinbarung zwischen gemeinsam Verantwortlichen i.S.d. Art. 26 DSGVO zwischen den Parteien dar. In diesem Vertrag werden Regelungen dazu getroffen, wer welchen Verpflichtungen der DSGVO im Zusammenhang mit gemeinsam Verarbeitung personenbezogener Daten nachkommt.

§ 2 Beschreibung der Datenverarbeitung

- (1) Zweck, Art und Umfang der Verarbeitung personenbezogener Daten ergeben sich aus dem zwischen den Parteien geschlossenen Hauptvertrag sowie der insoweit ggf. zusätzlich einbezogenen vertraglichen Regelungen.
Diese Regelungen umfassen insbesondere:
Das Versorgungskonzept, das Evaluationskonzept, das Datenschutzkonzept, die Rahmenvereinbarung Delegation, die „individuellen Delegationsvereinbarungen“. Patientenunterlagen, welche umfassen: Patienteninformation, Datenschutzzinformation, Einwilligungserklärung zur Teilnahme an HandinHand. Alle genannten Regelungen sind bereits direkte und / oder indirekte Anlagen zum Hauptvertrag.

¹ Soweit im Text auf die DSGVO Bezug genommen wird, gelten jeweils auch Nr. 11 Abs. 3 und 4 der Vereinbarung sowie die korrespondierenden Vorschriften des KDG einschließlich kirchlicher Nebengesetze.

- (2) Die Art der Daten sowie die Kategorien betroffener Personen sind der **Anlage 1** dieses Vertrages zu entnehmen.

§ 3 Verantwortlichkeit und Zuständigkeiten für Verarbeitungsschritte/-phasen

- (1) Die Parteien haben in der **Anlage 2** dieses Vertrages die Verarbeitungsschritte, die der gemeinsamen Verantwortlichkeit unterliegen, beschrieben und die jeweiligen Verantwortlichkeiten zugewiesen. Wenn keine Angaben erfolgen und der Vertrag auch ansonsten keine Verantwortlichkeiten zuweist, ist davon auszugehen, dass beide Parteien gleichermaßen für die Verarbeitung der jeweiligen Datenart(en) verantwortlich sind.
- (2) In der **Anlage 2** können die Parteien ferner Verantwortlichkeiten für die Bearbeitung und Umsetzung von Maßnahmen festlegen, die anlässlich der Wahrnehmung der Rechte von Betroffenen aus den Art. 15-21 DSGVO zu treffen sind. Wenn keine Angaben erfolgen und der Vertrag auch ansonsten keine Verantwortlichkeiten zuweist, ist davon auszugehen, dass beide Parteien gleichermaßen für die Bearbeitung von vorgenannten Betroffenenanfragen verantwortlich sind.
- (3) Ungeachtet der Regelungen in Absatz 1 und 2 stimmen die Parteien überein, dass sich betroffene Personen an beide Parteien zwecks Wahrnehmung der ihnen jeweils zustehenden Betroffenenrechte wenden können. In einem solchen Fall ist die jeweils andere Partei dazu verpflichtet, das Ersuchen eines Betroffenen an die nach Anlage 2 dieses Vertrages zuständige Partei unverzüglich weiterzuleiten. Die Parteien werden sich hierfür gegenseitig Kontaktadressen benennen und jede Änderung unverzüglich in Textform mitteilen.

§ 4 Umsetzung der Betroffenenrechte

- (1) Jede Partei ist verpflichtet, die Informationspflichten aus Art. 12-14 DSGVO und Art. 26 Abs. 2 S. 2 DSGVO gegenüber den Betroffenen umzusetzen, soweit die jeweilige Partei für die Verarbeitungsschritte/-phasen im Sinne der Ziff. 3 dieses Vertrages zuständig ist. Der Verantwortliche A trägt Sorge dafür, dass diese Informationen über das Internet auf der Homepage www.pflegeexperten-center.de, welche vom Verantwortlichen A betrieben wird, zugänglich sind.
- (2) Betroffenen Personen sind die erforderlichen Informationen in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.
- (3) Die Parteien können in **Anlage 2** primäre Verantwortlichkeiten für die Erfüllung der Informationspflichten aus den Art. 12-14 DSGVO vereinbaren.

§ 5 Datensicherheit

Die Parteien verpflichten sich gegenseitig zur Einhaltung der jeweils nach Art. 32 DSGVO erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, soweit dies die Verarbeitung personenbezogener Daten betrifft, für die eine gemeinsame Verantwortlichkeit i.S.d. Art. 26 DSGVO besteht.

§ 6 Meldepflichten bei Datenschutzverletzungen

- (1) Jede Partei wird die jeweils andere Partei unverzüglich über jede Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten i.S.d. Art. 4 Nr. 12 DSGVO in Textform unterrichten. Die Parteien werden sich gegenseitig unverzüglich alle Informationen im Zusammenhang mit der Datenschutzverletzung zur Verfügung stellen, die zur Prüfung der Datenschutzverletzung und seiner Folgen sowie für die Erfüllung etwaiger Meldepflichten nach den Art. 33, 34 DSGVO erforderlich sind.
- (2) Für den Fall, dass eine Meldepflicht nach Art. 33 DSGVO besteht, werden die Parteien im Rahmen der Zumutbarkeit das weitere Vorgehen abstimmen und sich bei der Erfüllung der Meldepflichten gegenseitig unterstützen.
- (3) Sofern eine Benachrichtigung der Betroffenen nach Art. 34 DSGVO erforderlich ist, werden die Parteien im Rahmen der Zumutbarkeit zusammenwirken und eine gemeinsame Benachrichtigung der Betroffenen durchführen, soweit die Parteien dies für sinnvoll halten.

§ 7 Gemeinsame Pflichten

Beide Vertragsparteien haben sich gegenseitig unverzüglich und vollständig zu informieren, wenn Fehler oder Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung oder Verletzungen von Bestimmungen dieses Vertrags oder anwendbaren Datenschutzrechts festgestellt werden.

§ 8 Auftragsverarbeiter

- (1) Die Beauftragung von Auftragsverarbeitern i.S.d. Art. 4 Nr. 8 DSGVO durch eine Partei über die durch den Hauptvertrag und die dazugehörigen Anlagen bereits geregelten Beauftragungen von Auftragsverarbeitern hinaus bedarf der vorherigen Zustimmung der jeweils anderen Partei in Textform, sofern die in dieser Vereinbarung beinhalteten Verarbeitungen betroffen sind.
- (2) Die jeweils andere Partei kann vor Erteilung der Zustimmung die Vorlage des Auftragsverarbeitungsvertrages verlangen, der mit dem jeweiligen Auftragsverarbeiter geschlossen wurde, um die Einhaltung der Vorgaben des Art. 28 DSGVO zu überprüfen.
- (3) Sofern die Verarbeitung von personenbezogenen Daten in einem Drittland erfolgt, wird der Auftraggeber gegenüber der jeweils anderen Partei dieses Vertrages das Vorliegen der Garantien für ein angemessenes Datenschutzniveau im Drittland darlegen.
- (4) Für den Fall, dass ein bestehender Auftragsverarbeitungsvertrag mit einem Auftragsverarbeiter geändert wird, besteht eine Informationspflicht des Auftraggebers gegenüber der jeweils anderen Partei dieses Vertrages. Für den Fall, dass die Änderung des Auftragsverarbeitungsvertrages zu einer Verletzung der Vorgaben aus Art. 28 DSGVO führt, kann die jeweils andere Vertragspartei von dem Auftraggeber eine unverzügliche Nachbesserung des Vertrages verlangen, damit die Voraussetzungen von Art. 28 DSGVO eingehalten werden.

§ 9 Zusammenarbeit mit Aufsichtsbehörden

- (1) Jede Partei ist verpflichtet, die jeweils andere Partei unverzüglich zu informieren, wenn eine Datenschutzaufsichtsbehörde sich an sie wendet und dies eine Verarbeitung betrifft, die von diesem Vertrag umfasst ist.
- (2) Die Parteien werden die Beantwortung von Anfragen von Aufsichtsbehörden zu der vertragsgegenständlichen Verarbeitung miteinander abstimmen, soweit dies rechtlich zulässig und/oder zumutbar ist.
- (3) Die Parteien sind sich darüber einig, dass aufsichtsbehördlichen Maßnahmen grundsätzlich Folge zu leisten ist. Gleichwohl werden die Parteien sich darüber ins Benehmen setzen, ob und inwieweit Rechtsbehelfe gegen Anordnungen der Behörde eingelegt werden.

§ 10 Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber betroffenen Personen nach den gesetzlichen Vorschriften.
- (2) Die Parteien stellen einander im Innenverhältnis von jeglicher Haftung frei, wenn die haftungsauslösende Ursache im Rahmen der Verantwortlichkeit nach Ziff. 3 dieses Vertrages allein von einer Partei zu vertreten ist. Das gilt auch im Hinblick auf eine gegen eine Partei etwa verhängte Geldbuße wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften.

§ 11 Schlussbestimmungen

- (1) Für die Laufzeit und Beendigung des Vertrages gelten die Regelungen des Hauptvertrages. Im Fall von Widersprüchen zwischen diesem Vertrag und sonstigen Vereinbarungen zwischen den Parteien, insbesondere dem Hauptvertrag, gehen die Regelungen dieses Vertrags vor.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden oder eine Lücke enthalten, so bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen Regelung eine solche gesetzlich zulässige Regelung zu treffen, die dem Zweck der unwirksamen Regelung am nächsten kommt und den Anforderungen des Art. 26 DSGVO am besten gerecht wird.
- (3) Es gilt deutsches Recht. Sofern für mindestens einen Verantwortlichen die kirchlichen Datenschutzgesetze, insbesondere KDG, KDG-DVO oder die PatDSO bzw. die diese Vorschriften ersetzende Regelwerke gelten, kommt Abs. 4 zur Anwendung. Das gilt nur dann nicht, wenn beide Verantwortliche zweifelsfrei nur der DSGVO bzw. dem BDSG unterfallen.
- (4) In Ergänzung der vorgenannten Passagen zur Vereinbarung über eine gemeinsame Verantwortlichkeit gemäß Artikel 26 DSGVO unterwirft sich der Verantwortliche, der **nicht** dem KDG und dem kirchlichem Datenschutzrecht unterfällt, beschränkt auf die Verarbeitung personenbezogener Daten des anderen Verantwortlichen – der **kirchlichen Datenschutzaufsicht**. Die Unterwerfung erstreckt sich auf die Aufgaben und Befugnisse der kirchlichen Datenschutzaufsicht nach **§§ 44, 47** sowie auf die Vorschriften der **§§ 26-33** des Kapitels 4 „Verantwortlicher und Auftragsverarbeiter“

des Gesetzes über den Kirchlichen Datenschutz (KDG) in der jeweils geltenden Fassung. **Im Übrigen** gelten für den Verantwortlichen, der **nicht** dem KDG und dem kirchlichem Datenschutzrecht unterfällt, die korrespondierenden Vorschriften des KDG einschließlich kirchlicher Nebengesetze. **Bei Abweichungen oder Widersprüchen der Vorschriften des weltlichen und kirchlichen Datenschutzrechts, geht das kirchliche Datenschutzrecht vor.**

Ort, Datum

Ort, Datum

Waldbreitbach, den xx.xx.2020

Bad Neuenahr-Ahrweiler,
den xx.xx.2020

- Verantwortlicher (A) -

- Verantwortlicher (B) –

<p>Für den Verantwortlichen A, die Marienhaus Holding GmbH:</p> <p><i>Dr. Heinz-Jürgen Scheid, Geschäftsführer</i></p> <p><i>Maria Heine, Prokuristin</i></p>	<p>Für den Verantwortlichen B:</p> <p><i>Dr. Michael Berbig Arzt für Allgemeinmedizin Bad Neuenahr-Ahrweiler</i></p>
--	---

Anlage 1: **Personengruppe und Datenkategorien**

Betroffene Personengruppe	Kategorien personenbezogener Daten
Patientinnen und Patienten des teilnehmenden Arztes, welche nach ärztlicher Verordnung und unterschriebener Teilnahmeerklärung im Rahmen von HandinHand durch das Pflegeexperten-Center betreut werden	Patientenstammdaten Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift, Telefonnummer, ggf. auch Faxnr., Emailadresse. Medizinische und pflegerische Patientendaten Ärztliche Verordnung, Diagnosen. Anamnese, Vitaldaten, Medikation, Pflegestatus, Scores

Anlage 2 **Verarbeitungsschritte bzgl. Patientendaten**

Verarbeitungsschritt	Verantwortlich	Primär verantwortlich für Betroffenenrechte
Erstellung der ärztlichen Verordnung	Verantwortlicher (B)	Verantwortlicher (B)
Aufklärung des Patienten und Einholen der Unterschriften	Verantwortlicher (B)	Verantwortlicher (B)
Übermittlung der Patientenstammdaten und der jeweiligen medizinisch-pflegerischen Datensätze an das PE-Center	Verantwortlicher (B)	Verantwortlicher (B)
Erfassung der Patientenstammdaten und der jeweiligen medizinisch-pflegerischen Datensätze im PE-Center auf Papier	Verantwortlicher (A)	Verantwortlicher (A)
Erfassung der Patientenstammdaten und der jeweiligen medizinisch-pflegerischen Datensätze im PE-Center in der elektronischen Patientenakte (ePA)	Verantwortlicher (A)	Verantwortlicher (A)
Übermittlung des Versorgungsplans mit Patientenstammdaten und den jeweiligen medizinisch-pflegerischen Datensätzen vom PE-Center an den jeweiligen Arzt	Verantwortlicher (A)	Verantwortlicher (A)
Übermittlung von Statusberichten mit Patientenstammdaten und den jeweiligen medizinisch-pflegerischen Datensätzen vom PE-Center an den jeweiligen Arzt	Verantwortlicher (A)	Verantwortlicher (A)
Nachrichtlich:		
Sicherstellung von patientenbezogenen Leserechten in der ePA	Rechenzentrum Volmarstein (Betreiberin der ePA)	Verantwortlicher (B)



- Ethik-Kommission -

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Postfach 29 26 · 55019 Mainz
Deutschhausplatz 3 · 55116 Mainz
Telefon (06131) 28822-63 /-64 /-65 /-67
Telefax (06131) 28822-66

Landesärztekammer Rhld.-Pf. · Postfach 29 26 · 55019 Mainz

Marienhause Holding GmbH
Herr Prof. Dr. med. Gunter Lauen
Margaretha-Flesch-Str. 5
56588 Waldbreitbach

Ansprechpartner:
Frau Pierzina, Frau Lermen,
Frau Rademacher, Frau Escudero

Telefon:
-63 (Pie), -64 (Ler), -65 (Rd), -67 (Es)

E-Mail: ethik-kommission@laek-rlp.de

Bitte bei jedem Schriftwechsel die
Bearbeitungsnummer angeben!

Mainz, den 29.01.2020 / Ler

Antragstitel: HandinHand - Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand - ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region“ Förderkennzeichen: 01NVF17047

Antragsnummer: 2019-14563-andere Forschung erstvotierend

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 12.12.2019 abschließend über Ihren Antrag beraten.

Auf der Grundlage der vorgelegten Unterlagen bestehen nach dem gegenwärtigen Stand keine berufsethischen und berufsrechtlichen Bedenken gegen die Durchführung der geplanten Studie. Sie erhalten damit ein zustimmendes Votum.

Die Ethik-Kommission geht jedoch davon aus, dass Sie folgende Hinweise berücksichtigen:

- 1. Vor Beginn der Studie ist die Stellungnahme des Landesdatenschutzbeauftragten nachzureichen.**
- 2. In den verschiedenen Einwilligungserklärungen ist zum Widerruf ergänzend anzugeben, dass der Widerruf der Einwilligung zur Studienteilnahme auch jederzeit mündlich bei dem aufklärenden Arzt möglich ist.**

Die Ethik-Kommission bittet um Vorlage der entsprechend geänderten Dokumente mit aktueller Versionsnummer und Datum.

Ferner gibt die Ethik-Kommission folgende allgemeine Hinweise:



Die Verantwortlichkeit des Studienarztes bleibt in vollem Umfang bestehen und wird durch diese Entscheidung nicht berührt. Die Entscheidung ergeht unter dem Vorbehalt gleichbleibender Gegebenheiten.

Der Ethik-Kommission sind alle schwerwiegenden Komplikationen in beurteilbarer Form unverzüglich mitzuteilen. Die Ethik-Kommission bittet darum, dass ihr das Ergebnis der Studie zur Kenntnis gebracht wird.

Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethik-Kommission grundsätzlich nur cursorisch überprüft. Dieses Votum/diese Bewertung ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen betrieblichen oder behördlichen Datenschutzbeauftragten.

Sollte das Forschungsvorhaben nicht nach Ablauf von 5 Jahren nach Erteilung des Votums abgeschlossen sein, bittet die Ethik-Kommission schon jetzt um einen Zwischenbericht zum Forschungsvorhaben, um prüfen zu können, ob es einer weiteren beruflichen Beratung bedarf. Dieser Zwischenbericht ist ohne weitergehende Aufforderung an die Geschäftsstelle zu schicken.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Bernd Laufs
Stellv. Vorsitzender



Folgende Unterlagen haben zur Beratung vorgelegen:

- 13 HiH Teilnahmeerklärung Betreuung Vollmacht Änderungsmodus 200117.pdf (hinzugefügt 17.01.2020)
- 14 HiH Datenschutzinformation Betreuung Vollmacht Änderungsmodus 200117.pdf (hinzugefügt 17.01.2020)
- 15 HiH Patienteninformation Betreuung Vollmacht Änderungsmodus 200117.pdf (hinzugefügt 17.01.2020)
- 16 HiH Teilnahmeerklärung Betreuung Vollmacht 200117.pdf (hinzugefügt 17.01.2020)
- 17 HiH Datenschutzinformation Betreuung Vollmacht 200117.pdf (hinzugefügt 17.01.2020)
- 18 HiH Patienteninformation Betreuung Vollmacht 200117.pdf (hinzugefügt 17.01.2020)
- Anschreiben Ethikkommission HandinHand 200117.pdf (hinzugefügt 17.01.2020)
- 01 Tabelle Auflagen EC HiH 191219 200115.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 02 HiH Patientenunterlagen Änderungsmodus 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 03 HiH Patientenunterlagen 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 04 HiH Teilnahmeerklärung Patienten 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 05 HiH Datenschutzinformation Patienten 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 06 HiH Patienteninformation Patienten 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)



- 07 HiH Teilnahmeerklärung Betreuer Änderungsmodus 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 08 HiH Datenschutzinformation Betreuer Änderungsmodus 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 09 HiH Patienteninformation Betreuer Änderungsmodus 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 10 HiH Teilnahmeerklärung Betreuer 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 11 HiH Datenschutzinformation Betreuer 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- 12 HiH Patienteninformation Betreuer 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- Anschreiben Ethikkommission HandinHand 200116.pdf (hinzugefügt 16.01.2020)
- D02 § 203 StGB - Einzelnorm 181122.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Vertragliche Vereinbarungen/Budget - D03a AVV-MHHRZV-Vertragstext 190826.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Vertragliche Vereinbarungen/Budget - D03b AVV-MHHRZV-Anlage Cloud 190826.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Vertragliche Vereinbarungen/Budget - D03c AVV-MHHRZV-Anlage Fernwartung 190826.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Vertragliche Vereinbarungen/Budget - D03d RZV Anlage-Unterauftragnehmer 190826.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Vertragliche Vereinbarungen/Budget - D03e ISDS - RZV Datenschutzkonzept - V2019-05-29.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Vertragliche Vereinbarungen/Budget - D04a AVV MHH_MHDL_unterschrieben-19-09-18.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Datenschutz - D04b Anlage AVV TOM_19-09-18.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Vertragliche Vereinbarungen/Budget - D04c Anlage AVV Fernwartung_19-09-18.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Datenschutz - D05 Datenschutzkonzept RWI-2019-04-11.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Datenschutz - D06a CELEX%3A32016R0679%3ADE%3ATXT.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Datenschutz - D06b KDG i.d. Fassung des Beschlusses der VV vom 20.11.2017.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Datenschutz - D06c Durchfuehrungsverordnung_KDG_DVO_i.d.F._des_Beschlusses_der_VV_vom_19.112018.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- D06d KorengLachenmann-Schwellenwertpruefung-und-Erforderlichkeit einer DSFA.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- D06e Schwellenwertanalyse HiH 190708.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Datenschutz - D06f HandinHand-DSFA-190801.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Datenschutz - D06g HiH-Verfahrensbeschreibungen-190802.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- D06h Synopse DSGVO-BDSG-KDG.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Datenschutz - D07 HiH Verfahrensbeschreibungen Daten 191011.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- Datenschutz - D01 NVF1_2017-131 Erklärungen MHUG 171110.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- sonstiges Studienmaterial - V21 Laurant_et_al-2018-Cochrane_Database_of_Systematic_Reviews.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- sonstiges Studienmaterial - V22 OECD 2017 ANP primary care working paper.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
- sonstiges Studienmaterial - V23 SVR-Gutachten_2018.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)



Studienprotokoll - V01 2019-Delegationsvereinbarung.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V02 24_Delegation.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V03 Projektablaufplan HandinHand 191007.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Studienprotokoll - V04 Kernprozess HiH 190322.pptx.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Studienprotokoll - V05 Datenerhebung-PE-Center-Tabelle+Anlagen-191103.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V06 Goodman 2013 Defining and measuring chronic conditions.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V07 Huntley 2012 Measures of multimorbidity and morbidity burden.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V08 191031_Tabelle_Qualifikationen_PE.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V09 191106-Entwicklung-Einarbeitungs- und Fortbildungscurriculum.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V10 191031-Synopse-Qualifikation-Ausbildung.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V11 Evaluationskonzept_Stand 22-02-2019.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Synopsis - V12 nvf1_2017-131_projektbeschreibung.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V13 Martin-Misener 2015.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V14 Tsiachristas 2014.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V15 Levine et al 2018.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V16 Counsell 2011.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V17 Zwerink et al 2014.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V18 Chavez 2016.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V19 DBfK 2019 Advanced-Practice-Nursing-Broschuere.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
sonstiges Studienmaterial - V20 Development and Implementation APN Fougère 2016.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Anschreiben/Inhaltsverzeichnis - Anschreiben Ethikkommission HandinHand 191107.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Datenschutz - Datenschutzkonzept-MHH-HandinHand-191011.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Studienprotokoll - Versorgungskonzept HandinHand 191107.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Anschreiben Ethikkommission HandinHand 191107.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Datenschutzkonzept-MHH-HandinHand-191011.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Versorgungskonzept HandinHand 191107.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Anschreiben Ethikkommission HandinHand 191107.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Datenschutzkonzept-MHH-HandinHand-191011.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Versorgungskonzept HandinHand 191107.pdf (hinzugefügt 07.11.2019)
Antragsformular - 01 Antrag Ethikkommission HiH 190828.pdf (hinzugefügt 28.08.2019)
Kurzbeschreibung.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
sonstiges Studienmaterial - 14 Datenflüsse HiH 190322.pptx.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
sonstiges Studienmaterial - 13 Projektbeteiligte HiH 190322.pptx.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
sonstiges Studienmaterial - 12 Kernprozess HiH 190322.pptx.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)



sonstiges Studienmaterial - 11 Projektablaufplan HandinHand 190218.xlsx.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Datenschutz - 10 Datenschutzkonzept 2015sig.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Datenschutz - 09 Datenschutzkonzept-MHH-HandinHand-190823.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Studienprotokoll - 07 Versorgungskonzept HandinHand 190802.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Vertragliche Vereinbarungen/Budget - 06 Entwurf-Vertrag-HandinHand-190826.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Erklärungen Prüfarzt - 05 NVF1_2017-131 Erklärungen MHUG 171110.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
sonstiges Studienmaterial - 04 2019-07-18_01NVF17047_ÄB_aufschiebende Bedingung_sign.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
sonstiges Studienmaterial - 03 2017-11-29_PA_Förderbescheid mit Anlagen.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Synopsis - 16 HandinHand Info 190801.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Studienprotokoll - 08 Evaluationskonzept_Stand 22-02-2019.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Anschreiben/Inhaltsverzeichnis - Anschreiben Ethikkommission HandinHand 190826.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Einwilligungserklärung - 15 Patienten-HandinHand-190802.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Studienprotokoll - 02 Checkliste-Ethikkommission-HiH-190826.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)
Antragsformular - 01 Antrag Ethikkommission HiH 190826.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)

Arztpraxis Dr. Berbig
Lebenslauf - cv-gl-190122.pdf (hinzugefügt 26.08.2019)

Das Votum ist gültig für folgende Studienzentren:

Prof. Dr. med. Gunther Lauven,
Arztpraxis Dr. Berbig, Bossardstr. 7, 53747 Bad Neuenahr-Ahrweiler



- Ethik-Kommission -

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Postfach 29 26 · 55019 Mainz
Deutschhausplatz 3 · 55116 Mainz
Telefon (06131) 28822-0 (Zentrale)
Telefax (06131) 28822-66

Ansprechpartner/in:

**Frau Pierzina, Frau Lermen,
Frau Rademacher, Frau Escudero**

Telefon: - 63 (Pie), - 64 (Ler), - 65 (Rd), -67 (Es)

425. Sitzung der Ethik-Kommission vom 12.12.2019

Teilnehmerliste

Dr. B. Laufs, stellv. Vorsitzender
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. R. Görne
Facharzt für Allgemeinmedizin, Klinische Pharmakologie und Toxikologie mit Zusatzbezeichnung Diabetologie

Prof. Dr. M. Knuf
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Teilgebiet Neuropädiatrie und Neonatologie

Prof. Dr. med. H. Link
Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie

PD Dr. M. Egermann
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Brigitte Rinner
Kinder-Krankenschwester

Mechthild Kern
Patientenvertreterin

Manfred Pfeiffer
Patientenvertreter

Elisabeth Wind
Juristin

Beate Jung-Henkel
Pfarrerin, Master of Palliative Care

Ärztetikammer Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Marienhaus Holding GmbH
Herrn Prof. Dr. med. Lauen
Heerstraße 109, Haus 9
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

vorab per Telefax:
02641 – 2077 957

ETHIK-KOMMISSION

Ansprechpartnerin:
Sabine Seithümmert
ethik@aekno.de
Tel 0211 4302 – 2272
Fax 0211 4302 – 2279

Ihr Schreiben vom:

Ihr Zeichen:

Unsere lfd. Nummer:

Datum:

2020262

27.11.2020

**Berufsrechtliche Beratung nach § 15 Berufsordnung vor der
Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen**

HandinHand - Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand - ANP Center zur
Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region

Sehr geehrter Herr Professor Lauen,

anbei übersenden wir Ihnen in Kopie das Ergebnis der berufsrechtlichen
Beratung zu oben genannter Studie. Dieses Beratungsergebnis wurde an alle
teilnehmenden Prüffärzte in unserem Kammerbereich verschickt.

Außerdem erhalten Sie die Liste der Mitglieder der Ethik-Kommission, die an
der Sitzung teilgenommen haben.

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

Sabine Seithümmert

Anlage

Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Postfach 30 01 42
40401 Düsseldorf

Telefon 0211 4302-0
Fax 0211 4302-2009
Mail aertztetikammer@aekno.de
Web www.aekno.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker-
und Ärztebank eG, Düsseldorf

IBAN DE89 3006 0601 0001 1452 90
BIC DAAEDEDXXX



Ärztammer Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Herrn
Dr. med. Markus Bert Brünker
Praxis Dr. med. Markus Bert Brünker
Auf der Komm 1-3
53902 Bad Münstereifel

ETHIK-KOMMISSION

Ansprechpartnerin:
Sabine Seithümmer
ethik@aekno.de
Tel 0211 4302 – 2272
Fax 0211 4302 – 2279

Ihr Schreiben vom:

Ihr Zeichen:

Unsere Jfd. Nummer:

Datum:

2020262

20.11.2020

Berufsrechtliche Beratung nach § 15 Berufsordnung vor der Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen

HandInHand - Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand - ANP Center zur
Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region

Sehr geehrter Herr Kollege Brünker,

die Ethik-Kommission der Ärztekammer Nordrhein hat Ihren oben genannten Antrag in der Sitzung vom 17.11.2020 beraten.

Die Ethik-Kommission schließt sich aufgrund der eingereichten Unterlagen dem Votum der **Ethik-Kommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz vom 29.01.2020** an und erhebt gegen die Studie keine berufsethischen und berufsrechtlichen Bedenken, wenn folgende Einwände umgesetzt bzw. ausgeräumt werden (**bedingt positives Votum**):

Patienteninformation:

- Es fehlt ein lokaler Briefkopf mit Ansprechpartner, die Patienteninformation sollte mit einer Anrede eingeleitet werden. In der Patienteninformation wird wiederholt auf Rheinland-Pfalz Bezug genommen. Die Patienteninformation muss diesbezüglich überarbeitet und auf für Ärztinnen und Ärzte aus dem Kammerbereich der Ärztekammer Nordrhein angepasst werden.
- Seite 2/18: Es wird nicht hinreichend klar, inwieweit die Patientinnen und Patienten bei einer Teilnahme am Projekt zusätzlich besucht und inwieweit Besuche des Hausarztes durch Besuche der Pflegeexperten ersetzt werden.

Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Postfach 30 01 42
40401 Düsseldorf

Telefon 0211 4302-0

Fax 0211 4302-2009

Mail aerkammer@aekno.d

Web www.aekno.de

Kernarbeitszeiten:

Mo. bis Do. 9 Uhr bis 15 Uhr

Freitag 9 Uhr bis 14 Uhr

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank eG, Düsseldorf

IBAN DE89 3006 0601 0001 1452

BIC DAAEDEDXXX

- Seite 5/18: Für die Weiterverwendung der Daten nach Widerruf ist eine besondere Rechtsgrundlage (z.B. AMG) erforderlich. Die pauschale Angabe einer Weiterverwendung ist mit der DSGVO nicht vereinbar. Die Teilnehmer haben ein Wahlrecht zwischen Löschung der Daten oder aber einer anonymisierten Weiterverwendung (gilt auch für die Seiten 7 und 8/18). Zudem haben sie im Zusammenhang mit ihrem Auskunftsrecht einen Anspruch auf eine unentgeltliche Kopie.

Wir bitten um Einreichung der geänderten Unterlagen als PDF-Dateien per E-Mail unter ethikantraege@aekno.de, wobei die geänderten Passagen deutlich kenntlich gemacht werden sollten.

Vorsorglich weist die Ethik-Kommission darauf hin, dass die ärztliche und juristische Verantwortung für die Durchführung der Studie uneingeschränkt bei Ihnen und Ihren Mitarbeitern verbleibt.

Ferner machen wir darauf aufmerksam, dass sich das oben genannte Votum nur auf die bisher eingereichten Unterlagen bezieht. Nachträgliche Änderungen in Organisation und Ablauf der klinischen Prüfung, die nach Ihrer Auffassung vom Votum der Ethik-Kommission umfasst sein sollen, sollten umgehend zur Beratung mitgeteilt und die geänderten Passagen deutlich kenntlich gemacht werden.

Informationen und Änderungen, zu denen Sie kein Votum der Ethik-Kommission mit einem entsprechenden Antrag erbitten möchten, sind demgegenüber nicht zuzusenden.

Mit freundlichen Grüßen
gez.

Dr. Dr. med. F. Pluisch
Vorsitzender des Gremiums IV
der Ethik-Kommission

Anhang: eingereichte Unterlagen

Ausgefertigt:
i. A.


Julia Rümmler
Rechtsreferentin der Ethik-Kommission

Anhang

Eingereichte Unterlagen:

01	2017-11-29_PA_Förderbescheid mit Anlagen
02	2019-07-18_OINVF17047_ÄB_aufschiebende_Bedingung_sign
03	Projekttablaufplan HandinHand 200225
04	HandinHand_Infokompodium 200731
05	Vertrag-HandinHand-unterschrieben-190924
06	Ergänzungsvereinbarung-Vertrag-HiH-unt-200629
07	14563_Votum_mit_Hinweisen
08	HiH_Stellungnahme_Landesdatenschützer 200131
09	Versorgungskonzept_HandinHand_ang 200417
10	HiH-Stellungnahme-Schlegel-13-01-20
11	Rahmenvereinbarung_HandinHand-unterschrieben_20-02-18
12	individuelle_Delegationsvereinbarung_HandinHand 200204
13	HiH_Patientenunterlagen 200507
14	TE-FormularVersicherteAOK.mit PEZ_2020_06_02
15	Evaluationskonzept_Stand 03-03-2020_Änderungen_angenommen
16	20200225_Arbeitspapier_Prozessevaluation_HiH
17	Datenschutzkonzept-MHH-HandinHand-Änd-200820
18	Kernprozess_HiH 200227
19	Übersicht_beigetretene_Ärzte_03-08-2020

LIT	
01	Levine et al 2018
02	Counsell
03	Zwerink et al 2014
04	Chavez
07	2011_Position-zu-ANP-in-Deutschland-2011-07-05
08	2013_ANP-DBHK-OeGKV-SBK_2013
09	Advanced-Nursing-Practice-Pflegende-Expertise-2013-02-1
11	Bodenheimer
12	Bryant
13	Martinez-Gonzales
14	Martin-Misener
15	2003_ANP_in_USA_GB_NL
16	SVR-Gutachten_2014_Langfassung
17	Steinbrüchel
18	Tsiehristas

E-Mail vom 26.10.2020, Übersicht beigetretender Ärzte vom 26.08.2020

**Folgende Mitglieder der Ethikkommission haben an der Sitzung
vom 17.11.2020 teilgenommen:**

Dr. med. Dr. jur. Frank Pluisch
Arzt für Rechtsmedizin
Vorsitzender des Gremiums IV

Prof. Dr. med. Hagen S. Bachmann
Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie

Marianne Fraaij
Person aus dem Bereich der Patientenvertretung

Prof. Dr. jur. Helmut Frister
Person mit der Befähigung zum Richteramt

Prof. Dr. med. Hans Merk
Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten – Allergologie –
Person mit wissenschaftlicher oder beruflicher Erfahrung auf dem Gebiet der Ethik

Ulrike Schönau-Wendling
Apothekerin

Prof. Dr. med. Klaus Zerres
Arzt für Humangenetik

Ärztelijkeammer Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Marienhause Holding GmbH
Herrn Prof. Dr. med. Lauen
Heerstraße 109, Haus 9
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

vorab per Telefax:
02641 – 2077 957

ETHIK-KOMMISSION

Ansprechpartnerin:
Sabine Seithümmere
ethik@aekno.de
Tel 0211 4302 – 2272
Fax 0211 4302 – 2279

Ihr Schreiben vom:
16.12.2020

Ihr Zeichen:

Unsere lfd. Nummer:
2020262

Datum:
22.12.2020

Berufsrechtliche Beratung nach § 15 Berufsordnung vor der Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen

HandinHand - Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand - ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region

Sehr geehrter Herr Professor Lauen,

die Ethik-Kommission der Ärztekammer Nordrhein hat Ihr oben genanntes Schreiben sowie das Schreiben vom 30.11.2020 mit den geänderten Patienteninformationen und des Datenschutzmanagements zur Kenntnis genommen.

Damit konnten Sie alle Punkte unseres Votums vom 20.11.2020 zufriedenstellend umsetzen, so dass keine berufsethischen und berufsrechtlichen Bedenken mehr gegen die Durchführung der Studie bestehen.

Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethik-Kommission grundsätzlich nur cursorisch geprüft. Dieses Votum ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten.

Vorsorglich weist die Ethik-Kommission darauf hin, dass die ärztliche und juristische Verantwortung für die Durchführung der Studie uneingeschränkt bei den Prüfarzten und deren Mitarbeitern verbleibt.

Wir machen darauf aufmerksam, dass sich das oben genannte Votum nur auf die bisher eingereichten Unterlagen bezieht. Nachträgliche Änderungen in Organisation und Ablauf der klinischen Prüfung, die nach Ihrer Auffassung vom Votum der Ethik-Kommission umfasst sein sollen, sollten umgehend zur Beratung mitgeteilt und die geänderten Passagen deutlich kenntlich gemacht werden.

Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Postfach 30 01 42
40401 Düsseldorf

Telefon 0211 4302-0
Fax 0211 4302-2009
Mail aerktekammer@aekno.d
Web www.aekno.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker-
und Ärztekbank eG, Düsseldorf

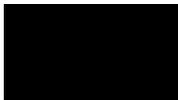
IBAN DE89 3006 0601 0001 1452
BIC DAAEDEDXXX



Informationen und Änderungen, zu denen Sie kein Votum der Ethik-Kommission mit einem entsprechenden Antrag erbitten möchten, sind demgegenüber nicht zuzusenden.

Wir gehen davon aus, dass Sie die Prüfer in unserem Kammerbezirk über dieses Votum informieren.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Dr. med. F. Pluisch
Vorsitzender des Gremiums IV
der Ethik-Kommission

Rahmenvereinbarung

über die Erbringung
ärztlich angeordneter Leistungen
durch Pflegeexperten

in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen
im Rahmen des Innovationsfondsprojekts *HandinHand*
Förderkennzeichen: 01NVF17047

(Rahmenvereinbarung-HandinHand)

als Anlage zum
Versorgungskonzept *HandinHand*
in der letzten Version vom 10.11.2019

dieses wiederum als Anlage zum
Vertrag *HandinHand*
In der letzten Version vom 11.09.2019
paraphiert von allen Konsortialpartnern bis zum 24.09.2019

In-Kraft-Treten: 01.03.2020

Stand: 04. Februar 2020
Rahmenvereinbarung-HandinHand

Inhaltsverzeichnis

		Seite
	Vorbemerkungen	2
Abschnitt I	Ziel, Versorgungsinhalt und Geltungsbereich	2
§ 1	Ziel	2
§ 2	Versorgungsinhalt und -voraussetzungen	2
§ 3	Patientengruppen	2
§ 4	Teilnehmende Ärzte und Pflegeexperten	2
Abschnitt II	Versorgungsauftrag	3
§ 5	Versorgungsauftrag	3
Abschnitt III	Genehmigungspflicht und Qualifikationsvoraussetzungen	4
§ 6	Genehmigungspflicht	4
§ 7	Zusatzqualifikation der Pflegeexperten	4
Abschnitt IV	Genehmigungsverfahren, Inkrafttreten, und Kündigung	8
§ 8	Genehmigungsverfahren	8
§ 9	Inkrafttreten, Kündigung	9

Vorbemerkungen

Die nachstehende Bezeichnung Pflegeexperte wird einheitlich und neutral für nicht-ärztliches Assistenzpersonal im Rahmen des *Projekts HandinHand* verwendet, das die Voraussetzungen des § 7 Satz 2 dieser Vereinbarung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen im Rahmen des Innovationsfondsprojekts *HandinHand* in Abwesenheit des teilnehmenden Arztes erfüllt.

Die Vereinbarung ist Grundlage für das Erbringen von Hilfeleistungen, welche die Pflegeexperten auf Anordnung von an der ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten im Rahmen des *Projekts HandinHand* erbringen.

Die Vertragspartner werden die Auswirkungen dieser Hilfeleistungen auf die Versorgung der Patienten im Rahmen des *Projekts HandinHand* fortlaufend im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zu *HandinHand* im Einklang mit datenschutzrechtlichen Vorgaben analysieren.

Abschnitt I – Ziel, Versorgungsinhalt und Geltungsbereich

§ 1 Ziel

Diese Vereinbarung ist eine formale Voraussetzung für die ärztlichen Delegation sowie eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen durch den Pflegeexperten gesichert werden soll.

Diese Vereinbarung regelt den Geltungsbereich und definiert den Versorgungsauftrag und die Qualifikationsvoraussetzungen für den Pflegeexperten, der angeordnete Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen auch in Abwesenheit des teilnehmenden Arztes erbringt.

§ 2 Versorgungsinhalt und -voraussetzungen

Zur Unterstützung von teilnehmenden Ärzten im Rahmen des Innovationsfondsprojekts *HandinHand*, Förderkennzeichen: 01NVF17047, erfolgt nach dieser Vereinbarung die ärztliche Versorgung in Form ärztlich angeordneter Hilfeleistungen anderer Personen, die in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen erbracht werden. Die Durchführung dieser Vereinbarung richtet sich nach den im Folgenden aufgeführten Bestimmungen.

§ 3 Patientengruppen

(1) Diese Vereinbarung umfasst die Behandlung und Betreuung durch die Pflegeexperten im Rahmen des *Projekts HandinHand*. Dies umfasst die Behandlung und Betreuung in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen.

(2) Die Behandlung in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen kann erfolgen, sofern die Ein- und Ausschlusskriterien des *Projekts HandinHand* gemäß Versorgungskonzept *HandinHand* vom 10.11.2019 erfüllt sind und der Patient die Teilnahme – und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung unterzeichnet hat.

§ 4 Teilnehmende Ärzte und Pflegeexperten

(1) Teilnehmende Ärzte im Sinne dieser Vereinbarung müssen die Voraussetzungen gemäß den § 3 und 4 des Vertrags *HandinHand* vom 11.09.2019 erfüllen und insbesondere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

(2) Der Pflegeexperte, der im Auftrag des teilnehmenden Arztes angeordnete Hilfeleistungen in Abwesenheit des teilnehmenden Arztes in der Häuslichkeit der Patienten

oder in Alten- oder Pflegeheimen erbringt, muss im Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH angestellt sein und die Qualifikationsvoraussetzungen nach § 7 dieser Vereinbarung erfüllen.

(3) Die Marienhaus Holding GmbH räumt die fachlich-medizinische Weisungsbefugnis als Arbeitgeberin des Pflegeexperten im Umfang der delegierten Tätigkeit dem teilnehmenden Arzt ein.

Abschnitt II – Versorgungsauftrag

§ 5 Versorgungsauftrag

(1) Das arztunterstützende Aufgabenprofil des Pflegeexperten kann folgende aufgeführte Hilfeleistungen umfassen, soweit sie im Einzelfall vom teilnehmenden Arzt angeordnet und nicht durch andere nicht-ärztliche Leistungserbringer erbracht werden:

- a) Durchführung des Hausbesuchs im Auftrag des teilnehmenden Arztes / der teilnehmenden Ärztin
- b) Überwachung und Dokumentation der krankheitsspezifischen Symptome, wie z. B. Kontrolle des Blutzuckers oder der Sauerstoffsättigung
- c) Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter, z. B. Puls, Blutdruck, Atmung.
- d) Überwachung und Dokumentation der vom teilnehmenden Arzt / der teilnehmenden Ärztin angeordneten medikamentösen Therapie sowie deren Interaktionen, Nebenwirkungen und allgemeinen Verträglichkeit.
- e) Überwachung und Anleitung der vom teilnehmenden Arzt / der teilnehmenden Ärztin angeordneter physikalischer Therapie, wie z. B. regelmäßige Inhalationen
- f) Zusammenarbeit mit dem teilnehmenden Arzt / der teilnehmenden Ärztin bei der Wundpflege von chronischen und / oder schwer heilenden Wunden und Dekubiti, Durchführung des Verbandwechsels, Dokumentation des Zustandes der Wunde.
- g) Dokumentation von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter und mit dem teilnehmenden Arzt abgesprochener Verfahren (z. B. Durchführung von FIM und Sturzrisikoassessment),
- h) Testverfahren bei Demenzverdacht; Erfassung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (Durchführung von MoCa-Test oder Mini-Mental- Status-Tests (MMST)
- i) Durchführung und Dokumentation von Maßnahmen wie z. B. EKG, Lungenfunktionstest, Langzeitblutdruckmessungen sowie deren Dokumentation.
- j) Durchführung von Blutentnahmen.
- k) Durchführungen von subkutanen und intramuskulären Injektionen.
- l) Durchführung von Impfungen.
- m) Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter und mit dem teilnehmenden Arzt abgesprochener Verfahren
- n) Förderung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung durch persönliche Beratung.
- o) Anleitung und Schulung zum Umgang mit der Erkrankung mit dem Ziel der Stabilisierung durch eigenständige Kontrolle der Patientinnen und Patienten. (Training des Selbstmanagements)
- p) Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Gefahrenpotenzialen im häuslichen Umfeld wie z. B. Sturzgefahr.

- q) Schulung, Beratung und Anleitung zur Gesundheitsförderung und Eindämmung von Gefahrenpotenzialen.
- r) Förderung der körperlichen Aktivität im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten.

(2) Dem teilnehmenden Arzt / der teilnehmenden Ärztin obliegt die Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht. Er / Sie trägt die Gesamtverantwortung für den Behandlungsverlauf und haftet dem Patienten gegenüber gemäß des abgeschlossenen Behandlungsvertrages. Der Pflegeexperte haftet für die nicht ordnungsgemäß durchgeführte Aufgabe im Rahmen von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit (Durchführungsverantwortung).

(3) Hilfeleistungen nach dieser Vereinbarung können in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen erbracht werden. Sie dürfen nur erbracht werden, wenn der teilnehmende Arzt die Leistung im Einzelfall in Bezug auf Patienten angeordnet hat, die er zuvor bezüglich derselben Erkrankung selbst besucht oder in seiner Praxis gesehen und eingehend untersucht hat. Leistungen, die Bestandteil des Versorgungsauftrags von Alten- oder Pflegeheimen sind, können nicht angeordnet und nicht erbracht werden. Der teilnehmende Arzt / die teilnehmende Ärztin hat die Anordnung zu dokumentieren.

(4) Der teilnehmende Arzt / die teilnehmende Ärztin stellt sicher, für den Pflegeexperten während der Durchführung der Aufgaben in der Häuslichkeit des Patienten oder Alten- oder Pflegeheim erreichbar zu sein.

Abschnitt III – Genehmigungspflicht und Qualifikationsvoraussetzungen

§ 6 Genehmigungspflicht

(1) Die Ausführung von durch die am *Projekt HandinHand* teilnehmenden Ärzte gemäß den § 3 und 4 des Vertrags *HandinHand* vom 11.09.2019 angeordneten Hilfeleistungen durch den Pflegeexperten im Rahmen des *Projekts HandinHand* ist erst nach dem positiven Votum der Ethikkommission bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zulässig.

(2) Der teilnehmende Arzt muss vor der ersten Anordnung der ersten Hilfeleistung seinen formalen Beitritt zum *Projekt HandinHand* erklärt und mit den Pflegeexperten eine Delegationsvereinbarung geschlossen haben.

(3) Die Marienhaus Holding GmbH muss dem teilnehmenden Arzt gegenüber nachgewiesen haben, dass alle Pflegeexperten über

- a) einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß dem Krankenpflegegesetz und
 - b) eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens zweijährige Berufserfahrung im Pflegeberuf und
 - c) eine Zusatzqualifikation gemäß § 7 dieser Vereinbarung
- verfügen. Der Nachweis der Berufserfahrung und der Zusatzqualifikation ist durch schriftliche Bescheinigung der Leiterin des Pflegeexperten-Centers und des Projektleiters *HandinHand* gegenüber dem teilnehmenden Arzt zu führen.

§ 7 Zusatzqualifikation der Pflegeexperten

(1) Die Zusatzqualifikation dient dem Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten, die den Pflegeexperten aufbauend auf der jeweiligen Primärqualifikation befähigen, Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen in Abwesenheit des teilnehmenden Arztes zu erbringen.

(2) Die für den Erwerb der Zusatzqualifikation nachzuweisenden Fortbildungsmaßnahmen müssen folgende Bestandteile umfassen:

- eine theoretische Fortbildung zu den Themen Berufsbild, medizinische Kompetenz und Kommunikation/Dokumentation,
- eine praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen und eine Fortbildung in Notfallmanagement.

(3) Die theoretische und die praktische Fortbildung sowie die Fortbildung in Notfallmanagement gelten als nachgewiesen, wenn der Pflegeexperte Fortbildungsmaßnahmen in folgendem zeitlichen Umfang der 300 Stunden nachweisen kann:

(4) Die Qualifikation kann insbesondere nachgewiesen werden durch:

- Inhalte der Krankenpflegeausbildung (2100 theoretische, 2400 praktische Stunden)
- Zusatzqualifikationen vor *HandinHand* (staatlich anerkannte Fachweiterbildungen, anerkannte Fortbildungen)
- Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nach dem Fortbildungscurriculum des *Projekts HandinHand*. Dieses umfasst in Anlehnung an das Curriculum der Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten die folgenden Lerneinheiten:

a) Die Lerneinheit „**Berufsbild**“ (mindestens 40 Stunden) hat das Ziel, das Berufsbild des Pflegeexperten im Kontext des deutschen Gesundheitssystems darzustellen. Die Pflegeexperten sollen sich insbesondere mit ihrer neuen Rolle auseinandersetzen. Sie umfasst folgende Inhalte:

- Demographische Entwicklung in Deutschland und deren Einfluss auf die Epidemiologie relevanter Erkrankungen sowie deren Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung,
- Hintergründe zum Projekt, der Innovationsfonds des G-BA und seine Bedeutung zur Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen.
- Rechtliche Hintergründe zum Projekt (Delegation in Abgrenzung zur Substitution)
- Rolle von Pflegefachpersonen in der Primärversorgung (Studienlage national und international, vergleichbare Projekte)
- Pflegeverständnis im neuen Praxisfeld (Pflegetheorie nach Orem, Relevanz für das Arbeitsfeld)
- Bedeutung des Selbstmanagements und der Adherence bei chronisch kranken Menschen
- Advanced Nursing Practice bei der Zielgruppe der chronisch erkrankten Menschen unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland
- Abgrenzung zu Aufgaben von anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, wie z. B. ambulante Pflegedienste.
- Qualitäts- und Risikomanagement im Pflegeexperten-Center
- Kommunikationsstrukturen im Team und im Kontakt mit dem Ärztenetz
- Rolle der Pflegeexperten im *Projekt HandinHand*, Reflexion der Leitgedanken innovativ, partnerschaftlich, präventiv, wissenschaftlich fundiert, für die Patienten in der Region.

b) Die Lerneinheit zur Entwicklung der „**medizinischen Kompetenz**“ (mindestens 120 Stunden) dient, aufbauend auf den Grundkenntnissen des Pflegeexperten aus Ausbildung und bisheriger Berufstätigkeit, dem Erwerb von erweiterten und vertieften medizinischen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in Bezug auf häufig auftretende Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe aus dem hausärztlichen Behandlungsspektrum, insbesondere in Bezug auf

- Epidemiologie der chronischen Erkrankungen

- Multimorbidität und deren Prognose und interprofessionelle Herangehensweise zur Förderung der Selbstpflege
- Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention der WHO
- Spezifische und unspezifische Risikofaktoren bei chronischen Erkrankungen
- Grundlagen der klinischen Überwachung von chronisch kranken Menschen einschließlich der Überwachung der Durchführung von angeordneten Maßnahmen, wie z.B. Inhalationen, Nutzung von Aerosolen
- Herzkreislauferkrankungen in der Langzeitbegleitung, Herzinsuffizienz, KHK und deren Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement
- COPD in der Langzeitbehandlung, deren Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement
- Diabetes mellitus, Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement
- Polypharmazie und deren Bedeutung bei chronisch kranken und alten Menschen.
- Kognitive Einschränkungen und deren Bedeutung bei chronisch kranken Menschen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates, Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement
- Chronischer Schmerz, pflegerische Interventionen zur Symptomkontrolle
- Niereninsuffizienz, Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement
- Inkontinenz und Zystitis
- Mangelernährung und Dehydratation
- Depression als Begleiterkrankung
- Ausgewählte nichtinfektiöse, infektiöse, toxische und neoplastische sowie allergische, metabolische, ernährungsabhängige und degenerative Erkrankungen, auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Erkrankungen im höheren Lebensalter
- die Grundlagen der Tumorthherapie und der Schmerzbehandlung von Tumorpatienten
- die Begleitung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten
- die Früherkennung von Gesundheitsstörungen und häuslichen Gefahrenpotentialen (z. B. Sturzprophylaxe)
- die Wundpflege, Wundversorgung und Behandlung von Dekubitus,

sowie insbesondere in Bezug auf folgende Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- Grundlagen der Diabetikerbehandlung einschließlich strukturierter Schulungen
- Elektrokardiogramm
- Langzeit-EKG
- Langzeitblutdruckmessung.

c) Die Lerneinheit „**Kommunikation/Dokumentation**“ (mindestens 40 Stunden) dient dem Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Erweiterung der Sozialkompetenz des Pflegeexperten, der Fähigkeit zur selbstständigen medizinischen Dokumentation sowie zur Kommunikation mit dem teilnehmenden Arzt. Sie soll insbesondere folgende Inhalte umfassen:

- Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie derer Bezugspersonen
 - Wiederholung und Vertiefung: Personenzentrierte Beratungsansätze

- Krankheitsmodelle chronischer Erkrankung, z.B. Trajektmodell, Modell nach Schuchard
- Erleben und Verarbeiten chronischer Erkrankung
- Selbstmanagement bei chronischer Erkrankung
- WHO Konzept Adherence
- Schulen, Anleiten, Informieren und Beraten als Methoden der Patientenedukation,
- Medizinische Dokumentation
 - Erhebung von Parametern und deren Dokumentation über die elektronische Patientenakte (ePA)
 - Anwendung von standardisierten Instrumenten wie Assessments und Scores
 - Erstellung von schriftlichen Berichten an den teilnehmenden Arzt
 - Ungeplante Kontaktaufnahme mit dem teilnehmenden Arzt
 - Kommunikation mit dem teilnehmenden Arzt.

(5) Die Praktische Fortbildung soll die Pflegeexperten zur Anwendung des in der theoretischen Fortbildung Erlernen befähigen. Dazu begleitet der Pflegeexperte Hausbesuche des teilnehmenden Arztes in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen und übernimmt unter direkter Aufsicht des teilnehmenden Arztes Hausbesuche in der Häuslichkeit oder in Alten- oder Pflegeheimen bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. Werden im Rahmen der Fortbildungsmaßnahme Praktika bei sozialen Netzwerkpartnern der Hausarztpraxis und / oder im Rahmen von *HandinHand* absolviert, können diese ebenfalls auf die Pflicht zur praktischen Fortbildung angerechnet werden.

Im Rahmen des Einarbeitungs- und Fortbildungskonzepts erfolgen mind. 90 Stunden praktische Fortbildung:

- Training on the Job durch gemeinsamen Erstbesuch der Patienten von Ltg. PE-Center und Pflegeexperten (16 Stunden)
- Workshops zur Datenerfassung in der ePA, Training durch Rechenzentrum Volmarstein (mind. 16 Stunden)
- Anleitung durch ausgebildete Wundmanager (8 Stunden)
- Hospitation in der Arztpraxis inkl. Teilnahme an Hausbesuchen (mind. 30 Stunden)
- Hospitation in zentraler Notaufnahme Krankenhaus (mind. 30 Stunden)

(6) Die Fortbildung in **Notfallmanagement** umfasst einen Kurs von mindestens 24 Stunden inklusive praktischer Übungen. Der Kurs soll insbesondere auf Notfälle in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen eingehen. Er soll insbesondere folgende Inhalte umfassen:

Auffrischung der Grundlagen:

- Vitalparameter und deren Bedeutung
- Bewusstseinsgrade
- Vorgehen bei Bewusstlosigkeit, Herz- und Atemstillstand
- Notfallstressmanagement (Selbstkunde, Umgang mit Patienten und Angehörigen)
- Lagerungsarten
- Kenntnisse des Rettungsdienstes
- Praktischer Teil mit Übungen am Phantom.

Schwerpunkt Notfall im Projekt HandinHand:

- Verfahrensanweisung und Prozessbeschreibung Notfallmanagement im häuslichen Umfeld
- Übergabe an den Rettungsdienst
- Exemplarische Notfallsituationen bei

- Stoffwechsellentgleisung Diabetes
 - Hypertensive Krise
 - Sturz und Trauma
 - Herzkreislaufstillstand
- Aktuelle Leitlinien zur Reanimation und Mega-Codetraining.

(7) Jedes Jahr ist eine Fortbildung mit mindestens 24 Stunden Dauer, davon mindestens je 8 Stunden Notfallmanagement, inklusive Übungen am Phantom und mindestens je acht Stunden Fortbildung zur Weiterentwicklung des Berufsbildes des Pflegeexperten insbesondere in Bezug auf Digitalisierung und Telemedizin nachzuweisen.

(8) Die Zusatzqualifikation muss durch erfolgreiche Teilnahme an einer Lernerfolgskontrolle nachgewiesen werden. Die Lernerfolgskontrolle muss bezüglich der medizinischen Kompetenz (Abs. 3b) in mündlicher Form erfolgen.

(9) Die Pflegeexperten **erweitern ihre medizinische Kompetenz** über das Fortbildungskonzept und über eigenständiges Erarbeiten von Referaten sowie Schulungen für ihre Kolleginnen und Kollegen, sie führen analog zu einer schriftlichen Prüfung regelmäßig Kolloquien durch, in denen sie eigenständig relevante medizinische Themen aufbereiten, präsentieren und diskutieren.

Die Aufarbeitung der Themen erfolgt nach wissenschaftlichen Kriterien und Quellen, z.B. nach AWMF-Leitlinien und Fachartikeln.

Die Pflegeexperten erhalten im Anschluss eine Bewertung durch die Leitung des Pflegeexperten-Centers (Lehrerin für Pflege- und Gesundheit) und durch den Projektleiter, der approbierter Arzt ist. (vgl. analog Prüfungsausschuß gemäß KrPflAPrV § 4 (1) 1b

(10) Das Qualifikationsangebot sollte vor Abschluss dieser Rahmenvereinbarung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zur Begutachtung vorgelegt werden.

Abschnitt IV – Genehmigungsverfahren

§ 8 Genehmigungsverfahren

(1) Der teilnehmende Arzt hat die in § 7 dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen der im Rahmen der Delegation eingesetzten Pflegeexperten gegenüber dem Verantwortlichen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V. nachzuweisen. Die Nachweise dürfen bei Beantragung der Genehmigung nicht älter als fünf Jahre sein.

(2) Die Zusammenarbeit mit den Pflegeexperten für die Ausführung ärztlich angeordneter Leistungen durch Pflegeexperten im Rahmen dieses Projektes muss genehmigt werden. Anträge auf Genehmigung zur Ausführung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen sind vom teilnehmenden Arzt gemeinsam mit dem Pflegeexperten an den Verantwortlichen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V. zu richten. Über die Anträge und über den Widerruf oder die Rücknahme einer erteilten Genehmigung entscheidet der Verantwortliche für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V..

(3) Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen des Pflegeexperten hervorgeht, dass die in § 7 dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllt sind und dem Verantwortlichen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V. jährlich durch eine Erklärung der Marienhaus Holding GmbH die fortgesetzte Anstellung des Pflegeexperten angezeigt wird.

(4) Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Anstellung des Pflegeexperten bei der Marienhaus Holding GmbH nicht mehr gegeben ist. Der Widerruf erfolgt mit Wirkung zum Zeitpunkt der Beendigung der Anstellung und wird unverzüglich dem teilnehmenden Arzt mitgeteilt, welcher mit dem Pflegeexperten zusammengearbeitet hat.

(5) Die Marienhaus Holding GmbH hat das Auflösen des Beschäftigungsverhältnisses mit dem Pflegeexperten gegenüber dem Verantwortlichen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V. unverzüglich anzuzeigen.

§ 9 Inkrafttreten, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Sie wird bis zum Ende der Förderphase des *Projekts HandinHand*, das heißt bis zum 30.06.2022, geschlossen.

(2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Für die Marienhaus Holding GmbH als Betreiberin des Pflegeexperten-Centers in Bad Neuenahr-Ahrweiler und Konsortialführerin des Projekts HandinHand

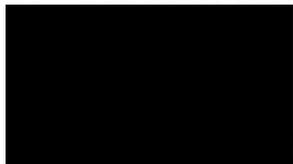


Waldbreitbach, den 14.02.2020
Hr. Dr. Heinz-Jürgen Scheid
Geschäftsführer Marienhaus Holding GmbH



Waldbreitbach, den 16.02.2020
Fr. Maria Heine
Prokuristin Marienhaus Holding GmbH

Für den Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V.



Bad Neuenahr-Ahrweiler, den 05.02.2020
Hr. Dr. Michael Berbig, Vorsitzender, Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V.



Bad Neuenahr-Ahrweiler, den 06.02.2020
Hr. Dr. Johannes Neff, Stellvertretender Vorsitzender
Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V.



Bad Neuenahr-Ahrweiler, den 11.02.2020
Fr. Dr. Kerstin Gardlo, Stellvertretende Vorsitzende
Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V.

Individuelle Delegationsvereinbarung

**über die Erbringung
ärztlich angeordneter Leistungen
durch Pflegeexperten**

**in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen
im Rahmen des Innovationsfondsprojekts *HandinHand*
Förderkennzeichen: 01NVF17047**

(Individuelle Delegations-Vereinbarung-HandinHand)

als Anlage zum
Versorgungskonzept *HandinHand*
in der letzten Version vom 10.11.2019

dieses wiederum als Anlage zum
Vertrag *HandinHand*
In der letzten Version vom 11.09.2019
paraphiert von allen Konsortialpartnern bis zum 24.09.2019

und

gemäß § 6 Absatz 2 der Rahmenvereinbarung
in der letzten Version vom 04.02.2020
paraphiert von Marienhaus Holding GmbH und Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V.
bis zum 29.02.2020

In-Kraft-Treten: Mit Datum der individuellen Unterzeichnung, frühestens zum 01.03.2020

04. Februar 2020

Individuelle Delegationsvereinbarung-HandinHand

Vorbemerkung

Die nachstehende Bezeichnung Pflegeexperte wird einheitlich und neutral für nicht-ärztliches Assistenzpersonal im Rahmen des *Projekts HandinHand* verwendet, das die Voraussetzungen des § 7 Absatz 2 der Rahmenvereinbarung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen im Rahmen des Innovationsfondsprojekts *HandinHand* in Abwesenheit des teilnehmenden Arztes erfüllt.

Die individuelle Delegationsvereinbarung ist Grundlage für das Erbringen von Hilfeleistungen, welche der Pflegeexperte auf Anordnung des an der ärztlichen Versorgung teilnehmende Arztes im Rahmen des *Projekts HandinHand* erbringt.

§ 1 Individuelle Delegation ärztlicher Leistungen

- (1) Auf Basis des Vertrags *HandinHand*, des Versorgungskonzepts *HandinHand* und der Rahmenvereinbarung *HandinHand* kann der teilnehmende Arzt ärztliche Tätigkeiten an den Pflegeexperten delegieren, wenn
 1. für die Tätigkeit kein Arztvorbehalt besteht oder
 2. der Arzt die Tätigkeit aufgrund der patientenindividuellen Risikoeinschätzung im Einzelfall nicht höchstpersönlich durchführen muss und
 3. der Pflegeexperte für die Übernahme der Tätigkeit geeignet ist.
- (2) Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, den Pflegeexperten gewissenhaft auszuwählen (Auswahlpflicht).

§ 2 Qualifikation des Pflegeexperten

- (1) Die Delegation ärztlicher Leistungen an den Pflegeexperten darf nur erfolgen, wenn der Pflegeexperte die Qualifikationsanforderungen gemäß der Rahmenvereinbarung *HandinHand* erfüllt hat und auch im Übrigen für die Tätigkeit geeignet ist.
- (2) Der Pflegeexperte überprüft selbstständig, ob er zur Übernahme der ärztlichen Tätigkeit im Einzelfall geeignet ist. Das ist in der Regel der Fall, wenn der Pflegeexperte die Tätigkeit für sich und andere ohne Gefahr für Leib und Leben durchführen kann.
- (3) Eine bestehende, vorübergehende oder auch dauerhafte Überforderung zur Übernahme der Tätigkeit muss der Pflegeexperte dem Arzt unverzüglich vor Durchführung der Tätigkeit anzeigen und die Tätigkeit ablehnen (Remonstrationsrecht und -pflicht).

§ 3 Ausübung der Delegation

- (1) Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, den Pflegeexperten zur ordnungsgemäßen Ausführung der Tätigkeit anzuleiten (Anleitungspflicht) und den Pflegeexperten regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht).
- (2) Die Überwachungspflicht kann im Einzelfall und je nach patientenindividueller Risikoeinschätzung voraussetzen, dass der teilnehmende Arzt bei der Ausübung der delegierten Tätigkeit anwesend ist, sich in der Nähe aufhält oder telemedizinisch zugeschaltet ist. Die ärztliche Anwesenheit ist insbesondere dann erforderlich, wenn eine ärztliche Überwachung aufgrund des Gefährdungspotenzials der Tätigkeit geboten ist.
- (3) Für die Ausübung des Delegationsrechts wurde seitens der Marienhaus Holding GmbH als Arbeitgeberin den delegierenden Ärzten ein fachlich-medizinisches Weisungsrecht eingeräumt.

§ 4 Patienten

- (1) Der Pflegeexperte darf die delegierten Tätigkeiten nur bei Patienten des teilnehmenden Arztes vornehmen, die die formalen Voraussetzungen für die Teilnahme am *Projekt HandinHand* erfüllen und wenn die Patienten in die delegierte Tätigkeit schriftlich eingewilligt haben.
- (2) Der teilnehmende Arzt und der Pflegeexperte verpflichten sich, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu wahren.

§ 5 Beendigung

- (1) Die Zusammenarbeit aufgrund der individuellen Delegationsvereinbarung kann jederzeit beendet werden.
- (2) Die Beendigung bedarf der Schriftform. Die Beendigung ist der Marienhaus Holding GmbH als Betreiberin des Pflegeexperten-Centers und als Arbeitgeberin des Pflegeexperten sowie dem Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. unverzüglich anzuzeigen.

§ 6 Inkrafttreten

Diese individuelle Delegations-Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Sie wird bis zum Ende der Förderphase des *Projekts HandinHand*, das heißt bis zum 30.06.2022, geschlossen.

§ 7 Paraphierung

(1) Diese individuelle Delegations-Vereinbarung gilt für die folgenden Pflegeexperten und den folgenden teilnehmenden Arzt.

(2) Der Pflegeexperte bevollmächtigt die Marienhaus Holding GmbH zur Entgegennahme von Erklärungen. Die Postanschrift lautet: Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH, Heerstraße 109, Haus 9 (Sprengnetter-Center), Telefon: 02641-9185-974 oder -975.

1. Pflegeexperte	Silke Doppelfeld
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler</i> , den	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

2. Pflegeexperte	Stefanie Klein
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler</i> , den	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

3. Pflegeexperte	Annalena Berg
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler</i> , den	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

4. Pflegeexperte	Sabine Bode
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler</i> , den	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

5. Pflegeexperte	Adrienne Breuer
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler, den</i>	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

6. Pflegeexperte	Pascal Britz
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler, den</i>	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

7. Pflegeexperte	Anne Gilgenbach
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler, den</i>	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

8. Pflegeexperte	Aurelia Ogon
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler, den</i>	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

9. Pflegeexperte	Lisa Pöthke
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler, den</i>	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

10. Pflegeexperte	Anika Reicherz
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler, den</i>	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

11. Pflegeexperte	Francesca Weis
<i>Bad Neuenahr-Ahrweiler, den</i>	
Ort, Datum, Unterschrift des Pflegeexperten	

Name des Arztes	Dr. med. Michael Berbig
Postanschrift	Bossardstr.7, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Telefon	02641-34555
Ort, Datum, Unterschrift des Arztes	

Versorgungskonzept HandinHand

zur Durchführung des *Projekts HandinHand* HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region, Förderkennzeichen: 01NVF17047

als Anlage zum Vertrag HandinHand

*(Vertragsversion 11.09.2019, von allen Konsortialpartnern paraphiert bis 24.09.2019)
und als Anlage zur ersten Ergänzungsvereinbarung vom 17.04.2020*

Stand/Version: 17.04.2020, Autoren: Gunther Lauven, Marienhaus Holding GmbH als Konsortialführerin; alle Konsortialpartner

	Inhalt	Seite
1	Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal	2
2	Projektrahmen	5
3	Kernprozess	6
4	Versorgungsplan und Maßnahmen	7
5	Kostenträger	9
6	Patienten	10
7	Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte	14
8	Pflegeexperten-Center	17
9	Pflegeexperten	19
10	Studium Pflegeexpertise	21
11	Weitere Leistungserbringer	22
12	ePA für Pflege	23
13	Evaluation	24
14	Verstetigung des Versorgungsansatzes	27
15	Anlagen	30

1. Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal

1.1. Einführung

Medizinische Behandlungen erfolgen auf der Grundlage eines Behandlungsvertrages. Entsprechend der gesetzlichen Regelung in § 630a Abs. 1 BGB wird durch den Behandlungsvertrag derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt, zur Leistung dieser versprochenen Behandlung verpflichtet. Die Behandlung hat dabei nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, § 630a Abs. 2 BGB. Ebenso folgt aus § 613 Satz 1 BGB, dass der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu leisten hat. Auch nach den berufsrechtlichen Regelungen (hier vor allem § 19 MBO) steht der Arzt für eine fachgerechte Behandlung ein, teilweise ist die persönliche Leistungserbringung aus abrechnungstechnischen Gründen unabkömmlich, siehe etwa § 4 Abs. 2 GOÄ.

Für die Frage nach der Zulässigkeit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal ist zunächst zu differenzieren zwischen den allgemeinen Grundsätzen einerseits und bereichsspezifischen Regelungen andererseits. Bestimmten bereichsspezifischen Regelungen kommt normative Wirkung zu, sie sind in den jeweiligen Bereichen demnach zu beachten. In Bereichen, in denen keine bereichsspezifischen Regelungen bestehen, gelten – mangels konkreter Regelungen – die allgemeinen Grundsätze.

1.2. Allgemeine Grundsätze

Im Allgemeinen gilt: Nicht delegationsfähig sind - außerhalb gesetzlicher Arztvorbehalte - Verrichtungen, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich durchzuführen sind.

Umgekehrt: Delegationsfähig sind diejenigen ärztlichen Leistungen sowie sonstige medizinische Verrichtungen, die nicht zum sogenannten Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit gehören und für die nach dem o.g. kein spezifisches ärztliches Fachwissen vorauszusetzen ist.

Im Übrigen kommt es für die Delegierbarkeit der Tätigkeit darauf an, ob die Person, die die Tätigkeit verrichten soll, dazu fachlich geeignet ist. Entscheidend ist dabei nicht zwingend eine bestimmte formelle Qualifikation, sondern die materielle Qualifikation. Es ist zu beachten, dass der Arzt nicht-ärztliche Mitarbeiter mit delegierten Tätigkeiten nur betrauen darf, sofern sein persönliches Tätigwerden nach Art und Schwere des Krankheitsbildes oder des Eingriffs nicht erforderlich ist und der Mitarbeiter die erforderliche Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrung aufweist. Es besteht die Verpflichtung des behandelnden Arztes, das Personal in hinreichendem Maße zu überwachen. Die Anforderungen an die dem Arzt gegenüber bestehenden Sorgfaltspflichten, zu denen die Pflicht zur sorgfältigen Auswahl des Personals, zur umfänglichen Instruktion, zur umfassenden Überwachung und zur Kontrolle gehören, korrelieren mit der Schwere des Eingriffes und dem Risiko für den Patienten.

Somit folgt im Grundsatz die Delegationsfähigkeit von Leistungen dem Grunde nach im Wesentlichen zwei Fragestellungen:

- Setzt die Verrichtung wegen Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder anderer Umstände des Einzelfalles ein ärztliches Fachwissen und Handeln zwingend voraus?
- Verfügt der Delegationsadressat im Falle der Delegation über das für die ordnungsgemäße Patientenversorgung erforderliche Können?

1.3. Bereichsspezifische Regelungen

Konkretere Vorgaben bestehen für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. Der BMV-Ä enthält dahingehend zwei Anlagen, die in Anbetracht der normativen Wirkung des BMV-Ä zu beachten sind, zumindest soweit es sich um eine Behandlung im Rahmen der Regelversorgung handelt. Die Anlage 8 des BMV-Ä beinhaltet die sog. Delegationsvereinbarung (als Anlage 01 diesem Versorgungskonzept beigelegt), die Anlage 24 des BMV-Ä beinhaltet die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V (als Anlage 02 diesem Versorgungskonzept beigelegt).

Im Gegensatz zur Anlage 24 betrifft die Anlage 8 die Konstellation, dass ein nicht-ärztlicher Mitarbeiter auch in Abwesenheit des Vertragsarztes ärztlich angeordnete Hilfsleistungen bspw. in der Häuslichkeit des Patienten erbringt.

Die Anlage 8 schildert in § 5 das arztunterstützende Aufgabenprofil des „nicht-ärztlichen Praxisassistenten“, nennt jedoch keine Details oder abschließenden Informationen im Hinblick auf die Art delegierbarer Leistungen.

Die Anlage 24 enthält einen – ebenfalls nicht abschließenden – Beispielkatalog delegierbarer Leistungen und nennt dabei zugleich auch jeweils eine „typische Mindestqualifikation“ für das nicht-ärztliche Fachpersonal. Es ist festzustellen, dass sowohl die Anlage 8, als auch die Anlage 24 des BMV-Ä (abgesehen von den MTLA und MTRA in einzelnen Punkten) als Grundqualifikation die einer/eines Medizinischen Fachangestellten genügen lässt.

Wenngleich nach der Anlage 8 eine Zusatzqualifikation gefordert wird, beinhaltet auch der Beispielkatalog der Anlage 24 unter 6. die für das Projekt *HandinHand* relevanten Hausbesuche. Die erforderliche Mindestqualifikation bei der Wahrnehmung von Hausbesuchen ist dabei die einer/eines Medizinischen Fachangestellten.

1.4. Geltung und Umsetzung im Rahmen des Projektes *HandinHand*

Im Rahmen des Projektes *HandinHand* stehen das Wohl des Patienten, die Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung an vorderster Stelle.

Somit werden im Rahmen der Projektdurchführung selbstverständlich nur solche Leistungen delegiert, denen eine entsprechende Qualifikation der nicht-ärztlichen Mitarbeiter gegenübersteht.

An mancher Stelle erfordert jedoch die Eigenart des innovativen Projektes *HandinHand* eine gewisse Modifizierung der in den Anlagen 8 und 24 zum BMV-Ä hinterlegten Vorgaben. Diese beziehen sich allerdings in keinem Fall auf die erforderliche materielle Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiter, sondern ausschließlich auf formelle Vorgaben der vorgenannten Regelungen. Diese Modifizierungen sind zulässig und im Hinblick auf den Sinn und Zweck der Förderung des Projektes durch den Innovationsfonds angebracht.

Es ist zu bedenken, dass die genannten Anlagen des BMV-Ä die derzeit bestehende vertragsärztliche Versorgung betreffen. Das *Projekt HandinHand* ist ein zukunftsgerichtetes Vorhaben, das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert mittels des Innovationsfonds gemäß § 92a SGB V wiederum gerade diejenigen neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben, aber auch Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind.

Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Es liegt somit bereits in der Natur der durch den Innovationsfonds geförderten Projekte, dass bisherige Grenzen nicht nur ausgeschöpft, sondern in angemessenem Maß modifiziert werden, um so den Weg für einen medizinischen Fortschritt zu bahnen.

Selbstverständlich ist dabei die Patientensicherheit innerhalb des *Projektes HandinHand* zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten. Die Anforderungen an die formelle Qualifikation der künftigen Pflegeexperten im Rahmen des *Projektes HandinHand* bewegen sich gegenüber der formellen Qualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistenten gemäß der Anlage 8 des BMV-Ä auf einem mindestens gleichwertigen Niveau.

Dies wird unter Kapitel 9 ausführlich dargelegt. Die Sicherstellung der materiellen Qualifikation der künftigen Pflegeexperten erfolgt anhand der im Kapitel 9 dargestellten Maßnahmen zur Einarbeitung und Fortbildung sowie der darin vorgesehenen Hospitationen.

1.5. Rahmenvereinbarung und individuelle Delegationsvereinbarungen

Der „Delegationscharakter“ des Projektes *HandinHand* wurde in einem Medizinrechtsgutachten bestätigt (Anlage 24).

In Anlehnung an die Anlagen 01, 02 und 24 zu diesem Versorgungskonzept wurde speziell für das Projekt *HandinHand* eine „Rahmenvereinbarung Delegation“ erarbeitet und von der Marienhaus Holding GmbH als Rechtsträgerin des Pflegeexperten-Centers und dem Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. als Vertreterin der in *HandinHand* einbezogenen Ärzteschaft abgeschlossen.

Auf Basis dieser Rahmenvereinbarung schließen die teilnehmenden Ärzte einerseits (und zwar jeder für sich alleine) und die Pflegeexperten andererseits „individuelle Delegationsvereinbarungen“ ab. Beispielhaft ist diesem Versorgungskonzept die individuelle Delegationsvereinbarung für den Vorsitzenden des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V., Herr Dr. Berbig, als Anlage 26 beigelegt.

2. Projektrahmen

Der Projektablaufplan zum *Projekt HandinHand* ist diesem Versorgungskonzept als Anlage 03 in der überarbeiteten Version vom 25.02.2020 beigefügt.

Vorbereitungsphase

Die offizielle Vorbereitungsphase für das *Projekt HandinHand* beginnt am 01.07.2019 (gleichzeitig Beginn des Förderzeitraums) und soll am 31.03.2020 enden. In diese Vorbereitungsphase fallen allgemeine Aktivitäten des Projektmanagements, die Erstellung von Finanz- und Zeitplänen mit erster Zahlungsanforderung, Personalrekrutierung, Materialbeschaffung, Raumanmietung, usw. Parallel werden Verträge vorbereitet und abgeschlossen. Über die Vertragsparteien hinaus werden weitere teilnehmende Ärztinnen und Ärzte als Beitrittspartner gewonnen.

Interventionsphase

Die Interventionsphase beginnt frühestens nach Vorliegen des positiven Votums der Ethikkommission, voraussichtlich im I. Q. 2020 bzw. mit der ersten Rekrutierung des ersten Patienten und endet am 31.03.2022 mit der letzten Betreuung des letzten Patienten. Die Rekrutierung neuer Patienten für das *Projekt HandinHand* endet am 30.09.2021. Für die Mitarbeit im Pflegeexperten-Center in Bad Neuenahr-Ahrweiler sind bei der Marienhaus Holding GmbH seit 01.10.2019 Pflegeexperten eingestellt.

Qualifikationsphase

Die Pflegeexperten absolvieren parallel zu ihrer patientenbezogenen Tätigkeit im Pflegeexperten-Center das Studium „Pflegeexpertise“ an der PTHV. Das Studium beginnt am 01.10.2019 und endet am 31.03.2022.

Evaluationsphase

Die wissenschaftliche Begleitforschung wird über das RWI gesichert und durch einen Projektbeirat ergänzt, der von der Uni Lübeck und der Uni Köln aufgebaut und geleitet wird. Dem Projektbeirat obliegt dabei die Prozessevaluation auf Basis eines Prozess-Evaluationskonzepts (Anlage 27). Die Evaluationsphase ist deckungsgleich mit dem Förderzeitraum. Das RWI legt seinen Abschlussbericht bis zum 30.06.2022 vor.

3. Kernprozess

3.1. Zusammenfassung der Intervention

Niedergelassene Vertragsärztinnen und Ärzte der Region Ahrweiler, vorwiegend Mitglieder des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V., werden angesprochen und ermuntert, Patienten in das *Projekt HandinHand* einzuschließen. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte führen in ihrem Patientenstamm ein definiertes Screening durch, sprechen Patienten (bzw. deren Angehörige) an und holen das Einverständnis der Patienten zur Projektteilnahme ein. Nach Übermittlung der Patientendaten an das Pflegeexperten-Center sucht ein Pflegeexperte (m/w/d) den Patienten (zu Hause) auf, führt eine Eingangsuntersuchung durch und erstellt einen Versorgungsplan. Nach dessen Freigabe durch die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte werden die Patienten von den Pflegeexperten in festzulegender Regelmäßigkeit in häuslicher Umgebung aufgesucht und untersucht, behandelt und betreut. Zu jedem Pflegeexperten-Patienten-Kontakt findet eine Information an die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte statt.

3.2. Minimale Betreuungsdauer

Die regelmäßigen Patientenbesuche durch die Pflegeexperten finden mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten hinweg statt. Der Kernprozess ist in der Anlage 04 zu diesem Versorgungskonzept in zwei Diagrammen schematisch dargestellt.

Für die Evaluation sind mindestens 6 Monate Betreuungsdauer nötig, aber eine individuelle Verlängerung der Versorgung der einzelnen Patienten im Rahmen von *HandinHand* bis Projektende ist möglich.

Die angestrebte Dauer der Betreuung der Patienten durch die PEs beträgt somit mindestens 6 Monate und maximal die Zeit bis zum Ende des Projektes, was gleichzeitig das Ende der Betreuungsphase bedeutet.

3.3. Maximale Betreuungsdauer

Die maximale Betreuungsdauer beträgt 6 Monate bis maximal 2 Jahre und 1 Monat (Erster Patient: Ab 01.03.2020 bis letzte Leistung 31. März 2022).

Für die Evaluation bedeutet dies, dass eine Auswertung von mindestens 6 Monaten der Betreuungsphase (zum Vergleich mit der Kontrollgruppe) angestrebt wird.

Längere Betreuungszeiten über 6 Monate hinaus sind aus Sicht der Evaluation für Langzeitanalysen jedoch ebenfalls wünschenswert. Dabei ist zu beachten, dass der Patient jederzeit auf eigenen Wunsch aus *HandinHand* austreten kann und seine Betreuungsdauer in diesem Fall auch weniger als 6 Monate betragen kann.

Die Verlängerung des Betreuungszeitraums über 6 Monate hinaus findet individuell bei jedem einzelnen Patienten nur statt, wenn über die den Mindestzeitraum von 6 Monaten überdauernde Betreuung im Rahmen von *HandinHand* Einvernehmen zwischen dem Patienten, seinem Hausarzt und dem Pflegeexperten-Center besteht.

4. Versorgungsplan und Maßnahmen

4.1. Einführung

Bei der Patientenbetreuung durch die Pflegeexperten im Rahmen von *HandinHand* handelt es sich um Maßnahmen der klinischen Überwachung von chronisch kranken Menschen und um die Durchführung von delegierbaren ärztlichen Anordnungen, die im Zusammenhang mit den bestehenden Erkrankungen stehen. Die Begleitung der vulnerablen Patientengruppe der chronisch kranken Menschen soll in diesem Projekt in Form eines gemeinsamen Versorgungsprozesses durch Ärzte und Pflegeexperten gestaltet werden.

Der Versorgungsprozess wird durch einen Versorgungsplan, in dem nach Einschätzung der aktuellen Patientensituation konkrete Interventionen geplant, durchgeführt und evaluiert werden, gesteuert. Die Pflegeexperten bringen dabei ihre Expertise über die „Mitwirkung bei Diagnose und Therapie“¹ hinaus, zusätzlich in der Gesundheitsförderung und Sekundär- und Tertiärprävention² dieser Zielgruppe mit ein. Im Versorgungsplan werden sowohl die ärztlich verordneten Maßnahmen als auch die von den Pflegeexperten geplanten Interventionen zur Gesundheitsförderung festgelegt.

Der Versorgungsplan wird von Ärzten und Pflegeexperten für jeden Patienten individuell erstellt. Dieser individuelle Plan richtet sich an einer Muster-Versorgungsplanung für *HandinHand* aus. Diese Muster-Versorgungsplanung ist diesem Versorgungskonzept als Anlage 05 beigelegt.

4.2. Ärztliche Verordnung

Der erste Schritt des Versorgungsprozesses ist die Ärztliche Verordnung durch den teilnehmenden Arzt. Es handelt sich bei der Zielgruppe um chronisch kranke Menschen, die auf Grund ihrer Erkrankung einen erhöhten Betreuungsbedarf aufweisen. Dieser erhöhte Betreuungsbedarf ergibt sich einerseits aus der Notwendigkeit der engmaschigen Verlaufskontrolle der spezifischen Parameter und andererseits dem individuellen Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Gesundheitsförderung von chronisch kranken Menschen.

Bei relevanten Veränderungen im Versorgungsplan (siehe 4.6.) wird die ärztliche Verordnung entsprechend angepasst.

4.3. Klinische Überwachung

Die Ärztliche Verordnung durch den teilnehmenden Arzt ist für die Pflegeexperten in erster Linie an den Auftrag gebunden, eine klinische Überwachung durchzuführen. Abweichungen von Zielwerten und damit auch Exazerbationen sollen frühzeitig erkannt werden, um eine zeitnahe Intervention durch den Arzt zu ermöglichen.

Zur klinischen Überwachung zählen z. B. Kontrolle der relevanten Vitalparameter, krankheitsspezifische Parameter wie Blutzucker-Verlaufskontrolle, EKG-Verlaufskontrolle, Kontrolle der Einhaltung der Medikamenteneinnahme und sonstiger Verordnungen wie z.B. Nutzung von Medizingeräten wie Inhalationen, O2-Therapie etc.

Zudem können delegierbare Maßnahmen wie z. B. Verbandswechsel, Injektionen wie z.B. Impfungen, Wechsel Blasenkateter etc. vom Arzt angeordnet werden.

¹ KrPflG § 3, (2) 2 a und b sowie PflBG § 5 (3) 2, 3)

² Es handelt sich um pflegerische Maßnahmen gemäß § 3 KrPflG 2003, Absatz 2, Ziffer 1c: „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ sowie aktualisiert: PflBG 2019 § 5 (3) 1 e-g, „Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen, Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten“)

4.4. Kontinuierliche aufsuchende Begleitung

Die kontinuierliche aufsuchende Begleitung in Form eines delegierten Hausbesuchs schafft zu dieser Patientengruppe eine höhere Kontaktdichte, die es ermöglicht, Patienten intensiver bei der Krankheitsbewältigung zu begleiten. Krankenhausaufenthalte der Zielgruppe sollen durch engmaschigen Kontakt und das Erlernen eines gesundheitsfördernden Verhaltens verhindert werden, vor allem, wenn der hier beschriebene Versorgungsprozess unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt.

Die Pflegeexperten erhalten bei der Ärztlichen Verordnung durch den teilnehmenden Arzt die Stammdaten des Patienten, die neben den Personalien auch die Diagnosen, die Medikation und die für die weitere Versorgung wesentlichen Ausgangswerte enthalten.

4.5. Erstbesuch

Im Anschluss findet ein Erstbesuch der Patienten durch einen Pflegeexperten, idealerweise zusammen mit der Bezugspflegekraft, statt. In diesem Rahmen findet eine auf die Zielgruppe speziell abgestimmte Pflegeanamnese statt. Dabei werden initial zur Einschätzung des Patienten (unter Rückgriff auf die vom Arzt übermittelten Daten) standardisierte Instrumente zur Messung des Grades an Multimorbidität, Selbstständigkeit, ein Screening zur kognitiven Fähigkeit, Selbstmanagement von chronischen Erkrankungen und Schmerz durchgeführt.

4.6. Versorgungsplan

Nach Auswertung dieser Messungen wird der Versorgungsplan erstellt. Dieser enthält grundsätzlich die vom Arzt angeordneten Maßnahmen.

Es wird durch Arzt und Pflegeexperte gemeinsam abgestimmt, zu welchem Zeitpunkt, in welchem zeitlichen Abstand, in welcher Form mit welchem Ziel die ärztlich verordneten Maßnahmen durchgeführt werden sollen.

Bei sich im zeitlichen Verlauf ergebenden relevanten Veränderungen im Versorgungsplan wird die ärztliche Verordnung (siehe 4.2.) entsprechend angepasst.

4.7. Förderung der Gesundheitskompetenz

Zudem planen die Pflegeexperten Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Sinne einer Gesundheits- und Risikoaufklärung im Allgemeinen (z. B. Sturzprävention, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Aktivität) und im Speziellen (Einhaltung einer Diät, Tabakentwöhnung, Nutzung von Inhalationsgeräten, Einhaltung der Medikation etc.), sowie der Förderung des Selbst- und Symptommanagements der Patienten.

Im Mittelpunkt dieser Intervention steht dabei die Information über die vorliegende Erkrankung, die Anleitung zum gesundheitsförderlichen Verhalten und die individuelle Beratung mit dem Ziel, die Erkrankung in den Lebensalltag zu integrieren.

Im Verlauf werden sowohl die klinischen Parameter, als auch die individuellen pflegerischen Maßnahmen stetig evaluiert. Die Evaluationsdaten werden einerseits zur weiteren Gestaltung des Versorgungsprozesses genutzt und dienen andererseits ebenso der Begleitforschung als Quelle.

5. Kostenträger

In das Projekt *HandinHand* können Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland eingeschlossen werden. Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland ist Konsortialpartnerin dieses Projekts.

Darüber hinaus können auch Versicherte anderer Gesetzlicher Krankenkassen in das *Projekt HandinHand* eingeschlossen werden.

6. Patientinnen und Patienten

Patienten müssen zur Teilnahme an *HandinHand* die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien und die weiteren, in diesem Kapitel genannten, Bedingungen erfüllen:

6.1. Einschlusskriterien

- Gesetzlich Versicherte(r) der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse
- Alter von 60 Jahre und älter
- Wohnhaft in eigener Häuslichkeit, in betreutem Wohnen oder in einer stationären Pflegeeinrichtung
- Kontinuierlicher, hausärztlicher Versorgungsbedarf
- Mindestens drei Hausarztkonsultationen in den letzten sechs Monaten.
- Die Patienten sind regelhaft nicht in der Lage, die hausärztliche Praxis aufzusuchen und werden daher primär in häuslicher Umgebung mittels Hausbesuch ärztlich versorgt
- Die Patienten können nach ärztlicher Einschätzung durch die Versorgung im Rahmen von *HandinHand* profitieren
- Chronische Erkrankung³
- Multimorbidität
- Patienten, die im ersten halben Jahr nach großen operativen Eingriffen vermehrte klinische Überwachung benötigen.
- Patienten mit intensiver Nachsorge nach akuten Krankheiten wie Schlaganfall oder Herzinfarkt, um durch engmaschige Überwachung Beschwerden frühzeitig zu erkennen

6.2. Ausschlusskriterien

- Ausschließlich akute Erkrankung (z.B. grippaler Infekt)
- Keine chronische Erkrankung
- Weitere Krankheitsbilder sind nicht grundsätzlich ausgeschlossen
- Aktuelle stationäre Krankenhausbehandlung

6.3. Patienten in betreutem Wohnen und Langzeitpflegeeinrichtungen

Bewohner von betreuten Wohneinrichtungen und Langzeitpflegeeinrichtungen werden, wie Menschen, die in eigenen Mietwohnungen und/oder selbstgenutztem Wohneigentum leben, üblicherweise hausärztlich betreut. Sie sind oft älter als 60 Jahre, multimorbide, chronisch krank und benötigen einer gehäuften hausärztlichen Betreuung.

Insbesondere bei dieser Zielgruppe ist die Kontrolle einer adäquaten medizinischen Therapie zur Risikominimierung notwendig, die in Abgrenzung zur altersbedingten Pflegebedürftigkeit zu sehen ist, z.B. bei der Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt.

Es wird vermutet, dass diese Patienten von einer Betreuung durch die Pflegexperten im Rahmen von *HandinHand* besonders profitieren. Sie werden daher von einem Einschluss in *HandinHand* nicht ausgeschlossen.

6.4. Einschluss schwer kranker Patienten

In *HandinHand* sollen nicht „eher schwer kranke Patienten“ einbezogen werden. Die Ein- und Ausschlusskriterien definieren ausreichend und anschaulich, dass beim Patientenkollektiv für *HandinHand* nicht primär schwer kranke Patienten angesprochen werden.

Allerdings neigen chronisch kranke multimorbide Menschen, die älter als 60 Jahre alt sind, aufgrund ihrer Grunderkrankungen eher als junge gesunde Menschen dazu, schwerer zu erkranken und damit auch z.B. krankenhausbedürftig zu werden.

³ Zur Definition „Chronische Erkrankung“ siehe Goodman, 2013 und Huntley, 2012, Anlagen 06 und 07 zu diesem Versorgungskonzept

Die den theoretischen Überlegungen zu *HandinHand* zu Grunde liegenden Studien (siehe Kapitel 13. dieses Versorgungskonzepts) zeigen, dass die Reduktion der Krankenhauseinweisungsquote durch die zusätzliche Intervention der Pflegeexperten gesenkt werden kann.

Die vom Innovationsfonds geförderten Projekte müssen allesamt auf Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse den Nachweis erbringen, dass sie geeignet sind, die Patientenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung positiv weiter zu entwickeln. Von daher erwarten der Förderer und die Allgemeinheit zu Recht, dass die wissenschaftlichen Endpunkte eines Projekts zu Lasten des Innovationsfonds aussagekräftig, eindeutig und sowohl gesundheitsversorgerisch als auch gesundheitsökonomisch relevant sind. Krankenhauseinweisungen sind stets sowohl für die Patienten einschneidend und ggf. mit nachteiligen Sekundärfolgen, z.B. nosokomialen Infektionen, verbunden, als auch für die Gesetzliche Krankenversicherung geldaufwändig.

Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte sind Ereignisse, die üblicherweise bei den Hausärzten, den Krankenkassen und bei den Patienten selbst (nahezu) lückenlos erfasst werden. Von daher ist dieser gewählte Endpunkt für die wissenschaftliche Begleitforschung zu *HandinHand* gut geeignet, einen gesundheitsversorgerischen und einen gesundheitsökonomischen Effekt gegenüber der Kontrollgruppe nachzuweisen.

In dem Augenblick, in dem ein Patient des Pflegeexperten-Centers schwer erkrankt und/oder sich der Zustand eines chronisch kranken Patienten so verschlechtert, dass von einer „schweren Erkrankung“ gesprochen werden kann, wird der Hausarzt über eine stationäre Einweisung entscheiden. Sollte der Hausarzt darüber entscheiden, dass der Patient im häuslichen Umfeld verbleiben kann, steht einer gemeinsamen Betreuung dieses Patienten durch den Hausarzt und das Pflegeexperten-Center nichts im Wege.

Patienten, die in *HandinHand* eingeschlossen sind und frisch aus dem Krankenhaus entlassen sind, werden durch die aufsuchende Tätigkeit der Pflegeexperten voraussichtlich profitieren. Erfahrungsgemäß kann ein Hausbesuch des Hausarztes bei diesen Patienten nicht immer unmittelbar nach Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen. Die Fortsetzung der Pharmakotherapie, Einleitung verschiedener gesundheitsversorgerischer Maßnahmen und die Bestandsaufnahme im häuslichen Umfeld werden dadurch oftmals erschwert. Gerade in diesen Situationen können die Pflegeexperten für eine bessere Abstimmung zwischen bisheriger stationärer Versorgung und nunmehr erneuter ambulanter Versorgung sorgen. Damit dürfte die Quote der Patienten, die innerhalb weniger Tage/Wochen erneut akutstationär behandlungsbedürftig werden, sinken (Vermeidung des „Drehtüreffektes“).

HandinHand soll gerade bei dieser Zielgruppe eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Ländlichen Raum bei absehbarem bzw. bereits eingetretenen Mangel an Hausärzten erzielen.

6.5. BIAS in Richtung leichtere chronische Krankheiten, kooperativere Patienten

Die Zielgruppe von *HandinHand* sind chronisch kranke Menschen, die auf Grund ihrer Erkrankung einen erhöhten Betreuungsbedarf aufweisen. Basierend auf diesen Auswahlkriterien erfolgt die Patientenrekrutierung in den Arztpraxen. Das Ziel der Analyse (siehe Evaluationskonzept, Anlage 11) ist es, den durchschnittlichen Betreuungseffekt für die spezielle Gruppe der behandelten Personen (Average treatment effect on the treated; ATT) zu messen. Da es sich bei diesen Personen explizit um die Zielgruppe einer möglichen Regelversorgung handelt, sind die Auswahlkriterien der Patientenrekrutierung zur Messung des ATT grundsätzlich besonders gut geeignet. Es ist außerdem keine Selektion zu Patienten, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen, möglich.

Eine Selektion innerhalb dieser Einschlusskriterien hin zu „leichteren“ Fällen oder aufgrund nicht beobachtbarer Faktoren wie „kooperatives Verhalten“ kann zwar ex ante nicht vollkommen ausgeschlossen werden, wird jedoch ex post durch verschiedene statistische Methoden berücksichtigt. Das methodische Vorgehen beinhaltet, dass zunächst Personen

als Vergleichsgruppe definiert werden, welche die gleichen Einschlusskriterien erfüllen wie Personen der Behandlungsgruppe.

Dabei handelt es sich um Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland für objektive Erfolgsparameter und Teilnehmer repräsentativer Befragungen (insb. des SOEP) für subjektive Erfolgsparameter. Anschließend wird jeder Person in der Betreuungsgruppe einer oder mehreren Personen aus der Vergleichsgruppe als „statistischer Zwilling“ zugeordnet („Matching“). Durch Einbeziehen umfangreicher Matchingvariablen wird eine Vergleichsgruppe generiert, die der betreuten Gruppe in ihren beobachtbaren sozioökonomischen und gesundheitlichen Charakteristika im Vorfeld der Rekrutierung möglichst ähnlich ist. Zusätzliche Robustheit wird erreicht, indem das Matching mit Regressionsverfahren kombiniert wird. Die Liste der Kontrollvariablen enthält hierbei u.a. auch die Diagnosen von chronischen Erkrankungen.

Auch wenn dieses Vorgehen auf beobachtbaren Matching- bzw. Kontrollvariablen beruht, wird gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit eines BIAS durch nicht-beobachtete Ausprägungen reduziert (z.B. „Bereitschaft zur Kooperation“), wenn die beobachteten mit den unbeobachteten Charakteristika korreliert sind. Durch die Vielzahl der Matching- bzw. Kontrollvariablen ist von einer deutlichen Reduzierung des BIAS auszugehen. In Sensitivitätsanalysen wird diese Annahme zusätzlich geprüft werden (u.a. durch die Analyse von Teilstichproben, variierenden Vergleichsgruppen und das Herausrechnen von sogenannten fixen Effekten, d.h. unbeobachteten zeitinvarianten Faktoren).

6.6. Unfälle im häuslichen Umfeld, z.B. Stürze

Stürze und weitere Unfälle in (eigenem) häuslichen Umfeld, aber auch in betreutem Wohnen und Langzeitpflegeeinrichtungen, stellen für alte, chronisch kranke und multimorbide Menschen oftmals eine besondere Gefahr dar.

Daher wird es eine wichtige Aufgabe der Pflegeexperten sein, genauso wie die Hausärzte beim regelmäßigen Besuch dieser Menschen, auf Gefahrenquellen zu achten, die Patienten und deren Angehörige darauf hinzuweisen und ggf. durch geeignete sächliche und/oder organisatorische Änderungen im Wohnumfeld darauf zu achten, dass diese Gefahrenquellen abgestellt werden.

Sollte es zu einem Sturzereignis und/oder einem anderen Unfall gekommen sein, welches der akutärztlichen Versorgung bedarf, werden Patienten, deren Angehörige und/oder die Mitarbeiter der Langzeitpflegeeinrichtungen sich üblicherweise nicht an den Hausarzt wenden, sondern den Rettungsdienst und/oder den Notarzt rufen.

Sollte bei einem Sturzereignis und/oder einem anderen Unfall davon abweichend seitens des Patienten, der Angehörigen und/oder der Mitarbeiter der Betreuungs- und Langzeitpflegereinrichtungen dennoch der Hausarzt kontaktiert, wird dieser entscheiden, was zu tun ist. Die Gestaltung dieser Entscheidungsfindung ist nicht Gegenstand von *HandinHand*.

Sollte bei einem Sturzereignis und/oder einem anderen Unfall davon abweichend seitens des Patienten, der Angehörigen und/oder der Mitarbeiter der Betreuungs- und Langzeitpflegereinrichtungen das Pflegeexperten-Center kontaktiert, werden die kontaktierten Mitarbeiter entscheiden, ob sich sie selbst in der Lage sehen, den Patienten aufzusuchen und die Lage zu sichten.

Sollten sie bei diesem Erstkontakt die Vermutung haben, dass eine akute Notfallversorgung bei dem Patienten erforderlich ist, werden sie die übliche Rettungskette (Rettungsdienst, Notarzt) einleiten.

6.7. Aufklärung und Einwilligung

Bzgl. Aufklärung und Einwilligung sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Die teilnehmende Ärztin / der teilnehmende Arzt hält die Patienten / den Patienten für geeignet, an dem *Projekt HandinHand* teilzunehmen.
- Der Patient wurde von der teilnehmenden Ärztin / dem teilnehmenden Arzt über das *Projekt HandinHand* schriftlich (bereits Anlage zum *Vertrag HandinHand*) und mündlich aufgeklärt.
- Der Patient hat eine entsprechende Teilnahme- und Einwilligungserklärung (bereits Anlage zum *Vertrag HandinHand*) unterschrieben.
- Falls der Patient diese aufgrund von Beeinträchtigungen nicht selbst unterschreiben kann, wurde die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch eine dazu bevollmächtigte Person unterschrieben. Die Bevollmächtigung liegt der teilnehmenden Ärztin / dem teilnehmenden Arzt vor und wird der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung in Kopie beigelegt.

6.8. Nicht-einwilligungsfähige Patienten

Im Rahmen des Projektes *HandinHand* ist auch die Teilnahme einwilligungsunfähiger Patienten möglich. Da das Projekt zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen soll, soll die Teilnahmemöglichkeit auch einwilligungsunfähigen Patienten geboten werden.

Die Einwilligung des Patienten ist regelkonform einzuholen. An dieser Stelle gelten selbstverständlich keine Erleichterungen gegenüber der Regelversorgung. Für die Erklärung der Einwilligung ist dementsprechend der zuständige gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreter einzubeziehen, der den Patienten rechtswirksam vertritt.

Auf den Einsatz der Pflegeexperten wird vorab an verschiedenen Stellen aufgeklärt, etwa im Laufe der Teilnehmerakquise durch persönliche Aufklärung durch den Hausarzt, durch das Patienteninformationsmaterial sowie in der Teilnahme- und Einwilligungserklärung an dem Projekt *HandinHand*, sodass die Einwilligung entsprechend informiert erfolgt.

Nicht-einwilligungsfähige Patienten können in *HandinHand* einbezogen werden, sofern sie die folgenden Kriterien erfüllen:

- Falls der Patient die Teilnahme- und Einwilligungserklärung aufgrund von Beeinträchtigungen nicht selbst unterschreiben kann, wird die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch einen gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter des Patienten unterschrieben.
- Diese Vertreterstellung liegt regelhaft entweder aufgrund der gerichtlichen Bestellung eines Betreuers oder in Form einer Vorsorgevollmacht, ggf. in Verbindung mit einer Patientenverfügung vor.
- Die Stellung als Vertreter wird der teilnehmenden Ärztin / dem teilnehmenden Arzt vor Beginn der Teilnahme des einwilligungsunfähigen Patienten an dem *Projekt HandinHand* vorgelegt und der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung in Kopie beigelegt.

6.9. Vergütung der Patienten

Die Patienten erhalten für ihre Teilnahme am *Projekt HandinHand* keine Vergütung.

7. Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte

7.1. Ärztenetz

Das Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. ist Konsortialpartner des *Projekts HandinHand*. Das Ärztenetz wird seine Mitglieder und darüber hinaus niedergelassene Vertragsärztinnen und Ärzte, die zur Behandlung von Gesetzlich Versicherten Patienten im Rahmen ihrer KV-Ermächtigung zugelassen sind, ermuntern, am *Projekt HandinHand* teilzunehmen.

7.2. Beitritt

Sofern eine niedergelassene Ärztin / ein niedergelassener Arzt am *Projekt HandinHand* teilnehmen will, muss er dem dazugehörigen Vertrag als Beitrittspartner beitreten. Sie / er wird damit zur teilnehmenden Ärztin / zum teilnehmenden Arzt. Die Muster-Beitrittserklärung ist bereits Anlage zum *Vertrag HandinHand*.

7.3. Teilnahme

Es besteht Einigkeit der Vertragsparteien, dass sich teilnehmende Ärztinnen und Ärzte

- Nicht nur hausärztlich, sondern auch fachärztlich tätig sein können
- Sowohl Mitglieder des Ärztenetzes als auch Nicht-Mitglieder des Ärztenetzes sein können
- Ihre Praxis / ihren Kassenarztsitz insbesondere im Kreis Ahrweiler, aber auch in den angrenzenden Regionen (z.B. Kreise Vulkaneifel, Mayen-Koblenz, Neuwied) haben können.

7.4. Ethikkommission

Das *Projekt HandinHand* wurde von der Marienhaus Holding GmbH der Ethikkommission bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zur Begutachtung vorgelegt.

Sollten Ärztinnen und Ärzte teilnehmen wollen, die ihre Praxis in Nordrhein-Westfalen haben (z.B. aus den ebenfalls angrenzenden Landkreisen Euskirchen, Rhein-Sieg-Kreis), ist darüber hinaus ein Votum der für diesen Ärztekammerbezirk zuständigen Ethikkommission einzuholen.

7.5. Patientenrekrutierung

Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte werden ihren Patientenstamm nach Beitritt zum *Projekt HandinHand* (und auch in der Folgezeit bis zum Ende der Patientenrekrutierungsphase in geeigneten Abständen) sichten bzgl. der Frage, ob sich darin Patienten befinden, die

- gemäß diesem Versorgungskonzept die Einschlusskriterien erfüllen,
- gemäß diesem Versorgungskonzept keine Ausschlusskriterien aufweisen,
- geeignet sind an dem *Projekt HandinHand* teilzunehmen und
- aller Voraussicht nach vor Teilnahme profitieren dürften.

7.6. Screening auf geeignete Patienten

Das potentielle Patientenkollektiv entspricht der natürlichen Klientel einer Hausarztpraxis. Hierbei gibt es bei den einzelnen teilnehmen Ärztinnen und Ärzten naturgemäß Abweichungen.

In der in den einzelnen Arztpraxen vorhandenen Praxissoftware kann üblicherweise mit dem Filter „Hausbesuch“ gescreent werden, welche Patienten der Hausarzt im letzten Quartal zu Hause aufgesucht hat.

Die gleiche Filtereinstellung ist in der Abrechnungsdatei mit der Kassenärztlichen Vereinigung möglich.

Über die so erfolgte Auswahl aller Patienten, die im letzten Quartal einen Hausbesuch erhalten haben, wird als zweites Kriterium das Alter der Patienten gelegt.

Anschließend wird vom Hausarzt überprüft, ob ein Patient die weiteren Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt bzw. nicht erfüllt.

Patienten, die mittels dieses Screenings grundsätzlich für einen Einbezug in *HandinHand* in Frage kommen, werden vom Hausarzt kontaktiert und ihnen wird eine Teilnahme am *Projekt HandinHand* vorgeschlagen. Begleitend zur mündlich / persönlichen Kontaktaufnahme werden sie den Patienten und deren Angehörigen die entsprechende Patienteninformation (bereits Anlage zum *Vertrag HandinHand*) aushändigen.

Nach einem Aufklärungsgespräch werden sie das Einverständnis zur Teilnahme am *Projekt HandinHand* bei den Patienten einholen und die dazugehörige Einwilligungserklärung (bereits Anlage zum *Vertrag HandinHand*) unterschreiben lassen. Die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung werden sie parallel an die entsprechende Krankenkasse und an die Konsortialführerin senden.

7.7. Versorgungsplan

Zu Beginn der Betreuung der Patienten durch das Pflegeexperten-Center wird von diesem ein Versorgungsplan erstellt. Dieser wird mit den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten besprochen und von diesen freigegeben (siehe hierzu Kapitel 4. dieses Versorgungskonzepts).

7.8. Interventionsphase

Zu jedem Kontakt zwischen Pflegeexperten und Patient während der Interventionsphase erfolgt eine Information der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und bedarfsweise eine Kommunikation zwischen Pflegeexperten und Arzt.

Am Ende der Interventionsphase erfolgt seitens des Pflegeexperten-Centers ein Abschlussbesuch beim Patienten und gegenüber den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten darüber eine entsprechende Information.

7.9. Patientenbezogene Kommunikation

Der im Rahmen des *Projekts HandinHand* angedachte patientenbezogene Informationsaustausch zwischen Pflegeexperten und teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten soll bevorzugt mittels einer eigens für das Projekt durch das RZV entwickelten Elektronischen Patientenakte (*ePA für Pflege*) erfolgen.

Darüber hinaus erfolgt die Kommunikation zwischen Pflegeexperten und teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten mündlich Visasvis (bevorzugt in der Praxis des Arztes, ggf. auch im Rahmen eines gemeinsamen Hausbesuchs) und / oder telefonisch.

7.9. Projektbezogene Kommunikation

Im Rahmen des *Projekts HandinHand* ist über die patientenbezogene Kommunikation hinaus auch eine projektbezogene Kommunikation in Form von Qualitätszirkeln vorgesehen. Bei diesen Treffen sollen projektbezogene Themen und Erkenntnisse, die über den Einzelfall hinausgehen, zwischen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, den Pflegeexperten und ggf. weiteren Projektbeteiligten beraten werden. Die Organisation dieser Treffen obliegt der Konsortialführerin in Zusammenarbeit mit einem dafür benannten Vertreter des Ärztenetzes.

7.10. Vergütung

Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten erhalten für Ihren administrativen und kommunikativen Mehraufwand durch den Einbezug ihrer Patientinnen und Patienten eine aus Fördermitteln bereitgestellte Vergütung. Das Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. hat dazu einen eigenen Förderantrag gestellt. Die Marienhaus Holding GmbH erhält die Mittel gemäß Anforderung vom Förderer und leitet diese an das Ärztenetz weiter. Das Ärztenetz administriert das ärztliche Budget und schüttet die Mittel gemäß Aufwandsnachweis gegenüber den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten aus. Das Budget umfasst

- Eine Vergütung des Mehraufwands durch Screening, Rekrutierung und Aufklärung der Patienten und Ausstellen der Ärztlichen Verordnung für das Pflegeexperten-Center
- Eine Vergütung des Mehraufwands durch die bei jedem Pflegeexperten-Patienten Kontakt stattfindende Information und / oder Kommunikation mit dem teilnehmenden Arzt

- Eine Vergütung des Mehraufwands durch die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte an den Qualitätszirkeln.

Die Details der Vergütung sind im Antragsformblatt des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V. für die Fördermittel geregelt, welches dem DLR in überarbeiteter Form am 06.03.2019 vorgelegt wurde. Der dazugehörige Änderungsbescheid durch G-BA / DLR datiert vom 18.07.2019 ohne Sperren bzgl. der Budgetplanung des Ärztenetzes (siehe Anlagen zum Vertrag HandinHand).

8. Pflegeexperten-Center

8.1. Räumlichkeiten

Das Pflegeexperten-Center wird von der Marienhaus Holding GmbH als rechtunselbstständige Abteilung in Bad Neuenahr-Ahrweiler etabliert und betrieben. Zu diesem Zweck hat die Marienhaus Holding GmbH geeignete Räumlichkeiten in Bad-Neuenahr-Ahrweiler angemietet. Dort ist auch ausreichender Parkraum für den Fuhrpark des Pflegeexperten-Centers vorhanden. Die Räumlichkeiten des Pflegeexperten-Centers sind knapp bemessen und umfassen nur wenige Büroräume für die pflegerischen und administrativen Leitungskräfte und Mitarbeiter des Pflegeexperten-Centers. Es ist ausreichend Raum für Besprechungen mit den pflegerischen Mitarbeitern vorhanden, und es gibt die Möglichkeit einiger variabler Arbeitsplätze für die Pflegeexperten. Die Räume erhalten eine Standard-Büroausstattung.

Räume und Ausstattung für die Untersuchung und Behandlung von Patienten sind nicht vorgesehen / nicht vorhanden.

8.2. Administrative Leitung

Das Pflegeexperten-Center wird administrativ durch die Projektmanagerin geleitet. Sie wird dabei von einer Verwaltungskraft und Mitarbeitern der Marienhaus Dienstleistungen GmbH (letztere im Rahmen von IT-Support) unterstützt.

8.3. Pflegerische Leitung

Das Pflegeexperten-Center wird pflegerisch von einer Leiterin und einer stellvertretenden Leiterin geleitet. Die beiden Leiterinnen des Pflegeexperten Centers sind insbesondere für die ärzte- und patientenbezogenen Aufgaben des Pflegeexperten-Centers verantwortlich. Sie erhalten von den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten die Erstinformation über neu in das *Projekt HandinHand* aufzunehmenden Patientinnen und Patienten und die dazugehörige ärztliche Verordnung und die Patienteneinwilligung. Sie führen die Eingangsuntersuchung durch und / oder organisieren diese, erstellen den Versorgungsplan, stimmen diesen mit dem teilnehmenden Arzt ab und planen die Besuchsperiodik für ihre pflegerischen Mitarbeiter.

In der Gesamtkoordination obliegt ihnen die Sicherstellung einer geeigneten Einsatz- und Tourenplanung für die pflegerischen Mitarbeiter einschließlich der angedachten Rufbereitschaft täglich bis ca. 20 Uhr, der tatsächlichen Besuchsdurchführung bei den Patienten, der dazugehörigen angemessenen Dokumentation und der Information / Kommunikation der / mit den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten durch ihre Mitarbeiter. Sie kontrollieren die patientenbezogene Dokumentation und stellen die erforderliche Datenqualität in der *ePA für Pflege* so sicher, dass die Daten der wissenschaftlichen Begleitforschung zugeführt werden können.

Sie führen regelmäßig Teambesprechungen durch und halten eine projektbezogene Regelkommunikation mit dem Ärztenetz und der PTHV aufrecht. Die Kommunikation mit der PTHV beinhaltet auch Absprache von Rahmendaten für die Touren- und Einsatzplanung für die Mitarbeiter aufgrund ihrer Doppelbelastung als Studierende der PTHV und Mitarbeiter des Pflegeexperten-Centers.

Gemeinsam mit dem Projektleiter und der Projektmanagerin von *HandinHand* kontrollieren sie in regelmäßigen Abständen den Projektfortschritt und gleichen diesen mit den Projektzielen gemäß *Vertrag HandinHand* ab.

8.4. Auflösung des Pflegeexperten-Centers

Zum Ende des Projekts sorgen die Leiterinnen für Abschlussuntersuchungen bei den Patienten und zum Abschluss der dazugehörigen Dokumentationen in der *ePA für Pflege*. Nach dem Ende der Interventionsphase führen sie gemeinsam mit der Projektmanagerin und

der Verwaltungskraft den Rückbau des Pflegeexperten-Centers durch. Ihr Einsatz für das *Projekt HandinHand* endet mit dem Ende des Förderzeitraums.

Zum Ende des Förderzeitraums wird das Pflegeexperten-Center aufgelöst und es werden die dort noch befindlichen Gerätschaften einer Anschlussverwertung gemäß Zweckbestimmung im Förderbescheid zugeführt.

9. Pflegeexperten

9.1. Ausbildung

Alle Pflegeexperten verfügen über eine Ausbildung nach dem KrPflG.

Die Pflegeexperten wurden nach dem KrPflG von 2003 ausgebildet und haben gemäß der dazu gültigen KrPflAPrV die staatlich anerkannte Prüfung absolviert. Die konkreten Qualifikationen und Kompetenzen (Lernziele und Inhalte) können dementsprechend dem modularisierten Rahmenlehrplan der Gesundheits- und Krankenpflege des Bundeslandes Rheinland-Pfalz entnommen werden. Einige Pflegeexperten wurden nach den Lehrplänen des KrPflG von 1985 ausgebildet. Dies hat zur Folge, dass die Mitarbeiter, die vor 2004 ausgebildet wurden, einen größeren Schwerpunkt der theoretischen Ausbildung in medizinischen Fachdisziplinen aufweisen, da diese noch fächerorientiert ausgerichtet war. Demgegenüber wurden nur wenig psychosoziale Schwerpunkte in der Patientenbetreuung fokussiert, weil die Pflegekräfte vorrangig für das Praxisfeld Krankenhaus ausgebildet wurden. Die Mitarbeiterinnen, die nach 2004 ausgebildet wurden, haben eine fächerübergreifende und modular aufgebaute Ausbildung (mit 2100 theoretischen Stunden) durchlaufen, in der Gesundheitsförderung und Prävention, sowie Schulung, Anleitung und Beratung ein Schwerpunkt der Ausbildung darstellte und einen Teil der staatlichen Prüfung abbildet.

Die dreijährige Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz hat mit 2400 Stunden, von denen 240 Stunden in der direkten Anleitung einer berufspädagogischen Fachkraft stattfinden, einen sehr hohen praktischen Anteil. In verschiedenen Bereichen wird bereits in der Ausbildung durch den engen Patientenkontakt klinische Erfahrung gesammelt, die zur Kompetenzbildung führt.

9.2. Berufserfahrung

Alle Pflegeexperten verfügen über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung.

Im Hinblick auf die Berufserfahrung der im Projekt arbeitenden Pflegeexperten handelt es sich um eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten und Jahren an Berufserfahrung (siehe Anlage 08 zu diesem Versorgungskonzept: Qualifikation Pflegeexperten).

Die Spanne rangiert zwischen 2 und 28 Jahren. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die Berufserfahrung vorrangig im Bereich der Akutversorgung in Krankenhäusern gesammelt wurde. In diesem Bereich sind Pflegekräfte in einem engen Kontakt zu Menschen mit akuten und oftmals existenziellen Erkrankungen. Ihre Hauptaufgabe besteht in der Überwachung und in der speziellen Pflege der Patientinnen und Patienten im akuten Krankheitszustand. Dabei sammeln Pflegekräfte eine hohe klinische Erfahrung und lernen kritische Zustände zeitnah zu erkennen und zielgerichtet zu intervenieren. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften ist sehr eng, über Delegation wirken Pflegekräfte bei Diagnostik und Therapie mit.

9.3. Zusätzliche Qualifikationen der Pflegeexperten

Neben der Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz verfügen die Pflegeexperten über diverse staatlich anerkannte Weiterbildungen in der Pflege, Qualifikationsfortbildungen und Studiengänge. Diese werden in der Anlage 08 zu diesem Versorgungskonzept (Tabelle Qualifikation Pflegeexperten) im Detail ausgewiesen.

9.4. Fortbildung

Die Pflegeexperten werden durch eine zielgerichtete Einarbeitung und Fortbildung auf ihr neues Arbeitsfeld vorbereitet. Die Entwicklung des Einarbeitungs- und Fortbildungscurriculums erfolgte wissenschaftlich und systematisch nach einem Curriculumskonstruktionsansatz der Berufs- und Erwachsenenbildung. Der Prozess der Konzeptentwicklung kann durch die Anlage 09 zu diesem Versorgungskonzept (Entwicklung eines Schulungscurriculums) dezidiert und transparent nachvollzogen werden. Herzstück

dieses Curriculums ist die Anlage 10 zu diesem Versorgungskonzept: Synopse-Qualifikation-Ausbildung, in der die formalen Lernvoraussetzungen der Adressaten (Qualifikation gemäß Ausbildung nach KrPflG i.V.m. KrPflAPrV 2003, konkretisiert in Rahmenlehrplan Rheinland-Pfalz für die Gesundheits- und Krankenpflege) sowohl den Anforderungen des NÄPA-Curriculums als auch den ermittelten Handlungskompetenzen der Handlungsfeldanalyse gegenübergestellt werden.

9.5. Berufsbegleitendes Studium

Im Projektverlauf absolvieren die Pflegeexperten ein Studium der Pflegeexpertise (siehe Kapitel 10. dieses Versorgungskonzepts). Die Details zum Studiengang sind der Homepage unter <https://www.pthv.de/studium/pflegepflegewissenschaft/bachelor-pflegeexpertise/> zu entnehmen.

9.6. Mitarbeitergewinnung

Die Marienhaus Holding GmbH unternahm im I. Q. 2019 eine Stellenausschreibung, führte mit potentiell geeigneten Damen und Herren Vorstellungsgespräche und schloss diese Gespräche mit entsprechenden mündlichen Zusagen ab.

Die Marienhaus Holding GmbH schloss nach Eingang des Förderbescheids Ende 07-2019 die entsprechenden Arbeitsverträge ab. Es wurden zehn Pflegeexperten (m/w/d) in Vollzeitstellen eingestellt. Die Mitarbeiter erhielten befristete Arbeitsverträge vom 01.10.2019 bis zum 31.03.2022. Dies entspricht der Interventionsphase (d.h. Behandlungsphase von Patienten) und der Studiendauer B.A. „Pflegeexpertise“ an der PTHV mit Studienbeginn WS 2019/2020 und Studienende zum Ende WS 2021/2022. Für eine zum 31.03.2020 ausgeschiedene Mitarbeiterin erfolgte zum 01.04.2020 eine adäquate Nachbesetzung. Bei zukünftigen noch nicht absehbaren personellen Veränderungen wird synonym verfahren.

Alle Mitarbeiter haben vor Abschluss des Arbeitsvertrages gegenüber der PTHV ihre Studierfähigkeit nachgewiesen. Die PTHV hat die Mitarbeiter als Studierende im Studiengang Pflegeexpertise ab WS 2019/2020 formal angenommen.

Die Pflegeexperten haben folgende Aufgaben:

- Sicherstellung des Kernprozesses gemäß Arbeitsplan
- Patientenbezogene Kommunikation mit den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, weiteren Leistungserbringern und weiteren Partnern im Gesundheits- und Sozialwesen
- Dokumentation ihrer Tätigkeit in der *ePA für Pflege*
- Teilnahme an der angedachten Qualitätszirkelarbeit
- Teilnahme an der Rufbereitschaft
- Parallel zur Berufstätigkeit Studium „Pflegeexpertise“ an der PTHV.

10. Studium Pflegeexpertise

Die für die Tätigkeit im Pflegeexperten-Center erforderliche Zusatzqualifikation erhalten die Pflegeexperten (m/w/d) berufsbegleitend mit dem parallel zu absolvierenden Studium „Pflegeexpertise“ an der PTHV. Die Studieninhalte entsprechen dem Curriculum dieses Studiengangs gemäß Akkreditierung.

Die Pflegeexperten sind angehalten, ihre Erkenntnisse und Lernerfolge aus dem Studium in die patientenbezogene Tätigkeit und in die Projektarbeit engagiert einzubringen.

Üblicherweise fallen im Rahmen des Studiums auch projekt- und fallbezogene Hausarbeiten und Abschlussarbeiten an. Den Studierenden wird grundsätzlich die Möglichkeit geboten, diese Studienarbeiten im Rahmen ihrer Berufstätigkeit als Pflegeexperte (m/w/d) durchzuführen. Sofern hier konkret Bezüge zu einzelnen Patienten und einzelnen Ärzten hergestellt werden, setzt dies das gesondert gegebene Einverständnis dieser Personen einschließlich des entsprechenden danteschutzrechtlichen Einverständnisses voraus.

Der erfolgreiche Abschluss des Studiums aller Pflegeexperten zum Projektende hin wird angestrebt.

11. Weitere Leistungserbringer

Chronisch kranke Menschen sind typischerweise auch in der Betreuung durch zahlreiche andere Leistungserbringer und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens.

11.1. Kooperation im Projektrahmen

Die Pflegeexperten haben in Delegation durch die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auch eine begutachtende und leistungssteuernde Funktion. Von daher versteht es sich von selbst, dass das *Projekt HandinHand* mit Einbezug weiterer Leistungserbringer und Gesundheits- und Sozialinstitutionen stattfinden wird. Projektleitung (Projektmanagerin und Projektleiter) und Leiterinnen des Pflegeexperten-Centers gehen seit Beginn der Förderphase (01.07.2019) auf Leistungserbringer und Gesundheits- und Sozialinstitutionen im Kreis / in der Region Ahrweiler zu und informieren sie über das *Projekt HandinHand*.

Es wurden bereits und werden noch folgende Leistungserbringer und Institutionen angesprochen:

- Niedergelassene Vertragsärztinnen und Ärzte,
- Krankenhäuser,
- Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, ambulante und stationäre Hospize,
- Pflegestützpunkte
- Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer,
- Gesundheits- und Sozialbehörden (Sozialamt, Gesundheitsamt...).

Die Ansprache, v.a. der Erstkontakt, erfolgen in der Regel durch die Projektleitung und/oder pflegerische Leitung des Pflegeexperten-Centers. In der weiteren Abfolge finden Routinekontakte während der Interventionsphase, hier vor allem patientenbezogen, durch die Pflegeexperten statt.

11.2. Einzelfallbezogene Kooperation

Hausärzte haben bei der ambulanten ärztlichen Versorgung eine wichtige Schnittstellen- und Lotsenfunktion. Neben der rein medizinischen Betreuung ihrer Patienten sind sie oftmals koordinierend tätig, indem sie nachgeschaltetes Leistungsgeschehen anderer (ambulanter) Leistungserbringer anstoßen, reflektieren, begutachten und ggf. korrigieren.

Dabei ist der patientenbezogene Informationsaustausch über aktuelle Zustände, geplante Maßnahmen, Änderungen der angedachten Therapien und ggf. bestehende Versorgungslücken essentiell. Dieser findet oftmals telefonisch zwischen dem Hausarzt und dem Leistungserbringer, in selteneren Fällen auch mittels Gespräche z.B. beim Patienten selbst (z.B. bei Einbezug ambulanter Pflegedienste) statt.

Die Aufgabe der Pflegeexperten im Rahmen von *HandinHand* ist es, bei dieser einzelfallbezogenen Kooperation die Hausärzte zu entlasten und zumindest einen Teil dieser ständig erforderlichen Kommunikation zwischen Hausärzten und anderen Leistungserbringern abzudecken.

Die Pflegeexperten dokumentieren die Ergebnisse dieser Kommunikation in der *ePA für Pflege*. Es ist vorgesehen, dass die Pflegeexperten bei jedem Patientenkontakt dem Hausarzt eine Information mittels Statusbericht zukommen lassen. Daher werden die Hausärzte über die zwischen Pflegeexperten und weiterem Leistungserbringer erfolgte patientenbezogene Kommunikation mittels Statusbericht informiert. In diesem Statusbericht ist auch vermerkt, ob der Pflegeexperte unmittelbaren Handlungsbedarf für den Hausarzt selbst feststellt oder nicht. Der Hausarzt ist mit Hilfe dieser Informationen ausreichend in der Lage selbst darüber zu entscheiden, ob aus seiner Sicht eine persönliche hausärztliche Visitation erforderlich ist oder nicht.

12. ePA für Pflege

Teil des Versorgungskonzepts ist eine eigens für das *Projekt HandinHand* entwickelte elektronische Patientenakte („*ePA für Pflege*“). Die Federführung obliegt hier dem Rechenzentrum Volmarstein (RZV), welches über langjährige Erfahrungen im Bereich elektronischer Krankenhaus-Informationssysteme (KIS-Systeme) und IT-gestützter Dokumentation in Pflegeheimen verfügt.

Herzstück der *ePA für Pflege* ist eine Datenbank, welche sich physikalisch auf Servern im Rechenzentrum in Volmarstein, Grundschoßfelder Straße 21, 58300 Wetter (Ruhr), befindet. Die Programmierung von Dateneingabemasken und Abfragemasken erfolgt auf Basis des beim RZV vorhandenen Know Hows und dem Dialog mit Projektpartnern, hier v.a. mit den pflegerischen Leitungen des Pflegeexperten-Centers.

Eine weitere intensive Abstimmung erfolgt mit den Projektpartnern für die wissenschaftliche Begleitforschung (RWI, Uni Lübeck, Uni Köln), um den dafür erforderlichen Datenfluss sicherzustellen.

Das RWI erhält für die wissenschaftliche Evaluation alle Daten vom RZV. Diese Daten werden dort pseudonymisiert und für die Evaluation bereitgestellt. Um diese Daten für weitere wissenschaftliche Fragen zu nutzen, wird am Ende der Projektlaufzeit vom RZV ein anonymisierter Datensatz im Sinne des KDG und des DSGVO generiert.

Der Zugang zur *ePA für Pflege* für das Pflegeexperten-Center und dessen Mitarbeiter soll über eine Webfrontend-Funktionalität erfolgen. Damit sind Lese- und Schreibrechte in der *ePA für Pflege* verbunden. Leserechte können den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten ebenfalls über eine Webfrontend-Funktionalität eingeräumt werden.

Die im Pflegeexperten-Center erforderliche Hardware (Laptops, Tablets, Smartphones, etc.) werden durch die IT-Organisationseinheit der Marienhaus Unternehmensgruppe (Geschäftsbereich M.IT der Marienhaus Dienstleistungen GmbH, MHDL) bereitgestellt.

Die Einrichtung und Wartung der Hardware im Pflegeexperten-Center erfolgt durch MHDL. Die Einrichtung und der Betrieb der *ePA für Pflege* und der dazugehörige Support erfolgen durch das RZV.

Schnittstellen zu Praxissystemen (dokumentenbasiert) und KIS-Systemen von Partner-Krankenhäusern, hier z.B. dem Marienhaus Klinikum im Kreis Ahrweiler (MAW), sind **nicht** angedacht.

Die Schnittstellen zum RWI für die wissenschaftliche Begleitforschung werden sichergestellt.

Die Datenflüsse sind in den Anlagen zum Datenschutzkonzept (Anlage zum Vertrag *HandinHand*) schematisch dargestellt.

13. Evaluation

13.1. Anforderung des G-BA

Gemäß G-BA-Ausschreibung beinhalten geförderte Projekte des Innovationsfonds eine verpflichtende wissenschaftliche Begleitforschung. Diese wird gemäß Antrag und Förderbescheid durch das RWI sichergestellt. Die Eckpunkte der geplanten Evaluation sind in einem Evaluationskonzept dargelegt, dieses ist als Anlage bereits dem *Vertrag HandinHand* beigefügt und ist diesem Versorgungskonzept ebenfalls als Anlage 11 beigefügt.

Die wissenschaftlichen Endpunkte der Begleitforschung sind:

- Reduktion der Krankenhausaufenthalte von 15% gegenüber der Kontrollgruppe.
- Reduzierung der Hausbesuche der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte
- Subjektive Verbesserungen bei den eingeschlossenen Patientinnen und Patienten.

Weitere Details dazu finden sich im Evaluationskonzept.

13.2. Projektbeirat

Additiv gibt es für das *Projekt HandinHand* einen Projektbeirat. Aufbau und Leitung des Projektbeirats obliegt der Uni Lübeck und der Uni Köln.

Der Projektbeirat soll insbesondere die Etablierung der Versorgungsform „Pflegeexperten-Center“ für die Regelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorbereiten, denn „der G-BA fördert über den Innovationsfonds Projekte zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland“ (siehe Präambel des *Vertrags HandinHand*). Details zur Projektbegleitung sind in einem Prozessevaluationskonzept (Anlage 27) dargelegt.

13.3. Zielkriterien gemäß Antrag beim Innovationsfonds 23.05.2017

Die Projektförderung zu *HandinHand* wurde beim Innovationsfonds am 23.05.2017 beantragt. Der Online-Upload-Antrag enthielt u.a. eine Projektbeschreibung (Anlage 12 zu diesem Versorgungskonzept), in welcher die Relevanz von *HandinHand* als Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgung dargelegt wurde.

In der Projektbeschreibung wurde darauf verwiesen, dass zum Zeitpunkt der Antragstellung keine relevanten Studien aus Deutschland vorlagen. Von daher bezogen sich die Annahmen ausschließlich auf internationale Studien, vor allem aus angloamerikanischen und skandinavischen Ländern. Die Quellenangaben in dem untenstehenden Auszug aus dem Antrag beim Innovationsfonds vom 23.05.2017 sind von 11 bis 18 durchnummeriert, dies entspricht der Original-Nummerierung aus dem Antrag.

Die primären Quellen für die Zielkriterien „zahlenmäßigen Kalkulationen der Reduktion der Krankenhausaufenthalte und der ärztlichen Hausbesuche“ entstammen den Publikationen Nr. 14 und Nr. 18. Diese sind diesem Versorgungskonzept als Anlagen 13 und 14 beigefügt.

13.4. Auszug aus dem Antrag beim Innovationsfonds 23.05.2017

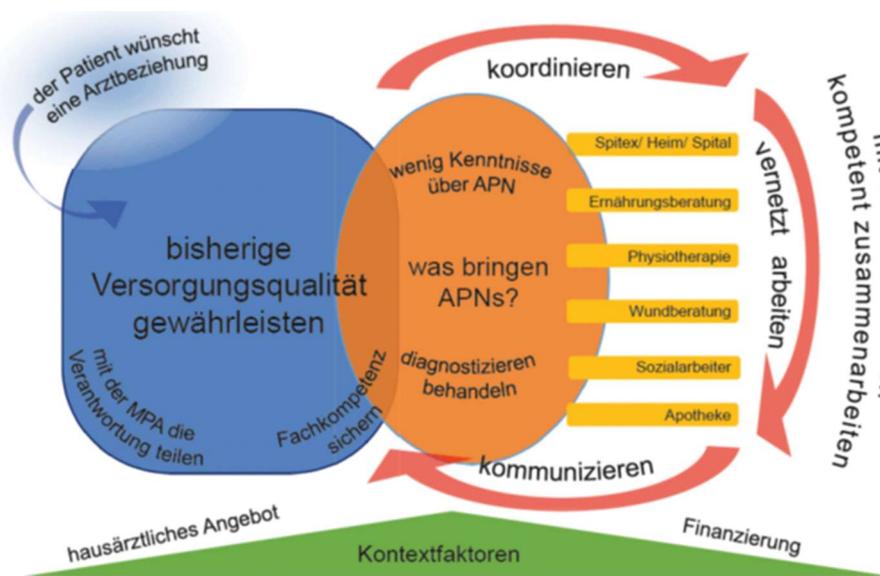
Beitrag der neuen Versorgungsform zur Weiterentwicklung der Versorgung

1 Relevanz

Zu Advanced Nursing Practice in der ambulanten Versorgung gibt es eine Vielzahl von Ansätzen. International werden seit mehreren Jahrzehnten Modelle einer erweiterten Pflegepraxis in der hausärztlichen Versorgung v.a. chronisch kranker, pflegebedürftiger bzw. älterer Menschen diskutiert. Bereits 2002 stellten Bodenheimer et al. (2002) die Vorteile des Einsatzes von APN im Rahmen des „Chronic Care Modells“ vor [11]. Der 2004 von Bryant-Lukosius & Di Censo (2004) publizierte PEPPA-Framework bietet dabei eine schrittweise Struktur zur Entwicklung und Evaluation dieser Modelle [12]. Zur Evaluation werden hier Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter adressiert, die auch in dem geplanten Projekt den Kern der Evaluation darstellen. Als Ergebnisparameter schlagen die Autorinnen u.a. die Vermeidung von Komplikationen sowie die Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten

vor, als Prozesselemente werden die Zufriedenheit aller Beteiligten sowie (empfundene) Rollen im Prozess genannt. Eine Reihe von aktuellen Übersichtsarbeiten greift diese Aspekte auf und zeigt, dass durch den Einsatz von APNs in der ambulanten Versorgung wichtige Parameter positiv beeinflusst werden können. Neuere systematische Übersichtsarbeiten zeigen die reiche Forschungslage aus v.a. englischsprachigen und skandinavischen Ländern bzw. den Niederlanden [13, 14]. Die Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz von APN mit einer Entlastung von Hausärzten und einer Reduktion von Krankenhausaufenthalten verbunden ist. Kosteneinsparungen werden nicht konsistent gezeigt, allerdings zeigt eine aktuelle Analyse von 11 Studien einen deutlichen Effekt bezüglich der Kosteneffektivität von ANP im hausärztlichen Bereich [14]. Aus Deutschland konnten keine relevanten Studien identifiziert werden. Dennoch werden auch in Deutschland und im deutschsprachigen Raum seit vielen Jahren ähnliche Modelle empfohlen [15, 16]. Barrieren für die Einführung von APNs werden in einer kürzlich erschienenen qualitativen Studie aus der Schweiz deutlich. Auf Seiten der Hausärzte wurden v.a. die Beibehaltung der hausärztlichen Versorgung, Unklarheiten über Aufgaben und Kompetenzen der APN sowie die nicht gesicherte Finanzierung ermittelt. Dennoch äußerten die Befragten prinzipiell eine positive Einstellung und Bereitschaft zur Einführung neuer Versorgungs- und Rollenmodelle. Die Abbildung verdeutlicht schematisch die Ergebnisse der Studie und kann neben den unten beschriebenen Frameworks als Modell für die begleitende Evaluation im Rahmen des Vorhabens dienen.

APN in der hausärztlichen Versorgung (nach Steinbrüchel-Boesch et al. 2017) [17]



2. Verbesserung der Versorgung

Mit dem Versorgungsmodell kann die medizinische Basisversorgung der Bevölkerung langfristig gesichert werden. Der APN füllt die Lücke zwischen der vollumfänglichen medizinischen Kompetenz des Arztes, medizinischen Assistenzkräften, z.B. MFAs/Verahs, NÄPAs und auf Pflege nach dem SGB XI spezialisierte ambulant und stationär Pflegenden.

Der APN hat die Prozesskompetenz der klassischen Pflegekraft, weil er (1) medizinisch relevante Situationen einschätzen kann, (2) ausreichend medizinisch kompetent ist um zu entscheiden, ob ein Arzt unmittelbar hinzuzuziehen ist, (3) den vermeintlichen und/oder tatsächlichen medizinischen Notfall bewertet und eine adäquate Folgeversorgung initiiert, (4) im Unterschied zum HA (nach Delegation durch diesen) eher verfügbar ist.

Es wird erwartet, dass die Intervention eine Reihe von positiven Auswirkungen auf die Versorgung von allgemeinärztlich versorgten Patienten hat. Dies betrifft v.a. die Reduktion

von Krankenhauseinweisungen und von ärztlichen Hausbesuchen bei gleichbleibender oder verringerter Zahl von Besuchen in der Hausarztpraxis. Auf Basis konservativer Literaturbasierter Schätzungen wird eine Reduktion der Krankenhausaufnahmen um absolut 10% erwartet [14, 18] sowie eine Reduktion von ärztlichen Hausbesuchen um ca. 20%. Auf Prozessebene wird eine hohe Zufriedenheit mit der nV bei allen Beteiligten erwartet. Verschiedene fördernde Faktoren und Barrieren werden im Rahmen der Prozessevaluation ermittelt und in das Langzeitimplementierungskonzept integriert.

13.5. Evaluationskonzept

Auf Basis des Förderbescheids vom 29.11.2017 erstellte das RWI für HandinHand ein Evaluationskonzept (Anlage 11 zu diesem Versorgungskonzept). Gleich zu Beginn enthält das Evaluationskonzept den folgenden Textabschnitt:

Fragestellung und Arbeitshypothese

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung ist sowohl eine Ergebnis- und Kosten- als auch, in enger Abstimmung mit dem Projektbeirat, eine Prozessevaluation vorgesehen. Bei der Ergebnisevaluation soll insbesondere geprüft werden, ob die gesetzten Primärziele (Reduktion der Krankenhauseinweisungen und Hausarztbesuche) der neuen Versorgungsform (nV) erreicht werden. Basierend auf Ergebnissen verschiedener Studien [1, 2, 3, 4] erwarten wir durch die nV eine Reduktion der Hausarztbesuche um 10% sowie eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte um 15%. Neben den Primärzielen werden zudem potenzielle Unterversorgung sowie die Patientenzufriedenheit untersucht. Die Kostenevaluation vergleicht die anfallenden Kosten für Patienten mit und ohne Betreuung durch Advanced Practice Nurses (APNs), während die Prozessevaluation v.a. fördernde Faktoren und Barrieren der Umsetzung der nV bewertet.

Der Literaturteil des Evaluationskonzepts verweist auf „References“ 01 bis 05, die References 01 bis 04 sind diesem Versorgungskonzept als Anlagen 15, 16, 17 und 18 beigelegt.

References

- [1] Levine, S., Steinman, B.A., Attaway, K., Jung, T. and Enguidanos, S., 2012. Home care program for patients at high risk of hospitalization. The American journal of managed care, 18(8), p.e269.
- [2] Counsell, S.R., Callahan, C.M., Clark, D.O., Tu, W., Buttar, A.B., Stump, T.E. and Ricketts, G.D., 2007. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. Jama, 298(22), pp.2623-2633.
- [3] Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P.D., Zielhuis, G.A., Monninkhof, E.M., van der Palen, J., Frith, P.A. and Effing, T., 2014. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane Library.
- [4] Chavez, K. S., Dwyer, A. A., & Ramelet, A. S. (2017). International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. International journal of nursing studies.
- [5] Imbens, G.W., J.M. Wooldridge..Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. Journal of Economic Literature 2009., 47:5–86

13.5. Ergänzende Literatur zum Zielkriterium

Ergänzend zu den bisherigen Ausführungen in diesem Kapitel bzgl. des primären Zielkriteriums „Reduktion der Krankenhauseinweisungen um 15%“ wird auf weitere einschlägige Literatur verwiesen (Anlagen 19 bis 23 zu diesem Versorgungskonzept).

14. Verstetigung des Versorgungsansatzes

Es ist davon auszugehen, dass durch die fortschreitende Akademisierung der Pflege ausreichend Personal zur Verfügung stehen wird, um dieses neue Praxisfeld bzw. die zu erprobende Versorgungsform auch nach der Modellphase weiter zu entwickeln.

14.1. Interesse der Berufsgruppe Pflege

Die Berufsgruppe hat Interesse dieses Praxisfeld zu entwickeln

Der Berufsstand der Pflegenden, vertreten durch die sich auf Länderebene bildenden Pflegekammern, den nationalen Berufs-, Fach- und Interessensverbände der Pflege sowie die pflegewissenschaftlichen Fakultäten beteiligen sich aktiv daran, neue Konzepte der Gesundheitsversorgung zu entwickeln und sich damit gemeinsam mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen den aktuellen Herausforderungen wie demografischer Wandel, Anstieg der chronischen Erkrankungen etc. in Deutschland zu stellen.

Diverse Modellprojekte wie z. B. Gemeindegeschwester plus⁴, Familiengesundheitspflege⁵, präventive Hausbesuche bei Senioren⁶ waren und sind bereits in einem aufsuchenden Setting, im Bereich der Gesundheitsversorgung und -förderung bestimmter Zielgruppen erfolgreich. Das Projekt *HandinHand* erprobt erstmalig die direkte Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin in der Primärversorgung und orientiert sich dabei an dem internationalen Modell der Advanced Nursing Practice.

Die Pflegenden bringen hier zusätzlich zur medizinischen Versorgung des Hausarztes ihre Expertise in der Gesundheitsförderung von chronisch kranken Menschen mit ein und entlasten damit den Hausarzt. Das Angebot der pflegerischen Interventionen orientiert sich an international umfangreich vorhandenen Konzepten und Evidenz aus klinischen Studien. Es handelt sich folglich um ein innovatives Praxisfeld mit Gestaltungsmöglichkeiten für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen und es ist davon auszugehen, dass es zukünftig interessierte Anwärterinnen und Anwärter für diese Aufgabe geben wird, die ggf. der pflegerischen Versorgung zumal in der Primärversorgung nicht zur Verfügung stünden.

14.2. Akademisierung der Pflege

Es gibt eine zunehmende Anzahl akademisch qualifizierter Pflegenden.

Der Pflegeberuf hat sich in den letzten 20 Jahren im Hinblick auf die Qualifikation weiter entwickelt. Der Wissenschaftsrat hat in seinen Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation bereits 2012 gefordert, dass zukünftig 10% - 20% eines Ausbildungsjahrgangs der Pflegenden akademisch qualifiziert werden sollen. Der deutsche Pflegerat (DPR) schloss sich dieser Forderung an. Ein Ziel dieser Qualifizierung ist es berufsgruppenübergreifende Evidenz-basierte Lösungen für die Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Der Gesetzgeber hat nunmehr mit der letzten Novellierung des Pflegeberufgesetzes mit der Neuregelung der beruflichen und akademischen Ausbildung von Pflegekräften reagiert und damit verdeutlicht, dass neben der Quantität (Bekämpfung des Personalmangels in der Pflege durch die Generalisierung der Ausbildung) auch die Qualität der Pflegekräfte eine bedeutsame Rolle in der Gesundheitspolitik spielt. In Rheinland-Pfalz wird durch die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0 2018-2022, die durch die Landesregierung mitinitiiert wurde, diese Umsetzung des Pflegeberufgesetzes und die hochschulische Pflegeausbildung ausdrücklich unterstützt.

14.3. Zielgruppengerechte Begleitung

Das Studium qualifiziert die Absolventinnen und Absolventen, spezielle Zielgruppen intensiver zu begleiten

Das Studium an der PTHV vermittelt den Studierenden erweiterte Kompetenzen im Rahmen der Primärversorgung. Dabei wird prinzipiell ein Ansatz verfolgt, der sich im aktuellen

⁴ <https://msagd.rlp.de/ar/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindegeschwesterplus/>

⁵ <https://www.dbfk.de/de/themen/Familiengesundheitspflege.php>

⁶ <https://www.dbfk.de/de/themen/Familiengesundheitspflege.php>

Pflegeberufegesetz (PflBG) widerfindet, jedoch noch nicht implementiert ist, da das Gesetz erst 2020 in Kraft treten wird. Dennoch zeigt die Betrachtung des neuen PflBG, dass sich die Ausbildung von Pflegeexperten im Rahmen von *HandinHand* prinzipiell bereits auf der Basis angedachter Ausbildungs- und Versorgungskonzepte bewegt. Die Ausbildungsziele der akademischen Pflegebildung werden im § 37 Pflegeberufegesetz (PflBG) konkretisiert:

- (1) Die sequenzielle Pflegeausbildung an Hochschulen befähigt zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und verfolgt gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung nach Teil 2 ein erweitertes Ausbildungsziel.
- (2) Die hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen nach § 5 Absatz 2 in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik.
- (3) Die hochschulische Ausbildung umfasst die in § 5 Absatz 3 beschriebenen Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung. Sie befähigt darüber hinaus insbesondere
 1. zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen,
 2. vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten,
 3. sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen,
 4. sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können und
 5. an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken.

14.4. Attraktivität des Berufs

Die Möglichkeit Pflege zu studieren macht den Beruf attraktiver und es wird ausreichend Absolventinnen und Absolventen geben

Ziel des Gesetzes ist es den Pflegeberuf attraktiver zu machen indem auch die akademische Pflegebildung in Teil III gesetzlich geregelt wurde. Die Absolventinnen und Absolventen dieser grundständigen Bildungsgänge werden erst ab 2023 dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und passen durch ihre Qualifikation exakt zu einem neu konturierten Praxisfeld. Zudem stehen derzeit schon akademisch qualifizierte Pflegekräfte zur Verfügung. Bei einem sequenziellen Studium wird nach dem Abschluss der fachschulischen Ausbildung ein Bachelorstudium absolviert, bei dem die fachschulische Ausbildung pauschal anerkannt wird. Diese Bachelorstudierenden, bzw. Absolventinnen und Absolventen verfügen bereits über klinische Erfahrung, die bei den grundständigen oder dual ausgebildeten Studierenden erst noch entsteht. Aus Mangel an attraktiven Arbeitsplätzen in der direkten Patientenversorgung wechseln diese Pflegekräfte nach dem Studium häufig in administrative Bereiche. Sie würden voraussichtlich eher im Beruf verbleiben, wenn in der direkten Patientenversorgung attraktive Arbeitsplätze und Entwicklungsmöglichkeiten in der direkten Versorgungspraxis zur Verfügung stünden. Sollte das Modellprojekt *HandinHand* verstetigt oder ausgeweitet werden, stünden bereits heute Absolventinnen und Absolventen von verschiedenen Bachelor- und Masterstudiengängen zur Verfügung. Für eine erweiterte Expertise in einem

Masterstudiengang (Advanced Nursing Practice, ANP) werden ab 2020 Community Health Nursing (CHN)⁷ Masterstudiengänge auch in Rheinland-Pfalz vorgehalten.

⁷ <https://www.pthv.de/chn/> (Zugriff 24.10.2019)

15. Anlagen

Nr.	Anlage
01	2019-Delegationsvereinbarung.pdf
02	24_Delegation.pdf
03	Projektablaufplan HandinHand 200225.pdf
04	Kernprozess HiH 200227.pdf
05	Papier_ePA_Word+PDF
06	Goodman 2013 Defining and measuring chronic conditions.pdf
07	Huntley 2012 Measures of multimorbidity and morbidity burden.pdf
08	200310-Tabelle-Qualifikationen-PE-SD
09	191106-Entwicklung-Einarbeitungs- und Fortbildungscurriculum.pdf
10	191031-Synopse-Qualifikation-Ausbildung.pdf
11	Evaluationskonzept_Stand 03-03-2020
12	nvf1_2017-131_projektbeschreibung.pdf
13	Quelle Nr. 14 zur Projektbeschreibung im Antrag vom 23.05.2017: Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, Bryant-Lukosius D, Kaasalainen S, Marshall DA, Charbonneau-Smith R, Di Censo A. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialized ambulatory care: systematic review. <i>BMJ Open</i> . 2015 Jun 8;5(6):e007167
14	Quelle Nr. 18 zur Projektbeschreibung im Antrag vom 23.05.2017: Tsiachristas A, Wallenburg I, Bond CM, Elliot RF, Busse R, van Exel J, Rutten-van Mölken MP, de Bont A; MUNROS team. Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. <i>Health Policy</i> . 2015 Sep;119(9):1176-87
15	Quelle Nr. 01 zum Evaluationskonzept: [1] Levine, S., Steinman, B.A., Attaway, K., Jung, T. and Enguidanos, S., 2012. Home care program for patients at high risk of hospitalization. <i>The American journal of managed care</i> , 18(8), p.e269.
16	Quelle Nr. 02 zum Evaluationskonzept: [2] Counsell, S.R., Callahan, C.M., Clark, D.O., Tu, W., Buttar, A.B., Stump, T.E. and Ricketts, G.D., 2007. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. <i>Jama</i> , 298(22), pp.2623-2633.
17	Quelle Nr. 03 zum Evaluationskonzept: [3] Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P.D., Zielhuis, G.A., Monninkhof, E.M., van der Palen, J., Frith, P.A. and Effing, T., 2014. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>The Cochrane Library</i> .
18	Quelle Nr. 04 zum Evaluationskonzept: [4] Chavez, K. S., Dwyer, A. A., & Ramelet, A. S. (2017). International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. <i>International journal of nursing studies</i> .
19	DBfK 2019 Advanced-Practice-Nursing-Broschuere.pdf
20	Development and Implementation APN Fougère 2016.pdf
21	Laurant_et_al-2018-Cochrane_Database_of_Systematic_Reviews.pdf
22	OECD 2017 ANP primary care working paper.pdf
23	SVR-Gutachten_2018.pdf
24	HiH-Stellungnahme-Schlegel-13-01-20
25	Rahmenvereinbarung HandinHand-unterschrieben_20-02-18
26	Individuelle Delegationsvereinbarung HandinHand 200204
27	Prozess-Evaluationskonzept HandinHand

Name des Arztes	
Postanschrift	

Projekt *HandinHand* **Eine Information für Patientinnen und Patienten**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sicherstellung der Patientenversorgung

Den Hausärztinnen und Hausärzten liegt eine gute, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Menschen sehr am Herzen. Das Projekt *HandinHand* richtet sich an Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen, die aufgrund ihrer Erkrankung einen erhöhten medizinischen Betreuungsbedarf haben. Das Projekt *HandinHand* wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland.

Die Sicherstellung der Betreuung im Fokus

Die gesetzlichen Krankenkassen legen einen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung der Patientenversorgung. Ein besonders wichtiger Schritt hierzu ist die Sicherstellung der Patientenversorgung im häuslichen Umfeld.

Was ist das *Projekt HandinHand*?

Ziel des *Projekts HandinHand* ist die Einführung einer neuen Versorgungsform mit dem Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt erhält durch das Projekt Unterstützung durch eine speziell geschulte Pflegefachkraft.

Ihr Hausarzt überträgt einige seiner Tätigkeiten auf sogenannte Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mit entsprechender Qualifikation. Pflegefachkräfte eignen sich für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, da sie über eine medizinisch-pflegerische Grundausbildung verfügen. Die in dem Projekt *HandinHand* eingesetzten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten verfügen über mehrjährige Berufserfahrung im Krankenhaus. Sie absolvierten alle eine spezielle Fortbildung zur Begleitung von chronisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld. Begleitend zu ihrer Arbeit absolvieren die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten ein Studium an der pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) im Studiengang „Pflegeexpertise“. Es handelt sich zunächst um ein zeitlich begrenztes Projekt mit wissenschaftlicher Begleitung. Durch die wissenschaftliche Begleitung wird festgestellt, inwieweit das Projekt *HandinHand* für Patienten vorteilhaft ist, somit zur Verbesserung der Versorgungslandschaft beiträgt und in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung überführt werden kann.

Welche Leistungen werden genau an die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten übertragen?

Die Aufgaben der Pflegeexperten im Projekt HandinHand umfassen folgende Punkte:

- Durchführung des Hausbesuchs im Auftrag der Hausärztin / des Hausarztes
- Überwachung und Dokumentation der krankheitsspezifischen Symptome, wie z. B. Kontrolle des Blutzuckers oder der Sauerstoffsättigung
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter z. B. Puls, Blutdruck, Atmung.
- Überwachung und Dokumentation der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten medikamentösen Therapie, sowie deren Interaktionen, Nebenwirkungen und allgemeiner Verträglichkeit
- Überwachung und Anleitung der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten physikalischen Therapie, wie z. B. regelmäßige Inhalationen
- Zusammenarbeit mit der Ärztin / dem Arzt bei der Wundpflege von Problemwunden und Druckgeschwüren, Beurteilung und Dokumentation des Zustands der Wunde
- Durchführung von diagnostischen Maßnahmen wie z.B. EKG, Lungenfunktionstest, Langzeitblutdruckmessungen, sowie deren Dokumentation
- Durchführung von Blutentnahmen
- Durchführungen von subkutanen und intramuskulären Injektionen
- Durchführung von Impfungen
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests
- Förderung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung durch persönliche Beratung
- Anleitung und Schulung zum Umgang mit der Erkrankung mit dem Ziel der Stabilisierung durch eigenständige Kontrolle der Patientinnen und Patienten, Training des Selbstmanagements
- Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Gefahrenpotenzialen im häuslichen Umfeld, wie z.B. Sturzgefahr
- Schulung, Beratung und Anleitung zur Gesundheitsförderung und Eindämmung von Gefahrenpotenzialen
- Förderung der körperlichen Aktivität im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten
- Befragung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zu *HandinHand*.

Welchen Nutzen hat das Projekt *HandinHand* für mich als Versicherte / als Versicherten?

Bei Aufnahme in das Projekt werden Sie von einer Pflegeexpertin / einem Pflegeexperten zu Hause aufgesucht. Zunächst führt diese / dieser eine Erhebung über die Erkrankungen und damit verbundene Einschränkungen durch. Gemeinsam mit Ihnen wird ein Plan aufgestellt, welche Maßnahmen in der kommenden Zeit durchzuführen sind. Dieser Plan beinhaltet auch Angaben darüber, in welchen Zeitabständen Sie zukünftig besucht werden.

Sie erhalten damit zusätzlich zu den Besuchen Ihres Arztes Hausbesuche durch die Pflegeexpertin / den Pflegeexperten. Ob sich die Anzahl der Hausbesuche Ihres Arztes durch den Einsatz der Pflegeexpertinnen / der Pflegeexperten verringern wird, wird in diesem Projekt erforscht.

Die Pflegeexpertin / der Pflegeexperte nimmt bei jedem Hausbesuch und bei jeder geplanten Maßnahme Rücksprache mit Ihrer behandelnden Hausärztin / Ihrem behandelnden Hausarzt. Diese Kontaktaufnahme wird durch eine elektronische Patientenakte („ePA für Pflege“) unterstützt.

Welchen Nutzen hat das Projekt *HandinHand* für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte?

Mit Hilfe des Projekts *HandinHand* bekommen die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine erweiterte Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten durch die spezialisierten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten.

Wie kann ich an dem Projekt *HandinHand* teilnehmen?

Das Projekt *HandinHand* richtet sich an alle gesetzlich Versicherte, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, die Praxis der Hausärztin / des Hausarztes aufzusuchen und einer medizinischen Betreuung im häuslichen Umfeld bedürfen. Die Teilnahme ist freiwillig.

In der Regel hat Sie Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt auf das Projekt aufmerksam gemacht. Sie erhalten eine Teilnahmeerklärung, welche sie unterzeichnet bei Ihrem Arzt abgeben, damit dieser die unterschriebene Teilnahmeerklärung über das Pflegeexperten-Center an Ihre Krankenkasse weiterleitet.

Kann ich meine Teilnahme am Projekt vorzeitig beenden?

Sie sollten sich bereit erklären, möglichst über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten teilzunehmen. Nach Ablauf von 6 Monaten kann das Projekt fortgeführt werden, sofern Sie das möchten, Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt einverstanden ist und im Pflegeexperten-Center die dazu erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen vorliegen. Das Recht, die Behandlung jederzeit, somit auch vor Ablauf von 6 Monaten, abzuberechnen, bleibt unberührt. Ein Widerruf der Einwilligung zur Teilnahme ist jederzeit mündlich bei Ihrem teilnehmenden Arzt oder schriftlich ohne jegliche Nachteile möglich.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, am Projekt *HandinHand* mitzuwirken,
- Sie haben eine Hausärztin / einen Hausarzt gewählt, der an dem Projekt *HandinHand* teilnimmt und erklären, diesen vorrangig für Ihre Behandlung im Rahmen des Projekts *HandinHand* in Anspruch zu nehmen,
- Sie wechseln während Ihrer Projektteilnahme nicht den Arzt,
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung und
- aufgrund Ihrer Erkrankungen ist es Ihnen in der Regel *nicht* möglich oder zumutbar, Ihre Hausärztin / Ihren Hausarzt an ihrem / seinem Praxis-Standort aufzusuchen.

Ihre Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Selbstverständlich entstehen Ihnen keine persönlichen Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen oder die Teilnahme beenden.

Name des Arztes	
Postanschrift	

Ergänzende Patienteninformation zum Datenschutz zum Projekt *HandinHand*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

I. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

1. Was ist das *Projekt HandinHand*?

Das *Projekt HandinHand* hat das Ziel, die hausärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt überträgt einige seiner Tätigkeiten auf speziell ausgebildete Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten. Diese kommen zu Ihnen nach Hause.

Näheres zum *Projekt HandinHand* entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“.

Ihre Teilnahme am *Projekt HandinHand* ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

Ihre unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung wird von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt über das Pflegeexperten-Center an Ihre Krankenkasse übermittelt.

3. Wer ist Empfänger Ihrer Daten?

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein. Im Rahmen des *Projekts HandinHand* werden folgende Institutionen Ihre Daten verarbeiten: Marienhaus GmbH als Betreiberin des Pflegeexperten-Centers, Marienhaus Dienstleistungen GmbH als IT-Betreiber von *HandinHand*. RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH als Entwickler und Betreiber der elektronischen Patientenakte „*ePA für Pflege*“. Die Auswertung geschieht nach Aufbereitung durch das RZV nur mit pseudonymisierten Daten (d.h. dass kein direkter Personenbezug vorhanden ist) am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, sowie der Universität zu Lübeck (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie) und der Universität zu Köln als Forschungsinstitute und an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV). Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (KDG, EU-DSGVO, BDSG, etc.) verarbeitet (das beinhaltet u.a. Erheben, Speichern, Auswerten). Die Erhebung, Verarbeitung und Auswertung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, wenden Sie sich an den:

- Datenschutzbeauftragten der Marienhaus GmbH, Margaretha-Flesch-Straße 5, 56588 Waldbreitbach, E-Mail: datenschutzbeauftragter.holding@marienhaus.de

oder

- Landesdatenschutzbeauftragten für Rheinland-Pfalz, Postfach 30 40, 55020 Mainz, Telefon: +49 (0) 6131 208-2449, [poststelle\(at\)datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle(at)datenschutz.rlp.de).

II. Befundaustausch

Um für Sie eine gute Patientenversorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen sinnvoll. **Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Projekt *HandinHand* erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen ausgetauscht werden. Ihre Daten werden in einer für das *Projekt HandinHand* entwickelten elektronischen Patientenakte (ePA für Pflege) gespeichert. Sie können der Datenübermittlung jederzeit widersprechen.**

III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung und Ihre Rechte zum Schutz dieser Daten

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten nach I. und II. mit Ihrer schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung am Projekt *HandinHand*.

1. Zum Schutz Ihrer Daten stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 17 KDG bzw. Art. 15 DS-GVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 18 KDG bzw. Art. 16 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 19 KDG bzw. Art. 17 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 20 KDG bzw. Art. 18 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 22 KDG bzw. Art. 20 DS-GVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 23 KDG bzw. Art. 21 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)

Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft **jederzeit** zu widerrufen.

Sie erhalten **jederzeit** auf Wunsch eine unentgeltliche Kopie der bei uns gespeicherten Daten.

Weitere Informationen zu allen hier aufgelisteten (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Verarbeitungseinschränkung, Datenübertragung und Widerspruch) und Ihnen aufgrund gesetzlicher Regelungen zustehenden Rechten erhalten Sie bei:

Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH
Sprengnetter-Campus 4A
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Telefon: 02641-2077-955
Fax: 02641-2077-957
Email: pflegeexperten-center@marienhaus.de

2. Beschwerderecht bei der Datenaufsicht

Nach Art. 48 KDG i.V.m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der zuständigen Datenaufsicht lautet:

- Kirchliche Datenschutzaufsicht, Katholisches Datenschutzzentrum Frankfurt/M., Domplatz 3, Haus am Dom, D-60311 Frankfurt/M., Tel: 069 – 800 8718 800, Fax: 069 – 800 8718 815, E-Mail: info@kdsz-ffm.de

Teilnahme- und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

zum Projekt *HandinHand*

Name des Arztes	
Postanschrift	
Telefon	
Arzt-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	
Name des Patienten	
Geburtsdatum	
Postanschrift	
Telefon	
Versicherten-Status	
Krankenkasse	
Versicherten-Nr.	
Kostenträger-Kennung	

1. Teilnahme- und datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung zum Projekt *HandinHand*

Hiermit erkläre ich, dass

- ich mit der Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* einverstanden bin und die Leistungen meiner Hausärztin / meines Hausarztes, des Pflegeexperten-Centers sowie der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in Anspruch nehme. Die Inanspruchnahme in Notfällen bleibt unberührt.
- mich meine Hausärztin / mein Hausarzt ausführlich über die Inhalte, die Versorgungsziele des Projekts *HandinHand* sowie über die Aufgabenteilung zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und dem Pflegeexperten-Center sowie deren Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten informiert hat. Ich habe die Patienteninformation über das Projekt *HandinHand* erhalten und verstanden.
- ich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten an dem Projekt teilnehme. Nach Ablauf von 6 Monaten kann meine Teilnahme bis zum Ende des Projekts fortgeführt werden, sofern ich das möchte, meine Hausärztin / mein Hausarzt einverstanden ist und im Pflegeexperten-Center die dazu erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen vorliegen. Das Recht, die Projektteilnahme jederzeit, somit auch vor Ablauf von 6 Monaten abubrechen, bleibt unberührt.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* freiwillig ist und ich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, meine Teilnahme jederzeit beenden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen,
- diese Beendigung der Teilnahme auch mündlich bei meinem teilnehmenden Arzt oder schriftlich erfolgen kann,
- die Teilnahme mit dem Tag meiner Einwilligung beginnt,

- ich auch unabhängig von den Besuchen durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mich jederzeit unmittelbar an meine Hausärztin / meinen Hausarzt wenden kann,
- eine wissenschaftliche Begleitforschung durch die Marienhaus GmbH, das RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen, die Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, die Universität zu Köln, Pflegewissenschaftliche Abteilung, und die Philosophisch-Theologische Hochschule in Vallendar (PTHV) stattfindet,
- über dieses Projekt Publikationen erstellt werden und in der Presse und Öffentlichkeit darüber berichtet wird,
- nach Projektabschluss ein wissenschaftlicher Abschlussbericht vorgesehen ist, über den ich mich bei meiner Hausärztin / meinem Hausarzt informieren kann,
- meine im Rahmen des Projekts *HandinHand* erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Projekt *HandinHand* gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahme am *Projekt HandinHand*.
- dass meine im Pflegeexperten-Center erhobenen personenbezogenen medizinischen Daten vor ihrer Löschung vom Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang aufbewahrt werden.
- meine bereits erhobenen medizinisch-pflegerischen Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist gelöscht und bis dahin für die Verarbeitung gesperrt werden, falls ich meine Einwilligung in die Teilnahme widerrufe und ich die Datenlöschung verlange. Zur Dokumentation dieses Widerrufs bleiben meine Patientenidentifikationsdaten beim Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang erhalten.

Ja, ich möchte an dem Projekt *HandinHand* teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Widerrufsbelehrung zur Projektteilnahme *HandinHand*

Sie können diese Teilnahmeerklärung jederzeit nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder mündlich bei Ihrem teilnehmenden Arzt widerrufen.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

3. Einwilligung zur Datenverarbeitung im Projekt *HandinHand*

Ich willige in die in der „Information zum Datenschutz“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung im Rahmen der Teilnahme an dem *Projekt HandinHand* durch meine Krankenkasse, durch das Pflegeexperten-Center, oder im Rahmen des Projekts *HandinHand* durch berechtigte Dritte ausdrücklich ein.

Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und diese zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich bin über meine Rechte belehrt worden und willige in die in der Information beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem *Projekt HandinHand* ein.

4. Einwilligung zum Befundaustausch mit anderen Behandlern

Ich willige in den Befundaustausch mit anderen Behandlern durch das Pflegeexperten-Center im Rahmen des Projekts *HandinHand* ausdrücklich ein.

5. Widerrufsbelehrung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Sie können Ihr Einverständnis ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich gegenüber Ihrem teilnehmenden Arzt oder schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung.

Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden aus dem *Projekt HandinHand* führt, richten Sie bitte mündlich an Ihren teilnehmenden Arzt oder per E-Mail, per Fax oder per Post an:
Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH
Sprengnetter-Campus 4A
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Telefon: 02641-2077-955
Fax: 02641-2077-957
Email: pfelegeexperten-center@marienhaus.de

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift erteile ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung wie in Nr. 3 und Nr. 4 beschrieben und bestätige, dass ich über die jederzeitige Möglichkeit des Widerrufs meiner Einwilligung wie in Nr. 5 beschrieben in Kenntnis gesetzt wurde.

Datum

Unterschrift

Name des Arztes	
Postanschrift	

Projekt *HandinHand*

Eine Information für die gesetzlich bestellten Betreuer und für Bevollmächtigte von Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Betreuerin, sehr geehrte Bevollmächtigte, sehr geehrter Betreuerin, sehr geehrter Betreuer!

Sicherstellung der Patientenversorgung

Den Hausärztinnen und Hausärzten liegt eine gute, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Menschen sehr am Herzen. Das Projekt *HandinHand* richtet sich an Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen, die aufgrund ihrer Erkrankung einen erhöhten medizinischen Betreuungsbedarf haben. Das Projekt *HandinHand* wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland.

Die Sicherstellung der Betreuung im Fokus

Die gesetzlichen Krankenkassen legen einen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung der Patientenversorgung. Ein besonders wichtiger Schritt hierzu ist die Sicherstellung der Patientenversorgung im häuslichen Umfeld.

Was ist das *Projekt HandinHand*?

Ziel des *Projekts HandinHand* ist die Einführung einer neuen Versorgungsform mit dem Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Die Hausärztin / der Hausarzt der Patientin / des Patienten erhält durch das Projekt Unterstützung durch eine speziell geschulte Pflegefachkraft.

Der Hausarzt überträgt einige seiner Tätigkeiten auf sogenannte Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mit entsprechender Qualifikation. Pflegefachkräfte eignen sich für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, da sie über eine medizinisch-pflegerische Grundausbildung verfügen. Die in dem Projekt *HandinHand* eingesetzten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten verfügen über mehrjährige Berufserfahrung im Krankenhaus. Sie absolvierten alle eine spezielle Fortbildung zur Begleitung von chronisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld. Begleitend zu ihrer Arbeit absolvieren die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten ein Studium an der pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) im Studiengang „Pflegeexpertise“. Es handelt sich zunächst um ein zeitlich begrenztes Projekt mit wissenschaftlicher Begleitung. Durch die wissenschaftliche Begleitung wird festgestellt, inwieweit das Projekt *HandinHand* für Patienten vorteilhaft ist, somit zur Verbesserung der Versorgungslandschaft beiträgt und in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung überführt werden kann.

Welche Leistungen werden genau an die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten übertragen?

Die Aufgaben der Pflegeexperten im Projekt HandinHand umfassen folgende Punkte:

- Durchführung des Hausbesuchs im Auftrag der Hausärztin / des Hausarztes
- Überwachung und Dokumentation der krankheitsspezifischen Symptome, wie z. B. Kontrolle des Blutzuckers oder der Sauerstoffsättigung
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter z. B. Puls, Blutdruck, Atmung.
- Überwachung und Dokumentation der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten medikamentösen Therapie, sowie deren Interaktionen, Nebenwirkungen und allgemeiner Verträglichkeit
- Überwachung und Anleitung der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten physikalischen Therapie, wie z. B. regelmäßige Inhalationen
- Zusammenarbeit mit der Ärztin / dem Arzt bei der Wundpflege von Problemwunden und Druckgeschwüren, Beurteilung und Dokumentation des Zustands der Wunde
- Durchführung von diagnostischen Maßnahmen wie z.B. EKG, Lungenfunktionstest, Langzeitblutdruckmessungen, sowie deren Dokumentation
- Durchführung von Blutentnahmen
- Durchführungen von subkutanen und intramuskulären Injektionen
- Durchführung von Impfungen
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests
- Förderung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung durch persönliche Beratung
- Anleitung und Schulung zum Umgang mit der Erkrankung mit dem Ziel der Stabilisierung durch eigenständige Kontrolle der Patientinnen und Patienten, Training des Selbstmanagements
- Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Gefahrenpotenzialen im häuslichen Umfeld, wie z.B. Sturzgefahr
- Schulung, Beratung und Anleitung zur Gesundheitsförderung und Eindämmung von Gefahrenpotenzialen
- Förderung der körperlichen Aktivität im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten
- Befragung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zu *HandinHand*.

Welchen Nutzen hat das Projekt *HandinHand* für die Patientin / den Patienten?

Bei Aufnahme in das Projekt wird die Patientin / der Patient von einer Pflegeexpertin / einem Pflegeexperten zu Hause aufgesucht. Zunächst führt diese / dieser eine Erhebung über die Erkrankungen und damit verbundene Einschränkungen durch. Gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten wird ein Plan aufgestellt, welche Maßnahmen in der kommenden Zeit durchzuführen sind. Dieser Plan beinhaltet auch Angaben darüber, in welchen Zeitabständen die Patientin / der Patient zukünftig besucht wird.

Die Patientinnen und Patienten erhalten damit zusätzlich zu den Besuchen ihres Arztes Hausbesuche durch die Pflegeexpertin / den Pflegeexperten. Ob sich die Anzahl der Hausbesuche des Arztes durch den Einsatz der Pflegeexpertinnen / der Pflegeexperten verringern wird, wird in diesem Projekt erforscht.

Die Pflegeexpertin / der Pflegeexperte nimmt bei jedem Hausbesuch und bei jeder geplanten Maßnahme Rücksprache mit der behandelnden Hausärztin / dem behandelnden Hausarzt. Diese Kontaktaufnahme wird durch eine elektronische Patientenakte („ePA für Pflege“) unterstützt.

Welchen Nutzen hat das Projekt *HandinHand* für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte?

Mit Hilfe des Projekts *HandinHand* bekommen die die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine erweiterte Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten durch die spezialisierten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten.

Wie kann die Patientin / der Patient an dem Projekt *HandinHand* teilnehmen?

Das Projekt *HandinHand* richtet sich an alle gesetzlich Versicherte, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, die Praxis der Hausärztin / des Hausarztes aufzusuchen und einer medizinischen Betreuung im häuslichen Umfeld bedürfen. Die Teilnahme ist freiwillig.

In der Regel hat die Hausärztin / der Hausarzt die Patientin / den Patienten auf das Projekt aufmerksam gemacht.

Sie erhalten eine Teilnahmeerklärung, welche sie unterzeichnet beim Arzt der Patientin / des Patienten einschließlich einer Kopie der Betreuungsvollmacht abgeben, damit dieser die unterschriebene Teilnahmeerklärung und die Kopie der Betreuungsvollmacht über das Pflegeexperten-Center an Ihre Krankenkasse weiterleitet.

Kann ich die Teilnahme der Patientin / des Patienten am Projekt vorzeitig beenden?

Sie sollten sich bereit erklären, dass die Patientin / der Patient möglichst über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten teilnimmt. Nach Ablauf von 6 Monaten kann das Projekt fortgeführt werden, sofern Sie das möchten, die Hausärztin / der Hausarzt der Patientin / des Patienten einverstanden ist und im Pflegeexperten-Center die dazu erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen vorliegen. Das Recht, die Behandlung jederzeit, somit auch vor Ablauf von 6 Monaten, abzubrechen, bleibt unberührt.

Ein Widerruf der Einwilligung zur Teilnahme ist jederzeit mündlich beim teilnehmenden Arzt oder schriftlich ohne jegliche Nachteile möglich.

Teilnahmevoraussetzungen

- Die Patientin / der Patient ist bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert,
- die Patientin / der Patient ist grundsätzlich bereit, am Projekt *HandinHand* mitzuwirken,
- die Patientin / der Patient hat eine Hausärztin / einen Hausarzt gewählt, der an dem Projekt *HandinHand* teilnimmt und Sie erklären, diesen vorrangig für die Behandlung der Patientin / des Patienten im Rahmen des Projekts *HandinHand* in Anspruch zu nehmen,
- die Patientin / der Patient wechselt während der Projektteilnahme nicht den Arzt,
- Sie erklären schriftlich die Teilnahme der Patientin / des Patienten und die Einwilligung für die Patientin / den Patienten und
- aufgrund ihrer / seiner Erkrankungen ist es der Patientin / dem Patienten in der Regel *nicht* möglich oder zumutbar, ihre / seine Hausärztin / ihren / seinen Hausarzt an ihrem / seinem Praxis-Standort aufzusuchen.

Die Teilnahme der Patientin / des Patienten an dem Projekt *HandinHand* ist freiwillig und für die Patientin / den Patienten kostenfrei

Selbstverständlich entstehen der Patientin / dem Patienten keine persönlichen Nachteile, wenn die Patientin / der Patient nicht teilnimmt oder die Teilnahme beendet.

Name des Arztes	
Postanschrift	

Ergänzende Patienteninformation zum Datenschutz zum Projekt *HandinHand* für Betreuer und Bevollmächtigte

Sehr geehrte Betreuerin, sehr geehrte Bevollmächtigte, sehr geehrter Betreuerin, sehr geehrter Betreuer!

I. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

1. Was ist das Projekt *HandinHand*?

Das *Projekt HandinHand* hat das Ziel, die hausärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt der Patientin / des Patienten überträgt einige seiner Tätigkeiten auf speziell ausgebildete Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten. Diese kommen zur Patientin / zum Patienten nach Hause.

Näheres zum *Projekt HandinHand* entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten, Version für Betreuer und Bevollmächtigte“.

Die Teilnahme der Patientin / des Patienten am Projekt *HandinHand* ist **freiwillig** und für diese ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2. Welche Daten der Patientin / des Patienten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

Die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten wird von der Ärztin / dem Arzt der Patientin / des Patienten über das Pflegeexperten-Center an deren / dessen Krankenkasse übermittelt.

3. Wer ist Empfänger der Daten der Patientin / des Patienten?

Empfänger der Daten der Patientin / des Patienten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein. Im Rahmen des Projekts *HandinHand* werden folgende Institutionen die Daten der Patientin / des Patienten verarbeiten: Marienhaus GmbH als Betreiberin des Pflegeexperten-Centers, Marienhaus Dienstleistungen GmbH als IT-Betreiber von *HandinHand*. RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH als Entwickler und Betreiber der elektronischen Patientenakte „ePA für Pflege“. Die Auswertung geschieht nach Aufbereitung durch das RZV nur mit pseudonymisierten Daten (d.h. dass kein direkter Personenbezug vorhanden ist) am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, sowie der Universität zu Lübeck (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie) und der Universität zu Köln als Forschungsinstitute und an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV).

Die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten der Patientin / des Patienten werden unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (KDG, EU-DSGVO, BDSG, etc.) verarbeitet (das beinhaltet u.a. Erheben, Speichern, Auswerten). Die Erhebung, Verarbeitung und Auswertung der Daten der Patientin / des Patienten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, wenden Sie sich an den:

- Datenschutzbeauftragten der Marienhaus GmbH, Margaretha-Flesch-Straße 5, 56588 Waldbreitbach, E-Mail: datenschutzbeauftragter.holding@marienhaus.de

oder

- Landesdatenschutzbeauftragten für Rheinland-Pfalz, Postfach 30 40, 55020 Mainz, Telefon: +49 (0) 6131 208-2449, [poststelle\(at\)datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle(at)datenschutz.rlp.de).

II. Befundaustausch

Um für die Patientin / den Patienten eine gute Patientenversorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen sinnvoll. **Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme der Patientin / des Patienten am Projekt *HandinHand* erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über die Teilnahme der Patientin / des Patienten sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den die Patientin / den Patienten behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen ausgetauscht werden. Die Daten der Patientin / des Patienten werden in einer für das Projekt *HandinHand* entwickelten elektronischen Patientenakte (ePA für Pflege) gespeichert. Sie können der Datenübermittlung jederzeit widersprechen.**

III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung und Ihre Rechte zum Schutz dieser Daten der Patientin / des Patienten

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung der Daten der Patientin / des Patienten nach I. und II. mit Ihrer schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung am Projekt *HandinHand*.

1. Zum Schutz der Daten der Patientin / des Patienten stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 17 KDG bzw. Art. 15 DS-GVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 18 KDG bzw. Art. 16 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 19 KDG bzw. Art. 17 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 20 KDG bzw. Art. 18 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 22 KDG bzw. Art. 20 DS-GVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 23 KDG bzw. Art. 21 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)

Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft **jederzeit** zu widerrufen.

Sie erhalten **jederzeit** auf Wunsch eine unentgeltliche Kopie der bei uns gespeicherten Daten.

Weitere Informationen zu allen hier aufgelisteten (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Verarbeitungseinschränkung, Datenübertragung und Widerspruch) und Ihnen aufgrund gesetzlicher Regelungen zustehenden Rechten erhalten Sie bei:

Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH

Sprengnetter-Campus 4A

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Telefon: 02641-2077-955

Fax: 02641-2077-957

Email: pflegeexperten-center@marienhaus.de

2. Beschwerderecht bei der Datenaufsicht

Nach Art. 48 KDG i.V.m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der zuständigen Datenaufsicht lautet:

- Kirchliche Datenschutzaufsicht, Katholisches Datenschutzzentrum Frankfurt/M., Domplatz 3, Haus am Dom, D-60311 Frankfurt/M., Tel: 069 – 800 8718 800, Fax: 069 – 800 8718 815, E-Mail: info@kdsz-ffm.de

Teilnahme- und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
zum Projekt *HandinHand*
für Patienten mit einer gesetzlich bestellten Betreuung oder mit
einem Bevollmächtigten

Name des Arztes	
Postanschrift	
Telefon	
Arzt-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	
Name des Patienten	
Geburtsdatum	
Postanschrift	
Telefon	
Versicherten-Status	
Krankenkasse	
Versicherten-Nr.	
Kostenträger-Kennung	
Name des Betreuers oder des Bevollmächtigten	
Postanschrift	
Telefon	
Betreuungsdokument oder Vollmacht (ist beizufügen)	

**1. Teilnahme- und datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung zum Projekt
*HandinHand***

Hiermit erkläre ich, dass

- ich mit der Teilnahme der oben genannten Patientin / des oben genannten Patienten an dem Projekt *HandinHand* einverstanden bin und dieser Patient die Leistungen ihrer / seiner Hausärztin / ihres / seines Hausarztes, des Pflegeexperten-Centers sowie der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in Anspruch nimmt. Die Inanspruchnahme in Notfällen bleibt unberührt.
- mich die Hausärztin / der Hausarzt dieses Patienten ausführlich über die Inhalte, die Versorgungsziele des Projekts *HandinHand* sowie über die Aufgabenteilung zwischen der Ärztin / dem Arzt und dem Pflegeexperten-Center sowie deren Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten informiert hat. Ich habe die Patienteninformation für Betreuer über das *Projekt HandinHand* erhalten und verstanden.

- diese Patientin / dieser Patient über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten an dem Projekt teilnimmt. Nach Ablauf von 6 Monaten kann ihre / seine Teilnahme bis zum Ende des Projekts fortgeführt werden, sofern ich das möchte, ihre / seine Hausärztin / ihr / sein Hausarzt einverstanden ist und im Pflegeexperten-Center die dazu erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen vorliegen. Das Recht, die Projektteilnahme jederzeit, somit auch vor Ablauf von 6 Monaten, abzubrechen bleibt unberührt.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* freiwillig ist und ich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme der Patientin / des Patienten jederzeit beenden kann, ohne dass der Patientin / dem Patienten dadurch Nachteile entstehen,
- diese Beendigung der Teilnahme auch mündlich beim teilnehmenden Arzt oder schriftlich erfolgen kann,
- die Teilnahme mit dem Tag dieser Einwilligung beginnt,
- sich die Patientin / der Patient auch unabhängig von den Besuchen durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten jederzeit unmittelbar an ihre /seine Hausärztin / ihren / seinen Hausarzt wenden kann,
- eine wissenschaftliche Begleitforschung durch die Marienhaus GmbH, das RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen, die Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, die Universität zu Köln, Pflegewissenschaftliche Abteilung, und die Philosophisch-Theologische Hochschule in Vallendar (PTHV) stattfindet,
- über dieses Projekt Publikationen erstellt werden und in der Presse und Öffentlichkeit darüber berichtet wird,
- nach Projektabschluss ein wissenschaftlicher Abschlussbericht vorgesehen ist, über den sich die Patientin / der Patient bei der Hausärztin / dem Hausarzt der Patientin / des Patienten informieren kann,
- die im Rahmen des Projekts *HandinHand* erhobenen und gespeicherten Daten der Patientin / des Patienten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei ihrem / seinem Ausscheiden aus dem Projekt *HandinHand* gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahme am *Projekt HandinHand*.
- die im Pflegeexperten-Center erhobenen personenbezogenen medizinischen Daten der Patientin / des Patienten vor ihrer Löschung vom Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang aufbewahrt werden.
- die bereits erhobenen medizinisch-pflegerischen Daten der Patientin / des Patienten nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist gelöscht und bis dahin für die Verarbeitung gesperrt werden, falls ich die Einwilligung in die Teilnahme widerrufe und die Datenlöschung verlange. Zur Dokumentation dieses Widerrufs bleiben die Patientenidentifikationsdaten beim Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang erhalten.

Ja, ich möchte, dass die Patientin / der Patient an dem Projekt *HandinHand* teilnimmt und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Widerrufsbelehrung zur Projektteilnahme *HandinHand*

Sie können diese Teilnahmeerklärung jederzeit nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder mündlich beim teilnehmenden Arzt der Patientin / des Patienten widerrufen.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

3. Einwilligung zur Datenverarbeitung im Projekt *HandinHand*

Ich willige in die in der „Information zum Datenschutz für Betreuer und für Bevollmächtigte“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung der Daten der Patientin / des Patienten im Rahmen der Teilnahme an dem *Projekt HandinHand* durch ihre / seine Krankenkasse, durch das Pflegeexperten-Center, oder im Rahmen des Projekts *HandinHand* durch berechnigte Dritte ausdrücklich ein.

Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz für Betreuer und für Bevollmächtigte“ erhalten und diese zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich bin über die Rechte der Patientin / des Patienten belehrt worden und willige in die in der Information beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer / seiner Behandlungsdaten im Rahmen ihrer / seiner Teilnahme an dem *Projekt HandinHand* ein.

4. Einwilligung zum Befundaustausch mit anderen Behandlern

Ich willige in den Befundaustausch mit anderen Behandlern durch das Pflegeexperten-Center im Rahmen des Projekts *HandinHand* ausdrücklich ein.

5. Widerrufsbelehrung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Sie können dieses Einverständnis ohne für die Patientin / den Patienten nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich gegenüber dem teilnehmenden Arzt oder schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung.

Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden der Patientin / des Patienten aus dem *Projekt HandinHand* führt, richten Sie bitte mündlich an den teilnehmenden Arzt oder per E-Mail, per Fax oder per Post an

Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH

Sprengnetter-Campus 4A

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Telefon: 02641-2077-955

Fax: 02641-2077-957

Email: pflegeexperten-center@marienhaus.de

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift erteile ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung wie in Nr. 3 und Nr. 4 beschrieben und bestätige, dass ich über die jederzeitige Möglichkeit des Widerrufs dieser Einwilligung wie in Nr. 5 beschrieben in Kenntnis gesetzt wurde.

Datum

Unterschrift des
gesetzlichen Betreuers
oder des
Bevollmächtigten

Ärztliche Verordnung

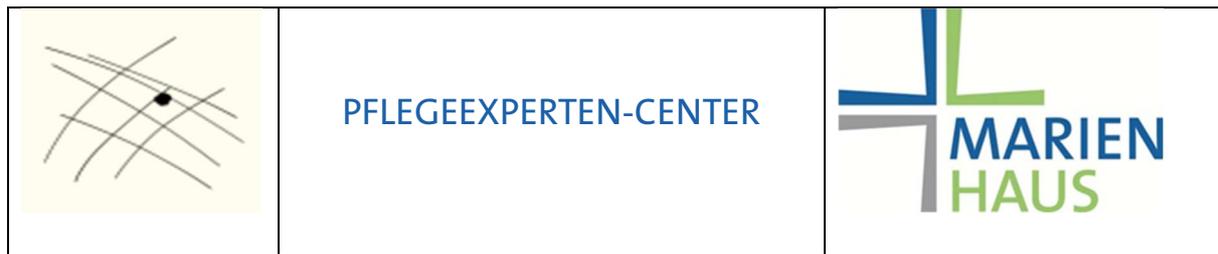
Krankenkasse bzw Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Tel. Patient:		



**Pflegeexperten-Center
Sprengnetter-Campus 4A
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 2077 955
Fax: 02641 2077 957**

Überweisungsgrund: (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Informationsdefizit im Umgang mit..... <input type="checkbox"/> Unterstützungsbedarf bei Krankheitsbewältigung <input type="checkbox"/> Praxisbesuch des Pat. nicht möglich	<input type="checkbox"/> Therapieoptimierung <input type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/> Sonstiges.....
Überweisungsauftrag: (bitte ankreuzen)	
Klinisches Assessment und Intervention (Details siehe Behandlungsplan)	
<input type="checkbox"/> Vitalzeichenkontrolle <input type="checkbox"/> EKG- Kontrolle <input type="checkbox"/> Blutzuckerlaufskontrolle <input type="checkbox"/> Kontrolle der Medikamentenadhärenz <input type="checkbox"/> Kontrolle der Nutzung von Medizingeräten <input type="checkbox"/> Verbandswechsel und Wundkontrolle	<input type="checkbox"/> Injektion <input type="checkbox"/> Blutabnahme <input type="checkbox"/> Wechsel eines Dauerkatheters (SPK Wechsel) <input type="checkbox"/> Sonstiges: <hr/> <hr/>
Beratung, Schulung, Anleitung:	
<input type="checkbox"/> Krankheitsbewältigung im Alltag <input type="checkbox"/> Gesundheitskompetenz: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sturzprävention <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme <input type="checkbox"/> Aktivität/Mobilität 	<input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Sekundärprävention <input type="checkbox"/> Krankheitsspezifische Informationen <input type="checkbox"/> Selbst- und Symptommanagement <input type="checkbox"/> Sonstiges: <hr/> <hr/>
Anmerkungen:	Stempel/Unterschrift:
Hiermit wird die Versorgung des o.a. Patienten durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten des Pflegeexperten-Centers der Marienhaus Holding GmbH, gemäß der Rahmenvereinbarung Delegation vom 04.02.2020 und den zwischen Arzt und Pflegeexperten geschlossenen „individuellen Delegationsvereinbarungen“, im Rahmen des Projekts <i>HandinHand</i> verordnet.	

- der bundeseinheitliche Medikationsplan ist beigelegt
 _____ (Anzahl) Anlagen sind beigelegt (Vorbefunde, alte Arztbriefe, EKG, Unterlagen Betreuung etc.)
 Diagnoseliste ist beigelegt



Curriculum

zur Einarbeitung und Fortbildung im Projekt HandinHand

*Qualifikationsmaßnahme in Anlehnung an
die Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen
in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen
oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V
oder in hausärztlichen Praxen.*

Erstellt von

Silke Doppelfeld
Leiterin des Pflegeexperten-Centers
im Projekt HandinHand
Diplom-Berufspädagogin (FH)
Lehrerin für Pflege-und Gesundheit M. A.

Inhalt

1	Vorbemerkung	3
2	Konstruktionsprozess nach Siebert/Knigge-Demal	4
3	Konstruktionsprinzipien für die Fortbildungsmodule	6
4	Lernvoraussetzung der Adressaten	7
5	Analyse der Wissenschaften	8
6	Abgleich mit dem NÄPa-Curriculum	9
7	Festlegung der Module	10
8	Überprüfung des Lernerfolgs	11
9	Nachhaltigkeit des Fortbildungscurriculums	11
10	Modulhandbuch	12
	10.1 Modul 1: Im neuen Praxisfeld professionell agieren	12
	10.2 Modul 2: Chronisch kranke Menschen im häuslichen Umfeld begleiten	15
	10.3 Modul 3: Förderung der Selbstmanagementkompetenzen von chronisch kranken Menschen	18
	10.4 Modul 4: Den Versorgungsprozess steuern	20
	10.5 Modul 5: Im Notfall sicher handeln	23
11	Literatur	25
12	Anhang	27

1 Vorbemerkung

Im Projekt „HandinHand“ wird eine neue pflegerische Versorgungsform entwickelt, erprobt und erforscht. Als pflegerische Kernhandlung werden Pflegeexperten in Delegation der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte Hausbesuche bei chronisch kranken Menschen durchführen und diese gezielt überwachen und begleiten. Ziel des Projektes ist es, Patientinnen und Patienten mit hohem ärztlichem Versorgungsbedarf intensiver betreuen zu können und damit die Versorgungsqualität zu verbessern. Bei zunehmendem Ärztemangel in ländlichen Gebieten kann dieses Projekt dazu beitragen, die auf dem Land tätigen Hausärzte zu entlasten und die Versorgung der Zielgruppe langfristig sicherzustellen.

Zu Beginn führen die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ein definiertes Screening innerhalb ihrer Patientengruppe durch, um passende Patientinnen und Patienten zu bestimmen, die dann über ein Zuweisungsverfahren in die Versorgung der Pflegeexperten überführt werden. Die Pflegeexperten führen ein spezielles Assessment durch und entwickeln einen individuellen Versorgungsplan, der mit dem Hausarzt abgestimmt wird. Es wird festgelegt, in welchen Abständen die Patientinnen und Patienten aufgesucht werden, welche Parameter regelmäßig beobachtet werden, welcher Betreuungs- bzw. Beratungsbedarf im Hinblick auf deren Erkrankungen besteht. Ziel ist es, spezifische Beschwerden der Patientinnen und Patienten zeitnah wahrzunehmen und damit Komplikationen und Exazerbationen frühzeitig zu erkennen. Durch zusätzliche Patientenedukation kann mehr Sicherheit für die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Hausbesuche der Pflegeexpertinnen und -experten gewonnen werden. Krankenhauseinweisungen und auch der Drehtüreffekt nach Krankenhausaufenthalten können durch diese neue Versorgungsform, die von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam gestaltet wird, vermieden werden. Die Dokumentation erfolgt in einer elektronischen Patientenakte. Zudem erfolgen nach jedem Besuch Statusberichte an die am Projekt teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte.

Die aufsuchende Versorgung von chronisch kranken Menschen ist ein pflegerisches Handlungsfeld in der Primärversorgung, das sich innerhalb des Projekts entwickeln wird. Die Entstehung des neuen Handlungsfeldes richtet sich einerseits nach dem Bedarf der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten, andererseits wird es durch die Erwartungen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte beeinflusst. Analog dazu entwickelt sich das Kompetenzprofil der Pflegeexperten. Ziel ist es, eine Grundlage an Kompetenzen zu schaffen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden.

Die Entwicklung der Kompetenz für eine erweiterte Pflegepraxis wird bei den einzelnen Pflegepersonen durch den Studiengang Pflegeexpertise gefördert, der von allen teilnehmenden Pflegeexperten absolviert wird. Neben der akademischen Bildung wurde das hier vorliegende

	Gültig ab: 01.10.2019		Seite 3 von 27
--	-----------------------	--	----------------

innerbetriebliche Einarbeitungs- und Fortbildungscurriculum entwickelt. Dieses besteht aus fünf Modulen, deren Ziele und Inhalte methodisch durch theoretische Schulungen, Einweisungen, Transferaufgaben und Skill-Trainings, die sich eng am Handlungsfeld orientieren, vermittelt werden. Zur Entwicklung dieser Qualifikationsmaßnahmen, die in den Bereich der Anpassungsfortbildungen verortet werden kann, wurde der Curriculumkonstruktionsprozess nach Knigge-Demal bzw. Siebert durchlaufen, in dem auf Grundlage der zuvor definierten Ziel- und Leitideen des Projekts eine gezielte Handlungsfeldanalyse durchgeführt wird, die es ermöglicht, Handlungskompetenzen zu beschreiben. Auf Grundlage dieser definierten Handlungskompetenz können konkrete Lernziele für interne Bildungsmaßnahmen festgelegt werden, die in Form von Modulen abgebildet wurden.

2 Konstruktionsprozess nach Siebert/Knigge-Demal

Der Curriculumkonstruktionsprozess nach Siebert wurde von Knigge-Demal und Hundenborn in diversen Projekten zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs genutzt.¹ Insbesondere in der Pflegebildungsforschung kam dieser Ansatz häufig zum Einsatz. Unter anderem wurde im Projekt Pflegeausbildung in Bewegung ein generalistisches Curriculum entwickelt, das den systemischen Ansatz von Pflege mit seinen konstitutiven Elementen als didaktisches Element zur Aufbereitung von Lernsituationen nutzt.² Sowohl in der Ausbildung als auch in der Weiterbildung von Pflegefachpersonen wird dieses Modell eingesetzt, um strukturiert berufliche Situationen aufzuschlüsseln und didaktisch zu bearbeiten.³ Berufliche Curricula sollen dazu dienen, die Handlungskompetenz in spezifischen beruflichen Situationen zu erweitern.⁴ Diesen Zweck soll die Qualifikationsmaßnahme im Projekt HandinHand erfüllen. Daher wurden auch die individuellen Lehr-Lernsettings zur situations- und kompetenzorientierten Bildung im Projekt HandinHand mit diesem Modell entwickelt.

Curricula sind daher systematisch entwickelte Setzungen der Ziele, Inhalte, Methoden und Lernerfolgsüberprüfungen von Lehr-Lernprozessen. Ein Curriculum soll Planung und Realisierung von Bildungsinhalten der Willkürlichkeit der Einzelentscheidung entziehen, es dient der Steuerung von Lernprozessen und ermöglicht Lernergebnisse objektiv vergleichbar zu machen.⁵ Diese Anforderungen wurden auch an die Qualifikationsmaßnahme im Projekt HandinHand gestellt.

¹ Siebert 1974, Hundeborn & Knigge-Demal 1996

² Hundenborn, Brüche 2004,

³ Hundeborn 2007, Hundeborn Brüche in Kaiser 2005

⁴ Knigge-Demal 2001, S.41-44, Evers 2011, S. 50, Walter 2019

⁵ Knigge-Demal, 2001, S. 44-55

Der Konstruktionsprozess umfasst vier Phasen. Im ersten Schritt wird ein Begründungsrahmen für das Curriculum entwickelt. In diesem werden Leitideen und Leitziele definiert. Bei den Leitideen handelt es sich um die Festlegung des Pflege- und Bildungsverständnisses. Leitziele sind normativ festgelegte Ziele wie beispielsweise gesetzlich vorgeschriebene Ziele von Aus- und Weiterbildungen. Im Fall des Projekts HandinHand werden die Projektziele in den Mittelpunkt der didaktischen Überlegungen gerückt. Leitideen und Leitziele dienen als „Filter“ bei der Auswahl der Situationen, die für das Curriculum bei der Analyse der Handlungsfelder genutzt werden, um Kompetenzen zu definieren, die durch die Lernangebote angebahnt werden sollen. Im zweiten Schritt findet die Analyse der Handlungsfelder statt. Diese umfasst eine Auswahl und Beschreibung von beruflichen Situationen, die von den Pflegeexperten kompetent bewältigt werden müssen. Zudem werden die Lernvoraussetzungen der Adressaten vor diesem Hintergrund überprüft. Dabei werden sowohl Überlegungen hinsichtlich des formalen Qualifikationsstandes der Pflegeexperten als auch der zu erwartenden Erfahrungskompetenz angestellt. Unabhängig vom innerbetrieblichen Bildungsprogramm beginnen die Pflegeexperten ihren berufs begleitenden Studiengang. Das innerbetriebliche Bildungskonzept sollte folglich Dopplungen vermeiden. Zum Abschluss der zweiten Konstruktionsphase des Fortbildungsprogramms findet eine Wissenschaftsanalyse statt. Es wird durch Recherche überprüft, mit welchen aktuellen Erkenntnissen der Bezugswissenschaften, z.B. der Pflegewissenschaft, der Medizin, der Rechtskunde oder auch der Pädagogik und Psychologie, es den Pflegeexperten ermöglicht wird, die auf sie zukommenden beruflichen Situationen fach- und sachkundig und gleichermaßen professionell zu bewältigen.⁶ Im dritten Schritt der Curriculum-Entwicklung werden aus den analysierten Situationen Bildungsangebote konzipiert.⁷ In der beruflichen Bildung werden diese modular strukturiert, um die Einordnung in nationale und europäische Qualifikationsrahmen zu ermöglichen.⁸ Modularisierte Bildungsgänge tragen dazu bei, die Qualifikationen transparent auszuweisen. Exemplarisch sei hier der Rahmenlehrplan in der Gesundheits- und Krankenpflege Rheinland-Pfalz genannt, der im Rahmen der Entwicklung des Fortbildungscurriculums die formale Grundlage darstellt, die Lernvoraussetzungen der Pflegeexperten im Hinblick auf die bereits in der Ausbildung erlangten Kompetenzen zu ermitteln. Dahingehend werden, im Sinne einer Anpassungsfortbildung, konkrete Ziele und Inhalte für die Einarbeitung und die Fortbildung, vor den Anforderungen des neuen Handlungsfeldes, festgelegt. Der vierte Schritt ist die Evaluation des Lernangebots. Diese erfolgt nach Konzep-

⁶ Evers 2011, S. 56

⁷ Knigge-Demal, 2001, S. 44 ff.

⁸ Evers 2011, S. 49

tion und Entwicklung zunächst vorab nach Rücksprache mit anderen Experten und im Nachgang mit der Zielgruppe der Lernenden.⁹ Sollten sich weitere Lernbedarfe ergeben, können so im Verlauf des Projekts, z.B. im Nachgang der Qualitätszirkel weitere Lernangebote geschaffen werden.

3 Konstruktionsprinzipien für die Fortbildungsmodule

Das Einarbeitungs- und Fortbildungsprogramm soll konzeptionell einem situations- und kompetenzorientierten Bildungsverständnis folgen. Dieses Bildungsverständnis knüpft an das berufspädagogische Paradigma an. Ziel ist es, Pflegefachpersonen zu befähigen, sich in schwierigen beruflichen Situationen zu bewähren. Dabei gibt es nicht nur den einen „richtigen“ Weg, sondern passende Lösungen, die individuell situativ zu finden sind¹⁰. Als Strukturierungsform der Fortbildung werden Module gewählt.¹¹ Es handelt sich dabei um die gängige Strukturierungsform in der pflegeberuflichen Bildung.¹²

Bei der Konzeptionierung spielt auch das Pflegeverständnis eine zentrale Rolle. Bei der Tätigkeit der Pflegeexperten entsteht durch die Entwicklung einer neuen Versorgungsform, ein derzeit noch unbekanntes pflegerisches Praxisfeld. Welche Situationen von den Pflegeexperten als schwierig erlebt werden, kann noch nicht vorausgesagt werden. Ebenso unklar ist, wie sie ihre Rolle wahrnehmen und definieren. Daher wird bei der Definition des Pflegeverständnisses auf allgemeine und von den meisten Pflegenden als berufsethisch akzeptierte Kriterien zurückgegriffen. Bei der Begleitung von chronisch kranken Menschen oder generell Menschen, die einen längeren Zeitraum zur Genesung brauchen, kann das Trajekt-Modell hilfreich sein, um den Versorgungsprozess dieser Personengruppe zu gestalten. Der Versorgungsprozess ist ein Beziehungs- und Problemlösungsprozess.¹³ Der Problemlösungsprozess ist eher kognitiv-rational verortet und verlangt eine hohe Fachkompetenz. Kompetente Versorgung von chronisch kranken Menschen erfordert ein überdurchschnittliches Fachwissen über die Krankheitsbilder der Zielgruppe und die Fähigkeit, sich stetig aktuelles Wissen anzueignen. Das Rollenverständnis der Pflegeexperten sollte sich dahingehend entwickeln, dass vor dem Hintergrund spezifischer Problemstellungen und der darin zu Grunde liegenden Lösungssuche,

⁹ Knigge-Demal 2001, S. 42 ff., Evers 2011, S. 59

¹⁰ Walter 2019

¹¹ Lipsmeier 2000

¹² Hundeborn, Knigge-Demal 2011

¹³ Thiel 2001

	Gültig ab: 01.10.2019		Seite 6 von 27
--	-----------------------	--	----------------

ein Bewusstsein für „Lebenslanges Lernen“ entsteht. Vor diesem Hintergrund, sollen die Pflegeexpertinnen und Experten darin trainiert werden, sich eigenständig neues Wissen anzueignen. In den Bildungsangeboten zur Einarbeitung und Fortbildung wird demnach gemeinsam geübt, geeignete Quellen zu suchen und auszuwerten.

Der Beziehungsprozess ist an die professionelle, jedoch gleichermaßen menschliche Begegnung gekoppelt, die Empathie und Mitgefühl miteinschließt.¹⁴ Die Pflegeexperten gehen respektvoll und akzeptierend mit den Patientinnen und Patienten um und finden dahingehend in einer Kombination von Regelwissen und Fallverstehen, gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten passende Lösungen für ihre gesundheitlichen Anliegen. Bezüglich der persönlichen Anliegen nehmen sie eine advokatorische Rolle bei Bezugspersonen und den weiteren am Versorgungsprozess beteiligten Professionellen ein.¹⁵ Im Mittelpunkt der Versorgung soll das Leitziel der Patientensicherheit, neben der bestmöglichen Autonomie, stehen. Die Pflegeexperten tragen zu einem selbstbestimmten Leben der chronisch kranken Menschen bei und nehmen dabei eine pädagogische Rolle ein.

4 Lernvoraussetzung der Adressaten

Die Pflegeexperten kommen zu Projektbeginn aus verschiedenen Institutionen. Elf von zwölf haben bisher im Akutkrankenhaus in verschiedenen Abteilungen gearbeitet. Demzufolge verfügen die meisten über Erfahrung mit akuten Krankheiten und weniger mit chronischen Erkrankungen in der Phase der Kompensation. Im Akutkrankenhaus sammeln Pflegekräfte sehr viel klinische Erfahrung, weil sie einen sehr engen Kontakt zu den Patientinnen und Patienten haben. Die Überwachung der akut erkrankten Menschen ist eine zentrale Aufgabe der Pflegekräfte in einem Krankenhaus. Daher sind sie darauf trainiert, Anzeichen einer Verschlechterung frühzeitig zu erkennen und zeitnah einen Arzt hinzuzuziehen. Im Handlungsfeld Akutklinik hat die Delegation einen besonderen Stellenwert, weil die Teamarbeit der medizinischen Fachabteilungen berufsgruppenübergreifend stattfindet. Pflegekräfte im Akutkrankenhaus arbeiten eng mit Ärzten zusammen und wissen um die Bedeutung einer zielgerichteten und zeitnahen Informationsweitergabe.

Das Arbeiten im häuslichen Setting und die Abwesenheit des Teams ist für die meisten Pflegeexperten eine neue Erfahrung. Die Fähigkeit, Situationen einzuschätzen, muss folglich im neuen Praxisfeld trainiert werden. Die Berufserfahrung der Pflegeexperten liegt zwischen zwei

¹⁴ Doppelfeld 2016

¹⁵ Weidner 1995, Friesacher 2008

und achtundzwanzig Jahren. Vor diesem Hintergrund muss von unterschiedlichen Kompetenzstufen ausgegangen werden. Auch wenn die Pflegeexperten nach dem Modell von Benner¹⁶ in diesem neuen Arbeitsbereich wieder als „Anfänger“ starten, sind sie in ihren eigenen Bereichen bereits „kompetent Pflegende“, „erfahrene Pflegende“ und „Experten“.¹⁷ Diese Expertise bringen sie grundsätzlich für den neuen Arbeitsbereich mit (vgl. Tabelle Qualifikation der Pflegeexperten).

Alle Pflegeexperten verfügen über eine pflegerische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, allerdings sind vier Personen nach den Lehrplänen des KrPflG von 1985 ausgebildet und acht nach dem KrPflG (Krankenpflegegesetz 2003) ausgebildet. Dies hat zur Folge, dass die Mitarbeiter die vor 2004 ausgebildet wurden, einen größeren Schwerpunkt der theoretischen Ausbildung in medizinischen Fachdisziplinen aufweisen, da diese noch fächerorientiert ausgerichtet war. Demgegenüber wurde in dieser Ausbildungsform noch nicht situations- und kompetenzorientiert gelehrt. Ebenso wenig wurden psychosoziale Schwerpunkte in der Patientenbetreuung fokussiert. Die Mitarbeiter, die nach 2004 ausgebildet wurden, haben eine fächerübergreifende und modular aufgebaute Ausbildung durchlaufen, in der Gesundheitsförderung und Prävention, sowie Schulung, Anleitung und Beratung ein Schwerpunkt der Ausbildung darstellte und einen Teil der staatlichen Prüfung abbildete. Den chronischen Erkrankungen waren diverse Lerneinheiten in verschiedenen Modulen gewidmet. Die praktischen Ausbildungsanteile spielten sich überwiegend im Akutkrankenhaus ab, in diesem Setting findet Beratung von Patienten nur marginal bei Bedarf statt. Demzufolge müssen durch die internen Fortbildungen die Experten auf einen Wissenstand hinsichtlich der praktischen Durchführung der personenzentrierten Beratung und Gesundheitsförderung gebracht werden. Die Betreuung und Überwachung chronisch kranker Menschen ist für alle Pflegeexperten eine neue Aufgabe und der ermittelte Schulungsbedarf wird trotz Erfahrung und vorangegangenen Bildungsgängen bei allen Pflegeexperten, einen Schwerpunkt bilden, der sich durch die gesamten drei Jahre des Projekts ziehen wird.

5 Analyse der Wissenschaften

Alle Pflegeexperten müssen sich mit dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die gängigen chronischen Erkrankungen auseinandersetzen. Dies bezieht sich insbesondere auf die Erkenntnisse die in Verbindung mit Public Health und der ambulanten Begleitung der Zielgruppe stehen. Für die meisten Erkrankungen wurden seitens der medizinischen Fachdisziplinen Leitlinien erarbeitet. Diese werden hauptsächlich zu Schulungszwecken genutzt.

¹⁶ Benner 1994

¹⁷ Strunk-Richter 2008

	Gültig ab: 01.10.2019		Seite 8 von 27
--	-----------------------	--	----------------

Zudem hat sich die Pflegewissenschaft mit der Zielgruppe der chronisch kranken Menschen befasst. Auch diese Erkenntnisse fließen in das Schulungsprogramm mit ein.

Die Psychologie und die Pädagogik bieten Modelle des Krankheitserlebens und der Patientenedukation, die ebenso in das Konzept mit einfließen.

6 Abgleich mit dem NÄPa-Curriculum

Das Handlungsfeld der Pflegeexperten wird aktuell zum Teil von medizinischen Fachangestellten MFA und Nichtärztlichen Praxisassistenten/ NÄPas besetzt. Daher erschien es sinnvoll sich mit den Qualifikationen dieser Berufsgruppen auseinander zu setzen. Es wurde deutlich, dass vor allem vor dem Hintergrund des Delegationsrechtes diese Überprüfung wichtig und sinnvoll ist.

Nach dem systematischen Durchlaufen der regulären Konstruktionsschritte des Curriculums, insbesondere beim empirischen Abgleich durch aktuelle Fachliteratur, wurde sich im Rahmen der Literaturrecherche zum Delegationsrecht dafür entschieden, eine Synopse anzufertigen, die die Qualifikation der Pflegenden, die nach dem KrPflG ausgebildet wurden, mit der Qualifikation der NÄPa gegenüberstellt, um Diskrepanzen in der formalen und materiellen Qualifikation aufzudecken.

Grundlage dieser Synopse war die Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen.¹⁸ Diese Richtlinie entfaltet vor dem Hintergrund des Delegationsrechtes in der Curriculumkonstruktion einen normativen Charakter, der im originären Konstruktionsprozess auf die Ebene der Leitziele hätte bearbeitet werden müssen. Formal werden in diesem Dokument keine Kompetenzen definiert, jedoch wird eine Dauer der Fortbildung in Stunden sowie ein Themenkatalog ausgewiesen. Dieser normative Rahmen wurde in den Konstruktionsprozess auf der zweiten und dritten Ebene formal mit einbezogen.

In der Regel werden Medizinische Fachangestellte (MFA) zu NÄPa weitergebildet. Die Ausbildung zur MFA umfasst innerhalb der drei Jahre Ausbildungszeit, 840 theoretische Stunden, die in Lernfelder gegliedert sind. Die Lernfelder bilden vor allem die organisatorische, administrative und logistische Arbeit in der Arztpraxis ab.¹⁹ MFA arbeiten im Regelfall im direkten

¹⁸ Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen online unter: http://kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf

¹⁹ Rahmenlehrplan zur Medizinischen Fachangestellten, online unter: http://kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf, S. 8

Arztkontakt im Setting der Arztpraxis und weniger im engen prozesshaften Patientenkontakt wie es in der Delegation von Hausbesuchen der Fall ist. Daher werden die MFA durch das NäPa-Curriculum auf das Setting Hausbesuch nochmals mit 110 Stunden geschult. Auch Personen, die nach dem Krankenpflegegesetz ausgebildet sind, sollen gemäß der Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten entsprechend geschult werden. Diese dürfen dann auch die Bezeichnung NäPa tragen, auch wenn dies berufsrechtlich fragwürdig erscheint. Durch den Richtliniencharakter des Dokuments wurden den Qualifikationsanforderungen an die Personen, die eine Berufsbezeichnung nach dem KrPflG tragen, fortan im Verlauf der Curriculumkonstruktion Rechnung getragen. Ziel war es alle Anforderungen zur Delegation von Tätigkeiten durch die teilnehmenden Ärzte des Projekts rechtlich zu erfüllen.

Durch die Modularisierung der Pflegeausbildung in Rheinland-Pfalz war es möglich eine Synopse anzufertigen, die ausweist, welche Themen des NäPa-Curriculums bereits in der Pflegeausbildung umfassend bearbeitet wurden und in welchem Rahmen eine vertiefende Einarbeitungs- und Fortbildungsmaßnahme für die Pflegeexperten vor dem Hintergrund der Delegationsrichtlinie erarbeitet werden muss (vgl. Synopse NäPa-Pflegeexperten)

Bei Überprüfung des aktuellen Rahmenlehrplans für die Gesundheits- und Krankenpflege wurde deutlich, dass im Rahmen der 2100 theoretischen Stunden der Ausbildung die medizinische Kompetenz der Pflegeexperten bereits sehr umfassend ist. Zudem wurden durch die staatliche Prüfung diverse Qualifikationen erworben.

Vergleicht man die Bildungswege NäPa - insgesamt 950 theoretischen Stunden- mit den 2100 theoretischen Stunden der Pflegefachleute, sollte darauf geachtet werden, dass doppelt lernen in Zeiten der Modularisierung vermieden wird und stattdessen eine Vertiefung und Erweiterung der für das Praxisfeld relevanten Themen erfolgt. Die angefertigte Synopse ermöglichte es, darzulegen, dass die in der Richtlinie ausgewiesenen Themen bereits in der grundständigen Pflegeausbildung bearbeitet wurden. Mit der staatlichen Prüfung gemäß KrPflG/KrPflAPrV wurden damit die geforderten Kompetenzen der Richtlinie bereits erworben. Vor dem Hintergrund der geforderten Fortbildungsstunden und der ausgewiesenen Lernbereiche war es möglich mit Blick auf die Handlungsfeldanalyse sinnvoll und zielgerichtet Themen innerhalb der Module festzulegen, die der zukünftigen Kompetenz der Pflegeexperten gerecht werden. (vgl. Synopse, Anlage zum Fortbildungscurriculum).

7 Festlegung der Module

Bei der Vorbereitung der Fortbildungen ist sich bei der Zielsetzung an der Handlungsfeldanalyse und der definierten Handlungskompetenz zu orientieren. Eine Überfrachtung mit trägem

	Gültig ab: 01.10.2019		Seite 10 von 27
--	-----------------------	--	-----------------

Wissen ist zu vermeiden. Es sollte methodisch immer ein praktischer Bezug hergestellt werden.

Zur Strukturierung können folgende Module benannt werden:

1. Im neuen Praxisfeld professionell agieren (Äquivalent NÄPa Berufsbild)
2. Chronisch kranke Menschen im häuslichen Umfeld begleiten (Äquivalent NÄPa Medizinische Kompetenz)
3. Chronisch kranke Menschen beraten und ihre Selbstkompetenz fördern (Äquivalent NÄPa Medizinische Kompetenz, Kommunikation)
4. Den Versorgungsprozess steuern (Äquivalent NÄPa Dokumentation)
5. Im Notfall sicher handeln (Äquivalent NÄPa Notfallmanagement)

8 Überprüfung des Lernerfolgs

Die Pflegeexperten erweitern ihre Kompetenz über das Fortbildungskonzept und über eigenständiges Erarbeiten von Referaten, sowie Schulungen für ihre Kollegen und Kolleginnen, sie führen analog zu einer schriftlichen Prüfung regelmäßig Kolloquien durch, in denen sie eigenständig relevante medizinische Themen aufbereiten, präsentieren und diskutieren.

Die Aufarbeitung der Themen erfolgt nach wissenschaftlichen Kriterien und Quellen, z. B. nach AWMF-Leitlinien und Fachartikeln.

Die Pflegeexperten erhalten im Anschluss eine Bewertung durch die Leitung des Pflegeexperten-Centers (Lehrerin für Pflege- und Gesundheit) und ggf. durch den Projektleiter, der approbierter Arzt ist (vgl. analog Prüfungsausschuss gemäß KrPflAPrV § 4 (1) 1b).

9 Nachhaltigkeit des Fortbildungscurriculums

Das Projekt ist ein Lernort für alle Beteiligten. Es wird sich jeweils aktuell mit der Balance Score Card, die das strategische Feld Lernen und Entwicklung abdeckt, mit Bildungsbedarf und Bildungsangeboten innerhalb der Projektsteuerungsgruppe auseinandergesetzt. Es ist geplant, im Gesamtverlauf Qualitätszirkel, Fallbesprechungen und Fortbildungen regelmäßig durchzuführen.

Zudem studieren die Pflegeexperten im Studiengang Pflegeexpertise und können ihre Erfahrungen aus dem neuen Handlungsfeld anhand der Inhalte des Studiengangs reflektieren.

10 Modulhandbuch

10.1 Modul 1: Im neuen Praxisfeld professionell agieren

Im neuen Praxisfeld professionell agieren	
Äquivalent NÄPa: Berufsbild	Stundenumfang: Mind. 46 Stunden
Begründung des Moduls:	
<p>Pflegeexperten, die in der Primärversorgung im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten tätig werden, gestalten ein neues Praxisfeld und entwickeln damit eine neue Versorgungsform. In diesem Praxisfeld liegen in Deutschland keine Erfahrungen vor, daher existieren noch keine „Models of good practice“, an denen sich hinsichtlich des beruflichen Handelns orientiert werden kann. Die Pflegeexperten sind in ihrer neuen Rolle unterschiedlichen Rollenerwartungen ausgesetzt. Die Interaktion mit Patientinnen und Patienten, mit den teilnehmenden Ärzten, den Bezugspersonen, innerhalb des Teams und auch in der Fachöffentlichkeit, stellt die Pflegeexperten bei der Gestaltung ihrer Rolle vor eine neue Herausforderung. Die Gestaltung der neuen Versorgungsform ist als ein kreativ-innovativer Prozess zu verstehen, an dem die Pflegeexpertinnen und -experten aktiv beteiligt sind. Diese Aufgabe ist sowohl fachlich als auch personal-kommunikativ anspruchsvoll. Pflegexpertinnen und -experten führen ärztlich delegierte Maßnahmen im Rahmen des Hausbesuchs durch. Sie führen eigenverantwortlich die klinische Überwachung sowie Assessments durch, um die aktuelle Situation der Patientinnen und Patienten einschätzen und bewerten zu können. Sie führen pflegerische Interventionen, wie z. B. Patientenedukation prozesshaft durch, welche sie mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam festgelegt haben. Sie arbeiten selbstständig und haben weder eine permanente Anbindung an ihre Kolleginnen und Kollegen, noch zu den Hausärztinnen und Hausärzten ihrer Patientinnen und Patienten. Pflegeexperten treffen Entscheidungen vor Ort, die sie eigenverantwortlich tragen. Das Spannungsfeld der rechtlichen Rahmenbedingungen, den Zielen des Projekts und den berufspolitischen Zielen der Berufsgruppe Pflege bedarf einer individuellen Auseinandersetzung um eine Rollensicherheit zu entfalten. Die professionelle Beziehung zu den Patientinnen und Patienten ist geprägt von einem partnerschaftlichen Vertrauen und einer advokatorischen Haltung. Im Kontakt mit den Hausärztinnen und Hausärzten gilt es, eine vertrauensvolle interprofessionelle Zusammenarbeit aufzubauen.</p>	
Didaktische Kommentierung:	
<p>In diesem Modul werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf die neue Rolle vorbereitet. Dazu bedarf es einer Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Rollenerwartungen, die an die Pflegeexpertinnen und -experten in ihrem neuen Praxisfeld gestellt werden. Die Auseinandersetzung erfolgt immer in Verbindung mit relevanten Inhalten, die im Bezug zur neuen beruflichen Rolle stehen. Ein reflexiver Teamprozess wird in der Fortbildungs- und Einarbeitungsphase durch gemeinsames Erarbeiten von pflegfachlichen Interventionen für die Zielgruppe flankierend zur Rollenbildung eingesetzt. Der Innovationscharakter des Projekts fließt sowohl in die eigene Auseinandersetzung, als auch in den Teambuildingprozess mit ein. Dieses Modul findet vor dem ersten Patientenkontakt statt, daher ist es</p>	
Gültig ab: 01.10.2019	Seite 12 von 27

sinnvoll, zur Rollenreflexion im Verlauf des Projekts weitere Bildungsangebote zu planen. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten steht im Zusammenhang mit professioneller Beziehungsgestaltung. Diese soll zum Thema gemacht werden, um individuelle Entwicklung zu fördern.

Handlungskompetenz:

Die Pflegeexperten reflektieren ihre Rolle vor dem Hintergrund der rechtlichen, gesellschaftlichen und berufspolitischen Rahmenbedingungen. Dabei setzen sie sich intensiv mit ihrem neuen Praxisfeld und den Rollenerwartungen, die an sie gestellt werden, auseinander. Sie definieren im Team ein berufliches Selbstverständnis, welches sie im Projektverlauf weiterentwickeln. Sie erproben sich in neuen Rollen und reflektieren ihre Selbstwirksamkeit vor dem Hintergrund der Bewältigung neuer Aufgaben.

Lernergebnisse

1. Wissen

- Kenntnisse über die Hintergründe, Ziele, Rahmenbedingungen des Projekts, Bedeutung des Innovationsfonds.
- Kenntnisse über demografische Entwicklung, Fachkräftemangel und Diskussion über neue Versorgungsformen.
- Kenntnisse über Delegation und Substitution, rechtliche Grundlagen zum Versorgungsvertrag und zur Delegationsvereinbarung.
- Kenntnisse über die internationale Rolle von Pflegenden in der Primärversorgung und in einer erweiterten Pflegepraxis.
- Kenntnisse über die Grundlagen des QM und Risikomanagements im Projekt und die daran geknüpfte Rolle der Pflegeexperten.
- Kenntnisse über die Rolle von akademisch gebildeten Pflegekräften

2. Können

- Analyse und Diskussion der Hintergründe zum Projekt sowie der eigenen Rolle.
- Vergleich mit ähnlichen Projekten und Deutung der Rolle der dort mitwirkenden Pflegekräfte sowie die Rolle von NÄPa/VERAH®
- Verständnis der verschiedenen Rollenerwartungen in der Interaktion mit den verschiedenen Akteuren im neuen Praxisfeld.
- Individuelle Gestaltung der neuen beruflichen Rolle vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Rollenerwartungen.
- Definition von Leitideen im Team sowie eigenen Rollenerwartungen.
- Reflexion der eigenen Rollenentwicklung

3. Einstellungen

- Rollenreflexion bedeutsam für die eigene berufliche Entwicklung empfinden.
- Innovation und Kreativität mit einbringen wollen.

<ul style="list-style-type: none"> Partnerschaftliches Beziehungshandeln in den Fokus des Patientenkontakts legen. Partnerschaftlichkeit in der interprofessionellen Interaktion als wichtig empfinden 	
Inhalte und Stundenaufteilung	
Hintergründe zum Projekt, der Innovationsfonds des GBA und seine Bedeutung	4
Rechtliche Hintergründe zum Projekt (Delegation in Abgrenzung zur Substitution)	2
Rolle von Pflegefachpersonen in der Primärversorgung (Studienlage national und international, vergleichbare Projekte)	4
Vergleich mit ähnlichen Projekten, sowie Rolle von NÄPa/VERAH®	8
Advanced Nursing Practice bei der Zielgruppe der chronisch erkrankten Menschen unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland	2
Pflegeverständnis im neuen Praxisfeld, Rolle Patientenedukation	4
Kommunikationsstrukturen im Team und im Kontakt mit dem Ärztenetz	2
Workshop Leitgedanken des Teams	4
Workshop Reflexion Rollenerwartungen	2
Teambuilding	12
Rollenerwartungen aus subjektiver Sicht	2
Sicherung der Lernergebnisse	
Feedbackgespräche	
Literatur	
<p>Böhme, H. (2008, April). Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Pflegepersonal–von der Delegation bis zur Allokation–rechtliche Hintergründe. In <i>Public Health Forum</i> (Vol. 16, No. 1, pp. 21-22). De Gruyter.</p> <p>Dreier, A., Rogalski, H., Oppermann, R. F., & Hoffmann, W. (2012). Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. <i>Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i>, 106(9), 656-662.</p> <p>Lauven, Projektdokumente HandinHand</p> <p>Spirig, R. (2010). Advanced Nursing Practice (ANP) im direkten Pflegealltag: Die pflegerische Praxisentwicklung eines akutgeriatrischen ANP-Teams. <i>Pflege</i>, 23(6), 403-410.</p>	

Schuler, P., Händler-Schuster, D., Grossmann, F., & Mahrer Imhof, R. (2015). Herzinsuffizienz-Schulung zeigt Wirkung: Rolle der ANP bei der Patientenversorgung und Praxisentwicklung. *Krankenpflege*, 2015(5), 26-27.

ZIMMERMANN, Alexandra. Delegation: Was ist erlaubt?. *Heilberufe*, 2011, 63. Jg., Nr. 6, S. 44.

Ullmann-Bremi, A., Schlüer, A. B., Finkbeiner, G., & Huber, Y. (2011). << Wie ein ANP-Team laufen lernt>>—Herausforderungen und Chancen von ANP-Teams am Universitätskinderhospital Zürich. *Pflege*, 24(1), 21.

10.2 Modul 2: Chronisch kranke Menschen im häuslichen Umfeld begleiten

Chronisch kranke Menschen im häuslichen Umfeld begleiten	
Äquivalent NÄPa: Medizinische Kompetenz	Stundenumfang: 134
Begründung des Moduls:	
Die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten im Projekt HandinHand sind chronisch kranke Menschen, über 60 Jahre, die nicht mehr regelmäßig selbständig die hausärztliche Praxis aufsuchen können. Ziel ist es, deren Gesundheitszustand zu stabilisieren. Dies soll durch die Hausbesuche der Pflegexperten unterstützt werden. Neben der klinischen Überwachung werden Interventionen zur Gesundheitsförderung durchgeführt. Zur Vorbereitung auf diese Aufgabe soll durch dieses Modul eine Auseinandersetzung mit chronischen Erkrankungen und deren Folgen, Begleiterscheinungen und Komplikationen stattfinden.	
Didaktische Kommentierung:	
In diesem Modul soll ein krankheitsorientierter Schwerpunkt liegen, der es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglicht, auf ihren, in der Ausbildung und Pflegepraxis erlangten Kenntnissen aufzubauen, bzw. diese zu vertiefen. Der Fokus soll auf der Langzeitbehandlung von chronischen Erkrankungen liegen. Als Lehr- und Lerngrundlage werden Leitlinien und Material der medizinischen Fachgesellschaften genutzt.	
Handlungskompetenz:	
Die Pflegeexpertinnen und -experten begleiten chronisch kranke Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Dabei führen sie die klinische Überwachung durch und erkennen Exazerbationen frühzeitig. Im engen Kontakt mit den teilnehmenden Ärzten wird ein Versorgungsplan erstellt, der zur Stabilisierung der chronisch kranken Menschen beitragen soll. Pflegeexpertinnen und -experten agieren präventiv, indem sie das Selbst- und Symptommanagement der Patientinnen und Patienten fördern.	
Lernergebnisse	
1. Wissen	

<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über Epidemiologie der unterschiedlichen chronischen Krankheitskomplexe • Kenntnisse über Diagnostik, Therapie, Verläufe, Komplikationen, Prognose von exemplarischen chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Bewegungsapparates, der Lunge und des Stoffwechselsystems und den pflegerischen Interventionen • Kenntnisse über belastende Begleitphänomene wie u. a. Schmerz, Mangelernährung und Dehydration. • Kenntnisse über kognitive Einschränkungen und Depression und deren Bedeutung bei chronischen Erkrankungen. <p>2. Können</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung von relevanten Parametern, Einschätzen der gesundheitlichen Situation, Planung von Interventionen zur Stabilisierung, Durchführung von geeigneten pflegerischen Maßnahmen, Evaluation des Versorgungsprozesses. • Analyse von komplexen Pflegesituationen bei chronischer Erkrankung, die durch Multimorbidität, Begleitphänomene und Risiken für die Patientinnen und Patienten gekennzeichnet ist und die daran gekoppelte Fähigkeit, aus einer Expertenrolle heraus zu beraten. <p>3. Einstellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der professionellen Pflege eine zentrale Rolle bei der Begleitung von chronisch kranken Menschen zuordnen. • Chronische Krankheit als irreversiblen Zustand verstehen und partnerschaftliche Lösungen mit den Patientinnen und Patienten suchen wollen. • Eine advokatorische Rolle für den Patienten ausfüllen wollen, um seine Eigenverantwortung zu stärken. 	
Inhalte und Stundenaufteilung	
Epidemiologie der chronischen Erkrankungen	4
Multimorbidität und deren Prognose sowie die pflegerische Herangehensweise zur Förderung der Selbstpflege	6
Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention der WHO	4
Spezifische und unspezifische Risikofaktoren bei chronischen Erkrankungen	4
Grundlagen der klinischen Überwachung von chronisch kranken Menschen einschließlich der Überwachung der Durchführung von angeordneten Maßnahmen wie z. B. Inhalationen, Nutzung von Aerosolen	8
Herz-Kreislaufkrankungen in der Langzeitbegleitung, Herzinsuffizienz, KHK und deren Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement	10
Hypertonus	2
Schreiben und Grundlagen der Interpretation des EKG	4

COPD in der Langzeitbehandlung, deren Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement	8
Polypharmazie und deren Bedeutung bei chronisch kranken und alten Menschen	2
Kognitive Einschränkungen und deren Bedeutung bei chronisch kranken Menschen	8
Erkrankungen des Bewegungsapparates, Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement	12
Chronischer Schmerz, pflegerische Interventionen zur Symptomkontrolle	8
Niereninsuffizienz, Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement	4
Inkontinenz und Zystitis	4
Mangelernährung und Dehydration	4
Depression als Begleiterkrankung	4
Infektionskrankheiten, FSME, Borreliose, HIV, Herpes Zoster, Hep. A,B,C	8
Umgang mit VRE, MRSA und MRGN im häuslichen Umfeld	8
Grundlagen des Wundmanagements	8
Fallarbeit	24
Sicherung der Lernergebnisse	
Schriftliche Fallarbeit als Hausarbeit (i.V.m. Modul 3)	
Mündliche Prüfung Präsentation/Kolloquium	
Literatur	
Adrian, L., Werner, C., & Laufs, U. (2017). ESC-Leitlinie 2016–Herzinsuffizienz. <i>DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift</i> , 142(15), 1123-1127.	
Austerer, A., & Radinger, O. (2018). <i>Leben mit chronischer Krankheit: ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe</i> . Facultas Verlags- und Buchhandels AG.	
Bahrmann, A., Bahrmann, P., Baumann, J., Bauer, J., Brückel, E., Dreyer, M., ... & Hidemann, S. (2018). S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter. <i>Diabetologie und Stoffwechsel</i> , 13(05), 423-489.	
Dietz, R., & Rauch, B. (2003). Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie–Herz- und Kreislaufforschung (DGK). <i>Zeitschrift für Kardiologie</i> , 92(6), 501-521.	
Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A., & Lapointe, L. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. <i>The Annals of Family Medicine</i> , 3(3), 223-228.	
Gerwin, B. (Ed.). (2005). <i>Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen: unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells</i> (Vol. 1). LIT Verlag Münster.	
Hauner, H., Moss, A., Berg, A., Bischoff, S. C., Colombo-Benkmann, M., Ellrott, T., ... & Wabitsch, M. (2017). Adipositas und Diabetes mellitus. <i>Diabetologie und Stoffwechsel</i> , 12(S 02), S157-S163.	

- Hudon, C., Fortin, M., & Soubhi, H. (2007). Abbreviated guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in family practice. *Journal of clinical epidemiology*, 60(2), 212-e1.
- Jaeschke, R., & Outzen, B. (2018). Rehabilitation: Pflege auf Augenhöhe. *Pflegezeitschrift*, 71(8), 24-27.
- Knosalla, C., Gummert, J., Edelmann, F., Störk, S., Ertl, G., Falk, V., & Prien, P. (2018). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 32(5), 381-390.
- Kocks, A., & Segmüller, T. (2017). Ein Kernstück der Pflege. *JuKiP-Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 6(02), 71-75.
- Müller-Mundt, G., & Schaeffer, D. (2011). Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(1), 6-12.
- Schaeffer, D., & Moers, M. (1994). Präventive Potentiale kurativer Institutionen: Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege. In *Präventionspolitik: Gesellschaftliche strategien der gesundheitssicherung*.
- Vogelmeier, C., Buhl, R., Burghuber, O., Criée, C. P., Ewig, S., Godnic-Cvar, J., ... & Nowak, D. (2018). Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). *Pneumologie*, 72(04), 253-308.
- Westphal, K. (2019). Was will und was kann der COPD-Patient?. *Pneumo News*, 11(8), 53-53.
- Worth, H. (2017). Qualitätssicherung beim Management von Asthma und COPD. *Der Pneumologe*, 14(2), 74-79.

10.3 Modul 3: Förderung der Selbstmanagementkompetenzen von chronisch kranken Menschen

Selbstmanagementkompetenzen fördern	
Äquivalent NÄPa: Kommunikation	Stundenumfang: 30
Begründung des Moduls:	
Die zentrale pflegerische Intervention bei der Begleitung von chronisch kranken Menschen ist die Förderung der Selbst- und Symptommanagementkompetenz. Dies erfordert neben den fachlichen Kenntnissen über chronische Erkrankungen eine pädagogische Kompetenz der Pflegexperten. Diese kann einerseits in der Beratungsmethodik, andererseits in der personenzentrierten Gesprächsführung liegen. In diesem Modul werden die Aspekte der Patientenedukation und der Kommunikation thematisiert, die sich auf die Beziehungsarbeit und die partnerschaftliche Zusammenarbeit auswirken.	
Didaktische Kommentierung:	

Neben der Vermittlung von Modellen des Selbstmanagements, Methoden der Patientenedukation und den Grundlagen der personenzentrierten Beratung sollen auch systemische Sichtweisen aufgegriffen werden.

Handlungskompetenz:

Die Pflegeexpertinnen und -experten fördern die Gesundheit der chronisch kranken Menschen in dem sie ihren psychosozialen Zustand sach- und fachgerecht einschätzen und unter Einbezug der Empfindungen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eine professionelle Begleitung durchführen. Dabei steht die Förderung der Selbstmanagementkompetenzen im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns. Diese wird mit standardisierten Instrumenten eingeschätzt und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten werden Ziele und Maßnahmen festgelegt. Dabei beziehen die Pflegeexpertinnen und -experten auch die Bezugspersonen und Angehörige mit ein.

Lernergebnisse

1. Wissen

- Vertiefende Kenntnisse über personenzentrierte Beratungsansätze und deren Gesprächstechniken
- Kenntnisse über Krankheitsbewältigungsmodelle von chronischen Erkrankungen
- Kenntnisse über Selbst- und Symptommanagement bei chronischen Erkrankungen
- Kenntnisse über die Ansätze der Gesundheitsförderung der WHO

2. Können

- Schulen, Anleiten und Beraten der Zielgruppe unter Beachtung der subjektiven Bedürfnisse der chronisch kranken Menschen

3. Einstellungen

- Partnerschaftlichen Dialog in der Beratungssituation als Grundsatz der Zusammenarbeit sehen
- Autonomie und Selbstständigkeit fördern wollen
- Die Patientinnen und Patienten als Experten ihrer eigenen Erkrankung akzeptieren.

Inhalte und Stundenaufteilung

Tagesseminar: Einführung in das Konzept Selbstmanagement	8
Wiederholung und Vertiefung: Grundsätze der personenzentrierten Beratung	6
Nondirektive Gesprächsführung, aktives Zuhören	2
Krankheitsmodelle chronischer Erkrankung z. B. Trajektmodell, Modell nach Schuchardt	2
Erleben und Verarbeiten chronischer Erkrankung	2
Selbstmanagement bei chronischer Erkrankung (Perspektive Beratung)	4

WHO Konzept Adherence	2
Systemische Perspektiven bei der Begleitung chronisch kranker Menschen	4
Sicherung der Lernergebnisse	
Schriftliche Fallarbeit als Hausarbeit (i.V. m. Modul 2)	
Literatur	
<p>Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. <i>Annual review of public health, 40</i>, 127-146.</p> <p>Dierks, M. L., Meierjürgen, R., & Seidel, G. (2019, September). Perspektiven und Herausforderung in der Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit in Deutschland. In <i>Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen</i> (pp. 297-308). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.</p> <p>Gerwin, B. (Ed.). (2005). <i>Pflege-und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen: unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells</i> (Vol. 1). LIT Verlag Münster.</p> <p>Haack, M., Seidel, G., & Dierks, M. L. (2019). Ist die Wirkung der INSEA „Gesund und aktiv leben“ Selbstmanagement-Kurse nachhaltig? Ergebnisse einer Follow-Up Befragung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern 12 Monate nach Kursstart. <i>Das Gesundheitswesen, 81</i>(08/09), 7F-3.</p> <p>Haslbeck, J. W., & Schaeffer, D. (2007). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. <i>Pflege, 20</i>(2), 82-92.</p> <p>Hülswitt, A., & Loch, M. (2005). Anwendung des Trajekt-Modells in Pflegedokumentation, Pflegeplanung, Patientenanamnese und Assessment-Instrumenten. <i>Pflege-und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen: unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells, 1</i>, 162.</p> <p>Lorenz-Krause, R. (2005). L Das Trajekt-Modell als Bezugsrahmen der Pflege-und Krankheitsverlaufskurve. <i>Pflege-und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen: unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells, 1</i>, 6.</p> <p>Öberg, U., Hörnsten, Å., & Isaksson, U. (2019). The Self-Management Assessment Scale: Development and psychometric testing of a screening instrument for person-centred guidance and self-management support. <i>Nursing open, 6</i>(2), 504-513.</p> <p>Schaeffer, D. (2006). Bewältigung chronischer Erkrankung. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39</i>(3), 192-201.</p> <p>Seidel, G., Meierjürgen, R., Melin, S., Krug, J., & Dierks, M. L. (Eds.). (2019). <i>Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen</i>. Nomos Verlag.</p> <p>World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action.</p>	

10.4 Modul 4: Den Versorgungsprozess steuern

Den Versorgungsprozess steuern	
Äquivalent NÄPa:	Stundenumfang:

Gültig ab: 01.10.2019	Seite 20 von 27
-----------------------	-----------------

Kommunikation/Dokumentation	66
Begründung des Moduls:	
<p>Im Projekt HandinHand wird eine neue Versorgungsform entwickelt und erprobt. Pflegeexpertinnen und -experten gehen in ihrer Arbeit mit den Patientinnen und Patienten systematisch, zielorientiert und organisiert vor. Der Versorgungsprozess wird gemeinsam mit den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten gestaltet und es bedarf einer transparenten Dokumentation und Kommunikation der Daten, um einen professionellen Austausch sicherzustellen. Zu diesem Zweck wird im Pflegexperten-Center ein Qualitäts- und Risikomanagement eingeführt, welches vom Team der Pflegeexperten mitgestaltet wird. Zudem werden während des Projekts Daten für die Begleitforschung in einer elektronischen Patientenakte (ePA) erfasst. Die Nutzung der ePA muss trainiert werden und ein Grundverständnis der Digitalisierung in der Pflege entstehen. Dieses Modul begründet sich einerseits durch die Herausforderungen des neuen Praxisfeldes, andererseits durch § 7 der Berufsordnung für Pflegekräfte im Bundesland Rheinland-Pfalz, in dem die Steuerung des Pflegeprozesses und die Sicherung der Qualität als Vorbehaltsaufgabe verbindlich festgeschrieben ist.</p>	
Didaktische Kommentierung:	
<p>In diesem Modul werden Inhalte zum Qualitäts- und Risikomanagement in Verbindung mit dem Versorgungsprozess und dessen Dokumentation in der ePA arbeitspraktisch, also im direkten Transfer vermittelt. Bei der Entwicklung der neuen Versorgungsform wirken die Pflegeexperten aktiv mit. Diese Stunden könnten als zusätzliche praktische Stunden anerkannt werden.</p>	
Handlungskompetenz:	
<p>Die Pflegeexperten treten mit den Patientinnen und Patienten in einen professionellen Kontakt. Sie führen standardisierte Maßnahmen wie Pflegeanamnese, Assessments und Scores eigenständig durch und schätzen den klinischen Zustand der Patientinnen und Patienten auf Grundlage der vorliegenden dokumentierten Befunde und des aktuell vorliegenden Befundes beim Hausbesuch ein. Sie erstellen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt einen Versorgungsplan und betreuen die Patientinnen und Patienten im weiteren Verlauf. Sie überwachen und dokumentieren den Gesamtverlauf und leiten bei Bedarf Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit ein. Die Pflegeexperten erarbeiten die Grundlagen der Dokumentation in der ePA und wirken bei der Gestaltung aktiv mit.</p>	
Lernergebnisse	
<p>1. Wissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über den Versorgungsprozess (Kernprozess) von chronisch kranken Menschen im Projekt HandinHand • Kenntnisse über relevante Assessments und Scores • Kenntnisse in der Prozesssteuerung über das Qualitäts- und Risikomanagement. • Kenntnisse über die Erhebung von Daten und der allgemeinen Dokumentation in der ePA <p>2. Können</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Erheben von relevanten Parametern zur Gestaltung des Versorgungsprozesses, deren Analyse und Einschätzung der Patientensituation. • Nutzung von standardisierten Assessments und Scores • Erstellung eines Versorgungsplanes inkl. der Entscheidung der Auswahl der pflegerischen Interventionen für chronisch kranke Menschen im häuslichen Umfeld. • Evaluation der Patientensituation im Zusammenhang mit der pflegerischen Intervention und der weiteren Gestaltung des Prozesses. • Erhebung von Forschungsdaten, Durchführung von Befragungen über Fragebögen in der ePA. • Dokumentation und Kommunikation in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten. • Sicherung der Qualität über die Nutzung von SOP 	
3. Einstellungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Systematisches und prozesshaftes Arbeiten als Grundlage der Versorgung von Patienten verstehen • Der Nutzung von digitaler Technik offen gegenüber stehen • Innovationen mitgestalten wollen 	
Inhalte und Stundenaufteilung	
Wiederholung und Vertiefung: Prozesssteuerung über Qualitätsmanagement	4
Prozesslandkarte, BSC, SOP, Prozessbeschreibungen	4
Bedeutung von Prozesssteuerung und Digitalisierung	2
Erarbeiten von Prozessbeschreibungen und SOP und deren Implementation	24
Einführung in die ePA, Erhebung von Daten, Dokumentation, Erstellen von Berichten für die teilnehmenden Ärzte	12
EDV-Schulung Outlook	2
Datenschutz	2
Workshops zur Erhebung von Forschungsdaten	16
Literatur	
Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2019: Berufsordnung online unter: https://pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf.html?file=files/pflegekammer/images/downloads/satzungen%20und%20ordnungen/Berufsordnung_web.pdf .	
Klein et. Al., 2019/2020: Projekt HandinHand Handbuch Qualitätsmanagement	
Lauven, 2019, Projekt HandinHand Versorgungskonzept	
Weidner, F. (2019). Künftig Pflegefachkräften vorbehalten. <i>Heilberufe</i> , 71(1), 25-28.	

10.5 Modul 5: Im Notfall sicher handeln

Im Notfall sicher handeln	
Äquivalent NÄPa: Notfallmanagement	Stundenumfang: 24
Begründung des Moduls:	
<p>Die Pflegeexpertinnen und -experten haben in ihrem neuen Praxisfeld noch keinerlei Erfahrungen mit Notfallsituationen. Der Unterschied zum klinischen Setting ist, dass eine längere Zeitspanne bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes bzw. des Rettungsteams eigenverantwortlich überbrückt werden muss. Notfälle müssen eingeschätzt werden können und erfordern ein sicheres Handeln. Im häuslichen Umfeld sind weniger Ressourcen zur direkten Hilfeleistung vorhanden als in einem klinischen Setting. Die Pflegeexpertinnen und -experten sollen darauf vorbereitet werden, diese Situationen mit ihren Möglichkeiten vor Ort zu meistern. Die Kommunikation im interprofessionellen Setting während und nach der Notfallsituation muss sichergestellt werden. Im Rahmen des Arbeitsschutzes erfolgt zusätzlich zu diesem Modul eine Fortbildung zum Umgang mit belastenden Ereignissen, daher wird das Thema berufliche Traumatisierung in diesem Modul ausgespart.</p>	
Didaktische Kommentierung:	
<p>In der Gestaltung der Fortbildungen soll immer die Situation im häuslichen Umfeld im Fokus stehen. In der Ausbildung nach KrPflG haben die Pflegeexperten bereits 40 Stunden Notfallskunde absolviert und sich jährlich im Notfallmanagement fortgebildet. Dieses Modul soll an diesem Vorwissen und klinischen Vorerfahrungen anknüpfen und eine Vertiefung und Erweiterung der Handlungskompetenz in Notfallsituationen ermöglichen.</p>	
Handlungskompetenz:	
<p>Die Pflegeexperten handeln sicher in Notfallsituationen im häuslichen Umfeld. Sie schätzen Notfallsituationen gemäß ihrer potenziellen Gefährlichkeit ein, verständigen den Rettungsdienst und Notarzt und stellen die Versorgung bis zum Eintreffen des Rettungsteams sicher. Dabei führen sie bei Bedarf lebensrettende Maßnahmen wie die kardiopulmonale Reanimation sicher durch. Beim Eintreffen des Rettungsteams geben sie zielgerichtet und strukturiert die wesentlichen Informationen weiter und übergeben die Patientin/den Patienten. Sobald die Patientin/der Patient durch die zuständigen Personen versorgt ist, erfolgt die Dokumentation und Berichterstattung für die teilnehmenden Ärztin / den teilnehmenden Arzt.</p>	
Lernergebnisse	
<p>1. Wissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über Notfallmanagement im häuslichen Umfeld • Kenntnisse über Handlungsstandards im Projekt HandinHand • Kenntnisse über Handlungsstandards bei exemplarischen Notfälle in Orientierung an die Organsystematik: Herz, Lunge, Nervensystem, Verdauungssystem, Endokrinologie, Bewegungsapparat (Sturz und Trauma) <p>2. Können</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erkennen und Einschätzen von Notfallsituationen im häuslichen Umfeld. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsentscheidungen treffen und den Notfall bis zum Eintreffen des Rettungsteams managen. • Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen wie die kardiopulmonale Reanimation. • Dokumentation der notfallrelevanten Informationen und Kommunikation an die zuständigen Stellen. 	
3. Einstellungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung in der rechtlichen Garantenstellung annehmen und Entscheidungen treffen wollen. • Die eigene Kompetenz durch stetige Fortbildung sicherstellen wollen. • Zielgerichtete und der Notfallsituation angemessene Kommunikation praktizieren wollen. 	
Inhalte und Stundenaufteilung	
Notfallmanagement im häuslichen Umfeld ABCDE und SAMPLER-Schema	2
Prozessbeschreibung Notfall im häuslichen Umfeld im Projekt HandinHand <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsstandards der Pflegeexperten • Kommunikation mit dem Rettungsdienst und Notärztin/Notarzt • Kommunikation und Berichterstattung an die teilnehmende Hausärztin / den teilnehmenden Hausarzt 	2
Exemplarische Notfallsituationen bei <ul style="list-style-type: none"> • Stoffwechsellentgleisung Diabetes • Hypertensive Krise • Sturz und Trauma • Herzkreislaufstillstand • Akutes Abdomen • SHT • Schockformen • Apoplex • Epilepsie • Bewusstseinsstörungen 	16
Megacode-Training	4
Literatur:	
ABCDE-Schema.de (2019) online unter: https://www.abcde-schema.de/site/sampler-schema . (letzter Abruf: 26.10.2019)	

Monsieurs, K.G. Nolan, J.P. Bossert, L.L. Greif, R. Maconochie, I.K. Nikolaou, N.I. Perkins, G.D. Soar, J. Truhlar, A. Wyllie, J. Zideman, D.A. (2015) ERC Leitlinien. Notfall Rettungs-med. German Resuscitation Council (GRC) online unter: <https://www.grc-org.de/downloads/GRC-Leitlinien-2015-Kurzdarstellung.pdf>. zuletzt geprüft am 26.10.2019.

Latsch, L; Knipfer, E (2004) Anästhesie Intensivmedizin Intensivpflege. 2., komplett überarbeitete Auflage. Frankfurt a.M./München: Elsevier Urban&Fischer.

Möbel, M.; Hündorf, H.-P.; Lipp, R.; Veith, J. (2012) LPNSan.3., vollständig überarbeitete Auflage. Paderborn: Verlagsgesellschaft Strumpf + Kosendes mbH.

Kühn, D., Luxem, J., Runggaldier, K. (2013): Rettungsdienst RS/RH. München. Elsevier UR-BAN & Fischer S.157-175; S.233-235; S.307-313

Georg Thieme Verlag KG (2019): online verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ebooks/pdf/10.1055/b-0034-22865.pdf> (letzter Abruf: 26.10.19)

11 Literatur

Austerer, A., & Radinger, O. (2018). Leben mit chronischer Krankheit: ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe. Facultas Verlags-und Buchhandels AG.

Benner, P. (1994). Stufen zur Pflege-Kompetenz (from Novice to Expert) Bern

Doppelfeld, S. (2016). Das ABC der Selbstfürsorge für Lehrende und Lernende in den Pflegeberufen: Prävention der Mitgeföhlrserschöpfung durch professionellen Umgang mit Sekundärtraumatisierung. PADUA, 11(3), 197-202.

Evers, T. (2011). Zur Konstruktion von Curricula in Gesundheitsberufen. Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Gütersloh: Bertelsmann. S, 49-62.

van Dijk, G. M., Veenhof, C., Schellevis, F., Hulsmans, H., Bakker, J. P., Arwert, H., ... & Dekker, J. (2008). Comorbidity, limitations in activities and pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee. BMC musculoskeletal disorders, 9(1), 95.

Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft* (Vol. 2). Vandenhoeck & Ruprecht.

Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A., & Lapointe, L. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. The Annals of Family Medicine, 3(3), 223-228.

Gerwin, B. (Ed.). (2005). Pflege-und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen: unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells (Vol. 1). LIT Verlag Münster.

Haslbeck, J. W., & Schaeffer, D. (2007). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. Pflege, 20(2), 82-92.

Hudon, C., Fortin, M., & Soubhi, H. (2007). Abbreviated guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in family practice. Journal of clinical epidemiology, 60(2), 212-e1.

Hundenborn, G., & Knigge-Demal, B. (1996). Teil 5 des Zwischenberichts der Landeskommision zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Kranken-und Kinderkrankenpflegeausbildung. *Im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen, vertreten durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Düsseldorf.*

Hundenborn, G., & Knigge-Demal, B. (1999). Curriculare Rahmenkonzeption. *Zum Begriff von Pflegesituationen und ihren konstitutiven Merkmalen. Ausdifferenzierung von Berufssituationen und Generierung von Qualifikationen. Perspektiven. Teil, 5.*

Hundenborn, G., & Brüche, R. (2005). Curriculum für den Modellversuch. *Erprobung einer Ausbildung in der Alten-Kranken-und Kinderkrankenpflege mit generalistischer Ausrichtung: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung eV Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.*

Hundenborn, G., & Roland, B. (2005). Kompetenzorientiertes Curriculum für eine Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung. In *Kaiser, Hansruedi: Wirksame Ausbildungen entwerfen. Das Modell der Konkreten Kompetenzen. Bern: hep Verlag, 116-128.*

Hundenborn, G., & Knigge-Demal, B. (2006). Der Situationsorientierte Ansatz in der Pflege.

Hundenborn, G. (2007). Fallorientierte Didaktik in der Pflege: Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. Elsevier, Urban&FischerVerlag.

Hundenborn, G., & Knigge-Demal, B. (2011). Leitfaden zur Entwicklung und Einführung modularisierter Curricula in beruflichen Bildungsgängen der Altenpflege, im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung. *Bielefeld und Köln.*

Knigge-Demal, B. (2001). Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. *Pflegepädagogik: Handbuch zur beruflichen Bildung. Bern: Hans Huber. S, 41-55.*

Lipsmeier, A. (2000). Systematisierungsprinzipien für berufliche Curricula. *Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Beiheft, 15, 54-71.*

Lipsmeier, A. (2019). Didaktisch-methodische Besitzstände aus der Geschichte der beruflichen Bildung: Vergessene und ungeborgene Befunde ihrer pädagogischen Modernisierungsgeschichte. *Pädagogische Perspektiven auf Transformationsprozesse: Reflexionen auf Rolf Arnolds Forschen und Wirken, 77.*

Pflegekammer Rheinland Pfalz 2019, Weiterbildungsordnung

Siebert, H. (1974). Curricula für die Erwachsenenbildung. Westermann.

Strunk-Richter, G. (2008). Prospektive Bildungs- und Entwicklungsplanung. *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen, 5, 383-400.*

Thiel, V. (2001). Der Pflegeprozess–ein Instrument professioneller Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger, (4).*

Walter, A. (2019). Situationsorientiertes Lernen in berufspädagogischen Studiengängen–Begründungen, konzeptionelle Überlegungen und Umsetzungserfahrungen. *Bildung beruflicher Lehrkräfte: Wege in die pädagogische Königsklasse, 48, 73.*

Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse-Verlag.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action.

12 Anhang

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

Fortbildungscurriculum NÄPA/MFA	Ausbildung nach KrPflIG/ KrAPrV		Fortbildung und Einarbeitungskonzept der Pflegeexperten
80 bzw. 110 Stunden	2100 theoretische Stunden	2400 praktische Stunden	Mindestens 300 Stunden
<p>Die Fortbildung „Berufsbild“ (mindestens 15 Stunden) hat das Ziel, das Berufsbild des nicht-ärztlichen Praxisassistenten im Kontext des deutschen Gesundheitssystems darzustellen. Sie soll insbesondere folgende Inhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Tätigkeit des nichtärztlichen Praxisassistenten, • demographische Entwicklung in Deutschland und deren Einfluss auf die Epidemiologie relevanter Erkrankungen sowie deren Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung, • Verfahrensabläufe und Instrumente im professionellen Handeln des nicht-ärztlichen Praxisassistenten. 	<p>Eine Herausforderung des professionellen Berufs- und Rollenbild der Gesundheits- und Krankenpflege wird in vielerlei Hinsicht im Verlauf der Ausbildung gefördert. Dazu sind Stundenanteile aus den Geistes- und Sozialwissenschaften, Recht, Gesellschaft und Politik vorgesehen. (Gesamt 450 Stunden)</p> <p>In der Anlage 1 der KrPflAPrV wird es unter verschiedenen Punkten, die in Verbindung mit der Fortbildung NÄPA einzuordnen sind präzisiert:</p> <p><u>Punkt 7.: Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten</u></p> <p>Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • an der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätskonzepten mitzuwirken, • rechtliche Rahmenbestimmungen zu 	<p>Mindestens 40 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hintergründe zum Projekt, der Innovationsfonds des GBA und seine Bedeutung • Rechtliche Hintergründe zum Projekt (Delegation in Abgrenzung zur Substitution) • Rolle von Pflegefachpersonen in der Primärversorgung (Studienlage national und international, vergleichbare Projekte) • Pflegeverständnis im neuen Praxisfeld (Pflegetheorie nach Orem, Relevanz für das Arbeitsfeld) • Advanced Nursing Practice bei der Zielgruppe der chronisch erkrankten Menschen unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland • Qualitäts- und Risikomanagement im Pflegeexperten-Center • Kommunikationsstrukturen im Team 	

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<p>reflektieren und diese bei ihrem Pflegehandeln zu berücksichtigen,</p> <ul style="list-style-type: none">• Verantwortung für Entwicklungen im Gesundheitssystem im Sinne von Effektivität und Effizienz mitzutragen,• mit materiellen und personalen Ressourcen ökonomisch und ökologisch umzugehen. <p>Punkt 10.: <u>Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen</u> Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen</p> <ul style="list-style-type: none">• den Pflegeberuf im Kontext der Gesundheitsfachberufe zu positionieren <p>(...)</p> <p>Punkt 11.: <u>Auf die Entwicklung des Pflegeberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Entwicklungen im Gesundheitswesen wahrzunehmen, deren Folgen für den Pflegeberuf einzuschätzen und sich in die Diskussion einzubringen,• den Pflegeberuf in seiner Eigenständigkeit zu verstehen, danach zu handeln und weiterzuentwickeln,	<p>und im Kontakt mit dem Ärztenetz</p>
--	---	---

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<ul style="list-style-type: none">• die eigene Ausbildung kritisch zu betrachten sowie Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen zu übernehmen, <p>Punkt 12.: <u>In Gruppen und Teams zusammenarbeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none">• pflegerische Erfordernisse in einem intra- sowie in einem interdisziplinären Team zu erklären, angemessen und sicher zu vertreten sowie an der Aushandlung gemeinsamer Behandlungs- und Betreuungskonzepte mitzuwirken,• die Grenzen des eigenen Verantwortungsbereichs zu beachten und im Bedarfsfall die Unterstützung und Mitwirkung durch andere Experten im Gesundheitswesen einzufordern und zu organisieren,• im Rahmen von Konzepten der integrierten Versorgung mitzuarbeiten. <p>Umgesetzt werden diese Themenbereiche in diversen speziellen Modulen des Rahmenlehrplans für die Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz:</p>	
--	--	--

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<p>Modul 15 a - b): <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen, Angehörige und Bezugspersonen von der Aufnahme bis zur Entlassung begleiten und die Überleitung in andere Versorgungsstrukturen gestalten –</u></p> <p>- beinhaltet u. a. Überleitung von der Klinik ins häusliche Umfeld, Verfahrensabläufe, Case-Management) (42 Stunden)</p>	
Medizinische Kompetenz		
<p>Die Fortbildung „medizinische Kompetenz“ (mindestens 110 Stunden) dient,</p> <p><u>aufbauend auf den Grundkenntnissen des nichtärztlichen Praxisassistenten aus Ausbildung und bisheriger Berufstätigkeit,</u> dem Erwerb von erweiterten und vertieften medizinischen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in Bezug auf häufig auftretende Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe aus dem hausärztlichen Behandlungsspektrum, insbesondere in Bezug auf</p> <ul style="list-style-type: none"> nichtinfektiöse, infektiöse, toxische und neoplastische sowie auf allergische, metabolische, ernährungsabhängige 	<p>Medizinische Kompetenz wird in der Ausbildung gesichert durch das Ausbildungsziel § 3 Absatz 2: die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:</p> <p>a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,</p> <p>b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,</p> <p>c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,</p> <p>und:</p> <p>d) interdisziplinär mit anderen</p>	<p>Mindestens 120 Stunden</p> <p>Ziel: Aufbauend auf den Grundkenntnissen der Ausbildung und der bisherigen beruflichen Tätigkeit soll es im Fortbildungs- und Einarbeitungsprogramm zur Erweiterung und Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Fach -und Methodenkompetenzen kommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Epidemiologie der chronischen Erkrankungen Multimorbidität und deren Prognose und pflegerische Herangehensweise zur Förderung der Selbstpflege Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention der WHO

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

<p>und degenerative Erkrankungen, auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Erkrankungen im höheren Lebensalter,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Grundlagen der Tumorthherapie und der Schmerzbehandlung von Tumorpatienten, • die Begleitung palliativmedizinisch zuversorgender Patienten, • geriatrische Syndrome und Krankheitsfolgen im Alter, • psychogene Symptome, somatopsychische Reaktionen und psychosoziale Zusammenhänge, • ernährungsbedingte Gesundheitsstörungen einschließlich diätetischer Behandlung, • die Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen, • die Arzneimitteltherapie, deren Interaktionen und Nebenwirkungen, insbesondere bei geriatrischen Patienten, • die Früherkennung von Gesundheitsstörungen und häuslichen Gefahren-potentialen (z. B. Sturzprophylaxe), • die Wundpflege, Wundversorgung und Behandlung von Dekubitus und auf • die Grundlagen der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen • sowie insbesondere in Bezug auf 	<p>Berufsgruppen zusammenarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.</p> <p>Präzisiert durch die KrPflAPrV Anlage 1 Punkt 8:</p> <p>Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe die für die jeweiligen medizinischen Maßnahmen erforderlichen Vor- und Nachbereitungen zu treffen und bei der Durchführung der Maßnahmen mitzuwirken, • Patientinnen und Patienten bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie zu unterstützen, • ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchzuführen und die dabei relevanten rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifische und unspezifische Risikofaktoren bei chronischen Erkrankungen • Grundlagen der klinischen Überwachung von chronisch kranken Menschen einschließlich der Überwachung der Durchführung von angeordneten Maßnahmen wie z. B. Inhalationen, Nutzung von Aerosolen • Herz-Kreislaufkrankungen in der Langzeitbegleitung, Herzinsuffizienz, KHK und deren Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement • COPD in der Langzeitbehandlung deren Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement • Diabetes mellitus Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement • Polypharmazie und deren Bedeutung bei chronisch kranken und alten Menschen • Kognitive Einschränkungen und deren Bedeutung bei chronisch kranken Menschen • Erkrankungen des Bewegungsapparates, Begleitphänomene sowie deren Selbst-
--	--	--

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

<p>folgende Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Diabetikerbehandlung einschließlich strukturierter Schulungen, • Elektrokardiogramm, • Langzeit-EKG, • Langzeitblutdruckmessung, • Grundlagen der Infusionsbehandlung, enteralen und parenteralen Ernährung 	<p>Umgesetzt mit 950 Unterrichtsstunden</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Vermittlung von Kenntnissen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften sowie mit 500 Unterrichtsstunden zur Vermittlung von relevanten Kenntnissen in der Medizin und Naturwissenschaft. • Inhaltliche Details können exemplarisch dem Rahmenlehrplan Rheinland-Pfalz entnommen werden, der in folgenden Modulen medizinisch relevante Inhalte vermittelt. <p>Modul 4 a-c: <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Zusammenhang mit der Atmung und der Kreislaufregulation unterstützen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - beinhaltet u.a. die Diagnostik, Pathogenese, Klinik und Therapie ausgewählter Atemwegs- und Lungenerkrankungen sowie ferner Herz- und Kreislauferkrankungen, praktische Ausführung der Vitalzeichenkontrolle sowie differenzierte Untersuchungen wie EKG, Langzeitblutdruckmessung oder Lungenfunktionstest (178 Stunden) 	<p>und Symptommanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronischer Schmerz, pflegerische Interventionen zur Symptomkontrolle • Niereninsuffizienz, Begleitphänomene sowie deren Selbst- und Symptommanagement • Inkontinenz und Zystitis • Mangelernährung und Dehydratation • Depression als Begleiterkrankung • Infektionskrankheiten, FSME, Borreliose, HIV, Herpes Zoster, Hep. A,B,C, • Umgang mit VREs, MRSA und MRGN im häuslichen Umfeld • Suchterkrankung, z. B. Alkoholismus • Fallarbeit (20 Stunden) <p>Weitere Themen werden im Verlauf des Projekts ggf. nach Qualitätszirkeln festgelegt.</p>
---	--	---

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<p>Modul 5.: <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Zusammenhang mit der Verabreichung von Arzneimitteln unterstützen</u> - beinhaltet u.a. die Arzneimitteltherapie, deren Interaktionen und Nebenwirkungen (70 Stunden)</p> <p>Modul 6 a-c: <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Zusammenhang mit der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme unterstützen</u> - beinhaltet u.a. die Pathogenese, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Verdauungssystems, die parenterale Ernährung und Infusionstherapie (142 Stunden)</p> <p>Modul 7.: <u>Pflegehandeln an lebenslauf- und entwicklungsbezogenen Aspekten ausrichten</u> - beinhaltet u.a. Demografische Hintergründe, altersbedingte Prozesse sowie pädagogisch und gerontologisch/geragogisch fundierte Interventions- und Unterstützungsmaßnahmen (54 Stunden)</p> <p>Modul 8 a-c: <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Zusammenhang mit</u></p>	
--	---	--

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<p><u>der Ausscheidung unterstützen</u> - beinhaltet u.a. auch Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (112 Stunden)</p> <p>Modul 9 a-b.: <u>Pflegehandeln an hygienischen Aspekten ausrichten</u> - beinhaltet u.a. Grundlagen der Infektionslehre, relevante Infektionskrankheiten, Richtlinien des RKI (68 Stunden)</p> <p>Modul 10 a-c.: <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Zusammenhang mit der Bewegung unterstützen</u> - beinhaltet u.a. Diagnostik, Pathogenese, Klinik und Therapie ausgewählter Erkrankungen des Bewegungsapparates, Traumatologie, Arzneimittel zur Therapie rheumatischer Erkrankungen, Sturzprävention, Lagerungsarten (138 Stunden)</p> <p>Modul 11 a-b: <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Zusammenhang mit dem Wundmanagement unterstützen</u> - beinhaltet u.a. Wunden beurteilen und fachgerecht versorgen (42 Stunden)</p> <p>Modul 13 a-c: <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Zusammenhang mit der Verständigung</u></p>	
--	---	--

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<p><u>unterstützen</u></p> <ul style="list-style-type: none">- beinhaltet u.a. die Diagnostik, Pathogenese, Klinik und Therapie von Sinnesorganen (94 Stunden) <p>Modul 17 a-c: <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Zusammenhang mit Bewusstsein und Schmerz unterstützen</u></p> <ul style="list-style-type: none">- beinhaltet u.a. Diagnostik, Pathogenese, Klinik und Therapie ausgewählter neurologischer sowie unfall- und neurochirurgischer Erkrankungen - Arzneimittel zur Therapie von Erkrankungen des Nervensystems - Schmerzverarbeitung und –arten, Verfahren der Schmerztherapie, Analgetika (92 Stunden) <p>Modul 20: <u>Schwangere und Wöchnerinnen, gesunde Neugeborene sowie Angehörige und Bezugspersonen unterstützen, begleiten und beraten</u> (44 Stunden)</p> <p>Modul 21 a-b: <u>Pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Zusammenhang mit der Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und operativen Therapie unterstützen und begleiten</u></p> <ul style="list-style-type: none">- beinhaltet u.a. juristische Aspekte zur Delegation, Ausgewählte Maßnahmen medizinischer Diagnostik und Therapie	
--	--	--

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<p>und deren Indikationen unter besonderer Berücksichtigung pflegerischer Aufgaben bei der Vor und Nachbereitung sowie bei der Durchführung (Laboruntersuchungen, Punktionen, Messung elektrischer Potentiale, Sonografien, Röntgenuntersuchungen, Endoskopien, Herzkatheteruntersuchungen, Funktionsdiagnostik (54 Stunden))</p> <p>Modul 27: <u>Menschen aller Altersgruppen, Angehörige und Bezugspersonen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen unterstützen, begleiten und beraten</u> beinhaltet die Grundlagen der chronischen Erkrankungen sowie exemplarisch Krankheitsbilder wie Diabetes mellitus, Rheuma, COPD (30 Stunden)</p> <p>Modul 28: <u>Psychisch kranke Menschen aller Altersgruppen, Angehörige und Bezugspersonen unterstützen, begleiten und beraten</u> (30 Stunden)</p> <p>Modul 29: <u>Demenziell erkrankte Menschen, Angehörige und Bezugspersonen unterstützen, begleiten und beraten</u> (50 Stunden)</p> <p>Modul 30: <u>Onkologisch erkrankte</u></p>	
--	--	--

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<u>Menschen aller Altersgruppen, Angehörige und Bezugspersonen unterstützen, begleiten und beraten (30 Stunden)</u>	
Kommunikation / Dokumentation		
<p>Die Fortbildung „Kommunikation/Dokumentation“ (mindestens 25 Stunden)</p> <p>dient dem Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Erweiterung der Sozialkompetenz des nicht-ärztlichen Praxisassistenten, der</p> <p>Fähigkeit zur selbständigen medizinischen Dokumentation sowie zur Kommunikation mit dem Arzt.</p> <p>Sie soll insbesondere folgende Inhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung und Motivation von Patienten, • Kommunikation und Gesprächsführung mit Patienten, • Patienteninformation und -edukation, • Kommunikation mit Angehörigen, • Medizinische Dokumentation, • Kommunikation mit dem Arzt. 	<p>mindestens 110 Stunden</p> <p>Fähigkeit zur sach- und fachgerechten Dokumentation von medizinisch-pflegerlevanten Daten wird mit dem Ausbildungsziel § 3 KrPflG festgeschrieben</p> <p>Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:</p> <p>a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,</p> <p>(...)</p> <p>Die Kommunikation mit Patienten und deren Bezugspersonen nimmt einen hohen Stellenwert in der Ausbildung ein und ist unter § 3 Ausbildungsziel (1) 1 c</p>	<p>Mindestens 40 Stunden</p> <p>Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung von Parametern und deren Dokumentation über die ePA, • Anwendung von standardisierten Instrumenten wie Assessments und Scores • Erstellung von schriftlichen Berichten an den Arzt • Ungeplante Kontaktaufnahme mit dem Arzt • Erhebung von Daten für die Begleitforschung <p>Kommunikation mit den Patienten und Bezugspersonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiederholung und Vertiefung: Personenzentrierte Beratungsansätze

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<p>festgeschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,• Präzisiert wird dies in der Anlage 1 der KrPflAprV unter Punkt 3.: Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten Pflegebedürftige aller Altersgruppen bei der Bewältigung vital oder existenziell bedrohlicher Situationen, die aus Krankheit, Unfall, Behinderung oder im Zusammenhang mit Lebens- oder Entwicklungsphasen entstehen, zu unterstützen,• zu Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit anzuregen und hierfür angemessene Hilfen und Begleitung anzubieten,• Angehörige und Bezugspersonen zu beraten, anzuleiten und in das Pflegehandeln zu integrieren,• die Überleitung von Patientinnen oder Patienten in andere Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none">• Nondirektive Gesprächsführung, aktives Zuhören• Krankheitsmodelle chronischer Erkrankung z. B. Trajektmodell, Modell nach Schuchard• Erleben und Verarbeiten chronischer Erkrankung• Selbstmanagement bei chronischer Erkrankung• WHO Konzept Adherence
--	--	---

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<p>oder Bereiche in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen kompetent durchzuführen sowie die Beratung für Patientinnen oder Patienten und Angehörige oder Bezugspersonen in diesem Zusammenhang sicherzustellen.</p> <p>Die Kommunikation mit dem Arzt spiegelt sich wider im Themenbereich 12 In Gruppen und Teams zusammenarbeiten,</p> <ul style="list-style-type: none">• (...) die Grenzen des eigenen Verantwortungsbereichs zu beachten und im Bedarfsfall die Unterstützung und Mitwirkung durch andere Experten im Gesundheitswesen einzufordern und zu organisieren,• im Rahmen von Konzepten der integrierten Versorgung mitzuarbeiten. <p>Im Rahmenlehrplan Rheinland-Pfalz sind in allen Modulen Anteile von Kommunikation, Schulung, Anleitung und Beratung von Patienten enthalten. (Einführung in Modul 1 und 4c, wird vertieft mit allen c-Modulen)</p>	
<p style="text-align: center;">Praktische Anteile der Aus- und Fortbildung</p>		

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

<p>Die Praktische Fortbildung soll den nicht-ärztlichen Praxisassistenten zur Anwendung des in der theoretischen Fortbildung Erlernten befähigen.</p> <p>Dazu begleitet der nicht-ärztliche Praxisassistent Hausbesuche des Arztes in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen und übernimmt unter Aufsicht des Arztes Hausbesuche in der Häuslichkeit, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. Hausbesuche in der Häuslichkeit der Patienten im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen nach den Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer werden angerechnet. die Pflicht zur praktischen Fortbildung angerechnet werden</p>	<p>Die praktische Ausbildung umfasst 2400 Stunden, von denen 10 % (240 Stunden) gezielte Anleitung durch eine berufspädagogisch geschulte Person (Praxisanleiter-Fortbildung 200-300 Stunden) stattfindet.</p> <p>Innerhalb der drei Jahre werden die Auszubildenden regelmäßig von ihren Lehrkräften, die neben der berufspädagogischen Qualifikation einen Pflegeberuf erlernt haben begleitet. Die Stunden der Einsätze der praktischen Ausbildung sind wie folgt festgelegt:</p>	<p>Mindestens 92 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Training on the Job (8 Stunden) durch gemeinsamen Erstbesuch der Patienten von Ltg. PE-Center und Bezugspflegekraft. • Workshops zur Datenerfassung in der ePA (8 Stunden) • Hospitation in Arztpraxis inkl. Teilnahme an Hausbesuchen (40 Stunden) • Hospitation in zentraler Notaufnahme Krankenhaus (40 Stunden)
<p>Notfallmanagement</p>		
<p>Die Fortbildung in Notfallmanagement umfasst einen Kurs von mindestens 20 Stunden inklusive praktischer Übungen.</p>	<p>Ausbildungsziel KrPflG: Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu</p>	<p>Mindestens 24 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfahrensanweisung und Prozessbeschreibung

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

<p><u>Der Kurs soll insbesondere auf Notfälle in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen eingehen</u></p> <p>Der Kurs soll insbesondere folgende Inhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitalparameter und deren Bedeutung, • Bewusstseinsgrade, • Vorgehen bei Bewusstlosigkeit, Herz- und Atemstillstand, • Notfallstressmanagement (Selbstkunde, Umgang mit Patienten und Angehörigen), • Notfallkunde (Wunden, internistische Notfälle, Traumatologie, Schädelhirntrauma, Medikamente, Schock), • Lagerungsarten, • Kenntnisse des Rettungsdienstes, • Praktischer Teil mit Übungen am Phantom 	<p>befähigen,</p> <p>1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:</p> <p>d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes</p> <p>präzisiert in KrPflAPrV Anlage 1 Punkt 9:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes einleiten Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen, in akuten Notfallsituationen adäquat zu handeln, • in Katastrophensituationen erste Hilfe zu leisten und mitzuwirken. <p>Rahmenlehrplan Rheinland- Pfalz:</p> <p>Modul 2.: <u>In Notfallsituationen sicher handeln und erste Hilfe leisten</u> <u>Notfallsituationen einschätzen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfallablauf (Erkennen, Bergen, Notruf absetzen, Erstuntersuchung, Notfalllagerung, Sichern und Freihalten der Atemwege, Beatmung, Herzdruckmassage, Elektrotherapie, Gabe von Notfallmedikamenten) jeweils bezogen auf den häuslichen, 	<p>Notfallmanagement im häuslichen Umfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ABCDE und SAMPLER-Schema <ul style="list-style-type: none"> • Exemplarische Notfallsituationen bei <ul style="list-style-type: none"> ○ Stoffwechsellentgleisung Diabetes ○ Hypertensive Krise ○ Sturz und Trauma ○ Herzkreislaufstillstand ○ Akutes Abdomen ○ SHT ○ Schockformen ○ Apoplex ○ Epilepsie ○ Bewusstseinsstörungen <p>Aktuelle Leitlinien zur Reanimation und Mega-Codetraining</p>
--	--	--

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

	<p>ambulanten und stationären Bereich sowie auf Menschen aller Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalt des Notfallkoffers - Notfallplan, Notfallteams • Rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der Leistung erster Hilfe Notfallseelsorge • Erste Hilfe im Zusammenhang mit: Verbrennungen, Hitzschlag, Sonnenstich, Unterkühlung, Ertrinken, Ersticken, Stromunfällen, Vergiftungen und Schockzuständen • Brand- und Katastrophenpläne der Einrichtung; Verhalten im Brand- und Katastrophenfall • Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst • Kausalbezug zwischen sachgerechter Erstversorgung und Folgekosten für das Sozialversicherungssystem (40 Stunden) 	
<p>Alle drei Jahre ist eine Fortbildung mit mindestens 16 Stunden Dauer, davon mindestens je 8 Stunden Notfallmanagement, inklusive Übungen am Phantom und mindestens je acht Stunden Fortbildung zur Weiterentwicklung des Berufsbildes des nichtärztlichen Praxisassistenten <u>insbesondere</u> in Bezug auf Digitalisierung und Telemedizin nachzuweisen.</p>	<p>Notfallmanagement wird der Regel gemäß den Qualitätsstandards der Marienhaus Kliniken 1mal im Jahr als Pflichtveranstaltung durchgeführt. Dies beinhaltet eine CNE-Fortbildung online und ein Mega-Code Training</p>	<p>Ein Mega-Code Training wird jährlich durchgeführt und damit die Notfallkompetenz überprüft. Es wird noch geprüft ob mit einem gezielten Notfalltraining der häusliche Notfall mit einem ausgebildeten Simulator-Trainer einmal in den laufenden 2 Jahren der Patientenversorgung stattfinden wird. (16 Stunden in 2 Jahren, 8 Stunden pro Jahr)</p> <p>Zur Weiterentwicklung des</p>

Synopse Qualifikation NÄPA / Qualifikation Pflegeexperten

		<p>Berufsbildes und zur Rollenfindung findet im Verlauf des Studiums Pflegeexpertise eine regelmäßige Supervision statt. (Stunden x) (zudem finden fortlaufend Qualitätszirkel mit den teilnehmenden Ärzten statt)</p> <p>Digitalisierung und Telemedizin: EDV-Schulung und Einweisung in die EPA, sowie Workshops zur Datenerhebung</p>
Lern- Erfolgskontrolle		
<p>7) Die <u>Zusatzqualifikation</u> muss durch erfolgreiche Teilnahme an einer Lernerfolgskontrolle nachgewiesen werden. Die Lernerfolgskontrolle muss bezüglich der medizinischen Kompetenz (Abs. 3 b) in schriftlicher Form erfolgen</p>	<p>Die medizinische Kompetenz und damit auch die formale Qualifikation zur Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie ist durch die Prüfung zur GuK bereits gewährleistet.</p>	<p>Die Pflegeexperten erweitern ihre medizinische Kompetenz über das Fortbildungskonzept und über eigenständiges Erarbeiten von Referaten sowie Schulungen für ihre Kolleginnen, sie führen analog zu einer schriftlichen Prüfung regelmäßig Kolloquien durch, in denen sie eigenständig relevante medizinische Themen aufbereiten, präsentieren und diskutieren.</p>



Bachelorstudiengang Pflegeexpertise

Modulhandbuch

gültig ab WS_2016/17

Version 1.1

Pflegewissenschaftliche Fakultät

(Stand Nov. 2016)

[Die Änderung im Vergleich zu Version 1.0 betrifft die Modulbeschreibung des Moduls 7]

Pallottistr. 3
56179 Vallendar
Fon: 0261 6402 257
E-Mail: pflege@pthv.de

INHALT

MODUL 1: WISSENSCHAFTLICHES ARBEITEN	3
MODUL 2: VERFAHREN UND MODELLE DER PFLEGE	5
MODUL 3: THEORETISCHE GRUNDLAGEN PFLEGERISCHEN HANDELNS	7
MODUL 4: ANTHROPOLOGIE UND ETHIK	10
MODUL 5: ANLEITUNG, BERATUNG UND PROZESSSTEUERUNG	13
MODUL 6: GESELLSCHAFTLICHE UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	15
MODUL 7: PRAKTIKUM/MOBILITÄTSFENSTER	17
MODUL 8: KONZEPTE UND ANSÄTZE PFLEGERISCHER VERSORGUNG	19
MODUL 9: PROJEKT PROFESSIONELLE EXPERTISE	22
MODUL 10: BACHELOR-KOLLOQUIUM	24
MODUL 11: BACHELOR-THESIS	25
MODUL 12: SUPERVISION	26
MODUL 13: PFLEGE VON MENSCHEN IN BESONDEREN KRANKHEITS- UND LEBENSLAGEN	28
MODUL 14: GRUNDLAGEN DER ANLEITUNG UND BERATUNG	30
MODUL 15: PFLEGEPROZESS	31
MODUL 16: GESUNDHEITSFÖRDERNDE PFLEGE	32
MODUL 17: RECHTLICHE GRUNDLAGEN IN DER PFLEGE	34
MODUL 18: PFLEGEPHÄNOMENE	35
ANHANG: MODULÜBERSICHT	37

MODUL 1: WISSENSCHAFTLICHES ARBEITEN

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_1.1	300 h	10	jährlich	4. Sem.
1	Kurse 1.1.1 Grundlagen des wissenschaftlichen Denkens und Arbeitens 1.1.2 Einführung in Methodologie und Methoden der Pflege- und Gesundheitsforschung 1.1.3 Pflegequalität, Pflegekompetenz oder Pflegebedürftigkeit wissenschaftlich betrachtet		Kontaktzeit 96 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 204 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	Wissen Absolventinnen u. Absolventen besitzen ... <ul style="list-style-type: none"> ■ Kenntnis und Verständnis zu Kriterien des wissenschaftlichen Arbeitens. ■ grundlegende Kenntnis und Verständnis zu Verfahren der Deduktion, Induktion, Abduktion und Analogiebildung sowie zu den begründenden wissenschaftstheoretischen Positionen. ■ Kenntnis und Verständnis zur Abgrenzung von theoretischen Wissenschaften, Praxiswissenschaften und Handlungswissenschaften. ■ ein grundlegendes Verständnis von standardisierten und qualitativen Forschungsansätzen. ■ grundlegende Kenntnis von ausgesuchten Methoden der Datenerhebung und –auswertung in der Pflege- und Gesundheitsforschung. ■ Kenntnis und Verständnis zu typischen Schritten im Forschungsprozess. ■ Kenntnis und Verständnis der Phasen im Prozess des Evidence based Nursing. ■ Kenntnis und Verständnis zur kritischen Lektüre von Forschungsberichten. Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen ... <ul style="list-style-type: none"> ■ können Alltagserfahrung von wissenschaftlichem Arbeiten unterscheiden. ■ können Beispiele für induktive, deduktive, abduktive und analoge Schlüsse benennen. ■ Können pflegerische Problemlagen und Phänomene in wissenschaftliche Fragestellungen transferieren. ■ können relevante Literatur für ausgesuchte Fragestellungen recherchieren und zusammenstellen. ■ können Forschungsberichte anhand ausgesuchter Kriterien auf wissenschaftliche Güte bewerten. 			

		<p>Haltung</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sind in der Lage, von eigenen Berufserfahrungen zu abstrahieren und diese unter systematischen Gesichtspunkten zu reflektieren. ■ sind in der Lage, berufliche Problemstellungen mit Bezug auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu begründen und zu argumentieren. ■ Berücksichtigen die Kriterien des wissenschaftlichen Arbeitens in ihren beruflichen Bezügen.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Methodologie: Empirismus, Realismus, Rationalismus, Idealismus ■ Alltagserfahrung und Hypothesen ■ Verhältnis von Methoden und Modellen ■ (Pflege)Forschungsprozess und Gütekriterien ■ Datensammlung und Grundlagen deskriptiver Datenanalyse ■ EBN als Methode und medizinisch basiertes Modell ■ Literatursuche und kritische Bewertung ■ Pflegequalität oder Pflegekompetenz oder Pflegebedürftigkeit wissenschaftlich betrachtet
4	Lehrformen	Seminar, Übungen und Präsentationen
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: Klausur; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 17
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und das erfolgreiche Bestehen der Modulabschlussprüfung.
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise;
9	Stellenwert der Note für die Endnote	~ 9,6% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Dr. Albert Brühl
11	Literatur	<p>Pflichtliteratur:</p> <p>Ertl-Schmuck, Roswitha/Unger, Angelika/Mibs, Michael/Lang, Christian (2015): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Konstanz, München: UVK/Lucius.</p> <p>Geri LoBiondo-Wood 2005: Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung. Elsevier, Urban & Fischer Verlag.</p>

MODUL 2: VERFAHREN UND MODELLE DER PFLEGE

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_2.1	300 h	10	jährlich	4. u. 5. Sem.
1	Kurse 2.1.1 Pflegeprozessmanagement 2.1.2 Entscheidungsfindung und Problemlösung in der Pflege 2.1.3 Pflegesysteme im Rahmen des Prozessmanagements		Kontaktzeit 84 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 216 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	Wissen Absolventinnen u. Absolventen ... <ul style="list-style-type: none"> ■ kennen und verstehen den Pflegeprozess als kybernetischen Regelkreis der Problemlösung in der Pflege und sind in der Lage, die Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes der entsprechenden (standardisierten) Instrumente mit Blick auf verschiedene Handlungsfelder der Pflege zu diskutieren. ■ kennen und verstehen alternative Ansätze des Pflegeprozessmanagements und sind in der Lage, diese mit Blick auf verschiedene Handlungsfelder der professionellen Pflege zu diskutieren. ■ kennen technische Unterstützungssysteme im Rahmen des Pflegeprozesses und sind in der Lage, Möglichkeiten und Begrenzungen dieser Systeme institutions- und einzelfallspezifisch zu diskutieren. ■ kennen und verstehen den Zusammenhang von Pflegeprozessmanagement und der Organisation des Handelns in verschiedenen Pflegesystemen. ■ kennen und verstehen verschiedene Verfahren der Entscheidungsfindung und Problemlösung in der professionellen Pflege sowie die Spezifika von Ansätzen des Fallverstehens. Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen ... <ul style="list-style-type: none"> ■ sind in der Lage, die Implementierung von Instrumenten im Kontext des Pflegeprozessmanagements zu unterstützen. ■ sind in der Lage, das pflegerische Handeln durch die Auswahl geeigneter Assessmentinstrumente zu unterstützen, Pflegediagnosen zu erstellen, Pflege in hochkomplexen Behandlungssituationen zu planen und Evaluationsgrundlagen zur Erfassung von Pflege- und Behandlungssituationen zu entwickeln. ■ sind in der Lage, begründete Entscheidungsfindungen in komplexen Pflegesituationen zu vorzubereiten und im interdisziplinären Team zu vertreten. ■ sind in der Lage, die Implementierung konkreter Pflegesysteme in spezifischen betrieblichen Kontexten zu begleiten und zu evaluieren. 			

		<p>Haltung</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ besitzen die Bereitschaft, das professionelle Handeln im Arbeitsbündnis zwischen Pflegeempfängern, informellen Helfern und professionellen Akteuren zu begründen. ■ besitzen die Bereitschaft, sich entlang des state of the art in neue Verfahren des Pflegeprozessmanagements einzuarbeiten. ■ reflektieren ihre Rolle im interdisziplinären Team und in der Beziehung zu den Pflegeempfängern. ■ zeigen Bereitschaft, professions- und berufsstandsspezifische Interessen mit den Interessen der Pflegeempfänger und weiterer Akteure/Institutionen zu vermitteln.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wissensformen als Grundlagen der Entscheidungsfindung in der Pflege ■ Pflegeprozessmodelle (Entwicklung und Diskussion von standardisierten Instrumenten für Pflegeassessment, Pflegediagnosen, Pflegeoutcome, Pflegeintervention; Konkretion anhand ausgesuchter Beispiele: NANDA, NIC, NOC, ICNP, EPN; Pflegevisite) ■ Alternative Ansätze des Pflegeprozessmanagements ■ Technische Unterstützungssysteme im Rahmen des Pflegeprozesses ■ Entscheidungsfindung und Problemlösungsstrategien in der professionellen Pflege (Fallarbeit in der Pflege, rationale Entscheidungsfindungsmodelle) ■ Rahmenbedingungen der Entscheidungsfindung (Pflegesysteme, z. B. Primary Nursing)
4	Lehrformen	Seminar, Übungen und Präsentationen
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: Portfolio; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 20
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und das erfolgreiche Bestehen der Modulabschlussprüfung.
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	~ 9,6% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Dr. M. Hülsken-Giesler

11	Literatur	<p>Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Aus dem Amerikanischen von M. Herrmann. Hrsg. v. M. Müller Staub. Hans Huber, Hogrefe: Bern.</p> <p>Brobst, R./Georg, J. (2014): Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Huber.</p> <p>Leoni-Schreiber, C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Wien: Facultas.</p> <p>Lunney, M. (2001): Arbeitsbuch Pflegediagnostik. Aus dem Amerikanischen von Heide Börger, hrsg. v. Jürgen Georg und Maria Müller Staub. Hans Huber, Hogrefe: Bern.</p> <p>Wilkinson, J. M. (2012): Das Pflegeprozesslehrbuch. Bern: Huber.</p>
-----------	------------------	--

MODUL 3: THEORETISCHE GRUNDLAGEN PFLEGERISCHEN HANDELNS

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_3.1	300 h	10	jährlich	4. u. 5. Sem.
1	Kurse 3.1.1 Geschichte der Pflege und der pflegenden Berufe/ Berufspolitik 3.1.2 Pflegetheoriebildung und Professionalisierung der Pflege 3.1.3 Modelle pflegerisch-therapeutischen Handelns mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention		Kontaktzeit 84 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 216 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	Wissen Absolventinnen u. Absolventen ... <ul style="list-style-type: none"> ■ kennen und verstehen die historische Entwicklung des Berufsfeldes der Pflege sowie der Pflegewissenschaft. ■ kennen Berufsorganisationen der Pflege und können Prinzipien der Berufs- und Gesundheitspolitik im Kontext der Pflege nachvollziehen und kritisieren. ■ kennen und verstehen die Entwicklung der Pflege von der Arbeit über den Beruf zur Profession und können Professionstheorien reflektieren und kritisieren. ■ haben ein Überblickswissen zur historischen Genese und aktuellem Stand der Pflegetheoriebildung sowie zu korrelierenden Aspekten der Reichweite und Systematisierung von Pflegetheorien. ■ können Theorien und Modelle der Pflege hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz analysieren und beurteilen. ■ kennen und verstehen salutogenetische und pathogenetische Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. 			

		<ul style="list-style-type: none"> ■ können pflegerisch-therapeutische Strategien und Anwendungsbeispielen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege analysieren, beurteilen und entwickeln. <p>Fertigkeit</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sind in der Lage, die aktuelle Situation der Pflegeberufe in ihrer historischen und politischen Dimension zu analysieren, zu bewerten und zu kritisieren. ■ sind in der Lage, wissenschaftliche und berufspolitische Beiträge zur Professionalisierung der Pflege zu analysieren und hinsichtlich ihrer eigenen Berufspraxis zu bewerten. ■ sind in der Lage, vor dem Hintergrund pflegetheoretischer Entwicklungen die Grundlagen der Pflege und der Pflegewissenschaft kritisch einzuschätzen und diskursiv abzuwägen. ■ sind in der Lage, pflegetheoretische Erkenntnisse begründet in fachliche und organisatorische Entscheidungsprozesse einzubinden. ■ sind in der Lage, pflegerisch-therapeutischen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zu verstehen und in ihre Berufspraxis einzubinden. <p>Haltung</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ verstehen sich als Angehörige eines geschichtlich gewachsenen und sich professionalisierenden Berufsstandes, der im Kontext des demografischen Wandels weiter an Bedeutung in der Gesellschaft gewinnt. ■ sind bereit, sich und ihre Handlungs- und Begründungspraxis wissenschaftsfundiert und konstruktiv zu reflektieren. ■ setzen sich für die weitere Professionalisierung der Pflege im Kontext ihrer Möglichkeiten ein, mit dem Ziel die Rahmenbedingungen und Qualität der Betreuung und Versorgung von kranken, alten, pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen zu verbessern. ■ reflektieren ihre Handlungs- und Begründungskompetenzen auf dem Hintergrund des Verständnisses der Strategien pflegerisch-therapeutischen Handelns am Beispiel von Gesundheitsförderung und Prävention und können sich neue Handlungsfelder erschließen.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Geschichte der Pflege und historische Pflegeforschung ■ Berufspolitik und Organisationen der Pflege ■ Grundlage zur Theorie der Pflege zur Bearbeitung der Frage: „Was ist Pflege?“ ■ Professionstheorien und Modelle zur Bearbeitung der Fragen: „Was ist professionelle Pflege und was ist Professionalisierung der Pflege?“ ■ Kontexte pflegerisch-therapeutischer Strategien mit Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention
4	Lehrformen	Seminar, Übungen und Präsentationen

5	Teilnahmevoraussetzungen	Keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: Hausarbeit; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 18
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und das erfolgreiche Bestehen der Modulabschlussprüfung.
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	~ 9,6% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Dr. F. Weidner/ Dr. Henrike Sappok-Laue
11	Literatur	<p>Geschichte und Berufspolitik</p> <p>Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hrsg.) (2008): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Unter Mitarbeit von Christoph Schweikardt. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.</p> <p>Seidler, Eduard; Leven, Karl-Heinz (2003): Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 7. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.</p> <p>Wolff, H. - P.; Wolff, J. (2008): Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte. Frankfurt a.M.: Mabuse.</p> <p>Professionalisierung und Pflegetheorie</p> <p>Brandenburg, H./ Dorschner, S.(2003): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber.</p> <p>Käppeli, S.:(Hg.) (2011): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Bern: Verlag Hans Huber</p> <p>Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000): Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer Verlag.</p> <p>Schaeffer, D./ Wingenfeld, K. (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa</p> <p>Weidner, F. (2011): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Frankfurt a. M.. Mabuse</p> <p>Prävention und Gesundheitsförderung</p> <p>Bauch, J.: (2010): Die Prävention der Gesellschaft. Prävention als Erfindung der Neuzeit. In: Pflege & Gesellschaft, 15. Jg., Heft 2, S. 101 - 108</p> <p>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg</p> <p>Hurrelmann, K. (2010): Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa, 119-152</p>

MODUL 4: ANTHROPOLOGIE UND ETHIK

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_4.1	300 h	10	jährlich	5. Sem.
1	Kurse 4.1.1 Anthropologische Grundlagen des pflegerischen Handelns 4.1.2 Ethische Grundlagen des pflegerischen Handelns 4.1.3 Fallarbeit in der Pflegeethik		Kontaktzeit 80 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 220 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	Wissen Absolventinnen u. Absolventen haben ... <ul style="list-style-type: none"> ■ Kenntnis und Verständnis von verschiedenen Menschenbildern und korrelierenden (ideen)geschichtlichen Begründungen. ■ Kenntnis und Verständnis vom Zusammenhang zwischen verschiedenen Zugängen zum Menschsein und ethischen Begründungen des Handelns. ■ grundlegende Kenntnisse relevanter Begriffe, Theorien, Modelle und Konzepte der Ethik zur normativen Orientierung und Reflexion pflegerischer Praxis. ■ Kenntnisse zur Historie der Pflegeethik in Deutschland im internationalen Vergleich. ■ Kenntnisse ethischer Dimensionen der pflegerischen Profession. ■ Kenntnisse und Verständnis von Ethikberatung und den Partizipationsverfahren pflegerischer Akteure. ■ Kenntnisse ethischer Argumentationsmuster und Strategien. ■ Grundlegende Kenntnis zu forschungsethischen Problemstellungen und Positionen Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ... <ul style="list-style-type: none"> ■ sich kritisch mit verschiedenen Zugängen zum Menschsein auseinanderzusetzen. ■ die (ideen-)geschichtlichen Kontexte verschiedener Menschenbilder zu rekonstruieren. ■ die Bedeutung verschiedener Menschenbilder für Grundfragen der Ethik aufzuzeigen. ■ selbständig Grundvollzüge des Menschseins (Geburtlichkeit, Sterblichkeit, Schuld, Gewissen, etc.) zu reflektieren. ■ verschiedene Verständnisse des Menschen vor dem Hintergrund ihrer eigenen professionellen Erfahrungen bzw. vor dem Hintergrund des Berufskontextes „Pflege“ zu diskutieren. ■ ethisch relevante Problemstellungen für die Pflegepraxis zu beschreiben, zur Diskussion zu stellen und Entscheidungsfindungsprozesse anzuregen. 			

		<ul style="list-style-type: none"> ■ ihr ethisches Wissen gezielt, situationsspezifisch und ggf. einzelfallorientiert anzuwenden, um Dilemmata zu erkennen und zu benennen. ■ Instrumente der Ethikberatung aus einer pflegerischen Perspektive zu betrachten und zu bewerten. ■ Ethische Argumentationsmuster und Strategien zu erkennen und ihre Relevanz für den Bereich der Pflege zu bewerten <p>Haltung</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sind in der Lage, berufsethische Standards, ethische Leitlinien und Handlungsanleitungen angemessen und zielorientiert zum Einsatz zu bringen. ■ sind befähigt, pflegerische Verantwortung für ihr individuelles und kollektives Handeln in konkreten Praxisbezügen zu übernehmen. ■ sind in der Lage ihre Rolle in interdisziplinären Bezügen ethisch zu reflektieren und vor dem Hintergrund des eigenen Professionsverständnisses und Verantwortungsdimensionen aktiv zu vertreten. ■ sind befähigt, Werten wie Humanität ihrer beruflichen Praxis Geltung zu verschaffen und ihrem Alltagshandeln zugrunde zu legen. ■ sind in der Lage aktiv zur kontinuierlichen Entwicklung und Aktualisierung ethischen Wissens für die Praxis beizutragen
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Das jüdische, christliche und islamische Verständnis des Menschen ■ Grundzüge der gegenwärtigen philosophischen und theologischen Anthropologie ■ Die Geschichte und Systematik des Personenbegriffs: Personsein als Freiheitsgeschehen vs. Person als Träger von Eigenschaften ■ Die anthropologischen Grundlagen der Ethik ■ Grundlegende Begriffe, Theorien, Modelle und Konzepte der Ethik zur normativen Orientierung und Reflexion pflegerischer Praxis. ■ Historische Entwicklung der Pflegeethik in Deutschland im internationalen Vergleich ■ Professionsethik und Bereichsethiken ■ Ethische Argumentation und Ethikberatung ■ Fragen der Chancengerechtigkeit, der Gender- und Kultursensibilität in der Pflege
4	Lehrformen	Seminar, Übungen und Präsentationen
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: Mündliche Prüfung; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 16
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und das erfolgreiche Bestehen der Modulabschlussprüfung.

8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	~ 9,6% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Dr. H. Kohlen
11	Literatur	<p>Ethik</p> <p>Arbeitsgruppe Pflege und Ethik der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. „Für alle Fälle...“. Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik.</p> <p>Bobbert, M. (2002): Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Campus, Frankfurt am Main</p> <p>Giese, C. (2013): Wissen – Können – Sollen: Ethik in der Pflegebildung als Ethik eines Careberufes. Vorüberlegungen zur Förderung (pflege)ethischer Kompetenz. In: Linseisen, E.; Uzarewicz, C. (Hg.): Aktuelle Pflegethemen lehren. Wissenschaftliche Praxis in der Pflegeausbildung. Lucius & Lucius, Stuttgart: 60-77</p> <p>Kohlen, H. (2013): Wie kommt das Gefühl in den Kopf? Geschichte(n) zum Thema Verantwortung für die Ethiklehre in der Pflege. In: Linseisen, E.; Uzarewicz, C. (Hg.): Aktuelle Pflegethemen lehren. Wissenschaftliche Praxis in der Pflegeausbildung. Lucius & Lucius, Stuttgart: 79-97.</p> <p>Monteverde, Settimo (Hg.) (2012): Handbuch Pflegeethik. Ethisches Denken und Handeln in den Praxisfeldern der Pflege. Kohlhammer, Stuttgart.</p> <p>Pieper, A. (2007): Einführung in die Ethik. 6. Aufl. UTB, Stuttgart</p> <p>Anthropologie</p> <p>Bayertz, K. (2013): Der aufrechte Gang. Eine Geschichte des anthropologischen Denkens, München.</p> <p>Gruppe, G.; Christiansen, K.; Schröder, I.; Wittwer-Backofen, U. (Hrsg.) (2012): Anthropologie. Einführendes Lehrbuch, Berlin / Heidelberg.</p> <p>Thies, C. (2013): Einführung in die philosophische Anthropologie, Darmstadt.</p> <p>Pleger, W. (2013): Handbuch der Anthropologie. Die wichtigsten Konzepte von Homer bis Sartre, Darmstadt</p>

MODUL 5: ANLEITUNG, BERATUNG UND PROZESSSTEUERUNG

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_5.1	300 h	10	jährlich	6. u. 7. Sem.
1	Kurse 5.1.1 Grundlagen und Gestaltung von Lern-, Beratungs- und Anleitungsmodellen in der Pflege 5.1.2 Grundlagen des Projekt- und Case Managements 5.1.3 Konkretionen und Anwendungen anhand von Fallarbeit		Kontaktzeit 84 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 216 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	Wissen Absolventinnen u. Absolventen haben ... <ul style="list-style-type: none"> ■ grundlegende Kenntnisse der Erwachsenenbildung. ■ Kenntnis und Verständnis von relevanten Lern-, Anleitungs- und Beratungsmodellen sowie korrelierenden methodischen Ansätzen in Gesundheit und Pflege zur Unterstützung von informell Pflegenden. ■ Kenntnis und Verständnis von relevanten Lern- und Anleitungsmodellen sowie korrelierenden methodischen Ansätzen in Gesundheit und Pflege zur Unterstützung der berufspraktischen Ausbildung in der Pflege. ■ Kenntnis und Verständnis der Prinzipien des Projektmanagements. ■ Kenntnis und Verständnis der Prinzipien des Case Managements. ■ Kenntnis und Verständnis um die Bedeutung zielgruppen- und einzelfallorientierter Ansätze in Beratung, Anleitung und Prozesssteuerung. ■ Kenntnis und Verständnis der rechtlichen, institutionellen und qualifikatorischen Rahmenbedingungen von Beratung, Anleitung und Prozesssteuerung in der Pflege. ■ Kenntnis und Verständnis in Bezug auf ihre eigene Rolle in Anleitungs-, Beratungs- und Prozesssteuerungssituationen. ■ Kenntnis ihre eigene Lernbiographie und Verständnis zur Relevanz der Weiterentwicklung Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ... <ul style="list-style-type: none"> ■ Unterschiede von Beratung , Anleitung und Prozesssteuerung in verschiedenen Settings zu erkennen und zu reflektieren. ■ ausgesuchte Lern- und Beratungsmodelle fallorientiert auf praktische Beratungs- oder Anleitungssituation anzuwenden (Planung, Durchführung, Bewertung). ■ komplexe pflegerelevante Situationen zu erkennen, in denen eine pflegerische Prozesssteuerung notwendig ist. ■ aus klinisch relevanten Problemstellungen angemessene Beratungs- 			

		<p>bzw. Anleitungssituationen abzuleiten und zu initiieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ aus klinisch relevanten Problemstellungen angemessenen und systematischen Entwicklungsbedarf auf der Struktur- und Prozessebene abzuleiten und über Ansätze des Projekt- und Case-Managements zu initiieren. ■ ihre Rolle in Situationen der Anleitung, der Beratung und/oder der Prozesssteuerung zu definieren und kritisch zu reflektieren. ■ ihre eigene Lernbiographie selbstgesteuert weiterzuentwickeln <p>Haltung</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ entwickeln Sensibilität für die verschiedenen Settings, in denen pflegerische Anleitung und Beratung stattfindet. ■ sind sich der Verantwortung in ihrer beratenden, anleitenden und/oder prozesssteuernden Rolle bewusst und können diese nach außen vertreten. ■ verstehen zielgruppengerechte und settingorientierte Anleitung und Beratung von informellen Helfern als relevantes Handlungsfeld der professionellen Pflege. ■ verstehen zielgruppengerechte und settingorientierte Anleitung von Kolleginnen und Kollegen im Handlungsfeld Pflege als relevante Aufgabe der Pflegearbeit. ■ entwickeln ein Bewusstsein für pflegerische Phänomene, die einer pflegewissenschaftlichen Forschung bedürfen. ■ entwickeln ein Bewusstsein vom eigenen Lern- und Entwicklungsprozess und ein Verständnis für ihre Verantwortung im Zusammenhang mit der eigenen Weiterentwicklung
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lernen und Lernsituationen im Kontext von Pflege und Versorgung ■ Lern-, Anleitungs- und Beratungsmodelle in der Pflege ■ Ansätze und Prinzipien des Projektmanagements ■ Ansätze und Prinzipien des Case Managements ■ Rahmenbedingungen von Anleitung und Beratung in der Pflege ■ Rahmenbedingungen von Projektmanagement und Case Management in der Pflege ■ Rollenverständnis in Beratung und Anleitung sowie in der Prozesssteuerung
4	Lehrformen	Seminar, Übungen und Präsentationen
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: Mündl. Prüfung; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 16
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und das erfolgreiche Bestehen der Modulabschlussprüfung.
8	Verwendung des	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise

	Moduls	
9	Stellenwert der Note für die Endnote	~ 9,6% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Dr. Renate Adam-Paffrath
11	Literatur	Loffing C., Budnik, S. (2005): Projekte erfolgreich managen, Stuttgart, Kohlhammer Verlag Schewior-Popp, S. (2005): Lernsituationen planen und gestalten- Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext, Thieme Verlag, Stuttgart, New York Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2014): Kerncurriculum Case Management –Pflegeberatung online unter: http://zqp.de/upload/data/ZQP_KCM_Handreichung.pdf

MODUL 6: GESELLSCHAFTLICHE UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_6.1	180 h	6	jährlich	6. u. 7. Sem.
1	Kurse 6.1.1 Gesellschaftliche und rechtliche Grundlagen der Pflege 6.1.2 Latente Sinnstrukturen in Gesundheit und Pflege 6.1.3 Konkretisierung und Anwendungen anhand von Fallarbeit		Kontaktzeit 52 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 128 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	<p>Wissen Absolventinnen u. Absolventen haben ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kenntnis und Verständnis zu den Grundlagen der Sozialpolitik im europäischen Raum. ■ Kenntnis und Verständnis zu den gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen der beruflichen Pflege in Deutschland und Europa. ■ Kenntnis und Verständnis zu den institutionellen Auslegungen der gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflege <p>Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ das Prozessgeschehen im Sozialraum Europa vor dem Hintergrund der spezifischen gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu reflektieren. 			

		<ul style="list-style-type: none"> ■ die berufliche Entwicklung der Pflege in Deutschland und Europa vor dem Hintergrund der spezifischen gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen kritisch einzuschätzen. ■ ambivalente Anforderungen an ihre berufliche Rolle (Nähe und Distanz, Empathie und Selbstkontrolle) zu reflektieren und sich dazu unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte zu positionieren. <p>Haltung Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ zeigen eine kritische Distanz zum Beitrag der Akteure im Gesundheitswesen zur Konstituierung des Gesundheitssystems. ■ zeigen Sensibilität für die Vielschichtigkeit von Interessen im Gesundheits- und Pflegesystem. ■ nehmen die gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen als historisch entstanden, problematisierbar und politisch veränderbar wahr. ■ entwickeln eine Sensibilität und ein vertieftes Verständnis für die jeweiligen Denkstile von Wissenschaft und Praxis. ■ entwickeln gegenüber Innovationen ein analytisches und argumentativ gestütztes Reflexionsverständnis.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grundzüge der sozialen Sicherung mit Fokus auf die Situation im Alter ■ Grundzüge der Europäisierung nationaler Sozialpolitik ■ Institutionen, Professionshabitus, Psychodynamik des Prozessgeschehens im Gesundheits- und Pflegewesen ■ Hermeneutik und latente Sinnstrukturen ■ Fallbeispiele
4	Lehrformen	Seminar, Übungen und Präsentationen
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: Mündliche Prüfung; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 16
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und das erfolgreiche Bestehen der Modulabschlussprüfung.
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	~ 5,6% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Dr. F. Schulz-Nieswandt
11	Literatur	Breidenstein, Georg u. a. (2013): Ethnografie. Konstanz: UVK (UTB).

Eco, U. (2001): Platon im Striptease-Lokal. Parodien und Travestien. 8. Aufl. München: dtv, S. 58-71-87.

Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) (2014): Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Kruse, A. u. a. Köln: www.generalizukunftsfonds.de.

Maier-Rigaud, R./Sauer, M./Schulz-Nieswandt, F. (2014): Europäisierung der Gesundheits- und Sozialpolitik. In: Kurscheid, C./Beivers, A. (Hrsg.): Gesundheits- und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 148-186.

Schulz-Nieswandt, F. (2011): „Europäisierung“ der Sozialpolitik? Eine Gegenstandsanalyse unter Berücksichtigung methodologischer Aspekte im Spiegel der Forschungsliteratur. In: Elvert, J. u. a. (Hrsg.). Historische Mitteilungen. Stuttgart: Steiner, S. 23-49.

Schulz-Nieswandt, F. (2014): Inclusion: How to reach inclusion and intergenerational solidarity? Social ontology, philosophical anthropology and ethics in practical purposes relating social policy. In: IFHE/Hodelin, G. B. u. a. (Hrsg.): Family Socioeconomic and Cultural Issues: A Continuing Home Economics Concern. Bonn, S. 24-34

Schulz-Nieswandt, F. (2015): Zur verborgenen Psychodynamik in der theologischen Anthropologie. Baden-Baden: Nomos.

Schulz-Nieswandt, F. (2015): „Sozialpolitik geht über den Fluss“. Zur verborgenen Psychodynamik in der Wissenschaft von der Sozialpolitik. Baden-Baden: Nomos.

Schulz-Nieswandt, F. u. a. (2013): Alterssozialpolitik, soziale Sicherung und soziale Ungleichheit (D, CH, A). In: Becker, S./Brandenburg, H. (Hrsg.): Lehrbuch Gerontologie. Bern: Huber, S. 117-159.

Weidmann, R. (2001): Rituale im Krankenhaus. 3. Aufl., München-Jena: Urban & Fischer, S. 118 ff.

Weiterführende Literatur

Buch, R./Weidner, D. (Hrsg.) (2014): Blumenberg lesen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Heinz, A. (2014): Der Begriff der psychischen Krankheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp

MODUL 7: PRAKTIKUM/MOBILITÄTSFENSTER

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_7.1	150 h	5	jährlich	6. u. 7. Sem.
1	Wahlpflicht-Kurse 7.1.1 Praktikum oder 7.1.2 Berufspraktische Expertise		Kontaktzeit 24 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 126 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/	Wissen			

	Kompetenzen	<p>Absolventinnen u. Absolventen haben ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kenntnis und Verständnis zu Aspekten der Vorbereitung und systematischen Dokumentation von Hospitationen in klinisch relevanten Einrichtungen der Pflege im In- oder Ausland. ■ Kenntnis und Verständnis zu den Kriterien der multidimensionalen Fallbeschreibung in komplexen Pflegesituationen. ■ exemplarische Auseinandersetzung mit ausgesuchten pflegerelevanten Praxiskonzepten in klinisch relevanten Handlungsfeldern. <p>Fertigkeit</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ komplexe pflegerelevante Fälle in realen Kontexten der Pflegearbeit zu identifizieren, einzugrenzen und relevante Informationen und Perspektiven für eine multidimensionale Fallbeschreibung zu erheben. ■ ausgesuchte pflegerelevante Praxiskonzepte in klinisch relevanten Handlungsfeldern zu erproben. <p>Haltung</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ zeigen Bereitschaft, pflegerelevante Problemstellungen in ihrer Komplexität und Multiperspektivität zu erschließen und systematisch zu beschreiben.
3	Inhalte	<p>Das Modul schafft einen Möglichkeitsraum für Vertiefung eines Schwerpunktes, die Erarbeitung eines Themas oder die Identifizierung eines komplexen Falls.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kurs 7.1.1: Praktikum in einer klinisch relevanten Einrichtung der Pflege im In- oder Ausland, <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kurs 7.1.2: Erlangen spezifischer berufspraktischer Expertise, bspw. durch den Besuch eines Kurses zu einem pflegerelevanten Praxiskonzept (Kinästhetik, Basale Stimulation u.a.m.) in klinisch relevanten Handlungsfeldern
4	Lehrformen	<p>Vorbereitung in Form eines Seminars und Gruppenarbeit, ergänzt durch individuelle Beratung;</p> <p>Nachbereitung in Form einer Reflexion;</p> <p>Begleitung und Austausch während des „Einsatzes“ über die Bereitstellung eines Forums auf der Internetplattform Open OLAT (Virtual Campus RLP)</p>
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: Praktikumsbericht wird als „bestanden“ oder „nicht bestanden“ bewertet und fließt nicht in die Endnote mit ein.
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und das erfolgreiche Bestehen der Modulabschlussprüfung.

8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	0% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Dr. Ruth Ketzer
11	Literatur	keine

MODUL 8: KONZEPTE UND ANSÄTZE PFLEGERISCHER VERSORGUNG

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_8.1	360 h	12	jährlich	6. u. 7. Sem.
1	Kurse 8.1.1 Pflegeexpertise im Kontext der Gemeindenahen Pflege 8.1.2 Pflegeexpertise im Kontext der Gerontologischen Pflege 8.1.3 Pflegeexpertise im Kontext der Akutpflege 8.1.4 Konkretionen und Anwendungen anhand von Fallarbeit		Kontaktzeit 112 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 248 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	Wissen Absolventinnen u. Absolventen haben ... <ul style="list-style-type: none"> ■ Kenntnis und Verständnis von aktuellen fachlichen Konzepten und Verfahren der Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Palliation in Kontexten der Gemeindenahen Pflege, der Gerontologischen Pflege sowie der Akutpflege im nationalen wie internationalen Raum. ■ Einblick in aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu relevanten Pflegephänomenen und Organisationsformen des pflegerischen Handelns anhand exemplarischer Problemstellungen: z. B. demenzielle Erkrankungen, Palliative Care, Schmerzmanagement, Caring Communities, häusliche Intensivpflege u. a. m.). ■ Kenntnis und Verständnis zur interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit in Gesundheit und Pflege. ■ Kenntnis und Verständnis von relevanten Steuerungs- und Qualitätssicherungsinstrumenten in der Pflege (Expertenstandards, Leitlinien, DRGs etc.) ■ Kenntnis und Verständnis zu Konzepten der Dissemination und des Transfers von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die klinische 			

		<p>Versorgungspraxis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kenntnis und Verständnis zu Fragen der versorgungsfeldübergreifenden Kommunikation und Zusammenarbeit. <p>Fertigkeit</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ pflege- sowie bezugswissenschaftliche Erkenntnisse problemorientiert zu recherchieren und in ihren Möglichkeiten und Grenzen für eine systematische Entscheidungsfindung in exemplarischen Fallbearbeitungen aufzuarbeiten. ■ problemorientierte interprofessionelle bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit zu planen und systematische Evaluationsmaßnahmen vorzubereiten. ■ Ansätze zur sektorenübergreifenden und integrierten Versorgung kontextgebunden aufzubereiten. ■ Steuerungs- und Qualitätssicherungsinstrumente in der Pflege anzuwenden. ■ den aktuellen Stand der pflege- sowie bezugswissenschaftlichen Forschung zu ausgesuchten Problemstellungen für institutionsspezifische Disseminations- und Transferprozesse aufzubereiten. <p>Haltung</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ verstehen (pflege)wissenschaftliche Erkenntnisbildung und Einzelfallorientierung als substantielle Fundamente des professionellen Pflegehandelns. ■ realisieren Entscheidungsfindung und Problemlösung in Kontexten der Pflegearbeit systematisch-methodisch geleitet. ■ verstehen professionelle Pflege als Teil eines Versorgungsteams. ■ betrachten die Nachhaltigkeit von Pflegequalität handlungsfeldübergreifend. ■ entwickeln ein Bewusstsein für die spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe von besonders vulnerablen Gruppen (demenziell erkrankte Menschen, pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund, pflegebedürftige hochbetagte Menschen, Menschen mit Behinderung, Kinder u. a.).
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Konzepte, Theorien und empirische Erkenntnisse der gemeindeorientierten Pflege, der stationären Langzeitpflege und der Akutpflege. ■ Interdisziplinarität, Interprofessionalität, Integrierte Versorgung, Disseminations- und Transferforschung in der Pflege. ■ Versorgung von erkrankten Kindern, Menschen mit Behinderungen, pflegebedürftigen hochaltrigen Menschen, demenzerkrankten Menschen, Migrantinnen und Migranten sowie weiterer besonderer Gruppen innerhalb verschiedener Settings ■ Moderne Instrumente und Verfahren zur Steuerung des pflegerischen Handelns (Expertenstandards, Leitlinien, DRGs etc.)
4	Lehrformen	Seminar, Übungen und Präsentationen

5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: Hausarbeit; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 18
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und das erfolgreiche Bestehen der Modulabschlussprüfung.
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	~ 11,6% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Dr. H. Brandenburg
11	Literatur	<p>Gemeindenahe Pflege:</p> <p>Büscher, A. (2010). Ambulante Pflege. In: Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (2014). Handbuch Pflegewissenschaft. 2. Aufl. (Studienausgabe). Weinheim / München: Juventa, 491-512.</p> <p>Hüsken-Giesler (2008). Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Osnabrück: Universitätsverlag Osnabrück.</p> <p>Immenschuh, U., Scheele-Schäfer, J., Spahn, C. (2010). Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen (3. Aufl.). Hannover: Schlütersche.</p> <p>Schaeffer, D. & Moers, M. (2014). Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (2014). Handbuch Pflegewissenschaft. 2. Aufl. (Studienausgabe). Weinheim / München: Juventa, 329-364.</p> <p>Gerontologische Pflege:</p> <p>Becker, S. & Brandenburg, H. (2014). Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Bern: Huber.</p> <p>Brandenburg H, Güther H (2015). Gerontologische Pflege. Bern Huber.</p> <p>Hasseler M, Meyer M, Fishcer T (2013). Gerontologische Pflegeforschung: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis. Kohlhammer: Stuttgart.</p> <p>Nay R, Bird M, Edvardsson D, Fleming R, Hill K (2009) Person-centred care. In: Nay R, Garret S (eds.) Older People. Issues and Innovations in Care. 3rd edition, Sydney [u.a.] Elsevier: 107-119.</p> <p>Akutflege:</p> <p>Bartholomeyczik, S. (2014). Pflege im Krankenhaus. In: Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (2014). Handbuch Pflegewissenschaft. 2. Aufl. (Studi-</p>

		<p>enausgabe). Weinheim / München: Juventa, 491-512.</p> <p>Sirsch, E., Laekeman Marjan, & Irmela, G. (2013). Ein breites Spektrum an Expertise und Perspektiven. Interdisziplinarität in der Leitlinienentwicklung am Beispiel der S3-Leitlinie "Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe". Pflegezeitschrift, 66 (03), 138-140.</p> <p>Schaeffer, D., Behren, J., Görres, S. (2008). Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim/ München: Juventa.</p>
--	--	---

MODUL 9: PROJEKT PROFESSIONELLE EXPERTISE

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_9.1	450 h	15	jährlich	6., 7. u. 8. Sem.
1	Kurse 9.1.1 Multiperspektivität in der professionellen Pflege 9.1.2 Entscheidungsfindung im komplexen Einzelfall 9.1.3 Wissenschaftliches Schreiben und Argumentieren im Einzelfall 9.1.4 Pflegewissenschaftliche Reflexionen		Kontaktzeit 136 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 314 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	Wissen Absolventinnen u. Absolventen ... <ul style="list-style-type: none"> ■ erkennen die Multidimensionalität des Einzelfalls in konkreten, authentischen und komplexen Pflegesituationen und sind in der Lage, diese mit pflegewissenschaftlichen und ggf. bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen konkret in Beziehung zu setzen. ■ erkennen Anschlussstellen des konkreten, komplexen Einzelfalls für eine systematische Pflegeprozessplanung und sind in der Lage, ihr Wissen gezielt und situationsspezifisch anzuwenden, um pflegerelevante, ggf. neue, unklare und vielschichtige Problemstellungen unter Berücksichtigung externer und interner Evidenzen zu identifizieren und zu bearbeiten. ■ Erkennen Anschlussstellen des komplexen Einzelfalls für eine konkrete interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die konkrete Arbeit im „Hilfemix“. Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ... <ul style="list-style-type: none"> ■ die Belange des Einzelfalls durch systematische Fallarbeit zu erschließen und im weiteren Prozess zu berücksichtigen. ■ komplexe Pflegesituationen zu analysieren und geeignete Problemlösungsstrategien begründet zu initiieren. Sie berücksichtigen dabei verschiedene Wissensquellen (wissenschaftliche Erkenntnis- 			

		<p>se, Situationsdeutungen der beteiligten Akteure, institutionelle Ressourcen u. a.) und Ressourcen (z. B. professionelle Helfer mit verschiedenen Qualifikationsniveaus, informelle Helfer, technische Ressourcen („Hilfemix“), institutionelle Ressourcen, etc.). Sie sind in der Lage, entsprechende Hilfesysteme zu koordinieren und zu integrieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ interdisziplinäre Zusammenarbeit in Kontexten des professionellen Handelns problemorientiert zu realisieren. ■ komplexe Pflegesituationen schriftlich aufzubereiten und bei Bedarf der Fachöffentlichkeit zur Diskussion zu stellen. <p>Haltung Absolventinnen u. Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ zeigen die Bereitschaft, verschiedene Interessen im Kontext einer problemlösungsorientierten professionellen Pflege zu integrieren und dabei die Besonderheiten des Einzelfalls zur Geltung zu bringen. ■ übernehmen Verantwortung für ihr professionelles Handeln und haben ein Bewusstsein für die Risiken und Folgen ihres Handelns entwickelt. ■ erkennen ihre fachlichen und persönlichen Grenzen und sind in der Lage, bei Bedarf auf geeignete Hilfesysteme zurückzugreifen. ■ sind befähigt zur kontinuierlichen Entwicklung und Aktualisierung des eigenen fachlichen Wissens und Könnens. ■ unterstützen die Weiterentwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Multidimensionale Fallrekonstruktion aus Kontexten der klinischen Versorgung in verschiedenen pflegerischen Handlungsfeldern (Integration pflegfachlicher, pflegewissenschaftlicher, ethischer, rechtlicher, organisatorischer und weiterer Aspekte am Beispiel eines konkret zu bearbeitenden Einzelfalls) ■ Entscheidungsfindung und komplexe Interventionen am Beispiel von Einzelfällen ■ Bearbeitung einer begrenzten Forschungsfrage aus dem Kontext des Einzelfalls ■ Pflegewissenschaftliche Reflexionen zur Fallarbeit
4	Lehrformen	Seminar, Übungen und Präsentationen
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: Portfolio; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 20
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und das erfolgreiche Bestehen der Modulabschlussprüfung.

8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	~ 14,4% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Dr. M. Hülsken-Giesler
11	Literatur	Matolycz, Esther (2013): Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen. Wien: Springer. Schrems, B. (2013): Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: Facultas. Schrems, B. (2008): Verstehende Pflegediagnostik. Facultas.wuv: Wien. Schrems, B. (2003): Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien: Facultas.

MODUL 10: BACHELOR-KOLLOQUIUM

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_10.1	120 h	4	jährlich	8. Sem.
1	Kurse 10.1.1 Themenbezogene Kolloquia 10.1.2 Tutorien		Kontaktzeit 40 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 80 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	<p>Wissen Absolventinnen u. Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ kennen das Niveau einer BA-Arbeit ■ kennen die formalen Erfordernisse einer BA-Arbeit <p>Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ den Gegenstand ihres Bachelorprojektes/Bachelorvorhabens zu fokussieren und zusammenfassend darzustellen. ■ ihr Vorhaben zu strukturieren. ■ einen Zeitplan für ihr Bachelorprojekt zu entwerfen. ■ einen Text zu verfassen, der wissenschaftlichen Kriterien genügt. <p>Haltung Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ lernen selbstbewusst ihr Vorhaben vor anderen zu vertreten. ■ respektieren die Arbeit der Kommilitoninnen und Kommilitonen und 			

		<p>geben wo erforderlich konstruktives Feedback.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nehmen berechnigte Kritik an und nutzen die Hinweise zur „Schärfung“ der eigenen Arbeit.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tutorien zum wissenschaftlichen Schreiben ■ Entwicklung der Forschungsfrage oder des Themas für die Bachelorarbeit ■ Überprüfung der Güte und der Nachvollziehbarkeit von Kapiteln und Arbeitsabschnitten durch Peers
4	Lehrformen	Kleingruppenarbeit mit und ohne Moderation durch die Betreuerinnen/ Betreuer der Bachelorarbeit
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Modulprüfung: keine
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	0% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Alle Hochschullehrer im Studienprogramm
11	Literatur	Ertl-Schmuck, R./Unger, A./Mibs, M./Lang, C. (2015): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Konstanz, München: UVK/Lucius.

MODUL 11: BACHELOR-THESIS

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_11.1	300 h	10	jährlich	8. Sem.
1	Kurse 11.1.1 xx		Kontaktzeit 0 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 300 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/	Die Bachelor-These ist eine wissenschaftliche Abschlussarbeit, mit der			

	Kompetenzen	die Fähigkeit nachgewiesen wird, innerhalb einer vorgegeben Frist eine pflegerrelevante komplexe Aufgabenstellung selbständig unter Berücksichtigung pflegfachlicher und wissenschaftlicher Methoden zu bearbeiten. Die Bachelor-Thesis umfasst die Beschreibung eines konkreten Fallbeispiels, die Analyse pflegerrelevanter Problemstellungen unter Berücksichtigung der Perspektiven aller relevanter Akteure sowie die Erstellung von Vorschlägen für eine wissenschaftlich wie versorgungspraktisch begründete Entscheidungsfindung (ggf. mit Schwerpunktsetzung).
3	Inhalte	■ Fallarbeit
4	Lehrformen	Selbststudium
5	Teilnahmevoraussetzungen	Nachweis von 65 LP
6	Prüfungsformen	Bachelor-Thesis; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise § 22
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme am begleitenden Kolloquium (M10)
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	20% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Alle Hochschullehrer im Studienprogramm
11	Literatur	Nach Bedarf

MODUL 12: SUPERVISION

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_12.1	90 h	3	jährlich	4. bis 8. Sem.
1	Kurse 12.1.1 Supervision		Kontaktzeit 28 h	Selbststudium 62 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	Wissen Absolventinnen u. Absolventen ... ■ wissen um den Nutzen der Supervision.			

		<p>Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ihre berufliche Praxis und die Studienpraxis zu reflektieren. ■ zur Findung und Neubestimmung der eigenen Rolle in Beruf und Studium. ■ das eigene Bild der/ des therapeutisch handelnden, forschenden oder beratenden Pflegeexpertin/ Pflegeexperten zu reflektieren, weiter zu entwickeln und neu zu definieren. ■ die Bedeutung des eigenen pflegerischen, forschenden oder beratenden Handelns für die betrieblichen Prozesse zu erkennen und diese Prozesse in den Gesamtzusammenhang der Organisation einzuordnen. ■ Konflikte zu erkennen, anzusprechen und nach angemessenen Lösungsmustern zu bearbeiten. <p>Haltung Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ respektieren Belastungsgrenzen bei sich, bei Arbeitskolleginnen und -kollegen und nachgeordneten Mitarbeitern und unterbreiten bzw. nehmen entsprechende Hilfsangebote an. ■ setzen ihre eigene Kreativität zur Lösung von Problemen im Arbeitsfeld und zur Organisationsentwicklung ein und ermuntern Kolleginnen und Kollegen ebenfalls kreativ zu sein.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Situation der Studierenden zwischen Studium und Beruf ■ Einnahme einer neuen Berufsrolle ■ Fallbesprechungen
4	Lehrformen	Strukturiertes Gruppengespräch unter Zuhilfenahme von Elementen aus der personenzentrierten, systemischen und Gestalt-Beratung Methoden der Organisationsberatung Klassische Techniken der beruflichen Supervision
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	keine
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Supervisionsveranstaltungen
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	0% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Inge Steiger; Rainer Neuendorff

11	Literatur	keine
----	-----------	-------

FOLGENDE MODULE WERDEN PAUSCHAL ANERKANNT!

MODUL 13: PFLEGE VON MENSCHEN IN BESONDEREN KRANKHEITS- UND LEBENSLAGEN

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_13.1	420 h	14	jährlich	1. Sem.
1	Kurse 13.1.1 Pflege von Menschen in besonderen Krankheits- und Lebenslagen		Kontaktzeit 128 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 292 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	<p>Wissen Absolventinnen u. Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Wissen um die besonderen Bedarfe und Anforderungen im Zusammenhang mit der Pflege von Menschen besonderen Lebenslagen. ■ Kennen die anatomisch-physiologischen und pathophysiologischen Zusammenhänge im Kontext der pflegerischen Versorgung von Menschen in besonderen Lebenslagen. ■ Kennen grundlegende medizinisch-pflegerische Aspekte der Versorgung von Menschen in besonderen Lebenslagen. ■ Kennen die hygienischen Grundlagen und Erfordernisse im Umgang mit Menschen in besonderen Lebenslagen. ■ Kennen zielgruppenspezifischen Versorgungskonzepte der Pflege im Zusammenhang mit der Pflege von Menschen besonderen Lebenslagen. ■ Kennen Konzepte der Aktivierung und Entwicklungsförderung im Zusammenhang mit der Pflege von Menschen besonderen Lebenslagen. <p>Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ die grundlegende pflegerische Versorgung von Menschen in besonderen Lebenslagen sicherzustellen. 			

		<ul style="list-style-type: none"> ■ ihr Handeln zielgruppengerecht an den Bedarfen und Erfordernissen von Menschen in besonderen Lebenslagen auszurichten. ■ in (ggf. multiprofessionellen) Teams der Versorgung von Menschen in besonderen Lebenslagen zu agieren. ■ die institutionellen Rahmenbedingungen bei der Ausführung ihres pflegerischen Handelns angemessen zu berücksichtigen. <p>Haltung Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ verstehen Pflegearbeit als fachlich begründete Interaktions- und Beziehungsarbeit ■ berücksichtigen grundlegende pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnisse ■ verfügen über Sensibilität in Bezug auf Menschen in besonderen Lebenslagen.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pflege von kranken alten Menschen ■ Pflege von Menschen mit Behinderung ■ Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen ■ Pflege von Neugeborenen und kranken Kindern ■ Pflege von Wöchnerinnen
4	Lehrformen	Seminar
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Mündliche Prüfung; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 16 wird mit „bestanden“ oder „nicht bestanden“ bewertet; fließt nicht in die Endnote mit ein;
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Regelmäßige Teilnahme und Bestehen der Prüfung
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	0% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Dr. H. Brandenburg

MODUL 14: GRUNDLAGEN DER ANLEITUNG UND BERATUNG

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_14.1	330 h	11	jährlich	1. Sem.
1	Kurse 14.1.1 Wahrnehmung und Beobachtung 14.1.2 Kommunikation und Interaktion		Kontaktzeit 96 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 234 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	<p>Wissen Absolventinnen u. Absolventen kennen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie ■ die Grundlagen der Kommunikationspsychologie zur professionellen Gestaltung von Kommunikations- und Interaktionsprozessen zu nutzen. <p>Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie auf unterschiedliche Pflegesituationen anzuwenden. ■ unterschiedliche verbale und nonverbale Kommunikationsstrukturen zu erkennen, Kommunikationsstörungen zu analysieren und adäquate Problemlösungen zu entwickeln. <p>Haltung Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ reflektieren eigene Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Interaktionsmuster. 			
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie ■ Theorien und Formen der Kommunikation und Interaktion ■ Grundlagen der Kommunikationspsychologie ■ Verbale und nonverbale Kommunikation ■ Pflege als kommunikative Tätigkeit ■ Interaktionsmodelle in der Pflege 			
4	Lehrformen	Seminar			
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine			
6	Prüfungsformen	Mündliche Prüfung; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 16 wird mit „bestanden“ oder „nicht bestanden“ bewertet; fließt nicht in die Endnote mit ein;			
7	Voraussetzungen für die Vergabe von	Regelmäßige Teilnahme und Bestehen der Prüfung			

	Kreditpunkten	
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	0% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	JProf. Dr. Nadine Dütthorn

MODUL 15: PFLEGEPROZESS

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_15.1	390 h	13	jährlich	2. Sem.
1	Kurse 15.1.1 Pflegeprozess		Kontaktzeit 112 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 278 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	<p>Wissen Absolventinnen u. Absolventen kennen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ die Grundlagen und Phasen des Pflegeprozesses. ■ systematische Formen der Beobachtung und Interpretation. ■ die Bedeutung von Assessment Instrumente, Planungsinstrumente und Evaluationsinstrumenten in der Pflege. ■ verschiedene Klassifikation-und Diagnosesysteme. <p>Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Potentielle Probleme in der Umsetzung zu erkennen. ■ Instrumente im Rahmen des Pflegeprozesses anzuwenden. ■ die vor und Nachteile verschiedener Klassifikation-und Diagnosesysteme zu diskutieren. ■ Interventionen systematisch zu planen und das Ergebnis zu überprüfen. ■ selbstständig eine Fallanalyse durchzuführen. <p>Haltung Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ reflektieren den Nutzen systematischen Pflegehandelns. ■ erkennen den Pflegeprozess als Problemlösung-und Beziehungs- 			

		prozess.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle und Inhalte des Pflegeprozesses ■ Instrumente des Pflegeprozesses (Assessment Instrumente, Planungsinstrumente, Evaluationsinstrumente) ■ Pflegediagnosen
4	Lehrformen	Seminar
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Mündliche Prüfung; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 16 wird mit „bestanden“ oder „nicht bestanden“ bewertet; fließt nicht in die Endnote mit ein;
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Regelmäßige Teilnahme und Bestehen der Prüfung
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	0% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Helen Kohlen

MODUL 16: GESUNDHEITSFÖRDERNDE PFLEGE

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_16.1	360 h	12	jährlich	2. Sem.
1	Kurse 16.1.1 Gesundheitsfördernde Pflege		Kontaktzeit 112 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 248 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	Wissen Absolventinnen u. Absolventen ... <ul style="list-style-type: none"> ■ kennen ausgesuchte Begründungsansätze von Gesundheit und Krankheit. ■ kennen Konzepte und Ansätze von Gesundheitsförderung und Prä- 			

		<p>vention.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ kennen spezifische Konzepte der pflegerischen Gesundheitsförderung und Prävention und exemplarische Vertiefungen im Kontext Pflege. <p>Fertigkeit</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sich mit grundlegenden Begriffen und Konzepten zu Gesundheit, Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention auseinanderzusetzen. ■ ausgesuchte Ansätze der Gesundheitsförderung in der Pflege in Planung, Durchführung und Evaluation des pflegerischen Handelns zu integrieren. ■ ausgesuchte Ansätze der Prävention in der Pflege in Planung, Durchführung und Evaluation des pflegerischen Handelns zu integrieren. <p>Haltung</p> <p>Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ reflektieren ihr eigenes subjektives Gesundheitsverständnis. ■ verstehen Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention als originäre Bestandteile der Pflegearbeit.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grundlagen wissenschaftlicher Gesundheitsmodelle und ihrer Determinanten sowie der Gesundheitsförderung und Prävention ■ Gesundheit im Zusammenhang mit Bewegen ■ Gesundheit im Zusammenhang mit Ernähren ■ Gesundheit im Zusammenhang mit Körperpflege
4	Lehrformen	Seminar
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Mündliche Prüfung; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 16 wird mit „bestanden“ oder „nicht bestanden“ bewertet; fließt nicht in die Endnote mit ein;
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Regelmäßige Teilnahme und Bestehen der Prüfung
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	0% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Dr. F. Weidner; Matthias Brünnett

MODUL 17: RECHTLICHE GRUNDLAGEN IN DER PFLEGE

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_17.1	300 h	10	jährlich	3. Sem.
1	Kurse 17.1.1 Rechtliche Grundlagen in der Pflege		Kontaktzeit 80 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 220 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	<p>Wissen Absolventinnen u. Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ kennen die wichtigsten Rechtsbegriffe und Gesetze, die zum Verständnis des deutschen Sozial- und Gesundheitssystems notwendig sind. <p>Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ pflegerelevante Gesetzestexte und Gesetzesvorlagen zu verstehen, zu analysieren und für Pflegesituationen nutzbar zu machen. <p>Haltung Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sind sich ihrer Verantwortung als Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen bewusst. ■ aktualisieren Kenntnisse, Verständnis und Reichweite von rechtsrelevanten Verantwortlichkeiten in der Pflege selbständig. 			
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arbeitsrechtliche Grundlagen und Quellen ■ Grundlagen des Sozialstaates und des Sozialrechtes ■ Grundlagen des Pflegeversicherungsrecht (SGB XI) ■ Grundlagen des Haftungsrechts 			
4	Lehrformen	Seminar			

5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Mündliche Prüfung; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 16 wird mit „bestanden“ oder „nicht bestanden“ bewertet; fließt nicht in die Endnote mit ein;
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und Bestehen der Prüfung
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	0% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	Prof. Schulz-Nieswandt

MODUL 18: PFLEGEPHÄNOMENE

	Kennnummer	Workload	Credits	Häufigkeit des Angebots	Studiensemester
	BA-PW1_18.1	450 h	15	jährlich	3. Sem.
1	Kurse 18.1.1 Pflegephänomene		Kontaktzeit 136 h	Selbststudium inkl. Prüfungsvorbereitung 314 h	geplante Gruppengröße 20- 35 Pers.
2	Lernergebnisse/ Kompetenzen	<p>Wissen Absolventinnen u. Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ unterscheiden Pflegephänomene von medizinischen Diagnosen. ■ kennen epidemiologisch relevante Pflegephänomene. ■ kennen die pathophysiologischen Zusammenhänge im Kontext von relevanten Pflegephänomenen. ■ kennen Instrumente zur evidenzbasierten Versorgung von pflegerelevanten Phänomenen entlang des Pflegeprozesses. ■ kennen Ansätze zur Berücksichtigung individueller Bedarfe und Präferenzen im Zusammenhang mit pflegerelevanten Phänomenen. <p>Fertigkeit Absolventinnen u. Absolventen sind in der Lage ...</p>			

		<ul style="list-style-type: none"> ■ Pflegephänomene zu erkennen, zu dokumentieren und gezielte Maßnahmen zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. ■ ihr Pflegehandeln im Zusammenhang mit pflegerlevanten Phänomenen grundlegend an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen auszurichten. ■ Pflegephänomene in ggf. auch multiprofessionellen Zusammenhängen zu diskutieren und weitere Professionen an geeigneter Stelle einzubinden. <p>Haltung Absolventinnen u. Absolventen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ erkennen Pflegephänomene als subjektives Geschehen. ■ erkennen die existenzielle Bedeutung von Pflegephänomenen. ■ verstehen die Auseinandersetzung mit Pflegephänomenen als einen originären Beitrag zur Gesundheitsarbeit.
3	Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schmerz ■ Verwirrtheit ■ Atemnot ■ Multimorbidität und Chronifizierung
4	Lehrformen	Seminar
5	Teilnahmevoraussetzungen	keine
6	Prüfungsformen	Mündliche Prüfung; Prüfungsumfang und Prüfungsanforderungen gemäß PO B.Sc. Pflegeexpertise §§ 14, 15, 16 wird mit „bestanden“ oder „nicht bestanden“ bewertet; fließt nicht in die Endnote mit ein;
7	Voraussetzungen für die Vergabe von Kreditpunkten	Teilnahme an den Lehrveranstaltungen und Bestehen der Prüfung
8	Verwendung des Moduls	Bachelorstudiengang Pflegeexpertise
9	Stellenwert der Note für die Endnote	0% der Abschlussnote
10	Modulbeauftragte/r und Lehrende	JProf. Erika Sirsch

ANHANG: MODULÜBERSICHT

Modulübersicht Bachelorstudiengang Pflegeexpertise

Supervision 3 LP	Bachelor-Kolloquium (M10) 4 LP	Bachelor-Thesis (M11) 10 LP		20	
	Anleitung, Beratung und Prozesssteuerung (M5) 10 LP	Praktikum/ Mobilitäts- fenster (M7) 5 LP	Projekt professionelle Expertise (M9) 15 LP	22	
			Gesellschaft- liche Rahmenbed. (M6) 6 LP	Konzepte und Ansätze pflege- rischer Versorgung (M8) 12 LP	22
	Anthropologie und Ethik (M4) 10 LP		Theoretische Grundlagen pflegerischen Handelns (M3) 10 LP	Verfahren und Modelle der Pflege (M2) 10 LP	20,5
	Wissenschaftliches Arbeiten (M1) 10 LP				20,5
				105 LP	
	Rechtliche Grundlagen der Pflege (M17) 10 LP		Pflegephänomene (M18) 15 LP	25	
	Gesundheitsfördernde Pflege (M16) 12 LP		Pflegeprozess (M15) 13 LP	25	
	Grundlagen Anleitung und Beratung (M14) 11 LP		Pflege von Menschen in besonderen Krankheits- und Lebenslagen (M13) 14 LP	25	
				75 LP	
Gesamt				180 LP	

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

Pflegewissenschaftliche Fakultät



**neu, einmalig,
anders!**

Bachelor Pflegeexpertise (B.Sc.) Aufbaustudiengang für Pflegefachpersonal



Foto: Gina Sander – Fotolia.com

Jetzt will ich's wissen!

**Fünfsemestriges, berufsbegleitendes Studium
Anerkennung der Pflegeausbildung
Abschluss eines Bachelor of Science in der Pflege**

Bachelor Pflegeexpertise (B.Sc.): Neu, einmalig und anders!

Dieses neue Studienangebot zielt besonders auf die Weiterentwicklung der Pflegepraxis in Krankenhäusern, Altenheimen, der häuslichen Pflege und weiteren Handlungsfeldern in der Pflege ab. Pflegefachpersonen können aufbauend auf eine Pflegeausbildung in einem berufsbegleitenden Studium eine wissenschaftsfundierte Pflegeexpertise und den akademischen Grad eines Bachelor of Science erwerben. Im Mittelpunkt dieses Studiums steht die vertiefte Kompetenz zur professionellen Fallarbeit in der Pflege. Die Pflegeausbildung wird auf das Studium angerechnet, somit kann es in fünf Semestern absolviert werden.

Hintergründe und Intentionen

Seit nunmehr gut zwei Jahrzehnten gibt es Pflegestudiengänge an deutschen Hochschulen. Die Schwerpunkte der Angebote lagen zunächst im Bereich des Pflegemanagements, der Pflegepädagogik sowie in geringerem Umfang auch der Pflegewissenschaft. Seit rund zehn Jahren nehmen die Angebote an Zahl zu, die die Pflegepraxis direkt fokussieren. Darunter gibt es mittlerweile zahlreiche duale Bachelorstudiengänge, welche die akademische und die berufliche Ausbildung in den Pflegeberufen kombinieren sollen.



Foto: Rido - Fotolia.com

Dennoch wird weiterhin allgemein beklagt, dass die Akademisierung der Pflege noch nicht wirklich „am Bett“ und beim Patienten, beim Pflegebedürftigen und den Angehörigen ankomme. Gründe dafür lägen zum einen in den Studiengangstrukturen, die noch zu wenig Verbindlichkeit zwischen beruflichen und akademischen Themen schaffen würden. Zum anderen sei man auch in den Krankenhäusern, Altenheimen oder der ambulanten Pflege noch nicht gut genug auf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen vorbereitet. Es gäbe ferner noch zu viele Vorbehalte in der Pflegepraxis gegenüber der Akademisierung und auch noch kaum originäre Einsatzfelder für sie, geschweige denn Vereinbarungen zur tariflichen Eingruppierung studierter Pflegefachpersonen. Auf der anderen Seite liegen Stellungnahmen wie etwa vom Wissenschaftsrat aus dem Jahr 2012 vor, die den Anteil von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in der Pflegepraxis zukünftig bei bis zu 20 % sehen.

Neuer Aufbaustudiengang – wissenschaftsfundiert und praxisorientiert

Als Beitrag zur Zukunft der Pflege bietet die Pflegewissenschaftliche Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) zur Beantwortung der Herausforderungen in der Versorgung von kranken, alten und pflegebedürftigen Menschen sowie zur wissenschaftsfundierten Weiterentwicklung der Pflegepraxis einen zukunftsweisenden und anschlussfähigen Bachelorstudiengang Pflegeexpertise an.

innovativ, reflektiert, professionell!

Fakultät mit 300 Studienplätzen, 15 Lehrgebieten und individueller Betreuung

Die Pflegewissenschaftliche Fakultät ist die bislang einzige ihrer Art im Universitätspektrum im deutschsprachigen Raum. Sie hat 2006 den Lehrbetrieb aufgenommen und bietet inzwischen rund 300 Studienplätze in insgesamt fünf Studienprogrammen an, darunter der bereits erfolgreich laufende Masterstudiengang Pflegewissenschaft, das Promotionsprogramm Pflegewissenschaft sowie die Bachelor- und Masterprogramme Lehramt Pflege an berufsbildenden Schulen, die in Kooperation mit der Universität Koblenz-Landau angeboten werden. Die Fakultät hält inzwischen fünfzehn Lehrgebiete der Pflegewissenschaft vor, darunter drei klinische Professuren in den Lehrgebieten Gerontologische Pflege, Gemeindenahe Pflege und Akutpflege, zwei Professuren zu Fragen von Diakonie und Ethik, zwei Lehrstühle zur Forschungsmethodik sowie weitere Professuren zur Pflegewissenschaft, Good Clinical Practice, Sozialökonomie der Pflege, Pflegesystemforschung, Pflegebildungsforschung, Kultur und Ästhetik in der Pflege und neuerdings auch Pflegedidaktik. Dieses Fächerspektrum ist einmalig im deutschsprachigen Raum!

Ethisch begründete Kompetenzentwicklung

Der weitaus größte Teil des Lehrkörpers verfügt selbst über langjährige berufliche und wissenschaftliche Erfahrungen im Pflege- und Gesundheitswesen. Ferner arbeitet die Fakultät eng mit der benachbarten Theologischen Fakultät und Hochschulen aus der Region zusammen. Mit diesen breiten Lehr- und Forschungsangeboten bietet die Pflegewissenschaftliche Fakultät heute bereits ein einzigartiges Profil im deutschsprachigen Raum. Die intensive, individuelle Betreuung der Studierenden durch die Studienberatung, ein Mentorensystem sowie Supervisionsangebote stellen besondere Merkmale des Studiums in Vallendar dar.

Diese vielfältigen Ressourcen und Kompetenzen der Fakultät werden damit auch im neuen Bachelorstudiengang Pflegeexpertise (B.Sc.) zum Tragen kommen.

Ziele des Studiengangs Pflegeexpertise (B.Sc.) für Pflegefachpersonal

Der neue Studiengang wendet sich ausdrücklich an Pflegefachpersonen aus der Gesundheits- und Kranken-, der Alten- sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aller Einsatzbereiche und bietet ihnen eine neue, profunde und attraktive akademische Weiterbildungsmöglichkeit.

**kommunikativ,
persönlich, motiviert!**



Foto: PTHV

Er zielt ab auf die Befähigung zur wissenschaftsfundierten Reflexion und Anwendung von Theorien, Konzepten, Verfahren und Instrumenten der Pflegewissenschaft im Berufsalltag, zu ethisch begründeten Entscheidungen und Handlungen im Versorgungskontext sowie zur professionellen Übernahme von Verantwortung in Teams und im interdisziplinären Kontext der Gesundheitsversorgung.

Den Wandel gestalten und fördern

Damit soll ausdrücklich der Wandel in den Einrichtungen und ambulanten Diensten mit Blick auf die weitere Professionalisierung und Akademisierung der Pflege und Versorgung ermöglicht und vorangetrieben werden. Nutznießer sollen zum einen Patienten, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sein, zum

anderen aber auch die professionelle Pflege selbst sowie Angehörige anderer kooperierender Berufsgruppen. Damit stellt dieser neue Aufbaustudiengang Pflegeexpertise (B.Sc.) auch eine hochinteressante Perspektive der Personal- und Organisationsentwicklung für die Träger von Versorgungsangeboten im Pflege- und Gesundheitswesen dar.

Zugangsvoraussetzungen

Pflegefachpersonen mit einem qualifizierten Berufsabschluss mit der Note 2,5 oder besser sowie mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung können zum fachgebundenen Universitätsstudium zugelassen werden. Ein Abitur ist damit nicht grundsätzlich als Hochschulzugang erforderlich, stellt aber eine gute Voraussetzung für den Aufbaustudiengang dar. Pflegefachpersonen mit allgemeiner Hochschulreife (Abitur) können somit direkt nach Abschluss ihrer Pflegeausbildung zugelassen werden und somit ihren beruflichen Qualifikationsweg unmittelbar akademisch fortsetzen. Berufserfahrung ist erwünscht, aber nicht zwingend erforderlich. Neben diesen formalen Voraussetzungen ist zur Zulassung ein Auswahlverfahren der Universität zu durchlaufen.

Qualifikationsziele

Pflegefachpersonen sollen wissenschaftsfundiert und praxisorientiert ihre Kenntnisse und Fähigkeiten für die Ausgestaltung und Entwicklung des Pflegealltags überprüfen, neu fundieren und weiterentwickeln können.



Foto: PTHV

Sie sollen befähigt werden, aktuelle pflegerelevante Theorien, Konzepte, Studienergebnisse, Assessments, Standards und Leitlinien mit ihren Berufserfahrungen und -vorstellungen in Verbindung zu bringen, diese Zusammenhänge kritisch zu hinterfragen, zu diskutieren und Lösungskompetenzen für anstehende Herausforderungen zu entwickeln. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Lehr- und Lernkontexte erwerben die Studierenden insbesondere die folgenden Kompetenzen:

- Analyse-, Begründungs- und Bewertungskompetenzen im Pflegeprozess
- Planungs-, Transfer- und Steuerungskompetenzen in der Versorgung
- Professionelle Fallarbeitskompetenzen
- Reflexionskompetenzen
- Forschungskompetenzen
- Anleitungs- und Beratungskompetenzen

Reflektiert, verantwortlich und teamfähig

Die Absolventinnen und Absolventen des Bachelorstudiengangs Pflegeexpertise (B.Sc.) sind

- ... eingebunden in die Teams der Stationen und Abteilungen und in die allgemeine praktische Pflegearbeit.
- ... befähigt zur eigenverantwortlichen, selbstständigen und qualitätsbezogenen Steuerung hochkomplexer Pflege- und Versorgungsprozesse auch in interdisziplinären Kontexten.
- ... kompetent, Teams in der Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern unter Einbezug weiterer Fach- und Hilfskräfte auch bereichsübergreifend zu führen.
- ... befähigt, die Anleitung und Beratung im Rahmen der praktischen Ausbildung (auch von Studierenden dualer Studiengänge) zu übernehmen und zu steuern.
- ... vorbereitet, an Forschungs- und Entwicklungsprojekten aktiv mitzuwirken und innovative Konzepte basierend auf dem neuesten Stand der Pflegewissenschaft zu implementieren.

Organisationale und zeitliche Struktur des Studiums

Das Studium wird berufsbegleitend über fünf Semester angeboten. Die Fachausbildung in einem Pflegeberuf soll auf das Studium mit insgesamt 75 ECTS Punkten angerechnet werden. Mit dem Studium werden dann weitere 105 ECTS erworben, so dass mit dem erfolgreichen Abschluss ein vollwertiges Bachelorstudium nachgewiesen werden kann. In das Studium ist ein dreiwöchiges Praktikum eingebettet, das zur Fundierung der Fallarbeitskompetenz, zur Entwicklung von Forschungsfragen sowie zur Vorbereitung auf die Bachelorarbeit dient. Zum Ende des Studiums wird der akademische Grad eines Bachelor of Science (B.Sc.) verliehen. Dieser wird aufgrund der angestrebten Akkreditierung des Studiengangs international anerkannt sein.

Neben dem Beruf studieren, weiterkommen und neue Handlungsfelder erschließen

Insgesamt stehen pro Jahr zunächst 25 Studienplätze zur Verfügung. Das Studium findet überwiegend in Blockwochen und -zeiten in den Vorlesungszeiten statt. Insgesamt werden rund 25 Blockwochen über fünf Semester angeboten. Darüber hinaus müssen die Studierenden zur Vor- und Nachbereitung der Seminare und Veranstaltungen sowie zur Anfertigung der Bachelorarbeit rund 10 Stunden wöchentlich über die gesamte Studienzeit einplanen.



Foto: Robert Kneschke – Fotolia.com

**engagiert,
aktiv, verbindlich!**

Da einige Aufgaben mit praktischen und beruflichen Fragen direkt zusammenhängen, kann ein Teil dieser Zeit auch während der berufspraktischen Tätigkeiten erfüllt werden. Ideal zur Bewältigung des Studiums ist demnach eine berufliche Beschäftigung von etwa 50 % der normalen tariflichen Arbeitszeit.

Inhalte des Studiums

Die Inhalte des Studiums greifen wesentliche Fragestellungen und Herausforderungen der Pflegepraxis und der Pflegewissenschaft sowie angrenzender Disziplinen auf. Sie bieten Gelegenheit zur umfassenden Vertiefung von Grundlagen sowie zur Anwendung problemlösender Strategien für den Berufsalltag. Zentrale Themen des Studiums sind:

- o Theorien und Verfahren der Pflege
- o Anthropologie und Ethik
- o Methodologie, Forschungsmethoden und wissenschaftliches Arbeiten
- o Professionalisierung und Fallarbeit
- o Evidenzbasierte Pflege
- o Konzepte gesundheits- und pflegebezogener Versorgung
- o Beratung, Anleitung, Prozesssteuerung
- o Teamleadership, Interdisziplinarität
- o Pflegerelevante Rechtsgrundlagen
- o Projekt professionelle Expertise
- o Praktikum
- o Supervision

Studienbeiträge

Die Studienbeiträge belaufen sich auf € 300,- monatlich über fünf Semester, inkl. zwei kostenlose Verlängerungssemester. Es gibt die Möglichkeit der Ratenzahlung (100 mal 100) und der Studienfinanzierung in Kooperation mit einem örtlichen Kreditinstitut und weitere interessante Finanzierungsmöglichkeiten, über die wir Sie gerne ausführlich informieren.

Akkreditierung und Genehmigung

Der neue Bachelorstudiengang Pflegeexpertise (B.Sc.) wurde im Februar 2016 erfolgreich akkreditiert.

Strategische Partnerschaften

Die Pflegewissenschaftliche Fakultät der PTHV strebt zur erfolgreichen Umsetzung des Studiengangs sowie zur Erreichung der Ziele in der Pflegepraxis die Kooperation mit Trägern von Einrichtungen sowie mit anderen Hochschulen an.

Studieren, Wohnen unter einem Dach

In der PTHV gibt es das Angebot zum Studieren und Wohnen unter einem Dach. Für Studierende stehen kostengünstige und ansprechende Übernachtungsmöglichkeiten inklusive Verpflegung in den Präsenzzeiten zur Verfügung.



Foto: PTHV

Information, Beratung und Kontakte

Weitere Informationen zum neuen Studienangebot, zur Zulassung, Finanzierung und Unterkunft sind bei der Studienberatung der Pflegewissenschaftlichen Fakultät, Maria Peters, Tel.: 0261/6402-240 oder Dr. Ruth Ketzer, Tel.: 0261 6402 412 erhältlich.

Internet: <http://www.pthv.de>

E-Mail: pflege@pthv.de

Bewerbungsfrist

Die Bewerbungsunterlagen für den Bachelor Pflegeexpertise (B.Sc.) können ab Januar 2016 von der PTHV angefordert werden. Bewerbungsschluss für die Aufnahme ins Studium zum Wintersemester 2016/2017 ist der 31. Mai 2016. Die Auswahlverfahren der Universität werden Anfang Juli 2016 stattfinden.

Falls nach Abschluss der ersten Bewerbungsrunde (31.5.) noch Rest-Studienplätze vorhanden sind, wird für eine zweite Runde das Bewerbungsverfahren noch einmal geöffnet. Hinweise hierzu geben die Studienberatung und die Webseite:

<http://www.pthv.de/pflegewissenschaft/studienangebote/bachelor-pflegeexpertise/>

Das Studium beginnt mit einer Blockwoche am 4. Oktober 2016.

Informationen, Stand: 18.5.2016

Versorgungsplan Patienten *HandinHand*



Patient	Name:	Vorname:	Geb.:
Diagnosen	Teilnehmender Arzt:	Pflegeexperte:	Telefon PE:
Versorgungsvorschlag	<u>Auftrag gemäß ärztlicher Verordnung:</u> <u>Versorgungsvorschlag nach Erstbesuch:</u> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____		
Termine	Nächster Besuchstermin:		

	(Pflegerxperte)		(Ltg. PE-Center)
Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Versorgungsplan Patienten *HandinHand*



(teilnehmender Arzt)

Datum

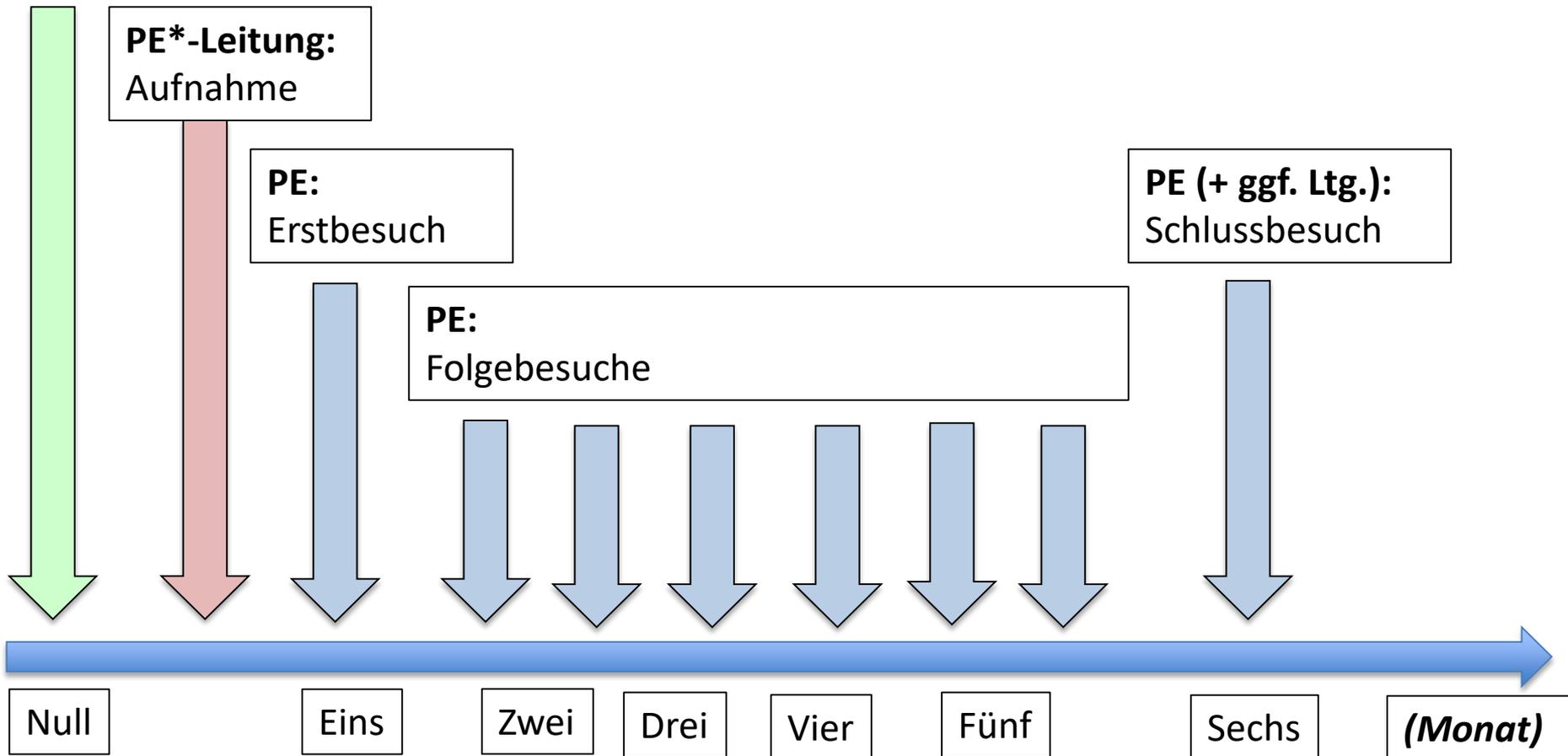
Unterschrift

Kernprozess Pflegeexperten-Center

G. Lauven, 27.02.2020

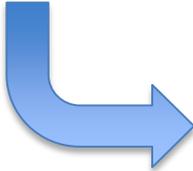
Hausarzt:
Screening,
Information,
Aufklärung,
Einverständnis

***PE= Pflegeexperte(n)**



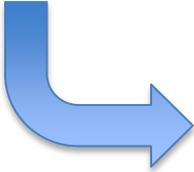
Kernprozess

Hausärzte der Region Ahrweiler werden angesprochen und ermuntert, Patienten in das Projekt einzuschließen.



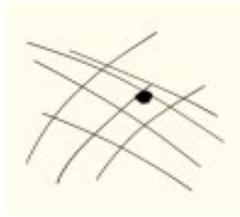
Der Hausarzt führt in seinem Patientenstamm ein definiertes Screening durch, spricht Patienten (bzw. deren Angehörige) an und holt das Einverständnis der Patienten zur Projektteilnahme ein.

Nach Übermittlung der Patientendaten an das Pflegeexperten-Center sucht ein Pflegeexperte (m/w/d) den Patienten (zu Hause) auf, führt eine Eingangserhebung durch und erstellt einen Versorgungsplan.



Nach dessen Freigabe durch den Hausarzt werden die Patienten von den Pflegeexperten in festzulegender Regelmäßigkeit in häuslicher Umgebung aufgesucht und betreut.

Zu jedem Pflegeexperten-Patienten-Kontakt findet eine Information an den Hausarzt statt.



PFLEGEEXPERTEN-CENTER



P1 Managementprozesse
P13 Qualitätsmanagement

P13-1 Qualitätsmanagement - Handbuch

Erstellt:		Geprüft:		Freigegeben:
von: Stefanie Klein Gunther Lauven		von: PEC-ST, vertreten durch Elena Faber		von: Gunther Lauven
am:		am: 02.02.2022		am: 10.02.2022
(Unterschriften)		(Unterschrift)		(Unterschrift)

Revision: 2	Gültig ab: 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	X
1 Einleitung	1
2 Zielsetzung	1
3 Managementprozesse P1	2
3.1 Strategie, Werkzeuge, BSC P11	2
3.1.1 Leitgedanken	2
3.1.2 BSC P11-2.....	3
3.1.3 BSC-Werkzeuge P11-3.....	4
3.2 Personalmanagement P12.....	5
3.2.1 Organigramm P12-1	5
3.2.2 Stellenbeschreibungen	6
3.2.3 Personalgewinnung P12-3.....	6
3.2.3.1 Anzeigentext und Schaltung.....	6
3.2.3.2 Sichtung und Auswahl der Bewerber	7
3.2.3.3 Bewerbungsgespräche und Auswahl	7
3.2.4 Personaleinstellung P12-4	8
3.2.4.1 Arbeitsverträge, Arbeitnehmerüberlassungsverträge und Überlassungsvereinbarungen	8
3.2.4.2 Unterzeichnung von Arbeitsverträgen	9
3.2.4.3 Zustimmung der Einstellung.....	9
3.2.4.4 Einstellungsuntersuchungen	9
3.2.5 Personalverwaltung P12-5.....	9

Revision: 2	Gültig ab: 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

III

3.2.5.1	Regionalzentrum Nord-Personal der Marienhaus Kliniken GmbH	9
3.2.5.2	Administration der Mitarbeiter im Personalverwaltungssystem	10
3.2.5.3	Sicherstellung der Gehaltszahlungen.....	11
3.2.5.4	Interne Rechnungslegung bei internen Versetzungen.....	11
3.2.6	Beendigung eines Arbeitsverhältnisses P12-6.....	11
3.2.7	Personaleinsatzplanung P12-7	12
3.2.7.1	Urlaubsanträge und –Genehmigungen	12
3.2.7.2	PEC-Urlaubsplanung.....	13
3.2.7.3	Krank- und Gesundmeldung des Personals.....	13
3.2.7.4	Tourenplanung P13-4.....	14
3.2.7.5	Abwesenheitsregelungen und Urlaubsvertretung PE	16
3.2.7.6	Abwesenheitsregelungen und Urlaubsvertretung PEC-ST.....	16
3.3	Qualitätsmanagement P13.....	17
3.3.1	QM-Begriffe im PEC P13-1	17
3.3.1.1	Qualität.....	17
3.3.1.2	Auftraggeber	17
3.3.1.3	Kunden.....	17
3.3.1.4	Partner	17
3.3.2	PEC-QM-Struktur P13-2	18
3.3.3	QM-Dokumentation P13-3	18
3.3.3.1	QM-Handbuch.....	18
3.3.3.2	Prozesslandkarte.....	19
3.3.3.3	Prozessbeschreibungen.....	20
3.4	Risikomanagement P14	24

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite III
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

3.4.1	Begriffe und Strukturen	24
3.4.1.1	Kontrolle des Risikomanagements im PEC	24
3.4.2	Hygiene P14.2	24
3.4.3	Arbeitssicherheit P14-6	25
3.5	PEC-Steuerung P15	25
3.5.1	PEC-ST P15-1	26
3.5.2	Interne Kommunikation mit dem PEC-TEAM P15-2	26
3.5.3	PEC-P P15-3	26
3.5.4	PEC-IT P15-4	26
3.5.5	Teambuilding P15-5	26
4	Kernprozesse P2	27
4.1	Patientenaufnahme P21	27
4.1.1	Rekrutierung, Aufklärung und Zuweisung P21.1	27
4.1.2	PEC-Patientendokumentation	28
4.1.2.1	ePA	28
4.1.2.2	Administrative Aufnahme in das PEC	29
4.1.2.3	Medizinisch- / pflegerische Aufnahme in das PEC	29
4.1.2.4	Papierdokumentation	29
4.1.3	Terminierung und Durchführung des Erstbesuchs P21.2	30
4.1.4	Versorgungsplanung P21.3	31
4.1.5	PB Umgang mit Medikamenten P21-5	31
4.2	Patientenversorgung P22	32
4.2.1	Klinische Überwachung PB P22-1	32
4.2.2	PB Selbst- und Symptommanagement P22-2	33

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite IV
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

4.2.2.1	SOP chronische Herzerkrankungen	33
4.2.2.2	SOP Lunge.....	33
4.2.2.3	SOP Dyspnoe	33
4.2.2.4	SOP Depression.....	34
4.2.2.5	SOP COPD	34
4.2.2.6	SOP Bewegungsapparat.....	34
4.2.2.7	SOP Schmerz	35
4.2.2.8	SOP Mangelernährung.....	35
4.2.2.9	SOP kognitive Einschränkungen.....	35
4.2.2.10	SOP Diabetes	35
4.2.3	PB Wundmanagement P22-3	35
4.2.4	PB Sturzprävention P22-4	36
4.2.5	PB Notfallmanagement P22-5.....	36
4.2.6	Sonstige Verrichtungen durch den PE	37
4.2.7	Statusbericht.....	37
4.3	Evaluation der Patientenversorgung P23	37
5	Stützprozesse P3	38
5.1	Immobilie P31	38
5.1.1	Räume	38
5.1.2	Schlüssel.....	39
5.2	Fuhrpark P32	39
5.2.1	Parksituation	40
5.2.2	Dienstwagen	40
5.3	Versicherungen P33.....	41

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite V
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

5.4	Allgemeine PEC-Verwaltung P34.....	41
5.4.1	Beschaffungswesen P34.1	41
6	Wirtschaftlichkeit und Erfolgssicherung W	42
6.1	Controlling und Finanzen W1	42
6.1.1	DLR und G-BA W11.....	42
6.1.2	Fördermittelmanagement W12.....	42
6.1.3	Budgetsteuerung W13	43
6.1.4	Anschlussprojekt W14	43
6.2	Berichtswesen W2	44
6.2.1	Meilensteine W21	44
6.2.2	Statusberichte W22.....	45
6.2.3	Quartals- und Jahresberichte W23	45
6.3	Projektmanagement W3.....	46
6.3.1	Recht und Verträge W31.....	46
6.3.2	Konsortium- und Projektadministration W32.....	47
6.3.2.1	Konsortial-Projektgruppe.....	47
6.3.2.2	Allgemeine Projektadministration	48
6.3.3	Datenschutz W33.....	48
6.3.4	Ethikkommissionen W34.....	49
6.3.5	Projektabschluss W35	49
7	Kunden und Partner K	50
7.1	Premium Partner K1.....	50
7.1.1	Teilnehmende Ärzte K11.....	50
7.1.2	Ärztetzetz Kreis Ahrweiler e.V. K12.....	51

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite VI
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

7.1.3	Ärzteverbände K13	51
7.1.4	AOK Rheinland-Pfalz K14.....	51
7.1.5	Weitere Gesetzliche Kassen K15.....	52
7.2	Gesundheits- und Sozialwesen K2	52
7.2.1	Pflegedienste und Heime K21.....	52
7.2.2	Krankenhäuser K22	53
7.2.3	Politik K23	53
7.2.4	Pflegeverbände K24	54
7.2.5	Diverse Partner K25.....	54
7.3	Öffentlichkeitsarbeit K3	54
7.3.1	Marketingsteuerung K31	54
7.3.2	Marketinginstrumente K32	55
7.3.3	Lokales Marketing K33	55
7.3.4	Globales Marketing K34.....	56
8	Lernen Entwicklung und Wissenschaft L	56
8.1	IT L1.....	56
8.1.1	ePA und RZV L11	56
8.1.2	PEC.IT, M.IT und MHDL L12	56
8.2	Wissenschaft L2.....	57
8.2.1	RWI und Evaluation L21	57
8.2.2	Projektbeirat, Uni Lübeck und Uni Köln L22.....	57
9	Bildung L3	58
9.1	VPU L31.....	58
9.2	Fort- und Weiterbildung L32.....	58

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite VII
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

9.2.1 Einarbeitung der PE L32.1	58
9.2.2 Fortbildungen L32.2	58
10 Anhang	58

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite VIII
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 BSC 2021.....	3
Abbildung 2 Organigramm PEC 2021.....	5
Abbildung 3 Kernzeiten PEC	15
Abbildung 4 Abwesenheitsregelungen und Urlaubsvertretung (Stand 0820).....	16

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite IX
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Abkürzungsverzeichnis

§	Paragraph
Abb.	Abbildung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AG-PEC-QM	Arbeitsgruppe-Pflegeexperten-Center-Qualitätsmanagement
BGB	Bundes-Gesetzbuch
BMP	Bundeseinheitlicher Medikamentenplan
BSC	Balanced Score Card
BoL	Beauftragter der obersten Leitung
bzw.	Beziehungsweise
ca.	Circa
DBFK	Deutscher Berufsverband für Pflegekräfte
DSFA	Datenschutzfolgeabklärung
DLR	Deutsche Gesellschaft für Luft-und Raumfahrt
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EPA	Elektronische Patientenakte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggf.	Gegebenenfalls
ggü.	Gegenüber
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMAV	Gemeinsame Mitarbeitervertretung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
gVV	Gemeinsame Datenschutzvereinbarung

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite X
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

i.d.R	In der Regel
IT	Informationstechnik
Ltg.	Leitung
LDS	Landesdatenschutz
KDSG	Kirchliches Datenschutzzentrum
Kon-PEC	Konsortialprojektgruppe des Pflegeexperten-Centers
MHDL	Marienhaus Dienstleistung GmbH
MGU	Mitgeltende Unterlagen
MH	Marienhaus GmbH
MHUG	Marienhaus Unternehmensgruppe
PDCA	Plan-Do-Check-Akt-Zyklus
PE	Pflegeexpertinnen/en
PEC	Pflegeexperten-Center
PEC-ST	Pflegeexperten-Center-Steuerungsgruppe
PEC-TEAM	Pflegeexperten-Center alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
PEC-QM	Pflegeexperten-Center-Qualitätsmanagement
PDL	Pflegerische Leitung Pflegeexperten-Center
sPDL	Stellvertretende Pflegerische Leitung des Pflegeexperten-Centers
PL	Projektleiter
PM	Projektmanagerin
QM	Qualitätsmanagement
QMH	Qualitätsmanagement Handbuch

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite XI
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

QMS	Qualitätsmanagement System
QZ	Qualitätszirkel
RWI	Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung (Essen)
RZV	Rechenzentrum Volmarstein
SOB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard operation procedere
Stvt.	Stellvertretend
TELKO	Telefonkonferenz
PB	Prozessbeschreibung
VFA	Verwaltungsfachangestellte
VPU	Vinzenz Pallotti Univercity
vgl.	Vergleiche
z. B.	Zum Beispiel

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite XII
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

1 Einleitung

Im Rahmen des Projekts *HandinHand* wird in Bad Neuenahr-Ahrweiler das Pflegeexperten-Center (PE-Center, PEC) etabliert. Nähere Informationen zum Projekt *HandinHand* befinden sich im Infokompodium (MGU).

Das PEC hat ein Qualitäts-Management (PEC-QM), damit die Zielsetzungen des Projekts (siehe Kapitel 2) gut erreicht werden können.

Im Rahmen des PEC-QM wird dieses QM-Handbuch von der Arbeitsgruppe PEC-QM (AG-PEC-QM) vorgelegt, von der PEC-Steuerungsgruppe (PEC-ST) geprüft und vom Projektleiter freigegeben.

Alle Mitarbeiter des PEC sollen das QM-Handbuch und dessen Inhalte kennen und auch danach handeln. Die jeweils aktuellste Version dieses QM-Handbuchs befindet sich stets auf dem Laufwerk „H“.

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird innerhalb des QM-Handbuchs stets die männliche Form von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, Betreuerinnen und Betreuern verwendet.

2 Zielsetzung

Die Ziele des PEC-QM ergeben sich aus den Zielsetzungen des Projekts. Diese sind im Vertrag *HandinHand* vom 11.09.2019 (Änderungsmodus vom 17.04.2020) in §9 (4) dargelegt:

„(4) Die Beteiligten wirken mit dem Ziel, das Projekt *HandinHand* erfolgreich durchzuführen, vertrauensvoll zusammen. Als Erfolge des Projektes sollen insbesondere erreicht werden:

1. Fristgerechter Beginn des Förderzeitraums 01.07.2019 mit den dazugehörigen organisatorischen Belangen,
2. Fristgerechter Abschluss der Vorbereitungsphase bis 31.03.2020,
3. Erfolgreicher Start der Patientenrekrutierung bis 31.03.2020 mit Rekrutierung von 1500 Patienten für das Projekt *HandinHand* bis 30.09.2021,

Revision: 2	Gültig ab: 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

4. Erfolgreiche Behandlung von 1300 Patienten über einen Zeitraum von jeweils mindestens sechs Monaten bis spätestens 31.03.2022,
5. Fristgerechtes Ende des Förderzeitraums 30.06.2022,
6. Einhaltung des Projektbudgets,
7. Einhaltung aller Berichtspflichten ggü. dem DLR,
8. Abgabe eines wissenschaftlich integren Projektergebnisses beim Förderer am 30.06.2022,
9. Reduktion der Krankenhauseinweisungen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe um mindestens 15%“.

Die Ziele befinden sich derzeit im Revisionsverfahren. Mit Vorlage aller Unterschriften unter die Vertragsergänzungen werden die Ziele aktualisiert mit Zieldatum 31.12.2022.

Das PEC-QM trägt dazu bei, diese Zielsetzungen zu erreichen.

3 Managementprozesse P1

3.1 Strategie, Werkzeuge, BSC P11

3.1.1 Leitgedanken

Die Leitgedanken des PEC wurden vom PEC-TEAM gemeinsam erarbeitet. Die Leitgedanken sollen dem PEC-TEAM eine Orientierung bei der Antwort auf die Frage geben, **wie** es sich bei seiner Arbeitsgestaltung verhalten soll.

Die Leitgedanken des PEC lauten:

- Innovativ,
- Wissenschaftlich fundiert,
- Präventiv,
- Partnerschaftlich,
- Für unsere Patienten in der Region.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 2
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Die letzte Revision erfolgte im Herbst 2020, die Leitgedanken wurden weiterhin bestätigt. Eine weitere Revision ist nicht in der Planung.

⇒ MGU Leitgedanken

3.1.2 BSC P11-2

Das PEC-Management wird in einer Balanced Score Card (**BSC**) abgebildet, welche in folgende Perspektiven untergliedert ist:

- **Wirtschaftlichkeit & Erfolgssicherung**
- **Kunden & Partner**
- **Prozesse & PE-Center**
- **Lernen, Entwicklung & Wissenschaft.**

Die BSC wird jährlich zum Jahresende revidiert und für das Folgejahr ggf. modifiziert. Beschluss durch PEC-ST.

Projekt HandinHand		BSC HandinHand 2022		Marienhaus GmbH	
W	Wirtschaftlichkeit & Erfolgssicherung	Controlling & Finanzen W11 DLR und G-BA W12 Fördermittelmanagement W13 Budgetsteuerung W14 Anschlussprojekt W1	Berichtswesen W21 Meilensteine W22 Statusberichte W23 Quartals- und Jahresberichte W2	Projektmanagement W31 Recht und Verträge W32 Konsortium & Projektadministration W33 Datenschutz W34 Ethikkommissionen W35 Projektabschluss W3	
K	Kunden & Partner	Premium Partner K11 Teilnehmende Ärzte K12 Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. K13 Ärzteverbände K14 AOK Rheinland-Pfalz K15 Weitere Gesetzliche Kassen K1	Gesundheits- und Sozialwesen K21 Pflegedienste und Heime K22 Krankenhäuser K23 Politik K24 Pflegeverbände K25 Diverse Partner K2	Öffentlichkeitsarbeit K31 Marketingsteuerung K32 Marketinginstrumente K33 Lokales Marketing K34 Globales Marketing K3	
P	Prozesse & PE-Center	Managementprozesse P11 Strategie, Werkzeuge, BSC P12 Personalmanagement P13 Qualitätsmanagement P14 Risikomanagement P15 PEC-Steuerung P1	Kernprozesse P21 Patientenaufnahme P22 Patientenversorgung P23 Evaluation Patientenversorgung P2	Stützprozesse P31 Immobilie P32 Fuhrpark P33 Versicherungen P34 Allgemeine Verwaltung P3	
L	Lernen, Entwicklung & Wissenschaft	IT L11 ePA und RZV L12 PEC.IT, M.IT und MHDL L1	Wissenschaft L21 RWI und Evaluation L22 Projektbeirat, Uni Lübeck & Uni Köln L2	Bildung L31 PTHV L32 Fort- und Weiterbildung L3	

Abbildung 1 BSC 2022

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 3
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

⇒ MGU: BSC 2022

3.1.3 BSC-Werkzeuge P11-3

Die aus der Anwendung der BSC abgeleiteten Werkzeuge (für alle Werkzeuge gibt es Beispiele als MGU) sind:

- **die ToDo-Liste *HandinHand***, die alle PEC-ST-relevanten Aktivitäten zu *HandinHand* gemäß BSC beinhaltet.
- **der Quartalsbericht *HandinHand***, der eine Darlegung aller Maßnahmen zu den strategischen Handlungsfeldern, eine Sachstandserhebung und Bewertung der Zielerreichungen, des Ausblicks und ungeplanter Aktivitäten für das laufende / abgeschlossene Quartal vornimmt.
- **der Jahresbericht *HandinHand***, der eine Darlegung aller Maßnahmen zu den strategischen Handlungsfeldern, eine Sachstandserhebung und Bewertung der Zielerreichungen, des Ausblicks und ungeplanter Aktivitäten für das zurückliegende Kalenderjahr vornimmt.
- **das Explorerverzeichnis *HandinHand*- individuell** (Laufwerk N), ein Dateiverzeichnis, welches (nur) jedem Mitarbeiter selbst gehört. Es wird empfohlen, dieses gemäß BSC zu sortieren.
- **das Explorerverzeichnis *HandinHand*-PEC** (Laufwerk H), ein Dateiverzeichnis gemäß der Sortierung der BSC, auf welches alle Mitarbeiter des PEC Zugriff haben.
- **das Outlookverzeichnis *HandinHand*-individuell**, welches jedem Mitarbeiter **einzeln** gehört. Es wird empfohlen, dieses E-Mail-Verzeichnis nach der BSC zu sortieren.
- **die Papierablage *HandinHand***, die Aktenordner mit Ablage aller Papierdokumente zu *HandinHand* gemäß der BSC-Sortierung enthält.

⇒ MGU ToDo-Liste *HandinHand*

⇒ MGU HiH-Quartalsbericht

⇒ MGU HiH-Jahresbericht

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 4
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

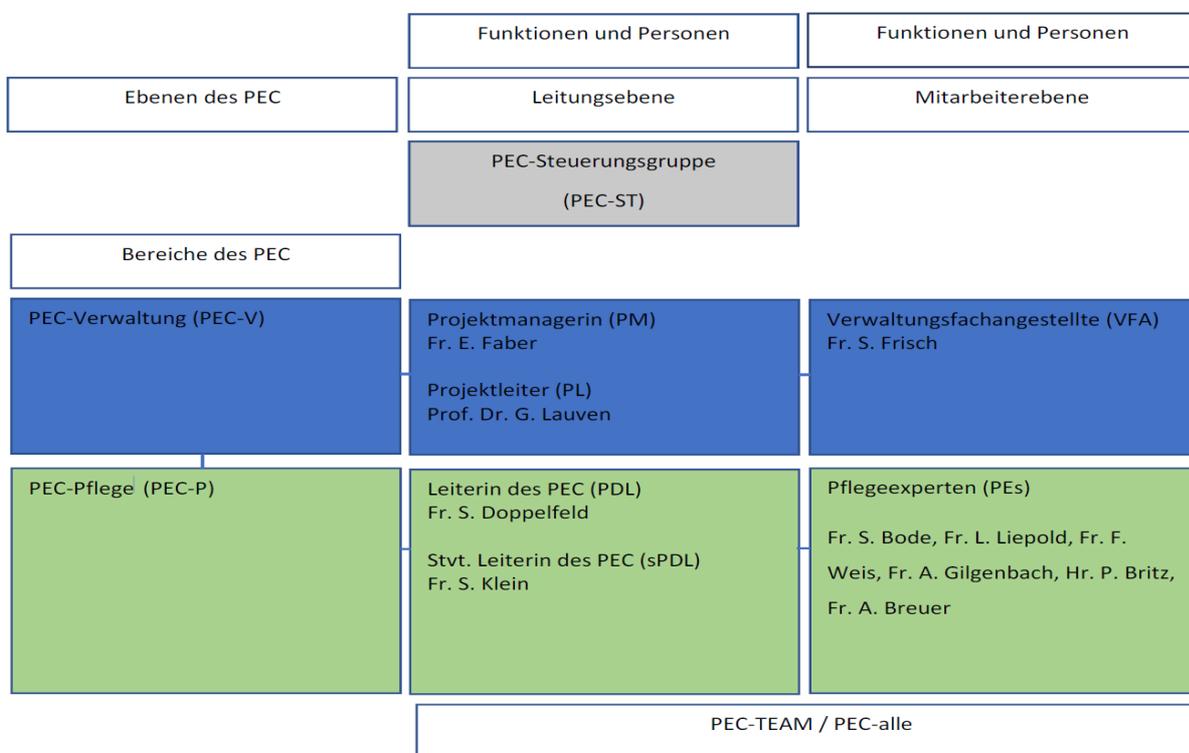
3.2 Personalmanagement P12

3.2.1 Organigramm P12-1

Das Organigramm des PEC bildet die verschiedenen Bereiche, Funktionen und Zuordnungen ab.



Organigramm des Pflegeexperten-Centers



(PEC= Pflegeexperten-Center; Stvt. = stellvertretende)

(Stand 01.02.2022 erstellt von Stefanie Klein)

Erstellung: S. Klein (Ltg. PEC) 1.02.2022	Prüfung: S. Doppelfeld (Ltg. PEC)	Freigabe: Prof. Dr. G. Lauven (Projektleitung)	Version/Revision 3 01.01.2023	Seite 1 von 1
--	---	--	--	---------------

Abbildung 2 Organigramm PEC 2022

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 5
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Das PEC hat eine Leitungsebene und eine Mitarbeiterenebene.

Alle Personen der Leitungsebene bilden gemeinsam die PEC-Steuerungsgruppe (PEC-ST).

Das PEC hat die Bereiche PEC-Verwaltung (PEC-V) und PEC-Pflege (PEC-P).

Die PEC-Verwaltung umfaßt :

- Auf der Leitungsebene die Projektmanagerin (PM) (EF) und den Projektleiter (PL) (GL),
- Auf der Mitarbeiterenebene die Verwaltungsfachangestellte/er (VFA).

Die PEC-Pflege umfaßt:

- Auf der Leitungsebene die (pflegerische) Leiterin des PEC (PDL) (SD) und die stellvertretende (pflegerische) Leiterin des PEC (sPDL) (SK),
- Auf der Mitarbeiterenebene alle PEs (SB,AG, LL, PB, FW, AB).

Leitungsebene und Mitarbeiterenebene bilden alle gemeinsam das PEC-TEAM (= PEC-alle).

⇒ MGU Organigramm

3.2.2 Stellenbeschreibungen

Es gibt Stellenbeschreibungen für PL, PM, VFA, PDL / sPDL und PE.

⇒ MGU Stellenbeschreibung

3.2.3 Personalgewinnung P12-3

3.2.3.1 Anzeigentext und Schaltung

Zur Personalakquise werden Stellenausschreibungen geschaltet. Die Inhalte der Stellenausschreibungen werden von PEC-ST abgestimmt. Die Schaltung der Anzeige erfolgt gemäß der Vereinbarung zur innerbetrieblichen Stellenausschreibung zwischen der Marienhaus Stiftung und der GMAV. Dies hat zur Folge, dass neu geschaffene, freie oder

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 6
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

freiwerdende Stellen im Pflegeexperten-Center frühestens nach 14 Tagen einer innerbetrieblichen Stellenausschreibung extern ausgeschrieben werden können. Die Mitarbeitervertretung erhält ein Exemplar der Stellenausschreibung.

Der Ansprechpartner für die Schaltung sowie das Layout der innerbetriebliche Stellenausschreibung im Intranet der Marienhaus Unternehmensgruppe, <https://mintra2.marienhaus.de/intranet/index.php?id=2364>, ist eine Mitarbeiter der PR-Agentur.

Liegt nach Ablauf der 14-tägigen Frist keine fachliche und persönliche Qualifikation der Bewerber vor, erfolgt die externe Stellenausschreibung. Die PEC-Steuerungsgruppe legen die geeigneten Publikationen der Anzeige fest.

Der Ansprechpartner für die externe Veröffentlichung, das Layout der Stellenausschreibung sowie die Einholung der Angebote ist die MHDL, Assistent der Geschäftsführung.

⇒ MGU: Beispiel Stellenanzeige

3.2.3.2 Sichtung und Auswahl der Bewerber

Gemäß der Stellenausschreibung sind die Bewerbungsunterlagen an die Projektmanagerin adressiert. Die PM bereitet die eingegangenen Bewerbungsunterlagen zur Sichtung und Auswahl der Bewerber durch PEC-ST vor. Die Auswahl der Bewerber erfolgt anhand der zuvor definierten Einstellungskriterien, welche in der Stellenbeschreibung aufgeführt sind.

3.2.3.3 Bewerbungsgespräche und Auswahl

Die Bewerber werden zu den Bewerbungsgesprächen durch die Projektmanagerin eingeladen. Das Bewerbungsgespräch wird durch PEC-ST geführt. Die Bewerbungsgespräche finden im Pflegeexperten-Center oder einer externen Räumlichkeit der MHUG statt.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 7
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

3.2.4 Personaleinstellung P12-4

3.2.4.1 Arbeitsverträge, Arbeitnehmerüberlassungsverträge und Überlassungsvereinbarungen

Im Rahmen des Projekts muss zwischen zwei Vertragsmodalitäten unterschieden werden:

Dienstvertrag zwischen der Marienhaus GmbH und dem Mitarbeiter

- Mitarbeiter ist bisher nicht für die Marienhaus-Gruppe tätig
- 
- Anstellung Marienhaus GmbH
 - Befristeter Dienstvertrag bis zum 31.03.2022 oder anderes Datum

Vertrag über die Entsendung von Personal zwischen der Marienhaus GmbH und der Marienhaus Kliniken GmbH sowie Zusatzvereinbarung zwischen dem Mitarbeiter und der Marienhaus Kliniken GmbH

- Mitarbeiter ist vor Projektbeginn im Anstellungsverhältnis bei der Marienhaus Kliniken GmbH
- 
- Vertragsabschluss zwischen Marienhaus und Marienhaus Kliniken GmbH über die Entsendung von Personal
- 
- Zwischen Mitarbeiter und Marienhaus Kliniken GmbH wird eine Zusatzvereinbarung zum bestehenden Dienstvertrag abgeschlossen

Nach Projektende Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit bei der Marienhaus Kliniken GmbH.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 8
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

3.2.4.2 *Unterzeichnung von Arbeitsverträgen*

Die Dienstverträge werden seitens der Marienhaus GmbH durch Herrn Dr. Andreas Tecklenburg sowie Herrn Spottke unterschrieben. Anstellungsverträge bis zum 12.2019 wurden durch Herrn Dr. Scheid sowie Frau Heine gezeichnet.

Die Verträge über die Entsendung von Personal werden seitens der Marienhaus Kliniken GmbH durch die Geschäftsführung gezeichnet.

Die Zusatzvereinbarung zum bestehenden Dienstvertrag wird durch den Mitarbeiter sowie zwei Direktoriumsmitgliedern der jeweiligen Klinik (bis 10/2019) unterschrieben. Seit der Zentralisierung der Personalabteilung werden die Verträge von den Personalleitern des Regionalzentrum Personal unterschrieben.

3.2.4.3 *Zustimmung der Einstellung*

Die Mitarbeitervertretung der Zentralverwaltung (MAV) muss jeder Einstellung zustimmen. Das Regionalzentrum Nord-Personal informiert die MAV mit einem entsprechenden Formular über die Einstellung. Die Stellungnahme der MAV wird an das Regionalzentrum Nord-Personal übermittelt. Anschließend wird die Projektmanagerin über die Zustimmung der MAV informiert.

3.2.4.4 *Einstellungsuntersuchungen*

Die betriebsärztliche Betreuung aller Mitarbeiter wird durch Herrn Dr. Heinen, Marienhaus Klinikum im Kreis Ahrweiler, sichergestellt. Das Sekretariat des Betriebsarztes, 02641 - 83 6750, lädt die Mitarbeiter zu den betriebsärztlichen Routineuntersuchungen ein.

3.2.5 **Personalverwaltung P12-5**

3.2.5.1 *Regionalzentrum Nord-Personal der Marienhaus Kliniken GmbH*

Die administrative Aufnahme und Verwaltung der Personalfälle erfolgt im Regionalzentrum Nord – Personal. c/o Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Neuwied, Friedrich-Ebert-Straße 59, 56564 Neuwied.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 9
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Ansprechpartner für Mitarbeiter, die direkt bei der Marienhaus GmbH angestellt sind, ist Herr Birrenbach oder Frau Müller.

	Kontakt	E-Mail	Telefon
Anstellung Marienhaus GmbH	Rolf Birrenbach	Rolf.Birrenbach@marienhaus.de	02638 3993 105
	Ursula Schön	Ursula.Schoen@marienhaus.de	02638 3993 102

Ansprechpartner für Mitarbeiter, die im Rahmen einer Mitarbeiterüberlassung für das Projekt tätig sind, sind:

	Buchstabe	Kontakt	E-Mail	Telefon
Überlassungsvertrag Marienhaus Kliniken GmbH	Sachbearbeitung MAW A-H, L	Monika Weber	Monika.Weber@marienhaus.de	02638 3993 191
	Sachbearbeitung MAW H-K, MVZ	Bianca Lounen	Bianca.Lounen@marienhaus.de	02638 3993 100

➔ MGU Ansprechpartner im Regionalzentrum Nord-Personal

3.2.5.2 Administration der Mitarbeiter im Personalverwaltungssystem

Die Administration der Mitarbeiter im Personalverwaltungssystem erfolgt durch das Regionalzentrum Nord-Personal der Marienhaus GmbH.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 10
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Lediglich die Administration der entsandten MAW Mitarbeiter erfolgt über das Dienstprogramm Clinic Planner durch die Projektmanagerin.

3.2.5.3 Sicherstellung der Gehaltszahlungen

Die Gehaltsabrechnungen und- Zahlungen werden durch das Regionalzentrum Nord-Personal sichergestellt. Die digitale Gehaltsabrechnung steht den Mitarbeitern im ePayslip zur Verfügung. Jeder Mitarbeiter hat einen eigenen personalisierten Zugang zum Portal.

3.2.5.4 Interne Rechnungslegung bei internen Versetzungen

Im Rahmen der Entsendung von Personal werden durch die zuständigen Sachbearbeiter des Regionalzentrums Nord-Personal die Bruttopersonalkosten der Mitarbeiter, gemäß der Zusatzvereinbarung zum Dienstvertrag, monatlich an das Projekt weiterberechnet. Die Rechnungen werden durch die Marienhaus GmbH mit dem Fördermittelbudget beglichen.

3.2.6 Beendigung eines Arbeitsverhältnisses P12-6

Sollte es innerhalb des Beschäftigungsverhältnisses zu einer Trennung von Seiten des Mitarbeiters oder des Arbeitgebers kommen, findet mit der PEC-Steuerung und dem Mitarbeiter ein Trennungs- und Verabschiedungsgespräch statt. Dieses wird in einem Protokoll festgehalten und innerhalb des Personalordners archiviert. Oberstes Ziel ist stets eine einvernehmliche, freundliche Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Die Personaldaten werden nach den Unterschriften innerhalb des PEC vernichtet.

Die entsprechenden Dokumente (Kündigungsschreiben der Marienhaus GmbH) werden von den Marienhaus GmbH Zeichnungsberechtigten (Geschäftsführer, Prokurist) unterzeichnet.

Das Regionalzentrum Nord-Personal erhält schriftlich Kenntnis von dem beendeten Arbeitsverhältnis. Damit ist dies formal und administrativ beendet. Jeder Mitarbeiter des PEC erhält ein Arbeitszeugnis, das seitens PEC-ST (Ebenen bezogen) innerhalb einer Excel Tabelle ausgefüllt und an das Regionalzentrum Nord-Personal versendet wird. Von

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 11
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

dort wird dies in einem offiziellen Schreiben aufgesetzt und nach Fertigstellung seitens der PEC-ST unterschrieben. Eine Kopie verbleibt in der Personalakte.

⇒ MGU Ausstellung von Zeugnissen

3.2.7 Personaleinsatzplanung P12-7

3.2.7.1 Urlaubsanträge und –Genehmigungen

Die Anträge auf Urlaub werden von den Mitarbeitern schriftlich innerhalb der PEC-Verwaltung bei der Projektmanagerin eingereicht.

Verantwortlich	Formulare/ Dokumente	Ablauf
Jeder Mitarbeiter	schriftlich per Email bis zum 31.10. des laufenden Jahres	Einreichung der Urlaubswünsche bei der Projektmanagerin bis zum 31.10. des laufenden Jahres für das Folgejahr
Projektmanagerin		Erstellung Urlaubsplan anhand der mitgeteilten Urlaubswünsche der MA bis zum 31.12. des laufenden Jahres für das Folgejahr
PEC-Steuerer	Urlaubsplan Excel-Datei	Beratung PEC-Steuerer anhand des erstellten Urlaubsplans ggf. Rücksprache mit MA. Information an MA
Alle Mitarbeiter	Antrag auf Gewährung von Urlaub	Der Antrag ist rechtzeitig vor Urlaubsantritt zu stellen.
Leiterin Pflegeexperten-Center	Antrag auf Gewährung von Urlaub	Befürwortet den Urlaubsantrag für die PE und Weiterleitung an die Projektmanagerin zur administrativen Bearbeitung
Projektleiter	Antrag auf Gewährung von Urlaub	Befürwortet den Urlaubsantrag für Leiterin PEC, stv. Leiterin, Projektmanagerin und Verwaltungsfachangestellte und Weiterleitung an die Projektmanagerin zur administrativen Bearbeitung
Projektmanagerin	Schriftlich per Mail	Weiterleitung des Antrags zur Genehmigung an disziplinarische Vorgesetzte

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 12
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Disziplinarische Vorge-setzte	Schriftlich per Mail	Genehmigung und Mitteilung an Projektmanagerin	Urlaubsantrag
Projektmanagerin	Schriftlich per Mail	Information über Genehmigung an den MA und Personalabteilung	

⇒ P12-72 Urlaubsanträge und Genehmigungen

3.2.7.2 PEC-Urlaubsplanung

Im PEC ist ein Urlaubsplan in einer Excel-Datei vorhanden, der nach Bedarf aktualisiert wird und jeder Zeit für alle Mitarbeiter auf Laufwerk H einsehbar ist. Die Datei wird von der PM gepflegt.

Seitens der PEC-ST wird beachtet, wie viele Mitarbeiter zur selben Zeit in Urlaub gehen, damit der laufende Betrieb problemlos gewährleistet bleibt.

⇒ MGU Urlaubsplan

3.2.7.3 Krank- und Gesundheitsmeldung des Personals

Bei einer Krankmeldung der Pflegeexperten sind umgehend ab dem ersten Tag die PDL oder sPDL telefonisch, innerhalb der Dienstzeiten, zu informieren. Krankmeldungen der PEC-ST richten sich an die PM, wenn nicht verfügbar PL. Parallel zur telefonischen Krankmeldung informieren alle Mitarbeiter die PM per E-Mail über die Dauer der Erkrankungen und Erkrankung mit oder ohne Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Es muss sichergestellt werden, dass die PEC-ST über die Krankmeldungen aller Mitarbeiter unverzüglich informiert ist.

Es gelten die allgemeinen Bestimmungen, die nach dem dritten Krankheitstag eine Krankmeldung durch einen Arzt erfordern. Die Durchschläge innerhalb dieses „gelben“ Scheines für den Arbeitgeber sind an das Regionalzentrum Nord-Personal zu senden. Eine Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhält zeitgleich parallel die PM. Ein leserliches Handyfoto per Email reicht aus.

Regionalzentrum Nord-Personal der Marienhaus Kliniken GmbH

c/o: Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Neuwied

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 13
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Friedrich-Ebert-Straße 59, 56564 Neuwied

Ist der erkrankte Mitarbeiter wieder arbeitsfähig, ist eine telefonische Information an PEC-V, bei den PEs auch an die PDL / sPDL, durch den Mitarbeiter notwendig.

3.2.7.4 Tourenplanung P13-4

Nach Zuweisung der Patienten durch den teilnehmenden Arzt erfolgt eine telefonische Terminvereinbarung durch PDL / sPDL.

Die Termine und Touren werden im Kalender der ePA geplant, so dass die Leitungen jederzeit Einblick nehmen können.

Die Zuordnung der Patienten erfolgt unter der Beachtung der regionalen Gruppen von Patienten, die bereits von PE besucht werden, um die Ressourcen Fuhrpark, Treibstoff und zeitlichen Aufwand für An- und Abreise effizient zu nutzen.

Die PE planen ihre Termine eigenständig und achten bei der Planung auf eine eigene ideale Ressourcennutzung.

- ⇒ MGU Personalausfallregelungen
- ⇒ MGU Tourenplanung
- ⇒ MGU Kernzeitenregelungen

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 14
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Kernzeiten Pflegeexperten, Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH

Gemäß § 4 der Dienstverträge zwischen der Marienhaus Holding GmbH und den Mitarbeitern sind diese nach § 2 Abs. 1 der Anlage 31 zu den AVR vollzeitbeschäftigt.

§ 2 Regelmäßige Arbeitszeit

- (1) ¹Die regelmäßige Arbeitszeit der Mitarbeiter beträgt ausschließlich der Pausen durchschnittlich 38,5 Stunden wöchentlich.
 RK BW : Die regelmäßige Arbeitszeit der Mitarbeiter beträgt ausschließlich der Pausen durchschnittlich 39 Stunden wöchentlich.
 RK Mitte: Die regelmäßige Arbeitszeit der Mitarbeiter beträgt ausschließlich der Pausen durchschnittlich **39 Stunden** wöchentlich. Die Mitarbeiter erhalten jeweils jährlich einen Tag Arbeitszeitverkürzung entsprechend der Regelung der Anlage 5 § 1b AVR. Mit Wegfall des AZV-Tages gem. § 1b Anlage 5 AVR entfällt zeitgleich der Anspruch nach Satz 2.
²Abweichend davon beträgt die regelmäßige Arbeitszeit für die Mitarbeiter im Gebiet der neuen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen sowie in dem Teil des Landes Berlin, in dem das Grundgesetz bis einschließlich 2. Oktober 1990 nicht galt, durchschnittlich 40 Stunden wöchentlich. ³Die regelmäßige Arbeitszeit kann auf fünf Tage, aus notwendigen dienstlichen oder betrieblichen Gründen auch auf sechs Tage verteilt werden

Demnach werden die Kernzeiten für die Pflegeexperten wie folgt definiert:

Wochentag	Uhrzeit	Mittagspause	Arbeitszeit, exklusive Pausen
Montag bis Donnerstag	8:30 – 17 Uhr	30 Minuten	8 Stunden
Freitag	8:30 – 16 Uhr	30 Minuten	7 Stunden
Gesamt			39 Stunden

Ruhepausen sind die im voraus zeitlich festliegenden Unterbrechungen der Arbeitszeit; der Arbeitnehmer ist von jeglicher Dienstverpflichtung befreit, auch von der Verpflichtung, sich zum Dienst bereitzuhalten. Ruhepausen müssen grundsätzlich im Voraus feststehen, und zwar

30 Minuten bei einer Arbeitszeit von sechs bis zu neun Stunden

45 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden.

Für die Präsenzzeiten an der Hochschule werden die Mitarbeiter freigestellt.

Eine Rufbereitschaftsdienst wird nicht implementiert.

Abbildung 3 Kernzeiten PEC

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 15
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

3.2.7.5 Abwesenheitsregelungen und Urlaubsvertretung PE

Die PE planen in ihren Urlaubszeiten nur die Termine, die nicht aufzuschieben sind. Dazu zählen Besuche von instabilen Patienten sowie die 4 Wochen-, 3- und 6-Monatsbesuche, die mit Datenerhebungen in Verbindung stehen. Die PE, die in Urlaub gehen, kommen ca. 1-2 Wochen vor ihrem Urlaub auf PDL / sPDL zu, um die Vertreter festzulegen oder es wird seitens der PDL / sPDL ein Vertreter bestimmt.

Diese Termine werden innerhalb der übrigen anwesenden PE unter Beachtung der o.g. Kriterien aufgeteilt. Die PE sprechen sich untereinander ab und nehmen Rücksprache mit PDL / sPDL. Die Vertreter übernehmen die Termine in ihren ePA Kalender.

In Abwesenheit der PE wenden sich die Patienten in dringenden Fällen entweder direkt bei der zugeteilten Vertretung oder im PEC. Die Leitung kümmert sich um die Anliegen und koordiniert die weiteren Schritte.

Nach Rücksprache mit der PDL/sPDL wird festgelegt, auf wen das Diensthandy umgeleitet wird. Ist die Vertretung festgelegt werden die Patienten von dem betreuenden PE über die Urlaubsvertretung informiert und die Visitenkarte der Vertretung hinterlassen.

3.2.7.6 Abwesenheitsregelungen und Urlaubsvertretung PEC-ST

	Vertretung
PL	PM
PM	PL und VFA
VFA	PM
PDL	sPDL, PE (Auswahl nach fachlicher und persönlicher Eignung durch PDL)
sPDL	PDL, PE (Auswahl nach fachlicher und persönlicher Eignung durch PDL)

Abbildung 4 Abwesenheitsregelungen und Urlaubsvertretung (Stand 0820)

⇒ MGU Tabelle: Abwesenheitsregelungen und Urlaubsvertretung PEC-ST

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 16
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

3.3 Qualitätsmanagement P13

Das QM des PEC hat die Aufgabe, die Arbeit so zu organisieren, dass die Ziele des PEC (siehe Kapitel 2) erreicht werden können. Die Arbeit soll damit geregelt, nachvollziehbar, transparent, verbesserbar und zielgerichtet sein.

3.3.1 QM-Begriffe im PEC P13-1

3.3.1.1 Qualität

Qualität wird im PEC in Anlehnung an die DIN ISO definiert als:

„Erfüllung der Anforderungen von Auftraggebern, Kunden, Partnern und des PEC-TEAMS“.

Im PEC-QM wird unterschieden zwischen:

- Strukturqualität,
- Prozessqualität,
- Ergebnisqualität.

3.3.1.2 Auftraggeber

Auftraggeber sind für das PEC: G-BA und DLR.

3.3.1.3 Kunden

Kunden sind im PEC:

- Patienten,
- deren Angehörige und
- (im Falle einer Betreuung) die (gesetzlichen) Betreuer der Patienten.

3.3.1.4 Partner

Partner sind für das PEC:

- Die Konsortialpartner des Projekts *HandinHand* (AOK RLP, Ärztenetz, RWI, RZV, VPU, Uni L, Uni K)

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 17
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

- Die Beitrittspartner zum Vertrag / Projekt *HandinHand* (teilnehmende Ärzte)
- Weitere Partner

3.3.2 PEC-QM-Struktur P13-2

Das PEC-QM verfügt über folgende Strukturen:

BoL = Beauftragter der obersten Leitung. Dieser verantwortet das PEC-QM nach außen. Die Funktion wird wahrgenommen durch den PL.

QMB = QM-Beauftragte. Diese verantwortet das PEC-QM nach innen. Die Funktion wird wahrgenommen durch die sPDL.

AG-PEC-QM = Arbeitsgruppe PEC-QM. Diese Arbeitsgruppe sorgt dafür, dass das QM im PEC etabliert wird, die erforderlichen Dokumente entwickelt und gepflegt werden und das QM des PEC insgesamt gemäß PDCA Zirkel gesteuert wird. Die AG-PEC-QM besteht aus BoL und QMB.

3.3.3 QM-Dokumentation P13-3

Die PEC-QM-Dokumentation umfasst:

- QM-Handbuch,
- Organigramm,
- Prozesslandkarte,
- Prozessbeschreibungen,
- SOPs,
- MGUs,
- Links (als MGUs).

Von der PEC-QM-Dokumentation ist die PEC-Patientendokumentation abzugrenzen (siehe P22).

3.3.3.1 QM-Handbuch

Beim PEC-QM-Handbuch handelt es sich um das vorliegende Dokument, welches beinhaltet:

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 18
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

- Einleitung mit allgemeinen Projekt- und Lesehinweisen
- Die Zielsetzungen des Projekts *HandinHand*, damit auch die Zielsetzungen des PEC und damit auch die Zielsetzungen des PEC-QM,
- Aussagen zu allen Strategischen Handlungsfeldern der PEC-BSC,

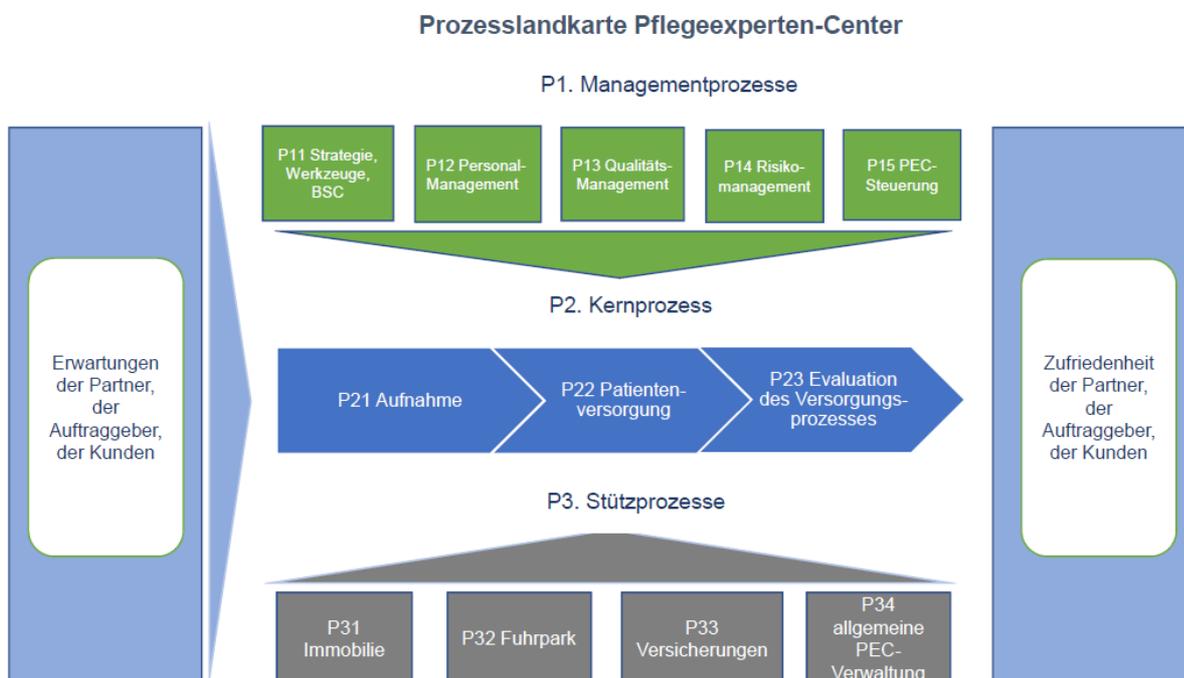
Im Anhang: Verzeichnisse für:

- Prozessbeschreibungen,
- SOPs,
- MGUs,
- QM-relevante Links.

3.3.3.2 Prozesslandkarte

Die für das PEC wichtigsten Prozesse sind in der BSC-Perspektive „P = Prozesse und PE-Center“ abgebildet. Sie sind unterteilt in Managementprozesse (P1), Kernprozesse (P2) und Stützprozesse (P3).

Zwecks besserer Übersicht sind diese Prozesse in einer Prozesslandkarte abgebildet.



01.01.2021 Prozesslandkarte PEC (Stefanie Klein, angelehnt an BSC 2021)

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 19
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

⇒ MGU Prozesslandkarte.

Dabei gilt:

- Die Anforderungen der Auftraggeber sind in den Bescheiden abgebildet.
- Die Anforderungen der Konsortial-Partner sind im Vertrag *HandinHand* vom 11.09.2019 abgebildet.
- Die Zufriedenheit der Kunden wird über RWI und die Unis Lübeck und Köln innerhalb eines anonymisierten Fragebogens erfasst.
- Die Zufriedenheit der Auftraggeber wird über das quartalsweise Zwischen-Feedback des DLR, das DLR Feedback auf den Jahresbericht und über das endgültige Feedback nach Projektende im Jahre 2023 erfasst.
- Die Zufriedenheit der Konsortialpartner wird über das Feedback bei den Konsortialpartner-TELKOs erfasst.
- Die Zufriedenheit der Teilnehmenden Ärzte wird erfasst durch: Anzahl der zugewiesenen Patienten, Feedback bei Kon-PG, bei QZ, ggü. den PEs.
- Zufriedenheit aller anderen: PEs, P-V Ist noch unklar.

3.3.3.3 Prozessbeschreibungen

Die PEC-relevanten Prozesse werden in Prozessbeschreibungen (PB) abgebildet.

Darüber hinaus werden Verfahren in Form von SOPs dokumentiert, damit diese nachvollziehbar, transparent und einheitlich umsetzbar sind.

Die Liste aller PB befindet sich im Anhang zu diesem QM-Handbuch.

Aufbau und Inhalt der Prozessbeschreibungen orientiert sich an einer Vorgabe (MGU), welche von der QMB festgelegt wurde.

Schritt	Aktivität
1	Auf Grundlage der Prozesslandkarte (angegliedert an die BSC) werden die Prozesse ermittelt, die festgelegt und dokumentiert werden müssen. Gründe für diese Art der Dokumentation sind:

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 20
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

	<ul style="list-style-type: none"> • Reibungsloser Ablauf- jeder weiß, was er wie, wann und womit zu tun hat • Fehlervermeidung bei hoher Komplexität des Prozesses • juristische Relevante Prozessbeschreibung • externe Vorgaben
2	<p>Die ermittelten Prozesse werden in Prozessbeschreibungen strukturiert und dokumentiert.</p> <p>Folgende Gliederung wird für Prozessbeschreibungen durchgängig gewählt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Inhaltsverzeichnis 2 Vorbemerkungen 3 Prozessverantwortliche Person 4 Begriffe 5 Ziele 6 Vorgehensweise 7 Risikomanagement <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Mit dem Prozess verbundene Risiken 7.2 Bewertung der Risiken (sehr hoch, generell hoch, hoch, gering, niedrig) 7.3 Risikosteuerung 8 Dokumentation 9 Mitgeltende Unterlagen/Dokumente/ Anlagen 10 Quellen
	<p>Die folgende Gliederung wird für SOP's generell gewählt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Inhaltsverzeichnis 2 Vorbemerkungen 3 Begriffe 4 Kompetenz der PE <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Wissen

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 21
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

	4.2 Können 4.3 Einstellungen 5 Zielsetzung 5.1 Allgemeine Ziele 5.2 Spezifische Ziele 6 Befunderhebung und Informationssammlung 7 Maßnahmen 7.1 Verantwortungsbereich der PE 7.2 Verantwortungsbereich der teilnehmenden Ärzte 8 Evaluation 9 Dokumentation 10 Mitgeltende Unterlagen/Dokumente/Anlagen
	<p>Jede Prozessbeschreibung und SOP enthalten Angaben, die folgende Inhalte verdeutlichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Titel der Prozessbeschreibung/SOP • Ersteller/In mit Namen sowie Datum der Erstellung • Prüfende Person und Datum der Prüfung • Freigebende Person und Datum der Freigabe • Datum, ab wann die Prozessbeschreibung oder SOP gültig ist • Revisionsdatum • Seitenzahl
3	Für die Erarbeitung der Prozesse und SOP's sind die pflegerischen Leitungen des PEC verantwortlich. Sie benennen Verantwortliche aus ihrem Team um die Revision und Erstellung der einzelnen Anweisungen sicherzustellen.
4	Die Verantwortlichen beziehen Beteiligte in die Erarbeitung mit ein.
5	Nach der Erstellung der Prozessbeschreibung oder SOP geht diese innerhalb des Teams in Umlauf über das Laufwerk(H) und evtl. Korrekturen oder Fragen werden sofort zurückgemeldet.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 22
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

	Erst mit Datierung, Unterschrift und Freigabe durch die Leitungen des PEC und der Projektleitung wird eine Prozessbeschreibung oder SOP verbindlich.
6	Die erste freigegebene Prozessbeschreibung erhält in ihrer Version immer die Nummerierung 0. Die nächste abgeschlossene Revision dann die 1 usw. Dadurch wird sichergestellt, dass nur gültige Beschreibungen im Umlauf sind.
7	Sollte ein Verbesserungsbedarf bestehen wird dies innerhalb der regelmäßigen Teamsitzungen eingebracht. Dort wird entschieden, ob eine Aktualisierung der Beschreibung erfolgen muss. Fehlermeldungen, die sich auf Inhalte beziehen, führen sofort zur Aktualisierung. Die erneute Freigabe erfolgt wie in Schritt 5 beschrieben.
8	<p>Bei Prozessbeschreibungen/SOP, die stabile Prozesse beschreiben, beträgt der Revisionszeitraum maximal drei Jahre. Bei Prozessbeschreibungen, die einer ständigen Aktualisierung bedürfen, soll einmal im Halbjahr eine Revision erfolgen.</p> <p>Aktuelle Veränderungen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesetze und Bestimmungen, • Strukturelle Veränderungen des PEC, <p>führen immer zu einer zeitnahen Revision und der Ablauf des Revisionszeitraumes wird nicht abgewartet.</p> <p>Für die Veränderungen innerhalb der Prozessbeschreibungen und der SOP sind die jeweiligen Erstellerinnen und Ersteller eigenverantwortlich.</p> <p>Auch ein Wechsel innerhalb der Leitungsebene führt nicht zu einer Veränderung der Revisionszeiträume.</p>

⇒ MGU Aufbau und Inhalt von PBs

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 23
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

3.4 Risikomanagement P14

3.4.1 Begriffe und Strukturen

Unter Risikomanagement im PEC (PEC-Risikomanagement, PEC-RM) wird der Umgang mit allen bzgl. der Kernprozesse (bzw. patientennahen Prozesse) relevanten Risiken im Sinne des *Klinischen Risikomanagements* verstanden.

Im PEC-RM werden Risiken erfasst, eingruppiert, bewertet und der Umgang mit ihnen gesteuert. Das alles wird in einer Risikomatrix erfasst.

Zuständig für das PEC-RM ist das PEC-QM.

⇒ MGU Risikomatrix

3.4.1.1 Kontrolle des Risikomanagements im PEC

Die Kernprozesse (P21 bis P23) werden bezüglich ihrer Risiken hin geprüft und auf ihre Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkungen hin analysiert. Die Ergebnisse werden wie in den Prozessbeschreibungen beschrieben dokumentiert.

Die Kontrolle im PEC-Risikomanagement findet statt:

- Über die Autoren der PBs und SOPs. Diese kontrollieren 1x im Quartal die SOPs /PBs auf Aktualität und nehmen entsprechende Änderungen vor. Im Anschluß wird das aktualisierte Dokument (mit Angabe des Datums) an die AG-PEC-QM weitergeleitet und auf Laufwerk H eingestellt.
- Über ein internes Risikoaudit, welches an Hand der PEC-Risikomatrix von der AG-PEC-RM organisiert wird.

3.4.2 Hygiene P14.2

Hygiene dient generell der Sicherheit einer gleichbleibenden hohen hygienischen Qualität mit dem Ziel, die Rate an Infektionen bei Patienten und den Mitarbeiter möglichst gering zu halten. Die dazugehörigen Prozeduren sind in PBs zur Hygiene erfasst.

⇒ PBs Hygiene

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 24
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Die PBs Hygiene lehnen sich an den aktuellen Standards und Vorgaben des RKI und den wissenschaftlich fundierten generellen Leitlinien an.

⇒ MGU RKI Links

Der aktuellen COVID-19-Pandemie wird mit einer gesonderten PB Rechnung getragen und regelmäßig durch die Hygienebeauftragten PE (PECHY) aktualisiert und erweitert.

⇒ COVID 19

⇒ Risikomanagement P14.1 COVID-19

3.4.3 Arbeitssicherheit P14-6

Innerhalb des PEC finden regelmäßige Arbeitsplatzbegehungen statt. Hier wird die Tauglichkeit der Einrichtung des PEC und die Gefährdung für die Mitarbeiter analysiert und geprüft. Diese Begehung findet regelmäßig einmal im Jahr statt. Die Arbeitssicherheit hat einen hohen Stellenwert innerhalb des Projekts. Für alle Mitarbeiter sind auf Laufwerk H alle diesbezüglich relevanten PBs unter P14-6 hinterlegt.

Innerhalb des PEC liegt die Zuständigkeit bei SD und dem externen Sicherheitsbeauftragten der MHUG, Hr. Lypken.

⇒ PB Arbeitsplatzbegehung

⇒ PB Betriebsmedizinische Vorsorge.

3.5 PEC-Steuerung P15

Die PEC-Steuerung ist für das Management des gesamten PEC zuständig und wird über die PEC-Steuerungsgruppe (PEC-ST) organisiert (siehe MGU Organigramm, Kapitel P12-1).

Dazu verwendet die PEC-ST diverse Kommunikationsinstrumente. Diese sind komprimiert in einer Übersichtsdatei zusammengestellt, welche monatlich von der PEC-ST (Aktivität: PL) gepflegt wird.

⇒ MGU: PEC-Steuerung-Teambuilding

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 25
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

3.5.1 PEC-ST P15-1

Die Mitglieder der PEC-Steuerungsgruppe haben eine wöchentliche Regelkommunikation (wenn möglich mit der VFA).

Ziel ist es, PEC-ST und VFA auf dem neuesten Stand zu halten und in das Projekt einzubinden.

3.5.2 Interne Kommunikation mit dem PEC-TEAM P15-2

Eine RK des PEC-TEAMS findet quartalsweise statt. Ziel ist es, das PEC-TEAM auf dem neuesten Stand zu halten und in das Projekt einzubinden. Das Protokoll erstellt der Projektleiter.(Ablage auf Laufwerk H.)

3.5.3 PEC-P P15-3

Einmal wöchentlich findet ein interner Austausch der PEs mit PDL / sPDL statt, um Transparenz und einen einheitlichen Wissenstand aller zu gewährleisten. Aktuelle Themen und Fallbesprechungen einzelner Patienten finden hier Raum. Von PDL / sPDL wird hierfür eine Tagesordnung erstellt und zeitnah via e-mail an alle PE versendet. Die Dokumentation über diese wöchentliche RK wird von sPDL / PE durchgeführt, an das PEC-Team versendet und innerhalb des entsprechenden Ordners im Laufwerk H gespeichert. Bedarfsweise werden TELKOs angesetzt und / oder Videokonferenzen.

3.5.4 PEC-IT P15-4

Bedarfsweise findet eine RK zwischen PM und einem Vertreter der PEC.IT statt.

3.5.5 Teambuilding P15-5

Teambuilding ist innerhalb des PEC sehr wichtig, da der wöchentliche Kontakt kaum Raum für das Gefühl einer Einheit bietet. Zwar treffen sich einige der PEs regelmäßig an der VPU jedoch ist es der PEC-Steuerungsgruppe ein großes Anliegen sich auch innerhalb der vorgegebenen Arbeitszeiten mit den Mitarbeitern zu treffen und auszutauschen. (Details siehe Liste in 3.5.).

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 26
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

4 Kernprozesse P2

Die Kernprozesse P2 werden unterteilt in Patientenaufnahme P21, Patientenversorgung P22 und Evaluation der Patientenversorgung P23.

4.1 Patientenaufnahme P21

4.1.1 Rekrutierung, Aufklärung und Zuweisung P21.1

⇒ PB 21.1 Rekrutierung, Aufklärung und Zuweisung

Rekrutierung

Der Arzt führt in seinem Patientenstamm ein Screening auf geeignete Patienten gemäß Ein- und Ausschlusskriterien durch und identifiziert so Patienten, die ggf. für *HandinHand* geeignet sind. Die dazugehörigen Abläufe sind nicht Gegenstand dieses QM-Handbuchs, weil sie in der Arztpraxis stattfinden. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind im Versorgungskonzept HandinHand beschrieben.

⇒ MGU Versorgungskonzept

Innerhalb der PEC-Patientendokumentation (ePA) werden die Ein und Ausschlusskriterien über die Stammdaten (Alter, Krankenkasse, etc.), über Diagnosen (chronische Erkrankungen) und über die Besuchsdokumentation (Überweisungsgrund) erfasst.

Aufklärung und Einwilligung

Der Arzt führt ein ausführliches Informationsgespräch über das Projekt. Das Einverständnis zur Versorgung durch die PE wird mit einer Unterschrift der Patienten oder deren Betreuer bestätigt.

Es sind von den Formularen jeweils drei Ausführungen notwendig, damit sowohl die Krankenkasse, das PEC und die Patienten (ggf. der Betreuer/In) ein Exemplar erhalten. Der Arzt erhält eine Kopie. Sollte der Patient/In unter Betreuung stehen ist eine Kopie der Betreuungsunterlagen nötig.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 27
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Für Patienten der AOK RLP existiert ein eigenes Formular, welches ebenfalls drei Ausführungen erfordert.

Es kann sein, dass nach bereits erfolgter Aufklärung durch den Arzt die Unterschrift des Patienten und / oder des Betreuers in der Teilnahmeerklärung noch nicht vorliegt. In diesen Fällen holen die PEs beim Erstkontakt mit den Patienten das unterschriebene Einwilligungensformular ein.

Sollten der Patienten nicht eigenhändig unterschreiben können, aber auch keine Vorsorgevollmacht oder Betreuung vorhanden sein, ist eine ergänzende Bestätigung des PE erforderlich.

- ⇒ MGU Einwilligungserklärung Patienten
- ⇒ MGU Einwilligungserklärung Betreuerinnen und Betreuer
- ⇒ MGU Einwilligungserklärung AOK
- ⇒ MGU Bestätigung Einwilligung PE

Überweisung / Verordnung

Die Überweisung erfolgt durch die Ärztliche Verordnung via Fax in das PEC. Der teilnehmende Arzt sollte zusätzlich zu der Verordnung die unterschriebene Einverständniserklärung, den Bundeseinheitlichen Medikationsplan, die Diagnoseliste, alte Arztbriefe und wenn möglich, Vor-EKGs, Informationen über Krankenhausaufenthalte und weitere ggf. erforderliche Dokumente mitsenden. Sollte der Patient unter Betreuung stehen, ist eine Kopie die Betreuungsurkunde ebenfalls mitzusenden.

- ⇒ PB Ärztliche Verordnung
- ⇒ MGU Ärztlichen Verordnung
- ⇒ MGU Überweisung

4.1.2 PEC-Patientendokumentation

4.1.2.1 ePA

Für die Aufnahme des Patienten in das PEC ist es erforderlich, diesen in der ePA für Pflege als Patient anzulegen.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 28
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Sollten bei der Arbeit mit der ePA Probleme auftreten steht über das RZV ein Ticketsystem zur Verfügung (servicecenter@rzv.de) und ein Mitarbeiter des RZV kann sich über den TeamViewer auf den Laptop der jeweiligen PE zuschalten und das Problem beheben.

⇒ MGU Zugriffsregelungen ePA

4.1.2.2 Administrative Aufnahme in das PEC

Nach eingegangenem Fax ins PEC pflegt die PEC-Verwaltung (VFA) die Stammdaten in die ePA ein und führt eine erste Überprüfung der Unterlagen durchführen (Krankenkasse, Alter, Medikationsplan etc.). Offensichtlich fehlende Unterlagen werden bereits durch die VFA nachgefordert, sonstige fehlende Befunde ggf. zu einem späteren Zeitpunkt durch die jeweilig betreuende PE eingeholt.

Die mitgesendeten Anlagen werden eingescannt und die Unterlagen zur weiteren Bearbeitung und Überprüfung auf Eignung an die Leitungen des PEC weitergeleitet.

4.1.2.3 Medizinisch- / pflegerische Aufnahme in das PEC

Die pflegerischen Leitungen des PEC überprüfen die vorhandenen Unterlagen und leiten diese an die (gemäß Tourenplanung zuständige) PE, siehe weiter. Die betreuende PE wird von der PDL / sPDL bestimmt.

4.1.2.4 Papierdokumentation

Es gibt patientenbezogene Papierdokumente, welche passager auf Papier geführt werden und später in die ePA übertragen werden.

- ⇒ MGU „leere“ ePA,
- ⇒ MGU Formulare in der ePA für die Patientendokumentation,
- ⇒ MGU Papierdokumentation für Patientendaten,
- ⇒ MGU Papiernotizen im Notizblock,
- ⇒ MGU gefüllte ePA.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 29
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

4.1.3 Terminierung und Durchführung des Erstbesuchs P21.2

⇒ PB 21.3 Terminierung und Durchführung des Erstbesuchs

Zur Vorbereitung des Erstbesuches muss der Prozess der Rekrutierung, Aufklärung und Zuweisung (PB 21.1) abgeschlossen sein.

Vorbereitung

Erstbesuche werden von der PDL, der sPDL oder den PEs geplant, terminiert und durchgeführt.

Es werden (i.d.R. telefonische) Informationsgespräche geführt. Die erforderlichen Unterlagen werden von der VFA vorbereitet und dem PE in seinem jeweiligen Fach zu Verfügung gestellt.

Vor dem Erstbesuch erfolgt bereits die Dokumentation aller medizinischen und pflegerisch relevanten Informationen (Diagnosen mit ICD-Codes etc...) aus der vorhandenen Datenlage in der ePA.

Pflegeanamnese und Ersteinschätzungen

Beim Erstbesuch wird eine auf die Zielgruppe speziell abgestimmte Pflegeanamnese erhoben. Dabei werden mittels standardisierter Instrumente Ersteinschätzungen vorgenommen. Diese beinhalten die Messung des Grades an Multimorbidität, der Selbstständigkeit, ein Screening zur kognitiven Fähigkeit, das Selbstmanagement von chronischen Erkrankungen und Schmerz.

- ⇒ MGU Pflegeanamnese und Ersteinschätzung
- ⇒ MGU SMACs
- ⇒ MGU FIM
- ⇒ MGU VRE
- ⇒ MGU CIRS

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 30
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

4.1.4 Versorgungsplanung P21.3

Der Versorgungsplan wird durch die PE erstellt und dem Arzt vorgeschlagen. Er enthält Angaben in welchem zeitlichen Abstand, in welcher Form und mit welchem Ziel die Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Nach der Anlage des Versorgungsplans in der ePA durch die PE wird dieser von der VFA an den jeweiligen Arzt übermittelt und tritt in Kraft, sofern der Arzt nicht widerspricht.

Der Versorgungsplan wird bei jedem Patientenkontakt vom PE auf Aktualität und Angemessenheit geprüft. Bei Bedarf wird der Versorgungsplan durch die PE geändert und der geänderte Versorgungsplan an den Arzt übermittelt. Der geänderte Versorgungsplan tritt in Kraft, sofern der Arzt nicht widerspricht.

- ⇒ PB 21.3 Versorgungsplanung
- ⇒ MGU Versorgungsplan

4.1.5. PB Umgang mit Medikamenten P21-5

Ein besonderes Augenmerk ist auf Medikamente zu richten. Dies betrifft die Medikamentenlagerung, die Einnahme durch den Patienten und ggf. deren Applikation, beispielsweise im Rahmen einer Impfung. Es gilt, Gefahren und Veränderungen der Indikationsstellung zu erkennen sowie Präventionsmaßnahmen des Eigen- und Fremdschutzes einzuleiten und umzusetzen. Hier stehen die Sicherheit und der Schutz der Patienten, Anwender und Dritter im Vordergrund. Ohne eine Rücksprache mit dem Arzt finden keine Veränderungen an der Applikation /Medikation etc. statt.

Grundsätzlich wird die Medikation durch den teilnehmenden Arzt im Medikationsplan verordnet und die Medikamente nötigenfalls durch Angehörige, Pflegedienst oder Lieferdienst der Apotheke dem Patienten zugeführt.

- ⇒ P 21.5 PB Umgang mit Medikamenten
- ⇒ MGU Medikationsplan

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 31
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

4.1.6. Patientenlisten

Es wird von der VFA eine tagesaktuelle Liste über die bestehende Patientenanzahl geführt. Es wird vermerkt, wer an der Versorgung teilnehmen möchte (aktiv) und wer sich noch Bedenkzeit ausbittet (passiv). Hier ist weiterhin vermerkt, ob es sich bei Kontakt mit den PE um ein Informationsgespräch gehandelt hat, wer sich mit Unterschrift bereits zur Teilnahme verpflichtet hat oder auf welche Patienten die PE erneut zugehen müssen, um die Unterschrift einzuholen.

- ⇒ MGU Liste beigetretene Patienten (kurz)
- ⇒ MGU Liste Patienten (lang)

4.2 *Patientenversorgung P22*

4.2.1 Klinische Überwachung PB P22-1

Durch die regelmäßige klinische Überwachung des Patienten durch die PE sollen Abweichungen von Zielwerten und damit auch Exazerbationen frühzeitig erkannt werden, um eine zeitnahe Intervention durch den Arzt zu ermöglichen.

Zur klinischen Überwachung zählen z.B. Kontrolle der relevanten Vitalparameter, krankheitsspezifische Parameter wie Blutzucker-Verlaufskontrolle, EKG-Verlaufskontrolle, Kontrolle der Einhaltung der Medikamenteneinnahme und sonstige Verordnungen, wie z.B. Nutzung von Medizingeräten wie Inhalationen, O₂-Therapie etc.

Die Erhebung der Parameter (in welchem Turnus etc.) obliegt der fachlichen Einschätzung der PE.

Alle erhobenen Parameter werden in der ePA eingetragen und innerhalb des Statusberichtes an den Arzt versendet.

- ⇒ PB Klinische Überwachung P22-1

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 32
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

4.2.2 PB Selbst- und Symptommanagement P22-2

Neben der Klinischen Überwachung ist für eine qualitativ hochstehende Patientenversorgung durch das PEC eine krankheitsspezifische Begleitung der Patienten erforderlich. Die dabei relevanten Prozeduren sind in nun folgenden SOPs (Standard Operating Procedures) abgebildet.

⇒ PB Selbst- und Symptommanagement P22-2

4.2.2.1 SOP chronische Herzerkrankungen

Diese SOP stellt den Handlungsspielraum zur Förderung des Selbstmanagements der PE bei Patienten mit chronischen Herzerkrankungen (Koronare Herzkrankheit – KHK, Herzinsuffizienz) dar. Dies sind die häufigsten chronischen Herzerkrankungen. Die SOP ist auf der Grundlage der nationalen Versorgungsleitlinie entstanden.

⇒ SOP Herz

⇒ MGU Kontaktliste Herzsportgruppen.

4.2.2.2 SOP Lunge

Diese SOP befasst sich mit den Möglichkeiten zum Selbstmanagement bei den Erkrankungen der COPD, welche sich durch eine nicht voll reversible progrediente obstruktive Ventilationsstörung auszeichnet und sich durch Entzündung der kleinen Atemwege, einer obstruktiven Bronchiolitis, oder als Zerstörung des Lungengewebes, einem Emphysem, manifestiert. Mögliche Interventionsmöglichkeiten werden vorrangig betrachtet.

⇒ SOP Lunge.

4.2.2.3 SOP Dyspnoe

Aufgrund von Komorbiditäten ist die Diagnostik der Dyspnoe eine besondere Herausforderung. Da es sich bei der Dyspnoe um ein subjektives Gefühl handelt, erschwert sich die Diagnostik nochmals. Umso wichtiger ist es, dass die PE die Betroffenen darin schulen, der Dyspnoe weitestgehend entgegenzuwirken. Die Patienten sollen lernen, auslösende Faktoren zu vermeiden, sowie sich im Fall der akuten Dyspnoe richtig zu verhalten.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 33
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Die SOP dient den PE zur Orientierung, um einen roten Faden bei dem Selbst- und Symptommanagement der Dyspnoe zu haben.

- ⇒ SOP Dyspnoe
- ⇒ MGU Interventionsplan Dyspnoe

4.2.2.4 SOP Depression

Laut einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), bei der die Selbstauskunft der Teilnehmenden ausgewertet wurden, leiden aktuell 8,1% der 18-70-Jährigen unter depressiver Symptomatik. Es ist zu erwarten, dass die PE im häuslichen Umfeld häufiger auf diese Erkrankung treffen.

- ⇒ SOP Depression
- ⇒ MGU / Link: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 DOI: 10.6101/AZQ/000366.

4.2.2.5 SOP COPD

Diese SOP befasst sich mit den Möglichkeiten zum Selbstmanagement bei den Erkrankungen der COPD.

- ⇒ SOP COPD
- ⇒ SOP Selbstmanagement bei COPD

4.2.2.6 SOP Bewegungsapparat

Diese SOP befasst sich mit der Erhaltung und Stabilisierung der körperlichen Mobilität der Patienten. Dazu werden die Patienten und deren Angehörige in Bewegungsübungen eingewiesen, die sie im Anschluss (in einem selbstdefinierten Turnus) durchführen können, um die bestehende Mobilität zu verbessern oder zu erhalten.

- ⇒ SOP Bewegungsapparat
- ⇒ MGU Bewegungsübungen

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 34
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

4.2.2.7 SOP Schmerz

Das Phänomen Schmerz wird dem Symptommanagement zugeordnet, da das Phänomen Schmerz abhängig und unabhängig von Krankheitsbildern vorkommen kann und als Symptom eigenständig behandelt werden muss.

- ⇒ SOP Schmerz
- ⇒ MGU Intervention Schmerz.

4.2.2.8 SOP Mangelernährung

Diese SOP beschäftigt sich mit den Problematiken der Mangelernährung. Eine mit Krankheit assoziierte Mangelernährung ist ein häufig auftretendes Phänomen bei Patienten mit chronischen Erkrankungen.

- ⇒ SOP Mangelernährung

4.2.2.9 SOP kognitive Einschränkungen

Diese SOP beschäftigt sich mit den Problematiken der kognitiven Einschränkungen, zu welchen unter anderen eine demenzielle Erkrankung zählt. Dies ist ein häufig auftretendes Phänomen bei Patienten mit chronischen Vorerkrankungen und einem Alter >70 Jahren.

- ⇒ SOP kognitive Einschränkungen

4.2.2.10 SOP Diabetes

Diese SOP beschreibt das Handlungsfeld und das Vorgehen der PE bei Patienten mit Diabetes mellitus.

- ⇒ SOP Diabetes

4.2.3 PB Wundmanagement P22-3

Der interne Ablauf der Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Wunden ist in der Prozessbeschreibung Wundmanagement geregelt.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 35
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Jeder Patient des PEC mit einer akuten oder chronischen Wunde erhält eine evidenzbasierte pflegerische Versorgung, die die Lebensqualität erhöhen soll, die Wundheilung unterstützt und der Rezidiv Bildungen der Wunde vermeidet.

Des Weiteren soll eine einheitliche organisatorische Vorgehensweise bei der Betreuung der Betroffenen und der Behandlung von Wunden sowie der Kommunikation (intern und extern mit den teilnehmenden Ärzten) und der Dokumentation erreicht werden. Die Dokumentation findet in der ePA statt und ist innerhalb der Prozessbeschreibung geregelt. Innerhalb des Teams sind ausgebildete Wundmanager vorhanden, bei Bedarf finden weitere Ausbildungen statt.

⇒ PB Wundmanagement

4.2.4 PB Sturzprävention P22-4

Stürze sind häufige und folgenschwere Ereignisse, insbesondere für ältere und multimorbide Menschen. Sturzbedingte Hüftfrakturen gehören zu den wichtigsten Ursachen für den Verlust von Selbstständigkeit, bis hin zu einer erhöhten Mortalität. Die zu betreuende Patientengruppe der PE ist aufgrund der chronischen Vorerkrankungen, des Alters und der evtl. Multimorbidität besonders gefährdet.

Ziel ist eine Erhöhung der Patientensicherheit durch Senkung des Sturzrisikos im häuslichen Bereich.

⇒ PB Sturzprävention

4.2.5 PB Notfallmanagement P22-5

Im Rahmen der Hausbesuche können Patienten aufgefunden werden, die sich in lebensbedrohlichen Situationen befinden. Gerade im ländlichen Raum kann sich die Erstversorgung durch den Rettungsdienst zeitlich verzögern, sodass rasche Erste-Hilfe Maßnahmen durch die PE eingeleitet werden müssen, um die Patientensicherheit im Überbrückungszeitraum zu sichern.

Innerhalb der innerbetrieblichen Fortbildungen ist ein regelmäßiges Notfalltraining jährlich etabliert und wird seitens der PDL / sPDL. über einen externen Anbieter organisiert.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 36
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Diese Fortbildung ist für alle PEs, die an der Patientenversorgung teilhaben, verpflichtend.

- ⇒ PB Notfallmanagement
- ⇒ MGU Fortbildungskonzept

4.2.6 Sonstige Verrichtungen durch den PE

Gegenstand der Patientenversorgung können durch den Arzt delegierbare Maßnahmen sein, wie z. B. Verbandswechsel, Injektionen, wie z.B. Impfungen, Wechsel des Blasen-katheter etc.. Alle diese Maßnahmen müssen vom Arzt im Einzelfall angeordnet werden, die Anordnung und die Durchführung werden in der ePA dokumentiert.

4.2.7 Statusbericht

Der jeweils für einen Patienten zuständige Arzt wird nach jedem Hausbesuch, den ein PE bei einem Patienten durchführt, über den medizinisch / pflegerischen Status des Patienten informiert.

- ⇒ MGU Statusbericht (groß)
- ⇒ MGU Statusbericht (klein)

4.3 *Evaluation der Patientenversorgung P23*

Bei jedem Patientenbesuch werden die erhobenen Parameter und der subjektive Gesundheitszustand kritisch auf das Behandlungsziel hin überprüft, welches im Versorgungsplan festgelegt wurde.

Hierbei werden die aktuellen Ergebnisse mit denen aus den Vorbefunden verglichen. Die Bewertung obliegt der PE.

Als Maßstab sind die aktuellen AWMF Leitlinien (diese sind bereits in die SOPs eingearbeitet) sowie alle sonstigen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die zu diesem Zeitpunkt „state of the art“ sind, anzuwenden.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 37
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Innerhalb der PB „Überprüfung des Erfolges der Versorgung“ (P23-1) ist ein Stufenthema nach Grad der Evaluation mit einem entsprechenden Handlungs- und Interventionsablauf beschrieben.

Des Weiteren ist eine Evaluation durch die Begleitforschung gegeben durch das RWI und die UNI Lübeck/Köln, die eine entsprechende Auswertung der jeweiligen Scores durchführen. Der Kontakt zu besteht über die PDL und sPDL mit dem RWI.

⇒ PB Überprüfung des Erfolges der Versorgung P23-1

5 Stützprozesse P3

Stützprozesse haben (normalerweise) keine Schnittstelle zum Patienten, sie tragen auch nicht zur direkten Wertschöpfung über den Kernprozesse bei, jedoch sind sie für das Gelingen der Kernprozesse wichtig.¹

Das PEC braucht eine entsprechende Infrastruktur, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Dazu zählen räumliche und technische Ressourcen, welche vorwiegend in den Stützprozessen (P3) abgebildet sind.

5.1 Immobilie P31

5.1.1 Räume

Die Räume des PEC sind ansprechend und haben eine angemessene Außenwirkung auf die Patienten und Partner. Es existieren Räumlichkeiten, die für interne Veranstaltungen wie Teamsitzung und externe Veranstaltungen wie Treffen mit Partnern genutzt oder angemietet werden können. Das PEC ist durch das Logo im Eingangsbereich zu erkennen. Die Büros wurden zum Projektstart in Betrieb genommen. Die Einrichtung orientiert sich an den Vorschriften der Arbeitssicherheit. Bei Bedarf können zusätzliche Räumlichkeiten über den Betreiber des Sprengnetter-Campus angemietet werden.

Das Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH befindet sich am Sprengnetter-Campus 4A (ehemals Heerstraße 109 Haus 9) in 53574 Bad Neuenahr-Ahrweiler. Der Miet-

¹ Schneider et al., 2008, S. 38-39

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 38
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

vertrag ist vom 01.09.2019 bis zum 30.06.2022 befristet. Durch die bewilligte Projektverlängerung wurde der Mietvertrag bis zum 31.12.2022 verlängert. Die Bürofläche ist 131 m² groß und verfügt über zwei Büroräume mit jeweils zwei festen Arbeitsplätzen, Seminarräum für bis zu 16 Personen, Kopierraum, Teeküche, Technikraum und Sanitär.

Eine Anfahrtsskizze liegt vor und wird im Bedarfsfall allen Besuchern des Pflegeexperten-Centers zur Verfügung gestellt. Des Weiteren ist die Anfahrtsskizze auf der Homepage des Pflegeexperten-Centers hinterlegt.

⇒ MGU Anfahrtsskizze PEC P31.2

5.1.2 Schlüssel

Zur Schließanlage des Pflegeexperten-Centers gehören insgesamt 30 Schlüssel – 15 Schlüssel Haupteingang Treppe und 15 Schlüssel Eingang Pflegeexperten-Center.

⇒ MGU Schlüsselliste

Bei Verlust der Schlüssel erfolgt die Meldung an die Projektmanagerin.

Für alle Fragen rund um die Immobilie steht Frau Gabriele Hartmann der Sprengnetter Campus Immobilienverwaltung GmbH, Tel.: 02641 91 30 1138 oder Email Gabriele.Hartmann@Sprengnetter.de, zur Verfügung.

5.2 Fuhrpark P32

Der Fuhrpark des Pflegeexperten-Centers besteht aus 11 Leasing-Fahrzeugen mit jeweils 2 Schlüsseln, Modell Polo Comfortline 1,6 I TDI SCR 70 kW (95 PS) Diesel. Die Fahrzeuge stehen ausschließlich für dienstliche Belange zur Verfügung und sind nicht für private Zwecke bestimmt.

Jeder Pflegeexperte ist im Besitz von einem Autoschlüssel. Die Zuordnung der Fahrzeuge zum jeweiligen Pflegeexperten ist im PEC hinterlegt.

Die Beschaffung der Fahrzeuge und die Kommunikation mit dem Leasing Vertragshändler erfolgt über den Fuhrpark der Marienhaus Dienstleistungen GmbH, Heike Schmidt und/oder Giosue Caramazza (Stand: 06.04.2021). Die Projektmanagerin steht mit der Abteilung Fuhrpark im Austausch.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 39
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

5.2.1 Parksituation

Das Parken auf dem Gelände ist mit einem Parkschein der Sprengnetter Immobilienverwaltung auf den für das Pflegeexperten-Center gekennzeichneten Parkplätzen zulässig. Für das Pflegeexperten-Center stehen insgesamt 14 Parkplätze zur Verfügung.

⇒ MGU Parkscheine

Bei Verlust des Parkscheins erfolgt eine Meldung an die Projektmanagerin.

Des Weiteren steht für jedes Fahrzeug eine Ausweiskarte Parkerleichterung für Soziale Dienste im Straßenverkehr zur Verfügung, welche gut lesbar im Fahrzeug hinter der Windschutzscheibe ausgelegt ist. Die Ausweiskarte gilt im Bereich des Landkreises Ahrweiler und des Kreises Neuwied. Sie hat eine Gültigkeitsdauer von einem Jahr. Nach Ablauf der Gültigkeitsdauer werden die Ausweiskarten im Bedarfsfall durch die Projektmanagerin bei der Stadtverwaltung Bad Neuenahr-Ahrweiler, Abteilung Sicherheit, Ordnung und Verkehr durch eine formlose E-Mail an Herrn Eidam, ruediger.eidam@bad-neuenahr-ahrweiler.de, neu beantragt.

Zusätzlich zu den Ausweiskarten im Kreis Ahrweiler stehen zwei Parkausweise für den gesamten Stadtbereich Neuwied sowie die dazugehörigen Gemeinden zur Verfügung. Die Gültigkeitsdauer beträgt ein Jahr. Nach Ablauf der Gültigkeitsdauer werden die Ausweiskarten im Bedarfsfall durch die Projektmanagerin bei der Stadtverwaltung Neuwied, Straßenverkehrsbehörde formlos durch eine E-Mail an Frau Manuela Kohlenberg, mkohlen@stadt-neuwied.de.

5.2.2 Dienstwagen

Es stehen 11 Dienstwagen zur Verfügung, die durch ihr einheitliches Aussehen durch den Fahrzeugtyp und das Logo des PEC Außenwirkung entfalten. Die Fahrzeuge werden regelmäßig in der Vertragswerkstatt gewartet und gepflegt. Eine entsprechende Versicherung sowie ein Leasing- und Wartungsvertrag von 24 Monaten ab Zulassung der Fahrzeuge sind abgeschlossen. Jeder Pflegeexperte ist für die Pflege sowie Innen- und Außenreinigung des Fahrzeugs selbst verantwortlich, für diesen Zweck steht die DKV-Karte zur Verfügung.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 40
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Bei Ausfall eines Fahrzeugs wird über die Verwaltung des PEC ein Ersatz beschafft.

⇒ PB Fahrzeugmanagement

5.3 Versicherungen P33

Alle für das Projekt *HandinHand* und den Betrieb des PEC relevanten Versicherungen wurden identifiziert und erfolgreich abgeschlossen. Dazu liegt eine Liste vor.

⇒ MGU Liste Versicherungen *HandinHand*

Es findet eine halbjährliche Überprüfung der Liste und des Sachstands zu allen Versicherungen nach dem Start der Patientenrekrutierung durch die PEC-Steuerung innerhalb der wöchentlichen Regelkommunikationen statt. Die Administration der Versicherungen und der Versicherungstatbestände obliegt der Projektmanagerin. Der Sachstand zu allen Versicherungen wird nach dem Start der Patientenrekrutierung quartalsweise von dieser überprüft.

Ansprechpartner in Versicherungsangelegenheiten ist Herr Stefan Eiden, Beauftragter für das Betriebliche Versicherungswesen der Marienhaus Unternehmensgruppe.

Der Kontakt zum Herrn Eiden erfolgt über die Projektmanagerin.

5.4 Allgemeine PEC-Verwaltung P34

5.4.1 Beschaffungswesen P34.1

Die Maßgaben für das Bestellwesen innerhalb des PEC sind in einer Prozessbeschreibung geregelt. Die Anlieferung und Bestellung von Arbeitsmaterialien für den Verwaltungsbedarf und den medizinischen Bereich werden dort abgebildet. Medizinische und pflegerische Sachmittel werden ausreichend, zweckmäßig und unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit vorgehalten. Diese werden über den Zentraleinkauf der Marienhaus Dienstleistungen GmbH beschafft. Die Projektmanagerin ist für die ordnungsgemäße Abwicklung und Lieferung der angeforderten Artikel zuständig. Die Bestellung erfolgt unter Einhaltung der Vorgaben des zugrundeliegenden Förderbescheides des Gemeinsamen Bundesausschusses – Innovationsausschuss sowie dem zugehörigen Finanzierungsplan.

⇒ PB Bestellung und Lieferung

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 41
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Darüber hinaus gibt es keine Sachverhalte, die noch nicht in anderen Feldern der BSC ausreichend geregelt sind und unter der Überschrift „allgemeine PEC-Verwaltung P34“ erfasst werden müssten.

- ⇒ PB Dienstkleidung
- ⇒ PB med. Verwaltungsbedarf
- ⇒ MGU Bestellformular med. Verbrauchsmaterial

6 Wirtschaftlichkeit und Erfolgssicherung W

6.1 Controlling und Finanzen W1

6.1.1 DLR und G-BA W11

Das Projekt *HandinHand* wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit ca. 8 Mio. € gefördert. Dazu haben die Marienhaus GmbH und ihre Konsortialpartner 05-2017 einen Antrag gestellt, der 11-2017 positiv beschieden wurde.

Seitdem hat die Marienhaus GmbH mehrere Änderungsanträge gestellt und die entsprechenden Änderungsbescheide erhalten, welche die wirtschaftlichen und administrativen Rahmenbedingungen für *HandinHand* konkretisieren.

Der Dialog mit dem Förderer für Luft- und Raumfahrt, Projektträger, Abteilung Gesundheit (DLR) statt. findet dabei regelhaft nicht mit dem G-BA, sondern mit dem dazwischen geschalteten Deutschen Zentrum.

Der jüngste Änderungsbescheid datiert vom 26.03.2021 und beinhaltet die Genehmigung der budgetneutralen Projektlaufzeitverlängerung bis zum 31.12.2022.

6.1.2 Fördermittelmanagement W12

Auf Basis der in W1.1 beschriebenen Anträge und Bescheide steht der Marienhaus GmbH und den Konsortialpartnern im Rahmen genehmigter Finanzierungspläne ein Projektbudget zur Verfügung, welches auf Antrag quartalsweise an die Marienhaus GmbH ausbezahlt und von dieser nach Erhalt der Gelder anteilig an die Konsortialpartner weitergeleitet wird.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 42
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Für die erfolgten Zahlungen und damit verbundenen Ausgaben müssen alle Projektpartner genau Buch führen und Rechnungen und Beleglisten vorhalten, welche vom Förderer und / oder Prüfbehörden (Landes- und Bundesrechnungshöfe) auch nach Projektende geprüft werden können.

6.1.3 Budgetsteuerung W13

Auf Basis der in W1.2 beschriebenen Zahlungen findet seitens der kaufmännischen Leitung des PEC eine sorgfältige Budgetsteuerung statt. Zahlungen finden über Basware auf Rechnungsbasis statt, den Personalrechnungen liegen Arbeitsverträge, andere Kettenverträge (Miete, Reinigung, PKW-Mieter und –Leasing) und weitere entsprechende Basisverträge zu Grunde. Bedarfsweise erfolgt eine Abstimmung mit dem kaufmännischen Leiter der Marienhaus GmbH.

Es liegt eine Controlling Datei für das Gesamtprojekt vor, welche eine Hochrechnung erwartbarer Kosten über die gesamte Projektlaufzeit hinweg ermöglicht.

6.1.4 Anschlussprojekt W14

Es gibt Überlegungen, „*HandinHand*“ zu verstetigen, bereits bevor der G-BA nach offiziellem Projektende und Begutachtung der dann vorzulegenden Abschlussberichte über eine Aufnahme dieser Versorgungsform in die Regelversorgung entscheidet. Deshalb wurde in die HiH-BSC ab 2021 „W14-Anschlussprojekt“ neu aufgenommen. Darunter werden die Teil-Themen 01 Abklärung MHUG, 02 Abklärung Partner, 03 Budgeterhöhung, 04 Innovationsfonds, 05 §140a ff SGB V und 06 §95p SGB V zusammengefasst.

01 Abklärung MHUG umfasst alle kommunikativen Schritte, die erforderlich sind, um eine wie auch immer geartete Anschlussprojektierung für HandinHand mit maßgeblichen Stellen innerhalb der MHUG abzuklären. Hier sind insbesondere die GF der MH Holding und der MH Kliniken und dazugehörige Stabsstellen zu nennen.

02 Abklärung Partner umfasst alle Schritte um abzuklären, welche bisherigen Konsortialpartner bei HandinHand auch in Folgeprojekte einbezogen werden könnten und welche explizit nicht. Es fanden hierzu bereits Gespräche mit den Unis Lübeck und Köln statt.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 43
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

03 Budgeterhöhung umfasst alle Aktivitäten um abzuklären, ob beim G-BA für *Handin-Hand* ein Antrag auf Projektverlängerung inklusive Budgeterhöhung gestellt werden sollte oder nicht, letzteres v.a. wg. der Gefahr von „Nebenwirkungen“ eines solchen Antrags. Dieses Thema wird voraussichtlich bearbeitet, sobald Zwischenberichte mit Kontrolldaten vorliegen.

04 Innovationsfonds umfasst alle Aktivitäten zur Erarbeitung eines neuerlichen Innovationsfondsanspruchs mit einer Versorgungsform, die mit *HandinHand* „verwandt“ ist. Hierzu sind erste Aktivitäten 03-2021 gestartet.

05 §140a ff SGB V umfasst alle Aktivitäten zur Abklärung und ggf. Erarbeitung eines integrierten Versorgungsvertrags in Fortschreibung des Projekts *HandinHand*. Hierzu fanden bereits Gespräche mit der AOK Rheinland-Pfalz und den GKVen in RLP statt.

06 §95p SGB V umfasst alle Aktivitäten zur politischen Anbahnung einer Aufnahme eines entsprechenden Paragraphen in das SGB V, mit der die Versorgungsform *HandinHand* sozialrechtlich abgesichert werden könnte. Erste politische Gespräche des Projektleiters haben dazu bereits im IV. Q. 2020 stattgefunden und sollen nach der Bundestagswahl 09-2021 und der Konstituierung des neuen Bundestags fortgesetzt werden.

6.2 Berichtswesen W2

6.2.1 Meilensteine W21

Das DLR fordert von der Konsortialführerin einen Meilensteinplan mit dazugehörigem Gantt-Diagramm. Beide Dokumente werden quartalsweise angepasst und dem DLR vorgelegt. Zur Meilensteinplanplanung gehört auch eine Fallzahlplanung mit Nennung der teilnehmenden Ärzte. Die Fallzahlplanung und –Dokumentation beinhaltet neben den IST-Zahlen auch die SOLL-Zahlen für jede Arztpraxis über die gesamte Projektlaufzeit hinweg. Diese Zahlen müssen sich stets auf n=1.500 (SOLL-Patientenzahl für das Gesamtprojekt) addieren.

- ⇒ MGU Meilensteinplan
- ⇒ MGU Gantt-Diagramm
- ⇒ MGU Fallzahlplan

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 44
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

6.2.2 Statusberichte W22

Regelmäßige Statusberichte werden über die Projektleitung verfasst und innerhalb des Laufwerkes H allen Mitarbeitern zur Ansicht zur Verfügung gestellt.

Der Projektleiter erstellt an jedem Monatsletzten einen tabellarischen einseitigen Statusbericht, in welchem die wesentlichen Projektziele, die im abgelaufenen Monat erfolgten Aktivitäten, die im Folgemonat geplanten Aktivitäten, Besonderheiten und Probleme und eine Status-Bewertung dargelegt sind. Dieser Statusbericht wird per Email an eine Liste Projektbeteiligte versandt, welche der Projektleiter monatlich pflegt.

⇒ MGU HiH Statusbericht

Das DLR fordert die Erstellung eines quartalsweisen Statusberichts, in welchem die Konsortialführerin schlagwortartig auf die Sachstände bzgl. der in W2.1 dargelegten Meilensteine eingeht. Bedarfsweise müssen Verzögerungen und / oder (gravierende) Änderungen bzgl. Aktivitäten erläutert werden.

⇒ MGU DLR-Statusbericht

6.2.3 Quartals- und Jahresberichte W23

Quartals- und Jahresbericht HiH

Der Projektleiter erstellt auf Basis der BSC am Ende jeden Quartals einen Bericht und nimmt gemeinsam mit der PEC-Steuerungsgruppe eine Bewertung aller in der BSC gelisteten strategischen Handlungsfelder vor. Der Quartalsbericht wird allen Mitarbeitern des PEC, allen Konsortialpartnern und ausgewählten Marienhaus GmbH-internen Projektpartnern zur Kenntnis gegeben.

Auf Basis des IV. Quartalsberichts erstellt der Projektleiter einen zusammenfassenden Jahresbericht für das abgelaufene Jahr. Nach Freigabe durch die PEC-Steuerungsgruppe erfolgt die Herausgabe dieses Jahresberichts an den gleichen Verteiler wie die Quartalsberichte sowie die Geschäftsführung der Marienhaus GmbH.

⇒ MGU Quartalsbericht HiH

⇒ MGU Jahresbericht HiH

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 45
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

DLR-Jahresbericht

Das DLR fordert die Konsortialführerin im Januar jeden Projektjahres zur Erstellung eines Jahresberichts auf Basis der DLR-Statusberichte auf. Die Konsortialpartner sollen bedarfsweise ebenfalls Kapitel für diesen DLR-Jahresbericht erstellen. Dem DLR-Jahresbericht werden bedarfsweise mitgeltende Unterlagen sowie verpflichtend eine Zahlungs-Jahresabrechnung aller Konsortialpartner beigefügt. Der Bericht wird zum Ende des I. Q. des Folgejahres abgegeben.

⇒ MGU DLR- Jahresbericht

6.3 Projektmanagement W3

6.3.1 Recht und Verträge W31

09-2019 hat die MHH mit allen Konsortialpartnern den „Vertrag *HandinHand*“ abgeschlossen, der die Rechte und Pflichten der Projektpartner regelt. Dieser Vertrag wird bedarfsweise fortgeschrieben, indem Ergänzungsvereinbarungen geschlossen werden. Die erste Ergänzungsvereinbarung wurde 05-2020 geschlossen, in welcher u.a. der Beitritt der Uni Köln als Konsortialpartner geregelt ist. Eine weitere Ergänzungsvereinbarung wurde im II. Q. 2021 zur budgetneutralen Projektlaufzeitverlängerung geschlossen, die entsprechenden Weiterleitungsverträge wurden ebenfalls angepasst.

Die wichtigste Anlage zum Vertrag *HandinHand* ist das Versorgungskonzept *HandinHand*, welches die im Projekt vorgesehene Patientenversorgung mit allen wesentlichen Belangen darstellt. Das Versorgungskonzept wird regelmäßig fortgeschrieben, dies zuletzt 04-2020.

Das Versorgungskonzept enthält als wichtige Anlage die „Rahmenvereinbarung Delegation“, welche auf Basis eines Medizinrechtsgutachtens erstellt wurde. Der Rahmenvereinbarung sind die „individuellen Delegationsvereinbarungen“ zugeordnet, welche zwischen Pflegeexperten und teilnehmenden Ärzten zu schließen sind.

Die Marienhaus GmbH schließt gemäß den Bescheiden des Förderers verpflichtend Weiterleitungsverträge mit allen Konsortialpartnern ab.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 46
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Innerhalb der MHUG schließen die Marienhaus GmbH und MHDL einen Rahmenvertrag ab, dieser enthält u.a. eine Auftragsdaten-Verarbeitungs-Vereinbarung (AVV).

Marienhaus GmbH und RZV schließen ebenfalls eine AVV ab.

Die Geschäftsführung der MHH erteilt dem Projektleiter zusammen mit dem Kaufmännischen Leiter der MHH Vollmachten zur Abwicklung der allgemeinen Geschäftstätigkeit im Projektrahmen. Der Projektmanagerin und der Verwaltungsangestellten wurden im Binnenverhältnis dazugehörige Untervollmachten erteilt.

- ⇒ MGU Vertrag HandinHand
- ⇒ MGU Ergänzungsvereinbarung
- ⇒ MGU Versorgungskonzept
- ⇒ MGU Rahmenvereinbarung Delegation
- ⇒ MGU Individuelle Delegationsvereinbarung
- ⇒ MGU Weiterleitungsvertrag
- ⇒ MGU AVV MHDL
- ⇒ MGU AVV RZV
- ⇒ MGU Vollmacht Projektleiter

6.3.2 Konsortium- und Projektadministration W32

6.3.2.1 Konsortial-Projektgruppe

Es bilden je zwei Vertreter der Marienhaus GmbH und jedes Konsortialpartners die Konsortial-Projektgruppe (Kon-PG). Offizielle Projektinformationen wie Förder- und Änderungsbescheide, Berichte, Verträge und wichtige Informationen aus aktuellem Anlass werden per Email an die Mitglieder der Kon-PG gesandt. Einmal im Quartal findet eine Kon-PG Sitzung statt, dies bevorzugt als Telefonkonferenz.

- ⇒ MGU Kon-PG

Innerhalb der MHUG halten die Steuerer des PEC eine regelmäßige Kommunikation mit relevanten Bereichen und Abteilungen der MHUG aufrecht. Über die MHUG-internen Partner wird ein entsprechendes Verzeichnis geführt.

- ⇒ MGU Verzeichnis MHUG-interne Partner

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 47
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

6.3.2.2 Allgemeine Projektadministration

Für das Gesamtprojekt gibt es eine Grafik (Projektablaufplan) mit allen relevanten zeitlichen Abfolgen.

Der Projektleiter führt eine mindestens monatlich aktualisierte Liste aller Projektbeteiligten.

Darüber hinaus führt der Projektleiter eine Dokumentenübersicht bzgl. besonders relevanter Projektdokumente.

- ⇒ MGU Projektablaufplan
- ⇒ MGU Liste Projektbeteiligte
- ⇒ MGU Dokumentenübersicht

6.3.3 Datenschutz W33

Um den Anforderungen an den Datenschutz, welche in der DSGVO und im KDSG geregelt sind, gerecht zu werden, wurden zu Projektbeginn eine Schwellenwertanalyse und eine Datenschutz-Folgeabschätzung (DSFA) durchgeführt. Die DSFA wurde 08-2020 wiederholt.

Als Anlage zum Vertrag *HandinHand* (siehe W3.1) gibt es ein Datenschutzkonzept, welches bedarfsweise aktualisiert wird.

In der MHUG-eigenen Datenschutzdatenbank DAISY wurden für alle (Personen-)Datenrelevanten Vorgänge Verfahrensbeschreibungen angelegt. Der Sachstand dazu wird quartalsweise überprüft und bedarfsweise aktualisiert.

Darüber hinaus findet eine regelmäßige Information der Datenschutzbeauftragten der MHUG über *HandinHand* statt.

Dem Kirchlichen Datenschutzzentrum (KDSZ) und dem Landesbeauftragten für den Datenschutz in Rheinland-Pfalz (LDS) wurde *HandinHand* zur Begutachtung vorgelegt.

Mit den Ärzten wurde eine „gemeinsame Verantwortungs-Vereinbarung“ (gVV) abgeschlossen.

- ⇒ MGU DSFA 2019
- ⇒ MGU DSFA 2020
- ⇒ MGU Datenschutzkonzept *HandinHand*

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 48
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

- ⇒ MGU DAISYS
- ⇒ MGU gVV

6.3.4 Ethikkommissionen W34

Der Projektleiter stellte 08-2019 bei der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz einen Antrag auf Genehmigung des Projekts. Nach Klärung diverser Detailfragen und Überarbeitung entsprechender Dokumente wurde das positive Votum Ende 01-2020 erteilt.

Essentielle Grundlage für das positive Votum war die sorgfältige Erarbeitung der Patientenunterlagen.

Die Ethikkommission wird unaufgefordert über alle relevanten Veränderungen im Projekt- ablauf informiert. Sie erhält ferner die Liste aller teilnehmenden Ärzte, diese bedarfsweise aktualisiert.

Inzwischen nehmen auch Ärzte aus Nordrhein-Westfalen an *HandinHand* teil, daher wurde die Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein bzgl. eines ergänzenden Votums kontaktiert, dieses liegt seit 12-2020 vor.

- ⇒ MGU Votum Ethikkommission LÄK RLP
- ⇒ MGU Votum Ethikkommission AEKNO

6.3.5 Projektabschluss W35

Der Zeitraum für das Projekt HandinHand ist begrenzt. Gemäß Projektverlängerung aus 2021 endet das Projekt am 31.12.2022, mit Genehmigung der in 09-2021 beantragten erneuten Verlängerung um 6 Monate würde das Projekt spätestens am 30.06.2023 enden. Bis dahin müssen alle Belange des Projekts ordnungsgemäß abgewickelt sein.

Deshalb wurde in 2022 mit dem Thema W35, Projektabschluss, erstmals der Aspekt des ordnungsgemäßen Projektendes in die BSC aufgenommen.

Gemäß Arbeitsprogramm 2022 wird der Projektleiter (voraussichtlich im I. Q. 2022) eine ToDo-Liste zum Projektabschluss erstellen, die sich thematisch an der BSC 2022 orien-

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 49
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

tiert. Die sich aus dieser ToDo-Liste, welche im Rahmen von PEC-ST beraten wird, ergebenden Aktivitäten werden sodann gemäß Wichtigkeit und Dringlichkeit gebührend bearbeitet.

7 Kunden und Partner K

7.1 Premium Partner K1

7.1.1 Teilnehmende Ärzte K11

Die teilnehmenden Ärzte sind für das Projekt *HandinHand* essentiell. Sie überweisen Patienten in das Projekt, dies ist die Basis für die Tätigkeit der Pflegeexperten. Innerhalb des PEC wird über die Verwaltung eine tagesaktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte geführt.

Die wesentliche Rechte und Pflichten für die teilnehmenden Ärzte ergeben sich aus dem Vertrag *HandinHand* und aus dem Versorgungskonzept (siehe W31.1.)

Ärzte werden regelhaft über das Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. oder unmittelbar vom Projektleiter (z.B. telefonisch) angesprochen und ermuntert, am Projekt *HandinHand* teilzunehmen. Sie unterzeichnen eine Beitrittserklärung, falls sie teilnehmen.

Alle teilnehmenden Ärzte werden monatlich mittels Statusbericht über den aktuellen Projektstand informiert. Teilnehmende Ärzte unterzeichnen eine Beitrittserklärung zum Vertrag *HandinHand*. Alle PEs schließen mit allen teilnehmenden Ärzten eine individuelle Delegationsvereinbarung ab.

Alle teilnehmenden Ärzte unterzeichnen die gVV (Siehe Datenschutz, W33).

Für die Erstuntersuchung, die Sichtung der Statusberichte und der Teilnahme an den QZ erhalten die Ärzte eine Vergütung, welche vom PEC über das Steuerberatungsbüro des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V. abgewickelt wird.

Alle teilnehmenden Ärzte erhalten einen Dokumentenordner mit sämtlichen projektrelevanten Unterlagen zu Ihrer Information.

AOK, Ethikkommissionen und Haftpflichtversicherung der Marienhaus GmbH werden regelmäßig über neu beigetretene Ärzte zum Projekt *HandinHand* informiert.

⇒ MGU Liste Teilnehmende Ärzte

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 50
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Die teilnehmenden Ärzte führen quartalsweise eine vom PL organisierte Qualitätszirkelsitzung durch. Bevorzugt findet diese als Präsenzveranstaltung im PEC statt, bedarfsweise kann auch als Video- oder Telefonkonferenz getagt werden.

7.1.2 Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. K12

Der Projektleiter und der Vorsitzende des Ärztenetzes halten telefonisch, mündlich oder per Email eine regelmäßige, zumeist wöchentliche, Kommunikation aufrecht.

Zwei Vertreter des Ärztenetzes vertreten dieses in der Kon-PG.

Eine administrative Unterstützung des Ärztenetzes bei der Vergütung ist seitens der Verwaltung des PEC gegeben. Bei Abrechnung erfolgt zwischen der Projektmanagerin und dem Steuerberatungsbüro des Ärztenetzes eine enge Abstimmung.

7.1.3 Ärzteverbände K13

Es konnten folgende Verbände identifiziert werden: Kassenärztliche Vereinigung, Bundes-Ärztekammer, Landes-Ärztekammer und der Hausärzteverband.

Der Hausärzteverband entsendet einen Vertreter in den Projektbeirat (siehe L2.2).

Die KV Rheinland-Pfalz wurde 11-2019 über *HandinHand* informiert.

Die Bezirksärztekammer Koblenz und die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz wurden 12-2019 über *HandinHand* informiert. Beiden Kammern wurden 12-2019 und 02-2020 umfassende Unterlagen zugestellt. Die Landesärztekammer hat seitdem keine Bedenken mehr bzgl. des Projekts.

7.1.4 AOK Rheinland-Pfalz K14

Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (AOK RLP) ist Konsortialpartner beim Projekt *HandinHand* mit eigener Projektförderung und Unterzeichner des Vertrags *HandinHand* 09-2019.

Die AOK RLP entsendet zwei Vertreter in die Konsortialgruppe-PG.

Die AOK RLP entsendet einen Vertreter in den Projektbeirat.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 51
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Mit weiteren Vertretern der AOK findet ein anlassbezogener Austausch / eine anlassbezogene Kommunikation statt.

Die AOK RLP stellt für das Projekt *HandinHand* die Kontrolldaten zur Verfügung. Hierzu haben AOK RLP und RWI gemeinsam einen Antrag auf Genehmigung nach § 75 SGB XI gestellt (siehe L2.1).

Die AOK berichtet über *HandinHand* im Rahmen der Kampagne des AOK-BV „Stadt-Land-Gesund“.

7.1.5 Weitere Gesetzliche Kassen K15

Gemäß dem Schreiben des DLR vom 23.03.2020 sind wegen einer Erweiterung der Rechtsgrundlage für *HandinHand* auf Basis des § 630a BGB keine formalen Beitrittserklärungen weiterer gesetzlicher Kassen erforderlich.

Die Geschäftsführer der Gesetzlichen Kassen in Rheinland-Pfalz wurden 11-2019 und 02-2021 mündlich über *HandinHand* informiert.

Mit dem VDEK Rheinland-Pfalz fand bis 01-2020 ein E-maildialog bzgl. *HandinHand* statt.

Die AOK Rheinland/Hamburg wurde 01-2020 mündlich über *HandinHand* informiert.

Der BKK Dachverband wurde 02-2020 über *HandinHand* informiert, der Dialog mit dem BKK-DV wurde vom Projektleiter bis 03-2021 fortgesetzt.

03-2021 fand ein Dialog mit der IKK Südwest zu *HandinHand* statt.

Eine Folgeinformation der GKV-Vertreter in RLP ist angedacht, sobald wissenschaftliche Zwischenberichte einschließlich Kontrolldaten vorliegen.

7.2 Gesundheits- und Sozialwesen K2

7.2.1 Pflegedienste und Heime K21

Innerhalb des Projektes *HandinHand* wird eine angemessene Abstimmung mit den Pflegediensten und Heimen im Kreis Ahrweiler angestrebt und realisiert.

Eine Liste der ambulanten Pflegedienste und Heime wird innerhalb des PEC von der Verwaltung gepflegt und mindestens monatlich aktualisiert (→ siehe Kontaktlisten, K31).

Die Pflegedienste, Langzeitpflegeeinrichtungen und Pflegestützpunkte wurden 02-2020 zu einem Kennenlern- und Informationsgespräch eingeladen.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 52
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Mit einigen Heimen (St. Anna/Ahrweiler, Maria-Josef Ahrweiler, Villa Sibilla Bad Neuenahr und St. Josef Bad Breisig) finden Austausche / Gespräche zur Intensivierung der Zusammenarbeit statt.

7.2.2 Krankenhäuser K22

Als für *HandinHand* relevant wurden die Krankenhäuser in Bad Neuenahr, Adenau, Burgbrohl, Remagen, Andernach, Mayen, Neuwied, Mechernich, Gerolstein und Euskirchen identifiziert.

Das PEC führt eine Liste dieser Krankenhäuser mit allen relevanten Ansprechpartnern und Kommunikationsanlässen, die mindestens monatlich aktualisiert wird.

Vertreter der Krankenhäuser wurden 03-2020 zu einem Infogespräch über *HandinHand* eingeladen.

Mit dem MAW findet ein intensiver persönlicher Austausch (Sozialdienst / Entlass Management, KH-Oberin, Ärztlicher Direktor-Chefärzte) statt.

7.2.3 Politik K23

Das PEC führt eine Liste aller für *HandinHand* relevanten Politiker mit allen relevanten Ansprechpartnern und Kommunikationsanlässen, welche mindestens monatlich aktualisiert wird (→ siehe Kontaktlisten, K31).

Einige Politiker erhalten den monatlichen Statusbericht.

Einige Politiker werden spontan und / oder anlassbezogen über *HandinHand* informiert. Persönliche Treffen fanden bisher mit Fr. MdB Zeulner (03-2019), Fr. Hilden-Ahanda (06-2019), Landrat Dr. Pföhler (10-2019 und 06-2020) Fr. MdL MP Malu Dreyer (11-2019 und 10-2020), Fr. Heischling (02-2020), Fr. Nase/BMG (03-2020), Herrn MdL Gies (10-2020), dem AK Gesundheit der SPD-Landtagsfraktion RLP (01-2021) und Herrn Ramers, Landrat Kreis Euskirchen, (03-2021) statt.

Verschiedene MdBs und MdLs wurden wiederholt angeschrieben.

Von allen Kommunen des Kreises Ahrweiler nahmen an der Veranstaltung mit Frau Dreyer in 10-2020 Vertreter teil.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 53
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

7.2.4 Pflegeverbände K24

Bisher wurden als projektrelevant die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, der DBfK und der katholische Berufsverband für Pflegeberufe identifiziert.

Mit der Landespflegekammer fanden 11-2019 und 02-2020 persönliche Begegnungen und Informationen zu *HandinHand* statt.

Der Geschäftsführer des DBfK ist Mitglied im Projektbeirat.

Mit dem Katholischen Berufsverband erfolgte bisher Emailaustausch.

7.2.5 Diverse Partner K25

Das PEC führt eine Liste aller für *HandinHand* relevanten weiteren Partner und dazugehörigen Kommunikationsanlässe, welche mindestens monatlich aktualisiert wird.

Vertreter der Pflegestützpunkte wurden 02-2020 mündlich über *HandinHand* informiert.

Der ambulante Hospizdienst Kreis Ahrweiler wurde 03-2020 und 06-2020 über *HandinHand* informiert, es sind gemeinsame Hospizschulungen angedacht (zuletzt 07-2020). Aufgrund der aktuellen Coronalage wurden Folgeveranstaltungen abgesagt.

Der SV Gesundheitssport Kreis Ahrweiler wurde 02-2020 über *HandinHand* informiert, ein weiterer Austausch ist angedacht.

Mit Vertretern des Projekt RubiN fand 03-2020 und mit der Katholischen FH Mainz in 04-2020 ein persönlicher Austausch statt.

Das Betreuungsbüro Albrecht in Sinzig wurde 04-2020 über *HandinHand* informiert.

7.3 Öffentlichkeitsarbeit K3

7.3.1 Marketingsteuerung K31

Für *HandinHand* gibt es seit 09-2019 ein Marketingkonzept, welches 02-2020 aktualisiert wurde. In die Erarbeitung und Aktualisierung wurden und werden Vertreter der Unternehmenskommunikation der MHUG, des MAW und der AOK RLP einbezogen.

Der Projektleiter pflegt tagesaktuell / bedarfsweise Kontaktlisten zu allen relevanten Partnern bzgl. *HandinHand*.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 54
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Der Projektleiter führt ein Marketing-Logbuch für alle durchgeführten und angedachten Aktivitäten bzgl. Öffentlichkeitsarbeit und ein dazugehöriges Nachweisverzeichnis.

- ⇒ MGU Marketingkonzept
- ⇒ MGU Kontaktlisten
- ⇒ MGU MKT-Logbuch

Es wurde ein Patientenakquisekonzept erarbeitet und beschlossen, welches umgesetzt, regelmäßig evaluiert und bedarfsweise aktualisiert wird.

- ⇒ MGU Patientenakquisekonzept

7.3.2 Marketinginstrumente K32

Die Marketinginstrumente werden auf Basis des Marketingkonzepts (siehe K31.1) entwickelt und gepflegt.

Es werden Logos und Vorlagen bereitgestellt (Briefpapier, Visitenkarten, Rollups, Türschild).

PKW-Beschriftungen wurden vorgenommen. Es wurden Informationsschriften zu *HandinHand* bereitgestellt (Flyer, Infokompodium, Kurzinfo, Übersicht der teilnehmenden Ärzte).

Es werden die Publikationen zu *HandinHand* gesammelt.

Der Projektleiter sammelt geeignete Umfeld Publikationen.

Die Projektmanagerin archiviert alle Fotos zu *HandinHand*.

Der Projektleiter archiviert alle PPT-Präsentationen zu *HandinHand*.

Die Projektmanagerin pflegt die Homepage (www.pflegeexperten-center.de).

Der Projektleiter kontrolliert monatlich die Homepages des AOK-BV (Stadt-Land-Gesund) und des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V.

7.3.3 Lokales Marketing K33

Eine Liste lokaler Presseorgane liegt vor und wird gepflegt.

In diversen Pressorganen sind lokale Publikationen zu *HandinHand* erschienen (siehe Marketinglogbuch).

10-2019 wurde der VdK Kreis Ahrweiler über *HandinHand* informiert.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 55
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Eine Veranstaltung mit dem Förderverein des MAW ist angedacht.

⇒ Siehe Kontaktliste

7.3.4 Globales Marketing K34

Hierzu zählen bundesweite Presseveröffentlichungen, globale Veranstaltungen, Online-Plattformen und Preisausschreibungen (siehe Marketinglogbuch).

Eine Liste globaler Presseorgane liegt vor und wird gepflegt.

Es sind bereits einige globale Publikationen erschienen und es wurde an mehreren Veranstaltungen teilgenommen.

8 Lernen Entwicklung und Wissenschaft L

8.1 IT L1

8.1.1 ePA und RZV L11

Als Partner des PEC für die Programmierung und den Betrieb der elektronischen Patientenakte (ePA) steht das Rechenzentrum Volmarstein dem PEC zur Seite. Innerhalb des PEC stehen dem RZV zwei Mitarbeiter bei der Einführung, Pflege und Handhabbarkeit als Ansprechpartner zur Verfügung.

Alle Mitarbeiter haben eine ePA-Einführungsschulung erhalten. Bei weiteren Fragen im Verlauf steht ein Ticketsystem des RZV zur Verfügung, 'servicecenter@rzv.de', an welches sich jeder Mitarbeiter via E-Mail wenden kann.

Ein Austausch mit dem RZV und innerhalb des PEC zur ePA findet regelmäßig und auch bedarfsweise statt.

8.1.2 PEC.IT, M.IT und MHDL L12

Innerhalb der Marienhaus GmbH ist die MHDL für alle internen Belange rund um IT und dem dazugehörigen Gerätemanagement zuständig und Partner des PEC. Es wurde die Hardware beschafft und das PEC bzgl. IT (= PEC-IT) funktionstüchtig eingerichtet. Eine

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 56
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

Regelkommunikation zwischen der Projektmanagerin und dem internen Ansprechpartner der M.IT findet statt.

8.2 Wissenschaft L2

8.2.1 RWI und Evaluation L21

Das RWI betreibt die wissenschaftliche Evaluation auf Basis des Evaluationskonzepts. Die wissenschaftliche Begleitforschung wird projektangemessen betrieben.

Gemäß der Meilensteinplanung werden Zwischenberichte des RWI abgegeben, dies erstmals 06-2020.

- ⇒ MGU Evaluationskonzept
- ⇒ MGU Zwischenbericht RWI 06-2020

8.2.2 Projektbeirat, Uni Lübeck und Uni Köln L22

Die Unis Lübeck und Köln managen den Projektbeirat zu *HandinHand* und betreiben die Prozessevaluation.

Es wurde ein Prozessevaluationskonzept erarbeitet und konsentiert. Dieses unterliegt einer bedarfsweisen Überprüfung durch den Projektbeirat und die Universitäten Lübeck und Köln.

Ein regelmäßiger Zwischenbericht wird durch die Verantwortlichen der Unis Lübeck und Köln erstellt, dies erstmals 06-2020. Regelmäßige Termine der Projektbeiratssitzungen werden geplant und in Köln, im PEC, als TELKO oder als Videokonferenz durchgeführt.

- ⇒ MGU Prozessevaluationskonzept
- ⇒ MGU Liste Projektbeiratsmitglieder
- ⇒ MGU Zwischenbericht Projektbeirat 06-2020

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 57
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			

9 Bildung L3

9.1 VPU L31

Alle Mitarbeiter des PEC, die in der pflegerischen Versorgung tätig sind, nehmen an einem Studiengang (Pflegeexpertise oder Community Health Nursing) teil und die VPU ist in der Konsortial-Projektgruppe vertreten.

9.2 Fort- und Weiterbildung L32

9.2.1 Einarbeitung der PE L32.1

Die Mitarbeiter des PEC erhielten eine 300 Stunden umfassende Einarbeitung gemäß Einarbeitungs-Curriculum mit Abschlussprüfung und Zertifikat.

- ⇒ MGU Einarbeitungskonzept
- ⇒ MGU Zertifikat

9.2.2 Fortbildungen L32.2

Alle Mitarbeiter des PEC (PEC-TEAM) erhalten jährlich Fortbildungen gemäß des Fortbildungskonzeptes PEC.

Dieses enthält Pflichtfortbildungen für alle Mitarbeiter (z.B. Datenschutz, Arbeitssicherheit), pflegespezifische Pflicht-Fortbildungen (EKG, Notfallmanagement, Wundmanagement, Brandschutz) und optionale Weiterbildungen. Die PM führt eine Datei für das Fortbildungscontrolling.

- ⇒ MGU Fortbildungskonzept
- ⇒ MGU Fortbildungscontrolling

10 Anhang

Siehe gesonderte XLS-Datei.

Revision: 2	Gültig ab 01.04.2022	Revisionsdatum: 06.04.2023	Seite 58
Qualitätsmanagement-Handbuch, Pflegeexperten-Center			



Inhalt

1 Vorbemerkungen	2
2 Kompetenz der PE	3
3 Zielsetzung	8
4 Befunderhebung / Informationssammlung	9
5 Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagement	10
5.1 Aufgabenfelder der PE	10
5.2 Edukationsfelder der PE	11
5.3 Verantwortungsbereich für Zuweiser/ andere Gesundheitsdienstleister ..	17
6 Ressourcen des Patienten	18
7 Spezifische Evaluationsmaßnahmen	18
8 Dokumentation	19
9 Quellen	19

1 Vorbemerkungen

Die Lunge ist das Organ der äußeren Atmung des menschlichen Körpers. Sie gewährleistet die Sauerstoffversorgung jeder Zelle und ermöglicht damit unter anderem den Mitochondrien den Ablauf der inneren Atmung, die Bildung des wichtigen Energiemoleküls ATP als Energiequelle für sämtliche Stoffwechselfvorgänge.

Erkrankungen der Lunge haben daher weitreichende Folgen für alle Funktionen des Körpers und wirken sich erheblich auf den Allgemeinzustand der betroffenen Patienten aus. Ungefähr 10% der Menschen in den Industrieländern sterben an einer Lungenerkrankung, davon etwa 40% am Lungenkarzinom, 25% an COPD (chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen) und 20% an Pneumonien. In der weltweiten Todesursachenstatistik steht die COPD hinter Koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall mittlerweile an dritter Stelle¹. Dabei waren in der Vergangenheit deutlich häufiger Männer betroffen, allerdings wurde bei Frauen in den letzten Jahren ein tendenzieller Anstieg beobachtet².

Aus diesem Grund ist das Selbstmanagement der Patienten in Bezug auf Symptomerkenkung und Maßnahmen zur Vermeidung einer Exazerbation enorm wichtig. Eine Exazerbation ist eine akute, über mindestens 2 Tage anhaltende Verschlechterung der respiratorischen Symptome mit der Notwendigkeit einer Intensivierung der Therapie.

Diese SOP befasst sich mit den Möglichkeiten zum Selbstmanagement bei den Erkrankungen der COPD, welche sich durch eine nicht voll reversible progrediente obstruktive Ventilationsstörung auszeichnet und sich durch Entzündung der kleinen Atemwege, einer obstruktiven Bronchiolitis, oder

¹ Herold, Gerd (2020) III Pneumologie. In: Innere Medizin 2020

² Vogelmeier C et al. Leitlinie zur Diagnostik...Pneumologie 2018; 72: 253–30
https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/2018-COPD_Pneumologie.pdf

als Zerstörung des Lungengewebes, einem Emphysem, manifestiert. Sie können zu einem Kollaps der Atemwege bei der Ausatmung und damit zu einer Überblähung unter Belastung führen. Einem der Hauptsymptome der COPD, der Dyspnoe, ist eine komplette SOP mit Interventionsmöglichkeiten gewidmet.

Orientierung für die Erstellung dieser SOP gaben die AWMF-Leitlinien COPD, Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga sowie medizinische Fachliteratur.

2 Kompetenz der PE

2.1 Wer interveniert mit welchem Kompetenzumfang:

Die Erfassung des Zustandes des Patienten wird durch die PE beim Erstkontakt in vollem Umfang systematisch durchgeführt und orientiert sich parallel zu den implementierten Aufnahmebögen des PEC an der Diagnose und bisherigen Behandlung des Zuweisers. Bei jedem weiteren Kontakt erfolgt eine Evaluation über mögliche Veränderungen.

2.2 Wissen

Die/der PE verfügt über

- ➔ Kenntnisse bezüglich der Anatomie und Funktionsweise der Lunge mindestens gemäß des PflBG und der PflAPrV sowie dem internen Fortbildungscurriculum des PEC
- ➔ Wissen über die pathophysiologischen Vorgänge bei COPD mindestens gemäß des PflBG und der PflAPrV sowie dem internen Fortbildungscurriculum des PEC

- die Kenntnis der Schweregradeinteilung der COPD nach GOLD, die ABCD-Klassifikation und die mMRC-Skala und der ATS-Skala für Dyspnoe
- Kenntnisse der aktuellen medizinischen Leitlinien bezüglich COPD
- grundsätzliche Kenntnis über die Symptomatik der Lungenerkrankungen:
 - Appetitlosigkeit, evtl. Gewichtsverlust
 - Müdigkeit
 - Fieber
 - Nachtschweiß
 - Laborveränderungen (BSG[↑], Leukozytose, Dysproteinämie)
 - Lungenüberblähung mit tiefstehendem Zwerchfell
 - Fassthorax
 - Husten, unproduktiv oder produktiv bei COPD
 - Dyspnoe, Belastungsdyspnoe (s. SOP Dyspnoe)
 - Verlängerte Expiration, Giemen, Pfeifen, Brummen
 - Brustschmerz
 - Angst
 - Depressionen
- Kompetenz im Erkennen von Leitsymptome einer Exazerbation bei COPD: potenzielle Lebensgefahr, steigend mit zunehmendem Alter → Indikation zur unverzüglichen stationären Aufnahme!
 - Vermehrte Atemnot
 - Vermehrter Husten
 - Zunahme der Sputummenge und Färbung (gelb-grünlich)
 - Brustenge (DD = KHK!)
 - Tachypnoe
 - Zyanose
 - Einsatz der Atemhilfsmuskulatur

- Periphere Ödeme
 - Angst/ Panik
 - Tachykardie
 - Bewusstseinsintrübung bis Koma
- Kenntnisse über Interventionsstrategien sowohl zur Vermeidung einer Exazerbation, einer damit verbundenen stationären Aufnahme und Progression der Erkrankung als auch eine Reduktion der Mortalität
- Wissen bezüglich des Zusammenhangs zwischen den Symptomen und dem Fortschreiten der Lungenerkrankung sowie Komorbiditäten, insbesondere die Kausalität zwischen pulmologischen und kardialen Erkrankungen
- die Fähigkeit, stets das Patientenalter in die Beurteilung der Situation miteinzubeziehen, da es hinsichtlich der Atembewegungen durch die im Alter zunehmende Verkalkung der Rippen und Rippenknorpel sowie Kyphosierung der Brustwirbelsäule und eine Reduktion der Muskulatur eine erhebliche Rolle spielt. Daneben unterliegt auch die Lunge selbst einem natürlichen Alterungsprozess durch Abnahme der Elastizität, Verschluss kleinster Atemwege und Abnahme der Gesamtalveolaroberfläche³.

2.3 Können:

Die/der PE kann

- im Falle einer Exazerbation unverzüglich die notwendigen Schritte zur Versorgung des Patienten einleiten

³ Hauser, Thomas, Multimorbidität des Alters und Atemwegserkrankungen, In: Pneumologie für die Praxis

- den Patienten und Angehörige über die Gefahren und Symptome einer Exazerbation (s.o. 2.2) sowie die Dringlichkeit einer sofortigen Intervention informieren
- Kenntnisse über die nichtmedikamentöse Therapie vermitteln:
 - Ausschaltung der Noxen (rauchen, Staubbelastung, etc.)
 - Impfung gegen Influenza
 - Osteoporoseprophylaxe (Calcium, Vitamin D3)
 - Behandlung von bestehenden Infekten
 - Behandlung von Komorbiditäten
 - Atemgymnastik zum Training der Atemmuskulatur, s. SOP Dyspnoe
- Informationen über die notwendige Medikation geben
 - Umgang mit dem Inhalationsgerät (MDI, DPI, MDI mit Spacer, Vernebler)
 - Möglichkeiten zum Inhalationstraining zur Übung der Inhalationstechnik
 - Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Harnverhalt, Erhöhung des Augeninnendrucks, Herzrhythmusstörungen, Tremor, Hustenreiz, gastrointestinale Beschwerden, Schlafstörungen
- Edukation des Patienten durchführen über Faktoren des täglichen Lebens, die den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen können
 - Verzicht auf Tabakkonsum
 - Beschränkung des Alkoholkonsums auf die maximal empfohlene Höchstmenge
 - gesunde, ausgewogene, abwechslungsreiche Ernährung
 - regelmäßige körperliche Aktivität in einem dem Patienten möglichen Maß wie spazieren gehen oder etwa kleine

Übungen zur Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit
und Training der Atemmuskulatur

s. SOP Bewegungsapparat, www.lungensport.org

- ➔ auf die speziellen Wünsche, Bedürfnisse und Ängste des Patienten eingehen
- ➔ die kognitiven Fähigkeiten des Patienten bei der Maßnahmenplanung beachten
- ➔ den Patienten motivieren, seine Möglichkeiten zu nutzen, indem auch über positive Geschehnisse und Erfahrungen gesprochen wird

2.4 Einstellungen der PE

Die/der PE kann

- ➔ die Erkrankung der Lunge als einen massiven Einschnitt in das Leben der Patienten und als existentielle Bedrohung für die bisherige Alltagsgestaltung anerkennen
- ➔ Verzweiflung und vielleicht auch Zorn von Seiten des Patienten aushalten
- ➔ durch gezielte Gesprächsführung mit dem Patienten auf eine Akzeptanz der Erkrankung hinarbeiten
- ➔ das Augenmerk des Patienten auf die positiven Seiten des Lebens lenken, wie z.B. Kinder, Enkel, Freunde, Natur, Hobbys, um Motivation und Adhärenz zu steigern
- ➔ Adressen von Selbsthilfegruppen, Internetforen oder auch Lungensportgruppen weiterreichen

2.5 Einstellungen Patient

Es gilt, den Patienten mit seinem persönlichen, eventuell durch seine Kultur (dörfliches oder städtisches Leben, Familiensituation, Beruf, Bildungsgrad,

Migration) geprägten Krankheitserleben und das Maß seiner Bedürfnisse ernst zu nehmen. Alle Maßnahmen sind dem Patienten individuell anzupassen und Grenzen zu akzeptieren.

3 Zielsetzung

Das generelle Ziel der Versorgung von Menschen mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen ist die physische und psychische Stabilisierung des Patienten in seiner Situation durch adäquate Erhebung

- des Krankheitsstadiums (Diagnostik durch den Zuweiser)
- des Pflegezustandes und Versorgungsumfang
- der Vitalparameter mittels geeigneten Medizinprodukten
- der Wohnsituation

mittels im PEC implementierten Assessments und den Unterlagen der Zuweiser.

Wesentliche Motive sind dabei:

- ➔ die Aufrechterhaltung und, wenn möglich, Verbesserung der Lebensqualität
- ➔ Motivation und Steigerung der Adhärenz des Patienten
- ➔ die korrekte Einnahme von Medikamenten
- ➔ eine Exazerbation zu vermeiden bzw. möglichst früh zu erkennen
- ➔ wiederholte Krankenhausaufnahmen zu verhindern
- ➔ schnellere Erholung nach exazerbationsbedingtem Krankenausenthalt
- ➔ Verbesserung der Prognose
- ➔ die Sterblichkeit zu reduzieren
- ➔ Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Spezifische Ziele, welche die COPD betreffen, bestehen aus

- der Information des Patienten über Symptome, Stadium und Charakter seiner Erkrankung durch Gespräche und geeignete Medien wie Broschüren oder Hinweise auf Internetseiten (z.B. [www. deutsche Atemwegsliga.de](http://www.deutscheAtemwegsliga.de), [www. pneumologie.de](http://www.pneumologie.de))
- Sensibilisierung des Patienten auf Zeichen einer Exazerbation
- Schulung des Patienten im Umgang mit dem Inhalator und anderen Medikamenten, auch bezüglich möglicher Nebenwirkungen
- Abnahme der Atemnot
- Heranführen des Patienten an Interventionsstrategien zur Vermeidung einer Rekrudeszenz durch
 - angepassten Lebenswandel
 - möglichst völliger Verzicht auf Tabakkonsum
 - ausgewogene Ernährung
 - Einschränkung des Alkoholkonsums unter das empfohlene Mindestmaß
 - Anregung des Patienten zu körperlicher Aktivität in dem ihm möglichen Maß
 - Impfung gegen Influenza
 - Osteoporoseprophylaxe (Calcium, Vitamin D3)
 - Notwendigkeit einer Behandlung von bestehenden Infekten
 - Notwendigkeit der Behandlung von Komorbiditäten

4 Befunderhebung / Informationssammlung

Aufnahme gemäß des implementierten Aufnahmebogens in der ePA:

1. Befragung des Patienten über

- a. Wohlbefinden
- b. Krankheitserleben bezüglich Auseinandersetzung mit der Erkrankung, Symptomatik, Einschränkungen im Alltag

- c. Motivation/ Adhärenz
 - d. Schmerzempfinden (Verw. auf SOP Schmerz)
2. Erhebung der Vitalparameter RR, P, EKG, T, Atmung, spO₂, Dyspnoe, Körpergewicht mittels geeigneter Medizinprodukte (s. VA MP), Untersuchung auf Ödeme, Erfragen des Miktionsverhalten (**Auskultation/Perkussion** → ärztl. Diagnostik?)
 3. Aufnahme der aktuellen Medikation (Anordnung durch Zuweiser/Facharzt)
 4. Ermittlung der Selbstständigkeit und Befinden mittels FIM und SMASc
 5. Befragung der Angehörigen und Pflegenden bzgl. o.g. Aspekte
 6. Beobachtung des Patienten hinsichtlich seiner Bewegungsabläufe, Körperhaltung, Körperspannung, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur („Kutschersitz“)

5 Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagement

5.1 Aufgabenfelder der PE

1. Auswertung der Befunderhebung und Informationssammlung wie unter 4 beschrieben
2. Erstellung einer gezielten individuellen Beratungs- und Schulungsplans.
3. Durchführung von gezielten Edukationen und Gesprächen zu den Aspekten der Erkrankung, die für den Patienten generell oder situationsbezogen von Bedeutung sind.
4. Die zeitliche Planung für das Erstgespräch sollte auf ca. 15 Minuten, maximal 20 Minuten begrenzt werden, um den Patienten nicht zu überfordern und die Motivation zu nehmen, ihm aber auch Raum zu verschaffen.

5. Bei Folgekontakten sollte eine Evaluation stattfinden und ggf. max. 10 Minuten zur Beratung genutzt werden. Bei erhöhtem Beratungsbedarf sollte dieser im Vorfeld eingeplant werden.
6. Der Patient sollte im Anschluss an die Gespräche
 - ➔ über ein erweitertes Hintergrundwissen bezüglich seiner Krankheit verfügen
 - ➔ in der Lage sein, eine Exazerbation frühzeitig erkennen
 - ➔ mit Symptomen und Komorbiditäten umgehen können
 - ➔ Sicherheit im Medikamentenmanagement erlangen
 - ➔ über eine angepasste Lebensweise und Ernährung informiert sein

5.2 Edukationsfelder der PE

Erkrankung (in einem für Laien verständlichen Rahmen):

- Einblicke in die Anatomie der Lunge
- Pathophysiologische Vorgänge bei COPD, obstruktiver Bronchiolitis oder Lungenödem
- Symptomatik
- Gefahren und Anzeichen einer Exazerbation
- Erstellung eines Notfallplans (Packen einer Notfalltasche)

Komorbiditäten:

- Komorbiditäten sind häufig und sollten daher im Gespräch Beachtung finden
- Patienten mit leichter und mittelschwerer Obstruktion sterben häufig an Komorbiditäten und nicht an COPD.
- Therapie der Komorbiditäten nach Leitlinien der Fachgesellschaften, wie bei Patienten ohne COPD

- Selektive Betablocker sind bei COPD nicht kontraindiziert.
- 2,5-fach höheres Gesamtrisiko für alle kardiovaskulären Erkrankungen
- zerebrovaskuläre Erkrankungen
- Lungenkarzinom: 2-6-fach höheres Risiko von Rauchern mit COPD gegenüber Rauchern ohne COPD
- Osteoporose
- Muskeldysfunktion (Sarkopenie)
- metabolisches Syndrom / Diabetes
- mentale Erkrankungen

Medikamente:

Augenmerk auf Neben- und Wechselwirkungen:

kurzwirksame Substanzen für die Bedarfsmedikation:

- SABA: Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin,
- SAMA: kurzwirksames Anticholinergikum: Ipratropium

langwirksame Substanzen für die Dauertherapie:

- LABA: 12 Stunden wirksam: Formoterol, Salmeterol, 24 Stunden wirksam: Indacaterol, Olodaterol, Vilanterol,
 - LAMA: langwirksames Anticholinergikum 12 Stunden wirksam: Acridinium, 24 Stunden wirksam: Glycopyrrhonium, Tiotropium, Umeclidinium
- ➔ Besserung der Lungenfunktion, der Dyspnoe, der Lebensqualität und der Exazerbationsrate

inhalative Kortikosteroide (ICS)

- limitierte Effekte bei COPD
- als Monotherapie kontraindiziert

- Einsatz bei akuter Exazerbation
- COPD-Gruppen C und D, wenn duale Bronchodilatation zur Senkung der Exazerbationsfrequenz nicht ausreicht
- falls bei fehlender Indikation eingesetzt → Ausschleichen unter LABA/LAMA Therapie möglich
- wahrscheinlich auch im niedrigen Dosisbereich wirksam
- unerwünschte Effekte in der Langzeittherapie

systemische Kortikosteroide

- keine Dauertherapie
- bei mittelschwerer und schwerer Exazerbation:
40 mg oral für die Dauer von 5 (bis maximal 14) Tagen,
danach abrupt absetzen

Phosphodiesterase 4-Inhibitor (Roflumilast)

- für die Exazerbationsprophylaxe bei dem Phänotyp chronische Bronchitis mit Obstruktionsgrad 3 und 4 und häufigen Exazerbationen als orale Zusatztherapie
- unerwünschte gastrointestinale Effekte, Gewichtsabnahme, Kopfschmerzen

Dauertherapie mit Antibiotika

- add on zur inhalativen Therapie zur Senkung der Exazerbationsrate bei Besiedlung mit *P. aeruginosa*.
Es liegen nur Ergebnisse für ein Jahr Therapiedauer vor.
- Azithromycin (250 mg/Tag oder 500 mg, 3mal pro Woche)
- Erythromycin (2 mal 500 mg/Tag)
- unerwünschte Effekte: Zunahme der Resistenz, Hörverlust, Herzrhythmusstörungen, gastrointestinale Beschwerden

Cave: die Langzeitbehandlung mit Makroliden wird gegenwärtig nicht generell empfohlen

Mukopharmaka

- relative Indikation bei Patienten mit viskösem Sekret, Effekte gering
- zur Senkung der Exazerbationsraten

Antitussiva

- bei nächtlichem Reizhusten
- maximal drei Wochen
- regelmäßige Einnahme von Antitussiva nicht empfohlen

Vasodilatoren

- verursachen eine Verschlechterung der Oxygenierung, sind bei COPD kontraindiziert

Schutzimpfungen

- Influenza-Schutzimpfung jährlich, möglichst erst im November verabreichen
- Pneumokokken-Schutzimpfung
- nach STIKO (ständige Impfkommision): ab dem 60. Lebensjahr als Standardimpfung mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff (PSV23), Wiederholungsimpfung nach frühestens 6 Jahren
- Österreichischer Impfplan 2017: ab dem 50. Lebensjahr als Indikationsimpfung mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff PCV 13, nach ≥ 1 Jahr eine Impfung mit dem Polysaccharid Impfstoff (PsV23), wenn der Patient bisher nicht mit PSV 23 geimpft worden war

Lebensführung:

- Aufklärung über Wichtigkeit und Effektivität einer angepassten Lebensweise
- für gute Belüftung in den Wohnräumen sorgen
- ausreichend Tageslicht (auch hinsichtlich einer Osteoporose)
- ausgeglichener Biorhythmus
- Führung eines COPD-Tagebuches

Raucherentwöhnung:

- Tabakentwöhnung: wirksamste und kosteneffektivste Einzelmaßnahme
- Entwöhnungsberatung bei jeder Konsultation
- Ergänzung durch medikamentöse Unterstützung:
 - Nikotinersatztherapie (bei akutem Herzinfarkt oder Schlaganfall: 2 Wochen abwarten)
 - Bupropion: 12 Monate Therapie
 - Vareniclin: 12-24 Wochen Therapiedauer
 - E-Zigaretten für die Raucherentwöhnung: Es liegen keine ausreichenden Daten für die Wirksamkeit und für Nebenwirkungen vor

Ernährung:

- ausgewogene Ernährung, kalziumreich zur Osteoporoseprophylaxe, vitamin- und ballaststoffreich⁴
- angemessener Alkoholkonsum (s. SOP Herz)

⁴ file:///C:/Users/anika/AppData/Local/Temp/34%20Ernaehrung%20bei%20COPD%202013.pdf

- wenn nötig Gewichtsreduktion zur Abnahme des Energiebedarfs bei körperlicher Belastung sowie zu einer Besserung der Atemmechanik und damit zu einer leichteren Bewältigung der im Alltag anfallenden körperlichen Aktivitäten
- bei untergewichtigen Patienten mit einer Gewichtabnahme um mehr als 10% in den letzten 6 Monaten oder mehr als 5% im letzten Monat besteht das Ziel der Ernährungstherapie darin, mittels oraler Nährstoffzufuhr, ggf. Ernährungssupplementierung, eine Gewichtszunahme zu erreichen⁵

körperliches Training:

- wesentliche Komponenten: Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination.
- Intervalltraining mit Pausen bei schwerer Beeinträchtigung
- Gehhilfen und die Gabe von Sauerstoff möglich
- bei Atemmuskelschwäche: Training der Inspirationsmuskulatur
- Fortsetzung der Trainingstherapie am Wohnort nach Beendigung der Rehabilitation durch Heimtraining (Treppensteigen, Gehtraining)
- Teilnahme an ambulanten Lungensportgruppen
www.lungensport.org
- Verweis auf Übungen in der SOP Bewegungsapparat, insbesondere obere Extremitäten sowie die SOP Dyspnoe
- Dauer von 10–90 Minuten pro Sitzung und in einer Intensität von 50% bis zur maximal tolerierten Sauerstoffaufnahme
- Beim Ausdauertraining wird eine Belastung von 60–80% der symptomlimitierten Maximalbelastung empfohlen

⁵ Vogelmeier C et al. Leitlinie zur Diagnostik...Pneumologie 2018; 72: 253–30
https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/2018-COPD_Pneumologie.pdf

palliative Therapie

- Symptomkontrolle zur Behandlung im Terminalstadium
- Hauptsymptome: Atemnot, Müdigkeit, Angst, Depression und Schmerzen
- Sauerstofftherapie (auch ohne Hypoxie)
- Opioide für die Therapie der Dyspnoe
- bei untergewichtigen Patienten:
Ernährungstherapie mit Zusatznahrung
- Anabolika in Kombination mit physikalischer Therapie
- Behandlung der Angst und Depression
- Ausmaß der eventuell erforderlich werdenden intensiven Therapie-
maßnahmen mit dem Patienten und den Angehörigen klären! Eng-
maschige Rücksprache mit dem Zuweiser!

5.3 Verantwortungsbereich für Zuweiser/ andere Gesundheitsdienst- leister

Bei Änderung des Zustandes des Patienten Rücksprache mit dem Zu-
weiser über Medikation und andere Maßnahmen.

Sollte der Bedarf über dem von den PE angebotenen Interventions-
umfang liegen, sollte mit dem Hausarzt beraten werden (Physiothera-
pie, Ergotherapie, psychotherapeutische Behandlung, Betreuung), so-
fern dies nicht schon in die Wege geleitet wurde.

Im Falle von fehlenden Hilfsmitteln wie etwa eines Rollators, Sitzhö-
hungen oder Haltegriffen muss mit der Krankenkasse und/oder Sani-
tätshäusern Kontakt aufgenommen werden.

6 Ressourcen des Patienten

- Information: der Patient ist und/oder seine Angehörigen/Pflegenden sind über die Notwendigkeit der Maßnahmen informiert
- Verstehen: der Patient und evtl. seine Angehörigen/Pflegenden verstehen die Notwendigkeit der Maßnahmen
- Motivation: der Patient muss motiviert sein, die Interventionen nach Absprache durchzuführen
- Fertigkeit: der Patient kann die Interventionen nach der Einweisung ohne Beisein der PE, evtl. mit Hilfe von Angehörigen, durchführen
- Fortschritt: der Patient kann mit Hilfe der Interventionen seine Lebensqualität erhalten oder gar verbessern

7 Spezifische Evaluationsmaßnahmen

- Vitalparameter RR, P und spO₂ sowie EKG sind bei jedem Besuch zu erfassen, ebenso Atmung, Atmungsgeräusch, Hautfarbe (Zyanose), Husten und Auswurf
- Evaluation der Interventionen findet bei jedem Kontakt bedarfsorientiert statt
 - Umsetzung der Interventionsmaßnahmen durch den Patienten und/Angehörige
 - Adhärenz
 - Motivation
 - Dokumentation
- Individueller Bedarf, Vermögen und Wohlbefinden des Patienten stehen im Vordergrund. Daher wirken sich Motivation, Unwohlsein, Beschwerden, Schmerzen, Angst sowie Unsicherheit auf die Interventionsplanung aus:
 - Gespräche nach Bedarf

- Anpassung der Interventionen an das aktuelle Befinden durch Modifikation oder Austausch mit anderen Maßnahmen
 - Dokumentation
- Ein spezieller, vom Patienten geführter Beschwerdekalendarer kann Aufschluss über eine notwendige Änderung von Gewohnheiten oder auch Interventionen geben
 - Dokumentation

8 Dokumentation

Die Dokumentation wird wie in der VA P22.1 beschrieben, durchgeführt.

9 Quellen

Herold, Gerd (2020) III Pneumologie. In: Innere Medizin 2020

Vogelmeier C et al. Leitlinie zur Diagnostik...Pneumologie 2018; 72: 253–30

Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD), herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und der Deutschen Atemwegsliga e.V., unter Beteiligung der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie

https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/2018-COPD_Pneumologie.pdf

Hauser, Thomas, Pneumologie für die Praxis, Akute und chronische Atemwegserkrankungen mit Besonderheiten im fortschreitenden Alter, 1. Auflage 2018. München: Elsevier GmbH Deutschland

file:///C:/Users/anika/AppData/Local/Temp/34%20Ernaeh-
rung%20bei%20COPD%202013.pdf

Informationsblatt der Deutschen Atemliga e.V., Ernährung bei COPD



Inhalt

1 Vorbemerkungen	2
2 Kompetenz der PE	3
2.1 Wer interveniert mit welchem Kompetenzumfang.....	3
2.2 Wissen.....	3
2.3 Können:	5
2.4 Einstellungen der PE	7
2.5 Einstellungen Patient.....	7
3 Zielsetzung	7
4 Befunderhebung / Informationssammlung.....	9
5 Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagement.....	10
5.1 Aufgabenfelder der PE	10
5.2 Edukationsfelder der PE	11
5.3 Verantwortungsbereich für teilnehmende Ärzte / andere Gesundheitsdienstleister.....	17
6 Ressourcen der Patientinnen und Patienten.....	17
7 Spezifische Evaluationsmaßnahmen	18
8 Dokumentation.....	19
9 Quellen.....	19

1 Vorbemerkungen

Die Lunge ist das Organ der äußeren Atmung des menschlichen Körpers. Sie gewährleistet die Sauerstoffversorgung jeder Zelle und ermöglicht damit unter anderem den Mitochondrien den Ablauf der inneren Atmung, die Bildung des wichtigen Energiemoleküls ATP als Energiequelle für sämtliche Stoffwechselfvorgänge.

Erkrankungen der Lunge haben daher weitreichende Folgen für alle Funktionen des Körpers und wirken sich erheblich auf den Allgemeinzustand der betroffenen Patientinnen und Patienten aus. Ungefähr 10% der Menschen in den Industrieländern sterben an einer Lungenerkrankung, davon etwa 40% am Lungenkarzinom, 25% an COPD (chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen) und 20% an Pneumonien. In der weltweiten Todesursachenstatistik steht die COPD hinter Koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall mittlerweile an dritter Stelle¹. Dabei waren in der Vergangenheit deutlich häufiger Männer betroffen, allerdings wurde bei Frauen in den letzten Jahren ein tendenzieller Anstieg beobachtet².

Aus diesem Grund ist das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten in Bezug auf Symptomerkenkung und Maßnahmen zur Vermeidung einer Exazerbation enorm wichtig. Eine Exazerbation ist eine akute, über mindestens 2 Tage anhaltende Verschlechterung der respiratorischen Symptome mit der Notwendigkeit einer Intensivierung der Therapie.

Diese SOP befasst sich mit den Möglichkeiten zum Selbstmanagement bei den Erkrankungen der COPD, welche sich durch eine nicht voll reversible progrediente obstruktive Ventilationsstörung auszeichnet und sich durch Entzündung der kleinen Atemwege, einer obstruktiven Bronchiolitis, oder als Zerstörung des Lungengewebes, einem Emphysem, manifestiert.

¹ Herold, Gerd (2020) III Pneumologie. In: Innere Medizin 2020

² Vogelmeier C et al. Leitlinie zur Diagnostik...Pneumologie 2018; 72: 253–30
https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/2018-COPD_Pneumologie.pdf

Sie können zu einem Kollaps der Atemwege bei der Ausatmung und damit zu einer Überblähung unter Belastung führen. Einem der Hauptsymptome der COPD, der Dyspnoe, ist eine komplette SOP mit Interventionsmöglichkeiten gewidmet.

Orientierung für die Erstellung dieser SOP gaben die AWMF-Leitlinien COPD, Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga sowie medizinische Fachliteratur.

2 Kompetenz der PE

2.1 Wer interveniert mit welchem Kompetenzumfang

Die Erfassung des Zustandes der Patientinnen und Patienten wird durch die PE beim Erstkontakt in vollem Umfang systematisch durchgeführt und orientiert sich parallel zu den implementierten Aufnahmebögen des PEC an der Diagnose und bisherigen Behandlung des teilnehmenden Arztes. Bei jedem weiteren Kontakt erfolgt eine Evaluation über mögliche Veränderungen.

2.2 Wissen

Die/der PE verfügt über

- ➔ Kenntnisse bezüglich der Anatomie und Funktionsweise der Lunge
- ➔ Wissen über die pathophysiologischen Vorgänge bei COPD
- ➔ die Kenntnis der Schweregradeinteilung der COPD nach GOLD, die ABCD-Klassifikation und die mMRC-Skala und der ATS-Skala für Dyspnoe
- ➔ Kenntnisse der aktuellen medizinischen Leitlinien bezüglich COPD
- ➔ grundsätzliche Kenntnis über die Symptomatik der Lungenerkrankungen:
 - Appetitlosigkeit, evtl. Gewichtsverlust

- Müdigkeit
- Fieber
- Nachtschweiß
- Laborveränderungen (BSG[↑], Leukozytose, Dysproteinämie)
- Lungenüberblähung mit tiefstehendem Zwerchfell
- Fassthorax
- Husten, unproduktiv oder produktiv bei COPD
- Dyspnoe, Belastungsdyspnoe (s. SOP Dyspnoe)
- Verlängerte Expiration, Giemen, Pfeifen, Brummen
- Brustschmerz
- Angst
- Depressionen

→ Kompetenz im Erkennen von Leitsymptome einer Exazerbation bei COPD: potenzielle Lebensgefahr, steigend mit zunehmendem Alter

→ Indikation zur unverzüglichen stationären Aufnahme!

- Vermehrte Atemnot
- Vermehrter Husten
- Zunahme der Sputummenge und Färbung (gelb-grünlich)
- Brustenge (DD = KHK!)
- Tachypnoe
- Zyanose
- Einsatz der Atemhilfsmuskulatur
- Periphere Ödeme
- Angst/ Panik
- Tachykardie
- Bewusstseinsbeeinträchtigung bis Koma

→ Kenntnisse über Interventionsstrategien sowohl zur Vermeidung einer Exazerbation, einer damit verbundenen stationären Aufnahme und

- Progression der Erkrankung als auch eine Reduktion der Mortalität
- ➔ Wissen bezüglich des Zusammenhangs zwischen den Symptomen und dem Fortschreiten der Lungenerkrankung sowie Komorbiditäten, insbesondere die Kausalität zwischen pulmologischen und kardialen Erkrankungen
 - ➔ die Fähigkeit, stets das Patientenalter in die Beurteilung der Situation miteinzubeziehen, da es hinsichtlich der Atembewegungen durch die im Alter zunehmende Verkalkung der Rippen und Rippenknorpel sowie Kyphosierung der Brustwirbelsäule und eine Reduktion der Muskulatur eine erhebliche Rolle spielt. Daneben unterliegt auch die Lunge selbst einem natürlichen Alterungsprozess durch Abnahme der Elastizität, Verschluss kleinster Atemwege und Abnahme der Gesamtalveolaroberfläche³.

2.3 Können:

Die/der PE kann

- ➔ im Falle einer Exazerbation unverzüglich die notwendigen Schritte zur Versorgung der Patientin oder des Patienten einleiten
- ➔ die Patientin oder den Patienten und Angehörige über die Gefahren und Symptome einer Exazerbation (s.o. 2.2) sowie die Dringlichkeit einer sofortigen Intervention informieren
- ➔ Kenntnisse über die nichtmedikamentöse Therapie vermitteln:
 - Ausschaltung der Noxen (rauchen, Staubbelastung, etc.)
 - Impfung gegen Influenza
 - Osteoporoseprophylaxe (Calcium, Vitamin D3)
 - Behandlung von bestehenden Infekten
 - Behandlung von Komorbiditäten

³ Hauser, Thomas, Multimorbidität des Alters und Atemwegserkrankungen, In: Pneumologie für die Praxis

- Atemgymnastik zum Training der Atemmuskulatur, s. SOP Dyspnoe
- ➔ Informationen über die notwendige Medikation geben
 - Umgang mit dem Inhalationsgerät (MDI, DPI, MDI mit Spacer, Vernebler)
 - Möglichkeiten zum Inhalationstraining zur Übung der Inhalationstechnik
 - Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Harnverhalt, Erhöhung des Augeninnendrucks, Herzrhythmusstörungen, Tremor, Hustenreiz, gastrointestinale Beschwerden, Schlafstörungen
- ➔ Edukation der Patientinnen und Patienten durchführen über Faktoren des täglichen Lebens, die den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen können
 - Verzicht auf Tabakkonsum
 - Beschränkung des Alkoholkonsums auf die maximal empfohlene Höchstmenge
 - gesunde, ausgewogene, abwechslungsreiche Ernährung
 - regelmäßige körperliche Aktivität in einem dem Patienten möglichen Maß wie spazieren gehen oder etwa kleine Übungen zur Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit und Training der Atemmuskulatur
 - s. SOP Bewegungsapparat, www.lungensport.org
- ➔ auf die speziellen Wünsche, Bedürfnisse und Ängste der Patientinnen und Patienten eingehen
- ➔ die kognitiven Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten bei der Maßnahmenplanung beachten
- ➔ die Patientinnen und Patienten motivieren, seine Möglichkeiten zu nutzen, indem auch über positive Geschehnisse und Erfahrungen gesprochen wird

2.4 Einstellungen der PE

Die/der PE kann

- die Erkrankung der Lunge als einen massiven Einschnitt in das Leben der Patientinnen und Patienten und als existentielle Bedrohung für die bisherige Alltagsgestaltung anerkennen
- Verzweiflung und vielleicht auch Zorn von Seiten der Patientin oder des Patienten aushalten
- durch gezielte Gesprächsführung mit der Patientin oder dem Patienten auf eine Akzeptanz der Erkrankung hinarbeiten
- das Augenmerk der Patientin oder des Patienten auf die positiven Seiten des Lebens lenken, wie z.B. Kinder, Enkel, Freunde, Natur, Hobbys, um Motivation und Adhärenz zu steigern
- Adressen von Selbsthilfegruppen, Internetforen oder auch Lungensportgruppen weiterreichen

2.5 Einstellungen Patient

Es gilt, die Patientinnen und Patienten mit ihrem persönlichen, eventuell durch die Kultur (dörfliches oder städtisches Leben, Familiensituation, Beruf, Bildungsgrad, Migration) geprägten Krankheitserleben und das Maß ihrer Bedürfnisse ernst zu nehmen. Alle Maßnahmen sind der Patientin oder dem Patienten individuell anzupassen und Grenzen zu akzeptieren.

3 Zielsetzung

Das generelle Ziel der Versorgung von Menschen mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen ist die physische und psychische Stabilisierung der Patientinnen und Patienten in ihrer Situation durch adäquate Erhebung

- des Krankheitsstadiums (Diagnostik durch den Zuweiser)
- des Pflegezustandes und Versorgungsumfang
- der Vitalparameter mittels geeigneten Medizinprodukten
- der Wohnsituation

mittels im PEC implementierten Assessments und den Unterlagen der teilnehmenden Ärzte.

Wesentliche Motive sind dabei:

- ➔ die Aufrechterhaltung und, wenn möglich, Verbesserung der Lebensqualität
- ➔ Motivation und Steigerung der Adhärenz der Patientinnen und Patienten
- ➔ die korrekte Einnahme von Medikamenten
- ➔ eine Exazerbation zu vermeiden bzw. möglichst früh zu erkennen
- ➔ wiederholte Krankenhausaufnahmen zu verhindern
- ➔ schnellere Erholung nach exazerbationsbedingtem Krankenhausaufenthalt
- ➔ Verbesserung der Prognose
- ➔ die Sterblichkeit zu reduzieren
- ➔ Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Spezifische Ziele, welche die COPD betreffen, bestehen aus

- der Information der Patientinnen und Patienten über Symptome, Stadium und Charakter ihrer Erkrankung durch Gespräche und geeignete Medien wie Broschüren oder Hinweise auf Internetseiten (z.B. www.deutscheAtemwegsliga.de, www.pneumologie.de)
- Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten auf Zeichen einer Exazerbation

- Schulung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit dem Inhalator und anderen Medikamenten, auch bezüglich möglicher Nebenwirkungen
- Abnahme der Atemnot
- Heranführen an Interventionsstrategien zur Vermeidung einer Rekrudeszenz durch
 - angepassten Lebenswandel
 - möglichst völliger Verzicht auf Tabakkonsum
 - ausgewogene Ernährung
 - Einschränkung des Alkoholkonsums unter das empfohlene Mindestmaß
 - Anregung der Patientinnen und Patienten zu körperlicher Aktivität in dem ihnen möglichen Maß
 - Impfung gegen Influenza
 - Osteoporose-Prophylaxe (Calcium, Vitamin D3)
 - Notwendigkeit einer Behandlung von bestehenden Infekten
 - Notwendigkeit der Behandlung von Komorbiditäten

4 Befunderhebung / Informationssammlung

Aufnahme gemäß des implementierten Aufnahmebogens in der ePA:

1. Befragung der Patientin oder des Patienten über
 - a. Wohlbefinden
 - b. Krankheitserleben bezüglich Auseinandersetzung mit der Erkrankung, Symptomatik, Einschränkungen im Alltag
 - c. Motivation/ Adhärenz
 - d. Schmerzempfinden (Verw. auf SOP Schmerz)
2. Erhebung der Vitalparameter RR, P, EKG, T, Atmung, spO₂, Dyspnoe, Körpergewicht mittels geeigneter Medizinprodukte (s. VA MP), Untersuchung auf Ödeme, Erfragen des Miktionsverhalten, Auskultati-

on/Perkussion

3. Aufnahme der aktuellen Medikation (Anordnung durch die teilnehmenden Ärzte)
4. Ermittlung der Selbstständigkeit und Befinden mittels FIM und SMASc
5. Befragung der Angehörigen und Pflegenden bzgl. o.g. Aspekte
6. Beobachtung der Patientin oder des Patienten hinsichtlich ihrer oder seiner Bewegungsabläufe, Körperhaltung, Körperspannung, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur („Kutschersitz“)

5 Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagement

5.1 Aufgabenfelder der PE

1. Auswertung der Befunderhebung und Informationssammlung wie unter **4** beschrieben
2. Erstellung einer gezielten individuellen Beratungs- und Schulungsplans
3. Durchführung von gezielten Edukationen und Gesprächen zu den Aspekten der Erkrankung, die für die Patientin oder den Patienten generell oder situationsbezogen von Bedeutung sind
4. die zeitliche Planung für das Erstgespräch sollte auf ca. 15 Minuten, maximal 20 Minuten begrenzt werden, um die Patientin oder den Patienten nicht zu überfordern und die Motivation zu nehmen, ihr oder ihm aber auch Raum zu verschaffen.
5. Bei Folgekontakten sollte eine Evaluation stattfinden und ggf. max. 10 Minuten zur Beratung genutzt werden. Bei erhöhtem Beratungsbedarf sollte dieser im Vorfeld eingeplant werden.
6. Die Patientin oder der Patient sollte im Anschluss an die Gespräche
 - ➔ über ein erweitertes Hintergrundwissen bezüglich seiner Krankheit verfügen
 - ➔ in der Lage sein, eine Exazerbation frühzeitig erkennen
 - ➔ mit Symptomen und Komorbiditäten umgehen können

- ➔ Sicherheit im Medikamentenmanagement erlangen
- ➔ über eine angepasste Lebensweise und Ernährung informiert sein

5.2 Edukationsfelder der PE

Erkrankung (in einem für Laien verständlichen Rahmen):

- Einblicke in die Anatomie der Lunge
- Pathophysiologische Vorgänge bei COPD, obstruktiver Bronchiolitis oder Lungenödem
- Symptomatik
- Gefahren und Anzeichen einer Exazerbation
- Erstellung eines Notfallplans (Packen einer Notfalletasche)

Komorbiditäten:

- Komorbiditäten sind häufig und sollten daher im Gespräch Beachtung finden
- Patientinnen und Patienten mit leichter und mittelschwerer Obstruktion sterben häufig an Komorbiditäten und nicht an COPD.
- Therapie der Komorbiditäten nach Leitlinien der Fachgesellschaften, wie bei Patienten ohne COPD
- selektive Betablocker sind bei COPD nicht kontraindiziert.
- 2,5-fach höheres Gesamtrisiko für alle kardiovaskulären Erkrankungen
 - zerebrovaskuläre Erkrankungen
 - Lungenkarzinom: 2-6-fach höheres Risiko von Rauchern mit COPD gegenüber Rauchern ohne COPD
 - Osteoporose
 - Muskeldysfunktion (Sarkopenie)

- metabolisches Syndrom / Diabetes
- mentale Erkrankungen

Medikamente:

Augenmerk auf Neben- und Wechselwirkungen:

kurzwirksame Substanzen für die Bedarfsmedikation:

- SABA: Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin,
- SAMA: kurzwirksames Anticholinergikum: Ipratropium

langwirksame Substanzen für die Dauertherapie:

- LABA: 12 Stunden wirksam: Formoterol, Salmeterol, 24 Stunden wirksam: Indacaterol, Olodaterol, Vilanterol,
 - LAMA: langwirksames Anticholinergikum 12 Stunden wirksam: Acclidinium, 24 Stunden wirksam: Glycopyrrhonium, Tiotropium, Umeclidinium
- ➔ Besserung der Lungenfunktion, der Dyspnoe, der Lebensqualität und der Exazerbationsrate

inhalative Kortikosteroide (ICS)

- limitierte Effekte bei COPD
- als Monotherapie kontraindiziert
- Einsatz bei akuter Exazerbation
- COPD-Gruppen C und D, wenn duale Bronchodilatation zur Senkung der Exazerbationsfrequenz nicht ausreicht
- falls bei fehlender Indikation eingesetzt → Ausschleichen unter LABA/LAMA Therapie möglich
- wahrscheinlich auch im niedrigen Dosisbereich wirksam
- unerwünschte Effekte in der Langzeittherapie

systemische Kortikosteroide

- keine Dauertherapie
- bei mittelschwerer und schwerer Exazerbation:
40 mg oral für die Dauer von 5 (bis maximal 14) Tagen,
danach abrupt absetzen

Phosphodiesterase 4-Inhibitor (Roflumilast)

- für die Exazerbationsprophylaxe bei dem Phänotyp chronische Bronchitis mit Obstruktionsgrad 3 und 4 und häufigen Exazerbationen als orale Zusatztherapie
- unerwünschte gastrointestinale Effekte, Gewichtsabnahme, Kopfschmerzen

Dauertherapie mit Antibiotika

- add on zur inhalativen Therapie zur Senkung der Exazerbationsrate bei Besiedlung mit *P. aeruginosa*.
Es liegen nur Ergebnisse für ein Jahr Therapiedauer vor.
- Azithromycin (250 mg/Tag oder 500 mg, 3mal pro Woche)
- Erythromycin (2 mal 500 mg/Tag)
- unerwünschte Effekte: Zunahme der Resistenz, Hörverlust, Herzrhythmusstörungen, gastrointestinale Beschwerden
Cave: die Langzeitbehandlung mit Makroliden wird gegenwärtig nicht generell empfohlen

Mukopharmaka

- relative Indikation bei Patientinnen und Patienten mit viskösem Sekret, Effekte gering
- zur Senkung der Exazerbationsraten

Antitussiva

- bei nächtlichem Reizhusten
- maximal drei Wochen
- regelmäßige Einnahme von Antitussiva nicht empfohlen

Vasodilatoren

- verursachen eine Verschlechterung der Oxygenierung, sind bei COPD kontraindiziert

Schutzimpfungen

- Influenza-Schutzimpfung jährlich, möglichst erst im November verabreichen
- Pneumokokken-Schutzimpfung
- nach STIKO (ständige Impfkommision): ab dem 60. Lebensjahr als Standardimpfung mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff (PSV23), Wiederholungsimpfung nach frühestens 6 Jahren
- Österreichischer Impfplan 2017: ab dem 50. Lebensjahr als Indikationsimpfung mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff PCV 13, nach ≥ 1 Jahr eine Impfung mit dem Polysaccharid Impfstoff (PsV23), wenn die Patientinnen und Patienten bisher nicht mit PSV 23 geimpft worden waren

Lebensführung:

- Aufklärung über Wichtigkeit und Effektivität einer angepassten Lebensweise
- für gute Belüftung in den Wohnräumen sorgen
- ausreichend Tageslicht (auch hinsichtlich einer Osteoporose)
- ausgeglichener Biorhythmus

- Führung eines COPD-Tagebuches

Raucherentwöhnung:

- Tabakentwöhnung: wirksamste und kosteneffektivste Einzelmaßnahme
- Entwöhnungsberatung bei jeder Konsultation
- Ergänzung durch medikamentöse Unterstützung:
 - Nikotinersatztherapie (bei akutem Herzinfarkt oder Schlaganfall: 2 Wochen abwarten)
 - Bupropion: 12 Monate Therapie
 - Vareniclin: 12-24 Wochen Therapiedauer
 - E-Zigaretten für die Raucherentwöhnung: Es liegen keine ausreichenden Daten für die Wirksamkeit und für Nebenwirkungen vor

Ernährung:

- ausgewogene Ernährung, kalziumreich zur Osteoporoseprophylaxe, vitamin- und ballaststoffreich⁴
- angemessener Alkoholkonsum (s. SOP Herz)
- wenn nötig Gewichtsreduktion zur Abnahme des Energiebedarfs bei körperlicher Belastung sowie zu einer Besserung der Atemmechanik und damit zu einer leichteren Bewältigung der im Alltag anfallenden körperlichen Aktivitäten
- bei untergewichtigen Patientinnen und Patienten mit einer Gewichtsabnahme um mehr als 10% in den letzten 6 Monaten oder mehr als 5% im letzten Monat besteht das Ziel der Ernährungstherapie darin, mittels

⁴ file:///C:/Users/anika/AppData/Local/Temp/34%20Ernaehrung%20bei%20COPD%202013.pdf

oralen Nährstoffzufuhr, ggf. Ernährungssupplementierung, eine Gewichtszunahme zu erreichen⁵

Körperliches Training:

- wesentliche Komponenten: Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination.
- Intervalltraining mit Pausen bei schwerer Beeinträchtigung
- Gehhilfen und die Gabe von Sauerstoff möglich
- bei Atemmuskelschwäche: Training der Inspirationsmuskulatur
- Fortsetzung der Trainingstherapie am Wohnort nach Beendigung der Rehabilitation durch Heimtraining (Treppensteigen, Gehtraining)
- Teilnahme an ambulanten Lungensportgruppen
www.lungensport.org
- Verweis auf Übungen in der SOP Bewegungsapparat, insbesondere obere Extremitäten sowie die SOP Dyspnoe
- Dauer von 10–90 Minuten pro Sitzung und in einer Intensität von 50% bis zur maximal tolerierten Sauerstoffaufnahme
- Beim Ausdauertraining wird eine Belastung von 60–80% der symptomlimitierten Maximalbelastung empfohlen

palliative Therapie

- Symptomkontrolle zur Behandlung im Terminalstadium
- Hauptsymptome: Atemnot, Müdigkeit, Angst, Depression und Schmerzen
- Sauerstofftherapie (auch ohne Hypoxie)
- Opioide für die Therapie der Dyspnoe

⁵ Vogelmeier C et al. Leitlinie zur Diagnostik...Pneumologie 2018; 72: 253–30
https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/2018-COPD_Pneumologie.pdf

- bei untergewichtigen Patienten:
Ernährungstherapie mit Zusatznahrung
- Anabolika in Kombination mit physikalischer Therapie
- Behandlung der Angst und Depression
- Ausmaß der eventuell erforderlich werdenden intensiven Therapie-
maßnahmen mit dem Patienten und den Angehörigen klären! Engma-
schige Rücksprache mit dem Zuweiser!

5.3 Verantwortungsbereich für teilnehmende Ärzte / andere Gesundheitsdienstleister

Bei Änderung des Zustandes der Patientin oder des Patienten Rücksprache mit dem teilnehmenden Arzt über Medikation und andere Maßnahmen.

Sollte der Bedarf über dem von den PE angebotenen Interventionsumfang liegen, sollte mit dem Hausarzt beraten werden (Physiotherapie, Ergotherapie, psychotherapeutische Behandlung, Betreuung), sofern dies nicht schon in die Wege geleitet wurde.

Im Falle von fehlenden Hilfsmitteln wie etwa eines Rollators, Sitzerrhöhungen oder Haltegriffen muss mit der Krankenkasse und/oder Sanitätshäusern Kontakt aufgenommen werden.

6 Ressourcen der Patientinnen und Patienten

- Information: die Patientinnen und Patienten sind und/oder ihre Angehörigen/Pflegenden sind über die Notwendigkeit der Maßnahmen informiert
- Verstehen: die Patientinnen und Patienten und evtl. ihre Angehörigen/Pflegenden verstehen die Notwendigkeit der Maßnahmen

- Motivation: die Patientinnen und Patienten müssen motiviert sein, die Interventionen nach Absprache durchzuführen
- Fertigkeit: die Patientinnen und Patienten können die Interventionen nach der Einweisung ohne Beisein der PE, evtl. mit Hilfe von Angehörigen, durchführen
- Fortschritt: die Patientinnen und Patienten können mit Hilfe der Interventionen ihre Lebensqualität erhalten oder gar verbessern

7 Spezifische Evaluationsmaßnahmen

- Vitalparameter RR, Puls und spO₂ (EKG bei Bedarf) sind bei jedem Besuch zu erfassen, ebenso Atmung, Atmungsgeräusch, Hautfarbe (Zyanose), Husten und Auswurf
- Evaluation der Interventionen findet bei jedem Kontakt bedarfsorientiert statt
 - Umsetzung der Interventionsmaßnahmen durch die Patientinnen und Patienten und Angehörige
 - Adhärenz
 - Motivation
 - Dokumentation
- Individueller Bedarf, Vermögen und Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten stehen im Vordergrund. Daher wirken sich Motivation, Unwohlsein, Beschwerden, Schmerzen, Angst sowie Unsicherheit auf die Interventionsplanung aus:
 - Gespräche nach Bedarf
 - Anpassung der Interventionen an das aktuelle Befinden durch Modifikation oder Austausch mit anderen Maßnahmen
 - Dokumentation
- Ein spezieller, von den Patientinnen und Patienten geführter Beschwerdekalendarer kann Aufschluss über eine notwendige Änderung von

Gewohnheiten oder auch Interventionen geben

➤ Dokumentation

8 Dokumentation

Die Dokumentation wird wie in der PB P21.4 Dokumentation in der ePA beschrieben, durchgeführt.

9 Quellen

Herold, Gerd (2020) III Pneumologie. In: Innere Medizin 2020

Vogelmeier C et al. Leitlinie zur Diagnostik...Pneumologie 2018; 72: 253–30

Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD), herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und der Deutschen Atemwegliga e.V., unter Beteiligung der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie

https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/2018-COPD_Pneumologie.pdf

Hauser, Thomas, Pneumologie für die Praxis, Akute und chronische Atemwegserkrankungen mit Besonderheiten im fortschreitenden Alter, 1. Auflage 2018. München: Elsevier GmbH Deutschland

File:///C:/Users/anika/AppData/Local/Temp/34%20Ernaehrung%

20bei%20COPD%

202013.pdf Informationsblatt der Deutschen Atemliga e.V., Ernährung bei COPD

Pflegeexperten-Center
Projekt *HandinHand*
Marienhaus Holding GmbH
Projektleiter: Prof. Dr. med. G. Lauven
PEC-Leitung: S. Doppelfeld, MA

Gültig ab:
Revisionsstufe:
Seite 20 von 20 Seiten
Ersteller: A. Reicherz
Geprüft und Freigegeben:



Inhalt

1 Vorbemerkungen	2
2 Kompetenz der PE	3
3 Zielsetzung	8
4 Befunderhebung / Informationssammlung	10
5 Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagement	10
5.1 Aufgabenfelder der PE	10
5.2 Edukationsfelder der PE	11
5.3 Verantwortungsbereich für Zuweiser/ andere Gesundheitsdienstleister	12
6 Ressourcen des Patienten	13
7 Spezifische Evaluationsmaßnahmen	13
8 Dokumentation	14
9 Quellen	14

1 Vorbemerkungen

Die Depression wird von der WHO definiert als „eine weit verbreitete psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann. Sie kann über längere Zeit oder wiederkehrend auftreten und die Fähigkeit einer Person zu arbeiten, zu lernen oder einfach zu leben beeinträchtigen.“

Die Jahresinzidenz bei Depressionen, also die Anzahl neuer Erkrankungen im Jahr, liegt bei 100 Personen.

Die Lebenszeitprävalenz liegt national und international bei 16-20%

Laut einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), bei der die Selbstauskunft der Teilnehmenden ausgewertet wurden, leiden aktuell 8,1% der 18-70 Jährigen unter depressiver Symptomatik.

Die Anzahl der Betroffenen in Deutschland, die im Zeitraum von 12 Monaten an einer unipolaren Depression erkrankten, liegt bei ca. 6,2 Millionen Menschen.

Es gibt viele verschiedene Formen von Depressionen, die unter der ICD-10-Klassifikation affektiver Störungen zusammengefasst werden. Diese SOP beschäftigt sich hauptsächlich mit der unipolaren Depression.(AWMF- Leitlinie)

Die unipolare Depression, oder auch monophasische Depression genannt, ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen. Sie ist gekennzeichnet durch einen Verlauf mit rein depressiven Episoden, anders wie bei der bipolaren Depression, die depressive und manische Episoden aufweisen kann.

2 Kompetenz der PE

2.1 Wer interveniert mit welchem Kompetenzumfang:

Die Erfassung des Zustandes des Patienten wird durch die PE beim Erstkontakt in vollem Umfang systematisch durchgeführt und orientiert sich parallel zu den implementierten Aufnahmebögen des PEC an der Diagnose und bisherigen Behandlung des teilnehmenden Arztes. Sind die im Patienteninterview und der Ersterfassung gestellten Fragen bezüglich des Befindens der Patientin oder des Patienten, wird der tiefer gehende Fragenbogen für die Depressionsdiagnostik abgefragt. Bei jedem weiteren Kontakt erfolgt eine Evaluation über mögliche Veränderungen.

2.2 Wissen

Die/der PE verfügt über

- ➔ Wissen über die pathophysiologischen Vorgänge bei einer Depression
- ➔ die Kenntnis der Schweregradeinteilung der Depressionen (nach ICD-10[F32- F33])(leicht/mittelgradig/schwer/schwer mit psychotischer Symptomatik)
- ➔ Kenntnisse der aktuellen medizinischen Leitlinien bezüglich Unipolarer Depressionen (S3-Leitlinie)
- ➔ grundsätzliche Kenntnis über die Symptomatik der unipolaren Depression:
 - Hauptsymptome:
 - depressive gedrückte Stimmung
 - Interessenverlust, Freudlosigkeit
 - Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbar-

keit (auch bei kleinen Anstrengungen)

- Aktivitätseinschränkungen

➤ Zusatzsymptome:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit
- Negative, pessimistische Zukunftsperspektiven
- erfolgte Selbstverletzung
- Suizidgedanken oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit
- Muskelverspannungen und daraus resultierende Beschwerden

➤ Somatisches Syndrom(bei leichten/mittelgradigen depressiven Episoden, bei schweren depressiven Episoden schon in Diagnose mit einbegriffen)

- Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
- Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
- Fröhliches Erwachen (2 oder mehr Stunden vorher)
- Morgentief
- Objektiver Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
- Deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust (häufig mehr als 5% des Körpergewichts)

- Deutlicher Libidoverlust
- ➔ Kenntnisse über die Risikofaktoren einer Depression:
- Frühere Depressive Episoden
 - Familiäre Prädisposition
 - Komorbide somatische Erkrankungen
 - Komorbider Substanzmissbrauch
 - Aktuell belastende Lebensereignisse
 - Mangelnde soziale Unterstützung
 - Soziale Isolation
- ➔ Kenntnisse über Interventionsstrategien zur Vermeidung von Verschlechterung der Erkrankung
- Sport und Bewegung
 - Kreative Aktivitäten
 - Soziale Kontakte
 - Selbsthilfegruppen
 - Aktive Teilnahme an Therapie
- ➔ Wissen bezüglich des Zusammenhangs zwischen den Symptomen und dem Fortschreiten einer unipolaren Depression sowie Komorbiditäten, insbesondere:
- Angst- und Panikerkrankungen
 - Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
 - Persönlichkeitsstörungen, vor allem narzisstische histrionische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen
 - Zwangsstörungen
 - Essstörungen
- ➔ die Fähigkeit, stets das Patientenalter und die Biographie und die Lebensumstände der Patientin oder des Patienten in die Beurteilung der Situation miteinzubeziehen, da diese Faktoren auch begünstigend auf eine Depression auswirken können.

2.3 Können:

Die/der PE kann

- ➔ im Falle einer Verschlechterung und/oder einer drohenden Eigen-/Fremdgefährdung unverzüglich die notwendigen Schritte zur Versorgung des Patienten einleiten
- ➔ den Patientinnen und Patienten und deren Angehörige über die Gefahren und Symptome einer schweren Depression, Suizidrisiko, sowie die Dringlichkeit einer sofortigen Intervention informieren
- ➔ Kenntnisse über die drei Phasen einer Therapie von Depressionen:
 - Akuttherapie
 - Erhaltungstherapie (4-9 Monate)
 - Rezidiv Prophylaxe (> 1 Jahr)
- ➔ Informationen über die ggf. notwendige Medikation geben:
 - Trizyklische Antidepressiva (z.B. Amitriptylin)
 - Tetrazyklische Antidepressiva (z.B. Maprotilin)
 - Monoaminoxidase-Hemmer (z.B. Moclobemid)
 - Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) (z.B. Citalopram)
 - Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) (z.B. Reboxetin)
 - Duale Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (z.B. Duloxetin)
 - Alpha2-Antagonisten (z.B. Mirtzapin)
 - Duale Serotonin-2a-Antagonisten und Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (z.B. Trazodon)

- Substanzen mit anderem Wirkmechanismus (z.B. Trimipramin)
 - Pflanzliche Präparate (z.B. Johanniskraut)
- ➔ Beratung der Patientinnen und Patienten zur Selbsthilfe/ zu ersten Schritten, die sie selbst tun können:
- Der wichtigste Schritt: Gang in ärztliche oder psychotherapeutische Praxis
 - Behandlung mit Geduld beginnen, da die Behandlung Zeit braucht um Erfolge zu zeigen (mindestens 2 bis 4 Wochen)
 - Sport und Bewegung wirken unterstützend zur Behandlung (z.B. Spaziergänge, Fahrradfahren, frische Luft)
 - Kleine Erreichbare Ziele stecken
 - Kleinere Aktivitäten z.B. Verabredungen, Unternehmungen oder Telefonate mit Familie/Freunden/Bekannten können neben der Behandlung aus einer Depression helfen
 - Wochenplan mit Aktivitäten schreiben
 - Mit anderen Betroffenen austauschen, ggf. Selbsthilfegruppen aufsuchen
- ➔ auf die speziellen Wünsche, Bedürfnisse und Ängste des Patienten oder der Patientin eingehen
- ➔ die kognitiven Fähigkeiten des Patienten oder der Patientinnen bei der Maßnahmenplanung beachten
- ➔ den Patienten oder die Patientinnen motivieren, seine Möglichkeiten zu nutzen, indem auch über positive Geschehnisse und Erfahrungen gesprochen wird

2.4 Einstellungen der PE

Die/der PE kann

- die Depression als einen massiven Einschnitt in das Leben der Patientinnen und Patienten und als existentielle Bedrohung für die bisherige Alltagsgestaltung anerkennen
- Verzweiflung und vielleicht auch Zorn von Seiten der Patientinnen und Patienten aushalten
- durch gezielte Gesprächsführung mit der Patientin oder Patienten zur Akzeptanz der Erkrankung hinarbeiten
- das Augenmerk der Patientinnen und Patienten auf die positiven Seiten des Lebens lenken, wie z.B. Kinder, Enkel, Freunde, Natur, Hobbys, um Motivation und Adhärenz zu steigern
- Adressen von Selbsthilfegruppen, Internetforen oder Selbsthilfeprogrammen im Internet (z.B. moodgym) aushändigen

2.5 Einstellungen Patient

Es gilt, den Patienten mit seinem persönlichen, eventuell durch seine Kultur (dörfliches oder städtisches Leben, Familiensituation, Beruf, Bildungsgrad, Migration) geprägten Krankheitserleben und das Maß seiner Bedürfnisse ernst zu nehmen. Alle Maßnahmen sind dem Patienten individuell anzupassen und Grenzen zu akzeptieren.

3 Zielsetzung

Das generelle Ziel der Versorgung von Menschen mit Depressionen ist die physische und psychische Stabilisierung des Patienten in seiner Situation durch adäquate Erhebung

- des Krankheitsgrades (Diagnostik durch teilnehmenden Arzt)

- des Pflegezustandes und Versorgungsumfang
- der Wohnsituation und Lebensumfeld

mittels im PEC implementierten Assessments und den Unterlagen der teilnehmenden Ärzte

Wesentliche Motive sind dabei:

- ➔ die Aufrechterhaltung und, wenn möglich, Verbesserung der Lebensqualität
- ➔ Motivation und Steigerung der Adhärenz des Patienten
- ➔ Wahrnehmung von Therapieangeboten
- ➔ die korrekte Einnahme von Medikamenten
- ➔ eine Verschlechterung zu vermeiden bzw. möglichst früh zu erkennen
- ➔ wiederholte Klinikaufnahmen zu verhindern
- ➔ Verbesserung der Prognose
- ➔ Mortalität, insbesondere durch Suizid zu verringern
- ➔ Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Spezifische Ziele, welche die Depression betreffen, bestehen aus

- der Information des Patienten über Symptome, Stadium und Charakter seiner Erkrankung durch Gespräche und geeignete Medien wie Broschüren oder Hinweise auf Internetseiten
- psychosoziale Leistungsfähigkeit und Teilhabe wiederherzustellen
- seelisches Gleichgewicht wieder zu erreichen
- Heranführen des Patienten an Interventionsstrategien zur Vermeidung von Rezidiven durch
 - angepassten Lebenswandel
 - ausgewogene Ernährung
 - Einschränkung des Alkoholkonsums unter das empfohlene

Mindestmaß

- Anregung des Patienten zu körperlicher Aktivität in dem ihm möglichen Maß
- Notwendigkeit der Behandlung von Komorbiditäten

4 Befunderhebung / Informationssammlung

Aufnahme gemäß dem implementierten Aufnahmebogen in der ePA:

1. Befragung des Patienten über
 - a. Wohlbefinden
 - b. Krankheitserleben bezüglich Auseinandersetzung mit der Erkrankung, Symptomatik, Einschränkungen im Alltag
 - c. Motivation/ Adhärenz
2. Aufnahme der aktuellen Medikation (Anordnung teilnehmenden Arzt/Facharzt)
3. Ermittlung der Selbstständigkeit und Befinden mittels FIM, SMASc, Depressionsfragebogen
4. Befragung der Angehörigen und Pflegenden bzgl. o.g. Aspekte
5. Beobachtung des Patienten hinsichtlich seiner Bewegungsabläufe, Körperhaltung, Körperspannung, Verhaltensweisen, Stimmungen

5 Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements

5.1 Aufgabenfelder der PE

1. Auswertung der Befunderhebung und Informationssammlung wie unter **4** beschrieben
2. Erstellung einer gezielten individuellen Beratungs- und Schulungsplans.
3. Durchführung von gezielten Edukationen und Gesprächen zu den Aspekten der Erkrankung, die für den Patienten generell oder situa-

tionsbezogen von Bedeutung sind.

4. Die zeitliche Planung für das Erstgespräch sollte auf ca. 15 Minuten, maximal 20 Minuten begrenzt werden, um den Patienten nicht zu überfordern und die Motivation zu nehmen, ihm aber auch Raum zu verschaffen.
5. Bei Folgekontakten sollte eine Evaluation stattfinden und ggf. max. 10 Minuten zur Beratung genutzt werden. Bei erhöhtem Beratungsbedarf sollte dieser im Vorfeld eingeplant werden.
6. Der Patient sollte im Anschluss an die Gespräche
 - ➔ über ein erweitertes Hintergrundwissen bezüglich seiner Krankheit verfügen
 - ➔ in der Lage sein, eine Verschlechterung der Depression frühzeitig erkennen
 - ➔ mit Symptomen und Komorbiditäten umgehen können
 - ➔ Sicherheit im Medikamentenmanagement erlangen
 - ➔ über eine angepasste Lebensweise und Ernährung informiert sein

5.2 Edukationsfelder der PE

Erkrankung (in einem für Laien verständlichen Rahmen):

- Einblicke in das Krankheitsbild Depression
- Symptomatik
- Gefahren und Anzeichen einer Verschlechterung der Depression/Suizidalität
- Erstellung eines Notfallplans (Packen einer Notfalltasche, Kontaktdaten)

Komorbiditäten:

- Komorbiditäten sind häufig und sollten daher im Gespräch Beachtung finden
- Therapie der Komorbiditäten nach Leitlinien der Fachgesellschaften, wie bei Patienten ohne Depression
- Angst- und Panikerkrankungen
- Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
- Persönlichkeitsstörungen, vor allem narzisstische histrionische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen
- Zwangsstörungen
- Essstörungen

Lebensführung:

- Aufklärung über Wichtigkeit und Effektivität einer angepassten Lebensweise
- für gute Belüftung in den Wohnräumen sorgen
- ausreichend Tageslicht (auch hinsichtlich einem Vit. D Mangels)
- ausgeglichener Biorhythmus
- Führung eines Aktivitäten Planes
- Integration von Bewegung und Sport soweit möglich

5.3 Verantwortungsbereich für teilnehmende Ärzte/ andere Gesundheitsdienstleister

Bei Änderung des Zustandes des Patienten Rücksprache mit dem teilnehmenden Arzt über Medikation und andere Maßnahmen.

Sollte der Bedarf über dem von den PE angebotenen Interventionsumfang liegen, sollte mit dem Hausarzt beraten werden (psychotherapeutische Behandlung, Betreuung), sofern dies nicht schon in die Wege geleitet wurde.

6 Ressourcen des Patienten

- Information: der Patient ist und/oder seine Angehörigen/Pflegenden sind über die Notwendigkeit der Maßnahmen informiert
- Verstehen: der Patient und evtl. seine Angehörigen/Pflegenden verstehen die Notwendigkeit der Maßnahmen
- Motivation: der Patient muss motiviert sein, die Interventionen nach Absprache durchzuführen
- Fertigkeit: der Patient kann die Interventionen nach der Einweisung ohne Beisein der PE, evtl. mit Hilfe von Angehörigen, durchführen
- Fortschritt: der Patient kann mit Hilfe der Interventionen seine Lebensqualität erhalten oder gar verbessern

7 Spezifische Evaluationsmaßnahmen

- Evaluation durch Befragung mit dem Depressionsfragebogen
- Evaluation der Interventionen findet bei jedem Kontakt bedarfsorientiert statt
 - Umsetzung der Interventionsmaßnahmen durch den Patienten und/Angehörige
 - Adhärenz
 - Motivation
 - Dokumentation
- Individueller Bedarf, Vermögen und Wohlbefinden des Patienten stehen im Vordergrund. Daher wirken sich Motivation, Unwohlsein, Beschwerden, Schmerzen, Angst sowie Unsicherheit auf die Interventionsplanung aus:
 - Gespräche nach Bedarf

- Anpassung der Interventionen an das aktuelle Befinden durch Modifikation oder Austausch mit anderen Maßnahmen
 - Dokumentation
- Ein spezieller, von der Patientin oder dem Patienten geführter Beschwerde-/Stimmungskalender kann Aufschluss über eine notwendige Änderung von Gewohnheiten oder auch Interventionen geben
 - Dokumentation

8 Dokumentation

Die Dokumentation wird wie in der VA P22.1 beschrieben, durchgeführt.

9 Quellen

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 DOI: 10.6101/AZQ/000366. www.depression.versorgungsleitlinien.de. Online unter:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005k_Unipolare_Depression-2018-02.pdf (zuletzt abgerufen am 25.02.2020)

AWMF- Patienteninformation unipolare Depression. Online unter:

https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-005ki1_Unipolare_Depression-2019-01.pdf

(zuletzt abgerufen am: 25.02.2020)

AWMF-Patientenleitlinie(2017) Unipolare Depression Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie 2. Auflage, Version 2. Online

unter:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005p_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf

(zuletzt abgerufen am: 25.02.2020)

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression/verlaufsformen>

Weltgesundheitsorganisation Europa. Definition Depression. Online unter:

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

(zuletzt abgerufen am: 25.02.2020)

Huber, D.; Klug, G. (2012) Psychodynamische Therapie der Depression.
In: Thieme E-journals Psychiatrie und Psychotherapie up2date 6.Thieme
Verlag. Online unter:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0031-1277006.pdf> (zuletzt abgerufen am: 25.02.2020)



Inhalt

1 Vorbemerkungen 3

2 Kompetenz der PE..... 4

 2.1 Wissen4

 2.1.1 PE haben Kenntnisse über4

 2.1.2 PE haben Kenntnisse über Interventionen(.).....5

 2.2 Können5

 2.2.1 PE können.....5

 2.2.2 PE können Patienten.....6

 2.3 Einstellungen der PE6

3 Zielsetzung..... 6

 3.1 Allgemeine Ziele bei chronischen Herzerkrankungen6

 3.2 Spezifische Ziele.....7

 3.2.1 Die Patienten haben Kenntnisse über7

 3.2.2 Die Patienten8

4 Befunderhebung / Informationssammlung 8

5 Maßnahmen Selbstmanagement 8

 5.1 Aufgabenfelder für PE.....9

 5.2 Verantwortungsbereich für Zuweiser und anderen Gesundheitsdienstleistern9

 5.2.1 Einleitung von weiterführender Diagnostik9

5.2.2	Therapieänderung	10
5.2.3	Impfungen durchführen / delegieren	10
5.3	Sonstiges.....	10
6	Selbstmanagement der Pat.	10
7	Spezifische Evaluationsmaßnahmen.....	13
8	Dokumentation	14
9	Quellen.....	14
10	Anhänge.....	14
10.1	Curriculum zur Patientenedukation zur Förderung des Selbstmanagements	14
10.2	Patienteninformationsblätter.....	14
10.2.1	KHK – Warum Ernährung und Bewegung wichtig sind.....	14
10.2.2	Herzschwäche – Muss ich auf meine Ernährung achten?	14
10.2.3	KHK – Warum es hilft, aufs Rauchen zu verzichten	14
10.2.4	Herzschwäche – Warum es hilft, aufs Rauchen zu verzichten.....	14
10.2.5	Herzschwäche – Soll ich mein Gewicht regelmäßig kontrollieren?.....	14
10.2.6	KHK – Was Sie oder Ihre Angehörigen im Notfall tun können	14
10.2.7	Herzschwäche – Woran erkenne ich einen Notfall?.....	14
10.3	Kontaktliste von Herzsportgruppen im Kreis Ahrweiler.....	15
10.4	Selbsthilfegruppen für Menschen mit chronischer Herzerkrankung.....	15

1 Vorbemerkungen

Die vorliegende SOP stellt den Handlungsspielraum zur Förderung des Selbstmanagements der Pflegeexperten¹ bei Patienten mit chronischen Herzerkrankungen dar. Diese beinhaltet folgende chronische Herzerkrankungen: Die Koronare Herzkrankheit (KHK) und die Herzinsuffizienz. Diese stellen die häufigsten chronischen Herzerkrankungen dar. Die SOP ist auf der Grundlage der nationalen Versorgungsleitlinie entstanden.²

„Die koronare Herzerkrankung ist die klinisch relevante Manifestation der Artherosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot im Herzmuskel. Eine KHK ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden und manifestiert sich typischerweise als Angina pectoris. Abhängig von Häufigkeit und Intensität ist bei Angina-pectoris-Beschwerden oder Belastungsdyspnoe die Lebensqualität vermindert. Grundsätzlich ist bei der KHK zwischen der chronischen Form und dem akuten Ereignis zu unterscheiden. Unter dem Begriff „Akutes Koronarsyndrom“ (ACS) werden dabei die Episoden der KHK zusammengefasst, die unmittelbar lebensbedrohlich sind; hierzu gehören die instabile Angina, der akute Myokardinfarkt und der plötzliche Herztod“ (Nationale Versorgungsleitlinie chronische KHK, 2019)³.

„Bei der Herzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr in der Lage, den Organismus mit ausreichend Blut und Sauerstoff zu versorgen, um einen stabili-

¹ Im Folgenden mit PE abgekürzt. Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

² Dißmann, R., et al. Nationale Versorgungsleitlinie. Chronische KHK. Langfassung, 2019, 5. Auflage, Version 1 und Schulz, M., et al. Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz Langfassung, 2019, 3. Auflage, Version 1.

³ Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK, 2019, S.12

len Stoffwechsel unter Ruhe- oder Belastungsbedingungen zu gewährleisten“.⁴

Die Wichtigkeit der Beachtung von chronischen Herzerkrankungen wird durch die Betrachtung epidemiologischer Daten deutlich: Herzkreislauferkrankungen verursachen insgesamt etwa 40% aller Sterbefälle. Die chronische KHK und der akute Myokardinfarkt führen die Todesursachenstatistik in Deutschland an. Herzinsuffizienz gehört in Deutschland zu den häufigsten Diagnosen bei vollstationären Patienten.

2 Kompetenz der PE

Auf Grundlage des Krankenpflegegesetzes wird die Pathophysiologie des Herzens vorausgesetzt. Darüber hinaus verfügen die PE über folgende Kompetenzen:

2.1 Wissen

2.1.1 PE haben Kenntnisse über

- den Inhalt der aktuellen Leitlinien der wissenschaftlichen Fachdisziplinen zu den chronischen Herzerkrankungen
- die Auswirkungen der Erkrankung auf die Lebensqualität
- beeinflussbare Risikofaktoren, Zusammenhang zwischen Lebensstil und Krankheit
- Wichtigkeit von körperlicher Aktivität zur Senkung kardiovaskulärer Mortalität und Erhöhung der Lebensqualität
- gesunde Ernährung in Zusammenhang mit der KHK
- Übergewicht in Zusammenhang mit der KHK
- den negativen Einfluss von Alkohol auf die KHK und die täglich empfohlene Höchstmenge
- negativen Einfluss des Tabakkonsums auf KHK
- Wichtigkeit der medikamentösen Therapie
- auftretende Medikamentennebenwirkungen oder Unverträglichkeiten

⁴ Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz, 2019, S. 11

- die Schwierigkeit der chronischen Herzerkrankungen in der häuslichen Situation

2.1.2 PE haben Kenntnisse über Interventionen(,)

- welche die krankheitsbezogene Lebensqualität der Patienten verbessert
- welche die Angina-pectoris-Häufigkeit und Intensität sowie weitere Beschwerden vermindern
- zur Reduktion kardiovaskulärer Morbidität, insbesondere Vermeidung von Myokardinfarkt und Entwicklung einer Herzinsuffizienz
- zur Reduktion von KH-Einweisungen
- zur Reduktion der Sterblichkeit
- welche die Progression der Herzinsuffizienz hemmen
- welche die Symptome der Herzinsuffizienz mildern und die Lebensqualität und soziale Teilhabe der Patienten verbessern bzw. erhalten
- welche die körperliche Belastungsfähigkeit der Patienten erhalten bzw. verbessern
- welche nachteilige Effekte auf die Entstehung bzw. den Verlauf von Komorbiditäten vermeiden oder verringern

Kommentiert [DS1]: Besser nicht mit 2.1.2 gliedern, weil das in den anderen SOP auch nicht so ist. Besser einfach unter dem Begriff Wissen alle Kenntnisse subsumieren, gerne mit Spiegelstrichgliederung hinter den Interventionen

2.2 Können

2.2.1 PE können

- Vermitteln Kenntnisse über die Erkrankung (Ursachen, Symptome, typischer Verlauf)
- den individuellen Beratungsbedarf des Patienten mit chronischen Herzerkrankung unter Beachtung seiner spezifischen Bedürfnisse ermitteln
- interventionsbedürftige Verschlechterung erkennen und entsprechend reagieren, sowie Patienten bzgl. Alarmsymptomen und erforderlichen Handlungsablauf schulen
- die Patienten bzgl. der Auswirkungen der Erkrankung auf die Lebensqualität beraten
- das Selbstmanagement der Patienten stärken, in Bezug auf den Umgang mit Symptomen, die Durchführung ärztlich verordneter Therapien, die Verarbeitung somatischer und psychosozialer Krankheitsfolgen wie auch Verhaltensänderungen in Zusammenhang mit der Erkrankung
- das Adhärenzverhalten der Patienten steigern
- die Einstellung der Patienten zu seiner Therapie und deren Nutzen

Kommentiert [DS2]: Besser hier nicht mit können beginnen sonder mit dem direkten Verb arbeiten s.u.

Kommentiert [DS3]: So meine ich...

positiv beeinflussen

2.2.2 PE können Patienten

- zu aktiver Mitwirkung im Krankheitsprozess motivieren
- bzgl. der Bedeutung eines gesunden Lebensstils für den Therapieerfolg beraten
- zu körperlicher Aktivität beraten
- zu gesunder Ernährung beraten
- mit Herzinsuffizienz zu Salz- und Flüssigkeitskonsum beraten
- bzgl. des Gewichts beraten
- bzgl. des Alkoholkonsums beraten
- bzgl. des Tabakkonsums beraten
- bzgl. der Wichtigkeit der medikamentösen Therapie beraten
- bzgl. der regelmäßigen Kontrolle und Dokumentation von Gewicht, Puls, Blutdruck anleiten
- mit Herzinsuffizienz bzgl. der Wichtigkeit der täglichen Gewichtskontrolle und des sich daraus ableitenden Handlungsbedarfs beraten
- bzgl. Impfeempfehlungen beraten

Kommentiert [DS4]: Hier dasselbe...

2.3 Einstellungen der PE

- Herzerkrankungen als großen Einschnitt in den Lebensalltag und die Lebensqualität der Patienten verstehen
- Herzerkrankungen als Krisensituation für den Patienten und seiner Angehörigen verstehen
- Herzerkrankungen als existenzielle Lebensbedrohung verstehen
- Adhärenz und Selbstmanagement der Patienten als essentiellen Bestandteil des Therapieerfolgs verstehen

3 Zielsetzung

3.1 Allgemeine Ziele bei chronischen Herzerkrankungen

- Reduktion von Krankenhauseinweisungen

Pflegeexperten-Center
Projekt *HandinHand*
Marienhaus Holding GmbH
Projektleiter: Prof. Dr. med. G. Lauven
PEC-Leitung: S. Doppelfeld, MA

Gültig ab:
Revisionsstufe:
Seite 6 von 15 Seiten
Ersteller:
Geprüft und Freigegeben:

- Hemmung der Progression der Erkrankung
- Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität und sozialen Teilhabe
- Intensität und Häufigkeit der Symptome mildern
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität (insbesondere Vermeidung von Myokardinfarkt und Entwicklung einer Herzinsuffizienz bei KHK und Dekompensation bei Herzinsuffizienz)
- Nachteilige Effekte auf die Entstehung bzw. den Verlauf von Komorbiditäten vermeiden oder verringern
- Reduktion der Sterblichkeit

3.2 Spezifische Ziele

3.2.1 Die Patienten haben Kenntnisse über

- ihre Erkrankung (Ursachen, Symptome, typischer Verlauf)
- die Bedeutung eines gesunden Lebensstils für den Therapieerfolg
- beeinflussbare Risikofaktoren sowie den Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und seiner gesundheitlichen Verfassung
- die Wichtigkeit von regelmäßiger körperlicher Aktivität im Alltag zur Senkung kardiovaskulärer Mortalität und Erhöhung der Lebensqualität
- den Zusammenhang zwischen gesunder Ernährung und ihrer chronischen Herzerkrankungen, sowie geeignete und ungeeignete Lebensmittel
- die Empfehlung zu Salz- und Flüssigkeitsrestriktion bei Herzinsuffizienz
- den Zusammenhang zwischen Übergewicht und ihrer chronischen Herzerkrankung. Normalgewichtige und übergewichtige Pat. chron. KHK wissen, dass eine Gewichtszunahme zu vermeiden ist.
- die Wichtigkeit der täglichen Gewichtskontrolle bei Herzinsuffizienz
- den negativen Einfluss von Alkohol und die tägliche Höchstmenge.
- den negativen Einfluss des Tabakkonsums und die Empfehlung, das Rauchen aufzugeben und möglichst auch jede passive Tabakexposition zu vermeiden
- Alarmsymptome und deren Bedeutung, sowie Verhaltensweisen bei akuten Beschwerden und Veränderungen
- Ziele, Effekte und Wichtigkeit der medikamentösen Therapie
- mögliche Nebenwirkungen ihrer Medikament
- krankheitsbedingte Einschränkungen
- die Impfpflicht

3.2.2 Die Patienten

- werden in ihrem Selbstmanagements gestärkt (in Bezug auf den Umgang mit Symptomen, die Durchführung ärztlich verordneter Therapien, die Verarbeitung somatischer und psychosozialer Krankheitsfolgen wie auch Verhaltensänderungen in Zusammenhang mit der Erkrankung)
- stimmen einer Verhaltensänderung bzw. Anpassung des Lebensstils zu
- werden zu aktiver Mitwirkung im Krankheitsprozess motiviert
- erhalten eine Steigerung des Adhärenzverhaltens
- erhalten eine positive Einstellung zu ihrer Therapie und deren möglichen Nutzen
- können Blutdruck und Puls und ggf. Gewicht selbstständig ermitteln, kontrollieren und dokumentieren

4 Befunderhebung / Informationssammlung

Im Rahmen der Erstanamnese werden folgende klinische Parameter in Bezug auf die chronische Herzerkrankung erhoben: RR, Puls, Atemfrequenz, SpO₂, Gewicht, Ödeme, Dyspnoe, Nykturie, Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme und EKG (vgl. *Prozessbeschreibung Versorgungsplan*) Diese Parameter werden durch den Einsatz von Medizinprodukten (vgl. *Prozessbeschreibung Umgang mit Medizinprodukten*), durch Beobachtung und im persönlichen Gespräch mit den Patienten und ggf. Dritter ermittelt. Alle auffälligen klinischen Parameter werden bei allen geplanten und ungeplanten Besuchen kontrolliert und mit den Vorbefunden verglichen.

Des Weiteren beziehen die PE das subjektive Wohlbefunden der Patienten in die Informationssammlung mit ein.

5 Maßnahmen Selbstmanagement

5.1 Aufgabenfelder für PE

- Beraten, Schulen, Anleiten der Patienten (vgl. Anhang Curriculum zur Patientenedukation) zur Förderung des Selbstmanagements
- Vermittlung von Kontakten, z.B. Herzsportgruppen (vgl. Anhang: Herzsportgruppen im Kreis Ahrweiler)
- Aushändigung von Patienteninformationen (vgl. Anhang Patienteninformation)
- Ernährungsstand, sowie Versorgungslücken ermitteln. Angehörige integrieren beim Kochen oder Einkaufen, Essen auf Rädern organisieren
- Ermittlung des BMI im Rahmen der Erstanamnese, bei Bedarf erneute Kontrolle und Verifizieren mit Vorwert
- Rücksprache mit dem zuweisenden Arzt bei Gewichtszunahme (vgl. Anhang Curriculum zur Patientenedukation → Gewichtsmangement -> Herzinsuffizienz) bzgl. Erhöhung der Diuretika und weiterem Vorgehen
- Überprüfung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme durch Beobachtung oder Patientengespräch bei jedem Besuch im Rahmen der Erhebung der klinischen Parameter
- Adhärenzprobleme der medikamentösen Therapie erkennen und Lösungen finden, Rücksprache mit dem zuweisenden Arzt (ggf. Therapieplan modifizieren)
- Angehörige, Sozialstation oder sonstige Dritte zur Medikamentengabe, Kontrolle der Medikamenteneinnahme oder dem Richten der Medikamente integrieren
- Rücksprache mit dem Zuweiser bzgl. einer jährlichen Gripeschutzimpfung und bei Herzinsuffizienz zusätzlich Impfprophylaxe gegen Pneumokokken
- Durchführung von sonstigen Anordnungen des zuweisenden Arztes

5.2 Verantwortungsbereich für Zuweiser und anderen Gesundheitsdienstleistern

5.2.1 Einleitung von weiterführender Diagnostik

- Blutabnahme
- EKG außerhalb der festgelegten Termine
- bei KHK: LZ-EKG, Echokardiographie, Koronarangiographie
- bei Herzinsuffizienz: Röntgen Thorax, Lungenfunktionsuntersuchung, Echokardiographie, LZ-EKG

5.2.2 Therapieänderung

- Anpassung und Optimierung der aktuell Herzmedikation (Diuretika-gabe zur Senkung der Vorlast)
- Trinkmengenbeschränkung festlegen (1,5-2l / Tag)

5.2.3 Impfungen durchführen / delegieren

5.3 Sonstiges

- Selbsthilfegruppen (vgl. Anhang **Selbsthilfegruppen für Menschen mit chronischer Herzerkrankung**)
- Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP)
- Deutsche Herzstiftung (medizinische Beratung, Zeitschriften, usw.)
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., → Herzinsuffizienz-Netzwerke (die nächsten sind in Marburg, Heidelberg, Essen)
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen e. V. (DGPR)

6 Selbstmanagement der Pat.

Das Selbstmanagement der Patienten bildet sich aus den Kategorien Wissen, Können und Einstellung. Die PE erfassen im Einzelgespräch, welchen Stand die Patienten in Bezug auf ihre chronischen Herzerkrankungen haben.

Kategorien	Wissen	Können	Einstellungen
------------	--------	--------	---------------

Erkrankung/ Lebensqualität	Pat. ⁵ kennt seine Herzerkrankung, die Pathophysiologie und die daraus resultierenden Symptome. Pat. weiß um mögliche Komplikationen und Spätfolgen. Pat. kennt Maßnahmen, diese zu verringern und die chronische Herzerkrankung stabil zu halten.	Pat. hat physische und psychische Ressourcen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung.	Pat. ist interessiert an Informationen über seine Herzerkrankung und akzeptiert diese als Teil seines Lebens. Pat. versteht die Notwendigkeit des Selbstmanagements in Bezug auf seine Herzerkrankung.
Bewegung	Pat. kennt die allgemeine Bewegungsempfehlung der Leitlinie und kennt seine körperlichen Grenzen.	Pat. führt unter Beachtung seiner Belastbarkeit körperliche Aktivitäten durch.	Pat. erkennt die Wichtigkeit der Maßnahme.
Ernährung	Pat. kennt die allgemeine Ernährungsempfehlung der Leitlinie. Pat. mit Herzinsuffizienz kennt außerdem die Empfehlungen der Leitlinie zu Salz- und Flüssigkeitsrestriktion.	Pat. hat Zugang zu gesunden Lebensmitteln, die durch ihn selbst oder Dritte zubereitet werden. Pat. hält sich an die Angaben der Leitlinie zu Salz- und Flüssigkeitsrestriktion.	Pat. ist sich über die Wichtigkeit einer gesunden Ernährung bewusst. Er erkennt mögliche persönliche Einschränkungen und nimmt Hilfsangebote an. Pat. mit Herzinsuffizienz akzeptiert die Flüssigkeits-

⁵ Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit sind in dieser Tabelle Patientin und Patient mit Pat. abgekürzt.

			restriktion.
Gewichtsmangement	Pat. kennt sein eigenes Gewicht und dessen Bedeutung in Bezug auf den BMI. Pat. mit Herzinsuffizienz kennt die Empfehlung der täglichen Gewichtskontrolle.	Pat. kann sich selbstständig wiegen oder nimmt Unterstützung durch Dritte an. Es wird ein Gewichtstagebuch geführt.	Pat. erkennt die Wichtigkeit der Maßnahme
Alkoholkonsum	Pat. kennt die Angaben der Leitlinie zum Alkoholkonsum.	Pat. reduziert den Alkoholkonsum selbstständig oder nimmt Hilfe in Anspruch.	Pat. erkennt, dass erhöhter Alkoholkonsum sich negativ auf seine Erkrankungen auswirkt.
Tabakkonsum	Pat. kennt die Angaben der Leitlinie zum Tabakkonsum.	Pat. kennt medikamentöse und nicht-medikamentöse Hilfsangebote zur Rauchentwöhnung.	Pat. zeigt Bereitschaft und Motivation zur Rauchentwöhnung
Medikamentöse Therapie / Medikamenteneinnahme	Pat. kennt seinen Medikamentenplan. Die Wirkungsweise der einzunehmenden Arzneimittel ist dem Pat. bekannt. Er ist sich über die Wichtigkeit der regelmäßigen und konsequenten Einnahme der herzspezifischen Medikamente bewusst.	Pat. nimmt Medikamente wie verordnet selbstständig oder durch Unterstützung/Überwachung durch Dritte ein.	Pat. akzeptiert, dass die Einnahme seiner herzspezifischen Medikamente für den stabilen Verlauf seiner Erkrankung essentiell ist.

Alarmsymptome erkennen	Pat. mit KHK kennt die Verhaltensweise beim Auftreten von Angina-Pectoris-Beschwerden. Pat. mit Herzinsuffizienz kennt Stauungssymptomatik und die Verhaltensweisen.	Pat. erkennt Alarmsymptome und kann die erlernten Verhaltensweisen anwenden.	Pat. ist sich bewusst, dass aus seiner chronischen Herzerkrankung eine lebensbedrohliche Situation entstehen kann, die akuten Handlungsbedarf erfordert.
Vitalzeichenkontrolle	Pat. kennt die Empfehlung der Leitlinie zur Blutdruck- und Pulskontrolle.	Pat. führt die empfohlene Kontrolle selbstständig oder durch Unterstützung Dritter durch. Es wird ein Herztagbuch geführt.	Pat. erkennt die Wichtigkeit der Maßnahme

7 Spezifische Evaluationsmaßnahmen

Bei geplanten und ungeplanten Besuchen wird im Gespräch erfragt, ob die Interventionen des Selbstmanagements, die von der PE eingeleitet wurden, durch den Patienten oder durch Dritte, umgesetzt werden. Hierbei werden die Protokolle/Tagebücher als zusätzliche Kontrollparameter hinzugezogen.

In Abhängigkeit der Adhärenz, der physischen und psychischen Belastbarkeit und des sozialen Umfeldes des Patienten müssen die Interventionen des Selbstmanagements ggf. neu geplant oder modifiziert werden.

Sollten sich durch die Verifikation der Parameter Auffälligkeiten ergeben, hält die PE Rücksprache mit dem Zuweiser über eine mögliche Therapieänderung.

8 Dokumentation

Die Dokumentation wird wie in der VA P22.1 beschrieben, durchgeführt.

9 Quellen

Dißmann, R., et al. Nationale VersorgungsLeitlinie. Chronische KHK. Langfassung, 2019, 5. Auflage, Version 1.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-004I_S3_KHK_2019-04.pdf

(letzter Zugriff: 27.01.2020)

Schulz, M., et al. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz Langfassung, 2019, 3. Auflage, Version 1.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-006I_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2019-10_01.pdf

(letzter Zugriff: 27.01.2020)

10 Anhänge

10.1 Curriculum zur Patientenedukation zur Förderung des Selbstmanagements

10.2 Patienteninformationsblätter

10.2.1 KHK – Warum Ernährung und Bewegung wichtig sind

10.2.2 Herzschwäche – Muss ich auf meine Ernährung achten?

10.2.3 KHK – Warum es hilft, aufs Rauchen zu verzichten

10.2.4 Herzschwäche – Warum es hilft, aufs Rauchen zu verzichten

10.2.5 Herzschwäche – Soll ich mein Gewicht regelmäßig kontrollieren?

10.2.6 KHK – Was Sie oder Ihre Angehörigen im Notfall tun können

10.2.7 Herzschwäche – Woran erkenne ich einen Notfall?

Pflegeexperten-Center
Projekt *HandinHand*
Marienhaus Holding GmbH
Projektleiter: Prof. Dr. med. G. Lauen
PEC-Leitung: S. Doppelfeld, MA

Gültig ab:
Revisionsstufe:
Seite 14 von 15 Seiten
Ersteller:
Geprüft und Freigegeben:

10.3 Kontaktliste von Herzsportgruppen im Kreis Ahrweiler

10.4 Selbsthilfegruppen für Menschen mit chronischer Herzerkrankung



Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen	2
2. Begriffe	2
3. Kompetenz	2
3.1 Wissen	3
3.2 Können	3
3.3 Einstellung	3
4. Zielsetzung	4
4.1 Allgemeine Ziele	4
4.2 Spezifische Ziele	5
5. Befunderhebung und Informationssammlung	5
6. Maßnahmen	7
6.1 Verantwortungsbereich PE: Maßnahmen	7
6.1.1 Verantwortungsbereich PE: Beratungsinhalt	9
6.2 Verantwortungsbereich der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte	12
6.3 Sonstiges	12
7. Evaluation	13
8. Dokumentation	13
9. Mitgeltende Unterlagen/ Dokumente/ Anlagen	13

Quellen

1 Vorbemerkungen

Def. Schmerz: Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung zusammenhängt oder in den Worten einer solchen Schädigung beschrieben wird.¹

Def. Chronischer Schmerz: Plötzlicher oder langsamer Beginn mit jeder Intensität von leicht bis schwer, konstant oder wiederkehrend ohne erwartetes oder vorhersagbares Ende und mit einer Dauer länger als 6 Monate.²

Die SOP ist auf der Grundlage der Expertenstandards für den akuten und den chronischen Schmerz des DNQP und der aktuellen Fassung der AWMF Leitlinie für chron. Schmerz entstanden.

Das Phänomen Schmerz wird dem Symptommanagement zugeordnet, da das Phänomen Schmerz abhängig und unabhängig von Krankheitsbildern vorkommen kann und als Symptom eigenständig behandelt werden muss.

2 Begriffe

Die genutzten Abkürzungen sind im Abkürzungsverzeichnis vermerkt.

3 Kompetenz der PE

Die PE verfügt über Kompetenzen, die nach dem Pflegeberufegesetz erworben wurden. Zudem sind die in den Gliederungspunkten 3.1 bis 3.3 genannten Kompetenzen bekannt und durch eine interne Fortbildung wie-

¹ Vgl. Merskey & Bogduk (1994)

² Vgl. Büscher, A. (2015)

derholt worden. Die Handlungen der PEs sind ausgerichtet an den aktuellen Leitlinien, Expertenstandards und wissenschaftlichen Ergebnissen.

3.1 Wissen

- Schmerzentstehung, -leitung und -verarbeitung, -hemmung
Schmerztheorien und -konzepte [...]
- akuter und chronischer Schmerz, Schmerzkrankheit
- aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse und -
erkenntnisse, [...]
- kulturell-gesellschaftliche, geschlechts-, altersabhängige, psychi-
sche und soziale schmerzbeeinflussende Faktoren
- Schmerzassessments, z.B. Schmerzskaleten für unterschiedliche Al-
tersgruppen, Schmerztagebuch, Schmerzprotokoll
- medikamentöse Schmerztherapie: Hauptmedikamentengruppen,
Wirkungen und Nebenwirkungen, Beobachtung und Überwachung
als pflegerische Aufgabe
- arzneimittelrechtliche Aspekte der Schmerztherapie und des Be-
täubungsmittelgesetzes

3.2 Können

- Assessmentinstrumente für Schmerzen zielgerecht auswählen und
einsetzen
- Zum Einsatz von Schmerzprotokollen und Schmerztagebüchern in-
formieren
- Wirkungen und Nebenwirkungen medikamentöser Schmerzthera-
pien erkennen
- schmerzlindernde Lagerungen und physikalische Maßnahmen in
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen durchführen

3.3 Einstellung

- Schmerz als individuelles Phänomen anerkennen
- Expertise der/ des Betroffenen für das Schmerzempfinden und die Schmerztoleranz ernst nehmen
- Lebensumwelt und -qualität kann durch Schmerz beeinflusst werden³

4 Zielsetzung

Die Dringlichkeit der Beachtung von chronischen Schmerzen wird durch die folgenden epidemiologischen Daten deutlich. Jede fünfte Patientin/Patient, der in hausärztlichen Praxen versorgt wird, leidet unter chronischen Schmerzen. 17% der deutschen Erwachsenen leiden an chronischen Schmerzen.

31,9% der Erwachsenen leiden an meist nicht-spezifischen Rückenschmerzen und 14,2% an Arthrose und Arthritis. In Altenheimen klagen 2/3 der Bewohner seit einem Jahr über Schmerzen, mehr als die Hälfte der Tumorerkrankten leiden unter Dauerschmerz.⁴

Die PE erfassen das individuelle Schmerzerleben und ermitteln die daraus entstehenden Bedürfnisse und Einschränkungen der Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen. Das Handeln der PE richtet sich nach den dargestellten Bedürfnissen und Einschränkungen der Patienten. Ziel ist es die Adhärenz der Patienten zu fördern.

³ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Curriculum_paderborn.pdf (letzter Zugriff: 02.01.2020)

⁴ Vgl. Büscher, A. (2015)

4.1 Allgemeine Ziele

Die übergeordneten Ziele zum Phänomen akuter Schmerz sind Vermeidung der Dekompensation und die Vorbeugung der Chronifizierung. Die übergeordneten Ziele zum Phänomen chronischer Schmerzen sind das Fortschreiten der Chronifizierung und das Vermeiden der Dekompensation.⁵

Für das Arbeitsfeld der PE konnten keine aussagekräftigen epidemiologischen Daten zum akuten Schmerz generiert werden.

4.2 Spezifische Ziele

Spezifische Ziele im körperlichen/funktionellen Bereich

- Anwendung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen zur Schmerzlinderung
- Positioniert sich zur Schmerzlinderung
- Erlernen von Entspannungstechniken zur Schmerzlinderung
- Beteiligung an Interventionen zur Schmerzlinderung
- Einhaltung von der verordneten Therapie
- verbal oder nonverbal zu verstehen, dass der Schmerz erträglich ist
- Anwendung von Entspannungstechniken
- Nutzen von ablenkenden Tätigkeiten
- Verhaltensänderungen in der Lebensweise
- angemessene Anwendung von therapeutischen Maßnahmen

Spezifische Ziele im psychischen Bereich

- Nennung von Methoden, die schmerzlindernd wirken

⁵ Vgl. Büscher, A. (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

- Information über unterschiedliche Möglichkeiten der Schmerztherapie
- psychische Wechselwirkungen mit der Schmerzproblematik ansprechen
- Äußerung zur Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Äußerung des Wunsches nach einer Schmerztherapie
- Spezifische Ziele im sozialen/umgebungsbedingten Bereich
- Angehöriger/Bezugsperson nimmt Schmerzempfindung des Betroffenen ernst
- Angehöriger/Bezugsperson nennt schmerzlindernde Maßnahmen
- Angehöriger/Bezugsperson bietet Unterstützung an
- Erhaltung von Unterstützung aus finanziellen Ansprüchen
- Erhaltung von professionellen Unterstützungsleistungen⁶

5 Befunderhebung und Informationssammlung

Die, durch die PEs angewandten Assessmentinstrumente, sind das VRS- und das BESD-Instrument.

Die VRS wird bei kognitiv nicht-eingeschränkten Patienten durch Befragung ermittelt. Die BESD wird bei kognitiven eingeschränkten Patienten, bspw. Menschen mit Demenz, durch Beobachtung ermittelt.

Die Assessmentinstrumente werden, wie in der folgenden Tabelle ersichtlich, umgesetzt.

Tabelle 1: Assessmentinstrumente Schmerz⁷

⁶ Vgl. Harald et al (2013), S. 536f.

⁷ **QUELLE OFFEN: FRAU SIRSCH?**

VRS-Skala (max. 6)	<ul style="list-style-type: none"> • Ab einem Wert 0-1 kann reagiert werden • Ab einem Wert 2-3 soll reagiert werden • Ab einem Wert 4-6 muss reagiert werden
BESD (max. 10)	<ul style="list-style-type: none"> • Ab einem Wert von 0 erhöhte Aufmerksamkeit • ab einem Wert von 2 soll reagiert werden • ab einem Wert von 3 muss reagiert werden

Zusätzlich werden klinische Parameter (RR, Puls, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung), die für die Schmerzerkennung relevant sind, erhoben, sowie eine individuelle schmerzspezifische Krankenbeobachtung (betreffendes Areal des Schmerzes, Hautzustand) durchgeführt und im Zusammenhang mit den Schmerzassessments und den Vordiagnosen ausgewertet.

Dies geschieht gemäß dem Versorgungsplan bei den monatlichen Folgebesuchen und zusätzlich bei den ungeplanten Besuchen.

(VA Versorgungsplan; VA teilnehmende Ärztinnen und Ärzte)

6 Maßnahmen

6.1 Verantwortungsbereich PE: Maßnahmen

Die beschriebenen Maßnahmen sind abhängig von der Art des Schmerzes und der Adhärenz der Patienten. Das Symptommanagement der Pat. bildet sich aus den Kategorien Wissen, Können und Einstellungen. Im direkten Gespräch mit den Patienten wird der Bedarf der Patientinnen/ des Patienten erfasst und in der Maßnahmenplanung berücksichtigt.

Änderungen in der Prozessplanung sind in der Dokumentation zu vermer-

ken. (PB Dokumentation in der ePA)

Änderungen der Medikation sind in Absprache mit der teilnehmenden Ärztin/ dem teilnehmenden Arzt zu treffen und in der Dokumentation zu vermerken. (PB21-6 Umgang mit Medikamenten)

Pflegemaßnahmen im körperlichen/ funktionellen Bereich

- Evaluieren der Intensität laut Schmerzskala
- Beschreibung der Schmerzqualität
- Anleiten, ein Schmerzprotokoll/- Tagebuch zu führen
- Unterstützen beim Führen des Schmerzprotokolls
- Unterstützen bei der Selbstverabreichung von Medikamenten
- Anleiten zur Durchführung wohltuender Maßnahmen (Entspannungsmassage, ätherische Öle)
- Sorgen für eine wohltuende Körperposition
- Anwenden von Pflorgetechniken/ -methoden (z.B. atemstimulierende Einreibung)
- Unterstützen beim Erlernen von Atemtechniken
- Anbieten von Entspannungsübungen (z. B. autogenes Training)
- Ablenkende Beschäftigung anbieten
- Anleiten zu schmerzreduzierendem Verhalten (z.B. Gegendruck auf die Operationswunde beim Husten)
- Unterstützen zur Entlastungs- / Entspannungpositionierung
- Anleiten zur physikalischen Therapie (Kälte/ Wärme)
- Anleiten zu aktivierenden Maßnahmen (Bewegungsübungen)

Pflegemaßnahmen im psychischen Bereich

- Akzeptieren der Schmerzaussagen (Schmerz ist ein subjektives Empfinden und kann nicht von anderen nachempfunden werden)
- Ermutigen zu positivem Denken

- Motivieren, sich bei auftretenden Schmerzen sofort zu melden
- Informieren über zu erwartende Schmerzen bei der Behandlung, um die Ungewissheit und die damit verbundene Muskelverspannung zu reduzieren
- Informieren über Unterstützungsangebote (z. B. Selbsthilfegruppen)
- Beraten über physiologische Auswirkungen von Anspannung / Angst und wie diese den Schmerz beeinflussen können
- Gespräche anbieten(spezifizieren)

Pflegemaßnahmen im sozialen/ umgebungsbedingten Bereich

- Sorgen für eine ruhige entspannende Umgebung
- Besprechen von alternativen Methoden zur Schmerzkontrolle im multiprofessionellen Team (z. B. Visualisierung, geführtes Bilderleben, Entspannungstechniken, progressive Muskelentspannung, Biofeedback, Massage, Klangschalenthherapie)
- Ermutigen der Bezugspersonen, Pflege Techniken zu erlernen
- Informieren der Bezugspersonen, wie sie Unterstützung geben kann, um schmerzauslösende Faktoren zu vermeiden)⁸

6.1.1 Verantwortungsbereich PE: Beratungsinhalt

Tabelle 2: Beratungsinhalt

Beratungsinhalte	Wissen	Können	Einstellungen
Schmerztagebuch	Das Konzept Schmerztagebuch ist bekannt	Das Schmerztagebuch kann selbstständig	Erkennen der Sinnhaftigkeit des Schmerztagebuch-

⁸ Vgl. Harald et al (2013), S, 536; Becker et al (2013)

Beratungsinhalte	Wissen	Können	Einstellungen
		geführt werden (mehrmals am Tag)	ches
Entspannungstechniken	Patientin/ Patient weiß, welche Entspannungstechnik Schmerzlinderung bewirkt	Patientin/ Patient kennt Entspannungstechniken	Patientin/ Patient erkennt den Nutzen von Entspannungstechniken
Massagen	Patientin/ Patient kennt die Möglichkeit der verordneten Massagen	Patientin/ Patient hat die Möglichkeit verordnete Massagen zu nutzen (Termineinhaltung, Verordnung)	Patientin/ Patient erkennt den Nutzen der verordneten Massagen an

Beratungsinhalte	Wissen	Können	Einstellungen
Medikamentöse Therapie	<p>Patientin/ Patient kennt den Medikamentenplan.</p> <p>Wirkungsweise der einzunehmenden Arzneimittel ist bekannt</p> <p>Wichtigkeit der regelmäßigen und verordnungsgemäßen Einnahme der Medikamente ist bewusst</p> <p>Die wichtigsten Nebenwirkungen sind bekannt</p>	<p>Patientin/ Patient nimmt die Medikamente wie verordnet selbstständig oder mithilfe von dritten ein</p>	<p>Patientin/ Patient erkennt, dass die Einnahme seiner schmerzspezifischen Medikamente für das Gelingen des Schmerzmanagements essentiell ist.</p> <p>Patientin/ Patient erkennt die Gefahr des Medikamentenmissbrauchs an.</p>

Beratungsinhalte	Wissen	Können	Einstellungen
Psychische Ressourcen	Strategien zur Stärkung der Psyche (Nutzung von Selbsthilfegruppen, Motivation, ggf. Therapie) sind bekannt Psychische Dekompensationsanzeichen sind bekannt	Möglichkeiten die Strategien umzusetzen sind vorhanden Veränderung der Stimmung werden wahrgenommen und adäquate Reaktion erfolgt. Patientin/ Patient informiert den Ansprechpartner (behandelnde Ärztin/ Arzt, PE, Angehörige)	Patientin/ Patient erkennt Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit von Strategien zur Stärkung der Psyche und nimmt ggf. Unterstützungsangebote an.

6.2 Verantwortungsbereich der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

In Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten kann der PE den Patientinnen/ Patienten weitere Maßnahmen und ggf. Therapieänderungen vorschlagen.

Beratungsinhalte/ mögliche Schnittpunkte:

- Medikamentenanpassung
- Opioid Einnahme

- Verkehrstüchtigkeit
- Ausstellung von Verordnungen
- Alternative Behandlungsmethoden

Die Verordnung, Änderung und Absetzung der Medikation obliegt den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten und sind den PEs mitzuteilen.

6.3 Sonstiges

Die PE kann, sofern von den Patienten gewünscht, Kontakte (z. B. Selbsthilfegruppen) weiterleiten.

Tabelle 3: Kontakte

Schmerztelefon	06920019019, Mo, Mi, Fr 9-11Uhr
Schmerzgruppe Köln	01637838349 E-Mail: info(at)schmerzgruppe-koeln.de Treffpunkt auf Anfrage, 1. Mittwoch im Monat
Broschüren der deutschen Schmerzliga	https://schmerzliga.de/broschueren/
Schmerztagebuchvorlage	https://schmerzliga.de/wp-content/uploads/2019/05/Schmerztagebuch.pdf

7 Evaluation

Die Umsetzung der Interventionen des Symptommanagements wird bei geplanten und ungeplanten Besuchen durch die PE geprüft. Hierbei wird das Schmerztagebuch als zusätzliches Kontrollparameter hinzugezogen.

In Abhängigkeit der Adhärenz, der physischen und psychischen Belast-

barkeit und des sozialen Umfelds der Patienten müssen die Interventionen und Ziele des Symptommanagements ggf. neu geplant oder modifiziert werden.

Sollten sich durch die Verifikation der Parameter Auffälligkeiten ergeben, hält die PE Rücksprache mit den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten über eine mögliche Therapieanpassung. Zu diesen Parametern zählen, klinische Parameter (RR, Puls, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung), die für die Schmerzerkennung relevant sind, sowie die individuelle schmerzspezifische Krankenbeobachtung (betreffendes Areal des Schmerzes, Hautzustand), die Schmerzassessments und die Vordiagnosen.

8 Dokumentation

Die Dokumentation wird wie in der VA P22.1 beschrieben, durchgeführt.

9 Mitgeltende Unterlagen/ Dokumente/ Anlagen

PB Evaluation

PB Versorgungsplan

Quellen

Becker, A. et al. (09/2013 in Aktualisierung) – AWMF Leitlinie: Chronischer Schmerz https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-036l_S1_Chronischer_Schmerz_2013-10-abgelaufen.pdf
(letzter Zugriff: 25.10.2019)

Büscher, Andreas (Hg.) (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement

in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: Hochschule Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege), S. 60- 163

Höfert, R. (2017): Von Fall zu Fall – Pflege im Recht. Rechtsfragen von A-Z. 4. Auflage. Heidelberg: Springer

Merskey, H.; Bogduk, N. (Hg) (1994): Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndroms and definitions of pain terms (2. nd ed.) Seattle, WA: IASP Press.

Stefan, Harald; Allmer, Franz; Schalek, Kurt; Eberl, Josef; Hansmann, Renate; Jedelsky, Elisabeth et al. (2013): POP – Praxis Orientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen. 2. Aufl. 2013. Vienna: Springer. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-7091-1284-7>.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Assessmentinstrumente Schmerz

Tabelle 2: Beratungsinhalt

Tabelle 3: Kontakte



Inhalt

1 Vorbemerkungen	1
2 Kompetenz der PE	3
3 Zielsetzung	3
4 Befunderhebung / Informationssammlung	4
5 Symptommanagement des Pat.	5
6 Maßnahmen Symptommanagement	6
6.1 Aufgabenfelder für PE.....	6
6.2 Verantwortungsbereich für Zuweiser und anderen Gesundheitsdienstleistern	8
6.3 Sonstiges (SHG, Telefonkontakt).....	8
7 Spezifische Evaluationsmaßnahmen	8
8 Dokumentation	9
9 Quellen	9

1 Vorbemerkungen

Definition: Dyspnoe ist ein Begriff für die Beschreibung der subjektiven Wahrnehmung von Atembeschwerden, die sich zusammensetzt aus qualitativ verschiedenen Empfindungen unterschiedlicher Intensität. Die Wahrnehmung hängt ab von Interaktion zwischen verschiedenen physiologischen, psychologischen, sozialen und Umgebungsfaktoren und kann zu

sekundären physiologischen Antworten und Verhaltensänderungen führen.

(<https://www.aerzteblatt.de/archiv/184419>)

Bei der Dyspnoe handelt es sich um ein Symptom, welches bis zu 25% der Patienten im ambulanten Bereich betrifft und desweiteren einen großen differenzialdiagnostischen Umfang mit sich bringt. Das Symptom der Dyspnoe kann Ausdruck einer lebensbedrohlichen Erkrankung sein.

(<https://www.aerzteblatt.de/archiv/184419/Differenzialdiagnose-bei-Luftnot>)

Die Dyspnoe kann spontan auftreten, oder aber sie entwickelt sich über einen längeren Zeitraum.

Desweiteren spricht man auch von einer akuten, oder chronischen Dyspnoe.

Bei der Dyspnoe entsteht häufig ein „circulus vitiosus“, wobei Dyspnoe Angst und diese wiederum die Dyspnoe verstärkt.

(<http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/Sektion%20Pflege%20602%20LLPP%20Dyspnoe%20%28RV%29.pdf>)

Aufgrund von Komorbiditäten, ist die Diagnostik der Dyspnoe eine Herausforderung. Da es sich bei der Dyspnoe, um ein subjektives Gefühl handelt, erschwert sich die Diagnostik nochmals. Umso wichtiger ist es, dass die PE die Betroffenen darin zu schulen, der Dyspnoe weitestgehend entgegenzuwirken. Sie sollen lernen auslösende Faktoren zu vermeiden, sowie sich im Fall der akuten Dyspnoe richtig zu verhalten.

Die SOP basiert auf der Internetrecherche und der Unterrichteseinheit - Einführung in die Atemtherapie-. Sie dient den PE zur Orientierung, um einen roten Faden bei dem Symptommanagement der Dyspnoe zu haben.

2 Kompetenz der PE

- PE können die Atemfrequenz und -tiefe beobachten und beurteilen (Tachypnoe, Bradypnoe, Atemzugvolumen)
- PE können pathologische Atemgeräusche erkennen (Stridor, pfeifend, brodelnd, schnarchend, Rasselgeräusche (feucht/ trocken), giemen, reibend)
- PE können die Bewusstseinslage der Pat. einschätzen (wach?, ansprechbar?, somnolet?)
- PE erkennen ein pathologisches Hautbild (Zyanose, rosig, blass, Ödeme)
- PE können die Situation, sowie den Gesamteindruck des Pat. einschätzen (Stress, Angst, Anstrengung)
- PE kennen den Unterschied zwischen der akuten und der chronischen Dyspnoe
- PE wissen wie sie zu reagieren/ handeln haben, wenn sie einen Pat. mit Dyspnoe antreffen
- PE kennen atemerleichternde Übungen und atemerleichternde Körperhaltungen und wissen diese richtig zu vermitteln und einzusetzen

3 Zielsetzung

- PE erkennen die Ursache von Dyspnoe und wählen entsprechende pflegerische Maßnahmen, um Dyspnoe zu verhindern
- PE kennen die medikamentöse Therapie der Pat. und wissen um deren Wirkungsweisen und Nebenwirkungen und können in Absprache mit dem Arzt entsprechend handeln
- PE wissen um den „Circulus vitiosus“ aus Dyspnoe und Angst und

können diesen durch medizinische- pflegerische Maßnahmen durchbrechen

- PE betreuen die Pat. und (wenn vorhanden und gewollt) Angehörige/ Bezugspersonen und unterweisen diese im Umgang mit der Dyspnoe
- PE vermitteln den Pat. Wissen über atemerleichternde Übungen und Körperhaltungen und leiten sie in der praktischen Umsetzung an
- PE vermitteln den Pat. Wissen darüber, wie sich der Lebensstil der Pat. verändern könnte, damit dieser eine positive Auswirkung auf die Atmung der Pat. hat

4 Befunderhebung / Informationssammlung

Als Assessmentinstrument verwenden die PE die ATS- Skala. Die ATS- Skala wurde von der Stiftung *American Thoracic Society* entwickelt. Die Gesellschaft, welche ihren Sitz in New York hat, gründete sich 1905, um einen Weg zu finden die Tuberkulose zu bekämpfen. Das Ziel der Stiftung heut zu Tage ist es, die globale Gesundheit zu verbessern, indem sie Forschung, Patientenversorgung und öffentliche Gesundheit bei Lungenerkrankungen, kritischen Krankheiten und Schlafstörungen vorantreiben. Insbesondere werden Erkrankungen wie Asthma, COPD, Lungnenkrebs, Sepsis, akute Atemnot und Schlafapnoe beforscht, um einen Weg der Bekämpfung zu finden. (<https://www.thoracic.org>)

Im Rahmen der Erstanamnese werde diverse klinische Parameter erhoben, unter anderem die Dyspnoe. Anhand der ATS- Skala ergibt sich eine Möglichkeit den Status der Dyspnoe zu erheben, desweiteren werden die PE durch Beobachtungen und persönliche Gespräche mit dem Pat. und (falls vorhanden und gewollt) Angehörigen oder Bezugspersonen, sich ein Bild über aktuelle Situation bezüglich der Atmung machen. Der Parameter der Dyspnoe wird sowohl bei jedem Erstbesuch, als auch bei jedem Fol-

gebewehr, sowie bei jedem ungeplanten Besuch erhoben.

CAVE: Da es sich bei der Dyspnoe um ein subjektives Empfinden handelt, ist es von besondere Bedeutsamkeit das die PE den Pat. und sein Empfinden äußerste Aufmerksamkeit schenken.

Amerikanische ATS- Skala

(zur Messung der Belastbarkeit bei Tätigkeiten mit einhergehender Luftnot)

0 = Keine Atemnot: keine Beschwerden beim raschen Gehen in der Ebene, oder bei leichtem Anstieg, außer bei deutlicher körperlicher Anstrengung.

1 = Milde Atemnot: Kurzatmigkeit bei raschen Gehen in der Ebene, oder bei leichtem Anstieg.

2 = Mäßige Atemnot: Kurzatmigkeit. In der Ebene ist der Betroffene langsamer als gleichaltrige Personen, er benötigt Pausen zum Atemholen, selbst wenn er sein eigenes Tempo verfolgt.

3 = Schwere Atemnot: Der Betroffene muss beim Gehen bereits nach einigen Minuten, oder nach etwa 100 Metern im Schritttempo Pausen einlegen.

4 = Sehr schwere Atemnot: Der Betroffene ist zu Kurzatmig, um das Haus zu verlassen, er leidet bereits beim An- und Ausziehen unter Luftnot.

(https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Leitlinie_Atemnot_end.pdf)

5 Symptommanagement des Pat.

- Der Pat. kennt die Risikofaktoren, welche bei ihm die akute Dyspnoe auslösen und weiß diese zu vermeiden.
- Der Pat. kennt die Risikofaktoren, welche eine chronische Dyspnoe

verstärken und weiß diese zu vermeiden, bzw diesen entgegenzuwirken.

- Der Pat. hat Wissen über verschieden Atemübungen, richtiges abhusten, Hilfen zum Husten und atemerleichternde Körperhaltungen und weiß diese richtig anzuwenden, um der Dyspnoe entgegenzuwirken.
- Der Pat. hat Wissen über den negativen Einfluss des Tabakkonsums auf die Atmung und kennt die Möglichkeiten, welche unterstützend wirken in Bezug auf die Rauchentwöhnung.
- Der Pat. hat Wissen über seine Erkrankung und die dazugehörige physischen und psychischen Ressourcen zur Gesundheitsförderung. Der Pat. versteht die Notwendigkeit das Selbstmanagements in Bezug auf seine Erkrankung, welche die Dyspnoe hervorrufen kann.
- Die Angehörigen/ Bezugspersonen haben Wissen über das richtige Verhalten in der akut Situation und können diese Wissen angepasst auf den Pat. und seine Bedürfnisse anwenden/ umsetzen.
- Der Pat. hat Wissen über seine Medikamente, in Bezug auf die Wirkung und Nebenwirkung, die Bedeutsamkeit der Medikamente, die nichteinhaltung der Einnahme und den richtigen Umgang (Dosierraerosol). Der Pat. akzeptiert die Verordnung der Medikamente und nimmt diese regelmäßig, so wie sie verordnet wurden, selbstständig ein.

6 Maßnahmen Symptommanagement

6.1 Aufgabenfelder für PE

Alle Maßnahmen werden als Einzelintervention und je nach Bedarf des Patienten durchgeführt.

- Beratung zur Erkrankung:

- Pathophysiologie und Symptome, sowie mögliche Komplikationen
- Bedeutsamkeit eines an das Krankheitsbild angepassten Lebensstils
- Notwendigkeit des Selbstmanagements
- Anleitung und Schulung für atemerleichternde Übungen und Körperhaltungen:
 - Kleine Schulungseinheiten/ Anleitungseinheiten, damit der Pat. Sicherheit bei der Durchführung der Übungen und Körperhaltungen gewinnt
 - Die PE zeigen den Pat. Möglichkeiten, um die Situation der Dyspnoe zu vermeiden bzw. zu lindern
- Schulung, Beratung und Anleitung zum richtigen Abhusten und Hilfen beim Abhusten:
 - Durch richtige Methoden und Techniken erlernt der Pat. mit Hilfe der PE sich richtig zu verhalten, wenn der Pat. Husten muss, oder nicht richtig abhusten kann
- Medikamentöse Therapie:
 - Die PE leiten die Pat. zum richtigen Umgang mit den Dosieraerosolen an
 - Die PE erklären den Pat. die Bedeutsamkeit der richtigen Einnahme der Medikamente
- Bewegung/ Anstrengung
 - Die PE finden zusammen mit dem Pat. heraus, welche Wegstrecken und welche Belastungen für den Pat. im Rahmen liegen und welche Wegstrecken und Belastungen zu einer Überbelastung führen, welche dann für eine Dyspnoe sorgen
 - Die PE finden zusammen mit dem Pat. Lösungen, um die Intensität der Wegstrecke und der Belastung richtig einzuschätzen
 - Der Pat. kennt die erlernten Körperhaltungen und Atemtechni-

ken, um der Dyspnoe entgegenzuwirken und weiß um die Bedeutsamkeit dieser Techniken

- Impfung
 - In Absprache mit dem verantwortlichen Arzt, wird der Pat. von den PE bezüglich einer jährlichen Gripeschutzimpfung aufgeklärt

6.2 Verantwortungsbereich für Zuweiser und anderen Gesundheitsdienstleistern

- Einleitung von weiterführender Diagnostik
 - Delegation zur Blutabnahme
 - Lungenfunktionstest
 - Röntgen Thorax
- Therapieänderung
 - Anpassung der aktuellen Medikation
 - Delegation zur Gripeschutzimpfung

6.3 Sonstiges (SHG, Telefonkontakt)

Lungensportgruppe:
Turn- und Sportverein Ahrweiler
1898 e.V. BSG
Sabrina Münn
53460 Bad Neuenahr
Postfach 1522
Telefon: 0 26 41 / 9 13 63 43
E-Mail: reha@tus-ahrweiler.de
Web: www.tus-ahrweiler.de

7 Spezifische Evaluationsmaßnahmen

Während jedem Besuch, sowohl geplant, als auch ungeplant, erfragen die PE, ob die Pat. die erlernten Interventionen des Selbstmanagements zum Thema Dyspnoe in den Alltag integrieren können und diese umsetzen. Desweiteren werden auch die Angehörigen, oder die Bezugspersonen

dazu befragt. Sollte es Defizite geben bezüglich des Selbstmanagements, werden die Interventionen evaluiert, um die Problematik herauszufiltern und an die Bedürfnisse des Pat., sowie an die physischen und psychischen Bedingungen neu angepasst.

Sollte es zu einer Verschlechterung der Dyspnoe kommen, welche sich nicht allein durch das Selbstmanagement beheben lässt, so werden die PE Rücksprache mit dem Zuweiser halten und gegebenenfalls kommt es zu einer Änderung der Therapie

8 Dokumentation

Die Dokumentation wird wie in der PB P21.4 Dokumentation in der ePA beschrieben, durchgeführt.

9 Quellen

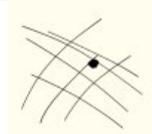
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/184419>

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/184419/Differenzialdiagnose-bei-Luftnot>

<http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/Sektion%20Pflege%20602%20LLPP%20Dyspnoe%20%28RV%29.pdf>

<https://www.thoracic.org>

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Leitlinie_Atemnot_english.pdf

	<p>HandinHand Statusbericht</p>
--	---

Praxis: _____
 Dr. _____

Adresse: _____

HandinHand

Straße: _____
 53474 Bad Neuenahr

Telefon: _____
 Telefax: _____
 Datum: _____

Patient ID: _____
 Patientenname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geschlecht: m w d
 KK.: _____
 KK-ID.: _____
 Anschrift: _____

 Telefon: _____

Betreuung von _____ bis _____

Intervention erforderlich: ja nein

Dringlich: ja nein !

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir berichten über die Behandlung und Betreuung ihres oben genannten Patienten.

Diagnosen:	ICD:
Nebendiagnosen:	ICD:

Anamnese:

Datum	RR	Temp.	Gewicht	Puls	Ödeme	SPO2	AF	EKG	Peristaltik

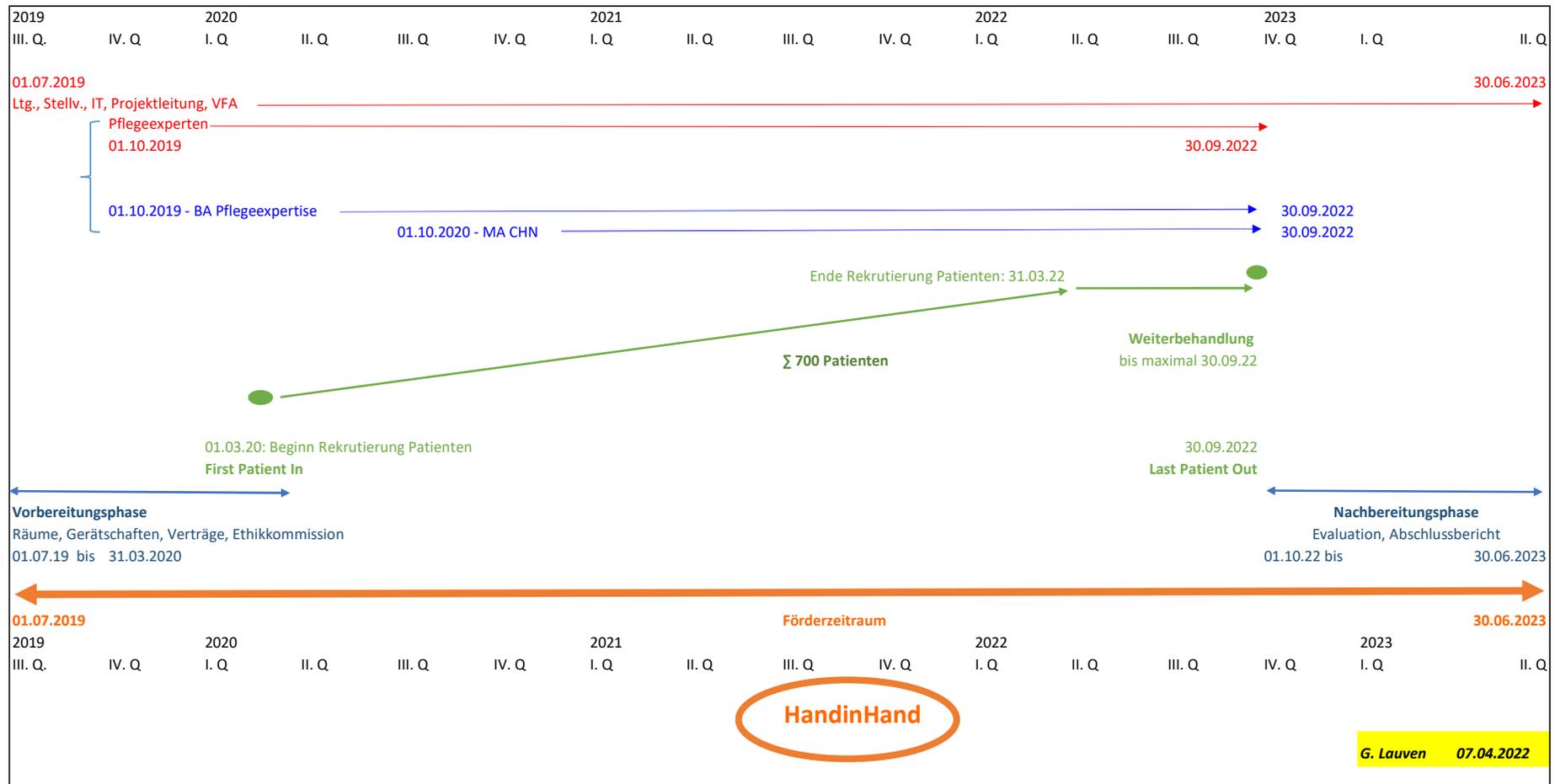
Körperlicher Untersuchungsbefund:

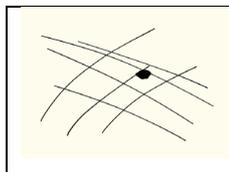
Art:	Score:	Ersterhebung:	Kontrollerhebung:
Schmerzen (NRS):			
Schmerzen (BEDS):			
Barthel:			
FIM:			
Bemerkungen:			
letzte Freitexteinträge:			

Formular- Name:	Erstellt:	
Version: 1	Stand: 6.7.2019	Freigegeben:

Anlage 33: Projektta Ablaufplan

Projektta Ablaufplan HandinHand 220407





HandinHand – Konzept Öffentlichkeitsarbeit

G. Lauen, Erstversion 18.09.2019, Überarbeitung 19.02.2020

Inhalt

1. Freigabe
2. Begründung
3. Ziele der Öffentlichkeitsarbeit
4. Verankerung der Öffentlichkeitsarbeit
5. Aktivitäten

1. Freigabe

Mit Beschluss der PEC-Steuerungsgruppe vom 10.09.2019 und Zustimmung des Leiters Unternehmenskommunikation am 16.09.2019 ist dieses Konzept für den MHUG-internen Gebrauch freigegeben. Detailabstimmungen MHUG-intern und / oder mit den Konsortial- bzw. weiteren Projektpartnern bleiben vorbehalten.

Das Konzept wird ca. halbjährlich überprüft und bedarfsweise an neue Gegebenheiten angepasst. Die erste Überarbeitung des Konzepts erfolgte in 02-2020, die entsprechende Freigabe wurde am 19.02.2020 von der PEC-Steuerungsgruppe und dem Leiter Unternehmenskommunikation erteilt. Die nächste Überprüfung und Fortschreibung ist für 08-2020 vorgesehen und wird vom Projektleiter initiiert.

2. Begründung

Die Marienhaus Holding GmbH (MHH) führt ein Projektkonsortium an, welchem als Partner das Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V., die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, die PTHV, das RWI, das RZV und die Uni Lübeck angehören. Seit dem 01.01.2020 ist die Uni Köln als neuer (zusätzlicher) Konsortialpartner in das Projekt aufgenommen. Dieses Konsortium hat am 23.05.2017 beim G-BA für das Projekt HandinHand einen Antrag auf Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds gestellt. Mit den Förder- und Änderungsbescheiden vom 29.11.2017, 17.07.2018, 18.07.2019 und 28.11.2019 wurden dieser Anträge und entsprechende Folgeanträge positiv beschieden.

Das Konsortium will gemäß den Bescheiden im Förderzeitraum 01.07.2019 – 30.06.2022 das Projekt HandinHand erfolgreich realisieren. Im „Vertrag HandinHand“ vom 11.09.2019, welchen Konsortialführerin und -partner bis Ende 09-2019 allseits paraphierten, sind in § 9 (4) folgende Projektziele gelistet:

- Fristgerechter Beginn des Förderzeitraums 01.07.2019 mit den dazugehörigen organisatorischen Belangen
- Fristgerechter Abschluss der Vorbereitungsphase bis 30.09.2019
- Erfolgreicher Start der Patientenrekrutierung ab 01.10.2019 mit Rekrutierung von 1500 Patientinnen und Patienten für das *Projekt HandinHand* bis 30.09.2021
- Erfolgreiche Behandlung von 1300 Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von jeweils mindestens sechs Monaten bis spätestens 31.03.2022
- Fristgerechtes Ende des Förderzeitraums 30.06.2022
- Einhaltung des Projektbudgets
- Einhaltung aller Berichtspflichten ggü. dem DLR
- Abgabe eines wissenschaftlich integren Projektergebnisses beim Förderer am 30.06.2022
- Reduktion der Krankenhauseinweisungen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe um mindestens 15%.

3. Ziele der Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt HandinHand soll einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die in 2. gelisteten Projektziele zu erreichen.

Nach erfolgreicher Projektrealisierung strebt das Konsortium eine positive Entscheidung der Politik und Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen an, die neue Versorgungsform „Pflegeexperten-Center“ in Deutschland zu etablieren und in den Regelleistungskatalog der GKV aufnehmen zu lassen. Die Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt HandinHand soll diesen Schritt mit vorbereiten.

Daraus ergeben sich für die Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt HandinHand folgende Zielsetzungen:

- Erhöhung des Kenntnisstands über das Projekt HandinHand,
- Förderung einer positiven Einstellung zum Projekt HandinHand und
- Förderung der Bereitschaft zur Projektunterstützung
 - ... bei den Projektbeteiligten selbst. Dazu zählen:
 - Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegeexperten-Centers,
 - Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Konsortiums, welche unmittelbar haupt- oder nebenamtlich in die Projektrealisierung involviert sind
 - ... im Umfeld des Konsortiums
 - Nicht mittelbar betroffene Mitarbeiter des Konsortiums, (Geschäfts-)Partner des Konsortiums
 - ... im Umfeld des Pflegeexperten-Centers. Dazu zählen:
 - (Potentielle) Patienten und deren Angehörige
 - Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, v.a. im Kreis Ahrweiler
 - ... im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen und in der deutschen Gesundheitspolitik. Dazu zählen:
 - Fachöffentlichkeit Pflege
 - Institutionen der Selbstverwaltung
 - Politische Entscheider und Meinungsbildner.

4. Verankerung der Öffentlichkeitsarbeit

4.1. G-BA/DLR

Die gemäß §92b (3) zu etablierende Geschäftsstelle des Innovationsfonds hat lt. Gesetz u.a. die Aufgabe, (6.), die aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben zu veröffentlichen.

In der FAQ-Liste, Stand Mai 2019 (https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/102/2019-05-17_FAQ_gefoerderte%20Projekte.pdf) finden sich bzgl. Veröffentlichung in bzw. von Innovationsfondsprojekten folgender Text:

>> 9.2 Sind nach Ende der Förderung alle Inhalte der im Projekt gewonnenen Ergebnisse wie zum Beispiel entwickelte Software inklusive der verwendeten Algorithmen zu veröffentlichen bzw. dem Förderer zur Verfügung zu stellen?

....

Aus Nr.16 ANBest-IF ergibt sich daher, dass die durch den Förderempfänger vorzulegenden Unterlagen und Beschreibungen so ausgestaltet sein müssen, dass die Allgemeinheit (speziell die Fachöffentlichkeit) in der Lage ist, die im Projekt gewonnenen Ergebnisse nachzuvollziehen und ggf. zu replizieren.

...<<

Die Allgemeine Nebenbestimmungen (ANBest-IF) des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss für Förderungen aus dem Innovationsfonds, Stand: Mai 2017, (https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/43/2016-05-11_AHNBest-IF.pdf) sagen aus:

>> 18 Veröffentlichungen

Der Förderer ist berechtigt, über das Projekt folgende Angaben bekannt zu geben:

- das Thema des Projekts,
- den Förderempfänger und die ausführende Stelle,
- die für die Durchführung des Projekts verantwortliche Projektleitung bzw. Konsortialführung,
- die Projektlaufzeit,

- die Höhe der Förderung,
- etwaige Konsortialpartner und sonstige Kooperationspartner,
- eine Kurzbeschreibung des Projekts,
- das Ergebnis der Evaluation.

Der Förderempfänger ist verpflichtet, das Ergebnis – mindestens im sachlichen Gehalt des Schlussberichts – innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss des Projekts auf geeignete Weise der Fachöffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland zugänglich zu machen. Darüber hinaus veröffentlicht der Förderer den Ergebnisbericht sowie im Falle eines Projekts zu den neuen Versorgungsformen den Evaluationsbericht (siehe Punkt 14.1).

Der Förderempfänger ist bei der Veröffentlichung des Ergebnisses verpflichtet, auf dem Deckblatt oder an anderer deutlich sichtbarer Stelle, folgenden Hinweis aufzunehmen:

„Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen xxx gefördert.“ <<

4.2. Vertrag HandinHand

Im Vertrag HandinHand, letzte Version: 11.09.2019, ist in §7 ausgesagt:

>> § 7 Veröffentlichungen

(1) Die Vertragsparteien sind berechtigt, die jeweils von ihnen im Rahmen des Projekts erzielten Arbeitsergebnisse zu veröffentlichen. Dies gilt auch für Kongressbeiträge.

(2) In allen Veröffentlichungen ist auf die Förderung des zugrundeliegenden Projekts mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF17047 hinzuweisen (siehe ANBest-IF Ziffer 18).

(3) Die Vertragsparteien räumen sich an den bei ihnen im Rahmen der Durchführung des Projekts entstehenden schutzfähigen und nicht-schutzfähigen Arbeitsergebnissen für die Zwecke der Projektdurchführung ein nicht-ausschließliches, nicht-übertragbares und unentgeltliches Nutzungsrecht ein. <<

4.3. BSC HandinHand

In der BSC HandinHand, letzte Version: 01.01.2020 (siehe Anlage), ist in der Perspektive K (Kunden & Partner) v.a. die Teilperspektive „K3-Öffentlichkeitsarbeit“ für selbige vorgesehen. Diese Teilperspektive ist in vier strategische Handlungsfelder unterteilt:

- K31 Marketingsteuerung
- K32 Marketinginstrumente
- K33 Lokales Marketing
- K34 Globales Marketing

Darüber hinaus finden sich relevante Aufgaben, welche der Öffentlichkeitsarbeit zuzuordnen sind, in den Teilperspektiven:

K1-Premium Partner, dort v.a. in dem strategischen Handlungsfeld

- K13 Ärzteverbände

K2-Gesundheits- und Sozialwesen, dort v.a. in den strategischen Handlungsfeldern

- K21 Pflegedienste und Heime
- K22 Krankenhäuser
- K23 Politik
- K24 Pflegeverbände
- K25 Diverse Partner.

Die wesentlichen Aufgaben und Aktivitäten bzgl. der Öffentlichkeitsarbeit zu HandinHand finden sich in diesen zehn strategischen Handlungsfeldern. Darüber hinaus finden sich Aufgaben zur Öffentlichkeitsarbeit über die ganze BSC verteilt, insbesondere in partnerbezogenen Feldern.

5. Aktivitäten

K3 Öffentlichkeitsarbeit

K31 Marketingsteuerung

K311 Konzept Öffentlichkeitsarbeit

- Erarbeitung, Verabschiedung, Umsetzung, regelmäßige Überprüfung und bedarfsweise Aktualisierung des hier vorgelegten Konzepts Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt HandinHand.
- Das Konzept-Controlling findet im Rahmen des BSC-Controllings statt.

K312 Marketing-Logbuch

- Der Projektleiter führt ein chronologisches Logbuch über alle Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit.
- Das Logbuch wird vom Projektleiter (bei Bedarf) täglich aktualisiert. Eine Routineüberprüfung aller Einträge findet monatlich bei der „RK PEC-Steuerer“ statt.
- Das Logbuch hat folgende Bestandteile:
 - Liste der Informationsmedien für HandinHand
 - Themenspeicher – Ideenbörse (für HP-Beschickung und Zeitschriftenartikel)
 - Liste lokaler Printmedien
 - Liste globaler Printmedien
 - Liste lokale Veranstaltungen
 - Liste globale Veranstaltungen
 - Liste Gesundheitswesen online
 - Liste erfolgte Aktivitäten (nummeriert). Hierzu gibt es ergänzend ein Verzeichnis aller Nachweisdateien, sofern verfügbar.

K313 Kontaktlisten

- Die Datei „Kontaktlisten“ wird primär im Sekretariat des PEC (bedarfsweise tagesaktuell) gepflegt.
- Die Liste enthält:
 - Liste ambulante Pflegedienste im Kreis Ahrweiler
 - Liste Langzeitpflegeeinrichtungen im Kreis Ahrweiler
 - Liste Pflegestützpunkte im Kreis Ahrweiler
 - Liste Krankenhäuser in der Region
 - Liste Politik, Ansprechpartner und Institutionen
 - Liste Pflegeverbände
 - Liste Diverse Partner
 - Liste Ärzteverbände.

K314 Konsortialabstimmung

- Kommunikation, Entscheidung und Abstimmung der Marketing-Aktivitäten mit den Konsortialpartnern.
- Dies findet bedarfsweise v.a. mittels der Konsortial-Projektgruppe bzw. mit Ansprechpartnern der Konsortialpartner bzgl. Öffentlichkeitsarbeit statt. (Hierfür bisher namentlich benannt: Hr. Rössler, AOK Rheinland-Pfalz-Saarland)

K315 MKT-Abstimmung MHUG

- Es findet eine enge Abstimmung zwischen dem Projektleiter, der Projektmanagerin, den Leiterinnen des PEC und dem Leiter Unternehmenskommunikation bzgl. Öffentlichkeitsarbeit statt. Die Leiterin Öffentlichkeitsarbeit MAW wird einbezogen.

K32 Marketinginstrumente

K321 Logos/Vorlagen

K3211 Logo Marienhaus

- Das Pflegeexperten-Center (PEC) ist eine rechtsunselbstständige Einrichtung der Marienhaus Holding GmbH. Daher wird für das PEC gemäß Vorgabe der Abteilung Unternehmenskommunikation ausschließlich das Marienhaus-Logo eingesetzt.
- Dies umfasst u.a.: PKW-Beschriftung, Immobilienbeschriftung, Dienstkleidung, Flyer, Türschild, Parkplatzschild, Banner, Aufsteller, ... Die erforderlichen Dateien liegen im PEC vor.

K3212 Logo HandinHand

- Für das Projekt HandinHand „allgemein“ gibt es ein Projektlogo. Seit 02-2017 wird eine Handzeichnung eingesetzt. Auf eine weitere grafische Ausgestaltung wird aus Kostengründen verzichtet.

K3213 Visitenkarten

- Die PEs, die Leiterinnen, die Projektmanagerin und der Projektleiter HandinHand erhalten Visitenkarten der MHH. Details werden ausgestaltet sobald alle Kontaktdaten feststehen.

K3214 Briefvorlagen

- Das Sekretariat hat Briefvorlagen für das PEC erarbeitet.

K322 Informationsschriften HandinHand

- Die Liste von Informationsschriften zu HandinHand ist in das MKT-Logbuch integriert. Im Weiteren werden nur die (beiden) Schriften genannt, die explizit zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit vorliegen. Alle weiteren Schriften siehe Liste.

K3221 Infokompodium

- Dieses wird primär als „allgemeine Projektinformation“ vorgehalten. Letzte Version: 01.02.2020.
- Die Aktualisierung erfolgt (mindestens) monatlich durch den Projektleiter, bedarfsweise auch tagessaktuell.

K3222 PEC-Flyer

- Es wird ein einheitlicher Flyer über das Pflegeexperten-Center für Patienten, Ärzte und (lokale) Partner aller Art erstellt.
- Aktivität: Projektleiter. Quelle: Die von der Ethikkommission positiv votierte Patienteninformation (Termin: 29.01.2020).
- Ca. halbjährlicher Update. Herausgabe des ersten Flyers: 03-2020.

K323 Publikationen zu HiH

- Es werden Publikationen zu HandinHand selbst gesammelt. Die entsprechende Liste ist in das MKT-Logbuch integriert.

K324 Umfeldpublikationen

- Es werden Publikationen im Umfeld zu HandinHand gesammelt. Z.B. zu ANP u./o. verwandten Themen und Projekten (Gemeindeschwester Plus, ...) Die entsprechende Liste ist in das MKT-Logbuch integriert.

K325 Fotoarchiv

- Es ist ein Fotoarchiv zu HandinHand angelegt. Das Archiv wird stetig erweitert um Aufnahmen bei Anlässen aller Art. Die Fotos werden chronologisch geordnet.
- Das Fotoarchiv befindet sich auf dem PC der Projektmanagerin und wird auf den Desktop HiH überführt.

K326 Präsentationen

- Zu zahlreichen Anlässen werden Präsentationen zu HandinHand erarbeitet, v.a. im PPT-Format, und vorgetragen.
- Diese werden vom Projektleiter gesammelt, archiviert und aktualisiert.

K327 Homepages und Social Media

K3271 Homepage HandinHand

- (<http://www.pflegeexperten-center.de>).
- Diese Seite wird von der MHUG betrieben und gepflegt.
- Mindestens (monatlicher) Update.
- Technische Bearbeitung: Projektmanagerin.
- Inhaltliche Bearbeitung: Projektleiter.

K3272 Innovationsfonds

- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192>
- Informationen zu HandinHand werden vom G-BA auf Anfrage aktualisiert.
- Letzte vom Projektleiter veranlasste Aktualisierung: 09-2019, quartalsweiser Check, erstmals wieder 03-2020.

K3273 AOK Stadt-Land-Gesund

- Wird vom AOK Bundesverband gepflegt. Quartalsweiser Check durch den Projektleiter ob Update erforderlich. https://www.aok-bv.de/engagement/stadt_land_gesund/index_22411.html

K3274 Social Media

- **Facebook und Instagram:** HandinHand nutzt ggf. auch Facebook und Instagram (über den Marienhaus-Facebook-Account und Marienhaus-Instagram-Account).
- Derzeit sind noch keine Aktivitäten geplant. Wiedervorlage 09-2020 durch die Projektmanagerin.
- **Twitter:** Marienhaus hat keinen Twitter-Account. HandinHand wird auf Twitter nicht aktiv.

K33 Lokales Marketing

K331 Lokale Printmedien

- Die für das lokale Marketing erforderliche Printmedienliste befindet sich im MKT-Logbuch.
- Bisher ist nur 10-2018 im Marienhaus Echo ein Artikel zu HandinHand erschienen.
- Über weitere Publikation wird ab 03-2020 gemeinsam mit dem Leiter Unternehmenskommunikation entschieden, bedarfsweise erfolgt hier auch eine Abstimmung mit den Konsortialpartnern.

K332 Lokale Veranstaltungen

- Die Liste lokaler Veranstaltungen befindet sich im MKT-Logbuch und wird bedarfsweise vom Projektleiter aktualisiert.
- Einzige derzeit dort gelistete Veranstaltung: Vorsorgetag im Altenheim St. Anna, Bad Neuenahr, am 21.03.2020. Das PEC wird voraussichtlich an dieser Veranstaltung teilnehmen.

K34 Globales Marketing

K341 Globale Printmedien

- Die Liste globaler Printmedien befindet sich im MKT-Logbuch und wird vom Projektleiter bedarfsweise aktualisiert. Kontaktpersonen sind bereits zu einem großen Teil benannt.
- Bis dato sind noch keine überregionalen Publikationen geplant. Hierüber wird ab 03-2020 gemeinsam mit dem Leiter Unternehmenskommunikation entschieden, bedarfsweise erfolgt hier auch eine Abstimmung mit den Konsortialpartnern.

K342 Globale Veranstaltungen

- Die Liste globaler Veranstaltungen befindet sich im MKT-Logbuch und wird vom Projektleiter bedarfsweise aktualisiert.
- Vertreter der PEC planen in 2020 die Teilnahme u.a. an folgenden Veranstaltungen:
 - Gematik Tagung Pflege, Berlin, 03-2020
 - ☞ Deutscher Pfl egetag, Berlin, 03-2020
 - ☞ Tagung Pflege kritisch Kranker, Düsseldorf, 03-2020
 - ☞ Hakathon, Mainz, 05-2020
 - ☞ Tagung SALUT, Saarbrücken, 05-2020
 - ☞ Community Health Nursing, Berlin, 06-2020
 - ☞ Landespfl egetag RLP, Mainz, 10-2020
 - ☞ Jahrestagung Kath. Berufsverband für Pflegeberufe, Salzburg, 10-2020
 - ☞ Forum Demenz, Wiesbaden, 10-2020.

K343 Gesundheits- und Sozialwesen online

- Die Liste geeigneter Online-Plattformen für HandinHand befindet sich im MKT-Logbuch und wird vom Projektleiter bedarfsweise aktualisiert.
 - Derzeit gelistet: Pflege-Online, erneute Kontaktaufnahme im II. Q. 2020 mit Frau Gaede angedacht.

K1 Premium Partner

K13 Ärzteverbände

- Die Liste der Ärzteverbände und entsprechender Kontaktpersonen befindet sich in der Kontaktliste HandinHand und wird bedarfsweise vom Sekretariat aktualisiert.
- Derzeit dort gelistet: Hausärzteverband RLP, KV RLP, Bezirksärztekammer Koblenz, Landesärztekammer RLP.
- Es finden anlassbezogene Kontakte mit den Ärzteverbänden und deren Vertretern statt.

K2 Gesundheits- und Sozialwesen

K21 Pflegedienste und Heime

- Die Liste der ambulanten Pflegedienste und Heime (im Kreis Ahrweiler) mit entsprechenden Kontaktpersonen befindet sich in der Kontaktliste HandinHand und wird bedarfsweise vom Sekretariat aktualisiert.
- Derzeit sind dort ca. 60 Institutionen (je ca. 30 ambulante Dienste und Heime) gelistet.
- Ein erstes Treffen fand mit Vertretern ambulanter Pflegedienste 02-2020 im PEC statt, ein Folgetreffen wurde für 06-2020 vereinbart.
- Ein erstes Treffen mit Vertretern der Heime im Kreis Ahrweiler fand 02-2020 statt, ein Folgetreffen wurde für 06-2020 vereinbart.
- Der Dialog mit diesen Institutionen soll mit Start der Patientenrekrutierungsphase in 03-2020 deutlich ausgebaut werden.

- Darüber hinaus finden anlassbezogene Kontakte mit ambulanten Pflegediensten und Heimen und deren Vertretern statt sowie Einzeltermine, u.a. mit „Maria Josef AW“ 04-2020.

K22 Krankenhäuser

- Die Liste von Krankenhäusern in der Region rund um den Kreis Ahrweiler mit entsprechenden Kontaktpersonen befindet sich in der Kontaktliste HandinHand und wird bedarfsweise vom Sekretariat aktualisiert.
- Derzeit sind dort sieben Krankenhäuser gelistet.
- Ein erstes Treffen mit Vertretern der Krankenhäuser ist für 03-2020 angesetzt.
- Der Dialog mit diesen Institutionen soll mit Start der Patientenrekrutierungsphase in 03-2020 deutlich ausgebaut werden.
- Insbesondere der Dialog mit dem MAW (Sozialdienst, Entlassmanagement) soll mit Start der Patientenrekrutierungsphase begonnen und in einen Regelaustausch überführt werden.
- Darüber hinaus finden anlassbezogene Kontakte statt.

K23 Politik

- Die Liste von Partnern in der Politik und entsprechenden Kontaktpersonen befindet sich in der Kontaktliste HandinHand und wird bedarfsweise vom Sekretariat aktualisiert.
- Derzeit sind dort ca. 20 Institutionen / Personen gelistet.
 - Ein Vertreter des BMG ist für eine Auftaktveranstaltung PEC (diese ca. Ende April, Anfang Mai 2020) als Ehrengast angefragt.
 - Am 09.04.2020 besucht die Kreistagsfraktion der Grünen das PEC.
 - Der Landrat möchte bei der PEC-Eröffnung unbedingt dabei sein.
 - Mit dem Sozialministerium in Mainz wird derzeit nach einem geeigneten Termin für ein Erstgespräch gesucht.
 - Fr. Naase/BMG wird am 06.03.2020 in Berlin besucht.

K24 Pflegeverbände

- Die Liste von Pflegeverbänden mit entsprechenden Kontaktpersonen befindet sich in der Kontaktliste HandinHand und wird bedarfsweise vom Sekretariat aktualisiert.
- Derzeit sind dort drei Pflegeverbände gelistet:
 - Landespflegekammer RLP, DBFK, Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe.
- Ein Treffen mit Vertretern der Landespflegekammer RLP fand 02-2020 statt.
- Der Dialog mit dieser Institution wird fortgesetzt.
- Darüber hinaus finden anlassbezogene Kontakte statt.

K254 Diverse Partner

- Die Liste von diversen potentiellen und / oder realen Partnern, vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen, mit entsprechenden Kontaktpersonen befindet sich in der Kontaktliste HandinHand und wird bedarfsweise vom Sekretariat aktualisiert. Derzeit sind dort ca. 20 Personen und Institutionen gelistet.
- Gesondert sind in der Liste die vier Pflegestützpunkte im Kreis Ahrweiler aufgeführt, diese werden gemeinsam mit den Krankenhäusern zu einem Erstgespräch in 03-2020 eingeladen.
- Am 05.03.2020 findet ein Austausch mit dem ambulanten Hospizverein in Bad Neuenahr statt.
- Die Kontaktliste enthält auch Projekte, die mit HandinHand „verwandt“ sind. Mit den Vertretern dieser Projekte könnte ggf. beizeiten ein kollegialer Austausch angedacht werden.
- Darüber hinaus finden anlassbezogene Kontakte statt.



A) Patientenakquisekonzept 2.0 vom 28.08.2020

1 Einleitung und Rückblick auf Akquisekonzept 1.0

Im Vertrag HandinHand vom 11.09.2019 ist in §9 (4) das Projektziel: „Erfolgreicher Start der Patientenrekrutierung ab 01.10.2019 bis 31.03.2020 mit Rekrutierung von 1.500 Patientinnen und Patienten für das Projekt HandinHand bis 30.09.2021“ genannt.

Der erste Patient wurde für HandinHand am 20.03.2020 rekrutiert. Am Tag der Verabschiedung dieses Akquisekonzepts 2.0 (28.08.2020) waren n=176 Patienten rekrutiert.

Damit sind vom 01.09.2020 bis zum 30.09.2021 noch n=1.324 Patienten zu rekrutieren. Bei linearer Rekrutierungsrate müssten n=102 Patienten monatlich neu für HandinHand gewonnen werden.

[Anm.: Diese Rate lag beim Akquisekonzept 1.0 noch bei n=86, die Zahl hat sich also seit Ende 04-2020 nach oben entwickelt].

Auch bei einer Projektlaufzeitverlängerung von z.B. 6 Monaten, d.h. Ende der Patientenrekrutierung erst am 31.03.2022, müssten, gleichbleibende Rekrutierungsraten vorausgesetzt, n=70 Patienten monatlich neu für HandinHand gewonnen werden.

Derzeit liegt die Zahl an neu rekrutierten Patienten bei ca. n=1 pro Kalendertag. D.h.: Eine lineare Fortsetzung dieser Rate vorausgesetzt, würden bis zum Ende der bisher geplanten Rekrutierungsphase am 30.09.2021 ca. n=560 Patienten für HandinHand rekrutiert sein. Bei einer Laufzeitverlängerung um 6 Monate wären es ca. n=750 Patienten.

Diese Zahlen verdeutlichen, dass die erfolgreiche, d.h. den Projektzielen entsprechende Patientenrekrutierung, eine große Herausforderung ist und bleibt, selbst wenn sich Rahmenbedingungen günstiger einstellen sollten.

Die zur Erstellung dieses hier vorliegenden Patientenakquisekonzepts 2.0 erfolgte Abklärung mit dem RWI hat ergeben, dass eine Aufweichung der Zielkriterien (1.500 Patienten avisieren, Patienten nach 6 Monaten doppelt zählen) aus wissenschaftlicher Sicht nicht richtig wäre (siehe Nr. 5, Statement RWI vom 24.08.2020). Daher wird von einer Anpassung der Zielkriterien abgesehen.

Im Rahmen der Erstellung dieses hier vorliegenden Patientenakquisekonzepts 2.0 erfolgte eine Abklärung mit dem Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. bzgl. der Frage, inwieweit eine Ausdehnung von HandinHand auf angrenzende Landkreise mitgetragen werden kann. Diese Abklärung hat ergeben, dass eine „angemessene Ausweitung“ toleriert wird. „Angemessen“ wäre hier ein Einbezug angrenzender Städte und Gemeinden um die Grenzen des Kreises Ahrweiler herum, in einem maximalen Radius von ca. 15 - 20 km.

2. Ziele Akquisekonzept 2.0

Aus dem Review des Akquisekonzepts 1.0 (siehe (B)) ergeben sich für das Akquisekonzept 2.0 folgende Zielsetzungen:

1. *Bisher teilnehmende Ärzte durch Fortsetzen der bisherigen Maßnahmen halten und für Rekrutierungskontinuität sorgen.*
2. *Werben um neue teilnehmende Ärzte im Kreis Ahrweiler durch Fortsetzen der bisherigen Maßnahmen verstetigen.*
3. *Ansprache der allgemeinen Öffentlichkeit und der Fachöffentlichkeit im Kreis Ahrweiler durch bisher bereits bewährte Maßnahmen im gebotenen Maß fortsetzen.*
4. *Budgetneutrale Projektlaufzeitverlängerung gemeinsam mit den Konsortialpartnern vorbereiten, konsentieren und beantragen.*
5. *Ausdehnung des Projekts HiH auf angrenzende Bereiche umliegender Landkreise (Kreis Mayen-Koblenz, Kreis Neuwied, Kreis Vulkaneifel, Stadt Koblenz) prüfen, vorbereiten und in gebotenen Maß in Angriff nehmen.*
6. *Ausdehnung des Projekts HiH auf angrenzende Landkreise Eifel-NRW bedarfsweise starten.*
7. *Budgetaufstockung gemeinsam mit den Konsortialpartnern im II. „. 2021 prüfen und ggf. vorbereiten, konsentieren und beantragen.*

3. Maßnahmen Akquisekonzept 2.0

Aus den Zielsetzungen des Akquisekonzepts 2.0 ergeben sich folgende konkrete Maßnahmen:

	Maßnahme/Aktion	Termine	Verantwortlich	Status
	W11 DLR-G-BA			
1	Antrag budgetneutrale Projektlaufzeitverlängerung stellen	10-2020	GL, EF, Kon-PG	In Bearbeitung
2	Ggf. Antrag Budgeterhöhung prüfen und ggf. stellen	II. Q. 2021	GL, Kon-PG	In Bearbeitung
	W13 Budgetsteuerung			
1	Berechnung MH-Budget Projektverlängerung	08-2020	EF	Erledigt
2	Berechnung Budgetaufstockung Gesamtprojekt	09-2020	EF, Kon-PG	In Bearbeitung
	W32 Konsortialpartner			
2	Abklärung: Laufzeitverlängerungen bei den Kon-Partnern möglich?	08-2020	EF, GL, Kon-PG	In Bearbeitung
	W35 Ethikkommission			
1	Antrag EC ÄK Nordrhein	09-2020	GL	In Bearbeitung
	K11 Teilnehmende Ärzte			
1	QZ 4 und 5 durchführen	08-2020 11-2020	TN-Ärzte, Ärztenetz	Terminiert
2	Beitritt Dr. Harsanyi, Remagen, initiieren	09-2020	EF, EH	In Bearbeitung
3	Teilnahme 1. Arzt NRW (Dr. Brünker, Bad Münstereifel) initiieren	09-2020	GL, EF, SD	In Bearbeitung
4	Akquiseaktion Ärzte umliegende Regionen anderer Landkreise vorbereiten	09-2020	GL	In Bearbeitung
	K12 Ärztenetz			
1	Rücksprache Ärztenetz wg. weiterer Akquisemaßnahmen	08-2020	GL, Dr. Berbig	Erledigt
	K13 AOK			
1	Nachfrage bei der AOK wg. Mitgliederwerbung	08-2020	AOK	In Bearbeitung
	K21 Heime			
1	St. Josef BBreisig: Erneuter Kontakt Hr. Warnke	09-2020	SD	In Bearbeitung
2	Info an alle Heime Projektsachstand	IV. Q. 2020	GL, EF, SD, SK	In Bearbeitung
3	Kontakt GF MH Senioren wg. MH-Heime im Umfeld Kreis AW	09-2020	GL	In Bearbeitung
	K22 KHS			
1	Erneute RK Sozialdienst MAW	IV. Q. 20	SD	Geplant
2	Sozialdienste aller gelisteten KHS / Projektsachstand	IV. Q. 20	EH, GL	Geplant
	K25 Diverse Partner			
1	Apotheken, Kirchen, Pflegestützpunkte, Sozialämter, Seniorentreffs im Kreis Ahrweiler / Projektsachstand	IV. Q. 20	EH, GL	Geplant
	K33 Lokales Marketing			
1	Erneute Anfrage Förderverein Maria Hilf wg. Vortrag	2021	GL	Geplant
2	Liste Artikel erstellen und umsetzen	III. + IV. Q. 2020	EF, GL	In Bearbeitung
3	Marketingkonzept für angrenzende Gebiete umliegender Landkreise erstellen und umsetzen: Presseaktion, Ärztenetze, Kontaktpersonen, politisch Verantwortliche, allgemeine Öffentlichkeiten, ...	09-2020	GL, EF, HeF, ...	Geplant
	K34 Globales Marketing			
1	Kontakt mit RPR	09-2020	GL	Geplant
	L21 RWI			
1	Patienten doppelt zählen ab 6 Monate? / <1.500 Patienten möglich?	08-2020	RWI	Erledigt

4. Verabschiedung des Akquisekonzepts 2.0, Review dieses Konzepts und Vorbereitung des Akquisekonzepts 3.0

Das Akquisekonzept 1.0 wurde von der PEC-Steuerungsgruppe erarbeitet und verabschiedet. Die Konsortialpartner wurden darüber in Kenntnis gesetzt.

Aufgrund der Tragweite mancher Zielsetzungen und dazugehörigen Maßnahmen ist für die Verabschiedung des Akquisekonzepts 2.0 die aktive Zustimmung der Konsortialpartner erforderlich.

Es wird folgende Vorgehensweise festgelegt:

1. Der Entwurf des Akquisekonzepts 2.0 wurde in der PEC-ST am 11.08.2020 konsentiert.
2. Bzgl. Details zur Wissenschaft und zur geografischen Ausdehnung erfolgten Detailabsprachen mit dem RWI (siehe Statement) und dem Ärztenetz (Vorstand über den Vorsitzenden Dr. Berbig).
3. Das Akquisekonzept 2.0 (Entwurf vom 14.08.2020) wurde den Konsortialpartnern übermittelt mit der Bitte um Begutachtung.
4. Das Patientenakquisekonzept 2.0 wird in der Konsortialprojektgruppensitzung am 28.08.2020 verabschiedet.
5. Danach (d.h. ab 01.09.2020) erfolgt die Umsetzung des Maßnahmenkatalogs.
6. Das Akquisekonzept 2.0 hat eine Laufzeit bis 30.06.2021.
7. Zur Jahresmitte 2021 erfolgt ein Review von allgemeinem Projektstand, Fallzahlentwicklung, Umsetzungsstand der Maßnahmen und die Planung des Akquisekonzepts 3.0 mit Laufzeit ab III. Q. 2021.

5. Statement RWI

Statement RWI zum Patientenakquisekonzept 2.0

Stand: 24.08.2020

Für die Evaluation des Projektes hinsichtlich der Ergebnisparameter ist die Erhebung und Dokumentation von Patientendaten durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in der Behandlungsregion notwendig. Das RWI hat für sein Evaluationskonzept anhand einer Poweranalyse eine nötige Patientenzahl von insgesamt 1.500 errechnet, wenn von einer Reduktion i.H.v. 10% für Hausarztbesuche bzw. 15% für Krankenhauseinweisungen ausgegangen wird. Für die Berechnung wurden aus der Literatur identifizierte Mittelwerte für die Ergebnisvariablen zugrunde gelegt sowie eine Dropout-Rate von ca. 13% angenommen. Basierend auf dieser Fallzahlplanung kann mit über 80% Wahrscheinlichkeit der Unterschied in den Zielparameter der Behandlungsgruppe und Vergleichsgruppe statistisch erkannt werden, gegeben es gibt den erwarteten Unterschied zwischen beiden Gruppen. D.h. es wird eine Teilnehmerzahl von 1.500 Patienten benötigt, um statistisch signifikante Unterschiede bei o.g. Gegebenheiten zu zeigen.

Eine Aufweichung der Zielkriterien, wie bspw. weniger als 1.500 Patienten zu avisieren oder Patienten nach 6 Monaten doppelt zu zählen, wäre aus wissenschaftlicher Sicht nicht richtig, um das Evaluationskonzept mit seinem konzertierten Ziel zu verfolgen. Daher wird von einer Anpassung der Zielkriterien zur Patientenzahl nach derzeitigem Kenntnisstand abgeraten.

Hingegen unterstützt das RWI eine geografische Ausdehnung des Zielbereichs der Patientenakquise und eine Verlängerung der Projektlaufzeit, um die erforderliche Anzahl an Patienten einzuschließen.

B) Review des Patientenakquisekonzepts 1.0 vom 27.04.2020

Das Patientenakquisekonzept 1.0 vom 27.04.2020 wurde von PEC-ST am 05.05.2020 beschlossen und ein Review des Konzepts auf 08-2020 terminiert. Im Folgenden werden alle am 05.05.2020 beschlossenen Aktivitäten inkl. Maßnahmenkatalog einer kritischen Bewertung unterzogen.

- Die folgenden Aufzählungen stellten beim Konzept 1.0 eine wertende Reihenfolge dar, d.h.:
- a) wurde als wichtiger angesehen als
 - b) und (b) wiederum wichtiger als
 - c) usw.

2 Zielgruppen

Für eine erfolgreiche Patientenrekrutierung stehen die folgenden Zielgruppen im Fokus.

- a) Potentielle Patienten selbst und deren Angehörige
- b) Teilnehmende Ärzte
- c) Langzeitpflegeeinrichtungen.

- ✓ *Diese Sortierung der Zielgruppen hat sich nicht bewährt. Der „Flaschenhals“ bei der Patientenrekrutierung sind primär die teilnehmenden Ärzte.*
- *Bei Fortsetzung der Akquiseaktivitäten sollte die Betreuung der bereits bisher teilnehmenden Ärzte und die Gewinnung neuer teilnehmender Ärzte nach vorne gestellt werden.*

3 Zielgebiete

Als Zielgebiete sind anzusehen:

- a) Kreis Ahrweiler
- b) Umliegende Landkreise (Euskirchen, Mayen-Koblenz, Vulkaneifel, Neuwied) und Städte (Koblenz).

- ✓ *Diese Sortierung der Zielgebiete hat sich zwar prinzipiell bewährt, ist anscheinend aber nicht ausreichend. Es wurden alle ca. n=100 hausärztlich tätigen Ärzte des Kreises Ahrweiler mehrmals kontaktiert, davon nehmen Stand 26.08.2020 n=19 an HandinHand teil.*
- *Die Akquiseaktivitäten sollten auf weitere, umliegende Landkreise ausgedehnt werden. Hier ist eine Sortierung nach geeigneter Reihenfolge sinnvoll.*
- *Die innen- und außenpolitischen Folgen (Zusammenarbeit mit dem Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V., mit dem Landrat und weiteren Stellen des Ahrkreises) sind abzuwägen.*
- *Die Führung der MH Holding und die Konsortialpartner müssen in den Entscheidungsprozess angemessen einbezogen werden.*

4 Kontaktmodus

Folgende Kontaktmodi stehen zur Verfügung:

- a) Briefpost → Es unterschreiben „von Hand“ für HiH-PEC: GL + SD
- b) Telefonat
- c) Persönliches Gespräch
- d) Email.

- ✓ *Die Arten der Kontaktmodi und die Reihenfolge haben sich bewährt. Email wird so gut wie nicht wahrgenommen. Persönliche Gespräche sind i.d.R. erst dann sinnvoll, wenn die grundsätzliche Teilnahmebereitschaft signalisiert wurde. Telefonate laufen oft ins Leere, weil sie den anzusprechenden Arzt bei der Routine-Patientenversorgung in seiner Praxis stören.*
- *Der primäre Kontaktmodus „Briefpost“ sollte beibehalten werden.*

5 Teilnehmende Ärzte

Diese können gewonnen werden durch:

- a) Direktansprache durch das PEC
- b) Ansprache über das Ärztenetz Kreis Ahrweiler

- ✓ *Die Direktansprache durch das PEC hat funktioniert. Die ca. n=100 hausärztlich tätigen Ärzte im Kreis Ahrweiler konnten über den Arztfinder der KV RLP mühelos mit aktuellen Kontaktdaten identifiziert werden.*
- ✓ *Es fand eine Mailingaktion gemeinsam mit dem Ärztenetz (gemeinsamer Briefkopf) statt.*
- ✓ *Darüber hinaus erhielten alle Hausärzte im Kreis AW ein Schreiben des Landrats, in welchem er sie zur Teilnahme ermunterte. Darauf gab es nur eine (leider negative) Rückmeldung.*
- *Auch aus Ressourcengründen sollte die Ansprache potentieller Ärzte weiterhin primär über das PEC erfolgen.*
- *Ggf. können Ärztenetz (Vorsitzender Dr. Berbig, Vorstand Ärztenetz) und bisher teilnehmende Ärzte (z.B. in Form von Testimonials) in weitere Akquiseaktionen mit einbezogen werden.*

6 Langzeitpflegeeinrichtungen

Es können gewonnen werden:

- a) Heime mit MHUG-Bezug (St. Anna, St. Josef/BBreisig, ctt: Maria-Josef, Kempenich)
- b) Heime mit vermuteter Themen- und / oder Projektaffinität (Remagen, Sinzig)
- c) Alle übrigen Heime im Kreis AW
- d) MH-Heime außerhalb des Kreises AW, aber in Zielgebieten gemäß 3b)

- ✓ *a) Die Direktansprache der MH-affinen Heime (St. Anna, Bad Breisig) hat problemlos funktioniert. Mit St. Anna gibt es eine sehr gute Zusammenarbeit.*
- ✓ *In Bad Breisig konnte 08-2020 dank der Vermittlung durch das Heim St. Josef die erste teilnehmende Ärztin gewonnen werden.*
- ✓ *Die Ansprache der ctt-Heime in Ahrweiler und in Kempenich war erschwert und bisher nicht erfolgreich.*
- ✓ *b) Die Ansprache der Heime in Remagen und Sinzig mit vermuteter Projektaffinität definierter Personen (PDLs) war teilweise erfolgreich. In Remagen wurde der Kontakt mit einem Arzt empfohlen, der vor. 09-2020 beitreten wird.*
- ✓ *c) Alle übrigen Heime wurden erneut kontaktiert (Mailingaktion). Es ergab sich ein persönlicher Kontakt mit einem Heim (Maranatha), der zu Gesprächen mit dem dort aktiven Hausarzt führte, dieses war jedoch nicht erfolgreich.*
- ✓ *d) Die MH-Heime in den Kreisen MYK und NR wurden recherchiert, aber noch nicht kontaktiert.*
- *Die Heime im Kreis AW sollten weiterhin regelmäßig, z.B. 2x jährlich, per Mailing über den Projektsachstand informiert werden.*
- *Sofern es die Umstände zulassen sollten 1-2x/Jahr Infoveranstaltungen zu HandinHand angeboten werden.*
- *Eine potentielle Kontaktaufnahme mit den MH-Heimen in den Kreisen MYK und NR sollte über die GF der MH Senioren GmbH vorbereitet werden.*

7 Krankenhäuser

- a) Sozialdienst MAW
- b) Sozialdienste alle gelisteten KHs

- ✓ a) Mit dem Sozialdienst des MAW hat es mehrere Gespräche gegeben, das dortige Team ist über HiH umfassend informiert.
- ✓ b) Alle acht Sozialdienste der gelisteten KHs in der Umgebung wurden angeschrieben, keine Reaktion.

- a) Der Austausch mit dem Sozialdienst des MAW sollte quartalsweise fortgesetzt werden.
- b) Die Sozialdienste aller übrigen KHs sollten 1-2x/Jahr per Mailingaktion über den aktuellen Projektstand informiert werden.

8 Informationsmedien für Patienten

Für allgemeine Informationen von Patienten und deren Angehörigen dienen u.a.:

- a) Patientenflyer
- b) Homepage www.pflegeexperten-center.de

- ✓ a) Der Flyer wurde 05-2020 aktualisiert und bei allen Mailingaktionen eingesetzt.
- ✓ b) Die Homepage www.pflegeexperten-center.de wird wöchentlich aktualisiert, es werden regelmäßig News eingestellt, die patientenrelevanten Information werden stets aktuell gehalten.

- Neuauflage Flyer bei Bedarf und Fortsetzung Pflege HP.

9 Presse + Öffentlichkeitsarbeit

Artikel erschienen bisher in:

- a) Blickaktuell
- b) Stadtzeitung BNA
- c) Rheinzeitung
- d) Generalanzeiger
- e) Marienhaus Echo

Geplant sind:

- a) Kölnische Rundschau Ausgabe Eifel
- b) Infosion
- c) Ärzteblatt RLP
- d) Deutsches Ärzteblatt
- e) Apothekenumschau
- f) SWR – Radio- oder Fernsehbeiträge

Vorschläge für neue Stories:

- a) Der 100. Patient (ca. Ende Mai 2020)
- b) Fuhrpark mit Logos → Unklar: Liefer-Zieltermin (ca. Juli 2020?)
- c) Einzelstory über einen Patienten (ca. 10-2020)

- ✓ Von Mai bis August 2020 hat es rund 40 Publikationen in Tages- und Wochenpresse, Fachpresse, Rundfunk und Fernsehen zu HandinHand gegeben. Die letzte umfassende Berichterstattung fand 06-2020 nach dem Besuch des Landrats im PEC statt.

- *Es sind Publikationen rund um den Besuch der Ministerpräsidentin (ggf. IV. Q. 2020) geplant, danach soll die umfassende Berichterstattung in den Medien intensiv fortgesetzt werden.*

10 Umfeldmarketing

- a) Apotheken
- b) Kirchen
- c) VdK
- d) Hospizverein
- e) Pflegestützpunkte
- f) Sozialämter der Kommunen + des Kreises AW
- g) Senioreneinrichtungen und Seniorentreffs

- ✓ *Von Mai bis Juli fand eine intensive „Umfeldmarketingaktion“ im Kreis Ahrweiler statt, bei der Personen und Institutionen im Landkreis angeschrieben und mit Infomaterial zu HiH versorgt wurden, bei denen eine mittlere bis hohe Projektaffinität vermutet werden durfte. Folgende Institutionen wurden angeschrieben:*
- ✓ *Kirchen = 18, Seniorentreffs etc. allgemein = 16, Gemeindeschwestern plus = 4*
- ✓ *Apotheken = 32, Bürgermeister = 8, Politiker = 21, Diverse Partner = 13, Sozialämter = 9*
- ✓ *Sozialdienst Krankenhäuser = 8, Pflegestützpunkte = 5.*
- ✓ *Bis auf punktuelle Ausnahmen (u.a. 2 Apotheken) gab es auf diese (sehr aufwändigen) Aktionen kaum Feedback.*
- *Die Mailingaktionen können ca. 2x/Jahr wiederholt werden, mit Erfolgen ist hier aber nicht zu rechnen.*

11 Veranstaltungen

- a) Auftakt mit Malu Dreyer
- b) Einladung an den Landrat
- c) Infoveranstaltung des Fördervereins KH Maria Hilf

- ✓ *Landrat Dr. Pföhler besuchte das PEC am 09.06.2020. Das Echo der Teilnehmer und der Medien war sehr positiv.*
- ✓ *Mit dem Vorsitzenden des Fördervereins Maria Hilf (Dr. Kreuter) wurde Kontakt geknüpft. Coronabedingt fallen Versammlungen des Fördervereins b.a.W. aus.*
- *Frau MP Malu Dreyer besucht das PEC vor. im IV. Q. 2020. Der Termin soll durch Medien begleitet werden.*
- *Weitere politisch Verantwortliche wurden identifiziert und werden ermuntert, das PEC medienwirksam zu besuchen.*

12 Durchsicht BSC HiH bzgl. Patientenakquise

W13 Budgetsteuerung

- a) Berechnung durch KD PEC, welche Laufzeitverlängerung möglich wäre → 07-2020

- ✓ *Eine 05-2020 erfolgte Überschlagsrechnung liess vermuten, dass aus Sicht der MH Holding (nur für deren Budget!) eine budgetneutrale Projektlaufzeitverlängerung von ca. n=6 Monaten möglich wäre. Diese Berechnung wurde 08-2020 aktualisiert und konkretisiert.*
- ✓ *Nach Initiative eines anderen Innovationsfondsprojekts ggü. DLR / G-BA, bei coronabedingten Projektproblemen ggf. auch einen Budgetaufwuchs zu ermöglichen, besteht eine gewisse Hoffnung, weil der G-BA diese Option in seiner Antwort nicht prinzipiell verneinte.*
- *Gemeinsam mit den Konsortialpartnern ist 08-2020 eine budgetneutrale Projektlaufzeitverlängerung zu prüfen, zu diskutieren und ggf. zu konsentieren. Anschließend könnte ein entsprechender Antrag beim DLR gestellt werden.*
- *Gemeinsam mit den Konsortialpartnern ist 2021 eine mögliche Budgeterhöhung zu prüfen, zu diskutieren und ggf. zu konsentieren. Anschließend könnte ein entsprechender Antrag beim DLR gestellt werden.*
- *Ggf. könnte hierzu auch der direkte Kontakt mit Prof. Hecken gesucht werden.*

W32 Konsortialmanagement

- a) Abklärung mit den Konsortialpartnern, ob die Partner eine Projektverlängerung (Wenn ja: Wie lange?) mittragen könnten → 08-2020 (Kon-PG-Sitzung 28.08.2020)

- ✓ *Siehe W13.*
- *Siehe W13.*

W35 Ethikkommission

- a) Anfrage bei der EC ÄK Nordrhein, wie das Procedere wäre, wenn Ärzte aus NRW interessiert wären

- ✓ *Die Nachfrage hat ergeben, dass für den Geltungsbereich der ÄK Nordrhein (leider) ein kompletter Neuantrag erforderlich ist, weil es zwischen der ÄK Nordrhein und LÄK RLP kein „EC-Abkommen“ für eine erleichterte Prüfung gibt.*
- *Weil ein Arzt aus Bad Münstereifel, Hr. Dr. Brünker, HandinHand beitreten will, wurde 08-2020 ein Antrag bei der EC der Ärztekammer Nordrhein gestellt.*

K11 Teilnehmende Ärzte

- a) Persönliche Ansprache aller Ärzte, die dem Vertrag HiH bisher beigetreten sind, bisher aber noch nicht zugewiesen haben → Läuft bereits, Details siehe Maßnahmenplan
- b) Persönliche Ansprache aller Ärzte, bei denen bis dato (aus verschiedenen Gründen) eine gewisse „Projektaffinität“ unterstellt werden kann (z.B. LOI unterschrieben, Mitglied Projektbeirat, persönliche Bekanntschaft) → Abklären, siehe Maßnahmenplan
- c) Ansprache von Ärzten, die eine Affinität zu Heimen haben, mit denen eine Kooperation besteht und / oder angestrebt wird → Abwarten, bis St. Anna etabliert ist

- d) Ansprache aller hausärztlich tätigen Ärzte im Kreis Ahrweiler → Brief + Zeitungsartikel + Flyer + Infokompodium
- e) Ansprache aller hausärztlich tätigen Ärzte im Umfeld des Kreises Ahrweiler → Abwarten

- ✓ *Mit allen bisher teilnehmenden Ärzten und projektaffinen Ärzten gab es rege Kontakte und Austausche. Es ist daher zu vermuten, dass die (bei jedem Arzt unterschiedlichen) Potentiale für einen HiH-affinen-Patientenstamm bisher und auch zukünftig so ausgeschöpft werden, wie es auch möglich ist.*
- ✓ *Ärzte mit Heim-Affinität wurden in BNA, Remagen, Sinzig und Bad Breisig gezielt angesprochen. Daraus haben sich zwei (!) konkrete Neu-Teilnahmen von Ärzten (Remagen, Bad Breisig) ab III. Q. 2020 ergeben.*
- ✓ *Alle hausärztlich tätigen Ärzte im Kreis Ahrweiler wurden von Projektleitung und Ärztenetz gemeinsam und noch einmal gesondert vom Landrat angesprochen, daraus resultierten keine neuen Optionen.*
- ✓ *Ärzte außerhalb des Kreises AW wurden bisher (auf Grund persönlicher Kontakte) nur im Bereich Bad Münstereifel / Tondorf angesprochen.*
- *Die bisher teilnehmenden Ärzte werden weiterhin über alle projektrelevanten Aspekte informiert.*
- *Der Austausch mit den Eifel-NRW-Ärzten wird fortgesetzt.*
- *Eine gezielte Ansprache der Hausärzte in den Landkreisen MYK und NR, in der Stadt Koblenz, und im Landkreis Vulkaneifel ist im Rahmen des Patientenakquisekonzept 2.0 zu erwägen.*
- *Ggf. sind weitere mögliche Zugangswege zur Ärzteschaft im Umkreis des Kreises AW zu prüfen.*

K12 Ärztenetz

- a) Erneute Ansprache aller Ärzte im Ärztenetz
- b) Werbeblock für HiH bei der Mitgliederversammlung am 1.7.2020

- ✓ *Alle hausärztlich tätigen Ärzte im Kreis Ahrweiler wurden von Projektleitung und Ärztenetz gemeinsam und noch einmal gesondert vom Landrat angesprochen, daraus resultierten keine neuen Optionen.*
- ✓ *Die Mitgliederversammlung des Ärztenetzes 2020 fällt coronabedingt aus.*
- *Siehe K11.*

K14 AOK

- a) Bitte an die AOK, in der Mitgliederzeitung in RLP für HiH zu werben
- b) Abklärung mit der AOK, ob bestimmte Patientengruppen gezielt angesprochen werden können (alle ab 60, Chroniker) → GL kann dort nachfragen

- ✓ *Die AOK wurde mit der Bitte um Platzierung von HiH im Mitgliedermagazin angesprochen.*
- *Es sind Artikel über HiH im Mitgliedermagazin und in der G+G geplant.*

K21 Heime

- a) Ansprache aller MHUG-assoziierten Heime → Siehe Maßnahmenplan
- b) Ansprache aller Heime, bei denen eine Projektaffinität bekannt, unterstellt oder vermutet wird → GL hat St. Franziskus Oberwinter und Johanniter Sinzig angesprochen, siehe Maßnahmenplan
- c) Ansprache aller Heime im Kreis Ahrweiler → Siehe Maßnahmenplan
- d) Recherche MH-Heime im Umkreis von Kreis AW → Recherche durch GL
- e) Ansprache aller Heime im Umfeld des Kreises Ahrweiler → Abwarten

➤ *Siehe Nr.8.*

K25 Diverse Partner

- a) Ansprache aller Apotheken im Kreis Ahrweiler (Flyer auslegen) → Ja
- b) Ansprache der Kirchengemeinden im Kreis Ahrweiler → Ja
- c) Ansprache aller Pflegestützpunkte → Ja
- d) Ansprache der Sozialämter im Kreis Ahrweiler → Ja
- e) Ansprache aller hauptamtlichen Betreuer → Recherche durch Fr. Hardt

➤ *Siehe Nr.10 (Umfeldmarketing).*

K33 Lokales Marketing

- a) Wiederholung der Pressekampagnen bei den lokalen Zielmedien in definiertem Abstand (z.B. einmal pro Quartal) → Ja, ca. Ende Mai: „Der 100. Patient“
- b) Infoveranstaltung Förderverein → GL fragt nach
- c) Auftaktveranstaltung mit Malu Dreyer → Abwarten Termin wg. Corona

➤ *Siehe Nr.8 bis 11.*

L21 RWI

- a) Abklärung, ob Patienten, die länger als 6 Monate im Projekt verweilen, dann als neue Patienten gezählt werden können → 08-2020 nachfragen
- b) Abklärung, ob an der Zahl n=1.500 streng festgehalten werden muss oder ob (aus wissenschaftlicher Sicht) auch eine geringere Fallzahl akzeptabel wäre → 08-2020 nachfragen.

- ✓ *Dem RWI wurden 07-2020 beide Fragestellungen genannt.*
- *Das RWI hat beide Fragestellungen geprüft und 08-2020 abschlägig beschieden (Siehe A5).*

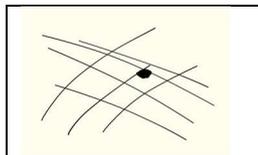
13 Maßnahmenplan

Der folgende Maßnahmenplan wurde 05-2020 verabschiedet. Richtschnur:

- Was ist einfach zu bewerkstelligen?
- Was geht schnell?
- Was hat (unter Berücksichtigung der jetzigen Projektphase) eher einen „Gießkanneneffekt“?

Die Bearbeitungssachstände zum Zeitpunkt Vorlage Akquisekonzept 2.0 sind in der Rubrik „Status“ vermerkt. Offene und / oder noch in Bearbeitung befindliche Maßnahmen wurden in den Maßnahmenkatalog des Akquisekonzept 2.0 übernommen.

	Maßnahme/Aktion	Termine	Verantwortlich	Status
	W13 Budgetsteuerung			
1	Berechnung MH-Budget Projektverlängerung	07-2020	EF	Erledigt
	W32 Konsortialpartner			
2	Abklärung: Laufzeitverlängerungen bei den Kon-Partnern möglich?	08-2020	EF, GL, Kon-PG	In Bearbeitung
	W35 Ethikkommission			
1	Anfrage EC ÄK Nordrhein	05-2020	GL	Erledigt
	K11 Teilnehmende Ärzte			
1	Dres. Mevis und Schmitt / Telefon	05-2020	GL	Erledigt
2	Fr. Dr. Valerius / Kein Rückruf an GL erfolgt / FAX	05-2020	GL	Erledigt
3	Dr. Maschmeyer / Abklärung	05-2020	SD, SLB, AO	Erledigt
4	Dres. Rafat und Hauser / Rücksprache mit Dr. Berbig – per Email	05-2020	GL	Erledigt
5	Dr. Gies / Erfahrungen SK abwarten	05-2020	SK	Erledigt
6	Dr. Nasserabadi / Nachfrage bei den MFAs	05-2020	SD	Erledigt
7	Dr. Ulic ADE / Tel. Nachfrage	05-2020	GL	Erledigt
8	Fr. Dr. Gruber / Nachfrage bei SB	04-2020	SD, GL, SB	Erledigt
9	Fr. Dr. Näkel / erneute Ansprache über Dr. Berbig / GL schreibt ihn an	05-2020	GL	Erledigt
10	Dr. Zumbel/Weber, Dr. Schmidt (Sinzig), Fr. Dr. Westfahl – Bad Münstereifel	04-2020	SD	Erledigt
11	BBreisig-Ärzte / Rückmeldung Hr. Warnke St. Josef BBreisig abwarten	05-2020	GL	Erledigt
12	Fr. Dr. Spall / über Heim Johanniter Sinzig (Fr. S. Matthews) ansprechen	04-2020	GL	Erledigt
13	Dr. Harsany und Dr. Lehmann in Oberwinter ansprechen / per Briefpost	04-2020	GL	Erledigt
14	St. Anna-affine-Ärzte / Erfahrungen ALB, AO und CB in 05.2020 abwarten	05-2020	ALB, AO, CB, GL	Erledigt
15	Absprache Dr. Berbig / Brief + Flyer + Zeitungsartikel → Hausärzte Kreis AW	05-2020	GL	Erledigt
	K13 AOK			
1	Anfrage bei der AOK wg. Mitgliederwerbung, ggf. Spezial-Zielgruppe 60+	05-2020	GL	Erledigt
	K21 Heime			
1	St. Josef BBreisig: Rückmeldung Hr. Warnke abwarten	05-2020	GL	Erledigt
2	ctt: Rückmeldung wg. EC Hildegard-Stiftung abwarten	05-2020	GL	Erledigt
3	Franziskus - Remagen + Johanniter - Sinzig / Unterlagen per Email	04-2020	GL	Erledigt
4	Brief an alle Heime + Flyer + Infokompodium + Zeitungsartikel	05-2020	EH, GL	Erledigt
5	MH-Heime im Umfeld Kreis AW recherchieren	05-2020	GL	Erledigt
	K22 KHS			
1	Sozialdienst MAW erneut ansprechen und mit Flyern beliefern	05-2020	SD	Erledigt
2	Sozialdienste aller gelisteten KHS anschreiben + Flyer beilegen	05-2020	EH, GL	Erledigt
	K25 Diverse Partner			
1	Brief an alle Apotheken im Kreis Ahrweiler + Flyer	05-2020	EH, GL	Erledigt
2	Gezielter persönlicher Besuch einzelner Apotheken	II. Q. 2020	SD	Erledigt
3	Brief an alle Kirchen (mit persönlicher Anrede) im Kreis Ahrweiler + Flyer	05-2020	EH, GL	Erledigt
4	Brief an die Pflegestützpunkte + Flyer	05-2020	EH, GL, SD	Erledigt
5	Brief an alle Sozialämter inkl. Kreisverwaltung + Flyer	05-2020	EH, GL	Erledigt
6	Recherche „Hauptamtliche Betreuer“ im Kreis Ahrweiler	05-2020	EH	Erledigt
7	Senioreneinrichtungen / Seniorentreffs, Brief + Flyer / Welche gibt es - AW?	05-2020	GL / EH, GL	Erledigt
	K33 Lokales Marketing			
1	Anfrage beim VdK wg. Flyer-Versand-Aktion, Fr. Ley, Schriftführerin	05-2020	SD	Erledigt
2	Anfrage VDK erneutes Mitgliedertreffen bei Fr. Ley, Schriftführerin	05-2020	SD	Erledigt
3	Anfrage beim Hospizverein wg. Flyer-Versand-Aktion	05-2020	SD	Erledigt
4	Anfrage Förderverein Maria Hilf wg. Vortrag	05-2020	GL	Erledigt
5	Vorbereitung Artikel: „Der 100. Patient ist eingeschlossen“	05-2020	GL, HeF, SD	Erledigt
	K34 Globales Marketing			
1	Kontaktaufnahme mit Apothekenumschau	04-2020	GL	Erledigt
2	Radiosender mit Relevanz für den Kreis AW recherchieren	05-2020	GL	Erledigt
	P32 Fuhrpark			
1	Nachfrage, wann die Leasingfahrzeuge inkl. Beschriftung bereit stehen werden	05-2020	EF	Erledigt
	L21 RWI			
1	Patienten doppelt zählen ab 6 Monate? / <1.500 Patienten möglich?	07-2020	RWI	Erledigt



HandinHand – Konzept Marketing + Patientenakquise

G. Lauen, 12.05.2021

Inhalt

1. Vorgeschichte
2. Zielsetzungen des Projekts
3. Ziele Marketing und Patientenakquise
4. Aktivitäten

1. Vorgeschichte

Das hier vorgelegte Konzept Marketing und Patientenakquise schreibt das Konzept Öffentlichkeitsarbeit zu HandinHand vom 18.09.2019 bzw. in der überarbeiteten Version vom 19.02.2020 und das Patientenakquisekonzept (1.0 vom 27.04.2020, 2.0 vom 28.08.2020) fort.

2. Zielsetzungen des Projekts

In der Ergänzungsvereinbarung zum „Vertrag HandinHand“ vom 07.05.2021 sind u.a. folgende Projektziele gelistet, welche mit Hilfe der u.a. Maßnahmen erreicht werden sollen:

- Erfolgreicher Start der Patientenrekrutierung bis 31.03.2020 mit Rekrutierung von 1.500 Patientinnen und Patienten für das Projekt HandinHand bis 31.03.2022.
- Erfolgreiche Behandlung von 1.300 Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von jeweils mindestens sechs Monaten bis spätestens 30.09.2022.

3. Ziele Marketing und Patientenakquise

Daraus ergeben sich für Marketing und Patientenakquise in der Restlaufzeit des Projekts HandinHand folgende Zielsetzungen:

- Projektunterstützung im Umfeld des Pflegeexperten-Centers durch
 - (potentiell) zuweisende Ärztinnen und Ärzte
 - (potentielle) Patienten und deren Angehörige
 - Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, v.a. in der Region Ahrweiler.
- Projektunterstützung im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen und in der deutschen Gesundheitspolitik. Dazu zählen:
 - Politische Entscheider und Meinungsbildner
 - Institutionen der Selbstverwaltung
 - Fachöffentlichkeit.

4. Aktivitäten

Ärzte

- Erstellung einer HiH-Broschüre mit O-Tönen und Fotos zufriedener Ärzte im III. Q. 2021 und Aussendung an alle bisher kontaktierten Ärzte im Kreis Ahrweiler und Umgebung. Anschließend Kontaktierung der angeschriebenen Ärzte in geeigneter Form.

(Potentielle) Patienten und Angehörige, Institutionen Region Ahrweiler

- Versand der HiH-Broschüre auch an diese Zielgruppen in geeigneter Form.

Homepage HandinHand

- Pflege der Homepage <http://www.pflegeexperten-center.de> durch die Projektmanagerin.

Lokale Printmedien

- Anlassbezogene Berichterstattung in den lokalen Printmedien (Blickaktuell, Stadtzeitung, Wochenspiegel, Rheinzeitung, Kölner Stadtanzeiger), möglichst mindestens 1*/Quartal.

Globale Printmedien

- Berichterstattung in überregionalen Medien (DÄB, Pflegefachzeitschriften, ...) nach Vorlage von HiH-Zwischenberichten seitens des RWI mit positiven Zwischenergebnissen.

Veranstaltungen

- Nach Ende der Coronabeschränkungen ggf. Informationsveranstaltungen zu HandinHand.

Politik

- Information der MdLs/Rheinland-Pfalz und der MdBs/Bundestag nach Konstituierungen und Besetzung der Fachausschüsse, jeweils unter Voraussetzung positiver Zwischenberichte.

G-BA

- Nach Vorlage positiver Zwischenberichte Beratung (MHUG-intern und gemeinsam mit Konsortialpartnern), ob ein Antrag auf budgeterhöhende Projektlaufzeitverlängerung, z.B. um 2-3 Jahre, gestellt werden kann/soll. Falls ja, müsste der Antrag vermutlich bis ca. Ende 2021 gestellt werden.

Revision

- Revision des hier vorgelegten Konzepts durch die PEC-Steuerungsgruppe 12-2021 und Festlegung der weiteren Maßnahmen für 2022.

■

PFLEGEEXPERTEN-CENTER
DER MARIENHAUS HOLDING GMBH



Projekt *HandinHand*

Ärzte und Pflegeexperten für
Ihre Gesundheit in der Region Ahrweiler



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Interessierte!

Was ist das Projekt *HandinHand*?

Ziel des Projekts *HandinHand* ist die Einführung einer neuen Versorgungsform mit dem Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Ihre Ärztin / Ihr Arzt erhält durch das Projekt Unterstützung durch eine speziell geschulte Pflegefachkraft.

Ihre Ärztin / Ihr Arzt überträgt einige ihrer/seiner Tätigkeiten auf sogenannte Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mit entsprechender Qualifikation. Pflegefachkräfte eignen sich für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, da sie über eine medizinisch-pflegerische Grundausbildung verfügen. Die in dem Projekt *HandinHand* eingesetzten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten verfügen über mehrjährige Berufserfahrung im Krankenhaus. Sie erhielten alle eine spezielle Fortbildung zur Begleitung von chronisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld. Begleitend zu ihrer Arbeit absolvieren die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten ein Studium an der pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) im Studiengang „Pflegeexpertise“.

Es handelt sich zunächst um ein zeitlich begrenztes Projekt mit wissenschaftlicher Begleitung. Durch die wissenschaftliche Begleitung wird festgestellt, inwieweit das Projekt *HandinHand* für Patienten vorteilhaft ist, somit zur Verbesserung der Versorgungslandschaft beiträgt und in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung überführt werden kann.

Welchen Nutzen hat das Projekt *HandinHand* für mich als Versicherte / als Versicherten?

Bei Aufnahme in das Projekt werden Sie von einer Pflegeexpertin / einem Pflegeexperten zu Hause aufgesucht. Zunächst führt diese/dieser eine Erhebung über die Erkrankungen und damit verbundene Einschränkungen durch. Gemeinsam mit Ihnen wird ein Plan aufgestellt, welche Maßnahmen in der kommenden Zeit durchzuführen sind. Dieser Plan beinhaltet auch Angaben darüber, in welchen Zeitabständen Sie zukünftig besucht werden. Die Pflegeexpertin / der Pflegeexperte hält bei jedem Hausbesuch und bei jeder geplanten Maßnahme Rücksprache mit Ihrer behandelnden Ärztin / Ihrem behandelnden Arzt. Diese Kontaktaufnahme wird durch eine elektronische Patientenakte („ePA für Pflege“) unterstützt.

Wie kann ich an dem Projekt *HandinHand* teilnehmen?

Das Projekt *HandinHand* richtet sich an alle gesetzlich Versicherte, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, die Praxis der Ärztin / des Arztes aufzusuchen und einer medizinischen Betreuung im häuslichen Umfeld bedürfen. Die Teilnahme ist freiwillig. In der Regel hat Sie Ihre Ärztin / Ihr Arzt auf das Projekt aufmerksam gemacht. Sie erhalten eine Teilnahmeerklärung, welche Sie unterzeichnet bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt abgeben, damit diese/dieser die unterschriebene Teilnahmeerklärung über das Pflegeexperten-Center an Ihre Krankenkasse weiterleitet.

Welche Leistungen werden genau an die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten übertragen?

Die Aufgaben der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten im Projekt *HandinHand* umfassen folgende Punkte:

- Durchführung des Hausbesuchs im Auftrag der Ärztin / des Arztes;
- Überwachung und Dokumentation der krankheits-spezifischen Symptome, wie z. B. Kontrolle des Blutzuckers oder der Sauerstoffsättigung;
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter z. B. Puls, Blutdruck, Atmung;
- Überwachung und Dokumentation der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten medikamentösen Therapie, sowie deren Interaktionen, Nebenwirkungen und allgemeiner Verträglichkeit;
- Überwachung und Anleitung der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten physikalischen Therapie, wie z. B. regelmäßige Inhalationen;
- Zusammenarbeit mit der Ärztin / dem Arzt bei der Wundpflege von Problemwunden und Druckgeschwüren, Beurteilung und Dokumentation des Zustands der Wunde;
- Durchführung von diagnostischen Maßnahmen wie z. B. EKG, Lungenfunktionstest, Langzeitblutdruckmessungen, sowie deren Dokumentation;
- Durchführung von Blutentnahmen;
- Durchführungen von subkutanen und intramuskulären Injektionen;
- Durchführung von Impfungen;
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests;
- Förderung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung durch persönliche Beratung;

- Anleitung und Schulung zum Umgang mit der Erkrankung mit dem Ziel der Stabilisierung durch eigenständige Kontrolle der Patientinnen und Patienten, Training des Selbstmanagements;
- Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Gefahrenpotenzialen im häuslichen Umfeld, wie z. B. Sturzgefahr;
- Schulung, Beratung und Anleitung zur Gesundheitsförderung und Eindämmung von Gefahrenpotenzialen;
- Förderung der körperlichen Aktivität im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert;
- Sie sind grundsätzlich bereit, am Projekt *HandinHand* mitzuwirken;
- Sie haben eine Ärztin / einen Arzt gewählt, die/der an dem Projekt *HandinHand* teilnimmt, und erklären, diesen vorrangig für Ihre Behandlung im Rahmen des Projekts *HandinHand* in Anspruch zu nehmen;
- Sie wechseln während Ihrer Projektteilnahme nicht die Ärztin / den Arzt;
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung und
- aufgrund Ihrer Erkrankungen ist es Ihnen in der Regel nicht möglich oder zumutbar, Ihre Ärztin / Ihren Arzt an ihrem/seinem Praxis-Standort aufzusuchen.

Ihre Teilnahme an dem Projekt HandinHand ist freiwillig und für Sie kostenfrei.

Projektförderung zur Sicherstellung der Patientenversorgung

Den Ärztinnen und Ärzten in Rheinland-Pfalz liegt eine gute, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Menschen sehr am Herzen. Das Projekt *HandinHand* richtet sich an Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen, die aufgrund ihrer Erkrankung einen erhöhten medizinischen Betreuungsbedarf haben. Das Projekt *HandinHand* wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen: 01NVF17047) gefördert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland.

Unser Team

Das Team des Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH besteht aus 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Der Projektleiter, die Projektmanagerin und die Verwaltungsangestellte stellen die administrative Verknüpfung zum Gesamtprojekt sicher und bilden das organisatorische Rückgrat des Pflegeexperten-Centers. Die Leiterin und ihre Stellvertretung sind für die pflegerische Kernleistung des Pflegeexperten-Centers verantwortlich. Sie leiten das Team der zehn Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten.



Haben Sie noch Fragen?
Sprechen Sie uns gerne an.



Silke Doppelfeld
Leiterin
des Pflegeexperten-Centers
Telefon: 02641 9185-974
E-Mail: silke.doppelfeld@marienhaus.de



Stefanie Klein
Stellvertretende Leiterin
des Pflegeexperten-Centers
Telefon: 02641 9185-975
E-Mail: stefanie.klein@marienhaus.de



Prof. Dr. med. Gunther Lauen
Projektleiter
HandinHand
E-Mail: gunther.lauen@marienhaus.de



Elena Faber
Projektmanagerin
HandinHand
Telefon: 02641 2077-956
E-Mail: elena.faber@marienhaus.de



Evelyn Hardt
Verwaltungsangestellte
des Pflegeexperten-Centers
Telefon: 02641 2077-955
E-Mail: evelyn.hardt@marienhaus.de

Kontakt

PFLEGEEXPERTEN-CENTER DER MARIENHAUS HOLDING GMBH

Sprengnetter-Center, Haus 9
Heerstraße 109
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Telefon 02641 2077-955

Telefax 02641 83-897900

E-Mail pflegeexperten-center@marienhaus.de

PFLEGEEXPERTEN-CENTER
DER MARIENHAUS HOLDING GMBH



Projekt *HandinHand*

Ärzte und Pflegeexperten für
Ihre Gesundheit in der Region Ahrweiler



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Interessierte!

Was ist das Projekt *HandinHand*?

Ziel des Projekts *HandinHand* ist die Einführung einer neuen Versorgungsform mit dem Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Ihre Ärztin / Ihr Arzt erhält durch das Projekt Unterstützung durch eine speziell geschulte Pflegefachkraft.

Ihre Ärztin / Ihr Arzt überträgt einige ihrer/seiner Tätigkeiten auf sogenannte Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mit entsprechender Qualifikation. Pflegefachkräfte eignen sich für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, da sie über eine medizinisch-pflegerische Grundausbildung verfügen. Die in dem Projekt *HandinHand* eingesetzten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten verfügen über mehrjährige Berufserfahrung im Krankenhaus. Sie erhielten alle eine spezielle Fortbildung zur Begleitung von chronisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld. Begleitend zu ihrer Arbeit absolvieren die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten ein Studium an der pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) im Studiengang „Pflegeexpertise“.

Es handelt sich zunächst um ein zeitlich begrenztes Projekt mit wissenschaftlicher Begleitung. Durch die wissenschaftliche Begleitung wird festgestellt, inwieweit das Projekt *HandinHand* für Patienten vorteilhaft ist, somit zur Verbesserung der Versorgungslandschaft beiträgt und in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung überführt werden kann.

Welchen Nutzen hat das Projekt *HandinHand* für mich als Versicherte / als Versicherten?

Bei Aufnahme in das Projekt werden Sie von einer Pflegeexpertin / einem Pflegeexperten zu Hause aufgesucht. Zunächst führt diese/dieser eine Erhebung über die Erkrankungen und damit verbundene Einschränkungen durch. Gemeinsam mit Ihnen wird ein Plan aufgestellt, welche Maßnahmen in der kommenden Zeit durchzuführen sind. Dieser Plan beinhaltet auch Angaben darüber, in welchen Zeitabständen Sie zukünftig besucht werden. Die Pflegeexpertin / der Pflegeexperte hält bei jedem Hausbesuch und bei jeder geplanten Maßnahme Rücksprache mit Ihrer behandelnden Ärztin / Ihrem behandelnden Arzt. Diese Kontaktaufnahme wird durch eine elektronische Patientenakte („ePA für Pflege“) unterstützt.

Wie kann ich an dem Projekt *HandinHand* teilnehmen?

Das Projekt *HandinHand* richtet sich an alle gesetzlich Versicherte, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, die Praxis der Ärztin / des Arztes aufzusuchen und einer medizinischen Betreuung im häuslichen Umfeld bedürfen. Die Teilnahme ist freiwillig. In der Regel hat Sie Ihre Ärztin / Ihr Arzt auf das Projekt aufmerksam gemacht. Sie erhalten eine Teilnahmeerklärung, welche Sie unterzeichnet bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt abgeben, damit diese/dieser die unterschriebene Teilnahmeerklärung über das Pflegeexperten-Center an Ihre Krankenkasse weiterleitet.

Welche Leistungen werden genau an die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten übertragen?

Die Aufgaben der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten im Projekt *HandinHand* umfassen folgende Punkte:

- Durchführung des Hausbesuchs im Auftrag der Ärztin / des Arztes;
- Überwachung und Dokumentation der krankheits-spezifischen Symptome, wie z. B. Kontrolle des Blutzuckers oder der Sauerstoffsättigung;
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter z. B. Puls, Blutdruck, Atmung;
- Überwachung und Dokumentation der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten medikamentösen Therapie, sowie deren Interaktionen, Nebenwirkungen und allgemeinen Verträglichkeit;
- Überwachung und Anleitung der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten physikalischen Therapie, wie z. B. regelmäßige Inhalationen;
- Zusammenarbeit mit der Ärztin / dem Arzt bei der Wundpflege von Problemwunden und Druckgeschwüren, Beurteilung und Dokumentation des Zustands der Wunde;
- Durchführung von diagnostischen Maßnahmen wie z. B. EKG, Lungenfunktionstest, Langzeitblutdruckmessungen, sowie deren Dokumentation;
- Durchführung von Blutentnahmen;
- Durchführungen von subkutanen und intramuskulären Injektionen;
- Durchführung von Impfungen;
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patientinnen und Patienten mit Hilfe standardisierter Tests;
- Förderung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung durch persönliche Beratung;

- Anleitung und Schulung zum Umgang mit der Erkrankung mit dem Ziel der Stabilisierung durch eigenständige Kontrolle der Patientinnen und Patienten, Training des Selbstmanagements;
- Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Gefahrenpotenzialen im häuslichen Umfeld, wie z. B. Sturzgefahr;
- Schulung, Beratung und Anleitung zur Gesundheitsförderung und Eindämmung von Gefahrenpotenzialen;
- Förderung der körperlichen Aktivität im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert;
- Sie sind grundsätzlich bereit, am Projekt *HandinHand* mitzuwirken;
- Sie haben eine Ärztin / einen Arzt gewählt, die/der an dem Projekt *HandinHand* teilnimmt, und erklären, diesen vorrangig für Ihre Behandlung im Rahmen des Projekts *HandinHand* in Anspruch zu nehmen;
- Sie wechseln während Ihrer Projektteilnahme nicht die Ärztin / den Arzt;
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung und
- aufgrund Ihrer Erkrankungen ist es Ihnen in der Regel nicht möglich oder zumutbar, Ihre Ärztin / Ihren Arzt an ihrem/seinem Praxis-Standort aufzusuchen.

Ihre Teilnahme an dem Projekt HandinHand ist freiwillig und für Sie kostenfrei.

Projektförderung zur Sicherstellung der Patientenversorgung

Den Ärztinnen und Ärzten in Rheinland-Pfalz liegt eine gute, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Menschen sehr am Herzen. Das Projekt *HandinHand* richtet sich an Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen, die aufgrund ihrer Erkrankung einen erhöhten medizinischen Betreuungsbedarf haben. Das Projekt *HandinHand* wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen: 01NVF17047) gefördert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland.

Unser Team

Das Team des Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH besteht aus 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Der Projektleiter, die Projektmanagerin und die Verwaltungsangestellte stellen die administrative Verknüpfung zum Gesamtprojekt sicher und bilden das organisatorische Rückgrat des Pflegeexperten-Centers. Die Leiterin und ihre Stellvertretung sind für die pflegerische Kernleistung des Pflegeexperten-Centers verantwortlich. Sie leiten das Team der zehn Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten.



Haben Sie noch Fragen?
Sprechen Sie uns gerne an.



Silke Doppelfeld
Leiterin
des Pflegeexperten-Centers
Telefon: 02641 9185-974
E-Mail: silke.doppelfeld
@marienhaus.de



Stefanie Klein
Stellvertretende Leiterin
des Pflegeexperten-Centers
Telefon: 02641 9185-975
E-Mail: stefanie.klein
@marienhaus.de



Prof. Dr. med. Gunther Lauen
Projektleiter
HandinHand
E-Mail: gunther.lauen
@marienhaus.de



Elena Faber
Projektmanagerin
HandinHand
Telefon: 02641 2077-956
E-Mail: elena.faber
@marienhaus.de



Evelyn Hardt
Verwaltungsangestellte
des Pflegeexperten-Centers
Telefon: 02641 2077-955
E-Mail: evelyn.hardt
@marienhaus.de

Kontakt

PFLEGEEXPERTEN-CENTER DER MARIENHAUS HOLDING GMBH

Sprengnetter-Center, Haus 9
Heerstraße 109
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Telefon 02641 2077-955

Telefax 02641 2077-957

E-Mail pflegeexperten-center@marienhaus.de





**PFLEGEEXPERTEN-CENTER
DER MARIENHAUS HOLDING GMBH**



PFLEGEEXPERTEN-CENTER
DER MARIENHAUS
HOLDING GMBH



**Projekt
HandinHand**

Ärzte und Pflegeexperten
für Ihre Gesundheit
in der Region Ahrweiler



www.pflegeexperten-center.de

PFLEGEEXPERTEN-CENTER
DER MARIENHAUS
HOLDING GMBH



**Pflegeexperten-
Center**

Unsere Leitgedanken:
innovativ • partnerschaftlich •
präventiv • wissenschaftlich fundiert •
für unsere Patientinnen und
Patienten in der Region



www.pflegeexperten-center.de



www.marienhaus.de

Kurzinfo HandinHand

G. Lauven, 01.04.2020

Was ist das Innovationsfondsprojekt HandinHand?

In ländlichen Regionen steigt der Anteil älterer Menschen mit einem hohen medizinischen Versorgungsbedarf. Zugleich sinkt hier die Zahl der (Haus-)Ärzte. Ziel des Projekts HandinHand, welches vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss mit ca. 8 Mio. € über einen Zeitraum von drei Jahren gefördert wird, ist es, Hausärzte bei der zeitintensiven Begleitung chronisch kranker Menschen zu unterstützen und zu entlasten. Ca. 1.500 Patienten im Kreis Ahrweiler sollen daran teilnehmen.

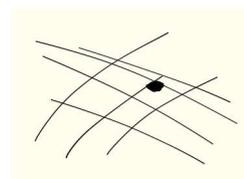
Pflegeexperten, die an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) das Zusatzstudium Pflegeexpertise B. Sc. absolvieren, arbeiten seit Herbst 2019 in einem Pflegeexperten-Center in Bad Neuenahr-Ahrweiler. In enger Abstimmung mit den Hausärzten der Region werden sie die Patienten zu Hause aufsuchen und betreuen. Weitere wichtige Projektpartner der Marienhaus Holding GmbH als Konsortialführer sind dabei das Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. und das Rechenzentrum Volmarstein, welches eine elektronische Patientenakte beisteuert. Bei der unabdingbaren wissenschaftlichen Begleitforschung sind das RWI-Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung in Essen, die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, die Universität zu Lübeck und die Universität Köln beteiligt.

Das Projekt ist mit der Aufbauphase am 01.07.2019 gestartet. Die ersten Patienten werden seit März 2020 betreut. Die Projektlaufzeit beträgt drei Jahre, d.h. bis 30.06.2022.

Nähere Informationen finden Sie unter: www.pflegeexperten-center.de / Email: pflegeexperten-center@marienhaus.de / Telefon: 02641 2077-955

HandinHand – Infokompodium

Stand: 01.06.2020, G. Lauen



Inhalt

1. Titel	6. Projektdetails
2. Projektidee	7. Wissenschaft
3. Kernprozess	8. Projektadministration
4. Sachstand des Projekts	9. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
5. Meilensteine	10. Projektbeteiligte

1. Titel

HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region, Förderkennzeichen 01NVF17047.

2. Projektidee

In der Bevölkerung ländlicher Regionen steigt der Anteil älterer Menschen mit einem hohen medizinischen Versorgungsbedarf. Zugleich sinkt hier die Zahl der (Haus-)Ärzte. Es fehlen Nachwuchsärzte, die den steigenden Versorgungsbedarf künftig sicherstellen. Der Weg zum nächstgelegenen Hausarzt ist hier schon heute für viele ältere Patienten zu weit. Die Überlastung der Arztpraxen ist eine der Gründe für unnötige Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte.

Das *Projekt HandinHand* soll dieser Entwicklung entgegenwirken. In einer ausgewählten Region (Kreis Ahrweiler, Einzugsbereich des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V.) sollen akademisch zusatz-ausgebildete Pflegeexperten die Hausärzte bei der zeitintensiven Begleitung chronisch kranker Menschen aufsuchend unterstützen und entlasten.

Die Gesundheitssituation der Patienten soll verbessert und ihre Sicherheit erhöht werden. Damit die Hausärzte auf mögliche Komplikationen frühzeitig reagieren können, wird über eine elektronische Patientenakte (*ePA für Pflege*) Transparenz über den aktuellen Gesundheitszustand der Patienten geboten.

Ca. 1.500 chronisch kranke Patienten im Alter von mehr als 60 Jahren sollen an dem Projekt teilnehmen. *HandinHand* wird wissenschaftlich begleitet und bewertet.

3. Kernprozess

An *HandinHand* teilnehmende Hausärzte der Region Ahrweiler, vor allem Mitglieder des Ärztenetzes Kreis Ahrweiler e.V., führen in ihrem Patientenstamm ein definiertes Screening durch, sprechen Patienten (bzw. deren Angehörige) an und holen das Einverständnis der Patienten zur Projektteilnahme ein.

Nach Übermittlung der Patientendaten an das Pflegeexperten-Center sucht ein Pflegeexperte (m/w/d) den Patienten (zu Hause) auf, führt eine Eingangserhebung durch und erstellt einen Versorgungsplan. Nach dessen Freigabe durch den Hausarzt werden die Patienten von den Pflegeexperten in festzulegender Regelmäßigkeit mindestens sechs Monate lang in häuslicher Umgebung aufgesucht und betreut. Zu jedem Pflegeexperten-Patienten-Kontakt findet eine Information an den Hausarzt statt.

Die Dokumentation erfolgt in einer elektronischen Patientenakte (*ePA für Pflege*).

4. Sachstand des Projekts

Die Konsortialführerin Marienhaus Holding GmbH und ihre Konsortialpartner hatten 05-2017 beim G-BA/Innovationsfonds die Projektförderung beantragt. Dieser Antrag wurde 10-2017 positiv beschieden. Konsortialführerin und Konsortialpartner erfüllten diverse Auflagen,

welche gegenüber dem Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR, Projektträger für den G-BA) anzuzeigen waren. Der entsprechende Änderungsbescheid wurde am 18.07.2019 erteilt. Der Förderzeitraum begann rückwirkend am 01.07.2019 und endet am 30.06.2022. Die Patientenrekrutierung hat 03-2020 begonnen. Stand Ende 05-2020 werden n=76 Patienten im Rahmen von *HandinHand* betreut.

5. Meilensteine

Datum	Sachverhalt	Status
20.02.2017	G-BA Förderbekanntmachung Neue Versorgungsformen	Erledigt
23.05.2017	Einreichen des Förderantrags	Erledigt
19.10.2017	Positive Entscheidung des Innovationsausschusses	Erledigt
29.11.2017	Förderbescheid des G-BA mit diversen Auflagen	Erledigt
21.12.2018	Antwort an das DLR (Projektträger G-BA), Auflagenerfüllung	Erledigt
06.03.2019	Erneute Rückfragen des DLR wurden allesamt beantwortet	Erledigt
18.07.2019	Positiver Änderungsbescheid des DLR liegt vor	Erledigt
01.07.2019	Beginn der Förderphase	Läuft
13.09.2019	Erste Ärzte sind HandinHand beigetreten	Erledigt
24.09.2019	Vertrag HandinHand und Weiterleitungsverträge von allen Konsortialpartnern unterschrieben	Erledigt
01.10.2019	Zehn Pflegeexperten haben Tätigkeit im Pflegeexperten-Center (PE-Center) aufgenommen und Studium begonnen	Erledigt
28.10.2019	Räumlichkeit PE-Center in Bad Neuenahr-Ahrweiler bezogen	Erledigt
06.11.2019	Erster Qualitätszirkel Ärzte / Pflegeexperten	Erledigt
28.11.2019	Positiver Änderungsbescheid mit Aufhebung aller Budgetsperren des DLR liegt vor	Erledigt
29.01.2020	Positives Votum Ethikkommission Landesärztekammer RLP	Erledigt
I. Q. 2020	Abschluss Einarbeitung Pflegeexperten und Vorbereitungsarbeiten im Pflegeexperten-Center	Erledigt
20.03.2020	Beginn der Interventionsphase / Erste Patientenrekrutierung	Erledigt
30.09.2021	Ende der Neurekrutierung von Patienten für das Projekt	Geplant
31.03.2022	Ende der Patientenbehandlungen, Ende Interventionsphase	Geplant
30.06.2022	Vorlage Projektabschlussbericht und Projektevaluationsbericht	Geplant
30.06.2022	Projektende	Geplant

6. Projektdetails

6.1. Pflegeexperten-Center (PE-Center)

Das PE-Center ist in einer Büroimmobilie in 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler (Heerstraße 109, Haus Nr. 9, „Sprengnetter-Center“) angesiedelt.

Das PE-Center wird von einer Leiterin und einer stellvertretenden Leiterin jeweils mit pflegerischer Ausbildung, Berufserfahrung und Zusatzstudium geleitet werden. Es wurden zehn examinierte Pflegekräfte mit Berufserfahrung für eine Mitarbeit gewonnen. Zum Team des PE-Centers gehören ferner eine Verwaltungsfachangestellte, EDV Mitarbeiter, die Projektmanagerin und der Projektleiter.

Die Pflegeexperten erhalten Leasing-Dienstfahrzeuge mit medizinischer Grundausstattung und suchen die Patienten in häuslicher Umgebung (auch Pflegeheime) auf.

6.2. Ausbildung

Die Pflegeexperten erhalten während des Projekts eine akademische Zusatzausbildung an der PTHV durch den Studiengang „Bachelor Pflegeexpertise (B.Sc.) - Aufbaustudiengang für Pflegefachpersonal“. Der Studiengang erfolgt berufsbegleitend über fünf Semester von WS 2019/20 (Beginn: 01.10.2019) bis Ende WS 2021/22 (Ende: 31.03.2022). Parallel durchliefen die Pflegeexperten eine Einarbeitungsphase mit umfassendem internen Schulungskonzept.

6.3. Elektronische Patientenakte (ePA für Pflege)

Das RZV entwickelt die elektronische Patientenakte *ePA für Pflege* für das *Projekt HandinHand*. Darüber erfolgt die patientenbezogene Dokumentation, die Kommunikation mit den behandelnden Ärzten und die Bereitstellung der Daten für die wissenschaftliche Begleitforschung.

6.4. Ärzte und Ärzteschaft

Die an *HandinHand* teilnehmenden Ärzte werden vor allem über das Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. gewonnen. 13 Ärzte haben bisher (Ende 05-2020) ihren formalen Beitritt zu *HandinHand* erklärt. Der erste Qualitätszirkel mit Ärzten und Pflegeexperten fand am 06.11.2019, der zweite am 05.02.2020 statt.

Die KV Rheinland-Pfalz wurde am 18.11.2019 über *HandinHand* informiert.

Am 02.12.2019 fand die Projektvorstellung bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz statt.

05-2020 wurden alle hausärztlich tätigen Ärzte im Kreis Ahrweiler bzgl. *HandinHand* angeschrieben und umfassend informiert.

6.5. Weitere Projektpartner und allgemeine Öffentlichkeit

Die Ansprache weiterer Projektpartner (ambulante Pflegedienste, Pflegeheime, Krankenhäuser, weitere Gesundheits- und Sozialinstitutionen der Region) und der allgemeinen Öffentlichkeit ist seit dem I. Quartal 2020 in stetigem Progress.

7. Wissenschaft

7.1. Wissenschaftliche Begleitforschung

Für die seitens des Innovationsfonds geförderten Projekte ist eine wissenschaftliche Begleitforschung vorgeschrieben. Für das *Projekt HandinHand* obliegt diese Forschung dem RWI. Das Evaluationskonzept greift für die erforderliche Kontrollgruppe auf Routinedaten des Projekt-Konsortialpartners AOK Rheinland-Pfalz / Saarland zurück.

Es wird der Nachweis einer 15%igen Reduktion der Krankenhauseinweisungen in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe und eine Reduktion der Anzahl der Hausbesuche durch die Hausärzte angestrebt. Ferner erfolgen qualitative Analysen (Patientenzufriedenheit, subjektive Bewertungen per Interview). Es werden Zwischenberichte und ein obligatorischer Endbericht erstellt.

7.2. Projektbeirat

Der Projektbeirat zum *Projekt HandinHand* wird von Prof. Köpke geleitet (bis 31.12.2019 Uni Lübeck, seit 01.01.2020 Uni Köln). Dem Projektbeirat gehören Vertreter der Gesundheitsversorgung und deren Verbände an. Der Projektbeirat nimmt die (Zwischen-)Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung entgegen, bewertet diese und bereitet damit die Diskussion über eine mögliche Überführung des Modellprojekts in die Gesundheits-Regelversorgung vor.

Der Projektbeirat ist darüber hinaus Träger der Prozessevaluation für *HandinHand*.

8. Projektadministration

8.1. Finanzen

Das Fördervolumen beträgt gemäß Änderungsbescheid vom 18.07.2019 rund 8 Mio. €. Die Auszahlung der ersten Fördermittel erfolgte 12-2019, weitere Auszahlungen erfolgen quartalsweise.

8.2. Ethikkommission

Das *Projekt HandinHand* wurde der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zur Begutachtung vorgelegt. Das positive Votum der Ethikkommission liegt seit 29.01.2020 vor.

8.3. Datenschutz

Es liegt ein allseits konsentiertes Datenschutzkonzept vor. Seitens des Landesdatenschutzbeauftragten für Rheinland-Pfalz bestehen keine datenschutzrechtlichen Bedenken bzgl. *HandinHand*.

8.4. Verträge

Der *Vertrag HandinHand* mit dem dazugehörigen *Versorgungskonzept HandinHand* ist von der Konsortialführerin und den Konsortialpartnern paraphiert, die ersten Ärzte sind 09-2019 beigetreten. Ein Beitritt weiterer teilnehmender Ärzte zu diesem Vertrag wird angestrebt. Nach dem Beitritt der Uni Köln wurden Vertragsergänzungen vorgenommen.

8.5. Berichterstattung

Während der Projektlaufzeit wird dem DLR regelmäßig Bericht erstattet.

9. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192>
- <http://www.pflegeexperten-center.de>

Projektleiter und Leiterinnen des PE-Centers führten und führen Kontaktgespräche mit und in der interessierten Fachöffentlichkeit und der Presse zu / über *HandinHand*.

Seit 03-2020 findet eine Medienberichterstattung zu *HandinHand* statt. 05-2020 berichtete der SWR (Landesschau, SWR4) in Fernseh- und Radiobeiträgen über *HandinHand*.

10. Projektbeteiligte

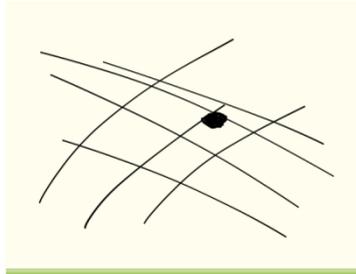
10.1. Konsortialführung

Prof. Dr. Gunther Lauven (Projektleiter) Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH, Heerstraße 109, Haus 9, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler, Tel: 0160-7-111-088 gunther.lauven@marienhaus.de	Elena Faber (Projektmanagerin) Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH, Heerstraße 109, Haus 9, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler, Tel: 02641-2077-956 elena.faber@marienhaus.de
--	--

10.2. Konsortialpartner / (Ansprechpartner)

<ul style="list-style-type: none">• AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Fr. Schanzenbach)• Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V. (Dr. Berbig)• Philosophisch-theologische Hochschule Vallendar (PTHV) (Frau Prof. Sirsch)	<ul style="list-style-type: none">• Rechenzentrum Volmarstein (RZV) (Hr. Stein)• RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen (RWI) (Dr. Kolodziej)• Universitäten Köln und Lübeck (Prof. Köpke)
--	--





Versorgungs-Integration am Beispiel von Advanced Nursing Practice – Projekt *HandinHand*

2. MEISENHEIMER PFLEGETAG AKADEMISIERUNG IM SPANNUNGSFELD DER PROFESSIONEN

Meisenheim, 12.10.2018

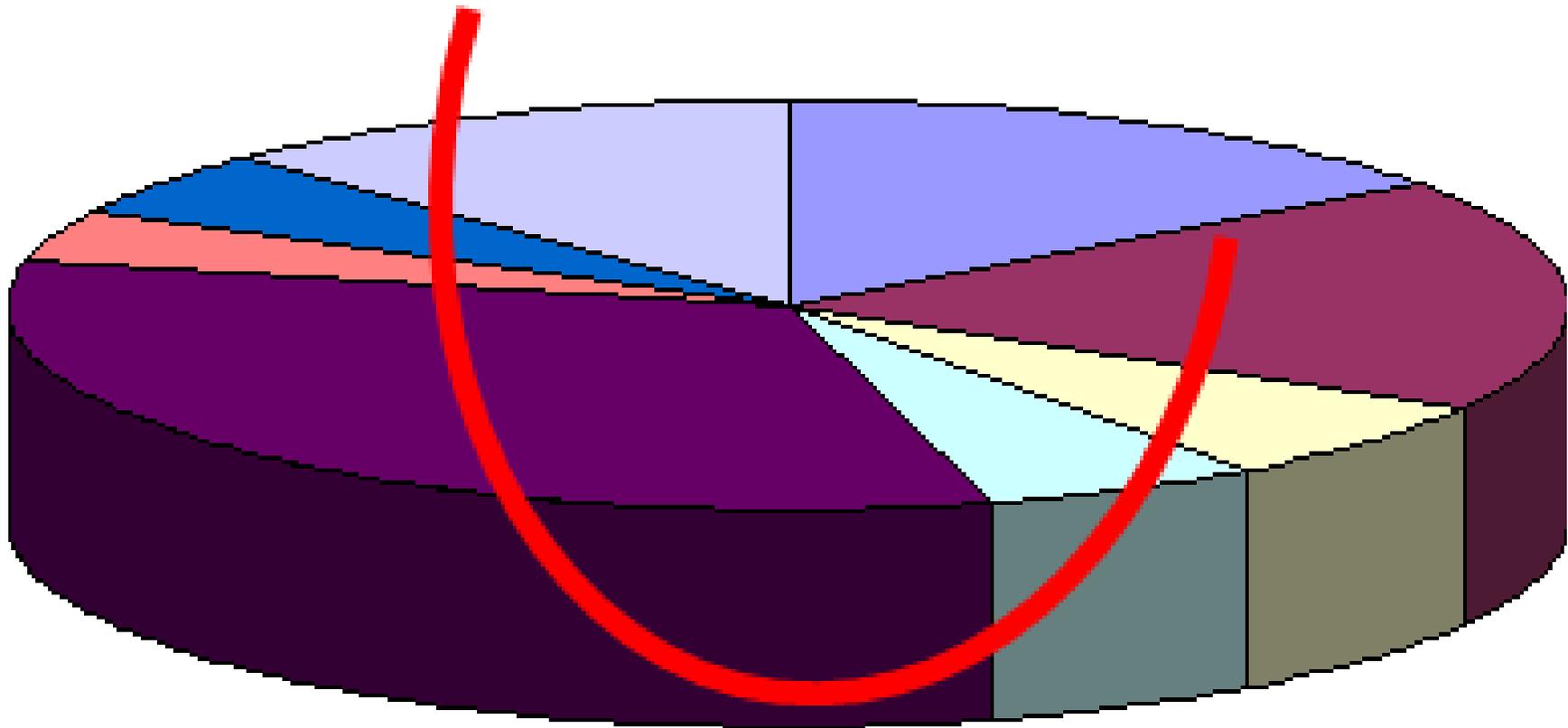
Prof. Dr. med. Gunther Lauen

- Lehrgebiet Integrierte Versorgung, Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, RheinAhrCampus Remagen, Hochschule Koblenz
- Leiter Krankenhausentwicklung, Marienhaus Kliniken GmbH
- Projektleiter *HandinHand*, Marienhaus Holding GmbH

Übersicht

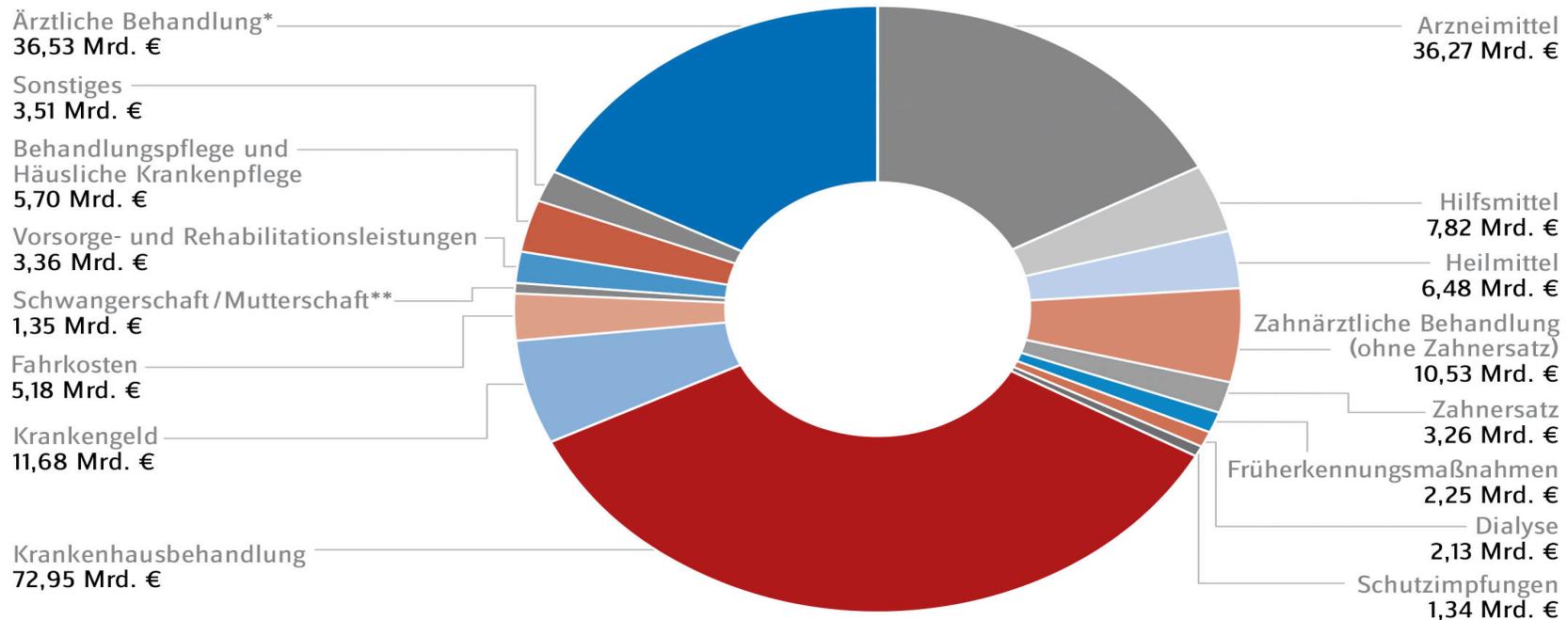
1. Versorgungs-Integration
2. Innovationsfonds
3. ANP-Center – die Idee
4. HandinHand – das Projekt
5. Potentieller Nutzen + Fazit

1. Versorgungs-Integration



These: Leistungserbringung und -Vergütung finden relativ streng abgeschottet in voneinander getrennten Sektoren statt

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2016 in Mrd. Euro



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

** ohne stationäre Entbindung

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Kernprobleme der Sektoralen Trennung

Starre Sektorengrenzen

- Die Grenzen zwischen den Sektoren der Leistungserbringung sind politisch (Selbstverwaltung), wirtschaftlich (Budgets) und organisatorisch (Leistungserbringungsprozesse) relativ starr
→ **Ineffizienz**
- An den **Schnittstellen** entstehen Informationsbrüche und Unterbrechungen der Diagnostik- und Behandlungskette, beides ist nachteilig für die Patienten
→ **Qualitätsproblem, mangelnde Patientenorientierung**

Kostendruck bei eingeschränktem Markt

- Die Leistungserbringer unterliegen einem erheblichem **jährlichen Effizienz- und Produktivitätsdruck**, z.B. KHS von mehr als 1%,
- ohne dass sie auf dem Gesundheitsmarkt frei agieren und über ihren eigenen Sektor hinaus frei wirtschaften könnten.
→ **Mangelnde Entfaltungsmöglichkeit, hemmt Innovationen**

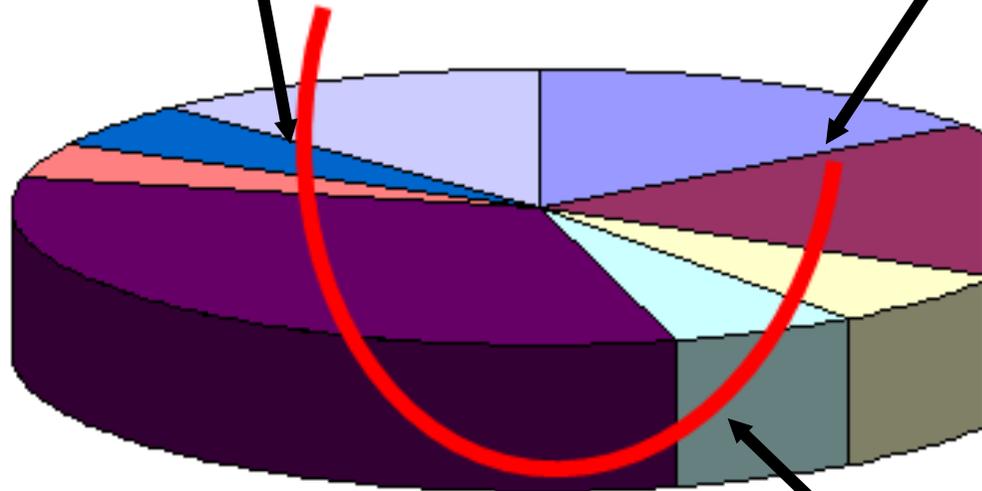
Definition „Versorgungs-Integration“^(Lauven)

„**Versorgungs-Integration** bezeichnet

- **Vertrags- und Organisationsformen**
- **und deren Werkzeuge** im Gesundheitswesen,
- die in der Regel **sektorenübergreifend** wirksam werden und
- eine **patienten-, qualitäts- und effizienzorientierte**
- Gesundheitsversorgung ermöglichen.“

Überwindung von Schnittstellen

Bildung von Versorgungsketten



„*Versorgungs-Integration* bezeichnet

- **Vertrags- und Organisationsformen**
- **und deren Werkzeuge** im Gesundheitswesen,
- die in der Regel sektorenübergreifend wirksam werden und
- eine patienten-, qualitäts- und effizienzorientierte
- Gesundheitsversorgung ermöglichen.“

**Unterstützt durch:
Vergütungsanreize**

Prozessoptimierung

2. Innovationsfonds



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Innovationsausschuss

Der Innovationsfonds und der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind, zu fördern. Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Die Bundesregierung hat zu diesem Zweck einen Innovationsfonds aufgelegt. Die zur Verfügung stehende Fördersumme beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro jährlich. Hierbei sind 225 Millionen Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung vorgesehen.

Die Mittel für den Fonds werden von den gesetzlichen Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds getragen. Das Bundesversicherungsamt hat die Aufgabe, die Finanzmittel des Innovationsfonds zu verwalten.

Der beim G-BA eingerichtete Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung fest, führt Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung.

Rechtsgrundlage für die Arbeit des beim G-BA eingerichteten Innovationsausschusses sind die §§ 92a und 92b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Förderung neuer Versorgungsformen

- Der Innovationsfonds fördert insbesondere Vorhaben,
 - die die sektorenübergreifende Versorgung verbessern und
 - die ein Umsetzungspotenzial aufweisen, sowie solche,
 - deren Ziel eine dauerhafte Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung ist.
- Die Vorhaben müssen auf geltender Rechtsgrundlage (insbesondere aufgrund von Selektivverträgen) erbracht werden.
- Der Innovationsfonds **fördert keine Produktinnovationen.**



Förderung neuer Versorgungsformen

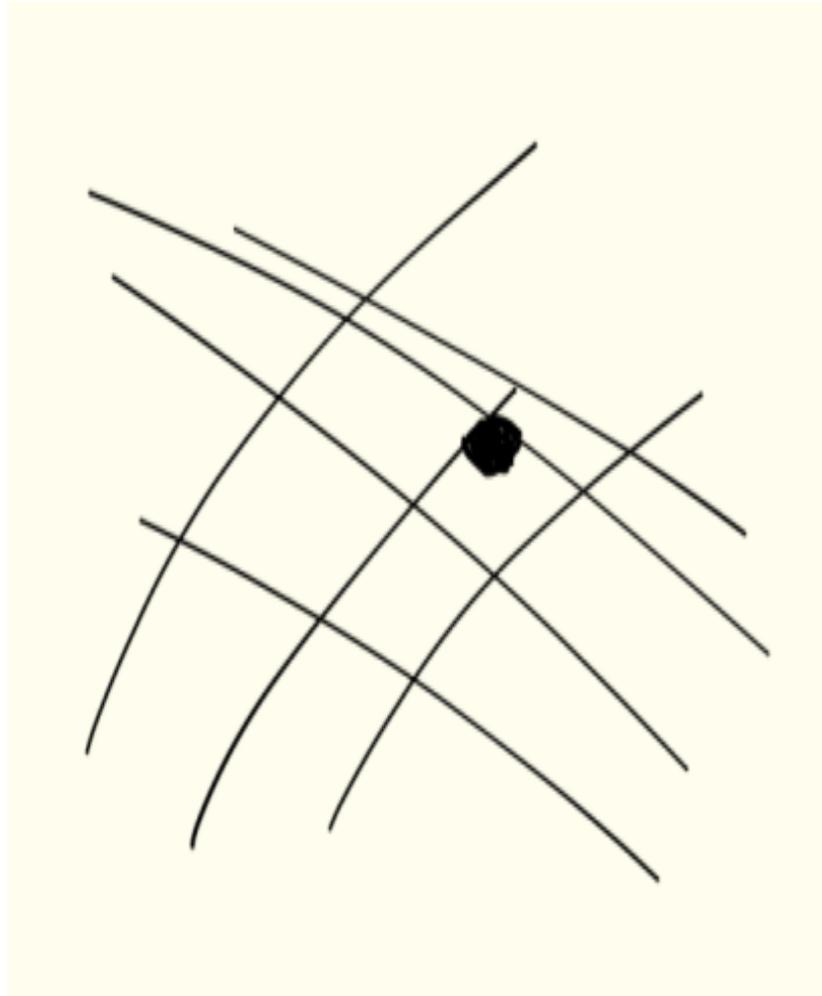
- Die Förderung setzt voraus, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) erfolgt.
- Das Evaluationskonzept soll auf einer validen und gesicherten Datengrundlage beruhen, damit
 - die Ergebnisse des Vorhabens und
 - dessen Effekte für die Versorgung

im Hinblick auf eine dauerhafte Übernahme in die Versorgung beurteilt werden können.

Das Nähere zu Art, Umfang und Höhe der Förderungen ergibt sich aus den Förderbekanntmachungen.



3. ANP-Center – die Idee



Advanced Nursing Practice - Center

- Entwicklung und **Erprobung** eines medizinisch-pflegerischen Expertensystems in Zeiten zunehmend knapper werdenden Fachpersonals zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung im ländlichen Raum, d.h. im Kreis Ahrweiler und darüber hinaus.
- Insbesondere bei der zeitlich aufwändigen Begleitung chronisch kranker Menschen (Dauerpatienten in der Hausarztpraxis mit hoher Arztbindungszeit) übernimmt der **Pflegeexperte nach Anordnung durch den Hausarzt** und in Abstimmung mit ihm.
- In der Regel **aufsuchend** (zu Hause, ggf. auch Pflegeheim,)
 - **Beratung** zu Hilfsangeboten (z.B. zur Vermittlung zum Pflegestützpunkt) und zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (z.B. bei Medikamenteneinnahme),
 - regelmäßige **Symptomkontrolle** zum rechtzeitigen Erkennung einer Zustandsverschlechterung,
 - **Durchführung** angeordneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen,
 - **Koordination** der unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Leistungen für den Patienten (z.B. Terminmanagement, Information bei Verschlechterung des Zustandes auch an Pflegedienst und Physiotherapiepraxis, Apotheke).

Zusammenarbeit und Abstimmung mit den (Haus-)Ärzten

- Zuständigkeit für die medizinische Versorgung **verbleibt beim Arzt** entsprechend den gesetzlichen Vorgaben (§§ 28 und 73 SGB V etc.)
- Gesundheitliche Situation der Patientin/des Patienten als Kriterium für die Entscheidung über den Einsatz des **Pflegeexperten**
 - **Patientinnen/Patienten in instabiler, vulnerabler Gesundheitssituation**, die nicht die Praxis aufsuchen können, wodurch (eigentlich) akute, häufige Hausbesuche erforderlich sind
 - Patienten mit risikobehafteten Mehrfacherkrankungen
 - Zustand nach Apoplexie
 - Schlecht eingestellter Diabetes mellitus
 - Starke Blutdruckschwankungen
 - COPD
 - Herzinsuffizienz
 - Multimorbidität
 - ...

Vorteile für die (Haus-)Ärzte und die Region

- Sicherung und Verbesserung der **Versorgungssituation** im ländlichen Raum, d.h. Kreis Ahrweiler und angrenzender Region, insbesondere für chronisch kranke, alte Menschen durch:
 - **Entlastung** der bestehenden Hausarztstruktur bei bestehendem Hausarztmangel in der Region
 - **Vermeidung** potentiell überflüssiger Krankenhausaufenthalte der Patienten
 - **Reduktion von Schnittstellenkonflikten** der unterschiedlichen Leistungserbringer durch die Kommunikations- und Vermittlungsrolle der Pflegeexperten.
- **Innovationsschub** in die Region und Sichtbarkeit über die Region hinaus durch refinanziertes Bundesmodellprojekt.

Personelle Ausstattung

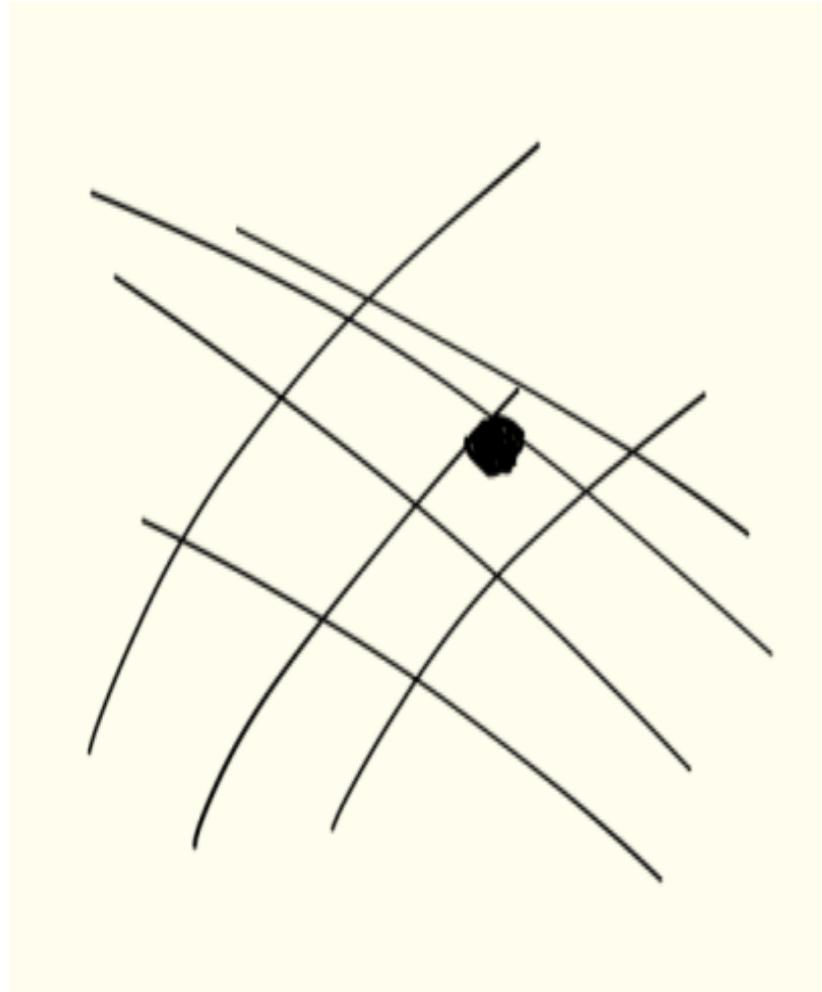
ANP-Center

- Leitung & Stellvertretung: Gesundheits- und Krankenpfleger mit Zusatzausbildung (Studium)
- Pflegeexperten: Gesundheits- und Krankenpfleger, die parallel zu ihrer Tätigkeit im ANP-Center an der PTHV ein BA-Studium „Klinische Expertise“ absolvieren
- Verwaltungskraft
- Study Nurse zur Datenerhebung und –auswertung und Sicherstellung der Kommunikation mit dem RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung in Essen (zwingend vorgeschriebene wissenschaftliche Begleitforschung)

Pflegeexpertise

- Sandra Postel, Stabsstelle Pflege Marienhaus Holding GmbH
- Prof. Köpke, Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, Universität zu Lübeck

4. HandinHand – das Projekt



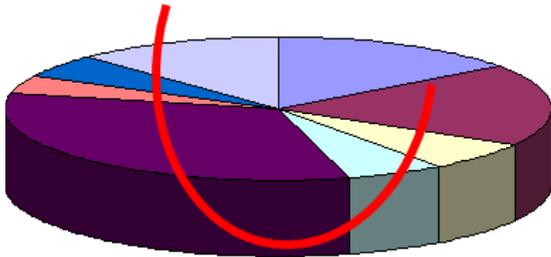
Bisheriger zeitlicher Ablauf

- 02-2017 Ausschreibung des G-BA für neue Förderprojekte
- 02-05 2017 Erarbeitung Projektantrag
- 05-2017 Fristgerechte Abgabe des Antrags durch Konsortialführer
- 10-2017 Bekanntgabe der geförderten Projekte, u.a. *HandinHand*
- 11-2017 **Förderbescheid** des G-BA zu *HandinHand* **liegt vor**
- I. Q. 2018 Bearbeitung diverser Auflagen des DLR (Projektträger):
Budgetplanung, Meilensteinplanung, ...
- I. Q. 2018 Beratungen mit Ärzten der Region rund um Wadern,
der KV Saarland und dem Hausärzteverband Saarland
- II.-III. Q. 2018 Beratungen mit dem Ärztenetz Mittelahr e.V., dem
Hausärzteverband Rheinland-Pfalz und weiteren
Projektbeteiligten **mit positivem Ergebnis**
- IV. Q. 2018 **Neustart** zur Bearbeitung der Auflagen des DLR
- I. – II. Q. 2019 **Möglicher Projektbeginn**

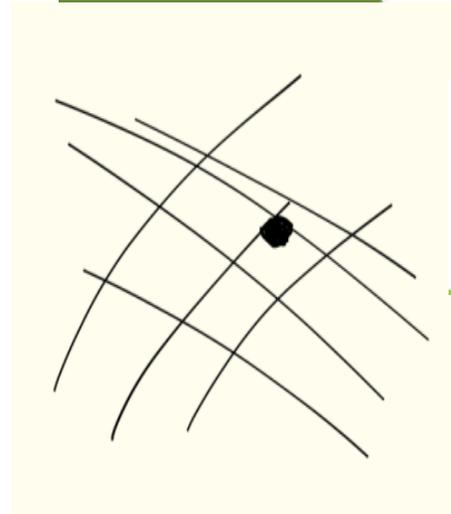
Projektbeteiligte

- **Neu:** Ärztenetz Mittelahr e.V.
- AOK Rheinland Pfalz/Saarland
- RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH, Berlin
- RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen
- Universität zu Lübeck, Sektion Forschung und Lehre in der Pflege
- Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Pflegewissenschaftliche Fakultät
- Marienhaus Unternehmensgruppe (Konsortialführer: Marienhaus Holding GmbH)
- ...

5. Potentieller Nutzen + Fazit



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



MARIENHAUS
UNTERNEHMENSGRUPPE



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
STIFTUNGSUNIVERSITÄT
SEIT 2015

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft



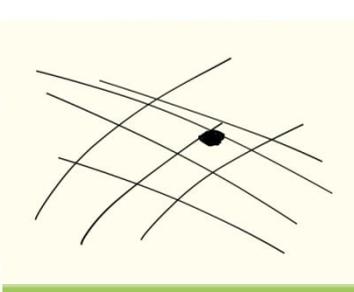
Potentieller Nutzen

- Verbesserung der Patientenversorgung – Patientenorientierung und Qualität
- Entlastung der Hausärzte – Versorgungssicherung
- Neues und interessantes Arbeitsfeld für Pflegende
- Mögliches neues Geschäftsfeld für ein Gesundheits- und Sozialunternehmen - Marienhaus Unternehmensgruppe
- Ausprobieren einer geförderten Innovation – alle Projektbeteiligten / Allgemeinheit
- Beitrag zur Sektorenübergreifenden Versorgung – Versorgungs-Integration

Fazit

- Beharrungstendenzen und Wirkkräfte der tatsächlichen Steuerungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung sind gewaltig.
- Innovation findet zuallererst in den Köpfen und in den Herzen statt: Man muss eine (gute) Idee haben, sie wirklich wollen, ausdenken, er-fühlen ...
- ... und umsetzen

→ *Es geht nur zusammen!*



HandinHand

**- Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand –
Pflegeexperten-Center zur Zukunftssicherung der
medizinischen Basisversorgung in der Region**

Förderkennzeichen: 01NVF17047

Projektvorstellung, 25.08.2021

AG Demenz, Bad Breisig

Sabine Bode, Pflegeexpertin, Marienhaus GmbH

Gliederung

- *Handinhand*
- Pflegeexperten-Center- die Idee
- Aufgaben der PE
- Vorteile
- Projektbeteiligte
- Patientenversorgung
- Aufgaben im Kontext der Demenz

HandinHand

- **Ziel**

Hausärzte und -ärztinnen bei der zeitintensiven
Begleitung chronisch kranker Menschen
unterstützen und entlasten

- Versorgungssicherung
- Sektorenübergreifende Versorgung gewährleisten

Pflegeexperten-Center – die Idee

Hausärztinnen und Hausärzte

aus den Regionen **Ahrweiler, Adenau, Euskirchen und Neuwied**

> **Screening** > **Information** > **Einverständnis**

> **Übermittlung der Patientendaten an das PEC**

Hausbesuch durch die/den zugewiesene/n Pflegeexpertin/
Pflegeexperten

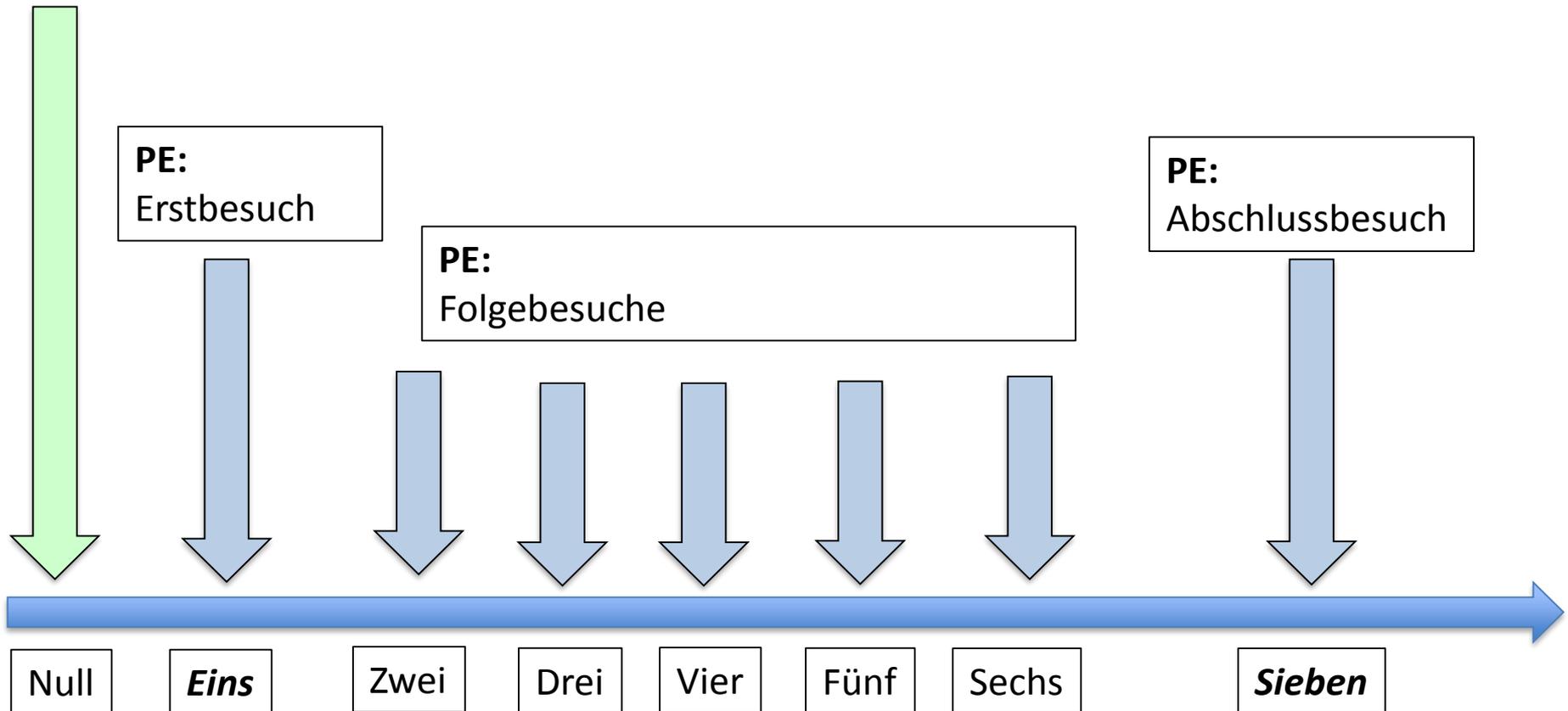
Regelmäßige Hausbesuche alle vier Wochen durch den/ die PE mit Weitergabe von Informationen an den Hausarzt/ die Hausärztin.

Kernprozess Pflegeexperten-Center

Angepasste, eig Darstellung nach G. Lauven, 27.02.2020

**Hausärztin/
Hausarzt:**
Screening,
Information,
Aufklärung,
Einverständnis

***PE= Pflegeexpertin/-experte**



Aufgaben der PE

- Regelmäßige **Symptomkontrolle** zum rechtzeitigen Erkennung einer Zustandsverschlechterung
- **Koordination** der unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Leistungen
- **Beratung** zu Hilfsangeboten und zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- **Durchführung** angeordneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen



Erster Tag der Pflegeexperten, Waldbreitbach, 01.10.2019

Vorteile

- Sicherung und Verbesserung der **Versorgungssituation** im ländlichen Raum
 - **Entlastung** der bestehenden Hausarztstruktur bei bestehendem Hausarztmangel in der Region
 - **Vermeidung** potentiell überflüssiger Krankenhausaufenthalte
 - **Reduktion von Schnittstellenkonflikten** der unterschiedlichen Leistungserbringer durch die Kommunikations- und Vermittlungsrolle der Pflegeexperten.
- **Innovationsschub** in die Region und Sichtbarkeit über die Region hinaus durch refinanziertes Bundesmodellprojekt.
- **Finanzierung** des Modellprojektes ist durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss mit ca. 8 Mio. € gesichert



AOK
Die Gesundheitskasse.



ÄRZTENETZ MITTELAHR E.V.



RZV



MARIENHAUS
UNTERNEHMENSGRUPPE



RWI



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
STIFTUNGSUNIVERSITÄT
SEIT 2015



PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR
Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

Bereitstellung von Vergleichsdaten für die wissenschaftliche Begleitforschung

Ansprache/ Motivation durch Ärztinnen und Ärzte: Ärztenetz Kreis Ahrweiler e.V.

Entwicklung einer **Elektronischen Patientenakte** & einer **Kommunikationsplattform**: RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH

Konsortialführerin, Projektsteuerung, Aufbau und Betrieb des Pflegeexperten-Centers

Wissenschaftliche Evaluation: RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Aufbau und Leitung des **Projektbeirats**: Sektion Forschung und Lehre in der Pflege & (ab 01.01.2020) Universität Köln, Institut für Pflegewissenschaft

Ausbildung der Pflegeexperten: Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Pflegewissenschaftliche Fakultät

Patientenversorgung

- Patientenversorgung ist am 16.03.2020 gestartet
- Erste unterschriebene Teilnahmeerklärung am 20.03.2020
- 44 teilnehmende Ärztinnen und Ärzte
- 577 teilnehmende Patientinnen und Patienten
- Projektlaufzeit wurde verlängert bis zum 31.12.2022



Aufgaben im Kontext der Demenz

Versorgungssicherung mithilfe von:

- Angehörigenberatung
- Schnittstellenmanagement
- Patientinnen-/ Patientenversorgung
- Beratung zu Versorgungsformen und-angeboten

Erlebte Hemmnisse:

- Sars-COV-2
- Flutkatastrophe
- bestehende Strukturen

Fragen?



Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH

Was ist das Innovationsfondsprojekt HandinHand?

In ländlichen Regionen steigt der Anteil älterer Menschen mit einem hohen medizinischen Versorgungsbedarf. Zugleich sinkt hier die Zahl der (Haus-)Ärzte. Ziel des Projekts HandinHand, welches vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss mit ca. 8 Mio. € über einen Zeitraum von vier Jahren gefördert wird, ist es, Hausärzte bei der zeitintensiven Begleitung chronisch kranker Menschen zu unterstützen und zu entlasten. Rund 700 Patienten im Kreis Ahrweiler haben daran teilgenommen.

Pflegeexperten, die an der **Vinzenz Pallotti University** das Zusatzstudium Pflegeexpertise B. Sc. absolviert haben, arbeiten in einem **Pflegeexperten-Center** in Bad Neuenahr-Ahrweiler. In enger Abstimmung mit den Hausärzten der Region suchten sie die Patienten zu Hause auf und betreuten sie dort.

Weitere wichtige Projektpartner der Marienhaus GmbH als Konsortialführer sind dabei das **Ärztetz Kreis Ahrweiler e.V.** und das **Rechenzentrum Volmarstein**, welches eine elektronische Patientenakte beisteuert hat. Bei der unabdingbaren wissenschaftlichen Begleitforschung sind das **RWI-Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung** in Essen, die **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland**, die **Universität zu Lübeck** und die **Universität Köln** beteiligt.

Das Projekt ist am 01.07.2019 gestartet. Die Patienten wurden von März 2020 bis September 2022 betreut, die Patientenversorgung ist abgeschlossen. Die Projektlaufzeit beträgt insgesamt vier Jahre, d.h. bis 30.06.2023. Der Zeitraum bis Sommer 2023 wird für die Auswertung und Schlussberichterstellung genutzt.

Nähere Informationen zu *HandinHand* finden Sie [hier](#).

Zum 31.12.2022 sind die Konsortialpartner **Vinzenz Pallotti University** und **Ärztetz Kreis Ahrweiler e.V.** gemäß der Projektplanung aus dem Projekt ausgeschieden.

News



22.11.2022

Leiterin des Pflegeexperten-Centers im Interview mit Prof. Dr. Volker Großkopf, Rechtsdepesche

Die Leiterin des Pflegeexperten-Centers Silke Doppelfeld im Interview mit Prof. Dr. Volker Großkopf, Herausgeber Rechtsdepesche. Silke Doppelfeld berichtet über die Erfahrungen im Projekt HandinHand und spricht über...

[zum Artikel ▶](#)


12.10.2022

HandinHand: Ein voller Erfolg!

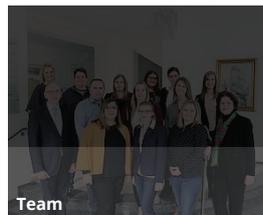
Patientenversorgung ist beendet

[zum Artikel ▶](#)

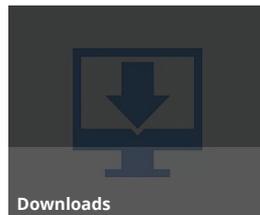

07.12.2021

HandinHand war für den Marie Simons Preis nominiert

Leuchtturmprojekt schaffte es bis in die Endrunde

[zum Artikel ▶](#)


Team



Downloads



Anfahrt



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Über uns](#) > [Projektvorstellung](#)

Das Innovationsfondsprojekt HandinHand im Detail

Das Innovationsfondsprojekt HandinHand (Förderkennzeichen 01NVF17047) ist mit der Aufbauphase am 01.07.2019 gestartet. Von Mitte März 2020 bis Ende September 2022 wurden Patienten betreut. Die Projektlaufzeit beträgt vier Jahre, d.h. bis zum 30.06.2023. Der Zeitraum bis Sommer 2023 wird für die Auswertung und Schlussberichterstellung genutzt.

Zum 31.12.2022 sind die Konsortialpartner **Vinzenz Pallotti University** und **Ärzteneetz Kreis Ahrweiler e.V.** gemäß der Projektplanung aus dem Projekt ausgeschieden.

Wir stellen den aktuellen Stand des Projekts in einem Infokompodium dar, welches Sie dem **Downloadbereich** entnehmen können.

Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Über uns](#) > [Projektvorstellung](#)

Service

[Home](#)
[Kontakt](#)
[Anfahrt](#)
[Impressum](#)
[Datenschutz](#)
[Cookie-Einstellungen](#)



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Über uns](#) > [Team](#)

Das Team

Prof. Dr. Gunther Lauven als Projektleiter *HandinHand*, Frau Elena Faber als Projektmanagerin und Frau Stefanie Frisch als Verwaltungsangestellte stellen die administrative Verknüpfung zum Gesamtprojekt sicher und bilden das organisatorische Rückgrat des Pflegeexperten-Centers.

Frau Silke Doppelfeld (Leiterin) und Frau Stefanie Klein (Stellvertretende Leiterin) sind für die pflegerische Kernleistung des Pflegeexperten-Centers verantwortlich. Sie leiten das Team der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten.

Kontakte

Team



Prof. Dr. med. Gunther Lauven

Projektleiter Handin-
Hand



Silke Doppelfeld

Leiterin des Pflegeex-
perten-Center



Elena Faber

Projektmanagerin
HandinHand



Stefanie Frisch

Verwaltungsangestellte
des Pflegeexperten-
Centers



Stefanie Klein

Stellvertretende Leite-
rin des Pflegeexperten-
Centers





[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Über uns](#) > [Zentrale Infos, Ansprechpartner und Meldestellen](#)

Zentrale Ansprechpartner im Träger

Wenn Sie mehr über die Marienhaus-Gruppe erfahren möchten, dann wenden Sie sich bitte an den Leiter Kommunikation & Marketing, Herrn Bochert.

Zentrale Infos, Ansprechpartner und Meldestellen

[Pressekontakt](#) ▾

[Intervention und Prävention](#) ▾

[Digitales Hinweisgebersystem der Marienhaus-Gruppe](#) ▾

[Grundsatzklärung und Menschenrechtsbeauftragter nach LkSG](#) ▾

Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Über uns](#) > [Zentrale Infos, Ansprechpartner und Meldestellen](#)

Service

[Home](#)
[Kontakt](#)
[Anfahrt](#)
[Impressum](#)
[Datenschutz](#)
[Cookieeinstellungen](#)



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Patienten](#) > [Infos für Patienten](#)

Die Patientenversorgung im Projekt HandinHand ist beendet. Es können keine Patientinnen und Patienten mehr in das Projekt aufgenommen werden!

Was ist das Projekt HandinHand?

Ziel des Projekts HandinHand ist die Einführung einer neuen Versorgungsform mit dem Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Ihre Ärztin / Ihr Arzt erhält durch das Projekt Unterstützung durch eine speziell geschulte Pflegefachkraft.

Ihre Ärztin / Ihr Arzt überträgt einige ihrer/seiner Tätigkeiten auf sogenannte Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mit entsprechender Qualifikation. Pflegefachkräfte eignen sich für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, da sie über eine medizinisch-pflegerische Grundausbildung verfügen. Die in dem Projekt HandinHand eingesetzten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten verfügen über mehrjährige Berufserfahrung im Krankenhaus. Sie erhielten alle eine spezielle Fortbildung zur Begleitung von chronisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld. Begleitend zu ihrer Arbeit absolvieren die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten ein Studium an der Vinzenz Pallotti University in Vallendar im Studiengang „Pflegeexpertise“.

Es handelt sich zunächst um ein zeitlich begrenztes Projekt mit wissenschaftlicher Begleitung. Durch die wissenschaftliche Begleitung wird festgestellt, inwieweit das Projekt HandinHand für Patienten vorteilhaft ist, somit zur Verbesserung der Versorgungslandschaft beiträgt und in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung überführt werden kann.

[Welchen Nutzen hat das Projekt HandinHand für mich als Versicherte / als Versicherten?](#) 

[Wie kann ich an dem Projekt HandinHand teilnehmen?](#) 

[Welche Leistungen werden genau an die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten übertragen?](#) 

[Teilnahmevoraussetzungen](#) 

[Projektförderung zur Sicherstellung der Patientenversorgung](#) 

Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Patienten](#) > [Infos für Patienten](#)

Service

[Home](#)
[Kontakt](#)
[Anfahrt](#)
[Impressum](#)
[Datenschutz](#)
[Cookieeinstellungen](#)



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Ärzte](#)

Ärzte des Projekts HandinHand

An dem Projekt HandinHand nahmen insgesamt 46 hausärztlich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aus den Landkreisen Ahrweiler, Neuwied und Euskirchen teil.

Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Ärzte](#)

- Service**
- [Home](#)
 - [Kontakt](#)
 - [Anfahrt](#)
 - [Impressum](#)
 - [Datenschutz](#)
 - [Cookieinstellungen](#)



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Partner](#)

Unsere Partner

HandinHand ist ein sehr komplexes Projekt, welches nur von zahlreichen engagierten Personen und Institutionen gemeinsam erfolgreich realisiert werden kann. Wir stellen Ihnen hier die wichtigsten Partner im Projekt HandinHand vor.

Projektförderung

HandinHand wird zu 100% vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland.

Unser Ansprechpartner für den Kontakt mit dem Förderer ist das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) Projektträger. Von dort erhalten wir administrative Unterstützung und Projektbegleitung.

Projektkonsortium

Am Projekt HandinHand sind unmittelbar die Marienhaus GmbH als Konsortialführerin und (bis 31.12.2019 sechs, seit 01.01.2020) sieben Konsortialpartner beteiligt. Das Projektkonsortium hatte im Mai 2017 gemeinsam den Antrag auf Projektförderung beim G-BA gestellt.

Die Marienhaus GmbH ist die Betreiberin des Pflegeexperten-Centers in Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Neben den unmittelbar Projektbeteiligten sind zahlreiche weitere Abteilungen und Personen in der Marienhaus GmbH in das Projekt HandinHand involviert. Hierzu zählen u.a. die Stabsstellen Pflege, Recht, Unternehmenskommunikation, die zentrale Personalabteilung und das zentrale Rechnungswesen.

[AOK Rheinland-Pfalz/Saarland](#) ▾[Ärztetenetz Kreis Ahrweiler e.V.](#) ▾[Vinzenz Pallotti University](#) ▾[Rechenzentrum Volmarstein \(RZV\)](#) ▾[RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung \(RWI\)](#) ▾[Universität zu Lübeck/ Universität zu Köln](#) ▾

Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Partner](#)

Service

- [Home](#)
- [Kontakt](#)
- [Anfahrt](#)
- [Impressum](#)
- [Datenschutz](#)
- [Cookieeinstellungen](#)



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Downloads](#)

Übersicht verfügbare Downloads

[Infokompodium HandinHand, Stand: 11.05.2023](#)

[Flyer](#) Projekt HandinHand

[Kurzinformatio](#) Projekt HandinHand

[Marienhaus Stiftung - Stiftungsbrief Ausgabe 21, Oktober 2017](#)

[Marienhaus Stiftung - Stiftungsbrief Ausgabe 26, Januar 2019](#)

[Marienhaus Echo, 04/2019](#)

[Marienhaus Echo, 02/2020](#)

[Infosion Klinik-Information Frühjahr/Sommer 2020](#)

[Marienhaus Echo, 03/2020](#)

[Marienhaus Echo, 01/2021](#)

[Marienhaus Echo, 04/2021](#)

[kkvd-aktuell 1 / April 2021](#)

Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Downloads](#)

Service

[Home](#)

[Kontakt](#)

[Anfahrt](#)

[Impressum](#)

[Datenschutz](#)

[Cookieeinstellungen](#)



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Presse und Medien](#) > [Aktuelles](#)

Aktuelle Meldungen

News

22.11.2022

Leiterin des Pflegeexperten-Centers im Interview mit Prof. Dr. Volker Großkopf, Rechtsdepesche



Die Leiterin des Pflegeexperten-Centers Silke Doppelfeld im Interview mit Prof. Dr. Volker Großkopf, Herausgeber Rechtsdepesche. Silke Doppelfeld berichtet über die Erfahrungen im Projekt HandinHand und spricht über Delegation...

[zum Artikel](#) ▶

12.10.2022

HandinHand: Ein voller Erfolg!



Patientenversorgung ist beendet

[zum Artikel](#) ▶

07.12.2021

HandinHand war für den Marie Simons Preis nominiert



Leuchtturmprojekt schaffte es bis in die Endrunde

[zum Artikel](#) ▶

29.06.2021

Die Berg-Schwestern



Annalena und Claudia Berg sind Schwestern, und zwar im doppelten Sinne: Sie sind leibliche Schwestern, Annalena ist 26 und Claudia 39 Jahre alt. Sie stammen aus der Grafschaft und sind der Region treu geblieben. Neben der Familie...

[zum Artikel](#) ▶

17.05.2021

Versorgung gemeinsam verbessern



Das Projekt HandinHand stützt sich auf positive internationale Erfahrungen mit Advanced Nursing Practice. Es bietet neue Arbeitsfelder für hochschulisch ausgebildete Pflegenden.

[zum Artikel](#) ▶

06.04.2021

Ein Jahr HandinHand – links und rechts vom Rhein



„HandinHand ist eine echte Arbeitserleichterung. Sie machen das super und wir sind sehr zufrieden“, sagen Georg Mock und Carsten Kutscher von der gleichnamigen Gemeinschaftspraxis in Neuwied-Feldkirchen zu Aurelia Ogon, Pascal...

[zum Artikel](#) ▶

24.02.2021

Sie motiviert ihre Schützlinge und redet ihnen gut zu



Projekt HandinHand – auf Patientenbesuch mit Stefanie Klein

[zum Artikel](#) ▶

12.02.2021

Das Feedback der Patienten ist sehr positiv



HandinHand seit zwei Monaten auch in Neuwied

[zum Artikel](#) ▶

11.01.2021

Das neue Echo ist da



... und erwartet Sie wie immer mit zahlreichen Beiträgen aus der Marienhaus Unternehmensgruppe. Einen Artikel über den Besuch der Ministerpräsidentin zur Auftaktveranstaltung des Projekts HandinHand im Oktober 2020...

[zum Artikel](#) ▶



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Presse und Medien](#) > [Archiv](#)

Alle Meldungen zum Projekt HandinHand können Sie dem Downloadbereich entnehmen.

Archivierte Meldungen

Keine News in dieser Ansicht.

Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Presse und Medien](#) > [Archiv](#)

Service

- [Home](#)
- [Kontakt](#)
- [Anfahrt](#)
- [Impressum](#)
- [Datenschutz](#)
- [Cookieinstellungen](#)



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Kontakt](#)

Ansprechpartner Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH

Stefanie Frisch

Sekreteriat

c/o: Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH
Sprengnetter-Campus 4A (ehemals Heerstraße 109, Haus 9)
stefanie.frisch(at)marienhaus.de
53474 Bad-Neuenahr Ahrweiler
Telefon +49 2641 - 2077 955

Prof. Dr. Gunther Lauven

Projektleiter *HandinHand*

gunther.lauven(at)marienhaus.de

Elena Faber

Projektmanagerin *HandinHand*

elena.faber(at)marienhaus.de

Telefon +49 2641 - 2077 956

Silke Doppelfeld

Leiterin Pflegeexperten-Center

silke.doppelfeld(at)marienhaus.de

Telefon +49 2641 - 9185 974

Stefanie Klein

Stellvertretende Leiterin Pflegeexperten-Center

stefanie.klein(at)marienhaus.de

Telefon +49 2641 - 9185 975

Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Kontakt](#)

Service

[Home](#)

Kontakt

[Anfahrt](#)

[Impressum](#)

[Datenschutz](#)

[Cookieeinstellungen](#)



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Anfahrt](#)

Anfahrt Pflegeexperten-Center



Das **Pflegeexperten-Center** befindet sich auf dem Gelände der ehemaligen Bundeswehrkaserne auf dem Sprengnetter-Campus 4A (ehemals Heerstraße 109 - Haus 9) in 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler. Wenn Sie auf das Gelände reinfahren kommen Sie direkt auf die Hausnummer 4 zu. Im Erdgeschoss befindet sich ein Fitnessstudio. Der Eingang zum Pflegeexperten-Center befindet sich rechts seitlich (es geht eine Stahltreppe hoch).



Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Anfahrt](#)

Service

[Home](#)

[Kontakt](#)

[Anfahrt](#)

[Impressum](#)

[Datenschutz](#)

[Cookieeinstellungen](#)



[Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Impressum](#)

Impressum

Marienhaus GmbH

Margaretha-Flesch-Straße 5
56588 Waldbreitbach

Geschäftsführung:

Sebastian Spottke (Vorsitzender), Sabine Anspach, Silvia Kühlem, Alexander Schuh-ler und Christoph Wagner

E-Mail: info@marienhaus.de
Internet: www.marienhaus.de

Handelsregister: HRB 12893 Montabaur
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß § 27 a Umsatzsteuergesetz: DE 815205881

Verantwortlicher gemäß Art. 18 Abs. 2 MStV sowie ViSDP: Dietmar Bochert

Telefon: +49 2638 925-140
Telefax: +49 2638 925-142

Rechtliche Hinweise

Inhalte des Online-Angebots

Die Informationen dieses Internetauftritts werden mit größtmöglicher Sorgfalt und nach bestem Wissen und Gewissen zusammengestellt und gepflegt. Dennoch kann keine Garantie für die Richtigkeit, Aktualität, Qualität oder Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen übernommen werden. Medizinische Informationen ersetzen nicht die persönliche Beratung oder Behandlung durch Ärzte.

Alle Inhalte sind freibleibend und unverbindlich. Die Marienhaus GmbH behält sich deshalb ausdrücklich vor, Teile der Seiten oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.

Verlinkte Seiten Dritter

Der Internetauftritt enthält Verweise (sog. Links) auf externe Internetseiten Dritter, auf deren Inhalt die Marienhaus GmbH keinen Einfluss hat. Die Marienhaus GmbH erklärt hiermit ausdrücklich, dass zum Zeitpunkt der Linksetzung keine illegalen Inhalte auf den zu verlinkenden Seiten erkennbar waren, und distanziert sich von sämtlichen Inhalten aller verlinkter Seiten, die nach der Linksetzung verändert wurden. Bei Bekanntwerden eventueller Rechtsverstöße auf den externen Seiten wird der betreffende Link unverzüglich entfernt.

Urheberrecht

Das Design des Internetauftritts, jegliche Inhalte (z.B. Texte, Grafiken, etc.) und jede Auswahl bzw. jedes Layout stehen im Eigentum der Marienhaus GmbH. Eine Vervielfältigung, Veränderung, Veröffentlichung oder sonstige Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der Marienhaus GmbH.

Bezüglich fremder Inhalte ist die Marienhaus GmbH bestrebt, die Urheber Dritter zu achten.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Teilnahme an einem Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle nach dem „Gesetz über die alternative Streitbeilegung in Verbrauchersachen“ (VSBG) ist die Marienhaus GmbH nicht bereit und nicht verpflichtet.

Sie befinden sich hier: [Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH](#) > [Impressum](#)

Service

[Home](#)
[Kontakt](#)
[Anfahrt](#)
[Impressum](#)
[Datenschutz](#)
[Cookieeinstellungen](#)



ERSTINTERVIEW

ABSCHNITT A: ANGABEN DURCH PE AUSZUFÜLLEN	
Datum:	Name: Vorname: Geb. Datum:
Beginn des Interviews (Uhrzeit)	[S S] [MM] [] []
In was für einem Haustyp oder Unterkunft wohnt die befragte Person?	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliches Wohngebäude <input type="checkbox"/> Freistehendes Ein- / Zweifamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnhaus mit 3 und mehr Wohnungen <input type="checkbox"/> Altenheim / Pflegeheim / Seniorenresidenz / Altenwohnheim
EINLEITUNG (VORLESEN):	
<p>Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, regelmäßig Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Ihre Antworten helfen uns sehr, die medizinische Versorgung in Deutschland einzuschätzen. Ihre Antworten werden ausschließlich anonymisiert ausgewertet. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst ehrlich zu beantworten. Wenn Ihnen einzelne Fragen unangenehm sind, dann ist es auch immer möglich eine Frage zu überspringen oder die Befragung abzubrechen.</p>	
<p>Welchen Familienstand haben Sie? Mit Familienstand meinen wir, ob sie z.B. verheiratet oder ledig sind.</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend / Eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft zusammenlebend <input type="checkbox"/> Verheiratet, dauernd getrennt lebend / Eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft getrennt lebend <input type="checkbox"/> Ledig, war nie verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden / eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> Verwitwet / Lebenspartner/-in aus eingetragener gleichgeschlechtlicher Partnerschaft verstorben <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wie viele Personen wohnen in Ihrem Haushalt? <i>Erklärung: Ein Haushalt ist eine Wirtschaftsgemeinschaft, wie z.B. eine Familie oder eine Wohngemeinschaft. Abfrage nur, wenn nicht im Pflegeheim</i></p>	[] Personen im Haushalt

Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → WEITER ZU SCHULABSCHLUSS <input type="checkbox"/> Keine Antwort → WEITER ZU SCHULABSCHLUSS
Wie viele Kinder haben Sie?	[] [] Kinder
Wie weit weg wohnt Ihr Kind, das bei Bedarf am ehesten kontaktiert wird? <i>Hinweis: Antworten 1 - 6 vorlesen.</i>	<input type="checkbox"/> Im selben Haushalt <input type="checkbox"/> In einer Wohnung im selben Haus <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 10 km oder weniger <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 50 km oder weniger <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 100 km oder weniger <input type="checkbox"/> Mehr als 100 km weit weg <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
Ist dies das Kind, das am nächsten wohnt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Enkelkinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben → WEITER ZU SCHULABSCHLUSS
Wie viele Enkelkinder haben Sie?	[] [] Enkelkinder
Welchen Schulabschluss haben Sie gemacht? <i>Erklärung: Hochschulabschlüsse oder Ausbildungen sind nicht gemeint.</i> <i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i>	<input type="checkbox"/> Schule ohne Abschluss verlassen <input type="checkbox"/> Volks- / Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse) <input type="checkbox"/> Realschulabschluss / Mittlere Reife (DDR: 10. Klasse) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) <input type="checkbox"/> Abitur / Hochschulreife <input type="checkbox"/> Sonstiger Abschluss <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben

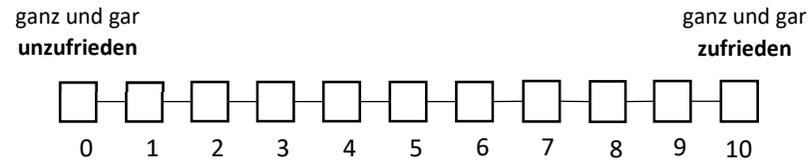
<p>Welchen Beruf haben Sie einmal ausgeübt? <i>Hinweis: Wenn Sie mehr als eine berufliche Tätigkeit ausübten, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte nur für Ihre damalige berufliche Haupttätigkeit.</i></p>	<p>_____</p>
<p>Mit welchem Fortbewegungsmittel erreichen Sie Ihren Hausarzt normalerweise? <i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem eigenen Auto <input type="checkbox"/> Durch Bezugsperson/Angehörige mit dem Auto gebracht <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Öffentlicher Nahverkehr / Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/> Hausarzt kommt ins Pflegeheim / zu mir → WEITER ZUR NÄCHSTEN FRAGE! <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben </p>
<p><u>Wenn Hausarzt ins Pflegeheim / nach Hause kommt:</u> Kommt der Hausarzt regelmäßig in das Pflegeheim / nach Hause?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja </p>
<p>Wie viele Minuten brauchen Sie normalerweise, um mit diesem Fortbewegungsmittel von Ihrem Zuhause aus zu Ihrem Hausarzt zu gelangen?</p>	<p>[] [] [] Minuten</p>
<p>Mit welchem Fortbewegungsmittel erreichen Sie das nächstgelegene Krankenhaus normalerweise? <i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem eigenen Auto <input type="checkbox"/> Durch Bezugsperson/Angehörige mit dem Auto gebracht <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Öffentlicher Nahverkehr / Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben </p>

<p>Wie viele Minuten brauchen Sie normalerweise, um mit diesem Fortbewegungsmittel von Ihrem Zuhause aus zum nächstgelegenen Krankenhaus zu gelangen?</p>	<p>[][] Minuten</p>
<p>Wie bekommen Sie üblicherweise Ihre Rezepte?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ich hole die Rezepte selbst in der Arztpraxis ab <input type="checkbox"/> Über den Pflegedienst <input type="checkbox"/> Jemand anderes (außer Pflegedienst) holt die Rezepte für mich in der Arztpraxis ab <input type="checkbox"/> Rezept wird direkt an die Apotheke geliefert <input type="checkbox"/> Rezept wird an die Hausanschrift gesendet <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben </p>
<p>Beginn des Kognitionstest (Uhrzeit)</p>	<p>[][] [][]</p>
<p>ABSCHNITT AB: Kognitive Fähigkeiten EINLEITUNG ABSCHNITT AB (VORLESEN): <i>Ein Teil dieser Studie beschäftigt sich mit dem Gedächtnis UND der Fähigkeit, über Dinge nachzudenken. Ich werde Ihnen jetzt eine Liste von Wörtern vorlesen. Wir haben absichtlich eine lange Liste gemacht, so dass es für jeden schwierig sein wird, sich an alle Wörter zu erinnern. Die meisten Menschen erinnern sich nur an einige Wörter. Hören Sie bitte genau zu, denn ich kann die Liste nicht wiederholen. Wenn ich mit dem Vorlesen fertig bin, werde ich Sie bitten, möglichst viele dieser Wörter laut zu wiederholen. Auf die Reihenfolge kommt es dabei nicht an. Haben Sie alles verstanden?</i></p>	
<p> Hotel Fluss Baum Haut Gold Markt Papier Kind König Buch <i>Hinweis: Kreuzen Sie alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.</i> </p>	<p> <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Fluss <input type="checkbox"/> Baum <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Markt <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> König <input type="checkbox"/> Buch <input type="checkbox"/> Keine von diesen </p>

<p>Jetzt möchte ich Sie bitten, so viele verschiedene Tiere zu nennen, wie Ihnen einfallen. Sie haben eine Minute Zeit.</p> <p>Fertig, los!</p> <p><i>Anmerkung:</i> <i>Geben Sie genau eine Minute Zeit. Hört die Zielperson auf, bevor die Zeit abgelaufen ist, ermuntern Sie sie zum Weitermachen. Schweigt sie 15 Sekunden lang, so wiederholen Sie die Anweisung ('Nennen Sie mir alle Tiere, die Ihnen einfallen.'). Das Zeitlimit wird nach der Wiederholung der Anweisung nicht verlängert.</i></p> <p><i>Hinweis:</i> <i>Im Falle, dass Patienten nach dem Kognitionstest um eine Rückmeldung bezüglich ihrer Leistung bitten, könne sie sagen: „Jeder findet es schwierig, Sie haben sich gut geschlagen“. Spezifisches Feedback sollte jedoch nicht gegeben werden. Für Befragte, die Bestätigung brauchen, kann es hilfreich sein, noch einmal zu betonen, dass die Tests so konzipiert sind, dass sie schwierig sind.</i></p>	<p>Anzahl Tiernamen</p>
<p>ABSCHNITT - SUBJEKTIVE GESUNDHEITSINDIKATOREN / LEBENSZUFRIEDENHEIT</p>	
<p>Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?</p> <p><i>Hinweis: Antworten Sehr gut - Schlecht vorlesen.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> Gut</p> <p><input type="checkbox"/> Zufriedenstellend</p> <p><input type="checkbox"/> Weniger gut</p> <p><input type="checkbox"/> Schlecht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben</p>
<p>Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen einer schwerwiegenden Erkrankung eine hausärztliche Behandlung unbedingt benötigt?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nein, ich hatte keinen Bedarf → WEITER ZU Krankenhauseinweisung</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf und habe eine Behandlung in Anspruch genommen → WEITER ZU Krankenhauseinweisung</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf, habe aber keine Behandlung in Anspruch genommen</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht → WEITER ZU Krankenhauseinweisung</p> <p><input type="checkbox"/> keine Antwort gegeben → WEITER ZU Krankenhauseinweisung</p>

<p>Was war für Sie der wichtigste Grund, eine hausärztliche Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?</p> <p><i>Hinweis: Nur eine Antwort möglich. Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. <input type="checkbox"/> Der Weg war mir zu weit. / Ich hatte keine Fahrgelegenheit. <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. <input type="checkbox"/> Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern. <input type="checkbox"/> Ich kenne keine gute Ärztin / keinen guten Arzt. <input type="checkbox"/> Ich hatte sonstige Gründe. <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen einer schwerwiegenden Erkrankung eine Krankenhauseinweisung unbedingt benötigt?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein, kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung → WEITER Zur Frage med. Versorgung. <input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf und habe eine Behandlung in Anspruch genommen → WEITER ZUR Frage med. Versorgung <input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf, habe aber keine Behandlung in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> weiß nicht → WEITER ZUR Frage med. Versorgung. <input type="checkbox"/> keine Antwort gegeben → WEITER ZU Frage med. Versorgung.
<p>Was war für Sie der wichtigste Grund dafür, eine Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus nicht in Anspruch zu nehmen?</p> <p><i>Hinweis: Nur eine Antwort möglich. Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. <input type="checkbox"/> Der Weg war mir zu weit. / Ich hatte keine Fahrgelegenheit. <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. <input type="checkbox"/> Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern. <input type="checkbox"/> Ich kenne keine gute Ärztin / keinen guten Arzt. <input type="checkbox"/> Ich hatte sonstige Gründe. <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p style="text-align: center;">Wie zufrieden sind Sie allgemein mit Ihrer medizinischen Versorgung?</p> <p style="text-align: center;">Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".</p>	

Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.

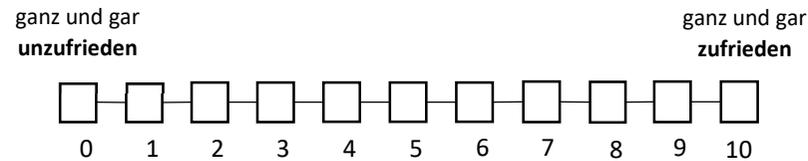


- weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Wie **zufrieden** sind Sie **gegenwärtig mit Ihrer Gesundheit?**

Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".

Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.



- weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Im letzten Monat, wie stand es da mit Ihrem Interesse an Ihrem Umfeld?

Hinweis: Nachfragen, wenn Antwortkategorien nicht zuordenbar

- Mehr** Interesse als üblich
- Keine Veränderung** im Ausmaß des Interesses
- Weniger Interesse** als üblich beschrieben
- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen.
Wie oft kam es in dieser Zeit vor, dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten?

- Nie
- Sehr selten

<p><i>Hinweis: Antworten 1-6 vorlesen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Sehr oft <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Hatten Sie in den letzten vier Wochen Schlafstörungen oder ein verändertes Schlafverhalten zum Zeitraum davor?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen oder Veränderungen des Schlafverhaltens in der letzten Zeit <input type="checkbox"/> Kein Problem mit dem Schlafen <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?</p> <p>Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".</p> <p><i>Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.</i></p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> ganz und gar unzufrieden ganz und gar zufrieden </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </div> <div style="margin-top: 20px;"> <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben </div>	
<p>Beginn des Kognitionstest (Uhrzeit)</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>Vor einer Weile hatte ich Ihnen eine Liste mit Wörtern vorgelesen und Sie haben die Wörter wiederholt, an die Sie sich erinnern konnten. Nennen Sie mir bitte alle Wörter, an die Sie sich jetzt noch erinnern können.</p>	<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Fluss <input type="checkbox"/> Baum

<p><i>Anmerkung:</i> Die Zielperson hat eine Minute Zeit, sich an die Wörter zu erinnern. Kreuzen Sie im Testprotokoll alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.</p> <p><i>Hinweis:</i> Im Falle, dass Patienten nach dem Kognitionstest um eine Rückmeldung bezüglich ihrer Leistung bitten, könne sie sagen: „Jeder findet es schwierig, Sie haben sich gut geschlagen“. Spezifisches Feedback sollte jedoch nicht gegeben werden. Für Befragte, die Bestätigung brauchen, kann es hilfreich sein, noch einmal zu betonen, dass die Tests so konzipiert sind, dass sie schwierig sind.</p>	<input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Markt <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> König <input type="checkbox"/> Buch <input type="checkbox"/> Keine von diesen
<p>VON PE AUSZUFÜLLEN: LEISUTNGSBEEINTRÄCHTIGUNG Gab es irgendeine Faktoren, die die Leistung der Patientin/des Patienten bei den Tests behindert haben könnten?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Was hat die Leistung des Kognitionstests behindert: Freitext: _____
<p>Wer hat die im Fragebogen gestellten Fragen mehrheitlich beantwortet?</p>	<input type="checkbox"/> Pflegeexperte/In <input type="checkbox"/> Patient/In <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Andere
<p>Gründe für die mehrheitliche Beantwortung durch die angegebene Personengruppe?</p>	Freitext: _____
<p>Ende des Interviews (Uhrzeit)</p>	<input type="checkbox"/> [] []
<p>ENDE DES MÜNDLICHEN INTERVIEWS (VORLESEN): Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Sie haben uns damit sehr geholfen.</p>	

Folgeinterview kurz (nach 4 Wochen)

ABSCHNITT A: ANGABEN DURCH PE AUSZUFÜLLEN			
Datum:	Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Uhrzeit des Interviews	[][] [][]		
<p>EINLEITUNG (VORLESEN): Sie haben sich bereit erklärt regelmäßig Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Ihre Antworten helfen uns sehr, um die medizinische Versorgung in Deutschland einzuschätzen. Dritte Personen werden die Antworten nicht mit Ihnen in Verbindung bringen können. D.h. Ihre Antworten werden ausschließlich anonymisiert ausgewertet. Wenn Sie keine Einwände haben, werden wir jetzt beginnen, Ihnen Fragen zu stellen, die Sie möglichst ehrlich beantworten sollten. Wenn Ihnen einzelne Fragen unangenehm sind, dann ist es auch immer möglich eine Frage zu überspringen oder die Befragung abzubrechen.</p>			
ABSCHNITT D: SUBJEKTIVE GESUNDHEITSINDIKATOREN / LEBENSZUFRIEDENHEIT			
<p>Wie zufrieden sind sie allgemein mit Ihrer <u>medizinischen Versorgung</u>? Wenn sie ganz und gar unzufrieden sind, geben sie den Wert „0“ an, wenn sie ganz und gar zufrieden sind , den Wert „10“</p> <p style="text-align: center;"><i>Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.</i></p>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> ganz und gar unzufrieden ganz und gar zufrieden </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin: 10px auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div>			
<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben			
<p>Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrer Gesundheit? Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".</p> <p style="text-align: center;"><i>Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.</i></p>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> ganz und gar unzufrieden ganz und gar zufrieden </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin: 10px auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div>			
<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben			

VON PE AUSZUFÜLLEN:

Wer hat die im Fragebogen gestellten Fragen mehrheitlich beantwortet?

- Pflegeexperte/In
- Patient/In
- Angehörige/r
- Andere

Gründe für die mehrheitliche Beantwortung durch die in A05 angegebene Personengruppe?

Freitext: _____

Ende des Interviews (Uhrzeit)

[] []

ENDE DES MÜNDLICHEN INTERVIEWS (VORLESEN):

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Sie haben uns damit sehr geholfen.

Folgeinterview (nach 3 oder 6 Monaten)

ABSCHNITT - ANGABEN DURCH PE AUSZUFÜLLEN	
Datum:	Name: Vorname: Geb. Datum:
Frage	Antwort
Beginn des Interviews (Uhrzeit)	[][] [][]
EINLEITUNG (VORLESEN): Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, regelmäßig Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Ihre Antworten helfen uns sehr, die medizinische Versorgung in Deutschland einzuschätzen. Ihre Antworten werden ausschließlich anonymisiert ausgewertet. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst ehrlich zu beantworten . Wenn Ihnen einzelne Fragen unangenehm sind, dann ist es auch immer möglich eine Frage zu überspringen oder die Befragung abubrechen.	
ABSCHNITT – VERÄNDERUNG DER WOHSITUATION	
Hat sich die Wohnsituation in den vergangenen 3 Monaten verändert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → WENN NEIN, WEITER ZU Familienstand
In was für einem Haustyp oder Unterkunft wohnt die befragte Person?	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliches Wohngebäude <input type="checkbox"/> Freistehendes Ein- / Zweifamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnhaus mit 3 und mehr Wohnungen <input type="checkbox"/> Altenheim / Pflegeheim / Seniorenresidenz / Altenwohnheim
Wann hat sich die Wohnsituation verändert?	Datum: [][] [][] [][][][]
ABSCHNITT - VERÄNDERUNGEN DES PERSÖNLICHEN HINTERGRUNDES	
Hat sich Ihr Familienstand in den vergangenen drei Monaten geändert? Mit Familienstand meinen wir, ob Sie z.B. verheiratet oder ledig sind. <i>Hinweis: Antworten brauchen nicht zu vorgelesen zu werden.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → weiter zu Wohnsituation <input type="checkbox"/> Weiß nicht → weiter zu Wohnsituation <input type="checkbox"/> Keine Antwort → weiter zu Wohnsituation

<p>Wie hat er sich verändert?</p> <p><i>Hinweis: Antworten 1 - 5 vorlesen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Trennung von der/dem Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in ist verstorben <input type="checkbox"/> Neue Partnerschaft <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wann hat er sich verändert?</p>	<p>Datum: [] [] [] []</p>
<p>ABSCHNITT – WEITERE VERÄNDERUNG</p>	
<p>Abfrage nur wenn <u>nicht</u> im Pflegeheim</p> <p>Wie viele Personen wohnen in Ihrer derzeitigen Wohnsituation in Ihrem Haushalt? <i>Erklärung: Ein Haushalt ist eine Wirtschaftsgemeinschaft, wie z.B. eine Familie oder eine Wohngemeinschaft.</i></p>	<p>[] [] Personen</p>
<p>Abfrage nur wenn Kinder vorhanden</p> <p>Wie weit weg wohnt Ihr Kind, das am nächsten zu Ihnen wohnt? <i>Hinweis: Antworten 1 - 6 vorlesen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Im selben Haushalt <input type="checkbox"/> In einer Wohnung im selben Haus <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 10 km oder weniger <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 50 km oder weniger <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 100 km oder weniger <input type="checkbox"/> Mehr als 100 km weit weg <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Mit welchem Fortbewegungsmittel erreichen Sie Ihren Hausarzt in Ihrer derzeitigen Wohnsituation normalerweise?</p>	<input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem eigenen Auto <input type="checkbox"/> Durch Bezugsperson/Angehörige mit dem Auto gebracht <input type="checkbox"/> Taxi

<p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Öffentlicher Nahverkehr / Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Hausarzt kommt ins Pflegeheim / zu mir (8) <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wenn Hausarzt ins Pflegeheim/ nach Hause kommt: Kommt der Hausarzt regelhaft in das Pflegeheim/ nach Hause?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Wie viele Minuten brauchen Sie normalerweise, um von Ihrem Zuhause aus zu Ihrem Hausarzt zu gelangen?</p>	<p>[][] Minuten</p>
<p>Mit welchem Fortbewegungsmittel erreichen Sie das nächstgelegene Krankenhaus in Ihrer derzeitigen Wohnsituation normalerweise?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem eigenen Auto <input type="checkbox"/> Durch Bezugsperson/Angehörige mit dem Auto gebracht <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Öffentlicher Nahverkehr / Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wie viele Minuten brauchen Sie normalerweise, um von Ihrem Zuhause aus zum nächstgelegenen Krankenhaus zu gelangen?</p>	<p>[][] Minuten</p>
<p>Beginn des Kognitionstest</p>	<p>Uhrzeit: [][] [][]</p>
<p>Ist dies das Folgeinterview nach <u>3 Monaten</u> oder nach <u>6 Monaten</u>?</p>	<input type="checkbox"/> Nach 3 Monaten → WEITER ZU 1 <input type="checkbox"/> Nach 6 Monaten → WEITER ZU 2

ABSCHNITT AB: Kognitive Fähigkeiten**EINLEITUNG ABSCHNITT AB (VORLESEN):**

Ein Teil dieser Studie beschäftigt sich mit dem Gedächtnis UND der Fähigkeit, über Dinge nachzudenken.

Ich werde Ihnen jetzt eine Liste von Wörtern von meinem Computerbildschirm vorlesen. Wir haben absichtlich eine lange Liste gemacht, so dass es für jeden schwierig sein wird, sich an alle Wörter zu erinnern. Die meisten Menschen erinnern sich nur an einige Wörter. Hören Sie bitte genau zu, denn ich kann die Liste nicht wiederholen. Wenn ich mit dem Vorlesen fertig bin, werde ich Sie bitten, möglichst viele dieser Wörter laut zu wiederholen. Auf die Reihenfolge kommt es dabei nicht an. Haben Sie alles verstanden?

1

Himmel
Ozean
Fahne
Dollar
Frau
Maschine
Heim
Erde
Schule
Butter

Hinweis: Kreuzen Sie alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.

- Himmel
- Ozean
- Fahne
- Dollar
- Frau
- Maschine
- Heim
- Erde
- Schule
- Butter
- Keine von diesen

2

Wasser
Kirche
Doktor
Palast
Feuer
Garten
Meer
Dorf
Baby
Tisch

Hinweis: Kreuzen Sie alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.

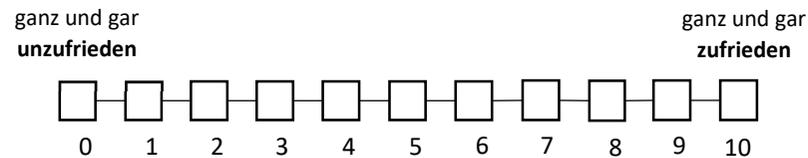
- Wasser
- Kirche
- Doktor
- Palast
- Feuer
- Garten
- Meer
- Dorf
- Baby
- Tisch
- Keine von diesen

<p>Jetzt möchte ich Sie bitten, so viele verschiedene Tiere zu nennen, wie Ihnen einfallen. Sie haben eine Minute Zeit.</p> <p>Fertig, los!</p> <p><i>Hinweis:</i> Geben Sie genau eine Minute Zeit. Hört die Zielperson auf, bevor die Zeit abgelaufen ist, ermuntern Sie sie zum Weitermachen. Schweigt sie 15 Sekunden lang, so wiederholen Sie die Anweisung ('Nennen Sie mir alle Tiere, die Ihnen einfallen.'). Das Zeitlimit wird nach der Wiederholung der Anweisung nicht verlängert.</p>	<p>Anzahl Tiernamen</p>
<p><i>Im Falle, dass Patienten nach dem Kognitionstest um eine Rückmeldung bezüglich ihrer Leistung bitten, könne sie sagen: „Jeder findet es schwierig, Sie haben sich gut geschlagen“. Spezifisches Feedback sollte jedoch nicht gegeben werden. Für Befragte, die Bestätigung brauchen, kann es hilfreich sein, noch einmal zu betonen, dass die Tests so konzipiert sind, dass sie schwierig sind.</i></p>	
<p>ABSCHNITT - SUBJEKTIVE GESUNDHEITSINDIKATOREN / LEBENSZUFRIEDENHEIT</p>	
<p>Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?</p> <p><i>Hinweis: Antworten Sehr gut - Schlecht vorlesen.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> Gut</p> <p><input type="checkbox"/> Zufriedenstellend</p> <p><input type="checkbox"/> Weniger gut</p> <p><input type="checkbox"/> Schlecht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben</p>
<p>Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen einer schwerwiegenden Erkrankung eine hausärztliche Behandlung unbedingt benötigt?</p> <p><i>Hinweis: Antworten vorlesen</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nein , ich hatte keinen Bedarf → WEITER ZU Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf und habe eine Behandlung in Anspruch genommen → WEITER ZU Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf, habe aber <u>keine</u> Behandlung in Anspruch genommen</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht → WEITER ZU Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben → WEITER ZU Krankenhaus</p>

<p>Was war für Sie der wichtigste Grund, eine hausärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?</p> <p><i>Hinweis: Nur eine Antwort möglich. Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. (1) <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. <input type="checkbox"/> Der Weg war mir zu weit. / Ich hatte keine Fahrgelegenheit. <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. <input type="checkbox"/> Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern. <input type="checkbox"/> Ich kenne keine gute Ärztin / keinen guten Arzt. <input type="checkbox"/> Ich hatte sonstige Gründe. <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen einer schwerwiegenden Erkrankung eine Behandlung im Krankenhaus unbedingt benötigt?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein, ich hatte keinen Bedarf → WEITER ZU medizinischen Versorgung <input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf und habe eine Behandlung in Anspruch genommen → WEITER ZU medizinischen Versorgung <input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf, habe aber keine Behandlung in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> Weiß nicht → WEITER ZU medizinischen Versorgung <input type="checkbox"/> keine Antwort gegeben → WEITER ZU medizinischen Versorgung
<p>Was war für Sie der wichtigste Grund dafür, eine Behandlung im Krankenhaus nicht in Anspruch zu nehmen?</p> <p><i>Hinweis: Nur eine Antwort möglich. Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. <input type="checkbox"/> Der Weg war mir zu weit. / Ich hatte keine Fahrgelegenheit. <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. <input type="checkbox"/> Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern. <input type="checkbox"/> Ich kenne keine gute Ärztin / keinen guten Arzt. <input type="checkbox"/> Ich hatte sonstige Gründe. <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben

Wie **zufrieden** sind Sie allgemein mit Ihrer **medizinischen Versorgung**?
Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".

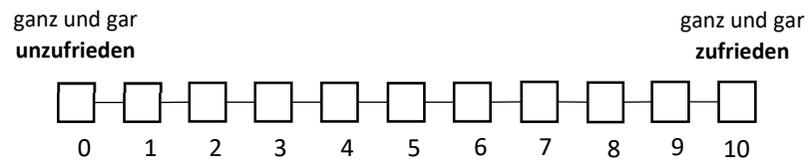
Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.



- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Wie **zufrieden** sind Sie **gegenwärtig mit Ihrer Gesundheit**?
Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".

Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.

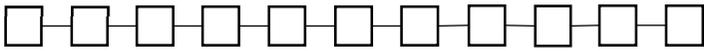


- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Im letzten Monat, wie stand es da mit Ihrem Interesse an Ihrem Umfeld?

Hinweis: Nachfragen, wenn Antwortkategorie nicht zuordenbar

- Mehr Interesse** als üblich beschrieben
- Keine Veränderung** im Ausmaß des Interesses
- Weniger Interesse** als üblich beschrieben
- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

<p>Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten?</p> <p><i>Hinweis: Antworten 1-6 vorlesen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Nie (1) <input type="checkbox"/> Sehr selten <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Sehr oft <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Hatten Sie in den letzten vier Wochen Schlafstörungen oder ein verändertes Schlafverhalten zum Zeitraum davor?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen oder Veränderungen des Schlafverhaltens in der letzten Zeit <input type="checkbox"/> Kein Problem mit dem Schlafen <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?</p> <p>Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".</p> <p><i>Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.</i></p>	
<p>ganz und gar unzufrieden ganz und gar zufrieden</p>  <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben</p>	
<p>Nachfrage Kognitionstests (Uhrzeit)</p>	<p>Uhrzeit: [][] [][]</p>
<p>Ist dies das Folgeinterview nach 3 Monaten oder nach 6 Monaten?</p>	<input type="checkbox"/> Nach 3 Monaten → WEITER ZU 1 <input type="checkbox"/> Nach 6 Monaten → WEITER ZU 2

1

Vor einer Weile habe ich Ihnen eine Liste mit Wörtern vorgelesen und Sie haben die Wörter wiederholt, an die Sie sich erinnern konnten. Nennen Sie mir bitte alle Wörter, an die Sie sich jetzt noch erinnern können.

Hinweis:

Die Zielperson hat eine Minute Zeit, sich an die Wörter zu erinnern. Kreuzen Sie im Testprotokoll alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.

- Himmel
- Ozean
- Fahne
- Dollar
- Frau
- Maschine
- Heim
- Erde
- Schule
- Butter
- Keine von diesen

2

Vor einer Weile habe ich Ihnen eine Liste mit Wörtern vorgelesen und Sie haben die Wörter wiederholt, an die Sie sich erinnern konnten. Nennen Sie mir bitte alle Wörter, an die Sie sich jetzt noch erinnern können.

Hinweis:

Die Zielperson hat eine Minute Zeit, sich an die Wörter zu erinnern. Kreuzen Sie im Testprotokoll alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.

- Wasser
- Kirche
- Doktor
- Palast
- Feuer
- Garten
- Meer
- Dorf
- Baby
- Tisch
- Keine von diesen

Im Falle, dass Patienten nach dem Kognitionstest um eine Rückmeldung bezüglich ihrer Leistung bitten, könne sie sagen: „Jeder findet es schwierig, Sie haben sich gut geschlagen“. Spezifisches Feedback sollte jedoch nicht gegeben werden. Für Befragte, die Bestätigung brauchen, kann es hilfreich sein, noch einmal zu betonen, dass die Tests so konzipiert sind, dass sie schwierig sind.

VON PE AUSZUFÜLLEN:		
Gab es irgendwelche Faktoren, die die Leistung des Patienten/der Patientin bei den Tests behindert haben könnten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Freitext: _____	
Wer hat die im Fragebogen gestellten Fragen mehrheitlich beantwortet?	<input type="checkbox"/> Pflegeexperte/In <input type="checkbox"/> Patient/In <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Andere	
Gründe für die mehrheitliche Beantwortung durch die angegebene Personengruppe?	Freitext: _____	
Ende des Interviews (Uhrzeit)	Uhrzeit: [] [] [] []	
<p>ENDE DES MÜNDLICHEN INTERVIEWS (VORLESEN): Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Sie haben uns damit sehr geholfen. Ich möchte Sie zusätzlich bitten, noch einen kurzen Fragebogen auszufüllen. Darin geht es darum, die Versorgung durch die Pflegeexperten zu beurteilen. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen oder Ihnen die Beantwortung unangenehm ist, dann können Sie die Frage auslassen. Es ist auch hier wichtig, dass Sie ehrlich in Ihren Antworten sind. Ihre Antworten werden anonym gespeichert. ÜBERREICHEN SIE DER/DEM BEFRAGTEN DEN FRAGEBOGEN „E“, NACH DEM AUSFÜLLEN WIRD DIESER IN DEN DAFÜR VORGESEHENEN SEPARATEN UMSCHLAG GESTECKT. BEACHTEN SIE, DASS SIE DIE ANONYMISIERTE ID ÜBERPRÜFEN.</p>		
Patientenfragebogen zur Zufriedenheit wurde ausgeteilt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nur wenn Nein: Grund, warum Patientenfragebogen zur Zufriedenheit nicht ausgeteilt wurde.	<input type="checkbox"/> Verweigerung <input type="checkbox"/> Akute Krankheit <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Bezugsperson war nicht da <input type="checkbox"/> sonstiges	

Pseudonym Befragte/r	[]
Pseudonym der Interviewführer/in	[]
Befragung #	<input type="checkbox"/> Erste Befragung <input type="checkbox"/> Zweite Befragung

Frage	Antwort
<p>Ausfüllhinweis: Falls Sie eine Antwort korrigieren müssen, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	

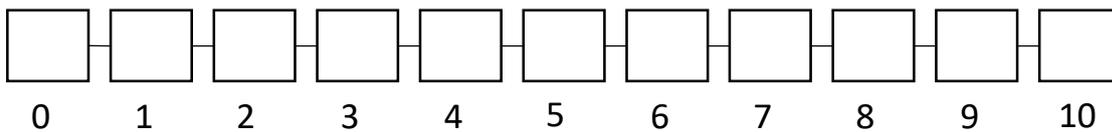
BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN

Auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“), wie zufrieden sind Sie **allgemein** mit Ihrer **medizinischen Versorgung**?

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

ganz und gar
unzufrieden

ganz und gar
zufrieden



Weiß nicht

Haben Sie **häufiger oder seltener Kontakt zu Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin**, seit Sie regelmäßig von einer/m Pflegeexpertin/en besucht werden?

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

- Keine** Veränderung
- Ich habe **seltener** Kontakt zum Arzt / zur Ärztin
- Ich habe **häufiger** Kontakt zum Arzt / zur Ärztin
- Weiß nicht

Hat sich Ihre medizinische Versorgung durch die Besuche des/der Pflegeexperten/in...

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

- Verbessert**
- Nicht verändert**
- Verschlechtert**
- Weiß nicht

Pseudonym Befragte/r	[]
Pseudonym der Interviewführer/in	[]
Befragung #	<input type="checkbox"/> Erste Befragung <input type="checkbox"/> Zweite Befragung

Was gefällt Ihnen besonders gut an der Betreuung durch die Pflegeexpert/innen?

Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.

- Dass ich mit den Pflegeexpert/innen **über meine Probleme sprechen** kann.
- Dass die Pflegeexpert/innen mir **Besuche beim Arzt ersparen**.
- Dass ich regelmäßig **zu Fragen meiner Gesundheit beraten** werde.
- Dass **Freunden und/oder Familienangehörigen**, die sich ansonsten um mich kümmern **Arbeit abgenommen** wird.
- Ich freue mich über die zusätzliche **Gesellschaft**.
- Ich **fühle mich** durch die regelmäßige Anwesenheit der Pflegeexpert/innen **sicherer**.
- Mir gefällt **nichts** besonders gut.
- Weiß nicht.

Pseudonym Befragte/r	[]
Pseudonym der Interviewführer/in	[]
Befragung #	<input type="checkbox"/> Erste Befragung <input type="checkbox"/> Zweite Befragung

Denken Sie an die **pflegerische Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in, d.h. die **Beobachtung des Gesundheitszustandes, Beratung bei gesundheitlichen Themen, der Planung der Behandlungen, etc.**

Wie zufrieden sind Sie mit der **pflegerischen Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in? Wenn Sie **ganz und gar unzufrieden** sind, geben Sie den Wert "**0**" an, wenn Sie **ganz und gar zufrieden** sind, den Wert "**10**".

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

ganz und gar
unzufrieden

ganz und gar
zufrieden

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Weiß nicht

Denken Sie an die **Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in **im Alltag**, d.h. die **Unterstützung bei alltäglichen Problemen, Hilfe bei Sorgen und Ängsten, etc.**

Wie **zufrieden** sind Sie mit der **Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in **im Alltag**? Wenn Sie **ganz und gar unzufrieden** sind, geben Sie den Wert "**0**" an, wenn Sie **ganz und gar zufrieden** sind, den Wert "**10**".

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

ganz und gar
unzufrieden

ganz und gar
zufrieden

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Weiß nicht

Pseudonym Befragte/r	[]
Pseudonym der Interviewführer/in	[]
Befragung #	<input type="checkbox"/> Erste Befragung <input type="checkbox"/> Zweite Befragung

Denken Sie **insgesamt** an die **Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in.

Wie **zufrieden** sind Sie **insgesamt** mit Ihrer Versorgung durch den/die Pflegeexperten/in? Wenn Sie **ganz und gar unzufrieden** sind, geben Sie den Wert "**0**" an, wenn Sie **ganz und gar zufrieden** sind, den Wert "**10**".

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

ganz und gar
unzufrieden

ganz und gar
zufrieden

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Weiß nicht

Hat der/die Pflegeexperte/in Ihnen alles **verständlich erklärt**?

(Er/Sie hat Ihre Fragen vollständig beantwortet und alles eindeutig erklärt. Er/Sie gab Ihnen ausreichende Informationen und hat Sie nicht im Unklaren gelassen.)

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat der/die Pflegeexperte/in Ihnen geholfen, einen Weg zu finden **mit Ihrer Krankheit umzugehen**?

(Er/Sie hat gemeinsam mit Ihnen erkundet, wie Sie selbst Ihren Gesundheitszustand verbessern können. Dabei hat er/sie Sie ermutigt, anstatt Sie zu belehren.)

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat der/die Pflegeexperte/in mit Ihnen zusammen einen **Versorgungsplan** erstellt?

(Er/Sie hat mit Ihnen die Versorgungsmöglichkeiten diskutiert und Sie in Entscheidungen, soweit Sie dies gewünscht haben, einbezogen. Dabei hat er/sie Ihre Sichtweise nicht ignoriert.)

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Wer hat die Fragen **mehrheitlich** beantwortet?

- Ich selbst – ohne Hilfe
 Ich selbst – mit Hilfe
 Angehörige/r
 Bekannte/r
 Andere

Item-Nr.	Item
Bezeichnung	
1	HandinHand: Hausarzt und Pflegeexperten Hand in Hand zur Sicherung der Basisversorgung von chronisch kranken Menschen
Warum	
2	<p>2.1 Hintergründe¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anstieg Anteil älterer Menschen mit hohem medizinischen Versorgungsbedarf in ländlichen Regionen. b) Zugleich sinkt die Anzahl an niedergelassenen Ärzt*innen im ländlichen Raum. c) Nachwuchsärzte fehlen, um den steigenden Versorgungsbedarf sicher zu stellen. d) Die Wege zu den wenigen Praxen sind häufig zu weit, um von älteren Menschen selbstständig bewältigt zu werden. Dadurch kommt es zu medizinisch nicht indizierten Hausbesuchen, die die Praxen belasten. e) Die Überlastung der Praxen führt zu unnötigen Krankenhauseinweisungen. f) Das Projekt „HandinHand“ soll dieser Entwicklung entgegenwirken. Es überträgt ärztliche Tätigkeiten auf praktisch und akademisch ausgebildete Pflegeexpert*innen. In einer ausgewählten, ländlichen Region sollen diese Pflegeexpert*innen (PE) die Hausärzt*innen (HA) bei der zeitintensiven Begleitung chronisch kranker Menschen entlasten. <p>2.2 Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verbesserung der Gesundheitssituation der Zielgruppe b) Kontinuität und Sicherstellung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung c) Nachweis einer 15%igen Reduktion der Krankenhauseinweisungen in der Interventionsgruppe d) Reduktion der Hausbesuche durch den Hausarzt e) Steigerung der Zufriedenheit mit der eigenen Situation der Interventionsgruppe f) Förderung der Selbstmanagementkompetenzen der Zielgruppe g) Stabilisierung/Optimierung der Versorgungsarrangements der Zielgruppe
Was	
3	<ul style="list-style-type: none"> a) Screening des Patientenstamms und Auswahl geeigneter Patient*innen durch den HA, Zuweisung durch den HA mit einem Überweisungsdokument mit der ärztlichen Verordnung der delegierten Maßnahmen (vgl. Dokument Ärztliche Verordnung) b) Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation des Versorgungsprozesses von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen unter Berücksichtigung von wissenschaftlich fundierten Ansätzen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration durch die PE

¹ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192>, letzter Aufruf 23.04.2020

	<p>c) Durchführung und Evaluation spezieller delegierter diagnostischer sowie therapeutischer Maßnahmen wie z. B. Applikation von Medikamenten mittels intramuskulärer bzw. subkutaner Injektionen, Blutentnahmen, Wundversorgung, Wechsel Blasenkatheter mit entsprechenden Materialien und den angeordneten Medikamenten</p> <p>d) Durchführung gemeinsam geplanter Interventionen wie z. B. Sturzprophylaxe, Einüben von Fertigkeiten, Information über Erkrankungen, Beratung zu aktuell im Alltag aufgetretenen gesundheitlichen Fragestellungen unter Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse (Leitlinien), Modelle und Konzepte</p> <p>e) Individuelle und stetig aktuelle Erfassung der Versorgungsbedarfe, Koordination der Versorgung</p> <p>f) Erhebung und Beurteilung des individuellen Versorgungsbedarfs, potentieller Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen akuten und chronischen Versorgungssituationen unter Nutzung wissenschaftsorientierter Assessmentverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuierliche klinische Überwachung und Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Patient*innen unter Nutzung standardisierter Assessments, nach Beurteilung der Ergebnisse Evaluation der Patientensituation und Dokumentation in elektronische Patientenakte (ePA) ▪ Flankierende Nutzung von Medizingeräten wie RR, SPO2-Messung, BZ-Gerät, EKG-Gerät, strukturierte Intervention nach SOP und Strukturen in ePA <p>g) Förderung der Entwicklung und Autonomie der Zielgruppe der älteren chronisch kranken Menschen unter Einbeziehung ihrer familialen Kontexte, Lebenslagen und Lebenswelten auf der Basis eines breiten pflege- und bezugswissenschaftlichen Wissens</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung des Selbst- und Symptommanagements durch Patientenedukation und Beratung: Nutzung diverser Schulungsbausteine, die in SOP und ePA hinterlegt sind. ▪ Förderung des Selbst- und Symptommanagements durch Edukation und Beratung der Bezugspersonen und anderer Akteure im Netzwerk: Nutzung diverser Schulungsbausteine, die in SOP und ePA hinterlegt sind. ▪ Beratung und Unterstützung pflegender Angehöriger <p>h) Kollegiale Anleitung und Beratung weiterer Akteure der Gesundheitsversorgung vor Ort z. B. Bezugspflegekräfte der ambulanten Pflegedienste oder der Langzeitpflegeeinrichtungen, Mitarbeiter*innen Hospizdienst, Laienpflegekräfte</p> <p>i) Vernetzung mit weiteren Institutionen wie z. B. Selbsthilfegruppen: Vermittlung von Kontakten über Flyer oder Internet</p>
4	<p>a) Regelmäßiges systematische Assessment und klinische Überwachung: Vor dem Hintergrund der Grunderkrankungen der Patient*innen und dem aktuellen Gesundheitszustand werden die Parameter und Assessments wissenschaftlich begründet festgelegt und regelmäßig sowie systematisch erfasst.</p> <p>b) Förderung des Selbst- und Symptommanagements: Erhebung der objektiven Bedarfe mit einem standardisierten Instrument (SMASc). Individuell, gemeinsam mit den Patient*innen sowie deren Bezugspersonen herausarbeiten, in welchem Bereich das Selbst- und Symptommanagement gefördert werden soll. Gemeinsames Festlegen der Maßnahmen bzw. Themen, Durchführung von Anleitung, Schulung und Beratungssequenzen innerhalb der Hausbesuche; Evaluation und Entscheidung wie prospektiv weiter verfahren wird.</p> <p>c) Vernetzung mit weiteren Institutionen: Im Erstassessment wird untersucht, welche über die ärztliche Verordnung hinausgehenden Versorgungsbedarfe bestehen, ob und welche Unterstützung es aus dem Umfeld (Personen und Institutionen) gibt. Im Anschluss wird</p>

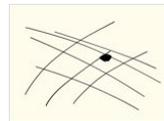
	<p>gemeinsam mit den Patient*innen besprochen, welche Unterstützung hilfreich sein könnte. Die Vernetzung mit anderen Institutionen geschieht in Absprache mit und auf Wunsch der Patient*innen. Danach werden durch die PE Kontakte wie z. B. zu Hospizdiensten, Selbsthilfegruppen etc. vermittelt. Im Rahmen des Versorgungsprozesses wird regelmäßig abgefragt, wie die Unterstützung wahrgenommen wird (SMASc-Instrument).</p> <p>d) Bei Erst- und ggf. Folgebesuchen: Erstellung eines Versorgungsplans in Absprache mit Patient*innen und HA. Ggf. bedarfsorientierte Anpassung des Versorgungsplans im Verlauf.</p>
Wer intervenierte	
5	<p>Pflegeexpert*innen, d. h. nach dem KrPflG ausgebildete Personen, mit mind. 2 Jahren Berufserfahrung, die zum Zeitpunkt der Intervention einen Bachelorstudiengang Klinische Pflegeexpertise absolvieren und zum Teil über pflegespezifische Fort- und Weiterbildungen verfügen. Vor unmittelbaren Beginn der Intervention haben die Personen eine Zusatzqualifikation nach 300 Stunden spezifischer Fortbildung erworben, in denen zusätzliche Kompetenzen erworben wurden, die im Rahmen der Intervention erforderlich sind.</p> <p>Siehe Kompetenztabelle als Anlage</p> <p>Hausärzte (HA), Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte Innere Medizin</p>
Wie	
6	<p>Einzelintervention im persönlichen Kontakt innerhalb der regelmäßigen Hausbesuche. Es handelt sich um Bezugspflegefachpersonen, die im gesamten Prozess konstant ihren Patient*innen zugeordnet bleiben.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HA rekrutiert Pat und verordnet Intervention. 2. PE sucht Pat auf und führt Assessment durch. 3. PE stellt auch pflegerische Bedarfe und Bedürfnisse fest, die ggf. über die vom HA festgestellten Bedarfe hinaus gehen und plant entsprechende Interventionen. 4. PE erstellt in Absprache mit den Patient*innen einen Versorgungsplan, der sowohl die vom HA ursprünglich delegierten Interventionen als auch die von der PE geplanten Interventionen enthält. 5. PE legt Versorgungsplan HA zur Genehmigung vor. (Auch bei Veränderung) 6. PE besucht Patient*innen mind. einmal im Monat für max. 6 Monate. 7. PE sucht Patient*innen in festgelegten kürzeren Intervallen auf, wenn delegierte Maßnahmen dies erforderlich machen. Dies betrifft regelmäßige Applikation von intramuskulären und subkutanen Injektionen, Blutentnahmen, Wundversorgung etc. 8. PE ist darüber hinaus telefonisch erreichbar. 9. Optional verabredete Telefonvisiten (vor allem durch die Covid-Pandemie bedingt) 10. Gemeinsame Besuche mit Netzwerkpartnern wie z. B. Hospizdienst, HA, Physiotherapeut*innen
Wo	
7	<p>Im häuslichen Umfeld der Patient*innen, in der Langzeitpflegeeinrichtung</p> <p>Die Fahrt zu den Patient*innen findet mit einem Dienstwagen statt. Jede*r PE ist mit einem mobilen EKG-Gerät, einem Blutdruckgerät, einem Thermometer, einem Blutzuckermessgerät, einem Stethoskop, einem SPO2-Messgerät sowie einem Sortiment an</p>

	<p>Verbandmaterialien und Hygieneartikeln wie z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Abwurf für Kanülen ausgestattet. Ferner Labormaterial wie Monovetten, spezielles Verbandsmaterial für postoperativen Verbandwechsel, Medikamente, die im Einzelfall von den HA mitgegeben werden z. B. Vitaminpräparate, Impfstoffe, Nitrospray</p> <p>Im Pflegeexperten-Center gibt es einen großen Besprechungsraum, in denen die PE die Besuche vor-und nachbereiten, z. B. Einträge in die ePA vornehmen, Statusberichte an die teilnehmenden HA faxen.</p>
Wann und wieviel	
8	<p>a) Hausbesuche über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten</p> <p>b) Dauer der Hausbesuche zwischen 15 Minuten und 1,5 Stunden</p> <p>c) Häufigkeit nach individuellem Versorgungsplan, zu Beginn wöchentlich, im Verlauf mindestens monatlich</p> <p>d) Regelmäßige Besuche, die an delegierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen geknüpft sind. Z. B. Applikation von Medikamenten, Blutentnahmen etc., die außerhalb der im Versorgungsplan geplanten Besuche stattfinden. Diese Besuche ergeben sich durch den Verlauf und in der Zusammenarbeit mit den HA.</p> <p>e) Bei Bedarf telefonische Kontakte</p> <p>f) Verabredete Telefonvisiten (vor allem durch die Covid-Pandemie bedingt)</p> <p>g) Gemeinsame Besuche mit Netzwerkpartnern wie z. B. Hospizdienst, Hausärzt*innen, Physiotherapeuten</p> <p>h) Jede PE hat im Schnitt einen laufenden Patientenstamm von 40-60 (Anzahl) Patient*innen. Pro Monat kommen im Schnitt pro PE 8-10 neue Überweisungen hinzu, 10 Patient*innen werden im Schnitt pro Monat entlassen.</p> <p>i) Die Intervention endet nach 6 Monaten in der Annahme (vgl. Ziele), dass sich das Versorgungsarrangement bzw. der Zustand der/des Patient*in stabilisiert hat.</p>
Anpassung	
9	<p>a) Die Maßnahmen zur Förderung der Selbst-und Symptommanagementkompetenzen werden individuell mit den Patient*innen festgelegt.</p> <p>b) Maßnahmen zur Koordination anderer Versorgungsbedarfe werden individuell mit den Patient*innen festgelegt</p> <p>c) Durch Anordnung spezieller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, die sich aus dem Verlauf ergeben.</p> <p>d) Auf Grund von fehlendem G3 Netz kann die ePA nicht überall genutzt werden, daher wird eine Papierversion der ePA genutzt und die Daten werden nachgetragen.</p> <p>e) Spezielle Anordnungen wie Injektionen, Wundversorgungen, Laboruntersuchungen fließen in die Intervention je nach Verlauf mit ein, so dass die Besuchsintervalle dadurch erhöht werden.</p>
Modifikation	
10	<p>Nach drei Monaten wurde die Intervention im Hinblick auf die Zielgruppe evaluiert. Insbesondere die Ziele der Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen stehen im Bezug zur Stärkung von Versorgungsarrangements Es stellte sich heraus, dass die Patientinnen und Patienten, oft über die medizinischen Bedarfe der ärztlichen Verordnung hinaus Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse aufweisen, die durch die delegierten Maßnahmen nicht abgedeckt werden</p>

	<p>können. Durch die durchgeführten Assessments wird deutlich, dass Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheitsprozesse im Alter einer hohen Vernetzungsleistung bedürfen, die durch die Pflegeexperten erbracht wird. Demzufolge wird die Intervention dahingehend erweitert, dass Versorgungsbedarfe stetig evaluiert und gedeckt werden, um die Situation innerhalb von 6 Monaten zu stabilisieren. Durch den hohen Anteil hochbetagter Menschen, die zum Teil bereits einen Pflegegrad haben und in diesem Rahmen, körperlich, sensorisch oder kognitiv eingeschränkt sind kann eine Förderung des Symptom- und Selbstmanagements der Patient*innen nicht mehr direkt sondern alternativ unterstützend über das Netzwerk an Bezugspersonen oder Professionellen erfolgen, dass um die Patient*innen im Rahmen dieser Intervention gestärkt und ausgebaut wird. Beispiele: Medikamentenmanagement erfolgt über Bezugspersonen oder Pflegedienst und Symptom und Selbstmanagement erfolgt mit direkter Unterstützung der Bezugspersonen, die durch die PE geschult, angeleitet oder Beraten wurden.</p>
Wie gut	
11 (geplant)	<p>Zu Beginn wurden die PE auf die Versorgung der Zielgruppe in einer modularisierten Fortbildung von 300 Stunden vorbereitet. ES wurde sich gezielt mit Leitlinien und aktueller Literatur auseinandergesetzt. Gemeinsam wurden SOP zur Förderung des Selbstmanagements diverser chronischer Erkrankungen erarbeitet, die jederzeit für die PE einsehbar sind. In diesem Rahmen wurden bereits Kontakte zu Netzwerkpartnern geknüpft. Die in der Intervention genutzte ePA inkl. der relevanten Dokumente für die Kommunikation mit den HA wie Ärztliche Verordnung, Versorgungsplan und Statusbericht wurde von den PE entwickelt. Alle Prozesse wurden in einem Qualitätsmanagementsystem beschrieben und mit der ePA weitgehend synchronisiert. Kommunikationswege zwischen PE und HA wurden festgelegt.</p> <p>Komplexe patientenbezogene Fragestellungen werden in Teamsitzungen diskutiert und in Fallbesprechungen evaluiert. Im Verlauf der Studie wächst die Erfahrung bei den PE und die Vernetzungsarbeit gewinnt an Qualität.</p>
12	

Abkürzungsverzeichnis:

ePA	elektronische Patientenakte
HA	Hausärzte und Hausärztinnen
PE	Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen



Übersicht der Fragebögen und Leitfäden der Prozessevaluation (Uni Köln/Uni Lübeck)

Fragebögen

	Code des Fragebogens	Anzahl
Leitung des PflegeExpert*innenCenters	FB1-3a, FB1-3b, FB1-11c	3
Pflegeexpert*innen (PE)	FB5-3a, FB5-9a, FB5-5b, FB5-9c	4
Hausarzt*innen	FB4-11a, FB4-10b, FB4-9c	3
Studienleitung	FB3-11a, FB3-10b	2

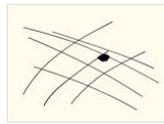
Legende FB: Fragebogen

Leitfäden für Interviews und Fokusgruppen

	Code des Leitfadens	Anzahl
Leitung des PflegeExpert*innenCenters	I1-3a, I1-3b, I1-6c	3
Pflegeexpert*innen (PE)	I7-3a, I9-11a, FG7-3b, I7-9c	4
Hausarzt*innen	I8-5a, FG2-5b, I8-4c	3
Medizinische Fachangestellte	I11-6c	1
Studienleitung	I10-11a, I10-10b	2
Patient*innen	I2-5a_2b_9b_M1, I2-9a_6b_6c_M3, I2-2b_6b_9b_6c_M6, I2-7c_M6+	4
Angehörige	I3-5a_2b_9b_M1, I3-9a_6b_6c_M3, I3-2b_6b_9b_6c_M6, I3-7c_M6+	4
Vinzenz Pallotti Universität	I4-6a, I4-2c	2
Krankenkasse	I5-6a, I5-2c	2
Andere Versorgende	I6-6a, I6-2c	2

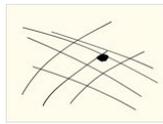
Legende I: Interview; FG: Fokusgruppe; M: Monat

Die Codes der Dokumente ergeben sich aus der Erhebungsmethode (FB, I, FG), einer Zahl zwischen 1-11 sowie dem Monat (1-12) und dem Jahr der Erhebung (a=2020, b=2021, c=2022). Ergänzend wird den Leitfäden der Patient*innen- und Angehörigeninterviews eine Kombination aus M (=Monat) und Zahl hinzugefügt, die Aufschluss über die Länge der Inanspruchnahme der Intervention gibt. (M1/M3/M6/M6+: Es werden Patient*innen/Angehörige interviewt, die seit max. 4 Wochen (M1), seit 3 Monaten (M3), seit 6 Monaten (M6) oder länger als 6 Monate (M6+) von PE betreut werden.)

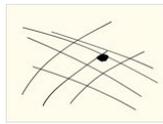


Inhalt

FB1-3a Fragebogen PEC Leitung online.....	4
FB1-3b Fragebogen PEC Leitung online.....	8
FB1-11c Fragebogen PEC Leitung online.....	13
FB5-3a Fragebogen PE Online.....	18
FB5-9a Fragebogen PE Online.....	19
FB5-5b Fragebogen PE Online.....	23
FB5-9c Fragebogen PE Online - in Entwicklung.....	27
FB4-11a Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert.....	31
FB4-10b Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert.....	35
FB4-9c Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert.....	39
FB3-11a Fragebogen Studienleitung Online.....	43
FB3-10b Fragebogen Studienleitung Online.....	45
I1-3a Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview.....	48
I1-3b Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview.....	49
I1-6c Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview.....	51
I7-3a Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview.....	54
I9-11a Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview.....	55
FG7-3b Leitfaden Pflegeexpert*innen Fokusgruppe (Videotelefonie).....	56
I7-9c Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview.....	57
I8-5a Leitfaden Hausärzt*innen Telefoninterview.....	59
FG2-5b Leitfaden Hausärzt*innen Fokusgruppe (telefonisch).....	60
I8-4c Leitfaden Hausärzt*innen Telefoninterview.....	61
I11-6c Leitfaden Medizinische Fachangestellte Telefoninterview.....	63
I10-11a Leitfaden Studienleitung Telefoninterview.....	64
I10-11b Leitfaden Studienleitung Telefoninterview.....	65
I2-5a_2b_9b_M1 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview.....	67
I2-9a_6b_6c_M3 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview.....	69
I2-2b_6b_9b_6c_M6 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview.....	71
I2-6c_M6+ Leitfaden Patient*innen Telefoninterview.....	73
I3-5a_2b_9b_M1 Leitfaden Angehörige Telefoninterview.....	75
I3-9a_6b_6c_M3 Leitfaden Angehörige Telefoninterview.....	77
I3-2b_6b_9b_6c_M6 Leitfaden Angehörige Telefoninterview.....	79
I3-6c_M6+ Leitfaden Angehörige Telefoninterview.....	81



I4-6a Leitfaden Vinzenz Palotti Universität Telefoninterview.....	83
I4-2c Leitfaden Vinzenz Palotti Universität Telefoninterview.....	85
I5-6a Leitfaden Krankenkasse Telefoninterview	87
I5-2c Leitfaden Krankenkasse Telefoninterview	89
I6-6a Leitfaden Andere Versorgende Telefoninterview.....	91
I6-2c Leitfaden Andere Versorgende Telefoninterview	93

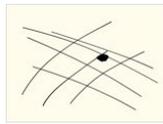


FB1-3a Fragebogen PEC Leitung online

Ressourcen

In diesem Abschnitt fragen wir nach den Ressourcen, die Ihnen und den Pflegeexpert*innen für die Arbeit innerhalb und außerhalb des Pflegeexperten-Centers zur Verfügung stehen.

1. Welche Ressourcen stehen Ihnen als PEC Leitung für die Arbeit im PEC zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Arbeitsplatz Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen
 Drucker Laptop Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum Weitere: *Freitext*
2. Für meinen Arbeitsplatz im Büro benötige ich außerdem ... *Freitext*
3. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
4. Welche Ressourcen stehen den **Pflegeexpert*innen** für die Arbeit im PE Center zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Arbeitsplatz Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen
 Drucker Laptop Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum Weitere: *Freitext*
5. Für ihren Arbeitsplatz im Büro benötigen **die Pflegeexpert*innen** außerdem ... *Freitext*
6. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung des Arbeitsplatzes den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
7. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als Leitung** für die Arbeit außerhalb des PE Centers zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 PKW Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG
 Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial
 Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Händedesinfektionsmittel
 Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
8. Für meinen mobilen Arbeitsplatz benötige ich außerdem: *Freitext*
9. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung Ihres mobilen Arbeitsplatzes Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
10. Welche Ressourcen stehen **den Pflegeexpert*innen** für die Arbeit außerhalb des PE Centers zur Verfügung?
 PKW Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG
 Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial
 Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Händedesinfektionsmittel
 Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
11. Für ihre mobilen Arbeitsplätze benötige die Pflegeexpert*innen außerdem: *Freitext*
12. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung des mobilen Arbeitsplatzes den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*



Kommunikation und strukturelle Unterstützung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie zu beschreiben, welche Kommunikationsstrukturen und weiteren Maßnahmen aus Ihrer Sicht dazu beitragen, die Pflegeexpert*innen bei ihrer Arbeit innerhalb und außerhalb des Pflegeexperten-Centers zu unterstützen.

13. Gibt es **regelmäßige** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen? Nein/Ja/ Wenn ja, wie oft
Freitext
14. Gibt es **anlassbezogene** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen? Nein/Ja/ Wenn ja, was sind die Anlässe? *Freitext*
15. Gibt es geplante Mitarbeiter*innengespräche? Nein/Ja/ Wenn ja, wie oft *Freitext*
16. Planen Sie **regelmäßige** Fallbesprechungen? Nein/Ja/ Wenn ja, wie oft *Freitext*
17. Gibt es **anlassbezogene** Fallbesprechungen? Nein/Ja
18. Wie ist der Informationsaustausch außerhalb der geplanten und anlassbezogenen Besprechungen **zwischen Leitung und Pflegeexpert*innen** geregelt? *Freitext*
19. Wie ist der **regelmäßige** Informationsaustausch zwischen den **teilnehmenden Ärzt*innen und den Pflegeexpert*innen** geregelt? Mehrfachnennungen sind möglich.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Andere/Weitere
Freitext
20. Wie ist der anlassbezogene Informationsaustausch zwischen den **teilnehmenden Ärzt*innen und den Pflegeexpert*innen** geregelt? Mehrfachnennungen sind möglich.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Andere/Weitere *Freitext*
21. Welche weiteren Kommunikationsstrukturen tragen zur Sicherheit und Unterstützung der Pflegeexpert*innen bei Ihrer Arbeit bei? *Freitext*
22. Welche weiteren Maßnahmen unterstützen die Pflegeexpert*innen bei Ihrer Arbeit?
Freitext

Einarbeitung

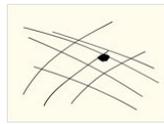
In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zum Einarbeitungskonzept zu beantworten.

23. Wurde dies eigens für die Arbeit der Pflegeexpert*innen im Rahmen des HiH Projekts erstellt? Ja / Nein
24. Ist das Einarbeitungskonzept ggf. übertragbar auf die Regelversorgung? Ja, weil... *Freitext*
Nein, weil... *Freitext*
25. Wird das Einarbeitungskonzept regelmäßig evaluiert und überarbeitet? Ja/ Nein
Wenn ja, erläutern Sie bitte die Evaluation/Überarbeitung (Wie oft? Von wem? etc) ... *Freitext*
Wenn nein, erläutern Sie bitte kurz die Gründe: *Freitext*
26. Welche inhaltlichen Schwerpunkte werden in dem Einarbeitungskonzept gesetzt? *Freitext*

SOP und Verfahrensanweisungen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den SOP und Verfahrensanweisungen zu beantworten.

27. Auf welchen Grundlagen beruhen die SOPs und Verfahrensanweisungen?
Mehrfachnennungen sind möglich.
 Expertenstandards Internationale Leitlinien Einrichtungs-interne Leitlinien
 Fachliteratur Expert*innen (z. B. Wundexpert*innen, Fachärzt*innen, ...) Weitere:
Freitext
28. Werden die SOPs/Verfahrensanweisungen **regelmäßig** evaluiert? Nein/Ja/ Wenn ja, wie oft
Freitext



29. Werden die SOPs/Verfahrensanweisungen **anlassbezogen** evaluiert? Nein/Ja/ Wenn ja, was sind die Anlässe? *Freitext*
30. Welche weiteren nationalen und internationalen Leitlinien kommen darüber hinaus zur Anwendung? *Freitext*

Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und Fortbildung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und zu Aspekten der Fortbildung zu beantworten.

31. Welche Kompetenzen werden für die Tätigkeit als Pflegeexpert*in im Projekt HiH benötigt?
Likert Skala (stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu/teils-teils/stimme eher zu/stimme voll und ganz zu
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen
32. Wie werden die Kompetenzen der einzelnen PE eingeschätzt und von wem? *Freitext*
33. Gibt es ein Fortbildungskonzept? Ja/Nein/ Wenn ja, wie ist diese strukturiert?
34. Welche Lehr-/Lernmethoden werden angewendet, um die Inhalte zu vermitteln?

Geographie

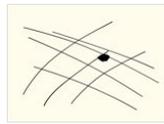
Die Fragen in diesem Abschnitt zielen darauf ab, zu erfassen, in wie weit die gegebene Infrastruktur Einfluss auf die Arbeit der Pflegeexpert*innen hat, was das geographische Einzugsgebiet des HiH Projekts ist und welche Aspekte hier zu erwähnen sind.

35. Wie ist das Einzugsgebiet definiert? *Freitext*
36. Erwarten Sie, dass der Wohnort der Patient*innen einen Einfluss auf die Anzahl der Hausbesuche durch Pflegeexpert*innen hat? Nein / Ja / Wenn ja, welchen? *Freitext*
37. Erwarten Sie, dass der Wohnort der Patient*innen einen Einfluss auf die Frequenz der Hausbesuche durch die Pflegeexpert*innen hat? Nein / Ja / Wenn ja, welchen? *Freitext*
38. Gibt es Gebiete ohne Mobilfunkempfang? Nein / Ja / Wenn ja, wie gehen Sie damit um? *Freitext*
39. Gibt es Gebiete mit limitierter Infrastruktur (z. B. Straßenverhältnisse)? Nein / Ja/ Wenn ja, wie gehen Sie damit um? *Freitext*
40. Gibt es weitere geografischen Besonderheiten? Nein /Ja/ Wenn ja, bitte beschreiben sie diese kurz.

Rekrutierung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu beantworten, wie potenzielle Projektteilnehmende (Patient*innen, Ärzt*innen) von dem Projekt erfahren haben und wer konkret Patient*innen und Ärzt*innen für die Teilnahme rekrutiert. Des Weiteren fragen wir, in wie weit Rekrutierungsprozesse dokumentiert werden.

41. Welche Strategien werden eingesetzt, um die Studie bei Haus- und Fachärzt*innen bekannt zu machen? Mehrfachnennung sind möglich.
- Öffentlichkeitsarbeit Netzwerke(n) Eigene persönliche Kontakte Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen Persönliche Kontakte der Studienleitung



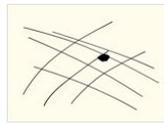
- Informationen an Kollegen*innen/ Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen
Verbreitung im Ärztenetz Weitere Strategien: *Freitext*
42. Welche Strategien werden eingesetzt, um die Studie bei potenziellen Patient*innen bekannt zu machen? Mehrfachnennung sind möglich.
 Öffentlichkeitsarbeit Netzwerke(n) Informationsbroschüren/Flyer in Arztpraxen
Informationen an Patient*innen durch Krankenkassen Informationen an Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen Eigene persönliche Kontakte Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen Persönliche Kontakte der Studienleitung Weitere Strategien: *Freitext*
43. Wer spricht **Patient*innen** an, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen
Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen¹ Krankenkassen/Pflegekassen Weitere: *Freitext*
44. Wer spricht **Haus- und Fachärzt*innen** an, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung Pflegeexpert*innen
Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen* Krankenkassen/Pflegekassen Weitere: *Freitext*
45. Wie werden Rekrutierungsmaßnahmen und Effekte dokumentiert? *Freitext*
46. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme **von Patient*innen** dokumentiert? *Freitext*
47. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme von **Ärzt*innen** dokumentiert? *Freitext*

Zusammenarbeit im und mit Netzwerk(en)

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu eventuell bestehenden und zukünftigen Netzwerken im Rahmen der Patient*innenversorgung zu beantworten.

48. Gibt es bereits ein Netzwerk aller an der Patient*innenversorgung beteiligten Personen?
Ja / Nein / Wenn ja, wie sieht dieses aus und wer ist beteiligt? *Freitext*
49. Gibt es regelmäßige Treffen mit diesem Netzwerk? Ja / Nein / Wenn ja, wie oft? *Freitext*
50. Gibt es andere regelmäßige Kommunikation mit diesem Netzwerk? Ja / Nein / Wenn ja, wie oft findet diese statt und wie sieht die Kommunikation aus? *Freitext*
51. Gibt es einen Austausch mit anderen Netzwerken? Ja, und zwar mit ...*Freitext*
Nein, weil ... *Freitext*
52. Der Austausch mit welchen weiteren Netzwerken könnte Ihrer Einschätzung nach sinnvoll sein und warum? *Freitext*

¹ Andere Versorger*innen: Personen anderer Berufsgruppen oder Einrichtungen der (Gesundheits-)versorgung (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden, etc.)

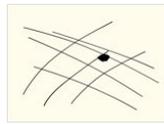


FB1-3b Fragebogen PEC Leitung online

Ressourcen

In diesem Abschnitt fragen wir nach den Ressourcen, die Ihnen und den Pflegeexpert*innen für die Arbeit innerhalb und außerhalb des Pflegeexperten-Centers zur Verfügung stehen.

1. Welche Ressourcen stehen Ihnen als **PEC Leitung** für die Arbeit **im PEC** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere: *Freitext*
2. Für meinen Arbeitsplatz **im PEC** benötige ich außerdem ... *Freitext*
3. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes **im PEC** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
4. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als PEC Leitung** für die **Arbeit im Homeoffice** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere: *Freitext*
5. Für meinen **Arbeitsplatz im Homeoffice** benötige ich außerdem ... *Freitext*
6. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres **Arbeitsplatzes im Homeoffice** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
7. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als Leitung** für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Mundnasenschutz FFP2-Masken Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
8. Für meine Arbeit **außerhalb des PE Centers** benötige ich außerdem ... *Freitext*
9. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes **außerhalb des PE Centers** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
10. Welche Ressourcen zur Fortbewegung stehen Ihnen zur Verfügung?
 Eigener Dienstwagen Dienstwagen aus Dienstwagenpool Eigener PKW Öffentliche Transportmittel Weitere: *Freitext*
11. Welche Ressourcen stehen den **Pflegeexpert*innen** für die **Arbeit im PE Center** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Laptop mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum WLAN/stabile Internetverbindung Weitere: *Freitext*

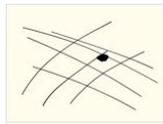


12. Für ihre Arbeit im PE Center benötigen **die Pflegeexpert*innen** außerdem ... *Freitext*
13. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung des Arbeitsplatzes im PE Center den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
14. Welche Ressourcen werden den Pflegeexpert*innen für die **Arbeit im Homeoffice** zur Verfügung gestellt? Mehrfachnennungen sind möglich.
- Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office- Programmen Drucker
 Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflege-
wissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken WLAN/stabile Internetverbindung
 Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere:
Freitext
15. Für ihren **Arbeitsplatz im Homeoffice** benötigen die Pflegeexpert*innen außerdem ... *Freitext*
16. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung des **Arbeitsplatzes im Homeoffice** den Bedarfen der Pflegeexpert*innen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
17. Welche Ressourcen stehen **den Pflegeexpert*innen** für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** zur Verfügung?
- Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG
Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial
 Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Mundnasenschutz
FFP2-Masken Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
18. Für ihre Arbeit **außerhalb des PE Centers** benötigen die **Pflegeexpert*innen** außerdem:
Freitext
19. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
20. Welche Ressourcen zur Fortbewegung stehen den Pflegeexpert*innen zur Verfügung?
- Eigener Dienstwagen Dienstwagen aus Dienstwagenpool Eigener PKW Öffentliche
Transportmittel Weitere: *Freitext*

Kommunikationsstrukturen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Aussagen zu den Kommunikationsstrukturen zu machen.

21. Fanden **regelmäßige** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen wie geplant statt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht *Freitext*
22. Fanden **anlassbezogene** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen statt? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
23. Wie wurden die Dienstbesprechungen/Teamsitzungen hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/also Telefonkonferenz
24. Fanden **regelmäßige** Fallbesprechungen wie geplant statt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
25. Fanden **anlassbezogene** Fallbesprechungen statt? Nein/Ja/Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
26. Wie wurden die **Fallbesprechungen** hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/also Telefonkonferenz
27. Wurden Mitarbeiter*innengespräche wie geplant durchgeführt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*



28. Fanden anlassbezogene Mitarbeiter*innengespräche statt? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
29. Wie wurden die **Mitarbeiter*innengespräche** hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/als Telefonkonferenz
30. Wie findet der Informationsaustausch außerhalb der geplanten und anlassbezogenen Besprechungen **zwischen Leitung und Pflegeexpert*innen** statt? *Freitext*
31. Gibt es weitere Kommunikationsstrukturen zwischen **Leitung und Pflegeexpert*innen**?
Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*
32. Wie findet der regelmäßige Informationsaustausch zwischen den **Pflegeexpert*innen und den teilnehmenden Ärzt*innen** hauptsächlich statt? Bitte gewichten Sie.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Messenger Dienst
 Videotelefonie Andere/Weitere *Freitext*
33. Sind Ihnen weitere Kommunikationsstrukturen zwischen Pflegeexpert*innen und Ärzt*innen bekannt? Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*
34. Wie findet der Informationsaustausch innerhalb des **Pflegeexpert*innen-Teams** Ihres Wissens nach hauptsächlich statt? Bitte gewichten Sie.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Messenger Dienst
 Videotelefonie Andere/Weitere *Freitext*
35. Sind Ihnen weitere Kommunikationsstrukturen zwischen den Pflegeexpert*innen bekannt?
Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*

Einarbeitung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zur Anwendung des Einarbeitungskonzepts zu beantworten.

36. Wurde das Einarbeitungskonzept wie geplant umgesetzt? Ja/Nein/ Wenn nein, welche Gründe gibt es dafür? *Freitext*

SOP und Verfahrensanweisungen

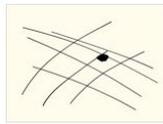
In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den SOP und Verfahrensanweisungen zu beantworten.

37. Wurden die SOPs/Verfahrensanweisungen **regelmäßig** wie geplant evaluiert? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
38. Wurden die SOPs/Verfahrensanweisungen **anlassbezogen** evaluiert? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*

Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und Fortbildung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und zu Aspekten der Fortbildung zu beantworten.

1. Welche Kompetenzen werden für die Tätigkeit als Pflegeexpert*in im Projekt HiH benötigt?
Likert Skala (stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu/teils-teils/stimme eher zu/stimme voll und ganz zu
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen

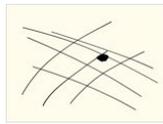


39. Konnten die Kompetenzen der Pflegeexpert*innen wie geplant individuell eingeschätzt werden? Ja/Nein/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
40. Wie hoch ist aus Ihrer Perspektive der Bedarf an Fortbildung für folgende Kompetenzen? Bitte setzen Sie den Schieber an die entsprechend Stelle. (*Schieber: kein Bedarf – sehr hoher Bedarf*)
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen
41. Folgende sieben Rollen werden für spezialisierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen beschrieben:
Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit Sie die Pflegexpert*innen jeweils in den Rollen sehen und ziehen den Regler auf einen Punkt auf die Linie.
In der Rolle der Praktiker*in/ des Praktikers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Expert*in/ des Experten sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Berater*in/ des Beraters sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Lehrer*in/ des Lehrers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Forscher*in/ des Forschers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Leitungsperson sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Fürsprecher*in/ des Fürsprechers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.

Rekrutierung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu beantworten, wie das Projekt bekannt gemacht und wie dies dokumentiert wird.

42. Inwieweit sind die folgenden Strategien geeignet, um die Studie bei Haus- und Fachärzt*innen bekannt zu machen? *Schieber ungeeignet ... sehr geeignet*
Öffentlichkeitsarbeit
Netzwerke(n), Eigene persönliche Kontakte, Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen
Persönliche Kontakte der Studienleitung, Informationen an Kollegen*innen/ Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen; Verbreitung im Ärztenetz; Weitere Strategien. *Freitext*
43. Inwieweit sind die folgenden Strategien geeignet, um die Studie bei Patient*innen bekannt zu machen? *Schieber ungeeignet ... sehr geeignet*
Öffentlichkeitsarbeit; Netzwerke(n); Informationsbroschüren/Flyer in Arztpraxen;
Informationen an Patient*innen durch Krankenkassen; Informationen an Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen; Eigene persönliche Kontakte; Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen; Persönliche Kontakte der Studienleitung; Weitere Strategien. *Freitext*
44. Wer spricht **Patient*innen** an, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.



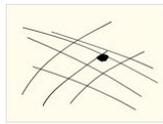
- Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen² Krankenkassen/Pflegekassen Weitere. *Freitext*
45. Wer spricht **Haus- und Fachärzt*innen** an, um an der Studie teilzunehmen?
Mehrfachnennungen sind möglich.
 Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen Krankenkassen/Pflegekassen Weitere. *Freitext*
46. Wie werden Rekrutierungsmaßnahmen und Effekte dokumentiert? *Freitext*
47. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme **von Patient*innen** dokumentiert? *Freitext*
48. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme von **Ärzt*innen** dokumentiert?
Freitext

Netzwerke

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu eventuell bestehenden und zukünftigen Netzwerken im Rahmen der Patient*innenversorgung zu beantworten.

49. Gibt es ein Netzwerk aller an der Patient*innenversorgung beteiligten Personen? Ja / Nein
/Wenn ja, wie sieht dieses aus und wer ist beteiligt? *Freitext*
50. Gibt es regelmäßige Treffen mit diesem Netzwerk? Ja / Nein / Wenn ja, wie oft? *Freitext*
51. Besteht weiterhin ein Austausch mit anderen Netzwerken? Ja, und zwar mit ...*Freitext*
Nein, weil ... *Freitext*
52. Sollte aus Ihrer Sicht eine Kommunikation mit weiteren Netzwerken aufgebaut werden?
Ja/Nein/wenn ja, mit welchen?

² Andere Versorger*innen: Personen anderer Berufsgruppen oder Einrichtungen der (Gesundheits-) versorgung (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden, etc.)

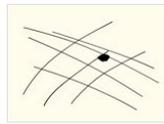


FB1-11c Fragebogen PEC Leitung online

Ressourcen

In diesem Abschnitt fragen wir nach den Ressourcen, die Ihnen und den Pflegeexpert*innen für die Arbeit innerhalb und außerhalb des Pflegeexperten-Centers zur Verfügung stehen.

1. Welche Ressourcen stehen Ihnen als **PEC Leitung** für die Arbeit **im PEC** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Drucker
 Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere: *Freitext*
2. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes **im PEC** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
3. Für meinen Arbeitsplatz **im PEC** hätte ich außerdem folgendes benötigt: *Freitext*
4. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als PEC Leitung** für die **Arbeit im Homeoffice** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen
 Drucker Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset
 Webcam Weitere: *Freitext*
5. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres **Arbeitsplatzes im Homeoffice** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
6. Für meinen **Arbeitsplatz im Homeoffice** hätte ich außerdem folgendes benötigt: *Freitext*
7. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als Leitung** für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Mundnasenschutz FFP2-Masken Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
8. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes **außerhalb des PE Centers** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
9. Für meine Arbeit **außerhalb des PE Centers** hätte ich außerdem folgendes benötigt: *Freitext*
10. Welche Ressourcen zur Fortbewegung stehen Ihnen zur Verfügung?
 Eigener Dienstwagen Dienstwagen aus Dienstwagenpool Eigener PKW Öffentliche Transportmittel Weitere: *Freitext*
11. Welche Ressourcen stehen den **Pflegeexpert*innen** für die **Arbeit im PE Center** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Laptop mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Tablet Zugang zu pflege-



wissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum WLAN/stabile Internetverbindung Weitere: *Freitext*

12. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung des Arbeitsplatzes im PE Center den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*

13. Für ihre Arbeit im PE Center hätten **die Pflegeexpert*innen** außerdem folgendes benötigt: *Freitext*

14. Welche Ressourcen werden den Pflegeexpert*innen für die **Arbeit im Homeoffice** zur Verfügung gestellt? Mehrfachnennungen sind möglich.

Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere: *Freitext*

15. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung des **Arbeitsplatzes im Homeoffice** den Bedarfen der Pflegeexpert*innen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*

16. Für ihren **Arbeitsplatz im Homeoffice** hätten die Pflegeexpert*innen außerdem folgendes benötigt: *Freitext*

17. Welche Ressourcen stehen **den Pflegeexpert*innen** für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** zur Verfügung?

Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Mundnasenschutz FFP2-Masken Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*

18. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*

19. Für ihre Arbeit **außerhalb des PE Centers** hätten die **Pflegeexpert*innen** außerdem folgendes benötigt: *Freitext*

20. Welche Ressourcen zur Fortbewegung stehen den Pflegeexpert*innen zur Verfügung?

Eigener Dienstwagen Dienstwagen aus Dienstwagenpool Eigener PKW Öffentliche Transportmittel Weitere: *Freitext*

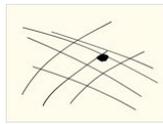
Kommunikationsstrukturen – Teil 1

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Aussagen zu den geplanten Kommunikationsstrukturen in den letzten 12 Monaten zu machen.

21. Fanden **regelmäßige** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen wie geplant statt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht *Freitext*

22. Fanden **anlassbezogene** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen statt? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*

23. Wie wurden die Dienstbesprechungen/Teamsitzungen hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/als Telefonkonferenz



24. Fanden **regelmäßige** Fallbesprechungen wie geplant statt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
25. Fanden **anlassbezogene** Fallbesprechungen statt? Nein/Ja/Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
26. Wie wurden die **Fallbesprechungen** hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/als Telefonkonferenz
27. Wurden Mitarbeiter*innengespräche wie geplant durchgeführt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
28. Fanden anlassbezogene Mitarbeiter*innengespräche statt? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
29. Wie wurden die **Mitarbeiter*innengespräche** hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/als Telefonkonferenz

Kommunikationsstrukturen - Teil 2

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Aussagen zu den fortlaufenden **Kommunikationsstrukturen** zu machen.

30. Wie findet der Informationsaustausch außerhalb der geplanten und anlassbezogenen Besprechungen **zwischen Leitung und Pflegeexpert*innen** statt? *Freitext*
31. Gibt es weitere Kommunikationsstrukturen zwischen **Leitung und Pflegeexpert*innen**? Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*
32. Wenn die Pflegeexpert*innen uns brauchen, sind wir stets schnell für sie erreichbar.
5-Punkt-Likert, trifft nicht zu - trifft zu.
33. Wie findet der regelhafte Informationsaustausch zwischen den **Pflegeexpert*innen und den teilnehmenden Ärzt*innen** hauptsächlich statt? Bitte gewichten Sie.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Messenger Dienst
 Videotelefonie Andere/Weitere *Freitext*
34. Sind Ihnen weitere Kommunikationsstrukturen zwischen Pflegeexpert*innen und Ärzt*innen bekannt? Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*
35. Wie findet der Informationsaustausch innerhalb des **Pflegeexpert*innen-Teams** Ihres Wissens nach hauptsächlich statt? Bitte gewichten Sie.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Messenger Dienst
 Videotelefonie Andere/Weitere *Freitext*
36. Sind Ihnen weitere Kommunikationsstrukturen zwischen den Pflegeexpert*innen bekannt? Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*

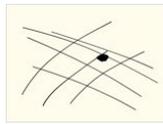
Einarbeitung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zur Anwendung des Einarbeitungskonzepts zu beantworten.

37. Wurde das Einarbeitungskonzept wie geplant umgesetzt? Ja/Nein/ Wenn nein, welche Gründe gibt es dafür? *Freitext*

SOP und Verfahrensanweisungen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den SOP und Verfahrensanweisungen zu beantworten.



38. Wurden die SOPs/Verfahrensanweisungen **regelmäßig** wie geplant evaluiert? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht *Freitext*
39. Wurden die SOPs/Verfahrensanweisungen **anlassbezogen** evaluiert? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*

Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und Fortbildung

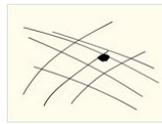
In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und zu Aspekten der Fortbildung zu beantworten.

53. Welche Kompetenzen werden für die Tätigkeit als Pflegeexpert*in im Projekt HiH benötigt?
Likert Skala (stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu/teils-teils/stimme eher zu/stimme voll und ganz zu
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen
54. Konnten die Kompetenzen der Pflegeexpert*innen wie geplant individuell eingeschätzt werden? Ja/Nein/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
55. Wie hoch ist aus Ihrer Perspektive der Bedarf an Fortbildung für folgende Kompetenzen? Bitte setzen Sie den Schieber an die entsprechend Stelle. (*Schieber: kein Bedarf – sehr hoher Bedarf*)
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen
56. Folgende sieben Rollen werden für spezialisierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen beschrieben: Praktiker*in, Expert*in, Berater*in, Lehrende, Forscher*in, Leitungsperson, Fürsprecher*in
Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit Sie die Pflegeexpert*innen jeweils in den Rollen sehen und ziehen den Regler auf eine einen Punkt auf die Linie.
In der Rolle der Praktiker*in/ des Praktikers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Expert*in/ des Experten sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Berater*in/ des Beraters sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Lehrer*in/ des Lehrers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Forscher*in/ des Forschers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Leitungsperson sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Fürsprecher*in/ des Fürsprechers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.

Rekrutierung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu beantworten, wie das Projekt bekannt gemacht und wie dies dokumentiert wird.

57. Inwieweit sind die folgenden Strategien geeignet, um die Studie bei Haus- und Fachärzt*innen bekannt zu machen? *Schieber ungeeignet ... sehr geeignet*



Öffentlichkeitsarbeit; Netzwerke(n); Eigene persönliche Kontakte; Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen; Persönliche Kontakte der Studienleitung; Informationen an Kollegen*innen/ Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen; Verbreitung im Ärztenetz
Weitere Strategien. *Freitext*

58. Inwieweit sind die folgenden Strategien geeignet, um die Studie bei Patient*innen bekannt zu machen? *Schieber ungeeignet ... sehr geeignet*

Öffentlichkeitsarbeit; Netzwerke(n); Informationsbroschüren/Flyer in Arztpraxen; Informationen an Patient*innen durch Krankenkassen; Informationen an Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen; Eigene persönliche Kontakte; Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen; Persönliche Kontakte der Studienleitung; Weitere Strategien. *Freitext*

59. Wer hat in den letzten 12 Monaten **Patient*innen** angesprochen, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.

Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen^{3*} Krankenkassen/Pflegekassen Weitere. *Freitext*

60. Wer hat in den letzten 12 Monaten **Haus- und Fachärzt*innen** an, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.

Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen Krankenkassen/Pflegekassen Weitere. *Freitext*

61. Wie werden Rekrutierungsmaßnahmen und Effekte dokumentiert? *Freitext*

62. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme **von Patient*innen** dokumentiert? *Freitext*

63. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme von **Ärzt*innen** dokumentiert?

Netzwerke

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu eventuell bestehenden und zukünftigen Netzwerken im Rahmen der Patient*innenversorgung zu beantworten.

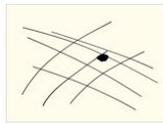
64. Gibt es ein Netzwerk aller an der Patient*innenversorgung beteiligten Personen? Ja / Nein
/Wenn ja, wie sieht dieses aus und wer ist beteiligt? *Freitext*

65. Gibt es regelmäßige Treffen mit diesem Netzwerk? Ja / Nein / Wenn ja, wie oft? *Freitext*

66. Besteht weiterhin ein Austausch mit anderen Netzwerken? Ja, und zwar mit ...*Freitext*
Nein, weil ... *Freitext*

67. Sollte aus Ihrer Sicht eine Kommunikation mit weiteren Netzwerken aufgebaut werden?
Ja/Nein/wenn ja, mit welchen?

³ Andere Versorger*innen: Personen anderer Berufsgruppen oder Einrichtungen der (Gesundheits-) versorgung (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden, etc.)



FB5-3a Fragebogen PE Online

Abschnitt A

1. Alter
2. Geschlecht. *weiblich, männlich divers*
3. Berufsqualifikation. *Zum Ankreuzen Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Andere/Weitere (bitte angeben). Freitext*
4. Pflegerische Berufserfahrung in Jahren (ohne Ausbildungszeit).
5. Beschäftigung im PE-Center seit *(MM/JJJJ)*
6. Abgeschlossenes Studium? *(Wenn ja, bitte angeben welcher Abschluss) Freitext*
7. Laufendes Studium? *(Wenn ja, bitte Studiengang und Semester angeben.) Freitext*

Abschnitt B

Folgende sieben Rollen werden für spezialisierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Tätigkeiten beschrieben: Praktiker*in, Expert*in, Berater*in, Lehrer*in, Forscher*in, Leitungsperson, Fürsprecher*in. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit Sie sich als Pflegeexpert*in jeweils in dieser Rolle sehen und ziehen den Regler auf einen Punkt auf die Linie. *Schieber gar nicht bis uneingeschränkt*

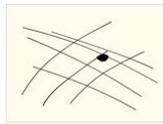
8. In der Rolle der Praktikerin/des Praktikers sehe ich mich ...
9. In der Rolle der Expertin/des Experten sehe ich mich ...
10. In der Rolle der Beraterin/des Beraters sehe ich mich ...
11. In der Rolle der Lehrerin/des Lehres sehe ich mich ...
12. In der Rolle der Forscherin/des Forschers sehe ich mich ...
13. In der Rolle der Leitungsperson sehe ich mich ...
14. In der Rolle der Fürsprecherin/des Fürsprechers sehe ich mich ...

Abschnitt C

15. Bitte geben Sie in diesem Abschnitt an, in welchem Maß Sie den folgenden Aussagen zustimmen. *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
Mir ist klar, welche Rolle ich als Pflegeexpert*in habe.
Ich weiß, wie ich meine Rolle als Pflegeexpert*in erklären kann.
Ich weiß, wie ich Schnittstellen zu anderen Rollen (z.B. die von ärztlichen oder anderen pflegerischen Rollen) beschreiben kann.
Ich weiß, wie meine Rolle sich von anderen Rollen (z. B. die von ärztlichen oder anderen pflegerischen Rollen) unterscheidet und abgrenzt.
Als Pflegeexpert*in habe ich ein hohes Maß an Handlungsautonomie.
Der Einsatz von Pflegeexpert*innen führt zu einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit.

Abschnitt D

16. Abschließend würden wir gerne von Ihnen wissen, was Sie momentan gedanklich in Bezug auf Ihre Rolle als Pflegeexpert*in am meisten beschäftigt. Bitte nennen Sie die wichtigsten Aspekte in Stichworten oder als Fließtext. *Freitext*



FB5-9a Fragebogen PE Online

Rolle und Kompetenzen

1. Wenn Sie die nachstehenden Definitionen der Stufen zur Pflegekompetenz nach Patricia Benner lesen, wie bewerten Sie Ihre eigene Expertise als Pflegeexpert*in?

Definitionen der fünf Stufen zu Kompetenz (in Anlehnung an Benner)

Neuling

- hat keine Erfahrung mit realen Alltagssituationen als Pflegeexpert*in
- arbeitet regelgeleitet

Fortgeschrittene*r Anfänger*in

- verfügt über Erfahrungen
- erkennt wiederkehrende, bedeutsame Aspekte

Kompetente*r

- handelt zielgerichtet
- plant bewusst und überlegt
- setzt Prioritäten
- betrachtet Probleme abstrakt und analytisch

Erfahrene*r

- nimmt Situationen intuitiv als Ganzes auf
- plant auf längerfristige Ziele hin
- nimmt Nuancen von Veränderungen wahr
- handelt nach Maximen
- begreift Situationen spontan und stößt zum Kern des Problems vor

Expert*in

- erfasst Situationen intuitiv
- stößt direkt zum Kern des Problems vor
- handelt auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation
- verfügt über eine hohe Sicherheit im Wahrnehmen von Nuancen
- hat den Blick fürs Machbare

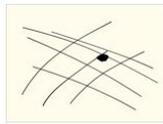
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

Neuling, Fortgeschrittene*r Anfänger*in, Kompetente*r, Erfahrene*r, Expert*in

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu:

Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu

2. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären.
3. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den teilnehmenden Hausärzt*innen erklären.
4. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine klinische Rolle (direkte Patientenversorgung ein)? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
5. Wie oft nehmen im beruflichen Alltag eine Rolle als Expert*in ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*



6. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine Rolle als Berater*in ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
7. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine Bildungsrolle/ Edukator*innenrolle ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
8. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine als Forscher*in ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
9. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine Leitungsrolle/Führungsrolle ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
10. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine Rolle als Fürsprecher*in ein *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
Wenn manchmal bis sehr oft: Bitte beschreiben Sie im Kommentarfeld in Stichworten ein Beispiel aus dem beruflichen Alltag.
11. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in? (Slider - *Sehr unsicher bis sehr sicher*)

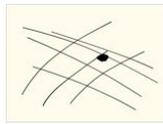
Patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung

12. Wie oft bitten andere Pflegende außerhalb des PEC Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (
13. *niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*
Wenn Sie um eine Einschätzung gebeten werden, zu welchen Themen werden Sie gefragt?
(Freitext)
14. Wie oft fragen Patient*innen Sie außerhalb der regelhaften Besuche um Rat bzgl. gesundheitsbezogener Themen? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Wenn Sie um eine Einschätzung gebeten werden, zu welchen Themen werden Sie gefragt?
(Freitext)
15. Wie oft bitten Hausärzt*innen Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Wenn Sie um eine Einschätzung gebeten werden, zu welchen Themen werden Sie gefragt?
(Freitext)

Ausübung der PE Rolle

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu: *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

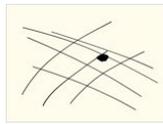
16. Ich fühle mich sicher, die individuellen Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen ermitteln zu können.
17. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und ggf. Angehörige in die Ermittlung individueller Versorgungsbedarfe einzubeziehen.
18. Ich fühle mich sicher, individuelle Versorgungspläne zu erstellen.
19. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und Angehörige in die Erstellung der Versorgungsplanung mit einzubeziehen.
20. Ich kann Patient*innen und ggf. Angehörige auf Basis von pflegefachlichem Wissen umfassend informieren und beraten.



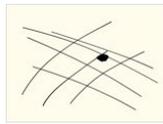
21. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Symptommanagement.
22. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Hausarzt*innen über Symptommanagement.
23. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über die Bewältigung ihres Alltags.
24. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Themen wie Sorgen, Verluste, Niedergeschlagenheit, Wut, Trauer.
25. Ich bin in der Lage, wissenschaftliche Studien/Fachliteratur in Datenbanken zu recherchieren.
26. Ich bin in der Lage, aus wissenschaftlichen Studien/Fachliteratur Schlussfolgerungen für meine klinische Praxis abzuleiten.
27. Ich kann, innerhalb meines Kompetenzbereichs, eigenständig Entscheidungen treffen. *Wenn teils-teils oder mehr, dann: Bitte nennen Sie ein oder mehrere Beispiele für eigenständige Entscheidungen innerhalb Ihres Kompetenzbereichs. Freitext*
28. Als Pflegeexpert*in habe ich ein hohes Maß an Handlungsautonomie.
Bitte nennen Sie ein oder mehrere Beispiele, das/die Ihre Antwort(en) unterstreicht(en).
Freitext
29. Ich weiß, wo meine Verantwortung als Pflegeexpert*in liegt.
30. Ich möchte mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
31. Ich bekomme Aufgaben von Hausarzt*innen delegiert, die meiner Einschätzung nach für die Gesundheitsversorgung der Patient*innen **nicht** notwendig sind. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu. Wenn ja, können Sie dafür Beispiele nennen? Freitext*
32. Ich fühle mich kompetent, mit den Hausarzt*innen in einen fachlichen Dialog über die Notwendigkeit **delegierter** Leistungen zu treten. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu. Wenn trifft nicht zu/trifft eher nicht zu, dann: Was würde Ihnen helfen, solch einen Dialog zu führen?*
33. Ich stelle bei meinen Patient*innen zusätzliche Versorgungsbedarfe fest, die von Hausarzt*innen delegiert werden könnten. *Immer, oft, gelegentlich, selten, nie. Wenn gelegentlich bis immer, dann: Welche Bedarfe stellen Sie am häufigsten fest?*
34. Wer kann die damit einhergehenden Tätigkeiten übernehmen? Pflegeexpert*in, Hausarzt*in, Andere (Mehrfachantworten möglich)
35. Ich habe die Möglichkeit, Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf meine Rollenfindung und Ausübung der Rolle mit anderen zu reflektieren. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu

36. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber meinen Team-Kolleg*innen äußern zu können.
37. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber den Hausarzt*innen äußern zu können.
38. Bei fachlichen Fragen und Unsicherheiten weiß ich, an wen ich mich wenden kann.
39. Es findet regelmäßig ein interprofessioneller Austausch zu einzelnen Patient*innen statt.
40. Wenn ich Sie brauche, sind die Hausarzt*innen für mich erreichbar.



41. Die interprofessionelle Versorgung ist auf dem Papier geplant, findet in der alltäglichen Praxis jedoch nicht statt.
42. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird im interprofessionellen Team wertgeschätzt.
43. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von den Patient*innen und ggf. ihren Angehörigen wertgeschätzt.
44. Die Kommunikation mit den Hausarzt*innen erlebe ich als partnerschaftlich.
45. Ich agiere als Pflegeexpert*in auf gleicher Augenhöhe mit den Hausarzt*innen.
46. Ich kann mich auf die Hausarzt*innen verlassen.
47. Die Hausarzt*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.
48. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für die Patient*innen und ihre Angehörigen. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis:* Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.
49. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für das interprofessionelle Team. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis:* Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.



FB5-5b Fragebogen PE Online

Rolle und Kompetenzen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer Rolle und Ihren Kompetenzen als Pflegeexpert*in zu machen.

1. Wenn Sie die nachstehenden Definitionen der Stufen zur Pflegekompetenz nach Patricia Benner lesen, wie bewerten Sie Ihre eigene Expertise als Pflegeexpert*in?

Definitionen der fünf Stufen zu Kompetenz (in Anlehnung an Benner)

Neuling

- hat keine Erfahrung mit realen Alltagssituationen als Pflegeexpert*in
- arbeitet regelgeleitet

Fortgeschrittene*r Anfänger*in

- verfügt über Erfahrungen
- erkennt wiederkehrende, bedeutsame Aspekte

Kompetente*r

- handelt zielgerichtet
- plant bewusst und überlegt
- setzt Prioritäten
- betrachtet Probleme abstrakt und analytisch

Erfahrene*r

- nimmt Situationen intuitiv als Ganzes auf
- plant auf längerfristige Ziele hin
- nimmt Nuancen von Veränderungen wahr
- handelt nach Maximen
- begreift Situationen spontan und stößt zum Kern des Problems vor

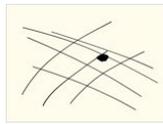
Expert*in

- erfasst Situationen intuitiv
- stößt direkt zum Kern des Problems vor
- handelt auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation
- verfügt über eine hohe Sicherheit im Wahrnehmen von Nuancen
- hat den Blick fürs «Machbare»

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

Neuling, Fortgeschrittene*r Anfänger*in, Kompetente*r, Erfahrene*r, Expert*in

2. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
3. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den teilnehmenden Hausärzt*innen erklären. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
4. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag folgende Rollen ein? *jeweils zum Ankreuzen: nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
 - Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
 - Expert*in
 - Berater*in
 - Bildungsrolle/ Edukator*innenrolle



- Forscher*in
- Leitungsrolle/ Führungsrolle
- Fürsprecher*in

Bitte geben Sie für jede Rolle, die Sie einnehmen, wenn möglich mindestens ein Beispiel
Freitext

5. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in? (*Slider - Sehr unsicher bis sehr sicher*)

Patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung

In diesem Abschnitt fragen wir Sie, inwieweit andere Personen Sie um eine patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung der Patient*innen bitten und zu welchen Themen Sie dabei konsultiert werden.

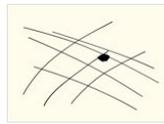
6. Wie oft bitten andere Pflegende außerhalb des PEC Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)
7. Wie oft fragen Patient*innen Sie außerhalb der regelhaften Besuche um Rat bzgl. gesundheitsbezogener Themen? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)
8. Wie oft bitten Hausarzt*innen Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)

Ausübung der PE Rolle

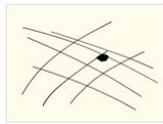
In diesem Abschnitt geht es um Ihre Erfahrungen als Pflegeexpert*in im beruflichen Alltag.

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu: *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

9. Ich fühle mich sicher, die individuellen Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen ermitteln zu können.
10. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und ggf. Angehörige in die Ermittlung individueller Versorgungsbedarfe einzubeziehen.
11. Ich fühle mich sicher, individuelle Versorgungspläne zu erstellen.
12. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und Angehörige in die Erstellung der Versorgungsplanung mit einzubeziehen.
13. Ich kann Patient*innen und ggf. Angehörige auf Basis von pflegfachlichem Wissen umfassend informieren und beraten.
14. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Symptommanagement.
15. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Hausarzt*innen über Symptommanagement.



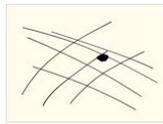
16. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über die Bewältigung ihres Alltags.
17. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Themen wie Sorgen, Verluste, Niedergeschlagenheit, Wut, Trauer.
18. Ich bin in der Lage, wissenschaftliche Studien/Fachliteratur in Datenbanken zu recherchieren.
19. Ich bin in der Lage, aus wissenschaftlichen Studien/Fachliteratur Schlussfolgerungen für meine klinische Praxis abzuleiten.
20. Ich kann, innerhalb meines Kompetenzbereichs, eigenständig Entscheidungen treffen.
21. Als Pflegeexpert*in habe ich ein hohes Maß an Handlungsautonomie.
Wenn teils-teils oder mehr, dann: Bitten nennen Sie ein oder mehrere Beispiele. (Freitext)
22. Ich weiß, wo meine Verantwortung als Pflegeexpert*in liegt.
23. Ich möchte mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
24. Ich bekomme Aufgaben von Hausärzt*innen delegiert, die meiner Einschätzung nach für die Gesundheitsversorgung der Patient*innen **nicht** notwendig sind. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu; wenn teils-teils und mehr, dann:*
Welche Beispiele können Sie dafür nennen?
25. Ich fühle mich kompetent, mit den Hausärzt*innen in einen fachlichen Dialog über die Notwendigkeit **delegierter** Leistungen zu treten. *wenn trifft nicht zu/trifft eher nicht zu, dann:*
Was würde Ihnen helfen, solch einen Dialog zu führen?
26. Ich stelle bei meinen Patient*innen zusätzliche Versorgungsbedarfe fest, die von Hausärzt*innen delegiert werden könnten. *Immer, oft, gelegentlich, selten, nie; wenn gelegentlich bis immer, dann:*
Welche Bedarfe stellen Sie am häufigsten fest?
Wer kann die damit einhergehenden Tätigkeiten übernehmen? Pflegeexpert*in, Hausärzt*in, Andere (Mehrfachantworten möglich)
Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu
27. Ich habe die Möglichkeit, Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf meine Rollenfindung und Ausübung der Rolle mit anderen zu reflektieren.
28. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber meinen Team-Kolleg*innen äußern zu können.
29. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber den Hausärzt*innen äußern zu können.
30. Bei fachlichen Fragen und Unsicherheiten weiß ich, an wen ich mich wenden kann.
31. Es findet regelmäßig ein interprofessioneller Austausch zu einzelnen Patient*innen statt.
32. Wenn ich Sie brauche, sind die Hausärzt*innen für mich erreichbar.
33. Wenn ich Sie brauche, ist die PEC-Leitung für mich erreichbar.
34. Der Austausch mit den Kolleg*innen des PEC in Fallbesprechungen ist in Bezug auf die Entwicklung meiner Rolle als Pflegeexpert*in förderlich.
35. Die interprofessionelle Versorgung ist auf dem Papier geplant, findet in der alltäglichen Praxis jedoch nicht statt.
36. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird im interprofessionellen Team wertgeschätzt.
37. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von den Patient*innen und ggf. ihren Angehörigen wertgeschätzt.
38. Die Kommunikation mit den Hausärzt*innen erlebe ich als partnerschaftlich.



39. Ich agiere als Pflegeexpert*in auf gleicher Augenhöhe mit den Hausarzt*innen.
40. Ich kann mich auf die Hausarzt*innen verlassen.
41. Die Hausarzt*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.

Matrix mit stimme nicht zu, stimme eher nicht zu, unsicher, stimme eher zu, stimme zu

42. Die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen schätze ich folgendermaßen ein:
Schieber sehr gut – überhaupt nicht gut
43. Bitte geben Sie an, wie belastet Sie sich in der Rolle der Pflegeexpert*in fühlen:
Schieber gar nicht belastet – sehr belastet
44. Wenn Sie sich belastet fühlen, benennen Sie bitte die wichtigsten Faktoren, die dazu führen.
Freitext.
45. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für die Patient*innen und ihre Angehörigen. (Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist)
46. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für das interprofessionelle Team (Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist)



FB5-9c Fragebogen PE Online - in Entwicklung

Rolle und Kompetenzen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer Rolle und Ihren Kompetenzen als Pflegeexpert*in zu machen.

47. Wenn Sie die nachstehenden Definitionen der Stufen zur Pflegekompetenz nach Patricia Benner lesen, wie bewerten Sie Ihre eigene Expertise als Pflegeexpert*in?

Definitionen der fünf Stufen zu Kompetenz (in Anlehnung an Benner)

Neuling

- hat keine Erfahrung mit realen Alltagssituationen als Pflegeexpert*in
- arbeitet regelgeleitet

Fortgeschrittene*r Anfänger*in

- verfügt über Erfahrungen
- erkennt wiederkehrende, bedeutsame Aspekte

Kompetente*r

- handelt zielgerichtet
- plant bewusst und überlegt
- setzt Prioritäten
- betrachtet Probleme abstrakt und analytisch

Erfahrene*r

- nimmt Situationen intuitiv als Ganzes auf
- plant auf längerfristige Ziele hin
- nimmt Nuancen von Veränderungen wahr
- handelt nach Maximen
- begreift Situationen spontan und stößt zum Kern des Problems vor

Expert*in

- erfasst Situationen intuitiv
- stößt direkt zum Kern des Problems vor
- handelt auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation
- verfügt über eine hohe Sicherheit im Wahrnehmen von Nuancen
- hat den Blick fürs «Machbare»

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

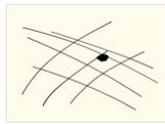
Neuling, Fortgeschrittene*r Anfänger*in, Kompetente*r, Erfahrene*r, Expert*in

48. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

49. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den teilnehmenden Hausärzt*innen erklären. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

50. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag folgende Rollen ein? *jeweils zum Ankreuzen: nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*

- Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
- Expert*in
- Berater*in
- Bildungsrolle/ Edukator*innenrolle



- Forscher*in
- Leitungsrolle/ Führungsrolle
- Fürsprecher*in

Bitte geben Sie für jede Rolle, die Sie einnehmen, wenn möglich mindestens ein Beispiel
Freitext

51. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in? (*Slider - Sehr unsicher bis sehr sicher*)

Patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung

In diesem Abschnitt fragen wir Sie, inwieweit andere Personen Sie um eine patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung der Patient*innen bitten und zu welchen Themen Sie dabei konsultiert werden.

52. Wie oft bitten andere Pflegende außerhalb des PEC Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)

Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)

53. Wie oft fragen Patient*innen Sie außerhalb der regelhaften Besuche um Rat bzgl. gesundheitsbezogener Themen? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)

Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)

54. Wie oft bitten Hausarzt*innen Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)

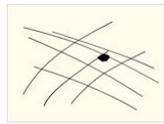
Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)

Ausübung der PE Rolle

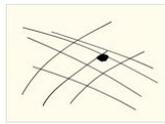
In diesem Abschnitt geht es um Ihre Erfahrungen als Pflegeexpert*in im beruflichen Alltag.

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu: *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

55. Ich fühle mich sicher, die individuellen Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen ermitteln zu können.
56. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und ggf. Angehörige in die Ermittlung individueller Versorgungsbedarfe einzubeziehen.
57. Ich fühle mich sicher, individuelle Versorgungspläne zu erstellen.
58. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und Angehörige in die Erstellung der Versorgungsplanung mit einzubeziehen.
59. Ich kann Patient*innen und ggf. Angehörige auf Basis von pflegfachlichem Wissen umfassend informieren und beraten.
60. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Symptommanagement.
61. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Hausarzt*innen über Symptommanagement.



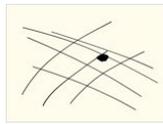
62. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über die Bewältigung ihres Alltags.
63. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Themen wie Sorgen, Verluste, Niedergeschlagenheit, Wut, Trauer.
64. Ich bin in der Lage, wissenschaftliche Studien/Fachliteratur in Datenbanken zu recherchieren.
65. Ich bin in der Lage, aus wissenschaftlichen Studien/Fachliteratur Schlussfolgerungen für meine klinische Praxis abzuleiten.
66. Ich kann, innerhalb meines Kompetenzbereichs, eigenständig Entscheidungen treffen.
67. Als Pflegeexpert*in habe ich ein hohes Maß an Handlungsautonomie.
Wenn teils-teils oder mehr, dann: Bitten nennen Sie ein oder mehrere Beispiele. (Freitext)
68. Ich weiß, wo meine Verantwortung als Pflegeexpert*in liegt.
69. Ich möchte mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
70. Ich bekomme Aufgaben von Hausarzt*innen delegiert, die meiner Einschätzung nach für die Gesundheitsversorgung der Patient*innen **nicht** notwendig sind. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu; wenn teils-teils und mehr, dann:*
Welche Beispiele können Sie dafür nennen?
71. Ich fühle mich kompetent, mit den Hausarzt*innen in einen fachlichen Dialog über die Notwendigkeit **delegierter** Leistungen zu treten. *wenn trifft nicht zu/trifft eher nicht zu, dann:*
Was würde Ihnen helfen, solch einen Dialog zu führen?
72. Ich stelle bei meinen Patient*innen zusätzliche Versorgungsbedarfe fest, die von Hausarzt*innen delegiert werden könnten. *Immer, oft, gelegentlich, selten, nie; wenn gelegentlich bis immer, dann:*
Welche Bedarfe stellen Sie am häufigsten fest?
Wer kann die damit einhergehenden Tätigkeiten übernehmen? Pflegeexpert*in, Hausarzt*in, Andere (Mehrfachantworten möglich)
Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu
73. Ich habe die Möglichkeit, Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf meine Rollenfindung und Ausübung der Rolle mit anderen zu reflektieren.
74. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber meinen Team-Kolleg*innen äußern zu können.
75. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber den Hausarzt*innen äußern zu können.
76. Bei fachlichen Fragen und Unsicherheiten weiß ich, an wen ich mich wenden kann.
77. Es findet regelmäßig ein interprofessioneller Austausch zu einzelnen Patient*innen statt.
78. Wenn ich Sie brauche, sind die Hausarzt*innen für mich erreichbar.
79. Wenn ich Sie brauche, ist die PEC-Leitung für mich erreichbar.
80. Der Austausch mit den Kolleg*innen des PEC in Fallbesprechungen ist in Bezug auf die Entwicklung meiner Rolle als Pflegeexpert*in förderlich.
81. Die interprofessionelle Versorgung ist auf dem Papier geplant, findet in der alltäglichen Praxis jedoch nicht statt.
82. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird im interprofessionellen Team wertgeschätzt.
83. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von den Patient*innen und ggf. ihren Angehörigen wertgeschätzt.
84. Die Kommunikation mit den Hausarzt*innen erlebe ich als partnerschaftlich.



85. Ich agiere als Pflegeexpert*in auf gleicher Augenhöhe mit den Hausarzt*innen.
86. Ich kann mich auf die Hausarzt*innen verlassen.
87. Die Hausarzt*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.

Matrix mit Stimme nicht zu, Stimme eher nicht zu, unsicher, Stimme eher zu, Stimme zu

88. Die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen schätze ich folgendermaßen ein:
Schieber sehr gut – überhaupt nicht gut
89. Bitte geben Sie an, wie belastet Sie sich in der Rolle der Pflegeexpert*in fühlen:
Schieber gar nicht belastet – sehr belastet
90. Wenn Sie sich belastet fühlen, benennen Sie bitte die wichtigsten Faktoren, die dazu führen.
Freitext.
91. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für die Patient*innen und ihre Angehörigen. (Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist)
92. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für das interprofessionelle Team (Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist)



FB4-11a Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert

Motivation zur Studienteilnahme

1. Wie haben Sie von der Studie HiH erfahren? Mehrfachantworten möglich. Kolleg*in, Ärztenetz, Patient*innen/Angehörige, Studienleiter, Pflegeexpert*innen, Zeitungsartikel/ Infobroschüre, Anders und zwar: _____
2. Was war Ihre Hauptmotivation, an der Studie teilzunehmen? *Freitext. Bitte nennen Sie mindestens einen Grund:*

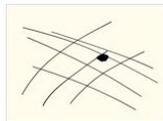
Allgemeine Angaben zur Praxis

3. Wie groß ist Ihr derzeitiger Patient*innenstamm? Unter 500, 500-1000, 1000-1500, 1500-2000, mehr als 2000
4. Gibt es in Ihrer Praxis Medizinische Fachangestellte bzw. VERAH[®]/NäPa⁴, die Patient*innen in der Häuslichkeit aufsuchen? Ja, Nein, keine Angabe
5. Haben Sie bereits vor diesem Projekt mit Pflegeexpert*innen oder Advanced Practice Nurses zusammengearbeitet? Ja, Nein, Unsicher

Auswahl und Rekrutierung von Patient*innen

6. Liegen in Ihrer Praxis Infobroschüren zum Projekt HiH aus? Ja, Nein, keine Angabe
7. Welche Gründe gibt es, die dazu führen, dass Sie Patient*innen an das PEC überweisen bzw. überweisen würden? *Mehrfachnennungen möglich.*
 - Mir fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*in benötigt mehr Hausbesuche als ich leisten kann.
 - Patient*in wohnt zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*in hat zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*in benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
8. Haben Sie bereits Patient*innen überwiesen? Ja, weiter zu Frage 10. Nein, weiter zu Frage 9.
9. Aus welchen Gründen haben Sie bisher keine Patient*innen an das PEC überwiesen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Ich habe keine Zeit, mich um die Rekrutierung von Patient*innen zu kümmern.
 - Ich habe keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Mir ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*
 - a. Ich habe Patient*innen angesprochen, diese haben aber einer Teilnahme nicht zugestimmt aus folgendem Grund bzw. aus folgenden Gründen: *Mehrfachnennungen möglich*
 - Pat. möchten lieber nur von mir als HA behandelt werden.

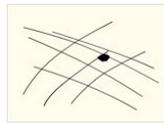
⁴ VERAH[®]: Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis/ NäPa: Nichtärztliche Praxisassistentin



- Pat. möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.
 - Pat. sehen keinen Mehrwert für sich.
 - Pat. finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Pat. möchten nicht, dass ihre Daten weitergegeben werden.
Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
 - b. Patient*in hätte teilgenommen, aber die Angehörigen haben eine Teilnahme abgelehnt. Welche Gründe nennen die Angehörigen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Angehörige möchten, dass Patient*in lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Angehörige möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.
 - Angehörige sehen für sich und den/die Patient*in keinen Mehrwert durch die Pflegeexpert*in.
 - Angehörige finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Angehörige möchten nicht, dass die Daten des/der Patient*in weitergegeben werden.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
10. Wenn Patient*innen prinzipiell in Frage kommen: Was sind die häufigsten Gründe, die eine Teilnahme an der Studie verhindern? *Bitte max. zwei Gründe nennen*
- Ausschließlich akute Erkrankung (z.B. grippaler Infekt)
 - Keine chronische Erkrankung
 - Aktuelle stationäre Krankenhausbehandlung
 - Wiederholte Arztkontakte unwahrscheinlich
 - Fehlende Einwilligung
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
11. Welche Gründe gibt es, Patient*innen, die die Einschlusskriterien formal erfüllen, die Teilnahme an der Studie **nicht** zu empfehlen? *Mehrfachnennungen möglich*
- Behandlung der/des Patient*in ist zu komplex, sollte nur von mir als Arzt/Ärztin behandelt werden.
 - Patient*in hat keinen Bedarf an zusätzlicher Versorgung durch Pflegeexpert*innen.
 - Zusätzlicher Versorgungsbedarf wird bereits durch Verah/NäPa abgedeckt.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
12. Wer informiert die Patient*innen/Angehörige hauptsächlich über die Studie?
- Ich als Hausärztin/Hausarzt
 - Die Mitarbeiter*innen in meiner Praxis
 - Die Pflegeexpert*innen
 - Mitarbeiter*innen in den Pflegeheimen
 - Andere, und zwar: *Freitext*

Rolle und Rollenausübung der Pflegeexpert*innen

13. Welche Rollen verbinden Sie mit der Tätigkeit der Pflegeexpert*innen? Bitte bewerten Sie die einzelnen Rollen auf einer Skala von 1-100 (1= trifft nicht zu, 100 trifft zu)
- Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
 - Rolle der Expert*in
 - Rolle der Berater*in
 - Bildungsrolle/ Edukatorenrolle
 - Rolle der Forscher*in



- Leitungsrolle/ Führungsrolle
- Rolle der Fürsprecher*in

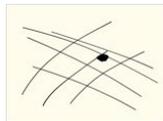
Fragen 14-18 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

14. Ich kann die Rolle der Pflegeexpert*innen den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären.
15. Die Pflegeexpert*innen haben einen eigenständigen Kompetenzbereich.
16. Ich weiß, wo die Verantwortung der Pflegeexpert*in liegt.
17. Die Pflegeexpert*innen sollten mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
18. Die Pflegeexpert*innen haben ein hohes Maß an Handlungsautonomie. Bitten nennen Sie ggf. ein oder mehrere Beispiel/e (Freitext)

Einschätzung der Erfahrungen im Arbeitsalltag

Fragen 19-35 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

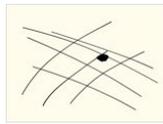
19. Ich empfinde die Einschätzung der Pflegeexpert*innen bzgl. individueller Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen als hilfreich.
20. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als fachlich kompetent.
21. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als lösungsorientiert.
22. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen personen-zentriert.
23. Die Pflegeexpert*innen leisten einen unabhängigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen.
24. Die Pflegeexpert*innen sind in der Lage, Vorschläge für die Versorgung/Behandlung der Patient*innen zu machen, die fachlich fundiert sind.
25. In der Zusammenarbeit schätze ich die pflegfachliche Expertise und Fähigkeit der Pflegeexpert*innen, Entscheidungen über die Versorgung der Patient*innen treffen zu können.
26. Die Pflegeexpert*innen stellen bei meinen Patient*innen Versorgungsbedarfe fest, die mir nicht bekannt waren.
 - a. Wenn teils-teils, trifft eher zu und trifft zu: Welche Bedarfe stellen die Pflegeexpert*innen am häufigsten fest?
27. Ich kann mich bei patient*innenbezogenen pflegfachlichen Fragen und Unsicherheiten an die Pflegeexpert*innen wenden.
28. Ich tausche mich regelmäßig mit den Pflegeexpert*innen zu einzelnen Patient*innen aus.
29. Ich bin für die Pflegeexpert*innen stets schnell erreichbar.
30. Die Pflegeexpert*innen sind für mich stets schnell erreichbar.
31. Die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen erlebe ich als partnerschaftlich.
32. Ich agiere auf gleicher Augenhöhe mit den Pflegeexpert*innen.
33. Ich kann mich auf die Pflegeexpert*innen verlassen.
34. Die Pflegeexpert*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.



35. Ich reflektiere mit den Pflegeexpert*innen Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf ihre Rollenfindung und Ausübung dieser Rolle.
36. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für die Patient*innen und ihre Angehörigen. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.*
37. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für alle an der Versorgung Beteiligten? *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist*

Soziodemografische Angaben

38. Angabe des Alters als Spanne. 25-30, 30-35, 35-40, 40-45, 45-50, 50-55, 55-60, 60-65, 65 und älter
39. Geschlecht. Männlich, weiblich, divers
40. Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt seit 0-10 Jahren, 10-20 Jahren, 20-30 Jahren, 30 Jahren und länger



FB4-10b Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert

Motivation zur Studienteilnahme

1. Wie haben Sie von der Studie HiH erfahren? Mehrfachantworten möglich. Kolleg*in, Ärztenetz, Patient*innen/Angehörige, Studienleiter, Pflegeexpert*innen, Zeitungsartikel/ Infobroschüre, Anders und zwar: *Freitext*
2. Was war Ihre Hauptmotivation, an der Studie teilzunehmen? *Freitext*. Bitte nennen Sie mindestens einen Grund:

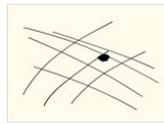
Allgemeine Angaben zur Praxis

3. Wie groß ist Ihr derzeitiger Patient*innenstamm? Unter 500, 500-1000, 1000-1500, 1500-2000, mehr als 2000
4. Gibt es in Ihrer Praxis Medizinische Fachangestellte bzw. VERAH[®]/NäPa⁵, die Patient*innen in der Häuslichkeit aufsuchen? Ja, Nein, keine Angabe
5. Haben Sie bereits vor diesem Projekt mit Pflegeexpert*innen oder Advanced Practice Nurses zusammengearbeitet? Ja, Nein, Unsicher

Auswahl und Rekrutierung von Patient*innen

6. Liegen in Ihrer Praxis Infobroschüren zum Projekt HiH aus? Ja, Nein, keine Angabe
7. Welche Gründe gibt es, die dazu führen, dass Sie Patient*innen an das PEC überweisen bzw. überweisen würden? *Mehrfachnennungen möglich*.
 - Mir fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*in benötigt mehr Hausbesuche als ich leisten kann.
 - Patient*in wohnt zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*in hat zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*in benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
8. Haben Sie bereits Patient*innen überwiesen? Ja, weiter zu Frage 10. Nein, weiter zu Frage 9.
9. Aus welchen Gründen haben Sie bisher keine Patient*innen an das PEC überwiesen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Ich habe keine Zeit, mich um die Rekrutierung von Patient*innen zu kümmern.
 - Ich habe keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Mir ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*
 - a. Ich habe Patient*innen angesprochen, diese haben aber einer Teilnahme nicht zugestimmt aus folgendem Grund bzw. aus folgenden Gründen: *Mehrfachnennungen möglich*
 - Pat. möchten lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Pat. möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.

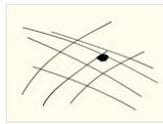
⁵ VERAH[®]: Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis/ NäPa: Nichtärztliche Praxisassistentin



- Pat. sehen keinen Mehrwert für sich.
 - Pat. finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Pat. möchten nicht, dass ihre Daten weitergegeben werden.
Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
 - b. Patient*in hätte teilgenommen, aber die Angehörigen haben eine Teilnahme abgelehnt. Welche Gründe nennen die Angehörigen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Angehörige möchten, dass Patient*in lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Angehörige möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.
 - Angehörige sehen für sich und den/die Patient*in keinen Mehrwert durch die Pflegeexpert*in.
 - Angehörige finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Angehörige möchten nicht, dass die Daten des/der Patient*in weitergegeben werden.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
10. Wenn Patient*innen prinzipiell in Frage kommen: Was sind die häufigsten Gründe, die eine Teilnahme an der Studie verhindern? *Bitte max. zwei Gründe nennen*
- Ausschließlich akute Erkrankung (z.B. grippaler Infekt)
 - Keine chronische Erkrankung
 - Aktuelle stationäre Krankenhausbehandlung
 - Wiederholte Arztkontakte unwahrscheinlich
 - Fehlende Einwilligung
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
11. Welche Gründe gibt es, Patient*innen, die die Einschlusskriterien formal erfüllen, die Teilnahme an der Studie **nicht** zu empfehlen? *Mehrfachnennungen möglich*
- Behandlung der/des Patient*in ist zu komplex, sollte nur von mir als Arzt/Ärztin behandelt werden.
 - Patient*in hat keinen Bedarf an zusätzlicher Versorgung durch Pflegeexpert*innen.
 - Zusätzlicher Versorgungsbedarf wird bereits durch Verah/NäPa abgedeckt.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
12. Wer informiert die Patient*innen/Angehörige hauptsächlich über die Studie?
- Ich als Hausärztin/Hausarzt
 - Die Mitarbeiter*innen in meiner Praxis
 - Die Pflegeexpert*innen
 - Mitarbeiter*innen in den Pflegeheimen
 - Andere, und zwar: *Freitext*

Rolle und Rollenausübung der Pflegeexpert*innen

13. Welche Rollen verbinden Sie mit der Tätigkeit der Pflegeexpert*innen? Bitte bewerten Sie die einzelnen Rollen auf einer Skala von 1-100 (1= trifft nicht zu, 100 trifft zu)
- Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
 - Rolle der Expert*in
 - Rolle der Berater*in
 - Bildungsrolle/ Edukatorenrolle
 - Rolle der Forscher*in
 - Leitungsrolle/ Führungsrolle



- Rolle der Fürsprecher*in

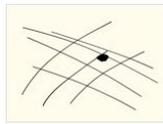
Fragen 14-22 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

14. Ich kann die Rolle der Pflegeexpert*innen den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären.
15. Ich weiß, wie sich die Rolle der*des Pflegeexpert*in von anderen pflegerischen Rollen abgrenzt.
16. Ich weiß, wie sich die Rolle der*des Pflegeexpert*in von der Rolle der weitergebildeten Medizinischer Fachangestellten (VERAH/NäPa) abgrenzt.
17. Die Pflegeexpert*innen haben einen eigenständigen Kompetenzbereich.
18. Ich weiß, wo die Verantwortung der Pflegeexpert*in liegt.
19. Die Pflegeexpert*innen sollten mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
20. Die Pflegeexpert*innen haben ein hohes Maß an Handlungsautonomie. Bitte nennen Sie ggf. ein oder mehrere Beispiel/e (Freitext)
21. Ich reflektiere mit den Pflegeexpert*innen Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf ihre Rollenfindung und Ausübung dieser Rolle.
22. Durch die Flutkatastrophe hat sich der Bedarf an Pflegeexpert*innen als ergänzende Rolle im Gesundheitssystem erhöht

Einschätzung der Erfahrungen im Arbeitsalltag

Fragen 23-37 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

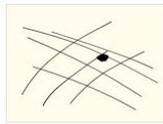
23. Nach der Flutkatastrophe hat sich die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen verändert. Wenn trifft zu/ trifft eher zu/teils-teils, dann 23a Freitext
 - a. Bitte beschreiben Sie kurz, was sich verändert hat.
24. Ich empfinde die Einschätzung der Pflegeexpert*innen bzgl. individueller Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen als hilfreich.
25. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als fachlich kompetent.
26. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als lösungsorientiert.
27. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen personen-zentriert.
28. Die Pflegeexpert*innen leisten einen unabhängigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen.
29. Die Pflegeexpert*innen sind in der Lage, Vorschläge für die Versorgung/Behandlung der Patient*innen zu machen, die fachlich fundiert sind.
30. In der Zusammenarbeit schätze ich die pflegfachliche Expertise und Fähigkeit der Pflegeexpert*innen, Entscheidungen über die Versorgung der Patient*innen treffen zu können.
31. Der Beitrag der Pflegeexpert*innen zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von Patient*innen und ggf. Angehörigen wertgeschätzt.
32. Die Pflegeexpert*innen stellen bei meinen Patient*innen Versorgungsbedarfe fest, die mir nicht bekannt waren.
 - a. *Wenn teils-teils, trifft eher zu und trifft zu:* Welche Bedarfe stellen die Pflegeexpert*innen am häufigsten fest?



33. Ich kann mich bei patient*innenbezogenen pflegefachlichen Fragen und Unsicherheiten an die Pflegeexpert*innen wenden.
 34. Ich tausche mich regelmäßig mit den Pflegeexpert*innen zu einzelnen Patient*innen aus.
 35. Ich bin für die Pflegeexpert*innen stets schnell erreichbar.
 36. Die Pflegeexpert*innen sind für mich stets schnell erreichbar.
 37. Die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen erlebe ich als partnerschaftlich.
 38. Ich schätze die Qualität der Kommunikation mit den PE folgendermaßen ein: *Skala 1-100 überhaupt nicht gut - sehr gut*
- Fragen 39-41 Matrix mit *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
39. Ich agiere auf gleicher Augenhöhe mit den Pflegeexpert*innen.
 40. Ich kann mich auf die Pflegeexpert*innen verlassen.
 41. Die Pflegeexpert*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.
 42. Die Zusammenarbeit mit der*dem Pflegeexpert*in schätze ich folgendermaßen ein: *Skala 1-100 überhaupt nicht gut - sehr gut*
 43. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für die Patient*innen und ihre Angehörigen. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.*
 44. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für alle an der Versorgung Beteiligten? *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist*

Soziodemografische Angaben

45. Angabe des Alters als Spanne. 25-30, 30-35, 35-40, 40-45, 45-50, 50-55, 55-60, 60-65, 65 und älter
46. Geschlecht. Männlich, weiblich, divers
47. Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt seit 0-10 Jahren, 10-20 Jahren, 20-30 Jahren, 30 Jahren und länger



FB4-9c Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert

Motivation zur Studienteilnahme

1. Wie haben Sie von der Studie HiH erfahren? Mehrfachantworten möglich. Kolleg*in, Ärztenetz, Patient*innen/Angehörige, Studienleiter, Pflegeexpert*innen, Zeitungsartikel/ Infobroschüre, Anders und zwar: *Freitext*
2. Was war Ihre Hauptmotivation, an der Studie teilzunehmen? *Freitext. Bitte nennen Sie mindestens einen Grund:*

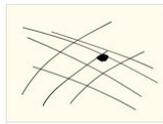
Allgemeine Angaben zur Praxis

3. Wie groß ist Ihr derzeitiger Patient*innenstamm? Unter 500, 500-1000, 1000-1500, 1500-2000, mehr als 2000
4. Gibt es in Ihrer Praxis Medizinische Fachangestellte bzw. VERAH⁶/NäPa⁶, die Patient*innen in der Häuslichkeit aufsuchen? Ja, Nein, keine Angabe
5. Haben Sie bereits vor diesem Projekt mit Pflegeexpert*innen oder Advanced Practice Nurses zusammengearbeitet? Ja, Nein, Unsicher

Auswahl und Rekrutierung von Patient*innen

6. Liegen in Ihrer Praxis Infobroschüren zum Projekt HiH aus? Ja, Nein, keine Angabe
7. Welche Gründe gibt es, die dazu führen, dass Sie Patient*innen an das PEC überweisen bzw. überweisen würden? *Mehrfachnennungen möglich.*
 - Mir fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*in benötigt mehr Hausbesuche als ich leisten kann.
 - Patient*in wohnt zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*in hat zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*in benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
8. Haben Sie bereits Patient*innen überwiesen? Ja, weiter zu Frage 10. Nein, weiter zu Frage 9.
9. Aus welchen Gründen haben Sie bisher keine Patient*innen an das PEC überwiesen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Ich habe keine Zeit, mich um die Rekrutierung von Patient*innen zu kümmern.
 - Ich habe keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Mir ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*
 - c. Ich habe Patient*innen angesprochen, diese haben aber einer Teilnahme nicht zugestimmt aus folgendem Grund bzw. aus folgenden Gründen: *Mehrfachnennungen möglich*
 - Pat. möchten lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Pat. möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.

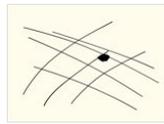
⁶ VERAH[®]: Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis/ NäPa: Nichtärztliche Praxisassistentin



- Pat. sehen keinen Mehrwert für sich.
 - Pat. finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Pat. möchten nicht, dass ihre Daten weitergegeben werden.
Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
 - d. Patient*in hätte teilgenommen, aber die Angehörigen haben eine Teilnahme abgelehnt. Welche Gründe nennen die Angehörigen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Angehörige möchten, dass Patient*in lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Angehörige möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.
 - Angehörige sehen für sich und den/die Patient*in keinen Mehrwert durch die Pflegeexpert*in.
 - Angehörige finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Angehörige möchten nicht, dass die Daten des/der Patient*in weitergegeben werden.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
10. Wenn Patient*innen prinzipiell in Frage kommen: Was sind die häufigsten Gründe, die eine Teilnahme an der Studie verhindern? *Bitte max. zwei Gründe nennen*
- Ausschließlich akute Erkrankung (z.B. grippaler Infekt)
 - Keine chronische Erkrankung
 - Aktuelle stationäre Krankenhausbehandlung
 - Wiederholte Arztkontakte unwahrscheinlich
 - Fehlende Einwilligung
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
11. Welche Gründe gibt es, Patient*innen, die die Einschlusskriterien formal erfüllen, die Teilnahme an der Studie **nicht** zu empfehlen? *Mehrfachnennungen möglich*
- Behandlung der/des Patient*in ist zu komplex, sollte nur von mir als Arzt/Ärztin behandelt werden.
 - Patient*in hat keinen Bedarf an zusätzlicher Versorgung durch Pflegeexpert*innen.
 - Zusätzlicher Versorgungsbedarf wird bereits durch Verah/NäPa abgedeckt.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
12. Wer informiert die Patient*innen/Angehörige hauptsächlich über die Studie?
- Ich als Hausärztin/Hausarzt
 - Die Mitarbeiter*innen in meiner Praxis
 - Die Pflegeexpert*innen
 - Mitarbeiter*innen in den Pflegeheimen
 - Andere, und zwar: *Freitext*

Rolle und Rollenausübung der Pflegeexpert*innen

13. Welche Rollen verbinden Sie mit der Tätigkeit der Pflegeexpert*innen? Bitte bewerten Sie die einzelnen Rollen auf einer Skala von 1-100 (1= trifft nicht zu, 100 trifft zu)
- Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
 - Rolle der Expert*in
 - Rolle der Berater*in
 - Bildungsrolle/ Edukatorenrolle
 - Rolle der Forscher*in
 - Leitungsrolle/ Führungsrolle



- Rolle der Fürsprecher*in

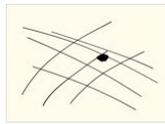
Fragen 14-22 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

14. Ich kann die Rolle der Pflegeexpert*innen den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären.
15. Ich weiß, wie sich die Rolle der*des Pflegeexpert*in von anderen pflegerischen Rollen abgrenzt.
16. Ich weiß, wie sich die Rolle der*des Pflegeexpert*in von der Rolle der weitergebildeten Medizinischer Fachangestellten (VERAH/NäPa) abgrenzt.
17. Die Pflegeexpert*innen haben einen eigenständigen Kompetenzbereich.
18. Ich weiß, wo die Verantwortung der Pflegeexpert*in liegt.
19. Die Pflegeexpert*innen sollten mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
20. Die Pflegeexpert*innen haben ein hohes Maß an Handlungsautonomie. Bitte nennen Sie ggf. ein oder mehrere Beispiel/e (Freitext)
21. Ich reflektiere mit den Pflegeexpert*innen Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf ihre Rollenfindung und Ausübung dieser Rolle.
22. Durch die Flutkatastrophe hat sich der Bedarf an Pflegeexpert*innen als ergänzende Rolle im Gesundheitssystem erhöht

Einschätzung der Erfahrungen im Arbeitsalltag

Fragen 23-37 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

23. Nach der Flutkatastrophe hat sich die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen verändert. Wenn trifft zu/ trifft eher zu/teils-teils, dann 23a Freitext
 - a. Bitte beschreiben Sie kurz, was sich verändert hat.
24. Ich empfinde die Einschätzung der Pflegeexpert*innen bzgl. individueller Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen als hilfreich.
25. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als fachlich kompetent.
26. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als lösungsorientiert.
27. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen personen-zentriert.
28. Die Pflegeexpert*innen leisten einen unabhängigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen.
29. Die Pflegeexpert*innen sind in der Lage, Vorschläge für die Versorgung/Behandlung der Patient*innen zu machen, die fachlich fundiert sind.
30. In der Zusammenarbeit schätze ich die pflegfachliche Expertise und Fähigkeit der Pflegeexpert*innen, Entscheidungen über die Versorgung der Patient*innen treffen zu können.
31. Der Beitrag der Pflegeexpert*innen zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von Patient*innen und ggf. Angehörigen wertgeschätzt.
32. Die Pflegeexpert*innen stellen bei meinen Patient*innen Versorgungsbedarfe fest, die mir nicht bekannt waren.
 - a. *Wenn teils-teils, trifft eher zu und trifft zu:* Welche Bedarfe stellen die Pflegeexpert*innen am häufigsten fest?

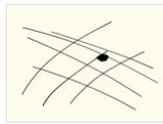


33. Ich kann mich bei patient*innenbezogenen pflegfachlichen Fragen und Unsicherheiten an die Pflegeexpert*innen wenden.
34. Ich tausche mich regelmäßig mit den Pflegeexpert*innen zu einzelnen Patient*innen aus.
35. Ich bin für die Pflegeexpert*innen stets schnell erreichbar.
36. Die Pflegeexpert*innen sind für mich stets schnell erreichbar.
37. Die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen erlebe ich als partnerschaftlich.
38. Ich schätze die Qualität der Kommunikation mit den PE folgendermaßen ein: *Skala 1-100 überhaupt nicht gut - sehr gut*
- Fragen 39-41 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
39. Ich agiere auf gleicher Augenhöhe mit den Pflegeexpert*innen.
40. Ich kann mich auf die Pflegeexpert*innen verlassen.
41. Die Pflegeexpert*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.
42. Die Zusammenarbeit mit der*dem Pflegeexpert*in schätze ich folgendermaßen ein: *Skala 1-100 überhaupt nicht gut - sehr gut*
43. Durch die Pflegeexpert*innen werde ich in meiner Arbeit als Hausärzt*in entlastet.
- Wenn teils-teils, trifft eher zu und trifft zu* Bitte beschreiben Sie, inwiefern die Pflegeexpert*in Sie entlastet.
 - Wenn trifft eher nicht zu, trifft nicht zu* Bitte erläutern Sie.
44. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für die Patient*innen und ihre Angehörigen. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.*
45. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für alle an der Versorgung Beteiligten? *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist*

Soziodemografische Angaben

46. Angabe des Alters als Spanne. 25-30, 30-35, 35-40, 40-45, 45-50, 50-55, 55-60, 60-65, 65 und älter
47. Geschlecht. Männlich, weiblich, divers

Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt seit 0-10 Jahren, 10-20 Jahren, 20-30 Jahren, 30 Jahren und länger



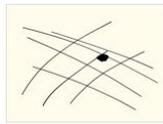
FB3-11a Fragebogen Studienleitung Online

Implementierung - Angaben zur Anzahl von Hausärzt*innen

1. Wie viele Hausärzt*innen gibt es in dem Einzugsgebiet, das zu Beginn der Studie definiert wurde?
2. Wie viele Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
3. Wie viele Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
4. Wie viele Hausärzt*innen gibt es im aktuell erweiterten Einzugsgebiet?
5. Wie viele Hausärzt*innen des erweiterten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
6. Wie viele der Hausärzt*innen des erweiterten Einzugsgebiets haben Patient*innen überwiesen?
7. Wenn teilnehmende Ärzt*innen bis jetzt keine Patient*innen an das PEC überwiesen haben, welche Gründe nennen werden dafür genannt? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Hausärzt*innen haben grundsätzlich keine Zeit für die Rekrutierung von Patient*innen
 - Hausärzt*innen haben aufgrund der COVID-19 Pandemie keine Zeit für die Rekrutierung von Patient*innen.
 - Hausärzt*innen haben keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Den Hausärzt*innen ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*

Teilnahme- und Nichtteilnahmegründe

8. Welche Gründe geben Ärzt*innen an, warum Sie an der Studie teilnehmen? Nennen Sie die drei häufigsten Gründe.
 - Den Hausärzt*innen fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*innen benötigt mehr Hausbesuche als Hausärzt*innen leisten können.
 - Patient*innen wohnen zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*innen haben zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*innen benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
9. Welche Gründe geben Ärzt*innen an, warum sie nicht teilnehmen? Nennen Sie die drei häufigsten Gründe.
 - Hausärzt*innen haben grundsätzlich kein Interesse an einer Studie teilzunehmen.
 - Hausärzt*innen finden den bürokratischen Aufwand für die Teilnahme an dieser Studie zu hoch.
 - Hausärzt*innen beschäftigen VERAH/NäPa.
 - Hausärzt*innen haben kein Interesse an einer Studie teilzunehmen, in der es um Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen geht.



- Hausärzt*innen sehen keinen Bedarf für zusätzliche Versorgungsstrukturen.
- Hausärzt*innen können den Mehrwert für Patient*innen nicht erkennen.
- Hausarztpraxis ist mit den Umständen der COVID-19 Pandemie ausgelastet und hat keine zeitlichen Ressourcen für eine Studienteilnahme.

Angaben zur potenziellen Patient*innenanzahl

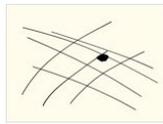
10. Wie viele potentielle Patient*innen leben in dem Einzugsgebiet, das zu Beginn der Studie definiert wurde?
11. Wie viele Patient*innen aus dem zum Studienbeginn definierten Einzugsgebiet sind überwiesen worden?
12. Wie viele potentielle Patient*innen leben im aktuell erweiterten Einzugsgebiet?
13. Wie viele Patient*innen des erweiterten Einzugsgebiets sind überwiesen worden?

Stationäre Pflegeeinrichtungen

14. Wie viele stationäre Pflegeeinrichtungen gibt es in dem Einzugsgebiet, das zu Beginn der Studie definiert wurde?
15. Haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen, die in stationären Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets leben? Ja → 16 und 17, Nein → 18
16. Aus wie vielen Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen?
17. Wie viele Patient*innen wurden aus den Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets überwiesen?
18. Wie viele stationäre Pflegeeinrichtungen gibt es im aktuell erweiterten Einzugsgebiet?
19. Haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen, die in stationären Pflegeeinrichtungen des erweiterten Einzugsgebiets leben? Ja → 20 und 21, Nein → 22
20. Aus wie vielen stationären Pflegeeinrichtungen des erweiterten Einzugsgebiets haben Hausärzt*innen Patient*innen an das PEC überwiesen?
21. Wie viele Patient*innen wurden aus Einrichtungen des erweiterten Einzugsgebiets überwiesen?

Andere Einrichtungen (z.B. Hospizverein, Pflegestützpunkt, ambulante Dienste)

22. Gibt es andere Einrichtungen/Institutionen, auf deren Initiative hin Patient*innen überwiesen wurden? Ja → weiter mit 23 und 24, Nein → Ende
23. Um welche Art von Einrichtung(en)/Institution(en) handelte es sich dabei?
24. Wie viele Patient*innen wurden jeweils überwiesen?



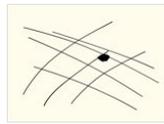
FB3-10b Fragebogen Studienleitung Online

Implementierung - Angaben zur Anzahl von Hausärzt*innen

1. Wie viele Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
2. Wie viele der teilnehmenden Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben Patient*innen überwiesen? Wie viele Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
3. Wie oft wurde das zu Beginn definierte Einzugsgebiet erweitert?
4. Wie viele Hausärzt*innen gibt es im gesamten erweiterten Einzugsgebiet?
5. Wie viele Hausärzt*innen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
6. Wie viele der teilnehmenden Hausärzt*innen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets haben Patient*innen überwiesen?
7. Wenn teilnehmende Ärzt*innen bis jetzt keine Patient*innen an das PEC überwiesen haben, welche Gründe nennen werden dafür genannt? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Hausärzt*innen haben grundsätzlich keine Zeit für die Rekrutierung von Patient*innen
 - Hausärzt*innen haben aufgrund der COVID-19 Pandemie keine Zeit für die Rekrutierung von Patient*innen.
 - Hausärzt*innen haben keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Den Hausärzt*innen ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*

Teilnahme- und Nichtteilnahmegründe

8. Welche Gründe geben Ärzt*innen an, warum Sie an der Studie teilnehmen? Nennen Sie die drei häufigsten Gründe.
 - Den Hausärzt*innen fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*innen benötigt mehr Hausbesuche als Hausärzt*innen leisten können.
 - Patient*innen wohnen zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*innen haben zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*innen benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
9. Welche Gründe geben Ärzt*innen an, warum sie nicht teilnehmen? Nennen Sie die drei häufigsten Gründe.
 - Hausärzt*innen haben grundsätzlich kein Interesse an einer Studie teilzunehmen.
 - Hausärzt*innen finden den bürokratischen Aufwand für die Teilnahme an dieser Studie zu hoch.
 - Hausärzt*innen beschäftigen VERAH/NäPa.
 - Hausärzt*innen haben kein Interesse an einer Studie teilzunehmen, in der es um Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen geht.
 - Hausärzt*innen sehen keinen Bedarf für zusätzliche Versorgungsstrukturen.



- Hausärzt*innen können den Mehrwert für Patient*innen nicht erkennen.
- Hausarztpraxis ist mit den Umständen der COVID-19 Pandemie ausgelastet und hat keine zeitlichen Ressourcen für eine Studienteilnahme.

Angaben zur potenziellen Patient*innenanzahl

10. Wie viele Patient*innen aus dem zum Studienbeginn definierten Einzugsgebiet sind überwiesen worden?
11. Wie viele potentielle Patient*innen leben im gesamten erweiterten Einzugsgebiet?
12. Wie viele Patient*innen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets sind überwiesen worden?

Stationäre Pflegeeinrichtungen

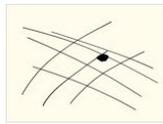
13. Aus wie vielen Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen?
14. Wie viele Patient*innen wurden aus den Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets überwiesen?
15. Wie viele stationäre Pflegeeinrichtungen gibt es im gesamten erweiterten Einzugsgebiet?
16. Haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen, die in stationären Pflegeeinrichtungen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets leben? Ja → 17 und 18, Nein → 19
17. Aus wie vielen stationären Pflegeeinrichtungen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets haben Hausärzt*innen Patient*innen an das PEC überwiesen?
18. Wie viele Patient*innen wurden aus Einrichtungen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets überwiesen?

Andere Einrichtungen (z.B. Hospizverein, Pflegestützpunkt, ambulante Dienste)

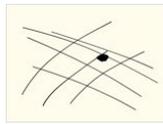
19. Gibt es andere Einrichtungen/Institutionen, auf deren Initiative hin Patient*innen überwiesen wurden? Ja → weiter mit 20, Nein → weiter mit 23
20. Um welche Art von Einrichtung(en)/Institution(en) handelte es sich dabei?
21. Wie viele Einrichtungen/Institutionen sind das?
22. Wie viele Patient*innen wurden jeweils überwiesen?

Kontext Flutkatastrophe

23. Waren Hausarztpraxen von der Hochwasserkatastrophe betroffen, so das ein regelhafter Praxisbetrieb für mind. zwei Wochen oder länger nicht gewährleistet werden konnte? Wenn ja, wie viele Hausarztpraxen waren von der Hochwasserkatastrophe betroffen? Bitte beschreiben Sie kurz, wie die Hausarztpraxen betroffen waren.
24. Sind Hausärzt*innen als Folge der Hochwasserkatastrophe dem Projekt beigetreten? Wenn ja, wie viele?
25. Sind Hausärzt*innen aufgrund der Hochwasserkatastrophe aus dem Projekt ausgetreten? Wenn ja, wie viele?
26. Waren Patient*innen von der Hochwasserkatastrophe betroffen? Wenn ja, wie viele Pat. waren von der Hochwasserkatastrophe betroffen? Bitte beschreiben Sie kurz, wie die Patient*innen betroffen waren.
27. Sind Patient*innen als Folge der Hochwasserkatastrophe von Hausärzt*innen überwiesen worden? Wenn ja, wie viele?
28. Gab es Patient*innen, die als Folge der Hochwasserkatastrophe innerhalb der ersten vier Wochen nach dieser **keinen Kontakt** zu den PE hatte? Wenn ja, wie viele?



29. Gab es Patient*innen, die als Folge der Hochwasserkatastrophe innerhalb der ersten vier Wochen nach dieser **mehr Kontakt** mit den Pflegeexpert*innen hatten als ursprünglich geplant? Wenn ja, wie viele?
30. Sind Patient*innen aufgrund der Hochwasserkatastrophe aus dem Projekt ausgeschieden? Wenn ja, wie viele? Wenn ja, was waren die Gründe.



I1-3a Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview

Motivation und Rolle

1. Was hat Sie dazu motiviert, sich auf die die Rolle der PE Teamleitung im HiH Projekt zu bewerben und die Stelle anzutreten?

Befähigung und Förderung

2. Welche Anforderungen erleben und erwarten Sie als Teamleitung der Pflegeexpert*innen?
3. Welche Anforderungen erleben und erwarten Sie für die Rolle der Pflegeexpert*innen?
4. Was braucht es, damit die PEs die neue Rolle annehmen und entsprechend handeln können?

Kommunikation

5. Welche Aspekte zur Kommunikation innerhalb und außerhalb des PE Teams erscheinen Ihnen wichtig?
6. Welche Kommunikationsstrategien und Strukturen existieren *innerhalb* des internen HiH Projekt-Teams bzw. sind geplant?
7. Welche Kommunikationsstrategien und Strukturen existieren *außerhalb* des internen HiH Projekt-Teams bzw. sind geplant?

Formelle und informelle Unterstützungsstrategien/ Strukturen

8. Welche Erwartungen zum Thema formelle Unterstützungsstrategien und Strukturen für die PE haben Sie und für sich selber? Was haben Sie etabliert, bzw. ist geplant?
9. Welche Erwartungen zum Thema informelle Unterstützungsstrategien und Strukturen für die PE haben Sie? Was haben Sie etabliert, bzw. ist geplant?

Netzwerken

10. Welche Aspekte tragen dazu bei, dass ein erfolgreiches Netzwerken stattfindet, welche Aspekte behindern dieses?

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Zusammenarbeit im Team

11. Über die bereits genannten Aspekte hinaus, welche Maßnahmen planen Sie, die zur Förderung **interprofessioneller** Zusammenarbeit beitragen?
12. Über die bereits genannten Aspekte hinaus, welche Maßnahmen planen Sie, die zur Förderung der **internen** Zusammenarbeit beitragen?

Implementierung in die Regelversorgung

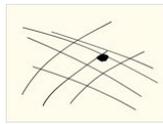
13. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren sehen Sie zu diesem Zeitpunkt im Hinblick auf die mögliche Implementierung in die Regelversorgung?

Aktuelle Kontextfaktoren

14. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre Arbeit und das PEC?

Abschließende Fragestellung

15. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I1-3b Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview

Einstieg

1. Wie geht es Ihnen gerade als (stellvertretende) Leitung des PEC?

Rolle, Leitung

2. Welche Anforderungen erleben Sie als (stellvertretende) Teamleitung der Pflegeexpert*innen?
3. Welche hinderlichen/ förderlichen Faktoren gibt es in der Ausübung Ihrer Rolle?
4. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie Ihre Arbeit als (stellvertretende) Leitung?

Formelle und informelle Unterstützungsstrategien/ Strukturen

5. Wie geht es den Pflegeexpert*innen
6. Welche Herausforderungen sehen Sie in der täglichen Arbeit der Pflegeexpert*innen?
7. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Arbeit der Pflegeexpert*innen?
8. Wie unterstützen Sie die Pflegeexpert*innen?
9. Welche formellen und informellen Unterstützungsstrategien haben sich etabliert?
10. Was hilft den Pflegeexpert*innen noch? Was könnte darüber hinaus helfen?

Befähigung und Förderung, Rollenentwicklung PE

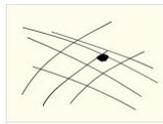
11. Welche Anforderungen erleben Sie für die Rolle der Pflegeexpert*innen?
12. Welche Entwicklungen haben Sie bei den Pflegeexpert*innen in Bezug auf die Rolle wahrgenommen?
13. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren haben Sie bei der Entwicklung der Rolle wahrgenommen?
14. Welche Bedeutung hat dabei aus Ihrer Sicht das Bachelorstudium?

Kommunikation

15. Was läuft im Hinblick auf die Kommunikation **innerhalb** des PE-Centers gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
16. Welche Faktoren (positiv/negativ) beeinflussen die Kommunikation?
17. Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen?
18. Was läuft im Hinblick auf die Kommunikation **außerhalb** des PE-Centers gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
19. Welche Faktoren (positiv/negativ) beeinflussen die Kommunikation?
20. Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen?

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Zusammenarbeit im Team

21. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen? Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren nehmen Sie wahr?
22. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten? Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren nehmen Sie wahr?
23. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe der Pflegeexpert*innen? Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren nehmen Sie wahr?



Netzwerken

24. Welche Netzwerke haben sich etabliert?

- auf Ebene des PEC/der Leitung
- auf Ebene der Pflegeexpert*innen

25. Welche Faktoren tragen zu einem erfolgreichen Netzwerk(en) bei? Was sind hinderliche Faktoren?

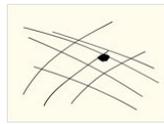
Implementierung in die Regelversorgung

26. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren sehen Sie zu diesem Zeitpunkt im Hinblick auf die mögliche Implementierung in die Regelversorgung?

27. Welche Maßnahmen können zu einer erfolgreichen Implementierung beitragen?

Abschließende Fragestellung

28. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



11-6c Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview

Einstieg

1. Wie geht es Ihnen gerade als (stellvertretende) Leitung des PEC?

Erfahrungen, Zwischenmenschliche & Professionelle Beziehungen

2. Manche Patient:innen werden bzw. wurden über den eigentlichen Behandlungszeitraum von 6 Monaten hinaus weiter von den PE betreut. Was waren Gründe hierfür? Was unterscheidet die Versorgung dieser Patient:innen von Patient:innen, die höchstens 6 Monate betreut wurden.
3. Wie erleben Sie die Beendigung der Betreuungszeit der Patient*innen durch Sie und die Pflegeexpert*innen?

Rolle, Leitung; Kontextfaktoren

4. Welche Anforderungen erleben Sie als (stellvertretende) Teamleitung der Pflegeexpert*innen?
5. Welche hinderlichen/ förderlichen Faktoren gibt es in der Ausübung Ihrer Rolle?
6. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie Ihre Arbeit als (stellvertretende) Leitung?
7. Rückblickend betrachtet, wie hat die Flutkatastrophe Ihre Arbeit beeinflusst? Wie beeinflussen die Folgen der Flutkatastrophe Ihre Arbeit?

Formelle und informelle Unterstützungsstrategien/ Strukturen; Kontextfaktoren

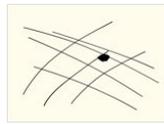
8. Wie geht es den Pflegeexpert*innen?
9. Welche Herausforderungen sehen Sie in der täglichen Arbeit der Pflegeexpert*innen?
10. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Arbeit der Pflegeexpert*innen?
11. Inwieweit beeinflusste und beeinflusst die Flutkatastrophe die Arbeit der Pflegeexpert*innen?
12. Wie unterstützen Sie die Pflegeexpert*innen?
13. Welche formellen und informellen Unterstützungsstrategien haben sich etabliert?
14. Was hilft den Pflegeexpert*innen noch?
15. Was könnte darüber hinaus helfen

Befähigung und Förderung, Rollenentwicklung PE

16. Welche Anforderungen erleben Sie für die Rolle der Pflegeexpert*innen?
17. Welche Entwicklungen haben Sie bei den Pflegeexpert*innen in Bezug auf die Rolle wahrgenommen?
18. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren haben Sie bei der Entwicklung der Rolle wahrgenommen?
19. Welche Bedeutung hat dabei aus Ihrer Sicht das Bachelorstudium?

Kommunikation & Dokumentation

20. Was läuft im Hinblick auf die Kommunikation **innerhalb** des PE-Centers gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
21. Welche F Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen? Welche Faktoren (positiv/negativ) beeinflussen die Kommunikation?



22. Was läuft im Hinblick auf die Kommunikation **außerhalb** des PE-Centers gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
23. Welche Faktoren (positiv/negativ) beeinflussen die Kommunikation?
24. Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen?
25. Was läuft im Hinblick auf die Dokumentation gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
26. Welche Faktoren beeinflussen die Dokumentation?
27. Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen?

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Zusammenarbeit im Team

28. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen?
29. Haben Sie im Laufe des Projekts Veränderungen dahingehend wahrgenommen?
30. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen nehmen Sie wahr?
31. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten?
32. Haben Sie im Laufe des Projekts Veränderungen dahingehend wahrgenommen?
33. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten nehmen Sie wahr?
34. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe der Pflegeexpert*innen?
35. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren nehmen Sie wahr?

Netzwerken

36. Welche Netzwerke haben sich etabliert?
 - auf Ebene des PEC/der Leitung
 - auf Ebene der Pflegeexpert*innen
37. Welche Faktoren tragen zu einem erfolgreichen Netzwerk(en) bei? Was sind hinderliche Faktoren?

Geografische Besonderheiten

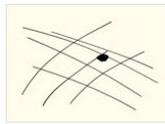
38. Welche geografischen Besonderheiten lassen sich für das Einzugsgebiet des PEC **vor der Flutkatastrophe** beschreiben?
39. Welche geografischen Besonderheiten lassen sich für das Einzugsgebiet des PEC **nach der Flutkatastrophe** beschreiben?

Implementierung in die Regelversorgung

40. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren sehen Sie zu diesem Zeitpunkt im Hinblick auf die mögliche Implementierung in die Regelversorgung?
41. Welche Maßnahmen können zu einer erfolgreichen Implementierung beitragen?

Resümee

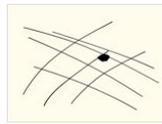
42. Zusammenfassend: Welchen Nutzen hat/hatte das Projekt
 - für Pat./Angehörige?
 - für PE/die berufliche Pflege?
 - für Hausärzt*innen?
 - für Pflegeheime?
 - für die Region?



- für das Gesundheitssystem als Ganzes?
43. Welches Resümee ziehen Sie aus dem HiH Projekt?
44. Würden Sie nach Ende des Projekts weiterhin als Leitung des PEC arbeiten wollen?
Warum/Warum nicht?

Abschließende Fragestellung

45. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



17-3a Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview

Motivation; Rolle, Rollenverständnis und Klarheit

1. Was hat Sie motiviert, sich auf die Rolle der Pflegeexpertin/ des Pflegeexperten im Projekt HandinHand zu bewerben?
2. Wie sehen Sie Ihre Rolle als Pflegeexpert*in?
 - Wie würden Sie die Rolle in einigen wenigen Sätzen jemandem erklären, der nicht mit dem Thema PE vertraut ist?
 - Gibt es bestimmte Erwartungen/Befürchtungen?
 - Was hilft Ihnen, sich in die Rolle der PE einzufinden?
 - Wie unterscheidet sich Ihre Rolle von anderen pflegerischen Rollen?
3. Wie beurteilen Sie Ihre Handlungsautonomie?
 - Wie groß ist Ihre Handlungsautonomie?
 - Wie bewerten Sie das (für sich/für das Projekt)?
4. Was sind Ihrer Meinung nach, die Erwartungen anderer Berufsgruppen an Sie als Pflegeexpert*in? z. B. Ärzt*innen aber auch MFAs, Physios, etc., auch Erwartungen Pflegenden in anderen Rollen (z. B. ambulanter Dienst, im KH, etc.)

Erwartungen der Kooperation und interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten/Einrichtungen

5. Welche Erwartungen haben Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (z. B. Pflegediensten) und Berufsgruppen?
 - Welche Erwartungen haben Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit teilnehmenden Ärzt*innen?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

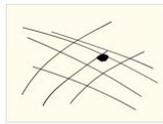
6. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig?
 - Was sind aus Ihrer Sicht mögliche Barrieren?
 - Was denken Sie, welche hinderlichen und förderlichen Faktoren gibt es in der Ausübung Ihrer Rolle als PE?
 - Welche Rolle spielt die ePA?
 - Welche Rolle spielt das PE Team?

Aktuelle Kontextfaktoren

7. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre Arbeit und das PflegeexpertenCenter?

Abschließende Fragestellung

8. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I9-11a Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview

Einstieg

1. Wie geht es Ihnen gerade im Projekt als Pflegeexpert*in?

Kompetenzen, Mentoring und Supervision, Befähigung und Förderung

2. Wie haben sich Ihre Erwartungen an das Projekt verändert?
3. Welche Kompetenzen brauchen Sie in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in?
 - Haben Sie diese Kompetenzen?
 - Gibt es Lücken in Ihren Kompetenzen und Fähigkeiten?
 - Was waren Ihre Erwartungen hinsichtlich der Befähigung und Förderung?
 - Wie bewerten Sie die Maßnahmen hinsichtlich der Befähigung und Förderung Ihrer Rolle?
 - Was hilft Ihnen darüber hinaus?

Akzeptanz, Zusammenarbeit mit HA, Tätigkeiten, Delegation, Handlungsautonomie, Kommunikation, Verantwortung

4. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den HA?
5. Woran liegt das? Welche Faktoren beeinflussen die Zusammenarbeit?
6. Welche konkreten Vorschläge können Sie zur Verbesserung der Zusammenarbeit machen?
7. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei den Hausärzt*innen ein?
8. Welche Aufgaben/Patient*innen sind aus Ihrer Sicht besonders geeignet von Ihnen übernommen zu werden?
9. In welchen Bereichen könnten Sie mehr Verantwortung übernehmen?
10. Wo sehen Sie Ihre Grenzen? Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einem Arzt/einer Ärztin übernommen werden?
11. Gab es Veränderungen, welche Aufgaben bzw. Patient*innen Ihnen übertragen wurden?
12. Was bedeutet für Sie Handlungsautonomie?
13. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei Patient*innen/Angehörigen ein?
14. Was sind die beeinflussenden Faktoren?
15. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei anderen Beteiligten ein? z.B.:
 - Medizinische Fachangestellten/MA der HA-Praxis?
 - Anderen Berufsgruppen/Kolleg*innen
 - Bevölkerung
16. Was sind die beeinflussenden Faktoren?

Rolle - Förderliche und hinderliche Faktoren

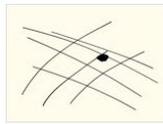
17. Was hilft Ihnen sich in die Rolle einzufinden?
18. Was ist dabei schwierig?
19. Wie sehen Sie Ihre Rolle in einem Jahr?

Aktuelle Kontextfaktoren

20. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre Arbeit und das PflegexpertenCenter?

Abschließende Fragestellung

21. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



FG7-3b Leitfaden Pflegeexpert*innen Fokusgruppe (Videotelefonie)

Einstieg

1. Erzählen Sie uns wie es Ihnen gerade in der Rolle der*des Pflegeexpert*in im Projekt geht.

Fähigkeiten, Kompetenzen, Scope of Practice

2. Was sind Ihre täglichen Aufgaben? Fühlen Sie sich denen gewachsen?
 - Was würden Sie gerne tun, dürfen es aber nicht?
 - Erleben Sie Überschneidungen in den Verantwortungsbereichen? Wie gehen Sie damit um?

Rollenentwicklung, Befähigung und Förderung

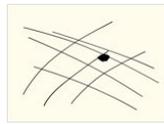
3. Wie hat sich seit Beginn der Patient*innenkontakte Ihre Rolle entwickelt? Welche Faktoren beeinflussen die Rollenentwicklung?
 - Was hätten Sie noch gebraucht?
 - Was bereitet Ihnen Schwierigkeiten?
 - Welche Rolle spielt die PE Leitung?
 - Wie beeinflusst COVID-19 die Rollenentwicklung?

Team

4. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit im PE-Team?
 - Wovon profitieren Sie? Was fehlt Ihnen? Über welche Themen tauschen Sie sich aus?

Abschließende Fragestellung

5. Welche abschließenden Gedanken haben Sie?



17-9c Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview

Einstieg und Resümee

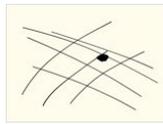
1. *Wenn noch angestellt im PEC: Wie geht es Ihnen gerade im Projekt als Pflegeexpert*in?*

Kompetenzen und Rolle

2. Welche Kompetenzen brauchten Sie in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in?
 - Hatten Sie diese Kompetenzen bzw. konnten Sie diese im Laufe der Zeit erwerben?
 - Wie bewerten Sie die Maßnahmen hinsichtlich der Befähigung und Förderung Ihrer Rolle?
 - Sind Ihre Erwartungen hinsichtlich der Befähigung und Förderung erfüllt worden?
 - Was hat Ihnen darüber hinaus geholfen?
3. Wie sehen Sie Ihre Rolle als Pflegeexpert*in?
 - Wie würden Sie die Rolle in einigen wenigen Sätzen jemandem erklären, der nicht mit dem Thema PE vertraut ist?
 - Was hat Ihnen geholfen, sich in die Rolle der PE einzufinden?
 - Wie unterscheidet sich Ihre Rolle von anderen pflegerischen Rollen?
4. Welche Aufgaben/Patient*innen sind aus Ihrer Sicht besonders geeignet gewesen von Ihnen übernommen zu werden?
5. In welchen Bereichen könnten Sie mehr Verantwortung übernehmen?
6. Wo sehen Sie Grenzen?
 - Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einem/einer PE übernommen werden?
 - Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einem Arzt/einer Ärztin übernommen werden?
7. Gab es im Laufe des Projekts Veränderungen, welche Aufgaben bzw. Patient*innen Ihnen übertragen wurden?
8. Was bedeutet für Sie Handlungsautonomie?
9. Haben Sie Handlungsautonomie in Ihrer Rolle als PE? Bitte begründen Sie ihre Antwort.
10. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei Patient*innen/Angehörigen ein? Was sind die beeinflussenden Faktoren?
11. Manche Patient:innen werden/wurden über den eigentlichen Behandlungszeitraum von 6 Monaten weiter von Ihnen betreut.
 - Was sind Gründe hierfür?
 - Was zeichnet die Versorgung dieser Patient:innen aus?
 - Wie erleben Sie die Beendigung der Betreuungszeit der Patient*innen durch Sie?
12. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei anderen Beteiligten ein? z.B.:
 - Medizinische Fachangestellten/MA der HA-Praxis?
 - Anderen Berufsgruppen/Kolleg*innen
 - Bevölkerung
 - Was sind die beeinflussenden Faktoren?

Zusammenarbeit mit HA und Akzeptanz

13. Wie erleben/erlebten Sie die Zusammenarbeit mit den HA?
 - Gab/Gibt es Herausforderungen? Wenn ja, welche?
 - Was läuft/lief gut?
 - *Wenn Zusammenarbeit als nicht ausschließlich positiv bewertet wird: Welche konkreten Vorschläge können Sie zur Verbesserung der Zusammenarbeit machen?*
14. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei den Hausärzt*innen ein?



Aktuelle Kontextfaktoren

15. Inwieweit beeinflusst/e die COVID-19 Pandemie Ihre Arbeit und das PflegeexpertenCenter?
16. Inwieweit hat die Flutkatastrophe Ihre Arbeit und das PflegeexpertenCenter beeinflusst?

Implementierung in die Regelversorgung

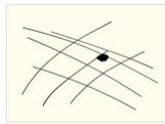
17. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig?
 - Förderliche Faktoren/Barrieren

Resümee

18. Zusammenfassend: Welchen Nutzen hat/hatte das Projekt
 - für Pat./Angehörige?
 - für PE/die berufliche Pflege?
 - für Hausarzt*innen?
 - für Pflegeheime?
 - für die Region?
 - für das Gesundheitssystem als Ganzes?
19. Wenn Sie sich an Ihre Erwartungen und Hoffnungen für Ihre Rolle von vor einem Jahr erinnern – haben sich diese erfüllt?
Wenn ja, was hat das möglich gemacht? Wenn nein, was hat das verhindert?
20. Welches Resümee ziehen Sie aus Ihrer Rolle und Arbeit und PE?
21. Würden Sie nach Ende des Projekts weiterhin als PE arbeiten wollen? Wenn ja/ nein, warum?

Abschließende Fragestellung

22. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I8-5a Leitfaden Hausärzt*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Was war/ist Ihre Motivation, an der Studie teilzunehmen?
2. Welche Erwartung haben Sie an die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
 - Gibt es Dinge, von denen Sie erwarten, dass sie problematisch sein könnten?

Erfahrungen, Zwischenmenschliche & Professionelle Beziehungen

3. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
 - Gibt es Herausforderungen? Was läuft gut?

Delegation

4. Welche Tätigkeiten delegieren Sie an den/die Pflegeexpert*in? Welche nicht?

Rollenklarheit und Rollenverständnis

5. Wie würden Sie die Rolle einer/eines Pflegeexpert*in beschreiben?
6. Wie unterscheiden sich die Aufgaben der Pflegeexpert*innen von denen anderer an der Versorgung beteiligter Personen?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

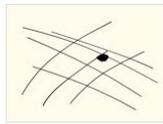
7. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig? (Förderliche Faktoren/Barrieren)

Kontextfaktoren

8. Wie beeinflusst die COVID-19 Pandemie aus Ihrer Sicht das gesamte Projekt (inkl. den Einsatz /die Arbeit der Pflegeexpert*innen)?

Abschließende Fragestellungen

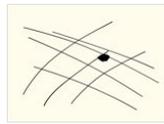
9. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



FG2-5b Leitfaden Hausärzt*innen Fokusgruppe (telefonisch)

Zusammenarbeit, Kommunikation, COVID-19 Pandemie

1. Bitte erzählen Sie uns, wie Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen erleben.
Beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
2. Wie erleben Sie die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen?
3. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und den Pflegeexpert*innen beschreiben?



I8-4c Leitfaden Hausärzt*innen Telefoninterview

Motivation

1. Was war/ist Ihre Motivation, an der Studie teilzunehmen?

Erfahrungen, Zwischenmenschliche & Professionelle Beziehungen

2. Wie ist Ihr Gesamteindruck von der Versorgung der Patient*innen durch die PE?
3. Manche Patient:innen werden bzw. wurden über den eigentlichen Behandlungszeitraum von 6 Monaten hinaus weiter von den PE betreut.
 - Was waren Gründe hierfür?
 - Was unterscheidet die Versorgung dieser Patient:innen von Patient:innen, die höchstens 6 Monate betreut wurden?
 - Wie erleben Sie die Beendigung der Betreuungszeit der Pat. durch die PE?

Rollenklarheit und Rollenverständnis

4. Wie würden Sie die Rolle einer/eines Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Wie unterscheiden sich die Aufgaben der Pflegeexpert*innen von denen anderer an der Versorgung beteiligter Personen?
5. Welche Aufgaben bzw. Patient*innen sind aus Ihrer Sicht besonders geeignet von PEs übernommen zu werden?
6. In welchen Bereichen hätten die PE mehr Verantwortung übernehmen können?
7. Wo sehen Sie die Grenzen des Einsatzes von PE?
 - Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einer PE übernommen werden?
 - Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einem Arzt/einer Ärztin übernommen werden?

Handlungsautonomie

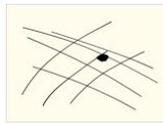
8. Was bedeutet für Sie Handlungsautonomie?
9. Haben die PE Handlungsautonomie in Ihrer Rolle als HiH PE?
Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

10. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
 - Gibt es Herausforderungen?
 - Was läuft gut?
 - *Wenn Zusammenarbeit als nicht ausschließlich positiv bewertet wird: Welche konkreten Vorschläge können Sie zur Verbesserung der Zusammenarbeit machen?*

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

11. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig? (Förderliche Faktoren/Barrieren)



Kontextfaktoren

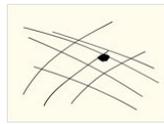
12. Wie beeinflusst die COVID-19 Pandemie aus Ihrer Sicht das gesamte Projekt (inkl. den Einsatz /die Arbeit der Pflegeexpert*innen)?
13. Wie beeinflusste die Flutkatastrophe das Projekt und die Zusammenarbeit mit den PE?

Resümee

14. Zusammenfassend: Welchen Nutzen hat/hatte das Projekt
 - für Pat./Angehörige?
 - für PE/die berufliche Pflege?
 - für Hausarzt*innen?
 - für Pflegeheime?
 - für die Region?
 - für das Gesundheitssystem als Ganzes?
15. Welches Resümee ziehen Sie aus der Teilnahme am Projekt?
16. Würden Sie nach Ende des Projekts weiterhin mit PEs zusammenarbeiten wollen? Warum?

Abschließende Fragestellungen

17. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



111-6c Leitfaden Medizinische Fachangestellte Telefoninterview

Erwartungen

1. Welche Erwartungen hatten Sie an das Projekt?
2. Inwiefern haben sich diese Erwartungen erfüllt oder nicht erfüllt?

Erfahrungen, Zwischenmenschliche & Professionelle Beziehungen

3. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen? Wie waren Ihre bisherigen Erfahrungen? Gibt es Dinge, die problematisch sind? Was läuft gut?
4. Ihr Praxisteam erhält regelmäßig Statusberichte zu Patient*innen. Können Sie beschreiben, wie Sie damit umgehen?
5. Können Sie beschreiben, wie der Ablauf ist, wenn ein*e Pflegeexpert*in anruft/ in Ihre Praxis kommt?
6. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und den Pflegeexpert*innen beschreiben?
7. Wie erleben Sie die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen? Auf welche Weise kommunizieren Sie hauptsächlich mit den Pflegeexpert*innen? Was läuft gut? Was könnte besser sein?

Rollenklarheit und Rollenverständnis

8. Wie würden Sie die Rolle einer/eines Pflegeexpert*in beschreiben?
9. Wie unterscheiden sich die Aufgaben der PE von Ihren Aufgaben?
10. Wie unterscheiden sich die Aufgaben der PE von denen anderer an der Versorgung beteiligter Personen (inkl. Ärzt*innen)?

Delegation

11. Welche Tätigkeiten werden an die PE delegiert?
12. Gibt es darüber hinaus Aufgaben/Tätigkeiten, die die Pflegeexpert*innen Ihrer Meinung nach übernehmen sollten?
13. Gibt es Aufgaben/Tätigkeiten, die die Pflegeexpert*innen nicht machen sollten?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

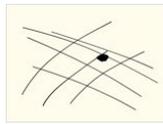
14. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig? (Förderliche Faktoren/Barrieren)

Kontextfaktoren

15. Wie beeinflusst(e) die COVID-19 Pandemie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen/ mit dem PEC?
16. Wie beeinflusst(e) die Pandemie die Überweisung von Patient*innen?
17. Welchen Einfluss hatte die Flutkatastrophe auf die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen/ mit dem PEC?
18. Wie beeinflusst(e) die Flutkatastrophe die Überweisung von Patient*innen?

Abschließende Fragestellungen

19. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I10-11a Leitfaden Studienleitung Telefoninterview

Erwartungen

1. Welche Erwartungen hatten Sie im Allgemeinen an das Projekt HandinHand?
2. Wie haben sich diese Erwartungen verändert?

Implementierung

3. Was ist notwendig, damit das Projekt erfolgreich ist?
 - Was sind Herausforderungen und Schwierigkeiten für die Etablierung neuer Versorgungsstrukturen in der Primärversorgung im Allgemeinen?
 - Welche förderlichen Faktoren gibt es?
 - Was sind Herausforderungen und Schwierigkeiten für die Etablierung des PEC im Besonderen? Was sind förderliche Faktoren?
 - Was sind Herausforderungen bei der Rekrutierung von HA-Praxen? Was sind förderliche Faktoren?
 - Was sind Herausforderungen und Schwierigkeiten für die Implementierung der Rolle der Pflegeexpert*innen? Was sind förderliche Faktoren?

Kommunikation

4. Wie erleben Sie die interne und externe Kommunikation?
5. Was sind die beeinflussenden Faktoren?
6. Was könnte verbessert werden

Restrukturierung Gesundheitswesen

7. Welche Rahmenbedingungen sind für die Restrukturierung von Aufgabenverteilung und Verantwortung im Gesundheitswesen notwendig?
 - *Mikro: vor Ort*
 - *Meso: Krankenhaus, Primärversorgung, Hochschulen, Kassen*
 - *Makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch*

Nutzen des Projekts

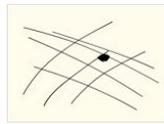
8. Was ist der Nutzen des Projekts?
 - Für Patient*innen und Angehörige?
 - Für Pflegeexpert*innen (die berufliche Pflege)?
 - Für Hausärzt*innen?
 - Für für die Pflegeheime?
 - Für die Region?
 - Für das Gesundheitssystem als Ganzes?

Kontextfaktoren

9. Wie beeinflusst COVID-19 Pandemie das Projekt und die Arbeit der Pflegeexpert*innen?

Abschließende Fragestellung

10. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



110-11b Leitfaden Studienleitung Telefoninterview

Erwartungen

1. Haben sich Ihre Erwartungen an das Projekt HandinHand verändert? Wenn ja, können Sie beschreiben, was sich verändert hat und was die Gründe dafür sind?
2. Vor einem Jahr hatten Sie außerdem folgende Erwartungen:
 - Realisierung eines Anschlussprojektes
 - Überführung in die Regelversorgung
 - Benefit für die Marienhaus

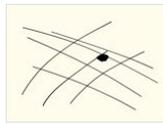
Wie stehen Sie heute zu diesen Aspekten?

Implementierung, Rekrutierung, förderliche und Hinderliche Faktoren

3. Ab wann hat sich die Routineversorgung eingestellt? Zu welchem Zeitpunkt hat das Projekt seinen „Pilotcharakter“ verloren? Woran machen Sie das fest?
4. Was waren Erfolgsfaktoren, die dazu geführt haben, dass sich eine Routineversorgung einstellen konnte?
5. Was waren die Herausforderungen und wie wurden diese gelöst?
6. Welche Faktoren sind förderlich für eine langfristige Integration des HandinHand Modells in das Gesundheitssystem? Welche Faktoren sind hinderlich?
7. Was sind Herausforderungen und Schwierigkeiten für die Etablierung neuer Versorgungsstrukturen in der Primärversorgung im Allgemeinen? Welche förderlichen Faktoren gibt es?
8. Wie hat sich die Rekrutierung von weiteren Hausärzt*innen entwickelt? Was sind dabei förderliche Faktoren gewesen? Was war hinderlich?
9. Wie hat sich die Rekrutierung von Patient*innen entwickelt? Was waren förderliche Faktoren? Was war hinderlich?

Rolle der PE, Interprofessionelle Zusammenarbeit, Kommunikation, Akzeptanz

10. Wie hat sich die Rolle der Pflegeexpert*innen entwickelt?
11. Was sind aus Ihrer Sicht förderliche Faktoren für die Kompetenzentwicklung der Pflegeexpert*innen und der Entwicklung der Rolle? Welche Faktoren behindern die Entwicklung?
12. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzt*innen und den Pflegeexpert*innen? Was sind beeinflussende Faktoren?
13. Woran merken Sie, dass die Zusammenarbeit funktioniert?
14. Wie erleben Sie die Kommunikation zwischen Hausärzt*innen und Pflegeexpert*innen? Was sind beeinflussende Faktoren?
15. Welche Veränderungen haben Sie hinsichtlich der externen und internen Kommunikation erlebt bzw. gab/gibt es? Was könnte verbessert werden?
16. Wie hat sich die Arbeit mit der ePa verändert?



17. Welchen Eindruck haben Sie von der Akzeptanz der Pflegeexpert*innen und des Pflegeexperten-Centers bei

- Hausärzt*innen (innerhalb/außerhalb des Projekts)
- teilnehmenden Patient*innen/Angehörigen
- anderen Pflegenden

Warum ist das so, wie Sie es beschrieben haben?

Nutzen des Projekts

18. Was ist der Nutzen des Projekts?

- Für Patient*innen und Angehörige?
- Für Pflegeexpert*innen (die berufliche Pflege)?
- Für Hausärzt*innen?
- Für die Pflegeheime?
- Für die Region?
- Für das Gesundheitssystem als Ganzes?

Kontextfaktoren

19. Welchen Einfluss hatte und hat die Flutkatastrophe auf das Projekt und die Arbeit der Pflegeexpert*innen?

20. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie noch das Projekt und die Arbeit der Pflegeexpert*innen?

21. Welche Veränderungen gab es innerhalb der Marienhaus GmbH, die einen Einfluss auf das Projekt haben/hatten?

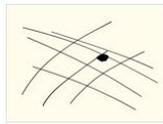
22. Wie ist die Einstellung der Marienhaus GmbH gegenüber Folgeprojekten bzw. einer langfristigen Etablierung eines Pflegeexperten-Centers?

23. Im Zusammenhang mit den letzten Entwicklungen an der PTHV (*Schließung* des pflegewissenschaftlichen Studiengangs), wo sollen Pflegeexpert*innen zukünftig ausgebildet

Abschließende Fragestellungen

24. Wenn Sie das Projekt nochmal starten würden, welche Bedingungen würden Sie sich wünschen? Was würden Sie anders machen?

25. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I2-5a_2b_9b_M1 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren? (Können Sie mir sagen, was Sie bisher über die Studie gehört haben?)
2. Was hat Sie motiviert, an der Studie teilzunehmen?
3. Was erhoffen Sie sich von der Teilnahme an der Studie?
4. Was erwarten Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in?

Erfahrungen, Einstellung, Akzeptanz, Zwischenmenschliche Beziehungen

5. Uns interessiert welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
6. Was ist für Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
7. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
8. Hat die/ der Pflegeexpert*in mit Ihnen zusammen einen Versorgungsplan erstellt?
 - wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
9. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
10. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen?
 - Hat Sie etwas davon überrascht?
 - War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
11. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
12. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
13. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis und Rollenklarheit

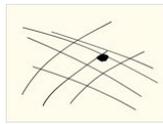
14. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
15. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
16. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

17. Wenn Sie an Ihre Gesundheit denken, was fällt Ihnen besonders schwer?
18. Womit denken Sie, können die Pflegeexpert*in Ihnen helfen?

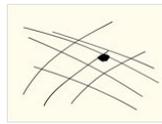
Kontextfaktoren

19. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre med.-pflegerische Versorgung?
Wie die Rolle der Pflegeexpert*in?



Abschließende Fragestellung

20. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
21. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I2-9a_6b_6c_M3 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren? (Können Sie mir sagen, was Sie bisher über die Studie gehört haben?)
2. Was hat Sie motiviert, an der Studie teilzunehmen?

Erleben, Erfahrungen, Einstellung, Akzeptanz, Zwischenmenschliche Beziehungen

3. Uns interessiert welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
4. Was ist für Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
5. Hat die/ der Pflegeexpert*in mit Ihnen zusammen einen Versorgungsplan erstellt?
 - wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
6. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen können?
7. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
8. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
9. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
10. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen?
 - Hat Sie etwas davon überrascht?
 - War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
11. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
12. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?

Rollenverständnis und Rollenklarheit

13. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
14. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
15. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

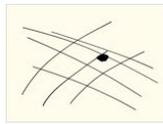
Umfeld, individuelle Ressourcen

16. Wenn Sie an Ihre Gesundheit denken, was fällt Ihnen besonders schwer?
17. Womit denken Sie, können die Pflegeexpert*in Ihnen helfen?

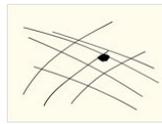
Kontextfaktoren

18. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*
19. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre med.-pflegerische Versorgung?
Wie die Rolle der Pflegeexpert*in?

Abschließende Fragestellung



20. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
21. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I2-2b_6b_9b_6c_M6 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Sie motiviert, an der Studie teilzunehmen?
3. Sie hatten zu Beginn Ihrer Teilnahme bestimmte Erwartungen. Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt? Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen verändert?

Erfahrungen, Einstellung, Akzeptanz, Zwischenmenschliche Beziehungen

4. Uns interessiert welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
5. Was ist für Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
6. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
7. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
8. Hat die/ der Pflegeexpert*in mit Ihnen zusammen einen Versorgungsplan erstellt?
 - wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
9. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
10. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen?
 - Hat Sie etwas davon überrascht?
 - War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
11. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
12. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
13. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis und Rollenklarheit

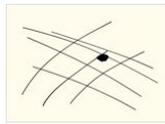
14. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
15. Haben sich die Aufgaben/Fähigkeiten/Zuständigkeiten der/des Pflegeexpert*in im Verlauf der letzten sechs Monate verändert?
16. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
17. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

18. Würden Sie jetzt nach sechs Monaten Behandlung durch die/den Pflegeexpert*in auch ohne sie/ihn zurechtkommen?

Kontextfaktoren

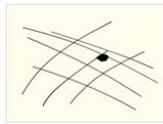
19. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*



20. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre med.-pflegerische Versorgung?
Wie die Rolle der Pflegeexpert*in?

Abschließende Fragestellung

21. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegeexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen?
Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
22. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I2-6c_M6+ Leitfaden Patient*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Sie motiviert, an der Studie teilzunehmen?
3. Sie hatten zu Beginn Ihrer Teilnahme bestimmte Erwartungen. Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt? Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen verändert?

Erfahrungen, Einstellung, Akzeptanz, Zwischenmenschliche Beziehungen

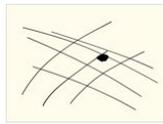
4. Uns interessiert welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
5. Was ist für Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
6. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
7. Die*der Pflegeexpert*in ist länger als die im Projekt vorgesehenen Monate zu Ihnen gekommen. Was sind die Gründe dafür?
8. Was ist, wenn der die Pflegeexpert*in nicht mehr kommt? Was wird Ihnen am meisten fehlen?
9. Wer übernimmt die Aufgaben der*des Pflegeexpert*in?
10. Hat die/ der Pflegeexpert*in mit Ihnen zusammen einen Versorgungsplan erstellt?
 - wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
11. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
12. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen?
 - Hat Sie etwas davon überrascht?
 - War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
13. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
15. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis und Rollenklarheit

16. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
17. Haben sich die Aufgaben/Fähigkeiten/Zuständigkeiten der/des Pflegeexpert*in im Verlauf der letzten sechs Monate verändert?
18. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
19. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Kontextfaktoren

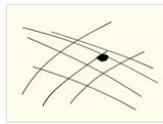
20. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*



21. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre med.-pflegerische Versorgung?
Wie die Rolle der Pflegeexpert*in?

Abschließende Fragestellung

22. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegeexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen?
Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
23. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I3-5a_2b_9b_M1 Leitfaden Angehörige Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Ihren Angehörigen motiviert, an der Studie teilzunehmen? Haben Sie im Vorfeld mit Ihrem Angehörigen darüber gesprochen? Was haben Sie geraten?
3. Was erhoffen Sie sich von der Teilnahme Ihres/Ihrer Angehörigen an der Studie?
4. Was erwarten Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in?

Erfahrungen, Einstellung, Vertrauen, Akzeptanz

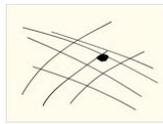
5. Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
6. Was finden Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
7. Was denken Sie nimmt Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige mit aus den Besuchen? Was denken Sie ist für ihn/sie hilfreich? Was nicht?
8. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
9. Wie erleben Sie, die Einbeziehung Ihres/Ihrer Angehörigen in die Versorgungsplanung?
10. Wie werden Sie in die Planung der Versorgung durch die/den Pflegeexpert*in miteinbezogen?
11. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
12. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen? Hat Sie etwas davon überrascht? War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
13. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
15. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihrem/Ihrer Angehörigen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
16. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis, Rollenklarheit

17. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
18. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
19. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

20. Wenn Sie an die Versorgung Ihres Angehörigen denken, wobei brauchen Sie selber Unterstützung?
21. Womit denken Sie, können die Pflegeexpert*in Ihnen helfen?

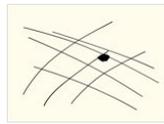


Kontextfaktoren

22. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) die med.-pflegerische Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen?

Abschließende Fragestellung

23. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegeexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
24. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I3-9a_6b_6c_M3 Leitfaden Angehörige Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Ihren Angehörigen motiviert, an der Studie teilzunehmen? Haben Sie im Vorfeld mit Ihrem Angehörigen darüber gesprochen? Was haben Sie geraten?

Erleben, Erfahrungen, Einstellung, Vertrauen, Akzeptanz

3. Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
4. Was finden Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
5. Was ist für Ihren/Ihre Angehörigen hilfreich?
6. Werden Sie in die Planung der Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen mit einbezogen? Wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
7. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der PE erzählen können?
8. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
9. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
10. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
11. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen? Hat Sie etwas davon überrascht? War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
12. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
13. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihrem/Ihrer Angehörigen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?

Rollenverständnis, Rollenklarheit

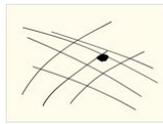
15. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
16. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
17. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

18. Wenn Sie an die Versorgung Ihres Angehörigen denken, wobei brauchen Sie selbst Unterstützung? Was würden Sie sich wünschen?

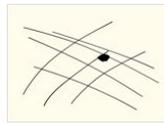
Kontextfaktoren

19. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*
20. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) die med.-pflegerische Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen?



Abschließende Fragestellung

21. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
22. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I3-2b_6b_9b_6c_M6 Leitfaden Angehörige Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Ihren Angehörigen motiviert, an der Studie teilzunehmen? Haben Sie im Vorfeld mit Ihrem Angehörigen darüber gesprochen? Was haben Sie geraten?
3. Sie hatten zu Beginn der Teilnahme Ihres Angehörigen bestimmte Erwartungen. Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt? Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen verändert?

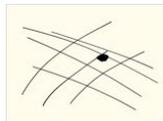
Erleben, Erfahrungen, Einstellung, Vertrauen, Akzeptanz

4. Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
5. Was finden Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
6. Was denken Sie nimmt Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige mit aus den Besuchen? Was denken Sie ist für ihn/sie hilfreich? Was nicht?
7. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
8. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
9. Wie erleben Sie, die Einbeziehung Ihres/Ihrer Angehörigen in die Versorgungsplanung?
10. Wie werden Sie in die Planung der Versorgung durch die/den Pflegeexpert*in miteinbezogen?
11. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
12. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen? Hat Sie etwas davon überrascht? War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
13. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
15. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihrem/Ihrer Angehörigen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
16. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der PE erzählen können?

Rollenverständnis, Rollenklarheit

17. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
18. Haben sich die Aufgaben/Fähigkeiten/Zuständigkeiten im Verlauf der letzten sechs Monate verändert?
19. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
20. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen



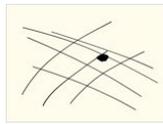
21. Würden Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige nach sechs Monaten Behandlung durch die/den Pflegeexpert*in auch ohne sie/ihn zurechtkommen?
22. Wie wäre das für Sie, wenn die/der Pflegeexpert*in nicht mehr kommt?

Kontextfaktoren

23. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*
24. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) die med.-pflegerische Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen?

Abschließende Fragestellung

25. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
26. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I3-6c_M6+ Leitfaden Angehörige Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Ihren Angehörigen motiviert, an der Studie teilzunehmen? Haben Sie im Vorfeld mit Ihrem Angehörigen darüber gesprochen? Was haben Sie geraten?
3. Sie hatten zu Beginn der Teilnahme Ihres Angehörigen bestimmte Erwartungen. Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt? Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen verändert?

Erfahrungen, Einstellung, Vertrauen, Akzeptanz

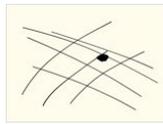
4. Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
5. Was finden Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
6. Was denken Sie nimmt Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige mit aus den Besuchen? Was denken Sie ist für ihn/sie hilfreich? Was nicht?
7. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
8. Wie erleben Sie, die Einbeziehung Ihres/Ihrer Angehörigen in die Versorgungsplanung?
9. Wie werden Sie in die Planung der Versorgung durch die/den Pflegeexpert*in miteinbezogen?
10. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
11. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen? Hat Sie etwas davon überrascht? War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
12. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
13. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihrem/Ihrer Angehörigen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
15. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis, Rollenklarheit

16. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
17. Haben sich die Aufgaben/Fähigkeiten/Zuständigkeiten im Verlauf der letzten sechs Monate verändert?
18. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
19. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

20. Die*der Pflegeexpert*in ist länger als die im Projekt vorgesehen sechs Monate zu Ihrem*Ihrer Angehörigen gekommen. Was sind die Gründe dafür?



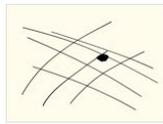
21. Wie ist das für Sie, wenn die*der Pflegeexpert*in nicht mehr kommt? Was wird Ihnen am meisten fehlen?
22. Wie ist das für Ihren*Ihre Angehörige, wenn die*der Pflegeexpert*in nicht mehr kommt? Was wird ihm*ihr am meisten fehlen?
23. Wer übernimmt die Aufgaben der*des Pflegeexpert*in?

Kontextfaktoren

24. Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?
25. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) die med.-pflegerische Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen?

Abschließende Fragestellung

26. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
27. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



14-6a Leitfaden Vinzenz Palotti Universität Telefoninterview

Rolle, Rollenverständnis, Rollenklarheit

Unabhängig vom Projekt HiH:

1. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in beschreiben?
2. Welche Aufgaben haben Pflegeexpert*innen im Vergleich zu Pflegefachpersonen ohne erweiterte Kompetenzen?
3. Unterscheidet sich die Rolle einer Pflegeexpert*in von der Rolle einer Advanced Practice Nurse (APN)? Wenn ja, wie?

Projektbezogen:

4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt HiH?
5. Wie grenzen sich Rolle und Aufgaben der/des Pflegeexpert*in von denen anderer an der Versorgung Beteiligter ab? (Ärzt*innen, VERAH etc., andere pflegerische Rollen)
6. Wie bewerten Sie das Thema der Delegation im Projekt?

Unabhängig vom Projekt HiH:

7. Wie bewerten Sie die Themen Delegation, Substitution, Ergänzung (supplementation) in Bezug auf die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen?
8. Welche Empfehlungen haben Sie für die Erforschung und Implementierung von Rollen, in denen Pflegeexpert*innen die Ausübung heilkundlicher Aufgaben im Sinne einer Substitution übertragen werden

Bewertung der Gesamt-Intervention und der PE-Intervention

9. Wie bewerten Sie den möglichen Einfluss des Projekts HandinHand auf die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland?
10. Wie bewerten Sie die Intervention PEC in Bezug auf
 - die Pflegepraxis in Deutschland?
 - die Akademisierung der Pflege in Deutschland?
 - die Versorgungsqualität allgemein?
 - die interprofessionelle Zusammenarbeit?

Fähigkeiten und Kompetenzen; Befähigung und Förderung

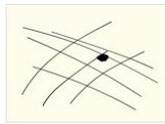
11. Welche Kompetenzen brauchen Pflegeexpert*innen?
12. Welche Kompetenzen vermitteln Sie an der PTHV, welche nicht?
 - Welche klinischen (direkte klinische Praxis) Kompetenzen werden vermittelt?
 - Welche anderen Kompetenzen werden vermittelt?
13. Welche Maßnahmen werden an der PTHV ergriffen, um die Pflegeexpert*innen in ihrer Rolle zu stärken? Welche Maßnahmen zur Unterstützung in der Rollenfindung?

Rahmenbedingungen

Unabhängig vom Projekt:

14. Welche Rahmenbedingungen sind für eine Restrukturierung von Aufgabenverteilungen und Verantwortung im Gesundheitswesen von Bedeutung?
 - mikro: vor Ort
 - meso: Krankenhaus (?), Primärversorgung, Hochschulen
 - makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch

Projektbezogen:



15. Welche Rahmenbedingungen sind für eine mögliche Implementierung der HiH Intervention von Bedeutung?

Förderliche und hinderliche Faktoren

Projektbezogen:

16. Was sind förderliche Faktoren für die Implementierung in die Regelversorgung bzgl. Etablierung des PEC und die Implementierung der PE Rolle?

- Was können Sie beitragen?

17. Welche Hürden sehen Sie?

- Was können Sie beitragen?

18. Welche Rahmenbedingungen sind von Bedeutung für eine mögliche Implementierung in die Regelversorgung?

- mikro: vor Ort
- meso: Krankenhaus (?), Primärversorgung, Hochschulen
- makro: Gesundheitssystem

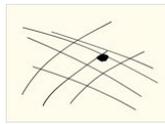
Kontextfaktoren

19. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf das Studium der Pflegeexpert*innen?

20. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf die Tätigkeit der Pflegeexpert*innen?

Abschließend Fragestellung

21. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



14-2c Leitfaden Vinzenz Palotti Universität Telefoninterview

Rolle, Rollenverständnis, Rollenklarheit

Unabhängig vom Projekt HiH:

1. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in beschreiben?
2. Welche Aufgaben haben Pflegeexpert*innen im Vergleich zu Pflegefachpersonen ohne erweiterte Kompetenzen?
3. Unterscheidet sich die Rolle einer Pflegeexpert*in von der Rolle einer Advanced Practice Nurse (APN)? Wenn ja, wie?

Projektbezogen:

4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt HiH?
5. Wie grenzen sich Rolle und Aufgaben der/des Pflegeexpert*in von denen anderer an der Versorgung Beteiligter ab? (Ärzt*innen, VERAH etc., andere pflegerische Rollen)
6. Wie bewerten Sie das Thema der Delegation im Projekt?

Unabhängig vom Projekt HiH:

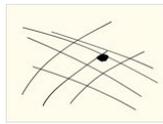
7. Wie bewerten Sie die Themen Delegation, Substitution, Ergänzung (supplementation) in Bezug auf die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen?
8. Welche Empfehlungen haben Sie für die Erforschung und Implementierung von Rollen, in denen Pflegeexpert*innen die Ausübung heilkundlicher Aufgaben im Sinne einer Substitution übertragen werden?

Bewertung der Gesamt-Intervention und der PE Intervention

9. Wie bewerten Sie den möglichen Einfluss des Projekts HandinHand auf die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland?
10. Wie bewerten Sie die Intervention PEC in Bezug auf
 - die Pflegepraxis in Deutschland?
 - die Akademisierung der Pflege in Deutschland?
 - die Versorgungsqualität allgemein?
 - die interprofessionelle Zusammenarbeit?

Fähigkeiten und Kompetenzen; Befähigung und Förderung

11. Welche Kompetenzen brauchen Pflegeexpert*innen?
12. Welche Kompetenzen vermitteln Sie an der PTHV, welche nicht?
 - Welche klinischen (direkte klinische Praxis) Kompetenzen werden vermittelt?
 - Welche anderen Kompetenzen werden vermittelt?
 - Welche anderen Kompetenzen werden vermittelt?
 - Welche Kompetenzen sind einfach zu vermitteln und warum? Welche Kompetenzen sind schwierig zu vermitteln und warum?
 - Was ist bei der Kompetenzvermittlung hilfreich? Was ist schwierig?
13. Welche Maßnahmen werden an der PTHV ergriffen, um die Pflegeexpert*innen in ihrer Rolle zu stärken? Welche Maßnahmen zur Unterstützung in der Rollenfindung und Rollenentwicklung?
14. Was ist hierbei hilfreich? Was ist schwierig?



15. Wie haben sich die angewendeten Kompetenzen der PE im Laufe des Projekts verändert?
16. Wie hat sich die Rollenklarheit der PE im Laufe des Projekts verändert?

Rahmenbedingungen

Unabhängig vom Projekt:

17. Welche Rahmenbedingungen sind für eine Restrukturierung von Aufgabenverteilungen und Verantwortung im Gesundheitswesen von Bedeutung?
 - mikro: vor Ort
 - meso: Krankenhaus, Primärversorgung, Hochschulen
 - makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch

Projektbezogen:

18. Welche Rahmenbedingungen sind für eine mögliche Implementierung der HiH Intervention in die Regelversorgung von Bedeutung?

Förderliche und hinderliche Faktoren

Projektbezogen:

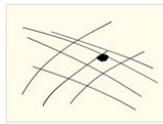
19. Was sind förderliche Faktoren für die Implementierung in die Regelversorgung bzgl. Etablierung des PEC und die Implementierung der PE Rolle? Was können Sie beitragen?
20. Welche Hürden sehen Sie? Was können Sie beitragen?
21. Welche Rahmenbedingungen sind von Bedeutung für eine mögliche Implementierung in die Regelversorgung?
 - mikro: vor Ort
 - meso: Krankenhaus (?), Primärversorgung, Hochschulen
 - makro: Gesundheitssystem

Kontextfaktoren

22. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf das Studium der Pflegeexpert*innen?
23. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf die Tätigkeit der Pflegeexpert*innen?
24. Welchen Einfluss hatte die Flutkatastrophe auf das Studium der Pflegeexpert*innen?
25. Welchen Einfluss hat die Schließung der pflegewissenschaftlichen Fakultät an der PTHV auf das Studium der Pflegeexpert*innen?

Abschließende Fragestellung

26. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I5-6a Leitfaden Krankenkasse Telefoninterview

Motivation

1. Was hat Sie motiviert als Krankenkasse an dem Projekt HiH teilzunehmen?

Rolle, Rollenverständnis, Rollenklarheit

Unabhängig vom Projekt HiH:

2. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in beschreiben?
3. Welche Aufgaben haben Pflegeexpert*innen im Vergleich zu Pflegefachpersonen ohne erweiterte Kompetenzen?

Projektbezogen:

4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt HiH?

Unabhängig vom Projekt HiH:

5. Welche einzigartigen/besonderen Beiträge (unique contributions) können Pflegeexpert*innen im Gesundheitswesen leisten? Welche Merkmale grenzen Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen von anderen Akteuren im Gesundheitswesen ab?
6. Wie bewerten Sie die Themen Delegation, Substitution, Ergänzung (supplementation) in Bezug auf die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen?

Projektbezogen:

7. Wie bewerten Sie das Thema der Delegation im Projekt?

Unabhängig vom Projekt HiH:

8. Wie bewerten Sie im Allgemeinen die Implementierung von Rollen, in denen Pflegefachpersonen mit erweiterten pflegerischen Kompetenzen die Ausübung heilkundlicher Aufgaben im Sinne einer Substitution übertragen werden?

Erwartungen bzgl. der Intervention PEC

9. Welche Bedeutung hat die Intervention für die Versorgungsqualität?
10. Welche Bedeutung hat die Intervention für die interprofessionelle Zusammenarbeit?
11. Haben Sie Erfahrungen mit ähnlichen Projekten? Wenn ja, können Sie mir davon erzählen? (Herausforderungen/Unterschiede & Gemeinsamkeiten)

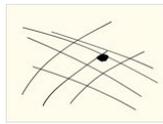
Rahmenbedingungen

Unabhängig vom Projekt

12. Welche Rahmenbedingungen sind für eine Restrukturierung von Aufgabenverteilungen und Verantwortung im Gesundheitswesen von Bedeutung?
 - mikro: vor Ort
 - meso: Krankenhaus, Primärversorgung, Hochschulen
 - makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch

Projektbezogen:

13. Welche Rahmenbedingungen sind für eine mögliche Implementierung der HiH Intervention von Bedeutung?



Förderliche und hinderliche Faktoren

Projektbezogen:

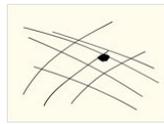
14. Was sind förderliche Faktoren für die Implementierung in die Regelversorgung bzgl. Etablierung des PEC und die Implementierung der PE Rolle? Was können Sie beitragen?
15. Welche Hürden sehen Sie? Was können Sie beitragen?

Kontextfaktoren

16. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf das Projekt insgesamt?

Abschließend Fragestellung

17. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



15-2c Leitfaden Krankenkasse Telefoninterview

Motivation

1. Was hat Sie motiviert als Krankenkasse an dem Projekt HiH teilzunehmen?

Rolle, Rollenverständnis, Rollenklarheit

Unabhängig vom Projekt HiH:

2. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in beschreiben?
3. Welche Aufgaben haben Pflegeexpert*innen im Vergleich zu Pflegefachpersonen ohne erweiterte Kompetenzen?

Projektbezogen:

4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt HiH?
5. Welche Kompetenzen brauchen die Pflegeexpert*innen für diese Aufgaben? Haben die Pflegeexpert*innen diese Kompetenzen?

Unabhängig vom Projekt HiH:

6. Welche einzigartigen/besonderen Beiträge (unique contributions) können Pflegeexpert*innen im Gesundheitswesen leisten? Welche Merkmale grenzen Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen von anderen Akteuren im Gesundheitswesen ab?
7. Wie bewerten Sie die Themen Delegation, Substitution, Ergänzung (supplementation) in Bezug auf die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen?

Projektbezogen:

8. Wie bewerten Sie das Thema der Delegation im Projekt?

Unabhängig vom Projekt HiH:

9. Wie bewerten Sie im Allgemeinen die Implementierung von Rollen, in denen Pflegefachpersonen mit erweiterten pflegerischen Kompetenzen die Ausübung heilkundlicher Aufgaben im Sinne einer Substitution übertragen werden?

Erwartungen bzgl. der Intervention PEC

10. Welche Bedeutung hat die Intervention für die Versorgungsqualität?
11. Welche Bedeutung hat die Intervention für die interprofessionelle Zusammenarbeit?
12. Haben Sie Erfahrungen mit ähnlichen Projekten? Wenn ja, können Sie mir davon erzählen? (Herausforderungen/Unterschiede & Gemeinsamkeiten)

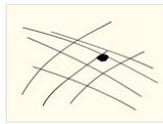
Rahmenbedingungen

Unabhängig vom Projekt

13. Welche Rahmenbedingungen sind für eine Restrukturierung von Aufgabenverteilungen und Verantwortung im Gesundheitswesen von Bedeutung?
 - mikro: vor Ort
 - meso: Krankenhaus, Primärversorgung, Hochschulen
 - makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch

Projektbezogen:

14. Welche Rahmenbedingungen sind für eine mögliche Implementierung der HiH Intervention von Bedeutung?



Förderliche und hinderliche Faktoren

Projektbezogen:

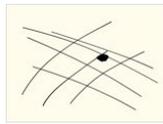
15. Was sind förderliche Faktoren für die Implementierung in die Regelversorgung bzgl. Etablierung des PEC und die Implementierung der PE Rolle? Was können Sie beitragen?
16. Welche Hürden sehen Sie? Was können Sie beitragen?

Kontextfaktoren

17. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf das Projekt insgesamt?

Abschließend Fragestellung

18. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



16-6a Leitfaden Andere Versorgende Telefoninterview

Intervention

1. Können Sie mir sagen, wie Sie von der Studie erfahren haben?
2. Was haben Sie bisher über die Inhalte und Ziele der Studie gehört?

Rolle der PE

3. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in generell beschreiben?
4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt?
5. Wie grenzen sich Rolle und Aufgaben der/des Pflegeexpert*in von denen anderer an der Versorgung Beteiligter ab? (Ärzt*innen, VERAH etc., andere pflegerische Rollen)

Erwartungen, Kooperation, Zusammenarbeit und Schnittstellen

6. Welche Erwartungen haben Sie an die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
 - Gibt es Aspekte, von denen Sie erwarten, dass sie problematisch sein könnten?
7. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen? (*optional, wenn noch keine Zusammenarbeit stattgefunden hat*)
 - Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und den Pflegeexpert*innen beschreiben?
 - Wie erleben Sie die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen? Auf welche Weise kommunizieren Sie hauptsächlich mit den Pflegeexpert*innen?
 - Wie waren Ihre Erfahrungen mit der PEC Leitung?
 - Insgesamt: Was läuft gut? Was könnte besser sein?
8. Welche Bedarfe und ggf. Lücken in Bezug auf mögliche Schnittstellen sehen Sie in der Versorgung chronisch kranker Menschen in der Häuslichkeit/ bzw. in Einrichtungen?
9. Welche dieser Bedarfe und Lücken könnten Pflegeexpert*innen Ihrer Meinung nach decken bzw. füllen?

Aktive Förderung oder Behinderung

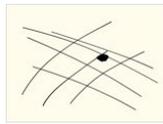
10. Würden Sie anderen Einrichtungen/Pflegediensten/Kolleginnen von dem Projekt erzählen? Wenn ja/nein, was würden Sie erzählen?
11. Würden Sie Patient*innen/Bewohner*innen/Angehörigen, die bisher nicht am Projekt teilnehmen eine Teilnahme empfehlen? Wenn ja/nein, warum?
12. Würden Sie Hausarzt*innen, die bisher nicht am Projekt teilnehmen von dem Projekt erzählen/eine Teilnahme empfehlen? Wenn ja/nein, warum?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

13. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig?
 - Was sind aus Ihrer Sicht mögliche Barrieren? Was sind förderliche Faktoren? (sowohl Etablierung PEC als auch Rolle PE)

Kontextfaktoren

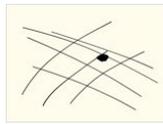
14. Was ist Ihr Eindruck von der interprofessionellen Zusammenarbeit in der hausärztlichen Versorgung? (Ärzt*innen, Pflegende, Physios, Ergos, Sozialarbeiter*innen, etc.)



15. Wie beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
(*optional, wenn noch keine Zusammenarbeit stattgefunden hat*)

Abschließend Fragestellung

16. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



16-2c Leitfaden Andere Versorgende Telefoninterview

Intervention

1. Können Sie mir sagen, wie Sie von der Studie erfahren haben?
2. Was haben Sie bisher über die Inhalte und Ziele der Studie gehört?

Rolle und Kompetenzen der PE

3. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in generell beschreiben?
4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt?
5. Welche Kompetenzen brauchen die Pflegeexpert*innen für diese Aufgaben? Haben die Pflegeexpert*innen diese Kompetenzen?
6. Wie grenzen sich Rolle und Aufgaben der/des Pflegeexpert*in von denen anderer an der Versorgung Beteiligter ab? (Ärzt*innen, VERAH etc., andere pflegerische Rollen)

Erwartungen, Kooperation, Zusammenarbeit und Schnittstellen

7. Welche Erwartungen hatten Sie an die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
 - Gab es Aspekte, von denen Sie erwarten, dass sie problematisch sein könnten?
8. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen? (*optional, wenn noch keine Zusammenarbeit stattgefunden hat*)
 - Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und den Pflegeexpert*innen beschreiben?
 - Wie erleben Sie die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen? Auf welche Weise kommunizieren Sie hauptsächlich mit den Pflegeexpert*innen?
 - Wie waren Ihre Erfahrungen mit der PEC Leitung?
 - Insgesamt: Was läuft gut? Was könnte besser sein?
9. Welche Bedarfe und ggf. Lücken in Bezug auf mögliche Schnittstellen sehen Sie in der Versorgung chronisch kranker Menschen in der Häuslichkeit/ bzw. in Einrichtungen?
10. Welche dieser Bedarfe und Lücken könnten Pflegeexpert*innen Ihrer Meinung nach decken bzw. füllen?

Aktive Förderung oder Behinderung

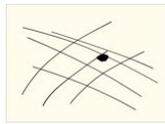
11. Würden Sie anderen Einrichtungen/Pflegediensten/Kolleginnen von dem Projekt erzählen? Wenn ja/nein, was würden Sie erzählen?
12. Würden Sie Patient*innen/Bewohner*innen/Angehörigen, die bisher nicht am Projekt teilnehmen eine Teilnahme empfehlen? Wenn ja/nein, warum?
13. Würden Sie Hausärzt*innen, die bisher nicht am Projekt teilnehmen von dem Projekt erzählen/eine Teilnahme empfehlen? Wenn ja/nein, warum?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

14. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig?
 - Was sind aus Ihrer Sicht mögliche Barrieren? Was sind förderliche Faktoren? (sowohl Etablierung PEC als auch Rolle PE)

Kontextfaktoren

15. Was ist Ihr Eindruck von der interprofessionellen Zusammenarbeit in der hausärztlichen Versorgung? (Ärzt*innen, Pflegendе, Physios, Ergos, Sozialarbeiter*innen, etc.)



16. Wie beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
(optional, wenn noch keine Zusammenarbeit stattgefunden hat)
17. Wie hat die Flutkatastrophe die Zusammenarbeit mit den PE beeinflusst?

Abschließend Fragestellung

18. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?

XLSX-Datei 54-01NVF17047-HandinHand-Codebook

Die Anlage ist über den folgenden Link abrufbar:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/689/54-01NVF17047-HandinHand-Codebook.xlsx>