Evaluationsstudie zur
Patientenbegleitung der Bosch BKK

Abschlussbericht

Peter Löcherbach, Thomas Hermsen,
Michael Macsenaere, Jens Arnold, Joachim Klein
Impressum:

Katholische Fachhochschule Mainz
Prof. Dr. Peter Löcherbach, Dipl.-Päd., Dipl.-Sozialpäd. (FH)
Prof. Dr. Thomas Hermsen, Dipl.-Soz., Dipl.-Verwaltungswirt (FH), Dipl.-Sozialarbeiter
Saarstr. 3
55122 Mainz

Tel.: 06131 – 28944 - 17 o. 45
eMail: loecherbach@kfh-mainz.de / hermsen@kfh-mainz.de
Internet: www.kfh-mainz.de

IKJ ProQualitas GmbH
Prof. Dr. Michael Macsenaere, Dipl.-Psych.
Jens Arnold, Dipl.-Psych.
Joachim Klein, Dipl. Sportwiss.
Saarstr. 1
55122 Mainz

Tel.: 06131 – 94797 - 0
Fax: 06131 – 94797 - 77
eMail: institut@ikj-mainz.de
Internet: www.ikj-mainz.de

Mainz, August 2010
Inhaltsverzeichnis

1. Einführung: Case Management (CM) im Gesundheitssystem ........................................... 7
   Peter Löcherbach und Thomas Hermsen
   1.1. Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand ........................................... 7
   1.2. Patientenbegleitung (PB) der Bosch BKK ....................................................................... 12

2. Forschungsfragestellungen und Hypothesen ................................................................... 18
   Thomas Hermsen

3. Methode .......................................................................................................................... 20
   3.1. Selbstverständnis der Evaluation .................................................................................... 20
       Michael Macsenaere
   3.2. Untersuchungsdesign ..................................................................................................... 21
       Jens Arnold und Michael Macsenaere
       3.2.1. Quasiexperimentelles Kontrollgruppendesign ................................................... 22
       3.2.2. Optimaler Stichprobenumfang........................................................................... 25
   3.3. Grundlagen der Evaluation ............................................................................................. 26
       Michael Macsenaere und Jens Arnold
       3.3.1. Evaluationsdimensionen .................................................................................... 26
       3.3.2. Grundausrichtung der Evaluation ........................................................................ 27
   3.4. Untersuchungsebenen, (Zeit-)Abläufe der Erhebungen und Matching ............................. 32
       Jens Arnold
   3.5. Inhalte der Evaluationsinstrumente ................................................................................. 40
       Jens Arnold
   3.6. Durchführung der Evaluation .......................................................................................... 47
       Jens Arnold
       3.6.1. Projektablauf und Meilensteine ......................................................................... 47
       3.6.2. Projektorganisation ............................................................................................ 50

4. Ergebnisbesprechung ........................................................................................................ 52
   4.1. Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter ................................................................. 52
       Joachim Klein und Jens Arnold
       4.1.1. Stichprobe aller untersuchten Fälle mit Patientenbegleitung ................................. 52
       4.1.2. Ausgangslagenbeschreibung der Patientenbegleitung ........................................... 55
       4.1.3. Prozessbeschreibung ............................................................................................. 60
       4.1.4. Zwischenfazit: Ausgangslagen und Prozesse ......................................................... 66
       4.1.5. Ergebnisse ............................................................................................................. 68
       4.1.6. Fazit: Ergebnisse .................................................................................................... 79
4.2. Versichertenbefragung ........................................................................................................... 80
   Joachim Klein und Jens Arnold
   4.2.1. Datengrundlage: Rücklaufquoten und „drop-out“ .............................................. 80
   4.2.2. Stichprobenbeschreibung .................................................................................. 81
   4.2.3. Ergebnisse ......................................................................................................... 85
   4.2.4. Qualitatives Feedback der Versicherten ................................................................ 102
   4.2.5. Fazit ................................................................................................................. 103

4.3. Ärzte-/Krankenhaussozialdienstbefragung ....................................................................... 104
   Joachim Klein und Jens Arnold
   4.3.1. Datengrundlage: Rücklaufquoten und „Drop-out“ ............................................ 104
   4.3.2. Prozessbeschreibung ...................................................................................... 105
   4.3.3. Ergebnisse ....................................................................................................... 114
   4.3.4. Qualitatives Feedback der Ärzte zur Patientenbegleitung .................................. 122
   4.3.5. Qualitatives Feedback der Krankenhaussozialdienste zur Patientenbegleitung ................................................................. 123
   4.3.6. Fazit ................................................................................................................. 123

4.4. Kosten, Fallzahlen und Falldauern ............................................................................... 124
   Jens Arnold
   4.4.1. Spezieller methodischer Hintergrund .............................................................. 124
   4.4.2. Stichprobe ....................................................................................................... 127
   4.4.3. Repräsentativität der Datengrundlage ............................................................. 129
   4.4.4. Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen .................................................. 131
   4.4.5. Zeitabhängige Effekte der Patientenbegleitung ............................................... 133
   4.4.6. Differenzierte Betrachtung der Patientenbegleitungseffekte nach neun Monaten ........................................................................................................... 140
   4.4.7. Fazit: Hat die Patientenbegleitung Kosteneffekte?.......................................... 144
   4.4.8. Untersuchungsgruppenspezifische Kostenvergleiche über den gesamten Beobachtungszeitraum ................................................................. 146
   4.4.9. Fazit: Kosteneffekte im gesamten Beobachtungszeitraum und Bewertung des tatsächlichen Kosteneinsparungspotenzials der Patientenbegleitung ……. 152
   4.4.10. Effekte bei Fallzahlen und Falldauern im gesamten Beobachtungszeitraum ….. 154
   4.4.11. Fazit: Fallzahlen und Falldauern im gesamten Beobachtungszeitraum ......... 158

4.5. Zusammenhänge zwischen den einzelnen Untersuchungsebenen ................................ 159
   Jens Arnold
   4.5.1. Ergebnissicht der Patientenbegleiter: Zusammenhänge innerhalb der Untersuchungsebene ........................................................................................................... 159
   4.5.2. Ergebnissicht der Patientenbegleiter: Zusammenhänge mit anderen Sichtweisen/Ebenen ........................................................................................................... 160
   4.5.3. Ergebnissicht der Versicherten/Patienten: Zusammenhänge innerhalb der Untersuchungsebene ............................................................................................. 162
   4.5.4. Ergebnissicht der Versicherten/Patienten: Zusammenhänge mit anderen Sichtweisen/Ebenen ............................................................................................. 162
   4.5.5. Ergebnissicht der Ärzte: Zusammenhänge innerhalb der Untersuchungsebene ........................................................................................................... 164
4.5.6. Ergebnisicht der Ärzte: Zusammenhänge mit anderen Sichtweisen/Ebenen ............................................................................................................165
4.5.7. Leistungsdaten: Zusammenhänge innerhalb der Untersuchungsebene ......165
4.5.8. Zusammenhänge zwischen Kosten, Fallzahlen und Falldauern ..............166

4.6. Ergebnisse der Analyse vertiefender Fragestellungen .............................................169

Jens Arnold

4.6.1. In welchem Zusammenhang steht bei der Patientenbegleitung das Alter der Versicherten zu den Kosten? .................................................................169
4.6.2. Kommt es bei Härtefällen zu unterschiedlichen Ergebnissen? .....................172
4.6.3. Inwieweit sind die Angehörigen der Versicherten in die Patientenbegleitung eingebunden? .................................................................................................173
4.6.5. Wie hoch ist der Ressourcenbedarf von Krebspatienten in den letzten drei Lebensmonaten mit und ohne Patientenbegleitung? .............................177
4.6.6. Hat die Patientenbegleitung größere Effekte bei den teureren Fallverläufen? 178

4.7. Wirkfaktorenanalyse .....................................................................................................180

Jens Arnold

4.7.1. Im Rahmen der Patientenbegleitung die Gesamteffektivität beeinflussende Faktoren ..................................................................................................................181
4.7.2. Im Rahmen der Patientenbegleitung den Defizit- bzw. Problemlagenabbau beeinflussende Faktoren .................................................................182
4.7.3. Im Rahmen der Patientenbegleitung die Ressourcenförderung beeinflussende Faktoren ..................................................................................182
4.7.4. Die Zielerreichung der Patientenbegleitung beeinflussende Faktoren ............183
4.7.5. Zwischenfazit: Was ist für die spezifische Effektivität der Patientenbegleitung wichtig? ..................................................................................183
4.7.6. Unter welchen besonderen Bedingungen sehen auch die Ärzte eine höhere Effektivität durch die Patientenbegleitung? ................................................184
4.7.7. Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit der Ärzte? .........................184
4.7.8. Elementare Voraussetzungen für die Wahrnehmung einer qualitativ besseren Zusammenarbeit durch die Ärzte ..............................................184
4.7.9. Unter welchen speziellen Bedingungen fühlen die Ärzte sich eher entlastet? 185
4.7.10. Zwischenfazit: Was ist im Hinblick auf die Ärzte wichtig? .........................185
4.7.11. Unter welchen besonderen Bedingungen der Patientenbegleitung berichten die Versicherten häufiger von Verbesserungen bzgl. Befürchtungen und Befinden? ..................................................................................................186
4.7.13. Fazit: Was ist im Hinblick auf die Versicherten wichtig? ...............................186

5. Zusammenfassung ......................................................................................................187

Peter Löcherbach und Jens Arnold

5.1. Ergebnisübersicht zu Forschungsfragestellungen und Hypothesen ..................187
5.2. Gesamtfazit .............................................................................................................188
1. **Einführung: Case Management (CM) im Gesundheitssystem**

1.1. **Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand**


*Abbildung 1: Case Management als Fall- und Systemsteuerung*

Die Umsetzung von Fallmanagement stößt in der Praxis vielfach auf Hemmnisse und Grenzen. Im Gesundheitswesen wurden zuerst im Bereich der Rehabilitation und später auch zur Steuerung von Leistungsketten bei Erkrankung Elemente des CM eingeführt. Hierbei zeigte sich, dass eine konsequente Umsetzung der Verfahrensweise zumindest in der Implementierungsphase mit beträchtlichen Investitionskosten (Qualifizierung der Mitarbeiter, Verlagerung...*)

Abbildung 2: „Implementierungsbauwerke“ auf den CM-Handlungssebenen


Abbildung 3: Grundschema der Steuerung im CM nach Wendt 1997

Darüber hinaus wird CM für Frauen mit Brustkrebs im Rahmen des Netzwerkes „mammanetz“ angeboten (www.mammanetz.de) und empirisch untersucht (Thorenz 2006). Die im Rahmen der Studie gewonnen Ergebnisse belegen effektivitätsfördernde Wirkungen so-


Abbildung 4: Beispiel für unsystematische Kommunikationswege ohne CM


Abbildung 5: Patientenbegleitung als Verknüpfungsaufgabe (in Anlehnung an Wendt 1997)

1.2. Patientenbegleitung (PB) der Bosch BKK

Das Dienstleistungsangebot Patientenbegleitung (PB) der Bosch BKK wurde zum Zeitpunkt des Projektstarts bereits in acht Standorten im Bundesgebiet eingesetzt (Stuttgart und Umgebung, Ludwigsburg und Umgebung, Reutlingen, Bamberg, Oberallgäu [Blachach, Immenstadt], Bühl und Umgebung, Homburg/Saar sowie Hildesheim und Umgebung. In anderen Regionen waren die Vertragsgestaltungen zu diesem Zeitpunkt bereits sehr weit fortgeschritten und wurden noch während der Projektlaufzeit umgesetzt.

Im Laufe der Projektlaufzeit der Evaluation der Patientenbegleitung waren insgesamt 16 Patientenbegleiter/-innen für die Bosch BKK tätig. Hinsichtlich ihres beruflichen Qualifikationsprofils weisen die Patientenbegleiter zum Teil diverse Doppelqualifikationen auf. Die Schwerpunkte der beruflichen Ausbildungen liegen in den Bereichen Pflegemanagement, Krankenpflege, Sozialversicherungsfachangestellte und Soziale Arbeit.


Die PB der Bosch BKK basiert auf den theoretischen Grundlagen des CM und verfolgt das Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung von erkrankten Bosch BKK-Versicherten zu maximieren und hierbei zugleich ein optimales Verhältnis von Kosten und Nutzen zu realisieren. Der Fokus der Patientenbegleitung liegt in der optimalen Einzelfallbetreuung der erkrankten Mitglieder sowie der Beteiligung der unmittelbaren Angehörigen. Die Bosch BKK, so die Aussagen im eigenen Leitfaden zur Patientenbegleitung, will „mit dieser Funktion eine

---

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden durchgängig die männliche Form verwendet. Wir bitten um Verständnis.


Aufbau und Arbeitsprinzipien der Bosch BKK Patientenbegleitung

Um den vielfältigen Aufgaben im Rahmen der Einzelfall- und Systemsteuerung im Gesundheitssystem gerecht werden zu können, geht die Bosch BKK strukturell und personell arbeitsteilig vor. Unterschieden wird zwischen Patientenbegleitern (PBG) und Gebietsbevollmächtigten (GBV). Während der Fokus der PB primär auf die Versorgung im Einzelfall ausgerichtet ist, übernehmen die GBV Aufgaben zur Entwicklung und Stärkung des Versorgungsnetzwerkes. Hierbei wird darauf geachtet, dass der Informationsfluss und die Zusammenarbeit dieser beiden Arbeitsbereiche effizient und zuverlässig aufeinander abgestimmt werden.

Die fachliche und personelle Spezialisierung soll dazu beitragen, dass die Qualität und der Umfang des professionellen Hilfe- und Dienstleistungsangebots optimal gesteuert, koordiniert und bei Bedarf auch entsprechend ergänzt werden kann. Um all dies sicherstellen zu können, werden in Lenkungsgruppen des BKK-Vertragsnetzes zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und der Bosch BKK neue Prozesse der Zusammenarbeit entworfen, abgestimmt und auf der Basis von schriftlich fixierten Vereinbarungen und Absprachen umgesetzt.

Nimmt man das Rollenverständnis der PB auf der Basis des CM in den Blick, so ist hervorzuheben, dass dieses situations- und kontextbedingt unterschiedliche Formen annehmen kann und muss. Je nach Bedarf ist die Fallführung edukativ, direktiv, vermittelnd und/oder überwachend ausgeprägt. Der PBG steht grundsätzlich vor der Herausforderung, je nach Aufgabenstellung und Fallkonstellation ein ausgewogenes Verhältnis zwischen persönlicher Nähe und fachlicher Distanz zu wählen. „Die praktischen Anforderungen machen eine moraleiche Verbundenheit mit den Versicherten nicht obsolet, verlangen allerdings Nüchterheit und Klarheit für Sachverhalte und gesetzliche Realitäten im Leistungsgeschehen einer gesetzlichen Krankenkasse ohne auf Spielräume ganz zu verzichten” (Wimmer/Sutterer/Breuer 2007).
Wer wird von den Patientenbegleitern der Bosch BKK betreut?


Im Rahmen der konkreten Fallauswahl wird bei der Bosch BKK zwischen eindeutigen und weniger strukturiert vorgegebenen Kriterien unterschieden. Eindeutige Zugangskriterien werden für die Gruppe der Krankenhausfälle und die Gruppe der über-75jährigen Versicherten definiert. Im Kern können hier folgende Indikationstypen unterschieden werden:

- Krebserkrankungen
- Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzinsuffizienz)
- Muskel-/Skeletterkrankungen
- Sonstige: Schädelhirnverletzungen, Rückenschmerzen, chronische Lungenerkrankungen

Bei Versicherten, die über 75 Jahre alt sind, werden folgende Unterscheidungen vorgenommen:

- Versicherte mit mindestens zwei Krankenhausaufenthalten bei den Diagnosen Herz/Kreislauf, Verdauung, Verletzungen, Muskulatur
- Versicherte mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt bei den Diagnosen Alzheimer, Demenz, Frakturen und Kollaps
- Versicherte mit einem Jahr Behandlungspflege in ambulantem Rahmen
- Versicherte mit häuslicher Krankenpflege über drei Monate

Im Detail werden diese Aufgreifkriterien im Anhang zum Leitfaden zur Patientenbegleitung der Bosch BKK präzise definiert und konkretisiert (vgl. hierzu Wimmer/Sutterer/Breuer 2007). Auf der Basis dieser Selektionsraster lassen sich die Fälle entweder über eine elektronische „Datenbank“ für die Patientenbegleitung mit automatisierten Aufgreifkriterien (z. B. Krankenhausaufenthalt, Alter etc.) identifizieren, oder aber durch Informationen und Anfragen über Versicherte und deren Angehörige, Partner der Krankenkasse (z. B. Ärzte, Krankenhäuser), BKK-Mitarbeiter und/oder Einrichtungen von Bosch.

Um die Bedarfs- und Kundenorientierung in der Entwicklung des CM-Programms Patientenbegleitung zu gewährleisten, werden neben den vertraglich festgelegten Zugangs- bzw. Aufgreifkriterien auch abweichende Charakteristika von den PBG der Bosch BKK akzeptiert, für die typische CM-Aufgaben anfallen können und die das Potenzial haben, die Effizienz in der Schnittstellenüberbrückung des Gesundheitswesens zu erhöhen. Zu den weiteren Diagnosen zählen insbesondere: sämtliche ICD I60.0 bis I69.8, sämtliche ICD I50.0 bis I52.8 und sämtliche ICD C00 bis C97. Nicht selektiert werden die Diagnosen M10.-, M14.9 und M18.-M19.-, weil sich im ersten Jahr der PB hier in den Controlling-Daten keine relevanten Steuerungs-, Qualitäts- und geschätzten Einspareffekte ergaben.

„Extern veranlasste“ Fälle stellen grundsätzlich eine besondere Herausforderung an die PB dar, da hier die eindeutigen Auswahlraster fehlen und die infrage kommenden Fälle ausgesprochen heterogen sind. Trotz allem finden diese Fälle im Interesse der Kundenorientierung eines CM-basierten Versorgungssystems bei der Bosch BKK hinreichende Berücksichtigung.
Die Frage „Wer oder was ist ein Fall“? entscheidet sich also nicht allein anhand von Aufgreifkriterien. Der Frage wohnt neben den fachlichen Aufgreifkriterien eine politische Komponente inne. Eine Fallbegleitung kann sich als sachdienlich oder ratsam erweisen, um Partner – ganz besonders in der Anfangsphase der PB – vom Nutzen und von der Effizienz eines CM zu überzeugen. Partner und BKK-Mitarbeiter können in den regional stattfindenden Lenkungsgruppen der PB neuen Aufgreifkriterien (z. B. Diagnosegruppen) Relevanz beimessen und so die Ausrichtung der PB mitgestalten (Wimmer/Sutterer/Breuer 2007).

Nach Fallabschluss durch den PBG geht die Betreuung prinzipiell wieder an die BKK-Mitarbeiter über. Eine kontinuierliche Kundenbetreuung in allen Fragen der Krankenversicherung ist nicht die Aufgabe des PBG.

**Prozessablauf der Patientenbegleitung der Bosch BKK?**


**Abbildung 6: Fünfphasen-Modell der PB (nach Wimmer/Sutterer/Breuer 2007)**

Die *programmgestützte Fallauswahl* der Bosch BKK basiert, wie bereits erwähnt, auf unterschiedlichen Aufgreifkriterien. Diese können den Programmen der PB zugeordnet werden. Die Programme umfassen folgende Versichertenzielgruppen:

- Patienten, die einen stationären Krankenhausaufenthalt aufweisen, im Programm PB-KH.
- Versicherte, die 75 Jahre und älter sind und gleichzeitig mind. eines der o.g. Charakteristika haben, im Programm PB-Ü-75.
- Versicherte, für die CM aus anderen Gründen, die i.d.R. außerhalb der BKK liegen, angeregt wurden.
- Die letzte Gruppe, im Programm PB-EX (Extern Initierte), ist naturgemäß relativ heterogen. Zu ihr gehören auch Versicherte, die von den PBG oder anderen BKK-Mitarbeitern aufgegriffen werden.

Diese definierten Auswahlkriterien stellen eine Beschreibung für die Auswahl der Klienten dar, die prinzipiell bzw. potentiell für das CM der Bosch BKK infrage kommen. Sie wurden nicht nur vom Anbieter, d. h. der Bosch BKK festgeschrieben, sondern auch vertraglich mit den Vertragspartnern verankert. Die Aufgreifkriterien sind bedarfsorientierten Veränderungen unterworfen und werden laufend weiterentwickelt. Ziel ist, die Aufgreifkriterien so zu präzisie-
ren, dass möglichst viele Fälle erfolgversprechend durch die PBG aufgegriffen werden kön-
nen, um damit die „Trefferquote“ stetig zu steigern.

Im Fokus der **Assessment-Phase** stehen die Sammlung von Informationen, Daten und Ein-
drücken zum Patienten/Versicherten, die Einschätzung der vorhandenen Ressourcen und
Kompetenzen, die Klärung der Hilfeerfordernisse des Patienten/Versicherten und die Erlan-
gung der Akzeptanz des Versicherten, des Umfeldes und der Partner. Konkret werden die
Lebenssituation und der Grad der gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten ana-
lysiert und die sich daraus ergebenden Hilfebedarfe ermittelt. Neben der Sichtung von vor-
handenem Datenmaterial zum Versicherten umfasst das Assessment der Bosch BKK auch
die kommunikationsbasierte Informationsgewinnung.

Die im Assessment gesammelten Daten bilden die notwendige Voraussetzung für die Erstel-
lung eines bedarfsorientierten individuellen Hilfeplanes.

Im Rahmen der **Hilfeplanung** erarbeitet der Patientenbegleiter im Anschluss gemeinsam mit
dem Versicherten einen bedarfsorientierten individuellen Hilfe- oder Unterstützungsplan. Es
werden Ziele formuliert und es wird das weitere Vorgehen abgestimmt. Die Zielformulierung
leitet sich aus den Vorarbeiten und den besprochenen Vorstellungen des Versicherten ab.
Hierbei ist u. a. zu überprüfen, wer was wann wie von wem im Prozess erwartet. Kommt es
zu größeren Differenzen, ist eine Abstimmung und Klärung, z. B. durch eine Hilfekonferenz,
vorzunehmen.

Mit der Operationalisierung der Ziele beginnt die eigentliche Phase des Planens. Es ist zu
erarbeiten, wer was wann wie womit mit wem tun muss, um die formulierten Ziele zu errei-
chen. Hierbei ist es hilfreich, wenn im Vorfeld präzise Erfolgskriterien vereinbart wurden. Die
gemeinsam erarbeiteten Ziele und deren Operationalisierungen werden in einem Arbeitskon-
zept schriftlich festgehalten.

Nach Fertigstellung des Hilfeplans beginnt die Phase der **Durchführung**. Dabei ist wiederum
die Selbstständigkeit der Versicherten anzuerkennen und zu stärken, es sind die persönli-
chen bzw. lebensweltlichen Möglichkeiten und Potenziale zu mobilisieren und zu unterstüt-
zein. Bei Bedarf und auf Wunsch des Patienten sind Angehörige/Freunde für eine Hilfeleis-
tung zu gewinnen. Wenn alle diese lebensweltlichen und auf die Ressourcen des
Versicherten ausgerichteten Möglichkeiten ausgeschöpft sind, werden ihm Fachkräfte ver-
mittelt, die für die Bewältigung bestimmter Probleme notwendig sind. Aufgabe des PBG ist
es auch, das Kooperationsteam zur Umsetzung des Hilfeplans zu bilden und dessen Funkti-
onsfähigkeit sicher zu stellen.

Der PBG übernimmt in dieser Phase des CM folgende Aufgaben:

- Information, z. B. über die Zugänglichkeit bestimmter Angebote
- Senkung von Zugangsschranken (z. B. Verhalten im Gespräch mit dem Arzt)
- Knüpfen von Verbindungen zwischen und mit allen Personen und/oder Diensten, die
am Hilfeplan beteiligt sind
- Organisation und Koordination von Dienstleistungen
- überprüfende Begleitung des Versicherten im Sinne des Hilfeplans
- Überwachung der erbrachten Leistungen in Bezug auf professionelle Hilfen (z. B.
Einsatz ambulanter Pflegedienste)
- Eingreifen, wenn der Plan nicht in der vorgedachten Form umgesetzt wird oder wenn
umgesteuert werden muss
Monitoring: Dieser Aufgabenbereich umfasst die Beobachtung und Überwachung von Prozessen, die im Hilfeplan verankert wurden. Er leitet auch korrigierende und ergänzende Steuerungsmaßnahmen ein.

Reassessment: Es gilt festzustellen, inwieweit und weshalb der Hilfeplan erfolgreich ist, wirkungslos bleibt oder selber neue Probleme generiert hat. Wenn sich der Hilfeplan nicht in der geplanten Form umsetzen lässt, so ist dieser zu korrigieren und an die neuen Erfordernisse anzupassen.

Der PBG verfolgt die Implementierung des Hilfeplans kritisch im Hinblick auf die Frage, wie die Hilfe- und Dienstleistungen erbracht werden und ob die gebotene Hilfe (immer noch) mit den Bedürfnissen des Versicherten im Einklang steht und der Plan damit „greift“.

Zur Beurteilung von Aufgabenerfüllung, Eignung, Qualität der Helfer und Resultat werden u. a. folgende Fragen herangezogen:

- Führen die beteiligten Helfer den Plan inhalts- und vereinbarungsgemäß aus?
- Werden die im Hilfeplan formulierten Ziele tatsächlich entsprechend den Abmachungen und in der vorgegebenen Zeitspanne erreicht?
- Entspricht die Qualität der Dienstleistungen den Kriterien, die an die Arbeit der Ausführenden angelegt werden dürfen?
- Sind während der Umsetzung neue Bedürfnisse entstanden, die eine Anpassung des Plans verlangen?
- Harmonieren die Aktivitäten der Ausführenden im Sinne der Versorgungsbedürfnisse des Versicherten?

Der PBG muss zwischen internen Hindernissen unterscheiden, die mit dem Funktionieren des Ausführungsteams (inkl. Versicherten) in Zusammenhang stehen und externen Hindernissen, die auf gesellschaftliche Bedingungen zurückzuführen sind (z. B. gesetzliche Bestimmungen, Versäumnisse von Wohneigentümern, Verhalten von politischen Organen u. v. m.).


Diese Fragen dienen dem Patientenbegleiter als Basis für Überlegungen, wie künftig solche und ähnliche Problemstellungen bewältigt werden können, wie Lücken zu schließen sind und wie Engpässe vermieden werden können.
2. Forschungsfragestellungen und Hypothesen

In Anlehnung an die vorliegende Konzeption der Patientenbegleitung durch die Bosch BKK besteht das übergeordnete Ziel des Modellvorhabens darin, den Versicherten bzw. Patienten eine „qualitativ hochwertige, kostenstrukturell sinnvolle Ausstattung in einer oft unübersichtlichen und intransparenten Versorgungslandschaft des Gesundheitswesens“ zur Verfügung zu stellen. Aus dieser Prämisse lassen sich unter Berücksichtigung des theoretischen CM-Hintergrunds drei übergeordnete Bereiche von zentralen Fragestellungen ableiten, denen im Rahmen des hier dargelegten Evaluationsvorhabens nachgegangen wurde:


Für die Beurteilung der Qualität der Patientenbegleitung sind unter anderem die subjektiven Wirkungen bei den Dienstleistungsadressaten von großer Bedeutung. Es kann angenommen werden, dass sich diese so genannten „impacts“ sowohl bei den Versicherten als auch bei den Vertragspartnern (bspw. Ärzte- oder Krankenhaus-Vertretern) zeigen:

a) Versicherte, die im Rahmen der Patientenbegleitung betreut werden, weisen sowohl in Bezug auf den Prozess als auch auf das Ergebnis der Versorgung eine höhere Zufriedenheit auf als vergleichbare Versicherte, bei denen keine Patientenbegleitung durchgeführt wurde.


c) Auch Ärzte und Krankenhaussozialdienste innerhalb der vertraglichen Partnerstrukturen, die im Einzelfall unmittelbar für die Behandlung bzw. Betreuung der Versicherten zuständig sind, sind sowohl mit dem Prozess als auch dem Ergebnis der Versorgung im Rahmen einer Patientenbegleitung insgesamt zufriedener als bei vergleichbaren Fällen ohne Patientenbegleitung.

d) Die Partner fühlen sich durch die koordinierende Tätigkeit der Patientenbegleiter spürbar entlastet. Zudem wird eine qualitativ bessere Zusammenarbeit zwischen allen Personen und Stellen wahrgenommen, die an der Behandlung und Betreuung der Patienten beteiligt sind.
In einem weiteren Schritt ist zu prüfen, ob die Patientenbegleitung sich auch auf „härtere“ Effektivitätsindikatoren auswirkt („effects“). Hierzu wurden im Bereich von Fallzahlen und Falldauern folgende Hypothesen aufgestellt:


2. Darüber hinaus lässt sich das Evaluationsvorhaben von der Annahme leiten, dass die Veränderungen auf der Strukturebene (neue Zweigstellen, Kombination der Berufsprofile, Qualifikation der Mitarbeiter, fallgesteuerte Dokumentation, interne und externe Vernetzungsstrukturen) und auf der Prozessebene (Interventionsplanung, Beteiligung der Patienten, Art-Umfang-Qualität der Interventionen) nicht nur zu einer effektiveren Form der Patientenversorgung führen, sondern auch gesundheitliche Aufwendungen in bestimmten Leistungsausgabebereichen entfallen (etwa Vermeidung von stationären Unterbrügungen), wodurch es letztendlich ebenfalls zu einer effizienteren Form der Versorgung kommt.

Auf diesem Hintergrund wurde untersucht, …


− … in welchem absoluten und prozentualen Umfang die jeweiligen Kosten durch die Patientenbegleitung beeinflusst werden.

Nicht Gegenstand der Evaluation im engeren Sinne war eine betriebswirtschaftliche Investitionsrechnung. Folglich wurde nicht untersucht, welche Kosten der Bosch BKK durch die eigens für die Patientenbegleitung neu geschaffenen Strukturen entstehen, etwa in Form von Personal- und Sachkosten, zusätzlichen Ärztevergütungen oder Versichertenboni.

3. Methode

3.1. Selbstverständnis der Evaluation


Ziel- und zweckorientiert heißt auch, dass Evaluation nicht willkürlich durchgeführt werden kann, sondern sich bereits im Vorfeld nach, anhand eines Evaluationsdesigns (siehe Abschnitt 3.2), explizierten Kriterien auszurichten hat, die zu einem systematischen und transparenten Vorgehen führen. Dieses hat den aktuell gültigen Regeln der Kunst, also dem Stand wissenschaftlicher Techniken und Forschungsmethoden zu entsprechen. Dabei müssen sowohl die gewonnenen Daten als auch die daraus gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar wie auch valide bzw. zuverlässig sein. Aus dem Evaluationsdesign leitet sich dann das Erhebungsinstrumentarium ab (s. Abschnitt 3.5), mit dessen Hilfe die Fragestellungen der Evaluation beantwortet werden sollen (s. Abschnitt 2).

Evaluationen vollziehen sich in der Regel empirisch und damit datengestützt. Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurden daher sowohl quantitative als auch qualitative Datenquellen miteinbezogen. Der Schwerpunkt wurde allerdings entsprechend den Anforderungen aus den Fragestellungen auf die quantitativen und ergebnisbezogenen Daten gelegt (s. Abschnitt 3.3.2).


3.2. Untersuchungsdesign


Da die ethischen Implikationen aufgrund der Tatsache, dass auch in diesem Fall die Kontrollgruppenpatienten in jedem Fall zumindest in den Genuss der gängigen „Regelversorgung“ kommen würden, etwas relativiert werden, gab es neben der Prämisse grundsätzlich keinem Versicherten eine potenziell bessere Versorgung zu verweigern auch noch einen weiteren Grund der gegen eine Randomisierung sprach: Wie einleitend dargelegt beschäftigen sich CM-Prozesse nicht nur mit der Steuerung von Einzelfällen, sondern wirken sich auch im institutionellen System, etwa in Form von Netzwerkarbeit sowie Bedarfs- und Ange-

3.2.1. Quasiexperimentelles Kontrollgruppendesign


eine weitere gesetzliche Krankenversicherung als Kooperationspartner gewonnen werden\textsuperscript{2}. Da die Daimler BKK eine sog. Krankenhausberatung anbietet, die in bestimmten Merkmalen Ähnlichkeiten zur Patientenbegleitung der Bosch BKK aufweist, wurden auch hier die betreffenden Regionen aus dem Kontrolldatenpool entfernt, um mögliche Konfundierungen zwischen den Untersuchungsgruppen zu vermeiden.

Ähnlich wie bei experimentellen Designs sollten sich auch bei quasixperimentellen Designs Experimental- und Kontrollgruppe im Idealfall lediglich hinsichtlich der Durchführung des zu evaluierenden Programms, also der Patientenbegleitung, unterscheiden. In allen anderen Dimensionen (etwa Diagnosen, Geschlecht oder Alter) aber sollten sie möglichst miteinander vergleichbar sein. Diese Vorgabe wurde durch das statistische Matching, mit dem sog. statistische Zwillinge gebildet werden, erfüllt. Statistische Zwillinge sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich von ihren statistischen Zwillingsgeschwistern in ausgewählten Merkmalen nicht mehr (signifikant) unterscheiden. In der sozialwissenschaftlichen Praxis ist diese Methode derzeit noch wenig verbreitet. Das liegt aber weniger an der Methode selbst, sondern hauptsächlich daran, dass diese in den gängigen Statistikprogrammen nicht standardmäßig integriert ist. Für die vorliegende Untersuchung konnten aber die notwendigen Programmierungen vorgenommen werden (weitere Informationen zum Statistischen Matching in Abschnitt 3.4).

Da die Ausgangslagen der Patientenbegleitung aufgrund der breit angelegten Fallauswahlkriterien bzw. Bedarfslagen recht heterogen sein können, erschien es sinnvoll, eine Untergruppenbildung vorzunehmen, um differenzierte Aussagen zu verschiedenen für die Patientenbegleitung, in quantitativer und qualitativer Hinsicht, maßgeblichen „Diagnosegruppen“ zu ermöglichen.

Für die Experimental- und Kontrollgruppe wurden die vier nachstehenden Untergruppen gebildet. Dabei handelt es sich um die wesentlichen Zielgruppen der Patientenbegleitung. Bei der Operationalisierung der Gruppen wurde ferner darauf geachtet, dass die zu erwartenden Fallzahlen für die geplanten statistischen Auswertungsmethoden ausreichend sind. Insofern war eine, aus fachlicher Sicht möglicherweise interessante, weitere Binnendifferenzierung der (Diagnose-)Gruppen leider nicht möglich.

- Untergruppe 1 („Ü75“): über-75jährige Versicherte, die aufgrund folgender Merkmale eine Patientenbegleitung in Anspruch nehmen: Eine gravierende, die eigene Mobilität einschränkende Erkrankung mit Krankenhausaufenthalt und/oder Inanspruchnahme eines Pflegedienstes oder der häuslichen Krankenpflege über einen mehr als drei-monatigen Zeitraum und/oder mindestens drei ärztlichen Hausbesuchen pro Quartal und/oder der Notwendigkeit palliativer Versorgung.
- Untergruppe 2 („Herzerkrankungen“): Versicherte, die aufgrund einer Diagnose aus dem Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen (bspw. Herzinfarkt) eine Patientenbegleitung in Anspruch nehmen. Dabei wurden ICD-10-Diagnosen von I20.0 bis I25.9 sowie von I50.0 bis I52.8 berücksichtigt.

\textsuperscript{2} Insgesamt wurden von der Daimler BKK ca. 35 % aller Kontrollgruppenfälle beigesteuert. Diese, in Anbetracht der in etwa vergleichbaren Versichertenzahlen, deutlich unterhalb der zu erwarteten „Zufallsquote“ von 50 % angesiedelte Zahl konnte darauf zurückgeführt werden, dass sich aufgrund des sehr detaillierten Matchingverfahrens die unterschiedlichen Versichertensstrukturen der beiden Kassen bemerkbar gemacht haben: Da sich die Experimentalgruppe allein aus Bosch BKK-Versicherten zusammensetzte, war hier die „Trefferwahrscheinlichkeit“ für einen statistischen Zwilling einfach größer.
Untergruppe 3 („Schlaganfall“): Versicherte, die aufgrund einer Diagnose aus dem Bereich der cerebrovaskulären Erkrankungen eine Patientenbegleitung in Anspruch nehmen. Dabei wurden ICD-10-Diagnosen von I60.0 bis I69.8 berücksichtigt.

Untergruppe 4 („Krebserkrankungen“): Versicherte, die aufgrund einer Diagnose aus dem Bereich der Krebserkrankungen (ICD-10 Diagnosen von C00 bis C97.-) eine Patientenbegleitung in Anspruch nehmen.

In der folgenden Darstellung werden zur besseren Lesbarkeit die vier Untergruppen nur noch mit ihren Labels (Ü75, Herzerkrankungen, Schlaganfall, Krebserkrankungen) adressiert. Dabei ist zu beachten, dass die im Einzelfall zugrundeliegenden Diagnosen entsprechend der hier dargelegten ICD-10-Diagnosen und weiterer Kriterien durchaus immer noch recht heterogen sein können (siehe etwa „Schlaganfall“-Gruppe).

Da ein Versicherter grundsätzlich auch mehrere Patientenbegleitungen durchlaufen kann, war es notwendig zu definieren, was im Rahmen der Evaluation eigentlich unter einem Fall zu verstehen sein sollte. Dabei wurden die Untergruppen als kleinste Einheit für eine eindeutige Fallzuweisung bestimmt. Ansonsten wäre es möglicherweise zu einer schwer interpretierbaren artifiziellen Erhöhung der Stichprobenumfänge gekommen. Mehrmalige Patientenbegleitungen einer Untergruppe wurden demzufolge als ein Fall (mit episodenhaftem Verlauf) gewertet. In diesen insgesamt eher seltenen Fällen wurde das Enddatum der letzten Patientenbegleitung als Stichtag für den Fallabschluss der Patientenbegleitung herangezogen.

Entsprechend den beschriebenen Gruppenbildungen weist das endgültige Evaluationsdesign in Anbetracht der beiden Faktoren Untersuchungsgruppe und Untergruppe eine 2x4-Struktur mit insgesamt acht Zellen auf (siehe Tabelle 1).


3.2.2. Optimaler Stichprobenumfang

Der acht Zellen umfassende zweifaktorielle Untersuchungsplan (2x4-Design) der Evaluation der Patientenbegleitung wird in Tabelle 1 veranschaulicht.

Durch Rückgriff auf für die intendierten Analysemethoden passenden Verteilungstabellen (s. Bortz 2005; Cohen 1988) sowie A-priori-Schätzformeln lässt sich bereits vor Durchführung der Untersuchung ermitteln, wie groß der zugrundeliegende Stichprobenumfang sein muss, damit die postulierten Effekte tatsächlich auch mit einer angemessenen Irrtumswahrscheinlichkeit statistisch abgesichert werden können. Der optimale Stichprobenumfang ist abhängig von der Teststärke (international üblich 80 %), der Effektgröße, dem Signifikanzniveau (Mindestveranschlagung hier α=5 %), dem zu erwartenden Drop-Out (als allgemeiner Puffer wurden ca. 10-20 % vorgesehen) und dem Untersuchungsdesign inklusive der Freiheitsgrade („degrees of freedom“).

Tabelle 1: Optimaler Stichprobenumfang für das Untersuchungsdesign

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Experimental-gruppe (mit PB)</th>
<th>Kontrollgruppe (ohne PB)</th>
<th>Summe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ü75</td>
<td>30 (70)</td>
<td>30 (70)</td>
<td>60 (140)</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzerkrankungen</td>
<td>30 (70)</td>
<td>30 (70)</td>
<td>60 (140)</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlaganfall</td>
<td>30 (70)</td>
<td>30 (70)</td>
<td>60 (140)</td>
</tr>
<tr>
<td>Krebserkrankungen</td>
<td>30 (70)</td>
<td>30 (70)</td>
<td>60 (140)</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td>120 (280)</td>
<td>120 (280)</td>
<td>240 (560)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Unter der Prämisse, dass durch die Evaluation der Patientenbegleitung mindestens im Großen bis mittleren Effektgrößenbereich angesiedelte Wirkungen statistisch abgesichert werden sollten (hierfür veranschlagte Effektgröße ε=0,25), ließ sich rechnerisch eine minimal empfehlenswerte Zellbesetzung von jeweils n=30 bestimmen. Daraus ergibt sich ein notwendiger Gesamtstichprobenumfang von n=240 (bzw. jeweils 120 Fälle für Experimental- und Kontrollgruppe).

Da aber im vorliegenden Untersuchungskontext durchaus auch noch deutlich kleinere bis schwächere Einflüsse auftreten können und demzufolge ebenfalls statistisch abgesichert werden mussten, wurde eine zweite Kalkulation mit Effektgrößen von ε=0,15 durchgeführt. Hier beträgt die optimale Zellbesetzung für jede Zelle dann n=70 (Gesamtstichprobenumfang n=560, bzw. jeweils n=240 für Experimental- und Kontrollgruppe). Die jeweiligen Zellbesetzungen sind in Tabelle 1 in Klammern ausgewiesen. Im Sinne einer größtmöglichen Optimierung der Aussagekraft der Evaluationsresultate, wurde im Zuge der Projektumsetzung eben dieser Stichprobenumfang angestrebt. Wie die Ergebnisse schließlich zeigen (siehe Abschnitt 4.1.1), wurde in der Gesamtbetrachtung diese Zielmarke sogar noch deutlich überschritten. Dies mag aus studienökonomischer Sicht zwar kritisch erscheinen, da eine höhere Fallzahl immer auch mit einem höheren Erhebungs- und Controllingaufwand verbunden ist, im Detail erwies sich dieser Umstand in der Nachbetrachtung jedoch als überaus vorteilhaft: So konnten auch bei Untersuchungsebenen mit vergleichsweise geringen Fallzahlen (etwa aufgrund der Rücklaufquoten einzelner Fragebögen) sowie bei spezifischen Subgruppenanalysen geringere Effekte abgesichert werden als ursprünglich vorgesehen.
3.3. Grundlagen der Evaluation

3.3.1. Evaluationsdimensionen


Im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung wurde zunächst die Zielsetzung verfolgt, möglichst facettenreich alle drei Qualitätsdimensionen, also sowohl Struktur-, Prozess wie auch Ergebnisqualität in die Datenerhebung einzubeziehen. Auf der Strukturebene ist dies leider aufgrund der sich im Evaluationsverlauf herauskristallisierenden starken Überlagerungsprozesse durch Veränderungen der infrastrukturellen Rahmenbedingungen infolge der Gesundheitsreform 2007 nicht gelungen (siehe Abschnitt 3.4).

3.3.2. Grundausrichtung der Evaluation


Fokus auf Ergebnisqualität

Zu Beginn sollte klar definiert werden, welche Qualitätsdimensionen im Vordergrund stehen: Wenn wie im Rahmen der summativ ausgerichteten Evaluation der Patientenbegleitung die Auswirkung dieses Angebots auf die Qualität der Versorgung untersucht werden soll, ist es notwendig, den Fokus auf die Ergebnisqualität zu legen. Begleitend sollen aber auch die Strukturen und Prozesse betrachtet werden, die für die Ergebnisse verantwortlich sind. Damit werden grundsätzlich nicht nur Aussagen über die Effekte, sondern auch über die dafür maßgeblichen Einfluss- bzw. Wirkfaktoren möglich.

Erfassung von intendierten Wirkungen und „Nebenwirkungen“

Auf den ersten Blick scheint es völlig ausreichend zu sein, allein die fachlich beabsichtigten, also intendierten Wirkungen zu erfassen, die sich in den Erreichungsgraden der im Zuge der CM-Hilfeplanung gemeinsam mit den Klienten aufgestellten Ziele bemessen lassen. Dennoch greift eine solche Untersuchungsplanung viel zu kurz, da jede Patientenbegleitung nicht nur beabsichtigte Wirkungen erzielen kann, sondern potenziell auch viele Nebenwirkungen, die erheblichen Einfluss auf den Erfolg oder Misserfolg der Leistung haben. Eine auf die intendierten Wirkungen beschränkte Evaluation kann beispielsweise zu dem Schluss kommen, dass eine Patientenbegleitung höchst erfolgreich war, da sämtliche wesentlichen Ziele der Patientenbegleitung, etwa die Verbesserung von Wohnsituation und Alltagsmanagement, in höchstem Maße erreicht wurden. Falls auch die nicht intendierten Wirkungen untersucht worden wären, hätte sich in diesem Beispiel womöglich ein differenziertes Bild ergeben: Der über 75jährige Patient mit Diabetes hält sich nach seinem kurzen Krankenhausaufenthalt wegen Herzbeschwerden und der daran anschließenden Intervention des Patientenbegleiters plötzlich nicht mehr an seinen Diätplan und erhöht so das Risiko für das zukünftige Auftreten von schwerwiegenden Gefäßerkranzungen.
Ferner sind Zielerreichungsgrade auch für sich betrachtet zumeist nur wenig reliabel, da sie in hohem Maße von der Zieldefinition abhängig sind. So können bereits minimale Änderungen in der Formulierung des Ziels zu erheblichen Abweichungen bei den Zielerreichungsgraden führen (bei einer objektiv gleichen Veränderung).

**Standardisiertes Assessment zu mehreren Zeitpunkten mit quantitativen Datenfokus**

Um sowohl intendierte wie nicht intendierte Wirkungen zuverlässig abbilden zu können, ist eine umfassend standardisierte Dokumentationstechnik notwendig, die auf valide Weise die Problemlagen (Defizite) und Ressourcen beim Hilfeadressaten erfassen kann. Durch den Vergleich von mehreren Zeitpunkten können so Veränderungen (Verbesserungen oder Verschlechterungen) sichtbar gemacht werden. Im Sinne der CM-Einzelfallsteuerung können die so gewonnenen Informationen sowohl für das Monitoring als auch für die Fallevaluation genutzt werden. Eine angemessene Visualisierung oder gar statistische Auswertung kann allerdings nur dann gelingen, wenn es grundsätzlich erlaubt ist, den Beobachtungen Zahlenwerte zuzuweisen. Das Dokumentationsinstrument sollte diese Anforderung erfüllen. Daher wurde der Schwerpunkt der vorliegenden Evaluation auf quantitative Daten hin ausgerichtet. Ergänzend wurden allerdings auch qualitative Daten erfasst.

**Bezugnahme auf Wirkfaktoren**


**Prospektives Längsschnittdesign**


**Einzelfallbezogene Erhebung**

Da es um die Evaluation einer konkreten Programmwicklung bei bestimmten Personengruppen geht, sollten die Wirkungen der Patientenbegleitung auf der Einzelfallebene erfasst werden. Es reicht bspw. nicht aus, nur jeden Patientenbegleiter um eine einzelne, über alle von ihm betreuten Versicherten aggregierte, Globaleinschätzung der beobachteten PB-Effekte zu bitten. Ein solches Urteil wäre zu stark vergröbert. Zudem besteht eine hohe Wahrschein-

**Beachtung allgemeingültiger Standards**


**Berücksichtigung der Sichtweisen der wesentlichen Verfahrensbeteiligten**


**Differenzierte Analyse unterschiedlicher Wirkungsdimensionen**


- „Effect“: die direkt ersichtliche und objektiv messbare (Aus-)Wirkung der Hilfe, z. B. das Erreichen der im Hilfeplan festgelegten Zielsetzung
- „Outcome“: die mittelbare Wirkung auf die Gesellschaft und/oder Umwelt, z. B. volkswirtschaftliche Effekte

**Veranschaulichung der Ergebnisse anhand von Indexskalen**

Damit die Ergebnisse einer so weit verzweigten Untersuchung wie der Evaluation der Patientenbegleitung im Endeffekt noch nachvollziehbar sind, ist es erforderlich sie verständlich aufzubereiten. Hierbei ist es unabdingbar, dass die Komplexität der Materie um ein gewisses sinnvolles Maß reduziert wird. Inhaltlich kohärente Aspekte können zusammengefasst werden. Daher wurden sog. Indices gebildet, mit denen die erreichten Veränderungen bzw. Hil-

Abbildung 8: Bestimmung der Effekte anhand von Indices

Die wichtigsten Indexberechnungen im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung sind im Folgenden zusammengefasst:


- **Ressourcenindex**: Es handelt sich um eine Maßzahl für die Ressourcen bzw. „Schutzfaktoren“. Diese setzt sich aus 14 analog zum Defizitindex konstruierten Einzelressourcenskalen sowie einer Globalbeurteilung der Ressourcen zusammen und kann ebenfalls Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Je höher die Werte auf dem Ressourcenindex
ausfallen, desto positiver sind die Ressourcen ausgeprägt. Bei einem Wert von 0 wird kein Unterstützungsbedarf gesehen. Ein Wert von 50 beschreibt mittlere Ressourcenausprägungen

- **Zielerreichungsindex**: Diese Maßzahl veranschaulicht den durchschnittlichen Grad der Zielerreichung der im Hilfeplan vereinbarten Zielsetzungen. Hierbei wird auf max. fünf entsprechend ihrer Priorität hierarchisierte zentrale (Handlungs-)Ziele Bezug genommen. Dem Zielerreichungsindex liegt die in Tabelle 2 zu ersehende Skalenwertzuordnung zugrunde.

  Tabelle 2: Skalenwerte des Zielerreichungsindex

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zielerreichungsgrad, beispielhaft</th>
<th>Skalenwert Zielerreichungsindex</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ziel übertroffen</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>völlig erreicht</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>weitgehend erreicht</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel erreicht</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>etwas erreicht</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>nicht erreicht</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Verschlechterung</td>
<td>-25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **Effektindex**: Maßzahl zur Veranschaulichung der Gesamteffektivität, in die, entsprechend der in Abbildung 8 dargestellten Gewichtung, der Zielerreichungsindex sowie die im Rahmen der Patientenbegleitung erzielten Veränderungen von Defizit- und Ressourcenindex eingerechnet werden. Werte im positiven Bereich (bis ca. +50) kennzeichnen die Erfolge (Verbesserungen des Ausgangszustands), Werte im negativen Bereich (bis ca. -50) die Misserfolge (Verschlechterungen des Ausgangszustands). Ein Wert von Null steht für die Aufrechterhaltung des Status quo (keine Änderung).

Indices wurden nicht nur im Zuge der Auswertung der Dokumentationsfragebögen der Patientenbegleiter eingesetzt, sondern ebenfalls auf allen weiteren Untersuchungsebenen. Dabei wurden unter anderem auch noch weitere „Sekundärindices“ gebildet, wie etwa ein Zufriedenheitsindex oder ein Kooperationsindex, auf die aber erst an den betreffenden Stellen der Ergebnisbeschreibung näher eingegangen wird.
3.4. Untersuchungsebenen, (Zeit-)Abläufe der Erhebungen und Matching


Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter

Im Zuge der für die Patientenbegleiter entwickelten Dokumentationsbögen wurden neben zentralen Prozessmerkmalen auf der Ergebnisseite die „effects“ der Patientenbegleitung erfasst. Letztere wurden durch ein am CM orientiertes standardisiertes Assessment mit einem Aufnahmebogen zu Beginn (t1) und einem Abschlussbogen am Ende der Patientenbegleitung (t2) erhoben (siehe Abbildung 9).


Ein Kontrollgruppenvergleich war auf dieser Untersuchungsebene deswegen nicht durchführbar, weil es in der Kontrollgruppe naturgemäß kein erhebungstechnisches Pendant zu den Patientenbegleitern gibt. Die Verwirklichung einer Kontrollbefragung auf „Sachbearbeiter“-Ebene wurde zwar in der Planungs- und Entwicklungsphase der Evaluation kurz diskutiert, dann aber aus inhaltlichen Gründen schnell wieder verworfen: Da die Durchführung eines Assessments ein genuiner Bestandteil der CM-Fallsteuerung im Rahmen der Patientenbegleitung ist, hätte für die Sachbearbeiter eine entsprechende CM-Schulung stattfinden müssen, um überhaupt erst die Voraussetzung zu schaffen, eine zur Experimentalgruppe analoge Erhebung zu bewerkstelligen. Es ist unmittelbar einsichtig, dass durch einen solchen Transfer von CM-Prozessstandards in die Kontrollgruppe sich die Frage nach der Wirkung der Patientenbegleitung hätte nicht mehr eindeutig beantworten lassen.

30.11.2008 mit einem Abschlussbogen beendet werden, mit dem dann zumindest der Verlauf der Patientenbegleitung bis zu diesem Zeitpunkt dokumentiert werden konnte. Von dieser Regelung waren aber nur 21 der insgesamt 532 dokumentierten Fallverläufe betroffen (ca. 4 %). Tatsächlich gab es damit in der Endbetrachtung keinen einzigen aufgenommenen Fall, für den nicht auch ein Abschlussbogen vorgelegen hätte.

Abbildung 9: Zeitablauf der Erhebungen in der Experimentalgruppe (EG)

Abbildung 10: Zeitablauf der Erhebungen in der Kontrollgruppe (KG)

Die mit der Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter erfassten Fälle umreißen für die Experimentalgruppe das absolute Maximum der Fälle, die im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung untersucht werden konnten. Alle anderen Untersuchungsebenen können einem Drop-out unterliegen (etwa in Form von nicht beantworteten Befragungen). Da für jeden Experimentalgruppenfall durch das statistische Matching genau ein Kontrollgruppenfall ausgewählt wird, steht somit ebenfalls die obere Grenze des Gesamtstichprobenumfangs fest.

Versichertenbefragung

Die Versichertenbefragung bildet in Form einer einmaligen Befragung zum Ende der Patientenbegleitung Prozesse und Ergebnisse („impacts“) aus der unmittelbaren Sicht der Patienten ab (s. Abbildung 9 und Abbildung 10). Hierbei wurden entsprechend den Designvorgaben sowohl die Versicherten aus der Experimental- als auch der Kontrollgruppe angeschrieben und um die Bearbeitung eines vier- bzw. dreiseitigen Fragebogens gebeten. Von dem Anschreiben wurde nur abgesehen, wenn dabei im Vorfeld bekannt wurde, dass die bzw. der betreffende Versicherte zwischenzeitlich verstorben war oder wenn bei einer mehrfachen Patientenbegleitung bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Befragung durchgeführt wurde. Da die Rücklaufquoten bei kurz aufeinander folgenden mehrmaligen Befragungen dieser Art erfahrungsgemäß stark abfallen und zudem die Versicherten nicht überfordert werden sollten, wurde die Befragung auf einen singulären Zeitpunkt zum Ende der Patientenbegleitung begrenzt.

Zu jedem von dem Patientenbegleitern mit einem Aufnahmebogen angelegten Evaluationsfall wurde mit Hilfe eines aufwendigen statistischen Matchingverfahrens auf der Basis quadratischer euklidischer Distanzen (s. Bacher 2002) ein vergleichbarer Kontrollgruppenfall mit insgesamt sehr hoher Übereinstimmung ermittelt (s. Ergebnisse in Abschnitt 4.4.4). Ein statistisches Verfahren kann nur in den zentralen Merkmalen zumeist keine hundertprozentige Übereinstimmung gewährleisten. Es können allerdings besonders zentrale Merkmale definiert werden, hinsichtlich derer keine Abweichung zugelassen werden. Im Falle der vorliegenden Evaluation war dies einerseits für die in Abschnitt 3.2.1 beschriebenen Diagnosekriterienbereiche obligat, die für die Zuordnung der Fälle zu den Untergruppen der Evaluation maßgeblich sind. Darüber hinaus wurde innerhalb dieser Untergruppen noch ein identisches Geschlecht für den statistischen Zwillingspartner gefordert. Die zahlreichen weiteren Merkmale, die in das Mat-
chningverfahren eingeflossen sind, wurden nach statistischen Ähnlichkeitskriterien optimiert, konnten aber prinzipiell in Bezug auf die Zwillingspaare mehr oder weniger stark voneinander abweichen. Dies betrifft folgende Merkmale:

- „Grunddaten“ wie Alter, mitversicherte Familienangehörige, Familienstand, Härtefallregelung u.v.m.
- Krankenhausaufenthalte in einem Referenzzeitraum vom 01.01.2004 bis zum Beginn der Patientenbegleitung (sog. „Matchingzeitraum“) hinsichtlich Anzahl, Dauer und Kosten
- sonstige im Matchingzeitraum beanspruchte Leistungen, die von den beteiligten Krankenkassen einzelfallbezogen abrufbar waren (Hilfsmittel, Arzneimittel, häusliche Krankenpflege, ambulante Kuren, u.v.m.)
- Krankengeld- und Arbeitsunfähigkeitszeiten im Matchingzeitraum
- Pflegestufe und Pflegeleistungen im Matchingzeitraum


Ärzte-/Krankenhaussozialdienstbefragung

Zeitlich angekoppelt an die Versichertenbefragung wurden am Ende der Patientenbegleitung ebenfalls die (Vertrags-)Partner der Patientenbegleitung, also Ärzte und Krankenhaussozialdienste, zu den einzelfallbezogenen Prozessen und Ergebnissen („impacts“) bei den Versicherten befragt (s. Abbildung 9). Die Befragungen erfolgten wie bei den Evaluationsbögen der Patientenbegleiter nur in der Experimentalgruppe. Es handelt sich also ebenfalls um Ein-Gruppen-Pläne. Die Befragungen wurden nur dann durchgeführt, wenn ein (Haus-)Arzt oder Krankenhaussozialdienst tatsächlich auch in die Patientenbegleitung involviert war. Dies wird entsprechend der Konzeption der Patientenbegleitung der Bosch BKK von Fall zu Fall ent-
schieden und wurde im Rahmen der Evaluationsstudie durch entsprechende Angaben des Patientenbegleiters im Aufnahmebogen ermittelt. Im Ergebnis waren bei ca. 55 % der Patientenbegleitungen Ärzte beteiligt, Krankenhaussozialdienste bei 20 % (weitergehende Informationen siehe Abschnitt 4.3). Dieser Umstand muss selbstverständlich bei der Bewertung der Fallzahlen und Rücklaufquoten berücksichtigt werden.


Kosten, Fallzahlen und Falldauern


![Abbildung 11: Datenselektionsschema](image-url)
Damit Leistungsdaten überhaupt für die Evaluation infrage kommen, müssen sie eine intraindividuelle Varianz aufweisen, die tatsächlich durch eine Maßnahme wie die Patientenbegeleitung beeinflussbar ist. Dies gilt etwa nicht für Leistungen, die über Kopfpauschalen oder Ähnliches abgerechnet werden. Des Weiteren sollten die Leistungen in detaillierter einzelfallbezogener Form abrufbar und möglichst zeitnah verfügbar sein. Nach eingehender Prüfung durch die Bosch BKK wurde festgestellt, dass diese Kriterien, entsprechend des im Zeitraum der Entwicklung des Untersuchungsdesigns gültigen Abrechnungssystems, bspw. von folgenden Kostenarten nicht erfüllt wurden:

- Arzt- und Zahnarztkosten, Kosten für Zahnersatz, Früherkennungsmaßnahmen/Modellvorhaben, Empfängnisverhütung, Sterilisation oder Soziale Dienst bzw. Prävention

Folgende Leistungsarten bzw. -bereiche eignen sich dahingegen für die Evaluation:


Abbildung 12: Datenfluss

fragen lediglich ein Austausch hinsichtlich der Programmierung der Filterdefinitionen für die Datenbankabfrage.

Die anhand des Datenbankabrufs zunächst einzeln aufgelisteten Leistungsdatensätze wurden grundsätzlich zwei Zeiträumen zugeordnet und dort nach Anzahl, Dauer und Kosten zusammengefasst:

- Für das statistische Matching wurde der bereits oben erwähnte Matchingzeitraum eingeführt, anhand dessen sich im Einzelfall die Leistungen im Vorfeld der Patientenbegleitung und damit deren Ausgangslagen näher beschreiben lassen. Dabei handelt es sich um die Zeitspanne zwischen dem (arbiträr definierten) Stichtag 01.01.2004 und dem Beginn der Patientenbegleitung (Zeitpunkt t1).


- Um eine Vergleichbarkeit von Experimental- und Kontrollgruppe gewährleisten zu können, wurden die Stichtage für Matching- und Nacherhebungszeitraum analog dem statistischen Zwilling in der Experimentalgruppe gesetzt (s. Abbildung 10).

**Struktur- und Netzwerkbefragung**

**Plausibilitätsprüfungen**

Die Daten aus allen Befragungsebenen wurden im Rahmen eines mehrstufigen, hypothesen geleiteten Prüfungsprozesses auf ihre logische Stimmigkeit bzw. Plausibilität hin untersucht, um Eingabe- und Datenbankfehler weitestgehend ausschließen zu können.


3.5. Inhalte der Evaluationsinstrumente

Im Folgenden werden die Grundzüge der im Zuge der Evaluation der Patientenbegleitung entwickelten Evaluationsinstrumente dargestellt. Die genauen Inhalte sowie die zugehörigen Glossare können dem Anhang entnommen werden.

Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter – Aufnahmebogen

In der Ausgangserhebung zum Zeitpunkt t1 wurden in der Experimentalgruppe folgende Aspekte in 33 Items erfasst:

- **Basisdaten**
  - Schlüsselvariablen zur Fallidentifikation, u. a. Geburtsdatum, Geschlecht
  - Datum Anlass und Beginn der Patientenbegleitung
  - Erhebungsdatum

- **Fallauswahl**
  - Kriterium zu Einleitung der Patientenbegleitung (PB)
  - zusätzliches Aufgreifkriterium bei Alter über 75 Jahre
  - für die Patientenbegleitung relevante Komorbiditäten
  - Episodenhaftigkeit der Erkrankung und Folgefall
  - Hauptinitiator der PB
  - Staatsangehörigkeit
  - Intensität der PB (hoch vs. niedrig intensiver Fall)

- **Assessment**
  - Familienstand
  - Verständigungsfähigkeit
  - Anzahl der Kinder
  - Erwerbstätigkeit und überwiegender Lebensunterhalt
  - Primäre Betreuungsperson
  - Betreuender Arzt und Krankenhaussozialdienst
  - Bedarfsfeststellung: wer und was wurden einbezogen?
  - Wohnsituation
  - Aktuelle Problemlagen (14 Einzelskalen bzgl. Person, Familie/Umfeld, Materielles System und Versorgungssystem)
  - Globalbeurteilung des Schweregrades der Problemlagen
  - Aktuelle, nutzbare Ressourcen (14 Einzelskalen bzgl. Person, Familie/Umfeld, Materielles System und Versorgungssystem)
  - Globalbeurteilung der Ressourcen

- **Zielvereinbarung und Serviceplanung**
  - max. 5 konkrete Handlungsziele der PB mit Codierung
  - Prognose zum Zielerreichungsgrad
  - Maßnahmenvorschlag durch den Patientenbegleiter
  - Art der Umsetzung von Zielvereinbarung und Serviceplanung (eher direktiv seitens des Patientenbegleiters oder eher an den Wünschen des Versicherten orientiert)
Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter – Abschlussbogen

In der Abschlusserhebung zum Zeitpunkt t2 wurden in der Experimentalgruppe folgende Aspekte in 24 Items erfasst:

- **Basisdaten**
  - Schlüsselvariablen zur Fallidentifikation, u. a. Geburtsdatum, Geschlecht, Folgefall
  - Datum Beginn und Beendigung der Patientenbegleitung
  - Erhebungsdatum

- **Prozessbeschreibung und Leistungserbringung**
  - Art und Anzahl der Versichertenkontakte
  - Art, Anzahl und Umfang der durchgeführten fallbezogenen internen Abstimmungsprozesse (z. B. Fallkonferenz)
  - Art und Umfang der durchgeführten Maßnahmen
  - Abweichung der durchgeführten Maßnahmen von Serviceplan im Aufnahmebogen (falls ja werden auch die Gründe erfasst)
  - Kooperation mit dem Versicherten (4 Skalen)
  - Kooperation mit Umfeld/Vertragspartnern (5 Skalen)

- **Erfolgskontrolle**
  - Ablauf und Wirkung der PB aus Sicht des Patientenbegleiters
  - Aktuelle Problemlagen (14 Einzelskalen bzgl. Person, Familie/Umfeld, Materielles System und Versorgungssystem)
  - Globalbeurteilung des Schweregrades der Problemlagen
  - Aktuelle nutzbare Ressourcen (14 Einzelskalen bzgl. Person, Familie/Umfeld, Materielles System und Versorgungssystem)
  - Globalbeurteilung der Ressourcen
  - Aktuelle Zielerreichungsgrade

- **Fallabschluss**
  - Art der Beendigung der PB
  - Abschlussgespräch bzw. -kontakt
  - Prognose zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung
  - Prognose zum Auftreten eines weiteren Krankenhausaufenthalts

**Versichertenbefragung**

Im Rahmen der zum Zeitpunkt t2 sowohl in der Experimentalgruppe (EG) mit 26 Items als auch in der Kontrollgruppe (KG) mit 24 Items eingesetzten Versichertenbefragung wurden nachstehende Merkmale erfasst. Die Fragen in der Kontrollgruppe wurden dabei inhaltlich an die Experimentalgruppenbefragung angelehnt und „parallelisiert“, mussten allerdings formulierungstechnisch vom Bezug zur Patientenbegleitung abstrahiert werden (vgl. Anlage).

- **Basisangaben zur Person**
  - Alter, Geschlecht
  - Alleine oder in Gemeinschaft lebend
Angaben zum Ablauf der PB bzw. der Betreuung durch die Krankenkasse
- Wie wurde man auf das Angebot der Patientenbegleitung aufmerksam? (nur EG)
- Ort, Art, Wahrnehmung und Atmosphäre der Kontakte (in der KG wurde noch ergänzend gefragt, ob überhaupt ein Kontakt zur Kasse bestand und wer diesen initiiert hat)
- Erreichbarkeit des Ansprechpartners
- Wie stark wurde auf eigene Anliegen bzw. Wünsche eingegangen?
- Beratungsthemen
- Einschätzung bzgl. der Reibungslosigkeit der Übergänge zwischen den medizinischen Behandlungen
- Faktoren, die als die stärkste Unterstützung wahrgenommen wurden
- Zufriedenheit mit Beratungskompetenz, Vertrauensverhältnis, Einfühlungsvermögen und Ablauf

Vergleich des aktuellen Gesundheitszustands mit dem Zustand vor der Patientenbegleitung bzw. beim letzten Krankenhausaufenthalt
- allgemeines gesundheitliches Befinden
- körperliche Verfassung
- seelisches Wohlbefinden
- Änderung von Befürchtungen und Ängsten (6 Einzelskalen)

Sonstige allgemeine Einschätzungen
- Zufriedenheit mit der Krankenkasse
- Sonstige freie Mitteilungen
- Hat jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?

Ärztebefragung
Die Ärztebefragung wurde zum Zeitpunkt t2 in der Experimentalgruppe eingesetzt und umfasst insgesamt 18 Items:

Basiseinschätzungen
- War die Patientenbegleitung aus Sicht des Arztes indiziert?

Angaben zum Ablauf der PB bzw. der Betreuung durch die Krankenkasse
- Kam es zu einem unmittelbaren Kontakt mit dem Patientenbegleiter?
- Art, Wahrnehmung und Atmosphäre der Kontakte
- Wie stark wurde auf eigene fachliche Anliegen, Wünsche und Ratschläge eingegangen?
- Entlastung durch die Tätigkeit des Patientenbegleiters
- Einschätzung bzgl. der Reibungslosigkeit der Übergänge zwischen den medizinischen Behandlungen
- Faktoren, die als die größten Vorteile der Patientenbegleitung wahrgenommen wurden
- Zufriedenheit mit Kompetenz, Kooperation und Ablauf
- Kam es zu einer qualitativ besseren Zusammenarbeit mit allen an der Behandlung bzw. Betreuung des Patienten beteiligten Personen und/oder Institutionen als bei vergleichbaren Patienten ohne Patientenbegleitung?
• Vergleich der aktuellen Situation des Patienten mit dem Zustand vor der Patientenbegleitung
  − allgemeiner Gesundheitszustand
  − Prognose zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung
  − körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität
  − Pflege-/Betreuungsbedarf
  − Fähigkeit, gewohnten Aktivitäten nachgehen zu können
  − Gesundheitsverhalten
  − psychische Stabilität und seelisches Wohlbefinden
  − soziale Kontakte und Partnerschaft
  − Fähigkeit, Bedürfnisse ggü. Ärzten und anderen Fachleuten angemessen deutlich machen zu können
  − Informiertheit über die für die Gesundheitssituation richtigen Angebote
  − tatsächliche Nutzung vorhandener Gesundheitsangebote

• Sonstige allgemeine Einschätzungen
  − Zufriedenheit mit der Bosch BKK
  − Beurteilung des Angebots der Patientenbegleitung
  − Verbesserungsmöglichkeiten für die Patientenbegleitung
  − Sonstige freie Mitteilungen

Befragung der Krankenhaussozialdienste

Die inhaltlich stark an die Ärztebefragung angelehnte Befragung der Krankenhaussozialdienste wurde zum Zeitpunkt t2 in der Experimentalgruppe eingesetzt und umfasst insgesamt 19 Items:

• Basiseinschätzungen
  − War die Patientenbegleitung aus Sicht des Krankenhaussozialdienstes notwendig?

• Angaben zum Ablauf der PB bzw. der Betreuung durch die Krankenkasse
  − Kam es zu einem unmittelbaren Kontakt mit dem Patientenbegleiter?
  − Art, Wahrnehmung und Atmosphäre der Kontakte
  − Wie stark wurde auf eigene fachliche Anliegen, Wünsche und Ratschläge eingegangen?
  − Entlastung durch die Tätigkeit des Patientenbegleiters
  − Einschätzung bzgl. der Reibungslosigkeit der Übergänge zwischen den medizinischen Behandlungen
  − Faktoren, die als die größten Vorteile der Patientenbegleitung wahrgenommen wurden
  − Zufriedenheit mit Kompetenz, Kooperation und Ablauf
  − Kam es zu einer qualitativ besseren Zusammenarbeit mit allen an der Betreuung des Patienten beteiligten Personen und/oder Institutionen als bei vergleichbaren Patienten ohne Patientenbegleitung?

• Vergleich der aktuellen Situation des Patienten mit dem Zustand vor der Patientenbegleitung
  − allgemeiner Gesundheitszustand
Prognose zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung
körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität
Pflege-/Betreuungsbedarf
Fähigkeit, gewohnten Aktivitäten nachgehen zu können
Gesundheitsverhalten
psychische Stabilität und seelisches Wohlbefinden
soziale Kontakte und Partnerschaft
Fähigkeit, Bedürfnisse ggü. Ärzten und anderen Fachleuten angemessen deutlich machen zu können
Informiertheit über die für die Gesundheitssituation richtigen Angebote
tatsächliche Nutzung vorhandener Gesundheitsangebote

Sonstige allgemeine Einschätzungen
- auf wessen Initiative wurde der Krankenhaussozialdienst eingeschaltet
- Zufriedenheit mit der Bosch BKK
- Beurteilung des Angebots der Patientenbegleitung
- Verbesserungsmöglichkeiten für die Patientenbegleitung
- Sonstige freie Mitteilungen

Kosten, Fallzahlen und Falldauern

Strukturbefragung der Gebietsbevollmächtigten
Der Strukturbogen der Gebietsbevollmächtigten, der im Zuge der Evaluation nicht eingesetzt werden konnte, beinhaltet 18 Items, die folgende Themenbereiche beschreiben:

- Allgemeine Angaben
  - Regionalcode
  - Ausbildungs-/Berufsabschluss
  - Berufserfahrung im Gesundheitswesen bzw. Krankenkassenbereich
  - Dauer der Tätigkeit als Gebietsbevollmächtigter
  - Seit wann besteht in der betreffenden Region das Angebot einer vertraglichen Kooperation im Rahmen des Angebots der Patientenbegleitung?

- Fragen zu den Lenkungsgruppen-Sitzungen bzw. Ärzteversammlungen
  - Einladungen, Teilnehmer und Absagen
  - Einbezug von Informationen der Patientenbegleiter aus der einzelfallbezogenen Arbeit
- Einschätzung des Interesses der Vertragspartner bzgl. verschiedener Zielbereiche der Lenkungsgruppensitzungen

- Fragen zur Wirksamkeit der fallübergreifenden Kooperation mit den verschiedenen Netzwerkpartnern
  - Wirksamkeit der fallübergreifenden Kooperation mit den aktuellen Netzwerkpartnern für die einzelfallbezogene Versorgung in der Region
  - Bedeutung einer vertraglichen Bindung für die Kooperation mit den verschiedenen Netzwerkpartnern
  - Faktoren, die die Wirksamkeit der Netzwerkarbeit auf die regionale Versorgungsqualität unterstützen

- Allgemeine Fragen zu strukturellen Merkmalen
  - Beurteilung der internen Zusammenarbeit mit den Patientenbegleitern der jeweiligen Region
  - Beurteilung verschiedener Struktur- und Prozessmerkmale des persönlichen Arbeitsumfelds
  - Persönlicher Fortbildungsbedarf im Zusammenhang mit der Netzwerkarbeit im Rahmen der Patientenbegleitung
  - Sonstige freie Mitteilungen

**Strukturbefragung der Ärzte-/Krankenhausvertreter**

Der Ärzte-/Krankenhausvertreter-Strukturbogen, der im Zuge der Evaluation ebenfalls nicht zum Einsatz kam, beinhaltet 10 Items:

- Allgemeine Angaben
  - Regionalcode
  - Beruf/Arbeitsplatz

- Fragen zu den Lenkungsgruppen-Sitzungen bzw. Ärzteversammlungen
  - An wie vielen Treffen/Versammlungen wurde bisher teilgenommen?
  - Benennung der Ziele, die aus eigener Sicht verfolgt werden sollten und Beurteilung einer Auswahl an vorgegebenen Zielbereichen

- Fragen zur Güte der Zusammenarbeit
  - Zusammenarbeit mit der Bosch BKK
  - Zusammenarbeit mit anderen Personengruppen/Institutionen des Gesundheitswesens
  - Bedeutung der vertraglichen Kooperationsform für die Zusammenarbeit mit verschiedenen Personengruppen/Institutionen
  - Bedeutung der vertraglichen Kooperation für die Betreuung der Patienten im Einzelfall
  - Faktoren, die die Wirksamkeit der vertraglichen Vernetzung für die Betreuung mit den Patienten verbessern könnten

- Sonstige allgemeine Fragen
  - Besteht Mitgliedschaft in einer weiteren vertraglichen Kooperation?
  - Sonstige freie Mitteilungen
Strukturbefragung der Patientenbegleiter

Der Strukturbogen der Patientenbegleiter, der im Zuge der Evaluation nicht eingesetzt werden konnte, beinhaltet 25 Items, die folgende Themenbereiche beschreiben:

- Allgemeine Angaben
  - Regionalcode
  - Allgemeiner Ausbildungs-/Berufsabschluss
  - Berufserfahrung im Gesundheitswesen bzw. Krankenkassenbereich

- Fragen zu strukturellen Merkmalen der Arbeitsabläufe innerhalb des Arbeitsbereichs
  - Arten bisher genutzter interner Abstimmungsprozesse
  - Beurteilung des persönlichen Nutzens aus den Abstimmungsprozessen
  - Beurteilung des Nutzens der Abstimmungsprozesse für die eigene Arbeit mit Patienten
  - Beurteilung des Nutzens der Abstimmungsprozesse für die eigene Arbeit mit Netzwerkpartnern
  - Beurteilung verschiedener Aspekte interner Zusammenarbeit und des Arbeitsumfeldes
  - Supervisionsbedarf

- Fragen zur Wirksamkeit der vertraglichen Kooperation innerhalb des Arbeitsbereichs
  - Faktoren, die die Wirksamkeit der Netzwerkarbeit in Bezug auf die einzelfallbezogene Arbeit mit Patienten wirksam unterstützen
  - Faktoren, die die Wirksamkeit der Netzwerkarbeit in Bezug auf die regionale Versorgungsqualität unterstützen
  - Beurteilung der Wirksamkeit der einzelfallbezogenen Kooperation mit verschiedenen Personengruppen/Institutionen vor und nach Abschluss der vertraglich vereinbarten Zusammenarbeit
  - Einschätzung der Einflussmöglichkeiten der Gebietsbevollmächtigten
  - Einzelfallbezogene Kooperation mit Partnern, die nicht Bestandteil der vertraglich vereinbarten Netzwerke sind und deren Wirksamkeit

- Fragen zur Kooperation der formalen Netzwerkpartner untereinander
  - Beurteilung der einzelfallbezogenen Kooperation zwischen den Vertragsteilnehmern vor und nach Abschluss der vertraglich vereinbarten Zusammenarbeit
  - Wie stark hat sich die Zusammenarbeit im Netzwerk durch die persönliche Tätigkeit verändert?
  - Sonstige freie Mitteilungen
3.6. Durchführung der Evaluation


3.6.1. Projektablauf und Meilensteine

1. Phase: Planung und Entwicklung (01.08.07–31.12.07)
Konstituierung der Lenkungsgruppe und des Fachbeirats 01.08.07–31.10.07
Literatursichtung und -analyse 01.08.07–31.10.07
Erarbeitung der Grundlagen der Evaluation in Arbeitsgruppen 01.08.07–30.09.07
- AG 1: Hypothesenspezifizierung 16.08.07
- AG 1: Aktualisierung des Evaluationsdesigns 16.08.07
- AG 2: Stichprobenbestimmung/Fallauswahl 13.09.07
- AG 2: Instrumentenentwicklung 13.09.07
- AG 2: Datenschutzfragen und Teilnahmeincentives („Incentives“) 13.09.07
Begleitende explorative Expertengespräche/-interviews 01.08.07–30.09.07
Probelauf Datenbankabfragen (Untersuchungsebene 2) 01.09.07–31.10.07
Entwicklung einzelfallbezogener Evaluationsinstrumente 15.09.07–15.12.07
- Aufnahmebogen Patientenbegleiter 15.09.07–15.11.07
- Abschlussbogen Patientenbegleiter 15.09.07–15.11.07
- Glossare zu Aufnahme-/Abschlussbog Patientenbegleiter 15.09.07–15.11.07
- Versichertenbefragung u. Anschriften EG 01.11.07–15.12.07
- Versichertenbefragung u. Anschriften KG 01.11.07–15.12.07
- Ärztebefragung 01.11.07–15.12.07
- Befragung der Krankenhaussozialdienste 01.11.07–15.12.07
1. Lenkungsgruppensitzung 27.09.07
Anwenderschulung der Patientenbegleiter Evaluationsinstrumente 21.11.07
Probelauf des Instrumentariums 01.12.07–31.12.07
2. Lenkungsgruppensitzung: 06.12.07
Verabschiedung des endgültigen Evaluationsdesigns 06.12.07

2. Phase: Einzelfallbezogene Erhebung und vertiefende Evaluation (01.01.08–28.02.09)
Retrospektive einzelfallbezogene Datenerhebungen 01.01.08–15.03.08
- Aufnahmebogen Patientenbegleiter (Fälle 01.07.07–31.12.07) 01.01.08–29.02.08
- Abschlussbogen Patientenbegleiter (Fälle 01.07.07–31.12.07) 01.01.08–29.02.08
- Versichertenbefragung EG/KG (Fälle 01.07.07–31.12.07) 15.03.08
- Ärztebefragung (Fälle 01.07.07–31.12.07) 15.03.08
- Krankenhaussozialdienstbefragung (Fälle 01.07.07–31.12.07) 15.03.08
Prospektive einzelfallbezogene Datenerhebungen 01.01.08–15.12.08
- Aufnahmebogen Patientenbegleiter 01.01.08–31.08.08
- Abschlussbogen Patientenbegleiter 01.01.08–30.11.08
- Versichertenbefragung EG/KG 15.03.08–15.12.08
- Ärztebefragung 15.03.08–15.12.08
- Krankenhaussozialdienstbefragung 15.03.08–15.12.08
Begleitendes Datenmanagement und Plausibilitätskontrollen 01.01.08–28.02.09
3. Lenkungsgruppensitzung 15.02.08
Datenbankabfragen zu Kosten, Fallzahlen und Falldauern EG/KG 01.03.08–28.02.09
Begleitendes Statistisches Matching zur Paarbildung EG/KG 01.03.08–15.12.08
- 1. Matchingdurchlauf 01.03.08–15.03.08
- 2. Matchingdurchlauf 15.04.08–30.04.09
- 3. Matchingdurchlauf 01.07.08–15.07.08
- 4. Matchingdurchlauf 15.08.08–31.08.08
- 5. Matchingdurchlauf 01.10.08–15.10.08
- 6. Matchingdurchlauf 01.12.08–15.12.08
1. Fachbeiratssitzung 04.04.08
4. Lenkungsgruppensitzung 12.06.08
Plausibilitätskontrolle der Zwischenauswertungsdaten 01.07.09–31.07.09
Auswertungsprozess Zwischenauswertung 01.08.09–31.08.09
Entwicklung strukturbegizener Evaluationsinstrumente 01.08.08–31.10.08
   • Strukturbogen Gebietsbevollmächtigte 01.08.08–31.10.08
   • Strukturbogen Ärzte-/Krankenhaus-Vertreter 01.08.08–31.10.08
   • Strukturbogen Patientenbegleiter 01.08.08–31.10.08
Präsentation der Zwischenergebnisse der Evaluation 04.09.08/23.09.08
5. Lenkungsgruppensitzung 04.09.08
2. Fachbeiratssitzung 23.09.08
1. Verlosung Aktion Mensch-Lose für Studienteilnehmer 01.12.08

3. Phase: Hauptauswertungsphase und Ergebnispräsentation (01.03.09–31.07.09)
Abschließende Plausibilitätskontrolle der erhobenen Daten 01.03.09–30.03.09
Mehrstufiger hypothesengeleiteter Auswertungsprozess (auf allen Untersuchungsebenen) 01.03.09–30.04.09
6. Lenkungsgruppensitzung 05.03.09
2. Verlosung Aktion Mensch-Lose für Studienteilnehmer 15.03.08
Diskussion der Evaluationsergebnisse 01.05.09–30.06.09
Präsentation Evaluationsergebnisse zu den Fragestellungen 1 u. 3 (Wirkungen auf die Versorgungsqualität und Wirkfaktorenanalyse) 14.05.08/23.06.09
Präsentation vorläufiger Evaluationsergebnisse zu Fragestellung 2 (Auswirkungen auf Kassenleistungen: Kosten, Fallzahlen u. -dauern) 14.05.08/23.06.09
7. Lenkungsgruppensitzung 14.05.09
3. Fachbeiratssitzung 23.06.09
Vorläufiger Abschlussbericht 01.07.09–31.07.09

4. Phase: Auswertung repräsentativer Leistungsdaten und finale Ergebnispräsentation (28.10.09–31.08.10)
8. Lenkungsgruppensitzung 28.10.09
Datenbankabfragen zu Kosten, Fallzahlen und Falldauern EG/KG 01.11.09–30.11.09
Plausibilitätskontrolle der Datenlieferung 01.12.09–15.12.09
Finaler Auswertungsprozess 15.12.09–31.01.10
Integration und abschließende Diskussion der Ergebnisse 01.02.10–28.05.10
Präsentation der Gesamtergebnisse der Evaluation 04.02.10/28.05.10
9. Lenkungsgruppensitzung 04.02.10
4. Fachbeiratssitzung 28.05.10
Planung der weiteren Schritte 28.05.10–30.06.10
Endgültiger Abschlussbericht 01.07.10–31.08.10
3.6.2. Projektorganisation


Zur Vergrößerung der Datenbasis mit entsprechend höherer Aussagekraft bei den Befunden konnte zudem noch die Daimler BKK (vormals DaimlerChrysler BKK) als Kooperationspartner gewonnen werden.


Der Fachbeirat setzte sich aus Vertretern unterschiedlicher Bereiche von Gesundheitswesen, Forschung, Politik und Stiftungen sowie den Vertretern der beteiligten Institutionen zusammen. Im Einzelnen hatte der Fachbeirat folgende Mitglieder:

- Prof. Dr. Walter-Erich Aulitzky, Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK)
- Werner Conrad, MEDI Verbund Dienstleistungs-GmbH
- Ulrich Conzelmann, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
- Dr. Peter Dirschedl, MDK Baden-Württemberg
- Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Prof. Dr. Peter Löcherbach, Katholische Fachhochschule Mainz
- Prof. Dr. Michael Macsenaere, IKJ ProQualitas GmbH
- Bernhard Mohr, Bosch BKK
- Thomas Pferdt, Bosch BKK
- Dr. Almut Satrapa-Schill, Robert-Bosch-Stiftung GmbH (RBSG)
- Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Universität Köln
Prof. Dr. Frank Weidner, Philosophisch-theologische Hochschule Vallendar/Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln (dip)
Dr. Katja Wimmer, Bosch BKK

Die Lenkungsgruppe, bestehend aus den Projektverantwortlichen der Bosch BKK, Katholischen Fachhochschule Mainz, IKJ Pro Qualitas GmbH sowie der Daimler BKK, setzte sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:

- Jens Arnold, IKJ ProQualitas GmbH
- Gerd Haiber, Bosch BKK
- Oliver Heimlich, Daimler BKK
- Prof. Dr. Thomas Hermsen, Katholische Fachhochschule Mainz
- Prof. Dr. Peter Löcherbach, Katholische Fachhochschule Mainz
- Prof. Dr. Michael Macsenaere, IKJ ProQualitas GmbH
- Bernhard Mohr, Bosch BKK
- Thomas Pferdt, Bosch BKK
- Birgit Reinstorf, Daimler BKK
- Dr. Katja Wimmer, Bosch BKK

Zusätzlich zu den genannten Gremien fanden Arbeitsgruppentreffen in unterschiedlichen, jeweils den Erfordernissen angepassten Zusammensetzungen statt (siehe Abschnitt 3.6.1).
4. Ergebnisbesprechung

4.1. Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter


4.1.1. Stichprobe aller untersuchten Fälle mit Patientenbegleitung

Datengrundlage

Die Gesamtstichprobe aller in die Evaluation einbezogenen Versicherten setzte sich aus allen Versicherten zusammen, für die innerhalb des im Untersuchungsdesign festgelegten Erhebungszeitraums eine Patientenbegleitungsmaßnahme durchgeführt wurde (siehe Abschnitt 3.2.1). Diese Gesamtstichprobe wurde in die vier Untersuchungsgruppen „Ü75“, „Herzerkrankungen“, „Schlaganfall“ sowie „Krebserkrankungen“ aufgeteilt, die nach den vorgegebenen Kriterien zur Einleitung von Patientenbegleitungsmaßnahmen gebildet wurden. Insgesamt konnten so im Projektzeitraum 532 Maßnahmen analysiert werden, die sich wie folgt in die unterschiedlichen Untersuchungsgruppen aufteilen (s. Abbildung 13):

![Abbildung 13: Verteilung der Fälle mit Patientenbegleitung](image)
Zwischen den Teilstichprobengrößen besteht ein tendenzieller Gruppenunterschied ($\chi^2$-Test$^3$, $p=0.064$). Eine absolute Gleichverteilung der Zellbesetzungen über die verschiedenen Untersuchungsgruppen (Ü75, Herzerkrankung, Schlaganfall und Krebserkrankung) hinweg konnte aufgrund der unterschiedlichen Vorkommenshäufigkeiten der einzelnen Kriteriengruppen zur Einleitung von Patientenbegleitungsmaßnahmen innerhalb des Untersuchungszeitraums nicht erreicht werden (s. Abschnitt 3.2.1). Im Hinblick auf eine für die statistischen Untersuchungen ausreichende Fallzahl bei der Analyse der Untergruppen (s. Abschnitt 3.2.2), ist dabei insbesondere mit maximal 77 Fällen und einem Anteil von 14,5 % die Gruppe der Schlaganfallpatienten als kritisch zu beurteilen.

Die insgesamt 532 Fälle, in denen jeweils auch vollständige Aufnahme- und Abschlussbogendatensätze vorliegen, bilden die Datengrundlage für die statistischen Analysen auf der Gesamtebene.

**Gruppenspezifische Altersverteilung**

Bei der Untersuchung der Altersverteilung in den verschiedenen Untersuchungsgruppen zeigen sich statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede (s. Tabelle 3), wobei sich das höhere Durchschnittsalter der Gruppe Ü75 im Vergleich zu allen anderen Untersuchungsgruppen (Tamhane-T2-Tests$^4$, $p=0.000$) aus dem Auswahlkriterium der Gruppe heraus erklärt. Die an Krebs erkrankten Versicherten weisen darüber hinaus im Mittelwert das statistisch nachweisbar niedrigste Alter auf (Krebserkrankung-Herzerkrankung: Tamhane-T2-Test, $p=0.003$, Krebserkrankung-Schlaganfall: Tamhane-T2-Test, $p=0.063$).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 3: Untersuchungsgruppenspezifische Altersverteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>N</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ü75</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzerkrankungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlaganfall</td>
</tr>
<tr>
<td>Krebserkrankungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Gruppenspezifische Geschlechtsverteilung**

Der Anteil männlicher Versicherter liegt in der Untersuchungsstichprobe bei knapp über 50 %, wobei die Geschlechtsverteilung zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen tendenziell unterschiedlich ausfällt ($\chi^2$-Test, $p=0.064$) (s. Abbildung 14). Einen signifikanten Verteilungsunterschied gibt es nur zwischen den Untersuchungsgruppen Ü75 und Herzerkrankungen ($\chi^2$-Test, $p=0.013$).


$^4$ Der Tamhane-T2-Test kommt im Rahmen von Varianzanalysen zur paarweisen Untersuchung von Mittelwertsdifferenzen zwischen Untersuchungsgruppen zum Einsatz, wenn die Varianzen der Gruppen signifikant voneinander abweichen.
Abbildung 14: Untersuchungsgruppenspezifische Geschlechtsverteilung
4.1.2. Ausgangslagenbeschreibung der Patientenbegleitung

Zeit zwischen Anlass und Beginn der PB

Zwischen dem Anlass, der zur Einleitung einer Patientenbegleitungsmaßnahme führte, und dem Beginn der jeweiligen Maßnahme liegen in der Gesamtstichprobe durchschnittlich rund 15 Tage (s. Abbildung 15). Dabei liegt der Mittelwert in der Untersuchungsgruppe Ü75 statistisch signifikant über denen aller anderen Gruppen (Mann-Whitney-U-Tests\(^5\), p<0.05).

![Abbildung 15: Untersuchungsgruppenspezifische Dauer zwischen Anlass und Beginn der PB]

Verdachts- vs. gesicherte Diagnose als Kriterium zur Einleitung einer PB

Die Einleitung von Patientenbegleitungsmaßnahmen basiert bei den Krankenhauspatienten zum überwiegenden Teil auf gesicherten ärztlichen Diagnosen (die Ü75-Gruppe ist hier nicht aufgeführt, da sich die Einleitungskriterien der Patientenbegleitung wie beschrieben nicht ausschließlich auf bestimmte Diagnosen stützen). Eine Einleitung in Folge eines vorliegenden Verdachts auf eine entsprechende Erkrankung erfolgt nur in rund 8 % aller Fälle. Dieses Ergebnis zeigt sich im Bereich Krankenhaus übergreifend in allen Untersuchungsgruppen (s. Abbildung 16).

\(^5\) Der Mann-Whitney-U-Test ist ein nicht-parametrisches Testverfahren. Er wird eingesetzt, um Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Gruppen auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin zu untersuchen, wenn die Anwendungsvoraussetzungen von Varianzanalyse oder T-Test (Intervallskalierung, Normalverteilung) nicht erfüllt sind (vgl. Bortz 2005).
Abbildung 16: Verdachts- vs. gesicherte Diagnose

Komorbidität – weitere Erkrankungen

Bei knapp ¾ aller untersuchten Fälle liegt bei den Versicherten zu Beginn der Patientenbegleitung, neben der primär für diese Maßnahme ausschlaggebenden Diagnose, mindestens eine weitere relevante Erkrankung vor (s. Abbildung 17).

Abbildung 17: Komorbidität – weitere Erkrankung zu Beginn der PB
Episodenhaftigkeit der Erkrankung

Die aktuelle Erkrankung, die Anlass der Patientenbegleitung war, wird dabei in rund einem Drittel aller Fälle als Episode einer bereits früher einmal vorgelegenen Erkrankung identifiziert (s. Abbildung 18).

Abbildung 18: Episodenhaftigkeit der Erkrankung

Das bedeutet, dass bei mehr als zwei Drittel aller Fälle bereits beim ersten Auftreten der für die PB relevanten Diagnose eine Patientenbegleitung eingeleitet wurde, was im Hinblick auf eine frühzeitige Unterstützung der Versicherten und damit für eine möglichst optimale Versorgung grundsätzlich ein positiver Befund ist.

Hauptinitiator der PB

Staatsangehörigkeit/Verständigungsfähigkeit

Die in der Gesamtstichprobe erfassten Versicherten haben weitestgehend eine deutsche Staatsangehörigkeit inne (s. Abbildung 20). Von den Versicherten mit anderer Staatsangehörigkeit weisen Personen mit türkischer (29 %) und griechischer (27 %) Nationalität mit deutlichem Abstand die häufigsten Nennungen auf. Daneben zeigen lediglich noch die italienische sowie die kroatische Staatsangehörigkeit ein gehäuftes Vorkommen. Dies könnte im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung des Patientenbegleitungsangebots relevant sein. Denn eine gute sprachliche Verständigungsfähigkeit (unabhängig von der Staatsangehörigkeit) ist eine wesentliche Grundlage für eine funktionierende Interaktion zwischen Patientenbegleitern und Versicherten, welche wiederum eine wichtige Voraussetzung für effektive Patientenbegleitungen ist. Vor diesem Hintergrund sollte über die Staatsangehörigkeit hinaus, auch der Anteil von rund 12 % aller untersuchten Fälle beachtet werden, in denen eine Verständigung zwischen Patientenbegleiter und Versicherten grundsätzlich problematisch war.
**Erwerbstätigkeit/Lebensunterhalt**

Über 70 % aller in der Untersuchung erfassten Versicherten erwerben ihren Lebensunterhalt als Rentner (s. Abbildung 21). Rund ein Viertel befindet sich in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis.

**Abbildung 21: Erwerbstätigkeit**

**Wohnsituation**

Die Tatsache, dass lediglich rund 21 % aller erfassten Versicherten alleine, dagegen aber über ¾ aller untersuchten Personen mit Partner/in in einer eigenen Wohnung oder bei persönlichen Angehörigen leben (s. Abbildung 22), stellt, im Hinblick auf das Vorhandensein stabiler emotionaler und informeller Unterstützungsressourcen, im Umgang mit der eigenen Erkrankung eine positive Voraussetzung dar. Zudem kann festgehalten werden, dass „Fremdunterbringungen“ im Heim oder bei (pflegenden) Angehörigen bei der Klientel der Patientenbegleitung eine untergeordnete Rolle spielen.

**Abbildung 22: Wohnsituation der Versicherten**
4.1.3. Prozessbeschreibung

Intensität der PB

Knapp 2/3 aller Fälle wurden von den Patientenbegleitern als hoch intensiv eingestuft (s. Abbildung 23), d. h. dass es zu wechselseitigen Kontakten zwischen Patientenbegleitern und Versicherten kam bzw. weitergehende Maßnahmen durch die Patientenbegleiter durchgeführt wurden (z. B. Abstimmung mit Ärzten im Krankenhaus, Vorbereitung einer Anschlussheilbehandlung). Diese Einschätzung variiert zwar zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen, statistische Signifikanz bzw. Bedeutsamkeit erreichen diese Gruppenunterschiede allerdings nicht ($\chi^2$-Test, $p=0.422)$.

Abbildung 23: Untersuchungsgruppenspezifische Intensität der PB

Bedarfsfeststellung – Welche Informationsquellen wurden einbezogen?

Für die Beurteilung des Handlungsbedarfs der Patientenbegleiter sind die Angehörigen und die Versicherten selbst die wichtigsten Informationsquellen (s. Abbildung 24). Trotzdem erscheint es bemerkenswert, dass in über 35 % aller Fälle die Versicherten selbst nicht in die Bedarfsfeststellung miteinbezogen werden konnten. Dies kann etwa der Fall sein, wenn der Gesundheitszustand es nicht zulässt oder die Verständigungsfähigkeit eingeschränkt ist. In diesen Fällen mussten also die benötigten Information über andere Quellen, bspw. über Angehörige, Hausärzte oder Krankenhaussozialdienste (s. „KSD“ in Abbildung 24) eingeholt werden.

Als non-personale, elektronische Informationsquellen dienten hauptsächlich die ISKV-Datenbank (in 98 % aller Fälle) sowie die Patientenbegleiter-Datenbank der Bosch BKK (in 81 % aller Fälle).
Aktuelle Problemlagen

Die Problemlagen der Versicherten werden von den Patientenbegleitern zu Beginn der Begleitungsmaßnahme insgesamt als mittel bis schwer eingeschätzt (s. Abbildung 25). Dabei gibt es zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen keine signifikanten Mittelwertunterschiede (ANOVA, p=0.209).

Die größten individuellen Probleme der Versicherten liegen eindeutig im Bereich der körperlichen Gesundheit (s. Abbildung 26), gefolgt von Schwierigkeiten in der Lebensführung (Unabhängigkeit des Versicherten im lebenspraktischen Bereich) sowie der psychischen Gesundheit (z. B. Traurigkeit, Ängste oder psychosomatische Beschwerden). Die geringsten Probleme weisen die Versicherten im finanziellen und familiären Bereich auf. Auch Probleme im Sozialverhalten der Versicherten (z. B. Aggressivität, soziale Ängstlichkeit oder sozialer Rückzug) werden eher als gering eingestuft. Besonders bemerkenswert ist, dass die Zu-
gänglichkeit zu Dienstleistungsangeboten des Gesundheitssektors generell als wenig problematisch eingeschätzt wird. Die Probleme sind also im Wesentlichen unmittelbar bei der Person und eher nicht im familiären Umfeld, im materiellen Bereich oder im Versorgungssystem zu verorten.

Abbildung 26: aktuelle Problemlagen bei Beginn der PB

**Aktuelle Ressourcenlage der Versicherten**


Abbildung 27: Globalbeurteilung der Ressourcenlage der Versicherten
Dabei liegen statistisch nachweisbare Unterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen vor: Die Gruppe der Schlaganfallpatienten besitzt signifikant geringere Ressourcen als die Personengruppen mit Herzkrankung (LSD-Test\(^6\), \(p=0.037\)) bzw. Krebserkrankung (LSD-Test, \(p=0.017\)). Zwischen den Untersuchungsgruppen Ü75 und Krebserkrankung besteht ein tendenzieller Mittelwertsunterschied (LSD-Test, \(p=0.063\)).


![Abbildung 28: aktuelle Ressourcen der Versicherten](image)

**Ziele der Patientenbegleitung**


---

Prognostizierte Zielerreichung

Die erwartete Zielerreichung liegt durchweg in einem sehr hohen Bereich (s. Abbildung 30). Am besten fällt dabei die Prognose zum Erfolg hinsichtlich der geplanten Maßnahmen zur Verbesserung des Selbst- bzw. Alltagsmanagements aus, deren Umsetzbarkeit signifikant besser eingeschätzt wird als die fast aller anderen Zielbereiche (LSD-Tests, p<0.05) (Ausnahmen: Zielbereiche Versorgungssituation, finanzielle Situation, gesellschaftliche Teilhabe). Dagegen werden die Möglichkeiten zu Verbesserungen im Bereich psychische Gesundheit signifikant niedriger eingeschätzt als in fast allen anderen Zielbereichen (LSD-Tests, p<0.05) (Ausnahme: Zielbereich familiäre Situation).
**Geplante Maßnahmen**


**Abbildung 31: geplante Maßnahmen**

**Art der Umsetzung von Zielvereinbarungen/Serviceplan**

4.1.4. Zwischenfazit: Ausgangslagen und Prozesse

Der Altersdurchschnitt liegt in der Gesamtstichprobe mit 67,7 Jahren knapp über dem derzeit gesetzlich festgelegten Renteneintrittsalter. Dieser relativ hohe Wert zeigt sich in allen Untersuchungsgruppen, in denen der Mittelwert immer über 60 Jahren liegt.

Zwischen Anlass einer Patientenbegleitung und tatsächlichem Beginn der Maßnahme vergehen im Durchschnitt ca. zwei Wochen. An dieser Stelle könnte evtl. durch eine noch engerere Vernetzung und einen optimierten Informationsfluss in der Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenhäusern eine weitere Beschleunigung zum Wohle der Versicherten erreicht werden. So bestätigen etwa auch die Ergebnisse der Wirkfaktorenanalyse der vorliegenden Studie, dass eine möglichst frühzeitige Einleitung der Patientenbegleitung sich positiv auf die Effektivität auswirken kann (s. Abschnitt 4.7).

In Anbetracht des Befunds, dass die primäre Initiative zur Einleitung einer Patientenbegleitung in jeweils etwas unter 10 % der Fälle durch einen im Vertragsnetz befindlichen Arzt oder durch ein Krankenhaus des Vertragsnetzes ausgeht, könnten diese Anteile durch optimierte Informationsflüsse und Kommunikationsstrukturen ebenfalls noch erhöht werden. Dabei handelt es sich allerdings eher um eine strukturelle Entscheidung als um einen unmittelbaren Qualitätsmaßstab für die Patientenbegleitung. Die letztendliche Fallauswahl sollte immer beim Patientenbegleiter liegen.

Der Anteil von Patienten, die neben der Erkrankung, die Anlass für die Einleitung einer Patientenbegleitung ist, noch eine oder mehrere weitere relevante Erkrankungen aufweisen, ist hoch (>70 %). Korrespondierend dazu wird von den Patientenbegleitern auch für den größeren Teil der Fälle (63 %) eine hoch intensive Begleitung als notwendig erachtet.

Die größten Probleme der Versicherten liegen zu Beginn der Patientenbegleitungsmaßnahmen in den Bereichen körperliche Gesundheit/Mobilität, Lebensführung, psychische Ge-
sundheit sowie Arbeits- und Reha-Fähigkeit. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als genau in diesen Bereichen auch die geringsten nutzbaren Ressourcen bei den Versicherten vorhanden sind, so dass bestehende Probleme nicht durch etwaige Ressourcen aufgefangen oder zumindest abgeschwächt werden können.

Die geringsten Probleme und gleichzeitig die größten Ressourcen weisen die untersuchten Versicherten in den Bereichen Finanzen, Familie, Sozialverhalten und Zugänglichkeit zu Dienstleistungsangeboten des Gesundheitssektors auf. Dieser letzte Punkt deutet auf eine allgemein sehr brauchbare strukturelle Grundversorgungssituation der Versicherten hin, was insbesondere im Hinblick auf die Frage nach der Notwendigkeit zur Schließung von regionalen Versorgungslücken im Rahmen des BKK-Angebots der Patientenbegleitung von Bedeutung ist.

Die Bedarfsfeststellung durch die Patientenbegleiter erfolgt überwiegend über direkte Kontakte zu den Versicherten (65 %) oder zu deren Angehörigen (67 %) sowie über Informationen aus ISKV- (98 %) und PBG-Datenbank (81 %). Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser spielen in diesem Zusammenhang eine eher untergeordnete Rolle, werden also nur punktuell bzw. gezielt zur Bedarfsfeststellung herangezogen.

4.1.5. Ergebnisse

Art der Beendigung


Abbildung 33: Art der Beendigung

Untersuchungsgruppenspezifische Art der Beendigung

Über die verschiedenen Untersuchungsgruppen hinweg zeigt sich der hohe Anteil planmäßiger Beendigungen relativ stabil (s. Abbildung 34). Lediglich in der Gruppe der Patienten mit Krebserkrankung fällt dieser Anteil deutlich niedriger aus ($\chi^2$-Test, p<0.002). Dieser niedrigere Wert liegt allerdings hauptsächlich darin begründet, dass in dieser Gruppe die Zahl der Todesfälle sowie der Fälle ohne konkreten Steuerungsbedarf erheblich größer ist als in allen anderen Gruppen (Todesfälle: Untersuchungsgruppe (UG) Krebserkrankung: 17,6 %, UG Ü75: 10,0 %; UG Herzerkrankung: 6,8 %, UG Schlaganfall: 3,5 %; kein Steuerungsbedarf: UG Krebserkrankung: 11,8 %, UG Ü75: 2,3 %, UG Herzerkrankung: 7,5 %; UG Schlaganfall: 8,8 %). Insofern ist der niedrigere Wert planmäßig bis zur vorgesehenen Beendigung durchgeführter Maßnahmen nicht auf Schwierigkeiten im PB-Prozess zurückzuführen, sondern liegt in externen, durch die Patientenbegleiter nicht beeinflussbaren Faktoren begründet.
Abweichungen tatsächlich durchgeführter von geplanten Maßnahmen

Die im Serviceplan vorgesehenen Maßnahmen werden in deutlich mehr als der Hälfte aller Fälle plangemäß umgesetzt (s. Abbildung 35). Diese hohe Übereinstimmung ist ein Indiz für eine gut funktionierende Planung, die größtenteils in enger dialogischer Abstimmung zwischen Patientenbegleitern und Versicherten abläuft (vgl. Abbildung 32 auf Seite 66).
Gründe für Abweichungen vom Serviceplan
Abweichungen von der ursprünglichen Maßnahmenplanung erfolgten hauptsächlich auf Grund von Veränderungen in den Problemlagen bzw. der Ressourcenlage der Versicherten (22 % bzw. 10 %) sowie auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten (14 %).

Gesamteffekte der PB-Maßnahmen
Die Effektivität der untersuchten Patientenbegleitungsmaßnahmen wurde im Rahmen der statistischen Datenauswertung mit Hilfe verschiedener Indizes analysiert (siehe auch Abschnitt 3.3.1):

1. Defizitindex: Dieser Index setzt sich im Wesentlichen zusammen aus den Einzelassessments verschiedener Problemlagen in den folgenden Bereichen:
   - Person: körperliche Gesundheit/Mobilität, psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Lebensführung, sozial-kommunikative Kompetenzen, kognitive Kompetenzen, Arbeits-/Reha-Fähigkeit
   - Familie/Umfeld: Sozialverhalten, Familie, gesellschaftliche Teilhabe
   - Materielles System: Finanzen, Wohnen
   - Versorgungssystem: Zugänglichkeit bzw. Nutzung von Dienstleistungsangeboten
Der Defizitindex kann Werte zwischen 0 (= keine Defizite) und 100 (= maximale Defizite) annehmen. Höhere Werte stehen demnach für mehr Problemlagen bzw. Defizite.

2. Ressourcenindex: Dieser Index setzt sich im Wesentlichen zusammen aus den Einzelassessments zu vorliegenden Ressourcen in den folgenden Bereichen:
   - Person: körperliche Gesundheit/Mobilität, psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Lebensführung, sozial-kommunikative Kompetenzen, kognitive Kompetenzen, Arbeits-/Reha-Fähigkeit
   - Familie/Umfeld: Sozialverhalten, Familie, gesellschaftliche Teilhabe
   - Materielles System: Finanzen, Wohnen
   - Versorgungssystem: Zugänglichkeit bzw. Nutzung von Dienstleistungsangeboten
Der Ressourcenindex kann Werte zwischen 0 (= keine Ressourcen) und 100 (= maximale Ressourcen) annehmen. Höhere Werte stehen dementsprechend für mehr Ressourcen.


4. Effektindex: Dieser Index wird berechnet als gewichteter Mittelwert der Veränderungen von Defizit- und Ressourcenindex im Zuge der Patientenbegleitung sowie dem Zielerreichungsindex und kann Werte im Bereich zwischen ca. -50 und +50 annehmen, wobei der Wert 0 für keine Änderung, negative Werte für Verschlechterungen und positive Werte für Verbesserungen stehen.
Gesamteffekte: Effektindex

Die Gesamteffektivität der untersuchten Patientenbegleitungsmaßnahmen zeigt in der Gesamtstichprobe mit einem Effektindexmittelwert von 14,2 bei einer ermittelten Effektgröße\(^7\) von \(d=1,02\) eine stark positive Entwicklung. Diese positiven Werte zeigen sich in vergleichbarer Ausprägung in allen Untersuchungsgruppen (s. Abbildung 36). Lediglich zwischen den Untergruppen Herzerkrankung und Krebserkrankung besteht ein tendenzieller Mittelwertsunterschied (Scheffé-Test\(^8\), \(p=0,092\)).

Abbildung 36: Untersuchungsgruppenspezifischer Effektindex

Subjektive Wirksamkeit der Maßnahmen aus Sicht der Patientenbegleiter

Die Wirksamkeit der untersuchten Maßnahmen wird von den Patientenbegleitern, bei Befragung bzgl. der subjektiven Eindrücke, insgesamt sehr positiv beurteilt (s. Abbildung 37). In über 60 % aller Fälle wird sie subjektiv als gut oder gar sehr gut eingeschätzt.

---


Diese positive Beurteilung des Wirkungsgrads der Patientenbegleitungsmaßnahmen zeigt sich durchgängig in allen Untersuchungsgruppen (s. Abbildung 38), so dass es hier zu kei-
nen statistisch bedeutsamen Mittelwertsunterschieden kommt.

Problemlagenänderung: Defizitindex

Bei Betrachtung der Gesamtentwicklung von Defiziten und Problemlagen der Versicherten zwischen Beginn und Ende der Patientenbegleitungsmaßnahmen zeigen sich in allen Unter-
suchungsgruppen statistisch signifikante Verbesserungen (s. Abbildung 39) (ANOVAs mit Messwdh., p=0.000).
Abbildung 39: Untersuchungsgruppenspezifische Defizitindexentwicklung

Im Detail wurden die stärksten Effekte beim Defizitabbau in den Bereichen körperliche Gesundheit (d=0,67), Nutzung von Dienstleistungsangeboten (d=0,52), psychische Gesundheit (d=0,49) sowie Lebensführung (d=0,48) erzielt. Des Weiteren wurden ebenfalls noch Defizite bzgl. des Gesundheitsverhaltens und der Arbeits-/Reha-Fähigkeit signifikant abgebaut.

Ressourcenänderung: Ressourcenindex

Ein ähnlich positives Bild zeigt sich bei Betrachtung der allgemeinen Ressourcenentwicklung zwischen Beginn und Ende der Patientenbegleitungsmaßnahmen anhand des Ressourcenindexes (s. Abbildung 40). Auch hier sind in allen Untersuchungsgruppen erhebliche, statistisch signifikante Verbesserungen zu erkennen (ANOVAs mit Messwdh., p=0,000).
Die stärksten Effekte bei der Ressourcenförderung wurden in den Bereichen körperliche Gesundheit (d=0,48), psychische Gesundheit (d=0,31), Lebensführung (d=0,30) sowie Nutzung von Dienstleistungsangeboten (d=0,28) erzielt. Die Effektstärken bzgl. der Förderung von Ressourcen fallen absolut gesehen aber deutlich niedriger aus als bei der Änderung von Problemlagen.

Zielerreichungsgrade – Gesamtstichprobe

Die insgesamt 1290 von den Patientenbegleitern formulierten Handlungsziele, zu denen Informationen über den jeweiligen Realisierungsgrad vorlagen, konnten in hohem Maße umgesetzt werden (s. Abbildung 41). Fast 70 % aller Ziele konnten weitgehend (= 75 % Zielerreichungsgrad) oder völlig (= 100 % Zielerreichungsgrad) erreicht werden. Einige wurden gegenüber ihrer ursprünglich formulierten Ausprägung sogar noch übertroffen (= 125 % Zielerreichung). Der dabei erreichte Durchschnittswert von 74 % Zielerreichung liegt sogar noch einmal statistisch signifikant über dem mit rund 68 % bereits sehr hohen prognostizierten Zielerreichungsgrad (ANOVA mit Messwdh., p=0.000).

Abbildung 41: Zielerreichungsgrade

-25% = Verschlecht.
0% = nicht erreicht
25% = etwas erreicht
50% = mittel erreicht
75% = weitgeh. erreicht
100% = völlig erreicht
125% = Ziel übert.
Untersuchungsgruppenspezifische Zielerreichungsgrade

Dieser hohe durchschnittliche Zielerreichungsgrad von über 70 % zeigt sich übergreifend über alle Untersuchungsgruppen (s. Abbildung 42). In der Gruppe Schlaganfall fällt der Realisierungsgrad im Schnitt sogar noch statistisch signifikant höher aus (Tamhane-T2-Tests, p<0.05).

Abbildung 42: Untersuchungsgruppenspezifische Zielerreichungsgrade

Übereinstimmung von Prognosen und Zielerreichung

Beim Vergleich von prognostizierter und tatsächlicher Zielerreichung zeigt sich in der Gesamtstichprobe nicht nur ein signifikanter Zusammenhang zwischen den jeweiligen Werten (Spearman-Rho\(^9\)=0.320, p=0.000), sondern es liegen insbesondere auch sehr hohe unmittelbare Übereinstimmungen auf den einzelnen Skalenstufen vor (s. Abbildung 43). Bei über 70 % aller genannten Ziele kam es zu einer (fast) vollständigen Übereinstimmung. Mögliche Erklärungsansätze für dieses Ergebnis können einerseits in einer guten, fachlich fundierten Zieldefinition auf Basis einer aussagekräftigen Informationslage sowie andererseits in einer hohen prognostischen Qualität der Patientenbegleitung liegen.

Abbildung 43: Übereinstimmung von prognostizierter und tatsächlicher Zielerreichung

Bei Betrachtung der trotz der hohen Übereinstimmungsgrade noch vorliegenden Abweichungen zwischen Prognosen und Realisierung zeigen sich zwischen den Untersuchungsgruppen bedeutsame Gruppenunterschiede (s. Tabelle 4). Insgesamt liegt der tatsächliche Zielerreichungsgrad statistisch signifikant über dem bei Beginn der Patientenbegleitung prognostizierten Wert (ANOVA mit Messwdh., p=0.000). Das heißt, dass die Prognosen im Schnitt etwas zu vorsichtig gestellt wurden.

Tabelle 4: Abweichung zwischen prognostizierter und tatsächlicher Zielerreichung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Körperliche Aktivität</th>
<th>N</th>
<th>Mittelwert (%)</th>
<th>Standardabweichung (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ü75</td>
<td>297</td>
<td>2,8</td>
<td>41,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzerkrankungen</td>
<td>336</td>
<td>8,9</td>
<td>40,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlaganfall</td>
<td>153</td>
<td>15,2</td>
<td>32,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Krebserkrankungen</td>
<td>422</td>
<td>1,8</td>
<td>38,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>1208</td>
<td>5,7</td>
<td>39,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Diese durchschnittliche Abweichung nach oben fällt in der Untersuchungsgruppe Schlaganfall statistisch nachweisbar größer aus als in den Gruppen Ü75 (LSD-Test, p=0.001) und Krebserkrankungen (LSD-Test, p=0.000) sowie ansatzweise auch bzgl. den Herzerkrankungen (LSD-Test, p=0.101). Auch der Mittelwertsunterschied zwischen den Gruppen Herzerkrankungen und Krebserkrankungen ist statistisch signifikant (LSD-Test, p=0.013).
Prognosen zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung


Abbildung 44: Prognosen zu gesundheitlicher Entwicklung und Krankenhaus-Aufenthalten

Untersuchungsgruppenspezifische Prognosen zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung

Bei Untersuchungsgruppenspezifischen Analysen zeigen sich statistisch nachweisbare Mittelwertsunterschiede in der Prognose zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung (s. Abbildung 45): Die zukünftige Entwicklung der Gruppe der Versicherten mit Herzerkrankungen wird signifikant besser eingeschätzt als die der Gruppen Ü75 (Tamhane-T2-Test, \( p=0.000 \)) bzw. Krebserkrankung (Tamhane-T2-Test, \( p=0.000 \)).
Abbildung 45: Untersuchungsgruppenspezifische Prognosen zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung

Untersuchungsgruppenspezifische Prognosen zu weiteren Krankenhausaufenthalten

Auch bei den Prognosen zu weiteren Krankenhausaufenthalten zeigen sich zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede (s. Abbildung 46): Für die Gruppe der Versicherten mit einer Krebserkrankung wird die Wahrscheinlichkeit weiterer Krankenhausaufenthalte höher eingeschätzt als für die Gruppen Herzerkrankungen (ANOVA, p=0.011) und Schlaganfall (ANOVA, p=0.027).

Abbildung 46: Untersuchungsgruppenspezifische Prognosen zu weiteren KH-Aufenthalten
4.1.6. Fazit: Ergebnisse


4.2. Versichertenbefragung


Die Angaben aus den von den Versicherten zurückgesendeten Fragebögen wurden, nach einer eingehenden Plausibilitätsprüfung, einer mehrstufigen statistischen Datenauswertung unterzogen, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt sind.

4.2.1. Datengrundlage: Rücklaufquoten und „drop-out“

Rücklaufquoten


Tabelle 5: Rücklaufquoten der Versichertenbefragung

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Versichertenbefragung (angeschrieben)</th>
<th>Versichertenbefragung (Rücklauf)</th>
<th>Versichertenbefragung (Quote)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Experimentalgruppe</td>
<td>478</td>
<td>200</td>
<td>41,8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontrollgruppe</td>
<td>466</td>
<td>184</td>
<td>39,5 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Gesamtstichprobe der von den angeschriebenen Versicherten zurückgemeldeten Fragebögen besteht aus 384 Fällen (von ursprünglich insgesamt 944 versendeten Fragebögen).
Auswirkungen des „Drop-outs“

Eine wichtige Frage zur Beurteilung der Ergebnisse ist, ob sich durch den „drop-out“, also die Versicherten, die nicht an der Befragung teilgenommen haben, eine systematische Verzerrung ergeben hat, also etwa nur bestimmte Personengruppen an der Befragung teilnehmen. Es ist bspw. nicht unüblich, dass solche Befragungen insbesondere von unzufriedenen Adressaten genutzt werden, um Kritik „loswerden“ zu können. Bezogen auf die relative Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Untersuchungsuntergruppen (s. Abbildung 47) und hinsichtlich weiterer zentraler Merkmale konnten keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zu der in Abschnitt 4.1.1 beschriebenen Grundgesamtheit aller Fälle mit Patientenbegleitung festgestellt werden.

Abbildung 47: Untersuchungsgruppenspezifischer Rücklauf

Aufgrund der, hinsichtlich des effektiven Rücklaufs, geringen absoluten Fallzahlen in der Untersuchungsgruppe Schlaganfall (21 Fälle in der Experimentalgruppe, 19 Fälle in der Kontrollgruppe), konnte diese Gruppe im Rahmen der hier beschriebenen Untersuchungsebene nicht für eine weiterführende vergleichende inferenzstatistische Gegenüberstellung herangezogen werden und wurde folglich von dieser differenzierten Betrachtung ausgeschlossen (in die Gesamtstichprobe sind die Befragungen allerdings eingeflossen).

4.2.2. Stichprobenbeschreibung

Wie in Abschnitt 3.2 dargelegt, liefert eine Kontrollgruppenuntersuchung nur dann eindeutige und gut interpretierbare Ergebnisse, wenn Kontroll- und Experimentalgruppe sich im Idealfall nur durch eine einzige Bedingungsvariation unterscheiden, in der vorliegenden Studie also durch das Angebot der Patientenbegleitung. Ansonsten sollten die Gruppen in wesentlichen Merkmalen, wie etwa dem Alter oder dem Geschlecht, keine systematischen Unterschiede aufweisen. Für die (Teil-)Stichprobe der Versichertenbefragung konnten solche Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe statistisch untersucht werden. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind im Rahmen der folgenden Beschreibung der Stichprobe der Versichertenbefragung dargestellt.
Alter

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>N</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>Standardabweichung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kontrollgruppe</td>
<td>184</td>
<td>66,7</td>
<td>14,68</td>
</tr>
<tr>
<td>Experimentalgruppe</td>
<td>200</td>
<td>66,8</td>
<td>14,12</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>384</td>
<td>66,7</td>
<td>14,37</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Geschlechtsverteilung
Im Rücklauf der Versichertenbefragung zeigen sich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwar leichte Inkohärenzen innerhalb der Geschlechtsverteilungen (s. Abbildung 48), dieser Unterschied ist allerdings statistisch ohne Relevanz (\(\chi^2\)-Test\(^{10}\), p=0.274), so dass neben dem Alter auch hinsichtlich des Geschlechts von einer vergleichbaren Ausgangslage in Experimental- und Kontrollgruppe ausgegangen werden kann.

Abbildung 48: Geschlechtsverteilung

Eine Aufschlüsselung der Geschlechtsverteilungen in die vier Untersuchungsuntergruppen (s. Abbildung 49) zeigt ähnliche Verteilungsmuster wie die Grundgesamtheit der evaluierten PB-Fälle (vgl. Abbildung 14 in Abschnitt 4.1.1). Die Abweichungen sind statistisch nicht signifikant.

\(^{10}\) Mit Hilfe des \(\chi^2\)-Tests werden Unterschiede in Häufigkeitsverteilungen zweier oder mehrerer Merkmale auf statistische Bedeutsamkeit hin überprüft (vgl. Bortz 2005).
Abbildung 49: Untergruppenspezifische Geschlechtsverteilung

Lebensform

Sowohl die Versicherten in der Experimental- als auch Kontrollgruppe leben in den meisten Fällen mit einem Partner oder anderen Angehörigen zusammen, was insbesondere im Hinblick auf die emotionale und informelle Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen im Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung von Bedeutung ist (s. Abbildung 50). Der dabei zumindest augenscheinlich scheinbar leicht höhere Anteil alleine lebender Personen in der Experimentalgruppe ist statistisch nicht signifikant. Von daher ist auch bezüglich des Merkmals „Lebensform“ kein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden übergeordneten Untersuchungsgruppen zu konstatieren.

Abbildung 50: Verteilung des Merkmals „Lebensform“
In der nach den vier Untergruppen der Evaluation aufgeschlüsselten Darstellung (s. Abbildung 51) zeigt sich allerdings, dass in der „Ü75-Gruppe“ erwartungsgemäß der Anteil alleine lebender Personen mit 15–20 % signifikant höher ist als in den anderen Untersuchungsgruppen ($\chi^2$-Test, $p=0.035$).

Abbildung 51: Untersuchungsgruppenspezifische Lebensform
4.2.3. Ergebnisse

Atmosphäre bei Kontakten

Die Atmosphäre bei den Kontakten zu den Patientenbegleitern bzw. den Krankenkassen-Mitarbeitern in der Kontrollgruppe, hinsichtlich derer beurteilt werden sollte, ob sich die jeweiligen Ansprechpartner Zeit genommen haben und stets freundlich und zuvorkommend waren, wird von den Versicherten insgesamt als gut bis sehr gut beurteilt (s. Abbildung 52). Innerhalb der Experimentalgruppe (isNaN=1,33) fällt dieses Urteil allerdings noch einmal signifikant besser aus als in der Kontrollgruppe (isNaN=1,49) (Mann-Whitney-U-Test\(^\text{11}\), p=0.019).

Abbildung 52: Atmosphäre bei Kontakten

Untersuchungsgruppenspezifische Atmosphäre bei Kontakten

Bei differenzierter Betrachtung innerhalb der Gruppen, wie bspw. in Abbildung 53 für die Experimentalgruppe dargestellt, treten dahingegen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in der Bewertung der Atmosphäre bei Kontakten zu den Patientenbegleitern auf. Diese werden übergreifend als sehr gut beurteilt.

\(^\text{11}\) Der Mann-Whitney-U-Test ist ein nicht-parametrisches Testverfahren. Er wird eingesetzt, um Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Gruppen auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin zu untersuchen, wenn die Anwendungsvoraussetzungen von Varianzanalyse oder T-Test (Intervallskalierung, Normalverteilung) nicht erfüllt sind (vgl. Bortz 2005).
Erreichbarkeit der Patientenbegleiter/Krankenkassen-Mitarbeiter

Die Erreichbarkeit der Patientenbegleiter bzw. Krankenkassen-Mitarbeiter wird ebenfalls insgesamt als gut bis sehr gut beurteilt (s. Abbildung 54). Ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen Experimental- (Ø=1,58) und Kontrollgruppe (Ø=1,63) besteht dabei allerdings nicht.
Untersuchungsgruppenspezifische Erreichbarkeit der Patientenbegleiter/Krankenkassen-Mitarbeiter

Auch bei einer gemäß den vier Untergruppen der Evaluation differenzierten Betrachtung, in Abbildung 55 etwa innerhalb der Experimentalgruppe dargestellt, sind jeweils keine statistisch signifikanten Beurteilungsunterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungsuntergruppen festzustellen (Kruskal-Wallis-H-Test\textsuperscript{12}, p=0.722).

\textbf{Abbildung 55: Untersuchungsgruppenspezifische Erreichbarkeit der Patientenbegleiter/Krankenkassen-Mitarbeiter}

Eingehen auf Wünsche der Versicherten

Die Versicherten geben aus ihrer Sicht an, dass ihre Wünsche in den allermeisten Fällen größtenteils oder sogar völlig berücksichtigt wurden (s. Abbildung 56). Dies bedeutet, dass bei der bereits in Abschnitt 4.1.3 von den Patientenbegleitern aus fachlicher Sicht umrissenen größtenteils dialogischen Umsetzung von Serviceplan und Zielvereinbarungen bei den Versicherten keinesfalls der Eindruck entsteht, es sei nicht auf ihre Anliegen eingegangen worden. Bei der Wunschberücksichtigung aus Sicht der Versicherten gibt es allerdings auch keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Experimental- (\(\bar{\Omega}=1,39\)) und Kontrollgruppe (\(\bar{\Omega}=1,45\)).

\textsuperscript{12} Der Kruskal-Wallis-H-Test ist ein nicht-parametrisches Testverfahren. Er wird eingesetzt, um Unterschiede zwischen 3 oder mehr unabhängigen Gruppen auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin zu untersuchen, wenn die Anwendungsvoraussetzungen der Varianzanalyse (Intervallskalierung, Normalverteilung) nicht erfüllt sind (vgl. Bortz 2005).
Untersuchungsgruppenspezifische Auswertung des Eingehens auf die Wünsche der Versicherten

Innerhalb der Experimentalgruppe gibt es zwischen den verschiedenen Untergruppen der Evaluation ebenfalls keine relevanten statistischen Unterschiede, wobei die Bewertungen auch hier in allen Gruppen auf hohem Niveau liegen (s. Abbildung 57).

Abbildung 56: Eingehen auf Wünsche der Versicherten

Abbildung 57: Untersuchungsgruppenspezifisches Eingehen auf Wünsche der Versicherten
Anregungen für die Versicherten, auch selbst aktiv an der Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Situation mitzuwirken

Der Umfang, in dem die Patientenbegleiter bzw. Krankenkassen-Mitarbeiter Anregungen geben, selbst an der Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Situation mitzuwirken, wird von den Versicherten insgesamt sehr unterschiedlich bewertet (s. Abbildung 58): Während in der Experimentalgruppe über 83 % der Versicherten viele bzw. sogar sehr viele Anregungen bekommen (ð = 1,93), erhalten in der Kontrollgruppe fast die Hälfte aller Versicherten nach eigenem Empfinden nur wenige oder sogar gar keine Anregungen (ð = 2,57). Diese unterschiedliche Wahrnehmung zwischen den beiden Gruppen ist statistisch höchst signifikant (Mann-Whitney-U-Test, p=0.000). Im Rahmen der Patientenbegleitung werden die Versicherten also deutlich stärker aktiviert, auch selbst etwas zur Verbesserung ihrer Gesundheitssituation beizutragen.

Abbildung 58: Anregungen zur Mitwirkung an der Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Situation

Untersuchungsgruppenspezifische Auswertung der Anregungen für die Versicherten, auch selbst an der Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Situation mitzuwirken

Innerhalb der Patientenbegleitungsgruppe liegen die Einschätzungen dabei in allen Untersuchungsgruppen auf dem gleichen Niveau (s. Abbildung 59). Die Unterschiede fallen dement sprechend nicht signifikant aus. Es gelingt im Rahmen der Patientenbegleitung also gleichermaßen gut, die verschiedenen Versichertengruppen zu aktivieren.
Übergänge zwischen den medizinischen Behandlungen

Die Übergänge zwischen verschiedenen medizinischen Behandlungen verlaufen aus Sicht der Versicherten insgesamt gut bis sehr gut (s. Abbildung 60). Zwischen Experimental- (\(\bar{\theta} = 1,85\)) und Kontrollgruppe (\(\bar{\theta} = 1,79\)) gibt es dabei keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. In der Kontrollgruppe kann man somit also auch nicht in jeder Hinsicht von einer qualitativ noch ausbaufähigen Versorgung sprechen.

Abbildung 59: Untersuchungsgruppenspezifische Anregungen zur Mitwirkung an der eigenen gesundheitlichen Situation

Abbildung 60: Übergänge zwischen den medizinischen Behandlungen
Untersuchungsgruppenspezifische Auswertung der Übergänge zwischen den medizinischen Behandlungen

Zwischen den Beurteilungen in den verschiedenen Untersuchungsgruppen innerhalb der Experimentalgruppe gibt es zwar rein augenscheinlich leichte Mittelwertsunterschiede (s. Abbildung 61), diese sind allerdings statistisch ohne Bedeutung.

Abbildung 61: Untersuchungsgruppenspezifische Übergänge zwischen den medizinischen Behandlungen

Gesamteffekte aus Sicht der Versicherten

Zur übergreifenden Analyse der von den Versicherten wahrgenommenen Gesamteffekte wurde für die statistische Datenauswertung der Versichertenbefragung ein Effektindex analog zur Auswertung der Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter gebildet (s. Abschnitt 4.1.5), der sich aus den Angaben der Versicherten zu Veränderungen in folgenden Bereichen zusammensetzt:

- Änderungen in den gesundheitsbezogenen Befürchtungen und Ängsten, den täglichen Verpflichtungen, gewohnten Aktivitäten und Kontakten zu anderen nicht mehr ausreichend nachgehen zu können, auf Pflege angewiesen zu sein, den Ärzten und Fachleuten die eigenen Anliegen nicht richtig verdeutlichen zu können sowie nicht ausreichend über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen informiert zu sein.
- Änderungen in der körperlichen, seelischen und allgemeinen gesundheitlichen Verfassung

Die so ermittelten Gesamteffekte fallen in der Experimentalgruppe zwar etwas höher aus als in der Kontrollgruppe (s. Abbildung 62), dieser Mittelwertsunterschied ist allerdings statistisch gesehen knapp nicht signifikant. Die absoluten Zahlen zeigen, dass sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe grundsätzlich Verbesserungen in den genannten Bereichen eintreten, die in der Experimentalgruppe nominal etwas größer ausfallen.
Untersuchungsgruppenspezifische Gesamteffekte aus Sicht der Versicherten

Änderung des subjektiven Befindens

Die von den Versicherten beschriebenen Veränderungen ihres persönlichen Befindens wurden im Rahmen der statistischen Datenanalyse zu einem globalen Index, dem so genannten Befindensänderungsindex, zusammengefasst. Er setzt sich zusammen aus Veränderungen der körperlichen und seelischen Verfassung sowie des allgemeinen Wohlbefindens. Der Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zeigt in beiden Gruppen absolut gesehen leichte Verbesserungen des subjektiven Befindens auf ähnlich hohem Niveau (s. Abbildung 64). Der in der Abbildung zu sehende Mittelwertsunterschied ist statistisch allerdings nicht signifikant und in Anbetracht der absoluten Zahlen auch ohne inhaltliche Relevanz.

Abbildung 64: Änderung des globalen subjektiven Befindens

Die im Rahmen der Indexbildung ermittelten globalen Befunde bzgl. des subjektiven Befindens zeigen sich durchgängig auch bei Betrachtung der einzelnen, dem Index zugrundeliegenden, Skalen in allen Bereichen (s. Abbildung 65). Dabei liegen die Verbesserungen in den Unterbereichen in Experimental- und Kontrollgruppe auf einem vergleichbaren Niveau. Statistisch signifikante Unterschiede konnten nicht festgestellt werden.

Abbildung 65: Änderung der subjektiven Befindensbereiche

Untersuchungsgruppenspezifische Änderung des subjektiven Befindens

Im Hinblick auf die vier Untergruppen der Evaluation gibt es zwar bspw. innerhalb der Experimentalgruppe augenscheinliche Mittelwertsunterschiede in der, durch den Befindensänderungsindex abgebildeten, globalen Einschätzung der Veränderungen des subjektiven Befindens der Versicherten (s. Abbildung 66). Diese erreichen allerdings wiederum keine statistische Signifikanz.

Abbildung 66: Untersuchungsgruppenspezifische Änderung des globalen subjektiven Befindens
Abbau von Befürchtungen/Ängsten insgesamt

Zur gesonderten Analyse der Entwicklung von gesundheitsbezogenen Befürchtungen und Ängsten bei den Versicherten wurde ein Index gebildet, der sich aus den Veränderungen der folgenden Bereiche von potenziellen Ängsten und Befürchtungen zusammensetzt:

- den täglichen Verplichtungen nicht mehr angemessen nachkommen zu können (z. B. Haushalt, Beruf)
- Einschränkungen bei gewohnten Aktivitäten (z. B. Spaziergänge, Hobbys)
- Beeinträchtigungen in Kontakten zu anderen bzw. in der Partnerschaft
- sich nicht ausreichend über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen informiert fühlen
- eigene Anliegen gegenüber Ärzten und Fachleuten nicht richtig verdeutlichen können
- auf Pflege angewiesen zu sein

Sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe zeigen sich auf diesem Index im Schnitt Verbesserungen in Form eines leichten Abbaus von Befürchtungen und Ängsten (s. Abbildung 67). Zwischen den beiden Gruppen gibt es allerdings einen statistisch signifikanten Mittelwertsunterschied (ANOVA, p=0.046). Der Abbau von Befürchtungen bzw. Ängsten gelingt in der Experimentalgruppe also nachweislich besser.

Abbildung 67: Veränderung von Befürchtungen/Ängsten

Befürchtungen, nicht ausreichend über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen informiert zu sein

rund 73 % der Versicherten der Experimentalgruppe eine leichte oder deutliche Reduzierung ihrer Befürchtungen angeben, kommt es bei den Versicherten der Kontrollgruppe in knapp 60 % aller Fälle zu keiner Veränderung oder sogar zu schlimmeren Befürchtungen. Bzgl. der Gruppenmittelwerte zu diesen Einschätzungen (EG: 2,21; KG: 2,77) liegen dementsprechend statistisch hoch signifikante Unterschiede vor (Mann-Whitney-U-Test, p=0.000).

Abbildung 68: Befürchtungen, nicht ausreichend über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen informiert zu sein

Sonstige Befürchtungen und Ängste der Versicherten

In den sonstigen Bereichen sind die Befürchtungen und Ängste in der Experimentalgruppe mit Patientenbegleitung zwar durchgängig, absolut gesehen aber jeweils auch nur geringfügig niedriger ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe (s. Abbildung 69).
Untersuchungsgruppenspezifische Veränderung von Befürchtungen/Ängsten


Abbildung 70: Untersuchungsgruppenspezifische Veränderung von Befürchtungen/Ängsten

Gesamtzufriedenheit der Versicherten

Die Zufriedenheit der Versicherten wurde im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung in vier verschiedenen Bereichen erfasst:

- (Beratungs-)Kompetenz der Patientenbegleiter/Krankenkassen-Mitarbeiter
- Vertrauensverhältnis zum Patientenbegleiter/Krankenkassen-Mitarbeiter
- Einfühlungsvermögen des Patientenbegleiters/Krankenkassen-Mitarbeiter
- Ablauf der Patientenbegleitung/Betreuung im Allgemeinen

Die Beurteilungen der Versicherten zu diesen vier Bereichen wurden im Rahmen der statistischen Datenauswertung zu einem übergeordneten Zufriedenheitsindex zusammengefasst, um die globale bzw. allgemeine Zufriedenheit der Versicherten statistisch näher analysieren zu können.

Der Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zeigt in beiden Gruppen zunächst eine absolut gesehen hohe Zufriedenheit (s. Abbildung 71). Dabei fällt die Zufriedenheit der Experimentalgruppenversicherten allerdings noch einmal statistisch signifikant höher aus als die der Versicherten in der Kontrollgruppe (ANOVA, p=0.013).
Zufriedenheit der Versicherten im Detail

Die hohe allgemeine Zufriedenheit der Versicherten bestätigt sich weitestgehend durchgängig auch in der Detailbetrachtung der einzelnen Zufriedenheitsaspekte (s. Abbildung 72). Die Zufriedenheit der Versicherten der Experimentalgruppe mit der Beratungskompetenz und dem Einfühlungsvermögen der Patientenbegleiter sowie dem aufgebauten gegenseitigen Vertrauensverhältnis fällt mit mittleren Effektstärken (s. Abbildung 72) deutlich höher aus als die Einschätzungen der Kontrollgruppen-Versicherten. Die Unterschiede sind zudem höchst signifikant (Mann-Whitney-U-Tests, jeweils p=0.000). Bezogen auf den Ablauf der Betreuung ist dies nicht ganz so deutlich ausgeprägt wie in den anderen Bereichen: Zwar zeigt auch hier die Experimentalgruppe eine geringfügig höhere Zufriedenheit. Dieser Unterschied ist allerdings nur marginal signifikant (Mann-Whitney-U-Test, p=0.072).
Untersuchungsgruppenspezifische Gesamtzufriedenheit der Versicherten

Innerhalb der Patientenbegleitungsgruppe liegen bzgl. der durch den Index abgebildeten globalen Zufriedenheitswerte zwar wiederum leichte augenscheinliche Unterschiede in den Zahlenwerten vor (s. Abbildung 73), diese sind statistisch aber nicht signifikant. Daraus kann gefolgert werden, dass die Zufriedenheit der Versicherten in allen Evaluationsuntergruppen auf einem in etwa vergleichbaren Niveau zu verorten ist.

Abbildung 73: Untersuchungsgruppenspezifische Gesamtzufriedenheit

Auch bei nach Beratungskompetenz, Vertrauensverhältnis, Einfühlungsvermögen und Betreuungsablauf differenzierter Betrachtung zeigen sich zwischen den Untergruppen keine statistisch nachweisbaren Unterschiede.

Vorteile der Patientenbegleitung aus Sicht der Experimentalgruppe

Tabelle 7: Vorteile der Patientenbegleitung aus Sicht der Versicherten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorteil aus Sicht der Versicherten</th>
<th>Anzahl</th>
<th>%*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ich hatte einen persönlichen Ansprechpartner, der mich gut beraten hat</td>
<td>185</td>
<td>66,5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Mir wurden wichtige Informationen über Gesundheits- und Pflegeangebote vermittelt</td>
<td>101</td>
<td>36,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe die für mich richtigen Hilfsmittel erhalten (bspw. Gehhilfe, Rollstuhl, Hörgerät)</td>
<td>85</td>
<td>30,6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Mir wurde beim Ausfüllen von Anträgen geholfen</td>
<td>74</td>
<td>26,6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Eine anstehende Maßnahme (bspw. Reha) wurde mit mir vorbereitet</td>
<td>67</td>
<td>24,1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Meine Angehörigen wurden unterstützt</td>
<td>59</td>
<td>21,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Man hat einen wichtigen Beitrag zur Klärung meiner Gesundheitssituation geleistet</td>
<td>52</td>
<td>18,7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich hatte Hilfe beim Kontakt mit Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten oder anderen</td>
<td>48</td>
<td>17,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Man hat sich um meine Versorgung zu Hause gekümmert (bspw. Haushaltsbereitung)</td>
<td>23</td>
<td>8,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Nach einem Krankenhausaufenthalt wurde meine Entlassung nach Hause vorbereitet</td>
<td>14</td>
<td>5,0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige Vorteile</td>
<td>8</td>
<td>2,9 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Mehrfachnennungen waren möglich.

Allgemeine Zufriedenheit mit der Krankenkasse

Die allgemeine Zufriedenheit der Versicherten mit der eigenen Krankenkasse ist absolut gesehen im hohen bis sehr hohen Bereich angesiedelt. Dabei sind allerdings zwischen Experimental- und Kontrollgruppe auch auf diesem insgesamt hohen Niveau noch einmal deutliche Unterschiede in den Einschätzungen der Versicherten erkennbar (s. Abbildung 74). Mit einem Mittelwert von 1,35 fällt die durchschnittliche Bewertung in der Experimentalgruppe hoch signifikant besser aus als in der Kontrollgruppe (Ø = 1,65) (Mann-Whitney-U-Test, p=0.000). Das heißt, dass nicht nur die unmittelbare Zufriedenheit der Versicherten hinsichtlich des konkreten Betreuungs- bzw. Beratungsprozesses, sondern auch die grundsätzliche, allgemeine Zufriedenheit mit der Krankenkasse durch das Angebot der Patientenbegleitung nochmals spürbar gesteigert werden kann.
Abbildung 74: allgemeine Zufriedenheit mit der Krankenkasse

Untersuchungsgruppenspezifische allgemeine Zufriedenheit mit der Krankenkasse

Diese sehr hohen allgemeinen Zufriedenheitswerte mit der Krankenkasse finden sich in allen Untergruppen der Evaluation in ähnlicher Ausprägung wieder (s. Abbildung 75). Signifikante Unterschiede konnten allerdings auch hier nicht festgestellt werden.

Abbildung 75: Untersuchungsgruppenspezifische Zufriedenheit mit der Krankenkasse im Allgemeinen
4.2.4. Qualitatives Feedback der Versicherten

Im Folgenden sind einige Aussagen der Versicherten beispielhaft dargestellt, um einen Einblick in deren Rückmeldungen zum Angebot der Patientenbegleitung zu geben. Die Auswahl ist dabei lediglich exemplarisch für bestimmte Themenbereiche und stellt keinen repräsentativen Ausschnitt aus der Gesamtzahl aller Aussagen dar, speziell auch nicht im Hinblick auf das Verhältnis zwischen positiven und negativen Beurteilungen.

Die befragten Versicherten der Experimentalgruppe merkten u. a. die folgenden Aspekte der Patientenbegleitung positiv an:

- "Der Service ist sehr freundlich und zuvorkommend. Großes Lob den Mitarbeitern."
- "Ich war sehr positiv überrascht über die schnelle, persönliche Kontaktaufnahme schon während meines Krankenhausaufenthalts."
- "Eine Kur nach meinem Schlaganfall wurde sehr schnell genehmigt. Es ist beruhigend zu wissen, im Alter, wenn man selbst nicht mehr mit allem klarkommt, jemanden zu haben, der sich evtl. um Krankenhausaufenthalte, Verlängerungen bei der Reha etc. kümmert."
- "Meine gesamte Behandlungszeit (...) wurde optimal durchgeführt. Es fand eine schnelle und unkomplizierte Unterstützung durch die Bosch BKK statt."
- "Die Patientenbegleiter sind eine gute Einrichtung für ältere Patienten."
- "Ich finde es gut zu erleben, dass die BKK versucht, über die Patientenbegleitung die Abläufe im Gesundheitswesen zu optimieren. Dadurch verspreche ich mir eine Zeit- und somit Kosteneinsparung."
- "Die Patientenbegleitung sollte unbedingt beibehalten werden."

Folgende neutrale oder eher negative Aspekte bzw. Erfahrungen wurden von den Versicherten zurückgemeldet:

- "Die Patientenbegleiter sollten den Kontakt nicht abbrechen, bis die Krankheit ausgeheilt ist."
- "Ich wurde persönlich von meiner Patientenbegleiterin freundlich und gut behandelt, aber für manche anderen Angestellten (der Bosch BKK) ist mein Zustand völlig gleichgültig (obwohl meine Therapie in einer sehr schweren Phase ist)."
- "Ich bin der Meinung, dass es gut wäre, wenn der oder die Patientenbegleiter/-in den Patienten ab und an anrufen würde, um zu fragen, wie es geht oder ob Hilfe gebraucht wird."
- "Mir wäre ein persönliches Gespräch zu Hause lieber gewesen."
- "Ich würde schon bei der Einlieferung ins Krankenhaus die Patientenbegleitung um Hilfe bitten."
- "Das Chaos, das die kassenärztliche Vereinigung anrichtet, kann auch die Patientenbegleitung nicht mildern."
- "Habe bis jetzt noch keine Mitarbeit gesehen."
4.2.5. Fazit


Im subjektiven Befinden der Patienten kommt es im Untersuchungszeitraum insgesamt zu positiven Veränderungen, wobei sich vergleichbar positive Entwicklungen auch in der Kontrollgruppe zeigen. Deswegen können diese nicht unmittelbar auf die Patientenbegleitung zurückgeführt werden. Im Hinblick auf Befürchtungen und Ängste, die mit der Erkrankung bzw. dem Gesundheitszustand in Zusammenhang stehen, zeigen sich dahingegen starke Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen: Bei den Patienten der Experimentalgruppe konnten besonders die Befürchtungen, nicht ausreichend über die für die Gesundheitssituation sinnvollen bzw. notwendigen Hilfen und Angebote informiert zu sein, durch die Patientenbegleitung deutlich stärker abgebaut werden als in der Vergleichsgruppe.


4.3. Ärzte-/Krankenhaussozialdienstbefragung

Neben den Versicherten wurden mit den niedergelassenen Ärzten und Krankenhaussozialdiensten auch die wichtigsten Partner der Patientenbegleitung angeschrieben und um ihre einzelfallbezogenen Einschätzungen zu Ablauf und Ergebnissen der jeweiligen Patientenbegleitungsmaßnahmen gebeten. Ein Kontrollgruppenvergleich war auf dieser Untersuchungsebene nicht möglich (s. Abschnitt 3.4). Die Befunde der mehrstufigen statistischen Datenauswertung sind im Folgenden dargestellt. Eine Befragung erfolgte allerdings nur unter der Bedingung, dass im Einzelfall tatsächlich eine substanzielle Beteiligung an der Patientenbegleitung vorgesehen war. Bezogen auf alle untersuchten Fälle mit Patientenbegleitung trifft dies bei ca. 55 % der Fälle für die Ärzte und bei 20 % der Fälle für die Krankenhaussozialdienste zu.

4.3.1. Datengrundlage: Rücklaufquoten und „Drop-out“

Die Rücklaufquoten der insgesamt 332 befragten Ärzte (s. Tabelle 8) sowie der 87 befragten Krankenhaussozialdienste (s. Tabelle 9) liegen mit jeweils insgesamt knapp 50 % in einem sehr hohen Bereich. Referenzwerte vergleichbarer anderer Studien fallen mitunter deutlich niedriger aus. So erreichte bspw. eine Ärztebefragung zur Bewertung von Krankenhäusern in der Region Rhein-Ruhr durch das Picker-Institut einen Rücklauf in Höhe von rund 20 % (Initiativkreis Ruhrgebiet 2007). In einer Dekubitus-Studie bei niedergelassenen und hausärztlich tätigen Ärzten durch das Albertinen Haus (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie) sowie das Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg haben nur rund 31 % der befragten Ärzte den Fragebogen bearbeitet und zurückgesandt (s. Krause u. a. 2004).

Tabelle 8: Rücklaufquote Ärztebefragung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ärztbefragung (angeschrieben)</th>
<th>Ärztbefragung (Rücklauf)</th>
<th>Ärztbefragung (Quote)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GESAMT</td>
<td>332</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td>Ü75</td>
<td>84</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzerkrankung</td>
<td>102</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlaganfall</td>
<td>40</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Krebserkrankung</td>
<td>106</td>
<td>51</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabelle 9: Rücklaufquote Krankenhaussozialdienst-Befragung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankenhaussozialdienst (angeschrieben)</th>
<th>Krankenhaussozialdienst (Rücklauf)</th>
<th>Krankenhaussozialdienst (Quote)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GESAMT</td>
<td>87</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Ü75</td>
<td>18</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzerkrankung</td>
<td>19</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlaganfall</td>
<td>26</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Krebserkrankung</td>
<td>24</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Trotz dieser hohen Rücklaufquoten müssen im Hinblick auf die Mindestanforderungen an die Fallzahlen, bzgl. der statistischen Auswertbarkeit, auch die absoluten Rücklaufzahlen betrachtet werden (vgl. Abschnitt 3.2.2). Die Krankenhaussozialdienste waren insgesamt nur so selten in die Patientenbegleitung involviert, dass die absoluten Rückläufe nicht ausreichen, um eine weitergehende und aussagekräftige statistische Auswertung gewährleisten zu können. Daher dürfen die, an zentralen Stellen der folgenden Ausführungen skizzierten, Ergebnisse dieser Befragungsebene nur unter einem gewissen Vorbehalt interpretiert werden.

4.3.2. Prozessbeschreibung

Patientenbegleitung indiziert aus Sicht der Ärzte

Aus Sicht der befragten Ärzte war die Einleitung der Patientenbegleitungen bei ca. drei Viertel der untersuchten Fälle vollauf indiziert. Werden noch die als überwiegend indiziert eingeschätzten Fälle hinzugezogen, ergibt sich sogar ein Anteil von 94 % (s. Abbildung 76). Die Patientenbegleitung ist also aus Ärzesicht ein überaus sinnvolles Angebot.

Abbildung 76: Patientenbegleitung indiziert aus Sicht der Ärzte

Ein Vergleich zwischen den verschiedenen Untergruppen der Evaluation (s. Abbildung 77) zeigt allerdings im Detail noch kleinere Unterschiede: Für die Gruppe der Patienten mit Herzerkrankung wird interessanterweise die Einleitung einer Patientenbegleitungsmaßnahme insgesamt etwas weniger sinnvoll bzw. notwendig erachtet als für die anderen Patienten- gruppen. Dabei fällt der Unterschied zu den Patienten mit Krebserkrankung, mit den absolut höchsten „Indikationsraten“, signifikant aus (Mann-Whitney-U-Test\textsuperscript{13}, p=0.011), während der

\textsuperscript{13} Der Mann-Whitney-U-Test ist ein nicht-parametrisches Testverfahren. Er wird eingesetzt, um Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Gruppen auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin zu untersuchen, wenn die Anwendungsvoraussetzungen von Varianzanalyse oder T-Test (Intervallskalierung, Normalverteilung) nicht erfüllt sind (vgl. Bortz 2005).
Unterschied zur Ü75-Gruppe statistisch allenfalls als tendenziell einzustufen ist (Mann-Whitney-U-Test, p=0.121). Aufgrund der absolut geringen Rücklaufzahlen (s. Tabelle 8) konnte die Gruppe der Schlaganfallpatienten analog zur Versichertenbefragung nicht in untergruppenspezifischen Auswertungen einbezogen werden (vgl. Abschnitt 4.2.1).

**Abbildung 77: Patientenbegleitung indiziert aus Sicht der Ärztensicht – Untersuchungsgruppenspezifisch**

**Notwendigkeit der Patientenbegleitung aus Sicht der Krankenhaussozialdienste**

Auch die Rückmeldungen der Krankenhaussozialdienste zeigen, dass hier das Angebot der Patientenbegleitung im Einzelfall als notwendig bzw. sinnvoll angesehen wird (s. Abbildung 78). Insgesamt fällt die Beurteilung hier allerdings etwas zurückhaltender aus als die Indikationseinschätzungen der Ärzte.

**Abbildung 78: Notwendigkeit der Patientenbegleitung aus Sicht der Krankenhaussozialdienste**
Kontakte zwischen Ärzten und Patientenbegleitern

Die Zahl der Maßnahmen, in denen es zu einem unmittelbaren schriftlichen, telefonischen oder persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patientenbegleiter gekommen ist, fällt relativ gering aus (s. Abbildung 79). In über 40 % der Fälle fand kein derartiger Kontakt statt.

Abbildung 79: Kontakte zwischen Ärzten und Patientenbegleitern

Dieses Bild zeigt sich in vergleichbarer Größenordnung in allen Untersuchungsgruppen (s. Abbildung 80). Zwischen den Häufigkeitsverteilungen der Evaluationsuntergruppen sind keine statistischen Unterschiede nachweisbar ($\chi^2$-Test$^{14}$, $p=0.444$), obwohl die Kontakthäufigkeit in der Ü75-Gruppe mit 63,4 % rein augenscheinlich betrachtet vergleichsweise hoch auszufallen scheint.

---

Kontakte zwischen Krankenhaussozialdiensten und Patientenbegleitern

Zwischen den Krankenhaussozialdiensten und Patientenbegleitern kommt es dahingegen bei einem deutlich höheren Prozentsatz der (allerdings absolut gesehen nur wenigen) untersuchten Fälle zu einem unmittelbaren Kontakt (s. Abbildung 81) als bei den Ärzten. Es kann angenommen werden, dass hier die „Kontaktschwellen“ deutlich geringer ausgeprägt sind.

Abbildung 80: Untersuchungsgruppenspezifische Kontakte zwischen Ärzten und Patientenbegleitern

Abbildung 81: Kontakte zwischen KSD und Patientenbegleitern
Zusammenarbeit der Ärzte und Krankenhaussozialdienste mit anderen Personen und Institutionen

Zur Analyse der Auswirkung der Patientenbegleitung auf die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit Krankenkasse, behandelnden Krankenhaus-Ärzten, Krankenhaussozialdiensten, Angehörigen oder sonstigen an der Betreuung bzw. Behandlung des Patienten beteiligten Personen und Institutionen wurde für die statistische Datenauswertung ein so genannter Kooperationsindex gebildet, der die durch die PB verursachte Veränderung in der Qualität – Zusammenarbeit verdichtet veranschaulichen kann. Der Index kann Werte zwischen -25 (= eher schlechter), über 0 (=gleich gut), 25 (=etwas besser) bis zu 50 (= viel besser) annehmen. Positive Werte bedeuten dabei, dass die Ärzte im Zuge der Patientenbegleitung eine bessere Zusammenarbeit sehen als bei vergleichbaren Patienten ohne Patientenbegleitung. Im Mittel fällt die Beurteilung durch die Ärzte positiv aus (s. Tabelle 10). Der aus den Einschätzungen der Ärzte gebildete Kooperationsindex weist insgesamt einen stark positiven Effekt mit einer hohen Effektgröße15 auf.

Tabelle 10: Kooperationsindex der Ärzte

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kooperationsindex (Ärztesicht)</th>
<th>N</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>Standardabweichung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>119</td>
<td>-25</td>
<td>50</td>
<td>18,4</td>
<td>16,98</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dabei fallen die Beurteilungen durch die Ärzte in allen Untersuchungsgruppen ähnlich hoch aus. Zwischen den untersuchten Untergruppen gibt es keine statistisch bedeutsamen Unterschiede (s. Abbildung 82).

Für die Krankenhaussozialdienste wurde ein analoger Kooperationsindex gebildet. Auch dieser Index zeigt, diesmal aus Sicht der Krankenhaussozialdienste, eine durch die Patientenbegleitung ausgelöste bessere Zusammenarbeit mit allen für die Betreuung des Patienten zuständigen Personen und Stellen. Die Effekte fallen absolut gesehen in etwa genauso hoch aus (s. Tabelle 11) wie bereits oben aus Sicht der Ärzte dargestellt.

<table>
<thead>
<tr>
<th>N</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>Standardabweichung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>33</td>
<td>0</td>
<td>50,0</td>
<td>19,7</td>
<td>15,55</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Entlastung der Ärzte

Die von den Ärzten beschriebene Entlastung durch die Patientenbegleitung muss differenziert betrachtet werden (s. Abbildung 83). Immerhin knapp die Hälfte aller befragten Ärzte gibt an, durch die Arbeit der Patientenbegleiter stark oder sogar sehr stark entlastet worden zu sein. Ein Drittel der Ärzte fühlte sich zumindest geringfügig entlastet. Nur ca. 20 % der Ärzte geben an, gar nicht entlastet worden zu sein. Als zusätzliche Belastung wurde die Patientenbegleitung in keinem einzigen Fall gesehen. Bei diesen für sich schon recht positiven Zahlen für die Patientenbegleitung muss zusätzlich noch berücksichtigt werden, dass hier noch die (gar nicht seltenen) Fallverläufe eingeschlossen sind, in denen es zu gar keinem unmittelbaren Kontakt zwischen Arzt und Patientenbegleiter gekommen ist (s. Abbildung 79).
Zwischen den Untersuchungsgruppen liegen im Hinblick auf die Entlastung der Ärzte nur geringe Unterschiede vor (s. Abbildung 84), die keine statistische Signifikanz aufweisen.

Maßgeblich beeinflusst wird die empfundene Entlastung der Ärzte dadurch, ob im Verlauf des Behandlungszeitraums ein unmittelbarer Kontakt zu den Patientenbegleitern stattgefunden hat (s. Abbildung 85). Im Falle eines Kontaktes wird die Patientenbegleitung von den
Ärzten im Schnitt als deutlich stärker entlastend empfunden (Ø = 2,32) als ohne einen solchen unmittelbaren Kontakt (Ø = 3,21) (T-Test\textsuperscript{16}, p=0.000).

Die Häufigkeitsverteilungen in Abbildung 85 zeigen, dass fast 95 % der Ärzte sich zumindest geringfügig entlastet fühlen, wenn es zu einem Kontakt mit dem Patientenbegleiter gekommen ist. Annähernd 70 % der Ärzte sehen sich unter dieser Bedingung sogar stark oder sehr stark entlastet. Selbst wenn es zu keinem unmittelbaren Kontakt gekommen ist, gibt noch ungefähr die Hälfte der Ärzte an, zumindest geringfügig entlastet worden zu sein, 22 % berichten sogar dann noch von einer starken Entlastung durch die Tätigkeit der Patientenbegleiter.

![Abbildung 85: Entlastung der Ärzte in Abhängigkeit vom Kontakt zu den Patientenbegleitern](image)

Entlastung der Krankenhaussozialdienste


\textsuperscript{16} Der T-Test ist ein statistisches Testverfahren, mit dessen Hilfe Mittelwertsunterschiede zwischen zwei Gruppen (etwa Männer und Frauen) auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin untersucht werden können. Für seine Anwendung sind bestimmte Voraussetzungen (Intervallskalierung, Normalverteilung) notwendig (vgl. Bortz 2005).
Abbildung 86: Entlastung der Krankenhaussozialdienste durch die Patientenbegleitung
4.3.3. Ergebnisse

Gesamtzufriedenheit der Ärzte


<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 12: Zufriedenheitsindex der Ärzte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Zufriedenheitsindex (Ärzesicht)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Diese hohen Zufriedenheitswerte zeigen sich in allen Untersuchungsgruppen auf ähnlichen Niveau (s. Abbildung 87). Ein statistisch bedeutsamer Mittelwertsunterschied ist dabei nicht festzustellen, rein augenscheinlich ist die Zufriedenheit in der Ü75-Gruppe am Geringsten.

Abbildung 87: Untersuchungsgruppenspezifischer Zufriedenheitsindex

Vorteile durch die Patientenbegleitung aus Ärzesicht

Die Ärzte sehen die größten Vorteile der Patientenbegleitung in einer Entlastung bei der psychosozialen Betreuung der Patienten (benannt in 57,1 % aller Fälle) sowie einer, mit schon deutlichem Abstand bei der Nennungshäufigkeit, schnelleren bzw. unbürokratischen Beschaffung der richtigen Hilfsmittel gefolgt von einem besseren Informationsstand des Patien-
ten bezüglich der Gesundheitsangebote (s. Tabelle 13). Mit jeweils ca. 30 % relativ häufig genannt werden zudem noch die höhere Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen an der Behandlung des Patienten beteiligten Stellen sowie dem besseren Informationsstand des Patienten in sozialrechtlichen Fragen.

Dabei decken sich vor allem die beiden Aspekte unbürokratischere Beschaffung von Hilfsmitteln sowie besserer Informationsstand mit der Sichtweise der Versicherten, die diesbezüglich u. a. ebenfalls die größten Vorteile der Patientenbegleitung verorten (vgl. Tabelle 7 auf Seite 100).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 13: Vorteile durch die Patientenbegleitung aus Ärztesicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Anzahl</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Entlastung bei (psychosozialer) Betreuung des Patienten</td>
</tr>
<tr>
<td>schnellere/unbürokratischere Beschaffung der richtigen Hilfsmittel</td>
</tr>
<tr>
<td>besserer Informationsstand des Patienten hinsichtlich der Gesundheitsangebote</td>
</tr>
<tr>
<td>besserer Informationsstand des Patienten in sozialrechtlichen Fragen</td>
</tr>
<tr>
<td>höhere Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen an der Behandlung bzw. Betreuung beteiligten Personen/Institutionen</td>
</tr>
<tr>
<td>Patient war stärker motiviert, auch eigenständig seine Gesundheitssituation zu verbessern</td>
</tr>
<tr>
<td>Patient folgt eher den ärztlichen Empfehlungen (bessere Compliance)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertrauensverhältnis zum Patienten wurde gestärkt</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige Vorteile</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Mehrfachnennungen waren möglich.

Zufriedenheit der Krankenhaussozialdienste

Die Gesamtzufriedenheit der Krankenhaussozialdienstmitarbeiter fällt, auf einem analog zu den Ärzten berechneten Zufriedenheitsindex, ebenfalls sehr hoch aus (s. Tabelle 14). Bemerkmenswert ist in diesem Zusammenhang, dass sich diese hohe Zufriedenheit nicht nur in einem hohen Mittelwert der Stichprobe ausdrückt, sondern dass die Verteilung (der allerdings wie gesehen kleinen Stichprobe) bei einem Minimum von 67 keine einzige Nennung im unfriedenen Bereich aufweist.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 14: Zufriedenheitsindex aus Sicht der Krankenhaussozialdienste</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Zufriedenheitsindex (KH-Sozialdienst-Sicht)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Vorteile der Patientenbegleitung aus Sicht der Krankenhaussozialdienste


Tabelle 15: Vorteile der Patientenbegleitung aus Sicht der Krankenhaussozialdienste

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorteil</th>
<th>Anzahl</th>
<th>%*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>schnellere/unbürokratischere Beschaffung der richtigen Hilfsmittel</td>
<td>19</td>
<td>50,0</td>
</tr>
<tr>
<td>höhere Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen an der Behandlung bzw. Betreuung beteiligten Personen/Institutionen</td>
<td>19</td>
<td>50,0</td>
</tr>
<tr>
<td>besserer Informationsstand des Patienten hinsichtlich der Gesundheitsangebote</td>
<td>13</td>
<td>34,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertrauensverhältnis zum Patienten wurde gestärkt</td>
<td>10</td>
<td>26,3</td>
</tr>
<tr>
<td>besserer Informationsstand des Patienten in sozialrechtlichen Fragen</td>
<td>9</td>
<td>23,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Entlastung bei (psychosozialer) Betreuung des Patienten</td>
<td>7</td>
<td>18,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Patient war stärker motiviert, auch eigenständig seine Gesundheitssituation zu verbessern</td>
<td>7</td>
<td>18,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige Vorteile</td>
<td>4</td>
<td>10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Patient folgt eher den ärztlichen Empfehlungen (bessere Compliance)</td>
<td>2</td>
<td>5,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Mehrfachnennungen waren möglich.
Veränderung des Gesundheitszustands aus Ärztesicht

Die Einschätzung der Ärzte, zur Veränderung des Gesundheitszustands der Versicherten im Zuge der Patientenbegleitung von Beginn bis Abschluss der Patientenbegleitung, liegt insgesamt im Bereich einer leichten Verbesserung (s. Abbildung 88). Dabei fallen im direkten Vergleich die Beurteilungen für die Untersuchungsgruppe der Patienten mit Herzerkrankung statistisch signifikant besser aus als im Vergleich zur Ü75-Gruppe (Tamhane-T2-Test\textsuperscript{17}, p=0.003) sowie im Vergleich zur Gruppe der an Krebs erkrankten Patienten (Tamhane-T2-Test, p=0.018).

Abbildung 88: Untersuchungsgruppenspezifische Veränderung des Gesundheitszustands der Versicherten aus Ärztesicht

Wie gut wurde dem Patienten aus Ärztesicht geholfen?

Bzgl. der allgemeinen Frage, wie gut dem Patienten durch die Patientenbegleitung geholfen wurde, kommen die Ärzte zu insgesamt sehr positiven Bewertungen (s. Abbildung 89). In rund 83 % aller Fälle stellte die Arbeit der Patientenbegleiter aus Sicht der Ärzte eine gute bis sehr gute Hilfe für die Patienten dar. Diese Beurteilung steht damit in Zusammenhang, ob im Rahmen des Patientenbegleitungsprozesses ein Kontakt zwischen Patientenbegleiter und Arzt stattgefunden hat. Ist dies der Fall, so fallen die Einschätzungen deutlich besser aus, als wenn es keinen Kontakt gab (T-Test, p=0.001). Darüber hinaus korreliert die Einschätzung hoch signifikant mit dem von den Ärzten wahrgenommenen Entlastungsgrad (Spearman-Rho\textsuperscript{18}=0,613; p=0.000). D. h. mit zunehmender Entlastung wird auch die „Hilfequalität“ der

\textsuperscript{17} Der Tamhane-T2-Test kommt im Rahmen von Varianzanalysen zur paarweisen Untersuchung von Mittelwertsdifferenzen zwischen Untersuchungsgruppen zum Einsatz, wenn die Varianzen der Gruppen signifikant voneinander abweichen.

Patientenbegleitung beim Patienten höher eingeschätzt. Diese und weitere Zusammenhänge werden im Zuge der Wirkfaktorenanalyse in Abschnitt 4.7 noch weiter vertieft.

Abbildung 89: Wie gut dem Patienten aus Ärztesicht geholfen wurde

Hinsichtlich der Untergruppen der Evaluation gibt es in der Beurteilung der Effektivität der Patientenbegleitungsmaßnahmen durch die Ärzte keine statistisch bedeutsamen Unterschiede (s. Abbildung 90).

Abbildung 90: Wie gut dem Patienten aus Ärztesicht nach Untersuchungsgruppen geholfen wurde
Wie gut dem Patienten aus Sicht der Krankenhaussozialdienste geholfen wurde

Auch aus Sicht der Krankenhaussozialdienste stellt die Patientenbegleitung in der überwiegenden Zahl der Fälle (rund 84%) eine gute bis sehr gute Hilfe für die Patienten dar (s. Abbildung 91).

Abbildung 91: Wie gut den Patienten aus Sicht der Krankenhaussozialdienste geholfen wurde

Effektivität der Patientenbegleitung aus Ärztésicht

Neben der Globaleinschätzung des Hilfeerfolgs durch Ärzte bzw. Krankenhaussozialdienste wurde die Gesamteffektivität der Patientenbegleitungsmaßnahmen für die statistische Datenauswertung jeweils zusätzlich durch Bildung eines Effektindex untersucht. Dieser Effektindex setzt sich bei den Ärzten und Krankenhaussozialdiensten jeweils aus den differenzierten Einschätzungen zu den beim Patienten beobachteten Veränderungen in folgenden Einzelbereichen zusammen:

- körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität
- Pflege-/Betreuungsbedarf
- Fähigkeit, gewohnten Aktivitäten nachzugehen
- Gesundheitsverhalten
- Psychische Stabilität und seelisches Wohlbefinden
- Soziale Kontakte und Partnerschaft
- Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse gegenüber Ärzten und anderen Fachleuten deutlich zu machen
- Informiertheit über die für die eigene Gesundheitssituation richtigen Angebote
- Tatsächliche Nutzung vorhandener Gesundheitsangebote und Möglichkeiten der medizinischen Versorgung
Bei den Ärzten liegt dieser Effektindex im Mittel in einem stark positiven Effektgrößenbereich, was insgesamt eine deutliche Verbesserung bei den Patienten in den oben genannten Bereichen nahelegt (s. Tabelle 16).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Effektindex (Ärztesicht)</th>
<th>N</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>Standardabweichung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>155</td>
<td>-50</td>
<td>50</td>
<td>15,4</td>
<td>19,53</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Diese Verbesserungen sind übergreifend über alle Untergruppen der Evaluation hinweg nachweisbar (s. Abbildung 92), wobei allerdings im unmittelbaren Paarvergleich nur die Effektivität für die Gruppe der Patienten mit Herzerkrankungen signifikant höher liegt als in der Gruppe der Über-75jährigen (Tamhane-T2-Test, p=0,043).

Abbildung 92: Untersuchungsgruppenspezifischer Effektindex aus Ärztesicht

Die Einschätzung der Veränderungen bei den Versicherten erfolgte für jeden einzelnen Merkmalsbereich (s. o.) anhand der folgenden 5-fach gestuften Ratingskala:

1 = deutlich verbessert
2 = leicht verbessert
3 = unverändert
4 = leicht verschlechtert
5 = deutlich verschlechtert

Bei differenzierter Analyse der einzelnen Merkmalsbereiche zeigen sich in der Einschätzung der Ärzte die größten positiven Effekte der Patientenbegleitung in den Gebieten „psychische Stabilität und seelisches Wohlbefinden“ (Ø = 2,14), „körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität“ (Ø = 2,31), „tatsächliche Nutzung vorhandener Gesundheitsangebote und Möglichkeiten..."
der medizinischen Versorgung“ ($\bar{\theta} = 2,32$) sowie „Informiertheit über die für seine Gesundheitssituation richtigen Angebote“ ($\bar{\theta} = 2,36$).

Die niedrigsten Effekte werden in den Bereichen „Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse gegenüber Ärzten und Fachleuten deutlich zu machen“ ($\bar{\theta} = 2,58$), „Fähigkeit, gewohnten Aktivitäten nachzugehen“ ($\bar{\theta} = 2,57$) sowie „Gesundheitsverhalten“ ($\bar{\theta} = 2,54$) verortet. Trotzdem ist erkennbar, dass auch für diese von den Ärzten vergleichsweise schlechter beurteilten Merkmalsbereiche im Durchschnitt immer noch tendenzielle Verbesserungen festgestellt werden können.

Effektivität der Patientenbegleitung aus Sicht der Krankenhaussozialdienste

Mit einem Mittelwert von 14,1 (s. Tabelle 17) ordnen sich die (absolut nur wenigen vorliegenden) Einschätzungen der Krankenhaussozialdienste, aus denen ebenfalls ein Effektindex der Patientenbegleitung berechnet wurde, auf einem ähnlichen Effektstärkeniveau ein wie die Einschätzungen der Ärzte.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 17: Effektindex aus Sicht der Krankenhaussozialdienste</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Effektindex (KH-Sozialdienst-Sicht)</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Effektindex (KH-Sozialdienst-Sicht)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4.3.4. Qualitatives Feedback der Ärzte zur Patientenbegleitung

Im Folgenden sind einige Aussagen von Ärzten exemplarisch dargestellt, um einen Einblick in deren qualitative Rückmeldungen zum Angebot der Patientenbegleitung zu geben. Die Auswahl ist dabei analog zur Versichertenbefragung lediglich beispielhaft zu sehen und stellt keinen repräsentativen Ausschnitt aus der Gesamtzahl aller Aussagen dar.

Die befragten Ärzte merkten u. a. die folgenden Aspekte der Patientenbegleitung positiv an:

- „hervorragender Sozialdienst der BKK, sehr gute Unterstützung vor Ort und in der Arbeitsstelle, unkomplizierte Abläufe. Beispielhaft, bei noch keiner anderen Kasse erlebt“
- „Steigerung der Effizienz der Patientenversorgung“
- „Entlastung des Arztes bei verschiedenen Fragestellungen“
- „Der Patient bemerkt, dass Krankenkasse und Arzt gemeinsam nach bestmöglicher Lösung suchen bzw. bei hohen/überzogenen Forderungen, mit Ausspielen Arzt gegen Krankenkasse bzw. umgekehrt, hier gut gegengesteuert werden kann“

Folgende neutrale oder eher negative Aspekte bzw. Erfahrungen wurden von den Ärzten zurückgemeldet:

- „zu wenig Erfahrung mit der Patientenbegleitung“
- „zusätzliche Kosten, letztendlich ohne Verantwortung zu tragen“
- „Die Patientin hat eine einmalige Kontaktaufnahme im Krankenhaus wohl auch als eher unnötig empfunden.“
- „Keinerlei Rückmeldung über die Tätigkeiten des Patientenbegleiters. Was hat er gemacht?“
- „Ausufernde Bürokratisierung und fachfremde Belastung der Basisärzte (Verschlüsselungen, Abrechnungen, Prüfungen etc.) verschlechtern den sozialen Aspekt der Medizin ganz erheblich. Die Qualität wird entschieden schlechter, wenn sie von den Vorgaben des selbsternannten ‘Obermediziners‘ ohne praktische Erfahrung weiter beeinflusst wird!“

Neben positiven und negativen Anmerkungen wurden die Ärzte auch nach möglichen Verbesserungen des Patientenbegleitungsangebots gefragt, von denen an dieser Stelle ebenfalls einige exemplarisch dargestellt werden:

- „Sollte auch für jüngere Patienten (z. B. Pflegeproblem bei Querschnittspatient, Blasenentleerungsstörung) möglich sein“
- „gegenseitige bessere Kooperation mit dem Patientenbegleiter stärken“
4.3.5. Qualitatives Feedback der Krankenhaussozialdienste zur Patientenbegleitung

Auch seitens der Krankenhaussozialdienste wurden sowohl positive als auch negative Erfahrungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Patientenbegleitungsmaßnahmen zurückgemeldet. Hier einige beispielhafte Rückmeldungen:

- „Hilfsmittel und nachgehende Therapien können schneller und unkomplizierter bewilligt werden."
- „insbesondere für die Weiterbetreuung zu Hause sehr von Vorteil; unbürokratische Unterstützung und, soweit möglich, Information"
- „Durch gute Zusammenarbeit erfolgt eine schnellere Bearbeitung.“
- „Die Patientenbegleiter bei der Bosch BKK sind informiert und haben wohl innerhalb der Krankenkasse einen guten Stand. Sehr lobenswert."
- „Die Beratungsarbeit im psychosozialen Bereich durch den Krankenhaussozialdienst bleibt auch mit Patientenbegleitung gleich. Es entsteht eher eine Entlastung bei organisatorischen Angelegenheiten."
- „für meine Arbeit nicht notwendig"
- „Ich wusste nicht einmal, dass diese Patientin einen Patientenbegleiter hat. Die Patientin war kognitiv fit und konnte alles selbst entscheiden. Pflegeversicherungseinstufung war nicht erforderlich."

4.3.6. Fazit


Als unmittelbare Auswirkungen auf die eigene Arbeit von Ärzten und Krankenhaussozialdiensten lässt sich neben einem Entlastungseffekt auch die allgemeine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen allen an der Betreuung bzw. Behandlung des Patienten beteiligten Stellen anführen.

Die Auswertung zeigt allerdings durchaus auch noch Prozessoptimierungspotenzial: So ist etwa die unmittelbare Kontaktaufnahme der Patientenbegleiter zu den Ärzten, die aktuell noch auf einem Niveau etwas unterhalb der 60 %-Marke angesiedelt ist, noch ausbaufähig. Dies könnte zukünftig zu einer noch stärkeren Entlastung der Ärzte führen.

Dennoch fällt seitens der Ärzte und Krankenhaussozialdienste die Zufriedenheit mit Kompetenz und Kooperativität der Patientenbegleiter sowie die Zufriedenheit mit dem Ablauf der Patientenbegleitung insgesamt sehr hoch aus.

4.4. Kosten, Fallzahlen und Falldauern


4.4.1. Spezieller methodischer Hintergrund

Untersuchte Leistungsarten und Gesamtkosten

Wie bereits in Abschnitt 3.4 dargelegt, kamen für die Evaluation der Patientenbegleitung nur Leistungsarten infrage, deren gebuchte Kosten, Fallzahlen und Leistungszeiträume tatsächlich durch eine Maßnahme wie die der Patientenbegleitung beeinflussbar sind. Dazu muss bspw. die Höhe der konkreten Aufwendungen einzelfallbezogen abrufbar sein. Leistungen, die über Kopfpauschalen abgerechnet werden, eigenen sich nicht. Nach eingehender Prüfung wurden folgende Leistungsbereiche in die Evaluation einbezogen:

- Krankenhausbehandlung
- Arzneimittel (nur Häufigkeit und Kosten)
- Pflegeversicherungsleistungen
- Heil- und Hilfsmittel
- Haushaltshilfe u. häusliche Krankenpflege
- Reha-Leistungen
- Ergänzende Reha-Leistungen
- Fahrkosten
- Ambulante Kuren
- Krankengeld
- Arbeitsunfähigkeits-Zeiten (nur Häufigkeit und Dauer)
- Integrierte Versorgung


Unter dem Terminus „Gesamtkosten“ wird in der folgenden Ergebnisdarstellung die Summe der Kosten aus den oben aufgeführten Leistungsbereichen verstanden. Es handelt sich also um die Gesamtheit der Kosten, die im Zuge der vorliegenden Evaluation erfasst wurden, nicht um „absolute“ Gesamtkosten im Gesundheitswesen. Neben Leistungs- bzw. Kostenarten, die den oben aufgeführten Einschlusskriterien nicht genügten (z. B. über Kopfpauschalen abgerechnete Kosten im Bereich der niedergelassenen Ärzte), sind hier etwa auch keine Investitions-, Personalkosten oder Betriebskosten beinhaltet und damit auch nicht die Kos-
ten, die der Krankenkasse durch die Schaffung der strukturellen und prozessualen Rahmenbedingungen der Patientenbegleitung entstehen.

**Statistische Ermittlung von Unterschieden zwischen den Untersuchungsgruppen**


**Abbildung 93: Visualisierung der „Ausreißerproblematik“**
Das Auftreten von Ausreißern ist deswegen ein Problem, weil mittelwertsbasierte Testverfahren wie die ANOVA (s. Abschnitt 3.2.1) sehr leicht auf sie reagieren können, was dann zu verzerrten, im schlimmsten Fall gar zu falschen Befunden führen kann, etwa wenn die Ausreißer sich nicht gleichmäßig auf die Untersuchungsgruppen verteilen. Es war daher bei den Kostendaten notwendig, ausreißerbedingte Verzerrungen statistisch zu kontrollieren. In dieser Beziehung ist es bei vergleichbaren Studien durchaus nicht unüblich, solche nicht den Erwartungen entsprechenden Extremwerte von der weitergehenden Betrachtung auszuschließen. Aufgrund des gehäuften Auftretens war dies im vorliegenden Untersuchungskontext allerdings nicht möglich. Da zudem für jeden in einer Untersuchungsgruppe ausgeschlossenen Ausreißerfall automatisch auch der statistische Zwilling in der Vergleichsgruppe hätte ausgeschlossen werden müssen, selbst wenn dieser gar keinen „Kostenausreißer“ beinhaltet hätte, wären die zur Analyse verbleibenden Stichprobenumfänge sehr schnell auf ein nicht mehr brauchbares Niveau zusammengeschrumpft.


Unter welchen genauen Bedingungen wird nun aber in der im Folgenden dargestellten Auswertung von substanziellen Kostenunterschieden ausgegangen? Hierbei wurde eine konservative Vorgehensweise gewählt, da die Kosteneffekte der Patientenbegleitung auf keinen Fall überschätzt werden sollten. Aufgrund der potenziellen Ausreißer war es bei den Kostendaten nicht ausreichend, wenn allein der F-Test bzw. die ANOVA signifikant war. Der Effekt wurde erst interpretiert, wenn gleichzeitig ebenfalls der U-Test diese Signifikanz bestätigen konnte. Daher wird in der betreffenden Ergebnisdarstellung immer die höchste, also im Sinne der Patientenbegleitung ungünstigste, Irrtumswahrscheinlichkeit aus beiden Verfahren ausgewiesen (abgekürzt durch „p(F,U)” sofern sich auf beide Tests bezogen wird, „p(F)” sofern nur der F-Test und „p(U)” sofern nur der U-Test gemeint ist). War nur der U-Test, nicht aber der F-Test statistisch signifikant, so wurde dies abhängig von der jeweiligen Datenlage mindestens als tendenzieller Hinweis für das Vorhandensein von möglichen Kostenunterschieden gewertet.
4.4.2. Stichprobe

Da im Zuge des statischen Matchings jedem Experimentalgruppenfall mit Patientenbegleitung (PB) genau ein Kontrollgruppenfall, mit der exakt gleichen Diagnosegruppenzuordnung (entsprechend der in Abschnitt 3.2.1 beschriebenen Kriterien), zugewiesen wurde, entspricht die Fallverteilung im Rahmen der Auswertung der Leistungsdaten vollständig der bereits in Abschnitt 4.1.1 dargestellten Verteilung der Fälle mit Patientenbegleitung (s. Abbildung 94). Damit ergibt sich ein Gesamtstichprobenumfang von 1064 Fällen (je 532 in Experimental- und Kontrollgruppe).

Abbildung 94: Verteilung der Fälle in der Auswertung der Leistungsdaten

Die Gesamtstichprobe aus Experimental- und Kontrollgruppe weist in zentralen stichprobenbeschreibenden Variablen folgende Merkmalsverteilungen auf:

- ca. 90 % der untersuchten Versicherten sind deutsche Staatsangehörige.
- ca. drei Viertel der Versicherten sind Rentner, am Höchsten ist dieser Anteil mit nahezu 100 % naturgemäß in der Ü75-Gruppe. In den anderen Gruppen liegt er zw. 60 u. 75 %.
- Bei ca. 25 % der Versicherten liegt eine Härtefallregelung im Zeitraum der PB vor (mit 30,5 % hat die Ü75-Gruppe hier wiederum den höchsten Anteil, in den anderen drei Gruppen liegt der Anteil der Fälle mit Härtefallreglung zwischen 22,9 % und 26,6 %).
- Insgesamt sind 27,3 % der Versicherten im Untersuchungszeitraum verstorben. Die Mortalität ist bei den Krebserkrankungen (38,2 %) und in der Ü75-Gruppe (30,5 %) am Höchsten. Herzerkrankungs- (14,1 %) und Schlaganfallpatienten (17,5 %) weisen eine deutlich niedrigere Mortalität auf.
- Geschlechts- und Altersverteilung siehe Abschnitt 4.4.3.

Tabelle 18: Beschreibung des Nacherhebungszeitraums

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nacherhebungszeitraum (in Tagen)</th>
<th>N</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>Std.-Abweich.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1064</td>
<td>62</td>
<td>669</td>
<td>335,2</td>
<td>113,61</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Da die einzelnen Patientenbegleitungen naturgemäß nicht zu identischen Zeitpunkten begonnen und abgeschlossen wurden, ergeben sich für die einzelnen Fälle, inklusive der zeitlich „parallelisierten“ statistischen Zwillinge in der Kontrollgruppe, jeweils individuelle Nachbeobachtungszeiten (veranschaulicht in Abbildung 95), die sich über einen Zeitraum von minimal zwei Monaten, bei den erst spät in die Studie aufgenommenen Fällen, bis zu fast zwei Jahren, bei den bereits früh aufgenommenen Fällen, erstrecken können.


Für das richtige Verständnis der im Folgenden dargestellten Ergebnisse sei ferner noch darauf hingewiesen, dass die beschriebenen Absolutwerte bzgl. Kosten, Häufigkeiten und Dauern sich immer kumulativ auf den jeweiligen Nacherhebungszeitraum beziehen. Es handelt sich also um keine „Hochrechnungen“ auf einen bestimmten Standardwert, wie es etwa bei durchschnittlichen Kosten pro Monat oder durchschnittlichen Kosten pro Jahr der Fall gewesen wäre. Sofern also bspw. durchschnittliche Krankenhauskosten von 10.000 € ausgewiesen sind, bezieht sich dies immer auf den hier beschriebenen mittleren Nacherhebungszeitraum von ca. elf Monaten.

4.4.3. Repräsentativität der Datengrundlage


Im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung liegt das Durchschnittsalter aller Fälle bei insgesamt 67,4 Jahren, wobei erwartungsgemäß die höchsten Werte bei den Über-
75jährigen beobachtet werden, die anderen Gruppen liegen auf einem ähnlichen Altersniveau (s. Abbildung 96). Diese Werte entsprechen weitestgehend den Vergleichsangaben des Statistischen Bundesamts, wobei sie tendenziell eher etwas niedriger ausfallen als in der Vergleichsgruppe (s. Abbildung 96).

4.4.4. Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen


- „Grunddaten“ wie Alter, mitversicherte Familienangehörige, Familienstand, Härtefallreglung u.v.m.
- Krankenhausaufenthalte in einem Referenzzeitraum vom 01.01.2004 bis zum Beginn der Patientenbegleitung (sog. „Matchingzeitraum“) hinsichtlich Anzahl, Dauer und Kosten
- sonstige im Matchingzeitraum beanspruchte Leistungen, die von den beteiligten Krankenkassen einzelfallbezogen abrufbar waren (Hilfsmittel, Arzneimittel, häusliche Krankenpflege, ambulante Kuren, u.v.m.)
- Krankengeld- und Arbeitsunfähigkeitszeiten im Matchingzeitraum
- Pflegestufe und Pflegeleistungen im Matchingzeitraum


<table>
<thead>
<tr>
<th>Untergruppe</th>
<th>Anzahl Paare</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>Std.-abweich.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ü75</td>
<td>133</td>
<td>53,9 %</td>
<td>97,4 %</td>
<td>80,3 %</td>
<td>7,6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzerkrankungen</td>
<td>131</td>
<td>66,6 %</td>
<td>94,4 %</td>
<td>82,2 %</td>
<td>6,0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlaganfall</td>
<td>77</td>
<td>48,6 %</td>
<td>98,1 %</td>
<td>78,7 %</td>
<td>8,5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Krebserkrankungen</td>
<td>191</td>
<td>53,7 %</td>
<td>94,4 %</td>
<td>78,8 %</td>
<td>8,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>GESAMT</td>
<td>532</td>
<td>48,6 %</td>
<td>98,1 %</td>
<td>80,0 %</td>
<td>7,7 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabelle 19: Prozentuale Ähnlichkeiten der Zwillinge im Matching
Tabelle 19 zeigt die Matchingergebnisse der vorliegenden Studie. Die prozentualen Ähnlichkei- 
ten der statistischen Zwillingspaare reichen über alle Untersuchungs- bzw. Untergruppen 
hinweg von ca. 50 % bis zu annähernd 100 %. Eine völlige Übereinstimmung kann durch das 
Matching also erwartungsgemäß nicht erreicht werden. Mit mittleren Ähnlichkeiten von ca. 
80 % wurden im Rahmen der Studie allerdings insgesamt sehr hohe Übereinstimmungen 
erzielt. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang ebenfalls die relativ geringe Streuung 
der Übereinstimmungswerte (Standardabweichungen im Bereich von etwa 6–9 %). Dies be- 
deutet bspw., dass in der unteren „Randzone“ nur eine vergleichsweise geringe Zahl an 
„schlechten“ Paarbildungen mit relativ niedriger Übereinstimmung vorliegt.
4.4.5. Zeitabhängige Effekte der Patientenbegleitung

Da nicht zwingend erwartet werden kann, dass die Patientenbegleitung (PB) zu unmittelbaren Kosteneffekten führt, wurde in einem ersten Auswertungsstrang geprüft, ob und wenn ja, zu welchen Zeitpunkten solche Effekte auftreten. Hierbei maßgeblich war die naheliegende Vermutung, dass die Patientenbegleitung eher präventive als unmittelbare Wirkungen hat. Als Beispiel wäre etwa eine Sturzprävention durch eine im Rahmen der Patientenbegleitung veranlasste bedarfsgerechte Ausstattung der Wohnung zu nennen, durch die zukünftige Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Daher standen besonders Fälle mit einem verhältnismäßig großen zeitlichen Abstand zur Patientenbegleitung im Blickpunkt.

Da die PB-Fälle im Rahmen der Evaluation zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgeschlossen wurden und insgesamt einen vergleichsweise großen Untersuchungszeitraum abdecken (s. Zeitabläufe in Abschnitt 3.4, S. 33), war eine nähere Untersuchung von zeitabhängigen Patientenbegleitungs effekten grundsätzlich möglich. Hierzu wurde in einem ersten Analyse schritt die Gesamtstichprobe der 1064 Fälle in drei Subgruppen unterteilt, mit je …:

- Nachbeobachtungszeiten von 3–6 Monaten: 94 Fälle
- Nachbeobachtungszeiten von 6–9 Monaten: 230 Fälle
- Nachbeobachtungszeiten länger als 9 Mo. (max. ca. 22 Mon.): 740 Fälle


Wie verteilen sich die Gesamtkosten?

Über alle Fälle hinweg liegen die mittleren Gesamtkosten im Nacherhebungszeitraum bei 10.325 €. Abbildung 98 zeigt, wie sich diese Gesamtkosten auf die in Abschnitt 4.4.1 beschriebenen Kostenarten verteilen, aus denen sie sich zusammensetzen. Den mit Abstand höchsten Anteil nehmen die Krankenhauskosten ein, die fast die Hälfte der so definierten Gesamtkosten ausmachen. Zusammen mit den Arzneimittelpreisen, dem zweithöchsten „Kostenfaktor“, sind annähernd zwei Drittel der Gesamtkosten abgedeckt. Die beiden Kos-
tenarten sind im Kontext der Patientenbegleitung also folglich die wesentlichen Kostendimensionen. Einen deutlich geringeren, aber immer noch relevanten Anteil machen die Pflegeversicherungsleistungen (15,9 %) sowie die Kosten im Bereich der Heil- und Hilfsmittel (6,3 %) aus. Alle weiteren untersuchten Kostenarten wie Rehakosten, Fahrkosten, Kosten für Haushaltshilfe und häusliche Pflege, ambulante Kuren, Krankengeld sowie Integrierte Versorgung haben jeweils nur unwesentliche Anteile unter 4 % und sind daher in der folgenden Betrachtung zumeist als „Sonstige Kosten“ zusammengefasst dargestellt.

Abbildung 98: Verteilung der Gesamtkosten
(*Unter „Sonstige“ sind die Bereiche Fahrkosten, Reha, Haushaltshilfe, ambulante Kuren, Krankengeld sowie Integrierte Versorgung zusammengefasst, mit Anteilen jeweils kleiner 4 %. Angaben in Klammern beziehen sich auf mittlere Kosten pro Fall im Untersuchungszeitraum.)

Krankenhauskosten verglichen mit restlichen Kosten

Bei der Gegenüberstellung der Krankenhauskosten, die aufgrund ihres hohen Anteils an den Gesamtkosten eine gesonderte Betrachtung rechtfertigen, ergibt sich im Vergleich zu den restlichen Kostenbereichen ein differenziertes Bild der Kosteneffekte im Rahmen der Patientenbegleitung (s. Abbildung 99). In der Abbildung ist jeweils sowohl der mittlere absolute als auch der prozentuale Kostenunterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ausgewiesen.


Anders verhält es sich allerdings bei den Fällen mit einem Nacherhebungszeitraum von mehr als 9 Monaten: Hier liegt mit p(F,U)<0.01 ein hoch signifikanter positiver Kosteneffekt zu


Abbildung 99: Gegenüberstellung von Krankenhaus- und restlichen Kosten

Die „Restkosten“ in Abbildung 99 zeigen allerdings ein etwas anderes Bild: Nach 3–6 Monaten liegen, bei kleiner bis mittlerer Effektstärke, sogar gewichtige Hinweise für höhere Kosten in der Experimentalgruppe vor. Diese werden an dieser Stelle allerdings nur durch den U-Tests, nicht aber auch durch F-Tests gestützt (p(U)<0.05, vgl. Abschnitt 4.4.1).


durch die Patientenbegleitung zunächst sogar höhere Ausgaben entstehen als in der Vergleichsgruppe mit „Regelversorgung“.

Kostenreduzierende Wirkungen der Patientenbegleitung entfalten sich also offensichtlich frühestens nach neun Monaten (siehe auch Spezifizierung in Abschnitt 4.4.6). Bei kurzfristiger Betrachtung können die Kosten sogar höher ausfallen. Es muss also bildlich gesehen zunächst einmal etwas investiert werden, damit es sich später auszahlen kann.

**Gesamtkosten mit und ohne Pflegeversicherungsleistungen**

Lassen sich die Kosteneffekte auch noch nachweisen, wenn anstelle der differenzierten Betrachtung der Krankenhauskosten die Gesamtkosten mit und ohne Pflegeversicherungsleistungen einander gegenübergestellt werden (siehe Abbildung 100)?

**Abbildung 100: Gegenüberstellung der Gesamtkosten mit und ohne Pflegeversicherung**

Bei 3–6 Monaten fallen die Gesamtkosten bei kleinen bis mittleren Effektstärken sowohl mit als auch ohne Pflegeversicherung in der Experimentalgruppe noch signifikant höher aus (\(p(F,U)<0.04\) bzw. \(p(F,U)<0.05\)).


Liegt die Patientenbegleitung länger als 9 Monate zurück, zeigen schon die Balken in Abbildung 100 einen augenscheinlich positiven Kosteneffekt für die Patientenbegleitung. Die im kleinen Effektgrößebereich angesiedelten Mittelwertsunterschiede sind jeweils statistisch.
signifikant. Dies gilt sowohl für die Gesamtkosten mit Pflegeversicherung ($p(F,U)<0.04$) als auch noch etwas deutlicher bei Betrachtung der Gesamtkosten ohne die Pflegeversicherungsleistungen ($p(F,U)<0.01$).

Kosteneffekte der Patientenbegleitung sind also nicht nur bei spezifischen Kostenarten wie den Krankenhauskosten zu beobachten, sondern sind auch bei den Gesamtkostenbetrachtungen nachweisbar. Interessant ist, dass die Effektstärken etwas ansteigen, wenn die Pflegeversicherungsleistungen nicht in die Gesamtkosten eingerechnet werden. Um ein differenzierteres Bild zu erhalten, wurden im Folgenden daher noch weitere Kostenarten einander gegenübergestellt.

**Arzneimittel und Pflegeversicherungsleistungen**

Bei der Gegenüberstellung der Kosten für Arzneimittel (ca. ein Fünftel der Gesamtkosten) und Pflegeversicherungsleistungen (15 % der Gesamtkosten), scheint auf den ersten Blick die Befundlage in eine ähnliche Richtung zu gehen wie bei der Gegenüberstellung von Krankenhaus- und „Restkosten“ (vgl. Abbildung 101):

![Abbildung 101: Gegenüberstellung der Kosten im Arzneimittel- und Pflegeversicherungsbereich](image)

Bei den Arzneimittelkosten liegen bei 3–6 Monaten die Kosten in der Experimentalgruppe noch etwas höher. Ab 6 Monaten schneidet dann die Patientenbegleitungsgruppe tendenziell besser ab, die Unterschiede sind allerdings in keinem der beschriebenen Zeitintervalle signifikant. Die vorliegenden Befunde weisen also nicht auf einen generellen und unmittelbaren Einfluss der Patientenbegleitung auf die Arzneimittelkosten hin.

Bei der Pflegeversicherung sind in der PB-Gruppe nach 3–6 Monaten sowie nach 6–9 Monaten negative Kosteneffekte messbar (zum 5 %-Niveau durch U-Test bzw. F-Test/U-Test be-
legt). Bei Nachbeobachtungszeiten länger als 9 Monate haben sich dann aber die Unterschiede zw. Experimental- und Kontrollgruppe nahezu völlig nivelliert. Es kann also festgehalten werden, dass die Patientenbegleitung im Bereich der Pflegeversicherungsleistungen vorübergehend mit höheren Leistungsausgaben in Zusammenhang steht.

Heil-/Hilfsmittel sowie sonstige Leistungen

Die Heil- und Hilfsmittel machen mit ca. 6−7 % zwar nur einen vergleichsweise geringen Anteil an den Gesamtkosten aus, neben den Pflegeversicherungsleistungen (siehe oben) handelt es sich hier aber um den Bereich mit den konsistentesten, im Sinne der Patientenbegleitung, negativen Kosteneffekten: Bei 3–6 Monaten liegen hoch signifikante (p(F,U)<0.01), bei 6−9 Monaten noch signifikante (p(F,U)<0.03) sowie bei Nachbeobachtungszeiträumen von länger als 9 Monaten, durch einen signifikanten U-Test (p<0.03) untermauerte, negative Kosteneffekte vor. D. h., dass die Leistungsausgaben in der Patientenbegleitungsgruppe höher sind als in der Vergleichsgruppe (s. Abbildung 102). Die Abbildung zeigt allerdings ebenfalls, dass die Effektgrößen mit der Zeit erheblich abnehmen, sich also die Kostenunterschiede von Experimental- und Kontrollgruppe aneinander angleichen: Liegt bei 3–6 Monaten noch eine mittel−große Effektstärke vor, hat diese sich im Bereich von 6−9 Monaten schon mehr als halbiert (kleiner bis mittlerer Bereich). Im letzten Zeitintervall sind die Unterschiede kaum noch messbar.

Abbildung 102: Gegenüberstellung der Kosten bei Heil−/Hilfsmitteln und sonstigen Leistungen

Bei den „Sonstigen Leistungen“ scheint sich ein anfänglich negativer Kosteneffekt in der Anf. der Zeitintervalle in einen Kosteneffekt zu Gunsten der Patientenbegleitung umzukehren (s. Abbildung 102). Die Unterschiede waren allerdings jeweils nicht hinreichend signifi-

**Reha-Maßnahmen**

Schon aufgrund der Anschlussheilbehandlungen in Anschluss an Krankenhausaufenthalte, ist davon auszugehen, dass die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen und die Krankenhauskosten in einem gewissen Maße positiv miteinander korreliert sind. Daher sollten auch im Reha-Bereich die zeitabhängigen Patientenbegleitungseffekte näher untersucht werden.

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten allerdings die Leistungen der Rentenversicherungsträger nicht abgebildet werden, da diese Daten von den beteiligten Krankenkassen nicht zur Verfügung standen. Dementsprechend fallen die Reha-Kosten absolut gesehen, mit einem nur ca. 3 %-igen Anteil an den im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung abgebildeten Gesamtkosten, sehr gering aus. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass die in Abbildung 103 dargestellten Zahlen die tatsächlichen Gegebenheiten deutlich unterschätzen. Da es aber relativ wahrscheinlich ist, dass sich die fehlenden Daten der Rentenversicherungsträger gleichmäßig bzw. unsystematisch auf EG und KG verteilen, könnten die, in Abbildung 103 dargestellten, relativen Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen, bei entsprechender statistischer Signifikanz, durchaus interpretiert werden.

![Abbildung 103: Differenzierte Betrachtung der Reha-Kosten](image)

Zwar legen die absoluten Zahlen nahe, dass im Bereich der Reha-Maßnahmen die mittleren Einsparungen mit größerem zeitlichen Abstand zur Patientenbegleitung zunehmen könnten, aufgrund des geringen absoluten Anteils an zur Verfügung stehenden Reha-Leistungsdaten,

4.4.6. Differenzierte Betrachtung der Patientenbegleitungseffekte nach neun Monaten

Die relativ hohe Zahl an Fällen mit Nachbeobachtungszeiten von neun Monaten und länger (s. Abschnitt 4.4.5), ermöglicht eine zeitlich weiter ausdifferenzierte Analyse der längerfristigen Kosteneffekte der Patientenbegleitung. Dazu wurden die 740 Fälle mit langen Nachbeobachtungszeiten in zwei annähernd gleich große Gruppen segmentiert, mit je …:

- Nachbeobachtungszeiten von 9–12 Monaten: 332 Fälle
- Nachbeobachtungszeiten länger als 12 Mo. (max. ca. 22 Mon.): 408 Fälle

Die Analyse sollte genauere Aufschlüsse darüber geben, wann die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Kosteneinsparungseffekte der Patientenbegleitung einsetzen und wie sich die Kosten und Effektstärken bei längeren Untersuchungszeiträumen allgemein entwickeln.

Die zuletzt genannte Fallgruppe („länger als zwölf Monate“) weist einen mittleren Nachbeobachtungszeitraum von 454 Tagen (Standardabw. 64 Tage) auf. Dies entspricht etwa einem Zeitraum von 15 Monaten und ist bei einer deutlich geringeren Streuung ca. drei Monate länger als bei der Fallgruppe mit den längsten Nachbeobachtungszeiten in Abschnitt 4.4.5.

Krankenhauskosten verglichen mit restlichen Kosten

Bei differenziertener Betrachtung der Fälle mit langen Nacherhebungszeiten zeigt sich im Krankenhausbereich ein eindeutig statistisch belegbarer positiver Kosteneffekt erst ab einem Jahr (p(F,U)<0,03; s. Abbildung 104).

Im Zeitintervall 9–12 Monate liegt lediglich ein zum 5 %-Niveau signifikanter F-Test vor. Dies kann allerdings allenfalls als rudimentärer Hinweis für einen möglichen PB-Einsparungseffekt gewertet werden. Gemäß den in Abschnitt 4.4.1 beschriebenen Prämissen für die Interpretation von Kosteneffekten, darf hier bei konservativer Betrachtungsweise nicht von einem be- deutensamen Kostenunterschied ausgegangen werden. Dafür sind dann aber ein Jahr nach der Patientenbegleitung Einspareffekte mit deutlicher Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Konkrete Anhaltspunkte für eine Veränderung der Effektstärke mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Patientenbegleitung liefern die vorliegenden Auswertungen nicht. Hypothetisch gesehen ist es allerdings sehr nahe liegend zu vermuten, dass die PB-Effekte bei sehr langfristiger Betrachtung, also etwa nach mehreren Jahren, deutlich geringer ausfallen oder sogar überhaupt nicht mehr messbar sind (s. dazu auch Modellbildung in Abschnitt 5.2).

Bei den „restlichen Kosten“ liegen in den beiden untersuchten Zeitintervallen ab neun Monaten keine weiteren signifikanten Unterschiede mehr vor, wobei absolut gesehen die Kosten in der Experimentalgruppe etwas niedriger als in der Kontrollgruppe ausfallen.
Abbildung 104: Gegenüberstellung von Krankenhaus- und restlichen Kosten nach neun Monaten

Abbildung 105: Gegenüberstellung der Gesamtkosten mit und ohne Pflegeversichung nach neun Monaten
Die Befunde zu den Gesamtkosten mit und ohne Pflegeversicherung sind bei langen Nachbeobachtungszeiten mit den Ergebnissen im Krankenhausbereich vergleichbar (siehe Abbildung 105): Erst nach 12 Monaten liegen im statistischen Sinne deutlich nachweisbare positive Kosteneffekte der Patientenbegleitung vor, wobei die Effektstärken bei den Gesamtkosten ohne Pflegeversicherung (p(F,U)<0.02), ähnlich wie bereits im vorangegangenen Abschnitt gesehen, geringfügig höher ausfallen als bei den Gesamtkosten mit Pflegeversicherung (p(F,U)<0.03).


**Arzneimittel und Pflegeversicherungsleistungen**


![Abbildung 106: Gegenüberstellung der Kosten im Arzneimittel- und Pflegeversicherungsbereich nach neun Monaten](image)

Da im Hinblick auf die Pflegeversicherungsleistungen im Gegensatz zum vorangegangenen Abschnitt 4.4.5, bei den hier vorliegenden Fällen mit langen Nachbeobachtungszeiträumen, keine weiteren negativen PB-Kosteneffekte mehr zu beobachten sind, kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich ca. neun Monate nach Beendigung der Patientenbegleitung...
die anfänglichen Mehrkosten in diesem Leistungsbereich „ausgeglichen“ haben (ohne jedoch
dass sich ein Einsparungseffekt abzeichnen würde).

**Heil-/Hilfsmittel sowie Sonstige Leistungen**

Bei den Heil- und Hilfsmitteln existiert im Zeitintervall 9–12 Monate, in Form eines zum 1 %-
Niveau signifikanten U-Tests, ein weiterer impliziter Hinweis auf einen negativen Kostenef-
fekt im Rahmen der Patientenbegleitung. Dieser geht zwar nicht unmittelbar aus der Augen-
scheinnahme von Abbildung 107 hervor, da er sich nicht aus den dort ausgewiesenen Mittel-
wertssstatistiken, sondern aus der Verteilung der Fallränge ableitet, reiht sich aber stringent
in die Heil-/Hilfsmittel-Befunde zu den vorausgehenden Zeitintervallen ein
(vgl. Abschnitt 4.4.5). Erst nach zwölf Monaten kann auch für den Bereich der Heil- und
Hilfsmittel endgültig konstatiert werden, dass nunmehr keinerlei augenscheinliche oder sta-
tistische Hinweise mehr vorliegen, die noch auf einen möglichen Kostenunterschied zwi-
lsen den Untersuchungsgruppen hindeuten würden.

Bei den „Sonstigen Leistungen“, die sich aus den Leistungsarten Rehakosten, Fahrkosten,
Kosten für Haushaltshilfe und häusliche Pflege, ambulante Kuren, Krankengeld sowie Integ-
rierte Versorgung zusammensetzen, liegen im Zeitintervall von 9–12 Monaten keine signifi-
kanten Unterschiede vor. Ab 12 Monaten lässt sich aber ein im Sinne der Patientenbeglei-
tung wenigstens marginal signifikanter positiver Kosteneffekt feststellen (p(F,U)<0.08).
Aufgrund des geringen Gesamtkostenanteils erschien eine weiter differenzierte Einzelauf-
schlüsselung der „Sonstigen Kosten“ an dieser Stelle als nur wenig zielführend. Weiterge-
hende Informationen zu den potenziellen „Verursachern“ des hier beschriebenen Kostenef-
fechts, vermag aber mit Einschränkung Abbildung 116 auf Seite 152 zu liefern.

**Abbildung 107: Gegenüberstellung der Kosten bei Heil-/Hilfsmitteln
und „Sonstigen Leistungen“ nach neun Monaten**
4.4.7. Fazit: Hat die Patientenbegleitung Kosteneffekte?

Positive Kosteneffekte der Patientenbegleitung sind nachweisbar, sie zeigen sich aber nicht unmittelbar und auch nicht durchgängig bei allen Kostenarten.

Spürbar niedrigere Leistungsausgaben in Folge der Patientenbegleitung, sind mittelfristig insbesondere im Bereich der Krankenhausbehandlung zu verzeichnen. Da die Krankenhauskosten annähernd die Hälfte der, für die vorliegende Studie definierten, Gesamtkosten ausmachen, ist es nicht weiter verwunderlich, dass sich ein ähnlich positiver Kosteneffekt auch auf der Gesamtkostenebene zeigt. An dieser Stelle sei allerdings nochmals angemerkt, dass die Kosten der ambulanten Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte studiendesignbedingt nicht in die Gesamtkosten eingerechnet werden konnten (vgl. Abschnitt 3.4).


Bei den Gesamtkosten (inkl. der Pflegeversicherungsleistungen) liegt nach neun Monaten (vgl. Abbildung 100) das 95 %-Konfidenzintervall der Mittelwertsdifferenzen in einem Bereich zwischen 500 € und 7.100 €. Damit fällt das Einsparungspotenzial mit ca. 5 % – 50 % prozentual gesehen schon deutlich geringer aus als bei den Krankenhauskosten. Die Breite der Konfidenzintervalle und speziell die unteren Intervallgrenzen sind wichtig im Hinblick auf eine
angemessene betriebswirtschaftliche Bewertung der Kosteneffekte. Für eine bilanzierende Modellrechnung bzgl. der absoluten Höhe von Einsparungseffekten im Rahmen der Patientenbegleitung sei auf Abschnitt 4.4.9 verwiesen, da hier auf den gesamten Untersuchungszeitraum und nicht nur auf einzelne Zeitintervalle Bezug genommen wird.
4.4.8. Untersuchungsgruppenspezifische Kostenvergleiche über den gesamten Beobachtungszeitraum

Anders als bei der Analyse der zeitabhängigen Effekte der Patientenbegleitung im vorangegangenen Abschnitt, sind Vergleiche, die auf die Untersuchungs- bzw. Untergruppen der Evaluation (Ü75, Herzerkrankung, Schlaganfall und Krebserkrankung) abzielen, nur bei Betrachtung des gesamten Nachbeobachtungszeitraums sinnvoll. Im Folgenden sind die zugehörigen Befunde für die verschiedenen untersuchten Kostenarten dargestellt.

**Gesamtkosten**

Ohne Segmentierung nach Zeitintervallen fallen die Gesamtkostenunterschiede statistisch nicht signifikant aus. Dies gilt ebenso für alle vier Evaluationsuntergruppen wie bspw. die Herzerkrankungs- und Schlaganfall-Gruppe (s. Abbildung 108), wobei bei Letzterer noch die verhältnismäßig kleinste Teilstichprobe berücksichtigt werden muss.


Im Vergleich der vier Untersuchungsuntergruppen schneidet rein zahlenmäßig die Gruppe der Über-75jährigen am Schlechtesten ab.

Abbildung 108: Gesamtkosten im Nacherhebungszeitraum

**Krankenhauskosten**

Bei den Krankenhauskosten im gesamten Nacherhebungszeitraum (s. Abbildung 109) sind für die Patientenbegleitung positive Kosteneffekte in der Schlaganfall-Gruppe (p(F,U)<0.01) sowie „extremwertbereinigt“, auch in der Gruppe der Versicherten mit Herzerkrankungen zu beobachten (p(U)<0.01). Die im Vergleich höchsten Effektstärken liegen in der Gruppe der Schlaganfallpatienten vor (s. Abbildung 109).
Auch auf der Gesamtebene fallen die mittleren Kosten im Rahmen der Patientenbegleitung deutlich niedriger aus als in der Vergleichsgruppe \( p(F,U)<0.01 \).

In der Krebserkrankungs-Gruppe sowie bei den Über-75jährigen liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede vor. Rein zahlenmäßig ist die Kostendifferenz zwischen Experimental- und Kontrollgruppe in der Ü75-Gruppe erneut am Schwächsten ausgeprägt.

Abbildung 109: Krankenhauskosten

Arzneimittelkosten

Die Befundlage zu den Arzneimittelkosten stellt sich relativ einheitlich dar: Weder auf Gesamtebene, noch in den Untergruppen Ü75, Herzerkrankungen und Schlaganfall, sind statistisch bedeutsame Arzneimittelkostenunterschiede festzustellen (s. Abbildung 110).

Abbildung 110: Arzneimittelkosten

**Kosten Pflegeversicherungsleistungen**

Bei den Kosten aus den Pflegeversicherungsleistungen liegen, teilweise entgegen dem unmittelbaren „Augenschein“ in Abbildung 111, bei den Schlaganfall- (p(U)<0.01) und Herzerkrankungspatienten (p(U)<0.02) sowie auf der Gesamtebene (p(U)<0.01) Hinweise für negative PB-Kosteneffekte vor, die allerdings weitestgehend nur durch U-Tests gestützt werden. Lediglich in der Schlaganfallgruppe ist, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10 %, noch ein marginal signifikanter F-Test festzustellen. In dieser Untergruppe sind auch die vergleichsweise größten Unterschiede bzgl. der Pflegeversicherungsleistungen zu beobachten.

In Bezug auf die Ü75-Gruppe sowie die Krebserkrankungs-Gruppe, liegen keinerlei Anhaltspunkte für potentiell relevante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen vor.

Abbildung 111: Pflegeversicherungskosten

**Gesamtkosten ohne Pflegeversicherung**

Kosten für Heil- und Hilfsmittel

Im Bereich der Heil- und Hilfsmittel finden sich auf jeder Analyseebene durchgängig mehr oder weniger stark ausgeprägte Hinweise für potentiell negative Kosteneffekte im Rahmen der Patientenbegleitung (s. Abbildung 113). Ähnlich wie bei den Pflegeversicherungsleistungen (siehe vorherige Seite) können diese Effekte aber ausschließlich durch U-Tests gestützt werden: Gesamtebene \( (p(U)<0.01) \), Ü75-Gruppe \( (p(U)<0.08) \), Herzerkrankungs-Gruppe \( (p(U)<0.02) \), Gruppe der Schlaganfallpatienten \( (p(U)<0.01) \) sowie Krebserkrankungs-Gruppe \( (p(U)<0.04) \). In der visuellen Darstellung der mittleren Kostenunterschiede sowie bei den Effektgrößen, die auf Grundlage dieser Mittelwertsunterschiede berechnet werden, fallen diese Effekte daher auch nicht sonderlich deutlich „ins Auge“ (vgl. Abbildung 113).
**Sonstige Kosten**

Bei den „Sonstigen Kosten“, unter denen die Kosten in den Bereichen Krankengeld, Reha, Fahrkosten, ambulante Kuren, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege sowie integrierte Versorgung subsumiert sind, da sie jeweils nur einen Anteil von kleiner als 4 % an den Gesamtkosten ausmachen, zeigt sich lediglich bei den Schlaganfall-Patienten ein für die Patientenbegleitung positiver Kosteneffekt kleiner Effektstärke, der zumindest das Niveau marginaler Signifikanz (p(F,U)<0.08) erreicht. Alle anderen in Abbildung 114 dargestellten Kostenunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe sind statistisch nicht bedeutsam.
Übersichten


Abbildung 115: Kostenübersicht für den gesamten Beobachtungszeitraum

Der Vollständigkeit halber sind für die Gesamtebene in Abbildung 116 auch die „Sonstigen Kosten“ aufgeschlüsselt dargestellt. Dabei sind marginal signifikante positive Kosteneffekte zu Gunsten der Patientenbegleitung, bei den Reha-Leistungen sowie beim Krankengeld festzustellen (jeweils p(F,U)<0.10). Bei den Reha-Leistungen muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Daten der Rentenversicherungsträger im Rahmen der Studie nicht mit abgebildet werden konnten, so dass die in Abbildung 116 dargestellten absoluten Zahlen die tatsächlichen Kosten in diesem Bereich wohl deutlich unterschätzen. Da die fehlenden Werte vermutlich unsystematisch auf Experimental- und Kontrollgruppe verteilt sind, ist es allerdings durchaus zulässig, den ermittelten Kosteneffekt zu interpretieren. Dieser Effekt ist auch deswegen plausibel, weil einerseits ein deutlich positiver Kosteneffekt im Krankenhausbereich vorliegt und andererseits schon aus strukturellen Gründen, etwa über die Anschlussheilbehandlungen bzw. Anschlussrehabilitationen, ein Zusammenhang zwischen Krankenhaus- und Reha-Bereich naheliegend ist.

Abbildung 116: Aufgeschlüsselte Darstellung der „Sonstigen Kosten“

4.4.9. Fazit: Kosteneffekte im gesamten Beobachtungszeitraum und Bewertung des tatsächlichen Kosteneinsparungspotenzials der Patientenbegleitung

Nicht nur bei zeitlich differenzierter Analyse, sondern auch bei Betrachtung der Gesamtstichprobe von 1.064 Fällen, die sich auf den gesamten Untersuchungszeitraum bezieht, lassen sich positive Kosteneffekte der Patientenbegleitung nachweisen. Wesentliche Einsparungseffekte, sind bei dieser Herangehensweise aber nur im Krankenhausbereich zu verzeichnen. Ein entsprechender Trend zeichnet sich auch bei den Gesamtkosten ab, ist aber (noch) nicht statistisch signifikant. Dies liegt unter anderem daran, dass mit den Pflegeversicherungsleistungen und den Heil- und Hilfsmitteln in die Gesamtkosten auch Kostenbereiche einfließen, die Kosteneffekte zu Ungunsten der Patientenbegleitung aufweisen (die allerdings sowohl relativ als auch absolut gesehen deutlich kleiner sind als die Effekte im Krankenhausbereich). Ferner muss, entsprechend der in Abschnitt 4.4.5 implizit weitestgehend bestätigten Annahme, dass sich positive Kosteneffekte der Patientenbegleitung eher aus präventiven Maßnahmen ableiten (z. B. Sturzprävention durch bedarfsgerechte Ausstattung der Wohnung, die zur Vermeidung von zukünftigen Krankenhausbehandlungen des Versicherten führt), berücksichtigt werden, dass sich diese Effekte nicht kurzfristig zeigen, sondern erst nach ca. einem Jahr wirklich deutlich hervortreten.
Des Weiteren kann die Betrachtung des gesamten Beobachtungszeitraums untersuchungsgruppenspezifische Effekte der Patientenbegleitung aufzeigen. Im Hinblick auf eine positive Kostenwirkung der Patientenbegleitung, schneiden dabei im Vergleich der Untersuchungsgruppen die Schlaganfallpatienten am besten ab, gefolgt von den Patienten mit Herzkrankungen und den Patienten mit Krebserkrankungen. Dabei sollte allerdings ebenfalls berücksichtigt werden, dass zwar mit 154 Fällen für sich genommen eine durchaus brauchbare Stichprobe an Schlaganfallpatienten zur Verfügung steht, diese aber im Vergleich aller vier untersuchten Patientenbegleitungsgruppen trotzdem noch mit Abstand den geringsten Anteil einnehmen (vgl. dazu auch Abschnitt 4.4.2). Obwohl keine im Sinne der Patientenbegleitung negativen Kosteneffekte gemessen werden, schneidet die Gruppe der Über-75jährigen vergleichsweise am schlechtesten ab.

Zusammenfassend kann aus den Untergruppenvergleichen gefolgt werden, dass sich bei einer rein ökonomischen Betrachtung die Patientenbegleitung für bestimmte Patientengruppen eher „rechnet“ als für andere. Diese Schlussfolgerung wird anhand der Untersuchungsergebnisse zu den in Abschnitt 4.6 dargestellten Sonderfragestellungen grundsätzlich noch weiter erhärtet und im Hinblick auf potenziell relevante Subpopulationen noch weiter spezifiziert.

Abschließend stellt sich natürlich die Frage, wie hoch denn nun die Einsparungspotenziale der Patientenbegleitung konkret zu beziffern sind. Zur Beantwortung dieser Frage erscheint die Betrachtung des gesamten Untersuchungszeitraums sinnvoll, da auf diese Weise auch kurzfristige Mehrkosten mit in die Rechnung einfließen können. Unter dieser Prämisse kann an dieser Stelle, im Sinne einer möglichst validen Prognose, nur auf die Krankenhauskosten Bezug genommen werden, da bei den im Rahmen der vorliegenden Studie definierten Gesamtkosten, welche die Kosten im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht einbeziehen, ohne zeitliche Differenzierung noch keine signifikanten Unterschiede nachzuweisen sind.

4.4.10. Effekte bei Fallzahlen und Falldauern im gesamten Beobachtungszeitraum


Krankenhausbereich

Ähnlich wie bei der Auswertung der Krankenhauskosten (s. Abbildung 109, S. 147) liegen auch die mittleren Fallzahlen im Krankenhaus auf Gesamtebene (p(F)<0.01) sowie bei den Schlaganfall- und Herzerkrankungspatienten (jeweils p(F)<0.05) in der Patientenbegleitungsgruppe signifikant niedriger (s. Abbildung 117).

Abbildung 117: Krankenhausaufenthalte – Häufigkeit/Fallzahlen

Abbildung 118: Krankenhausaufenthalte – Gesamtdauer (in Tagen)
Die niedrigeren Fallzahlen bei den Krebserkrankungen erreichen zumindest ein Niveau marginaler Signifikanz (p(F)<0.07). Die vergleichsweise höchsten fallzahlbezogenen Effektstärken sind in der Schlaganfall- und Herzerkrankungsgruppe zu beobachten (siehe Abbildung 117). Lediglich die Ü75-Gruppe weist keinerlei Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe auf.

Nur geringfügig abweichend stellen sich die Verhältnisse hinsichtlich der Gesamtaufenthaltsdauer im Krankenhaus dar: Analog zu den Kosten und Fallzahlen fällt auch die mittlere Krankenhausaufenthaltsdauer auf Gesamtebene (p(F)<0.01) sowie bei den Schlaganfall- und Herzerkrankungspatienten (jeweils p(F)<0.03) signifikant niedriger aus (siehe Abbildung 118).

Davon divergierend ist bei der Fallzaehler der Unterschied in der Ü75-Gruppe marginal signifikant (p(F)<0.9). Dieses Niveau wird in diesem Kontext bei der Gruppe der Krebserkrankungen knapp verpasst. Die vergleichsweise höchsten Effektstärken, sind wiederum bei den Schlaganfall- und Herzerkrankungspatienten zu verzeichnen (vgl. Abbildung 118).

**Pflegeversicherung**

Vergleichbar zu den Kosten (s. Abbildung 111, S. 148) liefert auch die Analyse der Fallzahlen zumindest Hinweise für mögliche negative PB-Effekte in der Schlaganfall- und Herzerkrankungsgruppe. Diese werden allerdings nur durch auf Fallrängen basierenden Mann-Whitney-U-Tests gestützt (jeweils p(U)<0.05).

Ein sichtlich signifikanter Effekt liegt in der Gruppe der Über-75jährigen vor (p(F)<0.04, siehe Abbildung 119). Hier werden also in der Experimentalgruppe nach der Patientenbegleitung ebenfalls mehr Pflegefälle beobachtet. Auch der Mittelwertsunterschied auf Gesamtebene ist marginal signifikant (p(F)<0.10).

![Abbildung 119: Pflegefälle in der Pflegeversicherung](image)

Auch bzgl. der Leistungsdauer liegen bei den Fällen mit Patientenbegleitung rein zahlenmäßig jeweils Durchschnittswerte vor. In statistischer Hinsicht treten diese allerdings deutlich weniger klar in Erscheinung. So finden sich auf Gesamtebene (p(U)<0.01) sowie bei den
Herzerkrankungs- (p(U)<0.05) und Schlaganfallpatienten (p(U)<0.01), lediglich approximative Hinweise für eine längere Leistungsdauer in der Experimentalgruppe (s. Abbildung 120).

Für alle weiteren in Abbildung 120 dargestellten Untersuchungsgruppen liegen keine entsprechenenden Hinweise vor, bemerkenswerterweise auch nicht für die Ü75-Gruppe, bei der hinsichtlich der Fallzahlen noch signifikante Unterschiede festgestellt werden konnten (vgl. Abbildung 119).

Abbildung 120: Pflegeversicherungsleistungen – Gesamtdauer (in Tagen)

Reha-Bereich

Im Reha-Bereich fallen die Fallzahlen absolut gesehen niedrig aus. Ähnlich wie schon bei den Kostendaten muss hier berücksichtigt werden, dass die Daten der Rentenversicherungsträger nicht miteinbezogen werden konnten (vgl. Seite 139).

Abbildung 121: Reha-Maßnahmen – Fallzahlen
Trotzdem liegen sowohl auf der Gesamtebene als auch bei den Schlaganfallpatienten positive Effekte im Sinne der Patientenbegleitung vor (jeweils \( p(F) < 0.03 \), s. Abbildung 121). In den anderen Untersuchungsgruppen gibt es, bei den Reha-Fallzahlen, allerdings keine weiteren signifikanten Unterschiede.

Eine ähnliche Befundlage wie bei den Fallzahlen zeigt sich auch für die Gesamtdauer der Reha-Maßnahmen, mit signifikanten Effekten zum 3 %-Niveau auf der Gesamtebene und bei den Schlaganfallpatienten (s. Abbildung 122).

**Abbildung 122: Reha-Maßnahmen – Gesamtdauer (in Tagen)**

**Bereich Arbeitsunfähigkeit**

Im unmittelbaren Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe sind die in Abbildung 123 dargestellten Arbeitsunfähigkeitsfallzahlen nicht signifikant.

**Abbildung 123: Arbeitsunfähigkeit – Fallzahlen**

Auch hinsichtlich der Gesamtdauer der Arbeitsfähigkeiten fällt keiner der in Abbildung 124 dargestellten Unterschiede statistisch bedeutsam aus.

Abbildung 124: Arbeitsunfähigkeit – Gesamtdauer (in Tagen)

4.4.11. Fazit: Fallzahlen und Falldauern im gesamten Beobachtungszeitraum

Insgesamt ergibt sich bei den Fallzahlen und Falldauern ein relativ ähnliches Befundmuster wie bereits bei den korrespondierenden Kostenauswertungen in Abschnitt 4.4.8. Dies ist insofern nicht weiter verwunderlich, als dass Fallzahlen (etwa die Anzahl von Krankenhausaufenthalten) und Leistungsdaten (etwa die Aufenthaltstage im Krankenhaus) sehr stark positiv mit den jeweiligen Kostendaten korreliert sind (bspw. Korrelationskoeffizienten von $r=0,61$ bis $r=0,75$ im Krankenhausbereich, von $r=0,72$ bis $r=0,81$ im Reha-Bereich oder von $r=0,46$ bis $r=0,55$ im Pflegeversicherungsbereich). Diese Zusammenhänge werden ausführlich im folgenden Abschnitt besprochen. Aus den hohen Korrelationen lässt sich folgern, dass etwa bei den im Krankenhausbereich beobachteten Kosteneinsparungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit gleichzeitig von niedrigeren Fallzahlen und Aufenthaltsdauern ausgegangen werden kann. Entsprechend gehen kostenintensive Leistungen nahezu immer mit höheren Fallzahlen und längeren Falldauern einher. Die Leistungsdaten sind also, hinsichtlich ihrer drei Unterdimensionen Häufigkeit, Dauer und Kosten relativ homogen verteilt.
4.5. Zusammenhänge zwischen den einzelnen Untersuchungsebenen

Im Folgenden sind die Zusammenhänge zwischen den Ergebnisvariablen der in Abschnitt 3.4 beschriebenen Untersuchungsebenen dargestellt. Darüber hinaus wird auch näher auf die Beziehungen der verschiedenen Ergebnismerkmale innerhalb der jeweiligen Untersuchungsebenen eingegangen.

Die Auswertung erfolgte anhand von Korrelationskoeffizienten, die ein Maß für das Ausmaß des (linearen) Zusammenhangs bzw. der Abhängigkeit zwischen den einzelnen Merkmalen sind. Korrelationskoeffizienten können Werte zwischen -1 und +1 annehmen, wobei +1 einen vollständig positiven Zusammenhang im Sinne einer „je mehr desto mehr“-Relation beschreibt und -1 einen vollständig negativen Zusammenhang im Sinne einer „je mehr desto weniger“-Relation. Ein Wert von Null bedeutet, dass keinerlei Beziehung zwischen den Merkmalen besteht. Korrelationskoeffizienten ab 0,10 können als klein, ab 0,30 als mittel und ab 0,50 als hoch klassifiziert werden (Sedlmeier 1996). Jeder Korrelationskoeffizient wurde im Zuge der Analysen zudem auf seine statistische Signifikanz hin überprüft.

4.5.1. Ergebnissicht der Patientenbegleiter: Zusammenhänge innerhalb der Untersuchungsebene

Die in der Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter verwendeten Ergebnismaße weisen untereinander vergleichsweise hohe positive Korrelationen auf (s. Tabelle 20).

| Tabelle 20: Korrelationen innerhalb der Ergebnissicht der Patientenbegleiter |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| PB: Gesamteffekt                | PB: Problemlagenabbau | PB: Ressourcenförderung | PB: Zielerreichung |
| r                               | 1                | 0,821**          | 0,886**          | 0,431**         |
| n                               | 305              | 302              | 304              | 298             |
| PB: Problemlagenabbau           | r                | 1                | 0,485**          | 0,269**         |
| n                               | 302              | 301              | 295              |
| PB: Ressourcenförderung         | r                | 1                | 0,280**          |
| n                               | 304              | 297              |
| PB: Zielerreichung              | r                | 1                |
| n                               | 510              |

Hinweise: r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; n = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl
*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant; **: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Dabei ist der Gesamteffekt sehr stark mit dem Problemlagenabbau und der Ressourcenförderung korreliert, dahingegen wie erwartet nur mittelstark mit den wesentlich weniger reliablen Zielerreichungsgraden (vgl. Abschnitt 4.6.6, Seite 27 oben sowie Abbildung 8).

Eine mittlere, nur annähernd hohe, Korrelation besteht ferner zwischen dem Problemlagenabbau und der Ressourcenförderung. Es gelingt also nicht in gleichem Maße, Probleme abzubauen wie Ressourcen zu fördern. Erfahrungsgemäß gestaltet sich die Förderung von Ressourcen als deutlich mühsameres Vorhaben als die „Beseitigung“ von Problemen. Die im Rahmen der vorliegenden Evaluation beobachteten Effektstärken bestätigen diese Annahme auch für die Patientenbegleitung (s. S. 73f, Abbildung 39 u. Abbildung 40). Die Befunde un-
terstreichen ferner, dass Ressourcen und Problemlagen schon im Rahmen des Assessments nicht vergröbert als die beiden Pole einer bipolaren Skala, sondern besser als zwei unabhängige unipolare Skalen, erfasst werden sollten. Dies kann man sich an folgendem Beispiel verdeutlichen: Ein Patientenbegleiter stellt im Rahmen des Assessments fest, dass die Hilfesituation teilweise durch ein hochgradig problematisches Verhältnis eines Patienten zu seinem im selben Haus lebenden Sohn belastet ist, gleichzeitig besteht aber auch ein starker Rückhalt durch die Ehefrau. Beide Aspekte betreffen die übergeordnete Assessment-Kategorie „familiärer Bereich“, in der sie sich im ersten Fall in Form einer Problemlage, im zweiten als Ressource manifestieren. Im Rahmen eines bipolaren Konzepts wäre eine derartige Konstellation nur schwer erfassbar, da die betreffende Assessment-Kategorie entweder als Problemlage oder als Ressource klassifiziert werden müsste. Dem Mehrskalenansatz dagegen liegt darüber hinaus noch die Prämissen zugrunde, dass ein Zustand nicht allein durch die Abwesenheit eines anderen Zustands erklärt werden kann, so ist etwa Gesundheit nicht ausschließlich durch die Abwesenheit von Krankheit definiert.

Die Zielerreichung korreliert jeweils nur schwach positiv mit dem Problemlagenabbau und der Ressourcenförderung. Es handelt sich also um die vergleichsweise „eigenständigste“ Ergebnisdimension auf dieser Untersuchungsebene.

4.5.2. Ergebnissicht der Patientenbegleiter: Zusammenhänge mit anderen Sichtweisen/Ebenen


Das eigentlich bemerkenswerte Ergebnis ist, dass alle wesentlich am Prozess Beteiligten (Patientenbegleiter, Versicherte, Ärzte) unter Berücksichtigung objektiver und subjektiver Faktoren zu einer ähnlichen Beurteilung des Gesamteffekts der Patientenbegleitung kommen.

Interessant ist dabei, dass die Patientenbegleiter bei den kostenseitig teureren Fällen tendenziell höhere Effekte feststellen. Dies gilt sowohl für die Ressourcenförderung als auch ansatzweise für den Problemlagenabbau (hier nur marginal signifikant mit p=0.10), nicht aber für die Zielerreichung. Der Befund deckt sich mit weiteren Ergebnissen, die ein höheres Steuerungspotenzial der Patientenbegleitung speziell bei den kostenintensiven Fällen nahe legen (vgl. Abschnitt 4.6.6).

Die Korrelationen zeigen ferner, dass die Versicherten insgesamt zufriedener sind, wenn gleichzeitig auch die Patientenbegleiter neben der Gesamteffektivität ein höheres Maß an Problemlagenabbau und Ressourcenförderung feststellen. Zum Ausmaß der Zielerreichung im Zuge der Patientenbegleitung scheint hierbei ebenfalls eine Beziehung zu bestehen (tendenziell höhere Zufriedenheit bei höherer Zielerreichung, marginale Signifikanz des Korrelationskoeffizienten wird mit p=0.11 allerdings knapp verpasst).


### Tabelle 21: Korrelationen der Ergebnissicht der Patientenbegleiter mit anderen Sichtweisen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>PB: Gesamteffekt</th>
<th>PB: Problem-lagenabbau</th>
<th>PB: Ressourcen-förderung</th>
<th>PB: Zielerreichung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Versicherte: Gesamteffekt</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>0,194*</td>
<td>0,158</td>
<td>0,125</td>
<td>0,304**</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>121</td>
<td>121</td>
<td>121</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Versicherte: Zufriedenheit</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>0,252**</td>
<td>0,257**</td>
<td>0,189*</td>
<td>0,118</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>124</td>
<td>124</td>
<td>124</td>
<td>183</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Versicherte: gut informiert fühlen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>0,137</td>
<td>0,056</td>
<td>0,108</td>
<td>0,245**</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>87</td>
<td>87</td>
<td>87</td>
<td>129</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ärzte: Gesamteffekt</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>0,251**</td>
<td>0,103</td>
<td>0,287**</td>
<td>0,083</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>119</td>
<td>118</td>
<td>119</td>
<td>152</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ärzte: Zufriedenheit</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>-0,085</td>
<td>-0,035</td>
<td>-0,164</td>
<td>0,131</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>75</td>
<td>75</td>
<td>75</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ärzte: bessere Zusammenarbeit</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>-0,014</td>
<td>0,002</td>
<td>0,006</td>
<td>-0,039</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>93</td>
<td>93</td>
<td>93</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ärzte: Entlastung</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>-0,001</td>
<td>0,064</td>
<td>-0,055</td>
<td>0,185*</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>117</td>
<td>116</td>
<td>117</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kosten: Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>0,140*</td>
<td>0,089</td>
<td>0,130*</td>
<td>0,084</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>305</td>
<td>302</td>
<td>304</td>
<td>540</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweise: $r$ = Korrelationskoeffizient nach Pearson; $n$ = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl

*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant; **: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Auffällig ist allerdings, dass die Ärzte sich im Rahmen der Patientenbegleitung umso stärker entlastet fühlen, in je höherem Maße die Patientenbegleitung ihre Ziele erreicht.

4.5.3. Ergebnissicht der Versicherten/Patienten: Zusammenhänge innerhalb der Untersuchungsebene

Innerhalb der Versichertenbefragung konnte ermittelt werden, dass die subjektiv von den Versicherten bei sich selbst beobachteten Effekte, neben den Zielerreichungsgraden der Patientenbegleitung (siehe Abschnitt 4.5.2), überaus stark davon abhängen, dass die Versicherten sich gut über die richtigen Gesundheitsangebote informiert fühlen (s. Tabelle 22).

Zwar hat auch hier die Zufriedenheit mit den Prozessen/Abläufen einen positiven Einfluss, dieser fällt aber nur vergleichsweise klein aus. Die Versicherten beurteilen die Ergebnisse der Patientenbegleitung also durchaus differenziert. Alleine aus der Zufriedenheit lässt sich keine 1:1-Prognose für die subjektiv erlebte Wirksamkeit ableiten.

Zwischen dem Grad der Informiertheit und der Zufriedenheit besteht ebenfalls eine nur kleine positive Korrelation. Zufriedenheit hat neben der „Sachebene“ Informationsvermittlung eben auch eine „Beziehungsebene“ (Einfühlungsvermögen, Empathie), die in dieser speziellen Korrelation nicht abgebildet werden kann.

### Tabelle 22: Korrelationen innerhalb der Ergebnissicht der Versicherten

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>( r )</td>
<td>1</td>
<td>( 0,225^{**} )</td>
</tr>
<tr>
<td>( n )</td>
<td>357</td>
<td>357</td>
</tr>
<tr>
<td>( r )</td>
<td>1</td>
<td>( 0,716^{**} )</td>
</tr>
<tr>
<td>( n )</td>
<td>372</td>
<td>290</td>
</tr>
<tr>
<td>( r )</td>
<td></td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>( n )</td>
<td></td>
<td>290</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweise: \( r \) = Korrelationskoeffizient nach Pearson; \( n \) = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl

\*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant; **: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifik.

4.5.4. Ergebnissicht der Versicherten/Patienten: Zusammenhänge mit anderen Sichtweisen/Ebenen

Bezogen auf die weitergehenden Zusammenhänge der Versichertenbefragung, mit den noch nicht näher beschriebenen Untersuchungsebenen (Zusammenhänge mit der Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter siehe Abschnitt 4.5.2), lassen sich folgende Aussagen treffen (s. Tabelle 23):

Zwischen den aus ärztlich-fachlicher Perspektive beobachteten Effekten und der Sicht der Versicherten besteht mit \( r=0,46 \) eine relativ hohe gegenseitige Abhängigkeit, die nominell sogar etwas höher ausfällt als zwischen den Patientenbegleitern und den Versicherten.
Analog zu den Versicherten nehmen auch die Ärzte eine umso größere Effektivität wahr, umso besser die Versicherten über die für ihre Gesundheitssituation richtigen Angebote informiert sind.

Erstaunlich ist, dass die Versicherten tendenziell umso unzufriedener sind (signifikante aber kleine negative Korrelation) je qualitativ besser die Ärzte die Zusammenarbeit mit Krankenhasse, Krankenhausärzten und -sozialdiensten, Angehörigen und sonstigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen, Einrichtungen und Diensten sehen. In diesem Kontext erscheint es im Hinblick auf eine weitere Optimierung der Patientenbegleitung wichtig, dass verstärkt darauf geachtet wird, einen fachlichen Rahmen zu schaffen, in dem die Versicherten an den netzwerkbezogenen Abstimmungen angemessen partizipieren und nicht den, für ihre Zufriedenheit wenig förderlichen, Eindruck gewinnen können, dass hier „hinter ihrem Rücken“ agiert wird. Wiederum etwas relativiert wird dieser Befund allerdings, wenn man berücksichtigt, dass die Zufriedenheit keinen sehr starken Einfluss auf die von den Versicherten wahrgenommenen Effekte hat. Insofern bestätigt sich auch an diesem Befund das für die Patientenbegleitung charakteristische Dilemma, eine Balance zwischen den individuellen Bedürfnislagen einerseits und den Versorgungsbedarfen andererseits herstellen zu müssen (siehe Wirkfaktorenanalyse in Abschnitt 4.7 und Gesamtfazit in Abschnitt 5.2).

Ähnlich wie in Bezug auf die Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter steht die Zufriedenheit der Ärzte und der von ihnen wahrgenommene Entlastungsgrad in keinem direkten Zusammenhang zu den Effekten aus Versichertensicht. Im Umkehrschluss lässt sich daraus bspw. folgern, dass Versicherte durchaus auch dann eine qualitativ hochwertige Versorgung erleben können, wenn ihre Ärzte subjektiv unzufrieden sind oder sich nicht ausreichend entlastet fühlen (was natürlich nicht bedeutet, dass dies anzustreben wäre).

Nicht relevant für die Einschätzungen der verschiedenen Ergebnissichtweisen durch die Versicherten sind die Gesamtkosten der Therapien bzw. Behandlungen (s. Tabelle 23).

Tabelle 23: Korrelationen der Ergebnissicht der Versicherten/Patienten mit anderen Sichtweisen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ärzte: Gesamteffekt</td>
<td>r 0,463**</td>
<td>0,186</td>
<td>0,392**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n 68</td>
<td>70</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärzte: Zufriedenheit</td>
<td>r -0,019</td>
<td>-0,015</td>
<td>0,100</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n 43</td>
<td>43</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärzte: bessere Zusammenarbeit</td>
<td>r 0,024</td>
<td>-0,272*</td>
<td>-0,046</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n 54</td>
<td>55</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärzte: Entlastung</td>
<td>r 0,068</td>
<td>0,036</td>
<td>0,044</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n 67</td>
<td>70</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten: Gesamt</td>
<td>r -0,096</td>
<td>0,035</td>
<td>-0,036</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n 224</td>
<td>233</td>
<td>171</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweise: r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; n = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl
*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant; **: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.
4.5.5. Ergebnissicht der Ärzte: Zusammenhänge innerhalb der Untersuchungsebene

Innerhalb der Ärztebefragung (auf die Befragung der Krankenhaussozialdienste konnte an dieser Stelle aufgrund der geringen Fallzahlen nicht fundiert Bezug genommen werden) ergeben sich folgendes Bild (s. Tabelle 24):


Je besser die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen, Krankenhäusern, Einrichtungen und Diensten erlebt wird, desto höher fällt auch die Zufriedenheit der Ärzte aus. Ferner wird in diesem Fall auch ein stärkerer Entlastungsgrad angegeben (jeweils mittelstarke Korrelationskoefizienten).


| Tabelle 24: Korrelationen innerhalb der Ergebnissicht der Ärzte |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Ärzte: Gesamteffekt | Ärzte: Zufriedenheit | Ärzte: bessere Zusammenarbeit | Ärzte: Entlastung |
| r   | 0,289** | 0,373** | 0,353** |
| n   | 155     | 87      | 118       | 151       |
| Ärzte: Zufriedenheit | | | |
| r   | 1       | 0,392** | 0,600** |
| n   | 87      | 80      | 84        |
| Ärzte: bessere Zusammenarbeit | | | |
| r   | 1       | 0,419** |
| n   | 119     | 115     |
| Ärzte: Entlastung | | | |
| r   | | |
| n   | | 157     |

Hinweise: r = Korrelationskoefizient nach Pearson; n = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl
*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant; **: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.
Im Umkehrschluss kann allerdings gefolgt werden, dass durch eine höhere Entlastung der Ärzte mit hoher Wahrscheinlichkeit deren Zufriedenheit erhöht werden kann. Dies kann etwa durch einen persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patientenbegleiter erreicht werden (siehe auch die Befunde der Wirkfaktorenanalyse in Abschnitt 4.7).

4.5.6. Ergebnissicht der Ärzte: Zusammenhänge mit anderen Sichtweisen/Ebenen

Tabelle 25: Korrelationen der Ergebnissicht der Ärzte mit anderen Sichtweisen/Ebenen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kosten: Gesamt</th>
<th>Ärzte: Gesamteffekt</th>
<th>Ärzte: Zufriedenheit</th>
<th>Ärzte: bessere Zusammenarbeit</th>
<th>Ärzte: Entlastung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>$r$ = -0,064</td>
<td>0,085</td>
<td>-0,026</td>
<td>0,134</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>155</td>
<td>87</td>
<td>119</td>
<td>157</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweise: $r$ = Korrelationskoeffizient nach Pearson; $n$ = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl

*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant; **: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Da auf die Beziehungen zwischen Ärztebefragung und Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter (s. Abschnitt 4.5.2) sowie Versichertenbefragung (s. Abschnitt 4.5.4) schon eingegangen wurde, ist in Tabelle 25 der Vollständigkeit halber der noch fehlende Zusammenhang zur Kostenebene dargestellt: Auch bei den Ärzten weisen die Kosten keine signifikanten Korrelationen zu Zufriedenheit, wahrgenommener Entlastung und qualitativ besserer Zusammenarbeit sowie der von den Ärzten eingeschätzten Gesamteffektivität auf.

4.5.7. Leistungsdaten: Zusammenhänge innerhalb der Untersuchungsebene


Weniger kohärent sind die Korrelationen, der aus den Gesamtkosten extrahierten aufgeschlüsselten Kostenbereiche, untereinander (s. Tabelle 26): So bestehen bspw. nur kleine positive Korrelationen zwischen den Krankenhauskosten und den Arzneimittelkosten, Pflegeversicherungsleistungen, Heil-/Hilfsmittelkosten sowie den „Sonstigen Kosten“.

Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen den Kosten in der Pflegeversicherung und den Arzneimittelkosten.

Tabelle 26: Korrelationen zwischen den untersuchten Kostenbereichen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>1</td>
<td>0,830**</td>
<td>0,450**</td>
<td>0,445**</td>
<td>0,381**</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kosten: Krankenhaus

| $r$            | 1                   | 0,124**              | 0,098**            | 0,135**                     | 0,244**         |
| $n$            | 1064                | 1064                 | 1064               | 1064                        | 1064            |

Kosten: Arzneimittel

| $r$            | 1                   | 0,014                | 0,060              | 0,093**                     |
| $n$            | 1064                | 1064                 | 1064               | 1064                        |

Kosten: Pflegevers.

| $r$            | 1                   | 0,415**              | 0,234**            |
| $n$            | 1064                | 1064                 | 1064               |

Kosten: Heil-/Hilfsmittel

| $r$            | 1                   | 0,229**              |
| $n$            | 1064                | 1064                 |

Kosten: Sonstige

| $r$            | 1                   |
| $n$            | 1064                |

Hinweise: $r$ = Korrelationskoeffizient nach Pearson; $n$ = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl

*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant; **: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

4.5.8. Zusammenhänge zwischen Kosten, Fallzahlen und Falldauern


Tabelle 27: Korrelationen zwischen Kosten, Fallzahlen und Falldauern im Krankenhausbereich

<table>
<thead>
<tr>
<th>KH: Kosten</th>
<th>KH: Fälle Anzahl</th>
<th>KH: Dauer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>1</td>
<td>0,607**</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
</tr>
</tbody>
</table>

KH: Fälle Anzahl

| $r$        | 1                | 0,689**   |
| $n$        | 1064             | 1064      |

KH: Dauer

| $r$        | 1                |
| $n$        | 1064             |

Hinweise: $r$ = Korrelationskoeffizient nach Pearson; $n$ = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl

*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signif.; **: Die Korr. ist auf dem Niveau von 0,01 signif.
Sofern also etwa zu einem bestimmten Zeitpunkt eine durch die Patientenbegleitung bedingte Kostenersparnis im Krankenhausbereich vorliegt, kann aufgrund dieses Befunds gleichsam von niedrigeren Fallzahlen und Dauern ausgegangen werden. Am absolut stärksten ist diese „Korrespondenz“ zu den Kosten mit $r=0,752$ in Bezug auf die Falldauer ausgeprägt (s. Tabelle 27).

Auch bei den Pflegeversicherungsleistungen liegen starke Zusammenhänge zwischen Kosten, Fallzahlen und Falldauern vor (s. Tabelle 28).

Darüber hinaus zeigt sich im Kontext dieser Leistungsart anhand der vorliegenden Korrelationskoeffizienten, dass Kosten, Fallzahlen und Dauern jeweils umso höher ausfallen, je schwerer sich die höchste beobachtete Pflegestufe im Untersuchungszeitraum darstellt (s. Tabelle 28).

Bei höheren Kosten, Fallzahlen und Dauern im Bereich der Pflegeversicherungsleistungen sinkt entsprechend, der aus Tabelle 28 zu ersehenden Zusammenhänge, ebenfalls die Wahrscheinlichkeit, dass sich die anfängliche Pflegestufe während des Untersuchungszeitraums verbessert hat.

### Tabelle 28: Zusammenhänge zwischen Kosten, Fallzahlen und Falldauern im Bereich der Pflegeversicherung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflegevers.: Kosten</th>
<th>Pflegevers.: Fälle Anzahl</th>
<th>Pflegevers.: Leistungsdauer</th>
<th>Höchste Pflegestufe</th>
<th>Verbesserung Pflegestufe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>$r$</td>
<td>$0,553^{**}$</td>
<td>$0,455^{**}$</td>
<td>$0,604^{**}$</td>
<td>$-0,418^{**}$</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegevers.: Fälle Anzahl</td>
<td>$r$</td>
<td>$0,499^{**}$</td>
<td>$0,539^{**}$</td>
<td>$-0,334^{**}$</td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegevers.: Leistungsdauer</td>
<td>$r$</td>
<td>$0,358^{**}$</td>
<td>$-0,273^{**}$</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Höchste Pflegestufe</td>
<td>$r$</td>
<td>$-0,776^{**}$</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verbesserung Pflegestufe</td>
<td>$r$</td>
<td>$1$</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$n$</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweise: $r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson; $n =$ der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl

*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant; **: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Analog zu den Befunden in den Bereichen Krankenhaus und Pflegeversicherung, sind im Reha-Bereich ebenfalls stark positive Korrelationen bzw. Zusammenhänge zwischen den Ausprägungsgraden von Kosten, Fallzahlen und Falldauern zu beobachten (s. Tabelle 29).

Tabelle 29: Zusammenhänge zwischen Kosten, Fallzahlen und Falldauern im Reha-Bereich

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>RH: Kosten</th>
<th>RH: Fälle Anzahl</th>
<th>RH: Dauer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>r</td>
<td>1</td>
<td>0,715**</td>
<td>0,786**</td>
</tr>
<tr>
<td>n</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>0,811**</td>
</tr>
<tr>
<td>r</td>
<td>1064</td>
<td>1064</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>n</td>
<td></td>
<td>1064</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweise: r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; n = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl
*: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signif; **: Die Korr. ist auf dem Niveau von 0,01 signif.
4.6. Ergebnisse der Analyse vertiefender Fragestellungen


4.6.1. In welchem Zusammenhang steht bei der Patientenbegleitung das Alter der Versicherten zu den Kosten?

Da im Zuge der untersuchungsgruppenspezifischen Betrachtung, insbesondere bei den Kosten (s. Abschnitt 4.4.8), aber auch bei den Fallzahlen und Falldauern (s. Abschnitt 4.4.10), die Ü75-Gruppe im Vergleich zu den Versicherten mit Herz-, Schlaganfall- oder Krebserkrankungen vergleichsweise ungünstig abschneidet, erscheint zunächst die Vermutung gerechtfertigt, dass die im Zuge der Patientenbegleitung erreichten Effekte ggf. vom Alter der Versicherten moderiert sein könnten.


Abbildung 125: Patientenbegleitung bei „älteren“ Versicherten in der Ü75-Gruppe
Ein deutlich anderes Bild ergibt sich, wenn demgegenüber die Herz-, Schlaganfall- und Krebserkrankungsgruppe zusammengefasst betrachtet werden. Da es sich hierbei um die Fälle handelt, die ausschließlich aufgrund eines stationären Krankenaufenthalts mit relativ eng umrisserner Diagnose eine Patientenbegleitung erhalten haben, wird hier im Folgenden in Abgrenzung zur multifaktoriell definierten Ü75-Gruppe (vgl. Abschnitt 3.2.1) zur Vereinfachung der Darstellung von der „Krankenhausgruppe“ gesprochen.

In der Krankenhausgruppe liegen zwar im Bereich der Pflegeversicherungsleistungen und bei den Heil- und Hilfsmitteln, in Form von U-Tests (jeweils p(U)<0.01), F-Tests aber nicht signifikant), Hinweise für tendenziell höhere Kosten in der Patientenbegleitungsgruppe vor. Auffällig ist aber insbesondere der, wesentlich stärkere, hoch signifikant positive Kosteneffekt im Bereich der Krankenhauskosten (p(F,U)<0.01, s. Abbildung 126).

Sofern dies etwas damit zu tun haben sollte, dass die Krankenhausgruppe die vergleichsweise „jüngeren“ Versicherten beherbergt, müssten sich bei den über-75jährigen Krankenhauspatienten theoretisch deutlich schlechtere Effekte als in Abbildung 126 zeigen. Um dies zu prüfen wurden für einen abschließenden Analyseschritt die 146 Versicherten in der Krankenhausgruppe selektiert, die ein Alter von mehr als 75 Jahren aufweisen. Dies trifft trotz der insgesamt jüngeren Altersstruktur immerhin noch auf ca. 20 % der Fälle in der Krankenhausgruppe zu (insgesamt 146 Fälle).

Bemerkenswerterweise kann in dieser Substichprobe von einem Absinken der Effekte keine Rede sein (s. Abbildung 127). Eher das Gegenteil trifft zu: So ist anhand der Effektgrößen zu ersehen, dass der positive PB-Kosteneffekt im Bereich der Krankenhauskosten (p(F,U)<0.02) hier absolut gesehen sogar noch etwas stärker ausfällt. Darüber hinaus liegt bei den Pflegeversicherungsleistungen zwar noch ein im Sinne der Patientenbegleitung marginal signifikanter negativer Kosteneffekt vor (p(F,U)<0.09), im Bereich der Heil- und Hilfsmittel fallen die Kostenunterschiede aber nicht mehr bedeutsam aus.
Diese Befunde belegen, dass in kostentechnischer Hinsicht die Patientenbegleitung auch bei älteren Versicherten durchaus positive Kostenwirkungen erzielen kann. Entscheidender als das Alter scheint in dieser Beziehung die Operationalisierung der Untersuchungs- bzw. Diagnosegruppe zu sein. So ist das verhältnismäßig schwache Abschneiden der Ü75-Gruppe vermutlich auf die weit gefassten und damit diagnoseseitig sehr heterogenen Aufgreifkriterien zurückzuführen, die ein zielgerichtetes professionelles Handeln, völlig anders als etwa bei einem an spezifischen Bedarfen ausgerichteten Disease-Management-Programm, deutlich erschweren.

Abbildung 127: Patientenbegleitung bei den über-75jährigen Versicherten in der „Krankenhausgruppe“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorie</th>
<th>EG (€)</th>
<th>KG (€)</th>
<th>d</th>
<th>p-Wert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtkosten</td>
<td>8.439</td>
<td>8.045</td>
<td>0.43</td>
<td>&lt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhaus</td>
<td>-1.849</td>
<td>-2.908</td>
<td>-0.29</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel</td>
<td>1.087</td>
<td>3.045</td>
<td></td>
<td>&gt;0.10</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegeversorgung</td>
<td>1.700</td>
<td>840</td>
<td></td>
<td>&gt;0.10</td>
</tr>
<tr>
<td>Heil- und Hilfeleistungen</td>
<td>3.568</td>
<td>7.05</td>
<td></td>
<td>&gt;0.10</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige</td>
<td>1.180</td>
<td>1.452</td>
<td></td>
<td>&gt;0.10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

n = 146
4.6.2. Kommt es bei Härtefällen zu unterschiedlichen Ergebnissen?


In einem ersten Auswertungsschritt wurden die 21 Zwillingspaare (bzw. 42 Fälle) miteinander verglichen, auf die sowohl in Experimental- als auch in der Kontrollgruppe eine Härtefallregelung im Nacherhebungszeitraum zutreffend war (s. Abbildung 128). In Anbetracht der kleinen Stichproben, ist allerdings keiner der in Abbildung 128 zu ersehenden Kostenunterschiede statistisch signifikant. Auffällig sind allerdings die weitestgehend konsistent höheren Durchschnittskosten in der Experimentalgruppe.

Abbildung 128: Vergleich von „Härtefallpaaren“ im PB-Zeitraum

Abbildung 129: Vergleich von Paaren ohne Härtefallregelung

Insgesamt sind die Befunde im Kontext der Analyse der Härtefälle nur wenig statistisch abgesichert. Unter Rücksichtnahme auf diesen Vorbehalt gibt es allerdings schwache Indizien, die darauf hinweisen, dass Härtefälle im Zuge der Patientenbegleitung womöglich schwieriger zu steuern sind. Da die Gründe hierfür allenfalls gemutmaßt werden können, müsste dieser Befund aber erst durch weitere und spezifischere Forschungsarbeiten, wenn möglich an größeren und repräsentativeren Stichproben, bestätigt werden, bevor hier endgültige Bewertungen vorgenommen werden dürften.

4.6.3. Inwieweit sind die Angehörigen der Versicherten in die Patientenbegleitung eingebunden?

Eine weitere Fragestellung war, inwieweit die Angehörigen der Versicherten in den Patientenbegleitungsprozess eingebunden waren. Diese Frage konnte durch die vorliegenden Daten nur indirekt beantwortet werden.

In Abbildung 130 ist dargestellt, in wie vielen Fällen die Angehörigen wenigstens in die Bedarfsfeststellung bzw. das Assessment des Patientenbegleiters einbezogen wurden (Telefonkontakte mitgerechnet). Dieser Anteil liegt untersuchungsübergreifend zwischen 40 % und 50 %. Es handelt sich um die minimal mögliche Form der Beteiligung im Zuge eines CM-Prozesses und damit um den oberen Schwellenwert für die Schätzung der Angehörigenbeteiligung.

Ein alternativer Zugang zur Fragestellung wird durch ein Item der Versichertenbefragung ermöglicht, in dem ermittelt wird, ob die Versicherten beim Ausfüllen des Fragebogens Unterstützung durch Angehörige erhalten haben. Diese Frage wird im Schnitt in 25 % der Fälle bejaht. Da allerdings anzunehmen ist, dass viele Versicherte, deren Angehörige sehr wohl in
die Patientenbegleitung involviert sind, den Fragebogen eigenständig ausgefüllt haben, kann dieser Wert nur als die untere Schwelle der Angehörigenbeteiligung interpretiert werden.

Abbildung 130: Einbeziehung der Angehörigen in die Bedarfsfeststellung

4.6.4. Gibt es Überschneidungen zwischen den Krankenhausfällen und der Gruppe der Über-75jährigen?


Das konkrete Ausmaß der (potenziellen) Überschneidungen zwischen den Krankenhausfällen und der Ü75-Gruppe ist in Abbildung 131 veranschaulicht. Insgesamt lag bei ca. 30 %
der Fälle eine solche Überschneidung vor. Mit 52,6 %, also etwa der Hälfte der Fälle, ist dieser Anteil in der Gruppe der Über-75jährigen am Höchsten, in der Gruppe der Patienten mit Krebserkrankung mit 14,1 % absolut am Niedrigsten.

Abbildung 131: Potenzielle Überschneidungen zwischen KH- und Ü75-Gruppen

Wie schneiden nun die multimorbiden Fälle im direkten Kostenvergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe ab? Bereits bei Betrachtung des gesamten Nacherhebungszeitraums, sind bei den multimorbiden Fällen statistisch bedeutsame Kosteneffekte im Sinne der Patientenbegleitung sowohl auf Ebene der Krankenhaus- (p(F,U)<0.01) als auch der Gesamtkosten (p(F,U)<0.05) zu beobachten (s. Abbildung 132).

Abbildung 132: Kostenvergleich bei multimorbiden Fällen im gesamten Nachbeobachtungszeitraum
Hinweise auf potenziell negative Kosteneffekte liegen an dieser Stelle noch bei den Pflegeversicherungsleistungen sowie den Heil-/Hilfsmitteln vor, werden allerdings ausschließlich anhand von U-Tests (jeweils p(U)<0.05) untermauert.

Wird eine zeitliche Differenzierung vorgenommen bei der nur die Fälle betrachtet werden, die mindestens einen neunmonatigen Zeitabstand zur Patientenbegleitung aufweisen, sind bei den Gesamtkosten und im Krankenhausbereich ähnlich positive PB-Effekte messbar. Hinweise auf negative Kosteneffekte liegen sogar überhaupt nicht mehr vor (s. Abbildung 133).

Abbildung 133: Kostenvergleich bei multimorbiden Fällen mit Nachbeobachtungszeiträumen von 9 Monaten und länger

Wesentlich bemerkenswerter ist allerdings die Tatsache, dass die Effekte bei den multimorbiden Fällen, gemessen an den jeweiligen Effektgrößen, bei jeder Analyse wesentlich stärker ausfallen als die in Gesamtstichprobe aller Fälle beobachteten Effekte. Dies gilt in Bezug auf die Effektstärken im gesamten Untersuchungszeitraum (vgl. Abschnitt 4.4.9) und sogar für die zeitabhängigen PB-Effekte (vgl. Abschnitte 4.4.5 und 4.4.6).

Die vorliegenden Indizien sprechen dafür, dass multimorbide Fälle sich in Anbetracht ihres prinzipiell höheren Ressourcen- und Steuerungsbedarfs gut für eine Maßnahme wie die Patientenbegleitung eignen. Diese Schlussfolgerung wird weitestgehend auch durch die in Abschnitt 4.6.6 beschriebenen Befunde unterstützt.
4.6.5. Wie hoch ist der Ressourcenbedarf von Krebspatienten in den letzten drei Lebensmonaten mit und ohne Patientenbegleitung?


Abbildung 134: Gegenüberstellung des Ressourcenverbrauchs von Krebspatienten in den letzten drei Lebensmonaten

Es kann angenommen werden, dass diese Befunde eng mit dem Versterben der Versicherten in Zusammenhang stehen. Wie in den Abschnitten 4.4.5 bis 4.4.7 gesehen sind positive Kosteneffekte der Patientenbegleitung in der Regel erst ca. ein Jahr nach Beendigung nachweisbar. Somit wäre bei den vorliegenden Fällen aufgrund der Mortalität der Zeithorizont für einen Nachweis derartiger Programmwirkungen deutlich zu kurz bemessen.

Entsprechend der in Abschnitt 4.4.8 beschriebenen untersuchungsuntergruppenspezifischen Ergebnisse liegen für die Patienten mit Krebskrankungen, die im Vergleich der vier Untersuchungsgruppen auch die absolut kostenintensivsten Fallverläufe aufweisen, zumindest tendenziell positive PB-Kosteneffekte vor. Dabei ist zu bedenken, dass diese Untersuchungsgruppe neben den Kosten, auch die vergleichsweise höchste Mortalität aufweist.
(s. Abschnitt 4.4.2). Von daher kann der eingangs formulierten These eines erhöhten Steuerungspotenzials bei Fällen mit hohem Ressourcenbedarf an dieser Stelle nicht unmittelbar widersprochen werden. Im direkt nachfolgenden Abschnitt wird dieser Annahme daher noch unter einem anderen Blickwinkel nachgegangen.

4.6.6. Hat die Patientenbegleitung größere Effekte bei den teureren Fallverläufen?

Die kostenintensiven Fallverläufe wurden im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung auch losgelöst von bestimmten „Diagnosegruppen“ untersucht. Damit die Frage überhaupt im Rahmen einer Auswertung aufgegriffen werden konnte, musste allerdings zunächst konkret definiert werden, was unter kostenintensiv bzw. „teuer“ zu verstehen ist. Dabei wurde eine statistische Operationalisierung mit Hilfe des oberen Quartils der Gesamtkosten vorgenommen, dessen Schwellenwert bei mittleren Kosten von ca. 15.700 € lag (verteilt über den gesamten Nacherhebungszeitraum der Studie).


Darüber hinaus war, bezogen auf die Gesamtstichprobe, eine hoch signifikante Korrelation zwischen Kosten und Nacherhebungsduer (r=0.16) zu beachten. Das die Kosten bei längeren Untersuchungszeiträumen höher ausfallen, ist gleichsam ein relativ nahe liegender wie trivialer Befund, der aber eine eindeutige Beantwortung der Ausgangsfragestellung deutlich erschwert. Als „teuer“ sollten im vorliegenden Kontext Fälle mit hohem Ressourcenbedarf
verstanden werden und nicht (beliebige) Fälle, die nur zufällig lange beobachtet wurden. Daher musste die entsprechende Korrelation auf angemessene Weise „kontrolliert“ werden. Da erst ab einer Mindestnachbeobachtungszeit von sieben Monaten Kosten und Beobachtungszeit statistisch voneinander unabhängig waren, wurden für die im Folgenden dargestellten Analysen nur entsprechende Fälle selektiert.

Ein näherer Blick auf die, nach diesen Kriterien ausgewählten, „kostenintensiven“ Fälle offenbart eine Vielzahl von im Sinne der Patientenbegleitung positiven Kosteneffekten, im Bereich der Gesamt-, Krankenhaus- (jeweils p(F,U)<0.01) und „Sonstigen Kosten“ (p(F,U)<0.02), die zudem, bezogen auf die allgemeine Befundlage im Rahmen der vorliegenden Studie, vergleichsweise hohe Effektstärken aufweisen (s. Abbildung 135).

Abbildung 136: Kosteneffekte bei den vergleichsweise kostengünstigen Fallverläufen nach 7 Monaten Nachbeobachtungszeit

Bei den definitionsgemäß „kostengünstigeren“ Fällen sind die Unterschiede sowohl in den absoluten Zahlenwerten als auch bei den statistischen Tests deutlich weniger evident (s. Abbildung 136): Hier kann nur für den Krankenhausbereich ein positiver Kosteneffekt der Patientenbegleitung ermittelt werden (p(F,U)<0.03). Dagegen fallen die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel in der Patientenbegleitungsgruppe signifikant höher aus (p(F,U)<0.01). Aufgrund des ebenfalls signifikanten F-Tests ist dies hier sogar noch deutlicher als bei Betrachtung der Gesamtstichprobe (vgl. auch Abbildung 113 auf S. 149).

4.7. Wirkfaktorenanalyse


kann nicht jeder der ermittelten Faktoren gleich gut beeinflusst werden, einige womöglich sogar gar nicht (siehe unten).

Die Bedeutung der Wirkfaktoren kann anhand der standardisierten Beta-Koeffizienten der Regressionsanalysen weiter differenziert werden. Dabei wird üblicherweise zwischen kleinem ($\beta<0,3$), mittlerem ($\beta<0,5$) und starkem Einfluss ($\beta>=0,5$) unterschieden. Der Beta-Koeffizient sagt vereinfacht ausgedrückt aus, um wie viele Standardabweichungen der Wert der abhängigen Variablen steigt bzw. sinkt, wenn sich der Wert der Prädiktorvariablen um eine Standardabweichung erhöht. Bei den im Folgenden dargestellten Wirkfaktoren handelt es sich in der Regel um kleine Einflüsse. Sofern ein stärkerer Zusammenhang vorliegt, ist dies in der Ergebnisdarstellung separat ausgewiesen. Zudem sind jeweils auch die Determinationskoeffizienten ($R^2$) der finalen (Partial-)Modelle angegeben, anhand derer die Güte der Modellanpassung geschätzt werden kann. Werte ab .01 können als klein, ab .06 als mittel und ab .14 als hoch bewertet werden.

Abschließend noch ein wichtiger terminologischer Hinweis: Der Begriff „Wirkfaktor“ ist absichtlich neutral gewählt, da es sowohl Merkmale geben kann, die sich positiv auf die Ergebnisse auswirken als auch andere Merkmale, die sich negativ auswirken. Im ersteren Fall handelt es sich dann um „Erfolgsfaktoren“, im letzteren Fall um „Misserfolgsfaktoren“. Im Rahmen der vorliegenden Analyse wurden allerdings mit wenigen Ausnahmen keine Misserfolgsfaktoren ermittelt, von daher kann man bei den in den folgenden Abschnitten beschriebenen Merkmalen getrost auch von Erfolgsfaktoren sprechen. Die differenzierte Betrachtung der verschiedenen Ergebnisdimensionen zeigt allerdings, dass diese Faktoren durchaus nicht auf allen Ebenen in eine Richtung wirken müssen: Was sich bspw. positiv auf die Zufriedenheit der Versicherten auswirkt, muss sich nicht unbedingt auch in gleichem Maße positiv auf die Effektivität der Maßnahmen auswirken.

4.7.1. Im Rahmen der Patientenbegleitung die Gesamteffektivität beeinflussende Faktoren

Bezogen auf die Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter haben die folgenden Merkmale einen positiven Einfluss auf die Gesamteffektivität:

- hoher Zeitumfang der Interventionen
- die Interventionen sollten dabei aber (möglichst)
  a) nur aus wenigen gezielten Einzelmaßnahmen bestehen und dabei
  b) eine breite Anzahl von Zielen abdecken
- interne Abstimmungsprozesse auf möglichst vielen Ebenen (Mitarbeiter, Fallkonferenzen, Gebietsbevollmächtigte oder sonstige Abstimmungsebenen)
• hohe Kooperation der Versicherten (dahingegen kein signifikanter Einfluss durch die Kooperation des Umfelds)
• Initiierung der Patientenbegleitung unmittelbar durch den Patientenbegleiter und nicht durch sonstige Stellen
• Versicherte leben tendenziell eher alleine und haben wenige Kinder/Angehörige. Da unter diesen Bedingungen die Unterstützungsressourcen im näheren Umfeld der Patienten relativ gering sind, wird externe Hilfe deutlich besser angenommen.
• eher direkteres Vorgehen als bloße Orientierung an Wünschen der Versicherten
• planmäßige Maßnahmenbeendigung
• Der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt in einem mittleren Bereich ($R^2=.12$).

4.7.2. Im Rahmen der Patientenbegleitung den Defizit- bzw. Problemlagenabbau beeinflussende Faktoren
Abstrahiert von der Gesamteffektivität erweisen sich die folgenden Wirkfaktoren für einen erfolgreichen Abbau von Defiziten bzw. Problemlagen als wichtig:
• hoher Zeitumfang der Interventionen
• Interventionen sollten (möglichst) nur aus wenigen gezielten Einzelmaßnahmen bestehen.
• Dauer der Patientenbegleitung: Der Zusammenhang ist umgekehrt U-förmig (siehe Abschnitt 4.7.1).
• Versicherte leben eher alleine.
• Krankenhaussozialdienst ist in die Patientenbegleitung eingebunden.
• Der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt in einem mittleren Bereich ($R^2=.09$).

4.7.3. Im Rahmen der Patientenbegleitung die Ressourcenförderung beeinflussende Faktoren
Für eine erfolgreiche Förderung von Ressourcen sind folgende Merkmale ausschlaggebend:
• hoher Zeitumfang der Interventionen
• Interventionen sollten (möglichst) nur aus wenigen gezielten Einzelmaßnahmen bestehen.
• Dauer der Patientenbegleitung: Der Zusammenhang ist „umgekehrt U-förmig“ (siehe Abschnitt 4.7.1).
• Initiierung der Patientenbegleitung unmittelbar durch den Patientenbegleiter und nicht durch sonstige Stellen.
• möglichst unverzügliche Einleitung der Patientenbegleitung nach Eintritt des Anlasses
• interne Abstimmungsprozesse auf möglichst vielen Ebenen (Mitarbeiter, Fallkonferenzen, Gebietsbevollmächtigte oder sonstige Abstimmungsebenen).
• Versicherte leben tendenziell eher alleine und haben wenige Kinder/Angehörige. Da unter diesen Bedingungen die Unterstützungsressourcen im näheren Umfeld der Patienten relativ gering sind, wird externe Hilfe deutlich besser angenommen
• Der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt in einem mittleren Bereich (R²=.08).

4.7.4. Die Zielerreichung der Patientenbegleitung beeinflussende Faktoren
Der Grad der im Zuge der Patientenbegleitung erreichten Ziele wird durch folgende Faktoren beeinflusst:
• planmäßige Maßnahmenbeendigung
• hohe Intensität der Versichertenkontakte (bspw. Vor-Ort-Gespräche)
• hohe Kooperativität der Versicherten
• breites Service-Angebot im Rahmen der Maßnahme-Planung
• Der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt in einem hohen Bereich (R²=.22)

4.7.5. Zwischenfazit: Was ist für die spezifische Effektivität der Patientenbegleitung wichtig?
Besonders gut entfalten umfangreiche, aber gezielte Interventionen mittlerer Dauer ihre Wirkung. Dabei kristallisiert sich heraus, dass die Passung von Patientenbedürfnissen und Versorgungsbedarf eine zentrale Herausforderung für die Patientenbegleitung ist: Diese scheint nämlich besonders gut zu funktionieren, wenn der Patientenbegleiter im unmittelbaren Dialog mit den Versicherten im Sinne der fachlich gebotenen Versorgungsmöglichkeiten „einwirken“ kann und nicht bloß auf die Wünsche der Versicherten eingeht. Aufgabe der Patientenbegleiter ist also auch das Ausbalancieren der unterschiedlichen Interessenlagen.
Ferner empfiehlt sich eine möglichst frühzeitige Einleitung der Maßnahme, die am besten direkt durch den Patientenbegleiter erfolgt. Unter anderem kann sich die Nutzung von internen Vernetzungsressourcen ebenfalls positiv auf die Ergebnisse der Patientenbegleitung auswirken.
4.7.6. Unter welchen besonderen Bedingungen sehen auch die Ärzte eine höhere Effektivität durch die Patientenbegleitung?

Bei der Analyse der Ärztbefragung ergeben sich weitere spezifische Faktoren, unter denen speziell die Ärzte eine höhere Effektivität der Patientenbegleitung für die Versicherten feststellen:

- wahrgenommene Entlastung der Ärzte durch die Patientenbegleitung
- erlebte qualitative Verbesserung in der Zusammenarbeit mit Krankenkasse, Krankenhausärzten, -sozialdiensten, Angehörigen und sonstigen an der Behandlung bzw. Betreuung des Patienten beteiligten Personen bzw. Institutionen
- Der Patient ist stärker motiviert, auch selbst etwas zur Verbesserung seiner Gesundheitssituation beizutragen.
- Eine Härtefallreglung liegt für den Patienten nicht vor.
- Der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt in einem hohen Bereich (R²=.20).

4.7.7. Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit der Ärzte?

Die Ärzte differenzieren zwischen der Effektivität der Patientenbegleitung für die Versicherten und der eigenen Zufriedenheit mit diesem Angebot. Für die Zufriedenheit der Ärzte erweisen sich im Rahmen der Wirkfaktorenanalyse folgende Bedingungen als besonders relevant:

- gute Atmosphäre bei den Kontakten mit dem Patientenbegleiter (mittlerer bis starker Einflussfaktor mit β=0,47)
- „einfache“, nicht umständliche Kontaktaufnahme durch den Patientenbegleiter (mittlerer Einflussfaktor mit β=0,41)
- Patientenbegleiter geht auf die fachlichen Wünsche, Ratschläge und Anliegen des Arztes ein
- Speziell in Bezug auf die Krankenkasse wird eine durch die Patientenbegleitung vermittelte qualitativ bessere Kooperation wahrgenommen.
- der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt im sehr hohen Bereich (R²=.64). Durch die hier beschriebenen Einflussfaktoren können annähernd zwei Drittel der Varianz in der Zielgröße Zufriedenheit der Ärzte erklärt werden.

4.7.8. Elementare Voraussetzungen für die Wahrnehmung einer qualitativ besseren Zusammenarbeit durch die Ärzte

Damit die Ärzte im Zuge der Patientenbegleitung eine qualitativ bessere Zusammenarbeit mit der Krankenkasse, den Krankenhausärzten, Krankenhaussozialdiensten, Angehörigen und anderen an der Behandlung bzw. Betreuung des Patienten beteiligten Personen bzw. Institutionen wahrnehmen, sollten folgende elementare Voraussetzungen erfüllt sein:
Für den Arzt ist eine hohe Anzahl von Vorteilen der Patientenbegleitung transparent und wird auch entsprechend benannt (mittlerer Einflussfaktor mit $\beta=0,40$).

gute Atmosphäre bei den Kontakten mit dem Patientenbegleiter

Es gab tatsächlich einen unmittelbaren Kontakt mit dem Patientenbegleiter.

Der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt in einem hohen Bereich ($R^2=.18$).

4.7.9. Unter welchen speziellen Bedingungen fühlen die Ärzte sich eher entlastet?

Damit die Ärzte sich im Zuge der Patientenbegleitung entlastet fühlen, erweisen sich die folgenden Bedingungen als vorteilhaft:

Es gab tatsächlich einen unmittelbaren Kontakt mit dem Patientenbegleiter (mittlerer Einflussfaktor mit $\beta=0,31$).

Der Arzt hat insbesondere im Hinblick auf die psychosoziale Betreuung des Patienten eine Entlastung wahrgenommen.

gute Atmosphäre bei den Kontakten mit dem Patientenbegleiter

„einfache“, nicht umständliche Kontaktaufnahme durch den Patientenbegleiter

Patient ist besser über die für seine Gesundheitssituation richtigen Gesundheitsangebote informiert.

schnellerer und „unbürokratischer“ Ablauf bei der Beschaffung von Hilfsmitteln

Der Patient ist stärker motiviert, auch selbst etwas zur Verbesserung seiner Gesundheitssituation beizutragen.

Wesentlicher Vorteil der Patientenbegleitung wird in höherer Effektivität der Abstimmungsprozesse mit anderen an der Behandlung/Betreuung beteiligten Personen/Institutionen gesehen.

Der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt in einem sehr hohen Bereich ($R^2=.58$).

4.7.10. Zwischenfazit: Was ist im Hinblick auf die Ärzte wichtig?

Im Hinblick auf die Ärzte sind ein persönlicher Kontakt zum Patientenbegleiter mit einfacher Kontaktaufnahme sowie eine gute Atmosphäre bei den Kontakten wichtig. Bereits in Abschnitt 4.3.2 wurde gezeigt, dass diese Kontakte prinzipiell noch ausbaufähig sind. Ferner erweist es sich unter anderem als vorteilhaft, wenn die Patienten gut über die für ihre Gesundheitssituation richtigen Angebote informiert sowie stärker aktiviert sind, auch selbst etwas zu deren Verbesserung beizutragen. Dies führt zur besseren Zusammenarbeit aller Beteiligten, zur Entlastung der Ärzte, höherer Zufriedenheit und letztendlich auch zu einer höheren Effektivität der Patientenbegleitung.
4.7.11. Unter welchen besonderen Bedingungen der Patientenbegleitung berichten die Versicherten häufiger von Verbesserungen bzgl. Befürchtungen und Befinden?

Die Analyse der Versichertenbefragung zeigt, dass bestimmte Faktoren in besonderem Maße damit in Zusammenhang stehen, dass die Versicherten im Rahmen der Patientenbegleitung häufiger von Verbesserungen bezüglich ihrer Gesundheitssituation und damit in Zusammenhang stehender Befürchtungen und Ängste berichten:

- Patientenbegleiter geben hilfreiche Hinweise und Anregungen, auch selbst an der Veränderung der eigenen Gesundheitssituation mitzuwirken.
- Patientenbegleiter haben bereits frühzeitig im Krankenhaus den Kontakt hergestellt (und nicht erst zu Hause).
- Nach dem Krankenhausaufenthalt wird die Entlassung nach Hause vorbereitet.
- insgesamt hohe subjektive Zufriedenheit mit der Patientenbegleitung
- jüngeres Alter der Versicherten (ältere Menschen kommen im Rahmen der Befragung tendenziell zu eher pessimistischeren Einschätzungen)
- Der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt in einem hohen Bereich (R²=.18).

4.7.12. Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit der Versicherten?

Die Zufriedenheit der Versicherten mit der Patientenbegleitung wird im Wesentlichen von den folgenden Faktoren beeinflusst:

- Patientenbegleiter gehen auf die Wünsche und Anliegen des Versicherten ein.
- Patientenbegleiter geben hilfreiche Hinweise und Anregungen, auch selbst an der Veränderung der eigenen Gesundheitssituation mitzuwirken.
- Versicherte nehmen eine Vielzahl von Vorteilen bzw. Unterstützungsangeboten durch die Patientenbegleitung wahr.
- gute Atmosphäre bei den Kontakten
- Der Determinationskoeffizient des Partialmodells liegt in einem sehr hohen Bereich (R²=.47)

4.7.13. Fazit: Was ist im Hinblick auf die Versicherten wichtig?

Für die Versicherten sind insbesondere eine möglichst frühzeitige Kontaktaufnahme und eine gute Atmosphäre bei den Kontakten wichtig. Ein Eingehen auf die Wünsche und Anliegen des Versicherten steigert zwar unmittelbar deren Zufriedenheit, sollte aber entsprechend der in Abschnitt 4.7.1 bis Abschnitt 4.7.5 beschriebenen Befunde vom Patientenbegleiter auch im Hinblick auf die tatsächlichen fachlichen Bedarfe „ausbalanciert“ werden. Insofern darf es im Rahmen der Patientenbegleitung nicht nur schwerpunktmäßig um die Steigerung der Zufriedenheit der Versicherten gehen.
5. Zusammenfassung

5.1. Ergebnisübersicht zu Forschungsfragestellungen und Hypothesen

Die nachfolgende Tabelle 30 ermöglicht einen kursorischen Überblick über die zentralen Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die in Abschnitt 2 formulierten Fragestellungen und Hypothesen.

Tabelle 30: Nach Fragestellungen gegliederter Überblick über die Evaluationsergebnisse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Inhalt in Bezug auf die PB</th>
<th>Befund</th>
<th>Zusammenfassung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1a</td>
<td>Versicherte: Zufriedenheit</td>
<td>++</td>
<td>Zufriedenheit mit der Krankenkasse deutlich erhöht (insbes. hinsichtlich Beratungskompetenz, Vertrauensverhältnis und Einfühlungsvermögen)</td>
</tr>
<tr>
<td>1c</td>
<td>Partner: Zufriedenheit</td>
<td>++</td>
<td>Höhere Zufriedenheit bei Ärzten (und entsprechend den vorliegenden Daten auch bei den Krankenhaussozialdiensten).</td>
</tr>
<tr>
<td>1d</td>
<td>Partner: „Sekundäreffekte“</td>
<td>++</td>
<td>Höhere Entlastung und Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen und Institutionen.</td>
</tr>
<tr>
<td>1e</td>
<td>Effekte bei Fallzahlen</td>
<td>+</td>
<td>siehe Frage 2</td>
</tr>
<tr>
<td>1f</td>
<td>Effekte bei Falldauern</td>
<td>+</td>
<td>siehe Frage 2</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Leistungsausgaben (Kosten)</td>
<td>+</td>
<td>PB führt kurzfristig zu Mehrkosten. Die vorliegenden Hinweise sprechen allerdings deutlich dafür, dass sich dies langfristig (spätestens nach einem Jahr) in einen positiven Kosteneffekt umkehrt, der v. a. im Krankenhausbereich anzusiedeln ist. Aufgrund des starken Zusammenhangs mit den Leistungsausgaben sind ähnliche Effekte auch im Bereich von Fallzahlen und Falldauern zu erwarten (Fragen 1e und 1f)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Frage 3: Wirkfaktoren

**Befund:** ++

Die entscheidenden Erfolgsfaktoren:
- „Passung“ zw. Bedürfnislage und Versorgungsbedarf des Patienten herstellen
- Sonstige: umfangreiche, gezielte Interventionen mittlerer Dauer, frühzeitige Einleitung der Patientenbegleitung, Atmosphäre und „Intensität“ der Kontakte, hohe „Kooperativität“ aller Beteiligten u.v.m.

Ausbaufähig ist bspw. noch der persönliche Kontakt der Patientenbegleiter zu den behandelnden (Haus-)Ärzten.

++ positiv; + tendenziell positiv

### 5.2. Gesamtfazit


Die Effekte auf der Patient-Ebene können wie folgt zusammengefasst werden:

- Gerade in akuten Krankheitsphasen oder nach einem stationären Aufenthalt ist die Sorge vor der weiteren Entwicklung, den körperlichen und sozialen Auswirkungen der Erkrankung besonders hoch. Es kann gezeigt werden, dass Patienten durch die Patientenbegleitung (PB) besser informiert sind als Patienten der Kontrollgruppe. Sie haben weniger Ängste und Befürchtungen und sind zudem hoch zufrieden mit der Krankenkasse.

- Ein wichtiges Ziel der Patientenbegleitung ist die Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe. Statt eines passiven Erzuldens oder AbwartENS gehört die Stärkung der Eigeninitiative zum Programm der Patientenbegleitung. Die Patienten der Experimentalgruppe werden hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens aktiviert (Änderung der Ernährungsgewohnheiten, Teilnahme an Gesundheitskursen und Sportkursen etc.).

- Bei der Betrachtung der Wirkfaktoren fällt auf, dass die Patientenbegleitung insbesondere dann gelingt, wenn die Bedürfnislagen des Patienten mit dem Versorgungsbedarf optimal ausbalanciert werden. Dies bestätigt die These, wonach dem fachlichen Handeln der Patientenbegleiterin bzw. des Patientenbegleiters (PBG) eine zentrale Bedeutung beizumessen ist. Auf der einen Seite muss der PBG durch Gesprächsführung und Assessment methodisch in der Lage sein, die subjektiven Bedürfnisse des Patienten wahrzunehmen und (emotional) aufzugreifen sowie gleichzeitig die objektive Bedarfslage (die
ggf. in Konkurrenz dazu steht) angemessen zu eruieren und zu erfassen. Optimales Ausbalancieren heißt, dass weder die Patientenwünsche und Sichtweisen allein, noch die ausschließlich strikte „evidenzbasierte“ Vorgehensweise zielführend sind. Der Versorgungsbedarf muss, wie es theoretisch treffend heißt, an die Bedürfnisse der Patienten angepasst werden – oder, und das belegt die Studie, ist mit diesen in Einklang zu bringen.

Auf der Ebene des professionellen Hilfenetzes zeigen sich folgende Wirkungen der PB:

- Neben den patientenbezogenen Effekten werden die Kooperationen im professionellen Hilfenetz betrachtet. Es zeigt sich, dass die konkrete Zusammenarbeit und Nutzung des Versorgungsmodells durch Ärzte und andere Dienste (z. B. Krankenhaussozialdienste) verbessert werden (Bürokratieabbau, effektivere Abstimmung zwischen Hilfebeteiligten, besserer Informationsstand der Patienten).

- Durch die Befragung der Netzwerkpartner wird deutlich, dass sich insbesondere Ärzte durch die Patientenbegleitung entlastet fühlen und dies umso stärker, je intensiver sie mit der Patientenbegleitung konkret kooperiert haben.

- Eine Stärke des Bosch BKK-Modells ist es, dass die Koordination von Versorgungsmaßnahmen nicht nur extern (in Abstimmung mit vertraglich eingebundenen Ärzten, mit Sozialdiensten etc.), sondern auch intern (mit den zuständigen Mitarbeitern und Leistungsabteilungen der Bosch BKK) gelingt und so zur Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung beiträgt.


Interessant erscheint die Frage, ob und wie die Patientenbegleitung Einfluss auf Krankenhausseinweisungen und stationäre Behandlungen hat. Hier zeigt sich, dass die

- Patientenbegleitung nicht zu kurzfristigen Effekten auf die Entwicklung stationärer Versorgung oder Veränderung der körperlichen Gesundheitssituation führt. Die im Versorgungsplan anvisierten Maßnahmen (z. B. Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, Beratung und Training zur Verhaltensänderung, Begleitung von Angehörigen, Umfeldverbesserungen) müssen erst implementiert und umgesetzt werden – bevor diese Wirkungen zeigen können.

Die Leistung der Patientenbegleitung ist zudem unter ökonomischen Gesichtspunkten relevant, auch wenn nicht alle (Nutzen-)Aspekte monetär bewertet werden können.
Unabhängig von den Implementierungskosten (die im Rahmen der Untersuchung nicht erhoben wurden) ist das PB-Programm der Bosch BKK kurzfristig mit Mehrkosten verbunden: Es entstehen Aufwendungen für die Patientenbegleitungen (Personal- und Sachkosten), Netzwerkarbeit (vertragliche Verpflichtungen mit beteiligten Ärzten) und erhöhte Versorgungskosten (Mehraufwendungen für Leistungen). Auf der Patientenebene kann aufgezeigt werden, dass die Patientenbegleitung als Angebot der Bosch BKK zunächst zu (mehr) leistungser schließenden Hilfen führt. Dies erklärt sich durch die Tatsache, dass bei dem gewünschten patientenorientierten Vorgehen der Patientenbegleitung die Bedarfe differenziert und systematisch erhoben werden und notwendige Hilfen sich hieran zeitnah anschließen. Die Auswertungen zeigen demgegenüber aber auch, dass sich dieser Effekt mittelfristig relativiert und auch umkehrt. Insbesondere zeigen die Ergebnisse positive Kosteneffekte nach einem Zeitraum von ca. einem Jahr nach der Patientenbegleitung. Hieraus kann gefolgert werden, dass die früh- bzw. rechtzeitigen Maßnahmen, die sich am Bedarf orientieren, spätere, höhere Kosten, vermeiden helfen. Es handelt sich sozusagen um eine sich amortisierende Investition in die mittelfristige Zukunft der Versorgung mit einem gewissen „return of investment“.

An einem fiktiven Beispiel, das zugegebenermaßen nur einen linearen Wirklichkeitsausschnitt erfasst, werden die Auswirkungen graphisch dargestellt (s. Abbildung 137):


Abbildung 137: Modellhafte Entwicklung der Einsparungseffekte im Krankenhausbereich
Diese „Modellrechnung“ dient lediglich zur Verdeutlichung folgender zentraler Aspekte:

a) Es soll vermitteln, wie die erzielte Kosteneinsparung der Patientenbegleitung konkret zustande kommen kann.


6. Folgerungen und Ausblick

Der Gesetzgeber bietet einerseits zunehmend Steuerungsanreize im Gesundheitswesen und stärkt dabei auch die Krankenkassen. Integrierte Versorgungsformen, Selektions- und Rabattverträge, sowie spezielle (Haus-) Arztrechtverträge können im Rahmen, aber auch außerhalb der bzw. ergänzend zur kassenärztlichen Versorgungsstruktur zwischen einzelnen Krankenkassen und Ärzten/Ärzteverbänden geschlossen werden. Andererseits besteht weiterhin die Abhängigkeit von politischen Strömungen, die insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen in ihren Leistungen und (Re-)Finanzierungsmöglichkeiten betreffen (etwa Stichwort „Gesundheitsfonds").

Mit dem Programm Patientenbegleitung (PB) versucht die Bosch BKK einen Akzent im Wettbewerb über effektive Gestaltung im GKV-Bereich zu setzen und setzt auf ein System aus personenbezogener intensiver Dienstleistung, die in eine strukturierende vertragliche Bindung mit Hausärzten und Krankenhäusern eingebettet ist. Das Programm folgt der Theorie des Case Managements (CM). In der Umsetzung erfolgen einige Besonderheiten, auf die einzugehen sein wird.

6.1. Generelle Erkenntnisse und Konsequenzen

Für die Wirksamkeit von am CM-Ansatz angelehnten Vorgehensweisen kann immer wieder auf die Bedeutung der Implementierung hingewiesen werden. Die Implementierung hat auf drei Ebenen zu erfolgen, nämlich auf der

- Fallebene – im Modell der PGB als personenbezogene Dienstleistung für und mit dem Patienten – mit den Programmschritten Intake, Assessment, ergänzende Versorgungsplanung, Kooperation und Koordination, Monitoring und Evaluation des Falles

- Organisationsebene mit den Elementen: Qualifizierung des Personals, Fallauswahl, Gestaltung der Prozessschritte, Bereitstellung der Instrumente, Begleitung der PBG und Evaluation der Fallgruppen


Das PB-Modell der Bosch BKK kann insgesamt als hoch implementiert gelten, wobei Fall- und Organisationsebenen fachlich auf höherem Niveau erscheinen, als die Netzwerkebene:


Entscheidende Funktion für die Organisation zur Steuerung der Aktivitäten kommt dem Screening zu. Das Screening wird als eine Vorauswahl von Patientengruppen (Fallgruppen) bezeichnet, für die ein Fallmanagement bzw. eine Patientenbegleitung infrage kommt. Screening bedeutet daher, zwischen CM-Fällen (also Patienten, für die eine PB infrage kommt) und Nicht-CM-Fällen (Patienten, die die „Standardbetreuung“ erhalten) anhand bestimmter Kriterien zu unterscheiden. Allgemeines Kriterium für CM-Fälle sollte ein besonderer Unterstützungs- bzw. Hilfebedarf sein, der sich auszeichnet durch eine mehrdimensionale Problemkomplexität (krankheitsbezogene, persönliche und soziale Ebene), Probleme im Zugang zu Versorgungsangeboten, ggf. ökonomische Probleme und insbesondere hohe Akteursdichte.

Orientierung bieten also Besonderheiten, die dann weiter systematisiert werden können. Solche Kriterien (K) können sein:
(K1) Krankheitskosten: hohe Behandlungs-, Medikamenten- und/oder Pflegekosten, hohe Komplikationsrate, Folgeerkrankungen, Begleiterkrankungen (z. B. Karzinomerkrankungen oder Arbeitsunfähigkeitsdauer länger als 60 Tage)

(K2) Behandlungsverlauf: langwierig oder rezidivierend dauerhaft (z. B. bei psychischen Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Schmerzbehandlungen)

(K3) Steuerbarkeit: Akteursdichte, Schnittstellen, Zugang zu Versorgungsangeboten, Koordinationserfordernis

(K4) Unterstützungsbedarf: mangelnde Selbstversorgungskompetenz der Patienten, mangelnde Kompetenz oder Ressourcen der Bezugspersonen, inkompetente Unterstützungssysteme

(K5) Sonstige Variablen: Zustandsverschlechterung, Regelungsbedarf im Bereich Wohnen, Pflege, häusliche Versorgung, Betreuung, finanzielle Absicherung, besondere Ereignisse…. 

(vgl. auch Cesta et al. 1998, zit. n. Ewers 2000, 74f.)

Abbildung 138: Prozess zur Bildung von Fallgruppen

Die Organisation kann zunächst auf der Grundlage vorhandener Daten und Erfahrungen Fallgruppen bilden, also Fallgruppen mit und ohne CM (theoriegeleitet und erfahrungsbasiert) und diesen Fallgruppen passende Strategien zuordnen (vgl. Abbildung 138). Mit zunehmender Erfahrung und Evaluation gelingt eine Zuordnung von Fallgruppen und Aufwand („Case Load“).

Wie relevant dieser Prozess für die Weiterentwicklung eines fundierten Screenings ist belegen die Erfahrungen der Bosch BKK: In der Studie wurden durch ein EDV-
gestütztes Screeningverfahren vier Gruppen gebildet (Schlaganfall, Herz- und Krebs-
erkrankung sowie Ü75):

Drei der vier Untersuchungsgruppen wurden über relativ abgrenzbare Diagnosen
bzw. Diagnosegruppen gebildet. In der vierten, der Ü75-Gruppe, wurden außer dem
Alter (über 75 Jahre) noch zusätzliche Aufgreifkriterien angewendet (interne Aus-
wahlkriterien, die mehrere Diagnosegruppen und externe, die Kooperationsverpflich-
tungen, umfassten). Dies war für die Konzeption der Studie relevant. Es hat sich aber
gezeigt, dass die Aufgreifkriterien der Ü75-Gruppe nicht hinreichend spezifisch für ei-
ne fachliche Zuordnung zur Patientenbegleitung waren. Diese Besonderheit erklärt
unter anderem das vergleichsweise schlechtere Abschneiden in der Ü75-Gruppe.

Die übrigen drei Gruppen waren offensichtlich für die Patientenbegleitung eher ge-
eignet. Durch die vorgelegten Auswertungen, ergänzt um die Erfahrungen der Patien-
tenbegleiter und weitere (Daten-) Analysen und Evaluationen, ist es der Bosch BKK
künftig möglich, das Screening zu verfeinern, die Fallgruppen anzupassen, weitere
Patientengruppen hinzu zu nehmen und ggf. eine Erweiterung der bestehenden Aus-
wahlgruppen vorzunehmen (etwa um bestimmte chronische Erkrankungen mit Steue-
rungsbedarf, jüngere Versicherte, Angehörigenarbeit).

Damit wird das Fallgruppensystem empirisch durch die Praxisevaluation überprüfbar
und kann als strategisches Instrument genutzt werden. Eine Verbesserung bzw. Er-
weiterung des Screenings führt zur passgenauerem Auswahl der Patientengruppen
für die Patientenbegleitung.

Die Verknüpfung zwischen Ebene 1 und 2 kann insgesamt als gelungen bezeichnet werden.
Die Verknüpfung zwischen Ebene 1, 2 und 3 ist ausbaufähig. Die Kooperation mit internen
(Bosch BKK) und externen (Ärzten, Sozialdiensten) Akteuren gelingt besser, wenn ein direk-
ter Kontakt vorhanden ist.

3. Ebene: Der Aufbau eines die PB unterstützenden Netzwerkes wurde systematisch
geplant und vorangetrieben. Die Krankenkasse, als ein (zahlender) Akteur im Ge-
sundheitswesen, bietet Hausärzten und Krankenhäusern einen Kooperationsvertrag
an. Hier finden sich Elemente von hausärztzentrierten Modellen oder Disease-
Management-Programmen wieder. Entscheidend ist, dass Ärzte so über das PB-
Modell informiert sind, einen finanziellen Anreiz zur Kooperation erhalten und zur Mit-
arbeit verpflichtet werden. Damit ist eine wesentliche Grundlage für die Vernetzung
wichtiger Kooperationspartner gebildet. Das System, so muss aber angemerkt wer-
den, befindet sich noch in der Erprobungphase und bedarf der Anpassung. So sind
z. B. die zu erbringenden Leistungen der Ärzte nur sehr global fixiert: Das Anreizsys-
tem zur Kooperationsanbahnung und -sicherung im ärztlichen Bereich sollte aller-
dings stärker an nachweisbare Leistungen (z. B. Beratungsleistungen, Kooperations-
leistungen im Fall, Kooperationsleistungen im Verbund) gebunden werden. Darüber
hinaus ist eine vertragliche Bindung mit anderen (Gesundheits-)Anbietern oder
Dienstleistern (z. B. Krankenhaussozialdienst) noch nicht hinreichend konkretisiert.
Eine systematische Vernetzung mit angrenzenden und ergänzenden (sozialen) Hilfen
sowie mit vorhandenen, ausgesuchten, Netzwerken in der jeweiligen Region wäre
der nächste Schritt. Die Patientenbegleitung könnte künftig z. B. sinnvoll mit Pflege-
stützpunkten kooperieren (wenn diese implementiert sind).

Weitere Empfehlungen erfolgen in Kapitel 6.3.
6.2. Konsequenzen für die Forschung

Aus den vielfältigen Erfahrungen im Rahmen dieser mehrjährigen Studie lassen sich einige Empfehlungen für zukünftige Evaluationsprojekte formulieren:

Grundsätzlich bewährt hat sich das anspruchsvolle und aufwendige quasiexperimentelle Kontrollgruppendesign mit Zwillingsbildung durch ein statistisches Matchingverfahren. Dadurch können in sehr transparenter Weise die Unterschiede der untersuchten Gruppen aufgezeigt und unmissverständlich auf den Einfluss des Untersuchungsgegenstandes, in diesem Fall die Patientenbegleitung, zurückgeführt werden. Für zukünftige Forschungen wäre allerdings noch interessant, die Kontrollgruppenvergleiche stringenter auf alle Untersuchungsebenen auszuweiten. Diesbezüglich müsste aber noch eingehend reflektiert werden, durch welche Teilnahmeanreize auch Ärzte und Krankenhaussozialdienste, die nicht durch vertragliche Vereinbarungen an die PB angebunden sind, in einem repräsentativen Umfang an einer solchen Studie beteiligt werden könnten.


Zur Bestimmung der Effektivität reicht eine ausschließliche Bestimmung der Zielerreichung nicht aus. Sie sollte durch Veränderungs Messungen ergänzt werden, die Ressourcen und Defizite gleichermaßen berücksichtigen.

Durch den gewählten breiten Ansatz der Studie, der die verschiedenen Wirkungsfacetten und Wirkfaktoren berücksichtigte, konnte ein differenziertes und damit keinesfalls pauschales Befundmuster zur Patientenbegleitung generiert werden. Es sollten daher in zukünftigen Evaluationen ebenso die objektive Effektivität („effects“) sowie die subjektiven Sichtweisen aller wesentlichen Verfahrensbeteiligten („impacts“) erfasst werden. Im Rahmen einer stärker ökonomisch orientierten Studie wäre es interessant, auch langfristige gesellschaftliche oder volkswirtschaftliche Effekte („outcome“) näher zu untersuchen, etwa in Form von Kosten-Nutzen-Analysen. Hierzu müssten allerdings noch geeignete Kennzahlen entwickelt werden.

Wie beschrieben gibt die vorliegende Evaluation substantielle Hinweise auf positive Kosten-effekte der Patientenbegleitung. Diese sind allerdings nicht unmittelbar nach Abschluss der Begleitung, sondern ca. erst nach einem Jahr sichtbar.

Die Frage der Übertragbarkeit des „Stuttgarter Modells“ der Bosch BKK kann, unter Berücksichtigung der vorgestellten Besonderheiten und bei konservativer Interpretation der Ergebnisse, wie folgt beantwortet werden:

Unter der Voraussetzung einer gleich guten Implementierung der Patientenbegleitung wie bei der Bosch BKK (Konzeptimplementierung in der Organisation mit entsprechender Weiterbildung und Begleitung der Mitarbeiter, einer fachlichen Standardisierung von Instrumenten und Abläufen, einer durch die Geschäftsleitung unterstützten organisatorischen Verankerung, dem gezielten Aufbau funktionierender Kooperationsstrukturen mit relevanten Akteuren) sind die aufgezeigten positiven Effekte (Wirkungen und Kosteneffekte) mittelfristig wahrscheinlich. Ob sich das Modell insgesamt betriebswirtschaftlich rechnet, kann die Studie nicht zeigen. Dies war auch nicht Aufgabe. Die vorliegenden Zahlen deuten aber in die Richtung, dass dies der Fall sein könnte.

6.3. Besonderheiten des Stuttgarter Modells


Allerdings wird damit die Funktionsfähigkeit von Kooperation durch Verzicht auf eine umfassende Steuerungsfunktion gesichert und wesentlich von der persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patientenbegleiter abhängig gemacht. Strukturell wird die Kooperation zwar durch einen formalen Vertrag unterstützt, doch die zu erbringenden (Kooperations-) Leistungen sind recht unverbindlich formuliert.


Dies könnte für die künftige Entwicklung, gerade auch im Hinblick auf die regionale Ausrichtung der stationären und ambulanten Versorgung relevant sein.


Die Ergebnisse zeigen, dass durch das Modell der Patientenbegleitung weitestgehend vier Ziele erreicht werden konnten:

1. Kundenzufriedenheit
2. Effektivität u. Qualitätssteigerung
3. Effizienzsteigerung
4. Imagegewinn und bessere Systemakzeptanz
Die Bosch BKK zeigt mit ihrem Modell, wie die Implementierung einer Patientenbegleitung gelingen sowie die Patientenversorgung optimiert werden kann und setzt auf mittelfristige finanzielle Effekte. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen die eingeschlagene Richtung und geben Hinweise für die Weiterentwicklung, sowohl krankenkassenintern als auch hinsichtlich der Neuorganisation des Patientenversorgungssystems im Allgemeinen.
Literatur


Anlagen

Instrumente:
Aufnahmebogen Patientenbegleiter/-innen
Abschlussbogen Patientenbegleiter/-innen
Glossar – Allgemeine Hinweise
Glossar – Aufnahmebogen
Glossar – Abschlussbogen
Versichertenbefragung Experimentalgruppe
Versichertenbefragung Kontrollgruppe
Ärztebefragung
Befragung der Krankenhaussozialdienste
Strukturbogen Gebietsbevollmächtigte
Strukturbogen Ärzte-/Krankenhaus-Vertreter
Strukturbogen Patientenbegleiter/-innen
# Bosch BKK – Evaluation der Patientenbegleitung

## Aufnahmebogen

### Basisdaten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Beschreibung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Mitarbeiter-Code</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>KV-Nummer des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Geburtsdatum des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Geschlecht des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>1= männlich</td>
<td>2= weiblich</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Datum Anlass der Patientenbegleitung</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Datum Beginn der Patientenbegleitung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Fallauswahl

#### Kriterium zur Einleitung der Patientenbegleitung

Bitte geben Sie an dieser Stelle den Anlass (Aufgreifkriterium) für die Einleitung der aktuellen Patientenbegleitung an. Sofern möglich ergänzen Sie bitte die Angabe mit der genauen Diagnose nach ICD. Achtung: Es darf nur ein Kriterium genannt werden. Eine Mehrfachnennung ist nicht zulässig!

- kardiovaskuläre Erkrankung
- genaue Diagnose (z. B. I21.0):
- zerebrovaskuläre Erkrankung
- genaue Diagnose (z. B. I63.0):
- Krebs Erkrankung
- genaue Diagnose (z. B. C50):

#### Zusätzliches Aufgreifkriterium bei Alter über 75 Jahre

Wird die aktuelle Patientenbegleitung eingeleitet, weil der Versicherte über 75 Jahre alt ist und zusätzlich bestimmte Kriterien aufweist, geben Sie bitte hier diesen zusätzlichen Anlass (Aufgreifkriterium) an. Mehrfachnennungen sind möglich.

- Krankenhausaufenthalt(e) bei bestimmten Diagnosen genaue Diagnose(n) (z. B. I21.0):
- 1 Jahr Behandlungspflege in ambulantem Rahmen
- häusliche Krankenpflege über 3 Monate
- mindestens 3 Monate Unterstützung durch einen Pflegedienst
- Leistungen durch häusliche Krankenpflege
- Art der Leistung:
- mindestens 3 ärztliche Hausbesuche pro Quartal
- palliative Versorgung
- pall. Vers. bei:

Ist eine kardiovaskuläre, zerebrovaskuläre oder Krebs-Erkrankung (Haupt-)Anlass der Patientenbegleitung, dann gehen Sie bitte direkt weiter zu Item 10.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Text</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Komorbiditäten: weitere für die Patientenbegleitung relevante Erkrankungen</td>
<td>entfällt, keine weiteren Erkrankungen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weitere Erkrankung (ggfs. Diagnose):</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weitere Erkrankung (ggfs. Diagnose):</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weitere Erkrankung (ggfs. Diagnose):</td>
</tr>
<tr>
<td>Episodenhaftigkeit der Erkrankung (Handelt es sich beim Anlass der Patientenbegleitung um eine weitere Episode einer bekannten Diagnose, bspw. einer chronischen Erkrankung? Falls ja, geben Sie bitte zusätzlich an, seit wann diese Erkrankung besteht.)</td>
<td>1= ja, Art der Diagnose:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2= nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9 = unbekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>Folgefall (Wie oft wurde im Vorfeld der aktuellen Maßnahme schon einmal eine Patientenbegleitung bei dem Versicherten durchgeführt?)</td>
<td>Anzahl vorhergegangener Patientenbegleitungen (0=keine, 9 = unbekannt)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sofern im Vorfeld der aktuellen Maßnahme bereits eine Patientenbegleitung stattgefunden hat, geben Sie bitte die jeweiligen Zeiträume an:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. von / (MM/JJ) bis / (MM/JJ)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. von / (MM/JJ) bis / (MM/JJ)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. von / (MM/JJ) bis / (MM/JJ)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. von / (MM/JJ) bis / (MM/JJ)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hauptinitiator der aktuellen Patientenbegleitung (Bitte die entsprechende Ziffer eintragen.)</td>
<td>01 = Patientenbegleiter</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>02 = anderer BKK Mitarbeiter</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>03 = Versicherter</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>04 = Angehöriger</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>05 = Arzt im Vertragsnetz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>06 = Krankenhaus im Vertragsnetz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>07 = Einrichtungen von Bosch:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>08 = Arzt außerhalb des Vertragsnetzes</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>09 = Krankenhaus außerhalb des Vertragsnetzes</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>10 = anderer:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>99 = unbekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>Staatsangehörigkeit des Versicherten</td>
<td>1= deutsch</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2= andere Nationalität:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>8= entfällt, staatenlos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9= unbekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>Verständigungsfähigkeit (Ist der Versicherte in der Lage, sich mit dem Patientenbegleiter in ausreichendem Maße zu verständigen?)</td>
<td>1= ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2= nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9 = unbekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>Intensität der Patientenbegleitung</td>
<td>1= hoch intensiver Fall (wechselseitiger Kontakt; Einleitung von Maßnahmen)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2= niedrig intensiver Fall (nur einseitiger Informationsfluss durch PBG)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9= unbekannt/nicht einschätzbar</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sofern nur eine niedrig intensive Begleitung erfolgt bzw. erfolgen wird, gehen Sie bitte weiter zu Frage 29!
## Assessment

### 17 Familienstand des Versicherten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ziffer</th>
<th>Stand</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>ledig</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>verheiratet</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>geschieden</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>verwitwet</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>unbekannt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 18 Anzahl Kinder

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>(99 = unbekannt)</th>
</tr>
</thead>
</table>

### 19 Primäre betreuende Person des Versicherten

Eine 1 = Ehefrau/-mann/Lebenspartner(in)
2 = Tochter/Sohn
3 = Mutter/Vater
4 = Sonstige:
5 = mehrere Personen (bitte Ziffern angeben): +
8 = entfällt, keine betreuende Person vorhanden
9 = unbekannt

### 20 Professionelle Betreuung


#### A Anschrift des betreuenden Arztes

(i. d. R. Hausarzt; bitte geben Sie die vollständige Anschrift des Arztes an.)

- Titel / Name / Vorname:
- Straße / Hausnummer:
- PLZ / Ort:

#### B Anschrift des betreuenden Krankenhaussozialdienstes

(Please give the name and address of the hospital social service if available. Otherwise, you can skip question „20 B“.)

- Name des Krankenhauses:
- Straße / Hausnummer:
- PLZ / Ort:
- Name / Vorname einer Ansprechperson beim Krankenhaussozialdienst:

### 21 Wer wurde in die Bedarfsfeststellung einbezogen?

(Please give the number of contacts [including telephone contacts] and the estimated time [in hours] spent, e. g. 1½ Std. = 1,5 h. Multiple mentions are possible.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rolle</th>
<th>Anzahl</th>
<th>geschätzter Zeitaufwand</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Versicherter</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Angehörige</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Hausarzt</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhaus (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhaussozialdienst</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>WAR (Werksarzt)</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>BSO (Betriebliche Sozialberatung)</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>BKK-Sachbearbeiter/Kollege</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige:</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige:</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Was wurde in die Bedarfsfeststellung einbezogen?

(Informationsgrundlage der Bedarfsfeststellung; Mehrfachnennungen sind möglich.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenbank/Informationen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ISKV-Datenbank</td>
</tr>
<tr>
<td>Online-Plus-Datenbank</td>
</tr>
<tr>
<td>Patientenbegleiter-Datenbank</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY-Archiv</td>
</tr>
<tr>
<td>DMP-Datenbank (providinCare)</td>
</tr>
<tr>
<td>MDK-Gutachten</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegeakte</td>
</tr>
<tr>
<td>Überleitungsformular vom Krankenhaus</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges:</td>
</tr>
<tr>
<td>entfällt, keine Datenbank-/Archiv-Informationen zur Bedarfsfeststellung genutzt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Erwerbstätigkeit

1 = sozialversicherungspflichtig beschäftigt (bspw. Angestellter)
2 = verbeamtet
3 = selbständig/freiberuflich
4 = Rentner/in
5 = Hausfrau/-mann
6 = in Ausbildung (Schule/Studium/Berufsausbildung)
7 = arbeitslos
8 = Sonstiges:
9 = unbekannt

### Überwiegender Lebensunterhalt

(im letzten halben Jahr vor dem Anlass der Patientenbegleitung; bitte die entsprechende Ziffer eintragen.)

1 = Einkommen aus Erwerbstätigkeit

Versorgungsleistungen:
2 = Rente
3 = Krankengeld
4 = Arbeitslosengeld I
5 = öffentliche Transferleistungen (z.B. ALG II)
6 = private Transferleistungen
7 = Sonstiges:
9 = unbekannt

### Derzeitige Wohnsituation des Versicherten

1= eigene Wohnung allein
2= eigene Wohnung mit Partner/-in
3= bei Angehörigen
4= Heim
5= nicht sesshaft
6= Sonstiges:
9= unbekannt
### Ressourcen/Problemplagen des Versicherten bei Beginn der Patientenbegleitung

**25** Aktuelle Problemplagen des Versicherten

(Bitte treffen Sie zu jedem Problemereich eine Einschätzung anhand folgender Skala.)

- **[0]** = keine: Das Problem wird als nicht interventionsbedürftig eingeschätzt. Wird dies von Patientenbegleiter und Klientensystem gleichermaßen eingeschätzt, sind in diesem Bereich keine weiteren Schritte notwendig.
- **[1]** = mäßig: Das Problem führt zu einzelnen Funktionseinschränkungen des Klientensystems, führt aber nicht zur generellen Funktionseinschränkung. Eine Ressourcennutzung oder Intervention ist angezeigt.
- **[3]** = sehr hoch: Das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise erheblich.
- **[9]** = unbekannt: Eine Problemlage ist in dem betreffenden Bereich erkennbar, aber der Schweregrad ist (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>PERSON</th>
<th>Probleme der körperlichen Gesundheit – Mobilität (zusätzlich zur rel. Erkrankung bzw. zum Interventionsanlass)</th>
<th>[0]</th>
<th>[1]</th>
<th>[2]</th>
<th>[3]</th>
<th>[9]</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>(z. B. Verletzungen durch häufige Stürze, fehlende Mobilität)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Probleme der psychischen Gesundheit</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>(z. B. Niedergeschlagenheit, Ängste, Psychosomatik)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Probleme im Gesundheitsverhalten</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>(z. B. mangelhafte Ernährung, fehlende [Körper]-Hygiene)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Probleme in der Lebensführung</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>(z. B. kann sich nicht selbst versorgen, benötigt Betreuung, kann sich nicht selbst kümmern, Defizite im eigenverantwortlichen Management der Medikation, Abhängigkeit von organisierten Diensten und Angeboten)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Probleme bei den (sozial-)kommunikativen Kompetenzen</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>(z. B. kann sich nicht verständlich machen, Bedürfnisse werden nicht adäquat artikuliert)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Probleme bei den kognitiven Kompetenzen</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>(z. B. ist nicht ausreichend informiert bzw. orientiert hinsichtlich seiner Erkrankung, mangelnde Selbstständigkeit bei alltäglichen Entscheidungen, fehlende Überzeugungen u./o. Bewältigungsstrategien, mang. Selbstkonzept und -sicherheit)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Probleme hinsichtlich der Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>(z. B. Einschränkungen der Arbeitsleistung, Arbeitsunfähigkeit)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FAMILIE / UMFELD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>14 Probleme im Sozialverhalten</td>
</tr>
<tr>
<td>(z. B. kommt mit anderen nicht aus, hat kein soziales Netz, ist vereinsamt bzw. sozial isoliert)</td>
</tr>
<tr>
<td>15 Probleme im familiären Bereich</td>
</tr>
<tr>
<td>(z. B. unzureichende Unterstützung durch die Familie, Streitigkeiten, abgebrochene Beziehungen)</td>
</tr>
<tr>
<td>16 Probleme bei der gesellschaftlichen Teilhabe</td>
</tr>
<tr>
<td>(z. B. kann nicht wie gewohnt an gesellschaftlichen Veranstaltungen teilnehmen [bspw. Feiern, Kirchgänge])</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>MATERIELLES SYSTEM</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>17 Probleme mit den Finanzen</td>
</tr>
<tr>
<td>(z. B. unzureichende Einkommenslage, keine Erwerbstätigkeit, Schulden)</td>
</tr>
<tr>
<td>18 Probleme im Bereich Wohnen</td>
</tr>
<tr>
<td>(z. B. unangemessene Wohnausstattung, etwa nicht behindertengerecht)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>VERSORGUNGSSYSTEM</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>19 Probleme hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten</td>
</tr>
<tr>
<td>(z. B. keine geeigneten Angebote in örtlicher Nähe vorhanden)</td>
</tr>
<tr>
<td>20 Probleme hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungsangeboten</td>
</tr>
<tr>
<td>(z. B. geeignete Angebote sind vorhanden, werden aber nicht genutzt)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>26 Globaleinschätzung des Schweregrades der Problemplagen des Versicherten (bezogen auf die bei Item 25 aufgeführten Bereiche)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 = keine Probleme</td>
</tr>
<tr>
<td>1 = leicht: Häufigkeit und/oder Ausprägung der Problemplagen sind relativ begrenzt. Eine generelle Funktionseinschränkung liegt nicht vor.</td>
</tr>
<tr>
<td>2 = mittel: Die Probleme sind deutlich, treten aber noch nicht durchgängig oder in extremer Form auf.</td>
</tr>
<tr>
<td>3 = schwer: ausgeprägte und ausgedehnte Symptome, die mehr oder weniger durchgängig auftreten und die Funktionsweise erheblich beeinträchtigen.</td>
</tr>
<tr>
<td>4 = sehr schwer: massive Symptome, die ein „normales“ Funktionieren nicht mehr möglich machen.</td>
</tr>
<tr>
<td>9 = unbekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktuelle nutzbare Ressourcen des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>(Bitte treffen Sie zu jedem  Ressourcenbereich eine Einschätzung anhand folgender Skala.)</td>
</tr>
<tr>
<td>[0] = keine: Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für die Problemlösung nicht erkennbar oder können nicht genutzt werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>[1] = knapp: Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>PERSON</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ressourcen hinsichtlich der körperlichen Gesundheit – Mobilität (z. B. hohe körperliche bzw. motorische Leistungsfähigkeit)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen hinsichtlich der psychischen Gesundheit (z. B. hohe emotionale Ausgeglichenheit, gutes Stressmanagement, positives Selbstwertgefühl)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen im Gesundheitsverhalten (z. B. gesunde u./o. ausgewogene Ernährung, gute Körper-/Hygiene)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen in Bezug auf die Lebensführung (z. B. hohes Maß an Selbstständigkeit)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen in den (sozial-)kommunikativen Kompetenzen (z. B. gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, großer Wortschatz)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen in den kognitiven Kompetenzen (z. B. gutes Verständnis medizinischer Fragestellungen, Erkennen von Zusammenhängen zwischen eigener Lebensweise und Erkrankung, hohe Intelligenz, Selbstsicherheit im Umgang mit Ärzten)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen in der Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit (z. B. besondere berufliche Qualifikation, Berufserfahrung)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FAMILIE / UMfeld</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ressourcen im Sozialverhalten (z. B. enge Freunde, Beliebtheit bei Bekannten und Kollegen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen im familiären Bereich (z. B. starker familiärer Rückhalt, positive emotionale Beziehungen innerhalb der Familie)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen hinsichtlich der gesellschaftlichen Teilhabe (z. B. aktive Mitgliedschaft in einem Verein, regelmäßiger Besuch von gesellschaftlichen Veranstaltungen)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>MATERIELLES SYSTEM</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ressourcen im Bereich Finanzen (z. B. gute Einkommenssituation, sicherer Arbeitsplatz)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen im Bereich Wohnen (z. B. gute Wohnungsausstattung, attraktive Wohnlage)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>VERSORGUNGSSYSTEM</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ressourcen hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (z. B. ausreichendes Vorhandensein bzw. leichte Zugänglichkeit geeigneter Dienstleistungsangebote)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungsangeboten (z. B. Fähigkeit zur sinnvollen Auswahl geeigneter Angebote)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Globaleinschätzung der Ressourcen des Versicherten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(bezogen auf die in Item 27 aufgeführten Bereiche)</td>
</tr>
<tr>
<td>0 = keine Ressourcen: keine Ressourcen erkennbar oder nicht nutzbar</td>
</tr>
<tr>
<td>1 = knapp: Ressourcen sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>3 = gut: Ressourcen sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden. Das Klientensystem verfügt über Fähigkeiten, diese heranzuziehen.</td>
</tr>
<tr>
<td>9 = unbekannt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- 6 -
## Zielvereinbarung und Serviceplanung

### 29 Ziele, die mit Hilfe der Patientenbegleitung erreicht werden sollen

Bitte geben Sie die wichtigsten Handlungsziele an und ordnen Sie jedem davon einen entsprechenden Code für ein übergeordnetes Bereichsziel aus der Zielcodierungsliste im Glossar zu.

- entfällt, keine konkreten Ziele zu benennen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konkrete Handlungsziele (freie Nennung):</th>
<th>Bereichsziele entsprechend Glossar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Code:</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Code:</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Code:</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Code:</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Code:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 30 Prognose zum Zielerreichungsgrad

Bitte schätzen Sie für jedes der oben genannten Ziele den voraussichtlichen Grad der Zielerreichung ein und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an. Im Falle von Entscheidungsschwierigkeiten zwischen zwei Kategorien sollte im Sinne einer konservativen Forschungsstrategie der niedrigere Wert angegeben werden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grad der Zielerreichung</th>
<th>Verschlechterung</th>
<th>nicht erreicht</th>
<th>etwas erreicht</th>
<th>mittel erreicht</th>
<th>weitgehend erreicht</th>
<th>völlig erreicht</th>
<th>Ziel übertroffen</th>
<th>unbekannt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erreichung des 1.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erreichung des 2.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erreichung des 3.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erreichung des 4.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erreichung des 5.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 31 Maßnahmenvorschlag durch den Patientenbegleiter (Serviceplan)

- entfällt, keine konkreten Vorschläge zu benennen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 32 Art der Umsetzung von Zielvereinbarung und Serviceplan

1= ausschließlich Vorgaben durch den Patientenbegleiter
2= eher mit Vorgaben durch den Patientenbegleiter
3= in dialogischer Abstimmung mit dem Versicherten („auf Augenhöhe“)
4= eher an den Wünschen des Versicherten orientiert
5= ausschließlich an den Wünschen des Versicherten orientiert
9= unbekannt/nicht einschätzbar

Code: 

### 33 Erhebungsdatum:

| / | / |
**Bosch BKK – Evaluation der Patientenbegleitung**

**Abschlussbogen**

**Basisdaten**

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Mitarbeiter-Code</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>KV-Nummer des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Geburtsdatum des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Datum Beginn der Patientenbegleitung</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Datum Beendigung der Patientenbegleitung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Folgefall** (Wie oft wurde im Vorfeld der aktuellen Maßnahme schon einmal eine Patientenbegleitung bei dem Versicherten durchgeführt?)

Anzahl vorhergegangener Patientenbegleitungen (0=keine, 9 = unbekannt)


**Prozessbeschreibung und Leistungssteuerung**

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7</td>
<td>Art und Anzahl der Versichertenkontakte (im Verlauf der PBG; bitte geben Sie die geschätzte Anzahl für die jeweilige Kontaktart an; unbekannt = 99)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Telefonkontakt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Schriftverkehr (postalisch)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Emailkontakt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>persönlicher Kontakt/Versichertenbesuch</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sonstige Art 1:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sonstige Art 2:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sonstige Art 3:</td>
</tr>
</tbody>
</table>
8 Art, Anzahl und Umfang der durchgeführten fallbezogenen internen Abstimmungsprozesse (im gesamten Zeitraum der Patientenbegleitung. Bitte geben Sie zu jeder erfolgten Art die Anzahl [auch telefonische Abstimmungen] und den geschätzten Zeitaufwand [in Std.] an, z. B. 1½ Std. = 1,5 h. Mehrfachnennungen sind möglich.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Art</th>
<th>Anzahl</th>
<th>geschätzter Zeitaufwand in Stunden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Informationsaustausch/Beratung mit BKK-Mitarbeiter/-in</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Fallkonferenz</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Abstimmung mit GBV (Gebietsbevollmächtigtem)</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Abstimmung mit Verwaltung/EDV</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges:</td>
<td></td>
<td>h</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Falls nur eine sporadische Patientenbegleitung stattgefunden hat (z. B. nur einseitiger Informationsfluss), gehen Sie bitte direkt weiter zu Item 18.

9 Art und Umfang der durchgeführten Maßnahmen (im gesamten Zeitraum der Patientenbegleitung. Bitte machen Sie möglichst konkrete Angaben und ordnen Sie jeder einzelnen Nennung die entsprechende Codierung aus der entsprechenden Liste im Glossar zu! Schätzen Sie bitte zusätzlich den zeitlichen Umfang dieser Maßnahmen [in Std.] ein, z. B. 1½ Std. = 1,5 h. Mehrfachnennungen sind möglich.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Freie Nennung</th>
<th>Code</th>
<th>geschätzter Umfang (in Stunden)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

10 Weichen die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen von den durch den Patientenbegleiter geplanten ab (siehe Serviceplan im Aufnahmebogen)?

1 = ja
2 = nein
9 = unbekannt

11 Falls die ursprünglich vorgeschlagenen Maßnahmen nicht umgesetzt wurden, geben Sie hier bitte die Gründe dafür an.

(Mehrfachnennungen möglich; benennen Sie bitte zusätzlich die Hauptursache.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grund</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>entfällt, es ist keine Abweichung im Verlauf der Patientenbegleitung erfolgt</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung von Problemlage(n) beim Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung von Ressourcenlage beim Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>ärztliches Anraten</td>
</tr>
<tr>
<td>Wunsch des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td>Versorgungssystem: kein Zugang zu den ursprünglich intendierten Angeboten</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostengründe</td>
</tr>
<tr>
<td>sonstige Ursachen:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hauptursache: &lt; bitte auswählen&gt;</td>
</tr>
<tr>
<td>unbekannt</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Kooperation

(Bitte treff en Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wert</th>
<th>Bedeutung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>= sehr gut</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>= gut</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>= eher gut</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>= teils/teils</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>= eher schlecht</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>= schlecht</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>= sehr schlecht</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>= entfällt, nicht zutreffend</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>= unbekannt, nicht einschätzbar</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### A Kooperation mit Versicherten

(im gesamten Zeitraum der Patientenbegleitung. Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Persönliche Beziehung zwischen Patientenbegleiter und Versicherten</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Akzeptanz der Ziele und Maßnahmen durch Versicherten</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktive Mitarbeit des Versicherten</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einhalten von Vereinbarungen durch den Versicherten</th>
</tr>
</thead>
</table>

#### B Kooperation mit Umfeld bzw. Vertragspartnern

(Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kooperation mit den Angehörigen bzw. dem Umfeld des Versicherten</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kooperation mit Hausarzt des Versicherten</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kooperation mit Fachärzten im Krankenhaus</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kooperation mit Krankenhaussozialdienst</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kooperation mit anderen Dienstleistern</th>
</tr>
</thead>
</table>

#### Erfolgskontrolle

13 ABLAUF UND WIRKUNG DER PATIENTENBEGLEITUNG AUS SICHT DES PATIENTENBEGLEITERS

(Bitte treff en Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wert</th>
<th>Bedeutung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>= sehr gut</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>= gut</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>= eher gut</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>= teils/teils</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>= eher schlecht</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>= schlecht</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>= sehr schlecht</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>= nicht einschätzbar</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Erfolgskontrolle

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ablauf/Prozess der Patientenbegleitung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wirkung/Erfolg der Patientenbegleitung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Ressourcen/Problemlagen des Versicherten bei Abschluss der PBG

#### Aktuelle Problemlagen des Versicherten
(Bitte treffen Sie zu jedem Problemereich eine Einschätzung anhand folgender Skala.)

| [0] = keine: Das Problem wird als nicht interventionsbedürftig eingeschätzt. Wird dies von Patientenbegleiter und Klientensystem gleichermaßen eingeschätzt, sind in diesem Bereich keine weiteren Schritte notwendig. |

#### PERSON

- Probleme der körperlichen Gesundheit - Mobilität (zusätzlich zur rel. Erkrankung bzw. zum Interventionsanlass)
  - (z. B. Verletzungen durch häufige Stürze, fehlende Mobilität)
- Probleme der psychischen Gesundheit
  - (z. B. Niedergeschlagenheit, Ängste, Psychosomatik)
- Probleme im Gesundheitsverhalten
  - (z. B. mangelhafte Ernährung, fehlende [Körper-]Hygiene)
- Probleme in der Lebensführung
  - (z. B. kann sich nicht selbst versorgen, benötigt Betreuung, kann sich nicht selbst kümmern, Defizite im eigenverantwortlichen Management der Medikation, Abhängigkeit von organisierten Diensten und Angeboten)
- Probleme bei den (sozial-)kommunikativen Kompetenzen
  - (z. B. kann sich nicht verständlich machen, Bedürfnisse werden nicht adäquat artikuliert)
- Probleme bei den kognitiven Kompetenzen
  - (z. B. ist nicht ausreichend informiert bzw. orientiert hinsichtlich seiner Erkrankung, mangelnde Selbstständigkeit bei alltäglichen Entscheidungen, fehlende Überzeugungen u./o. Bewältigungsstrategien, mangelndes Selbstkonzept und -sicherheit)
- Probleme hinsichtlich der Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit
  - (z. B. Einschränkungen der Arbeitsleistung, Arbeitsunfähigkeit)

#### FAMILIE / UMFELD

- Probleme im Sozialverhalten
  - (z. B. kommt mit anderen nicht aus, hat kein soziales Netz, ist vereinsamt bzw. sozial isoliert)
- Probleme im familiären Bereich
  - (z. B. unzureichende Unterstützung durch die Familie, Streitigkeiten, abgebrochene Beziehungen)
- Probleme bei der gesellschaftlichen Teilhabe
  - (z. B. kann nicht wie gewohnt an gesellschaftlichen Veranstaltungen teilnehmen (bspw. Feiern, Kirchgänge))

#### MATERIELLES SYSTEM

- Probleme mit den Finanzen
  - (z. B. unzureichende Einkommenslage, keine Erwerbstätigkeit, Schulden)
- Probleme im Bereich Wohnen
  - (z. B. unangemessene Wohnraumausstattung, etwa nicht behindertengerecht)

#### VERSORGUNGSSYSTEM

- Probleme hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten
  - (z. B. keine geeigneten Angebote in örtlicher Nähe vorhanden)
- Probleme hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungsangeboten
  - (z. B. geeignete Angebote sind vorhanden, werden aber nicht genutzt)

#### Globaleinschätzung des Schweregrades der Problemlagen des Versicherten

(bezogen auf die in Item 14 aufgeführten Bereiche)

| 0 = keine Probleme |
| 1 = leicht: Häufigkeit und/oder Ausprägung der Problemlagen sind relativ begrenzt. Eine generelle Funktionseinschränkung liegt nicht vor. |
| 2 = mittel: Die Probleme sind deutlich, treten aber noch nicht durchgängig oder in externer Form auf. |
| 3 = schwer: Massiv ausgeprägte und ausgedehnte Symptome, die Probleme treten mehr oder weniger durchgängig auf und beeinträchtigen die Funktionsweise erheblich. |
| 9 = unbekannt |
### Aktuelle nutzbare Ressourcen des Versicherten

(Bitten Sie zu jedem Ressourcenbereich eine Einschätzung anhand folgender Skala.)

| [0] = keine | Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind nicht erkennbar oder können nicht genutzt werden. |
| [1] = knapp | Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden. |

#### PERSON

| Ressourcen hinsichtlich der körperlichen Gesundheit - Mobilität |
| (z. B. hohe körperliche bzw. motorische Leistungsfähigkeit) |
| Ressourcen hinsichtlich der psychischen Gesundheit |
| (z. B. hohe emotionale Ausgeglichenheit, gutes Stressmanagement, positives Selbstwertgefühl) |
| Ressourcen im Gesundheitsverhalten |
| (z. B. gesunde u./o. ausgewogene Ernährung, gute Körper-/Hygiene) |
| Ressourcen in Bezug auf die Lebensführung |
| (z. B. hohes Maß an Selbstständigkeit) |
| Ressourcen in den (sozial-)kommunikativen Kompetenzen |
| (z. B. gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, großer Wortschatz) |
| Ressourcen in den kognitiven Kompetenzen |
| (z. B. gutes Verständnis medizinischer Fragestellungen, Erkennen von Zusammenhängen zwischen eigener Lebensweise und Erkrankung, hohe Intelligenz, Selbstsicherheit im Umgang mit Ärzten) |
| Ressourcen in der Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit |
| (z. B. besondere berufliche Qualifikation, Berufserfahrung) |

#### FAMILIE / UMFELD

| Ressourcen im Sozialverhalten |
| (z. B. enge Freunde, Beliebtheit bei Bekannten und Kollegen) |
| Ressourcen im familiären Bereich |
| (z. B. starker familiärer Rückhalt, positive emotionale Beziehungen innerhalb der Familie) |
| Ressourcen hinsichtlich der gesellschaftlichen Teilhabe |
| (z. B. aktive Mitgliedschaft in einem Verein, regelmäßiger Besuch von gesellschaftlichen Veranstaltungen) |

#### MATERIELLES SYSTEM

| Ressourcen im Bereich Finanzen |
| (z. B. gute Einkommenssituation, sicherer Arbeitsplatz) |
| Ressourcen im Bereich Wohnen |
| (z. B. gute Wohnungsausstattung, attraktive Wohnlage) |

#### VERSORGUNGS-MAIN SYSTEM

| Ressourcen hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten |
| (z. B. ausreichendes Vorhandensein bzw. leicht Zugänglichkeit geeigneter Dienstleistungsangebote) |
| Ressourcen hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungsangeboten |
| (z. B. Fähigkeit zur sinnvollen Auswahl geeigneter Angebote) |

### Globaleinschätzung der Ressourcen des Versicherten

(gezogen auf die in Item 16 aufgeführten Bereiche)

| 0 = keine Ressourcen: keine Ressourcen erkennbar oder nicht nutzbar |
| 1 = knapp: Ressourcen sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden. |
| 3 = gut: Ressourcen sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden. Das Klientensystem verfügt über Fähigkeiten, diese heranzuziehen. |
| 9 = unbekannt |
Angabe der aktuellen Zielerreichung

(Die Angaben beziehen sich auf die bei der Aufnahmeehebung genannten Handlungsziele. Bitte behalten Sie dabei unbedingt die dort gebildete Rangfolge bei, um eine Zuordnung von Zielen und Zielerreichungsgrad zu ermöglichen!)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grad der Zielerreichung</th>
<th>Verschlechterung</th>
<th>nicht erreicht</th>
<th>etwas erreicht</th>
<th>mittel erreicht</th>
<th>weitgehend erreicht</th>
<th>völlig erreicht</th>
<th>Ziel übertroffen</th>
<th>unbekannt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erreichung des 1.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erreichung des 2.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erreichung des 3.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erreichung des 4.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erreichung des 5.Ziels:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fallabschluss

Art der Beendigung der Patientenbegleitung
(Mehrfachnennungen möglich)

entfällt, kein Steuerungsbedarf vorhanden bzw. Problematik niederschwelliger als ursprünglich angenommen

entfällt, Tod des/der Versicherten

abgestimmt/planmäßig beendet

abgebrochen auf Initiative von:
- Krankenkasse
- Arzt
- Versicherter
- sonstiger Initiator:

Hauptinitiator: < bitte auswählen>

falls abgebrochen, hier bitte die Ursache angeben:
- äußere Umstände seitens der/des Versicherten (z. B. Umzug)
- fehlende Mitarbeit/Interesse/Kooperationsbereitschaft des Versicherten
- Unzufriedenheit des Versicherten
- Verschlimmerung der Problematik / des Zustands des Versicherten
- sonstige Ursache:

Hauptursache: < bitte auswählen>

unbekannt

Fand ein Abschlussgespräch bzw. -kontakt statt?
1 = ja
2 = nein

Falls es ein Abschlussgespräch bzw. -kontakt gab, bitte die Art angeben
1 = Telefonkontakt
2 = persönlicher Kontakt
3 = Schriftverkehr (postalisch oder Email)
4 = Sonstiges:

Prognose zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung des Versicherten (subjektive Einschätzung des Patientenbegleiters)

Prognose zum Auftreten eines weiteren Krankenhausaufenthalts (keine Reha) im nächsten halben Jahr
(subjektive Einschätzung des Patientenbegleiters)

Erhebungsdatum:

/ /
Glossar – Allgemeine Hinweise

Organisatorisches
1. Bitte benutzen Sie zur Datenerfassung nur die vom IKJ erstellten elektronischen Eingabeformulare.
2. Speichern Sie die ausgefüllten Fragebögen bitte unter einem eindeutigen Dateinamen auf Ihrem Rechner ab. Dieser Dateiname sollte die folgenden Informationen enthalten:
   - Erhebungszeitpunkt (Aufnahme oder Abschluss)
   - Mitarbeiter-Code (vierstelliger Zahlencode, z. B.: 1234, 0376)
   - Krankenversicherungsnummer des Versicherten (11-stelliger Zahlencode)

Nutzen Sie für diesen Dateinamen bitte das folgende Format:
   „Erhebungszeitpunkt“_„Mitarbeiter-Code“_„KV-Nr“.doc

Beispiele:
   „Aufnahme_1234_01234567890.doc“
   „Abschluss_0987_19876543210.doc“

3. Senden Sie diese Datei dann bitte per E-Mail an die folgende Adresse: bosch-bkk@ikj-mainz.de
   Bitte senden Sie jedoch – wenn möglich – nicht jeden einzelnen ausgefüllten Fragebogen ans IKJ, sondern sammeln Sie diese zunächst und schicken Sie dann (z. B. monatlich) gemeinsam weg.

4. Sie können sich den ausgefüllten Fragebogen selbstverständlich auch für Ihre Unterlagen ausdrucken und abheften.

Technische Informationen
5. In den elektronischen Eingabeformularen sind grau hinterlegte Eingabefelder eingefügt, in die die jeweiligen Informationen eingetragen werden sollen. Dazu muss das entsprechende Eingabefeld mit dem Cursor angeklickt werden.

Erhebung
10. Für eine schnelle Auswertung der Daten und die anschließende Rückmeldung ist es unbedingt erforderlich, dass auf jedem von Ihnen eingesendeten Bogen die KV-Nummer des Versicherten vorhanden ist!


16. Falls keine Kategorie 100%ig zutrifft, sollte diejenige gewählt werden, die am ehesten zutrifft. Falls definitiv keine Kategorie geeignet ist, wählen Sie die Nennung „sonstige“ oder „andere“ und spezifizieren die Angabe zusätzlich auch noch durch eine Texteingabe im dafür vorgesehenen Feld. Die Kategorie „sonstige“ bzw. „andere“ ist grundsätzlich allerdings so wenig wie möglich zu nutzen.


18. Grundsätzlich gilt, dass die Angabe einer Kategorie der Nennung „unbekannt“ vorzuziehen ist, da Codierungen mit „unbekannt“ in jedem Fall mit einem Informationsverlust verbunden sind (beispielsweise bei „Prognose zum Zielerreichungsgrad“ im Aufnahmebogen [Item Nr. 30]).


20. Bei der Beantwortung sollten Sie generell im Sinne einer konservativen Forschungsstrategie vorgehen, d. h. eher in Kauf nehmen, dass die Ausprägung eines interessierenden Merkmals (Problem, Ressource, Kooperation etc.) im Einzelfall zu gering eingeschätzt wird, als dass dem Merkmal fälschlicherweise ein zu hoher Wert zugeordnet wird. Demzufolge sollte bei Items, die eine Bewertung auf einer Beurteilungsskala verlangen, bei Unsicherheit die vorsichtiger Einschätzung getroffen werden, z. B.:
   - bei der Einschätzung des Schweregrades vorliegender Problemlagen zu Beginn der Patientenbegleitung [Item 25 im Aufnahmebogen] eher „2“ = mittel als „3“ = schwer oder eher „0“ = keine als „1“ = leicht
   - bei der Beurteilung der Kooperation [Item 12 im Abschlussbogen] eher „2“ = gut als „1“ = sehr gut oder „6“ = schlecht als „7“ = sehr schlecht


23. Zum Ausfüllen der verschiedenen Items sollten jeweils die Personen kontaktiert werden, die über die besten Informationen verfügen.
Glossar Aufnahmebogen


Die Daten sollen sich, falls in dem grauen Erläuterungsfeld unterhalb der jeweiligen Item-Überschrift nichts anderes angegeben ist, auf den Zeitpunkt des Beginns der Patientenbegleitung beziehen.

Grundsätzlich sind die allgemein geltenden, item- und fragebogenübergreifenden Hinweise im Glossarteil „Allgemeine Hinweise und Maximen“ zu beachten.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item Nr.</th>
<th>Hinweis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>KV-Nr. des Versicherten  &lt;br&gt;Bitte tragen Sie die Krankenversicherungsnummer des Versicherten in das dafür vorgesehene Kästchen ein.</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Geburtsdatum des Versicherten  &lt;br&gt;Bitte tragen Sie das Geburtsdatum (TT/MM/JJ) des Versicherten in die dafür vorgesehenen Kästchen ein.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten  &lt;br&gt;Bitte tragen Sie die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten in die dafür vorgesehenen Kästchen ein.</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Geschlecht des Versicherten  &lt;br&gt;Bitte tragen Sie eine „1“ für „männlich“ oder eine „2“ für „weiblich“ in das dafür vorgesehene Kästchen ein.</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Datum Beginn der PBG  &lt;br&gt;Gemeint ist hier das Datum des tatsächlichen Beginns der PBG, also der Tag, an dem die Entscheidung getroffen wurde, dass eine Patientenbegleitung stattfinden wird.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 8       | Kriterium zur Einleitung der PBG  <br>Bitte kreuzen Sie an, ob es sich um eine Verdachts- oder eine gesicherte Diagnose handelt! Folgende Kriterien können an dieser Stelle benannt werden:  <br>- Diagnosegruppen zu kardiovaskulären und cerebrovaskulären Erkrankungen:  (Gefäßkrankheiten des Herzens und des Gehirns bzw. des Kopfes)  
  - Alle Erkrankungen aus (ICD): 120.0 bis 125.9  
  - 150.0 bis 152.8  
  - 160.0 bis 169.8 |
**- Diagnosegruppen bei Krebserkrankungen:**
 Alle Erkrankungen aus (ICD): C00 bis C97.

**- Alter über 75 Jahre mit zusätzlichen Aufgreifkriterien**

Sollte die Patientenbegleitung auf Grund des Kriteriums „Alter über 75 Jahre mit zusätzlichen Aufgreifkriterien“ eingeleitet worden sein, geben Sie bitte in Item 9 an, welche zusätzlichen Kriterien vorliegen. Falls eines der anderen Aufgreifkriterien zutrifft, überspringen Sie bitte Item 9 und gehen direkt weiter zu Item 10!

**Achtung:** Sollten mehrere Aufgreifkriterien gleichzeitig zutreffen (z. B. Alter über 75 Jahre und Krebserkrankung), so geben Sie bitte nur das Kriterium an, das für Ihre Arbeit im Rahmen der Patientenbegleitung die größte Bedeutung hat.

**9 Zusätzliches Aufgreifkriterium bei Alter über 75 Jahre**

Wird die aktuelle Patientenbegleitung eingeleitet, weil der Versicherte über 75 Jahre alt ist und zusätzlich mindestens 1 bestimmtes weiteres Kriterium zutrifft, geben Sie bitte hier diesen zusätzlichen Anlass (Aufgreifkriterium) an. Dabei kann zwischen den BKK-internen Selektionskriterien und den vertraglich festgeschriebenen Kriterien aus dem extern initiierten Modul Ü75 unterschieden werden. Demzufolge könnten weitere Kriterien sein:

**BKK-interne Kriterien:**
- Krankenhausaufenthalt(e) bei den Diagnosen:
  - Herz- und Gefäßerkrankungen (I*),
  - Verdauungsorganerkrankungen (K*)
  - Verletzungen, Frakturen (S*)
  - Muskuläre Erkrankungen (M*)
  - Morbus Alzheimer (G30) und Demenz (F03)
  - Kollaps bzw. Kreislauffehlregulationen, andere Symptome und abnorme Befunde (R*)
- (mindestens) 1 Jahr Behandlungspflege in ambulantisem Rahmen
- häusliche Krankenpflege über (mindestens) 3 Monate

**vertraglich festgeschriebene Kriterien aus extern initiiertem Modul Ü75:**
- mindestens 3 Monate Unterstützung durch einen Pflegedienst (Versicherte mit Pflegestufe)
- Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Krankenpflege, in Form von:
  - Behandlungspflege,
  - Hauswirtschaftlicher Versorgung,
  - Grundpflege.
  Die Dauer der häuslichen Krankenpflegeform ist dabei unerheblich.
- mindestens 3 ärztliche Hausbesuche im Quartal
- palliative Versorgung bei:
  - therapiereisenten Schmerzsyndromen,
  - Ernährungsschwierigkeiten (Anorexie/Kachexie, Resorptionsstörungen, Dysphagie, entroktane Fisteln, Sonden- und parenterale Ernährung),
  - respiratorischen Störungen, insbesondere Dyspnoe,
  - neuropsychiatrischen Symptomen (Bewusstseinsstörungen, motorische Unruhe, Verwirrtheit),
  - pflegerischen Problemen (Dekubitus, Exulzerationen, Kontrakturen),
  - Einsatz komplexer (invasiver) therapeutischer Systeme (Schmerzpumpen, parenterale Ernährung, Portsyste).

**10 Komorbiditäten: weitere für die PBG relevante Erkrankungen**

Bitte geben Sie an, ob beim Versicherten gleichzeitig noch weitere Erkrankungen vorliegen. Hier sollen **nur die für die PBG relevanten Diagnosen** erfasst werden (= diejenigen Erkrankungen, die neben der Grunderkrankung [Aufgreifkriterium] die Planung der PBG beeinflussen, z. B. eine depressive Episode [F32] bei einem Versicherten mit kardiovaskulärer Erkrankung). Bitte kreuzen Sie an, ob es sich um eine Verdachts- oder eine gesicherte Diagnose handelt!
<table>
<thead>
<tr>
<th>11</th>
<th>Episodenhaftigkeit der Erkrankung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Handelt es sich beim Anlass der PBG um eine weitere Episode einer bekannten Diagnose (z. B. ein erneutes Auftreten von Metastasen einer früher bereits einmal vorgelegenen Krebserkrankung)?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Achtung:</strong> Gemeint sind an dieser Stelle <strong>nicht</strong> evtl. bestehende Zusammenhänge zwischen verschiedenartigen Erkrankungen unterschiedlicher Schwere (z. B. ist an dieser Stelle ein Schlaganfall nicht als Episode einer bereits zuvor bestehenden Bluthochdruck-Erkrankung zu verstehen)!</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Die Nennung „9 = unbekannt“ sollte nur dann angegeben werden, wenn unklar ist, ob es sich überhaupt um einen Folgefall handelt. Ist dies allerdings der Fall, aber der Zeitraum der vorherigen Erkrankung ist nicht bekannt, dann tragen Sie im Kästchen bitte eine „1 = ja“ ein und lassen die Datumsfelder frei.</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Folgefall</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wie oft wurde im Vorfeld der aktuellen Maßnahme schon einmal eine PBG bei dem Versicherten durchgeführt? Bitte geben Sie die Anzahl der stattgefundenen Patientenbegleitungsmaßnahmen an. Wenn möglich, geben Sie bitte zusätzlich noch den jeweiligen Zeitraum an (jeweils Monat und Jahr)!</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Hauptinitiator der PBG</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bitte geben Sie bei mehreren Initiatoren <strong>den wichtigsten</strong> an! Initiatoren, die in der Auswahlliste nicht aufgeführt sind (z. B. Pflegedienste etc.), können unter „anderer“ benannt werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Staatsangehörigkeit des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bei Mehrfachstaatsangehörigkeit geben Sie bitte die für die Identität des Versicherten wichtigste an!</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Verständigungsfähigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ist der Versicherte in der Lage, sich sprachlich in für die Durchführung der Patientenbegleitung ausreichendem Maße mit Ihnen zu verständigen? Beurteilt werden soll an dieser Stelle nicht die Bereitschaft des Versicherten zur Kooperation, sondern allein die Ebene der sprachlichen Verständigung (diese kann z. B. auch auf Englisch oder in einer anderen Sprache stattfinden).</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Intensität der Patientenbegleitung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bitte treffen Sie eine Einschätzung darüber, ob der Kontakt im Rahmen der begonnenen Patientenbegleitung hoch oder niedrig intensiv stattfindet bzw. stattfinden wird. Als <strong>hoch intensiv</strong> wird die Begleitung dann bezeichnet, wenn es zu <strong>wechselseitigen Kontakten</strong> zwischen Patientenbegleiter und Versichertem kommt und wenn <strong>konkrete Maßnahmen</strong> durch den Patientenbegleiter durchgeführt werden (z. B. Abstimmung mit Ärzten im Krankenhaus, Vorbereitung einer Anschlussheilbehandlung). Bei seltenerer und <strong>ausschließlich einseitiger Kontaktannahme</strong> durch den Patientenbegleiter, bei der <strong>lediglich allgemeine Informationen</strong> an den Versicherten weiter gegeben werden, ist die Begleitung als <strong>niedrig intensiv</strong> zu bezeichnen. In diesem Fall müssen die Items des Fragebogenteils „Assessment“ (Item Nr. 17-28) nicht ausgefüllt werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Familienstand des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bitte tragen Sie den Wert für die zutreffende Nennung in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Die notwendigen Informationen sollen gegebenenfalls über den direkten Versichertenkontakt eingeholt werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Anzahl Kinder</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Primäre betreuende Person des Versicherten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bei mehreren gleichermaßen betreuenden Personen tragen Sie bitte die Ziffer „5“ ins dafür vorgesehene Kästchen ein. Geben Sie zusätzlich bitte in der entsprechenden Zeile die jeweiligen Ziffern der betreuenden Personen an, bspw. „2+4“!</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Anschrift des betreuenden Arztes</td>
</tr>
</tbody>
</table>
|    | Bitte geben Sie Name und Anschrift des betreuenden Arztes an. In der Regel handelt es sich hierbei um den Hausarzt. **Aktuelle und vollständige Informationen bei den Adressdaten sind besonders wichtig für eine reibungslose Durchführung der im Rahmen der Gesamtvaluation geplanten Ärztebefragung**!
Evaluation der Patientenbegleitung

20

B

Anschrift des betreuenden Krankenhaussozialdienstes

An dieser Stelle sind nur dann Eintragungen notwendig, wenn der Versicherte auch tatsächlich einen Krankenhaussozialdienst in Anspruch genommen hat bzw. der betreffende Krankenhaussozialdienst in die Patientenbegleitung des vorliegenden Falles involviert war. Ist dies nicht der Fall, sollen die Adressfelder leer gelassen werden. Ansonsten geben Sie bitte Name und Anschrift des Krankenhauses an, in dem der Versicherte behandelt wird/wurde. Sofern Ihnen die entsprechenden Informationen vorliegen, geben Sie bitte zusätzlich den Namen einer Ansprechperson beim entsprechenden Krankenhaussozialdienst an, der Angaben über die Betreuung des Versicherten machen kann. Aktuelle und vollständige Informationen bei den Adressdaten sind besonders wichtig für eine reibungslose Durchführung der im Rahmen der Gesamtevaluation geplanten Befragung der Krankenhaussozialdienste!

21

A

Wer wurde in die Bedarfsfeststellung einbezogen?

Bitte geben Sie die Anzahl der jeweiligen Kontakte (auch Telefonkontakte) und den geschätzten Zeitaufwand (in Stunden) an, z. B. 1,5 h oder 3,0 h. Ein Kontakt soll erst dann mitgezählt werden, wenn er mindestens 15 Minuten (= 0,25 h) gedauert hat. Kürzere Kontakte sind nur dann mitzuzählen, wenn der Kontakt für die Bedarfsfeststellung tatsächlich relevant war. In der Auswahlziste nicht benannte Personen können unter „Sonstige“ angegeben werden (z. B. Pflegepersonal im KH, häuslicher Pflegedienst)

21

B

Was wurde in die Bedarfsfeststellung einbezogen?

Bitte kreuzen Sie an, welche Datenbanken bzw. Unterlagen Sie als Informationsgrundlage in Ihre Bedarfsfeststellung mit einbezogen haben.

22

Erwerbstätigkeit

Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Die notwendigen Informationen sollen gegebenenfalls über den direkten Versichertenkontakt eingeholt werden.

23

Überwiegender Lebensunterhalt

Bitte geben Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Die Angabe bezieht sich auf das letzte halbe Jahr vor dem Anlass der PBG. Genaue Informationen sollen ggf. über den Kontakt zum Versicherten eingeholt werden.

24

Derzeitige Wohnsituation des Versicherten

Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Genaue Informationen sollen ggf. über den Kontakt zum Versicherten eingeholt werden.

25

Aktuelle Problemlagen des Versicherten


Benutzen Sie zur Einschätzung bitte die folgende Skala:

0 = keine: Das Problem wird als nicht interventionsbedürftig eingeschätzt. Wird dies von Patientenbegleiter und Klientensystem gleichermaßen eingeschätzt, sind in diesem Bereich keine weiteren Schritte notwendig.

1 = mäß: Das Problem führt zu einzelnen Funktionseinschränkungen des Klientensystems, führt aber nicht zur generellen Funktionseinschränkung. Eine Ressourcennutzung oder Intervention ist angezeigt.


3 = sehr hoch: Das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise erheblich.

9 = unbekannt: Eine Problemlage ist in dem betreffenden Bereich erkennbar, aber der Schweregrad ist (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar.

Allgemein: Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert diese als Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens ("Wohlssein").

Im Folgenden sind die verschiedenen Bereiche, auf die sich die Angaben zu Problemlagen beziehen sollen, erläutert und beispielhaft dargestellt:
**Bereich Körperliche Gesundheit – Mobilität**

**Bereich Psychische Gesundheit**
„Eine Person ist dann psychisch gesund, wenn sie in der Lage ist, das eigene Leben für sich selbst befriedigend und sozial verantwortlich und autonom zu gestalten, Belastungen zu bewältigen und – soweit es die somatischen und ökologischen Bedingungen zulassen – psychisches Wohlbefinden zu erleben.“ (Stephan 1983, zitiert nach Tönnies, Plöhn & Krippendorf 1996)

Psychische Probleme können z. B. in folgenden Symptomen zum Ausdruck kommen:

*Traurigkeit/Niedergeschlagenheit:*

*Unangemessene Ängste:*
Der Klient wirkt der Situation unangemessen furchtsam und ängstlich. Er fürchtet sich vor bestimmten Orten (z. B. Keller), von denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte. Weiterhin kann die Angst durch das Vorhandensein oder die Erwartung einer spezifischen Situation oder eines spezifischen Objekts ausgelöst werden (z. B. Fliegen, Höhen, Tiere, eine Spritze, Blut sehen). Hält die Angst über sechs Monate an und führt sie zu deutlichem Leiden und Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen, so sollte abgeklärt werden, ob eine Angststörung vorliegt.

*Psychosomatische Beschwerden:*
Der Klient leidet unter körperlichen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Müdigkeit etc. Ein Arztbesuch ergab, dass diese nicht auf eine organische Erkrankung zurückzuführen sind. Liegen die Beschwerden länger als zwei Jahre vor, ist abzuklären, ob eine Somatisierungsstörung vorliegt.

Weitere Symptome, die auf eine Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens deuten, sind z. B. Schlaufprobleme, Zwänge oder wiederholter Suchtmittelgebrauch (Alkohol, Drogen, Medikamente).

**Bereich Gesundheitsverhalten**
Zu beurteilen ist hier, inwieweit der Versicherte mit seinem allgemeinen Verhalten (positiven wie negativen) Einfluss auf seine Gesundheit ausübt. In der Beurteilung mit einfließen sollen dabei insbesondere die Bereiche Ernährung und (Körper-)Hygiene.

Beispiele: Vernachlässigung der täglichen Körperpflege, mangelnde Zahnhygiene, ungesunder Lebensstil (Rauchen, Trinken) ungesundes Essverhalten (zu viel, zu wenig, zu fettreich etc.), zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, sowie mangelhafte Ernährung (u. a. erkennbar am Vorliegen von Über- oder Untergewicht – hier kann der BMI als Maßstab herangezogen werden.)
BMI = Körpergewicht (in kg) geteilt durch Körpergröße (in m) zum Quadrat

**BMI Frauen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Untergewichtig</th>
<th>Normalgewicht</th>
<th>Etwas übergewichtig</th>
<th>Übergewichtig</th>
<th>Erheblich übergewichtig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18-24</td>
<td>&lt; 19</td>
<td>19-24</td>
<td>24-29</td>
<td>29-39</td>
<td>&gt; 39</td>
</tr>
<tr>
<td>25-34</td>
<td>&lt; 20</td>
<td>20-25</td>
<td>25-30</td>
<td>30-40</td>
<td>&gt; 40</td>
</tr>
<tr>
<td>35-44</td>
<td>&lt; 21</td>
<td>21-26</td>
<td>26-31</td>
<td>31-41</td>
<td>&gt; 41</td>
</tr>
<tr>
<td>45-54</td>
<td>&lt; 22</td>
<td>22-27</td>
<td>27-32</td>
<td>32-42</td>
<td>&gt; 42</td>
</tr>
<tr>
<td>55-64</td>
<td>&lt; 23</td>
<td>23-28</td>
<td>28-33</td>
<td>33-43</td>
<td>&gt; 43</td>
</tr>
<tr>
<td>65+</td>
<td>&lt; 24</td>
<td>24-29</td>
<td>29-34</td>
<td>34-44</td>
<td>&gt; 44</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**BMI Männer**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Untergewichtig</th>
<th>Normalgewicht</th>
<th>Etwas übergewichtig</th>
<th>Übergewichtig</th>
<th>Erheblich übergewichtig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18-24</td>
<td>&lt; 19</td>
<td>19-24</td>
<td>24-29</td>
<td>29-39</td>
<td>&gt; 39</td>
</tr>
<tr>
<td>25-34</td>
<td>&lt; 20</td>
<td>20-25</td>
<td>25-30</td>
<td>30-40</td>
<td>&gt; 40</td>
</tr>
<tr>
<td>35-44</td>
<td>&lt; 21</td>
<td>21-26</td>
<td>26-31</td>
<td>31-41</td>
<td>&gt; 41</td>
</tr>
<tr>
<td>45-54</td>
<td>&lt; 22</td>
<td>22-27</td>
<td>27-32</td>
<td>32-42</td>
<td>&gt; 42</td>
</tr>
<tr>
<td>55-64</td>
<td>&lt; 23</td>
<td>23-28</td>
<td>28-33</td>
<td>33-43</td>
<td>&gt; 43</td>
</tr>
<tr>
<td>65+</td>
<td>&lt; 24</td>
<td>24-29</td>
<td>29-34</td>
<td>34-44</td>
<td>&gt; 44</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Bereich Lebensführung**


**Bereich (Sozial-)Kommunikative Kompetenzen**

Gemeint sind hier die sprachlichen Fähigkeiten bzw. die sprachliche Gewandtheit sowie die Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und mitzuteilen. Defizite in diesem Bereich sind z. B. ein schlechtes Gehör oder Probleme, sich verständlich machen zu können (nicht die richtigen Worte finden, Gedanken werden nicht zu Ende gebracht, keine Reaktion auf direktes einfaches Ansprechen).

**Bereich Kognitive Kompetenzen**

Unter kognitiven Funktionen versteht man all jene Funktionen, die dem Erkennen und Erfassen von Gegenständen und Personen der Umgebung und der eigenen Person gelten. Zu diesen Funktionen gehören z. B. Intelligenz bzw. Denken, Wahrnehmung, Problemlösen, Gedächtnis und Sprache. Zu beurteilen ist in diesem Bereich also, inwiefern der Klient über ein seinem Alter angemessenes Intelligenzniveau, Denkvermögen, Gedächtnisleistungen und die Fähigkeit des Problemlösens verfügt. Defizite sind demnach z. B. die mangelnde Fähigkeit, notwendige Behandlungsschritte im Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung zu erfassen bzw. zu verstehen oder ein mangelndes Verständnis für den Zusammenhang zwischen Erkrankung und individueller Lebensweise (Ernährungsverhalten etc.).

**Bereich Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit**

Die Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit umschreibt, inwieweit ein Arbeitnehmer in der Lage ist, seine Arbeit angesichts der Arbeitsanforderungen sowie seiner Gesundheit und mentalen Ressourcen zu erledigen bzw. sich nach einer krankheitsbedingten Unterbrechung wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Sie wird im Wesentlichen durch die folgenden
- körperliche Fähigkeiten,
- mentale Fähigkeiten,
- soziale Fähigkeiten,
- Gesundheit,
- fachspezifische Kompetenzen,
- Werte.

Defizite in diesem Bereich sind z. B. krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (etwa durch Bettlägerigkeit), mangelndes Stressmanagement oder Probleme im Umgang mit den Kollegen.

Achtung: Sollte der Versicherte nicht mehr im Arbeitsleben stehen, da er bereits Rentner/Pensionär ist, so dass eine Einschätzung in diesem Bereich nicht möglich ist, kreuzen Sie bitte an dieser Stelle die [.9] = unbekannt“ an.

Bereich Sozialverhalten

Defizite in diesem Bereich sind z. B. übermäßig aggresives Verhalten gegenüber anderen, soziale Ängstlichkeit oder sozialer Rückzug.

Bereich Familie
Defizite in diesem Bereich sind z. B. eine zu geringe bzw. sogar gänzlich fehlende emotionale Unterstützung innerhalb der Familie oder keine Helfenden im familiären Umfeld (dies ist auch zutreffend, wenn bspw. eine bisherige Pflegekraft im Umfeld die Pflege nicht mehr durchführen kann).

Bereich Gesellschaftliche Teilhabe
Unter gesellschaftlicher Teilhabe sind u. a. die Einbindung in soziale Netzwerke (z. B. Gemeinde) oder die Nutzung institutioneller Angebote (z. B. Kirche, Vereine) zu verstehen. Defizite in diesem Bereich liegen z. B. vor, wenn der Versicherte nicht wie gewohnt an gesellschaftlichen Veranstaltungen teilnehmen kann (bspw. Feiern, Kirchgänge) und dies als Belastung empfindet.

Bereich Finanzen
Unter dem Begriff Finanzen werden die folgenden Aspekte zusammengefasst:
- Beruf/Arbeit
- Einkommen aus Erwerbsarbeit
- Einkommen aus Transferleistungen
- Schulden

Defizite in diesem Bereich sind z. B. Arbeitslosigkeit oder Überschuldung.

Bereich Wohnen
Dieser Bereich bezieht sich insbesondere auf zwei Aspekte:
1. Wohnumstandt
2. Wohngegend (Stichwort: Sozialer Brennpunkt)

Zu 1.: Merkmale der Wohnumstandt, die in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden können, sind:
- a) Anzahl der Wohnräume pro Person
- b) Größe der Wohnräume pro Person
c) allgemeinen Minimalausstattung (Bad, Küche, WC, Keller, Zentralheizung)
d) bedarfsgerechte Wohnausstattung (insbesondere behindertengerechte Ausstattung [Sanitärinstallationen etc.])
e) Äußere Wohnbedingungen (Lärmbelastung, Nachbarschaftsbeziehungen)


**Bereich Soziales Netz**

Das Soziale Netz setzt sich zusammen aus den folgenden Teilbereichen:

1. **Verwandtschaft**

2. **Freunde**
   Nicht Verwandte, für eine unbestimmte Zeit einer Person nahestehende Menschen, zu denen eine emotionale, meist gegenseitige Bindung besteht.

3. **Beziehungen im Wohnumfeld**
   Soziale Kontakte, teilweise auch mit Unterstützungsfunktionen, aus dem nahen Wohnumfeld.

Defizite zeigen sich hier z. B. in fehlenden emotionalen Bindungen innerhalb der Familie oder in sozialer Isolation im unmittelbaren Wohnumfeld.

**Bereich Versorgungssystem**

Das Versorgungssystem bezeichnet ein System von (Dienst-)Leistungen, die nicht der Produktion eines materiellen Gutes dient oder wo der materielle Wert des Leistungsziels nicht im Vordergrund steht. Im weitesten Sinne zählen zu den Dienstleistungen auch Leistungen, die z. B. unentgeltlich im Haushalt geleistet werden, oder gar solche, die man für sich selbst erbringt.

Die für Familien bedeutendsten Dienstleistungen sind:
- soziale Dienstleistungen (Beratungs- und Hilfsangebote, Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, etc.)
- medizinische Dienstleistungen (Arzt- und Klinikversorgung, Paramedizinische Angebote wie Physiotherapie, Logopädie etc.)
- öffentliche Dienstleistungen (Angebote der Verwaltung)
- Dienstleistungen aus Handel, Gastronomie, Versicherung etc.

Die Beurteilung in diesem Bereich soll hinsichtlich zweier Aspekte erfolgen:

1. **Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (kurz DL-Angebote)**

2. **Nutzung von DL-Angeboten**
   Sind Dienstleistungsangebote vorhanden und ist auch ihr Zugang gesichert, muss beurteilt werden, ob diese vom Adressaten tatsächlich genutzt werden: Erfolgt die Inanspruchnahme notwendiger und hilfreicher DL-Angebote in dem Maße wie dem Bedarf nach erforderlich? Wird der Bedarf in ausreichendem Maße erkannt und kann selbstständig der Zugang zu den Angeboten hergestellt werden?

Beispiele:

Zu 1. **Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten:**
   Auf Grund einer fehlenden Fahrerlaubnis und der schlechten infrastrukturellen Situation (fehlende Mobilität) ist es dem Versicherten kaum möglich, notwendige therapeutische
26 **Globaleinschätzung des Schweregrades der Problemlagen des Versicherten**

Die Globaleinschätzung des Schweregrades soll sich auf die in Item Nr. 25 codierten Problemlagen beziehen, d. h. es soll ein „Gesamtschweregrad“ gebildet werden.

**Achtung:** Gehen Sie bei Ihrer Einschätzung bitte **nicht** in der Form vor, dass Sie einfach den arithmetischen Mittelwert aus den vorgenommenen Einschätzungen der vorliegenden Problemlagen in Item 25 bilden. Versuchen Sie bitte stattdessen, unter Berücksichtigung der im Item abgedruckten Beschreibung der einzelnen Skalenwerte eine eigenständige Gesamteinschätzung vorzunehmen!

Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Im Falle von Entscheidungsschwierigkeiten zwischen zwei Kategorien (z. B. „1 = leicht“ oder „2 = mittel“) wählen Sie bitte die niedrigere Kategorie („1 = leicht“).

27 **Aktuell nutzbare Ressourcen des Versicherten**


0 = **keine:** Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für die Problemlösung nicht erkennbar oder können nicht genutzt werden.

1 = **knapp:** Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden.

2 = **ausreichend:** Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind vorhanden. Die Erschließung gelingt mit Unterstützung der Patientenbegleitung.

3 = **gut:** Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden. Das Klientensystem verfügt über Fähigkeiten, diese heranzuziehen.

9 = **unkannt:** Es liegen Ressourcen in dem betreffenden Bereich vor, diese sind aber (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar.

Im Folgenden sind zu den jeweiligen Bereichen, auf die sich die Angaben zu möglichen Ressourcen des Versicherten beziehen sollen, Beispiele dargestellt. Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Bereichen entnehmen Sie bitte den Glossar-Ausführungen zu Item 25 „Aktuelle Problemlagen des Versicherten“.

**Bereich Körperliche Gesundheit – Mobilität**
Beispiele: hohe körperliche bzw. motorische Leistungsfähigkeit

**Bereich Psychische Gesundheit**
Beispiele: emotionale Ausgeglichenheit, Kenntnis und adäquate Nutzung von Copingstrategien, positives Selbstwertgefühl

**Bereich Gesundheitsverhalten**
Beispiele: gesunde/ausgewogene Ernährung (angemessene Mengen, vitaminhaltige/ballaststoffreiche Kost etc.; u. a. erkennbar am Vorliegen von Normalgewicht – hier kann der BMI als Maßstab herangezogen werden [s. o.]), ausreichende Flüssigkeitsaufnahme, regelmäßige/gute Zahnpflege, gute Körperhygiene

**Bereich Lebensführung**
Beispiele: Eigenständigkeit bei Einkauf u./o. Zubereitung von Essen, selbstständige Finanzverwaltung, eigenständiges Medikamentenmanagement

**Bereich (Sozial-)Kommunikative Kompetenzen**
Beispiele: gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, großer Wortschatz
### Bereich Kognitive Kompetenzen
Beispiele: schnelle Auffassungsgabe für medizinische Zusammenhänge, hohe Intelligenz, gutes Gedächtnis

### Bereich Arbeits-/Reha-Fähigkeit
Beispiele: besondere berufliche Qualifikation, große Berufserfahrung, hohe Kollegialität

**Achtung:** Sollte der Versicherte nicht mehr im Arbeitsleben stehen, da er bereits Rentner/Pensionär ist, so dass eine Einschätzung in diesem Bereich nicht möglich ist, kreuzen Sie bitte an dieser Stelle die „[9] = unbekannt“ an.

### Bereich Sozialverhalten
Beispiele: Hilfsbereitschaft, Fähigkeit zur sozial verträglichen Lösung von Konflikten, attraktive äußere Erscheinung

### Bereich Familie
Beispiele: starker familiärer Rückhalt, positive emotionale Beziehungen innerhalb der Familie

### Bereich Gesellschaftliche Teilhabe
Beispiele: aktive Mitgliedschaft in einem Verein, regelmäßiger Besuch von gesellschaftlichen Veranstaltungen (z. B. Konzerte, Sportveranstaltungen)

### Bereich Finanzen
Beispiele: gute Einkommenssituation, sicherer Arbeitsplatz

### Bereich Wohnen
Beispiele: adäquate Anzahl und Größe vorhandener Wohnräume, gute Wohnausstattung, ruhige Wohngegend, gute nachbarschaftliche Beziehungen

### Bereich Versorgungssystem
Beispiele:
1. Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten
   In einem neu entstandenen medizinischen Zentrum am Wohnort des Versicherten gibt es zahlreiche verschiedenartige medizinisch-therapeutische Angebote (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Krankengymnastik)
2. Nutzung von DL-Angeboten
   Der Versicherte ist in der Regel in der Lage, einen Unterstützungsbedarf selbstständig zu erkennen und nutzt die entsprechenden DL-Angebote. Er ist dabei auch bereit, größere Entfernungen in Kauf zu nehmen.

28 **Globaleinschätzung der Ressourcen des Versicherten**
Die Globaleinschätzung bezieht sich auf die in Item 27 aufgeführten Bereiche, d. h. es soll eine Gesamtbewertung der allgemeinen Ressourcenlage des Versicherten vorgenommen werden.

**Achtung:** Gehen Sie bei Ihrer Einschätzung bitte nicht in der Form vor, dass Sie einfach den arithmetischen Mittelwert aus den vorgenommenen Einschätzungen der einzelnen Ressourcen in Item 27 bilden. Versuchen Sie bitte stattdessen, unter Berücksichtigung der im Item abgedruckten Beschreibung der einzelnen Skalenwerte eine eigenständige Gesamtbeurteilung vorzunehmen!

Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Im Falle von Entscheidungsschwierigkeiten zwischen zwei Kategorien (z. B. „1 = knapp“ oder „2 = ausreichend“) wählen Sie bitte die niedrigere Kategorie („1 = knapp“).

29 **Ziele, die mit Hilfe der PBG erreicht werden sollen**

**Allgemeine Hinweise:**
Für erfolgreiche Interventionen sind einzelfallbezogene Zielformulierungen unerlässlich. Ihr Nutzen liegt darin
- Klarheit zu gewinnen (für alle Beteiligten),
- Effektivität (= Grad der Zielerreichung) zu sichern,
- Effizienz (= Kosten-Nutzen-Verhältnis, Relation zwischen eingesetzten Mitteln und Zielerreichung) zu steigern und
- (Selbst)Evaluation und Qualitätsentwicklung zu ermöglichen.

Kriterien für eine gute Formulierung von Handlungszielen:
1. Das Ziel beschreibt einen erwünschten Zustand in der Zukunft
2. In der Zielbeschreibung geht es um eine Verbesserung, die Abwendung einer Verschlechterung oder die Stabilisierung des gegenwärtigen Zustands.
3. Das Ziel ist positiv formuliert.
4. Die Formulierung macht klar, auf wen oder was sich das Ziel bezieht, für wen oder was die Verbesserung gelten soll.
5. Zielgruppe: Wenn es sich auf Menschen bezieht ...
   • ist benannt, was bezweckt ist, welche Veränderung bei der Zielgruppe ausgelöst werden soll (statt eine Maßnahme oder einen Prozess zu beschreiben);
   • kann man sich diese Veränderung konkret vorstellen.
6. Der Zeitpunkt der Zielerreichung ist konkret angegeben oder zumindest eingegrenzt.
7. Das Ziel zu erreichen ist eine Herausforderung. Es ist nicht etwas, das ohne absichtsvolles Handeln eintreten wird.

Jedes Ziel soll zunächst als den oben genannten Kriterien entsprechendes Handlungsziel frei ausformuliert (max. eine Zeile) und erst im Anschluss codiert werden. (Bitte versuchen Sie dabei, eine möglichst eindeutige, aussagekräftige freie Formulierung zu finden.) Bei der Codierung entsprechen der unten aufgeführten Zielcodierungsliste sind die konkreten Handlungsziele einer übergeordneten Bereichszieldimension zuzuordnen.

Beispiel:
Sie haben folgendes Handlungsziel formuliert:
„Herr Mustermann soll bis zum Ende der Patientenbegleitung mindestens 3x die Woche einen ca. 60minütigen Spaziergang machen“
Dieses Handlungsziel entspricht auf Bereichszielebene dem Zielcode „01“ (Verbesserung der körperlichen Gesundheit / Mobilität). Diese Ziffer ist unter „Code“ im Fragebogen einzutragen.

Die ausformulierte Benennung des (Handlungs-)Ziels dient als Grundlage für die Einschätzung der Zielerreichung in der Abschlusserhebung. Die Nummerierung ist als Hierarchie zu verstehen, d. h. das wichtigste (Handlungs-)Ziel ist an erster, das zweitwichtigste (Handlungs-)Ziel an zweiter Stelle usw. zu notieren. Es können bis zu fünf (Handlungs-)Ziele codiert werden. Evtl. vorliegende weitere (unwichtige) Ziele werden nicht codiert.

Hinweis: Damit eine reibungslose Auswertung des Items gewährleistet werden kann, muss unbedingt ein Code für das übergeordnete Bereichsziel in der Spalte „Code“ eingetragen werden. Dies ist für die Auswertung sogar entscheidender als die freie Nennung allein. Zur Zielcodierung nutzen Sie bitte die folgende Auswahlliste (Beispielhaft ist angegeben, mit welchen Maßnahmen diese (Bereichs-)Ziele möglicherweise erreicht werden können):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Bezeichnung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>01</td>
<td>Verbesserung der körperlichen Gesundheit / Mobilität</td>
</tr>
<tr>
<td>02</td>
<td>Verbesserung der psychischen Gesundheit</td>
</tr>
<tr>
<td>03</td>
<td>Verbesserung des Gesundheitsverhaltens</td>
</tr>
<tr>
<td>04</td>
<td>Verbesserung des Selbst-/Alltagsmanagements bzw. der Lebensführung</td>
</tr>
<tr>
<td>05</td>
<td>Verbesserung der (sozial-)kommunikativen Kompetenzen</td>
</tr>
<tr>
<td>06</td>
<td>Verbesserung der kognitiven Kompetenzen</td>
</tr>
<tr>
<td>07</td>
<td>Verbesserung der Arbeits-/Rehafähigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>08</td>
<td>Verbesserung des Sozialverhaltens</td>
</tr>
<tr>
<td>09</td>
<td>Verbesserung der familiären Situation</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Verbesserung der finanziellen Situation</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Verbesserung der Wohnsituation</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Verbesserung der Versorgungssituation</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Verbesserung der Nutzung von Dienstleistungsangeboten</td>
</tr>
</tbody>
</table>
30 **Prognose zum Zielerreichungsgrad**


31 **Maßnahmenvorschlag durch den PBG**

Gehen Sie hier bitte analog zu Item Nr. 29 vor. Die dortigen Hinweise gelten hier entsprechend. Zur Codierung der ausformulierten Maßnahmen benutzen Sie bitte die folgende Liste:

01 = Betreuung / persönliche Beratung  
02 = Abstimmung mit Ärzten, Sozialdiensten, Pflegepersonal: Klärung der Gesundheitssituation des Versicherten  
03 = Vorbereitung von Rehamaßnahmen (nach KH-Aufenthalt)  
04 = Vorbereitung der Entlassung nach Hause (bei KH)  
05 = Sicherstellung der häuslichen Versorgung  
06 = bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln  
07 = Unterstützung von Angehörigen  
08 = Information über Leistungen der Kasse (Bosch BKK)  
09 = Hilfe / Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen  
10 = Kontaktvermittlung (Ärzte, Pflegedienste, Rehazentren, Hilfsmittelanbietern, Selbsthilfe- u. Sportgruppen)  
11 = Sonstiges

32 **Art der Umsetzung von Zielvereinbarung und Serviceplan**

Beurteilt werden soll hier das Ausmaß, in dem der Versicherte an der Zielvereinbarung für die Patientenbegleitung und an der Auswahl der zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen beteiligt wurde. Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein.

33 **Erhebungsdatum**

Falls die Erhebung nicht an einem Tag durchgeführt wurde, ist das Datum zu wählen, an dem die meisten Items ausgefüllt werden. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass im Rahmen einer möglichst objektiven, zeitnahen Erhebung der Aufnahmebogen spätestens 1½ Wochen nach Beginn der PBG erhebungstechnisch abgeschlossen sein muss.
**Glossar Abschlussbogen**


Die Daten sollen sich, falls in dem grauen Erläuterungsfeld unterhalb der jeweiligen Item-Überschrift nichts anderes angegeben ist, auf den Zeitpunkt der Beendigung der Patientenbegleitung beziehen.

Grundsätzlich sind die allgemein geltenden, item- und fragebogenübergreifenden Hinweise im Glossar „Allgemeine Hinweise und Maximen“ zu beachten.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item Nr.</th>
<th>Hinweis</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 1 | Mitarbeiter-Code  
| 2 | KV-Nr. des Versicherten  
Bitte tragen Sie die Krankenversicherungsnummer des Versicherten in das dafür vorgesehene Kästchen ein. |
| 3 | Geburtsdatum des Versicherten  
Bitte tragen Sie das Geburtsdatum (TT/MM/JJ) des Versicherten in die dafür vorgesehenen Kästchen ein. Es muss auch im Abschlussbogen angegeben werden, da es zur eindeutigen Identifizierung der Daten in der späteren Datenauswertung erforderlich ist. |
| 4 | Datum Beginn der Patientenbegleitung  
Gemeint ist hier das Datum des tatsächlichen Beginns der PBG, also der Tag, an dem die Entscheidung getroffen wurde, dass eine Patientenbegleitung stattfinden wird. |
| 5 | Datum Beendigung der Patientenbegleitung  
Bitte geben Sie das Datum an, an dem die Patientenbegleitung beendet wurde. |
| 6 | Folgefall  
| 7 | Art und Anzahl der Versichertenkontakte  
| 8 | Art, Anzahl und Umfang der durchgeführten fallbezogenen internen Abstimmungsprozesse  
Die Angabe bezieht sich auf den gesamten Zeitraum der Patientenbegleitung. Bitte geben Sie zu jeder Art sowohl die Anzahl (auch telefonische Abstimmungen) als auch den geschätzten Zeitaufwand (in Stunden) an, z. B. 1½ Std. = 1,5 h. Mehrfachnennungen sind möglich. Falls keine fallbezogene interne Abstimmung durchgeführt wurde, kreuzen Sie bitte „entfällt“ an. |

*Die Items 9-17 sind nur dann auszufüllen, wenn eine hoch intensive Patientenbegleitung stattgefunden hat, d. h. wenn es zu wechselseitigen Kontakten zwischen Patientenbegleiter und Versichertem kommt und wenn konkrete Maßnahmen durch den Patientenbegleiter durchgeführt werden (z. B. Abstimmung mit Ärzten im Krankenhaus, Vorbereitung einer Anschlussheilbehandlung). Ansonsten gehen Sie bitte direkt weiter zu Item 18!*
### Art und Umfang der durchgeführten Maßnahmen
Die Angabe bezieht sich auf den gesamten Zeitraum der PBG. Bitte machen Sie möglichst konkrete Angaben und ordnen Sie jeder einzelnen Nennung die entsprechende Codierung aus nachfolgender Liste zu.

1. Betreuung / persönliche Beratung
2. Abstimmung mit Ärzten, Sozialdiensten, Pflegepersonal: Klärung der Gesundheitssituation des Versicherten
3. Vorbereitung von Rehamaßnahmen (nach KH-Aufenthalt)
4. Vorbereitung der Entlassung nach Hause (bei KH)
5. Sicherstellung der häuslichen Versorgung
6. bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln
7. Unterstützung von Angehörigen
8. Information über Leistungen der Kasse (Bosch BKK)
9. Hilfe / Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen
10. Kontaktvermittlung (Ärzte, Pflegedienste, Rehazentren, Hilfsmittelanbietern, Selbsthilfe- u. Sportgruppen)
11. Sonstiges

**Allgemein:**

**Hinweis:** Damit eine reibungslose Auswertung des Items gewährleistet werden kann, muss unbedingt ein Code für die benannte Maßnahme in der Spalte „Code“ eingetragen werden. Dies ist für die Auswertung sogar entscheidender als die freie Nennung allein.

### Weichen die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen von den durch den Patientenbegleiter geplanten ab?
Bitte vergleichen Sie dazu die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der Patientenbegleitung (siehe Item 9) mit dem Maßnahmenvorschlag durch den Patientenbegleiter („Serviceplan“, siehe Item 31 Aufnahmehobogen).

### Falls die ursprünglich vorgeschlagenen Maßnahmen nicht umgesetzt wurden, geben Sie hier bitte die Gründe dafür an.
Wenn im Verlauf der Patientenbegleitung keine Abweichung von den ursprünglich vorgeschlagenen Maßnahmen erfolgt ist, kreuzen Sie bitte „entfällt“ an.
Kooperation
Bitte machen Sie zu jedem Bereich eine Angabe – entweder durch eine Beurteilung von „[1]“ bis „[7]“ oder durch Ankreuzen der Werte „[8]“ oder „[9]“. Zu den einzelnen Bereichen sind beispielhaft einige Aspekte genannt, die als Anhaltspunkt für die jeweilige Beurteilung herangezogen werden können. Bitte versuchen Sie jedoch, Ihre Einschätzung zu den verschiedenen Bereichen möglichst spontan zu treffen und nicht durch Mittelwertbildung aus den Einschätzungen zu diesen Teilbereichen mathematisch zu errechnen!

Kooperation mit Versicherten
Persönliche Beziehung zwischen PBG und Versichertem:
Beurteilt werden soll, ob Patientenbegleiter und Versicherter einen Zugang zueinander gefunden haben und sich ein Vertrauensverhältnis aufbauen konnte.
Akzeptanz der Ziele und Maßnahmen durch den Versicherten:
Hier wird beurteilt, ob der Versicherte die aufgestellten Ziele annimmt. Zeigt er kein Interesse/keine Motivation an der Umsetzung oder arbeitet ihnen gar entgegen, wären die Werte 5, 6 oder 7 anzugeben.
Aktive Mitarbeit des Versicherten:
Die Beurteilung soll klientenbezogen vorgenommen werden, da die Mitarbeit des Versicherten abhängig ist von seinen individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten.
Einhalten von Vereinbarungen durch den Versicherten:
Hier sollen die Vereinbarungen beurteilt werden, die für die Patientenbegleitung relevant sind und unmittelbar mit dem Versicherten in Verbindung stehen, also solche, bei denen gewonnene Informationen auch weitgehend überprüft werden können. Vereinbarungen stellen individuell unterschiedlich schwere Anforderungen an die Versicherten. Deren individuelle Situation und Fähigkeiten sollen mit in die Beurteilung einfließen.
Sind mehrere Vereinbarungen getroffen worden, soll sowohl die Anzahl gehaltener/nicht gehaltener Vereinbarungen als auch deren Bedeutsamkeit berücksichtigt werden. Die Kategorie „4 = teils/teils“ sollte nur dann angekreuzt werden, wenn sich sowohl die Anzahl als auch die Bedeutsamkeit der gehaltenen/nicht gehaltenen Vereinbarungen auch wirklich die Waage halten.

Kooperation mit Umfeld bzw. Vertragspartnern
Kooperation mit den Angehörigen bzw. dem Umfeld des Versicherten:
Beurteilt werden soll die Zusammenarbeit mit Personen im Umfeld des Versicherten, mit denen der Patientenbegleiter im Rahmen der Maßnahme Kontakt aufgenommen hat (z. B. Bereitschaft zur Mitarbeit, Akzeptanz von Zielen oder Einhaltung von Vereinbarungen).
Wurde keine Person im Umfeld des Versicherten in die Patientenbegleitung mit einbezogen, kreuzen Sie bitte „entfällt = 8“ an.
Kooperation mit Hausarzt:
Beurteilt werden soll die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt des Versicherten (z. B. Bereitschaft zur Mitarbeit, Akzeptanz von Zielen oder Einhaltung von Vereinbarungen).
Wurde der Hausarzt nicht in die Patientenbegleitung mit einbezogen, kreuzen Sie bitte „entfällt = 8“ an.
Kooperation mit Fachärzten im Krankenhaus:
Kooperation mit Krankenhaussozialdienst:
Kooperation mit anderen Dienstleistern:
Beurteilt werden soll die Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern, die in die Patientenbegleitung mit einbezogen wurden bzw. werden sollten (z. B. häusliches Pflegepersonal oder Pflegepersonal im Krankenhaus). Gab es keine weiteren als die bereits benannten Kooperationspartner, kreuzen Sie bitte „entfällt = 8“ an.

Ablauf und Wirkung der PBG aus Sicht des Patientenbegleiters
Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der vorgegebenen Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.

Ablauf/Prozess des Patientenbegleitung:

Wirkung/Erfolg der Patientenbegleitung:

Aktuelle Problemlagen des Versicherten
Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Beendigung der Patientenbegleitung! Bitte treffen Sie unbedingt zu jedem Problembereich eine Einschätzung – auch wenn bei dem Versicherten in einem Bereich keine Probleme vorliegen bzw. erkennbar sind. In diesem Fall ist an der entsprechenden Stelle der Wert „0 = keine“ anzukreuzen.

Benutzen Sie zur Einschätzung bitte die folgende Skala:
0 = keine: Das Problem wird als nicht interventionsbedürftig eingeschätzt. Wird dies von Patientenbegleiter und Klientensystem gleichermaßen eingeschätzt, sind in diesem Bereich keine weiteren Schritte notwendig.
1 = mäßig: Das Problem führt zu einzelnen Funktionseinschränkungen des Klientensystems, führt aber nicht zur generellen Funktionseinschränkung. Eine Ressourcenutzung oder Intervention ist angezeigt.
3 = sehr hoch: Das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise erheblich.
9 = unbekannt: Eine Problemlage ist in dem betreffenden Bereich erkennbar, aber der Schweregrad ist (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar.

Allgemein: Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert diese als Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens ("Wohlsein").

Im Folgenden sind die verschiedenen Bereiche, auf die sich die Angaben zu Problemlagen beziehen sollen, erläutert und beispielhaft dargestellt:

Bereich Körperliche Gesundheit – Mobilität

Beispiele: Verletzungen durch Stürze u./o. Unfälle, schlechtes Sehvermögen, eingeschränkte körperliche Aktivität, Bettlägerigkeit, ist nicht gut zu Fuß (fehlende Mobilität), Inkontinenz, Schmerzen oder andere Beschwerden
**Bereich Psychische Gesundheit**

„Eine Person ist dann psychisch gesund, wenn sie in der Lage ist, das eigene Leben für sich selbst befriedigend und sozial verantwortlich und autonom zu gestalten, Belastungen zu bewältigen und – soweit es die somatischen und ökologischen Bedingungen zulassen – psychisches Wohlbefinden zu erleben.“ (Stephan 1983, zitiert nach Tönnies, Plöhn & Krippendorf 1996)

Psychische Probleme können z. B. in folgenden Symptomen zum Ausdruck kommen:

*Traurigkeit/Niedergeschlagenheit:*

*Unangemessene Ängste:*
Der Klient wirkt der Situation unangemessen furchtsam und ängstlich. Er fürchtet sich vor bestimmten Orten (z. B. Keller), von denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte. Weiterhin kann die Angst durch das Vorhandensein oder die Erwartung einer spezifischen Situation oder eines spezifischen Objekts ausgelöst werden (z. B. Fliegen, Höhen, Tiere, eine Spritze, Blut sehen). Hält die Angst über sechs Monate an und führt sie zu deutlichem Leiden und Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen, so sollte abgeklärt werden, ob eine Angststörung vorliegt.

*Psychosomatische Beschwerden:*
Der Klient leidet unter körperlichen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Müdigkeit etc. Ein Arztbesuch ergab, dass diese nicht auf eine organische Erkrankung zurückzuführen sind. Liegen die Beschwerden länger als zwei Jahre vor, ist abzuklären, ob eine Somatisierungsstörung vorliegt.

Weitere Symptome, die auf eine Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens deuten, sind z. B. Schlafprobleme, Zwänge oder wiederholter Suchtmittelgebrauch (Alkohol, Drogen, Medikamente).

**Bereich Gesundheitsverhalten**

Zu beurteilen ist hier, inwiefern der Versicherte mit seinem allgemeinen Verhalten (positiven wie negativen) Einfluss auf seine Gesundheit ausübt. In die Beurteilung mit einfließen sollen dabei insbesondere die Bereiche Ernährung und (Körper-)Hygiene.

Beispiele: Vernachlässigung der täglichen Körperpflege, mangelnde Zahnpflege ungesunder Lebensstil (Rauchen, Trinken) ungesündes Essverhalten (zu viel, zu wenig, zu fettreich etc.), zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, sowie mangelhafte Ernährung (u. a. erkennbar am Vorliegen von Über- oder Untergewicht – hier kann der BMI als Maßstab herangezogen werden.)

**BMI = Körpergewicht (in kg) geteilt durch Körpergröße (in m) zum Quadrat**

<p>| BMI Frauen |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Untergewichtig</th>
<th>Normalgewicht</th>
<th>Etwas übergewichtig</th>
<th>Übergewichtig</th>
<th>Erheblich übergewichtig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18-24</td>
<td>&lt; 19</td>
<td>19-24</td>
<td>24-29</td>
<td>29-39</td>
<td>&gt; 39</td>
</tr>
<tr>
<td>25-34</td>
<td>&lt; 20</td>
<td>20-25</td>
<td>25-30</td>
<td>30-40</td>
<td>&gt; 40</td>
</tr>
<tr>
<td>35-44</td>
<td>&lt; 21</td>
<td>21-26</td>
<td>26-31</td>
<td>31-41</td>
<td>&gt; 41</td>
</tr>
<tr>
<td>45-54</td>
<td>&lt; 22</td>
<td>22-27</td>
<td>27-32</td>
<td>32-42</td>
<td>&gt; 42</td>
</tr>
<tr>
<td>55-64</td>
<td>&lt; 23</td>
<td>23-28</td>
<td>28-33</td>
<td>33-43</td>
<td>&gt; 43</td>
</tr>
<tr>
<td>65+</td>
<td>&lt; 24</td>
<td>24-29</td>
<td>29-34</td>
<td>34-44</td>
<td>&gt; 44</td>
</tr>
</tbody>
</table>
BMI Männer

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Untergewichtet</th>
<th>Normalgewicht</th>
<th>Etwas übergewichtig</th>
<th>Übergewichtig</th>
<th>Erheblich übergewichtig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18-24</td>
<td>&lt; 19</td>
<td>19-24</td>
<td>24-29</td>
<td>29-39</td>
<td>&gt; 39</td>
</tr>
<tr>
<td>25-34</td>
<td>&lt; 20</td>
<td>20-25</td>
<td>25-30</td>
<td>30-40</td>
<td>&gt; 40</td>
</tr>
<tr>
<td>35-44</td>
<td>&lt; 21</td>
<td>21-26</td>
<td>26-31</td>
<td>31-41</td>
<td>&gt; 41</td>
</tr>
<tr>
<td>45-54</td>
<td>&lt; 22</td>
<td>22-27</td>
<td>27-32</td>
<td>32-42</td>
<td>&gt; 42</td>
</tr>
<tr>
<td>55-64</td>
<td>&lt; 23</td>
<td>23-28</td>
<td>28-33</td>
<td>33-43</td>
<td>&gt; 43</td>
</tr>
<tr>
<td>65+</td>
<td>&lt; 24</td>
<td>24-29</td>
<td>29-34</td>
<td>34-44</td>
<td>&gt; 44</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Bereich Lebensführung**

**Bereich (Sozial-)Kommunikative Kompetenzen**
Gemeint sind hier die sprachlichen Fähigkeiten bzw. die sprachliche Gewandtheit sowie die Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und mitzuteilen. Defizite in diesem Bereich sind z. B. ein schlechtes Gehör oder Probleme, sich verständlich machen zu können (nicht die richtigen Worte finden, Gedanken werden nicht zu Ende gebracht, keine Reaktion auf direktes einfaches Ansprechen).

**Bereich Kognitive Kompetenzen**
Unter kognitiven Funktionen versteht man all jene Funktionen, die dem Erkennen und Erfassen von Gegenständen und Personen der Umgebung und der eigenen Person gelten. Zu diesen Funktionen gehören z. B. Intelligenz bzw. Denken, Wahrnehmung, Problemlösen, Gedächtnis und Sprache. Zu beurteilen ist in diesem Bereich also, inwiefern der Klient über ein seinem Alter angemessenes Intelligenzniveau, Denkvermögen, Gedächtnisleistungen und die Fähigkeit des Problemlösevermögens verfügt. Defizite sind demnach z. B. die mangelnde Fähigkeit, notwendige Behandlungsschritte im Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung zu erfassen bzw. zu verstehen oder ein mangelndes Verständnis für den Zusammenhang zwischen Erkrankung und individueller Lebensweise (Ernährungsverhalten etc.).

**Bereich Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit**
- körperliche Fähigkeiten,
- mentale Fähigkeiten,
- soziale Fähigkeiten,
- Gesundheit,
- fachspezifische Kompetenzen,
- Werte.

Defizite in diesem Bereich sind z. B. krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (etwa durch Bettlägerigkeit), mangelndes Stressmanagement oder Probleme im Umgang mit den Kollegen.
Achtung: Sollte der Versicherte nicht mehr im Arbeitsleben stehen, da er bereits Rentner/Pensionär ist, so dass eine Einschätzung in diesem Bereich nicht möglich ist, kreuzen Sie bitte an dieser Stelle die „[9] = unbekannt“ an.

Bereich Soziales Verhalten

Defizite in diesem Bereich sind z. B. übermäßig aggressives Verhalten gegenüber anderen, soziale Ängstlichkeit oder sozialer Rückzug.

Bereich Familie
Defizite in diesem Bereich sind z. B. eine zu geringe bzw. sogar gänzlich fehlende emotionale Unterstützung innerhalb der Familie oder keine Helfenden im familiären Umfeld (dies ist auch zutreffend, wenn bspw. eine bisherige Pflegekraft im Umfeld die Pflege nicht mehr durchführen kann).

Bereich Gesellschaftliche Teilhabe
Unter gesellschaftlicher Teilhabe sind u. a. die Einbindung in soziale Netzwerke (z. B. Gemeinde) oder die Nutzung institutioneller Angebote (z. B. Kirche, Vereine) zu verstehen. Defizite in diesem Bereich liegen z. B. vor, wenn der Versicherte nicht wie gewohnt an gesellschaftlichen Veranstaltungen teilnehmen kann (bspw. Feiern, Kirchgänge) und dies als Belastung empfindet.

Bereich Finanzen
Unter dem Begriff Finanzen werden die folgenden Aspekte zusammengefasst:
- Beruf/Arbeit
- Einkommen aus Erwerbsarbeit
- Einkommen aus Transferleistungen
- Schulden

Defizite in diesem Bereich sind z. B. Arbeitslosigkeit oder Überschuldung.

Bereich Wohnen
Dieser Bereich bezieht sich insbesondere auf zwei Aspekte:
1. Wohnausstattung
2. Wohngegend (Stichwort: Sozialer Brennpunkt)

Zu 1.: Merkmale der Wohnausstattung, die in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden können, sind:
- Anzahl der Wohnräume pro Person
- Größe der Wohnräume pro Person
- allgemeinen Minimalausstattung (Bad, Küche, WC, Keller, Zentralheizung)
- bedarfsgerechte Wohnausstattung (insbesondere behindertengerechte Ausstattung [Sanitärinstallationen etc.])
- äußere Wohnbedingungen (Lärmbelastung, Nachbarschaftsbeziehungen)

Zu 2.: Sozialer Brennpunkt kann definiert werden als Wohngebiet, in den Faktoren gehäuft auftreten, die die Lebensbedingungen ihrer Bewohner negativ bestimmen. Als sozialer Brennpunkt wird ein meist räumlich abgegrenztes (Wohn)Gebiet bezeichnet, in dem sich Menschen mit wirtschaftlichen und/oder sozialen Defiziten konzentrieren. Solche Defizite sind zum Beispiel Einkommensarmut, fehlende oder unterdurchschnittliche Integration in Gesellschaft und Arbeitsmarkt (z. B. aufgrund

**Bereich Soziales Netz**
Das Soziale Netz setzt sich zusammen aus den folgenden Teilbereichen:

1. **Verwandtschaft**

2. **Freunde**
Nicht Verwandte, für eine unbestimmte Zeit einer Person nahe stehende Menschen, zu denen eine emotionale, meist gegenseitige Bindung besteht.

3. **Beziehungen im Wohnumfeld**
Soziale Kontakte, teilweise auch mit Unterstützungsfunktionen, aus dem nahen Wohnumfeld.

Defizite zeigen sich hier z. B. in fehlenden emotionalen Bindungen innerhalb der Familie oder in sozialer Isolation im unmittelbaren Wohnumfeld.

**Bereich Versorgungssystem**
Das Versorgungssystem bezeichnet ein System von (Dienst-)Leistungen, die nicht der Produktion eines materiellen Gutes dient oder wo der materielle Wert des Leistungsziels nicht im Vordergrund steht. Im weitesten Sinne zählen zu den Dienstleistungen auch Leistungen, die z. B. unentgeltlich im Haushalt geleistet werden, oder gar solche, die man für sich selbst erbringt.

Die für Familien bedeutendsten Dienstleistungen sind:
- soziale Dienstleistungen (Beratungs- und Hilfsangebote, Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, etc.)
- medizinische Dienstleistungen (Arzt- und Klinikversorgung, Paramedizinische Angebote wie Physiotherapie, Logopädie etc.)
- öffentliche Dienstleistungen (Angebote der Verwaltung)
- Dienstleistungen aus Handel, Gastronomie, Versicherung etc.

Die Beurteilung in diesem Bereich soll hinsichtlich zweiwer Aspekte erfolgen:

1. **Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (kurz DL-Angebote)**

2. **Nutzung von DL-Angeboten**
   Sind Dienstleistungsangebote vorhanden und ist auch ihr Zugang gesichert, muss beurteilt werden, ob diese vom Adressaten tatsächlich genutzt werden: Erfolgt die Inanspruchnahme notwendiger und hilfreicher DL-Angebote in dem Maße wie dem Bedarf nach erforderlich? Wird der Bedarf in ausreichendem Maße erkannt und kann selbstständig der Zugang zu den Angeboten hergestellt werden?

Beispiele:

Zu 1. **Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten:**

Zu 2. **Nutzung von DL-Angeboten:**
   Trotz starker Zahnschmerzen und einer Zahnarztpraxis unmittelbar vor Ort nimmt der Versicherte keine entsprechende Hilfe in Anspruch.
15 **Globaleinschätzung des Schweregrades der Problemlagen des Versicherten**

Die Globaleinschätzung des Schweregrades soll sich auf die in Item Nr. 14 codierten Problemlagen bei Beendigung der Patientenbegleitung beziehen, d. h. es soll ein „Gesamtschweregrad“ gebildet werden.

**Achtung:** Gehen Sie bei Ihrer Einschätzung bitte nicht in der Form vor, dass Sie einfach den arithmetischen Mittelwert aus den vorgenommenen Einschätzungen der vorliegenden Problemlagen in Item 14 bilden. Versuchen Sie bitte stattdessen, unter Berücksichtigung der im Item abgedruckten Beschreibung der einzelnen Skalenwerte eine eigenständige Gesamtbeurteilung vorzunehmen!

Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Im Falle von Entscheidungsschwierigkeiten zwischen zwei Kategorien (z. B. „1 = leicht“ oder „2 = mittel“) wählen Sie bitte die niedrigere Kategorie („1 = leicht“).

16 **Aktuell nutzbare Ressourcen des Versicherten**


- **0 = keine:** Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für die Problemlösung nicht erkennbar oder können nicht genutzt werden.
- **1 = knapp:** Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden.
- **2 = ausreichend:** Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind vorhanden. Die Erschließung gelingt mit Unterstützung der Patientenbegleitung.
- **3 = gut:** Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden. Das Klientensystem verfügt über Fähigkeiten, diese heranzuziehen.
- **9 = unbekannt:** Es liegen Ressourcen in dem betreffenden Bereich vor, diese sind aber (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar.

Im Folgenden sind zu den jeweiligen Bereichen, auf die sich die Angaben zu möglichen Ressourcen des Versicherten beziehen sollen, Beispiele dargestellt. Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Bereichen entnehmen Sie bitte den Glossar-Ausführungen zu Item 14 „Aktuelle Problemlagen des Versicherten“.

**Bereich Körperliche Gesundheit – Mobilität**

Beispiele: hohe körperliche bzw. motorische Leistungsfähigkeit

**Bereich Psychische Gesundheit**

Beispiele: emotionale Ausgeglichenheit, Kenntnis und adäquate Nutzung von Copingstrategien, positives Selbstwertgefühl

**Bereich Gesundheitsverhalten**

Beispiele: gesunde/ausgewogene Ernährung (angemessene Mengen, vitaminhaltige/ballaststoffreiche Kost etc.; u. a. erkennbar am Vorliegen von Normalgewicht – hier kann der BMI als Maßstab herangezogen werden [s. o.]), ausreichende Flüssigkeitsaufnahme, regelmäßige/gute Zahnpflege, gute Körperhygiene

**Bereich Lebensführung**

Beispiele: Eigenständigkeit bei Einkauf u./o. Zubereitung von Essen, selbstständige Finanzverwaltung, eigenständiges Medikamentenmanagement

**Bereich (Sozial-)Kommunikative Kompetenzen**

Beispiele: gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, großer Wortschatz

**Bereich Kognitive Kompetenzen**

Beispiele: schnelle Auffassungsgabe für medizinische Zusammenhänge, hohe Intelligenz, gutes Gedächtnis
<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich Arbeits-/Reha-Fähigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beispiele: besondere berufliche Qualifikation, große Berufserfahrung, hohe Kollegialität</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Achtung:** Sollte der Versicherte nicht mehr im Arbeitsleben stehen, da er bereits Rentner/Pensionär ist, so dass eine Einschätzung in diesem Bereich nicht möglich ist, kreuzen Sie bitte an dieser Stelle die „[9] = unbekannt“ an.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich Sozialverhalten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beispiele: Hilfsbereitschaft, Fähigkeit zur sozial verträglichen Lösung von Konflikten, attraktive äußere Erscheinung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich Familie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beispiele: starker familiärer Rückhalt, positive emotionale Beziehungen innerhalb der Familie</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich Gesellschaftliche Teilhabe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beispiele: aktive Mitgliedschaft in einem Verein, regelmäßiger Besuch von gesellschaftlichen Veranstaltungen (z. B. Konzerte, Sportveranstaltungen)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich Finanzen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beispiele: gute Einkommenssituation, sicherer Arbeitsplatz</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich Wohnen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beispiele: adäquate Anzahl und Größe vorhandener Wohnräume, gute Wohnausstattung, ruhige Wohngegend, gute nachbarschaftliche Beziehungen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich Versorgungssystem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beispiele:</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten</td>
</tr>
<tr>
<td>In einem neu entstandenen medizinischen Zentrum am Wohnort des Versicherten gibt es zahlreiche verschiedenartige medizinisch-therapeutische Angebote (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Krankengymnastik)</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Nutzung von DL-Angeboten</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Versicherte ist in der Regel in der Lage, einen Unterstützungsbedarf selbstständig zu erkennen und nutzt die entsprechenden DL-Angebote. Er ist dabei auch bereit, größere Entfernungen in Kauf zu nehmen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

17 **Globaleinschätzung der Ressourcen des Versicherten**

Die Globaleinschätzung bezieht sich auf die in Item 16 aufgeführten Bereiche, d. h. es soll eine Gesamtbeurteilung der allgemeinen Ressourcenlage des Versicherten vorgenommen werden.

**Achtung:** Gehen Sie bei Ihrer Einschätzung bitte nicht in der Form vor, dass Sie einfach den arithmetischen Mittelwert aus den vorgenommenen Einschätzungen der einzelnen Ressourcen in Item 16 bilden. Versuchen Sie bitte stattdessen, unter Berücksichtigung der im Item abgedruckten Beschreibung der einzelnen Skalenwerte eine eigenständige Gesamtbeurteilung vorzunehmen!

Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Im Falle von Entscheidungsschwierigkeiten zwischen zwei Kategorien (z. B. „1 = knapp“ oder „2 = ausreichend“) wählen Sie bitte die niedrigere Kategorie („1 = knapp“).

18 **Angabe der aktuellen Zielerreichung**

Die Angabe bezieht sich auf die bei der Aufnahmeerhebung genannten Ziele. Bitte behalten Sie unbedingt die dort gebildete Rangfolge bei, um eine Zuordnung von Zielen und Zielerreichungsgraden zu ermöglichen!

Falls zum Zeitpunkt des Beginns der PBG keine konkreten Ziele genannt wurden, kreuzen Sie bitte „entfällt“ an.
19 **Art der Beendigung der PBG**


„entfällt, …“: Sofern der Steuerungsbedarf geringer als ursprünglich angenommen war oder der Versicherte vor Beendigung der Maßnahme stirbt, geben Sie dies bitte an der entsprechenden Stelle des Items durch Ankreuzen an.

„planmäßig“: Zur Codierung muss eine der folgenden Bedingungen zutreffen:
1. die PBG muss zum geplanten Zeitpunkt (und nicht vorzeitig) beendet worden sein oder
2. die PBG wurde vor dem geplanten Zeitpunkt (also vorzeitig) beendet, jedoch ruht die Beendigung auf einem vorzeitigen Erfolg der PBG und alle Beteiligten (Versicherter, Patientenbegleiter, Arzt, etc.) sind sich darüber einig.

„abgebrochen auf Initiative von“: Diese Kategorie ist zu wählen, falls eine der beiden Voraussetzungen der „planmäßigen“ Beendigung nicht erfüllt ist, d.h. die PBG endete nicht abgestimmt oder unplanmäßig. Es können mehrere Initiatoren benannt werden. In diesem Fall sollte zusätzlich der Hauptinitiator aus dem zugehörigen Drop-Down-Menü ausgewählt werden.

Ursachen für den Abbruch der PBG:
Falls „kein Steuerungsbedarf vorhanden“, „abgestimmt, planmäßig beendet“ oder „Tod des Versicherten“ angegeben wurde, ist hier nichts anzukreuzen.

20 **Fand ein Abschlussgespräch bzw. -kontakt statt?**

Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Falls bei Item 19 „entfällt“ angegeben wurde, ist hier nichts einzutragen.

21 **Falls es ein Abschlussgespräch bzw. einen -kontakt gab, bitte die Art angeben**

Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Sollte kein Abschlussgespräch stattgefunden haben, ist hier nichts einzutragen.

22 **Prognose zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung des Versicherten**

Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der vorgegebenen Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.

23 **Prognose zum Auftreten eines weiteren Krankenhausaufenthalts (keine Reha) im nächsten halben Jahr**

Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der vorgegebenen Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.

24 **Erhebungsdatum**

Falls die Erhebung nicht an einem Tag durchgeführt wurde, ist das Datum zu wählen, an dem die meisten Items ausgefüllt werden.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass im Rahmen einer möglichst objektiven, zeitnahen Erhebung des Abschlussbogens spätestens 1½ Wochen nach Beendigung der PBG erhebungstechnisch abgeschlossen sein muss.
Evaluation der Patientenbegleitung

«Textanrede» «NachnamenmitUmlaut»,

mit unserer Patientenbegleitung bieten wir einen Service für Ihre Gesundheit an, wenn es darauf ankommt: Im Krankheitsfall oder wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft Unterstützung benötigen. Wir hoffen, dass wir hiermit auch Ihnen helfen konnten.


Für Ihre Zeit und Ihre Mithilfe bedanken wir uns herzlich.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Pferdt
Abteilungsleiter Unternehmensentwicklung
Stellvertretender Vorstand (alt.)

Dr. Katja Wimmer
Leiterin Patientenbegleitung

25. April 2008
Wissenschaftliche Befragung

im Auftrag der Bosch BKK führen die Katholische Fachhochschule Mainz und ihr Partnerinstitut, die IKJ ProQualitas GmbH, eine unabhängige wissenschaftliche Untersuchung zur Qualität der Patientenbegleitung durch. Ziel der Untersuchung ist es, die Patientenbegleitung weiter zu verbessern, damit Sie und andere Versicherte davon profitieren können.

Da Ihnen vor einiger Zeit ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin der Bosch BKK seine/ihrer Unterstützung angeboten hat, möchten wir nun gerne erfahren, wie zufrieden Sie mit diesem Angebot waren und wie es Ihnen heute geht.


Da wir gerade aus Ihren Erfahrungen etwas lernen wollen, ist uns Ihre Mithilfe sehr wichtig! Als kleines Dankeschön für die Teilnahme verlosen wir unter allen Rücksendungen zehn Lose der Aktion Mensch Lotterie. Die Gewinner werden benachrichtigt.

Wir möchten uns schon einmal im Voraus vielmals für Ihre Unterstützung bedanken und wünschen Ihnen für Ihre Zukunft alles Gute.

Prof. Dr. Peter Löcherbach (KFH Mainz, Rektor)
Prof. Dr. Michael Macsenaere (IKJ ProQualitas, Geschäftsführer)
Zunächst möchten wir Sie bitten, einige persönliche Angaben zu machen.

1. Wie alt sind Sie?  
   __ __ Jahre

2. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:  
   [ ] weiblich  [ ] männlich

3. Leben Sie alleine oder in einer Gemeinschaft?  
   [ ] alleine lebend  [ ] mit einer oder mehreren Personen zusammenlebend

Bitte machen Sie nun einige Angaben zum Ablauf der Patientenbegleitung.

4. Wie wurden Sie auf das Angebot der Patientenbegleitung aufmerksam? (mehrere Antworten möglich)  
   [ ] Kontaktaufnahme durch den Patientenbegleiter  
   [ ] Haus- oder Facharzt  
   [ ] Krankenhauspersonal  
   [ ] Mitarbeiter anderer Gesundheitsberufe  
   [ ] Empfehlung durch Bekannte  
   [ ] Mitgliederzeitschrift „Im Blick“  
   [ ] Internet  
   [ ] Sonstiges: ____________________________________

5. Wo hat Ihr Patientenbegleiter erstmals mit Ihnen Kontakt aufgenommen?  
   [ ] im Krankenhaus  [ ] zu Hause  
   [ ] Sonstiges: ____________________________________

6. Wie empfanden Sie die Kontaktaufnahme?  
   [ ] einfach  oder  [ ] umständlich  
   [ ] angenehm  oder  [ ] unangenehm  
   [ ] zu früh  oder  [ ] gerade rechtzeitig  oder  [ ] zu spät

7. Auf welche Weise erfolgte hauptsächlich der Kontakt mit Ihnen? (bitte nur eine Antwort)  
   [ ] schriftlich (bspw. Brief, Fax oder E-Mail)  
   [ ] telefonisch  
   [ ] persönlich

8. Wie beurteilen Sie die Atmosphäre bei den Kontakten (hat man sich Zeit für Sie genommen, war man stets freundlich und zuvorkommend)?  
   sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  mangelhaft  
   [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
9. Wie gut war Ihr Patientenbegleiter für Sie erreichbar?

sehr gut    gut    befriedigend    ausreichend    mangelhaft

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

10. Wie sehr ist Ihr Patientenbegleiter auf Ihre Anliegen bzw. Wünsche eingegangen?

völlig    größtenteils    teilweise    gar nicht    Frage trifft bei mir nicht zu

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

11. Haben Sie von Ihrem Patientenbegleiter hilfreiche Anregungen bekommen, auch selbst an der Verbesserung Ihrer gesundheitlichen Situation mitzuwirken?

sehr viele    viele    wenige    gar keine    Frage trifft bei mir nicht zu

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

12. Zu welchen Themen wurden Sie von Ihrem Patientenbegleiter beraten?

(mehrere Antworten möglich)

[ ] Ärzte    [ ] Pflege
[ ] Krankenhaus    [ ] Reha-Klinik
[ ] Hilfsmittel    [ ] Sonstiges: ____________________________

13. Wie gut haben die Übergänge zwischen Ihren medizinischen Behandlungen geklappt?

(z. B. zwischen Krankenhaus und Reha-Klinik bzw. Hausarzt)

sehr gut    gut    befriedigend    ausreichend    mangelhaft    Frage trifft nicht zu

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

14. Kam es Ihrer Beobachtung nach zu einer Zusammenarbeit zwischen Ihrem Patientenbegleiter und Ihrem (Haus-)Arzt/Krankenhausarzt?

sehr deutlich    deutlich    nur am Rande    nein    nicht einschätzbar

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

15. Wie gut wurde Ihnen insgesamt durch die Patientenbegleitung geholfen?

sehr gut    gut    befriedigend    ausreichend    mangelhaft

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

16. Wodurch fühlten Sie sich im Rahmen der Patientenbegleitung am stärksten unterstützt?

(mehrere Antworten möglich)

[ ] Ich hatte einen persönlichen Ansprechpartner, der mich gut beraten hat.
[ ] Man hat einen wichtigen Beitrag zur Klärung meiner Gesundheitssituation geleistet.
[ ] Mir wurden wichtige Informationen über Gesundheits- und Pflegeangebote vermittelt.
[ ] Ich hatte Hilfe beim Kontakt mit Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten oder anderen.
[ ] Meine Angehörigen wurden unterstützt.
[ ] Ich habe die für mich richtigen Hilfsmittel erhalten (bspw. Gehhilfe, Rollstuhl, Hörgerät).
[ ] Man hat sich um meine Versorgung zu Hause gekümmert (bspw. Haushaltshelfe).
[ ] Eine anstehende Maßnahme (bspw. Reha) wurde mit mir vorbereitet.
[ ] Mir wurde beim Ausfüllen von Anträgen geholfen.
[ ] Nach einem Krankenhausaufenthalt wurde meine Entlassung nach Hause vorbereitet.
[ ] Sonstiges: ____________________________
[ ] Entfällt, ich habe keine für mich hilfreiche Unterstützung wahrgenommen.
17. Wie zufrieden sind Sie …

...mit der (Beratungs-)Kompetenz Ihres Patientenbegleiters? [ ] [ ] [ ] [ ]

...mit dem Vertrauensverhältnis zu Ihrem Patientenbegleiter? [ ] [ ] [ ] [ ]

...mit dem Einfühlungsvermögen Ihres Patientenbegleiters? [ ] [ ] [ ] [ ]

...mit dem Ablauf der Patientenbegleitung im Allgemeinen? [ ] [ ] [ ] [ ]

BITTE VERGLEICHEN SIE NUN IHREN AKTUELLEN GESUNDHEITSZUSTAND MIT DEM ZUSTAND UNMITTELBAR VOR BEGINN DER PATIENTENBEGLEITUNG.

18. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle körperliche Verfassung im Vergleich zu vor der Patientenbegleitung ein?

deutlich verbessert [ ] leicht verbessert [ ] unverändert [ ] leicht verschlechtert [ ] deutlich verschlechtert [ ]

19. Wie schätzen Sie Ihr aktuelles seelisches Wohlbefinden im Vergleich zu vor der Patientenbegleitung ein?

deutlich verbessert [ ] leicht verbessert [ ] unverändert [ ] leicht verschlechtert [ ] deutlich verschlechtert [ ]

20. Wie schätzen Sie Ihr aktuelles allgemeines gesundheitliches Befinden im Vergleich zu vor der Patientenbegleitung ein?

deutlich verbessert [ ] leicht verbessert [ ] unverändert [ ] leicht verschlechtert [ ] deutlich verschlechtert [ ]

DURCH ERKRANKUNGEN ODER IM ALTER KÖNNEN BEI MANCHEN MENSCHEN UNTERSCHIEDLICHE BEFÜRCHTUNGEN ENTSTEHEN:

21. Haben Sie heute im Vergleich zu vor der Patientenbegleitung mehr oder weniger Befürchtungen,…

... nicht mehr den täglichen Verpflichtungen nachkommen zu können (etwa im Haushalt, Beruf)? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

... nicht mehr den gewohnten Aktivitäten nachgehen zu können (z. B. Spaziergänge, Hobbys)? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

... dass die Kontakte zu anderen bzw. die Partnerschaft beeinträchtigt werden könnten? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

... nicht ausreichend über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen informiert zu sein? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

... den Ärzten und Fachleuten Ihre Anliegen nicht richtig deutlich machen zu können? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

... auf die Pflege durch andere angewiesen zu sein? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
NUN BITTERN WIR SIE NOCH UM EINIGE ALLGEMEINE EINSCHÄTZUNGEN.

22. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Bosch BKK?
   ![Checkboxen für sehr zufrieden, zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden, unzufrieden, sehr unzufrieden]

23. Würden Sie das Angebot der Patientenbegleitung noch einmal in Anspruch nehmen?
   [ ] ja
   [ ] nein

24. Würden Sie das Angebot der Patientenbegleitung weiterempfehlen?
   [ ] ja
   [ ] nein

   ...kurze Begründung für Ihre Einschätzung: (nur wenn möglich)
   ____________________________________________________________
   ____________________________________________________________
   ____________________________________________________________
   ____________________________________________________________
   ____________________________________________________________

25. Haben Sie den Fragebogen selbst ausgefüllt?
   [ ] ja
   [ ] nein, weil: ______________________________________________

26. Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?
   ____________________________________________________________
   ____________________________________________________________
   ____________________________________________________________
   ____________________________________________________________
   ____________________________________________________________
   ____________________________________________________________

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
Befragung im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung


Warum schreiben wir Sie in diesem Zusammenhang an? Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen Versicherte, die an einer Erkrankung leiden oder älter als 75 Jahre sind. Aus dieser Gruppe wurden Sie zufällig ausgewählt.

Der Datenschutz hat bei uns höchste Priorität! Ihre personenbezogenen Krankheitsdaten geben wir an niemanden weiter, darauf können Sie sich verlassen. Für die wissenschaftliche Untersuchung werden lediglich anonyme Daten verwendet, d.h. Ihr Name und Ihre Anschrift tauchen nicht auf.


Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns schon im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Pferdt
Abteilungsleiter Unternehmensentwicklung

Dr. Katja Wimmer
Leiterin Patientenbegleitung
Wissenschaftliche Befragung


Da wir gerade aus Ihren Erfahrungen etwas lernen wollen, ist uns Ihre Mithilfe sehr wichtig! Als kleines Dankeschön für die Teilnahme verlosen wir unter allen Rücksendungen zehn Lose der Aktion Mensch Lotterie. Die Gewinner werden benachrichtigt.

Wir möchten uns schon einmal im Voraus vielmals für Ihre Unterstützung bedanken und wünschen Ihnen für Ihre Zukunft alles Gute.

Prof. Dr. Peter Löcherbach
(KFH Mainz, Rektor)

Prof. Dr. Michael Macsenaere
(IKJ ProQualitas, Geschäftsführer)
Fragebogen

**BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN BITTE MÖGLICHST SPONTAN DURCH ANKREUZEN DER IHRER MEINUNG NACH ZUTREFFENDEN ANTWORTEN. ES GIBT KEINE RICHTIGEN ODER FALSCHEN ANTWORTEN.**

Zur besseren Lesbarkeit wurde in diesem Fragebogen nur die männliche Sprachform verwendet (bspw. „Krankenkassenmitarbeiter“). Personenbezogene Formulierungen gelten jedoch stets gleichermaßen für Männer und Frauen.

**ZUNÄCHST MÖCHTEN WIR SIE BITTEN, Einige persönliche Angaben zu machen.**

1. Wie alt sind Sie?
   ___ ___ Jahre

2. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:
   [  ] weiblich  [  ] männlich

3. Leben Sie alleine oder in einer Gemeinschaft?
   [  ] alleine lebend  [  ] mit einer oder mehreren Personen zusammenlebend

**BITTE MACHER SIE NUN EINIGE ANGABEN ZU IHREN ERFahrungen MIT Ihrer Krankenkasse.**

4. Hatten Sie im letzten halben Jahr wegen eines Krankenhausaufenthalts oder weil Sie pflegerische Hilfe benötigen Kontakt mit Mitarbeitern Ihrer Krankenkasse?
   [  ] ja, ca. ___ ___ Kontakt(e)  [  ] nein, es gab keinen Kontakt

**FALLS SIE KEINEN KONTAKT MIT IHRER KRANKENKASSE HATTEN, ÜBERSPRINGEN SIE BITTE DIE NÄCHSTEN FRAGEN UND GEHEN SIE DIREKT WEITER ZU FRAGE 16.**

6. Von wem ging die Kontaktaufnahme aus?
   [  ] von mir bzw. meinen Angehörigen  oder  [  ] von meiner Krankenkasse

7. Wie empfanden Sie die Kontaktaufnahme?
   [  ] einfach  oder  [  ] umständlich
   [  ] angenehm  oder  [  ] unangenehm
   [  ] zu früh  oder  [  ] gerade rechtzeitig  oder  [  ] zu spät

8. Auf welche Weise erfolgte hauptsächlich der Kontakt mit Ihnen?
   (bitte nur eine Antwort)
   [  ] schriftlich (bspw. Brief, Fax oder E-Mail)
   [  ] telefonisch
   [  ] persönlich

9. Wie beurteilen Sie die Atmosphäre bei den Kontakten (hat man sich Zeit für Sie genommen, war stets freundlich und zuvorkommend)?
   sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  mangelhaft
   [  ] [  ] [  ] [  ] [  ]

10. Wie gut waren die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse für Sie erreichbar?
    sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  mangelhaft
    [  ] [  ] [  ] [  ] [  ]
11. Wie sehr sind die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse auf Ihre Anliegen bzw. Wünsche eingegangen?

<table>
<thead>
<tr>
<th>völlig</th>
<th>größtenteils</th>
<th>teilweise</th>
<th>gar nicht</th>
<th>Frage trifft bei mir nicht zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

12. Haben Sie von den Mitarbeitern Ihrer Krankenkasse hilfreiche Anregungen bekommen, auch selbst an der Verbesserung Ihrer gesundheitlichen Situation mitzuwirken?

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr viele</th>
<th>viele</th>
<th>wenige</th>
<th>gar keine</th>
<th>Frage trifft bei mir nicht zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

13. Zu welchen Themen wurden Sie von Ihrer Krankenkasse beraten?

(mehere Antworten möglich)

[ ] Ärzte
[ ] Krankenhaus
[ ] Pflege
[ ] Reha-Klinik
[ ] Hilfsmittel
[ ] Sonstiges: ____________________________________________

14. Wie gut wurde Ihnen insgesamt durch Ihre Krankenkasse geholfen?

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr gut</th>
<th>gut</th>
<th>befriedigend</th>
<th>ausreichend</th>
<th>mangelhaft</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

15. Wodurch fühlten Sie sich von Ihrer Krankenkasse am stärksten unterstützt?

(mehere Antworten möglich)

[ ] Ich hatte einen persönlichen Ansprechpartner, der mich gut beraten hat.
[ ] Man hat einen wichtigen Beitrag zur Klärung meiner Gesundheitssituation geleistet.
[ ] Mir wurden wichtige Informationen über Gesundheits- und Pflegeangebote vermittelt.
[ ] Ich hatte Hilfe beim Kontakt mit Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten oder anderen.
[ ] Meine Angehörigen wurden unterstützt.
[ ] Ich habe die für mich richtigen Hilfsmittel erhalten (bspw. Gehhilfe, Rollstuhl, Hörgerät).
[ ] Man hat sich um meine Versorgung zu Hause gekümmert (bspw. Haushaltshilfe).
[ ] Eine anstehende Maßnahme (bspw. Reha) wurde mit mir vorbereitet.
[ ] Mir wurde beim Ausfüllen von Anträgen geholfen.
[ ] Nach einem Krankenhausaufenthalt wurde meine Entlassung nach Hause vorbereitet.
[ ] Sonstiges: ____________________________________________

[ ] Entfällt, ich habe keine für mich hilfreiche Unterstützung wahrgenommen.

16. Wie gut haben die Übergänge zwischen Ihren medizinischen Behandlungen geklappt?

(z. B. zwischen Krankenhaus und Reha-Klinik bzw. Hausarzt)

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr gut</th>
<th>gut</th>
<th>befriedigend</th>
<th>ausreichend</th>
<th>mangelhaft</th>
<th>Frage trifft nicht zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

17. Wie zufrieden sind Sie ...

...mit der (Beratungs-)Kompetenz der Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse?

[ ] sehr zufrieden [ ] eher zufrieden [ ] eher unzufrieden [ ] sehr unzufrieden

...mit dem Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeitern Ihrer Krankenkasse?

[ ] sehr zufrieden [ ] eher zufrieden [ ] eher unzufrieden [ ] sehr unzufrieden

...mit dem Einfühlungsvermögen der Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse?

[ ] sehr zufrieden [ ] eher zufrieden [ ] eher unzufrieden [ ] sehr unzufrieden

...mit dem Ablauf der Betreuung durch Ihre Kasse im Allgemeinen?

[ ] sehr zufrieden [ ] eher zufrieden [ ] eher unzufrieden [ ] sehr unzufrieden
BITTE VERGLEICHEN SIE NUN IHR AKTUELLES GESUNDHEITLICHES BEFinden MIT DEM ZUSTAND BEI IHREM LETZTEN KRANKENHAUSAUFENTHALT (BZW. FALLS ES IM LETZTEN JAHR KEINEN KRANKENHAUSAUFENTHALT GAB, MIT IHREM GESUNDHEITSZUSTAND VOR ETWA 3 MONATEN).

18. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle körperliche Verfassung im Vergleich zu Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt (bzw. vor drei Monaten) ein?

- deutlich verbessert
- leicht verbessert
- unverändert
- leicht verschlechtert
- deutlich verschlechtert

[  ] [  ] [  ] [  ] [  ]

19. Wie schätzen Sie Ihr aktuelles seelisches Wohlbefinden im Vergleich zu Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt (bzw. vor drei Monaten) ein?

- deutlich verbessert
- leicht verbessert
- unverändert
- leicht verschlechtert
- deutlich verschlechtert

[  ] [  ] [  ] [  ] [  ]

DURCH ERKRANKUNGEN ODER IM ALTER KÖNNEN BEI MANCHEN MENSCHEN UNTERSCHIEDLICHE BEFÜRCHTUNGEN ENTSTEHEN:

21. Haben Sie heute im Vergleich zu Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt (bzw. vor drei Monaten) mehr oder weniger Befürchtungen, …

- viel
- weniger
- etwas
- gleich
- viel
- mehr
- viel
- weniger
- etwas
- gleich
- viel
- mehr

[  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ]

NUN BITTEN WIR SIE NOCH UM EINIGE ALLGEMEINE EINSCHÄTZUNGEN.

22. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Krankenkasse?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

[  ] [  ] [  ] [  ] [  ] [  ]

23. Haben Sie den Fragebogen selbst ausgefüllt?

[  ] ja
[  ] nein, weil: ____________________________________________

24. Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

___________________________________________________________
___________________________________________________________
___________________________________________________________

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
Evaluation der Patientenbegleitung


Vor einiger Zeit wurde mit Einverständnis eine Patientenbegleitung durchgeführt. Daher möchten wir nun gerne von Ihnen erfahren, inwieweit Sie in diesem Einzelfall in den Prozess der Begleitung eingebunden waren und wie zufrieden Sie mit dem Ablauf sowie den Ergebnissen waren.


Wir bedanken uns schon einmal im Voraus vielmals für Ihre Unterstützung.

Prof. Dr. Peter Löcherbach
(KFH Mainz, Rektor)

Prof. Dr. Michael Macsenaire
(IKJ ProQualitas, Geschäftsführer)
Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Die folgenden Beispiele sollen Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens erleichtern:

1. Bei manchen Fragen darf aus der Liste der möglichen Antworten nur eine Antwort angegeben werden. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie jeweils nur die für Sie (am meisten) zutreffende Antwortmöglichkeit ankreuzen.
   **Beispiel 1:**
   Auf welche Weise erfolgte hauptsächlich der Kontakt mit Ihnen (bitte nur eine Antwort)?
   - [X] schriftlich (bspw. Brief, Fax oder E-Mail)
   - [ ] telefonisch
   - [ ] persönlich

   **Beispiel 2:**
   Was waren bei der Behandlung des Patienten die größten Vorteile durch die Patientenbegleitung? *(mehrere Antworten möglich)*
   - [ ] Entlastung bei (psychosozialer) Betreuung des Patienten
   - [ ] Patient folgt eher den ärztlichen Empfehlungen (bessere Compliance)
   - [ ] Patient war stärker motiviert, auch eigenständig seine Gesundheitssituation zu verbessern
   - [ ] Vertrauensverhältnis zum Patienten wurde gestärkt
   - [ ] besserer Informationsstand des Patienten hinsichtlich der Gesundheitsangebote
   - [ ] besserer Informationsstand des Patienten in sozialrechtlichen Fragen
   - [ ] schnellere / unbürokratische Beschaffung der richtigen Hilfsmittel

   **Beispiel 3:**
   Wie zufrieden sind Sie mit …
   [ sehr zufrieden ] [ eher zufrieden ] [ eher unzufrieden ] [ sehr unzufrieden ]
   …der Kompetenz des Patientenbegleiters?
   - [X]
   …der Kooperation mit dem Patientenbegleiter?
   - [ ] [X]
   …dem Ablauf der Patientenbegleitung allgemein?
   - [ ] [X]

   **Beispiel 4:**
   Was waren bei der Behandlung des Patienten die größten Vorteile durch die Patientenbegleitung? *(mehrere Antworten möglich)*
   - [X] Entlastung bei (psychosozialer) Betreuung des Patienten
   - [ ] höhere Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen an der Behandlung/Betreuung beteiligten Personen/Institutionen
   - [X] Sonstiges: Wiederherstellung von Optimismus/Zuversicht beim Patienten
   - [ ] keine Vorteile erkennbar

Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen vollständig!
**FRAGEBÖGEN**

**BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDE FRAGEN BITTE MÖGLICHST SPONTAN DURCH ANKREUZEN DER ZUTREFFENDEN ANTWORTEN. ES GIBT KEINE RICHTIGEN ODER FALSCHEN ANTWORTEN.**

Zur besseren Lesbarkeit wurde in diesem Fragebogen nur die männliche Sprachform verwendet (bspw. „Patient“ oder „Patientenbegleiter“). Personenbezogene Formulierungen gelten jedoch stets gleichermaßen für Männer und Frauen.

---

1. **War bei dem Patienten aus Ihrer Sicht das Angebot der Patientenbegleitung indiziert?**
   - [ ] ja
   - [ ] überwiegend ja
   - [ ] überwiegend nein
   - [ ] nein
   - [ ] nicht einschätzbar

**BITTE MACHEN SIE NUN ZUNÄCHST EINIGE ANGABEN ZUM ABLAUF DER PATIENTENBEGLEITUNG.**

2. **Hatten Sie im Rahmen der Behandlung des Patienten Kontakt mit dessen Patientenbegleiter?**
   - [ ] ja
   - [ ] nein

**SOLLTE ES ZU KEINEM KONTAKT GEKommen sein, Gehen SIE BITTE DIREKT WEITER ZU FRAGE 8!**

---

3. **Wie empfanden Sie die Kontaktaufnahme?**
   - [ ] einfach
   - [ ] umständlich
   - [ ] angenehm
   - [ ] unangenehm
   - [ ] zu früh
   - [ ] gerade rechtzeitig
   - [ ] zu spät

4. **Auf welche Weise erfolgte hauptsächlich der Kontakt mit Ihnen (bitte nur eine Antwort)?**
   - [ ] schriftlich (bspw. Brief, Fax oder E-Mail)
   - [ ] telefonisch
   - [ ] persönlich

5. **Wie beurteilten Sie die Atmosphäre bei den Kontakten (hat man sich Zeit genommen, war man stets freundlich und zuvorkommend)?**
   - sehr gut
   - gut
   - befriedigend
   - ausreichend
   - mangelhaft

6. **Wie stark ging der Patientenbegleiter auf Ihre fachlichen Ratschläge, Anliegen bzw. Wünsche ein?**
   - immer
   - meistens
   - selten
   - nie
   - nicht relevant

7. **Wie zufrieden sind Sie mit...**
   - sehr zufrieden
   - eher zufrieden
   - eher unzufrieden
   - sehr unzufrieden
   - der Kompetenz des Patientenbegleiters?
   - der Kooperation mit dem Patientenbegleiter?
   - dem Ablauf der Patientenbegleitung allg.?

8. **Inwieweit wurden Sie durch die Patientenbegleitung in Ihrer eigenen Arbeit entlastet?**
   - sehr stark
   - stark
   - kaum
   - gar nicht
   - eher Belastung

---

**Fragebogen «fragebogencode»**
9. Was waren bei der Behandlung des Patienten die größten Vorteile durch die Patientenbegleitung? (mehrere Antworten möglich)

- Entlastung bei (psychosozialer) Betreuung des Patienten
- Patient folgt eher den ärztlichen Empfehlungen (bessere Compliance)
- Patient war stärker motiviert, auch eigenständig seine Gesundheitssituation zu verbessern
- Vertrauensverhältnis zum Patienten wurde gestärkt
- besserer Informationsstand des Patienten hinsichtlich der Gesundheitsangebote
- besserer Informationsstand des Patienten in sozialrechtlichen Fragen
- schnellere/unbürokratische Beschaffung der richtigen Hilfsmittel
- höhere Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen an der Behandlung/Betreuung beteiligten Personen/Institutionen
- Sonstiges: ___________________________________
- keine Vorteile erkennbar

10. Hatten Sie durch die Patientenbegleitung eine qualitativ bessere Zusammenarbeit als bei vergleichbaren Patienten ohne Patientenbegleitung …

- viel besser
- etwas besser
- gleich gut
- eher schlechter
- nicht einschätzbar/
- nicht relevant

... mit der Krankenkasse des Patienten?

... mit den behandelnden Krankenhaus-Ärzten des Patienten?

... mit den Angehörigen des Patienten?

... mit dem betreuenden Krankenhaussozialdienst des Patienten?

... mit sonstigen (Fach-)Ärzten/Personen/Krankenhäusern/ Einrichtungen/Diensten, die an der Behandlung bzw. Betreuung des Patienten beteiligt waren?

Bitte vergleichen Sie nun die aktuelle Situation des Patienten mit dem Zustand vor Beginn der Patientenbegleitung. Dabei geht es sowohl um die Veränderung aufgrund der medizinischen Behandlung als auch aufgrund aller sonstigen Maßnahmen.

11. Welche konkreten Veränderungen haben Sie bei dem Patienten beobachtet?

Wie schätzen Sie die aktuelle Situation des Patienten im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Patientenbegleitung ein, in Bezug auf seine(n)...

deutlich verbessert
leicht verbessert
unverändert
leicht verschlechtert
der echt verschlechtert
nicht einschätzbar/

körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität?

Pflege-/Betreuungsbedarf?

Fähigkeit, gewohnten Aktivitäten nachzugehen (bspw. Gestaltung des Alltags, Hobbys)?

Gesundheitsverhalten (bspw. Ernährung, Hygiene, Rauchen, Trinken)?

psychische Stabilität und seelisches Wohlbefinden?

sozialen Kontakte und Partnerschaft?

Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse gegenüber Ärzten und anderen Fachleuten deutlich zu machen?

Informiertheit über die für seine Gesundheitssituation richtigen Angebote?

tatsächliche Nutzung vorhandener Gesundheitsangebote und Möglichkeiten der medizinischen Versorgung?

- 2 - Fragebogen «fragebogencode»
12. Wie schätzen Sie den derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Patientenbegleitung ein?

<table>
<thead>
<tr>
<th>(nahezu) völlige Genesung</th>
<th>deutlich verbessert</th>
<th>leicht verbessert</th>
<th>unverändert</th>
<th>leicht verschlechtert</th>
<th>deutlich verschlechtert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

13. Welche Prognose zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung des Patienten können Sie in Anbetracht der aktuellen Situation stellen?

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr positiv</th>
<th>positiv</th>
<th>eher positiv</th>
<th>eher negativ</th>
<th>negativ</th>
<th>sehr negativ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

NUN BITTEN WIR SIE NOCH UM EINIGE ALLGEMEINE ANGABEN BZW. EINSCHÄTZUNGEN.

15. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Bosch BKK?

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr zufrieden</th>
<th>zufrieden</th>
<th>eher zufrieden</th>
<th>eher unfrieden</th>
<th>unzufrieden</th>
<th>sehr unzufrieden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

16. Für wie sinnvoll halten Sie insgesamt das Angebot der Patientenbegleitung?

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr sinnvoll</th>
<th>sinnvoll</th>
<th>eher sinnvoll</th>
<th>eher nicht sinnvoll</th>
<th>nicht sinnvoll</th>
<th>überhaupt nicht sinnvoll</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
<td>[ ]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

... wenn möglich, bitte stichwortartige Gründe für Ihre Einschätzung angeben:

________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

17. Wo sehen Sie noch Verbesserungsmöglichkeiten für die Patientenbegleitung?

________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

18. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
Evaluation der Patientenbegleitung


Vor einiger Zeit wurde mit Einverständnis eine Patientenbegleitung durchgeführt. Daher möchten wir nun gerne von Ihnen erfahren, inwieweit Sie in diesem Einzelfall eingebunden waren und wie zufrieden Sie mit dem Ablauf sowie den von Ihnen beobachteten Ergebnissen waren.


Wir bedanken uns schon einmal im Voraus vielmals für Ihre Unterstützung.

Prof. Dr. Peter Löcherbach (KFH Mainz, Rektor)  
Prof. Dr. Michael Macsenaere (IKJ ProQualitas, Geschäftsführer)
Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Die folgenden Beispiele sollen Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens erleichtern:

1. Bei manchen Fragen darf aus der Liste der möglichen Antworten nur eine Antwort angegeben werden. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie jeweils nur die für Sie (am meisten) zutreffende Antwortmöglichkeit ankreuzen.
Beispiel 1:
Auf welche Weise erfolgte hauptsächlich der Kontakt mit Ihnen (bitte nur eine Antwort)?
[ ] schriftlich (bspw. Brief, Fax oder E-Mail)
[ ] telefonisch
[ ] persönlich

Beispiel 2:
Was waren bei der Betreuung des Patienten die größten Vorteile durch die Patientenbegleitung? (mehrere Antworten möglich)
[ ] Entlastung bei (psychosozialer) Betreuung des Patienten
[ ] Patient folgt eher den ärztlichen Empfehlungen (bessere Compliance)
[ ] Patient war stärker motiviert, auch eigenständig seine Gesundheitssituation zu verbessern
[ ] Vertrauensverhältnis zum Patienten wurde gestärkt
[ ] besserer Informationsstand des Patienten hinsichtlich der Gesundheitsangebote
[ ] besserer Informationsstand des Patienten in sozialrechtlichen Fragen
[ ] schnellere / unbürokratische Beschaffung der richtigen Hilfsmittel

Beispiel 3:
Wie zufrieden sind Sie mit ...
...der Kompetenz des Patientenbegleiters?
[ ] sehr zufrieden
[ ] eher zufrieden
[ ] eher unzufrieden
[ ] sehr unzufrieden

...der Kooperation mit dem Patientenbegleiter?
[ ] sehr zufrieden
[ ] eher zufrieden
[ ] eher unzufrieden
[ ] sehr unzufrieden

...dem Ablauf der Patientenbegleitung allgemein?
[ ] sehr zufrieden
[ ] eher zufrieden
[ ] eher unzufrieden
[ ] sehr unzufrieden

Beispiel 4:
Was waren bei der Betreuung des Patienten die größten Vorteile durch die Patientenbegleitung? (mehrere Antworten möglich)
[ ] Entlastung bei (psychosozialer) Betreuung des Patienten
[ ] höhere Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen an der Behandlung/Betreuung beteiligten Personen/Institutionen
[ ] Sonstiges: Wiederherstellung von Optimismus/Zuversicht beim Patienten
[ ] keine Vorteile erkennbar

Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen vollständig!
**FRAGEBOGEN**

BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN BITTE MÖGLICHST SPONTAN DURCH ANKREUZEN DER ZUTREFFENDEN ANTWORTEN. ES GIBT KEINE RICHTIGEN ODER FALSCHEN ANTWORTEN.

Zur besseren Lesbarkeit wurde in diesem Fragebogen nur die männliche Sprachform verwendet (bspw. „Patient“ oder „Patientenbegleiter“). Personenbezogene Formulierungen gelten jedoch stets gleichermaßen für Männer und Frauen.

| 1. War bei dem Patienten aus Ihrer Sicht das Angebot der Patientenbegleitung notwendig? |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| [ ] ja | [ ] überwiegend ja | [ ] überwiegend nein | [ ] nein | [ ] nicht einschätzbar |

BITTE MACHEN SIE ZUŃCHST EINIGE ANGABEN ZUM ABLAUF DER PATIENTENBEGLEITUNG.

<table>
<thead>
<tr>
<th>2. Hatten Sie im Rahmen der Betreuung des Patienten Kontakt mit dessen Patientenbegleiter?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[ ] ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SOLLTE ES ZU KEINEM KONTAKT GEKOMMEN SEIN, GEHEN SIE BITTE DIREKT WEITER ZU FRAGE 8!

| 3. Wie empfanden Sie die Kontaktaufnahme? |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| [ ] einfach | [ ] unabhängig | [ ] angenehm | [ ] unangenehm |
| [ ] zu früh | [ ] gerade rechtzeitig | [ ] zu spät |

| 4. Auf welche Weise erfolgte hauptsächlich der Kontakt mit Ihnen (bitte nur eine Antwort)? |
|---------------------------------|---------------------------------|
| [ ] schriftlich (bspw. Brief, Fax oder E-Mail) | [ ] telefonisch | [ ] persönlich |

| 5. Wie beurteilten Sie die Atmosphäre bei den Kontakten (hat man sich Zeit genommen, war man stets freundlich und zuvorkommend)? |
|---------------------------------|---------------------------------|
| [ ] sehr gut | [ ] gut | [ ] befriedigend | [ ] ausreichend | [ ] mangelhaft |

| 6. Wie stark ging der Patientenbegleiter auf Ihre fachlichen Ratschläge, Anliegen bzw. Wünsche ein? |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| [ ] immer | [ ] meistens | [ ] selten | [ ] nie | [ ] nicht relevant |

| 7. Wie zufrieden sind Sie mit... |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| sehr zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | sehr unzufrieden |
| [ ] der Kompetenz des Patientenbegleiters? | [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] der Kooperation mit dem Patientenbegleiter? | [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] dem Ablauf der Patientenbegleitung allg.? | [ ] [ ] [ ] [ ] |

| 8. Inwieweit wurden Sie durch die Patientenbegleitung in Ihrer eigenen Arbeit entlastet? |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| sehr stark | stark | kaum | gar nicht | eher Belastung |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
9. Was waren bei der Betreuung des Patienten die größten Vorteile durch die Patientenbegleitung?  
(mehrere Antworten möglich)

- [ ] Entlastung bei (psychosozialer) Betreuung des Patienten
- [ ] Patient folgte eher den Empfehlungen des Krankenhaussozialdienstes (bessere Compliance)
- [ ] Patient war stärker motiviert, auch eigenständig seine Gesundheitssituation zu verbessern
- [ ] Vertrauensverhältnis zum Patienten wurde gestärkt
- [ ] bessere Informationsstand des Patienten hinsichtlich der Gesundheitsangebote
- [ ] bessere Informationsstand des Patienten in sozialrechtlichen Fragen
- [ ] schnellere/unbürokratischer Beschaffung der richtigen Hilfsmittel
- [ ] höhere Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen an der Behandlung/Betreuung beteiligten Personen/Institutionen
- [ ] Sonstiges: ________________________________
- [ ] keine Vorteile erkennbar

10. Hatten Sie durch die Patientenbegleitung eine qualitativ bessere Zusammenarbeit als bei vergleichbaren Patienten ohne Patientenbegleitung ...

... mit der Krankenkasse des Patienten? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
... mit den behandelnden Krankenhaus-Ärzten des Patienten? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
... mit den Angehörigen des Patienten? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
... mit dem Hausarzt des Patienten? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
... mit sonstigen (Fach-)Ärzten/Personen/Krankenhäusern/ Einrichtungen/Diensten, die an der Behandlung bzw. Betreuung des Patienten beteiligt waren?

BITTE VERGLEICHEN SIE NUN DEN LETZTEN IHNEN BEKANNTEN ZUSTAND DES PATIENTEN (GEWÖHNLICH ZUM ENDE DES KRAKENHAUSAUFENTHALTS) MIT DER SITUATION VOR BEGINN DER PATIENTENBEGLEITUNG. DABEI GEHT ES SOWOHL UM DIE VERÄNDERUNG AUFGRUND DER MEDIZINISCHEN BEHANDLUNG ALS AUCH AUFGRUND ALLER SONSTIGEN MAßNAHMEN.

11. Welche konkreten Veränderungen haben Sie beim Patienten beobachtet?

Wie schätzen Sie den letzten Ihnen bekannten Zustand des Patienten im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Patientenbegleitung ein, in Bezug auf seine(n)...

Informiertheit über die für seine Gesundheitssituation richtigen Angebote? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

wichtige Nutzung vorhandener Gesundheitsangebote und Möglichkeiten der medizinischen Versorgung? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse gegenüber Ärzten und anderen Fachleuten deutlich zu machen? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Pflege-/Betreuungsbedarf? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Fähigkeit, gewohnten Aktivitäten nachzugehen (bspw. Gestaltung des Alltags, Hobbys)? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Gesundheitsverhalten (bspw. Ernährung, Hygiene, Rauchen, Trinken)? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

psychische Stabilität und seelisches Wohlbefinden? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

sozialen Kontakte und Partnerschaft? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
12. Wie schätzen Sie den letzten Ihnen bekannten allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Patientenbegleitung ein?

(nahezu) völlige Genesung [ ]
deutlich verbessert [ ]
leicht verbessert [ ]
unverändert [ ]
leicht verschlechtert [ ]
deutlich verschlechtert [ ]

13. Welche Prognose zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung des Patienten können Sie in Anbetracht des letzten Ihnen bekannten Zustands stellen?

sehr positiv [ ]
positiv [ ]
eher positiv [ ]
eher negativ [ ]
negativ [ ]
sehr negativ [ ]

14. Wie gut wurde Ihrer Einschätzung nach dem Patienten durch die Patientenbegleitung geholfen?

sehr gut [ ]
gut [ ]
befriedigend [ ]
ausreichend [ ]
mangelhaft [ ]
nicht einschätzbar [ ]

15. Auf wessen Initiative wurde der Krankenhaussozialdienst eingeschaltet (bitte nur einen Hauptinitiator benennen)?

[ ] Wunsch des Patienten
[ ] Wunsch von Angehörigen
[ ] Anregung von Ärzten, Pflegekräften oder anderen Personen innerhalb des Krankenhauses
[ ] Anregung des Hausarztes des Patienten
[ ] Anregung des Patientenbegleiters des Patienten
[ ] Anregung von sonstigen Personen oder Institutionen außerhalb des Krankenhauses:

16. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Bosch BKK?

sehr zufrieden [ ]
zufrieden [ ]
eher zufrieden [ ]
eher unzufrieden [ ]
unzufrieden [ ]
sehr unzufrieden [ ]

17. Für wie sinnvoll halten Sie insgesamt das Angebot der Patientenbegleitung?

sehr sinnvoll [ ]
sinnvoll [ ]
eher sinnvoll [ ]
eher nicht sinnvoll [ ]
nicht sinnvoll [ ]
überhaupt nicht sinnvoll [ ]

… wenn möglich, bitte stichwortartige Gründe für Ihre Einschätzung angeben:

18. Wo sehen Sie noch Verbesserungsmöglichkeiten für die Patientenbegleitung?

19. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
# Bosch BKK – Evaluation der Patientenbegleitung

## Strukturbogen Gebietsbevollmächtigte

1. **Regionalcode (1.-3. Stelle der PLZ des Arbeitsortes)**

2. **Allgemeiner Ausbildungs-/Berufsabschluss**

3. **Seit wie vielen Jahren sind Sie beruflich im Bereich des Gesundheitswesens tätig?**
   (insgesamt, nicht nur in der Bosch BKK bzw. einer Krankenkasse)

   Im Gesundheitswesen tätig seit (Angabe in vollen Jahren)
   (99 = unbekannt)

4. **Seit wie vielen Jahren sind Sie bei einer Krankenkasse tätig?** (insgesamt, nicht nur in der Bosch BKK)

   Tätigkeit in einer Krankenkasse seit (Angabe in vollen Jahren)
   (99 = unbekannt)

5. **Seit wie vielen Monaten sind Sie als Gebietsbevollmächtigte/r tätig?**
   (insgesamt, nicht nur in der Bosch BKK)

   als Patientenbegleiter/in tätig seit (Angabe in vollen Monaten)
   (99 = unbekannt)

6. **Seit wann besteht in Ihrer Region das Angebot einer vertraglichen Kooperation im Rahmen des Angebots der Patientenbegleitung?**
   (Angaben bitte im Format MM/JJ)

7. **Wie viele der zur letzten Ärzteversammlung eingeladenen Vertragspartner haben daran teilgenommen bzw. haben ihre Teilnahme abgesagt (telefonisch, schriftlich o. a.)?** (Sollten Ihnen keine exakten Informationen vorliegen, nehmen Sie bitte eine möglichst genaue Schätzung vor.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einladung</th>
<th>Teilnahme</th>
<th>Absage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

   Entfällt, es hat bislang keine Ärzteversammlung stattgefunden.

8. **Wie viele der zur vorletzten Ärzteversammlung eingeladenen Vertragspartner haben daran teilgenommen bzw. haben ihre Teilnahme abgesagt (telefonisch, schriftlich o. a.)?** (Sollten Ihnen keine exakten Informationen vorliegen, nehmen Sie bitte eine möglichst genaue Schätzung vor.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einladung</th>
<th>Teilnahme</th>
<th>Absage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

   Entfällt, es hat bislang keine bzw. nur eine Ärzteversammlung stattgefunden.
9 Wie stark wurden Informationen der Patientenbegleiter/innen aus der einzelfallbezogenen Arbeit bei der Zielformulierung der bisherigen Lenkungsgruppen-Sitzungen bzw. Ärzteversammlungen mit einbezogen? (Bitte nehmen Sie für jede mögliche Art von Informationen eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Informationen zur patientenbezogenen Arbeit (z. B. Erfahrungen zur Effektivität der Fallauswahl)</th>
<th>Lenkungsgruppen-Sitzungen</th>
<th>Ärzteversammlungen</th>
</tr>
</thead>
</table>

10 Wie hoch ist aus Ihrer Sicht die Bedeutung der folgenden Zielbereiche für die Durchführung von Lenkungsgruppen-Sitzungen bzw. Ärzteversammlungen? (Bitte nehmen Sie für jede mögliche Art von Zielen eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Vermittlung allgemeiner Informationen zu BKK-Angeboten</th>
<th>Lenkungsgruppen-Sitzungen</th>
<th>Ärzteversammlungen</th>
</tr>
</thead>
</table>

11 Wie hoch schätzen Sie das Interesse der Vertragspartner an den Zielen der Lenkungsgruppen-Sitzungen bzw. Ärzteversammlungen ein? (Bitte nehmen Sie für jede mögliche Art von Zielen eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Vermittlung allgemeiner Informationen zu BKK-Angeboten</th>
<th>Lenkungsgruppen-Sitzungen</th>
<th>Ärzteversammlungen</th>
</tr>
</thead>
</table>
Im Folgenden bitten wir Sie, einige Fragen zur Wirksamkeit der fallübergreifenden Kooperation mit den verschiedenen (potenziellen) Netzwerkpartnern zu beantworten.

12
Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der fallübergreifenden Kooperation mit den aktuellen Netzwerkpartnern für die einzelfallbezogene Versorgung in Ihrer Region? (Bitte nehmen Sie für jede mögliche Art von Partnern eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hausärzte (Allgemeinmed., hausärzt. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

13
Wie hoch ist aus Ihrer Sicht die generelle Bedeutung einer vertraglichen Bindung für die Kooperation mit den verschiedenen Netzwerkpartnern? (Bitte nehmen Sie für jede mögliche Art von Partnern eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hausärzte (Allgemeinmed., hausärzt. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhaussozialdienste</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Alten-/Pflegeheime</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegedienste</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige: ………………………………………………………..</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

14
Wodurch wird die Wirksamkeit der Netzwerkarbeit auf die Versorgungsqualität in Ihrer Region unterstützt? (Bitte nehmen Sie für jeden Aspekt eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>regelmäßige Arbeitstreffen der Vertragspartner (z. B. Ärzteversammlungen)</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
</tr>
<tr>
<td>finanzielle Anreize für Netzwerkpartner</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
</tr>
<tr>
<td>eigene fachliche Qualifikation</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
</tr>
<tr>
<td>fachliche Qualifikation der Patientenbegleiter/innen</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
</tr>
<tr>
<td>Qualität/Umfang an Unterstützungsangeboten („Bosch BKK-Produkte“)</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Im Folgenden bitten wir Sie, einige allgemeine Fragen zu strukturellen Merkmalen innerhalb Ihres Arbeitsbereichs zu beantworten.

15
Wie beurteilen Sie die interne Zusammenarbeit mit den Patientenbegleiter/innen in Ihrer Region? (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung zu allen unten aufgeführten Aspekten anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Weitergabe relevanter fallübergreifender Informationen durch die Patientenbegleiter/innen</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Wie beurteilen Sie die folgenden Struktur- bzw. Prozessmerkmale Ihres persönlichen Arbeitsumfeldes?
(Please treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung zu allen unten aufgeführten Aspekten anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>Wert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eindeutigkeit der Zuständigkeiten</td>
<td>[1]</td>
</tr>
<tr>
<td>Möglichkeit zu selbstständigem Arbeiten</td>
<td>[2]</td>
</tr>
<tr>
<td>Weitergabe relevanter Informationen durch andere Mitarbeiter/innen</td>
<td>[3]</td>
</tr>
<tr>
<td>Effektivität institutionalisierter Arbeitsforen (z. B. Teambesprechungen)</td>
<td>[4]</td>
</tr>
<tr>
<td>Räumliche Gegebenheiten insgesamt (z. B. Atmosphäre, technische Ausstattung, Platzangebot)</td>
<td>[9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern/innen</td>
<td>[1]</td>
</tr>
<tr>
<td>Zufriedenheit mit dem Arbeitsumfeld insgesamt</td>
<td>[2]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Fortbildungsbedarf im Zusammenhang mit der Netzwerkarbeit im Rahmen der Patientenbegleitung ein?
(Please nehmen Sie für jeden möglichen Themenbereich eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>Wert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kommunikation</td>
<td>[3]</td>
</tr>
<tr>
<td>Verhandlungsführung</td>
<td>[4]</td>
</tr>
<tr>
<td>„Verhalten“ von Netzwerken (z. B. Phasen)</td>
<td>[9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Analyse und Beurteilung von Struktur und Qualität von Netzwerken</td>
<td>[1]</td>
</tr>
<tr>
<td>Potenzial von Netzwerken</td>
<td>[2]</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges: ……………………………………………………………………..</td>
<td>[3]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Was möchten Sie uns im Zusammenhang mit dem Angebot der Patientenbegleitung noch mitteilen? (An dieser Stelle können Sie alle aus Ihrer Sicht bedeutsamen positiven wie negativen Merkmale/Aspekte benennen!)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>Wert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>………………………………………………………………………………………..</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>………………………………………………………………………………………..</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>………………………………………………………………………………………..</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erhebungsdatum

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
**Bosch BKK – Evaluation der Patientenbegleitung**

**Strukturbogen Ärzte/Krankenhaus-Vertreter**

1. **Regionalcode (1.-3. Stelle der PLZ des Arbeitsortes)**

2. **Beruf/Arbeitsplatz**
   1. niedergelassener Hausarzt (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)
   2. niedergelassener Facharzt
   3. KH-Vertreter, Tätigkeitsbereich: ………………………………………………………………………
   4. Sonstiges: ……………………………………………………………………………………………

3. **An wie vielen Treffen/Versammlungen der Bosch BKK haben Sie bislang teilgenommen?**
   - Lenkungsgruppen-Sitzungen (0 = keine; 9 = unbekannt)
   - Ärzteversammlungen (0 = keine; 9 = unbekannt)

4. **Wie hoch war für Sie die Bedeutung der folgenden Zielbereiche für die bisher stattgefundenen Lenkungsgruppen-Sitzungen der Bosch BKK?** (Bitte nehmen Sie für jede mögliche Art von Zielen eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Vermittlung allgemeiner Informationen zu BKK-Angeboten</th>
<th>[1]</th>
<th>[2]</th>
<th>[3]</th>
<th>[4]</th>
<th>[9]</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vermittlung allgemeiner Informationen zur Patientenbegleitung</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
<td>[9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Entwicklung von Verträgen (ambulant, Krankenhaus)</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
<td>[9]</td>
</tr>
<tr>
<td>inhaltliche Verbesserung der patientenbezogenen Arbeit (z. B. Optimierung der Fallauswahl)</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
<td>[9]</td>
</tr>
<tr>
<td>inhaltliche Verbesserung der netzwerkbezogenen Arbeit (z. B. Erarbeitung standardisierter Informationswege oder gemeinsamer Instrumente)</td>
<td>[1]</td>
<td>[2]</td>
<td>[3]</td>
<td>[4]</td>
<td>[9]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5. **Welche weiteren Ziele sollten aus Ihrer Sicht bei den Lenkungsgruppen-Sitzungen der Bosch BKK verfolgt werden?** (An dieser Stelle können Sie alle für Sie persönlich bedeutsamen Ziele benennen!)

   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragestellung</th>
<th>Antwortmöglichkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vermittlung allgemeiner Informationen zu BKK-Angeboten</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Vermittlung allgemeiner Informationen zur Patientenbegleitung</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Entwicklung von Verträgen (ambulant, Krankenhaus)</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>inhaltliche Verbesserung der patientenbezogenen Arbeit (z. B. Optimierung der Fallauswahl)</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>inhaltliche Verbesserung der netzwerkbezogenen Arbeit (z. B. Erarbeitung standardisierter Informationswege oder gemeinsamer Instrumente)</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Welche weiteren Ziele sollten aus Ihrer Sicht bei den Ärzteversammlungen der Bosch BKK verfolgt werden? (An dieser Stelle können Sie alle für Sie persönlich bedeutsamen Ziele benennen!)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gebietsbevollmächtigte</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>weitere Sachbearbeiter/innen</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Bosch BKK insgesamt</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wie gut ist aus Ihrer Sicht Ihre aktuelle Zusammenarbeit mit anderen Personengruppen/Institutionen des Gesundheitswesens? (Bitte nehmen Sie für jede unten benannte Personengruppe/Institution eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>niederlassene Hausärzte (Allgemeinmediziner)</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>niederlassene Fachärzte</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhaussozialdienste</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Alten-/Pflegeheime</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegedienste</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>andere Krankenkassen</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige</td>
<td>[1] [2] [3] [4] [9]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
11 Welche Bedeutung hat die Vernetzung, die über die vertragliche Kooperation mit der Bosch BKK zu-
stande kommt, für die Betreuung Ihrer Patienten im Einzelfall?

1 = sehr hoch
2 = hoch
3 = gering
4 = ohne Bedeutung
9 = nicht einschätzbar

12 Wodurch kann aus Ihrer Sicht die Wirksamkeit der vertraglichen Vernetzung für die Betreuung mit
Ihren Patienten verbessert werden? (Bitte nehmen Sie für jeden Aspekt eine Schätzung anhand der fol-
genden Skalierung vor.)

\[
\begin{array}{l}
[1] = sehr viel \\
[2] = viel \\
[3] = wenig \\
[4] = gar nicht \\
[9] = nicht einschätzbar
\end{array}
\]

- regelmäßige Lenkungsgruppen-Sitzungen
- regelmäßige Ärzteversammlungen
- regelmäßiger Austausch der Vertragspartner über Arbeitstreffen hinaus
- persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander
- finanzielle Anreize für Netzwerkpartner
- fachliche Qualifikation der Gebietsbevollmächtigten
- fachliche Qualifikation der Patientenbegleiter/innen
- regionaler Marktanteil der Bosch BKK an Versicherten
- persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander
- finanzielle Anreize für Netzwerkpartner
- fachliche Qualifikation der Gebietsbevollmächtigten
- fachliche Qualifikation der Patientenbegleiter/innen
- regionaler Marktanteil der Bosch BKK an Versicherten
- Sonstiges: ……………………………………………………………………………..

13 Sind Sie Mitglied einer weiteren vertraglichen Kooperationsform?

1 = ja, mit folgenden Partnern: ………………………………………………………………………………..
2 = nein

14 Wie hoch schätzen Sie die Bedeutung der Zusammenarbeit innerhalb dieser Kooperation(en) für Ihre
tägliche Arbeit mit Patienten ein?

1 = sehr hoch
2 = hoch
3 = gering
4 = ohne Bedeutung
9 = nicht einschätzbar

15 Was möchten Sie uns im Zusammenhang mit der Netzwerkbildung im Rahmen des Angebots der Pa-
tientenbegleitung durch die Bosch BKK noch mitteilen? (An dieser Stelle können Sie alle aus Ihrer Sicht
bedeutsamen positiven wie negativen Merkmale/Aspekte benennen!)

……………………………………………………………………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………………………………………………..

16 Erhebungsdatum  /  /

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
Bosch BKK – Evaluation der Patientenbegleitung

Strukturbogen Patientenbegleiter/innen

1 Regionalcode (1.-3. Stelle der PLZ des Arbeitsortes) [ ]

2 Allgemeiner Ausbildungs-/Berufsabschluss

3 Seit wie vielen Jahren sind Sie beruflich im Bereich des Gesundheitswesens tätig? (insgesamt, nicht nur in der Bosch BKK bzw. einer Krankenkasse)
   Im Gesundheitswesen tätig seit (Angabe in vollen Jahren)
   (99 = unbekannt) [ ]

4 Seit wie vielen Jahren sind Sie bei einer Krankenkasse tätig? (insgesamt, nicht nur in der Bosch BKK)
   Tätigkeit in einer Krankenkasse seit (Angabe in vollen Jahren)
   (99 = unbekannt) [ ]

5 Seit wie vielen Monaten sind Sie als Patientenbegleiter/in tätig? (insgesamt, nicht nur in der Bosch BKK)
   als Patientenbegleiter/in tätig seit (Angabe in vollen Monaten)
   (99 = unbekannt) [ ]

Im Folgenden bitten wir Sie, einige allgemeine Fragen zu strukturellen Merkmalen der Arbeitsabläufe innerhalb Ihres Arbeitsbereichs zu beantworten.

6 Welche Arten interner Abstimmungsprozesse haben Sie bislang genutzt? (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)

   Informationsaustausch/Beratung mit BKK-Mitarbeitern
   Fallkonferenzen
   Patientenbegleiter-Workshops
   Abstimmung mit Gebietsbevollmächtigtem
   Abstimmung mit Verwaltung/EDV
   Sonstiges: ………………………………………………………………………………………

7 Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Nutzen durch diese Abstimmungsprozesse ein? (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)

   Informationsaustausch/Beratung mit BKK-Mitarbeitern
   Fallkonferenzen
   Patientenbegleiter-Workshops
   Abstimmung mit Gebietsbevollmächtigtem
   Abstimmung mit Verwaltung/EDV
   Sonstiges: ………………………………………………………………………………………
<table>
<thead>
<tr>
<th>Seite</th>
<th>Fragestellung</th>
<th>Antwortmöglichkeiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Fallkonferenzen</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Patientenbegleiter-Workshops</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Abstimmung mit Gebietsbevollmächtigter/m</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fallkonferenzen</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Patientenbegleiter-Workshops</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Abstimmung mit Gebietsbevollmächtigter/m</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Eindeutigkeit der Zuständigkeiten</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Möglichkeit zu selbstständigem Arbeiten</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Effektivität institutionalisierter Arbeitsforen (z. B. Fallkonferenzen, PB-Workshops)</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Räumliche Gegebenheiten insgesamt (z. B. Atmosphäre, technische Ausstattung, Platzangebot)</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Integration der Patientenbegleitungsarbeit innerhalb der Bosch BKK</td>
<td>[1]  [2]  [3]  [4]  [9]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Im Folgenden bitten wir Sie, einige Fragen zur Wirksamkeit der vertraglichen Kooperation innerhalb Ihres Arbeitbereichs zu beantworten.

<table>
<thead>
<tr>
<th>12</th>
<th>Sehen Sie für Ihre Arbeit im Rahmen der Patientenbegleitung einen Bedarf an Supervision?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>ja</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Falls ja, in welcher Form sollte diese stattfinden?** (Mehrfachantworten sind möglich.)
- telefonisch
- persönlich
- einzeln
- in der Gruppe

Sonstiges: ................................................................................................................................

| 13 | Wodurch wird die Wirksamkeit der Netzwerkarbeit auf Ihre einzelfallbezogene Arbeit mit Patienten wirksam unterstützt? (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)


- formalisierte Netzwerkbildung durch Verträge
- regelmäßige Arbeitstreffen der Vertragspartner (z. B. Ärzteversammlungen)
- regelmäßiger Austausch der Vertragspartner über Arbeitstreffen hinaus
- persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander
- finanzielle Anreize für Netzwerkpartner
- fachliche Qualifikation der Gebietsbevollmächtigten
- eigene fachliche Qualifikation
- Qualität/Umfang an Unterstützungsangeboten („Bosch BKK-Produkte“)
- regionaler Marktanteil an Versicherten

Sonstiges: ................................................................................................................................

| 14 | Wodurch wird die Wirksamkeit der Netzwerkarbeit auf die Versorgungsqualität in Ihrer Region unterstützt? (Bitte nehmen Sie für jeden Aspekt eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)


- formalisierte Netzwerkbildung durch Verträge
- regelmäßige Arbeitstreffen der Vertragspartner (z. B. Ärzteversammlungen)
- regelmäßiger Austausch der Vertragspartner über Arbeitstreffen hinaus
- persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander
- finanzielle Anreize für Netzwerkpartner
- fachliche Qualifikation der Patientenbegleiter/innen
- Qualität/Umfang an Unterstützungsangeboten („Bosch BKK-Produkte“)
- regionaler Marktanteil an Versicherten

Sonstiges: ................................................................................................................................

| 15 | Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der einzelfallbezogenen Kooperation mit den unten benannten Personengruppen/Institutionen vor Einführung der vertraglich vereinbarten Kooperation? (Bitte geben Sie für jede mögliche Art von Partnern die Qualität der Kooperation anhand der folgenden Skalierung an.)


- Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)
- Fachärzte
- Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)
- Krankenhaussozialdienste
- Alten-/Pflegeheime
- Pflegedienste
- Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)

Sonstige: ................................................................................................................................

16 | Mit wie vielen der unten benannten **formalen** Netzwerkpartner kooperieren Sie seit Abschluss der vertraglich vereinbarten Zusammenarbeit im Einzelfall? (Bitte geben Sie dabei an, mit wie vielen Partnern des formalen Netzwerks Sie insgesamt kooperieren, und darüber hinaus, wie viele dieser Partner Ihnen davon selbst aktiv Fälle mit potenziellem Steuerungsbedarf gemeldet haben. Sollten Sie keine genauen Angaben machen können, nehmen Sie bitte eine möglichst genaue Schätzung vor.)

Entfällt, es findet keine einzelfallbezogene Kooperation statt.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Koope-ration</th>
<th>selbst aktiv</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

17 | Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der einzelfallbezogenen Kooperation mit den **formalen** Netzwerkpartnern im Rahmen der von Ihnen durchgeführten Patientenbegleitungsmaßnahmen seit Einführung der vertraglich vereinbarten Kooperation? (Bitte geben Sie für jede mögliche Art von Partnern die Wirksamkeit der Kooperation anhand der folgenden Skalierung an.)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)</td>
<td>[8] [1] [2] [3] [4] [9]</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
<td>[8] [1] [2] [3] [4] [9]</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
<td>[8] [1] [2] [3] [4] [9]</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

18 | Wie beurteilen Sie die Einflussmöglichkeiten der Gebietsbevollmächtigten auf die unten benannten **formalen** Netzwerkpartner? (Bitte beurteilen Sie für jede mögliche Art von Partnern die Einflussmöglichkeit anhand der folgenden Skalierung an.)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)</td>
<td>[8] [1] [2] [3] [4] [9]</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
<td>[8] [1] [2] [3] [4] [9]</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
<td>[8] [1] [2] [3] [4] [9]</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

19 | Mit welchen Partnern, die nicht Bestandteil der vertraglich vereinbarten Netzwerke sind, kooperieren Sie im Einzelfall? (Bitte nehmen Sie eine möglichst genaue Schätzung für alle vorhandenen Arten von Partnern vor.)

tfällt, keine Kooperation außerhalb des formalen Netzwerks

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhaussozialdienste</td>
</tr>
<tr>
<td>Alten-/Pflegeheime</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegedienste</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige:</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der einzelfallbezogenen Kooperation mit den verschiedenen nicht im formalen Netzwerk organisierten Personengruppen/Institutionen im Rahmen der von Ihnen durchgeführten Patientenbegleitungsmaßnahmen? (Bitte geben Sie für jede mögliche Art von Partnern die Qualität der Kooperation anhand der folgenden Skalierung an.)


Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)
Fachärzte
Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)
Krankenhaussozialdienste
Alten-/Pflegeheime
Pflegedienste
Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)
Sonstiges: 

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Kooperation der formalen Netzwerkpartner untereinander.

Wie beurteilen Sie aktuell die einzelfallbezogene Kooperation zwischen den Vertragsteilnehmern untereinander? (Bitte treffen Sie eine Einschätzung anhand der folgenden Skalierung.)

1 = sehr gut
2 = gut
3 = schlecht
4 = sehr schlecht
9 = nicht einschätzbar

Wie beurteilen Sie die aktuelle einzelfallbezogene Kooperation zwischen den Vertragsteilnehmern im Vergleich zum Zeitpunkt vor Einführung der vertraglich vereinbarten Kooperation? (Bitte treffen Sie eine Einschätzung anhand der folgenden Skalierung.)

1 = viel besser
2 = etwas besser
3 = unverändert
4 = etwas schlechter
5 = viel schlechter
9 = nicht einschätzbar

Wie stark, glauben Sie, hat sich die Zusammenarbeit im Netzwerk durch Ihre persönliche Tätigkeit verändert? (Bitte treffen Sie eine Einschätzung anhand der folgenden Skalierung.)

1 = sehr stark
2 = stark
3 = kaum
4 = gar nicht
9 = nicht einschätzbar

Was möchten Sie uns im Zusammenhang mit dem Angebot der Patientenbegleitung noch mitteilen? (An dieser Stelle können Sie alle aus Ihrer Sicht bedeutsamen positiven wie negativen Merkmale/Aspekte benennen!)

Erhebungsdatum

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!