



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
<i>Peter Löcherbach und Thomas Hermsen</i>	
1.1. Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand	7
1.2. Patientenbegleitung (PB) der Bosch BKK.....	12
2. Forschungsfragestellungen und Hypothesen	18
<i>Thomas Hermsen</i>	
3. Methode	20
3.1. Selbstverständnis der Evaluation.....	20
<i>Michael Macsenaere</i>	
3.2. Untersuchungsdesign	21
<i>Jens Arnold und Michael Macsenaere</i>	
3.2.1. Quasiexperimentelles Kontrollgruppendesign	22
3.2.2. Optimaler Stichprobenumfang.....	25
3.3. Grundlagen der Evaluation	26
<i>Michael Macsenaere und Jens Arnold</i>	
3.3.1. Evaluationsdimensionen.....	26
3.3.2. Grundausrichtung der Evaluation	27
3.4. Untersuchungsebenen, (Zeit-)Abläufe der Erhebungen und Matching.....	32
<i>Jens Arnold</i>	
3.5. Inhalte der Evaluationsinstrumente.....	40
<i>Jens Arnold</i>	
3.6. Durchführung der Evaluation	47
<i>Jens Arnold</i>	
3.6.1. Projektablauf und Meilensteine	47
3.6.2. Projektorganisation.....	50
4. Ergebnisbesprechung	52
4.1. Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter	52
<i>Joachim Klein und Jens Arnold</i>	
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
<i>Joachim Klein und Jens Arnold</i>	
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
<i>Joachim Klein und Jens Arnold</i>	
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
<i>Jens Arnold</i>	
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
<i>Jens Arnold</i>	
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.	Ergebnissicht 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
	<i>Jens Arnold</i>	
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
4.6.4.	Gibt es Überschneidungen zwischen den Krankenhausfällen und der Gruppe der Über-75jährigen?	174
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
	<i>Jens Arnold</i>	
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
4.7.12.	Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit der Versicherten?	186
4.7.13.	Fazit: Was ist im Hinblick auf die Versicherten wichtig?	186
5.	Zusammenfassung	187
	<i>Peter Löcherbach und Jens Arnold</i>	
5.1.	Ergebnisübersicht zu Forschungsfragestellungen und Hypothesen	187
5.2.	Gesamtfazit	188

6. Folgerungen und Ausblick.....	192
<i>Peter Löcherbach und Thomas Hermsen</i>	
6.1. Generelle Erkenntnisse und Konsequenzen.....	192
6.2. Konsequenzen für die Forschung.....	197
6.3. Besonderheiten des Stuttgarter Modells.....	198
Literatur.....	201
Anlagen	205

1. Einführung: Case Management (CM) im Gesundheitssystem

1.1. Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand

Unter Fallmanagement wird im Case Management (CM) eine Vorgehensweise organisierter bedarfsgerechter Hilfeleistung in Sozial- und Gesundheitsdiensten verstanden, die den Fokus auf den aktuellen Versorgungsbedarf von Klienten richtet, die mit multiplen Belastungen konfrontiert sind. Über einen definierten Zeitraum und quer zu bestehenden Zuständigkeiten von Einrichtungen, Dienstleistungen und Ämtern soll dem Patienten/Klienten die notwendige Unterstützung, Behandlung und Versorgung gewährt werden. Dies setzt voraus, dass die erforderlichen Formen der Hilfe professionell geplant, implementiert und überwacht werden (Wendt: 1997, 14). Durch eine fachgerechte Koordination des individuellen Klientensystems im Sinne einer verbesserten Förderung des Selbstmanagements und der Stärkung der Selbstverantwortung des Klienten innerhalb des institutionellen Versorgungssystems wird eine möglichst effiziente und rationale Form der Steuerung der Hilfeleistungen angestrebt.

Auf der „vertikalen“, individuellen Ebene verläuft hierbei die Fallführung in der Regel über die Phasen Screening – Beratung und Einstieg als Case Finding-Methode, Assessment – Situationsanalyse und Einschätzung der Bedarfe, Planung – Zielvereinbarung, Hilfe- und Begleitplanung, Interventionen – Einleitung und Koordination der Hilfen, Steuerung der Umsetzung und fortlaufende Kontrolle der vereinbarten Vorgehensweise, Monitoring – Kontrolle und Optimierung sowie Evaluation – Ergebnisbewertung und Dokumentation. Im „horizontalen“, institutionellen System geht es um eine Bedarfs- und Bestandsaufnahme, Maßnahmeplanung und -steuerung, Ergänzung des verfügbaren Dienstleistungsangebots sowie um die Anpassung der Organisationsstrukturen und den Ausbau der Kooperationsnetze (s. Abbildung 1).

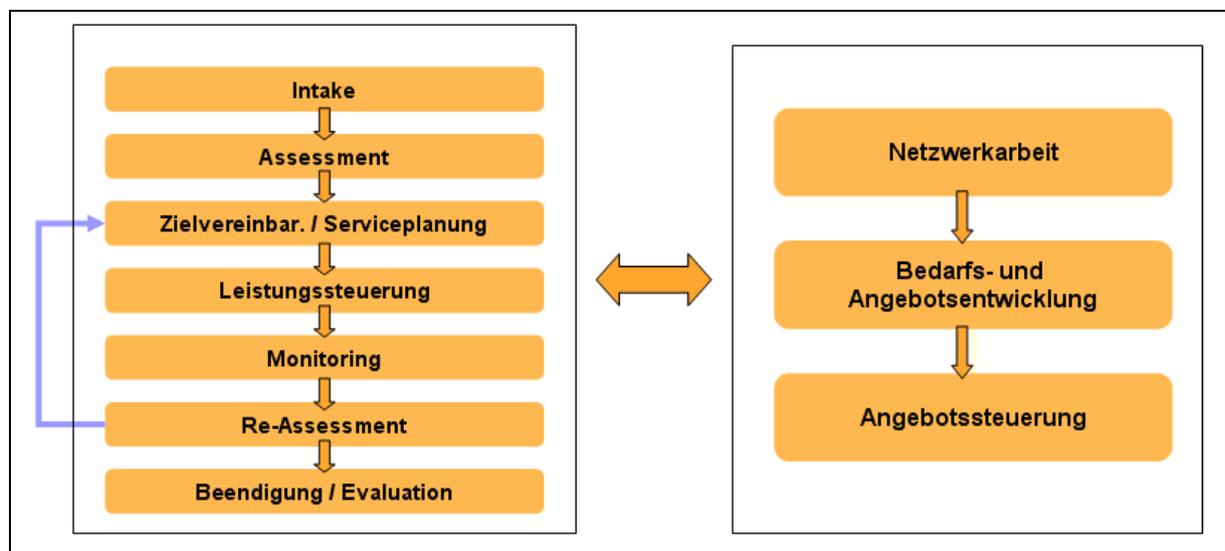


Abbildung 1: Case Management als Fall- und Systemsteuerung

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

der Standorte, Anpassung der IT-Tools, Erweiterung des Aufgabenspektrums etc.) verbunden ist (s. Abbildung 2). Erschwerend kommt hinzu, dass dieses Konzept in der konkreten Umsetzung einen einschneidenden Wandel der bisherigen Organisationsstrukturen, Verfahrensweisen und ggf. auch Entscheidungs- und Kompetenzzuständigkeiten (Budgetzuständigkeit, Möglichkeit, Kontrakte zu schließen, eigenständige Beschaffung von Dienstleistungen) verlangt.

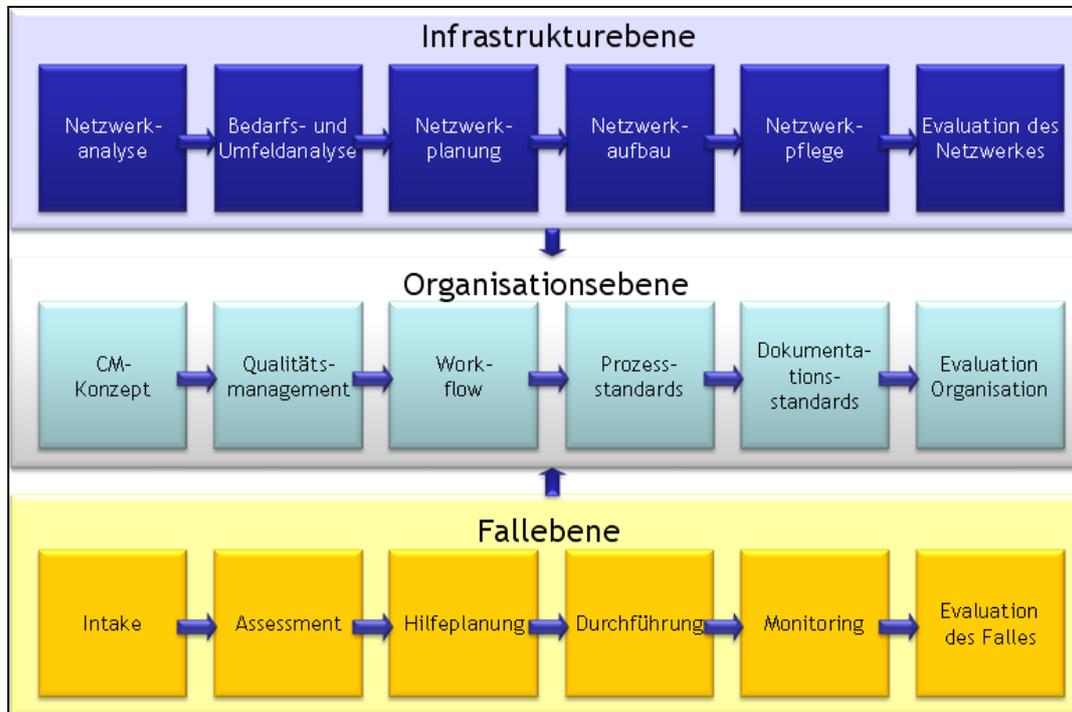


Abbildung 2: „Implementierungsbaustellen“ auf den CM-Handlungsebenen

Wissenschaftlich unstrittig ist, dass die Verfahrensweisen des CM vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und politischen Forderung nach evidenzbasierten Behandlungsmethoden, einem zunehmend differenzierten und fragmentierten Versorgungssystem, den zunehmenden Einschnitten in die Versorgungsleistungen der Patienten sowie der gleichzeitigen Gewährleistung einer bedürfnisorientierten Versorgung und Begleitung ein sinnvolles und hilfreiches Konzept darstellen (vgl. auch Stellungnahme Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, Bd. III). Unstrittig ist aber auch, dass sich ein entwickeltes CM in dem Geschick entfaltet, „mit dem diese Inanspruchnahme beiderseits sozial und wirtschaftlich angemessen gehandhabt wird.“ (Wendt: 2006, 43), d. h. ob Aufwand und Ertrag, also das Verhältnis von Kosten und Nutzen aus Sicht des Versorgungs- und des Klientensystems, in einem angemessenen Verhältnis stehen und aus welchen Gründen es ggf. zu Abweichungen vom Idealmodell kommt.

Zur Klärung dieser und anderer Fragestellungen sind in den letzten Jahren eine Reihe sehr anspruchsvoller Studien entstanden, die die Wirkungen von CM untersuchten. Aus methodischen Gründen gelten vor allem randomisierte Kontrollgruppenstudien (RCT) als besonders geeignet, um die Wirksamkeit von Interventionen zu analysieren. Erst im Vergleich mit einer Kontrollgruppe können die bei der Experimentalgruppe beobachteten Effekte der eingesetzten Intervention konkret zugeordnet werden. Die zufällige Verteilung der Klientinnen und Klienten auf Experimental- und Kontrollgruppe soll verhindern, dass wichtige Klienteneigenschaften in den beiden Gruppen unterschiedlich häufig vorhanden sind.

Systematische Reviews solcher Studien zu CM im Bereich der psychiatrischen Versorgung kommen dabei allerdings zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während etwa Marshall u. a. (2005) von einer verstärkten Nutzung der psychiatrischen Versorgung, vermehrten Krankenhausaufenthalten, insgesamt gestiegenen Kosten und ausbleibenden Verbesserungen auf der Symptomebene berichten, sehen andere Reviews eine Reduktion der Anzahl der Krankenhausaufenthalte, der Krankenhausaufenthaltsdauer, der Behandlungsabbrüche, Symptomverbesserungen, gestiegene Zufriedenheit der Patienten und Verbesserungen bei den sozialen Variablen als gesicherte Effekte von CM an (Vanderplassen u. a. 2004; Bailer 2001; Rosen/Teesson 2001; Ziguras/Stuart 2000). Der Hauptgrund für diese divergierenden Ergebnisse liegt wohl in dem jeweils unterschiedlichen Verständnis für CM, das den einzelnen Studien und Reviews zugrunde liegt. So wird in der englischsprachigen Literatur zwischen Standard CM, Intensive CM, Clinical CM, Broker CM und anderen mehr oder weniger intensiven Formen des CM unterschieden. Hinzu kommt, dass es generell schwierig ist, amerikanische und britische Studien zu CM auf deutsche Verhältnisse zu übertragen: Die Strukturen des Sozialstaates und des Gesundheitssystems in Deutschland, den USA und Großbritannien unterscheiden sich in zu vielen Punkten.

Ergebnisse aus randomisierten Kontrollgruppenstudien sind rar, aber inzwischen wird CM in mehreren Studien näher untersucht. Dabei handelt es sich jeweils um Interventionen an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem. So geht es um CM für depressive Patienten in der hausärztlichen Praxis (Gensichen u. a. 2004), CM im Rahmen des persönlichen Pflegebudgets (Arntz/Spermann 2004) und CM als psychosoziale Begleitintervention in der heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger (Schu/Schmid 2006, Schmid/Vogt 2001). Vor allem die Ergebnisse zu CM in der bundesdeutschen Heroinstudie weisen darauf hin, „dass der Ansatz nur in einer weitgehenden Umsetzung, insbesondere mit Hilfeplanung, sein Unterstützungspotential realisieren kann“ (Kuhn u. a. 2007, 144).

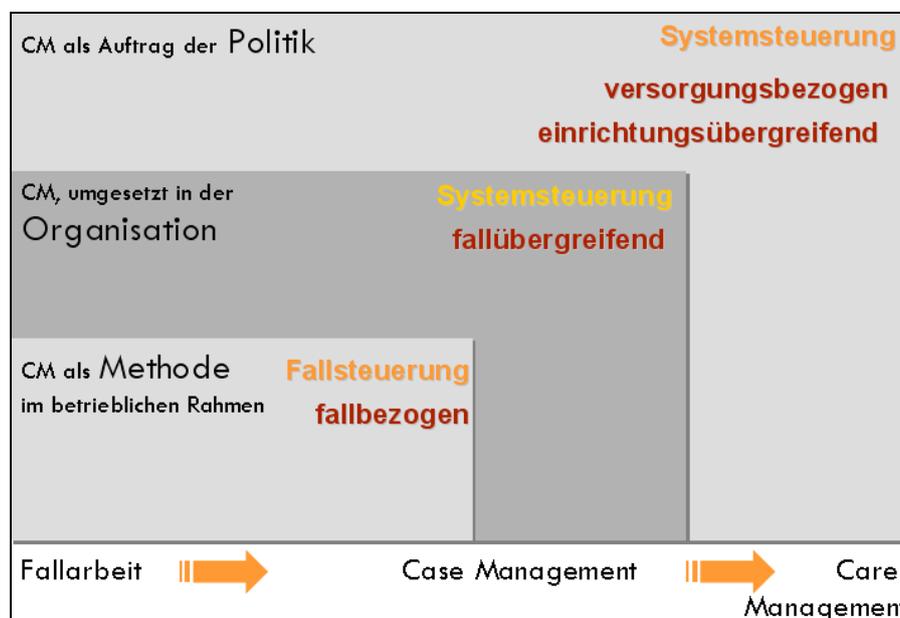


Abbildung 3: Grundschemata der Steuerung im CM nach Wendt 1997

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

wohl auf das Ressourcen-System der Patienten als auch auf der Ebene der professionellen Hilfsangebote. In Augsburg wurde CM als Nachsorgeprogramm für Früh- und Neugeborene mit vielversprechenden Ergebnissen modellhaft erprobt (Pfaff u. a. 2003; Porz u. a. 2005). Mit der PRIMA-Studie soll die Effektivität und Effizienz solcher Nachsorgeprogramme und deren Übertragbarkeit in einer prospektiven randomisierten Studie überprüft werden (www.beta-institut.de). Zur psychiatrischen Versorgung liegen Ergebnisse aus Modellprojekten vor (Schleuning/Welschhold 2003). Im Krankenhaus wird CM ebenfalls zunehmend erprobt (Ewers/Schaeffer 2000; Bostelaar 2008). Froese und Wenzel ermittelten mit einer retrospektiven Studie für die Berufsgenossenschaften signifikante Kostensenkungen (u. a. weniger Arbeitsausfälle und geringere Rentenleistungen) bei Arbeitsunfällen nach Einführung eines Reha-Managements (Froese/Wenzel 2003).

Die neueren Modellvorhaben der Krankenkassen stellen den Versuch dar, die überindividuelle Versorgungssteuerung und -gestaltung, die sich vorrangig auf der administrativen Ebene abspielt (Care Management), mit der Steuerung der konkreten Leistungserbringung und Aufgabenbewältigung im Einzelfall (Case Management) aufeinander abzustimmen und miteinander zu verbinden (vgl. Abbildung 3). Im Fokus dieses Versorgungsmanagements stehen in der Regel komplexe chronisch kranke Personengruppen, die einer besonderen Nachsorge bedürfen. Erste Ansätze hierzu gibt es seitens der AOK in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Mainz sowie bei der BARMER Ersatzkasse. Weiterhin ist das Modellprojekt der Berliner Charité „Poststationäres Fallmanagement zur Verbesserung der Compliance von Maßnahmen der Sekundärprävention bei Patienten mit nachgewiesener koronarer Herzkrankheit“ zu nennen (Wendt 2005).

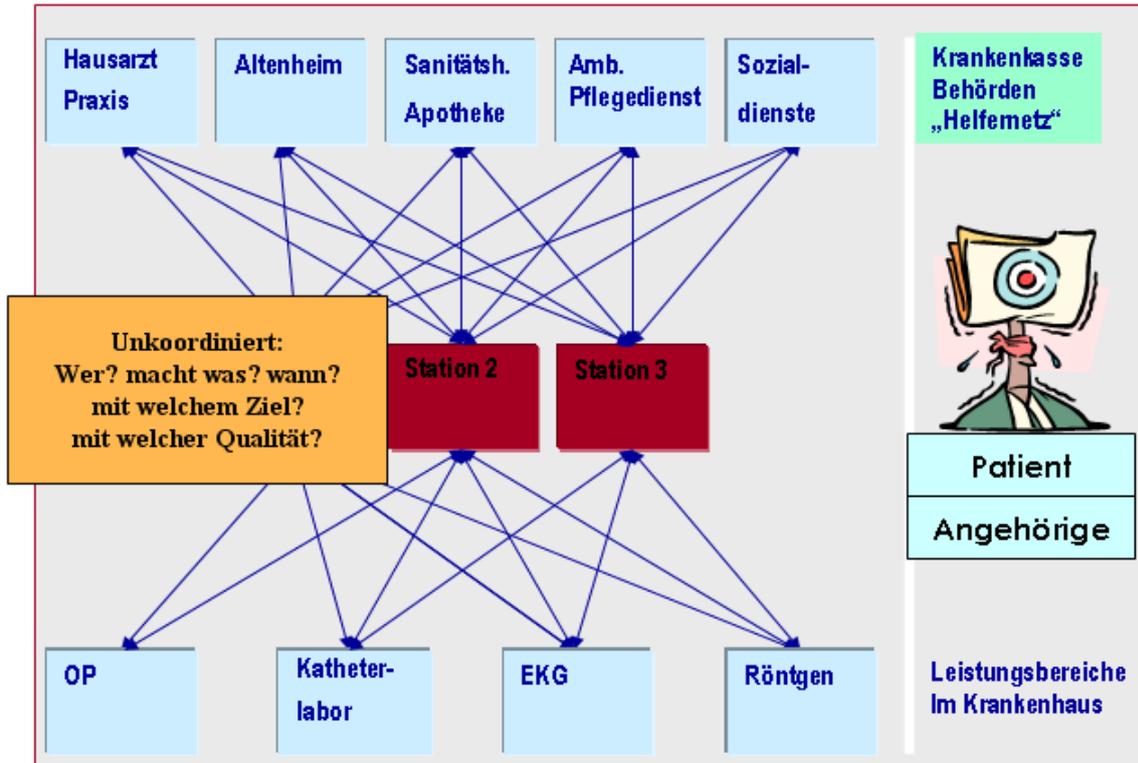


Abbildung 4: Beispiel für unsystematische Kommunikationswege ohne CM

Angestrebt wird bei diesen Versorgungsmodellen ein effizienteres Nachsorgekonzept, das zu einer besseren Abstimmung aller Behandlungsmaßnahmen sowohl im medizinisch-therapeutischen als auch im psychosozialen Bereich führen soll (vgl. Abbildung 4). Zu den Kernzielen gehören hierbei die Sicherstellung des medizinischen Behandlungserfolges, die Sicherung und Verbesserung der psychosozialen Versorgung und der Lebensqualität, die Förderung einer ganzheitlichen Bewältigung der Lebenssituation, der Aufbau der Selbstversorgungskompetenz, der Abbau von organisatorischen, sozialen, physischen und emotionalen Belastungen, die Stabilisierung und Verbesserung der Partizipation am Alltagsleben sowie die Integration in die Gesellschaft. Besondere Beachtung verdient hierbei die Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen (Bauer u.a. 2005).

Im Rahmen der angestrebten Verschränkung von Patienten- und Versorgungssystem im Gesundheitssystem übernehmen Patientenbegleiter eine besondere Rolle (s. Abbildung 5). Ihnen kommt eine zentrale fachliche, zeitliche und räumliche Steuerungsfunktion zu. Zu ihren zentralen Aufgaben gehört es, die medizinische, pflegerische, häusliche (Haushalt, Wohnraum) und soziale Versorgung (Finanzen, Angehörige, Freunde, sozialrechtliche Aspekte) koordinierend zu managen und die unterschiedlichen Akteure in einem Netzwerk miteinander zu verschränken. Vom im Case Management ausgebildeten Patientenbegleiter wird hierbei erwartet, dass er die Versorgung des Patienten kompetent plant, bewertet, implementiert, überwacht und evaluiert. Versorgungsbrüche sollen durch eine kontinuierliche und integrierte Versorgung vermieden werden.

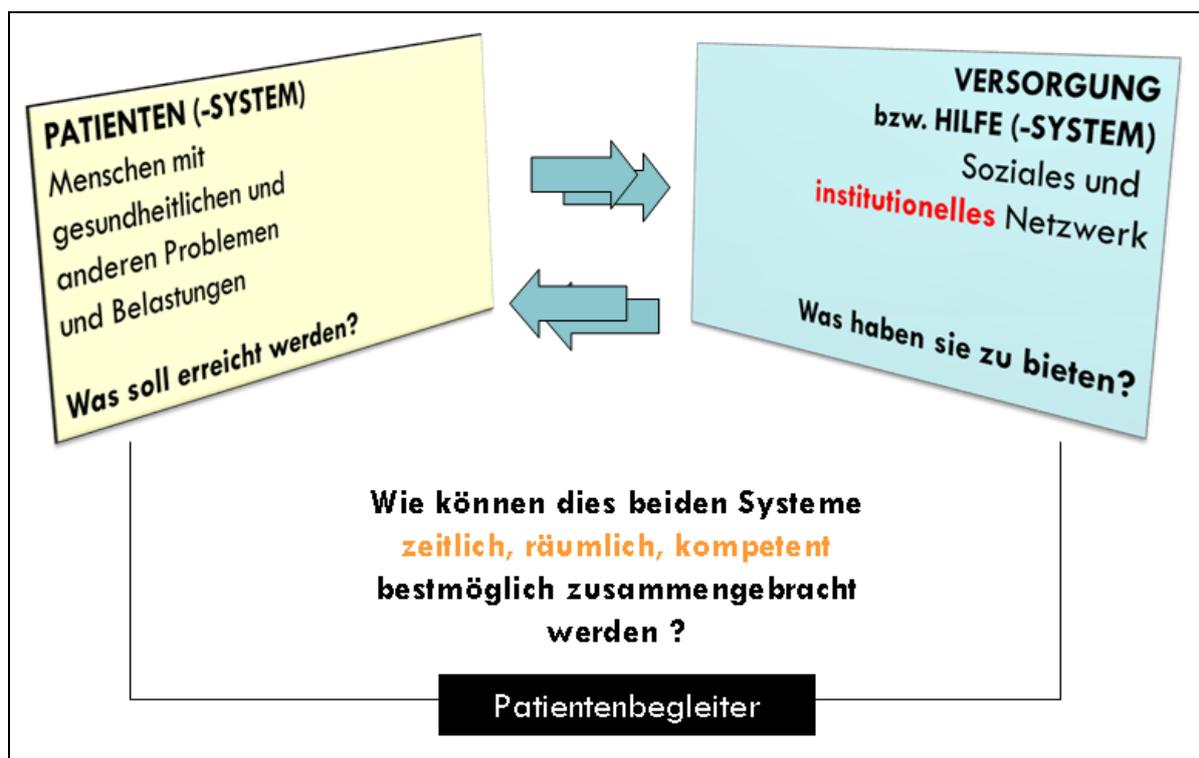


Abbildung 5: Patientenbegleitung als Verknüpfungsaufgabe (in Anlehnung an Wendt 1997)

Aus Sicht der Patienten wird dieser Herausforderung in der Praxis allerdings oftmals nur unzureichend Rechnung getragen. Aus Sicht der Krankenkassen bzw. sonstiger Anbieter von ambulanten Versorgungsstrukturen auf der Basis eines Modells der Patientenbegleitung stellt sich die Frage, ob dieser Einsatz zu qualitativ messbaren Effekten führt, die zudem auch in einem angemessenen Verhältnis von Kosten und Nutzen (Effizienz) stehen.

Sowohl aus Sicht der Forschung zum Case Management im Gesundheitswesen als auch aus Sicht der Praxispartner ist zu prüfen, ob mit einer Umsetzung des Case Managements auf der Ebene des gesundheitlichen Versorgungssystems durch Patientenbegleiter die vom Idealmodell propagierten Effekte empirisch nachweisbar ermittelt werden können. Bisherige Studien zeigen nämlich, dass im Rahmen der konkreten Umsetzung eine Vielzahl von „Fallstricken“ auftreten, die zu einer nicht unerheblichen Abweichung der erwartenden Effektivitäts- und Effizienzeffekte führen können. Zu den bereits bekannten Gründen gehören insbesondere eine unzureichende Implementierung des Verfahrens des Case Managements, die einseitige Fokussierung auf einige wenige zentrale Aspekte des Case Managements (Medizincontrollings), konzeptionelle Mängel in der fachlichen Ausgestaltung (Reduzierung auf reine Fallarbeit), Defizite im Bereich der Implementierung (unzureichende Organisationsentwicklung und -einbindung, fehlendes Qualitätsmanagement) sowie eine ungenügende Berücksichtigung von erforderlichen Rahmenbedingungen (fehlende finanzielle und personelle Ressourcen, unzureichende Qualifizierung der Mitarbeiter und der Leitungsebenen).

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 [Blaichach, 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/-innen¹ 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.

Aus Sicht der Bosch BKK stellt die PB ein wichtiges Differenzierungsmerkmal gegenüber anderen Krankenkassen dar. Die PB ist Bestandteil von Verträgen zur integrierten Versorgung, der hausarztzentrierten Versorgung mit Ärzten und Krankenkassen. Sie ist wesentlicher Bestandteil der praktischen Zusammenarbeit mit diversen Leistungserbringern wie z. B. Krankenhäusern, Sozialdiensten, Pflegediensten, Reha-Einrichtungen, Sanitätshäusern u.v.a.

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.

wegweisende Antwort auf gesellschaftliche, demografische und soziale Veränderungen geben. Durch effiziente Strukturen wird eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig bezahlbare Gesundheitsversorgung gewährleistet“ (Wimmer/Sutterer/Breuer 2007).

Die Bosch BKK Patientenbegleiter haben die Aufgabe, die Versicherten während des gesamten Behandlungsverlaufs mit individueller, persönlicher Beratung und aktiver Hilfe zu begleiten. In enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt soll die Patientenversorgung fachlich und ökonomisch optimiert werden. Bei Bedarf werden Kontakte zu Ärzten, Pflegediensten, Sozialdiensten und Gesundheitsanbietern in der Region hergestellt. Um diese Aufgabe professionell wahrnehmen zu können, wurden die Patientenbegleiter speziell für ihre Tätigkeit qualifiziert. In einzelnen Moduleinheiten (Umgang mit Datenbanken, Kommunikationstraining, pflegerische Betreuung, Wohnumfeldoptimierung, Betreuungs- und Sozialhilferecht, Öffentlichkeitsarbeit, Medizin, BKK-Produkte, Sozialversicherungsrecht) wurden diese speziell für ihre Aufgabe geschult.

Die Patientenbegleiter agieren ortsgebunden. Sie sind für alle Betroffenen von CM-relevanten Ereignissen schnell erreichbar und leicht zugänglich. Dies gelingt aufgrund der dezentralen Organisationsstruktur der Bosch BKK und der vertraglich geregelten Partnerschaften (Wimmer/Sutterer/Breuer 2007).

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 moralische Verbundenheit mit den Versicherten nicht obsolet, verlangen allerdings Nüchternheit 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?

Immer dann, wenn Handlungsbedarf beim Versicherten erkennbar wird, der die Chance auf eine Steigerung der Lebensqualität bietet und/oder das Potenzial für eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung zu erwarten ist, wird „ein Fall zum Fall“ (vgl. Wimmer/Sutterer/Breuer 2007). Von den Patientenbegleitern werden insbesondere Versicherte betreut, die als Folge eines stationären Krankenhausaufenthaltes behandelt werden.

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 Krankenhaufälle und die Gruppe der über-75jährigen Versicherten definiert. Im Kern können hier folgende Indikationstypen unterschieden werden:

- Krebserkrankungen
- Herz-/Gefäß-/Kreislaufkrankungen (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 alleine 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?

Die Patientenbegleitung orientiert sich in ihrem Ablauf an einem Fünfphasenmodell (siehe Abbildung 6), bestehend aus Fallauswahl, Assessment, Hilfeplan, Intervention und Erfolgskontrolle/Beurteilung. Dieses Modell verleiht den Prozessen des CM eine grundlegende Struktur und dient den PBG als Standard in der Fallbearbeitung und -präsentation.



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 Initiierte), 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 präzisieren

ren, dass möglichst viele Fälle erfolgversprechend durch die PBG aufgegriffen werden können, um damit die „Trefferquote“ stetig zu steigern.

Im Fokus der Assessment-Phase stehen die Sammlung von Informationen, Daten und Eindrücken zum Patienten/Versicherten, die Einschätzung der vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen, die Klärung der Hilfeerfordernisse des Patienten/Versicherten und die Erlangung der Akzeptanz des Versicherten, des Umfeldes und der Partner. Konkret werden die Lebenssituation und der Grad der gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten analysiert und die sich daraus ergebenden Hilfebedarfe ermittelt. Neben der Sichtung von vorhandenem Datenmaterial zum Versicherten umfasst das Assessment der Bosch BKK auch die kommunikationsbasierte Informationsgewinnung.

Die im Assessment gesammelten Daten bilden die notwendige Voraussetzung für die Erstellung 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 Hilfeforenz, 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 erreichen. Hierbei ist es hilfreich, wenn im Vorfeld präzise Erfolgskriterien vereinbart wurden. Die gemeinsam erarbeiteten Ziele und deren Operationalisierungen werden in einem Arbeitskonzept 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 persönlichen bzw. lebensweltlichen Möglichkeiten und Potenziale zu mobilisieren und zu unterstützen. Bei Bedarf und auf Wunsch des Patienten sind Angehörige/Freunde für eine Hilfeleistung zu gewinnen. Wenn alle diese lebensweltlichen und auf die Ressourcen des Versicherten ausgerichteten Möglichkeiten ausgeschöpft sind, werden ihm Fachkräfte vermittelt, die für die Bewältigung bestimmter Probleme notwendig sind. Aufgabe des PBG ist es auch, das Kooperationssteam zur Umsetzung des Hilfeplans zu bilden und dessen Funktionsfähigkeit 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?
- Harmonisieren 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).

Die letzte Basisfunktion des CM ist die Erfolgskontrolle bei Fallabschluss. Unter Erfolgskontrolle wird hier konkret die Einzelfallbewertung verstanden. Die Erfolgskontrolle dient der Effektivitäts- und Effizienzbeurteilung der PB. Hierbei soll ermittelt werden, ob die angestrebten Veränderungen aus dem Hilfeplan tatsächlich zustande gekommen sind und in welchem Umfang die Zielsetzungen erreicht wurden. Konkret ist abzugleichen, ob durch den Einsatz der Patientenbegleiter die gesundheitliche Funktionsfähigkeit und das soziale Wohlbefinden des Versicherten gesteigert werden konnten.

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:

1. Durch die Entwicklung eines medizinisch-diagnostisch geleiteten Fallgruppendesigns und die anschließende Einführung eines am CM-Konzept orientierten Ablaufschemas werden neue organisatorische Rahmenbedingungen, Handlungsroutrinen und Professionsprofile (berufliche Vielfalt der Patientenbegleiter) geschaffen, um Patienten mit chronischen und multikomplexen Bedarfslagen angemessen begleiten und helfen zu können. Hierbei wird von der Grundannahme ausgegangen, dass diese Veränderungen der organisatorischen und konzeptionellen Neuausrichtung *positive Wirkungen auf die Effektivität bzw. Qualität der Leistungserbringung* haben.

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.
- b) Versicherte mit Patientenbegleitung zeigen eine insgesamt höhere Lebensqualität, die sich unter anderem durch ein höheres Wohlbefinden ausdrückt. Mit dem Gesundheitszustand in Zusammenhang stehende Ängste und Befürchtungen sind deutlich geringer ausgeprägt als in einer Vergleichsgruppe ohne Patientenbegleitung. Durch die Patientenbegleitung gelingt es, gezielt Problemlagen abzubauen und Ressourcen zu fördern. Dies kann bspw. die Bereiche körperliche Gesundheit/Mobilität, psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Lebensführung, gesellschaftliche Teilhabe, das Wohnumfeld oder den Zugang und die Nutzung von Dienstleistungsangeboten betreffen.
- 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:

- e) Durch die Patientenbegleitung kommt es zu statistisch bedeutsamen Effekten im Bereich von relevanten Fallzahlen (bspw. Rückgang von Krankenhaus-, Reha- oder Pflegefällen).
 - f) Fälle, die im Rahmen der Patientenbegleitung gesteuert werden, zeichnen sich im Vergleich zu Fällen ohne Patientenbegleitung dadurch aus, dass Leistungen des Gesundheitswesens in geringerem zeitlichem Umfang in Anspruch genommen werden. Die durchschnittlichen Falldauern der Leistungen fallen geringer aus, bspw. die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Damit erhöht sich auch die „interventionsfreie Zeit“ zwischen mehreren Leistungen, die dieselbe versicherte Person betreffen.
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 Unterbringungen), wodurch es letztendlich ebenfalls zu einer effizienteren Form der Versorgung kommt.

Auf diesem Hintergrund wurde untersucht, ...

- ... welche einzelfallbezogen, von der Krankenkasse abrufbaren Kostenarten, durch die Patientenbegleitung beeinflusst werden (Krankenhauskosten, Arzneimittelkosten, Kosten für Pflegeversicherung, Heil- und Hilfsmittel, Reha und ergänzende Reha-Leistungen, Fahrkosten, ambulante Kuren sowie Integrierte Versorgung).
- ... 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. Neben Aussagen zu den unmittelbaren Effekten und Kosteneinsparungspotenzialen wurde im Rahmen des Evaluationsvorhabens ebenfalls angestrebt, im Zuge einer sog. Wirkfaktorenanalyse die für die Patientenbegleitung entscheidenden *Erfolgs- bzw. Misserfolgsfaktoren* zu identifizieren. Neben der Infrastruktur- und Organisationsebene (etwa Qualifikation der Patientenbegleiter, Netzwerk- und Vertragsstrukturen) spielt hierbei vor allem die Prozessebene eine entscheidende Rolle (etwa Kooperationsbereitschaft, Interventionsplanung und -umsetzung, Kontaktintensität und -atmosphäre).

3. Methode

3.1. Selbstverständnis der Evaluation

Obwohl sich in der Literatur keine einheitliche Definition findet, kann verallgemeinernd festgehalten werden, dass es im Rahmen von (wissenschaftlicher) Evaluation um die systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes von Maßnahmen, Programmen oder Organisationen geht. Der zunächst im französischen Sprachraum aufgetauchte Begriff „Evaluation“ kann frei mit „Bewertung“ übersetzt werden (vgl. Wottawa/Thierau 2003).

Evaluation bedeutet im alltagsweltlichen Verständnis, dass irgendetwas durch irgendwen in irgendeiner Weise bewertet wird. Evaluation ist in diesem Sinne ein wesentlicher Bestandteil alltäglichen Handelns. Die Ansprüche an das professionelle und wissenschaftliche Verständnis von Evaluation sind freilich höher: Ein zentrales Charakteristikum ist hier die Ziel- und Zweckorientiertheit. D. h. primäres Ziel der Evaluation ist nicht der reine Erkenntnisgewinn (wie etwa in der Grundlagenforschung), sondern die Überprüfung und Verbesserung eines klar umrissenen Untersuchungsgegenstandes; im Fall der vorliegenden Evaluation die Patientenbegleitung der Bosch BKK.

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 genauso 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).

Je nachdem, ob die Evaluation erst nach dem Abschluss der zu evaluierenden Maßnahme oder zeitlich bzw. begleitend tätig wird, spricht man von einer „summativen“ oder „formativen“ Evaluation. Das Ziel einer summativen Evaluation besteht darin, eine abschließende bzw. bilanzierende Bewertung durchzuführen, die sich primär an den Wirkungen und Effekten der evaluierten Maßnahme orientiert. Bei einer formativen Evaluation sollen die Ergebnisse möglichst umgehend von allen beteiligten Akteuren genutzt werden. Hierbei steht die unmittelbar optimierende Gestaltung des Durchführungsprozesses bzw. der „Planungsrationalität“ im Vordergrund. Ein Beispiel verdeutlicht den Unterschied der beiden Evaluationsformen: „Wenn der Koch die Suppe probiert, dann ist dies formativ, wenn der Gast sie probiert, dann ist dies summativ.“ In diesem Sinne war der Schwerpunkt der Evaluation der Patientenbegleitung im Bereich der summativen Evaluation angesiedelt. Die damit verbundene Zielsetzung lag in der Bereitstellung von Ergebnissen, auf deren Basis über die Art der Fortführung des Programms im Anschluss an die Evaluation entschieden werden kann.

Ferner orientiert sich die vorliegende Untersuchung an den von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (2002) empfohlenen Standards. Demzufolge sollen Evaluationen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen: Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit.

3.2. Untersuchungsdesign

Bei der Wahl eines Evaluationsdesigns gibt es keine einheitliche, generell anwendbare Methodik (vgl. Börtz & Döring, 2006). Stattdessen sollte die Wahl der Techniken jeweils von der speziellen Thematik abhängig gemacht werden. Schlechte Evaluierungen sind oftmals auf eine willkürliche Auswahl der Methode zu Beginn des Unterfangens zurückzuführen. So werden zum Beispiel oft leicht verfügbare Daten herangezogen, die sich später als ungeeignet erweisen. Bei einer guten Evaluierung werden dagegen bewährte Techniken für die Datenerfassung und -analyse gewählt und das Design ist an den Untersuchungsfragestellungen ausgerichtet. Es kommen häufig mehrere Techniken zum Einsatz, mit dem Ziel, die Schwächen der einen mit den Stärken einer anderen Technik aufzuwiegen.

Für die Evaluation der Patientenbegleitung wäre bei rein puristischer Betrachtung ein sogenanntes randomisiertes Kontrollgruppendesign optimal gewesen. Wie bereits einleitend dargelegt finden im deutschsprachigen Forschungsraum derartig angelegte Studien bislang eher an Schnittstellenbereichen zum Gesundheitssystem statt, obwohl sie im Kontext der CM-Forschung die „härtesten“ Daten zu liefern vermögen. Die Ursachen hierfür sind, je nach Fragestellung, neben dem hohen methodischen und finanziellen Aufwand insbesondere in ethischen Problemen bei der Durchführung der Evaluation zu verorten.

Aus ebendiesen Gründen war auch für die Evaluation der Patientenbegleitung kein derartiges Untersuchungsdesign denkbar. In einer „entschärften“ Variante dieses Designs dürfte die zu evaluierende Intervention erst nach hinreichend langer Wartezeit durchgeführt werden (sog. Wartekontrollgruppendesign). Da in Anbetracht des Schweregrades der zugrundeliegenden Erkrankungen eine unmittelbare Hilfe unabdingbar ist, kam eine solche Variante ebenfalls nicht in Betracht.

Die ethischen Grenzen des randomisierten Kontrollgruppendesigns liegen in der Herstellung einer voll randomisierten (zufälligen) Stichprobe verortet. Ausgehend von dem einfachsten denkbaren Kontrollgruppendesign in dem zwei Gruppen miteinander verglichen werden, eine „Experimentalgruppe“ in der eine Patientenbegleitung nach CM-Maßgaben durchgeführt wird und eine „Kontrollgruppe“ ohne Patientenbegleitung, müsste zwangsläufig den Patienten der Kontrollgruppe, trotz prinzipiell vorliegender fachlicher Indikation, die Intervention bzw. Maßnahme verwehrt werden, da die Zuweisung zu den Untersuchungsgruppen durch eine reine Zufallsziehung erfolgen würde.

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-

botsentwicklung, aus. Folglich reicht es nicht aus, die Zuweisung zu Experimental- und Kontrollgruppe ausschließlich auf der Einzelfallebene vorzunehmen, die Abgrenzungen müssen schon auf struktureller bzw. regionaler Ebene erfolgen. So könnte etwa ein nach dem Zufallsprinzip der Kontrollgruppe zugewiesener Patient, der mindestens ebenso zufällig aus einer Region stammt, in der bereits eine CM-initiierte Kooperation mit regionalen Partnern (etwa Hausärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten oder ähnlichen) vertraglich geregelt ist, auf struktureller Ebene durchaus in den Genuss einer „besseren“ Versorgung kommen, ohne dass er selbst aktiv an einem CM-Programm teilnimmt. Auf diese Weise wäre es also nicht mehr möglich gewesen, eine saubere Trennlinie zwischen den Untersuchungsgruppen zu ziehen.

3.2.1. Quasiexperimentelles Kontrollgruppendesign

Im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung wurde daher ein quasiexperimentelles Untersuchungsdesign adaptiert. Während eine experimentelle Untersuchung zufällig zusammengestellte (randomisierte) Gruppen miteinander vergleicht, sind es bei dem praxisnäheren quasiexperimentellen Ansatz „natürliche“ Gruppen (bspw. Versicherte einer bestimmten Region). Im Sinne einer höchst möglichen Güte der Untersuchungsbefunde wurde die Evaluationsmethodik so gewählt, dass die Ergebnisse möglichst eindeutig interpretierbar (interne Validität) sowie auch über die untersuchte Stichprobe hinaus generalisierbar sind (externe Validität). Während experimentelle Designs die interne Validität begünstigen, haben quasiexperimentelle Untersuchungen per se eine höhere externe Validität (Bortz 2005). Es ist unmittelbar einsichtig, dass auf diesem Hintergrund der quasiexperimentelle Ansatz ein deutlich höheres Maß an Kongruenz zum praxisnahen Gegenstand der Evaluation gewährleisten kann als ein experimentelles Vorgehen.

Dem Problem der geringeren internen Validität quasiexperimenteller Untersuchungen kann durch geeignete Kontrolltechniken wie etwa dem im vorliegenden Untersuchungskontext eingesetzten statistischen Matching (Bacher 2002) effektiv entgegengewirkt werden. Auf diesem Weg können Störvariablen mindestens genauso gut neutralisiert werden wie durch die Randomisierung (vgl. Abschnitt 4.4.4), die dieses Ziel auf Grundlage einer stochastischen Fehlernivellierung anstrebt.

Für die Evaluation der Patientenbegleitung waren zwei übergeordnete Untersuchungsgruppen zu bilden, eine *Experimentalgruppe* mit Patientenbegleitung nach CM-Maßgaben aus dem Versichertenpool der Bosch BKK und eine *Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe* von Versicherten, die lediglich die übliche Regelversorgung erhalten (und aufgrund der örtlichen Begebenheiten auch gar keine Patientenbegleitung hätten erhalten können). Zur Vermeidung der eingangs beschriebenen potenziell verzerrenden regionalen Einflüsse kamen für die Kontrollgruppe nur Bosch BKK-Versicherte aus solchen über die Postleitzahlen definierten Regionen infrage, in denen einerseits keine Patientenbegleitung eingeführt war und deren Einführung im Rahmen der Projektlaufzeit andererseits nicht vorgesehen war. Da im Zuge der Studienplanung die Sorge aufkam, dass in Anbetracht dieser Kriterien die Bosch BKK alleine womöglich keinen ausreichend umfangreichen Datenpool für die Kontrollgruppe generieren kann, konnte erfreulicherweise mit der Daimler BKK (vormals DaimlerChrysler BKK)

eine weitere gesetzliche Krankenversicherung als Kooperationspartner gewonnen werden². 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 quasiexperimentellen 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 dreimonatigen 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.

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 Versichertenstrukturen der beiden Kassen bemerkbar gemacht haben: Da sich die Experimentalgruppe allein aus Bosch BKK-Versicherten zusammensetzt, 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).

Die statistischen (Haupt-)Analysen erfolgten je nach Fragestellung mithilfe von ein- oder zweifaktoriellen Varianzanalysen bzw. sogenannten ANOVAs (s. auch Bortz 2005; Backhaus/Erichson/Plinke/Weiber 2006). War es notwendig, bei bestimmten Fragestellungen von der Varianzanalyse abweichende Verfahren zu adaptieren, so sind diese in den jeweiligen Abschnitten der Ergebnisbeschreibung entsprechend gekennzeichnet und erläutert. Zudem werden dort jeweils auch die den einzelnen statistischen Tests zugrunde liegenden Irrtumswahrscheinlichkeiten bzw. „p-Werte“ ausgewiesen.

Die Varianzanalyse wurde speziell auch deswegen gewählt, weil das Verfahren relativ robust bzw. unempfindlich gegenüber den Verletzungen seiner Anwendungsvoraussetzungen ist. Dies betrifft sowohl die Prämissen der Normalverteiltheit der Rohwerte als auch der Homogenität der Varianzen. Treffen diese Voraussetzungen nicht zu, führt dies eher dazu, dass die Nullhypothese angenommen wird. Das Verfahren „gaukelt“ dem Untersucher somit selbst bei „unsachgemäßer“ Anwendung nicht das Vorhandensein von Effekten vor, die „in Wirklichkeit“ gar nicht existieren (sogenannter „Alpha-Fehler“). Zwar steigt unter diesen Bedingungen das statistische Risiko für den sogenannten „Beta-Fehler“, also dass anhand der Untersuchungsstichprobe der Patientenbegleitung keine Effekte gegenüber der Vergleichsgruppe beigemessen werden, die in der Population tatsächlich aber vorhanden sind. Dieses Risiko ist allerdings eher tolerierbar als Fehler der ersten Art, da der Auftraggeber hier zumindest nicht dazu verleitet wird, einen großen Implementierungsaufwand für ein Verfahren zu betreiben, das tatsächlich gar keine Vorteile mit sich bringt.

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 $\alpha=5\%$), 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

	<i>Experimental- gruppe (mit PB)</i>	<i>Kontrollgruppe (ohne PB)</i>	<i>Summe</i>
<i>Ü75</i>	30 (70)	30 (70)	60 (140)
<i>Herzerkrankungen</i>	30 (70)	30 (70)	60 (140)
<i>Schlaganfall</i>	30 (70)	30 (70)	60 (140)
<i>Krebserkrankungen</i>	30 (70)	30 (70)	60 (140)
<i>Summe</i>	120 (280)	120 (280)	240 (560)

Unter der Prämisse, dass durch die Evaluation der Patientenbegleitung mindestens im Großen bis mittleren Effektgrößenbereich angesiedelte Wirkungen statistisch abgesichert werden sollten (hierfür veranschlagte Effektgröße $\varepsilon=0,25$), 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 $\varepsilon=0,15$ 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 ebendieser 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

Die vorliegende Untersuchung orientiert sich am Qualitätsbegriff von Donabedian (1980). Auf dem Hintergrund dieses Konzeptes lässt sich Qualität im Kontext des Case Managements hinreichend differenziert beschreiben.

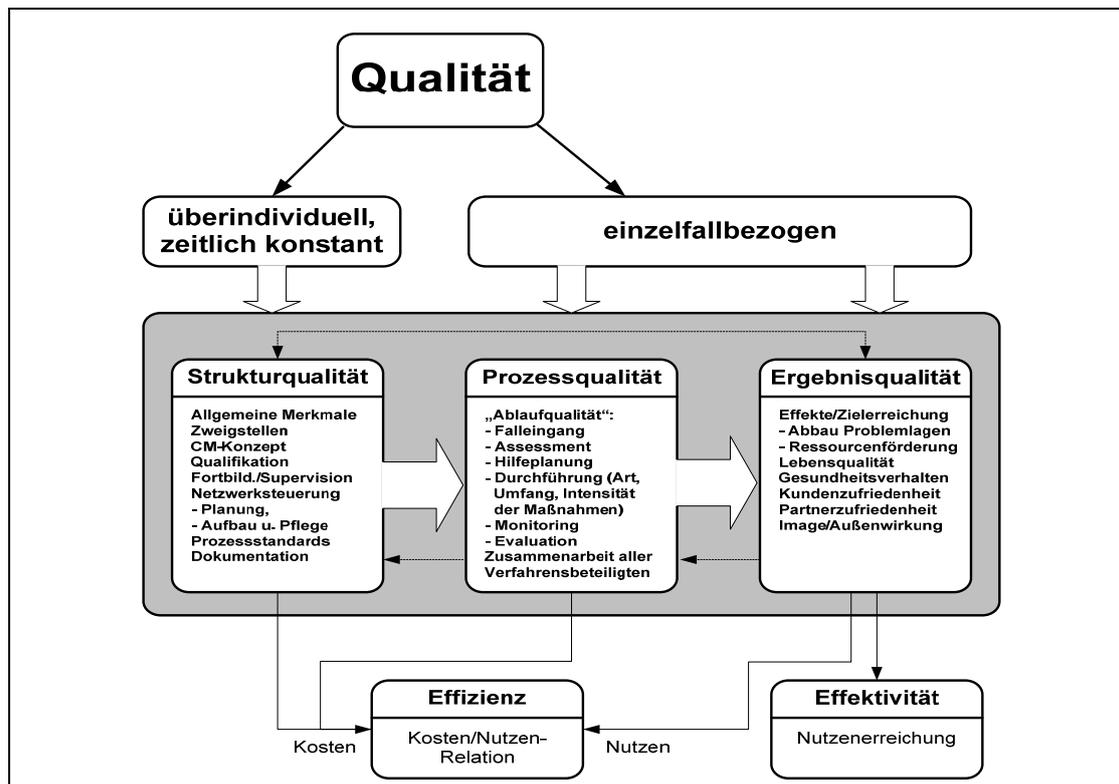


Abbildung 7: Dimensionen von Qualität im CM

Nach Donabedian sind drei zentrale Dimensionen von Qualität zu unterscheiden: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (s. Abbildung 7). Strukturqualität bezieht sich auf die längerfristigen, überindividuellen und zeitlich relativ konstanten allgemeinen organisatorischen Rahmenbedingungen, unter denen eine Dienstleistung wie die Patientenbegleitung erbracht wird. Unter Prozessqualität wird die Qualität der Abläufe subsumiert, die sich im Zuge der an den Bedarfen des Einzelfalls ausgerichteten Leistungserbringung vollziehen. Ergebnisqualität schließlich umfasst alle Faktoren, anhand derer sich der bei Abschluss der Prozesse einstellende Erfolg oder Misserfolg bemessen lässt. Der Zusammenhang zwischen diesen Qualitätsdimensionen wird in der Literatur wie folgt postuliert: Strukturqualität stellt eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Prozessqualität dar, und Prozessqualität ist wiederum eine notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzung für Ergebnisqualität. Ferner sieht das Modell auch „Feedbackschleifen“ vor: So können positive wie negative Ergebnisse sowohl Veränderungen in den strukturellen Rahmenbedingungen als auch in den Prozessen zur Folge haben. Beispiele für Merkmale, die den einzelnen Qualitätsdimensionen zugeordnet werden können, sind in Abbildung 7 dargestellt.

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

Das Evaluationsdesign und die Evaluationsinstrumente basieren auf den Ergebnissen aus vielen Jahren Effektivitätsforschung in der sozialen Arbeit. In dieser Zeitspanne wurden zur Bestimmung von Effekten Methoden zur Wirkungsmessung geformt, die sich als zuverlässig bewährt haben, andererseits aber auch Vorgehensweisen identifiziert, die sich für den Praxiseinsatz als nicht sinnvoll erwiesen haben und daher zukünftig vermieden werden sollten. Aus diesen Erfahrungen ergeben sich verschiedene Leitsätze. Sie wurden der vorliegenden Evaluation zugrunde gelegt, können aber darüber hinaus auch als generelle Empfehlungen für eine taugliche Wirkungsmessung im Sozialwesen gesehen werden (vgl. Macsenae-re 2007):

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 Gefäßerkrankungen.

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

Sollte die Evaluation als sogenannte „Black-Box“ geplant werden, die nur Aussagen zu den Wirkungen, nicht aber zu den dafür verantwortlichen Wirkfaktoren ermöglicht? Oder sollten relevante Wirkfaktoren (potenziell erfolgs- und misserfolgsbedingende Einflüsse) mitberücksichtigt werden? Im Kontext der Evaluation der Patientenbegleitung waren Aussagen zur Effektivität zwar notwendig, aber nicht hinreichend. Daher wurde schon bei der Untersuchungsplanung ein reiner „Black-Box-Ansatz“ vermieden: Neben den Effekten wurden, soweit möglich, alle relevanten primär prozessualen Wirkfaktoren sowie die wichtigsten soziografischen Merkmale der Adressaten (etwa Alter und Geschlecht) miteinbezogen, um sie in der Auswertungsphase mit den Ergebnisvariablen in Beziehung setzen zu können.

Prospektives Längsschnittdesign

Um mit einer Evaluation die Wirkungen einer Intervention und damit Veränderungen zuverlässig abbilden zu können, ist ein Längsschnittdesign eine sinnvolle Grundvoraussetzung (s. Hermsen/Macsenaere 2007). Eine Vorher-Nachher-Untersuchung mit zwei Erhebungszeitpunkten zu Beginn und am Ende der Hilfe erfüllt die Mindestanforderung für eine Wirkungsbestimmung. Solche hilfebegleitenden, prospektiven Erhebungen führen zu vollständigeren und erheblich zuverlässigeren Daten als rückblickende, retrospektive Erhebungen, die nur als ergänzende Erhebungstechnik eingesetzt werden sollten.

Einzelfallbezogene Erhebung

Da es um die Evaluation einer konkreten Programmwirkung 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 vergrößert. Zudem besteht eine hohe Wahrschein-

lichkeit, dass es von Beurteilungsverzerrungen (z. B. Vorurteilen) beeinflusst wurde. Ein solcher Befund würde dann mehr über die Einstellung des Befragten zur Patientenbegleitung Aufschluss geben als über deren objektive Wirkung beim Versicherten. Der Einzelfallbezug sollte des Weiteren auf allen Erhebungsebenen, also etwa bei der Befragung von Ärzten und Krankenhaussozialdiensten, durchgehalten werden. Auf diese Weise können auch Zusammenhänge zwischen den Ebenen abgebildet werden.

Beachtung allgemeingültiger Standards

Eine Wirkungsmessung kann nur mit einer ausreichenden Güte der erhobenen Daten gelingen. Daher müssen der Wirkungsdiagnostik Verfahrensweisen zugrunde liegen, die den Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität genügen. Die bisherigen Erfahrungen mit Instrumenten, die denen im Rahmen der vorliegenden Evaluation eingesetzten vergleichbar sind, zeigen eine mindestens zufriedenstellende Interrater-Reliabilität im Bereich des Assessments von Ressourcen sowie gute bis sehr gute Werte im Bereich des Assessments von Problemlagen bzw. Defiziten. Zudem müssen auch anerkannte Evaluationsstandards berücksichtigt werden (DeGEval 2002).

Berücksichtigung der Sichtweisen der wesentlichen Verfahrensbeteiligten

Nicht nur die Fairness, sondern auch die Güte der Evaluation gebietet es, die Sichtweisen der wesentlichen Verfahrensbeteiligten zu berücksichtigen. Bei der Evaluation der Patientenbegleitung wurden daher neben den Patientenbegleitern auch die Versicherten selbst sowie deren behandelnde bzw. betreuende Ärzte und Krankenhaussozialdienste befragt.

Differenzierte Analyse unterschiedlicher Wirkungsdimensionen

Leider ist Wirkung nicht gleich Wirkung. Damit die Resultate der Evaluation auch hinreichend transparent und differenziert ausfallen, müssen unterschiedliche Facetten der Ergebnisqualität betrachtet und beschrieben werden. Soweit möglich sollten drei wesentliche Wirkungsdimensionen unterschieden werden. Schröder und Kettiger (2001) operationalisieren diese Dimensionen wie folgt:

- „*Effect*“: die direkt ersichtliche und objektiv messbare (Aus-)Wirkung der Hilfe, z. B. das Erreichen der im Hilfeplan festgelegten Zielsetzung
- „*Impact*“: die subjektive Wirkung aus Sicht des Leistungsadressaten. Hierbei können ebenfalls die Einstellungen und Werthaltungen der jeweiligen Adressaten in die Bewertung einfließen. Beispiel: Zufriedenheit mit dem Ablauf des Hilfeprozesses oder der Zusammenarbeit mit der Krankenkasse
- „*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-

fewirkungen auf den Punkt gebracht dargestellt werden können. So wurde unter anderem ein Effektindex gebildet, der jeweils aus dem Defizitindex, dem Ressourcenindex und einem, entsprechend der niedrigeren Zuverlässigkeit geringer gewichteten, Zielerreichungsindex abgeleitet wird. Jeder Index setzt sich wiederum aus mehreren Items bzw. Skalen zusammen. Abbildung 8 veranschaulicht die Konstruktionsprinzipien der Indices, die auf der Grundlage des Assessments der Patientenbegleiter ermittelt wurden. Dieser wurde mithilfe intensiver CM-Schulung standardisiert und objektiviert.

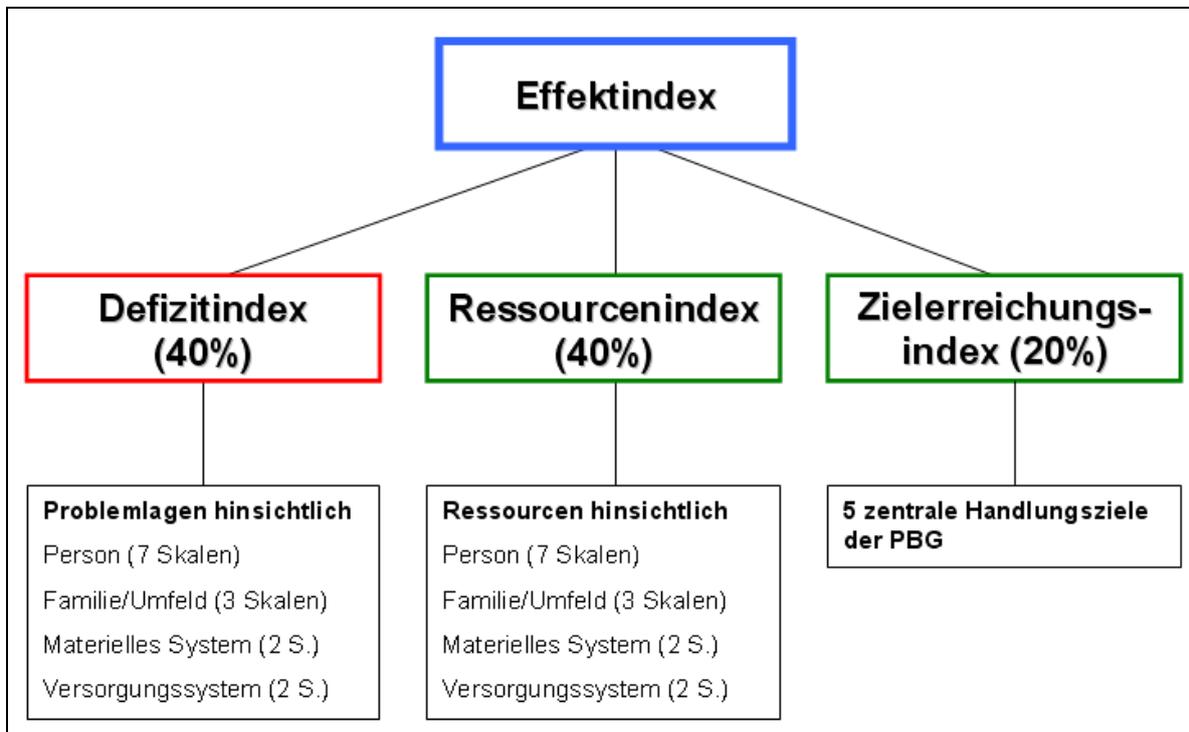


Abbildung 8: Bestimmung der Effekte anhand von Indices

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

- **Defizitindex:** Eine Maßzahl für die Problemlagen bzw. Defizite der Versicherten, die sich aus 14 Einzelskalen, die entsprechend Abbildung 8 inhaltlich den Oberkategorien Person, Familie/Umfeld, materielles System und Versorgungssystem zuzuordnen sind (im Einzelnen handelt sich um Probleme in den Bereichen körperliche Gesundheit/Mobilität, psychische Gesundheit, Lebensführung, (sozial-)kommunikative Kompetenz, kognitive Kompetenz, Arbeits-/Reha-Fähigkeit, familiäres Umfeld, gesellschaftliche Teilhabe, Finanzen, Wohnen, Zugänglichkeit und Nutzung von Dienstleistungsangeboten) sowie einer Globalbeurteilung des Schweregrads der Problemlagen zusammensetzt. Der Defizitindex kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Hohe Werte sind negativ zu bewerten, da sie sehr hohe Defizite umschreiben. Bei einem Wert von 0 wird kein Interventionsbedarf gesehen. Ein Wert von 50 beschreibt mittlere Ausprägungen der Problemlagen.
- **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

Zielerreichungsgrad, beispielhaft	Skalenwert Zielerreichungsindex
Ziel übertroffen	125
völlig erreicht	100
weitgehend erreicht	75
mittel erreicht	50
etwas erreicht	25
nicht erreicht	0
Verschlechterung	-25

- *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

Um möglichst differenzierte Befunde zu erhalten, wurden entsprechend der in Abschnitt 3.3.2 dargestellten Grundausrichtung des Evaluationsvorhabens alle wesentlichen potenziellen Verfahrensbeteiligten der Patientenbegleitung berücksichtigt. Dies erfordert allerdings jeweils eine auf die betreffenden Bereiche „zugeschnittene“ Erhebungstechnik, deren jeweilige Grundkonzeption einschließlich der geplanten (Zeit-)Abläufe im Folgenden erläutert ist. Da jede Untersuchungsebene aufgrund der ihr zugrundeliegenden Erhebungstechnik und dem „Drop-out“ eigenständige Unterstichproben generiert, sind diese im Einzelnen in der entsprechend gegliederten Ergebnisdarstellung in Abschnitt 4 dargestellt. Die Inhalte der jeweiligen Evaluationsinstrumente werden in Abschnitt 3.5 beschrieben.

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).

Eine Erfassung der beschriebenen Merkmale war nur in der Experimentalgruppe möglich. Von daher wird innerhalb dieser Untersuchungsebene lediglich ein Ein-Gruppen-Plan abgebildet, bei dem die mit der Patientenbegleitung in Zusammenhang stehenden Veränderungen zwischen den Zeitpunkten t2 und t1 nicht mit einer Vergleichsgruppe in Beziehung gesetzt werden können (vgl. Abbildung 9 und Abbildung 10). Zwar werden auch so Effekte gemessen, für sich genommen sind diese aber noch nicht ohne Weiteres ursächlich auf die Patientenbegleitung zurückzuführen. Daher wurden ebenfalls die korrelativen Zusammenhänge der so bestimmten Effekte mit den Effekten anderer Untersuchungsebenen untersucht, bei denen der Kontrollgruppenvergleich möglich war (siehe auch Abschnitt 4.5).

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.

Um möglichst harte und valide Daten zu erhalten, wurde die Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter mit einem aufwendigen, prospektiven Erhebungsdesign konzipiert. Der Beginn des Erhebungszeitraums wurde auf den 01.01.2008 terminiert. Ab dem 01.09.2008 wurden keine neuen Fälle mehr in die Evaluation aufgenommen. Damit sollte ein hinreichender Nacherhebungszeitraum generiert werden, siehe Abschnitt „Kosten, Fallzahlen und Fall-dauern“ unten. Zur Reduzierung des Drop-Outs aufgrund unvollständiger Erhebungen sollten die bis zu diesem Stichtag nicht abgeschlossenen Fälle allerdings noch bis zum Stichtag

Der Erhebungszeitraum für die prospektiv dokumentierten Fälle bewegt sich somit in einem Zeitfenster von 8–11 Monaten. Um die für die Untersuchungszwecke benötigten Stichprobenumfänge, in Anbetracht einer auf zwei Jahre begrenzten Projektlaufzeit, realisieren zu können, wurden innerhalb einer Halbjahresfrist vom 01.07.2007 bis 31.12.2007 zudem retrospektive Falldokumentationen zugelassen (siehe Abbildung 9). Sofern diese nur einen verhältnismäßig geringen Anteil (bei der vorliegenden Evaluation ca. 25 %) ausmachen und keine Einschätzungen über einen zu weit zurückliegenden Zeitraum erfordern, erscheint ein solches Vorgehen trotz der bereits in Abschnitt 3.3.2 erläuterten Grundsatzprobleme retrospektiver Erfassungen zulässig. Die über die Dokumentation der Patientenbegleiter angelegten retrospektiven Fälle wurden automatisch in alle weiteren einzelfallbezogenen Erhebungen integriert. Sie betreffen somit also sowohl die Befragungen von Versicherten, Ärzten und Krankenhaussozialdiensten sowie die Datenbankabfragen zu Kosten, Fallzahlen und Fallauern.

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 quadrierter 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 naturgemäß 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-

chingverfahren 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

Ein statistisches Matching liefert in der Regel dann besonders gute Übereinstimmungen zwischen den Zwillingspaaren, wenn die potenzielle Vergleichsgruppe deutlich größer ist als die Untersuchungsgruppe, zu der die Zwillinge gefunden werden sollen. Bei der vorliegenden Evaluation lag dieses Verhältnis je nach zugrundeliegender Matchinggruppe im Schnitt zwischen ausreichendem 1:10 und 1:100. Damit die gematchten Fälle auch in zeitlicher Hinsicht möglichst parallel laufen, wurden zudem die zeitlichen Abstände zum Auftreten des Hilfeanlasses (bspw. des Krankenhausaufenthalts entsprechend der Diagnosegruppe oder dem Pflegebedarf) mit einer besonders starken Gewichtung in das Matching einbezogen. Dementsprechend fanden auch die Versichertenbefragungen der Kontrollgruppe in einem ähnlichen Zeitabstand zum Hilfeanlass statt wie in der Experimentalgruppe.

Damit die Versicherten (sowie die Ärzte und Krankenhaussozialdienste) ihre Befragungsbögen möglichst zeitnah erhalten, wurde das Matchingverfahren nach dem Start der prospektiven Erhebungsphase in mehreren regelmäßigen, maximal zwischen 4–8 Wochen auseinander liegenden, Zeitintervallen durchgeführt (s. Abschnitt 3.6.1). Damit standen die Zwillingspärchen bereits im Laufe der Evaluation fest und konnten umgehend angeschrieben werden. Als Anreiz für die Teilnahme an der Befragung („incentive“) wurden von der Bosch BKK Lose der Aktion-Mensch-Lotterie bereitgestellt, die unter den Rücksendern verlost wurden. Trotz dieses vergleichsweise geringfügigen Anreizes wurden sowohl in Experimental- als auch Kontrollgruppe insgesamt sehr hohe Rücklaufquoten erzielt (siehe Abschnitt 4.2.1). Dies mag unter anderem mit der Beobachtung des Evaluationsteams zusammenhängen, dass sowohl Bosch BKK als auch Daimler BKK bei ihren Versicherten ein insgesamt sehr positives Image genießen.

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.

Eine Kontrollgruppenbefragung wäre zwar auch im Rahmen dieser Untersuchungsebenen grundsätzlich wünschenswert gewesen, eine angemessene Beteiligung von Ärzten oder Krankenhaussozialdiensten, zu denen seitens der Bosch BKK keine gesonderten vertraglichen Vereinbarungen im Sinne der Patientenbegleitung bestehen, war jedoch mehr als unwahrscheinlich. Diese Einschätzung konnte im Studienverlauf anhand von konkreten Zahlen bestätigt werden: Zur Maximierung der absoluten Fallzahlen bei der Ärztebefragung wurden zu Beginn der Studie über die Arzneimittelverordnungen auch Ärzte ermittelt und angeschrieben, die nicht direkt an der Patientenbegleitung beteiligt waren. Hier lag der Rücklauf bei höchstens 10 %, während bei den Vertragspartnern ca. 50 % erreicht wurden. Aufgrund dessen wurde das mit einem hohen Aufwand verbundene Vorgehen über die Verordnungen wieder eingestellt. Ein substantiell höherer Rücklauf wäre vermutlich nur durch besondere Teilnahmeanreize zu erzielen gewesen, die im Zuge der Evaluation der Patientenbegleitung nicht offeriert werden konnten.

Kosten, Fallzahlen und Falldauern

Entsprechend den Fragestellungen der Evaluation sollten ebenfalls Kosten, Fallzahlen und Falldauern untersucht werden. Dies geschah insbesondere, um potenzielle Kosteneinsparungspotenziale oder Bereiche mit Mehrkosten identifizieren zu können. Nur auf diese Weise ließ sich eine Verknüpfung der Aussagen zur Effektivität bzw. Qualität der Patientenbegleitung mit Aussagen zur Wirtschaftlichkeit (Effizienz) herstellen. Die benötigten Leistungsdaten wurden aus verschiedenen Datenbanken der beteiligten Kassen selektiert (s. Abbildung 11) und waren gleichermaßen für Experimental- und Kontrollgruppe verfügbar.

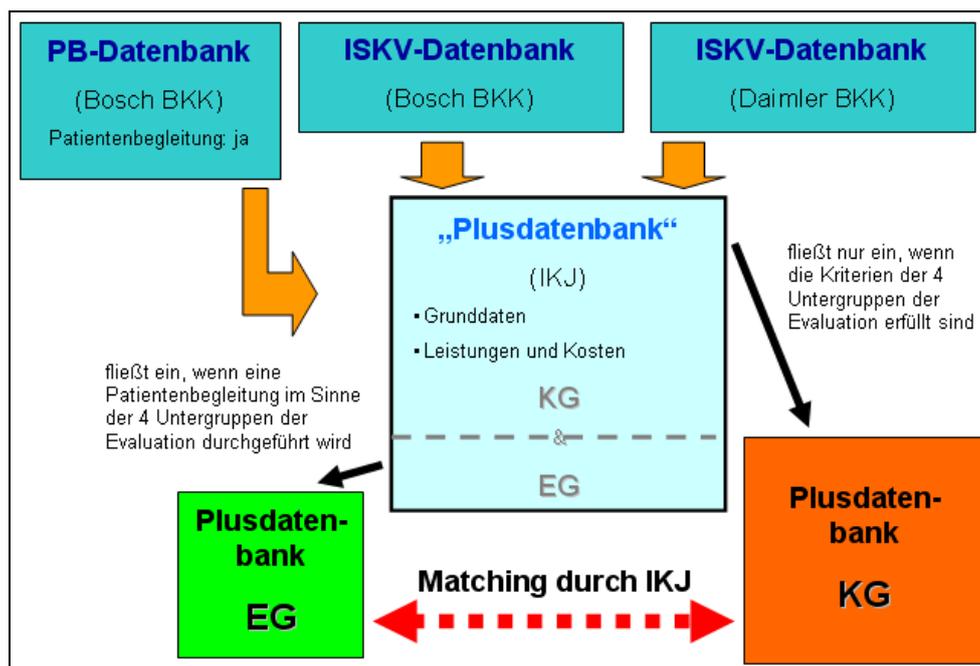


Abbildung 11: Datenselektionsschema

Damit Leistungsdaten überhaupt für die Evaluation infrage kommen, müssen sie eine intraindividuelle Varianz aufweisen, die tatsächlich durch eine Maßnahme wie die Patientenbegleitung 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:

- Krankenhaus, Arzneimittel, Pflegeversicherung, Heil-/Hilfsmittel, Reha-Leistungen und ergänzende Reha-Leistungen, Haushaltshilfe/häusliche Krankenpflege, Fahrkosten, Krankengeld, ambulante Kuren sowie Integrierte Versorgung.

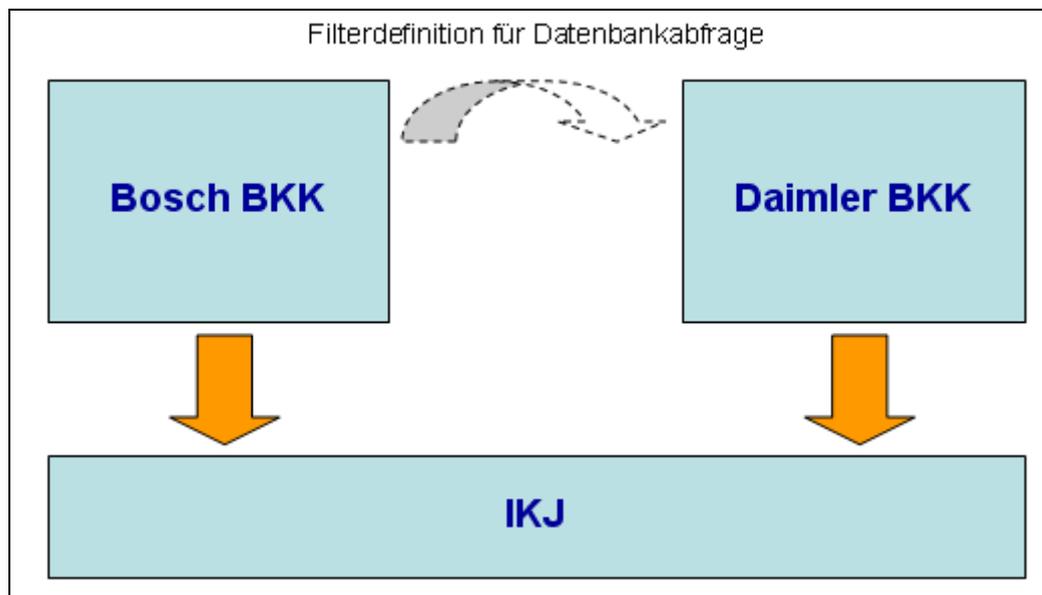


Abbildung 12: Datenfluss

Der Abruf der Leistungsdaten aus den Datenbanken konnte, zumindest theoretisch gesehen, zu nahezu beliebigen Zeitpunkten des Untersuchungszeitraums erfolgen, da die Zuordnung der einzelfallbezogenen Leistungsdatensätze zu den Stichtagen der Evaluation, im Zuge einer selektierenden und aggregierenden Aufbereitung der Daten erst im Nachhinein erfolgen kann. Die Datenabrufe wurden einerseits benötigt, um ein möglichst zeitnahes statistisches Matching zu ermöglichen (siehe Überschrift „Versichertenbefragung“ oben). Zudem waren sie für die Erstellung der Zwischen- und Abschlussauswertung erforderlich. Daher wurden einschließlich Probeläufen letztendlich ca. zehn Abfragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt (vgl. Abschnitt 3.6.1). Abbildung 12 zeigt den jeweils zugrundeliegenden Datenfluss. Hervorzuheben ist, dass Aufbereitung und finale Plausibilitätsprüfung der Daten in Regie der IKJ ProQualitas erfolgte, also nicht durch die beteiligten Kassen selbst. Zwischen Bosch BKK und Daimler BKK erfolgte zum Zwecke der Standardisierung der Ab-

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).
- Für brauchbare Aussagen zur Ergebnisqualität bzw. Effekten wurde mit dem sog. *Nacherhebungszeitraum* ein weiterer zentraler Zeitraum operationalisiert. Antworten auf die Frage, ob die Patientenbegleitung Kosten und andere Leistungsdaten beeinflussen kann, können naturgemäß erst dann gegeben werden, wenn deren Auftreten nach Beendigung der Patientenbegleitung betrachtet wird, also ab Stichtag t2. Da jede zeitlich begrenzte Studie einen Endzeitpunkt haben muss, kann dies ab dem Stichtag t2 gerechnet maximal bis zum Ende des Erhebungszeitraums am 01.05.2009 (Zeitpunkt t3 in Abbildung 9 und Abbildung 10) der Fall sein. Dies ist der Nacherhebungszeitraum. Es ist unmittelbar einsichtig, dass dieser Nacherhebungszeitraum eine gewisse Mindestspanne aufweisen muss, damit überhaupt ein Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe hergestellt werden kann. Fälle, die im Extremfall bspw. erst zum Ende des Erhebungszeitraums t3 abgeschlossen werden würden, können praktisch nach der Patientenbegleitung gar keine Leistungsdaten mehr aufweisen, anhand derer ein Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen zu bemessen wäre. Diese Mindestnachbeobachtungsfrist sollte mit Hilfe des in Abbildung 9 und Abbildung 10 dargestellten Aufnahmestopps für Neufälle gewährleistet werden. Die resultierenden (Mindest-)Nacherhebungszeiten sind im Zuge der Ergebnisdarstellung in Abschnitt 4.4 detailliert beschrieben.
- 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

Die im Rahmen der Evaluation relevanten Struktur- und Netzwerkmerkmale (s. etwa Abbildung 7) sollten im Rahmen einer einmaligen Befragung von Gebietsbevollmächtigten, Ärztenvertretern und Patientenbegleitern ermittelt werden. Dabei wurde ebenfalls überlegt, durch eine sog. Netzwerkanalyse die Effekte von unterschiedlichen Vernetzungsformen sowie der Netzwerksteuerung zu untersuchen. Die Analyse sozialer Netzwerke gilt mittlerweile als eine viel versprechende Forschungsrichtung in den Sozialwissenschaften, ist bedauerlicherweise aber im deutschsprachigen Forschungsraum noch wenig etabliert (Jansen 2003). Leider konnte die Erhebung – wie schon oben beschrieben – aufgrund der sich aus den Diskussionen rund um die Gesundheitsreform 2007 ergebenden starken Überlagerungsprozesse nicht durchgeführt werden. Die Instrumente wurden allerdings weitestgehend fertig entwickelt und können bei zukünftigem Bedarf jederzeit wieder herangezogen werden (siehe Anhang).

Plausibilitätsprüfungen

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

Die eingehenden Plausibilitätsprüfungen umfassten dabei mehrere Schritte. Die einzelnen Fragebögen wurden zunächst auf Eingabefehler hin untersucht. Dabei wurden Angaben, die offensichtlich unzulässige Werte annahmen oder aufgrund ihrer hohen Abweichung von den Durchschnittswerten zumindest als zweifelhaft angesehen werden konnten, mit den Daten in den Bögen verglichen und gegebenenfalls korrigiert. Da insbesondere fehlende Werte für die Anwendung von weiterführenden inferenzstatistischen Methoden problematisch sind, wurden in den Erhebungsbögen ausgelassene wichtige Angaben im Zuge einer deskriptiven „Missing value“-Analyse in Rücksprache mit den Patientenbegleitern, soweit noch nachvollziehbar, rückwirkend erhoben. Eine eingehende Prüfung und Recherche erfolgte ebenfalls bei Extremwerten (sog. „Ausreißer“) in metrischen Variablen. Da eine unmittelbare Rücksprache mit Versicherten, Ärzten und Krankenhaussozialdiensten nicht möglich bzw. vorgesehen war, konnten in diesen Fällen inplausible Daten nur aus dem Datenbestand eliminiert werden.

Den aufwendigsten Teil der Plausibilitätsprüfungen allerdings stellte die Kontrolle auf logisch nicht mögliche bzw. extrem unwahrscheinliche Verknüpfungen zwischen den einzelnen Variablen dar. Dies ist bspw. dann der Fall, wenn die Globaleinschätzung des Schweregrades der Problemlagen des Versicherten sehr stark von den Einzeleinschätzungen der zehn Problemlagenskalen abweicht, also etwa die Problemlagen in den Einzeleinschätzungen im Mittel als „niedrig“ bewertet werden, bei der Globaleinschätzung hingegen plötzlich mit „schwer“. Zusammenhänge dieser Art wurden in SPSS-Syntaxfiles programmiert und dann systematisch für alle Daten überprüft. Bei festgestellten Fehlern wurde wie oben beschrieben verfahren.

Besonders strenge Anforderungen wurden an die Datenabfragen der Leistungsdaten gestellt, aus denen sich bspw. die Aussagen zu möglichen Kosteneinsparungen ableiten lassen. Die Datenrichtlinien und Prozessstandards wurden im engen Dialog zwischen den zuständigen Abteilungen der beteiligten Institutionen operationalisiert, um technische Fehler bereits in frühen Phasen des Datenexportprozesses erkennen und beseitigen zu können. Geprüft wurde neben der Gültigkeit von Stichtagen etwa auch die Anzahl und Dauer der Datensätze pro Versichertem. Zudem wurden auch extreme Ausprägungen der Kosten in verschiedenen Datenaggregierungsstufen untersucht.

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
 - Maßnahmevorschlag 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

Für die Erfassung der konkreten Leistungsdaten wurden keine eigenständigen Erhebungsinstrumente erstellt. Die Daten für Experimental- und Kontrollgruppe wurden nach dem Datenbankabruf von Bosch BKK und Daimler BKK in Form von Rohdatentabellen im ASCII-Format zur Verfügung gestellt und dann in SPSS-Datenmasken importiert und für die statistische Auswertung weiterverarbeitet. Zur Vereinfachung der komplizierten technischen Abläufe, die diesen Verfahren zugrunde liegen, wurde ein eigenständiges Erfassungs- und Auswertungsprogramm auf EDV-Ebene erstellt. Die konkreten Inhalte der betrachteten Leistungsarten wurden bereits in Abschnitt 3.4 beschrieben.

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

Die wissenschaftliche Evaluation der Patientenbegleitung der Bosch BKK war zunächst mit einer Laufzeit von zwei Jahren (01.08.2007 bis 31.07.2009) geplant und wurde innerhalb dieser Zeitvorgabe in drei Phasen durchgeführt: An eine fünfmonatige Planungs- und Entwicklungsphase, im Rahmen derer die Grundlagen der Evaluation erarbeitet wurden, schloss sich eine vierzehnmonatige Phase der einzelfallbezogenen Erhebungen und vertiefenden Evaluation an. In dieser Phase wurden schwerpunktmäßig die Datenerhebungen der Evaluation durchgeführt. Daneben wurde im Zuge einer Zwischenauswertung bereits ein vorläufiges Ergebnisfazit gezogen. Die dritte Projektphase mit den Schritten Auswertung und Ergebnispräsentation dauerte wie bereits die Planungs- und Entwicklungsphase insgesamt fünf Monate.

Im Rahmen der dritten Projektphase konnten entsprechend der Untersuchungsplanung abschließende Befunde zu den Forschungsfragestellungen 1 und 3 vorgelegt werden (Wirkungen der Patientenbegleitung auf die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen sowie Analyse der hier zugrundeliegenden Wirkfaktoren; siehe auch Abschnitt 2). Die zu diesem Zeitpunkt hinsichtlich Forschungsfragestellung 2, den Auswirkungen der Patientenbegleitung auf Kassenleistungen, ermittelten Ergebnisse konnten leider nur vorläufigen Charakter einnehmen. Im Zuge der mehrstufigen Plausibilitätskontrollen hatte sich beim Abgleich der Daten mit früheren Datenlieferungen und insbesondere mit den für die Zwischenauswertung vorliegenden Daten gezeigt, dass viele Leistungsdatensätze erst mit größerer zeitlicher Verzögerung in die Datenbanksysteme der Krankenkassen eingespielt werden. Die Recherchen zeigten, dass erst ab einem sechsmonatigen „Pufferzeitraum“, gerechnet vom unmittelbaren Leistungszeitraum bis zum Abfrage- bzw. Abgriffzeitpunkt der Daten, mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass alle für die Evaluation relevanten Leistungsdaten vollständig „eingebucht“ sind und damit auch in zuverlässiger Weise ausgewertet werden können. Da bei Anwendung des Kostendatenpufferzeitraums die in Abbildung 9 und Abbildung 10 dargestellten Stichtage „künstlich“ nach vorne verlegt werden müssen, stand in Projektphase 3 für die Analyse nur noch eine auf die Hälfte, der maximal möglichen Größe, reduzierte Stichprobe zur Verfügung. Aus diesem Grund erschien es sinnvoll, die Befunde zu den Leistungsdaten, im Zuge einer vierten Projektphase (28.10.2009 bis 31.08.2010), anhand der deutlich repräsentativeren Gesamtstichprobe und bei gleichzeitiger Betrachtung längerer Untersuchungszeiträume nochmals eingehend zu prüfen. Aufgrund der damit verbundenen Minimierung von stichprobenabhängigen Zufallsfaktoren, waren hier zudem niedrigere Irrtumswahrscheinlichkeiten in den Ergebnissen der inferenzstatistischen Testungen zu erwarten. In der vierten Projektphase konnten die vorläufigen Befunde zu Forschungsfragestellung 2 bestätigt und weiter vertieft werden. Auf eine vergleichende Gegenüberstellung der Ergebnisse wurde daher bei der Ergebnisdarstellung in Abschnitt 4 verzichtet. Der nachfolgende Projektablaufplan vermittelt einen genaueren Überblick über die vier Projektphasen.

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: Instrumententwicklung	13.09.07
• AG 2: Datenschutzfragen und Teilnahmeanreize („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-/Abschlussbögen Patientenbegleiter	15.09.07–15.11.07
• Versichertenbefragung u. Anschreiben EG	01.11.07–15.12.07
• Versichertenbefragung u. Anschreiben 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 strukturbezogener 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 Evaluationsendergebnisse 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

Das Projekt wurde im Auftrag der Bosch BKK von der Katholischen Fachhochschule Mainz, vertreten durch Prof. Dr. Thomas Hermsen und Prof. Dr. Peter Löcherbach, in Kooperation mit der IKJ ProQualitas GmbH, vertreten durch deren Geschäftsführer Prof. Dr. Michael Macsenaere, durchgeführt. Das IKJ ist eine außeruniversitäre, sozialwissenschaftliche Praxisforschungseinrichtung. Das im Spannungsfeld von Praxis, Wissenschaft und Politik angesiedelte Institut kommt einer doppelten Funktion nach: Wissenstransfer in die Praxis und Politik einerseits, Rückkopplung von Praxiserfahrungen in den Forschungsprozess andererseits. Um diesen komplexen Herausforderungen auch in unterschiedlichen Aufgaben- und Themenbereichen gerecht werden zu können, gliedert sich das IKJ in zwei Gesellschaften: Die IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH sowie die IKJ ProQualitas GmbH. Das Tätigkeitsfeld des IKJ konzentriert sich auf vier Kernbereiche. Im Segment Forschung werden Projekte durchgeführt, die von Themen und Anliegen der Praxis ausgehen und zur Vorbereitung von politischen und institutionellen Entscheidungen beitragen. Im Bereich Qualitätsentwicklung und Evaluation werden Verfahren entwickelt, die der Praxis Rückmeldung über die Ergebnisse ihrer Arbeit sowie über deren Hintergründe geben, um Veränderungsprozesse zu unterstützen. Im Arbeitsfeld EDV-Lösungen werden IT-Tools mit der Praxis bedarfsorientiert entwickelt und für den individuellen und anwenderfreundlichen Einsatz vor Ort konzipiert. Im Schwerpunkt Beratung und Qualifizierung werden konkrete Belange der Praxis aufgegriffen und mit aktuellen Forschungsergebnissen verknüpft.

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

Die Durchführung eines Projekts hängt wesentlich von funktionierenden Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen ab. Deshalb ist es erforderlich, entsprechende Gremien und Arbeitsgruppen zu installieren. Im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung wurden ein Fachbeirat sowie eine Lenkungsgruppe installiert. Die Aufgabe des Projektbeirats bestand unter anderem darin, das Projekt konstruktiv-kritisch zu begleiten, bei den wesentlichen Weichenstellungen im Projektverlauf mitzuwirken und notwendige Entscheidungen mitzutragen.

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 Pferd, 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

Zur Analyse von Ausgangslagen, Prozessen und Ergebnissen der Patientenbegleitung wurden die Patientenbegleiter zu Beginn und am Ende jeder Maßnahme, die im Untersuchungszeitraum stattgefunden hat, mit Hilfe standardisierter Dokumentationsbögen befragt. Nach einer eingehenden Prüfung auf mögliche Inplausibilitäten (vgl. Abschnitt 3.4) wurden die Daten anschließend einer mehrstufigen statistischen Analyse unterzogen, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt sind.

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):

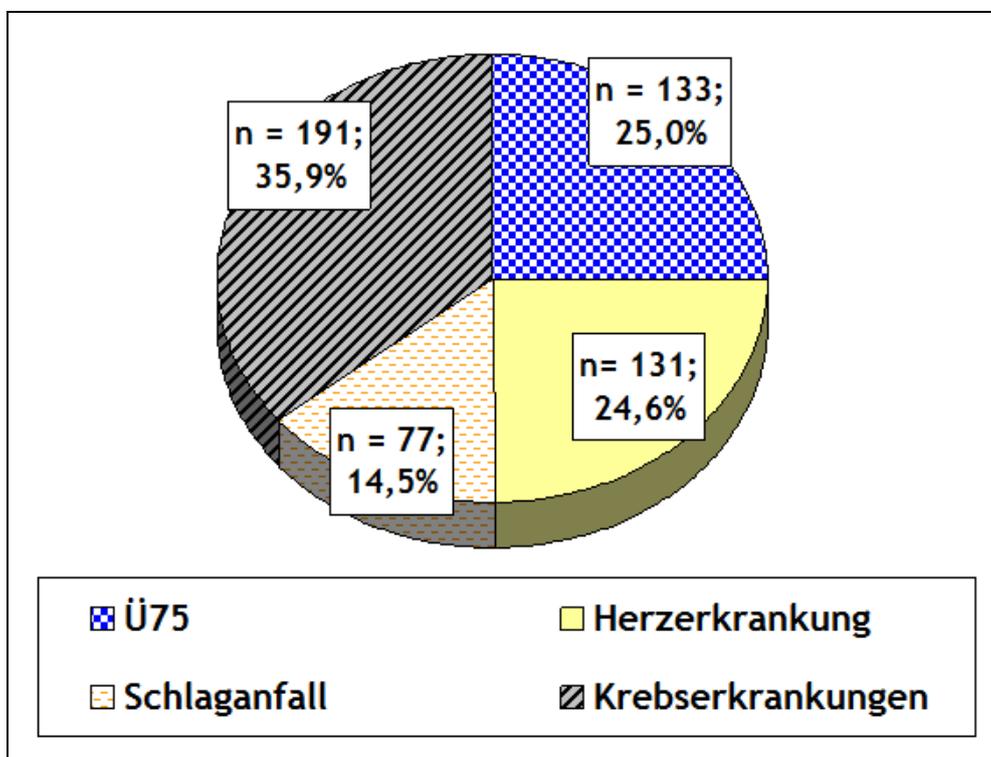


Abbildung 13: Verteilung der Fälle mit Patientenbegleitung

Zwischen den Teilstichprobengrößen besteht ein tendenzieller Gruppenunterschied (χ^2 -Test³, $p=0.064$). Eine absolute Gleichverteilung der Zellbesetzungen über die verschiedenen Untersuchungsgruppen (Ü75, Herzerkrankung, Schlaganfall und Krebserkrankung) hinweg konnte aufgrund der unterschiedlichen Vorkommenshäufigkeiten der einzelnen Kriterien-
gruppen zur Einleitung von Patientenbegleitungsmaßnahmen innerhalb des Untersuchungs-
zeitraums 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 Abschlussbo-
gendatensätze vorliegen, bilden die Datengrundlage für die statistischen Analysen auf der
Gesamtebene.

Gruppenspezifische Altersverteilung

Bei der Untersuchung der Altersverteilung in den verschiedenen Untersuchungsgruppen zeig-
en sich statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede (s. Tabelle 3), wobei sich das höhere
Durchschnittsalter der Gruppe Ü75 im Vergleich zu allen anderen Untersuchungsgruppen
(Tamhane-T2-Tests⁴, $p=0.000$) aus dem Auswahlkriterium der Gruppe heraus erklärt. Die an
Krebs erkrankten Versicherten weisen darüber hinaus im Mittelwert das statistisch nach-
weisbar niedrigste Alter auf (Krebserkrankung-Herzerkrankung: Tamhane-T2-Test, $p=0.003$,
Krebserkrankung-Schlaganfall: Tamhane-T2-Test, $p=0.063$).

Tabelle 3: Untersuchungsgruppenspezifische Altersverteilung

	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<i>Ü75</i>	133	80,6	4,84
<i>Herzerkrankungen</i>	131	65,4	11,93
<i>Schlaganfall</i>	77	66,3	14,98
<i>Krebserkrankungen</i>	191	60,0	14,13
<i>Gesamt</i>	532	67,4	14,44

Gruppenspezifische Geschlechtsverteilung

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

³ Mit Hilfe des χ^2 -Tests werden Unterschiede in Häufigkeitsverteilungen zweier oder mehrerer Merk-
male auf statistische Bedeutsamkeit hin überprüft (vgl. Bortz 2005).

⁴ Der Tamhane-T2-Test kommt im Rahmen von Varianzanalysen zur paarweisen Untersuchung von
Mittelwertsdifferenzen zwischen Untersuchungsgruppen zum Einsatz, wenn die Varianzen der Grup-
pen signifikant voneinander abweichen.

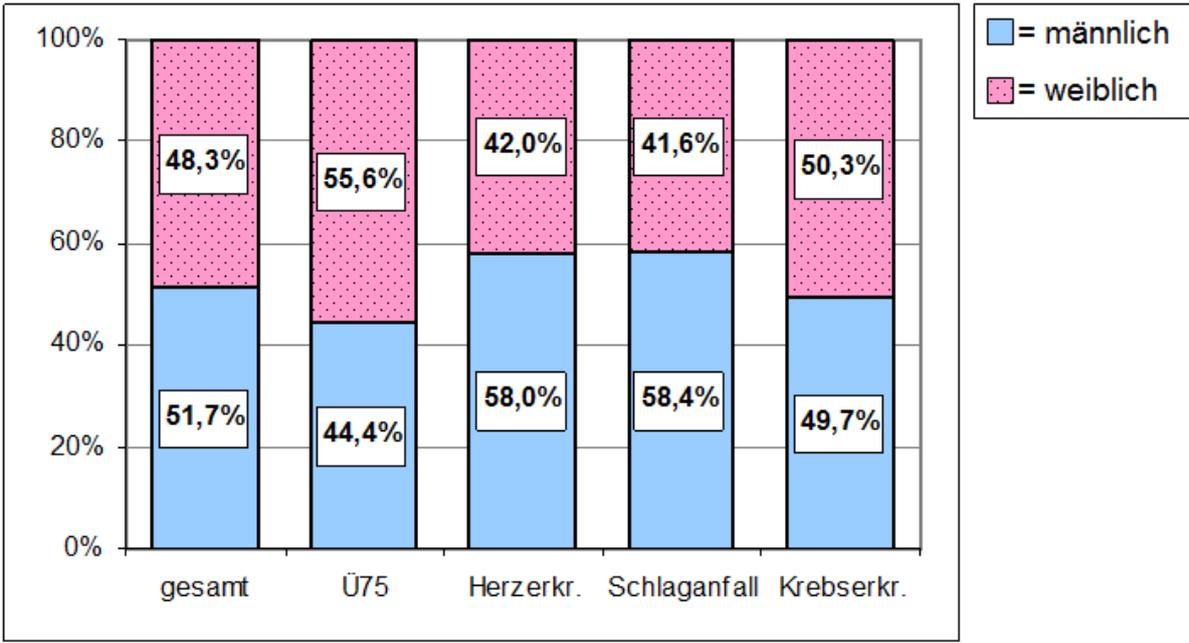


Abbildung 14: Untersuchungsgruppenspezifische Geschlechtsverteilung

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-Tests⁵, $p < 0.05$).

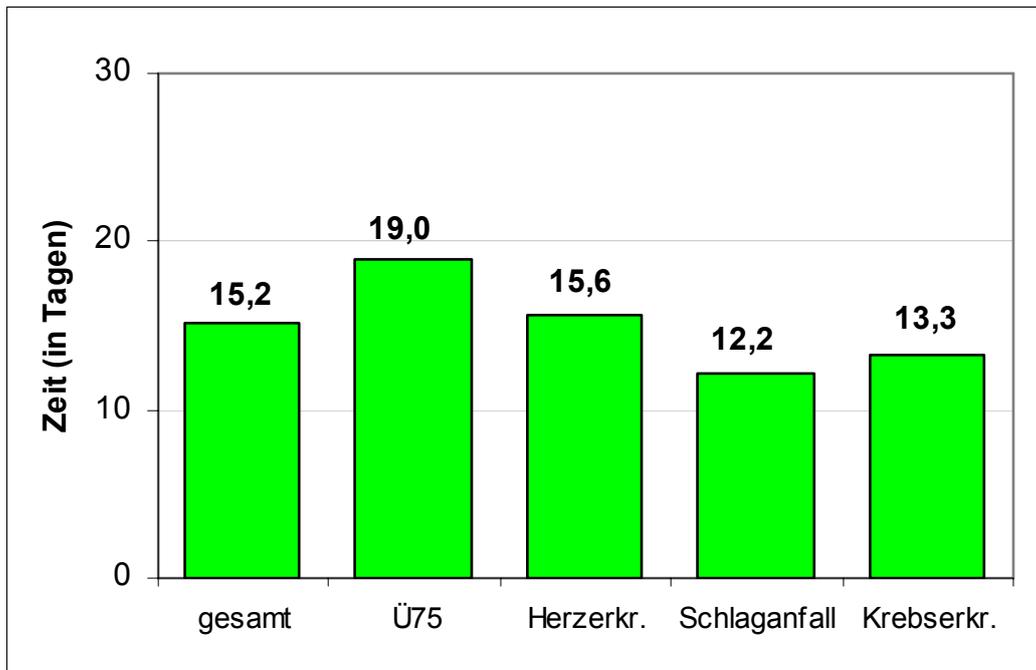


Abbildung 15: Untersuchungsspezifische Dauer zwischen Anlass und Beginn der PB

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).

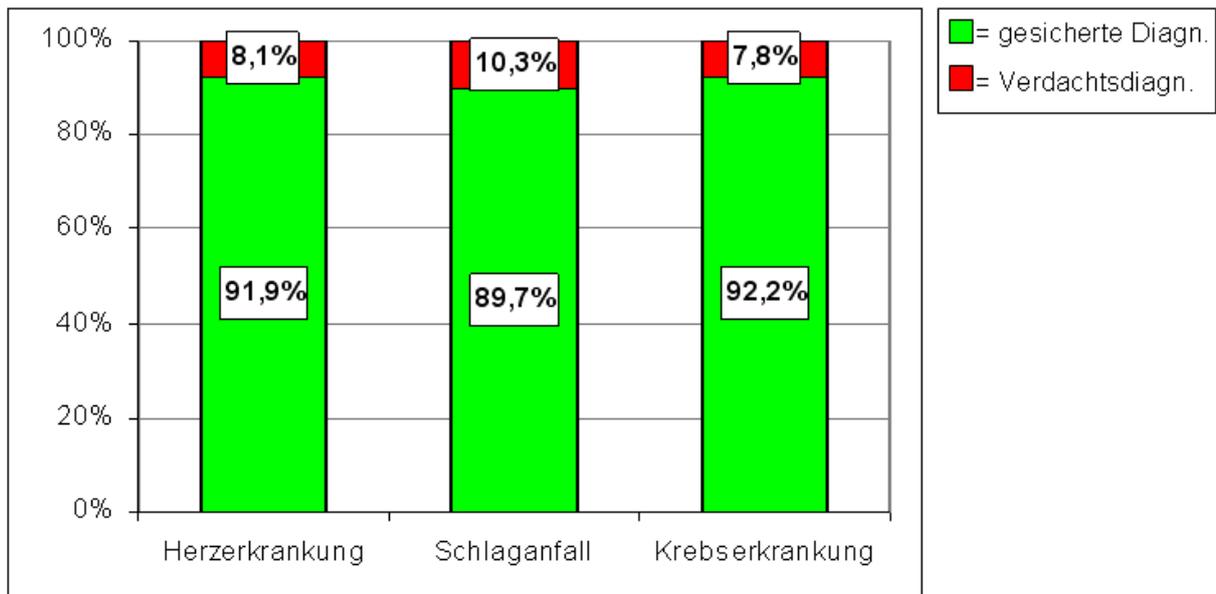


Abbildung 16: Verdachts- vs. gesicherte Diagnose

Komorbidität – weitere Erkrankungen

Bei knapp $\frac{1}{4}$ 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).

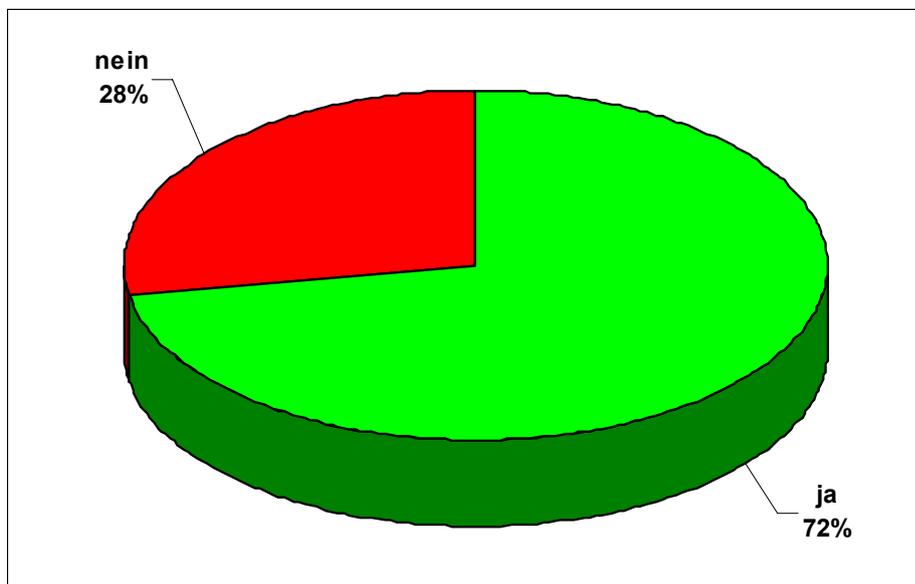


Abbildung 17: Komorbidität – weitere Erkrankung zu Beginn der PB

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).

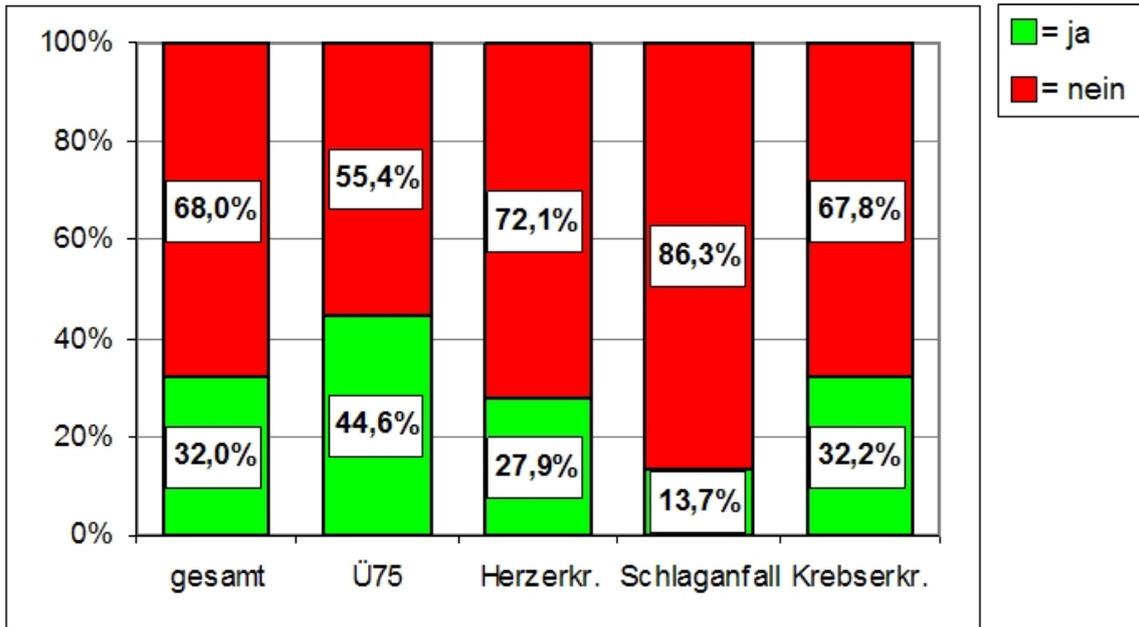


Abbildung 18: Episodenhaftigkeit der Erkrankung

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

Die Initiative zur Einleitung einer Patientenbegleitung ging in über der Hälfte aller Fälle von den Patientenbegleitern selbst aus (s. „PBG“ in Abbildung 19). Bemerkenswert erscheint dabei, dass Angehörige der Versicherten sogar etwas häufiger als Hauptinitiator genannt werden als z. B. die im Vertragsnetz organisierten niedergelassenen Ärzte. Auch von Seiten der dem Vertragsnetz angehörenden Krankenhäuser (s. „KH im Vertragsnetz“ in Abbildung 19) ging die Hauptinitiative vergleichsweise selten aus. Die Tatsache, dass eine Patientenbegleitung bei knapp 2/3 aller Fälle hauptsächlich durch einen Mitarbeiter der Bosch BKK (Patientenbegleiter oder andere BKK-Mitarbeiter) initiiert wurde, legt den Schluss nahe, dass nach aktuellem Stand die Steuerungsinitiierung primär in den Händen der Bosch BKK liegt. Daher kann diskutiert werden, ob durch bestimmte Maßnahmen (z. B. Optimierung der Informationsflüsse) die PB-Partner zukünftig stärker in den Auswahlprozess involviert werden sollten. Weitergehende Befunde aus der Wirkfaktorenanalyse (s. Abschnitt 4.7 bzw. 4.7.1) deuten allerdings darauf hin, dass dadurch nicht zwangsläufig besser „steuerbare“ Fälle (im Sinne der Effektivität) in die Patientenbegleitung einfließen müssen. Insofern ist die Initiierung durch den Patientenbegleiter durchaus nicht unbedingt negativ zu sehen. Letztendlich ist auch die Fallauswahl genuiner Bestandteil des CM-Prozesses.

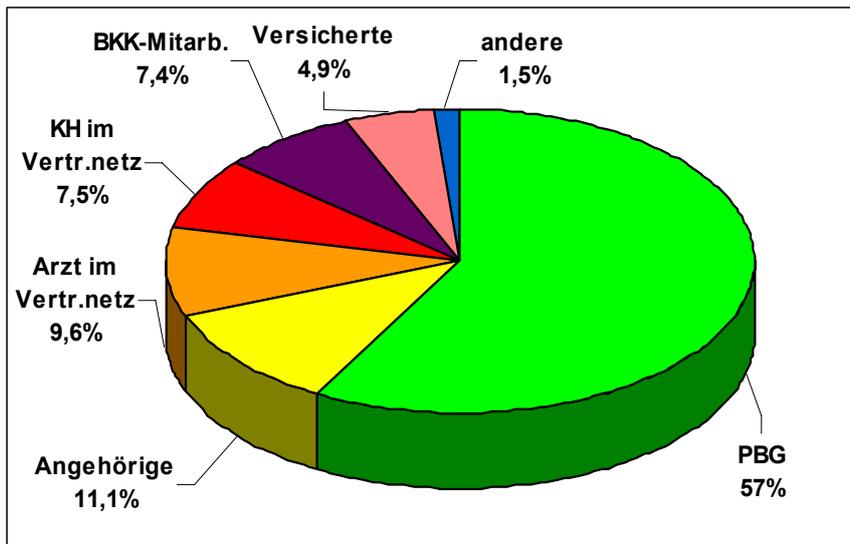


Abbildung 19: Hauptinitiator der Patientenbegleitung

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.

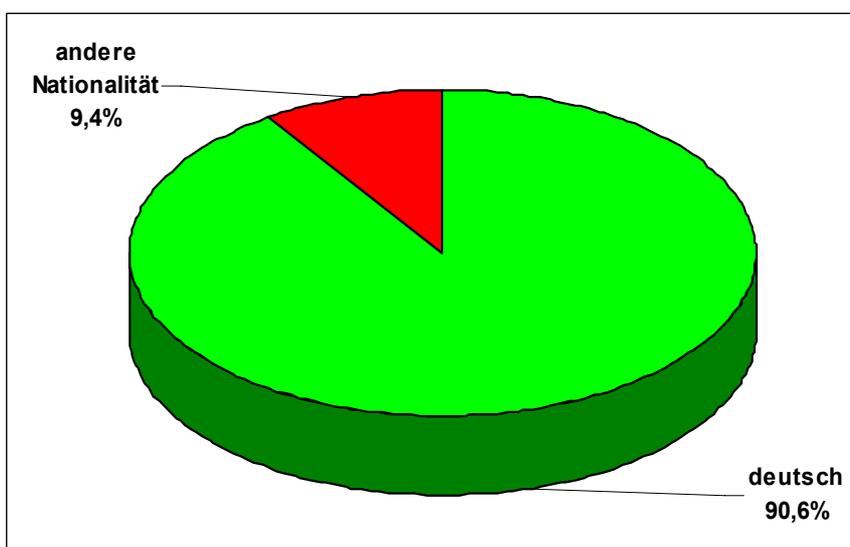


Abbildung 20: Staatsangehörigkeit der Versicherten

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.

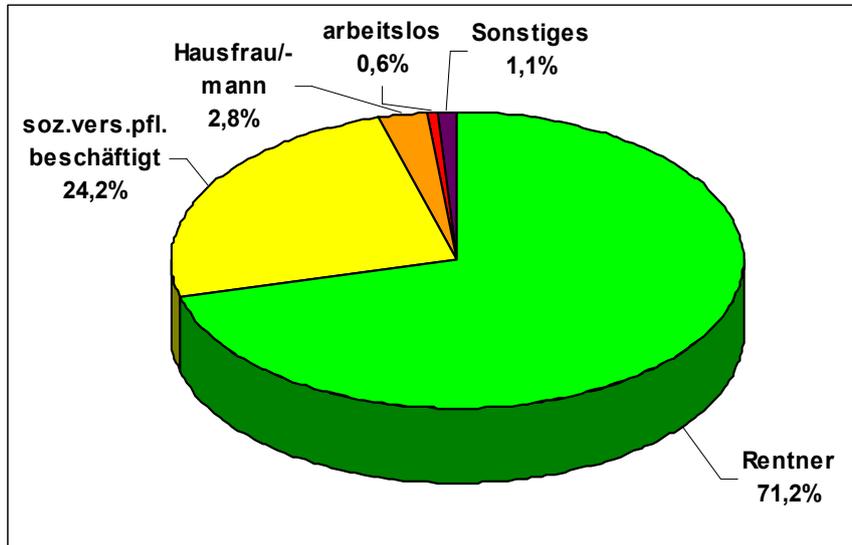


Abbildung 21: Erwerbstätigkeit

Wohnsituation

Die Tatsache, dass lediglich rund 21 % aller erfassten Versicherten alleine, dagegen aber über $\frac{3}{4}$ 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.

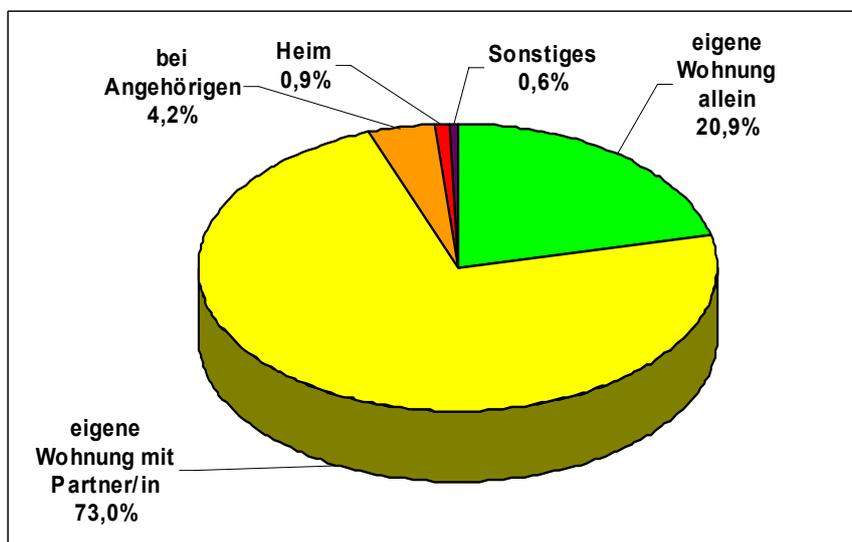


Abbildung 22: Wohnsituation der Versicherten

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 (χ^2 -Test, $p=0.422$).

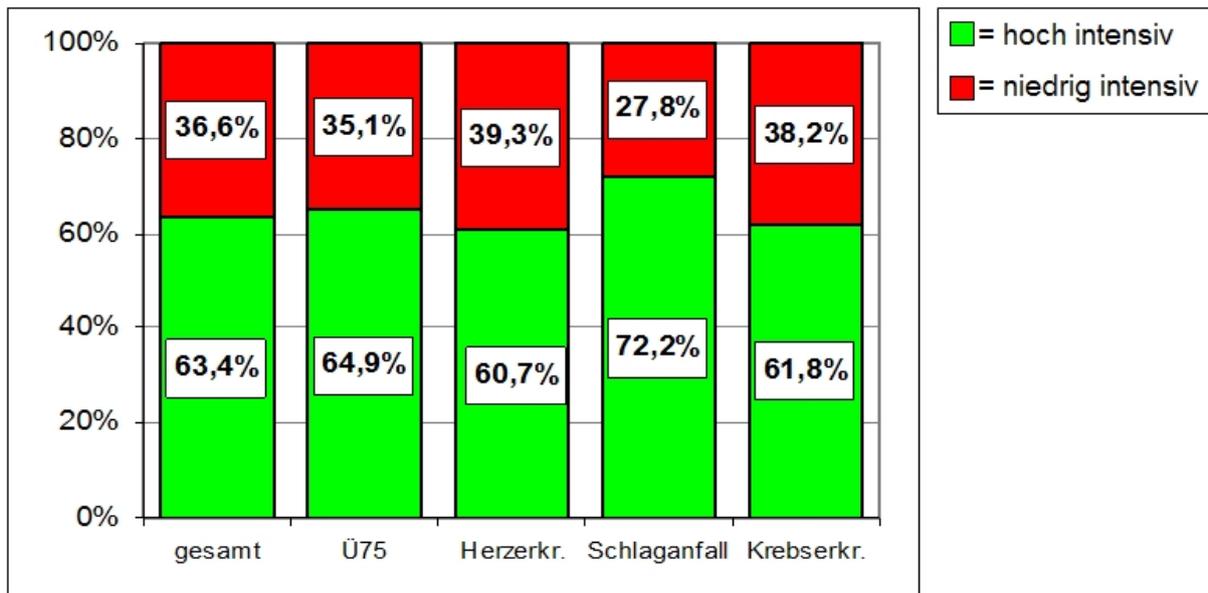


Abbildung 23: Untersuchungsgruppenspezifische Intensität der PB

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 Informationen 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).

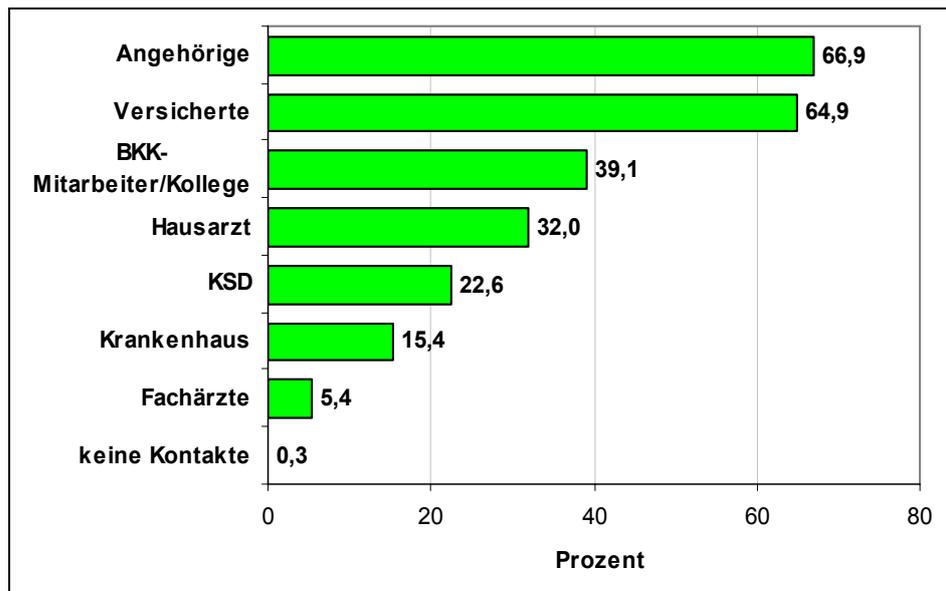


Abbildung 24: Informationsquellen für die Bedarfsfeststellung

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 Mittelwertsunterschiede (ANOVA, $p=0.209$).

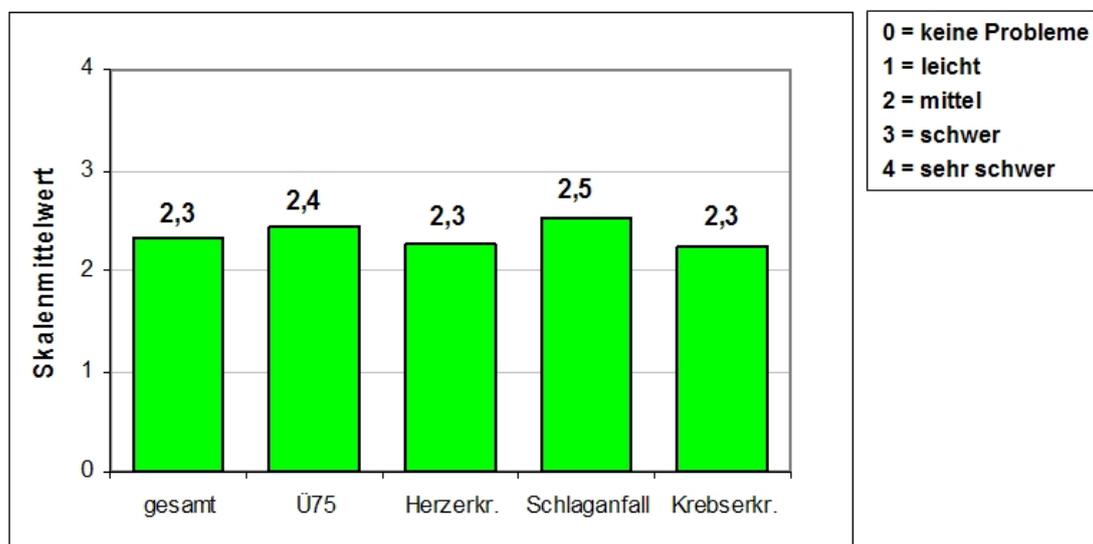


Abbildung 25: Globalbeurteilung der Problemlagen der Versicherten

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.

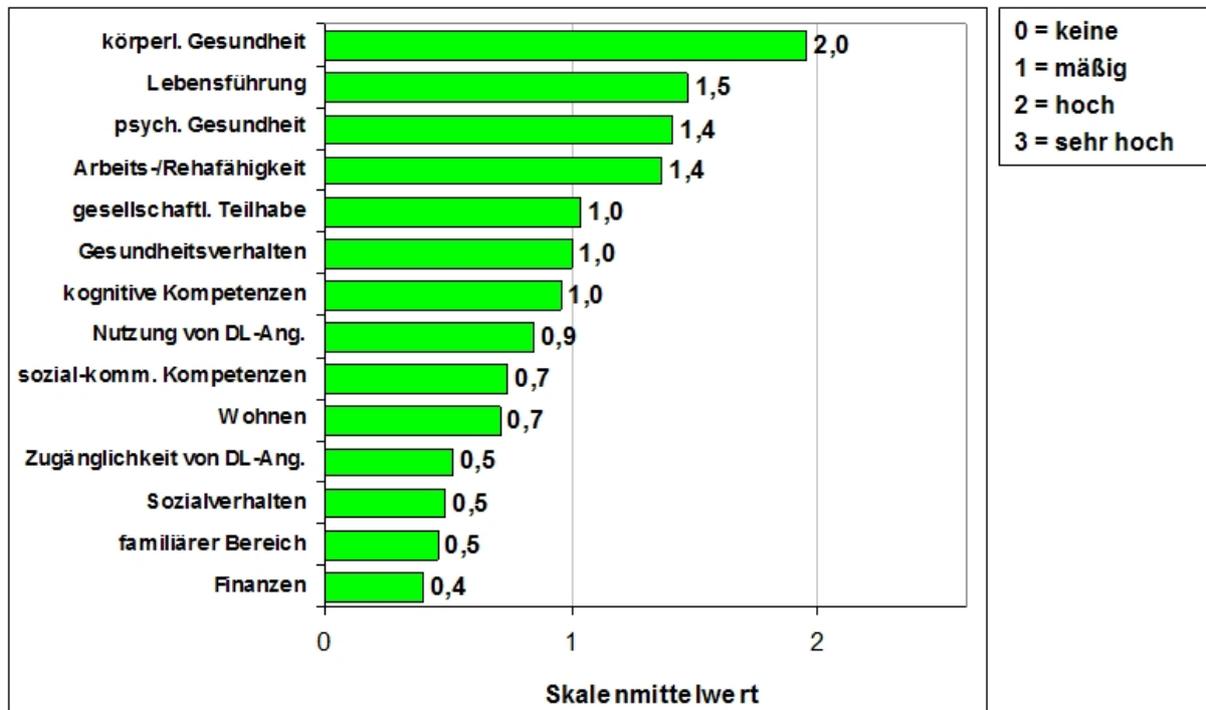


Abbildung 26: aktuelle Problemlagen bei Beginn der PB

Aktuelle Ressourcenlage der Versicherten

Global werden den, im Rahmen der vorliegenden Evaluation untersuchten, Versicherten von den Patientenbegleitern durchschnittlich weitestgehend ausreichend entwickelte Ressourcen attestiert (s. Abbildung 27).

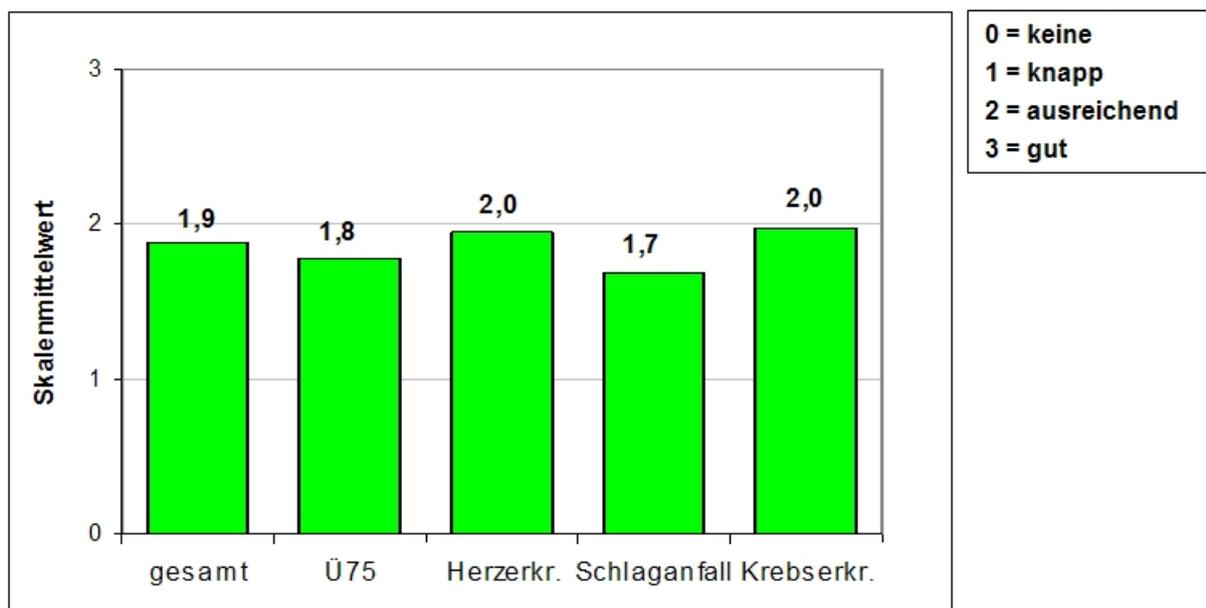


Abbildung 27: Globalbeurteilung der Ressourcenlage der Versicherten

Dabei liegen statistisch nachweisbare Unterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen vor: Die Gruppe der Schlaganfallpatienten besitzt signifikant geringere Ressourcen als die Personengruppen mit Herzkrankung (LSD-Test⁶, $p=0.037$) bzw. Krebserkrankung (LSD-Test, $p=0.017$). Zwischen den Untersuchungsgruppen Ü75 und Krebserkrankung besteht ein tendenzieller Mittelwertsunterschied (LSD-Test, $p=0.063$).

Bei den individuellen Ressourcen der Versicherten zeigt sich insgesamt ein sehr positives Bild: Eine große Zahl von Ressourcenbereichen wird von den Patientenbegleitern als ausreichend bis gut bewertet (s. Abbildung 28). Die größten „Baustellen“ werden dabei, analog zur Einschätzung über die vorliegenden Problemlagen, in den Bereichen körperliche Gesundheit und Lebensführung gesehen.

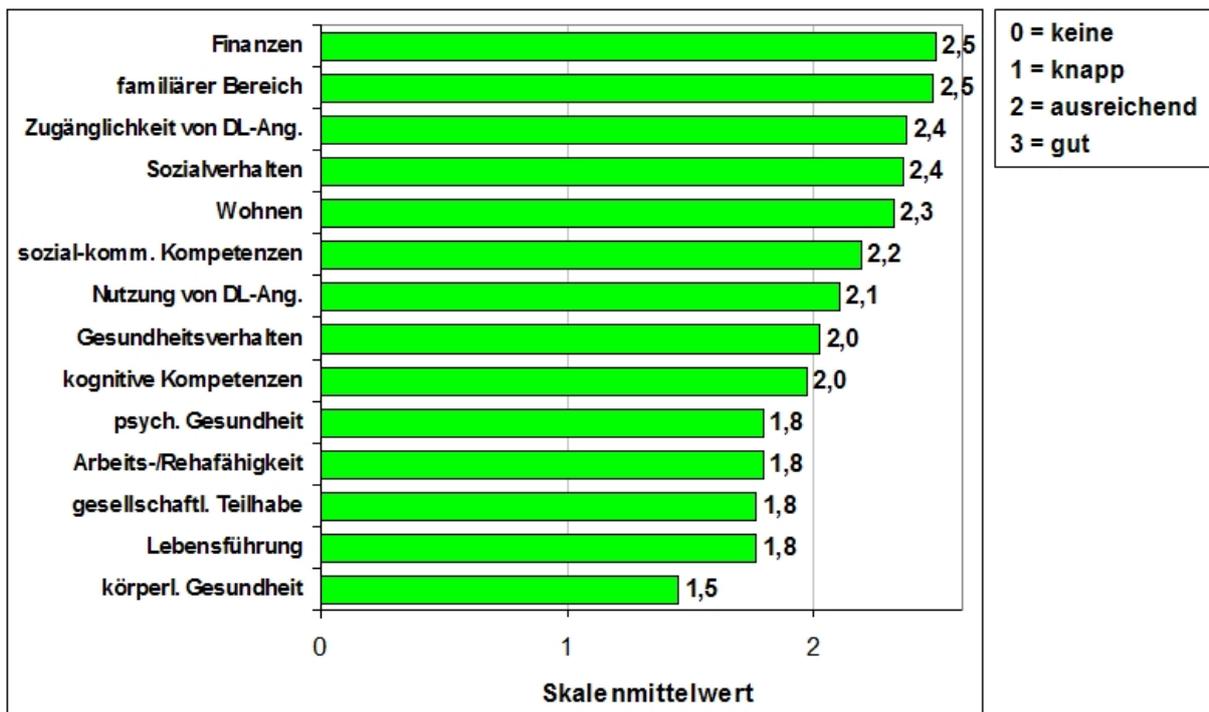


Abbildung 28: aktuelle Ressourcen der Versicherten

Ziele der Patientenbegleitung

Bei den im Zuge der Patientenbegleitung formulierten Zielen steht die unmittelbare Verbesserung der körperlichen Gesundheit inklusive der Mobilität im Vordergrund (s. Abbildung 29). Neben der Verbesserung der Versorgungssituation der Versicherten stellen die Verbesserungen von Selbst-/Alltagsmanagement, Wohnsituation, Arbeits-/Reha-Fähigkeit, Gesundheitsverhalten und psychischer Gesundheit weitere wichtige Ziele der Patientenbegleitung dar. Die Zielformulierungen der Patientenbegleiter leiten sich dabei unmittelbar aus den vorliegenden Defiziten und Problemlagen der Versicherten ab (siehe oben).

⁶ Der LSD-Test („Least Significant Difference“) ist ein sog. Post-hoc-Test und kommt im Rahmen von Varianzanalysen zum Einsatz, wenn zwischen 3 oder mehr Untersuchungsgruppen signifikante Mittelwertsunterschiede bestehen. Er dient zur paarweisen Untersuchung der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Untersuchungsgruppen (vgl. Janssen/Laatz 1997).

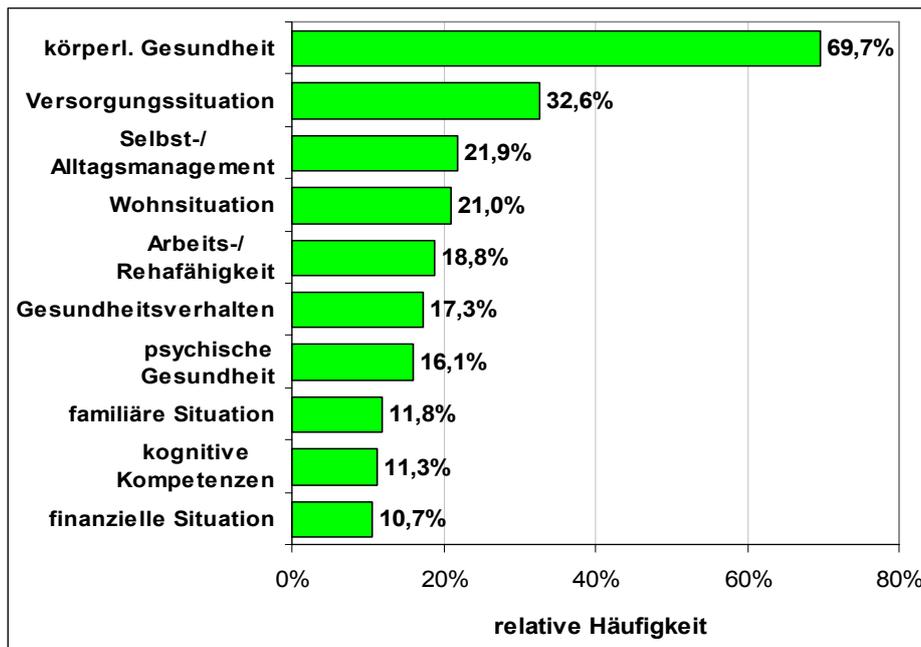


Abbildung 29: Ziele der Patientenbegleitungsmaßnahmen

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*).

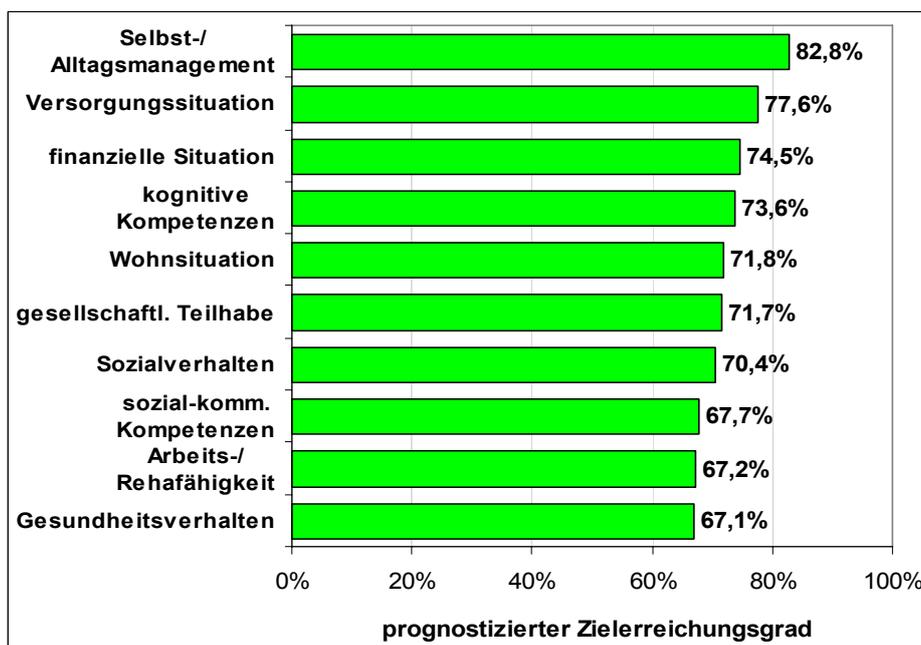


Abbildung 30: prognostizierter Zielerreichungsgrad

Geplante Maßnahmen

Korrespondierend mit den als wichtigste Zielstellungen genannten Verbesserungen in Selbst- bzw. Alltagsmanagement sowie der individuellen Versorgungssituation liegen die Schwerpunkte der geplanten Einzelaktivitäten auf der Vermittlung notwendiger Kontakte, der Klärung der Gesundheitssituation, inklusive Abstimmung mit Ärzten und sonstigen relevanten Stellen, sowie persönlicher Beratung und Betreuung (s. Abbildung 31).

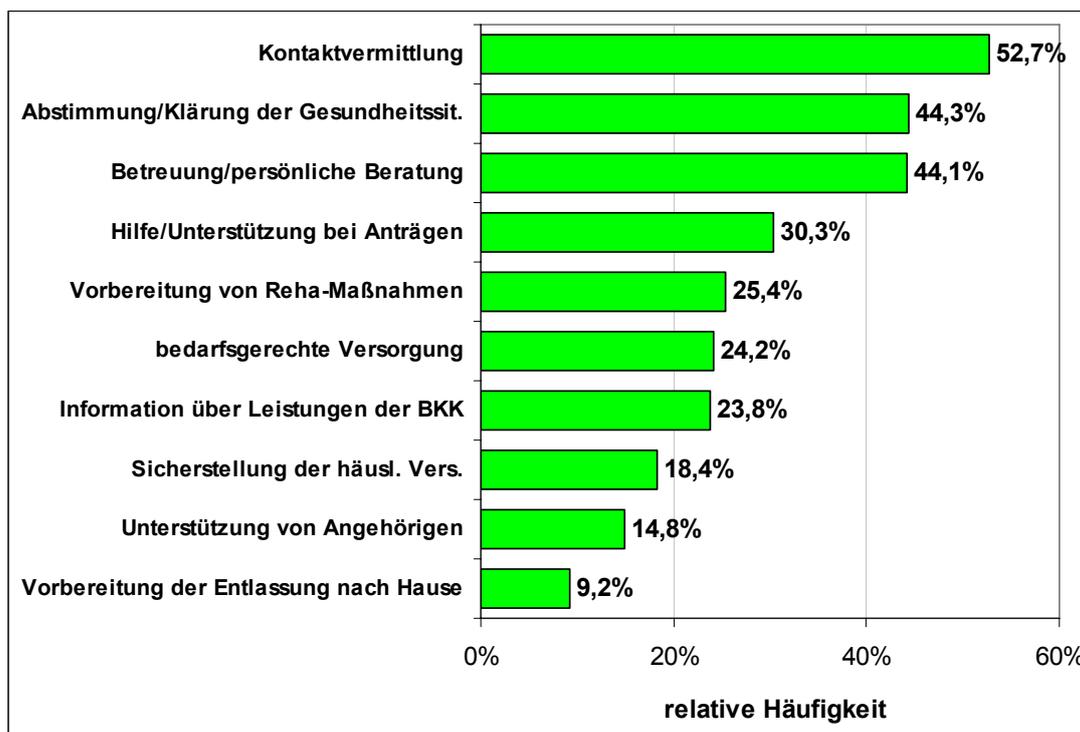


Abbildung 31: geplante Maßnahmen

Art der Umsetzung von Zielvereinbarungen/Serviceplan

Die im Serviceplan vorgesehene Umsetzung der Zielvereinbarungen erfolgt größtenteils wie erwartet in enger dialogischer Abstimmung zwischen Patientenbegleitern und Versicherten (s. Abbildung 32). In rund einem Drittel aller Fälle gibt allerdings tendenziell eher der Patientenbegleiter die Zielvereinbarungen bzw. den Serviceplan vor. Eine stark oder gar ausschließlich an den Wünschen der Versicherten orientierte Maßnahmenplanung erfolgt lediglich in knapp 10 % aller Fälle. Insgesamt werden Zielvereinbarungen und Serviceplan, sofern eine dialogische Abstimmung nicht möglich ist, tendenziell eher vom Patientenbegleiter bestimmt. Letztendlich ist es die Aufgabe (und die Kunst) des Patientenbegleiters dabei eine Passung zwischen den Wünschen des Versicherten und den fachlichen Bedarfen herzustellen. Eine ausschließliche Orientierung an den Wünschen der Versicherten kann nur erfolgen, wenn diese auch mit den tatsächlichen fachlichen Bedarfen übereinstimmen bzw. angenähert werden können. Mitunter haben die Versicherten im Hinblick auf die Leistungen eben nicht immer völlig „realistische“ Vorstellungen. Ein zu direktives Vorgehen ist allerdings ebenfalls kritisch zu sehen, da aufgrund der geringeren Partizipation ein ebenfalls geringeres Maß an aktiver Mitwirkung seitens der Versicherten zu erwarten ist.

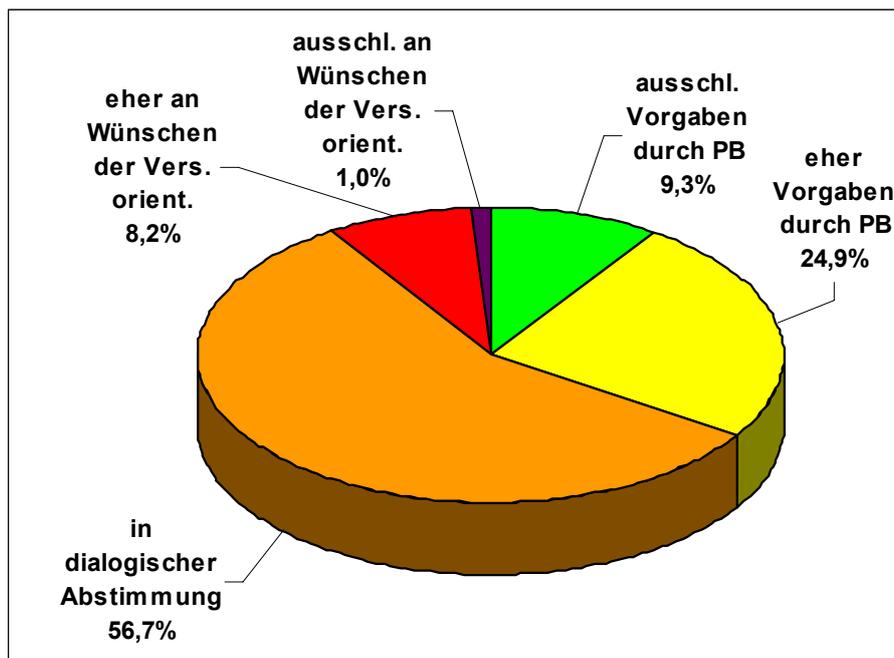


Abbildung 32: Art der Umsetzung der geplanten Maßnahmen

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 engere 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.

Die Ziele der Patientenbegleitungsmaßnahmen orientieren sich unmittelbar an den im Rahmen des Assessments ermittelten Defiziten und Problemlagen der Versicherten. Ihre Umsetzung in Form eines aufgestellten individuellen Serviceplans erfolgt überwiegend in enger Abstimmung mit den Patienten, so dass zu Beginn der Patientenbegleitung im Schnitt auch eine weitgehende Realisierung der Zielvereinbarungen prognostiziert wird.

4.1.5. Ergebnisse

Art der Beendigung

Bei rund $\frac{3}{4}$ aller untersuchten Fälle wurde die Patientenbegleitungsmaßnahme planmäßig durchgeführt und in Abstimmung zwischen allen verantwortlich Beteiligten beendet (s. Abbildung 33). Ein vorzeitiger Abbruch einer Maßnahme auf Initiative einer oder mehrerer an der Patientenbegleitung beteiligten Personen und Institutionen kommt im Rahmen eines als steuerungsbedürftig eingestuften Falles nur sehr selten vor. Darüber hinaus wurden leider rund 11 % der untersuchten Maßnahmen durch den Tod der Versicherten beendet. Der hohe Anteil planmäßig durchgeführter Patientenbegleitungen stellt, unabhängig von den im Endeffekt tatsächlich erreichten Erfolgen, zunächst einmal eine sehr gute Voraussetzung für eine hohe Effektivität der Patientenbegleitung dar.

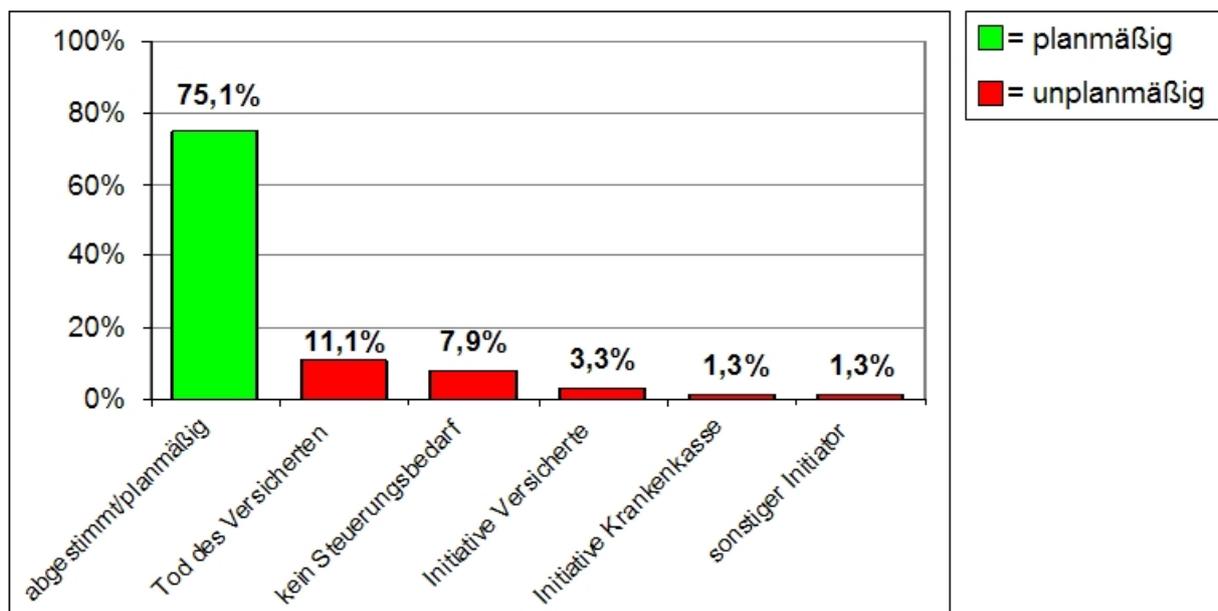


Abbildung 33: Art der Beendigung

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 (χ^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.

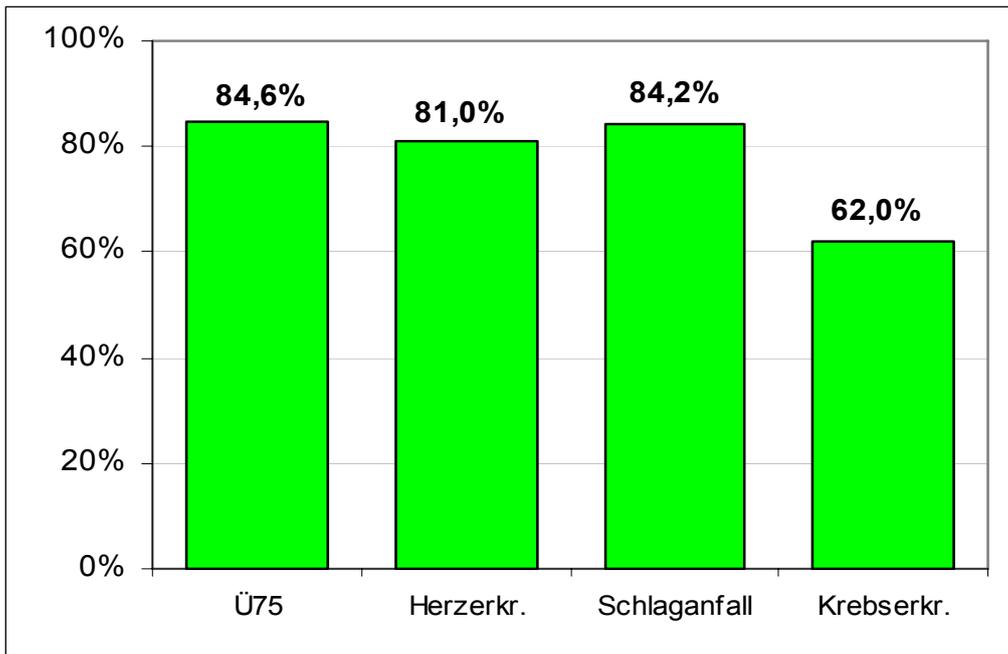


Abbildung 34: Untersuchungsspezifischer Anteil planmäßig beendeter Maßnahmen

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).

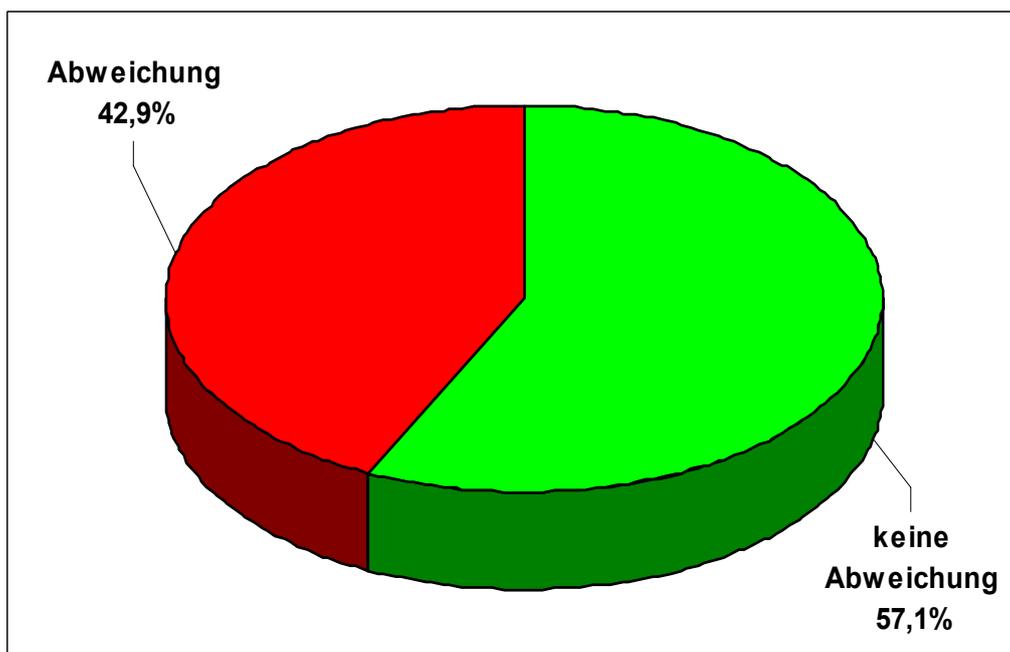


Abbildung 35: Abweichung tatsächlich durchgeführter Maßnahmen vom Serviceplan

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 DienstleistungsangebotenDer 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 DienstleistungsangebotenDer Ressourcenindex kann Werte zwischen 0 (= keine Ressourcen) und 100 (= maximale Ressourcen) annehmen. Höhere Werte stehen dementsprechend für mehr Ressourcen.
3. Zielerreichungsindex: Dieser Index setzt sich zusammen aus den Einschätzungen zum Realisierungsgrad der fünf zentralen Handlungsziele der PB-Maßnahmen. Er kann Werte zwischen -25 (= Verschlechterung) und +125 (= Ziel übertroffen) annehmen. Höhere Werte stehen dementsprechend für eine bessere Zielerreichung.
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 Effektgröße⁷ 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-Test⁸, $p=0.092$).

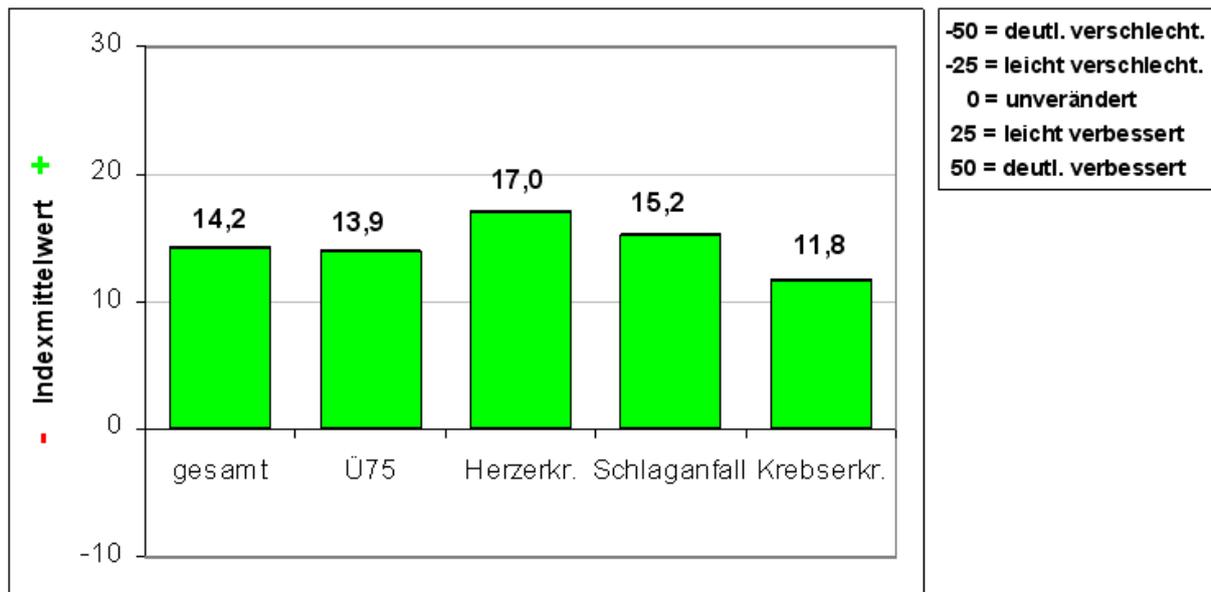


Abbildung 36: Untersuchungsgruppenspezifischer Effektindex

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.

⁷ Die Effektgröße ist ein standardisiertes statistisches Maß, das die relative Größe der Mittelwertsdifferenz zwischen 2 Untersuchungsgruppen (oder 2 Zeitpunkten) angibt. Effektgrößen können das (relative) „Ausmaß“ von signifikanten Ergebnissen veranschaulichen und damit (unter anderem) Anhaltspunkte zur Beurteilung der praktischen Bedeutsamkeit dieser Befunde geben (vgl. Bortz/Döring 2006). Je nach verwendetem Testverfahren können unterschiedliche Effektgrößen berechnet werden. Ein international übliches und weit verbreitetes Maß ist das sog. „Cohens d“.

⁸ Der Scheffé-Test ist ein sog. Post-hoc-Test und kommt im Rahmen von Varianzanalysen zum Einsatz, wenn zwischen 3 oder mehr Untersuchungsgruppen signifikante Mittelwertsunterschiede bestehen. Er dient zur paarweisen Untersuchung von Mittelwertsdifferenzen zwischen den Untersuchungsgruppen und ist ggü. punktuell starken Unterschieden in den jeweiligen Stichprobengrößen vergleichsweise unempfindlich (vgl. Bortz 2005).

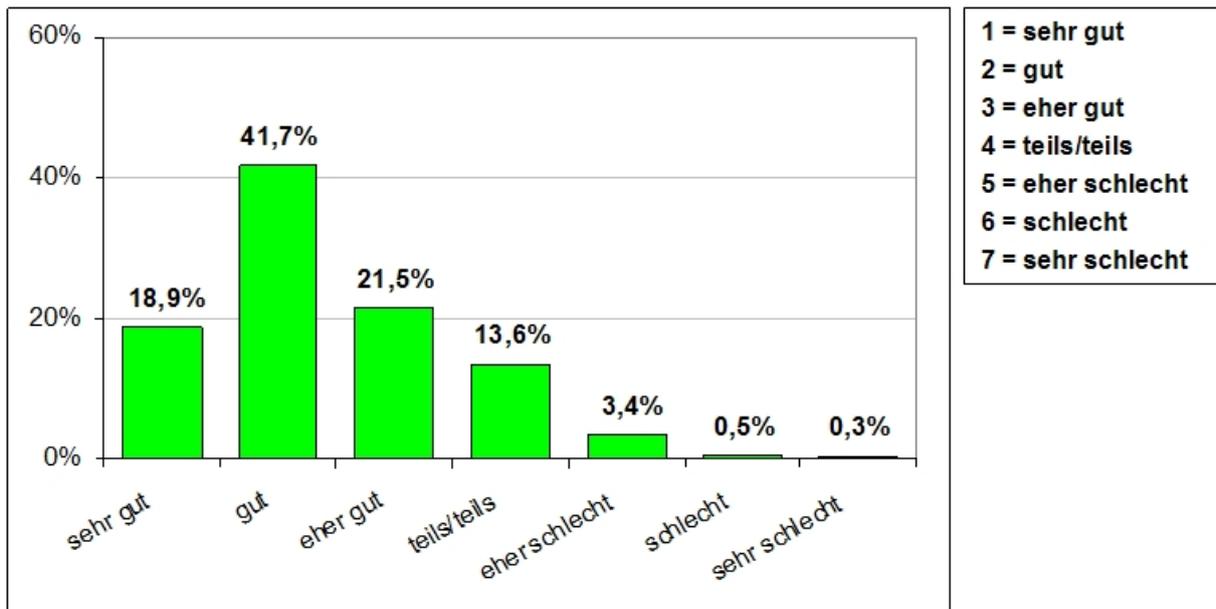


Abbildung 37: Wirksamkeit der Maßn. aus Sicht der Patientenbegleiter

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

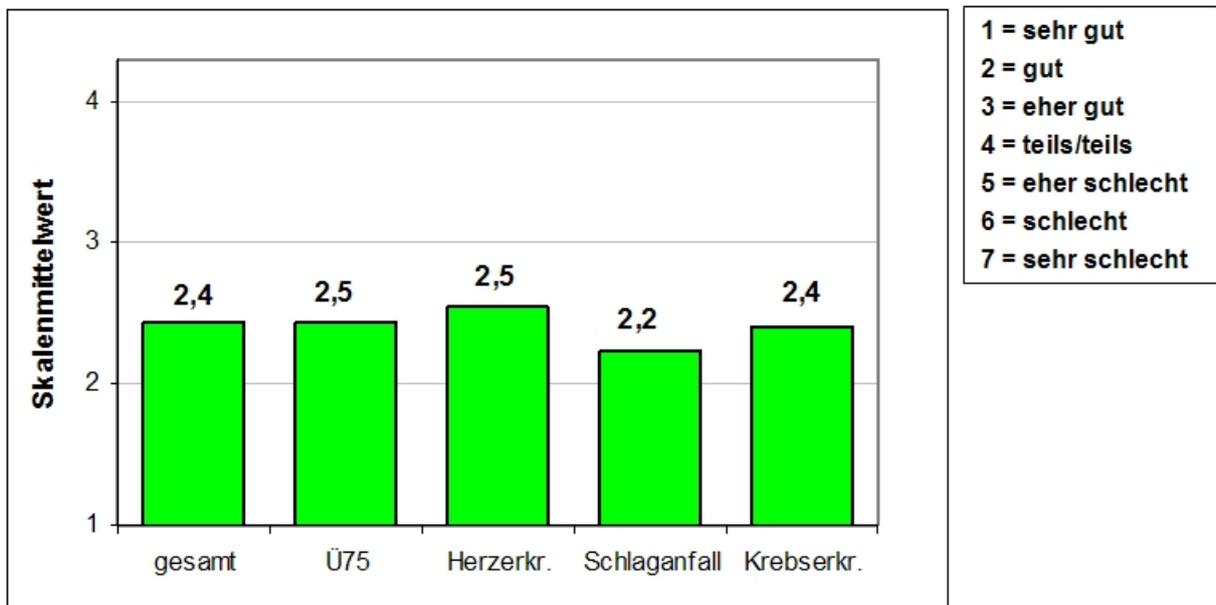


Abbildung 38: Untersuchungsgruppenspezifische Wirksamkeit aus Sicht der Patientenbegleiter

Problemlagenänderung: Defizitindex

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

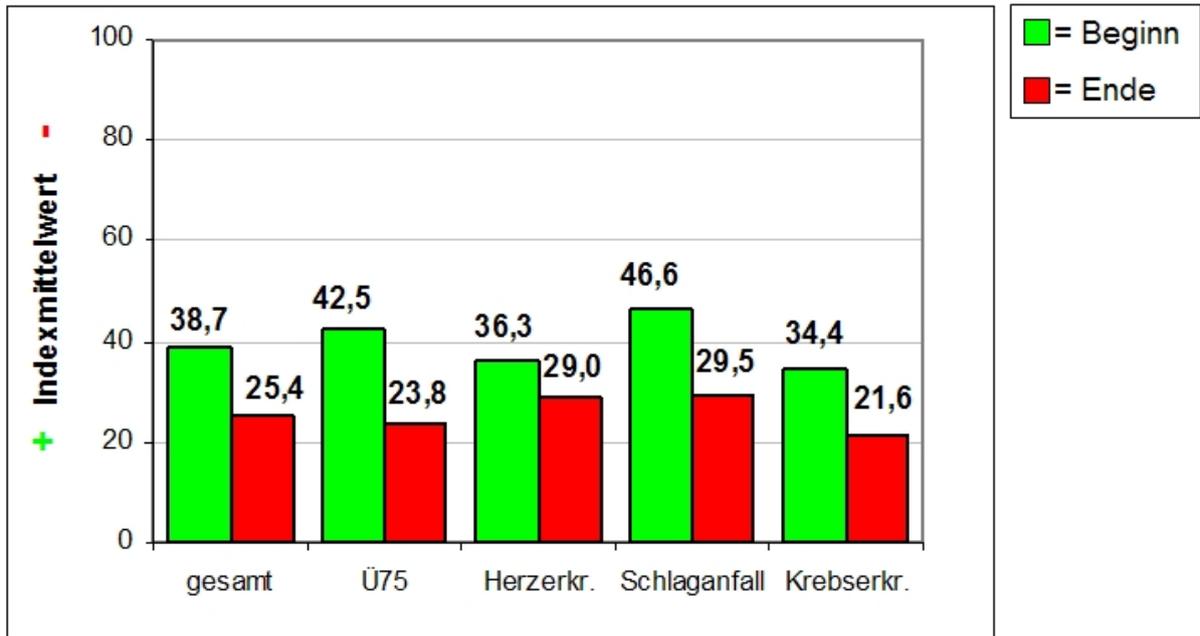


Abbildung 39: Untersuchungsspezifische Defizitindexentwicklung

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 Ressourcenindex (s. Abbildung 40). Auch hier sind in allen Untersuchungsgruppen erhebliche, statistisch signifikante Verbesserungen zu erkennen (ANOVAs mit Messwdh., $p=0.000$).

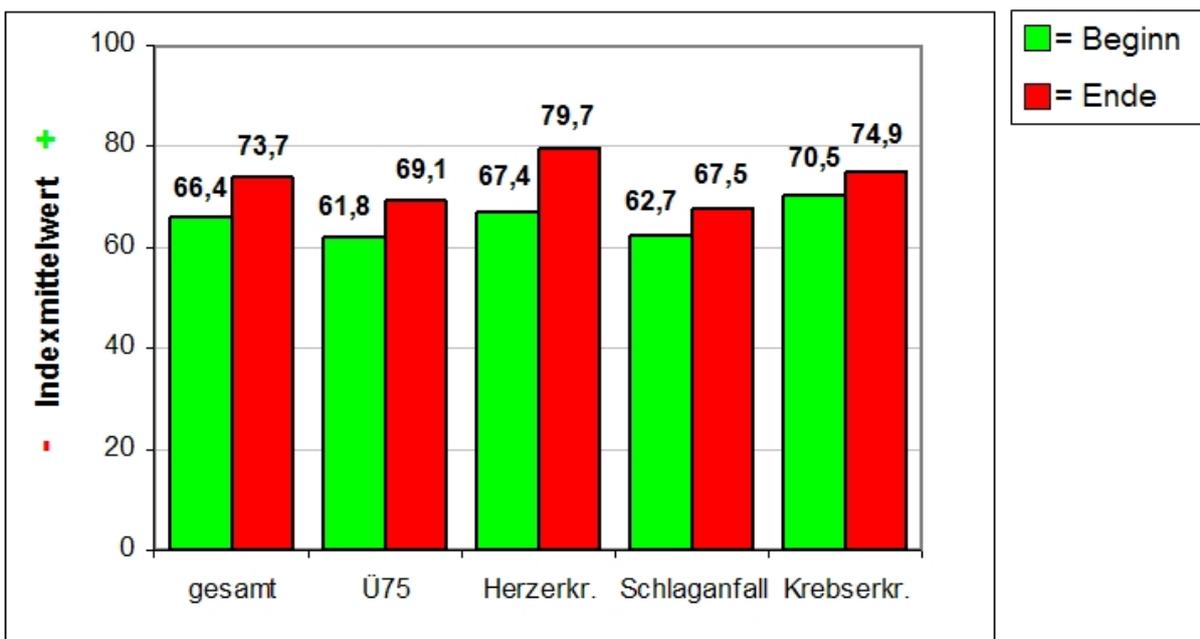


Abbildung 40: Untersuchungsspezif. Ressourcenindexentwicklung

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., $p=0.000$).

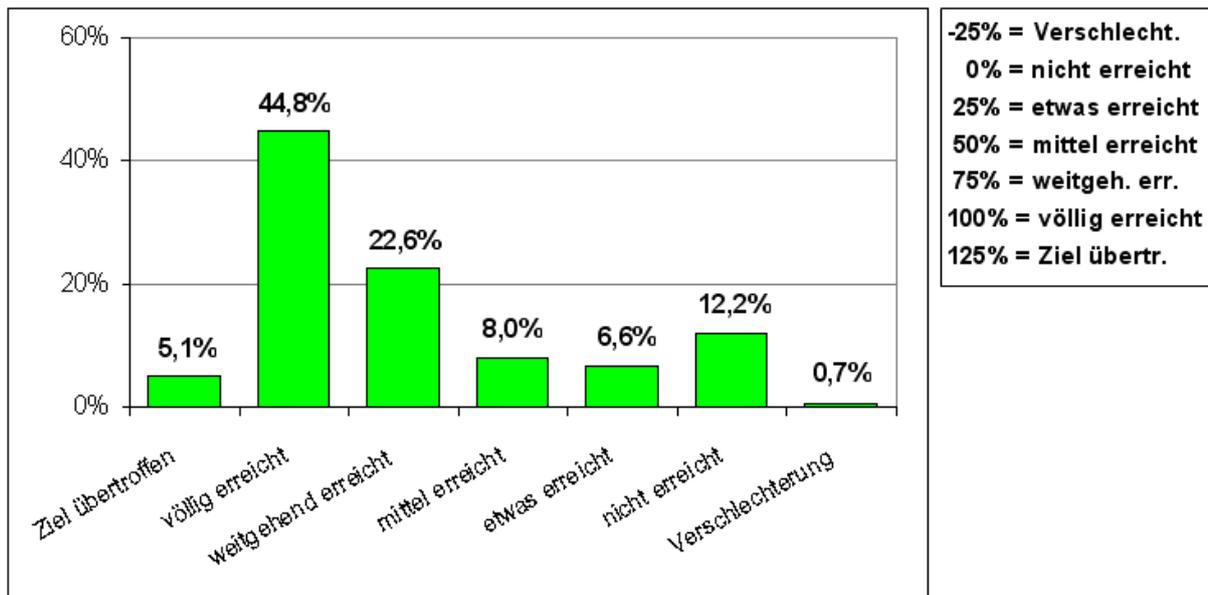


Abbildung 41: Zielerreichungsgrade

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, $p < 0.05$).

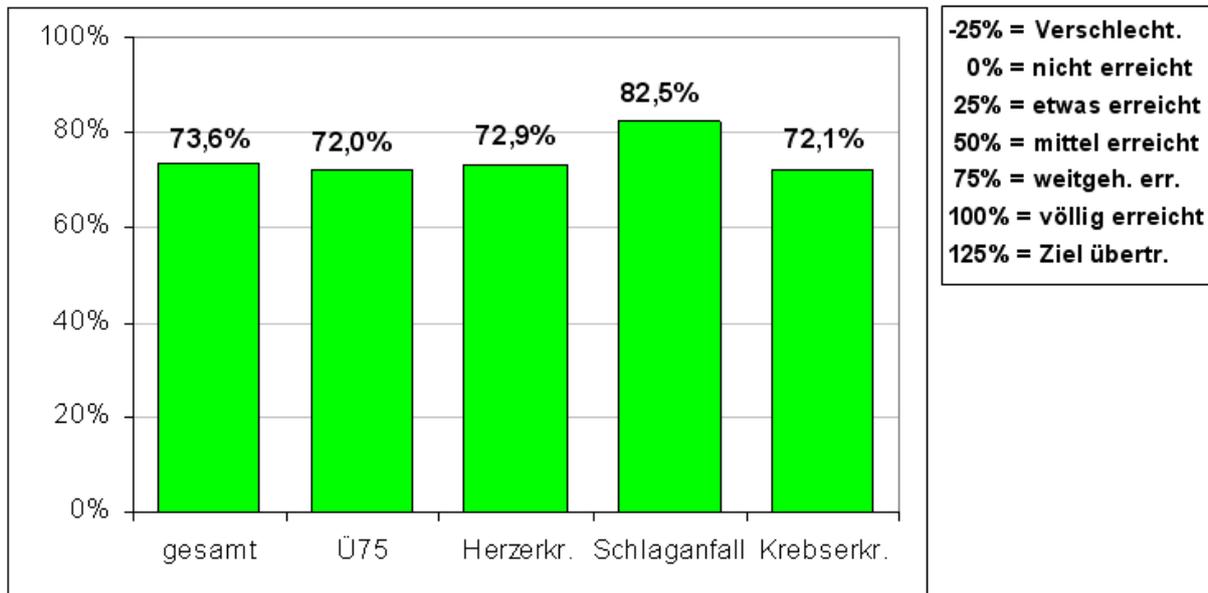


Abbildung 42: Untersuchungsgruppenspezifische Zielerreichungsgrade

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-Rho⁹=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.

⁹ Mit der nicht-parametrischen Korrelation nach Spearman werden Zusammenhänge zwischen zwei Merkmalen untersucht, wenn mindestens bei einem dieser Merkmale keine Normalverteilung und/oder nur eine Rangskalierung vorliegt. Der dabei gebildete Korrelationskoeffizient Spearman-Rho kann Werte zwischen „-1“ und „1“ annehmen, wobei die Extremwerte für stärkste (negative bzw. positive) Zusammenhänge stehen. Bei einem Wert von „0“ gibt es keinen Zusammenhang zwischen den beiden untersuchten Merkmalen (vgl. Bortz 2005).

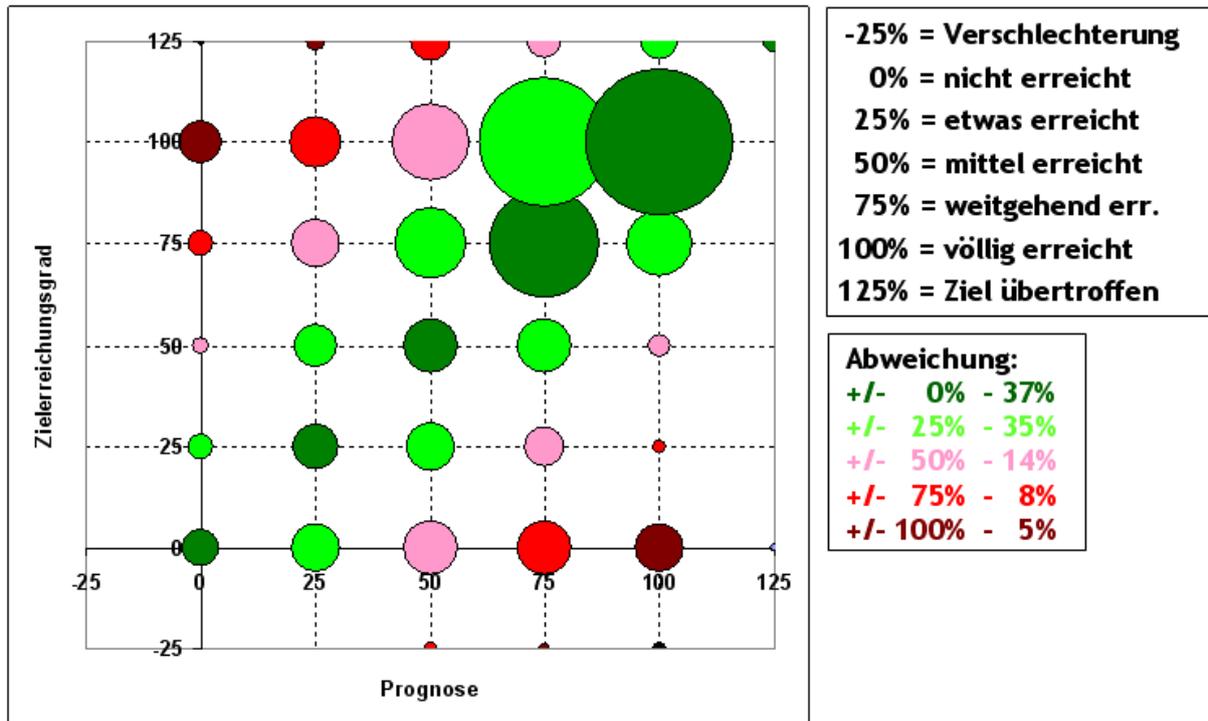


Abbildung 43: Übereinstimmung von prognostizierter und tatsächlicher Zielerreichung

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

	<i>N</i>	<i>Mittelwert (%)</i>	<i>Standardabweichung (%)</i>
<i>Ü75</i>	297	2,8	41,8
<i>Herzerkrankungen</i>	336	8,9	40,3
<i>Schlaganfall</i>	153	15,2	32,3
<i>Krebserkrankungen</i>	422	1,8	38,6
<i>Gesamt</i>	1208	5,7	39,4

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

Die weitere gesundheitliche Entwicklung der Versicherten nach Abschluss der Patientenbegleitungsmaßnahmen wird von den Patientenbegleitern insgesamt sehr unterschiedlich eingeschätzt (s. Abbildung 44). Auch die Prognosen zu erwarteten weiteren Krankenhausaufenthalten zeigen ein sehr breit gestreutes Bild.

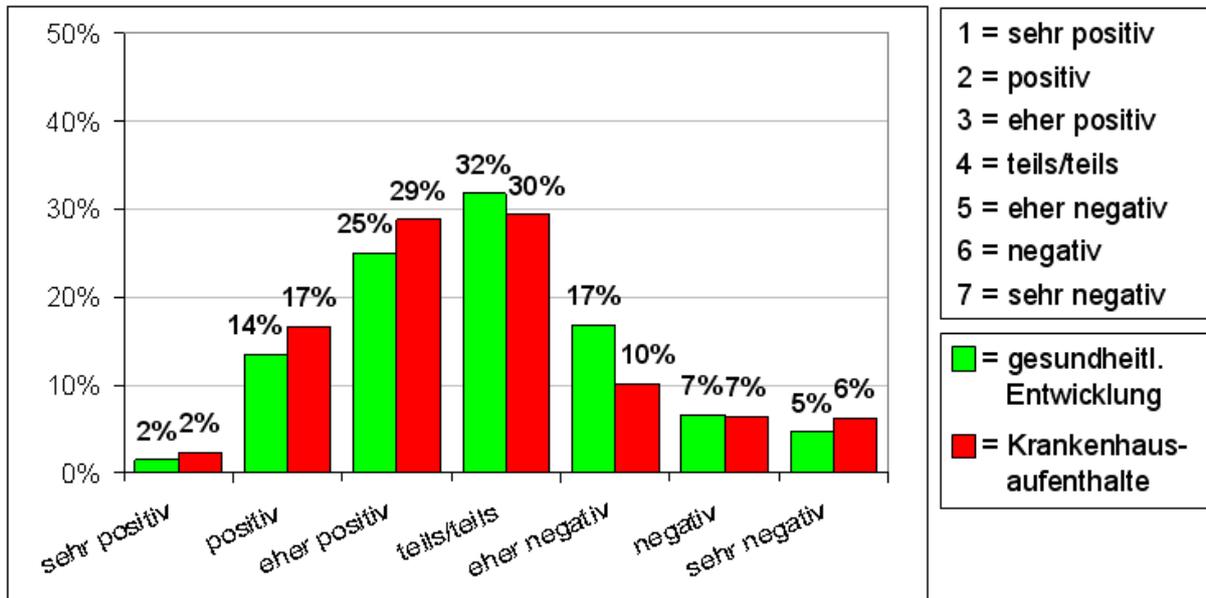


Abbildung 44: Prognosen zu gesundheitlicher Entwicklung und Krankenhaus-Aufenthalten

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, $p=0.000$).

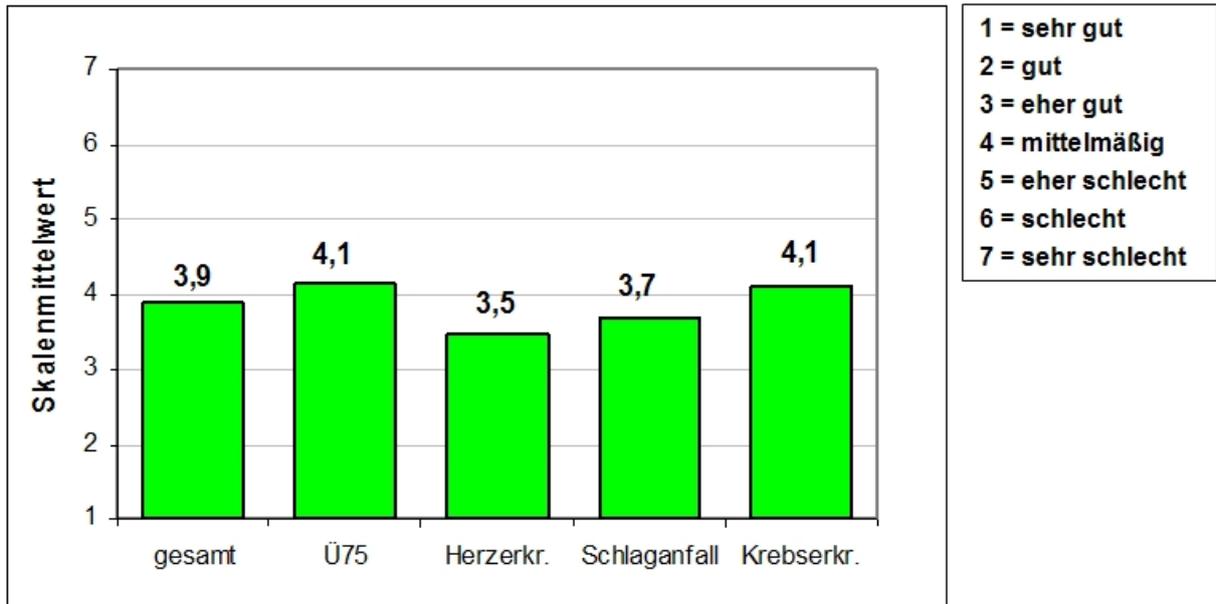


Abbildung 45: Untersuchungsgruppenspezifische Prognosen zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung

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, $p=0.027$).

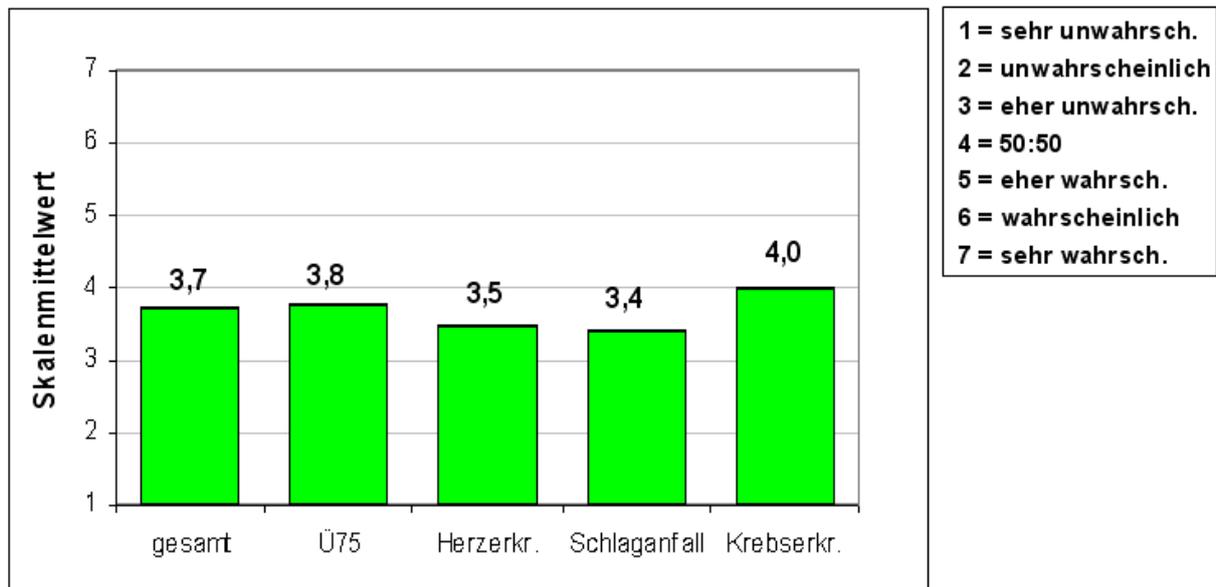


Abbildung 46: Untersuchungsgruppenspezifische Prognosen zu weiteren KH-Aufenthalten

4.1.6. Fazit: Ergebnisse

Planung und Durchführung der untersuchten Patientenbegleitungsmaßnahmen weisen insgesamt hohe Übereinstimmungsgrade auf. Neben dem mit 75 % sehr hohen Anteil planmäßig bis zum Ende geführter Patientenbegleitungen kommt es innerhalb des PB-Prozesses nur zu vergleichsweise geringen Abweichungen von den im Serviceplan festgelegten Einzelaktivitäten. Aufgrund dieser weitestgehend stringenter Realisierung der ursprünglich vorgesehenen Maßnahmeplanungen werden unter anderem die zu Beginn formulierten Handlungsziele in hohem Maße erreicht und es ist ebenfalls eine sehr hohe Übereinstimmung zwischen prognostizierter und tatsächlicher Zielerreichung festzustellen.

Die Effektivität der Maßnahmen wird von den Patientenbegleitern sehr positiv beurteilt. In über 60 % aller Fälle werden die Effekte entsprechend der subjektiven Eindrücke als gut bis sehr gut eingeschätzt. Ähnlich positive Ergebnisse zeigen auch die statistischen Ergebnisse bei den objektiviert dokumentierten Assessmentdaten der Patientenbegleiter. Sowohl im Bereich vorliegender Ressourcen als auch bei vorhandenen Defiziten der Versicherten zeigen sich weitgehende, statistisch signifikante Verbesserungen in allen Untersuchungsgruppen. Dabei liegen die stärksten Effekte, sowohl bei Defizitabbau als auch bei Ressourcenaufbau, in den Bereichen körperliche und psychische Gesundheit, Nutzung von Dienstleistungsangeboten sowie Lebensführung. Im Bereich der Problemlagen gelingen zudem Verbesserungen bzgl. des Gesundheitsverhaltens und der Arbeits-/Reha-Fähigkeit. Die Effektstärke der Ressourcenveränderungen liegt insgesamt auf einem niedrigeren Niveau als die der Veränderungen der Problemlagen. Dies legt den Schluss nahe, dass im Rahmen von Patientenbegleitungsmaßnahmen der Abbau von Problemen bzw. Defiziten von Versicherten besser gelingt als die Förderung von Ressourcen bzw. Kompetenzen. Dabei handelt es sich aber um einen für den Untersuchungskontext durchaus nicht untypischen Befund.

Trotz der insgesamt hohen Effekte der Maßnahmen und der positiven Gesamtentwicklung innerhalb der Untersuchungsstichprobe fallen die Prognosen der Patientenbegleiter zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung der Versicherten sowie zur Wahrscheinlichkeit von weiteren Krankenhausaufenthalten weitaus weniger positiv aus. Dies ist aber wohl darauf zurückzuführen, dass hier eine allgemeinere Perspektive gefragt ist. Zudem ist eine solche Prognose für die Patientenbegleiter, in Anbetracht der fachlichen Qualifikationen, grundsätzlich nur sehr schwierig zu stellen.

4.2. Versichertenbefragung

Um auch die von den Versicherten subjektiv wahrgenommenen Effekte der Patientenbegleitung („impacts“) untersuchen zu können, wurden die Versicherten der Experimentalgruppe ebenso wie ihre statistischen Zwillinge in der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Beendigung der Patientenbegleitung persönlich angeschrieben und um ihre Einschätzungen zu Ablauf, Ergebnissen und ihrer Zufriedenheit mit der Patientenbegleitung gebeten. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Als Anreiz („incentive“) für die Teilnahme wurden unter den Rücksendungen Lose der Aktion Mensch-Lotterie verlost. Sofern im Vorfeld der Befragung bekannt wurde, dass die betreffenden Versicherten bereits verstorben waren, wurde von einem Anschreiben abgesehen. Dies betrifft in beiden Untersuchungsgruppen ca. 10 % der Fälle. Zudem sollten Versicherte nicht mehrfach angeschrieben werden. Insofern fällt die Zahl der in Experimental- und Kontrollgruppe angeschriebenen Versicherten jeweils etwas geringer aus als die in Abschnitt 4.1.1 dargestellte Grundgesamtheit aller Fälle mit Patientenbegleitung. Die in Tabelle 5 beschriebenen Rücklaufquoten beziehen sich nur auf die angeschriebenen Versicherten.

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

Die Rücklaufquoten in Experimental- und Kontrollgruppe sind mit jeweils ca. 40 % erfreulich hoch ausgefallen (s. Tabelle 5) und können auch verglichen mit Referenzwerten äußerst positiv beurteilt werden: In Anlehnung an Töpfer (1999) sind bei schriftlichen Befragungen, die mit der vorliegenden Evaluation vergleichbar sind, in der Regel nur Rücklaufquoten von 10–25 % zu erwarten. Höhere Quoten können bei telefonischen Befragungen (60–80 %) und bei persönlichen Befragungen (über 80 %) erreicht werden. In Anbetracht des vergleichsweise geringen materiellen Teilnahmeanreizes für die Versicherten steht zu vermuten, dass mitunter das gute Image der Markennamen Bosch und Daimler einen nicht unwesentlichen Anteil an den hohen Rückläufen hatte. Auf der anderen Seite besteht natürlich ebenfalls ein immaterieller Anreiz, durch die Bearbeitung des Fragebogens aktiv etwas zur Verbesserung der Versorgung im Gesundheitssystem beitragen zu können.

Tabelle 5: Rücklaufquoten der Versichertenbefragung

	<i>Versichertenbefragung (angeschrieben)</i>	<i>Versichertenbefragung (Rücklauf)</i>	<i>Versichertenbefragung (Quote)</i>
<i>Experimentalgruppe</i>	478	200	41,8 %
<i>Kontrollgruppe</i>	466	184	39,5 %

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.

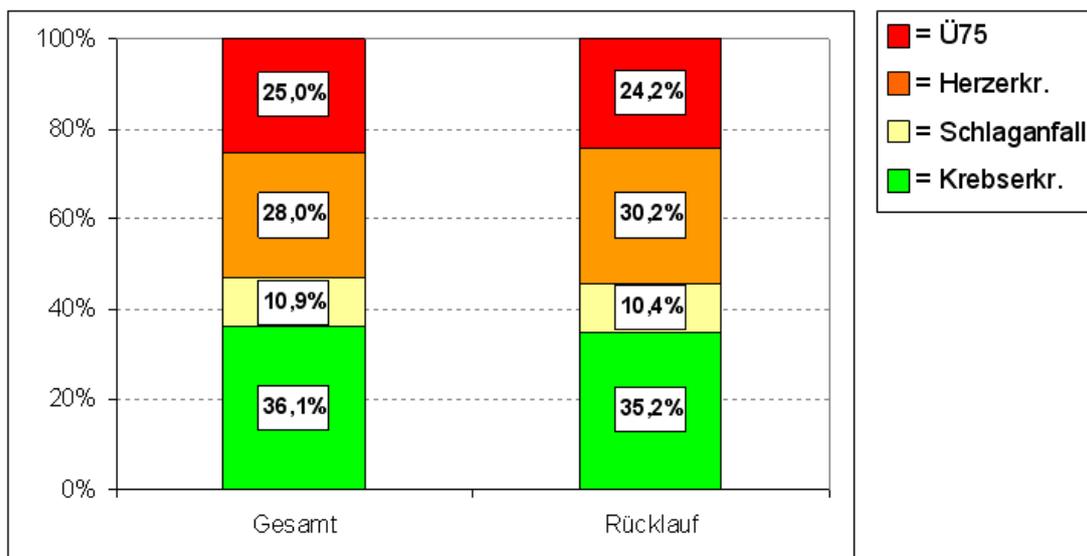


Abbildung 47: Untersuchungsgruppenspezifischer Rücklauf

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

Das Durchschnittsalter in der Gesamtstichprobe der Versichertenbefragung liegt bei knapp unter 67 Jahren. Zwischen den Versicherten der Experimental- und der Kontrollgruppe gibt es dabei keinen statistisch bedeutsamen Altersunterschied (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Altersverteilung der befragten Versicherten

	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<i>Kontrollgruppe</i>	184	66,7	14,68
<i>Experimentalgruppe</i>	200	66,8	14,12
<i>Gesamt</i>	384	66,7	14,37

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 (χ^2 -Test¹⁰, $p=0.274$), so dass neben dem Alter auch hinsichtlich des Geschlechts von einer vergleichbaren Ausgangslage in Experimental- und Kontrollgruppe ausgegangen werden kann.

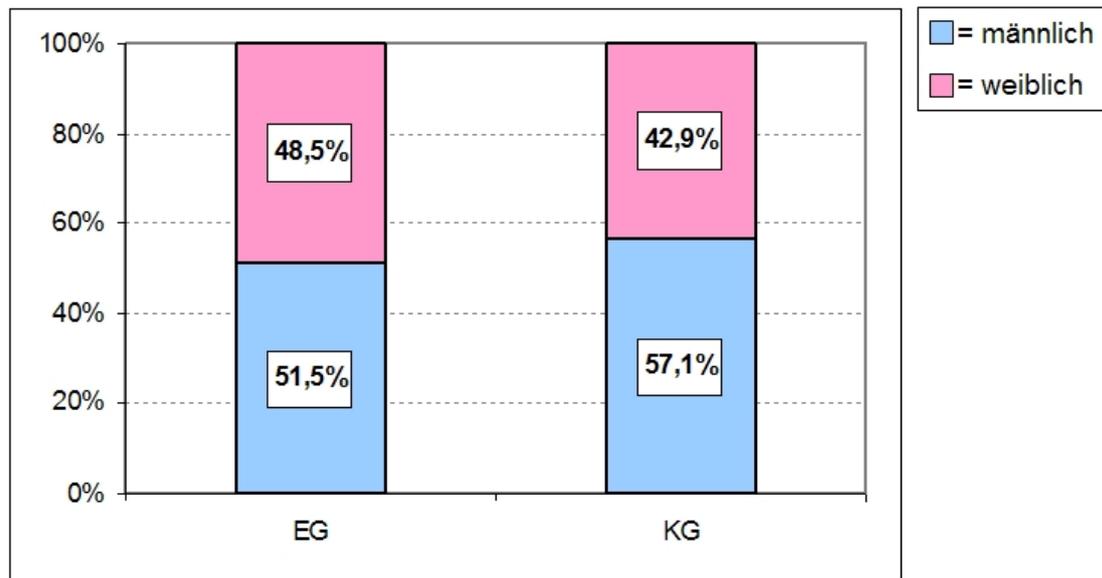


Abbildung 48: Geschlechtsverteilung

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 χ^2 -Tests werden Unterschiede in Häufigkeitsverteilungen zweier oder mehrerer Merkmale auf statistische Bedeutsamkeit hin überprüft (vgl. Bortz 2005).

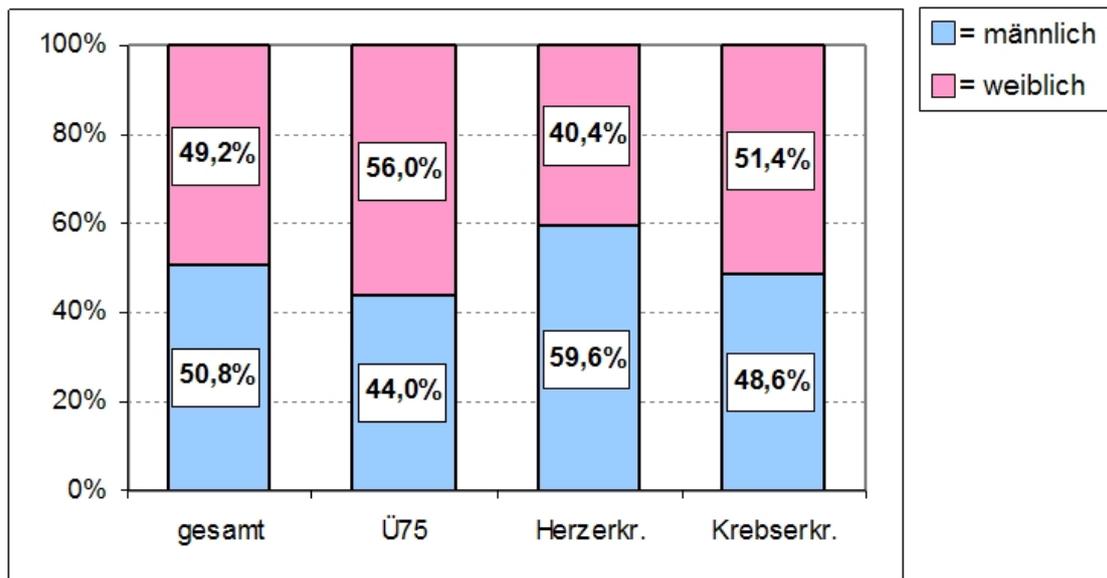


Abbildung 49: Untergruppenspezifische Geschlechtsverteilung

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 (χ^2 -Test, $p=0.035$).

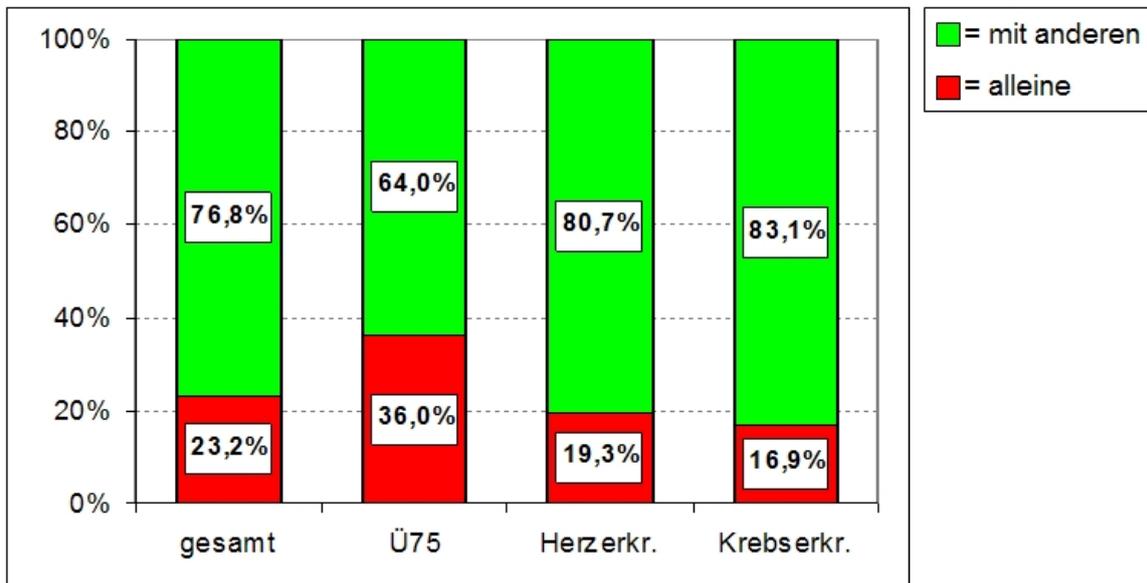


Abbildung 51: Untersuchungsgruppenspezifische Lebensform

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 ($\bar{X}=1,33$) fällt dieses Urteil allerdings noch einmal signifikant besser aus als in der Kontrollgruppe ($\bar{X}=1,49$) (Mann-Whitney-U-Test¹¹, $p=0.019$).

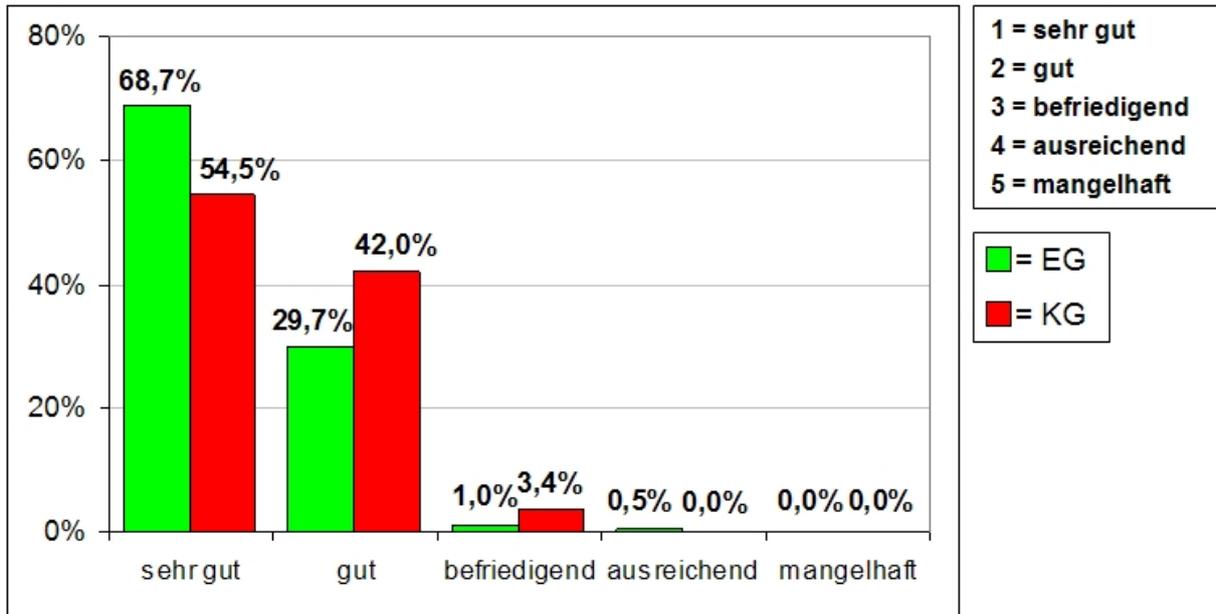


Abbildung 52: Atmosphäre bei Kontakten

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.

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).

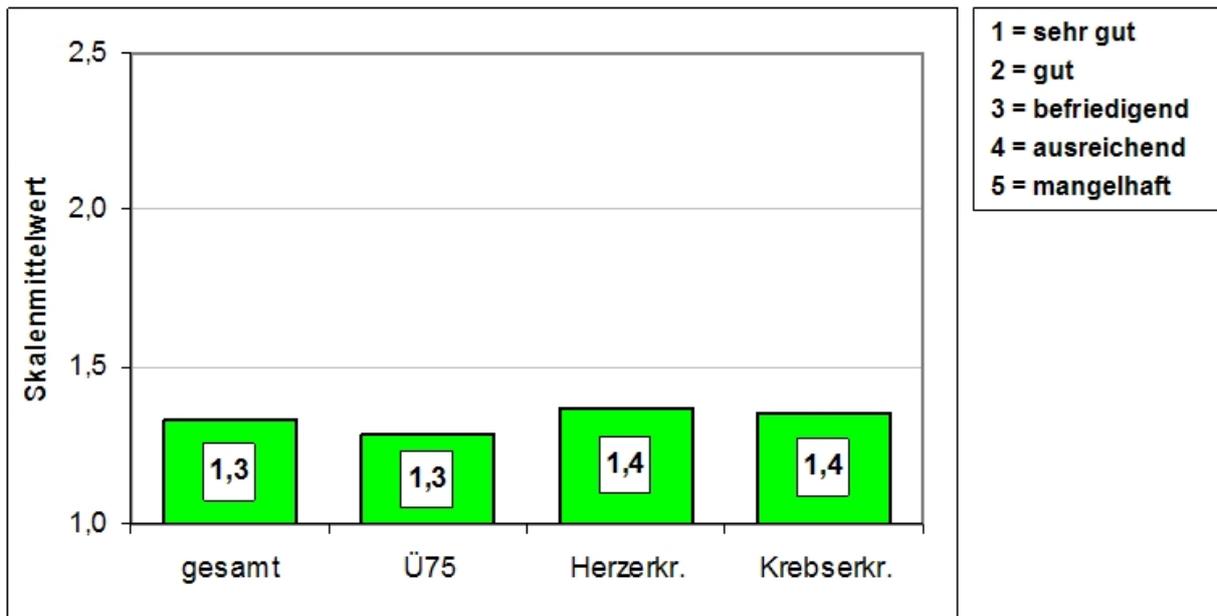


Abbildung 53: Untersuchungsgruppenspezifische Atmosphäre bei Kontakten

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- ($\bar{x}=1,58$) und Kontrollgruppe ($\bar{x}=1,63$) besteht dabei allerdings nicht.

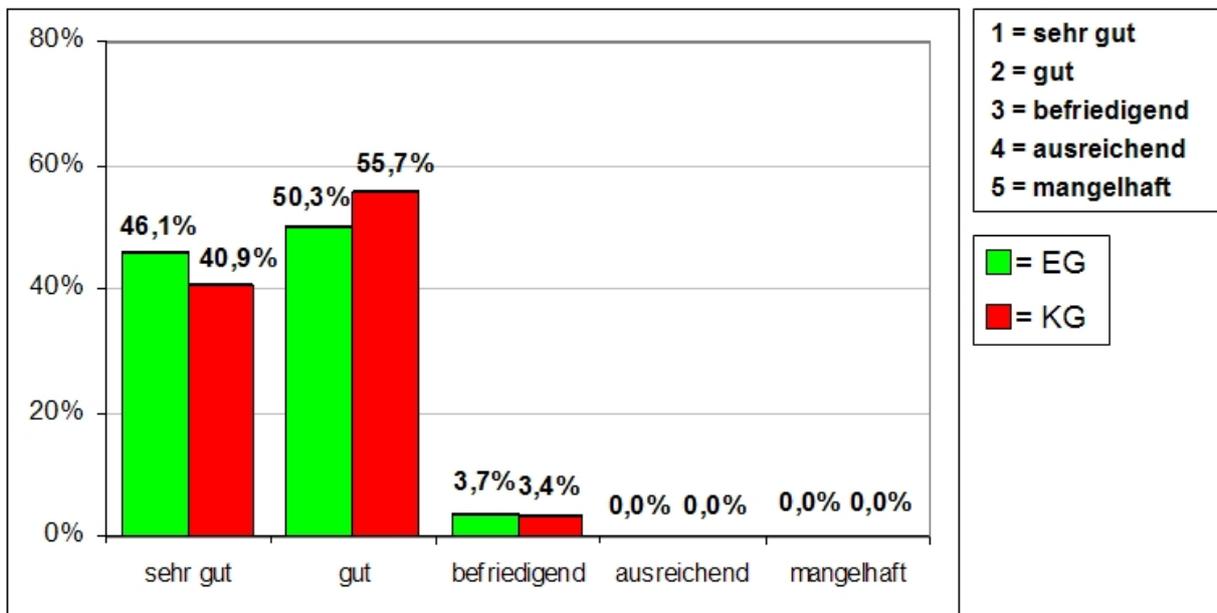


Abbildung 54: Erreichbarkeit der Patientenbegleiter/Krankenkassen-Mitarbeiter

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-Test¹², $p=0.722$).

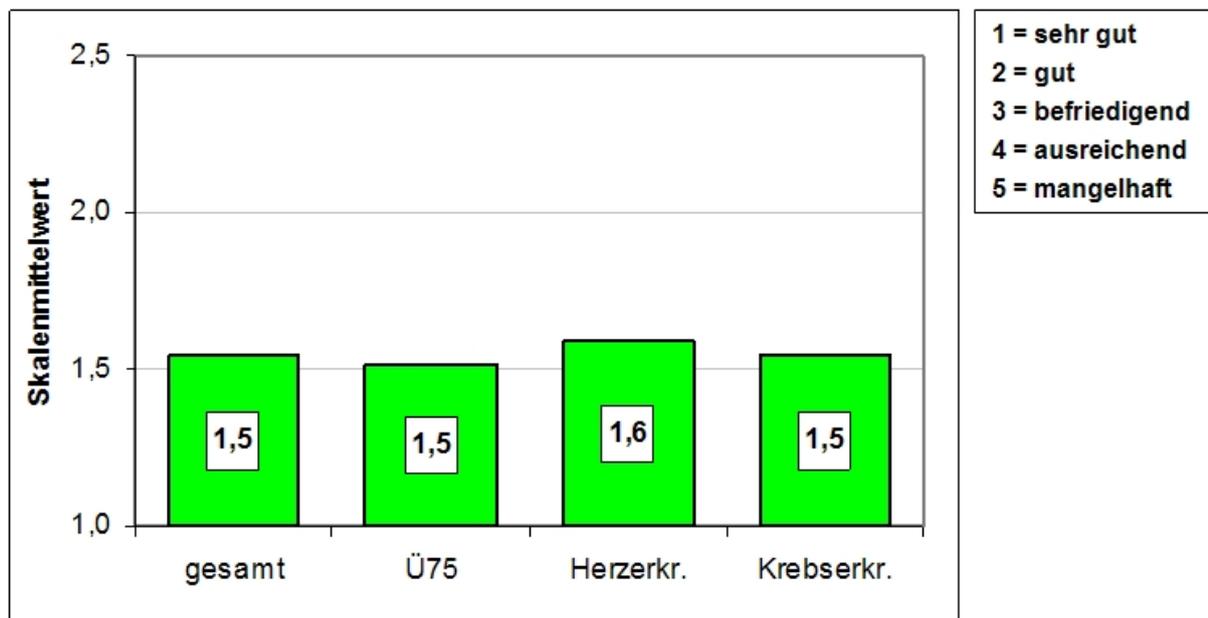


Abbildung 55: Untersuchungsgruppenspezifische Erreichbarkeit der Patientenbegleiter/Krankenkassen-Mitarbeiter

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- ($\bar{x}=1,39$) und Kontrollgruppe ($\bar{x}=1,45$).

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).

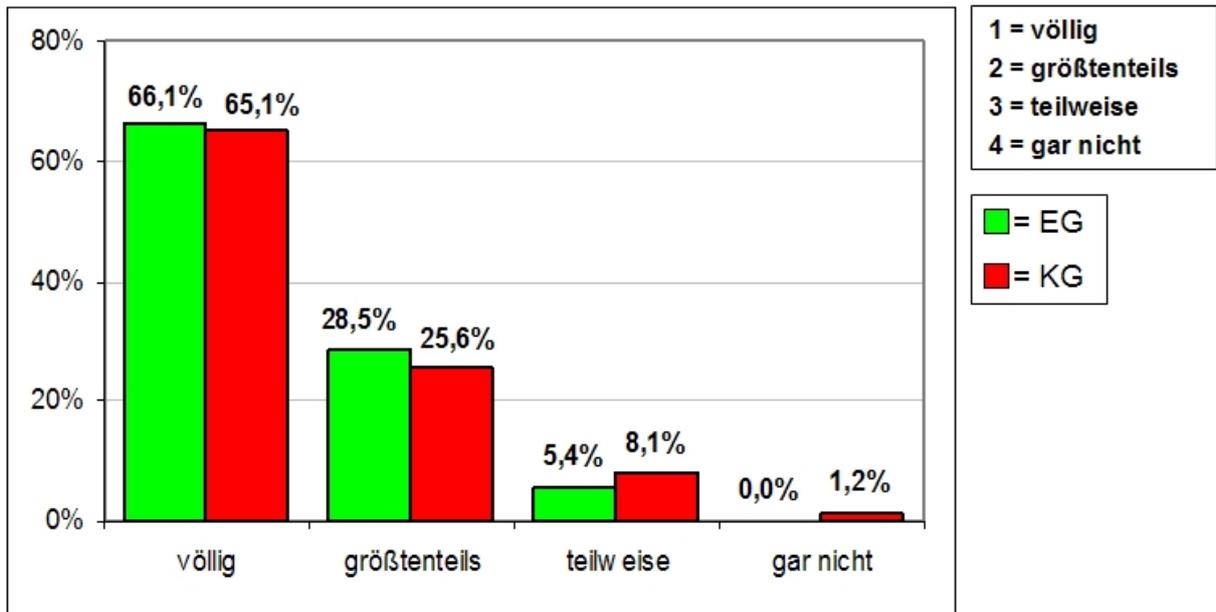


Abbildung 56: Eingehen auf Wünsche der Versicherten

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).

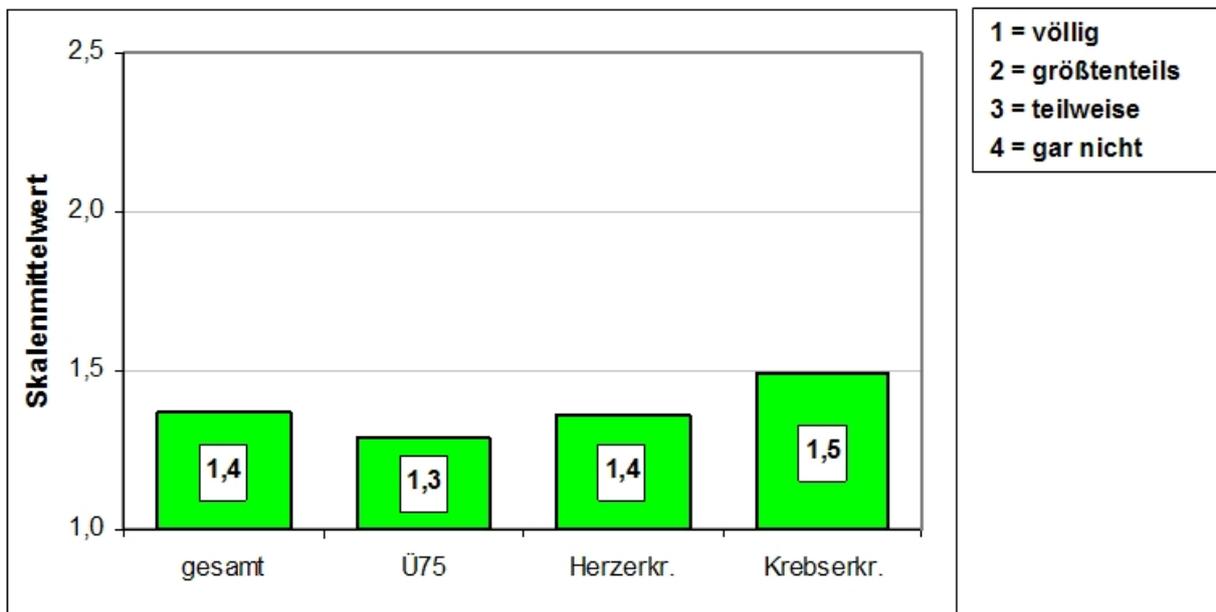


Abbildung 57: Untersuchungsgruppenspezifisches Eingehen auf Wünsche der Versicherten

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 ($\bar{X} = 1,93$), erhalten in der Kontrollgruppe fast die Hälfte aller Versicherten nach eigenem Empfinden nur wenige oder sogar gar keine Anregungen ($\bar{X} = 2,57$). 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.

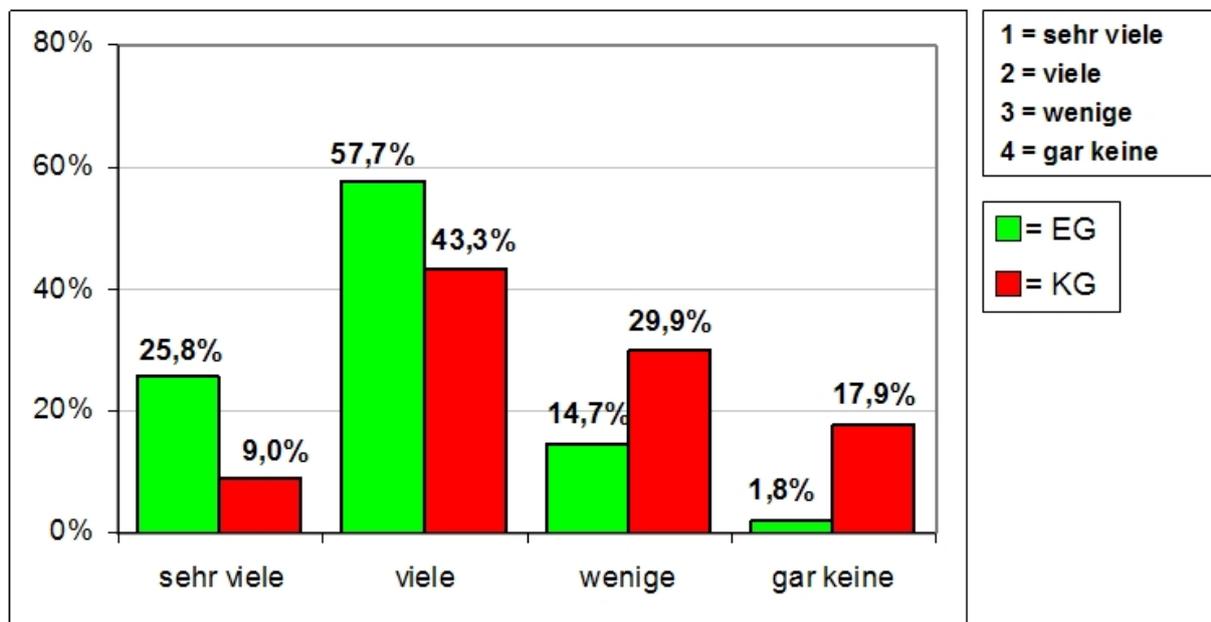


Abbildung 58: Anregungen zur Mitwirkung an der Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Situation

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 dementsprechend nicht signifikant aus. Es gelingt im Rahmen der Patientenbegleitung also gleichermaßen gut, die verschiedenen Versichertengruppen zu aktivieren.

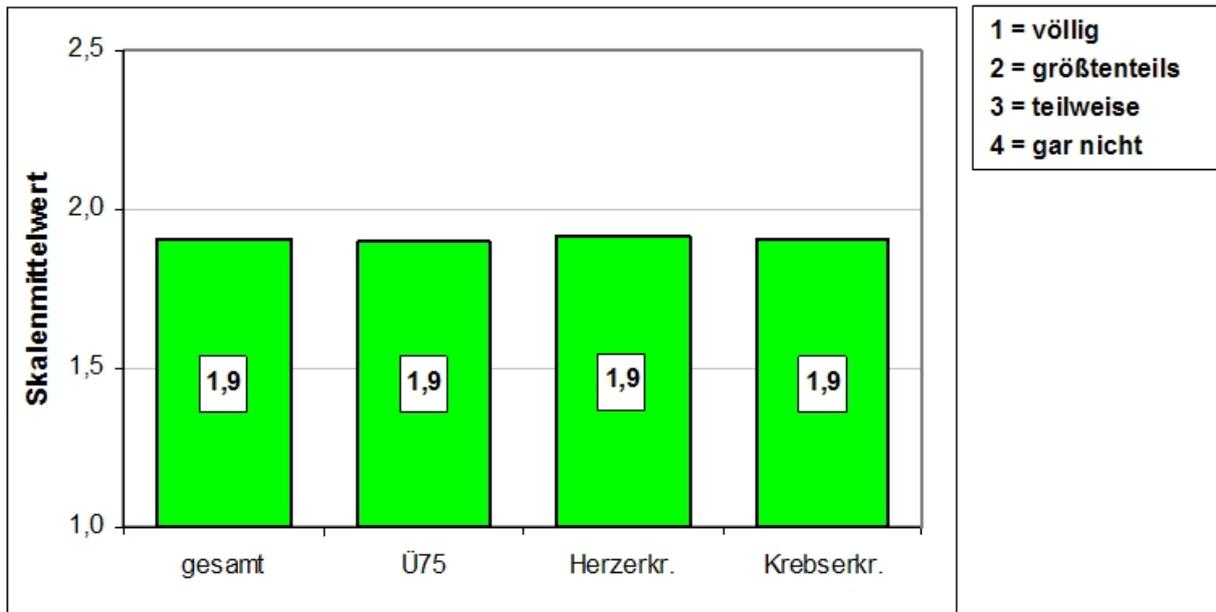


Abbildung 59: Untersuchungsgruppenspezifische Anregungen zur Mitwirkung an der eigenen gesundheitlichen Situation

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- ($\bar{x} = 1,85$) und Kontrollgruppe ($\bar{x} = 1,79$) 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.

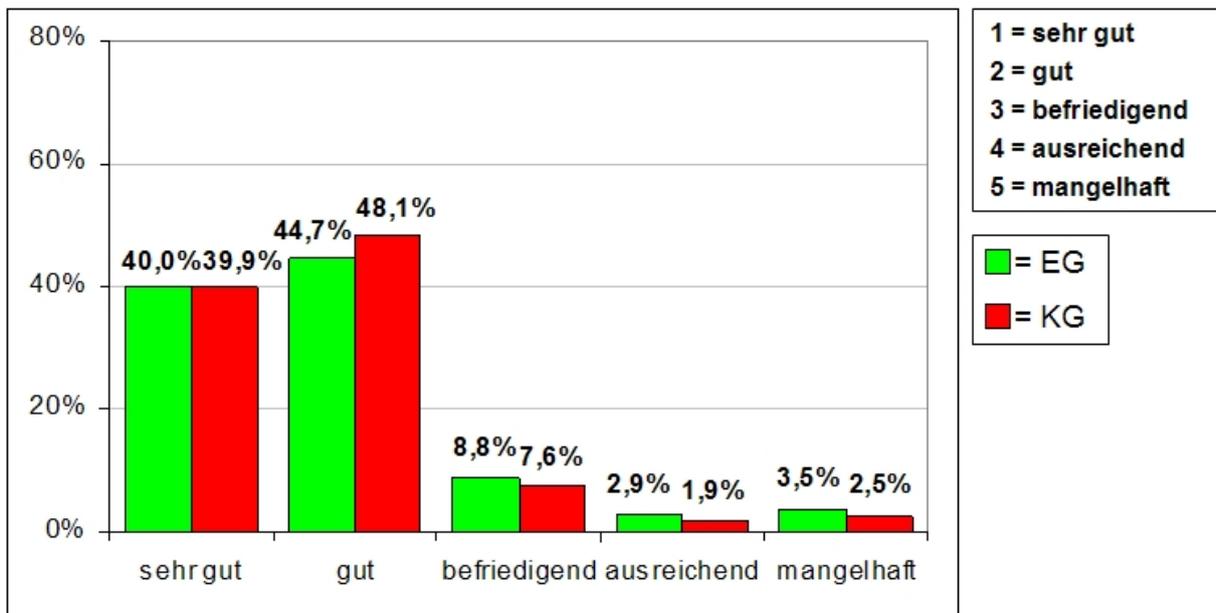


Abbildung 60: Übergänge zwischen den medizinischen Behandlungen

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.

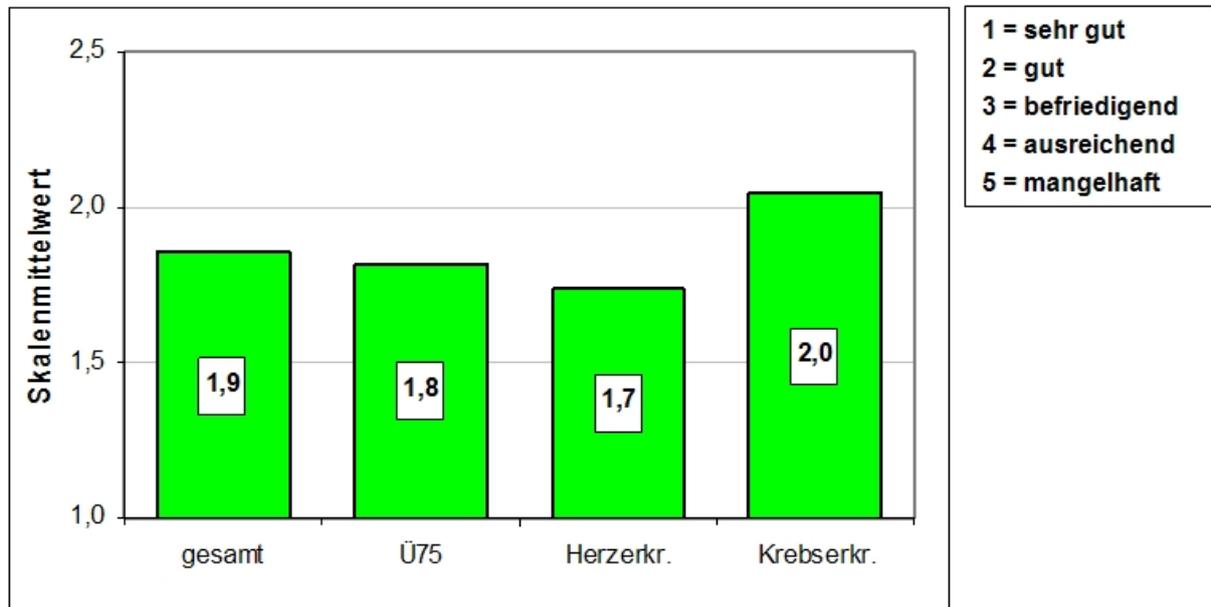


Abbildung 61: Untersuchungsgruppenspezifische Übergänge zwischen den medizinischen Behandlungen

Gesamteffekte aus Sicht der Versicherten

Zur übergreifenden Analyse der von den Versicherten wahrgenommenen Gesamteffekte wurde für die statistische Datenauswertung der Versichertenbefragung ein Effektivindex 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.

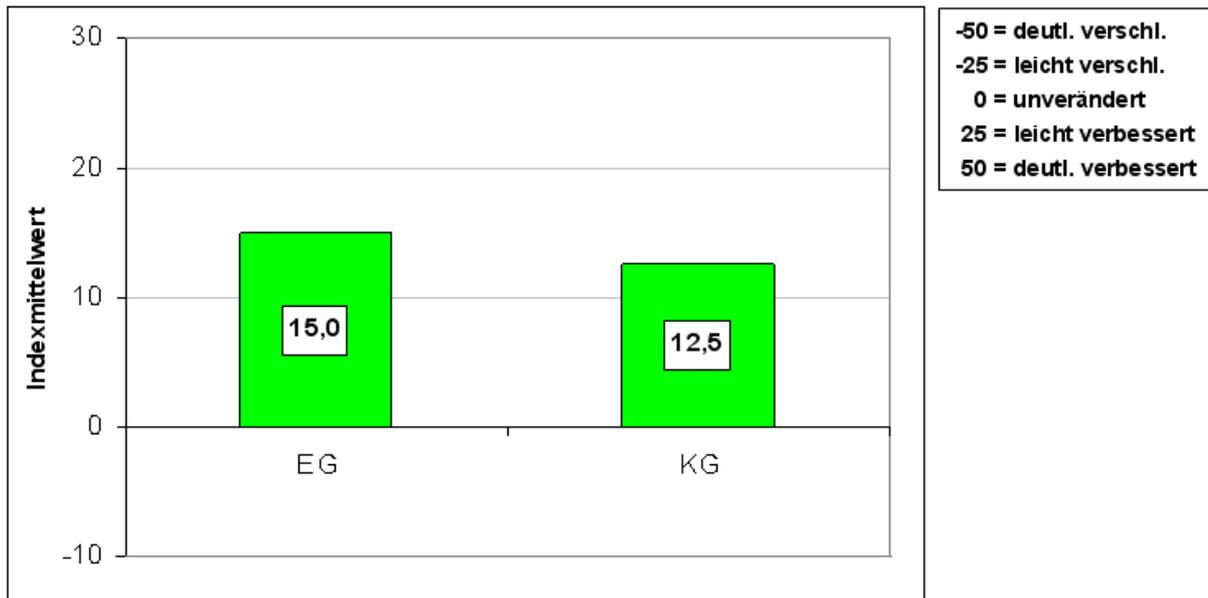


Abbildung 62: Gesamteffekte aus Sicht der Versicherten

Untersuchungsgruppenspezifische Gesamteffekte aus Sicht der Versicherten

Innerhalb der PB-Gruppe liegen zwischen den verschiedenen Untergruppen der Evaluation ebenfalls augenscheinliche Unterschiede in den Einschätzungen der Gesamteffekte durch die Versicherten vor (s. Abbildung 63), wobei die zahlenmäßig höchsten Effektivitätseinschätzungen in der Gruppe der Herzerkrankungen berichtet wurden. Diese Mittelwertsdifferenzen sind allerdings statistisch nicht signifikant.

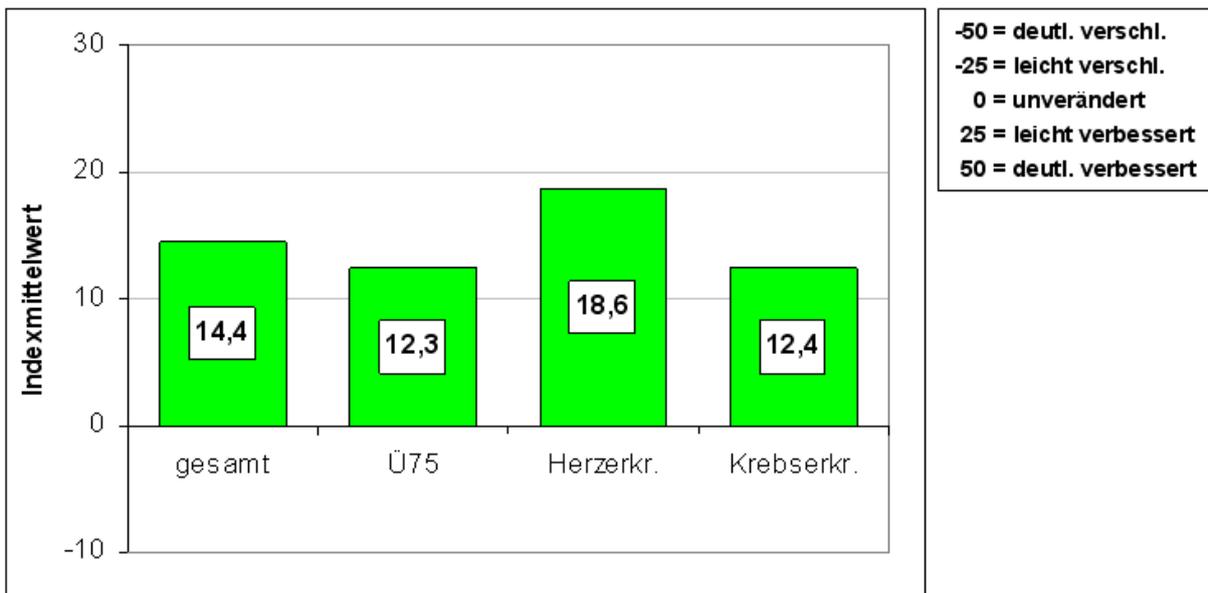


Abbildung 63: Untersuchungsgruppenspezifische Gesamteffekte aus Sicht der Versicherten

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.

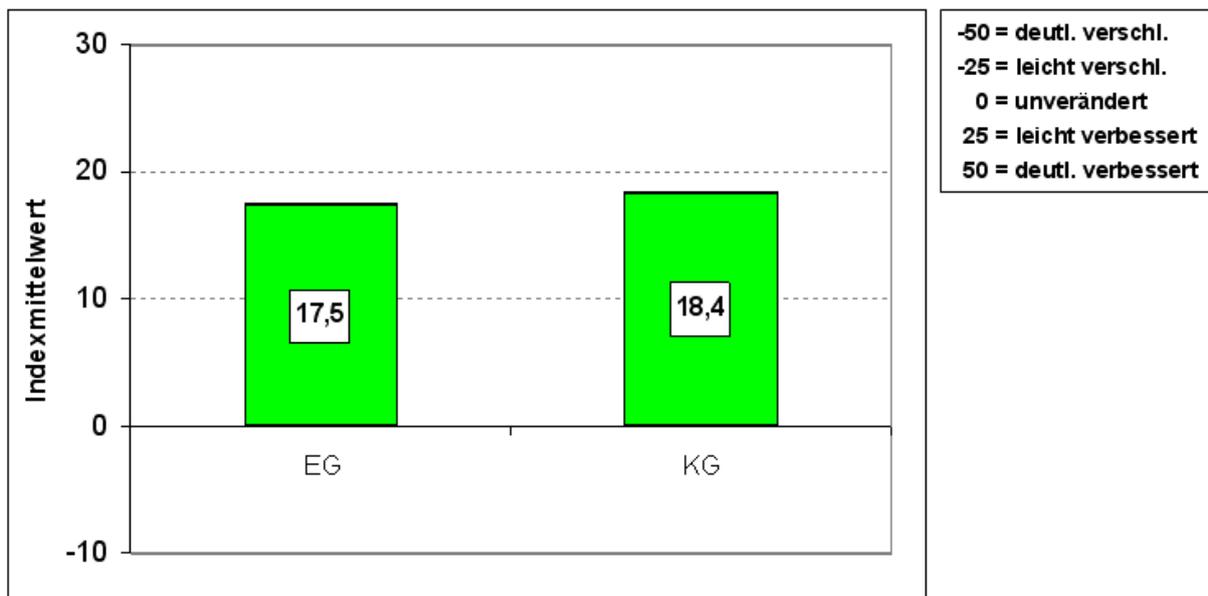


Abbildung 64: Änderung des globalen subjektiven Befindens

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.

Auf die körperliche und psychische Verfassung der Versicherten wirkt sich die Patientenbegleitung somit eher nicht aus. Dies ist auch der Grund, warum der Kontrollgruppenvergleich bzgl. der eingangs beschriebenen Gesamteffektivität, bei der auch diese Dimensionen berücksichtigt werden, nicht signifikant ausfällt. Ein im Sinne der Patientenbegleitung deutlich positiveres Bild liegt allerdings bei den gesundheitsbezogenen Befürchtungen und Ängsten vor (siehe unten), die ebenfalls der Gesamteffektivität zuzurechnen sind.

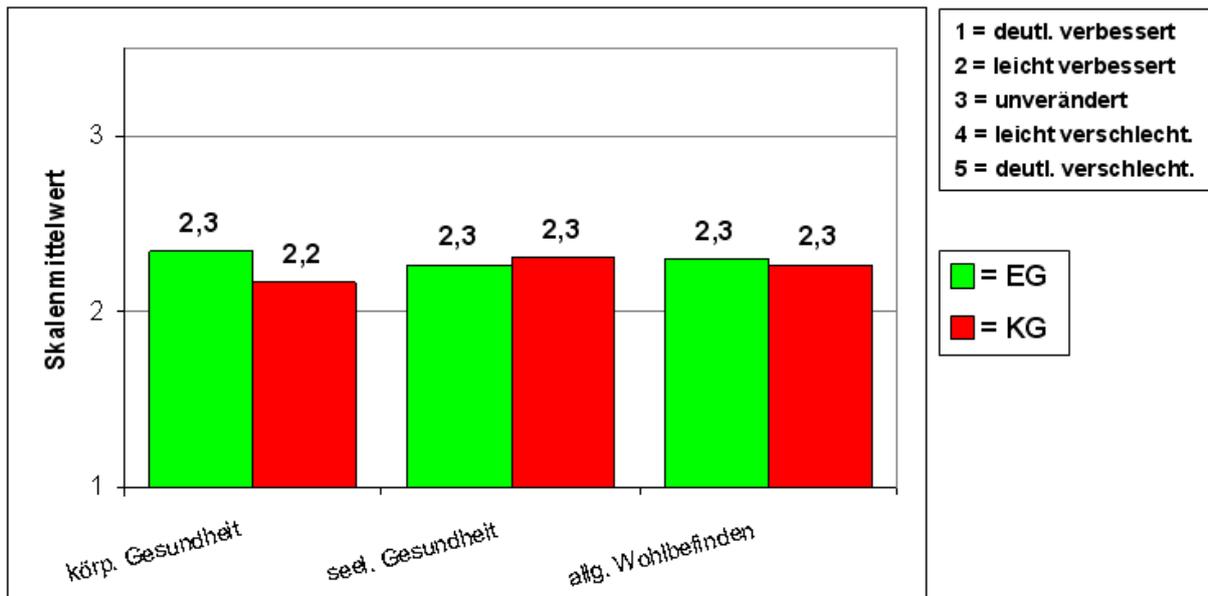


Abbildung 65: Änderung der subjektiven Befindensbereiche

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.

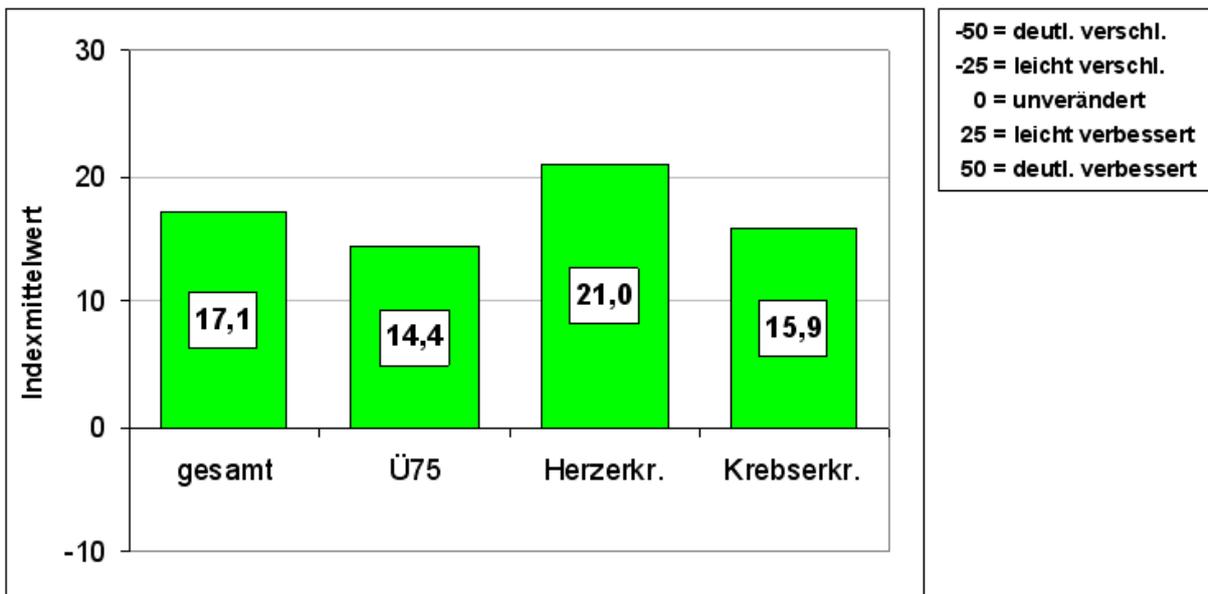


Abbildung 66: Untersuchungsgruppenspezifische Änderung des globalen subjektiven Befindens

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 Verpflichtungen nicht mehr angemessen nachkommen zu können (z. B. Haushalt, Beruf)
- Einschränkungen bei gewohnten Aktivitäten (z. B. Spaziergänge, Hobbies)
- 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.

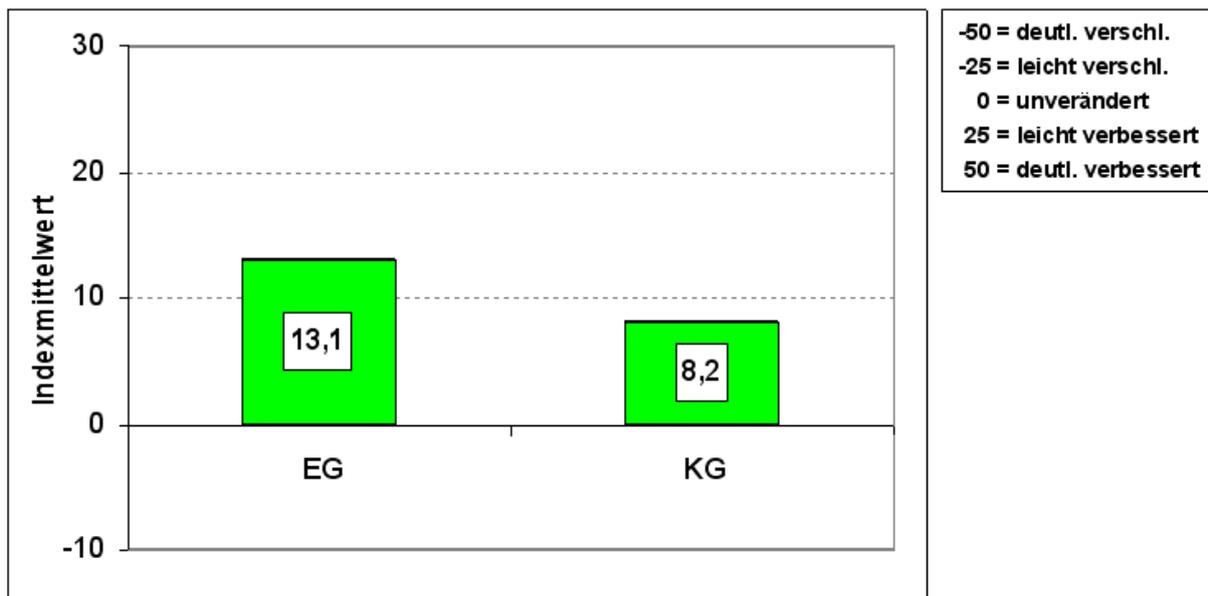


Abbildung 67: Veränderung von Befürchtungen/Ängsten

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

Bei differenzierter Betrachtung der verschiedenen Themenbereiche, in denen Veränderungen der Befürchtungen und Ängste der Versicherten erfasst wurden, zeigt sich, dass die statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe in der globalen Veränderung im Wesentlichen auf einen Skalenbereich zurückzuführen sind. Bei den Einschätzungen zu den individuellen Befürchtungen der Versicherten, nicht ausreichend über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen informiert zu sein, kommt es zu besonders starken Unterschieden zwischen Experimental- und Kontrollgruppe (s. Abbildung 68): Während

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, $p=0.000$).

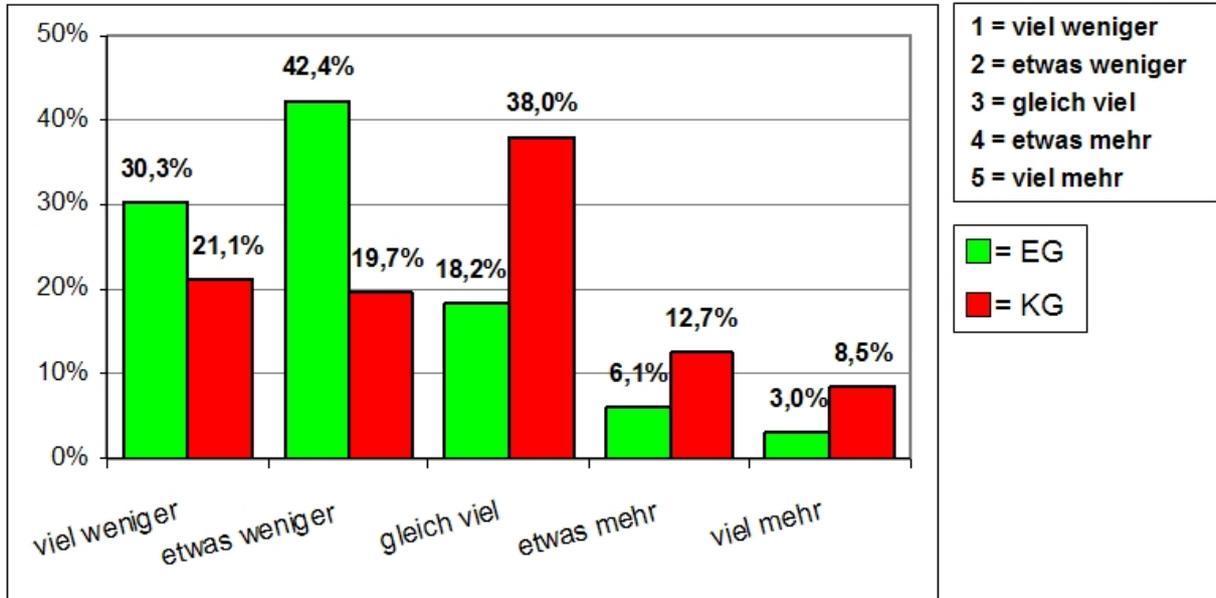


Abbildung 68: Befürchtungen, nicht ausreichend über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen informiert zu sein

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).

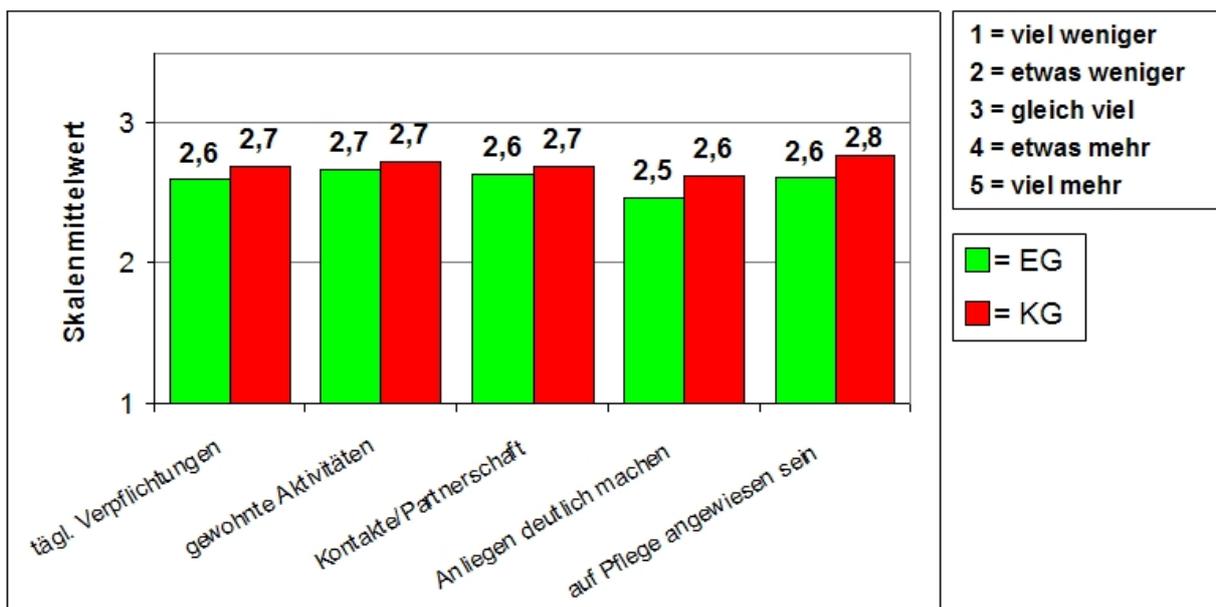


Abbildung 69: Befürchtungen der Versicherten

Untersuchungsgruppenspezifische Veränderung von Befürchtungen/Ängsten

Innerhalb der Untergruppen der Patientenbegleitung gibt es keinen statistisch nachweisbaren Niveauunterschied in der globalen Einschätzung der Versicherten zu den Veränderungen ihrer gesundheitsbezogenen Ängste und Befürchtungen. In allen Untersuchungsgruppen zeigt sich absolut gesehen der bereits oben beschriebene, über alle Fallverläufe gemittelte, leichte Abbau von Befürchtungen und Ängsten (s. Abbildung 70).

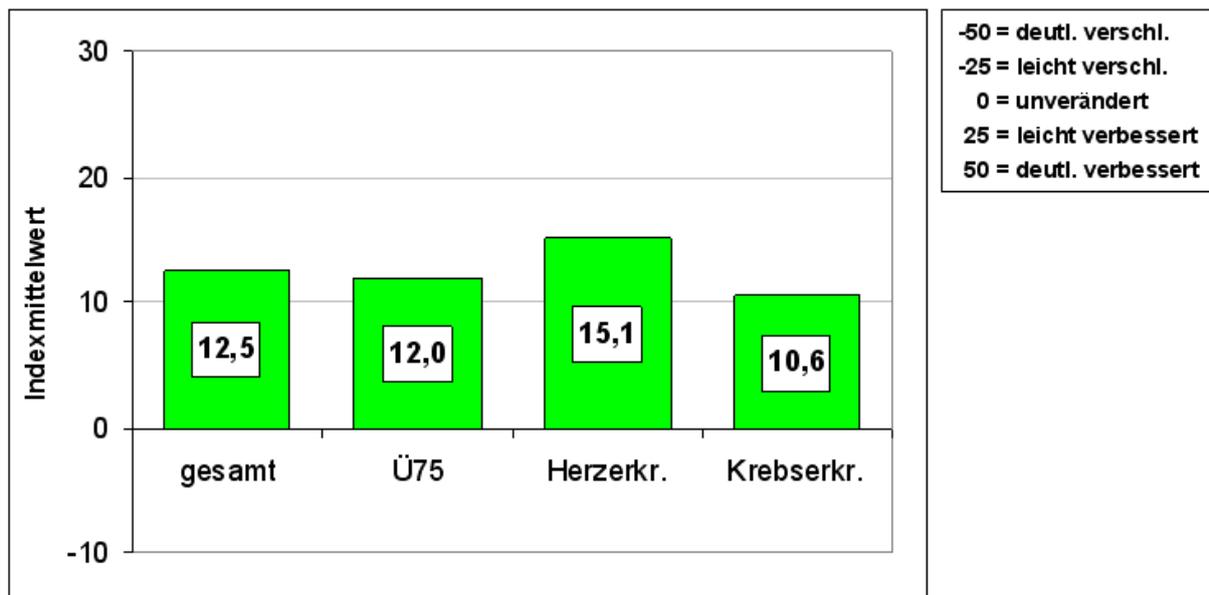


Abbildung 70: Untersuchungsgruppenspezifische Veränderung von Befürchtungen/Ängsten

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, $p=0.013$).

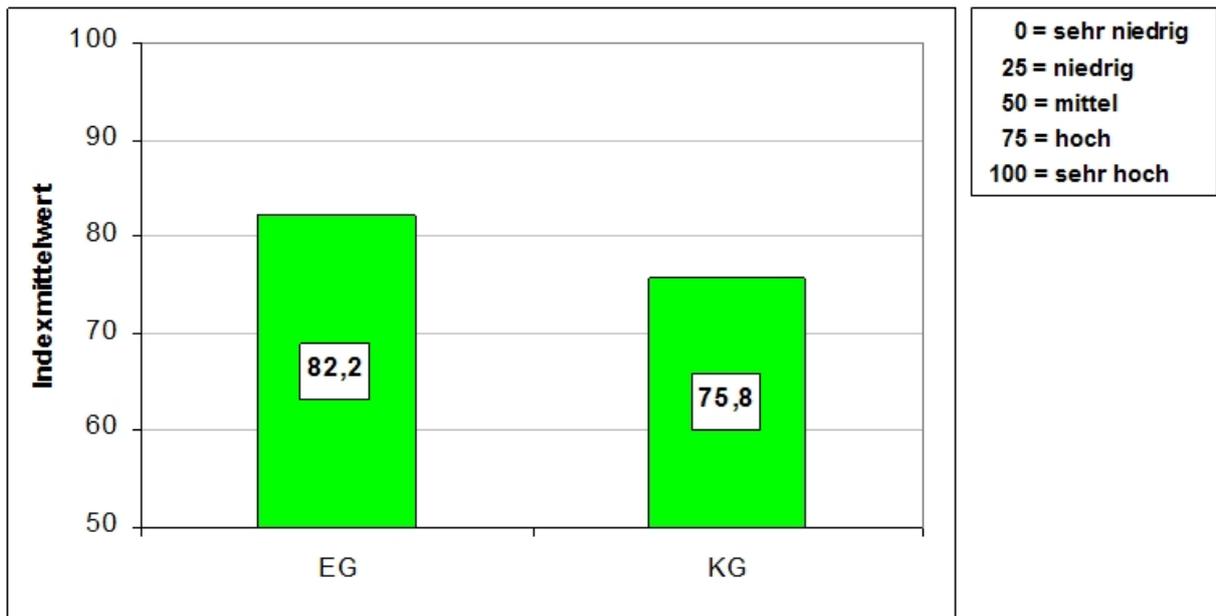


Abbildung 71: globale Zufriedenheit der Versicherten

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, $p=0.072$).

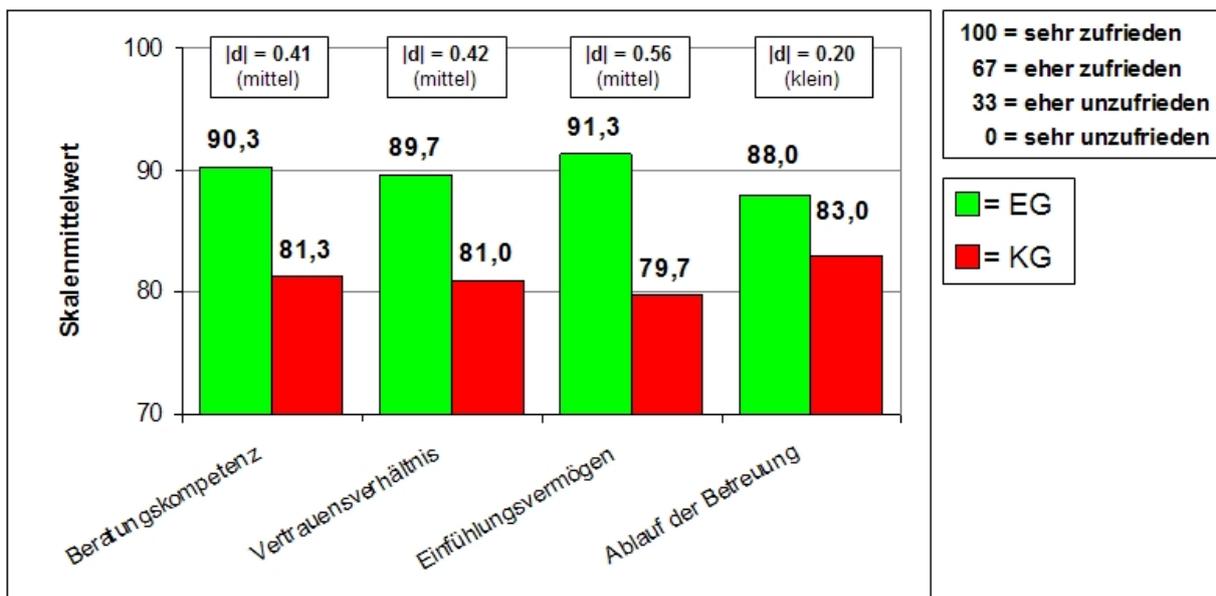


Abbildung 72: Zufriedenheit der Versicherten

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.

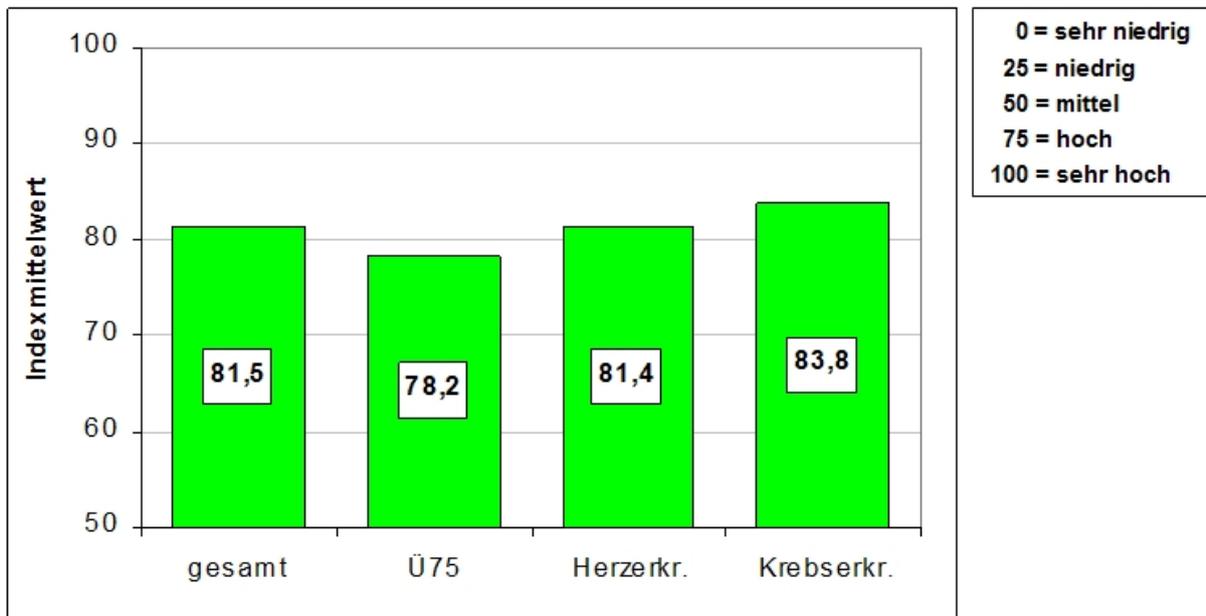


Abbildung 73: Untersuchungsgruppenspezifische Gesamtzufriedenheit

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

Vorteile der Patientenbegleitung aus Sicht der Experimentalgruppe

Die Versicherten der Experimentalgruppe sehen die größten Vorteile der Patientenbegleitung in der persönlichen Beratung und der Vermittlung wichtiger Informationen (s. Tabelle 7). Diese beiden als wesentliche Vorteile bewerteten Aspekte manifestieren sich u. a. nicht zuletzt unmittelbar in den erheblich zurückgegangenen Ängsten bzw. Befürchtungen der Versicherten, nicht ausreichend über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen informiert zu sein (vgl. Seite 95f.). Darüber hinaus wurde unter anderem die Unterstützung bei der Auswahl bzw. Beschaffung der richtigen Hilfsmittel sowie bei Antragsstellungen bzw. der Vorbereitung anstehender Maßnahmen recht häufig benannt. Die Unterstützung bei der häuslichen Versorgung sowie bei der Vorbereitung von Entlassungen aus dem Krankenhaus wurde dagegen eher selten als Vorteil gesehen. Dies spiegelt sich auch deutlich in den vergleichsweise niedrigen Häufigkeiten der Umsetzung korrespondierender Maßnahmen im Serviceplan wider (vgl. Abbildung 31 in Abschnitt 4.1.3). Insofern sollten seltene Nennungen an dieser Stelle nicht so verstanden werden, dass in den betreffenden Aspekten grundsätzlich kein Vorteil durch die Patientenbegleitung zu sehen wäre.

Tabelle 7: Vorteile der Patientenbegleitung aus Sicht der Versicherten

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

* 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 ($\bar{X} = 1,65$) (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.

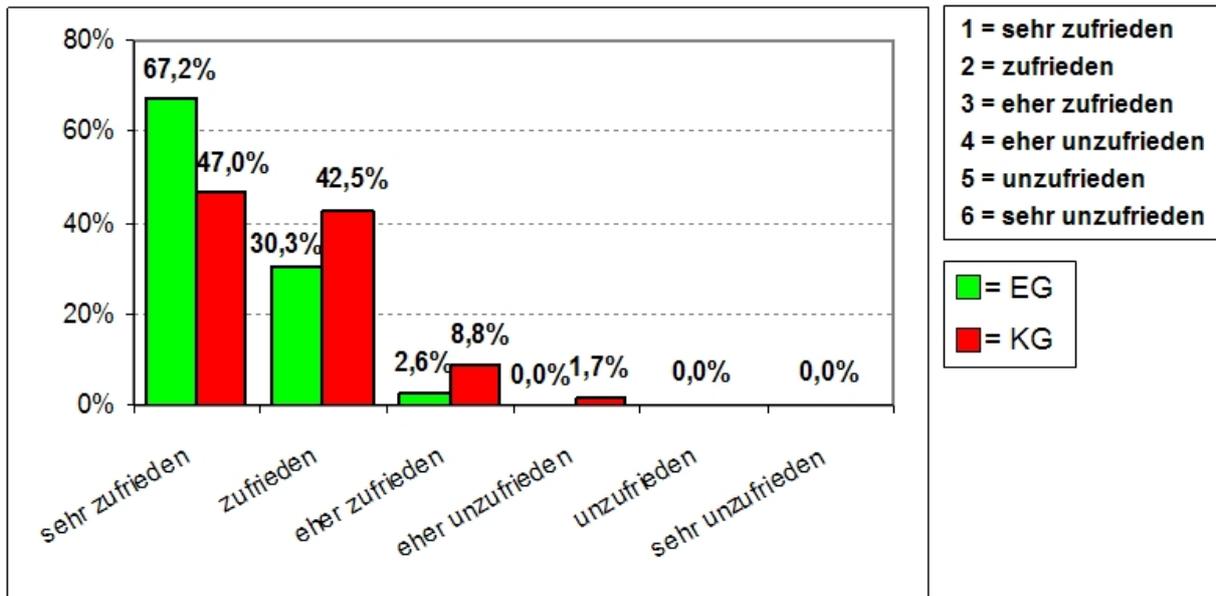


Abbildung 74: allgemeine Zufriedenheit mit der Krankenkasse

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.

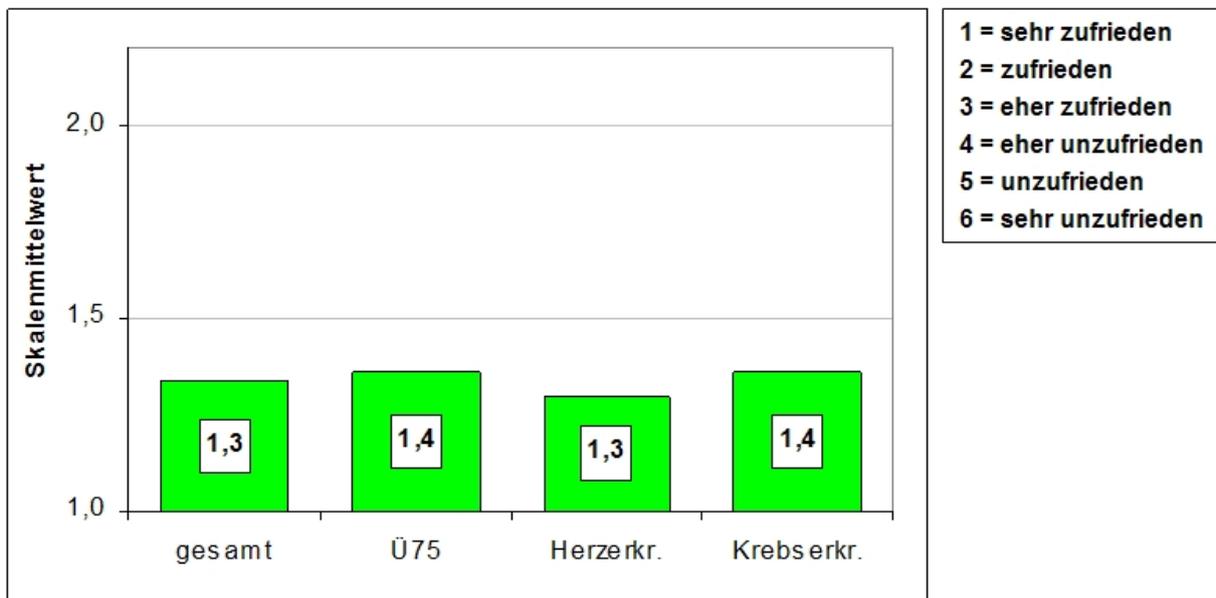


Abbildung 75: Untersuchungsgruppenspezifische Zufriedenheit mit der Krankenkasse im Allgemeinen

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 mal 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

Die Patientenbegleitung, insbesondere der individuelle Service in Form eines persönlichen Ansprechpartners der sich intensiv kümmert, wird von den Versicherten sehr positiv bewertet. Dies zeigt sich beispielsweise in einer vergleichsweise besseren Atmosphäre bei den Kontakten. Als besonders vorteilhaft und relevant wird die Vermittlung von Informationen oder die Unterstützung bei der Versorgung mit den richtigen Hilfsmitteln angesehen. Zudem fühlen sich die Versicherten stärker dazu angeregt, auch selbst aktiv an der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation mitzuwirken. Die Patientenbegleitung kann insofern also auch eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ bereitstellen.

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.

Des Weiteren fällt die Zufriedenheit der Versicherten in der Experimentalgruppe in wesentlichen Bereichen signifikant höher aus als in der Kontrollgruppe. Dies zeigt sich besonders ausgeprägt hinsichtlich der von den Versicherten wahrgenommenen Beratungskompetenz sowie dem Vertrauensverhältnis und Einfühlungsvermögen seitens der jeweiligen Ansprechpartner bei der Krankenkasse. Lediglich in Bezug auf den reinen Ablauf der Betreuung schneidet die Patientenbegleitung nur tendenziell besser ab. So kommen etwa beide Gruppen zu einer ähnlich guten Bewertung der Erreichbarkeit der Ansprechpartner.

Die in der Gesamtschau insgesamt höhere Prozesszufriedenheit im Zuge der Patientenbegleitung macht sich bei den Versicherten ebenfalls bei der allgemeinen Zufriedenheit mit der Krankenkasse bemerkbar: Auch hier lassen sich in der Experimentalgruppe signifikant höhere Zufriedenheitswerte nachweisen. Die Patientenbegleitung kann demzufolge bei den unmittelbar Betroffenen also ebenfalls einen spürbaren Imagegewinn in Bezug auf die Krankenkasse bewirken. Inwieweit es dabei in Folge von „Mund-zu-Mund-Propaganda“ zu einer relevanten „Multiplikatorenwirkung“ im Umfeld der PB-Adressaten kommt, kann allerdings anhand der vorliegenden Daten nicht ermittelt werden.

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 substantielle 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

	Ärztebefragung (angeschrieben)	Ärztebefragung (Rücklauf)	Ärztebefragung (Quote)
<i>GESAMT</i>	332	163	49,1 %
<i>Ü75</i>	84	42	50,0 %
<i>Herzerkrankung</i>	102	50	49,0 %
<i>Schlaganfall</i>	40	20	50,0 %
<i>Krebserkrankung</i>	106	51	48,1 %

Tabelle 9: Rücklaufquote Krankenhaussozialdienst-Befragung

	Krankenhaussozialdienst (angeschrieben)	Krankenhaussozialdienst (Rücklauf)	Krankenhaussozialdienst (Quote)
<i>GESAMT</i>	87	42	48,3 %
<i>Ü75</i>	18	8	44,4 %
<i>Herzerkrankung</i>	19	11	57,9 %
<i>Schlaganfall</i>	26	12	46,2 %
<i>Krebserkrankung</i>	24	11	45,8 %

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 Ärztesicht ein überaus sinnvolles Angebot.

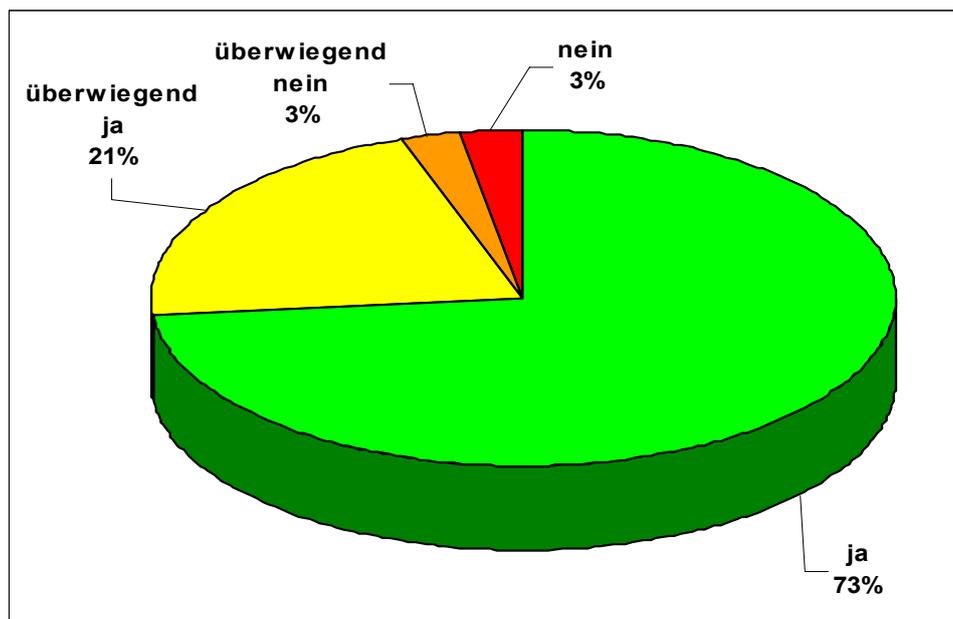


Abbildung 76: Patientenbegleitung indiziert aus Sicht der Ärzte

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 Patientengruppen. Dabei fällt der Unterschied zu den Patienten mit Krebserkrankung, mit den absolut höchsten „Indikationsraten“, signifikant aus (Mann-Whitney-U-Test¹³, $p=0.011$), während der

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).

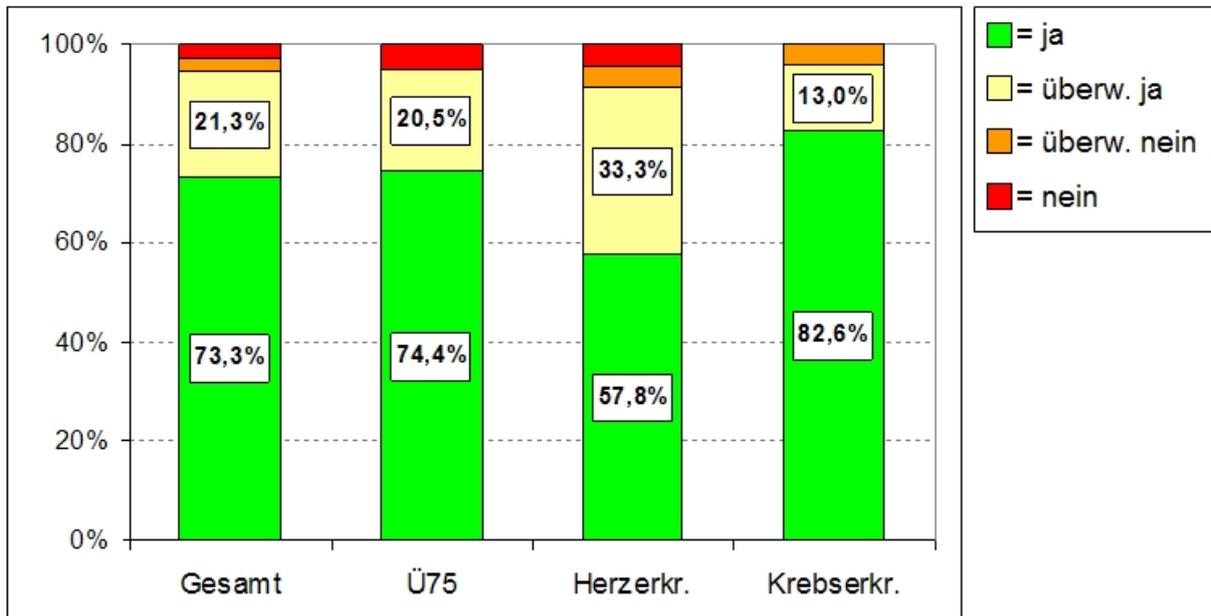


Abbildung 77: Patientenbegleitung indiziert aus Sicht der Ärztesicht – Untersuchungsgruppenspezifisch

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.

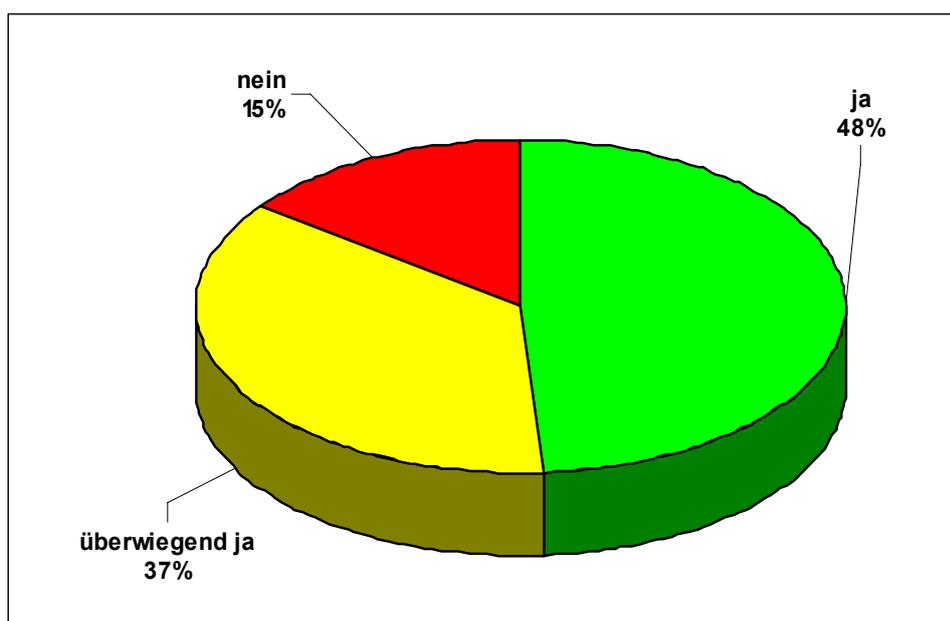


Abbildung 78: Notwendigkeit der Patientenbegleitung aus Sicht der Krankenhaussozialdienste

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.

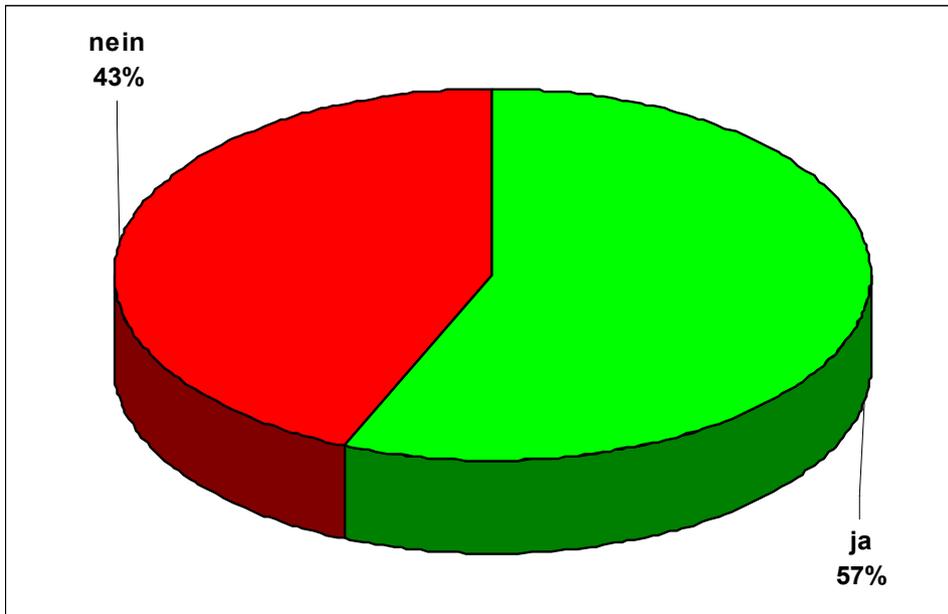


Abbildung 79: Kontakte zwischen Ärzten und Patientenbegleitern

Dieses Bild zeigt sich in vergleichbarer Größenordnung in allen Untersuchungsgruppen (s. Abbildung 80). Zwischen den Häufigkeitsverteilungen der Evaluationsuntergruppen sind keine statistischen Unterschiede nachweisbar (χ^2 -Test¹⁴, $p=0.444$), obwohl die Kontakthäufigkeit in der Ü75-Gruppe mit 63,4 % rein augenscheinlich betrachtet vergleichsweise hoch auszufallen scheint.

¹⁴ Mit Hilfe des χ^2 -Tests werden Unterschiede in Häufigkeitsverteilungen zweier oder mehrerer Merkmale auf statistische Bedeutsamkeit hin überprüft (vgl. Bortz 2005).

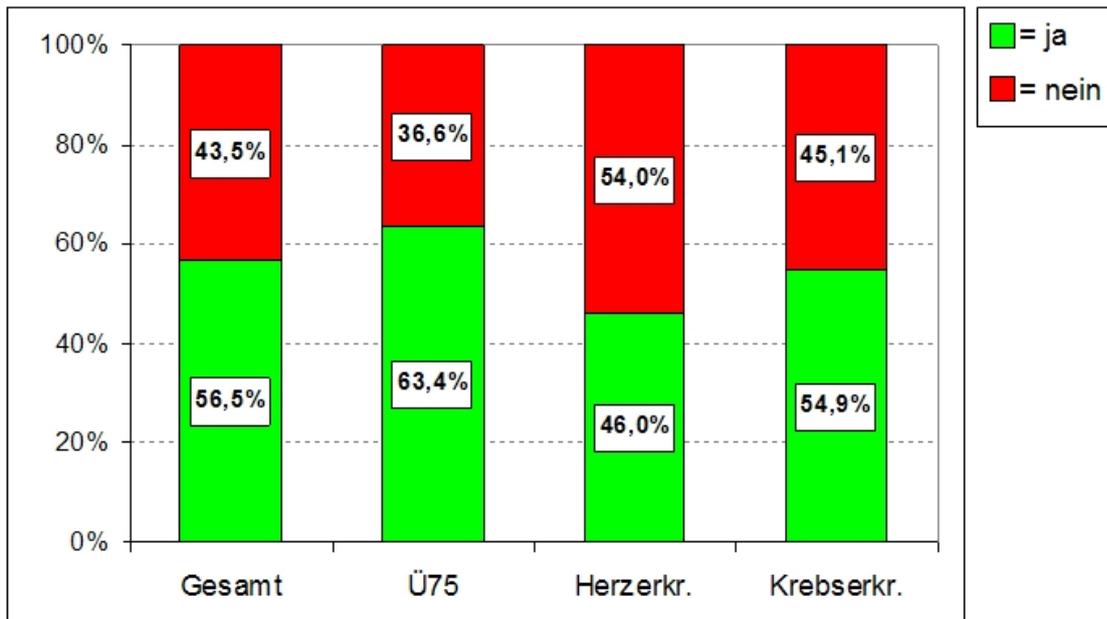


Abbildung 80: Untersuchungsgruppenspezifische Kontakte zwischen Ärzten und Patientenbegleitern

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.

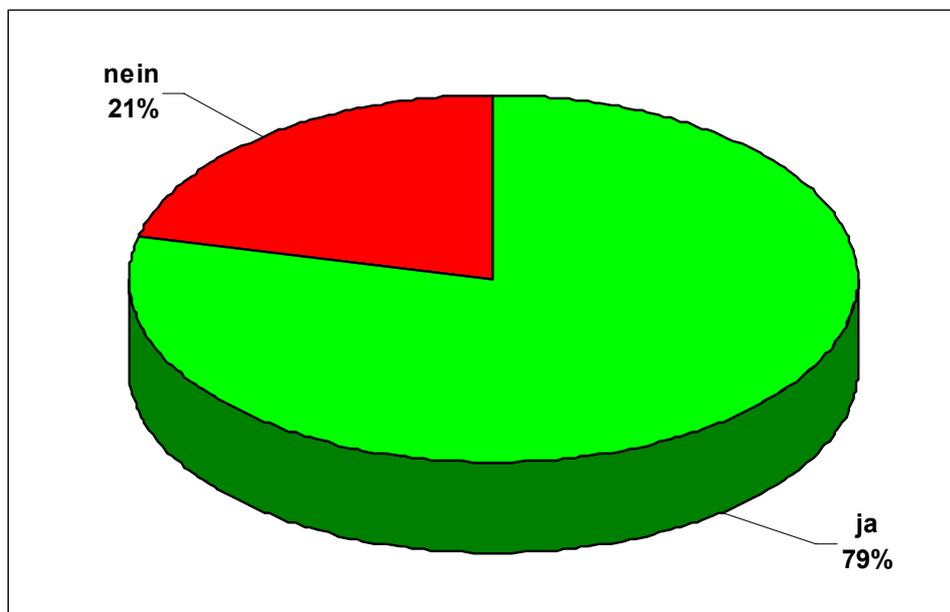


Abbildung 81: Kontakte zwischen KSD und Patientenbegleitern

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 sogenannter 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

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<i>Kooperationsindex (Ärztensicht)</i>	119	-25	50	18,4	16,98

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).

¹⁵ Die Effektgröße ist ein standardisiertes statistisches Maß, das die relative Größe der Mittelwertsdifferenz zwischen 2 Untersuchungsgruppen (oder 2 Zeitpunkten) angibt. Effektgrößen können das (relative) „Ausmaß“ von signifikanten Ergebnissen veranschaulichen und damit (unter anderem) Anhaltspunkte zur Beurteilung der praktischen Bedeutsamkeit dieser Befunde geben (vgl. Bortz/Döring 2006). Je nach verwendetem Testverfahren können unterschiedliche Effektgrößen berechnet werden. Ein international übliches und weit verbreitetes Maß ist das sog. „Cohens d“.

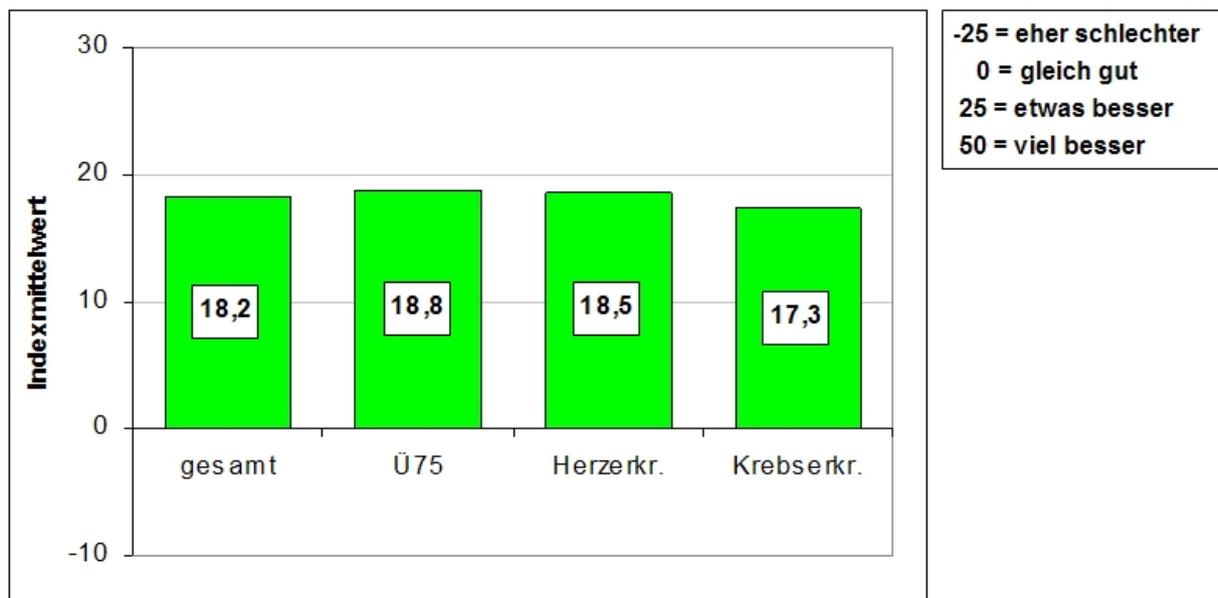


Abbildung 82: Untersuchungsgruppenspezifischer Kooperationsindex der Ärzte

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.

Tabelle 11: Kooperationsindex Krankenhaussozialdienst

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<i>Kooperationsindex (KH-Sozialdienst-Sicht)</i>	33	0	50,0	19,7	15,55

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).

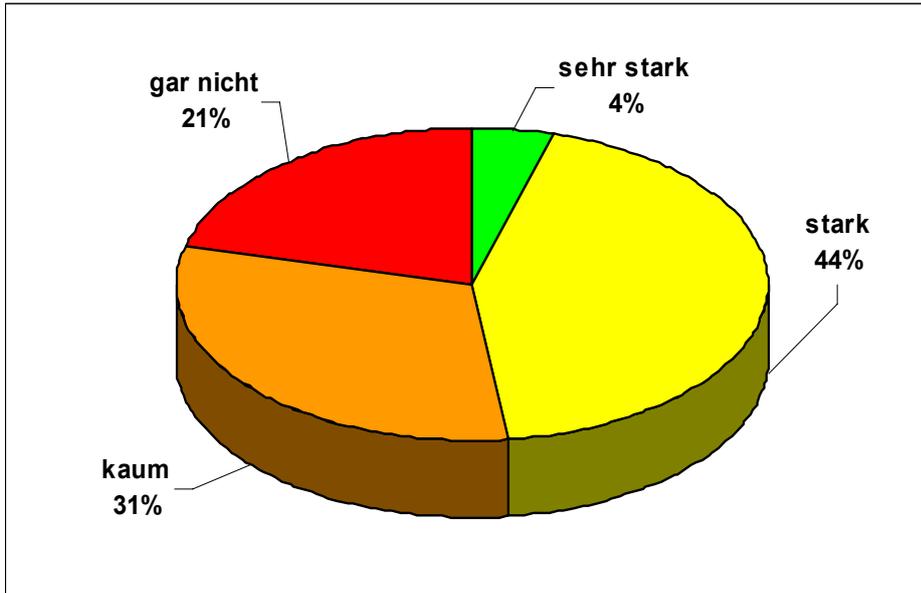


Abbildung 83: Entlastung der Ärzte durch die Patientenbegleitung

Zwischen den Untersuchungsgruppen liegen im Hinblick auf die Entlastung der Ärzte nur geringe Unterschiede vor (s. Abbildung 84), die keine statistische Signifikanz aufweisen.

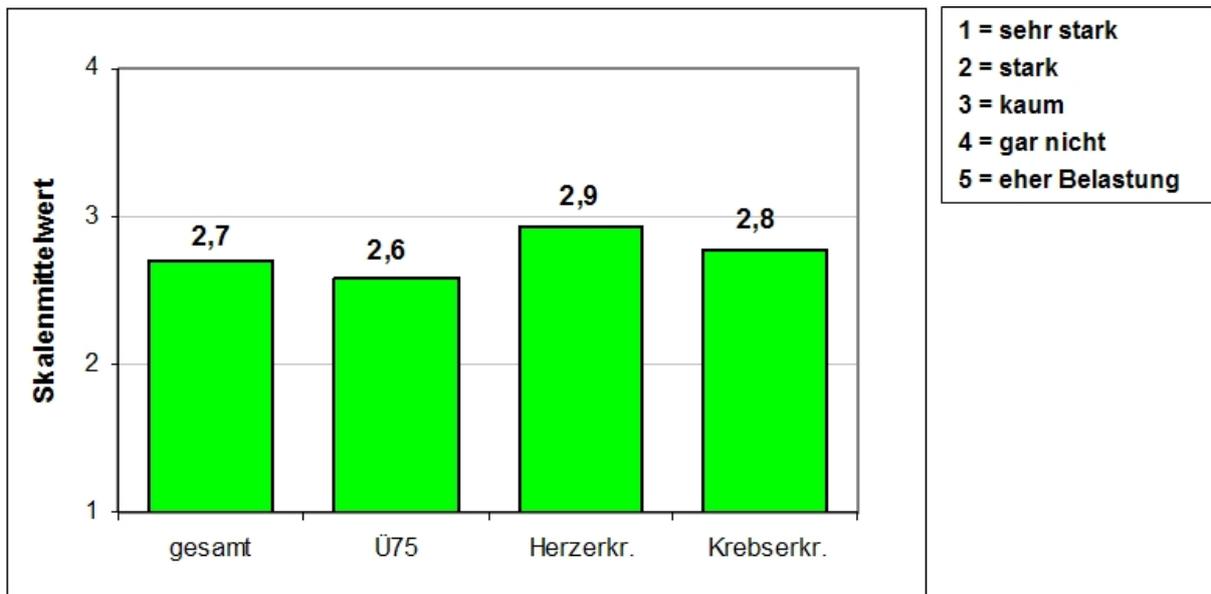


Abbildung 84: Untersuchungsspezifische Entlastung der Ärzte durch die Patientenbegleitung

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 ($\bar{X} = 2,32$) als ohne einen solchen unmittelbaren Kontakt ($\bar{X} = 3,21$) (T-Test¹⁶, $p=0.000$).

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.

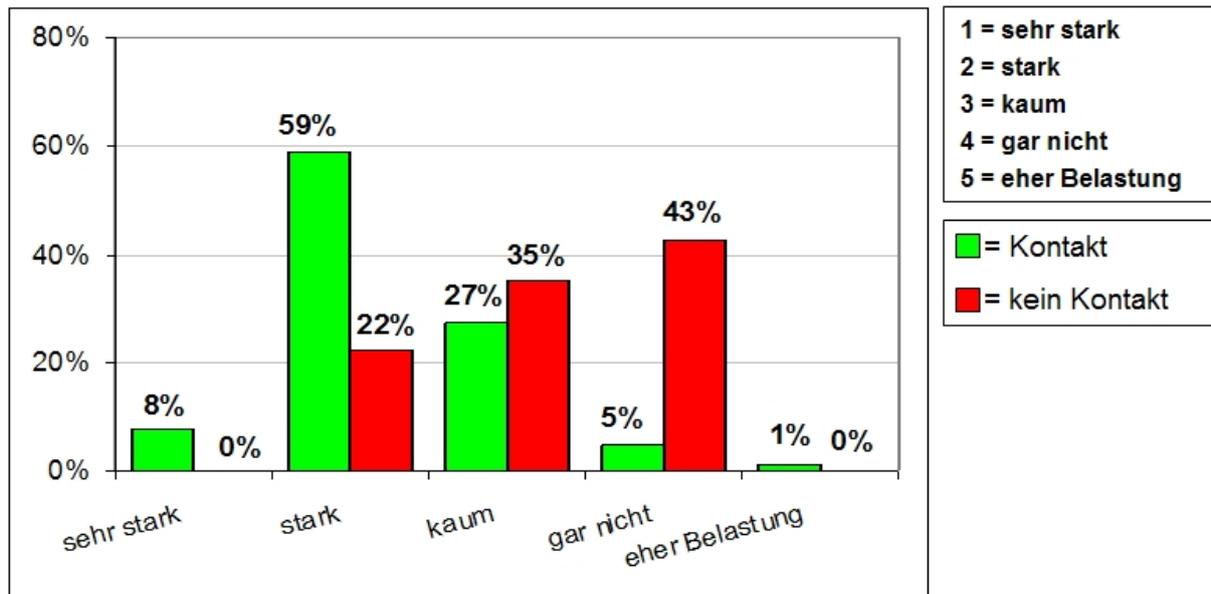


Abbildung 85: Entlastung der Ärzte in Abhängigkeit vom Kontakt zu den Patientenbegleitern

Entlastung der Krankenhaussozialdienste

Bei den Krankenhaussozialdiensten zeigt sich ein ähnliches Bild: Auch hier wird bei knapp der Hälfte aller untersuchten Fälle eine starke Entlastung durch die Patientenbegleitung beobachtet (s. Abbildung 86). Bei weiteren 23 % der Fälle wird zumindest von einer sehr geringen Entlastung berichtet, lediglich bei 28 % der Fälle konnte gar keine Entlastung festgestellt werden. Als zusätzliche Belastung wurde die Patientenbegleitung analog zu den Ärzten von keinem Krankenhaussozialdienst empfunden. Obgleich der letztgenannte Befund 1:1 mit der Ärztesicht korrespondiert, fällt das Ausmaß der wahrgenommenen Entlastung im Vergleich etwas niedriger aus als bei den Ärzten.

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).

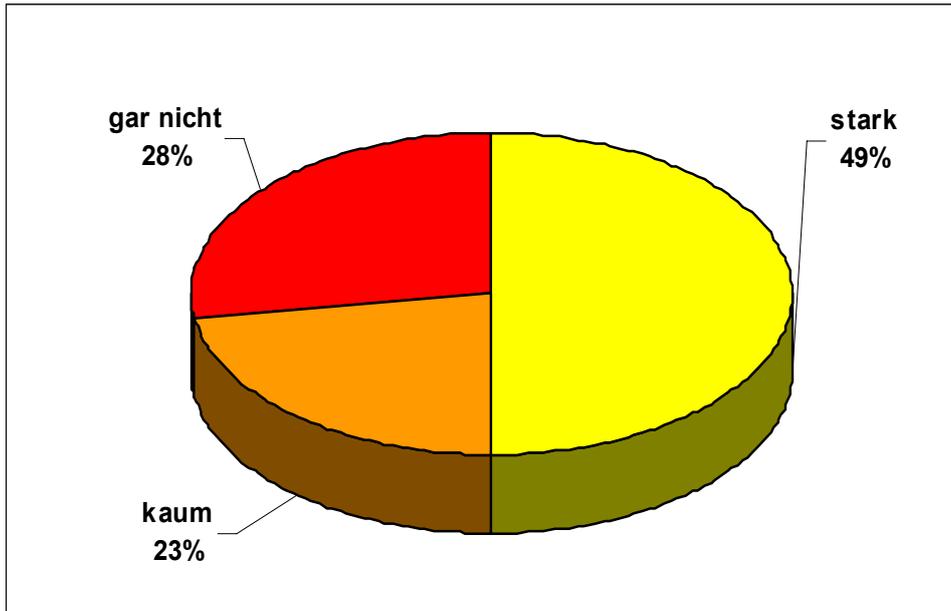


Abbildung 86: Entlastung der Krankenhaussozialdienste durch die Patientenbegleitung

4.3.3. Ergebnisse

Gesamtzufriedenheit der Ärzte

Zur globalen Analyse der Zufriedenheit der Ärzte mit dem Prozess der Patientenbegleitungen wurde im Rahmen der statistischen Datenauswertung ein Zufriedenheitsindex gebildet. Dieser beinhaltet die Einschätzungen der Ärzte zur eigenen Zufriedenheit mit der Kompetenz des Patientenbegleiters, der Kooperation mit dem Patientenbegleiter sowie dem Ablauf der Patientenbegleitung im Allgemeinen. Der Index kann Werte zwischen 0 (= sehr unzufrieden) und 100 (= sehr zufrieden) annehmen. Höhere Werte stehen dementsprechend für eine höhere Zufriedenheit der Ärzte. Die Zufriedenheit der Ärzte mit dem Patientenbegleitungsprozess fällt mit einem Mittelwert von 91,9 insgesamt sehr hoch aus.

Tabelle 12: Zufriedenheitsindex der Ärzte

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
Zufriedenheitsindex (Ärztensicht)	87	11,0	100,0	91,9	16,00

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

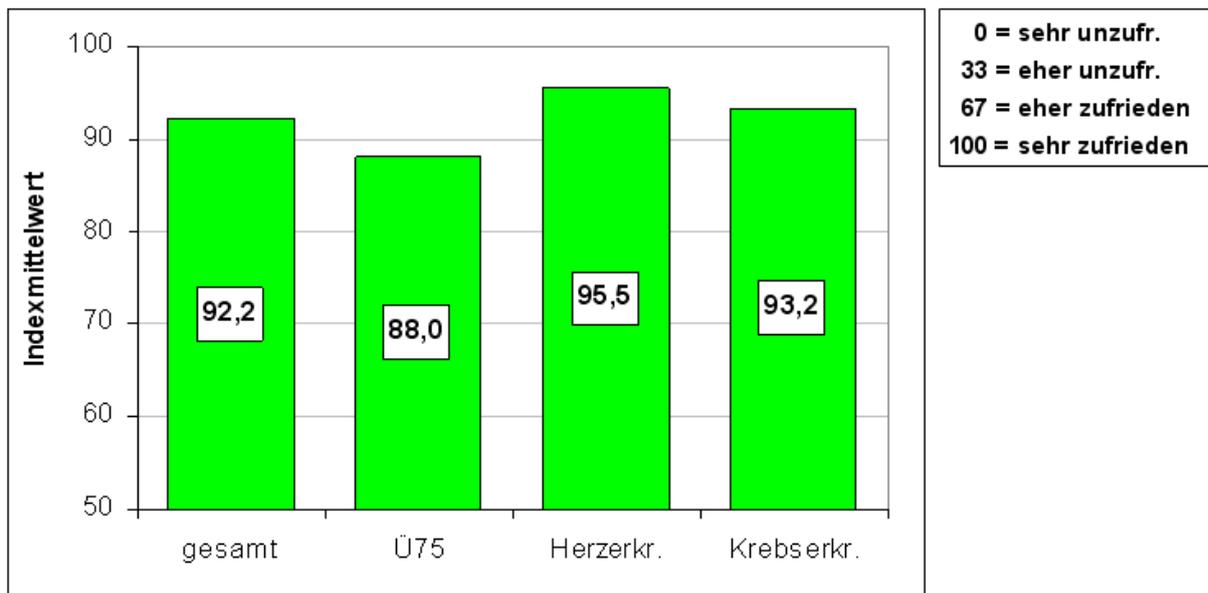


Abbildung 87: Untersuchungsgruppenspezifischer Zufriedenheitsindex

Vorteile durch die Patientenbegleitung aus Ärztesicht

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. unbürokratischeren 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).

Tabelle 13: Vorteile durch die Patientenbegleitung aus Ärztesicht

	Anzahl	%*
<i>Entlastung bei (psychosozialer) Betreuung des Patienten</i>	88	57,1 %
<i>schnellere/unbürokratischere Beschaffung der richtigen Hilfsmittel</i>	63	40,9 %
<i>besserer Informationsstand des Patienten hinsichtlich der Gesundheitsangebote</i>	55	35,7 %
<i>besserer Informationsstand des Patienten in sozialrechtlichen Fragen</i>	46	29,9 %
<i>höhere Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen an der Behandlung bzw. Betreuung beteiligten Personen/Institutionen</i>	46	29,9 %
<i>Patient war stärker motiviert, auch eigenständig seine Gesundheitssituation zu verbessern</i>	32	20,8 %
<i>Patient folgt eher den ärztlichen Empfehlungen (bessere Compliance)</i>	29	18,8 %
<i>Vertrauensverhältnis zum Patienten wurde gestärkt</i>	25	16,2 %
<i>Sonstige Vorteile</i>	7	4,5 %

* 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). Bemerkenswert 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 unzufriedenen Bereich aufweist.

Tabelle 14: Zufriedenheitsindex aus Sicht der Krankenhaussozialdienste

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
<i>Zufriedenheitsindex (KH-Sozialdienst-Sicht)</i>	31	67,0	100,0	94,0	10,57

Vorteile der Patientenbegleitung aus Sicht der Krankenhaussozialdienste

Aus Sicht der Krankenhaussozialdienste liegen die größten Vorteile der Patientenbegleitung mehrheitlich in einer schnelleren bzw. unbürokratischeren Beschaffung von Hilfsmitteln sowie einer höheren Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen an der Behandlung bzw. Betreuung beteiligten Personen bzw. Institutionen (s. Tabelle 15). Ebenfalls häufig genannt wird der bessere Informationsstand der Versicherten bzgl. der für die Gesundheitssituation der Patienten richtigen Angebote. In den beiden letztgenannten Punkten decken sich die Aussagen der Krankenhaussozialdienste mit den Angaben der Ärzte (s. Tabelle 13). Im Gegensatz zu den Ärzten wird allerdings die Entlastung bei der psychosozialen Betreuung des Patienten von den Krankenhaussozialdiensten deutlich seltener als Vorteil gesehen.

Tabelle 15: Vorteile der Patientenbegleitung aus Sicht der Krankenhaussozialdienste

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

* 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-Test¹⁷, $p=0.003$) sowie im Vergleich zur Gruppe der an Krebs erkrankten Patienten (Tamhane-T2-Test, $p=0.018$).

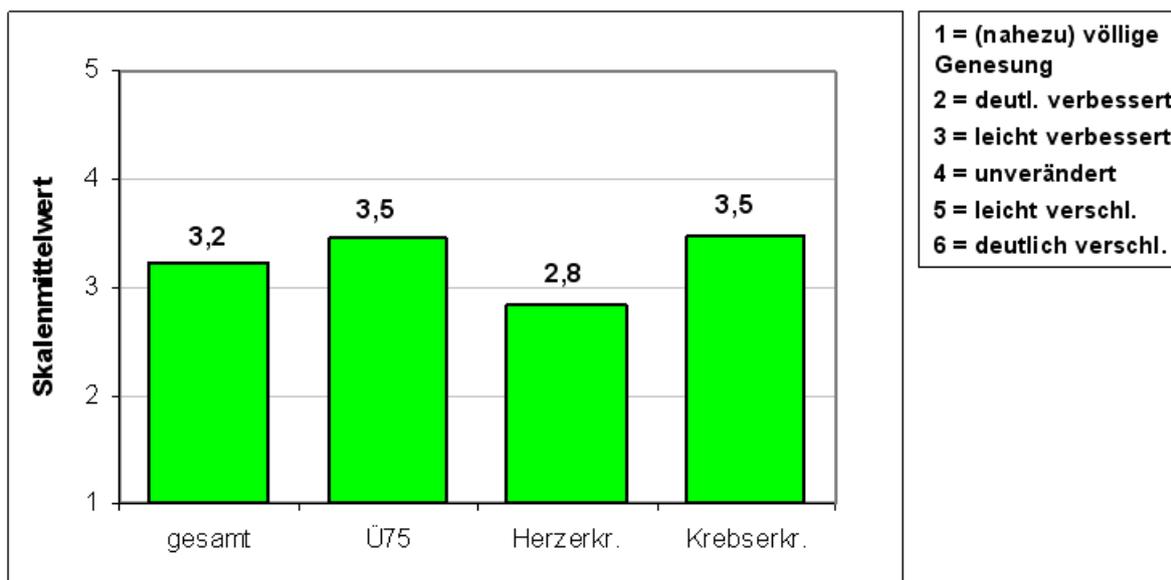


Abbildung 88: Untersuchungsspezifische Veränderung des Gesundheitszustands der Versicherten aus Ärztesicht

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-Rho¹⁸=0,613; $p=0.000$). D. h. mit zunehmender Entlastung wird auch die „Hilfequalität“ der

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.

¹⁸ Mit der nicht-parametrischen Korrelation nach Spearman werden Zusammenhänge zwischen zwei Merkmalen untersucht, wenn mindestens bei einem dieser Merkmale keine Normalverteilung und/oder nur eine Rangskalierung vorliegt. Der dabei gebildete Korrelationskoeffizient Spearman-Rho kann Werte zwischen „-1“ und „1“ annehmen, wobei die Extremwerte für stärkste (negative bzw. positive) Zusammenhänge stehen. Bei einem Wert von „0“ liegt kein Zusammenhang vor (vgl. Bortz 2005).

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

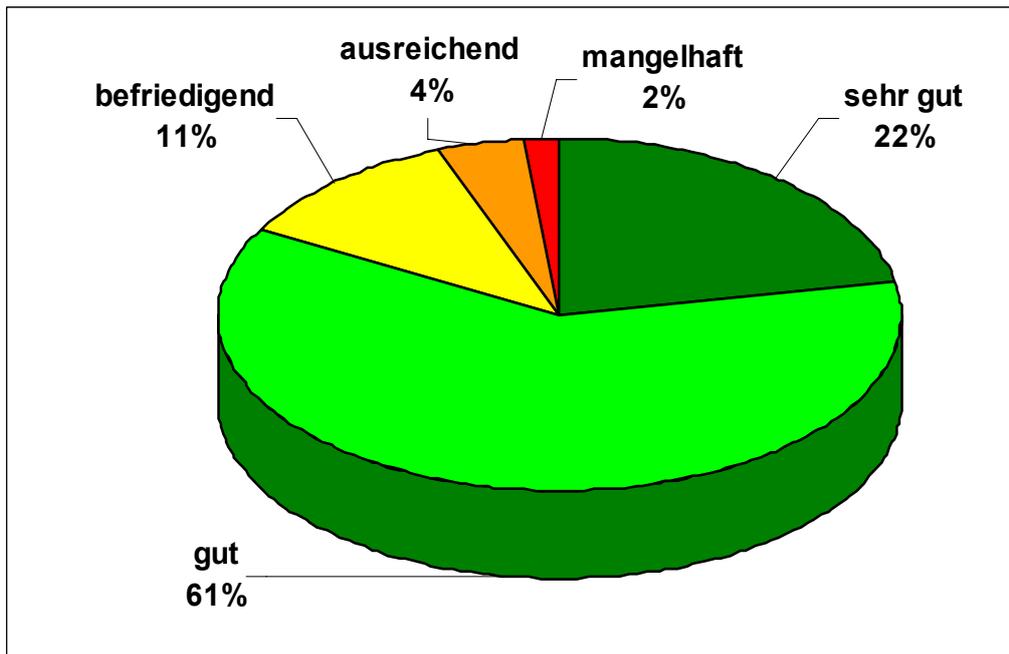


Abbildung 89: Wie gut dem Patienten aus Ärztesicht geholfen wurde

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

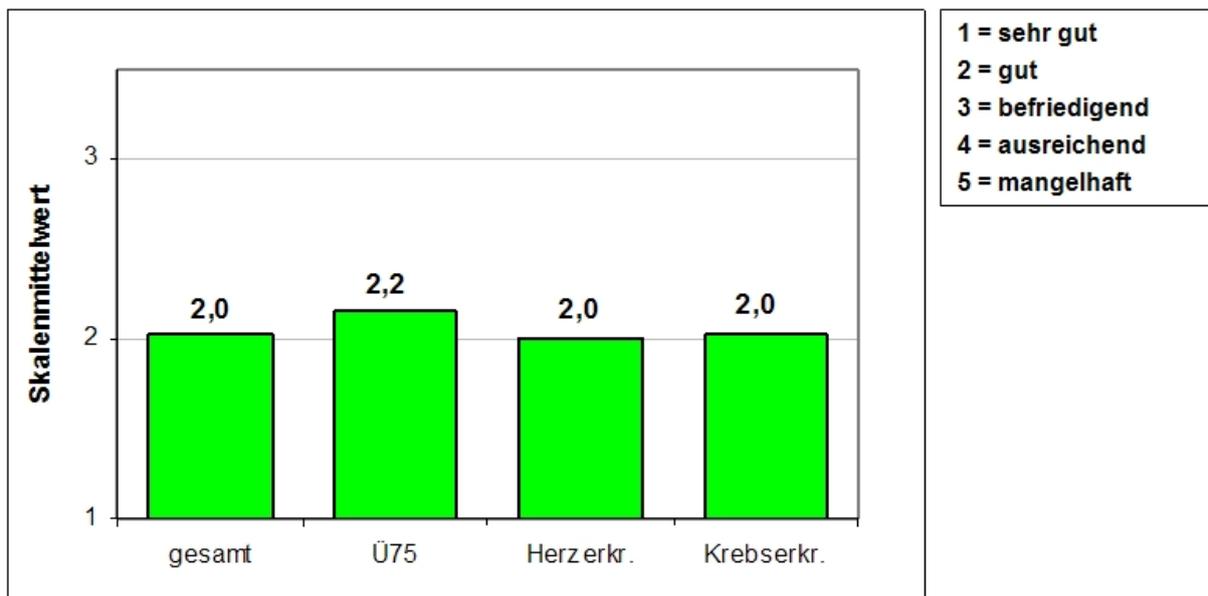


Abbildung 90: Wie gut dem Patienten aus Ärztesicht nach Untersuchungsgruppen geholfen wurde

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).

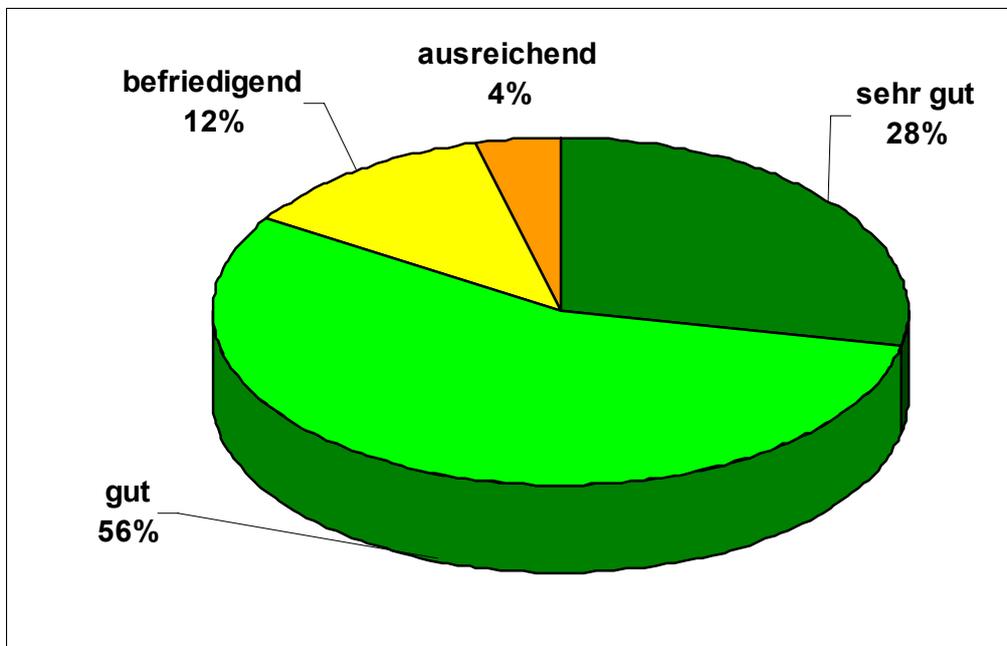


Abbildung 91: Wie gut den Patienten aus Sicht der Krankenhaussozialdienste geholfen wurde

Effektivität der Patientenbegleitung aus Ärztesicht

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).

Tabelle 16: Effektindex aus Ärztesicht

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<i>Effektindex (Ärztensicht)</i>	155	-50	50	15,4	19,53

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, $p=0.043$).

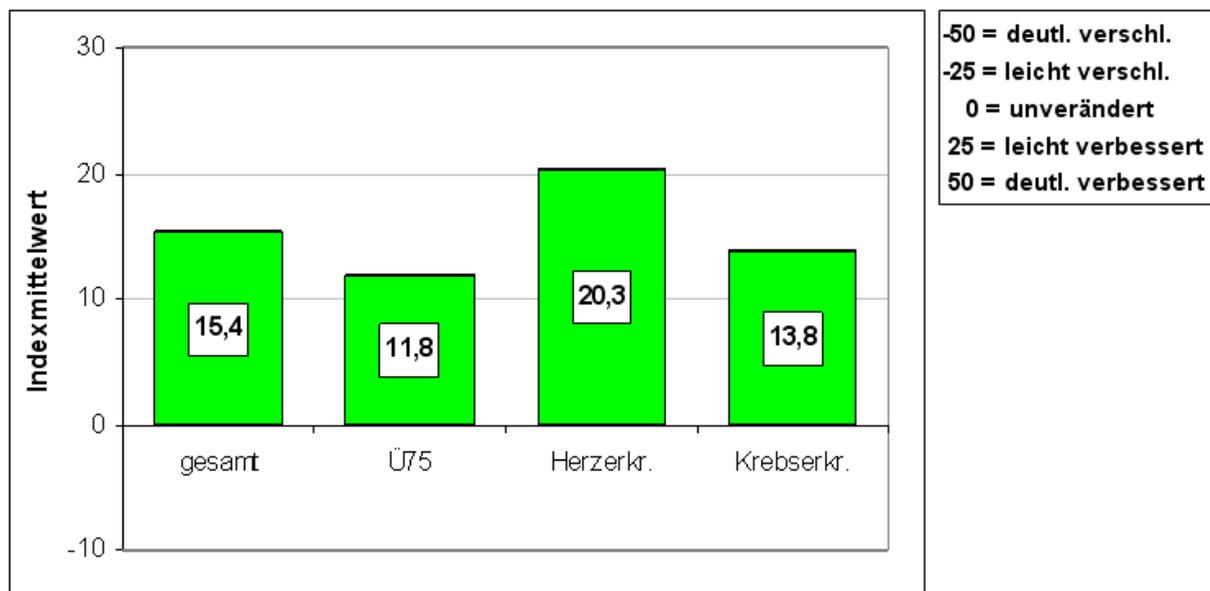


Abbildung 92: Untersuchungsspezifischer Effektindex aus Ärztesicht

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“ ($\bar{X} = 2,14$), „körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität“ ($\bar{X} = 2,31$), „tatsächliche Nutzung vorhandener Gesundheitsangebote und Möglichkeiten“

der medizinischen Versorgung“ ($\bar{X} = 2,32$) sowie „Informiertheit über die für seine Gesundheitssituation richtigen Angebote“ ($\bar{X} = 2,36$).

Die niedrigsten Effekte werden in den Bereichen „Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse gegenüber Ärzten und Fachleuten deutlich zu machen“ ($\bar{X} = 2,58$), „Fähigkeit, gewohnten Aktivitäten nachzugehen“ ($\bar{X} = 2,57$) sowie „Gesundheitsverhalten“ ($\bar{X} = 2,54$) 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.

Tabelle 17: Effektindex aus Sicht der Krankenhaussozialdienste

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<i>Effektindex (KH-Sozialdienst-Sicht)</i>	33	-35	50	14,1	17,92

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.“
- „Aufgrund der Patientenbegleitung kann der Patient immer wieder von der Behandlung (Chemotherapie) nach Hause entlassen werden. Ein Hospizaufenthalt ist nicht nötig! Krankenhausaufenthalte werden minimiert: positive Patienten- und Kostensituation. Als Hausarzt werde ich deutlich entlastet.“

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 auch 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

Das Angebot der Patientenbegleitung wird sowohl von den Ärzten als auch den Krankenhaussozialdiensten weitestgehend als sehr sinnvoll gesehen. Entsprechend deren unabhängigen eigenen Beobachtungen der Fallverläufe wird der Patientenbegleitung von beiden Partnergruppen ebenfalls eine hohe Effektivität beigemessen.

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.

Die größten Vorteile der Patientenbegleitung werden dabei, neben den genannten Aspekten, insbesondere in einer unbürokratischeren Beschaffung der angemessenen Hilfsmittel sowie einem besseren Informationsstand des Versicherten gesehen.

4.4. Kosten, Fallzahlen und Falldauern

Durch die Auswertung von Leistungsdaten sollten die in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Aussagen zu den qualitativen Effekten der Patientenbegleitung insbesondere durch Aussagen zur Wirtschaftlichkeit ergänzt werden. Daher wurde im Rahmen der folgenden Ergebnisdarstellung ein besonderes Augenmerk auf die Kostendaten gelegt. Die Befunde zu Fallzahlen und Falldauern sind in Abschnitt 4.4.10 dargelegt. Abschnitt 4.5 befasst sich eingehend mit den Zusammenhängen zwischen den einzelnen Dimensionen.

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, eignen 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

Für die Ergebnisauswertung wurden alle Bereiche, soweit für die jeweilige Leistungsart möglich, hinsichtlich Häufigkeit (bzw. Fallzahl), Leistungsdauer (bzw. Falldauer) und den kumulierten Kosten in jeweiligen Nacherhebungszeiträumen der Einzelfälle untersucht. Bei den Pflegeversicherungsleistungen wurde ferner die Pflegestufe untersucht. Dabei wurden sehr hohe Anforderungen an die Zuverlässigkeit bzw. Vollständigkeit der verwendeten Daten gestellt und durch verschiedene Maßnahmen sichergestellt (vgl. Abschnitt 3.4).

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

Entsprechend den Prämissen des Untersuchungsdesigns (s. Abschnitt 3.2.1) wurden Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe mit Hilfe der Varianzanalyse (ANOVA bzw. F-Test) auf statistische Signifikanz hin untersucht. Trotz der prinzipiellen Robustheit des Verfahrens gegenüber Verletzungen seiner Anwendungsvoraussetzungen wurden zur Absicherung des F-Tests beim Vorliegen inhomogener Varianzen Welch-Tests angewendet (s. Kubinger/Rasch/Moder 2009).

Eine weitere methodische Herausforderung wurde im vorliegenden Untersuchungskontext speziell durch die Kostendaten gestellt. Im Kontext des Untersuchungsgegenstandes, der die Fallverläufe schwerer Erkrankungen beinhaltet, ist es nicht ungewöhnlich, dass die Kostendaten breit streuen. Zudem kann es im Einzelfall zu sehr hohen Kosten kommen. Im statistischen Sinne handelt es sich dabei um sog. „Ausreißer“. Ihre Definition erfolgt, zumeist relativ willkürlich, in einem Bereich außerhalb des Interquartilabstands (IQR). Konsens besteht allerdings dahingehend, dass zumindest Werte außerhalb des dreifachen IQRs als Ausreißer anzusehen sind. Solche Ausreißer lassen sich am Besten mit Hilfe von Boxplots veranschaulichen (s. Abbildung 93). Die Sterne in Abbildung 93 veranschaulichen die Ausreißer, die für die Kostenarten der vorliegenden Evaluation ermittelt wurden. Grundsätzlich treten extreme Ausreißer vor allem im Bereich der Krankenhauskosten auf, gefolgt von den Arzneimittelkosten. Aber selbst bei den Pflegeversicherungsleistungen, den Heil- und Hilfsmitteln sowie den „Sonstigen Kosten“ liegen verhältnismäßig viele Ausreißer vor.

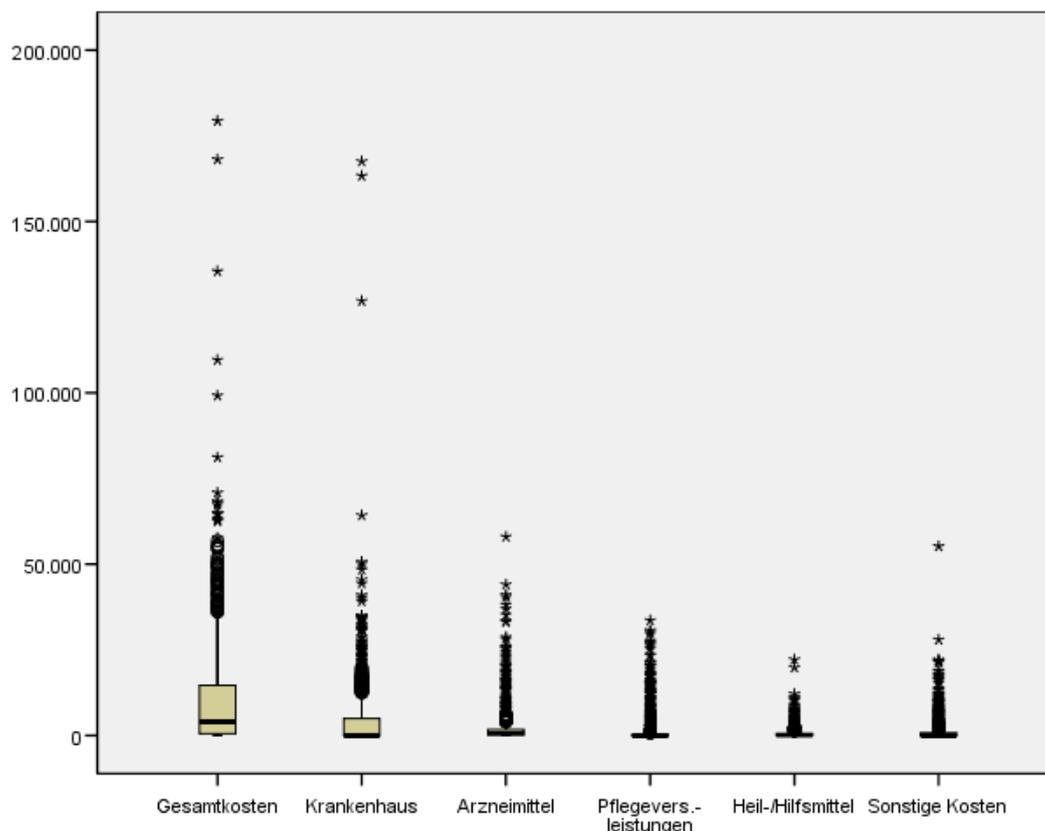


Abbildung 93: Visualisierung der „Ausreißerproblematik“

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.

Daher kamen bei den Kostenauswertungen, die im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung durchgeführt wurden, zusätzlich zur ANOVA Mann-Whitney U-Tests zum Einsatz. Dabei handelt es sich um sog. nicht-parametrische Tests auf der Basis der, anhand ihrer Fallränge ordinal skalierten, Messwerte. Da ein Mann-Whitney U-Test auf Fallrängen basiert, ist er gegenüber dem Einfluss von Ausreißern immunisiert und zudem noch aussagekräftiger als andere potenziell infrage kommende, nicht-parametrische Verfahren wie etwa der Median-Test (vgl. Bortz/Lienert/Boehnke 2000).

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 zumindest 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).

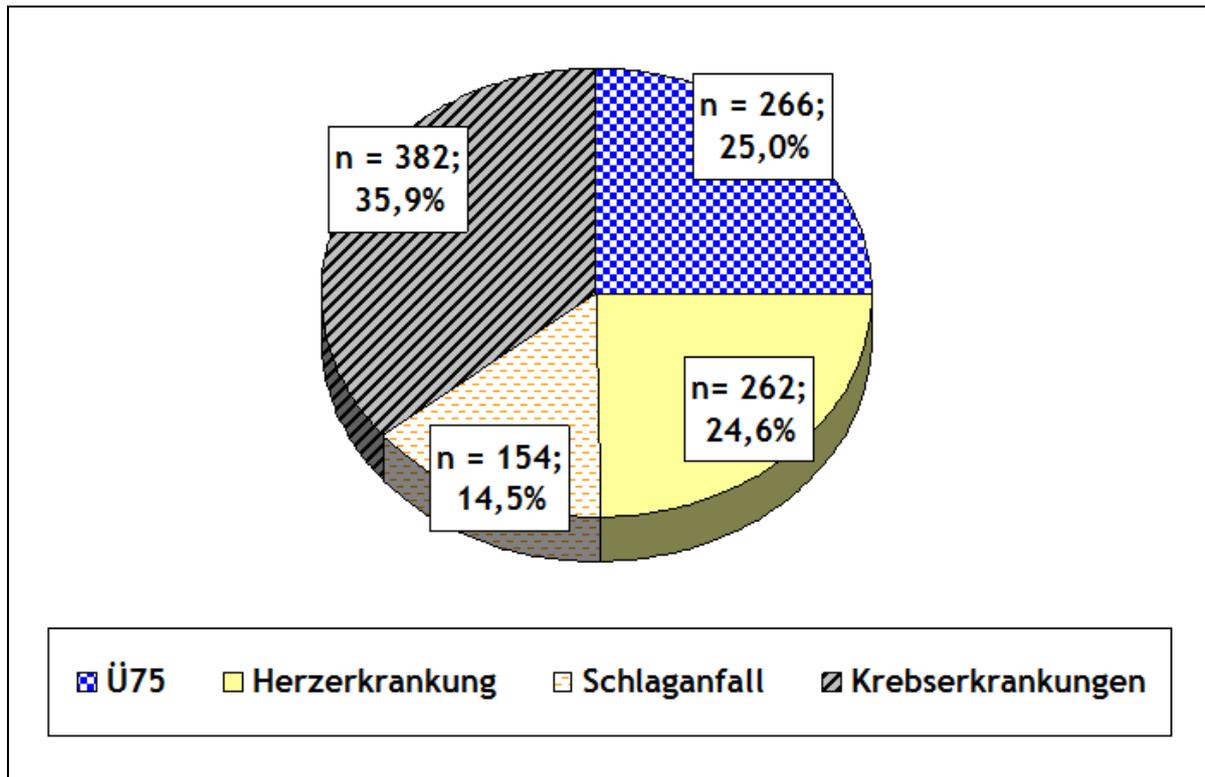


Abbildung 94: Verteilung der Fälle in der Auswertung der Leistungsdaten

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 Härtefallregelung 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.

Ein wesentliches Merkmal zur Einordnung der Befunde im Rahmen der Leistungsdatenauswertung ist der den untersuchten Fällen zugrundeliegende Nacherhebungszeitraum (vgl. Abschnitt 3.4). Dabei handelt es sich um die Zeiträume zwischen dem Ende der Patientenbegleitungen (Stichtag t2) und dem Ende des Untersuchungszeitraums (Stichtag t3 entsprechend den Abbildungen auf S. 33). Durch einen Kontrollgruppenvergleich der Leistungsdaten in diesen Zeiträumen kann geprüft werden, ob sich hier Effekte der Patientenbegleitung manifestieren, zum Beispiel in Form von Kosteneinsparungen aufgrund einer geringeren Anzahl von erneuten Krankenhausaufenthalten nach der Begleitung.

Tabelle 18: Beschreibung des Nacherhebungszeitraums

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Std.-Abweich.</i>
<i>Nacherhebungszeitraum (in Tagen)</i>	1064	62	669	335,2	113,61

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.

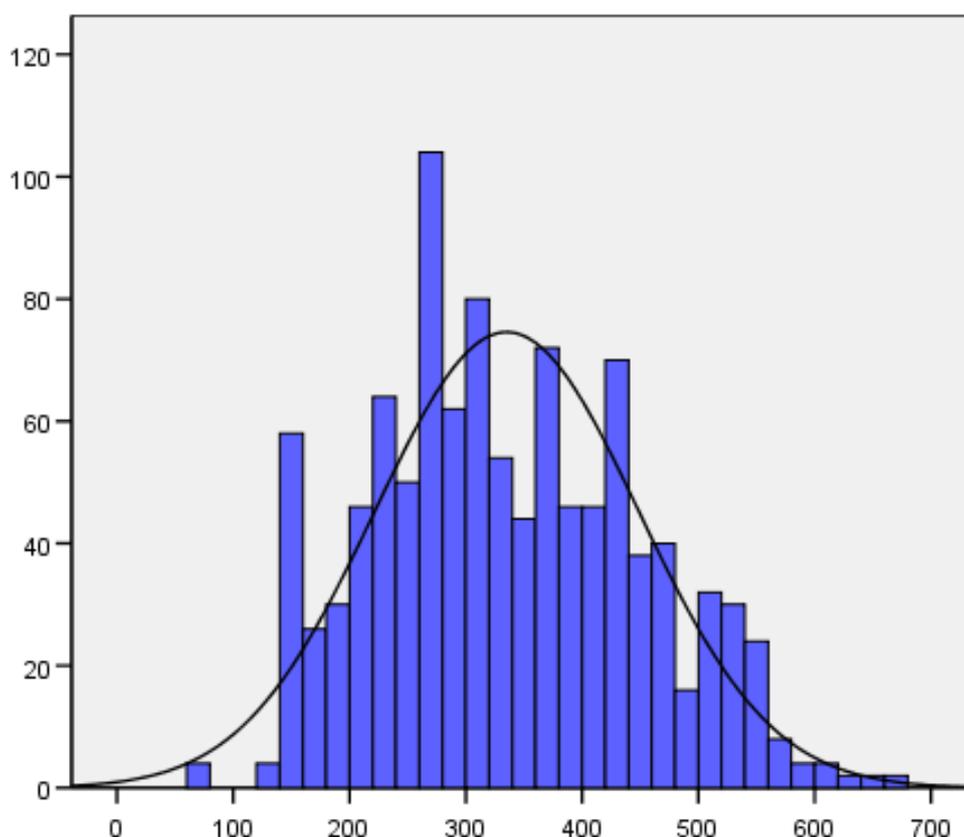


Abbildung 95: Histogramm der Fälle nach ihren Nacherhebungszeiträumen (in Tagen)

Wie aus Tabelle 18 ersichtlich, liegt die mittlere Nacherhebungszeit der 1064 Untersuchungsfälle bei etwa elf Monaten (mit einer Standardabweichung im Bereich von 3–4 Monaten). Ein für die Auswertung der Leistungsdaten aussagekräftiger „Zeitpuffer“ zum Ende der Patientenbegleitung ist somit grundsätzlich vorhanden.

Bei nochmaliger Betrachtung der Zeitablaufsschemata in Abschnitt 3.4 (s. Abbildung 9 und Abbildung 10, S. 33) mag an dieser Stelle ggf. die Frage aufkommen, warum sich, bei einem Stichtag am 30.11.2008 für den Abschluss der Befragungen und einem t3-Stichtag zum 01.05.2009, nur eine minimale Nachbeobachtungsdauer von ca. zwei Monaten ergibt. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass der 30.11.2008 ein arbiträr gesetzter Stichtag ist, der im Hinblick auf die Einhaltung des Projektablaufplans (s. Abschnitt 3.6.1) so gewählt wurde, dass bei der Auswertung der Befragungen von Patientenbegleitern, Versicherten, Ärzten und Krankenhaussozialdiensten kein zusätzlicher „künstlicher“ Drop-Out generiert wird (vgl. Abschnitt 3.4). Das tatsächliche Ende der Patientenbegleitungen konnte faktisch auch noch nach dem 30.11.2008 liegen. Für eine valide Auswertung der Leistungsdaten musste selbstverständlich das reale Beendigungsdatum herangezogen werden, wodurch sich bei einigen wenigen Fällen (vgl. Abbildung 95) verhältnismäßig kurze Nacherhebungszeiten ergeben.

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

Die Herstellung von diagnosegruppenspezifischer Repräsentativität war kein vorrangiges Ziel der vorliegenden Evaluation, die primär die Aufgabe hatte, das Patientenbegleitungsmodell der Bosch BKK entsprechend seiner praktischen Umsetzung abzubilden. Trotzdem wurden die vorliegenden Daten in wesentlichen soziografischen Merkmalen wie etwa dem Alter oder dem Geschlecht mit bundesweiten Daten des Statistischen Bundesamts verglichen. Als Vergleichsbasis für die Untersuchungsgruppen der Schlaganfall-, Herz- und Krebserkrankungen wurden Daten der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes herangezogen (s. Statistisches Bundesamt 2009). Für die Gruppe der Über-75jährigen wurden Daten zu Fällen mit häuslicher Versorgung aus der Pflegestatistik herangezogen (s. Stat. Bundesamt 2008).

Beide Datenquellen sind nicht 1:1 auf die Patientenbegleitung übertragbar, sie dienen nur als grober Richtwert. So verwendet etwa die Krankenhausstatistik teilweise abweichende Diagnoseklassifikationen (kardiovaskuläre Erkrankungen: I20-I25, I50.0-I51.9; cerebrovaskuläre Erkrankungen: I60-I69; Krebserkrankungen: C00-97). Als Vergleichswerte für die Gesamtstichprobe wurden die diagnosegruppenspezifischen Daten des Statistischen Bundesamtes gemäß der Fallverteilung der vier Untergruppen bei der Patientenbegleitung interpoliert.

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).

Die Geschlechtsverteilung ist auf der Gesamtebene annähernd ausgeglichen. Als annähernd repräsentativ zu den Daten des Statistischen Bundesamts können die Zahlen der Herzerkrankungsgruppe und der Patienten mit Krebserkrankungen eingestuft werden (s. Abbildung 97). Im Rahmen der Patientenbegleitung scheint allerdings augenscheinlich, sowohl bei der Ü75-Gruppe als auch bei den Schlaganfallpatienten ein etwas höherer Männeranteil vorzuliegen (s. Abbildung 97).

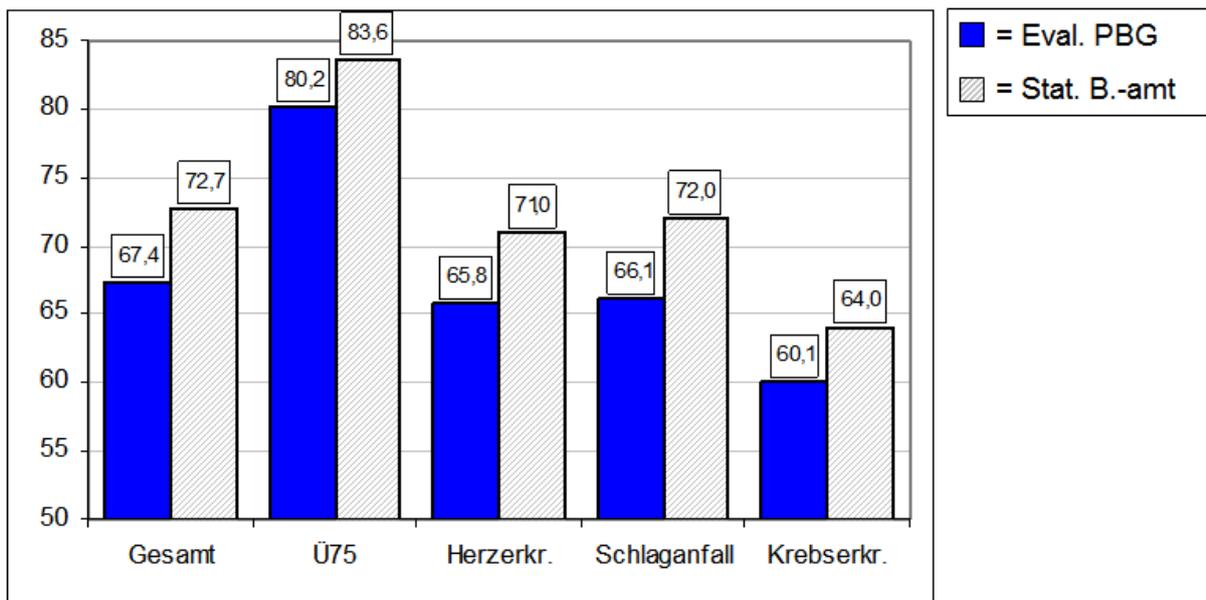


Abbildung 96: Repräsentativität der Altersstruktur

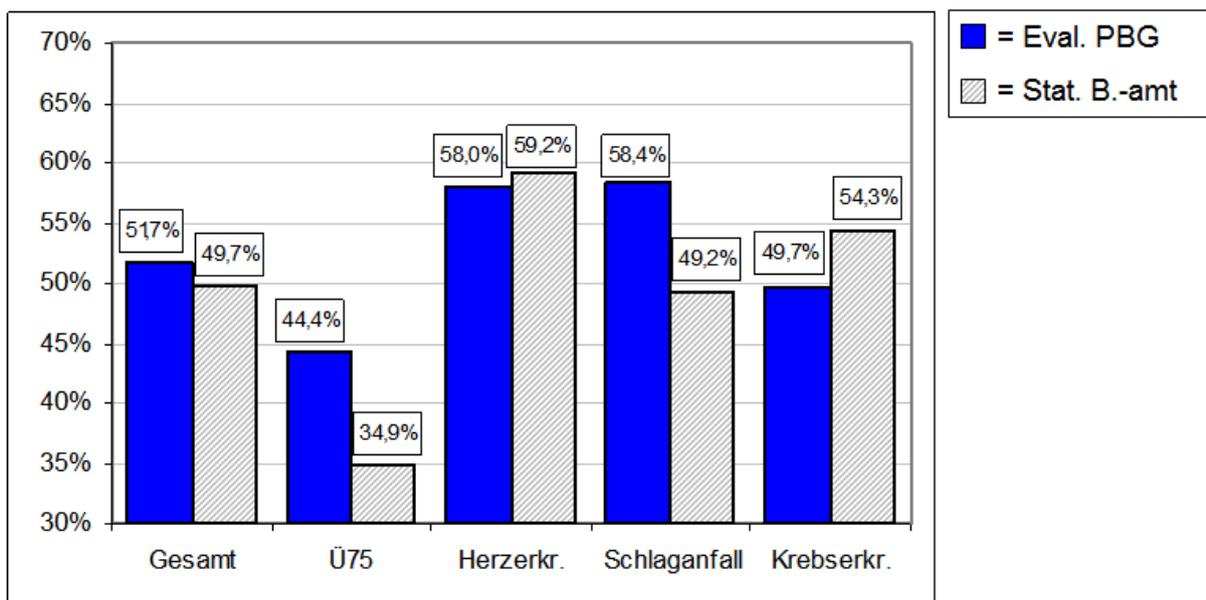


Abbildung 97: Repräsentativität der Geschlechtsverteilung
(Prozentwerte in der Abbildung sind auf das männliche Geschlecht bezogen)

4.4.4. Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen

Für eine quasiexperimentelle Kontrollgruppenstudie stellt die Vergleichbarkeit von Experimental- und Kontrollgruppe ein elementares Gütekriterium dar. Im Idealfall sollten sich die beiden Gruppen nur hinsichtlich eines Merkmals, in vorliegendem Fall hinsichtlich der Patientenbegleitung, unterscheiden. Wie in Abschnitt 3.4 methodisch beschrieben, wurde dies für die Evaluation der Patientenbegleitung mit Hilfe eines aufwendigen statistischen Matchingverfahrens angestrebt. Dabei wurde bei Merkmalen wie dem Geschlecht oder den übergeordneten Kriteriumsbereichen, die für Zuordnung zu den Evaluationsuntergruppen (Ü75, Herzerkrankung, Schlaganfall, Krebserkrankung) maßgeblich sind, keine Abweichung zwischen den Paaren toleriert. Es konnte also grundsätzlich kein männlicher Patient mit Herzerkrankung gemäß den Auswahlkriterien der Patientenbegleitung mit einer weiblichen Schlaganfall-Patientin „gematcht“ werden. Darüber hinaus wurde eine Vielzahl weiterer Merkmale potenzieller Kontrollgruppenfälle nach möglichst optimalen statistischen Ähnlichkeitskriterien ausgewählt. Diese Daten stammten aus folgenden Bereichen:

- „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

Über alle metrisch skalierten Merkmalsbereiche hinweg lässt sich dabei zu Veranschaulichungszwecken die Ähnlichkeit der gefundenen Zwillingspärchen in einem Prozentwert angeben (s. Tabelle 19). Die prozentuale Ähnlichkeit wird dabei immer über die Abweichung des Vergleichsgruppenfalls in Bezug auf den Ausgangswert in der Experimentalgruppe bestimmt. Bezogen auf einen 50jährigen Experimentalgruppenfall würde ein 53jähriger Matchingpartner beispielsweise eine 6 %-ige Abweichung vom Bezugswert aufweisen. Gleiches würde auch für einen 47jährigen Matchingpartner gelten. In beiden Fällen würde die prozentuale Ähnlichkeit in Bezug auf das Alter dann 94 % betragen.

Tabelle 19: Prozentuale Ähnlichkeiten der Zwillinge im Matching

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

Tabelle 19 zeigt die Matchingergebnisse der vorliegenden Studie. Die prozentualen Ähnlichkeiten 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 bedeutet 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 Patientenbegleitungseffekten grundsätzlich möglich. Hierzu wurde in einem ersten Analyseschritt 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

Die letzte Fallgruppe („länger als neun Monate“) weist einen mittleren Nachbeobachtungszeitraum von 390 Tagen (bei einer Standardabweichung von 88 Tagen) auf. Diese Stichprobenparameter müssen selbstverständlich, bei der Einordnung von Befunden zu diesen Fällen, immer mitberücksichtigt werden. Für weiter differenziertere Aussagen in Bezug auf lange Untersuchungszeiträume wurde die Fallgruppe in einem zweiten Analyseschritt daher noch weiter segmentiert (s. Abschnitt 4.4.6).

Da die Gruppe der Fälle mit kurzen Beobachtungszeiten im Bereich von 3–6 Monaten die absolut gesehen geringste Fallzahl aufweist, kommt es hier auch zu den vergleichsweise größten Zufallsschwankungen bei den absoluten Zahlenwerten. So ist es bspw. möglich, dass die in den Ergebnisabbildungen ausgewiesenen mittleren Kosten im 3–6 Monatsintervall etwas höher ausfallen als im 6–9 Monatsintervall. Dabei handelt es sich um statistische Schwankungen, die damit zusammenhängen, dass nicht gleiche Fälle zu unterschiedlichen Zeitpunkten, sondern unabhängige Stichproben, untersucht werden. Daher sollten die absoluten Zahlenwerte stets mit Zurückhaltung und nur bei gleichzeitiger Berücksichtigung der inferenzstatistischen Testergebnisse interpretiert werden. Bei der abschließenden Bewertung von Kosteneffekten der Patientenbegleitung sind aus diesem Grund zudem noch Vertrauensbereiche (Konfidenzintervalle) ausgewiesen, die darüber Aufschluss geben, in welchem konkreten Kostenbereich sich die ermittelten Effekte mit hoher Wahrscheinlichkeit auch tatsächlich bewegen (vgl. Abschnitt 4.4.7 und Abschnitt 4.4.9).

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 Arzneimittelkosten, 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.

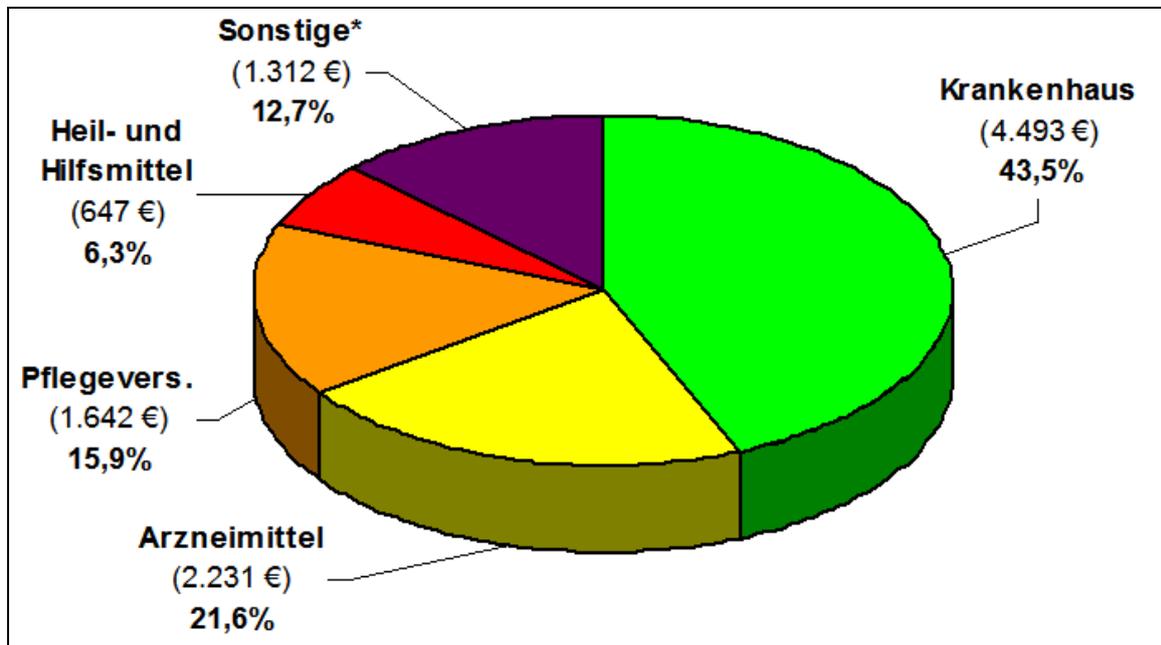


Abbildung 98: Verteilung der Gesamtkosten

(*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.

Obwohl in der Experimentalgruppe, bezogen auf den Krankenhausbereich, im Zeitintervall von 3–6 Monaten nominal höhere Kosten vorliegen, können die statistischen Tests hier keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe aufzeigen. Schon nach 6–9 Monaten hat sich dieser anfängliche Trend (zumindest augenscheinlich) umgekehrt. Ein statistisch signifikanter Unterschied ist hier allerdings ebenfalls nicht nachweisbar. Daraus ist zu folgern, dass bis zu neun Monate nach der Patientenbegleitung noch kein Effekt im Bereich der Krankenhauskosten erzielt werden kann.

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

Gunsten der Patientenbegleitung vor. Dieser Effekt bezieht sich wie einleitend beschrieben auf Fälle mit einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 390 Tagen.

Positive Kosteneffekte treten also sozusagen erst mit einer gewissen „Zeitverzögerung“ auf. Es handelt sich dabei zudem um eine relativ „feine“ Wirkung: So weist die anhand des „Cohens d“ ermittelte Effektgröße¹⁹, entsprechend der Klassifikation von Cohen (1988), hier eine im kleinen Bereich zu verortende Effektstärke auf (s. Abbildung 99).

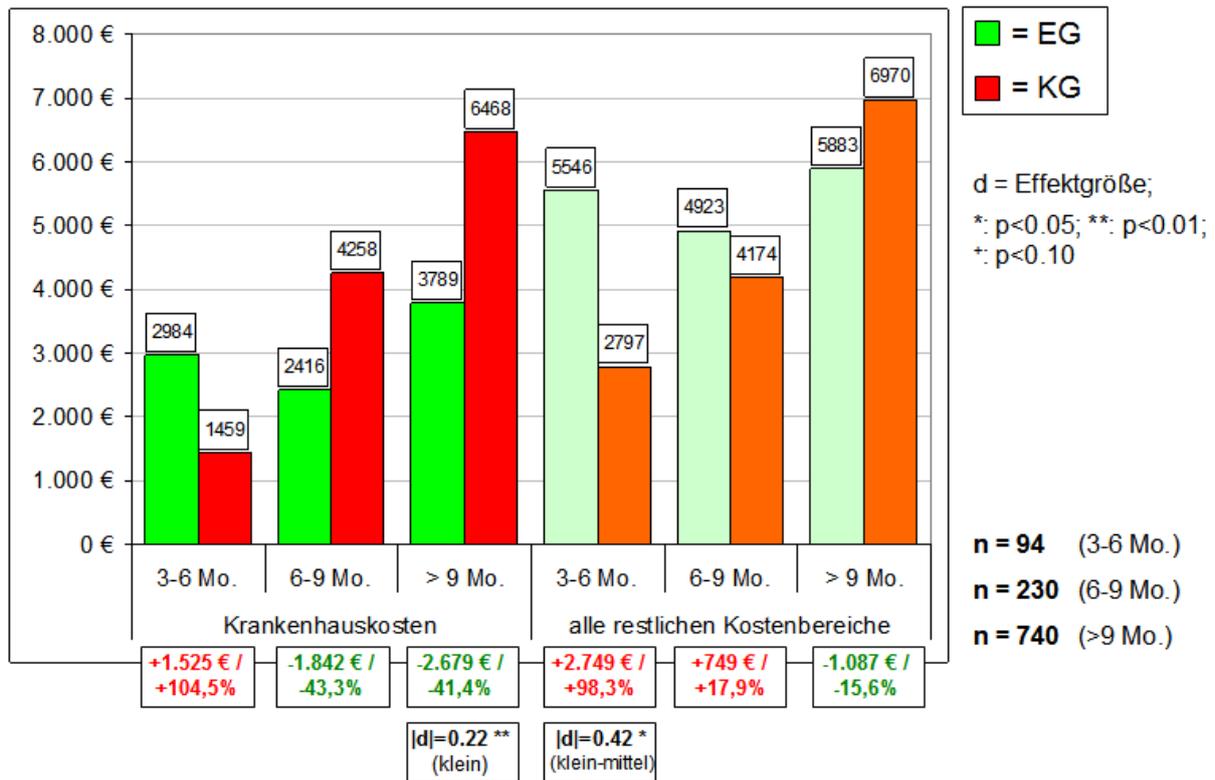


Abbildung 99: Gegenüberstellung von Krankenhaus- und restlichen Kosten

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).

Die Gruppenunterschiede egalieren sich, wie in Abbildung 99 ersichtlich, zu späteren Zeitpunkten deutlich. Ab sechs Monaten können nicht mal mehr ansatzweise Hinweise auf potentiell signifikante Gruppenunterschiede beobachtet werden. Die höheren Kosten nach 3–6 Monaten sind, bei einer Detailbetrachtung hauptsächlich auf die Pflegeversicherungsleistungen sowie den Bereich der Heil- und Hilfsmittel zurückzuführen (siehe folgende Analyseergebnisse unten). Damit wird zweifelsfrei gezeigt, dass in bestimmten Leistungsbereichen

¹⁹ Die Effektgröße ist ein standardisiertes statistisches Maß, das die relative Größe der Mittelwertsdifferenz zwischen 2 Untersuchungsgruppen (oder 2 Zeitpunkten) angibt. Effektgrößen können das (relative) „Ausmaß“ von signifikanten Ergebnissen veranschaulichen und damit (unter anderem) Anhaltspunkte zur Beurteilung der praktischen Bedeutsamkeit dieser Befunde geben (vgl. Bortz/Döring 2006). Je nach verwendetem Testverfahren können unterschiedliche Effektgrößen berechnet werden. Ein international übliches und weit verbreitetes Maß ist das sog. „Cohens d“.

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)?

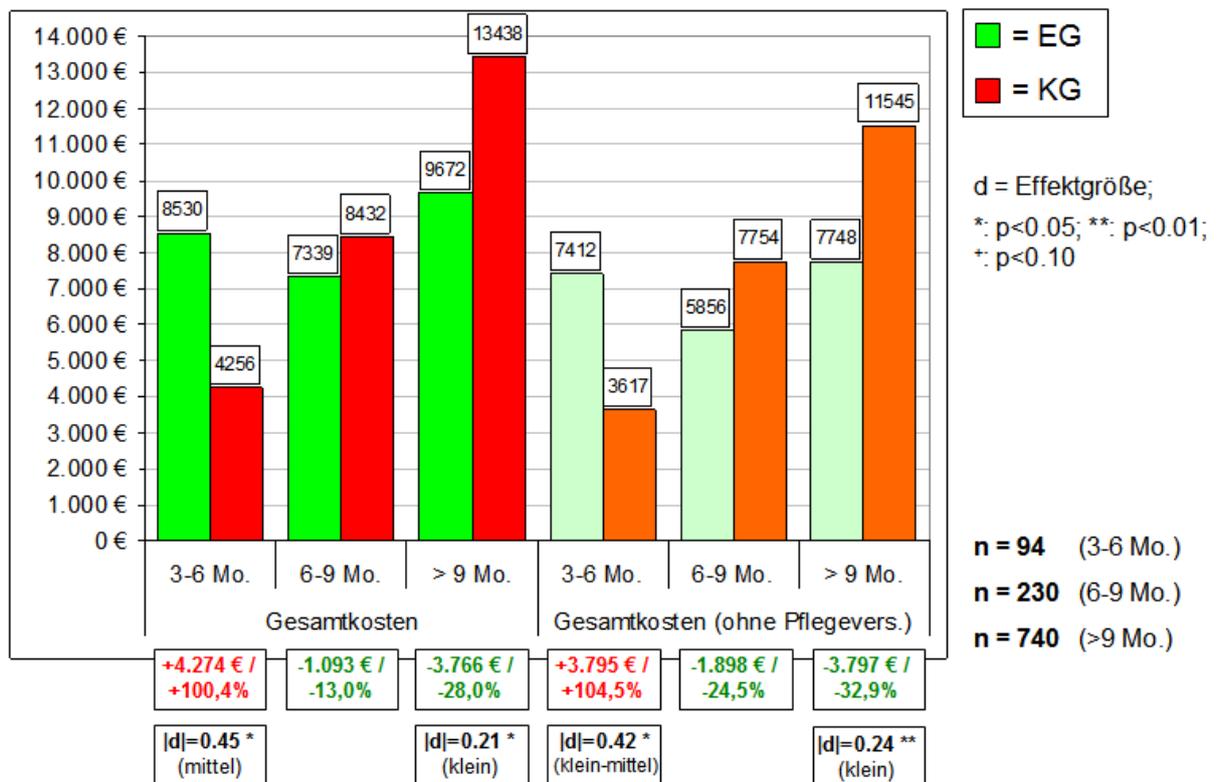


Abbildung 100: Gegenüberstellung der Gesamtkosten mit und ohne Pflegeversicherung

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. $p(F,U)<0.05$).

Bei 6–9 Monaten zeigt allein die Betrachtung der absoluten Differenzen, dass sich die Werte von Experimental- und Kontrollgruppe einander stark angenähert haben. Die Unterschiede sind in statistischer Hinsicht, mit und ohne Einbeziehung der Pflegeversicherungsleistungen, in diesem Zeitraum nicht mehr signifikant. Augenscheinlich deuten sich sogar schon leicht positive Effekte in der PB-Gruppe an.

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):

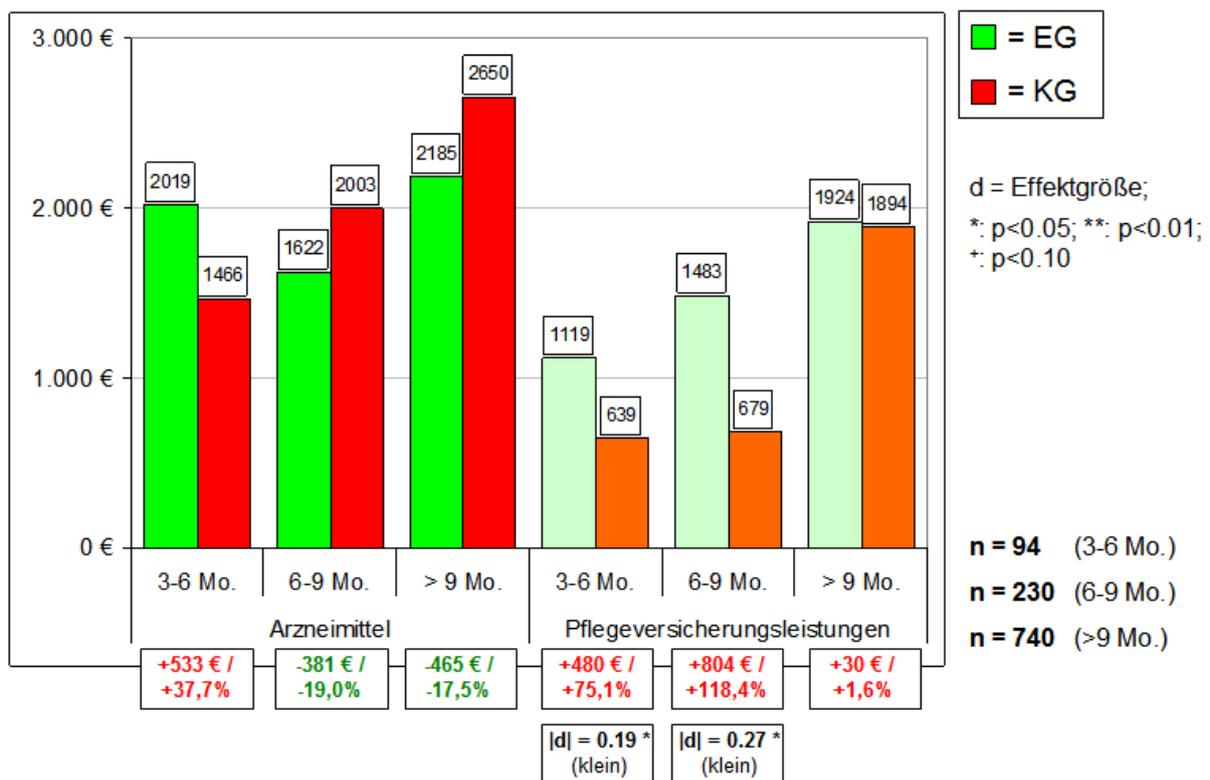


Abbildung 101: Gegenüberstellung der Kosten im Arzneimittel- und Pflegeversicherungsbereich

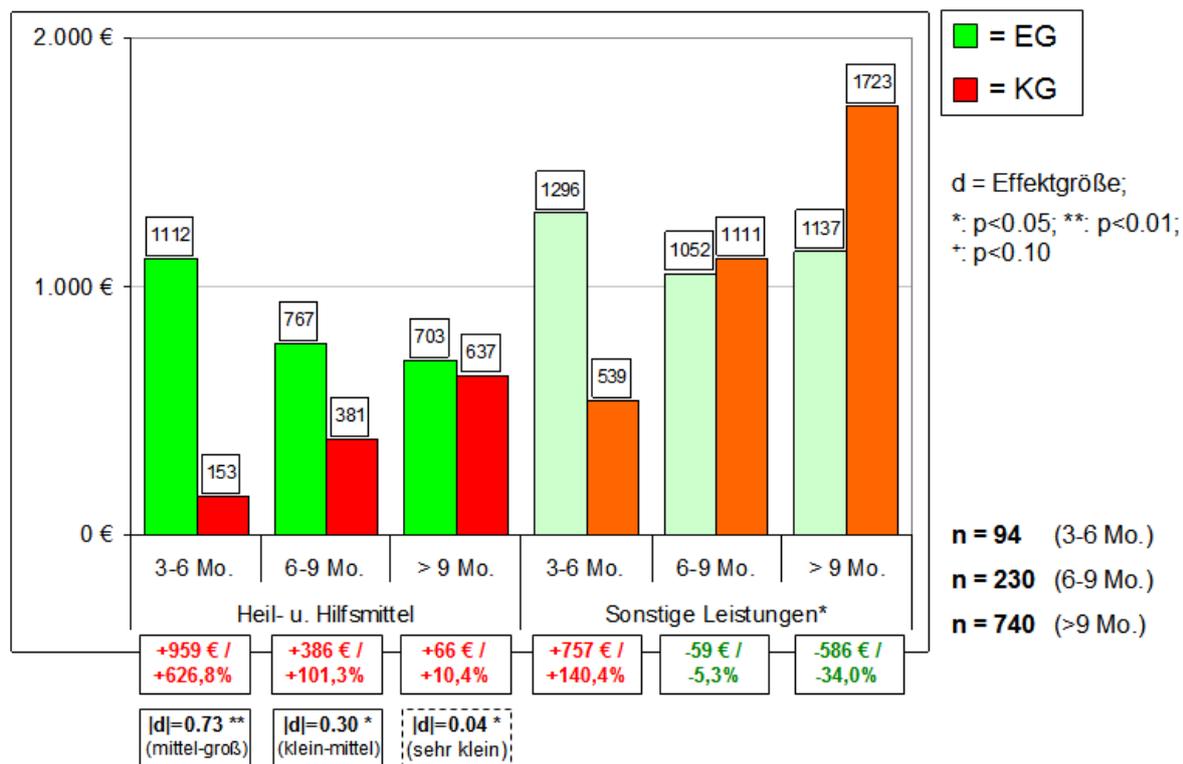
Bei den Arzneimittelkosten liegen bei 3–6 Monaten die Kosten in der Experimentalgruppe noch etwas höher. Ab 6 Monaten schneidet dann die Patientenbegleitungsgruppe tendenziell besser ab, die Unterschiede sind allerdings in keinem der beschriebenen Zeitintervalle signifikant. Die vorliegenden Befunde 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.



„Sonstige Leistungen“: Fahrkosten, Reha, Haushaltshilfe, amb. Kuren, KG u. Integr. Versorgung.

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

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

kant. Der positive Kosteneffekt nach 9 Monaten unterschreitet zwar im F-Test das 5 %-Niveau, nicht aber im U-Test. Von daher kann an dieser Stelle eine Extremwertverzerrung nicht ausgeschlossen werden. Dies ist durchaus möglich, da die „Sonstigen Leistungen“ einerseits nur einen geringen Anteil an den Gesamtkosten einnehmen sowie hier andererseits ein verhältnismäßig heterogenes „Konglomerat“ aus ganz unterschiedlichen Leistungsarten vorliegt. Für eine differenziertere Betrachtung der „Sonstigen Kosten“ sei an dieser Stelle auf Abbildung 116 (S. 152) verwiesen.

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.

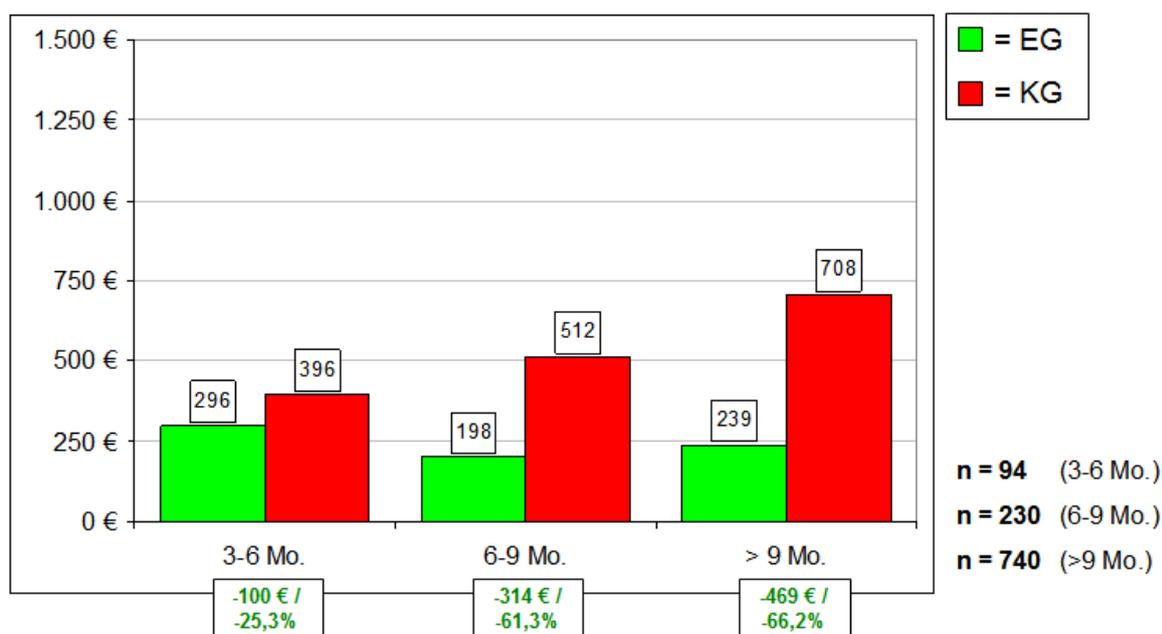


Abbildung 103: Differenzierte Betrachtung der Reha-Kosten

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,

sind diese Beobachtungen allerdings anhand einer zeitlich segmentierten Stichprobe statistisch nicht hinreichend abzusichern. Da Reha-Maßnahmen prinzipiell mit Krankenhausaufenthalten in Zusammenhang stehen, kann allerdings – zumindest hypothetisch – ein ähnlicher Kostenverlauf erwartet werden wie oben bei den Krankenhauskosten beschrieben. Diese Vermutung wird durch die Reha-Kosten-Analyse, im Rahmen der zeitlich unsegmentierten Gesamtstichprobe, gestützt (vgl. Abbildung 114 in Abschnitt 4.4.10).

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 differenzierter 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 bedeutsamen 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.

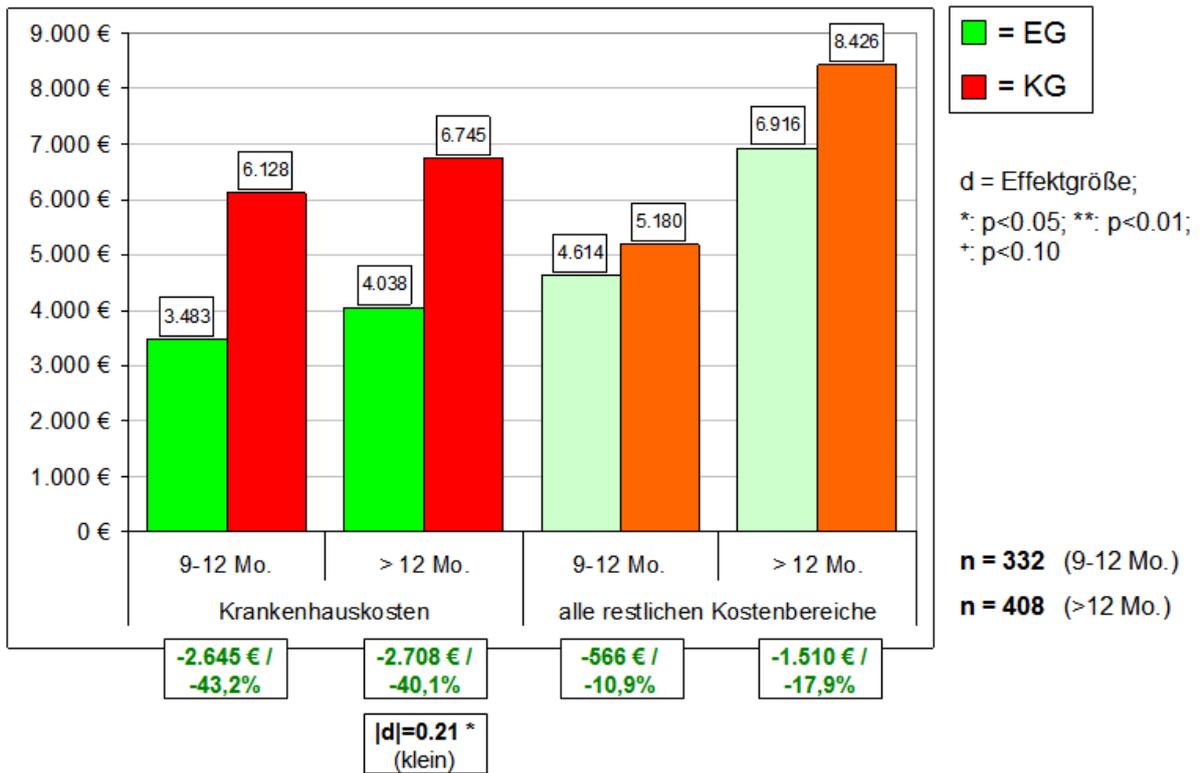


Abbildung 104: Gegenüberstellung von Krankenhaus- und restlichen Kosten nach neun Monaten

Gesamtkosten mit und ohne Pflegeversicherungsleistungen

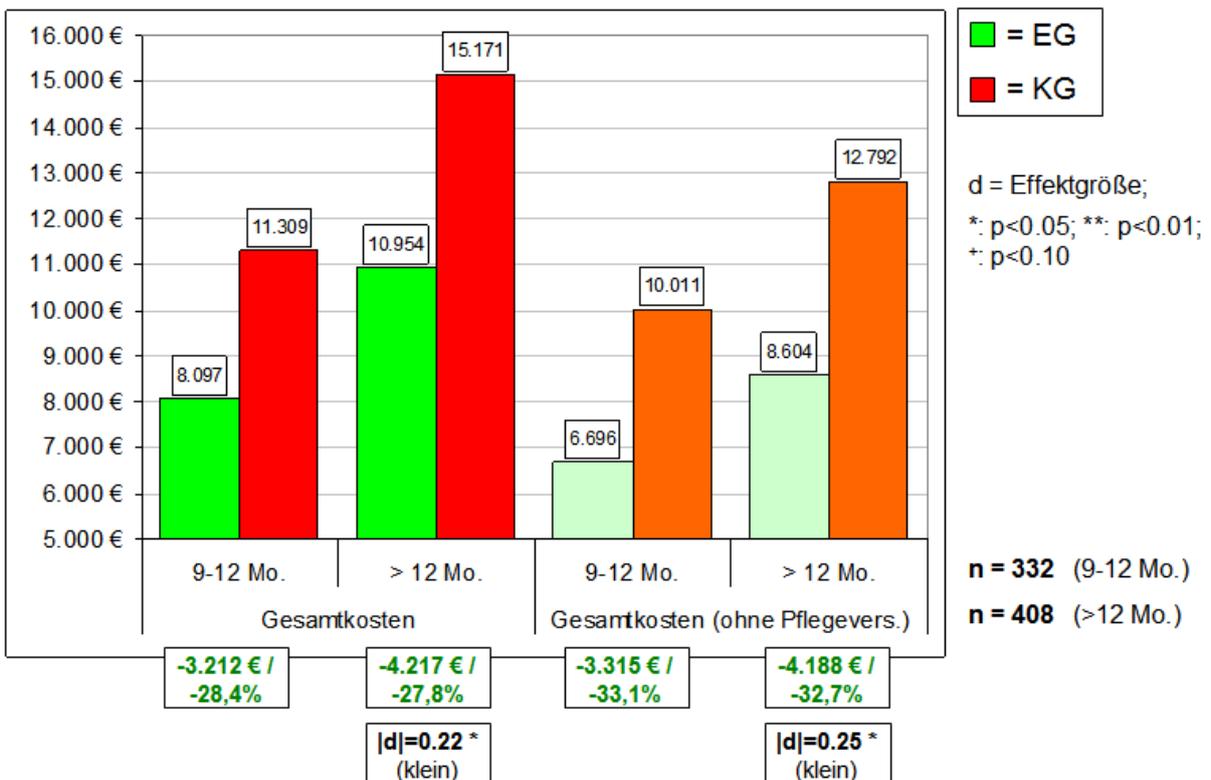


Abbildung 105: Gegenüberstellung der Gesamtkosten mit und ohne Pflegeversicherung nach neun Monaten

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 ($p(F,U) < 0.03$).

Ähnlich wie bei den Krankenhauskosten liegen im Zeitintervall von 9–12 Monaten zwar ca. zum 5 %-Niveau signifikante F-Tests vor. Diese können aber lediglich als erste Anzeichen für den sich später deutlich herauszeichnenden positiven Kosteneffekt gesehen werden. Von einem statistisch bedeutsamen Unterschied sollte in diesem Zeitintervall noch nicht gesprochen werden.

Arzneimittel und Pflegeversicherungsleistungen

Weder bei den Arzneimitteln noch bei den Pflegeversicherungsleistungen zeigen sich in den untersuchten Zeitintervallen ab neun Monaten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen (s. Abbildung 106). Dabei liegen die Arzneimittelkosten in der Experimentalgruppe rein zahlenmäßig durchgängig etwas unterhalb der Kosten in der Kontrollgruppe. Der Unterschied ist in statistischer Hinsicht allerdings nicht bedeutsam.

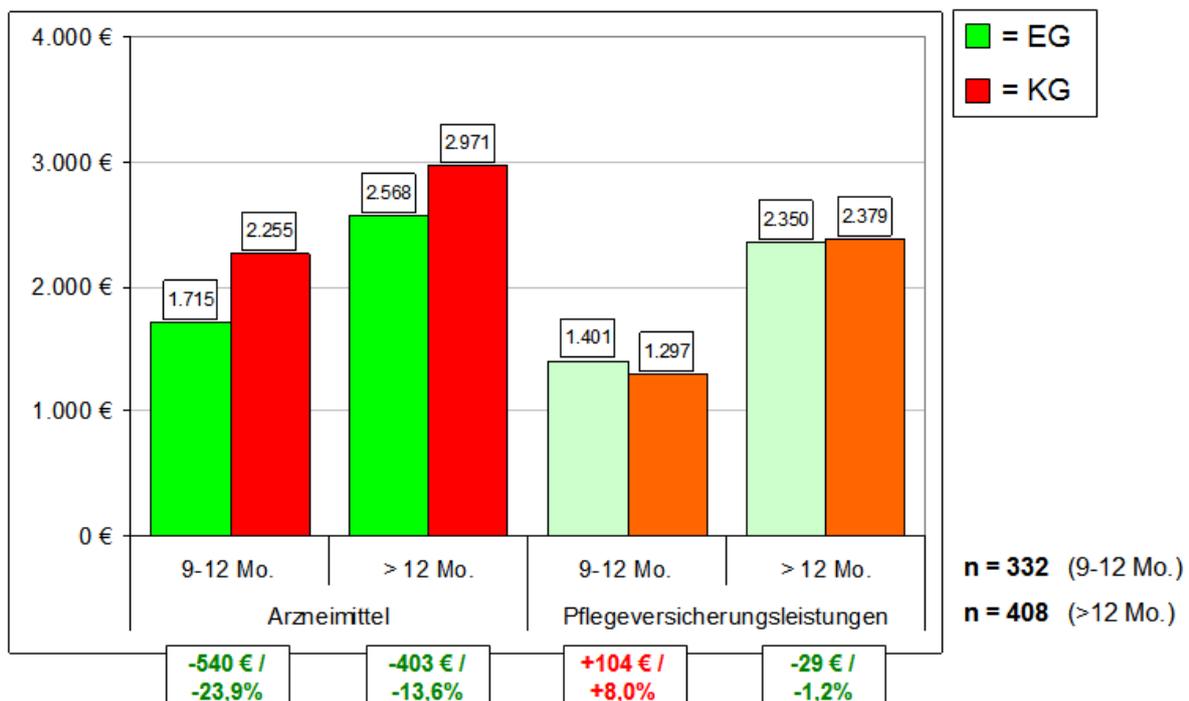


Abbildung 106: Gegenüberstellung der Kosten im Arzneimittel- und Pflegeversicherungsbereich nach neun Monaten

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 Kosteneffekt im Rahmen der Patientenbegleitung. Dieser geht zwar nicht unmittelbar aus der Augenscheinnahme von Abbildung 107 hervor, da er sich nicht aus den dort ausgewiesenen Mittelwertsstatistiken, 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 statistische Hinweise mehr vorliegen, die noch auf einen möglichen Kostenunterschied zwischen 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 Integrierte Versorgung zusammensetzen, liegen im Zeitintervall von 9–12 Monaten keine signifikanten Unterschiede vor. Ab 12 Monaten lässt sich aber ein im Sinne der Patientenbegleitung wenigstens marginal signifikanter positiver Kosteneffekt feststellen ($p(F,U) < 0.08$). Aufgrund des geringen Gesamtkostenanteils erschien eine weiter differenzierte Einzelaufschlüsselung der „Sonstigen Kosten“ an dieser Stelle als nur wenig zielführend. Weitergehende Informationen zu den potenziellen „Verursachern“ des hier beschriebenen Kosteneffekts, vermag aber mit Einschränkung Abbildung 116 auf Seite 152 zu liefern.

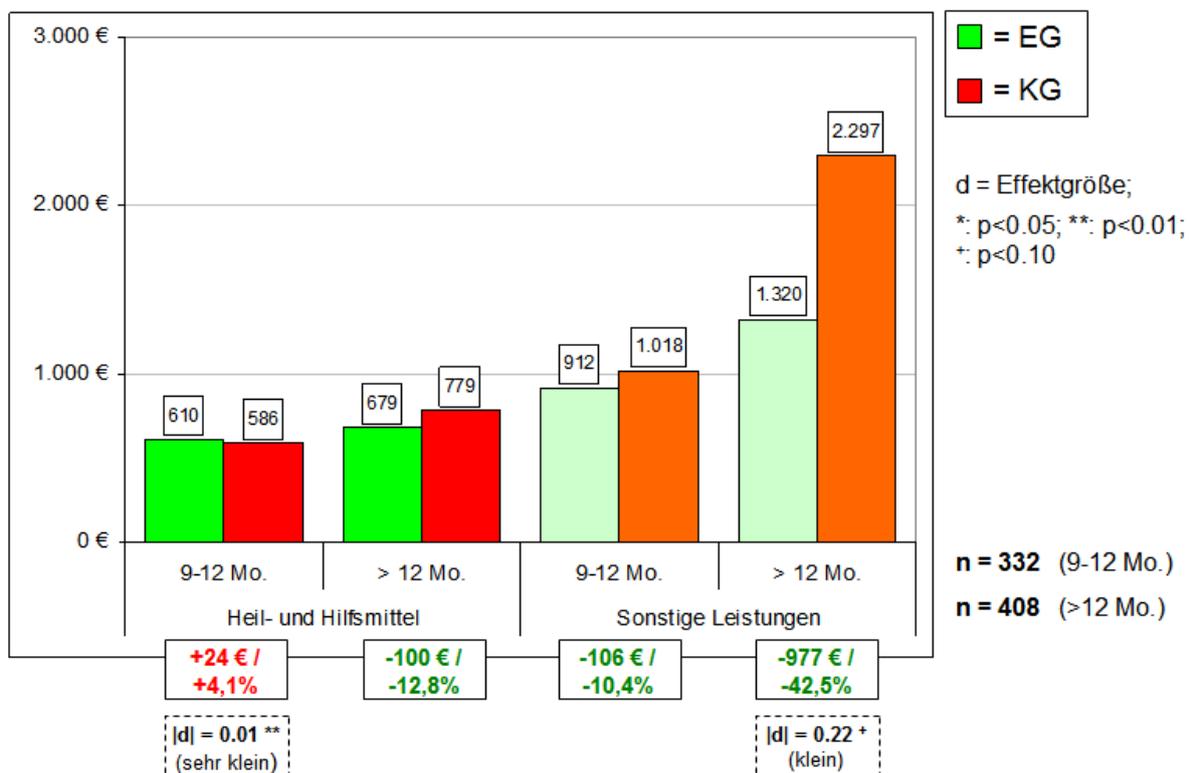


Abbildung 107: Gegenüberstellung der Kosten bei Heil-/Hilfsmitteln und „Sonstigen Leistungen“ nach neun Monaten

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).

Des Weiteren kann die Studie klar belegen, dass die positiven Kosteneffekte vom zeitlichen Abstand zur Patientenbegleitung abhängen: Ab einem Zeitabstand von neun Monaten sind die entsprechenden Trends bereits in den Daten zu ersehen und können spätestens nach etwa einem Jahr (bzw. genauer bei einer mittleren Nachbeobachtungsdauer von 390 Tagen) dann auch in statistischer Hinsicht eindeutig nachgewiesen werden. Die Irrtumswahrscheinlichkeit ist hier teilweise kleiner als 1 %. Die „spätesten“ statistisch signifikanten positiven Kostenwirkungen wurden bei Fallgruppen ermittelt, die eine mittlere Nachbeobachtungszeit von ca. 15 Monaten aufweisen. Bzgl. der Kostenentwicklung zu späteren Zeitpunkten können mit den vorliegenden Daten keine empirisch abgesicherten Aussagen getroffen werden.

Bei kurzer Zeitperspektive fallen die Kosten in der Patientenbegleitungsgruppe in Teilbereichen zunächst sogar etwas höher aus. Dies trifft vor allem auf die Heil- und Hilfsmittel sowie die Pflegeversicherungsleistungen zu und macht sich bei einem 3–6 Monatsabstand zur Patientenbegleitung sogar bei den Gesamtkosten bemerkbar (s. Abbildung 100). Mit der Zeit „amortisieren“ sich diese Unterschiede allerdings (nach ca. 9 Monaten bei den Pflegeversicherungsleistungen und nach ca. 12 Monaten bei den Heil- und Hilfsmitteln).

Zwar kann aus den vorliegenden Befunden mit hoher Sicherheit gefolgert werden, dass die Patientenbegleitung positive Kosteneffekte hat, bezüglich Aussagen zur absoluten Höhe der jeweiligen Kosteneffekte ist allerdings eine gewisse Vorsicht geboten. Dies gilt selbst bei statistisch hoch signifikanten Unterschieden. Wie „präzise“ die in den Abbildungen der jeweiligen Ergebnisdarstellungen ausgewiesenen mittleren absoluten und prozentualen Kostenunterschiede, in Anbetracht der statistischen Schwankungen, die tatsächliche Kostendifferenz schätzen können, kann aber mit Hilfe von sog. Konfidenzintervallen genauer beziffert werden. Durch diese wird beschrieben, in welchen konkreten Wertebereich die Kosteneffekte auch mit hoher Wahrscheinlichkeit fallen. Bei der Fallgruppe mit Untersuchungszeiten von mindestens neun Monaten nach der Patientenbegleitung liegt das 95 %-Konfidenzintervall für die ermittelte Kosteneinsparung bei den Krankenhauskosten (vgl. Abbildung 99) im Bereich zwischen 900 € und 4.500 €, was prozentual einer Einsparung von ca. 15 % – 70 % entspricht. D. h., dass mit 95 %-iger Sicherheit die tatsächlichen Kosteneinsparungen in diesem Bereich liegen.

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.

Approximative Hinweise für einen im Sinne der Patientenbegleitung potentiell günstigen Kosteneffekt liegen lediglich in der Gruppe der Krebserkrankungen vor. Die statistische Signifikanz wird allerdings knapp verfehlt. Es handelt sich hier, gemessen an den Kosten, ebenfalls um die Gruppe mit dem durchschnittlich höchsten Ressourcenbedarf (s. Abbildung 108).

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

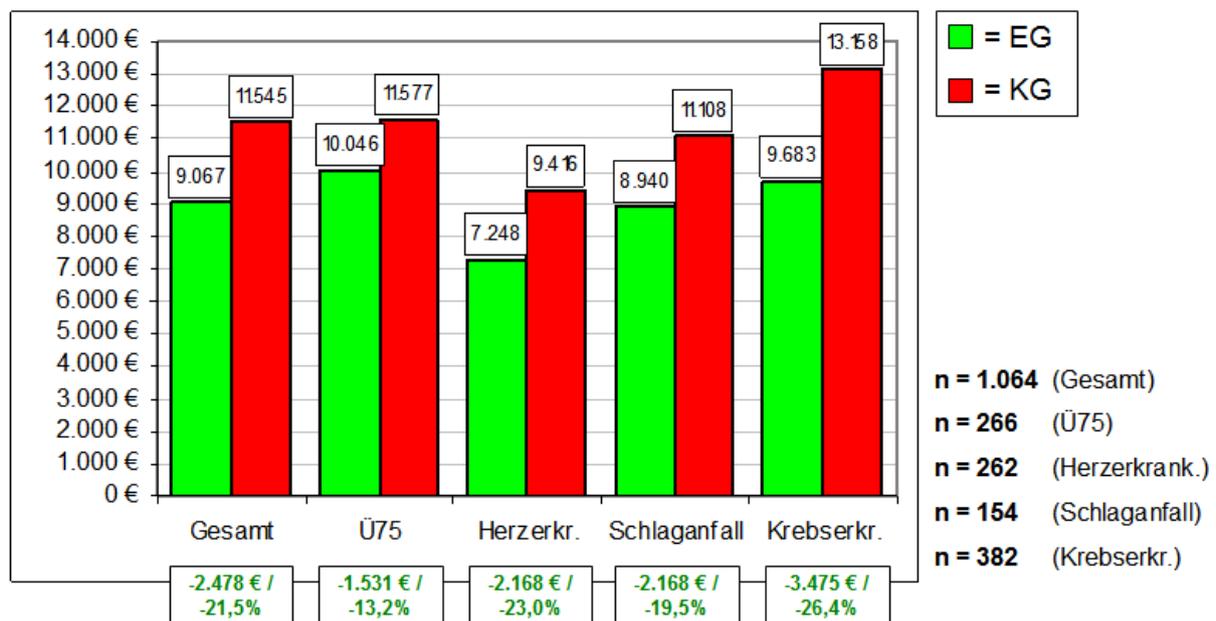


Abbildung 108: Gesamtkosten im Nacherhebungszeitraum

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.

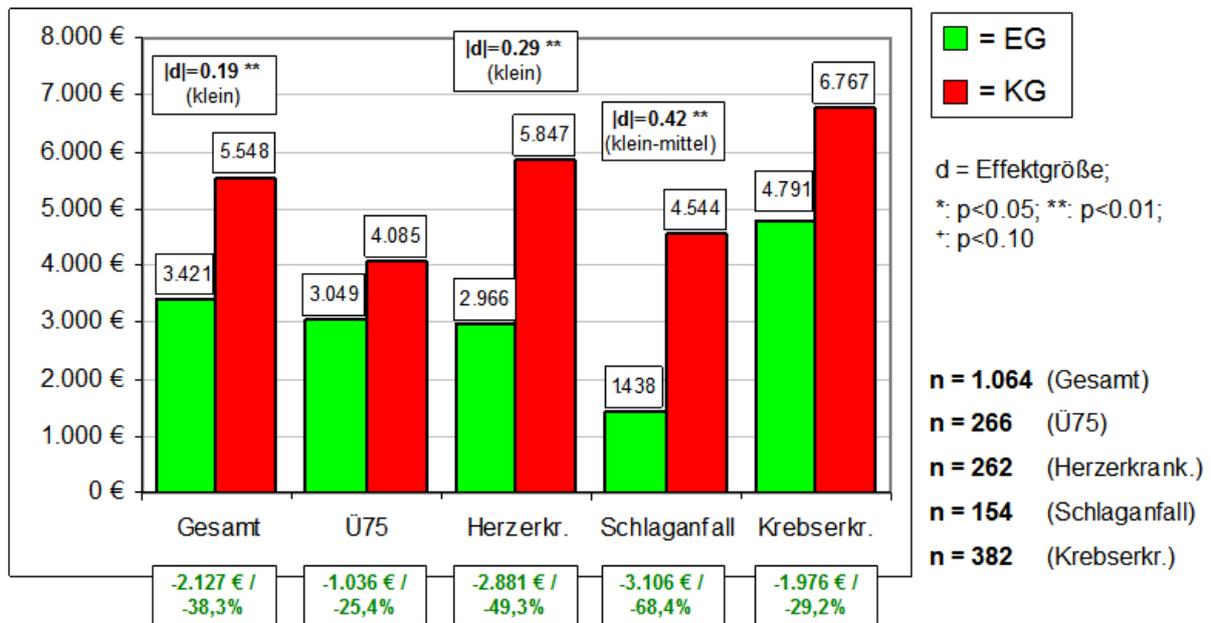


Abbildung 109: Krankenhauskosten

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).

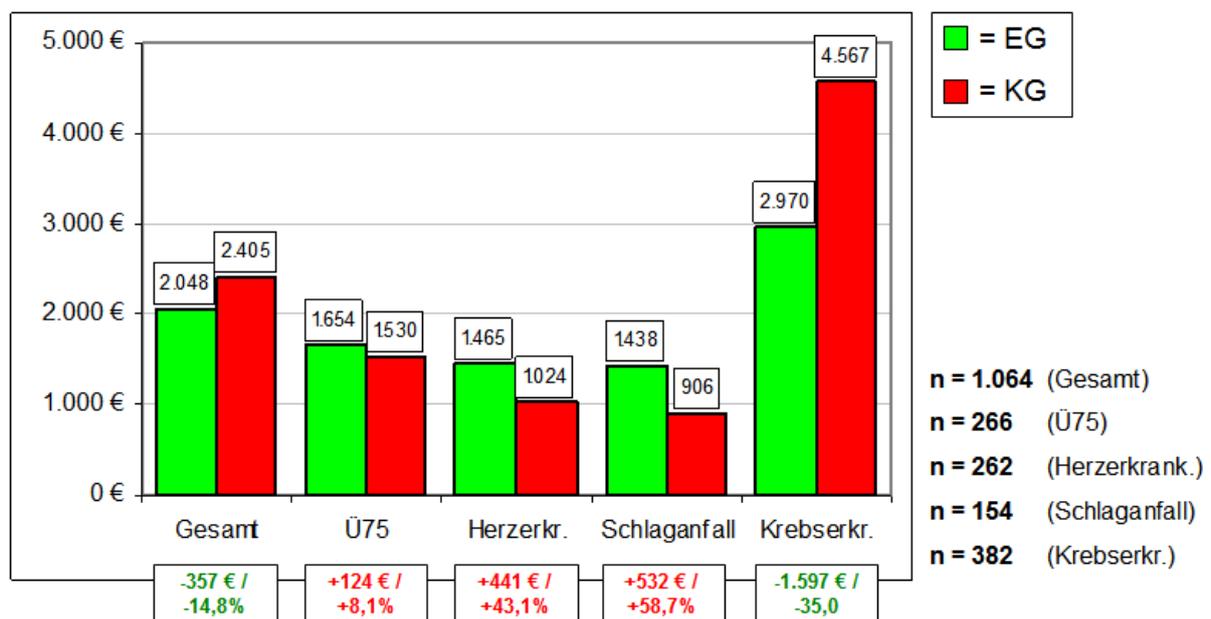


Abbildung 110: Arzneimittelkosten

Lediglich in der Gruppe der Patienten mit Krebserkrankungen liegen marginale Hinweise für potenziell niedrigere Arzneimittelkosten im Zuge der Patientenbegleitung vor. Ein angemessenes Niveau statistischer Signifikanz kann hier allerdings nicht mit allen Testverfahren erreicht werden.

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.

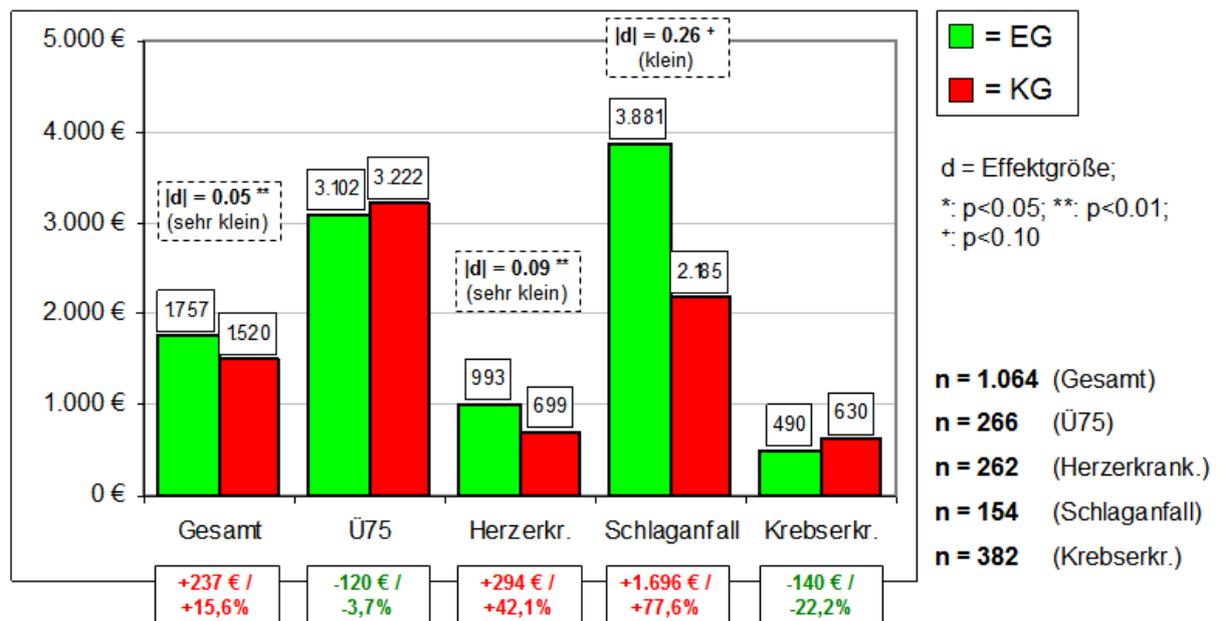


Abbildung 111: Pflegeversicherungskosten

Gesamtkosten ohne Pflegeversicherung

Auch ohne dass die Pflegeversicherungsleistungen eingerechnet werden, sind die Gesamtkostenunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe statistisch nicht signifikant (siehe Abbildung 112). Verglichen mit den Befunden auf S. 146 (Abbildung 108) ist aber auffällig, dass die absoluten Kostenunterschiede hier insgesamt etwas stärker, im Sinne von etwas höheren PB-Kosteneinsparungen ausgeprägt sind als bei den Gesamtkosten ohne Abzug der Pflegeversicherungsleistungen (vgl. Abbildung 108). Wenigstens periphere Hinweise auf im Sinne der Patientenbegleitung positive Kosteneffekte, die allerdings entsprechend der strengen Interpretationsrichtlinien, nicht als signifikant eingestuft werden können, sind neben der Krebserkrankungs-Gruppe auch bei den Schlaganfallpatienten zu konstatieren.

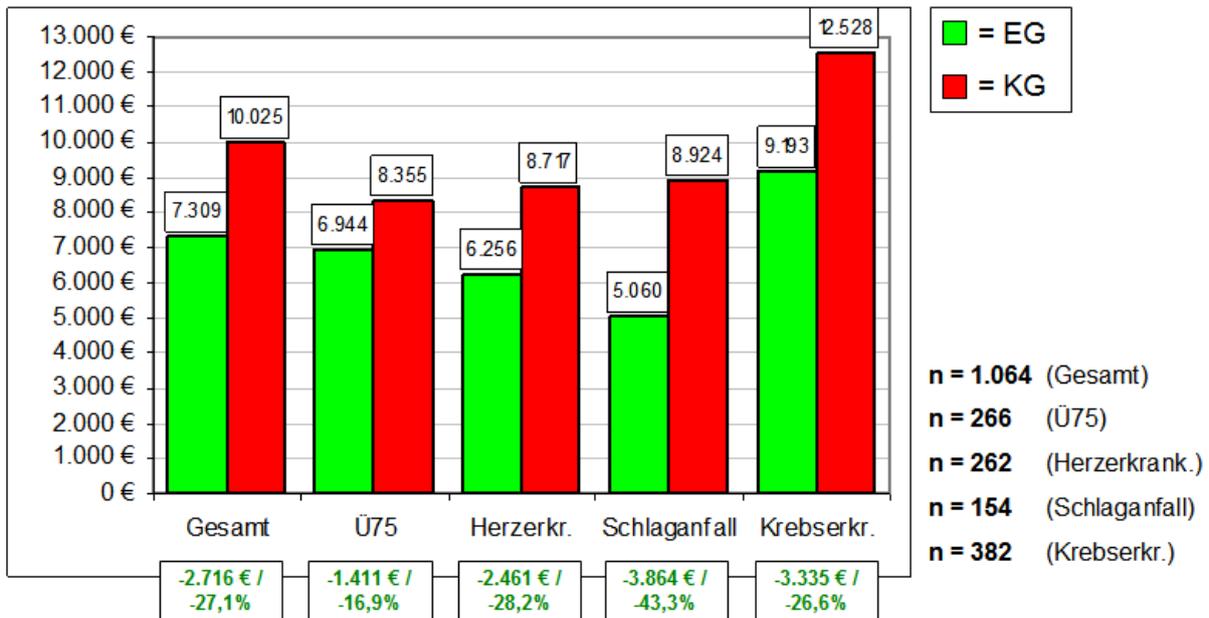


Abbildung 112: Gesamtkosten ohne Pflegeversicherung

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).

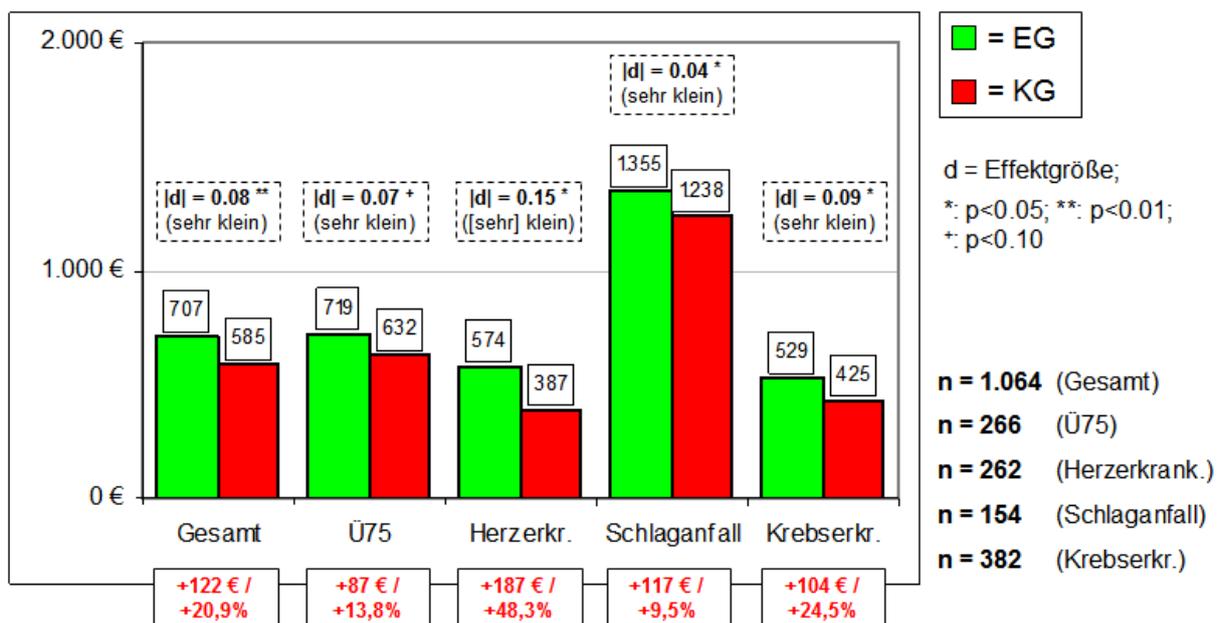


Abbildung 113: Kosten für Heil- und Hilfsmittel

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.

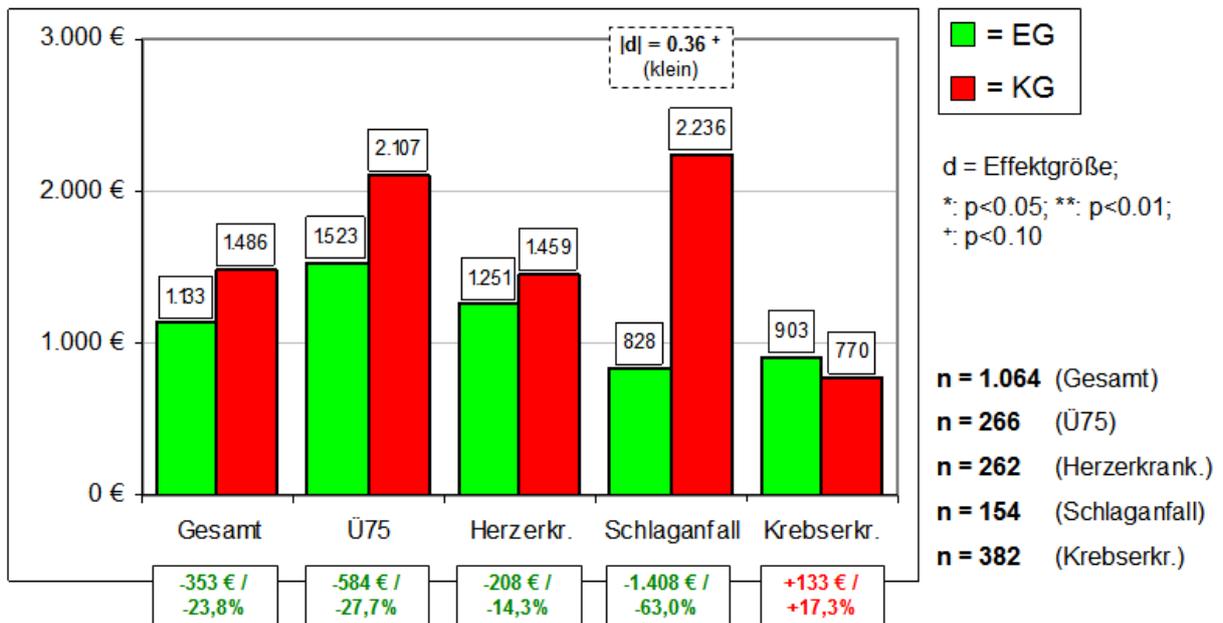


Abbildung 114: Sonstige Kosten

Übersichten

Abbildung 115 zeigt eine Übersicht der Gesamtebenenergebnisse aller Kostenbereiche, die in diesem Abschnitt bereits individuell nach Untersuchungsgruppen aufgeschlüsselt dargestellt wurden. Dabei ist nochmals besonders deutlich zu ersehen, dass bereits in der zeitlich undifferenzierten Gesamtschau aller untersuchten Fälle, ein hoch signifikant positiver PB-Kosteneffekt im Bereich der Krankenhauskosten festzustellen ist. Bei den Gesamtkosten zeigt sich anhand der absoluten Zahlen zwar ein ähnlicher Trend, der allerdings erst ca. ein Jahr nach Beendigung der Patientenbegleitung statistische Signifikanz erlangt (vgl. Abschnitte 4.4.5 bis 4.4.7). Zu tendenziell höheren Kosten kommt es in der Patientenbegleitungsgruppe im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie bei den Pflegeversicherungsleistungen. Diese Effekte sind aber verhältnismäßig klein (siehe Abbildung 115). Bei den Arzneimitteln sowie „Sonstigen Leistungen“ liegen keine signifikanten Kostenunterschiede vor.

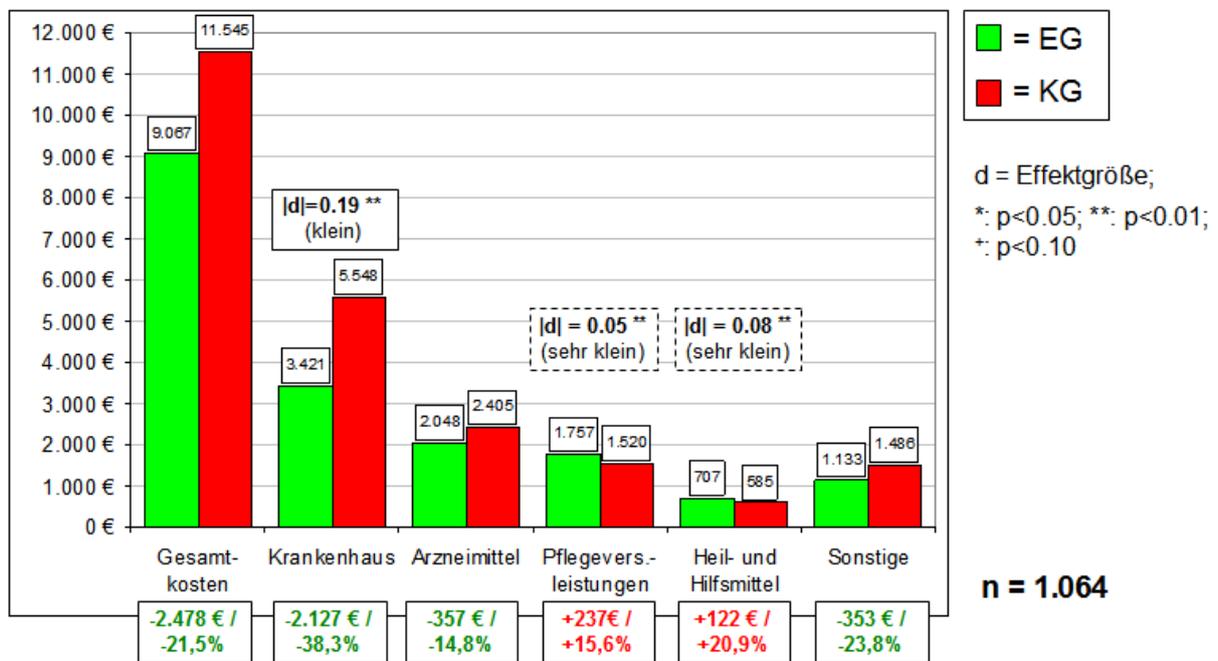


Abbildung 115: Kostenübersicht für den gesamten Beobachtungszeitraum

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.

Im Bereich Haushaltshilfe bzw. häusliche Krankenpflege liegen schwache Hinweise für einen möglichen negativen Kosteneffekt im Rahmen der Patientenbegleitung vor. Eine statistische Signifikanz wird hier allerdings nicht erreicht. Alle weiteren in der Abbildung zu ersiehenden Kostenunterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen müssen als statistisch unbedeutsam eingestuft werden (bspw. Fahrkosten oder ambulante Kuren) oder sind drüber hinaus schon aufgrund ihrer absoluten Höhe praktisch gesehen mehr oder weniger irrelevant (wie etwa bei den ergänzenden Reha-Leistungen oder der Integrierten Versorgung).

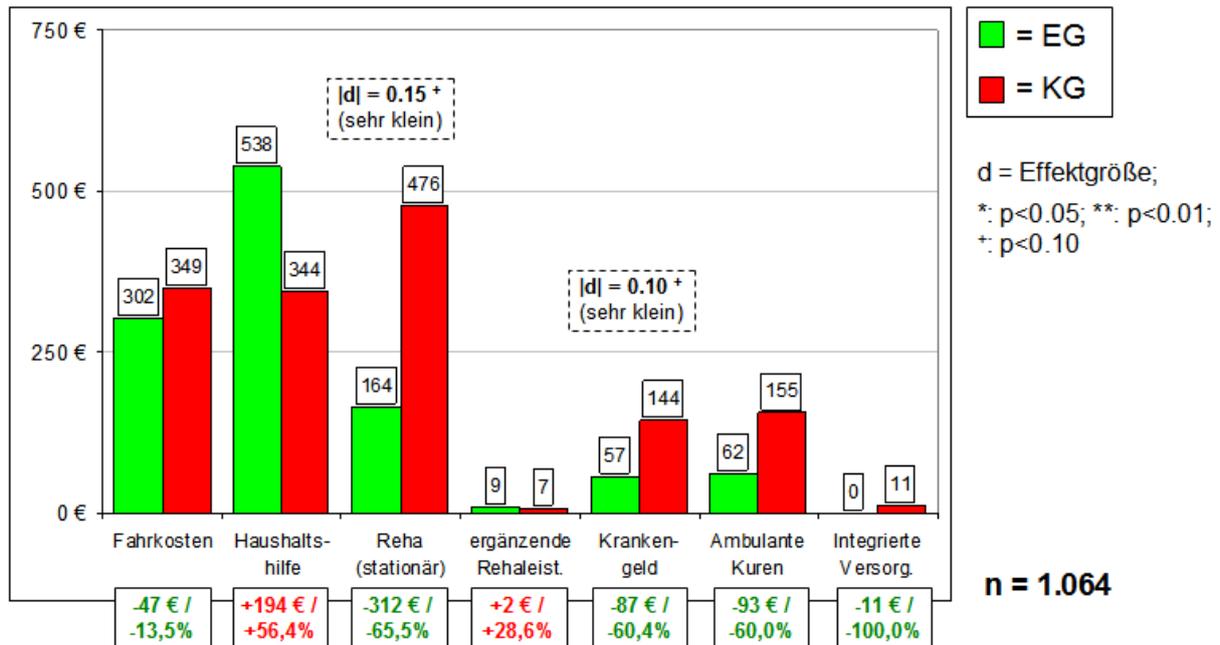


Abbildung 116: Aufgeschlüsselte Darstellung der „Sonstigen Kosten“

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 Herzerkrankungen 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 gefolgert 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.

Aufgrund der in Abschnitt 4.4.1 (s. Abbildung 93) beschriebenen „Ausreißerproblematik“ streuen die Krankenhauskosten vergleichsweise stark (Standardabweichung ca. 11.000 €). Zur Konkretisierung des tatsächlichen Einsparungspotenzials müssen daher die Konfidenzintervalle der Mittelwertsdifferenzen von Experimental- und Kontrollgruppe betrachtet werden. Mit diesen kann angegeben werden, in welchen Bereichen, um die anhand der Untersuchungstichprobe geschätzte mittlere Einsparung von ca. 2.100 € (vgl. Abbildung 109, S. 147) herum, sich die tatsächlichen Kosteneinsparungen mit hohen Wahrscheinlichkeiten bewegen. Dabei wird ein 95 %-Konfidenzintervall zwischen 800 € und 3.400 € sowie ein 99 %-Konfidenzintervall zwischen 400 € und 3.800 € ermittelt. Da sich diese Zahlenwerte noch auf den der Gesamtstichprobe zugrundeliegenden Untersuchungszeitraum von ca. elf Monaten beziehen (vgl. Tabelle 18 in Abschnitt 4.4.2), lassen sich bei entsprechender „Hochrechnung“ folgende Aussagen pro Jahr und pro Fall treffen: Bei einem Mittel von 2.300 € liegen mit 95 %iger Sicherheit die Einsparungen im Bereich zwischen ca. 900 € und 3.700 € und mit 99 %iger Sicherheit zwischen 450 € und 4.150 €. Eine konservative und damit seriöse Schätzung der tatsächlichen Einsparungen sollte aber eher auf die unteren Grenzen der Konfidenzbereiche Bezug nehmen, da hier gleichsam die „Worst-Case-Szenarien“ der Prognosestellungen umrissen werden.

4.4.10. Effekte bei Fallzahlen und Falldauern im gesamten Beobachtungszeitraum

Analog zu den Kostendaten wurden in den einzelnen Leistungsartenbereichen ebenso die Fallzahlen bzw. Häufigkeiten und Falldauern, bezogen auf den gesamten Nachbeobachtungszeitraum, untersucht. Die Ergebnisse sind im Folgenden dargestellt. Auf die Zusammenhänge zwischen Fallzahlen, Falldauern und Kosten wird in Abschnitt 4.5.8 näher eingegangen.

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).

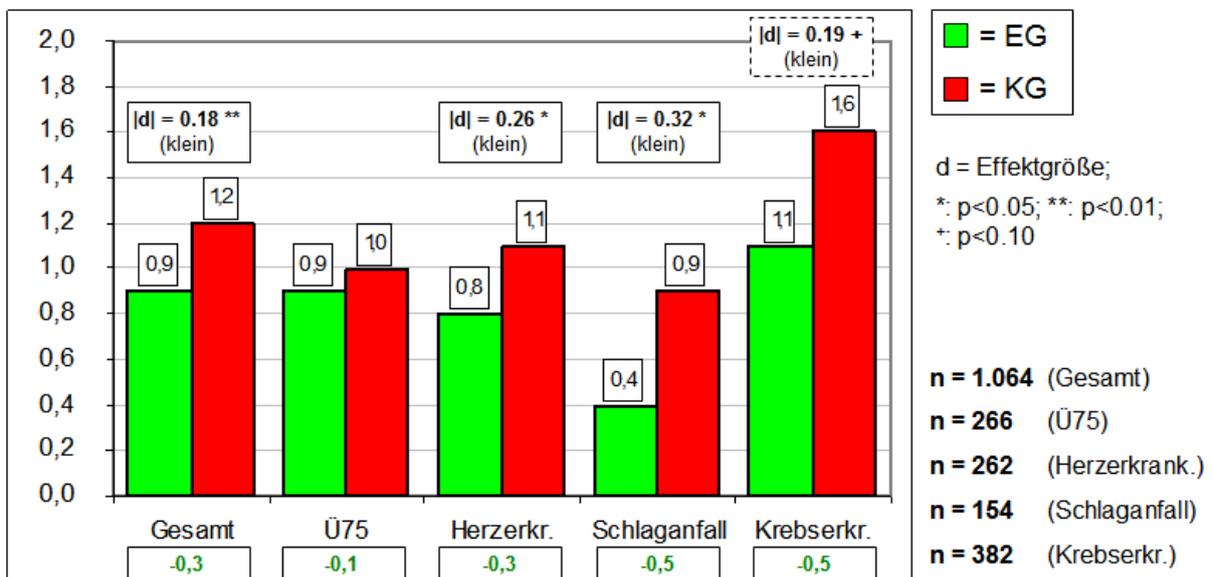


Abbildung 117: Krankenhausaufenthalte – Häufigkeit/Fallzahlen

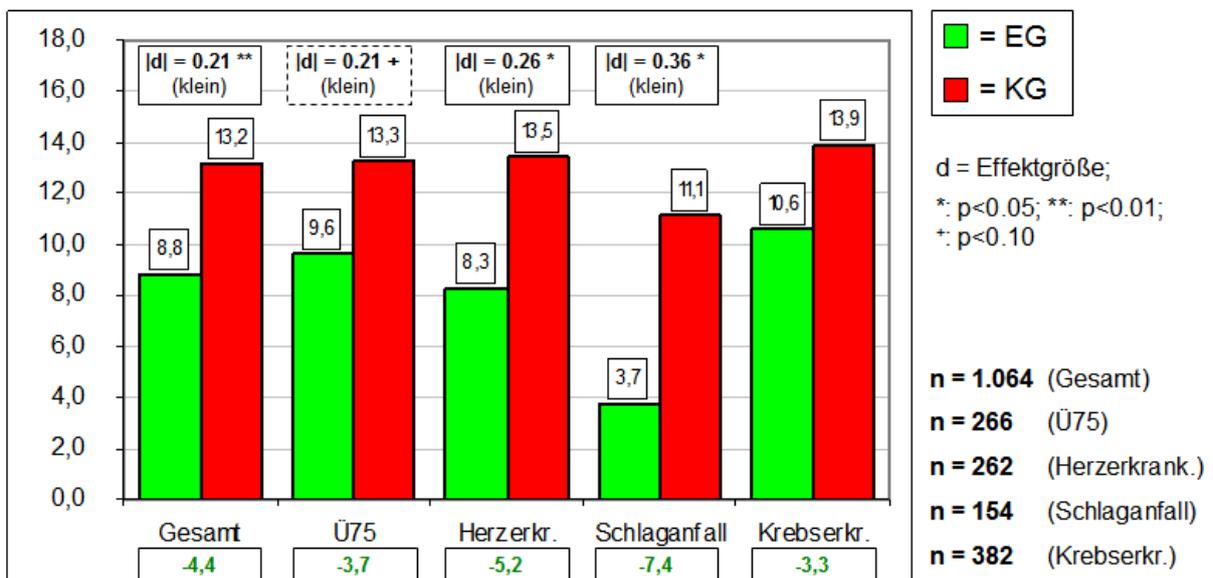


Abbildung 118: Krankenhausaufenthalte – Gesamtdauer (in Tagen)

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 Falldauer 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 ($p(F) < 0.10$).

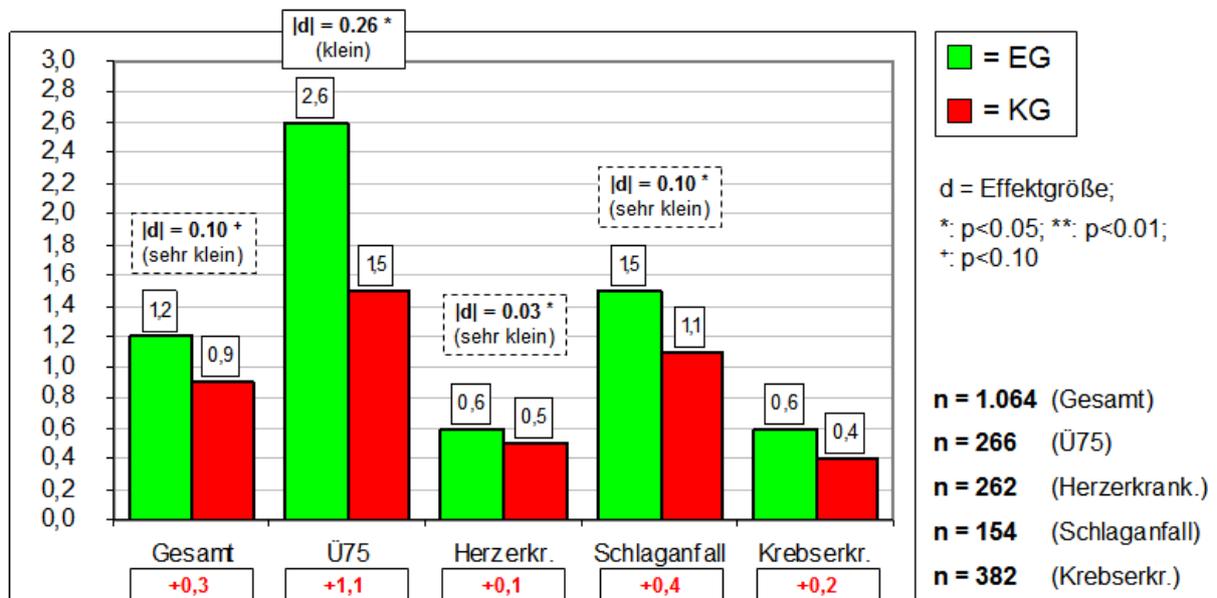


Abbildung 119: Pflegefälle in der Pflegeversicherung

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 entsprechenden Hinweise vor, bemerkenswerterweise auch nicht für die Ü75-Gruppe, bei der hinsichtlich der Fallzahlen noch signifikante Unterschiede festgestellt werden konnten (vgl. Abbildung 119).

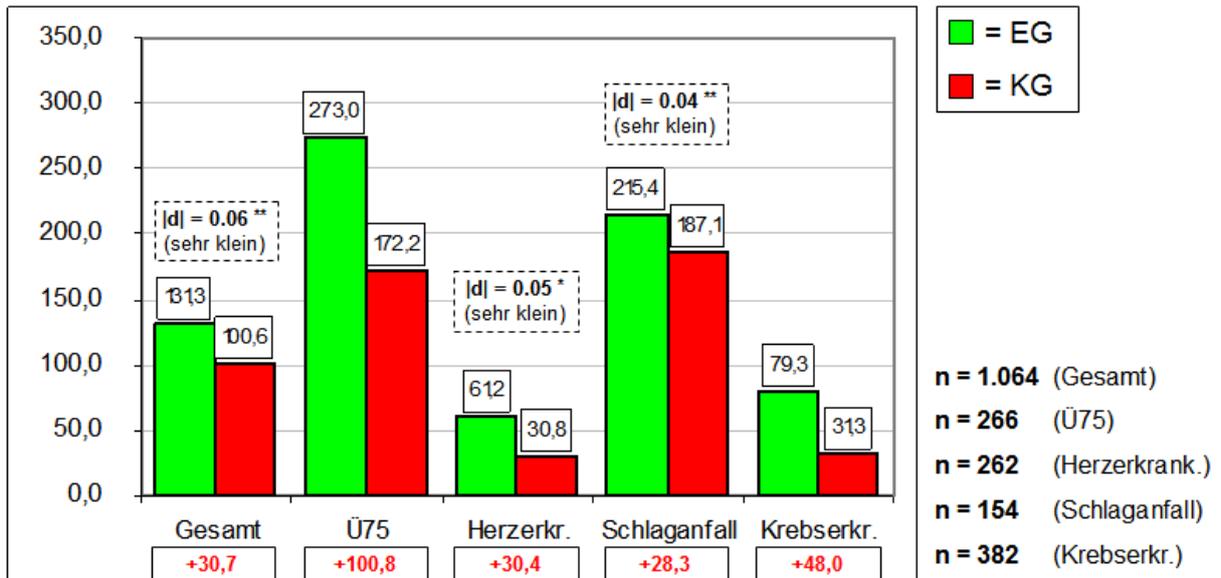


Abbildung 120: Pflegeversicherungsleistungen – Gesamtdauer (in Tagen)

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).

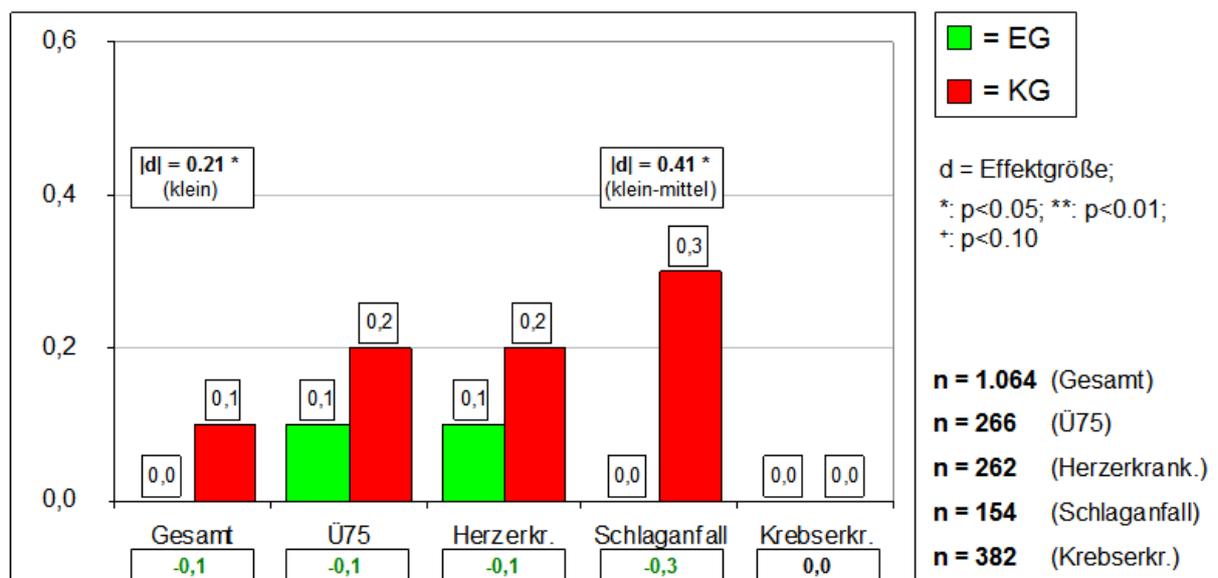


Abbildung 121: Reha-Maßnahmen – Fallzahlen

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).

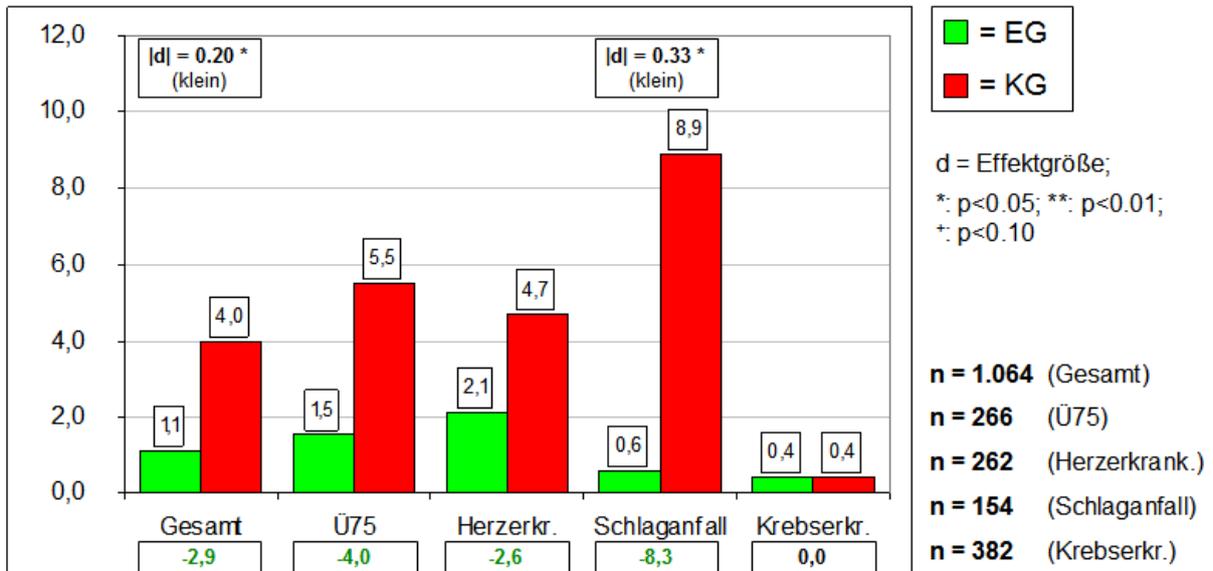


Abbildung 122: Reha-Maßnahmen – Gesamtdauer (in Tagen)

Bereich Arbeitsunfähigkeit

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

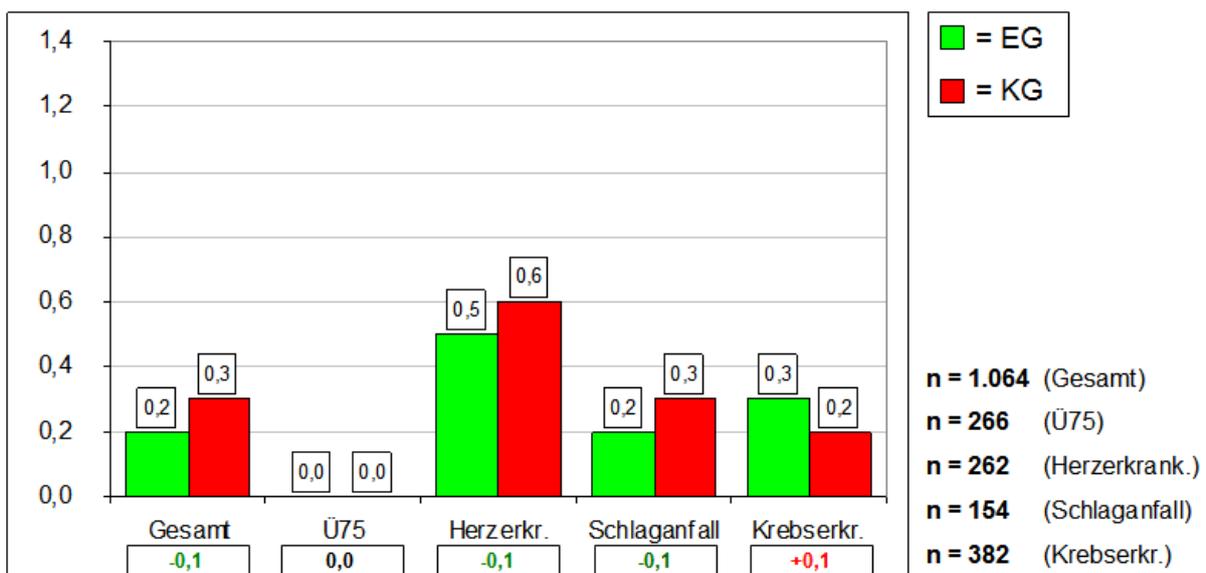


Abbildung 123: Arbeitsunfähigkeit – Fallzahlen

Bezogen auf den Bereich der Arbeitsunfähigkeit muss allerdings berücksichtigt werden, dass nicht alle im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung untersuchten Versicherten gleichermaßen erwerbstätig sind (vgl. auch Stichprobenbeschreibung in Abschnitt 4.4.2). So ist bspw. Arbeitsunfähigkeit in der Ü75-Gruppe aufgrund der Altersstruktur quasi nicht relevant. Insofern können in dieser Gruppe auch keine Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe auftreten (s. Abbildung 123).

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

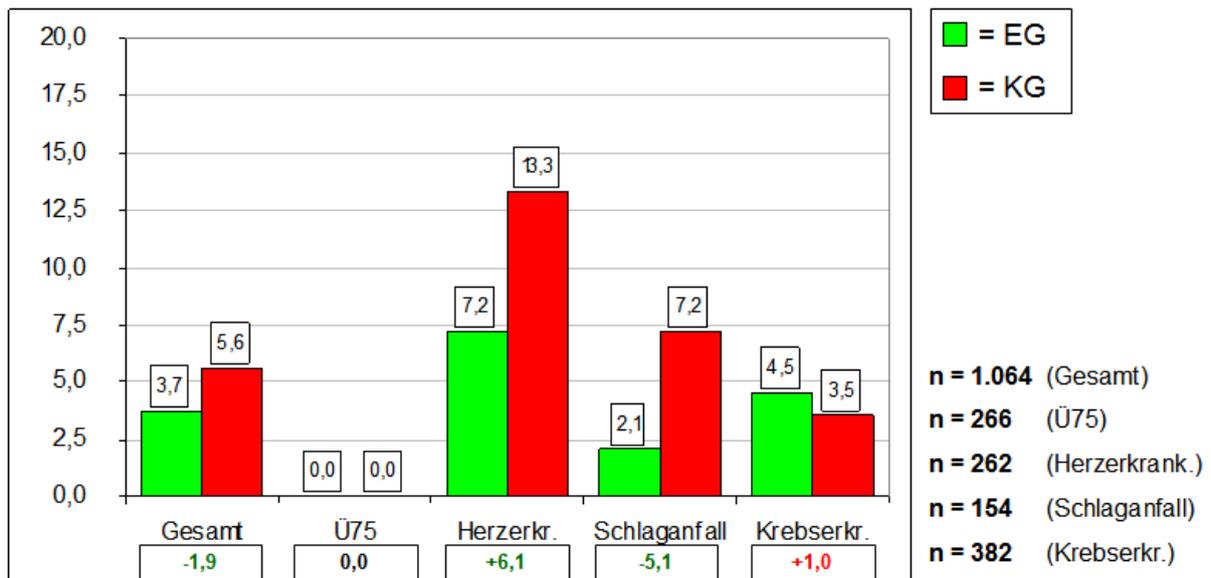


Abbildung 124: Arbeitsunfähigkeit – Gesamtdauer (in Tagen)

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 Leistungsdauern (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

		<i>PB: Gesamteffekt</i>	<i>PB: Problemlagenabbau</i>	<i>PB: Ressourcenförderung</i>	<i>PB: Zielerreichung</i>
<i>PB: Gesamteffekt</i>	<i>r</i>	1	0,821**	0,886**	0,431**
	<i>n</i>	305	302	304	298
<i>PB: Problemlagenabbau</i>	<i>r</i>		1	0,485**	0,269**
	<i>n</i>		302	301	295
<i>PB: Ressourcenförderung</i>	<i>r</i>			1	0,280**
	<i>n</i>			304	297
<i>PB: Zielerreichung</i>	<i>r</i>				1
	<i>n</i>				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 vergrößert 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 dahingegen liegt darüber hinaus noch die Prämisse 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

Bezüglich der Beziehungen zwischen den Ergebnismerkmalen der Evaluationsbefragung der Patientenbegleiter und den anderen Untersuchungsebenen (s. Tabelle 21) ist die absolute Stärke der signifikanten Korrelationen größtenteils im „kleinen“ Bereich angesiedelt. Dies ist insofern wenig verwunderlich, als dass Zusammenhänge innerhalb einer Adressatenperspektive in der Regel stärker ausgeprägt sind als im Vergleich zu den Einschätzungen anderer Adressatenebenen.

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).

Bemerkenswerterweise schätzen die Versicherten die subjektiv erlebte Effektivität der Patientenbegleitung bei größerer Zielerreichung signifikant höher ein. Der Korrelationskoeffizient ist dabei mit $r=0,30$ absolut gesehen sogar etwas höher ausgeprägt als der beobachtete Zusammenhang mit dem vom Patientenbegleiter gemessenen Gesamteffekt. D. h., dass mit Hilfe der Zielerreichung die subjektive Erfolgsbewertung der Versicherten insgesamt etwas besser erklärt werden kann als allein durch das standardisierte „Ergebnisassessment“ der Patientenbegleiter. Der Befund belegt, dass die Zielerreichungsgrade, trotz ihrer konzeptionell geringeren Zuverlässigkeit (s. Abschnitt 4.6.6, Seite 27 oben), nicht zwangsläufig auf jeder Erhebungs- bzw. Adressatenebene nur eine periphere Rolle spielen und somit durchaus als wichtiger Indikator für Ergebnisqualität anzusehen sind.

Gut informiert über die für die Gesundheitssituation richtigen Gesundheitsangebote fühlen sich die Versicherten umso mehr, in je höherem Maße die Patientenbegleitung ihre Ziele erreichen kann. Dieser Befund spiegelt wider, dass Informationsvermittlung ein zentrales Ziel der Patientenbegleitung ist. Man kann allerdings erwartungsgemäß an den nicht signifikanten Korrelationen ersehen, dass das Erreichen dieser Zielsetzung nicht automatisch mit dem Abbau von Problemlagen, der Förderung von Ressourcen bzw. einer höheren Gesamteffektivität in Zusammenhang steht (s. Tabelle 21).

Tabelle 21: Korrelationen der Ergebnissicht der Patientenbegleiter mit anderen Sichtweisen

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

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.

In keinem direkten Zusammenhang zu den von den Patientenbegleitern bei den Versicherten beobachteten Effekten stehen die Zufriedenheit der Ärzte sowie die von diesen wahrgenommene Qualität der Zusammenarbeit mit Krankenkasse, Krankenhausärzten/-sozialdiensten, Angehörigen bzw. sonstigen an der Behandlung bzw. Betreuung beteiligten Personen/Institutionen.

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

		<i>Versicherte: Gesamteffekt</i>	<i>Versicherte: Zufriedenheit</i>	<i>Versicherte: gut informiert fühlen</i>
<i>Versicherte: Gesamteffekt</i>	<i>r</i>	1	0,225**	0,716**
	<i>n</i>	357	357	290
<i>Versicherte: Zufriedenheit</i>	<i>r</i>		1	0,219**
	<i>n</i>		372	290
<i>Versicherte: gut informiert fühlen</i>	<i>r</i>			1
	<i>n</i>			290

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.

4.5.4. 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 Krankenhäusern, 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

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

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 signif.

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) ergibt sich folgendes Bild (s. Tabelle 24):

Die Ärzte beobachten (genau im Gegensatz zu den Versicherten selbst) dann größere PB-Effekte beim Versicherten, wenn sie eine qualitativ bessere Zusammenarbeit mit Krankenkasse, Krankenhausärzten und -sozialdiensten, Angehörigen sowie anderen an der Behandlung Beteiligten wahrnehmen (mittlere Korrelationskoeffizienten). Damit einher geht gleichsam ein stärkerer Grad an wahrgenommener Entlastung sowie eine höhere Zufriedenheit. Diese Korrelationskoeffizienten sind jeweils im kleinen Bereich angesiedelt. Die Tatsache, dass die beschriebenen Merkmale in keinem statistisch signifikanten korrelativen Zusammenhang mit der Beurteilung der Effekte durch Patientenbegleiter sowie durch die Versicherten selbst stehen, verdeutlicht, dass einzelne Adressatengruppen durchaus individuelle Akzente in ihrer Wahrnehmung der Patientenbegleitung setzen. Dies gilt ungeachtet der ja offensichtlich grundsätzlich korrespondierenden Gesamteinschätzungen der Effekte zwischen den Adressatengruppen (s. Tabelle 21 auf S. 161). Der Befund unterstreicht wie wichtig es für eine ausgewogene Evaluation ist, unterschiedliche Sichtweisen zu erfassen (vgl. Abschnitt 3.3.2).

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 Korrelationskoeffizienten).

Die in diesem Kontext absolut gesehen stärkste beobachtete Korrelation besteht zwischen dem von den Ärzten wahrgenommenen Entlastungsgrad und deren Zufriedenheit mit der Patientenbegleitung. Die Einschätzungen der Ärzte differenzieren also durchaus zwischen Effektivität, als Ergebnis für den Patienten, und aus dem PB-Prozess resultierender Zufriedenheit. Insofern ist es an dieser Stelle unzulässig, den Korrelationen eine Kausalität zu unterstellen, die nahe legen würde, dass die Ärzte nur aufgrund ihrer höheren Zufriedenheit höhere Gesamteffekte sehen.

Tabelle 24: Korrelationen innerhalb der Ergebnissicht der Ärzte

		Ärzte: Gesamteffekt	Ärzte: Zufriedenheit	Ärzte: bessere Zusammenarbeit	Ärzte: Entlastung
Ärzte: Gesamteffekt	<i>r</i>	1	0,289**	0,373**	0,353**
	<i>n</i>	155	87	118	151
Ärzte: Zufriedenheit	<i>r</i>		1	0,392**	0,600**
	<i>n</i>		87	80	84
Ärzte: bessere Zusammenarbeit	<i>r</i>			1	0,419**
	<i>n</i>			119	115
Ärzte: Entlastung	<i>r</i>				1
	<i>n</i>				157

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.

Im Umkehrschluss kann allerdings gefolgert 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

		Ärzte: Gesamteffekt	Ärzte: Zufriedenheit	Ärzte: bessere Zusammenarbeit	Ärzte: Entlastung
Kosten: Gesamt	r	-0,064	0,085	-0,026	0,134
	n	155	87	119	157

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

Wie sehen nun die Zusammenhänge innerhalb der Kostenebene aus (s. Tabelle 26)? Die Gesamtkosten weisen erwartungsgemäß signifikant positive Korrelationen mit allen untersuchten Kostenarten auf, aus denen sie sich ja schließlich auch zusammensetzen. Entsprechend der absoluten Verteilung der Gesamtkosten (siehe Abbildung 98 auf S. 134) stehen sie allerdings in einer sehr starken bzw. starken Abhängigkeit zu den Krankenhauskosten ($r=0.83$). Mittlere Korrelationen der Gesamtkosten bestehen zu den Arzneimittelkosten, den Pflegeversicherungsleistungen, den Heil- u. Hilfsmittelkosten sowie den „Sonstigen Kosten“ (Fahrtkosten, Reha, Haushaltshilfe, amb. Kuren, Krankengeld und integrierte Versorgung).

Weniger kohärent sind die Korrelationen, die 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.

Die Kostenbereiche Pflegeversicherung, Heil- und Hilfsmittel sowie „Sonstige Kosten“ sind schwach bis mittel miteinander korreliert. Dies gilt ferner auch für die „Sonstigen Kosten“ und die Arzneimittelkosten.

Tabelle 26: Korrelationen zwischen den untersuchten Kostenbereichen

		<i>Kosten: Gesamt</i>	<i>Kosten: Krankenhaus</i>	<i>Kosten: Arzneimittel</i>	<i>Kosten: Pflegevers.</i>	<i>Kosten: Heil- u. Hilfsmittel</i>	<i>Kosten: Sonstige</i>
<i>Kosten: Gesamt</i>	<i>r</i>	1	0,830**	0,450**	0,445**	0,381**	0,509**
	<i>n</i>	1064	1064	1064	1064	1064	1064
<i>Kosten: Krankenhaus</i>	<i>r</i>		1	0,124**	0,098**	0,135**	0,244**
	<i>n</i>		1064	1064	1064	1064	1064
<i>Kosten: Arzneimittel</i>	<i>r</i>			1	0,014	0,060	0,093**
	<i>n</i>			1064	1064	1064	1064
<i>Kosten: Pflegevers.</i>	<i>r</i>				1	0,415**	0,234**
	<i>n</i>				1064	1064	1064
<i>Kosten: Heil-/Hilfsmittel</i>	<i>r</i>					1	0,229**
	<i>n</i>					1064	
<i>Kosten: Sonstige</i>	<i>r</i>						1
	<i>n</i>						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

Die im Rahmen der Evaluation der Patientenbegleitung erfassten Leistungsdaten wurden untergliedert nach Kosten, Fallzahlen und Falldauern ausgewertet (vgl. Abschnitt 3.4). An dieser Stelle ist der Zusammenhang dieser Merkmale für wesentliche Leistungsarten veranschaulicht.

So korrelieren etwa die Kosten im Krankenhausbereich sehr stark positiv mit den Krankenhaus-Fallzahlen und der Dauer der Krankenhausaufenthalte (s. Tabelle 27). Dies bedeutet, dass bei einer hohen Zahl von Krankenhausaufenthalten mit sehr hoher Sicherheit auch von hohen Kosten und langen „Hospitalisierungszeiten“ ausgegangen werden kann. Diese Zusammenhänge gelten jeweils auch vis-a-vis.

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

		<i>KH: Kosten</i>	<i>KH: Fälle Anzahl</i>	<i>KH: Dauer</i>
<i>KH: Kosten</i>	<i>r</i>	1	0,607**	0,752**
	<i>n</i>	1064	1064	1064
<i>KH: Fälle Anzahl</i>	<i>r</i>		1	0,689**
	<i>n</i>		1064	1064
<i>KH: Dauer</i>	<i>r</i>			1
	<i>n</i>			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

		<i>Pflegevers.: Kosten</i>	<i>Pflegevers.: Fälle Anzahl</i>	<i>Pflegevers.: Leistungsdauer</i>	<i>Höchste Pflegestufe</i>	<i>Verbesserung Pflegestufe</i>
<i>Pflegevers.: Kosten</i>	<i>r</i>	1	0,553**	0,455**	0,604**	-0,418**
	<i>n</i>	1064	1064	1064	1064	1064
<i>Pflegevers.: Fälle Anzahl</i>	<i>r</i>		1	0,499**	0,539**	-0,334**
	<i>n</i>		1064	1064	1064	1064
<i>Pflegevers.: Leistungsdauer</i>	<i>r</i>			1	0,358**	-0,273**
	<i>n</i>			1064	1064	1064
<i>Höchste Pflegestufe</i>	<i>r</i>				1	-0,776**
	<i>n</i>				1064	1064
<i>Verbesserung Pflegestufe</i>	<i>r</i>					1
	<i>n</i>					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.

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).

Die bis hier exemplarisch dargestellten Beziehungen zwischen Kosten, Fallzahlen und Falldauern sind ebenfalls auf alle anderen im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Leistungsarten übertragbar. Demzufolge handelt es sich bei den drei Merkmalen um relativ homogene Indikatoren für Leistungen im Gesundheitswesen.

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

		<i>RH: Kosten</i>	<i>RH: Fälle Anzahl</i>	<i>RH: Dauer</i>
<i>RH: Kosten</i>	<i>r</i>	1	0,715**	0,786**
	<i>n</i>	1064	1064	1064
<i>RH: Fälle Anzahl</i>	<i>r</i>		1	0,811**
	<i>n</i>		1064	1064
<i>RH: Dauer</i>	<i>r</i>			1
	<i>n</i>			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.

4.6. Ergebnisse der Analyse vertiefender Fragestellungen

Im Rahmen der Präsentation und Diskussion der Evaluationsbefunde mit dem Fachbeirat des Projekts (s. Abschnitt 3.6.2) wurden ergänzend zu den in Abschnitt 2 dargestellten Kernhypothesen der Studie noch vertiefende Fragestellungen und Auswertungsstränge formuliert, deren Ergebnisse im Folgenden skizziert sind. Dabei standen, neben spezifischen altersabhängigen Effekten und der Eingebundenheit der Angehörigen in den Patientenbegleitungsprozess, unter anderem noch Fragen zu Fallverläufen mit hohem Ressourcenbedarf oder mit Multimorbidität im Zentrum des Interesses.

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.

Zur weitergehenden Untersuchung dieser Annahme war es zunächst naheliegend, nochmals ein näheres Augenmerk auf die Gruppe der Über-75jährigen zu richten. Diese umfasst im Vergleich zu den restlichen Untersuchungsgruppen die ältesten Patienten. Wie bereits aus Abbildung 96 (S. 130) zu ersehen ist, sind die Versicherten hier mit durchschnittlich ca. 80 Jahren ungefähr 15–20 Jahre älter als die Patienten der Herz-, Schlaganfall- oder Krebserkrankungsgruppe. In der eigenständigen Betrachtung der Ü75-Gruppe kann allerdings in keinem der zentralen Leistungsbereiche ein signifikanter Kostenunterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe festgestellt werden (s. Abbildung 125).

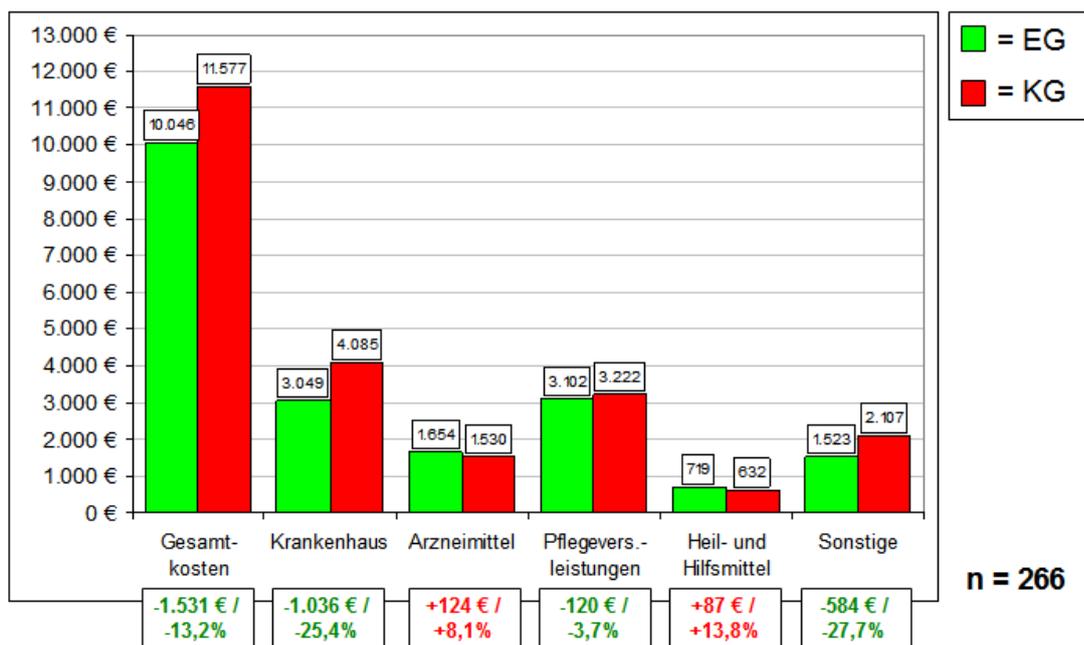


Abbildung 125: Patientenbegleitung bei „älteren“ Versicherten in der Ü75-Gruppe

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 umrissener 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).

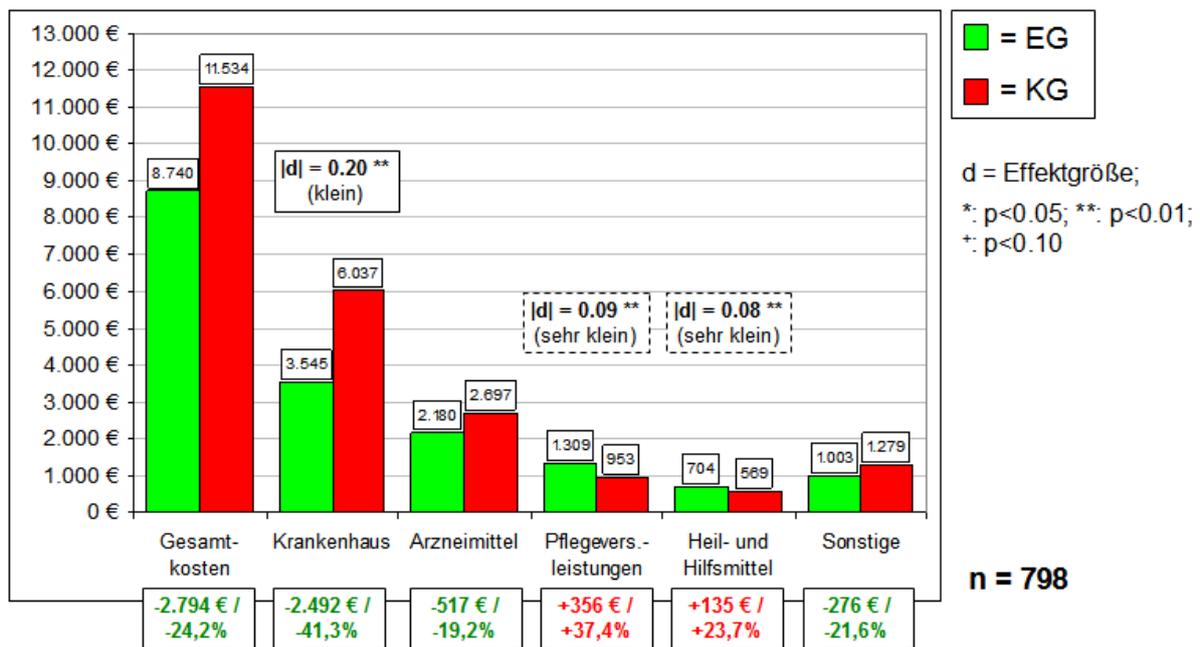


Abbildung 126: PB ohne die Ü75-Gruppe („Krankenhausgruppe“)

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.

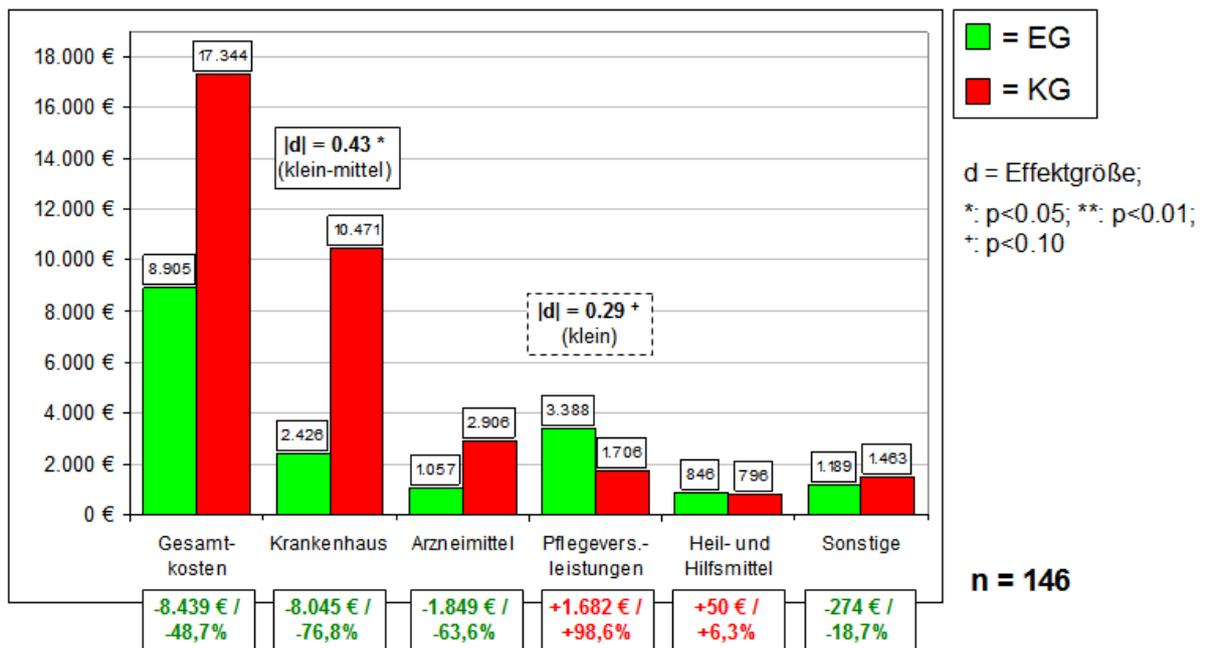


Abbildung 127: Patientenbegleitung bei den über-75jährigen Versicherten in der „Krankenhausgruppe“

4.6.2. Kommt es bei Härtefällen zu unterschiedlichen Ergebnissen?

In einigen Studien kann einstweilen eine Korrelation zwischen ökonomischen Merkmalen wie dem Einkommen und der Morbidität nachgewiesen werden (vergleiche etwa Schneider/Mohen/Schiltenswolf 2006). Daher wurde ebenfalls untersucht, ob und wie sich das Vorliegen einer Härtefallregelung im Kontext der Patientenbegleitung auswirkt. Eine Härtefallregelung kommt im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung unter der Bedingung zustande, dass die Versicherten Zuzahlungen, über die vom Einkommen abhängige Belastungsgrenze hinaus, zu leisten haben. Da es sich dabei folglich nicht um einen 1:1-Maßstab für das Einkommen handelt, kommt der Auswertung der Härtefälle hier somit eher ein grober illustrativer Charakter zu. Aufgrund von fehlenden Werten in den Rohdaten stand für die Härtefallanalyse zudem nur eine eingeschränkte Auswahl an Fällen zur Verfügung.

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.

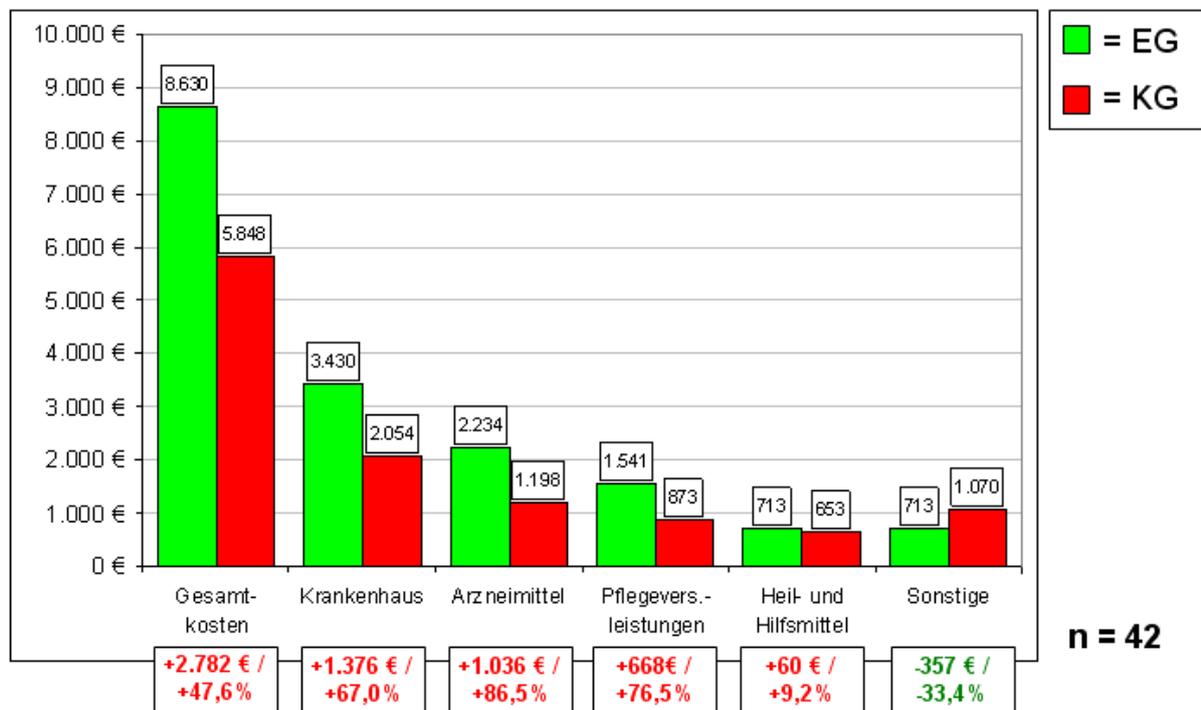


Abbildung 128: Vergleich von „Härtefallpaaren“ im PB-Zeitraum

Auch bei der Gegenüberstellung der 169 Paare (bzw. 338 Fälle) bei denen jeweils keine Härtefallregelung vorlag, sind die Unterschiede global gesehen nicht signifikant (siehe Abbildung 129). Bei den Krankenhaus- und Arzneimittelkosten wird die statistische Signifikanz allerdings nur knapp verfehlt. Rein nominal gesehen liegen bei diesen Leistungsarten, sowie, von den Pflegeversicherungsleistungen abgesehen, auch bei allen weiteren Leistungsarten die Kosten in der Patientenbegleitungsgruppe aber unterhalb der Kontrollgruppe. Es liegt also, zumindest augenscheinlich, mehr oder weniger ein fast umgekehrtes Befundbild zum Vergleich der „Härtefallpaare“ vor (vgl. Abbildung 128).

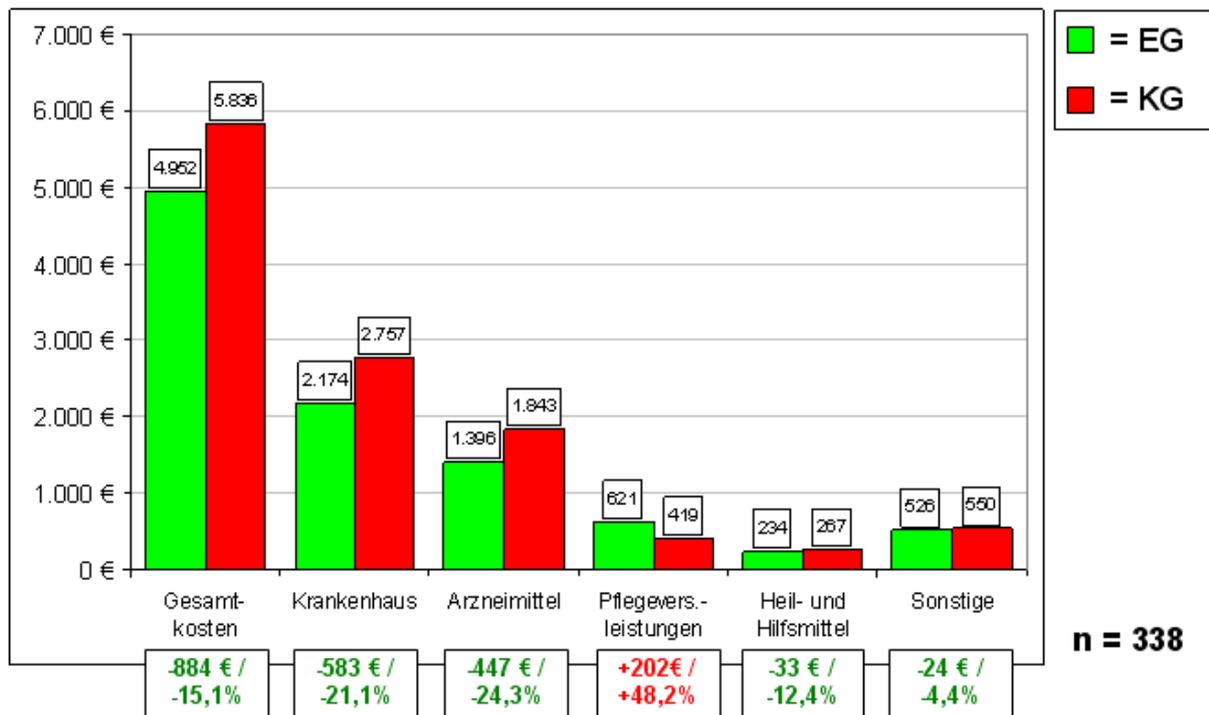


Abbildung 129: Vergleich von Paaren ohne Härtefallregelung

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 Bedarfsermittlung 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.

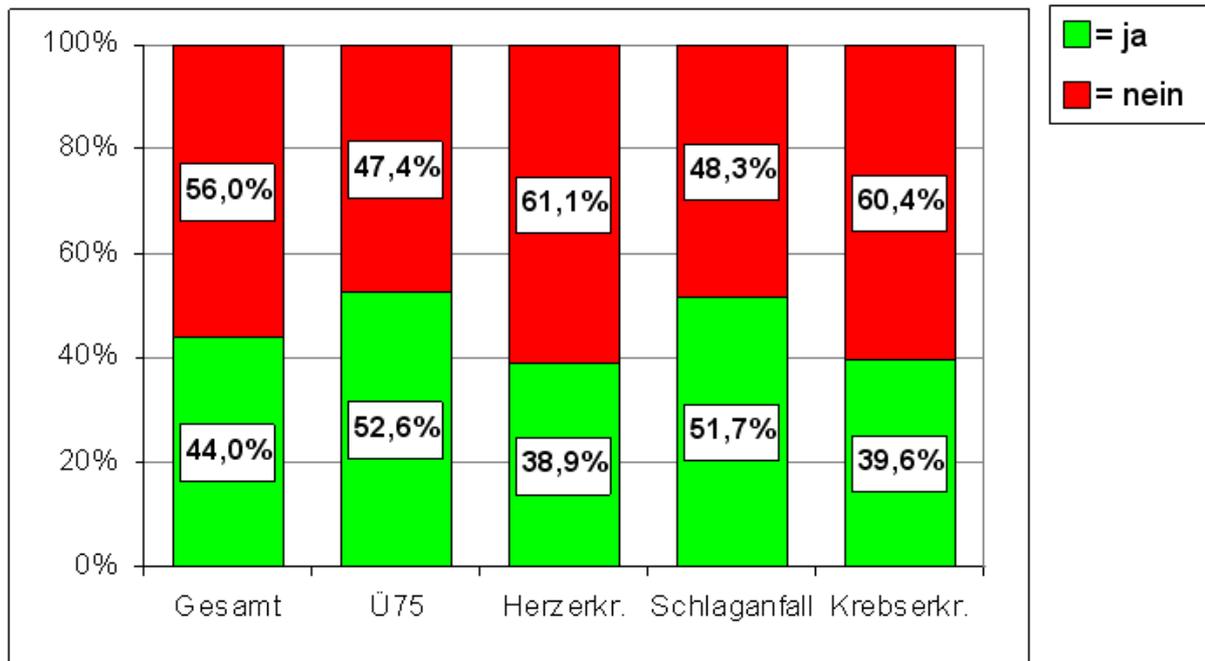


Abbildung 130: Einbeziehung der Angehörigen in die Bedarfsfeststellung

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

Bei dieser Fragestellung wurde anhand des Vorliegens von komorbiden Diagnosen untersucht, ob hinsichtlich der PB-Einleitungskriterien potenzielle Überschneidungen zwischen den Krankenhausfällen (Herz-, Schlaganfall- und Krebserkrankung) sowie der Ü75-Gruppe vorliegen. Dabei geht es darum, ob im Rahmen der Falleinleitung grundsätzlich auch eine andere Untersuchungsgruppenzuordnung möglich gewesen wäre. Sofern bei der praktischen Umsetzung der Patientenbegleitung die Kriterien für mehrere (Diagnose-)Gruppen gleichzeitig erfüllt waren, erfolgte die finale Zuweisung zur Untersuchungsgruppe entsprechend der für den Patientenbegleiter primär ausschlaggebenden Einleitungskriterien. Die Analyse ist übrigens prinzipiell eine Erweiterung der, bereits in Abbildung 132 (siehe Abschnitt 4.6.1) dargestellten, über-75jährigen Krankenhausfälle, um die Patienten aus der Ü75-Gruppe, für die gleichzeitig auch Einleitungskriterien einer der drei Krankenhausgruppen zutreffen.

Im Rahmen der Fragestellung sollte untersucht werden, wie derartige „multimorbide“ Fälle im Kontext der Patientenbegleitung abschneiden. In diesem Zusammenhang wäre es aus wissenschaftlicher Sicht ebenfalls interessant gewesen, Fälle zu untersuchen, die tatsächlich jeweils eine Patientenbegleitung im Krankenhausbereich wie auch in der Ü75-Gruppe durchlaufen haben, also nicht nur „theoretisch gesehen“ multimorbide waren. Die Untersuchungstichprobe enthielt allerdings nur einen Patienten, für den dies zutraf. Eine repräsentative empirische Auswertung war somit leider nicht möglich.

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.

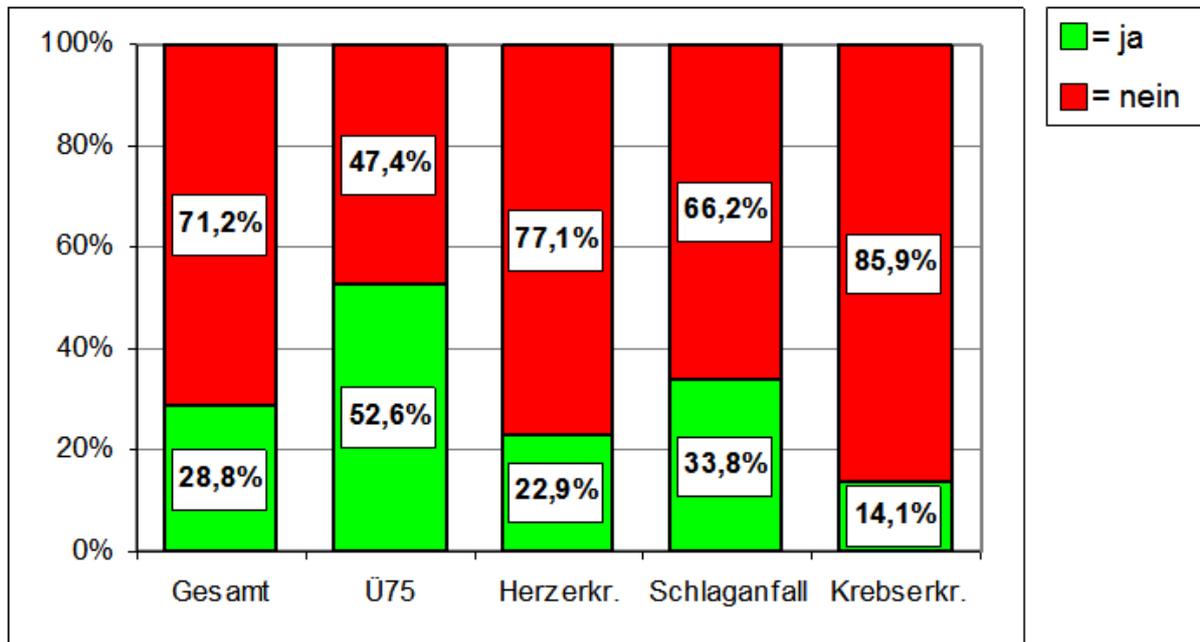


Abbildung 131: Potenzielle Überschneidungen zwischen KH- und Ü75-Gruppen

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).

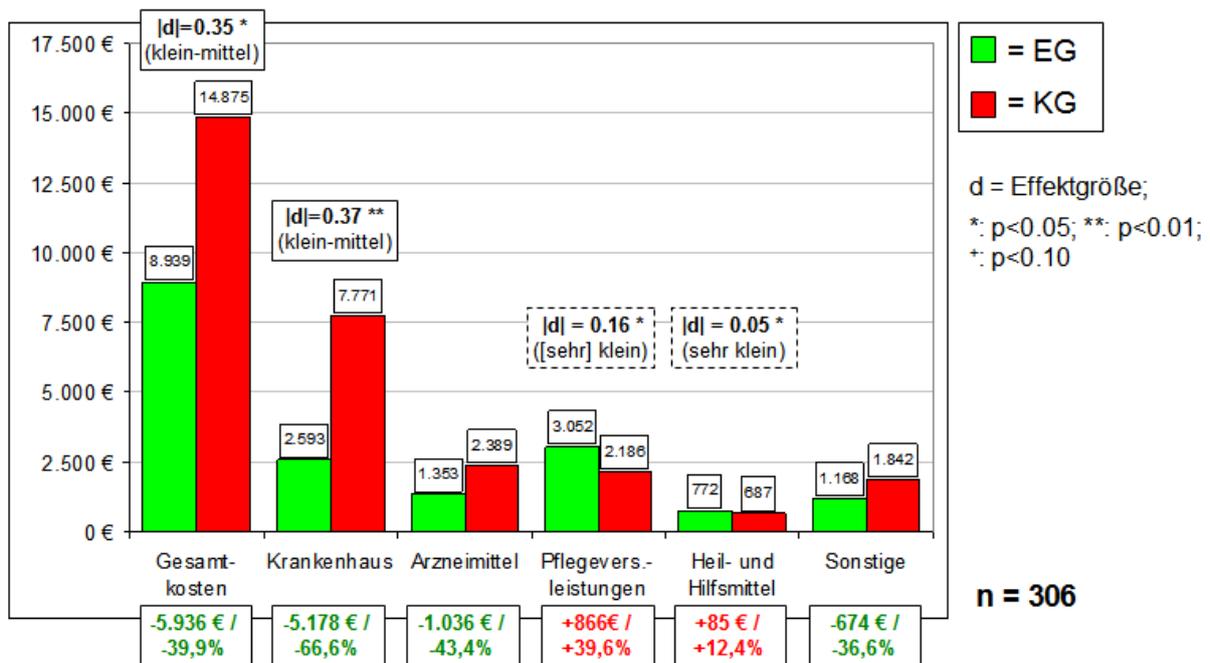


Abbildung 132: Kostenvergleich bei multimorbiden Fällen im gesamten Nachbeobachtungszeitraum

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).

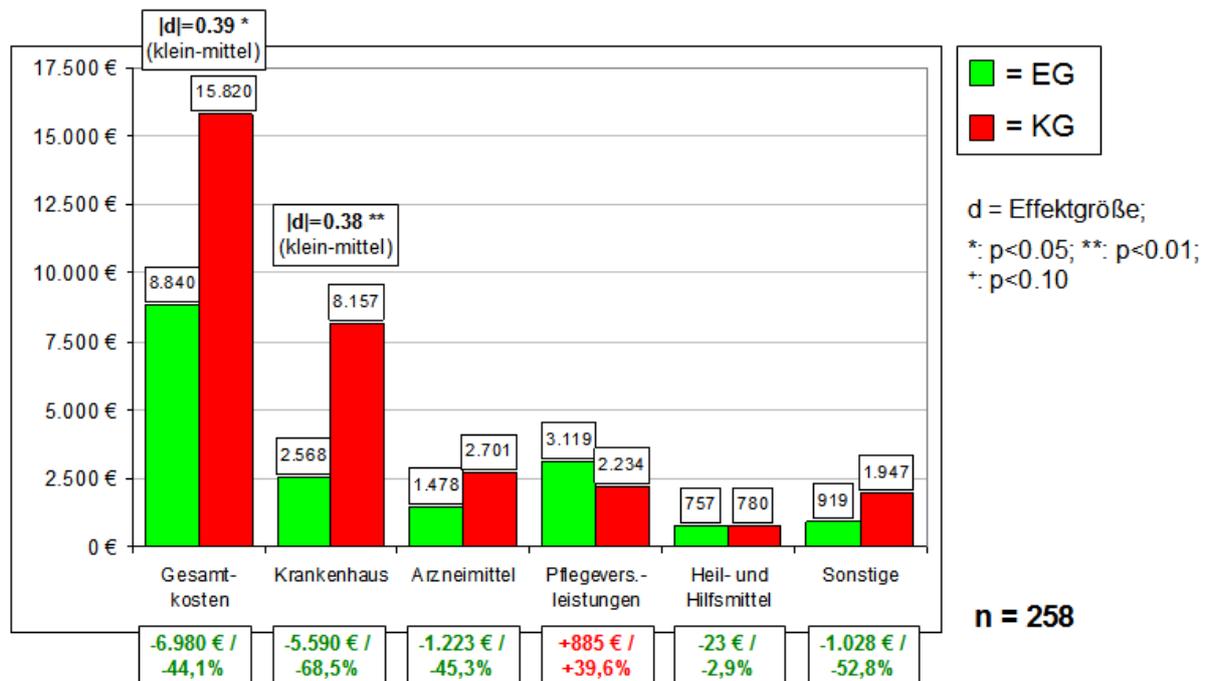


Abbildung 133: Kostenvergleich bei multimorbiden Fällen mit Nachbeobachtungszeiträumen von 9 Monaten und länger

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?

Der Hintergrund für diese Fragestellung liegt in der Annahme begründet, dass die Patientenbegleitung bei Fallverläufen mit umfangreichem Ressourcenbedarf ein besonders hohes Steuerungspotenzial haben könnte. Ein derart erhöhter Ressourcenbedarf liegt bspw. in den letzten Lebensmonaten von Krebspatienten vor. Zur Untersuchung der Fragestellung wurden die Leistungsdaten der verstorbenen Krebspatienten aus Experimental- und Kontrollgruppe für die letzten drei Lebensmonate aufbereitet (s. Abbildung 134). Die Patientenbegleitung wurde dabei im Schnitt ca. ein halbes Jahr vor dem Versterben der Versicherten begonnen und ca. drei Monate davor beendet.

Aus statistischer Sicht steht leider nur eine verhältnismäßig kleine Analysestichprobe zur Verfügung. Die hier vorliegenden Daten deuten nicht auf einen potenziellen Einsparungseffekt im Zuge der Patientenbegleitung hin. In keinem der in der Abbildung ausgewiesenen Kostenbereiche deutet sich ein signifikanter Kostenunterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe an.

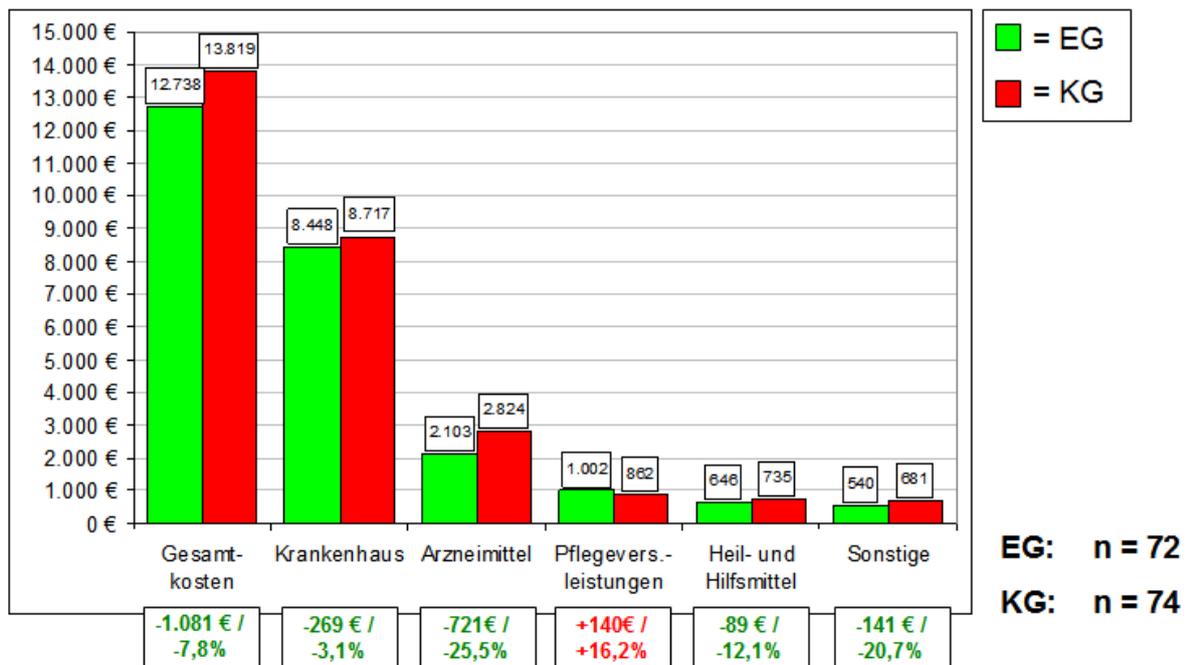


Abbildung 134: Gegenüberstellung des Ressourcenverbrauchs von Krebspatienten in den letzten drei Lebensmonaten

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 Krebserkrankungen, 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 Steuerepotenzials 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).

Die Fälle wurden entsprechend der statistischen Zwillingsbildung paarweise in die Auswertung aufgenommen, sofern bei einem Untersuchungspaar ein Versicherter der Experimental- und/oder Kontrollgruppe den Schwellenwert überschritten hatte. Sofern die Versicherten einer Paarbildung den Schwellenwert jeweils nicht überschritten, wird im Folgenden von „kostengünstigeren“ Fällen gesprochen.

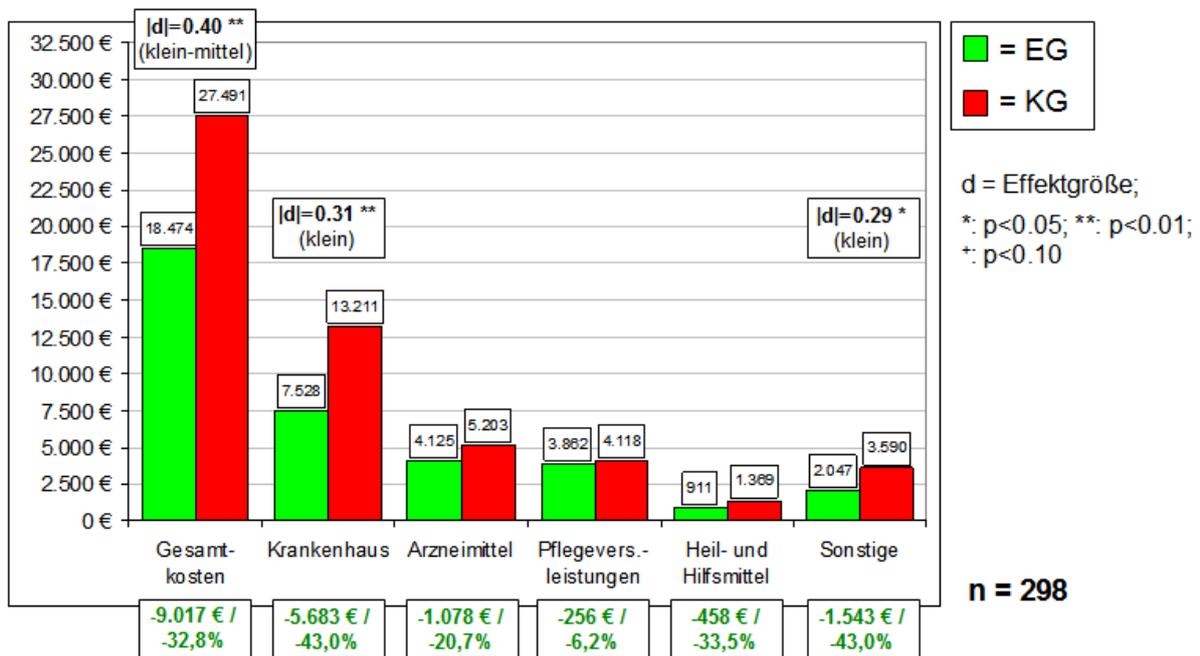


Abbildung 135: Kosteneffekte bei den vergleichsweise teuren Fallverläufen nach 7 Monaten Nachbeobachtungszeit

Darüber hinaus war, bezogen auf die Gesamtstichprobe, eine hoch signifikante Korrelation zwischen Kosten und Nacherhebungsdauer ($r=0.16$) 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).

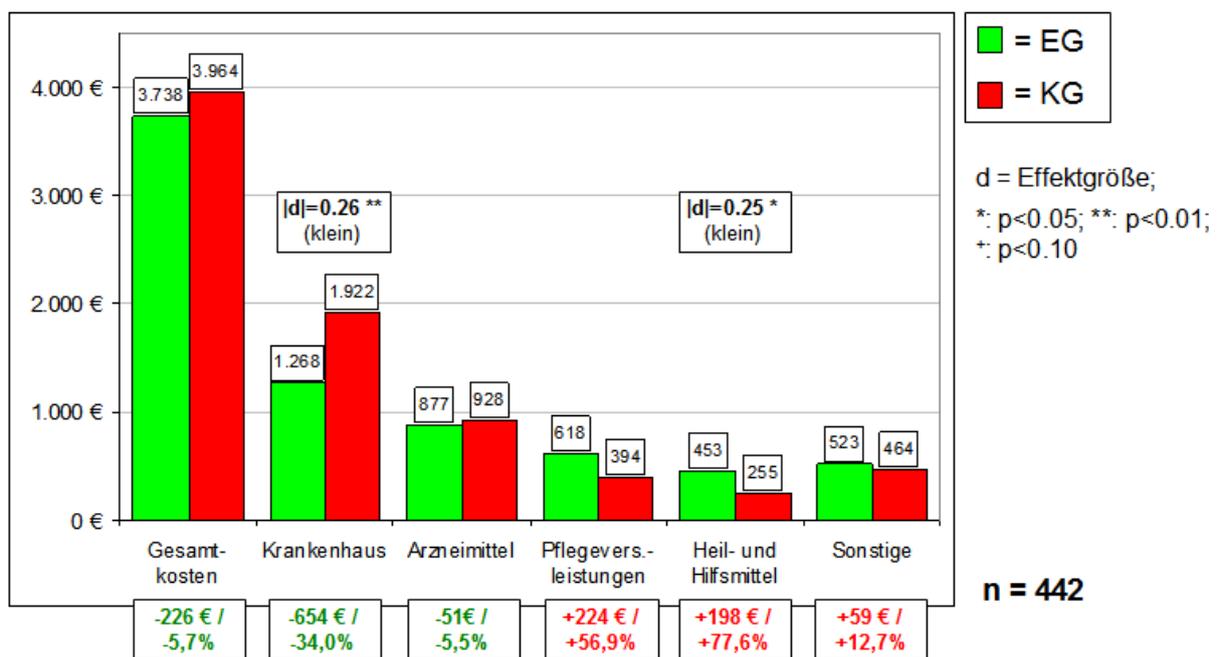


Abbildung 136: Kosteneffekte bei den vergleichsweise kostengünstigen Fallverläufen nach 7 Monaten Nachbeobachtungszeit

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).

Gemessen an den Effektgrößen, sind die PB-Effekte nicht nur stärker ausgeprägt, wenn die „teuren“ mit den „kostengünstigen“ Fallverläufen verglichen werden, sondern ebenfalls, wenn diese zu den im gesamten Untersuchungszeitraum gemessenen Effektstärken (vgl. Abschnitt 4.4.9) oder sogar zu den zeitabhängigen Effekten der Patientenbegleitung in Beziehung gesetzt werden (vgl. Abschnitte 4.4.5 und 4.4.6). Alles in allem deuten diese Befunde auf ein höheres Steuerungspotenzial der Patientenbegleitung bei „ressourcenintensiven“ Fällen hin.

4.7. Wirkfaktorenanalyse

Da die Evaluation der Patientenbegleitung nicht als eine „Black Box“-Evaluation geplant war (s. Abschnitt 3.3.2), bei der es ausschließlich um die Ergebnisse geht, wurden im Rahmen einer Wirkfaktorenanalyse ebenfalls die für diese Ergebnisse entscheidenden Erfolgs- bzw. Misserfolgskriterien identifiziert. Dabei geht es grundsätzlich um die strukturellen und prozessualen Merkmale, die den Erfolg der Patientenbegleitung fördern oder hemmen. Entsprechend den im Rahmen der Evaluation zur Verfügung stehenden Daten (s. Abschnitt 3.5) wurde dabei der Schwerpunkt auf die Prozessebene gelegt. Da die geplante Strukturhebung aufgrund der beschriebenen Überlagerungsprozesse nicht durchgeführt werden konnte, war es leider nicht möglich, die differenzierten (Aus-)Wirkungen der Netzwerk- und Vertragsstrukturen oder anderer Strukturmerkmale abzubilden. Erfahrungsgemäß werden die Ergebnismerkmale zumeist aber auch stärker von den Prozessen beeinflusst als von den Strukturen, welche sich im Verhältnis zum Einzelfall in der Regel vergleichsweise invariabel darstellen (vgl. Arnold 2007). Zudem konnte die grundlegende Strukturqualität, die entsprechend dem in Abschnitt 3.3.1 beschriebenen Qualitätsmodell von Donabedian für erfolgreiche Prozesse und Ergebnisse als mindestens notwendig zu erachten ist, im Rahmen der vorliegenden Evaluation als gegeben angesehen werden. Somit waren die elementaren Voraussetzungen für die hier beschriebene Wirkfaktorenanalyse gegeben.

Die Durchführung der multivariat konzipierten Wirkfaktorenanalyse wurde an das Verfahren der Graphischen Kettenmodelle angelehnt, das auf pfadanalytischen Ansätzen basiert (s. Cox/Wermuth 1993; Lauritzen/Wermuth 1989). Damit konnte die komplexe Zusammenhangsanalyse systematisch aufgebaut und durchgeführt werden. Die Wirkfaktoren wurden dabei entsprechend den Untersuchungsebenen der Evaluation (s. Abschnitt 3.4) anhand von (Partial-)Modellen für die jeweiligen Zielgrößen bestimmt (siehe unten). Dabei leiten sich die sog. vorstrukturierten Abhängigkeitsketten der potenziellen Wirkfaktoren bzw. Prädiktoren unmittelbar aus dem dieser Evaluation zu Grunde gelegten Qualitätsmodell ab (s. Abschnitt 3.3.1). Zur Bestimmung der relevanten Wirkfaktoren wurden entsprechend der Vorgehensweise bei den Graphischen Kettenmodellen multiple lineare Regressionen angewendet. Ausgehend von einem anfänglichen Modell mit Einschluss aller potenzieller Prädiktoren werden schrittweise Haupteffekte ausgeschlossen, die keinen wesentlichen Beitrag zur Varianzaufklärung der Ergebnismerkmale leisten. Damit letztlich nur Faktoren im Modell verbleiben, die tatsächlich auch für die Patientenbegleitung praktisch bedeutungsvoll sind, wurden sukzessive alle Prädiktoren aus dem Modell entfernt, die einem Signifikanzniveau von 5 % nicht standhalten konnten. Nur diese Wirkfaktoren werden im Rahmen der folgenden Ergebnisdarstellung abgebildet. Dies impliziert allerdings auch, dass Merkmale, die hier nicht aufgeführt sind, nicht automatisch als irrelevant bzw. als für die Patientenbegleitung bedeutungslos eingestuft werden dürfen. So werden bei der Analyse zumeist Merkmale, die sich auf einem relativ uniformen Niveau bewegen, aufgrund ihrer eingeschränkten Varianz nicht separat als Wirkfaktor kenntlich. Dies trifft etwa auch auf Merkmale zu, die fallübergreifend hohen Qualitätsstandards genügen. Sind bspw. alle Patientenbegleiter gleichermaßen gut für ihre Aufgabe qualifiziert, so ist dies kein relevanter Wirkfaktor. Trotzdem ist die Qualifikation für das Ergebnis der Patientenbegleitung nicht bedeutungslos. Bei den letztendlich ermittelten Erfolgs- bzw. Misserfolgskriterien handelt es sich demnach lediglich um die erfolgversprechendsten Ansatzpunkte für mögliche weitere Prozessoptimierungen, da hier der vergleichsweise größte Einfluss auf die Ergebnisse erzielt werden kann. Selbstverständlich

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 ($\beta \geq 0,5$) 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 „Misserfolgskfaktoren“. Im Rahmen der vorliegenden Analyse wurden allerdings mit wenigen Ausnahmen keine Misserfolgskfaktoren 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)
- Dauer der Patientenbegleitung: Der Zusammenhang ist „umgekehrt U-förmig“, d. h. die höchsten Effekte werden bei mittleren Dauern (ca. 76 Tage) erzielt, während kurze Dauern von im Mittel 30 Tagen und sehr lange Dauern von im Mittel 196 Tagen nicht mehr die höchsten Effektstärken erreichen. Die Dauer ist im Patientenbegleitungsprozess natürlich nur partiell beeinflussbar. Gemäß den Befunden kann allerdings empfohlen werden, sehr lange und sehr kurze Patientenbegleitungen zu vermeiden.

- 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 direktiveres 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 ($R^2=.08$).

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 ($R^2=.22$)

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 Ärztebefragung 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 ($R^2=.20$).

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 $\beta=0,47$)
- „einfache“, nicht umständliche Kontaktaufnahme durch den Patientenbegleiter (mittlerer Einflussfaktor mit $\beta=0,41$)
- 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 ($R^2=.64$). 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 „unbürokratischerer“ 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 ($R^2=.18$).

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 ($R^2=.47$)

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

<i>Frage</i>	<i>Inhalt in Bezug auf die PB</i>	<i>Befund</i>	<i>Zusammenfassung</i>
1a	Versicherte: Zufriedenheit	++	Zufriedenheit mit der Krankenkasse deutlich erhöht (insbes. hinsichtlich Beratungskompetenz, Vertrauensverhältnis und Einfühlungsvermögen)
1b	Versicherte: Lebensqualität	+	Deutlich positive Veränderungen bzgl. gesundheitszustandsbezogener Ängste und Befürchtungen. Keine bzw. geringe Auswirkungen bei unmittelbarer körperlicher Gesundheitssituation und subjektivem Befinden. Es gelingt, Problemlagen abzubauen und Ressourcen zu fördern. Die Effekte werden von Versicherten, Ärzten, KH-Sozialdiensten und Patientenbegleitern ähnlich positiv eingeschätzt. Speziell stärkere Aktivierung in Bezug auf das Gesundheitsverhalten.
1c	Partner: Zufriedenheit	++	Höhere Zufriedenheit bei Ärzten (und entsprechend den vorliegenden Daten auch bei den Krankenhaussozialdiensten).
1d	Partner: „Sekundäreffekte“	++	Höhere Entlastung und Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen und Institutionen.
1e	Effekte bei Fallzahlen	+	siehe Frage 2
1f	Effekte bei Falldauern	+	siehe Frage 2
2	Leistungsausgaben (Kosten)	+	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)

Frage	Inhalt in Bezug auf die PB	Befund	Zusammenfassung
3	Wirkfaktoren	++	<p>Die entscheidenden Erfolgsfaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> – „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. <p>Ausbaufähig ist bspw. noch der persönliche Kontakt der Patientenbegleiter zu den behandelnden (Haus-)Ärzten.</p>

++ positiv; + tendenziell positiv

5.2. Gesamtfazit

Der Einsatz von CM-Elementen in der Patientenbegleitung der Bosch BKK beinhaltet eine strukturierte, patientenorientierte und durch die Organisation unterstützte und integrierte Versorgung. Für jeden Patienten gibt es einen zentralen Ansprechpartner, den Patientenbegleiter, der neben der direkten edukativen Arbeit, unterstützt durch einen Gebietsbevollmächtigten, zudem für Vernetzung, Kommunikation und Koordination auf der Ebene der Leistungserbringer verantwortlich ist. Im PB-Modell der Bosch BKK werden personell die Ebenen Fallarbeit und Netzwerkarbeit getrennt.

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 Erduldens 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.

Besonders hervorzuheben ist die gelingende Kooperation mit Ärzten: Strukturell durch einen Vertrag mit der Bosch BKK eingebunden, werden parallel die einzelfallübergreifenden Kooperationsformen (in Form von Lenkungsgruppentreffen) und die direkt patientenbezogenen Kontakte der Zusammenarbeit (telefonisch und/oder persönlich) aufgebaut bzw. gepflegt. Es zeigt sich, dass offensichtlich die Vorbehalte und Befürchtungen der ärztlichen Berufsgruppen vor „Case Management“ als „steuerndes“ Verfahren mit Verlust von Autonomie in dem Modell der Bosch BKK durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit und Arbeit vor Ort minimiert werden können. Auch die bewusste Wahl des Begriffes „Patientenbegleiter“ mag hier unterstützend sein.

Interessant erscheint die Frage, ob und wie die Patientenbegleitung Einfluss auf Krankenhauseinweisungen 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):

Eine Patientenbegleiterin veranlasst aufgrund der Assessmentergebnisse im Rahmen ihrer Tätigkeit Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die erfolgreich durchgeführt werden. Eine sturzbedingte Sprunggelenkverletzung mit anschließender Operation, Rehabilitation etc., die Gesamtkosten in Höhe von 7.500 € verursacht, kann so vermieden werden. Diese „Einsparung“ bleibt, selbst wenn andere Gesundheits- bzw. Krankheitskosten entstehen, erhalten, allerdings mit abnehmender Relevanz.

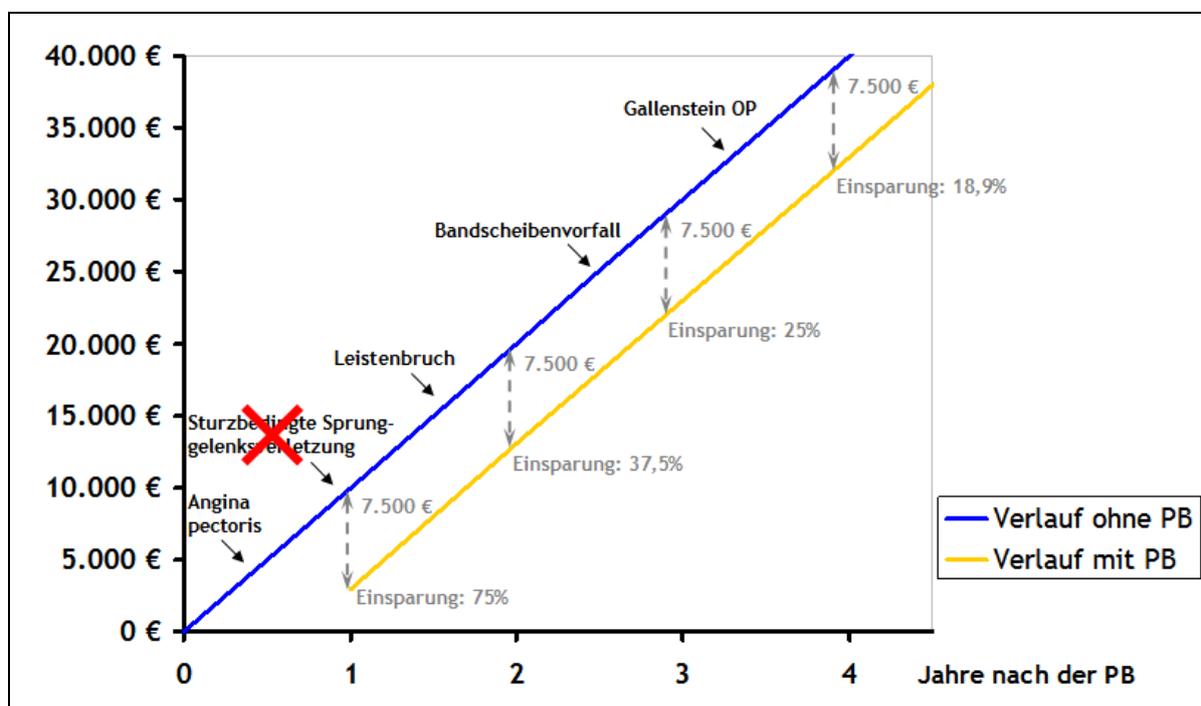


Abbildung 137: Modellhafte Entwicklung der Einsparungseffekte im Krankenhausbereich

Diese „Modellrechnung“ dient lediglich zur Verdeutlichung folgender zentraler Aspekte:

- a) Es soll vermitteln, wie die erzielte Kosteneinsparung der Patientenbegleitung konkret zustande kommen kann.
- b) Das Modell zeigt außerdem, dass sich auf „Lebenszeit- bzw. Langzeitperspektive“ die einmal erzielte Einsparung wieder relativiert. Folglich lohnt es sich auch nicht, noch längere Zeiträume, sagen wir zwei, drei oder fünf Jahre nach der Patientenbegleitung zu untersuchen, da in den kumulierten Gesamtkosten der PB-Effekt „schwindet“.
- c) Das Beispiel ist im Sinne des Modells erweiterbar. Es gibt in der Studie Belege, dass sich durch die Patientenbegleitung zwar begrenzte, aber durchaus vorhandene Effekte im Bereich Gesundheitsvorsorge und Eigensorge ergeben und der angestoßene Empowermentprozess zur Verhaltensänderungen der Patienten und Angehörigen führt: Es kommt zur Problemreduzierung und Ressourcenförderung. Die dadurch erzielte präventive Wirkung könnte ebenfalls in eine Modellrechnung eingearbeitet werden.

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-) Arztverträge 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
- Netzwerkebene, die im Idealfall folgende Prozessschritte seitens der Organisation erfordert: Auswahl der Netzwerkpartner, Aufbau und (vertragliche) Regelungen des Netzwerkes, Netzwerkpflege und Netzwerkprogramm (z. B. Netzwerkkonferenzen) und Evaluation der Netzwerkes

Kleve (2009) ergänzt diese Dreidimensionalität durch eine zweite dreifache Dimensionierung: Verfahren, Methoden und Haltung. Mit Verfahren ist das fall- und professionsübergreifende Managen gemeint, da nicht nur auf der personellen, sondern insbesondere auch auf der Organisationsebene entsprechendes Know-how vorausgesetzt und durch Weiterbildung und Strukturmaßnahmen umgesetzt wird. Als Methode geht es im CM um Mittel im Sinne von Tools zur Arbeitsstrukturierung, um die einzelnen Verfahrensschritte des CM auszuführen (z.B. bestimmte Gesprächsführungstechniken, Methoden der Analyse etc.). Mit Haltung meint Kleve ein Set an kognitiven und emotionalen Einstellungen, das erforderlich ist, um der Komplexität und deren (eingeschränkten) Steuerungsmöglichkeiten begegnen zu können.

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

1. Ebene: Alle erforderlichen Programmschritte werden auf der Fallebene durchgeführt. Belege hierfür finden sich durchgängig in den von uns durchgeführten Evaluationen. Auf dem Hintergrund der Diskussion über consumer vs. system-driven CM (also der Frage, ob ein Case Management sich eher an den Patientenbedürfnissen oder eher an den Anforderungen des Kostenträgers zu orientieren hat, vgl. Klug 2009) zeigt die Studie, dass sich dieser Widerspruch auflösen lässt: Es ist offensichtlich sinnvoll, die Bedürfnisse des Patienten explizit aufzugreifen und diese mit dem (durch Experten definierten) Bedarf **in Einklang** zu bringen. Ohne ein CM erfolgt dieser Aushandlungs- und Abstimmungsprozess nicht oder nur unzureichend. Es steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der vom Experten ermittelte Bedarf nicht hinreichend mit den Bedürfnissen und Lebenslagen der Klienten abgeglichen wird. Die Kooperation zwischen Patienten und Behandlern, die für Compliance und Behandlungserfolg häufig notwendig ist, wird so empfindlich gestört. Demgegenüber zeigen die Befunde der Studie hier eindeutig: Dort wo es gelingt, diese „consumer“-Orientierung (subjektive Bedürfnisse und Einschätzungen des Patienten) mit den Behandlungsbedarfen (objektive bzw. expertendefinierte Notwendigkeiten) sinnvoll zu verbinden, sind Hilfen besonders effektiv. Die Studie zeigt, dass erfolgreiche Patientenbegleitung über die Qualität der direkten Kontakte mit den Patienten und Angehörigen gesteuert wird. Daher sollte die aufsuchende Arbeit (Hausbesuch, Krankenhausbesuch) zum „Standardrepertoire“ der PBG gehören und eine möglichst frühzeitige Kontaktaufnahme angestrebt werden. Hierzu ist das System der Zuweisungen ständig zu reflektieren und ggf. anzupassen.
2. Ebene: Die Organisation hat CM als „handlungsleitendes Prinzip“ eingeführt. Dies bedeutet, dass die Steuerung von Maßnahmen und die Ablauforganisation dem CM-Konzept folgt: Es findet ein Screening zur Fallauswahl statt. Die dann folgenden Prozesse sind beschrieben (Handbuch), die Mitarbeiter sind qualifiziert, die fachliche Begleitung der PBG ist gesichert, die strukturelle Verankerung in der Organisation ist erfolgt, die Kompetenzen zwischen PBG (Patientenarbeit) und GBV (Netzwerkarbeit) sind definiert und die erforderlichen Instrumente zur Fallbearbeitung werden standardisiert und größtenteils EDV-unterstützt bereit gestellt. Eine fall- und fallgruppenbezogene Auswertung ist prinzipiell möglich.

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.)

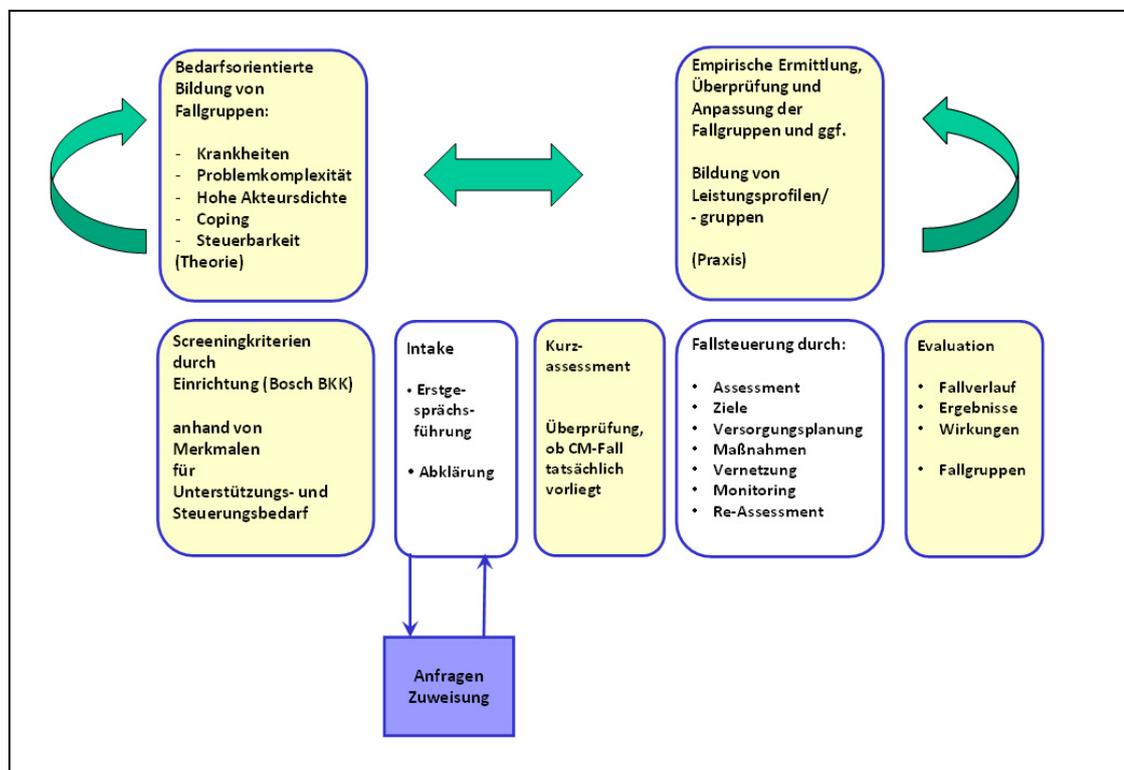


Abbildung 138: Prozess zur Bildung von Fallgruppen

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 Krebserkrankung 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 Auswahlkriterien, die mehrere Diagnosegruppen und externe, die Kooperationsverpflichtungen, umfassten). Dies war für die Konzeption der Studie relevant. Es hat sich aber gezeigt, dass die Aufgreifkriterien der Ü75-Gruppe nicht hinreichend spezifisch für eine 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 geeignet. Durch die vorgelegten Auswertungen, ergänzt um die Erfahrungen der Patientenbegleiter 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 Auswahlgruppen vorzunehmen (etwa um bestimmte chronische Erkrankungen mit Steuerungsbedarf, jüngere Versicherte, Angehörigenarbeit).

Damit wird das Fallgruppensystem empirisch durch die Praxisevaluation überprüfbar und kann als strategisches Instrument genutzt werden. Eine Verbesserung bzw. Erweiterung des Screenings führt zur passgenaueren 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 **direkter** Kontakt vorhanden ist.

3. Ebene: Der Aufbau eines die PB unterstützenden Netzwerkes wurde systematisch geplant und vorangetrieben. Die Krankenkasse, als ein (zahlender) Akteur im Gesundheitswesen, bietet Hausärzten und Krankenhäusern einen Kooperationsvertrag an. Hier finden sich Elemente von hausarztzentrierten 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 Mitarbeit verpflichtet werden. Damit ist eine wesentliche Grundlage für die Vernetzung wichtiger Kooperationspartner gebildet. Das System, so muss aber angemerkt werden, befindet sich noch in der Erprobungsphase und bedarf der Anpassung. So sind z. B. die zu erbringenden Leistungen der Ärzte nur sehr global fixiert: Das Anreizsystem zur Kooperationsanbahnung und -sicherung im ärztlichen Bereich sollte allerdings stärker an nachweisbare Leistungen (z. B. Beratungsleistungen, Kooperationsleistungen 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 Pflegestützpunkten 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 stringent 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.

Für eine detaillierte Analyse der Wirkfaktoren der Patientenbegleitung wäre zudem empfehlenswert, im Rahmen einer standardisierten Struktur- und Netzwerkbefragung, den Einfluss der Strukturqualität näher objektiviert zu betrachten. Hierfür müsste allerdings ein passender Untersuchungszeitpunkt gewählt werden, der nicht durch politische Diskussionen auf dem Hintergrund einer Gesundheitsreform überlagert ist.

Um mit einer Evaluation die Effekte einer Intervention und damit Veränderungen vollständig und zuverlässig abbilden zu können, hat sich ein prospektives Längsschnittdesign als weitere unverzichtbare Voraussetzung erwiesen. Dabei stellt ein Prä-Post-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten zu Beginn und am Ende der Intervention die Mindestvoraussetzung dar. Mit Hilfe von Verlaufserhebungen zwischen diesen beiden Erhebungszeitpunkten könnte zukünftig die Reliabilität noch weiter gesteigert werden. Es muss dabei allerdings auch mit abgewogen werden, dass dadurch der Dokumentationsaufwand deutlich ansteigt. Dies könnte unter Umständen der Datenqualität dieser Dokumentationen abträglich sein.

Zur Bestimmung der Effektivität reicht eine ausschließliche Bestimmung der Zielerreichung nicht aus. Sie sollte durch Veränderungsmessungen 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.

Die Erweiterung bzw. Ergänzung des Designs durch qualitative Methoden könnte bei künftigen Forschungen stärkeren Aufschluss über die Ursachen der Effekte geben. So könnten einzelne „matched pairs“ in ihren Fallverläufen rekonstruiert und die „life events“ abgebildet werden. Eine detaillierte, vergleichende, Analyse auf qualitativer Ebene würde dann weitergehende ursachenbezogene Aussagen ermöglichen.

Wie beschrieben gibt die vorliegende Evaluation substantielle Hinweise auf positive Kosteneffekte 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

Aus fachwissenschaftlicher Sicht handelt es sich bei der Patientenbegleitung um eine spezifische Anwendung von Case Management (CM). Während der CM-Ansatz insbesondere eine zentrale Fallverantwortung und Fallführung (Fallebene) als wichtiges Merkmal für eine Steuerungsfunktion identifiziert, wird im PB-Modell hierauf aus guten Gründen weitgehend verzichtet. Das deutsche Gesundheitssystem bietet bisher weder die gesetzlichen, noch die organisatorischen und professionspolitischen Rahmenbedingungen, um diesem Idealkonzept des CM zu folgen. Aus diesem Grunde erhebt die Patientenbegleitung auch nicht den Anspruch einer zentralen Fallverantwortung. Die Bosch BKK (Organisationsebene) verwendet in der Kooperation mit den Ärzten auch nicht den Begriff CM, die im Gesundheitsbereich bestehende „Steuerungshoheit“ wird bei den Ärzten belassen. Durch die Patientenbegleitung erfolgt eine zweifache „Unterstützungsfunktion“. Einmal mit Blick auf die Patienten: Sein Anliegen wird aufgegriffen bzw. er wird angesprochen, beraten, aktiviert usw. Zum anderen wird der Arzt unterstützt: Ärzte sehen sich, so ein Ergebnis der Untersuchung, „bei verschiedenen Fragestellungen“ (z. B. psychosozialen) durch die Patientenbegleitung deutlich entlastet, erfahren die Abläufe mit der Krankenkasse als weniger kompliziert und sehen die „gemeinsame Sprache“ (etwa Unterstützung der Compliance). Die Patientenbegleitung „kümmert“ sich um die nicht-medizinischen Erfordernisse bzw. unterstützt durch ihr Engagement den Prozess der medizinischen Behandlung, ohne den Anspruch auf die „Steuerungsfunktion“ zu übernehmen. Daher erfahren die Patientenbegleiter eine hohe Akzeptanz bei den Ärzten und werden zu wichtigen ergänzenden Versorgungsplanern. So führen sie im Sinne des CM mit den Patienten ein „Care Counselling“ (Wendt 2009) durch, ohne in Konflikte mit den Ärzten zu kommen. Strukturell ist die Patientenbegleitung von einem „ärztlich induzierten Case Management“ (vgl. Frommelt 2006) zu unterscheiden, da hier das weitere Verfahren nicht durch den Arzt gesteuert ist, sondern nur der Anstoß durch den Arzt erfolgen kann.

Diese „weiche“ Variante scheint für den Aufbau des PB-Systems optimal zu sein, da den Ärzten ermöglicht wird, Kooperationserfahrungen mit der Krankenkasse zu sammeln, ohne ihre Verantwortungs- und Steuerungshoheit bedroht zu sehen.

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.

Empfohlen wird, die gelungenen wie gescheiterten Kooperationen weiter systematisch auszuwerten, um Hinweise zu erhalten wie das Kooperationssystem bzw. die Vernetzung ggf. optimiert werden könnte. Möglicherweise ergeben sich neue Optionen durch eine differenzierte Ausgestaltung der Verträge, die die Leistungen genauer beschreiben und die ggf. strukturelle Anpassungen vornehmen. Genannt wurde das „ärztlich induzierte Modell“ aus Nürnberg (Frommelt 2006). Noch konkreter ist ein so genanntes Tandem-Modell (das derzeit in Minden-Lübbecke erprobt und evaluiert wird, siehe „<http://www.projekt-lotta.de>“): Bei den definierten CM-Fällen wird ein Tandem aus Arzt und Case Manager (Patientenbegleiter) gebildet. Angestrebt wird dabei die Einrichtung einer ambulanten Basisversorgung, insbesondere bei chronisch erkrankten Menschen, bestehend aus der medizinischen Basisversorgung über hausärztliche Praxen und der sozialpflegerischen Basisversorgung über professionelle Patientenbegleiter. Hausarzt und Patientenbegleiter bilden dazu ein gleichberechtigtes Lotsentandem. Der Hausarzt ist der Lotse für die nachgeordneten fachärztlichen und therapeutischen Disziplinen und verantwortet medizinische Diagnostik, Therapie und deren Koordination. Der professionelle Patientenbegleiter ist der Lotse im Sozialwesen zur Sicherung der ärztlichen Heilbehandlung, dem Erhalt und Aufbau der familialen, freiwilligen und professionellen ambulanten Betreuung, Hauswirtschaft und Pflege, der rechtlichen und finanziellen Sicherung und der Sicherung des Wohnumfeldes und der nötigen Hilfsmittelausstattung.

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

Neben dieser Besonderheit in der konkreten Umsetzung ist ein weiterer Faktor zu benennen, der in spezifischer Weise das PB-Modell prägt: Die Versicherten der Bosch BKK rekrutieren sich noch immer zu einem überwiegenden Teil aus Bosch-Bediensteten. Es gibt ein gewachsenes Verhältnis zur „Betriebskrankenkasse“; die Versicherungsgruppe ist weniger heterogen als in anderen gesetzlichen Krankenkassen. Ohne dies explizit untersucht zu haben, kann vermutet werden, dass die Patientenbegleitung als Angebot „meiner BKK“ patientenseitig die Annahme des Modells erleichtert hat.

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

- Arnold, J. (2007): Ergebnisse zum Einfluss struktureller Merkmale auf die Effekte von erzieherischen Hilfen, in: Hermsen, T./MacSenaere, M. (Hrsg.): Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe. St. Ottilien: EOS-Verlag, S. 189–212.
- Arntz, M./Spermann, A. (2004): Feldexperimente mit dem Pflegebudget (2004–2008) – Konzeption des Evaluationsdesigns. Discussion Paper No. 04–84.
<ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp0484.pdf> (Stand: 1.12.2004).
- Bacher, J. (2002): Statistisches Matching: Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS. ZA-Information, 51, S. 38–66.
- Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Weiber, R. (2006): Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung (11. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bailer, J. (2001): Psychotherapie erleichtert das Leben mit der Psychose, in: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim (Hrsg.): Information aktuell, 24. Jg., Nummer 1, S. 8–9.
- Bauer, U./Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (2005): Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit, in: Badura, B./Iseringhausen, O. (Hg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber, S. 187–201.
- Bortz, J. (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (6. vollst. überarb. und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J./Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J./Lienert G. A./Boehnke, K. (2000): Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bostelaar, R. (Hrsg.) (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cox, D./Wermuth, N. (1993): Linear dependencies represented by chain graphs. Statistical Science, 8, p. 204–218.
- Donabedian, A (1980): The definition of quality and approaches to its assessment and monitoring, Vol. 1, Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.

- Deutsche Gesellschaft für Evaluation[DeGEval] (2002). Standards für Evaluation. Köln: Geschäftsstelle DeGEval.
- Ewers, M. (2000): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in Ewers, M./Schaeffler, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber, S. 53–90.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis, Bern: Huber.
- Froese, E./Wenzel, G. (2003): Kosten- und Qualitätseffekte des dialogischen Reha-Managements, in: Die BG 5/2003, S. 203–207.
- Frommelt, M. (2006): Case Management im Praxisnetz: Home Care Nürnberg, in: Wendt, W.R./Löcherbach, P. (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Heidelberg: Economica, S. 93–112.
- Gensichen, J. et al. (2004): Hausärztliche Begleitung von Patienten mit Depression durch Case Management – Ein BMBF-Projekt. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 80, S. 507–511.
- Hermesen, T./Macsenaere, M. (2007): Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe (Schriftenreihe der KFH-Mainz, Bd. 2). St. Ottilien: EOS-Verlag.
- Initiativkreis Ruhrgebiet (Hrsg.) (2007): Klinik-Führer Rhein-Ruhr 2008/2009. Essen: Klartext-Verlagsgesellschaft.
- Jansen, D. (2003): Einführung in die Netzwerkanalyse, 2. Aufl., Opladen: Leske + Budrich.
- Janssen, J./Latz, W. (1997): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows, 2. Aufl., Berlin: Springer.
- Kleve, H. (2009): Dreidimensionales Case Management: Verfahren, Methode, Haltung, in: Sozialmagazin 7–8/2009, S. 58–73.
- Klug, W. (2009): Case Management im US-amerikanischen Kontext, in: Löcherbach, P./Klug, W./Remmel-Faßbender, R./Wendt, W.R (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, S. 40–68.
- Krause, T./ Anders, J./Heinemann, A./Cordes, O./Wilke, L./Kranz, S./Kühl, M. (2004): Ursachenzusammenhänge der Dekubituserkrankung – Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 200 Patienten und Befragung aller an der Pflege Beteiligten. Verfügbar unter [<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=17706.html>].
- Kubinger, K. D./Rasch, D./Moder, K. (2009): Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. Psychologische Rundschau, 60, S. 26–27.

- Kuhn, S./Schu, M./Vogt, I./Schmid, M./Simmedinger, R./Schlanstedt, G./Farnbacher, G./Verthein, U./Haasen, C. (2007): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Spezialstudie zur Binnenevaluation der psychosozialen Begleitung, Abschlussbericht.
- Lauritzen, S./Wermuth, N. (1989): Graphical Models for associations between variables, some of which are qualitative and some quantitative. *Annals of Statistics*, 17, p. 31–54.
- Macsenaere, M. (2007): Verfahren zur Wirkungsmessung in den erzieherischen Hilfen: Jugendhilfe-Effekte-Studie. In ISA Planung und Entwicklung GmbH (Hrsg.): *Wirkungsorientierte Jugendhilfe* (Bd. 1, S. 25–31). Münster: ISA.
- Marshall, M./Gray, A./Lockwood, A./Green, R. (2005): Case management for people with severe mental disorders, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 4.
- Rosen, A./ Teeson, M. (2001): Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine, in: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, S. 731–746.
- Pfaff, A./Wiedemann, T./Mamberer, F. (2003): Sozialwissenschaftliche und gesundheitsökonomische Evaluation der Nachsorgeleistungen des „Vereins zur Familiennachsorge Bunter Kreis e.V.“ Kurzfassung des Endberichts, Augsburg.
- Porz, F./Odeswik, A./Erhard, H. (2005): Case Management in der Sozialpädiatrie. Das Augsburger Modell, in: Löcherbach, P./Remmel-Faßbender, R./Wendt, W.R. (Hrsg.): *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*, München, Basel, S. 88–108.
- Schleuning, G./Welschhold, M. (2000): *Modellprojekt Psychiatrisches Case Management*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 133, Baden Baden.
- Schmid, M./Vogt, I. (2001): Case Management und Motivierende Beratung, in: *Suchttherapie*, 2, S. 73–79.
- Schneider, S./Mohnen, S./Schiltewolf M. (2006): Sind Reiche wirklich gesünder? – Epidemiologische Daten deuten für einige Diagnosen höhere Prävalenzen in der oberen Sozialschicht an. *Gesundheitswesen*, S. 68.
- Schröder, J. W. & Kettiger, D. (2001): *Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit. Ergebnisse einer internationalen Recherche in den USA, den Niederlanden und der Schweiz*. In BMFSFJ (Hrsg.) *Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer (Bd. 229).
- Schu, M./Schmid, M. (2006): Motivational Case Management (MOCA): Paradigmenwechsel in der Drogenhilfe?, in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 1.

- Sedlmeier, P. (1996): Jenseits des Signifikanztest-Rituals: Ergänzungen und Alternativen. *Methods of Psychological Research* – online, 1. [Internet: <http://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/>].
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009): Gesundheit – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2007. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Thorenz, A. (2006): Case Management zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung im Gesundheitswesen. Frankfurt: Lang.
- Töpfer, A. (1999): Kundenzufriedenheit messen und steigern (2. erw. u. überarb. Aufl.). Neuwied: Luchterhand.
- Vanderplasschen, W./Rapp, R.C./Wolf, J.R./Broekaert, E. (2004): The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe, in: *Psychiatric Services*, 55, S. 913–922.
- Wendt, W.R. (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Wendt, W.R. (2005): Case Management: Stand und Positionen in der Bundesrepublik, in: Löcherbach, P. u. a. (2005): Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt, S. 13–35.
- Wendt, W.R. (2006): State of the art: Das entwickelte Case Management, in: Wendt, W.R./Löcherbach, P.: Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis, München, *Economica*, S. 1–43.
- Wendt, WR (2009): Die Ausprägung von Fachlichkeit im Case Management, in: Wendt, WR/Löcherbach, P. (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg: *Economica*, S. 125–146.
- Wimmer, K./Sutterer, D./Breuer, S (2007): „Light“-Faden Patientenbegleitung. Ziele, Ablauf und Standards in der Patientenbegleitung der Bosch BKK. Stuttgart: Bosch BKK.
- Wottawa, H./Thierau; H. (2003): Lehrbuch Evaluation (3. korrigierte Aufl.). Bern: Huber.
- Ziguras, St.J./Stuart, G.W. (2000): A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years, in: *Psychiatric Services*, 51, S. 1410–1421.

Anlagen

Instrumente:

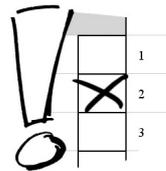
Aufnahmebogen Patientenbegleiter/-innen
Abschlussbogen Patientenbegleiter/-innen
Glossar – Allgemeine Hinweise
Glossar – Aufnahmebogen
Glossar – Abschlussbogen
Versichertenbefragung Experimentalgruppe
Versichertenbefragung Kontrollgruppe
Ärztebefragung
Befragung der Krankenhaussozialdienste
Strukturbogen Gebietsbevollmächtigte
Strukturbogen Ärzte-/Krankenhaus-Vertreter
Strukturbogen Patientenbegleiter/-innen

BOSCH BKK – EVALUATION DER PATIENTENBEGLEITUNG

AUFNAHMEBOGEN

Basisdaten

1	Mitarbeiter-Code	
2	KV-Nummer des Versicherten	
3	Geburtsdatum des Versicherten	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
4	Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten	
5	Geschlecht des Versicherten	<input type="checkbox"/> 1= männlich <input type="checkbox"/> 2= weiblich
6	Datum Anlass der Patientenbegleitung	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
7	Datum Beginn der Patientenbegleitung	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>



Bitte schließen Sie die Erhebung spätestens (!) 1 ½ Wochen nach Beginn der Patientenbegleitung ab. Die Daten beziehen sich – sofern in den grauen Erläuterungsfeldern nichts anderes angegeben ist – auf den Tag des Beginns der Patientenbegleitung. Hinweise und Codes zum Ausfüllen der einzelnen Items finden Sie im Glossar.

Fallauswahl

8	Kriterium zur Einleitung der Patientenbegleitung <i>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 benannt werden. Eine Mehrfachnennung ist nicht zulässig!</i>	Verdachts- diagnose	gesicherte Diagnose
	kardiovaskuläre Erkrankung genaue Diagnose (z. B. I21.0):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zerebrovaskuläre Erkrankung genaue Diagnose (z. B. I63.0):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krebserkrankung genaue Diagnose (z. B. C50):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alter über 75 Jahre mit zusätzlichen Aufgreifkriterien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

9	Zusätzliches Aufgreifkriterium bei Alter über 75 Jahre <i>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.</i>
BKK-interne Kriterien	Krankenhausaufenthalt(e) bei bestimmten Diagnosen <input type="checkbox"/> genaue Diagnose(n) (z. B. I21.0): <input type="checkbox"/> 1 Jahr Behandlungspflege in ambulantem Rahmen <input type="checkbox"/> häusliche Krankenpflege über 3 Monate <input type="checkbox"/>
Vertraglich festgeschriebene Kriterien	mindestens 3 Monate Unterstützung durch einen Pflegedienst <input type="checkbox"/> Leistungen durch häusliche Krankenpflege <input type="checkbox"/> Art der Leistung: mindestens 3 ärztliche Hausbesuche pro Quartal <input type="checkbox"/> palliative Versorgung <input type="checkbox"/> pall. Vers. bei: <input type="checkbox"/>

10	Komorbiditäten: weitere für die Patientenbegleitung relevante Erkrankungen	Verdachts- diagnose	gesicherte Diagnose
	entfällt, keine weiteren Erkrankungen <input type="checkbox"/>		
	unbekannt <input type="checkbox"/>		
	weitere Erkrankung (ggfs. Diagnose): <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	weitere Erkrankung (ggfs. Diagnose): <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	weitere Erkrankung (ggfs. Diagnose): <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	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.)
	1= ja, Art der Diagnose: die Erkrankung besteht seit / (MM/JJ)
	2= nein
	9 = unbekannt <input type="checkbox"/>

12	Folgefall (Wie oft wurde im Vorfeld der aktuellen Maßnahme schon einmal eine Patientenbegleitung bei dem Versicherten durchgeführt?)
	Anzahl vorhergegangener Patientenbegleitungen (0=keine, 9 = unbekannt) <input type="checkbox"/>
	Sofern im Vorfeld der aktuellen Maßnahme bereits eine Patientenbegleitung stattgefunden hat, geben Sie bitte die jeweiligen Zeiträume an:
	1. von / (MM/JJ) bis / (MM/JJ)
	2. von / (MM/JJ) bis / (MM/JJ)
	3. von / (MM/JJ) bis / (MM/JJ)
	4. von / (MM/JJ) bis / (MM/JJ)

13	Hauptinitiator der aktuellen Patientenbegleitung (Bitte die entsprechende Ziffer eintragen.)
	01 = Patientenbegleiter
	02 = anderer BKK Mitarbeiter
	03 = Versicherter
	04 = Angehöriger
	05 = Arzt im Vertragsnetz
	06 = Krankenhaus im Vertragsnetz
	07 = Einrichtungen von Bosch:
	08 = Arzt außerhalb des Vertragsnetzes
	09 = Krankenhaus außerhalb des Vertragsnetzes
	10 = anderer:
	99 = unbekannt <input type="checkbox"/>

14	Staatsangehörigkeit des Versicherten
	1= deutsch
	2= andere Nationalität:
	8= entfällt, staatenlos
	9= unbekannt <input type="checkbox"/>

15	Verständigungsfähigkeit (Ist der Versicherte in der Lage, sich mit dem Patientenbegleiter in ausreichendem Maße zu verständigen?)
	1= ja
	2= nein
	9 = unbekannt <input type="checkbox"/>

16	Intensität der Patientenbegleitung
	1= hoch intensiver Fall (wechselseitiger Kontakt; Einleitung von Maßnahmen)
	2= niedrig intensiver Fall (nur einseitiger Informationsfluss durch PBG)
	9= unbekannt/nicht einschätzbar <input type="checkbox"/>

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

Assessment

17 Familienstand des Versicherten
1= ledig
2= verheiratet
3= geschieden
4= verwitwet
9= unbekannt <input type="checkbox"/>

18 Anzahl Kinder
(99 = unbekannt) <input type="checkbox"/>

19 Primäre betreuende Person des Versicherten (Bitte die entsprechende Ziffer eintragen.)
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 <input type="checkbox"/>

20 PROFESSIONELLE BETREUUNG (Bitte geben Sie Name und Anschrift des [Haus-]Arztes sowie des Krankenhaussozialdienstes an, sofern sie an der Betreuung des Versicherten beteiligt sind bzw. waren. Sollte der Versicherte keinen Kontakt zu einem Krankenhaussozialdienst [gehabt] haben, kann die Frage „20 B“ übersprungen werden)
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 (Bitte geben Sie neben Namen und Anschrift des Krankenhauses – wenn möglich – zusätzlich eine Ansprechperson beim entsprechenden Krankenhaussozialdienst an.)
Name des Krankenhauses: Straße / Hausnummer: PLZ / Ort: Name / Vorname einer Ansprechperson beim Krankenhaussozialdienst:

21 Wer wurde in die Bedarfsfeststellung einbezogen? (Bitte geben Sie die Anzahl der Kontakte [auch Telefonkontakte] und den geschätzten Zeitaufwand [in Std.] an, z. B. 1½ Std. = 1,5 h. Mehrfachnennungen sind möglich.)			
A			
Keiner <input type="checkbox"/>			
	Anzahl	geschätzter Zeitaufwand	
Versicherter		,	h
Angehörige		,	h
Hausarzt		,	h
Fachärzte		,	h
Krankenhaus (Ärzte, medizinisches Personal)		,	h
Krankenhaussozialdienst		,	h
WAR (Werksarzt)		,	h
BSO (Betriebliche Sozialberatung)		,	h
BKK-Sachbearbeiter/Kollege		,	h
Sonstige:		,	h
Sonstige:		,	h
Sonstige:		,	h

21 B	Was wurde in die Bedarfsfeststellung einbezogen? (Informationsgrundlage der Bedarfsfeststellung; Mehrfachnennungen sind möglich.)	
	ISKV-Datenbank	<input type="checkbox"/>
	Online-Plus-Datenbank	<input type="checkbox"/>
	Patientenbegleiter-Datenbank	<input type="checkbox"/>
	EASY-Archiv	<input type="checkbox"/>
	DMP-Datenbank (providinCare)	<input type="checkbox"/>
	MDK-Gutachten	<input type="checkbox"/>
	Pflegeakte	<input type="checkbox"/>
	Überleitungsbogen vom Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges: entfällt, keine Datenbank-/Archiv-Informationen zur Bedarfsfeststellung genutzt	<input type="checkbox"/>

22	Erwerbstätigkeit
	1= sozialversicherungspflichtig beschäftigt (bspw. Angestellter) 2= verbeamtet 3= selbstständig/freiberuflich 4= Rentner/in 5= Hausfrau/-mann 6= in Ausbildung (Schule/Studium/Berufsausbildung) 7= arbeitslos 8= Sonstiges: 9= unbekannt
	<input type="checkbox"/>

23	Überwiegender Lebensunterhalt (im letzten halben Jahr vor dem Anlass der Patientenbegleitung; bitte die entsprechende Ziffer eintragen.)
	1 = Einkommen aus Erwerbstätigkeit <u>Versorgungsleistungen:</u> 2 = Rente 3 = Krankengeld 4 = Arbeitslosengeld I 5 = öffentliche Transferleistungen (z.B. ALG II) 6 = private Transferleistungen 7 = Sonstiges: 9 = unbekannt
	<input type="checkbox"/>

24	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
	<input type="checkbox"/>

Ressourcen/Problemlagen des Versicherten bei Beginn der Patientenbegleitung

25 Aktuelle Problemlagen des Versicherten (Bitte treffen Sie zu jedem Problembereich eine Einschätzung anhand folgender Skala.)						
		[0]	[1]	[2]	[3]	[9]
	[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.					
	[2] = hoch: Das Problem ist ausgeprägt und schwer veränderbar. Das Klientensystem bzw. Teile des Klientensystems leiden darunter oder Dritte haben wiederholt auf das Problem hingewiesen (Auffälligkeit, Meldung, Befunde). Eine gezielte Intervention, ggf. unter Nutzung vorhandener Ressourcen 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.					
	PERSON					
1	Probleme der körperlichen Gesundheit – Mobilität (zusätzlich zur rel. Erkrankung bzw. zum Interventionsanlass) (z. B. Verletzungen durch häufige Stürze, fehlende Mobilität)	<input type="checkbox"/>				
2	Probleme der psychischen Gesundheit (z. B. Niedergeschlagenheit, Ängste, Psychosomatik)	<input type="checkbox"/>				
3	Probleme im Gesundheitsverhalten (z. B. mangelhafte Ernährung, fehlende [Körper-]Hygiene)	<input type="checkbox"/>				
4	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)	<input type="checkbox"/>				
5	Probleme bei den (sozial-)kommunikativen Kompetenzen (z. B. kann sich nicht verständlich machen, Bedürfnisse werden nicht adäquat artikuliert)	<input type="checkbox"/>				
6	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, mang. Selbstkonzept und -sicherheit)	<input type="checkbox"/>				
7	Probleme hinsichtlich der Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit (z. B. Einschränkungen der Arbeitsleistung, Arbeitsunfähigkeit)	<input type="checkbox"/>				
	FAMILIE / UMFELD					
8	Probleme im Sozialverhalten (z. B. kommt mit anderen nicht aus, hat kein soziales Netz, ist vereinsamt bzw. sozial isoliert)	<input type="checkbox"/>				
9	Probleme im familiären Bereich (z. B. unzureichende Unterstützung durch die Familie, Streitigkeiten, abgebrochene Beziehungen)	<input type="checkbox"/>				
10	Probleme bei der gesellschaftlichen Teilhabe (z. B. kann nicht wie gewohnt an gesellschaftlichen Veranstaltungen teilnehmen [bspw. Feiern, Kirchgänge])	<input type="checkbox"/>				
	MATERIELLES SYSTEM					
11	Probleme mit den Finanzen (z. B. unzureichende Einkommenslage, keine Erwerbstätigkeit, Schulden)	<input type="checkbox"/>				
12	Probleme im Bereich Wohnen (z. B. unangemessene Wohnausstattung, etwa nicht behindertengerecht)	<input type="checkbox"/>				
	VERSORGUNGSSYSTEM					
13	Probleme hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (z. B. keine geeigneten Angebote in örtlicher Nähe vorhanden)	<input type="checkbox"/>				
14	Probleme hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungsangeboten (z. B. geeignete Angebote sind vorhanden, werden aber nicht genutzt)	<input type="checkbox"/>				

26 Globaleinschätzung des Schweregrades der Problemlagen des Versicherten (bezogen auf die bei Item 25 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 extremer Form auf.
	3 = schwer: ausgeprägte und ausgedehnte Symptome, die mehr oder weniger durchgängig auftreten und die Funktionsweise erheblich beeinträchtigen.
	4 = sehr schwer: massive Symptome, die ein „normales“ Funktionieren nicht mehr möglich machen.
	9 = unbekannt

27 Aktuelle nutzbare Ressourcen des Versicherten (Bitte treffen Sie zu <u>jedem</u> Ressourcenbereich eine Einschätzung anhand folgender Skala.)							
	[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.						
			[0]	[1]	[2]	[3]	[9]
	PERSON						
1	Ressourcen hinsichtlich der körperlichen Gesundheit – Mobilität (z. B. hohe körperliche bzw. motorische Leistungsfähigkeit)	<input type="checkbox"/>					
2	Ressourcen hinsichtlich der psychischen Gesundheit (z. B. hohe emotionale Ausgeglichenheit, gutes Stressmanagement, positives Selbstwertgefühl)	<input type="checkbox"/>					
3	Ressourcen im Gesundheitsverhalten (z. B. gesunde u./o. ausgewogene Ernährung, gute [Körper-]Hygiene)	<input type="checkbox"/>					
4	Ressourcen in Bezug auf die Lebensführung (z. B. hohes Maß an Selbstständigkeit)	<input type="checkbox"/>					
5	Ressourcen in den (sozial-)kommunikativen Kompetenzen (z. B. gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, großer Wortschatz)	<input type="checkbox"/>					
6	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)	<input type="checkbox"/>					
7	Ressourcen in der Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit (z. B. besondere berufliche Qualifikation, Berufserfahrung)	<input type="checkbox"/>					
	FAMILIE / UMFELD						
8	Ressourcen im Sozialverhalten (z. B. enge Freunde, Beliebtheit bei Bekannten und Kollegen)	<input type="checkbox"/>					
9	Ressourcen im familiären Bereich (z. B. starker familiärer Rückhalt, positive emotionale Beziehungen innerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>					
10	Ressourcen hinsichtlich der gesellschaftlichen Teilhabe (z. B. aktive Mitgliedschaft in einem Verein, regelmäßiger Besuch von gesellschaftlichen Veranstaltungen)	<input type="checkbox"/>					
	MATERIELLES SYSTEM						
11	Ressourcen im Bereich Finanzen (z. B. gute Einkommenssituation, sicherer Arbeitsplatz)	<input type="checkbox"/>					
12	Ressourcen im Bereich Wohnen (z. B. gute Wohnungsausstattung, attraktive Wohnlage)	<input type="checkbox"/>					
	VERSORGUNGSSYSTEM						
13	Ressourcen hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (z. B. ausreichendes Vorhandensein bzw. leichte Zugänglichkeit geeigneter Dienstleistungsangebote)	<input type="checkbox"/>					
14	Ressourcen hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungsangeboten (z. B. Fähigkeit zur sinnvollen Auswahl geeigneter Angebote)	<input type="checkbox"/>					

28 Globaleinschätzung der Ressourcen des Versicherten (bezogen auf die in Item 27 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.
2 =	ausreichend: Ressourcen sind vorhanden. Die Erschließung gelingt mit Unterstützung der Patientenbegleitung.
3 =	gut: Ressourcen sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden. Das Klientensystem verfügt über Fähigkeiten, diese heranzuziehen.
9 =	unbekannt

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

Konkrete Handlungsziele (freie Nennung): *Bereichsziele entsprechend Glossar*

1. Code:

2. Code:

3. Code:

4. Code:

5. Code:

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.)

Grad der Zielerreichung	Verschlechterung	nicht erreicht	etwas erreicht	mittel erreicht	weitgehend erreicht	völlig erreicht	Ziel übertroffen	unbekannt
Erreichung des 1.Ziels:	<input type="checkbox"/>							
Erreichung des 2.Ziels:	<input type="checkbox"/>							
Erreichung des 3.Ziels:	<input type="checkbox"/>							
Erreichung des 4.Ziels:	<input type="checkbox"/>							
Erreichung des 5.Ziels:	<input type="checkbox"/>							

31 Maßnahmenvorschlag durch den Patientenbegleiter (Serviceplan)

entfällt, keine konkreten Vorschläge zu benennen

1. Code:

2. Code:

3. Code:

4. Code:

5. Code:

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

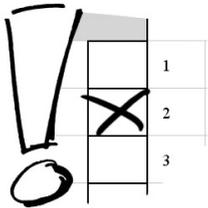
33 Erhebungsdatum: / /

BOSCH BKK – EVALUATION DER PATIENTENBEGLEITUNG

ABSCHLUSSBOGEN

Basisdaten

1	Mitarbeiter-Code	
2	KV-Nummer des Versicherten	
3	Geburtsdatum des Versicherten	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
4	Datum Beginn der Patientenbegleitung	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
5	Datum Beendigung der Patientenbegleitung	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
6	Folgefall (Wie oft wurde im Vorfeld der aktuellen Maßnahme schon einmal eine Patientenbegleitung bei dem Versicherten durchgeführt?) Anzahl vorhergegangener Patientenbegleitungen (0=keine, 9 = unbekannt)	



Bitte schließen Sie die Erhebung spätestens (!) 1 ½ Wochen nach Beendigung der Patientenbegleitung ab. Die Daten beziehen sich – sofern in den grauen Erläuterungsfeldern nichts anderes angegeben ist – auf den Tag der Beendigung der Intervention (Patientenbegleitung). Hinweise und Codes zum Ausfüllen der einzelnen Items finden Sie im Glossar.

Prozessbeschreibung und Leistungssteuerung

7	Art und Anzahl der Versichertenkontakte (im Verlauf der PBG; bitte geben Sie die geschätzte Anzahl für die jeweilige Kontaktart an; unbekannt = 99)	
	Telefonkontakt	<input type="text"/>
	Schriftverkehr (postalisch)	<input type="text"/>
	Emaillkontakt	<input type="text"/>
	persönlicher Kontakt/Versichertenbesuch	<input type="text"/>
	sonstige Art 1:	<input type="text"/>
	sonstige Art 2:	<input type="text"/>
	sonstige Art 3:	<input type="text"/>

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.)			
	entfällt, keine fallbezogene interne Abstimmung durchgeführt <input type="checkbox"/>			
	Art	Anzahl	geschätzter Zeitaufwand in Stunden	
	Informationsaustausch/Beratung mit BKK-Mitarbeiter/-in		,	h
	Fallkonferenz		,	h
	Abstimmung mit GBV (Gebietsbevollmächtigtem)		,	h
	Abstimmung mit Verwaltung/EDV		,	h
	Sonstiges:		,	h

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.)		
	Freie Nennung	Code	geschätzter Umfang (in Stunden)
			, h
			, h
			, h
			, h
			, h
			, h

10	Weichen die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen von den durch den Patientenbegleiter geplanten ab (siehe Serviceplan im Aufnahmebogen)?
	1= ja 2= nein 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>

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.)	
	entfällt, es ist keine Abweichung im Verlauf der Patientenbegleitung erfolgt	<input type="checkbox"/>
	Veränderung von Problemlage(n) beim Versicherten	<input type="checkbox"/>
	Veränderung von Ressourcenlage beim Versicherten	<input type="checkbox"/>
	ärztliches Anraten	<input type="checkbox"/>
	Wunsch des Versicherten	<input type="checkbox"/>
	Versorgungssystem: kein Zugang zu den ursprünglich intendierten Angeboten	<input type="checkbox"/>
	Kostengründe	<input type="checkbox"/>
sonstige Ursachen:	<input type="checkbox"/>	
Hauptursache: < bitte auswählen >		
unbekannt	<input type="checkbox"/>	

12	KOOPERATION (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)									
	<i>[1] = sehr gut</i>			<i>[5] = eher schlecht</i>			<i>[8] = entfällt, nicht zutreffend</i>			
	<i>[2] = gut</i>			<i>[6] = schlecht</i>			<i>[9] = unbekannt, nicht einschätzbar</i>			
	<i>[3] = eher gut</i>			<i>[7] = sehr schlecht</i>						
	<i>[4] = teils/teils</i>									
A	Kooperation mit Versichertem (im gesamten Zeitraum der Patientenbegleitung. Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)									
			<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i>	<i>[5]</i>	<i>[6]</i>	<i>[7]</i>	<i>[9]</i>
	1	Persönliche Beziehung zwischen Patientenbegleiter und Versichertem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Akzeptanz der Ziele und Maßnahmen durch Versicherten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Aktive Mitarbeit des Versicherten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Einhalten von Vereinbarungen durch den Versicherten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	Kooperation mit Umfeld bzw. Vertragspartnern (Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)									
			<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i>	<i>[5]</i>	<i>[6]</i>	<i>[7]</i>	<i>[8]</i> <i>[9]</i>
	1	Kooperation mit den Angehörigen bzw. dem Umfeld des Versicherten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Kooperation mit Hausarzt des Versicherten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Kooperation mit Fachärzten im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	Kooperation mit Krankenhaussozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kooperation mit anderen Dienstleistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erfolgskontrolle

13	ABLAUF UND WIRKUNG DER PATIENTENBEGLEITUNG AUS SICHT DES PATIENTENBEGLEITERS (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)									
	<i>[1] = sehr gut</i>			<i>[5] = eher schlecht</i>			<i>[9] = nicht einschätzbar</i>			
	<i>[2] = gut</i>			<i>[6] = schlecht</i>						
	<i>[3] = eher gut</i>			<i>[7] = sehr schlecht</i>						
	<i>[4] = teils/teils</i>									
			<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i>	<i>[5]</i>	<i>[6]</i>	<i>[7]</i>	<i>[9]</i>
1	Ablauf/Prozess der Patientenbegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wirkung/Erfolg der Patientenbegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ressourcen/Problemlagen des Versicherten bei Abschluss der PBG

14	Aktuelle Problemlagen des Versicherten (Bitte treffen Sie zu jedem Problembereich eine Einschätzung anhand folgender Skala.)	
	<p>[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.</p> <p>[1] = mäßig: Das Problem führt zu einzelnen Funktionseinschränkungen des Klientensystems, führt aber nicht zur generellen Funktionseinschränkung. Eine Ressourcennutzung oder Intervention ist angezeigt.</p> <p>[2] = hoch: Das Problem ist ausgeprägt und schwer veränderbar. Das Klientensystem bzw. Teile des Klientensystems leiden darunter oder Dritte haben wiederholt auf das Problem hingewiesen (Auffälligkeit, Meldung, Befunde). Eine gezielte Intervention, ggf. unter Nutzung vorhandener Ressourcen ist angezeigt.</p> <p>[3] = sehr hoch: Das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise erheblich.</p> <p>[9] = unbekannt: Eine Problemlage ist in dem betreffenden Bereich erkennbar, aber der Schweregrad ist (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar.</p>	
	[0] [1] [2] [3] [9]	
	PERSON	
1	Probleme der körperlichen Gesundheit - Mobilität (zusätzlich zur rel. Erkrankung bzw. zum Interventionsanlass) (z. B. Verletzungen durch häufige Stürze, fehlende Mobilität)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Probleme der psychischen Gesundheit (z. B. Niedergeschlagenheit, Ängste, Psychosomatik)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Probleme im Gesundheitsverhalten (z. B. mangelhafte Ernährung, fehlende [Körper-]Hygiene)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	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)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Probleme bei den (sozial-)kommunikativen Kompetenzen (z. B. kann sich nicht verständlich machen, Bedürfnisse werden nicht adäquat artikuliert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	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, mang. Selbstkonzept und -sicherheit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Probleme hinsichtlich der Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit (z. B. Einschränkungen der Arbeitsleistung, Arbeitsunfähigkeit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	FAMILIE / UMFELD	
8	Probleme im Sozialverhalten (z. B. kommt mit anderen nicht aus, hat kein soziales Netz, ist vereinsamt bzw. sozial isoliert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Probleme im familiären Bereich (z. B. unzureichende Unterstützung durch die Familie, Streitigkeiten, abgebrochene Beziehungen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Probleme bei der gesellschaftlichen Teilhabe (z. B. kann nicht wie gewohnt an gesellschaftlichen Veranstaltungen teilnehmen [bspw. Feiern, Kirchgänge])	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	MATERIELLES SYSTEM	
11	Probleme mit den Finanzen (z. B. unzureichende Einkommenslage, keine Erwerbstätigkeit, Schulden)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Probleme im Bereich Wohnen (z. B. unangemessene Wohnausstattung, etwa nicht behindertengerecht)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	VERSORGUNGSSYSTEM	
13	Probleme hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (z. B. keine geeigneten Angebote in örtlicher Nähe vorhanden)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Probleme hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungsangeboten (z. B. geeignete Angebote sind vorhanden, werden aber nicht genutzt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Globaleinschätzung des Schweregrades der Problemlagen des Versicherten (bezogen auf die in Item 14 aufgeführten Bereiche)	
	<p>0 = keine Probleme</p> <p>1 = leicht: Häufigkeit und/oder Ausprägung der Problemlagen sind relativ begrenzt. Eine generelle Funktionseinschränkung liegt nicht vor.</p> <p>2 = mittel: Die Probleme sind deutlich, treten aber noch nicht durchgängig oder in extremer Form auf.</p> <p>3 = schwer: Massiv ausgeprägte und ausgedehnte Symptome, die Probleme treten mehr oder weniger durchgängig auf und beeinträchtigen die Funktionsweise erheblich.</p> <p>9 = unbekannt</p>	

16 Aktuelle nutzbare Ressourcen des Versicherten (Bitte treffen Sie zu <u>jedem</u> Ressourcenbereich eine Einschätzung anhand folgender Skala.)						
[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.						
					[0] [1] [2] [3] [9]	
PERSON						
1	Ressourcen hinsichtlich der körperlichen Gesundheit - Mobilität (z. B. hohe körperliche bzw. motorische Leistungsfähigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ressourcen hinsichtlich der psychischen Gesundheit (z. B. hohe emotionale Ausgeglichenheit, gutes Stressmanagement, positives Selbstwertgefühl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ressourcen im Gesundheitsverhalten (z. B. gesunde u./o. ausgewogene Ernährung, gute [Körper-]Hygiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ressourcen in Bezug auf die Lebensführung (z. B. hohes Maß an Selbstständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ressourcen in den (sozial-)kommunikativen Kompetenzen (z. B. gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, großer Wortschatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ressourcen in der Arbeits- bzw. Reha-Fähigkeit (z. B. besondere berufliche Qualifikation, Berufserfahrung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAMILIE / UMFELD						
8	Ressourcen im Sozialverhalten (z. B. enge Freunde, Beliebtheit bei Bekannten und Kollegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ressourcen im familiären Bereich (z. B. starker familiärer Rückhalt, positive emotionale Beziehungen innerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ressourcen hinsichtlich der gesellschaftlichen Teilhabe (z. B. aktive Mitgliedschaft in einem Verein, regelmäßiger Besuch von gesellschaftlichen Veranstaltungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MATERIELLES SYSTEM						
11	Ressourcen im Bereich Finanzen (z. B. gute Einkommenssituation, sicherer Arbeitsplatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ressourcen im Bereich Wohnen (z. B. gute Wohnungsausstattung, attraktive Wohnlage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERSORGUNGSSYSTEM						
13	Ressourcen hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (z. B. ausreichendes Vorhandensein bzw. leichte Zugänglichkeit geeigneter Dienstleistungsangebote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ressourcen hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungsangeboten (z. B. Fähigkeit zur sinnvollen Auswahl geeigneter Angebote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Globaleinschätzung der Ressourcen des Versicherten (bezogen 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.
2 =	ausreichend : Ressourcen sind vorhanden. Die Erschließung gelingt mit Unterstützung der Patientenbegleitung.
3 =	gut : Ressourcen sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden. Das Klientensystem verfügt über Fähigkeiten, diese heranzuziehen.
9 =	unbekannt

18 Angabe der aktuellen Zielerreichung
 (Die Angaben beziehen sich auf die bei der Aufnahmeerhebung genannten Handlungsziele. Bitte behalten Sie dabei **unbedingt** die dort gebildete **Rangfolge** bei, um eine Zuordnung von Zielen und Zielerreichungsgrade zu ermöglichen!)

entfällt, zum Zeitpunkt des Beginns keine konkreten Ziele für die Patientenbegleitung genannt

Grad der Zielerreichung	Verschlechterung	nicht erreicht	etwas erreicht	mittel erreicht	weitgehend erreicht	völlig erreicht	Ziel übertroffen	unbekannt
Erreichung des 1.Ziels:	<input type="checkbox"/>							
Erreichung des 2.Ziels:	<input type="checkbox"/>							
Erreichung des 3.Ziels:	<input type="checkbox"/>							
Erreichung des 4.Ziels:	<input type="checkbox"/>							
Erreichung des 5.Ziels:	<input type="checkbox"/>							

Fallabschluss

19 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

20 Fand ein Abschlussgespräch bzw. -kontakt statt?

1= ja

2= nein

21 Falls es ein Abschlussgespräch bzw. -kontakt gab, bitte die Art angeben

1 = Telefonkontakt

2 = persönlicher Kontakt

3 = Schriftverkehr (postalisch oder Email)

4 = Sonstiges:

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

sehr gut	gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	schlecht	sehr schlecht	nicht einschätzbar
<input type="checkbox"/>							

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

sehr unwahrscheinlich	unwahrscheinlich	eher unwahrscheinlich	„50 : 50“	eher wahrscheinlich	wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich	nicht einschätzbar
<input type="checkbox"/>							

24 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 Eingabefeldern sind grau hinterlegte Eingabefelder eingefügt, in die die jeweiligen Informationen eingetragen werden sollen. Dazu muss das entsprechende Eingabefeld mit dem Cursor angeklickt werden.
6. Mit Hilfe der Tabulator-Taste können Sie ins nächstfolgende Eingabefeld wechseln.
7. Bei Items mit der Möglichkeit zur Mehrfachnennung (siehe Nr. 12 dieses Glossarteils) erfolgt das Ankreuzen der entsprechenden Nennung durch Anklicken der grau hinterlegten Kästchen. Sollten Sie ein Feld fälschlicherweise angekreuzt haben, können Sie dieses Kreuz durch erneutes Anklicken des Feldes wieder entfernen.

Erhebung

8. Es sind nur Fragebögen zu den Versicherten auszufüllen, bei denen eine Patientenbegleitung tatsächlich stattfindet bzw. stattgefunden hat. In den Fällen, in denen Sie bereits zu Beginn feststellen, dass **kein Steuerungsbedarf** vorliegt, füllen Sie bitte **keinen Fragebogen** aus.
9. Versuchen Sie, ein möglichst **zeitnahes Erheben** zu gewährleisten: Aufnahmebögen müssen spätestens 1½ Wochen (Richtwert: 10 Tage) nach Fallauswahl und Abschlussbögen 1½ Wochen nach Beendigung der Patientenbegleitung fertig bearbeitet sein.
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!
11. Bitte stellen Sie sicher, dass die im Abschlussbogen angegebene KV-Nummer mit der des Aufnahmebogens übereinstimmt. Es sollten **in keinem Fall** Bögen **ohne** die Eintragung der **KV-Nummer** zurückgemeldet werden.
12. **Jedes Item** (jede Frage) des Erhebungssystems sollte **beantwortet** werden, notfalls mit „unbekannt“. Eine Ausnahme ergibt sich allerdings für die Fälle, in denen lediglich eine niedrig intensive Patientenbegleitung stattfindet. Hier entfallen die Items 17-28 des Aufnahmebogens (Assessment) sowie 9-17 des Abschlussbogens.
13. Bitte beachten Sie, dass bei einigen Items **Mehrfachnennungen** möglich sind: Bei Mehrfachnennungen erfolgt die Beantwortung des Items in der Regel durch Ankreuzen einer zutreffenden Kategorie. In solchen Fällen schließt sich die Nennung einer gültigen Kategorie in Kombination mit der Nennung von „unbekannt“ oder „entfällt“ aus.

14. Falls *keine* Mehrfachnennungen möglich sind, erfolgt die Beantwortung des Items in der Regel durch Eintragung der zutreffenden Kategoriennummer in die dafür vorgesehenen Kästchen. Weitere Nennungen führen zur Nichtberücksichtigung dieser Daten. Falls doch mehrere Angaben als zutreffend erscheinen, geben Sie bitte nur die Ihrer Einschätzung nach wichtigste Kategorie an.
15. Bitte vergegenwärtigen Sie sich, auf welchen **Zeitpunkt bzw. Zeitraum** sich die Angaben beziehen sollen. In der Regel beziehen sich alle Fragen auf den Zeitpunkt des Beginns (Aufnahmebogen) bzw. der Beendigung (Abschlussbogen) der Patientenbegleitung. Abweichungen hiervon werden in den entsprechenden Items im Untertitel benannt.
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.
17. Die Kategorie „**unbekannt**“ bzw. „**mangelnde Information**“ – allgemein codiert mit 9, 99 oder 999 – sollte so selten wie möglich benutzt werden.
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]).
19. Die Nennung „**unbekannt**“ ist **zu unterscheiden** von „**entfällt**“ (allgemein codiert mit 8, 88 oder 888). Die Kategorie „entfällt“ wird dann benutzt, wenn ein Item aus logischen Gründen nicht zu beantworten ist. Beispielsweise entfällt die Angabe zur betreuenden Person im Aufnahmebogen, wenn diese nicht vorhanden ist (Item 19).
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 vorsichtigeren 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
21. Bei **Jahresangaben** ist i. d. R. – unter Verzicht auf die Jahrhundertbezeichnung – eine zweistellige Angabe vorgesehen.
22. Die Bögen sollten **möglichst in einem Zug ausgefüllt** werden. Es hat sich gezeigt, dass „gestückelte“ Erhebungen einen erheblich höheren Zeitbedarf bei z. T. geringerer Datenqualität aufweisen. Eine Ausnahme bildet in diesem Zusammenhang der Fragebogenteil Assessment im Aufnahmebogen, der erst dann ausgefüllt werden soll, wenn klar (absehbar) ist, dass die Patientenbegleitung nicht nur sporadisch durchgeführt werden wird bzw. kann (s. Erläuterung zu Item 16 im Aufnahmebogen).
23. Zum Ausfüllen der verschiedenen Items sollten jeweils die Personen kontaktiert werden, die über die **besten Informationen** verfügen.

Glossar Aufnahmebogen

Die Erhebung ist in den ersten 1½ Wochen nach Auswahl eines Falles für die Patientenbegleitung durchzuführen. Sie sollte möglichst frühzeitig erfolgen, jedoch sollten grundlegende Informationen bzw. Diagnosen vorliegen. Spätestens 1½ Wochen nach Beginn der Patientenbegleitung muss die Erhebung abgeschlossen sein. Zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegende Informationen sind mit „unbekannt“ zu codieren.

Achtung: Bitte warten Sie mit dem Ausfüllen des Teils „Assessment“ zunächst, bis abzusehen ist, ob die Patientenbegleitung intensiv (wechselseitige Kontaktaufnahme, Durchführung konkreter Maßnahmen – vgl. Erläuterungen zu Item 16) oder eher sporadisch durchgeführt werden wird. Bei sporadischer Durchführung muss dieser Fragebogenteil nicht ausgefüllt werden!

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.

Item Nr.	Hinweis
1	Mitarbeiter-Code Der Mitarbeiter-Code wird vom IKJ vergeben und per E-Mail direkt an die Patientenbegleiter versandt. Um die Anonymität der Untersuchung zu gewährleisten, ist dieser Code <u>nur</u> dem jeweiligen Mitarbeiter sowie dem IKJ bekannt. Er kann später für evtl. notwendige Rückfragen im Rahmen der Plausibilitätsprüfung sowie zur Untersuchung regionaler Fragestellungen im Zuge der Datenauswertung genutzt werden. Bitte tragen Sie ihn in das dafür vorgesehene Kästchen ein.
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.
4	Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten Bitte tragen Sie die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten in die dafür vorgesehenen Kästchen ein.
5	Geschlecht des Versicherten Bitte tragen Sie eine „1“ für „männlich“ oder eine „2“ für „weiblich“ in das dafür vorgesehene Kästchen ein.
6	Datum Anlass der PBG Gemeint ist hier i. d. R. das Datum der Aufnahme ins Krankenhaus (bei kardiovaskulärer, cerebrovaskulärer oder Krebserkrankung). Bei Versicherten über 75 Jahre ist hier entweder das Datum der Aufnahme ins Krankenhaus (z. B. wegen eines Sturzes) anzugeben oder das Datum, an dem – nach Einschätzung des PBG – die Aufgreifkriterien für die aktuelle Patientenbegleitung zutrafen.
7	Datum Beginn der PBG Gemeint ist hier das Datum des tatsächlichen Beginns der PBG, also der Tag, an dem die Entscheidung getroffen wurde, dass eine Patientenbegleitung stattfinden wird.
8	Kriterium zur Einleitung der PBG Bitte kreuzen Sie an, ob es sich um eine Verdachts- oder eine gesicherte Diagnose handelt! Folgende Kriterien können an dieser Stelle benannt werden: - Diagnosegruppen zu kardiovaskulären und zerebrovaskulären Erkrankungen: (Gefäßkrankheiten des Herzens und des Gehirns bzw. des Kopfes) Alle Erkrankungen aus (ICD): I20.0 bis I25.9 I50.0 bis I52.8 I60.0 bis I69.8

	<p>- Diagnosegruppen bei Krebserkrankungen: Alle Erkrankungen aus (ICD): C00 bis C97.</p> <p>- Alter über 75 Jahre mit zusätzlichen Aufgreifkriterien</p> <p>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!</p> <p>Achtung: Sollten mehrere Aufgreifkriterien gleichzeitig zutreffen (z. B. Alter über 75 Jahre und Krebserkrankung), so geben Sie bitte <u>nur das Kriterium</u> an, das für Ihre Arbeit im Rahmen der Patientenbegleitung die <u>größte Bedeutung</u> hat.</p>
9	<p>Zusätzliches Aufgreifkriterium bei Alter über 75 Jahre</p> <p>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:</p> <p>BKK-interne Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausaufenthalt(e) bei den Diagnosen: <ul style="list-style-type: none"> - Herz- und Gefäßerkrankungen (I*), - Verdauungsorganerkrankungen (K*) - Verletzungen, Frakturen (S*) - Muskuläre Erkrankungen (M*) - Morbus Alzheimer (G30) und Demenz (F03) - Kollaps bzw. Kreislaufregulationen, andere Symptome und abnorme Befunde (R*) • (mindestens) 1 Jahr Behandlungspflege in ambulantem Rahmen • häusliche Krankenpflege über (mindestens) 3 Monate <p>vertraglich festgeschriebene Kriterien aus extern initiiertem Modul Ü75:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 3 Monate Unterstützung durch einen Pflegedienst (Versicherte mit Pflegestufe) • Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Krankenpflege, in Form von: <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungspflege, - Hauswirtschaftlicher Versorgung, - Grundpflege. <p>Die Dauer der häuslichen Krankenpflegeform ist dabei unerheblich.</p> • mindestens 3 ärztliche Hausbesuche im Quartal • palliative Versorgung bei: <ul style="list-style-type: none"> - therapieresistenten Schmerzsyndromen, - Ernährungsschwierigkeiten (Anorexie/Kachexie, Resorptionsstörungen, Dysphagie, entrokutane Fisteln, Sonden- und parenterale Ernährung), - respiratorischen Störungen, insbesondere Dyspnoe, - neuropsychiatrischen Symptomen (Bewusstseinsstörungen, motorische Unruhe, Verwirrtheit), - pflegerischen Problemen (Dekubitus, Exulzerationen, Kontraktionen), - Einsatz komplexer (invasiver) therapeutischer Systeme (Schmerzpumpen, parenterale Ernährung, Portsysteme).
10	<p>Komorbiditäten: weitere für die PBG relevante Erkrankungen</p> <p>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!</p>

11	<p>Episodenhaftigkeit der Erkrankung 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)? Achtung: Gemeint sind an dieser Stelle <u>nicht</u> 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!) Sollte es sich beim Anlass der Patientenbegleitung um eine Episode einer bestehenden Erkrankung handeln, geben Sie bitte an, seit wann diese Erkrankung besteht. Ist der Beginn der Erkrankung nicht genau bekannt, geben Sie bitte eine möglichst genaue Schätzung – zumindest des Jahres – an. 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.</p>
12	<p>Folgefall 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)!</p>
13	<p>Hauptinitiator der PBG Bitte geben Sie bei mehreren Initiatoren den wichtigsten an! Initiatoren, die in der Auswahlliste nicht aufgeführt sind (z. B. Pflegedienste etc.), können unter „anderer“ benannt werden.</p>
14	<p>Staatsangehörigkeit des Versicherten Bei Mehrfachstaatsangehörigkeit geben Sie bitte die für die Identität des Versicherten wichtigste an!</p>
15	<p>Verständigungsfähigkeit 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).</p>
16	<p>Intensität der Patientenbegleitung Bitte treffen Sie eine Einschätzung darüber, ob der Kontakt im Rahmen der begonnenen Patientenbegleitung hoch oder niedrig intensiv stattfindet bzw. stattfinden wird. Als hoch intensiv wird die Begleitung dann bezeichnet, 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). Bei seltenerer und ausschließlich einseitiger Kontaktaufnahme durch den Patientenbegleiter, bei der lediglich allgemeine Informationen an den Versicherten weiter gegeben werden, ist die Begleitung als niedrig intensiv zu bezeichnen. In diesem Fall müssen die Items des Fragebogenteils „Assessment“ (Item Nr. 17-28) nicht ausgefüllt werden.</p>
17	<p>Familienstand des Versicherten 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.</p>
18	<p>Anzahl Kinder Bitte geben Sie die Anzahl der Kinder des Versicherten an. Wenn diese unbekannt ist, tragen Sie bitte den Wert „99“ ein.</p>
19	<p>Primäre betreuende Person des Versicherten 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 betreffenden Personen an, bspw. „2+4“!</p>
20 A	<p>Anschrift des betreuenden Arztes Bitte geben Sie Name und Anschrift des betreuenden Arztes an. In der Regel handelt es sich hierbei um den Hausarzt. <i>Aktuelle und vollständige Informationen bei den Adressdaten sind besonders wichtig für eine reibungslose Durchführung der im Rahmen der Gesamtevaluation geplanten Ärztebefragung!</i></p>

20 B	<p>Anschrift des betreuenden Krankenhaussozialdienstes</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><i>Aktuelle und vollständige Informationen bei den Adressdaten sind besonders wichtig für eine reibungslose Durchführung der im Rahmen der Gesamtevaluation geplanten Befragung der Krankenhaussozialdienste!</i></p>
21 A	<p>Wer wurde in die Bedarfsfeststellung einbezogen?</p> <p>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 Auswahlliste nicht benannte Personen können unter „Sonstige“ angegeben werden (z. B. Pflegepersonal im KH, häuslicher Pflegedienst)</p>
21 B	<p>Was wurde in die Bedarfsfeststellung einbezogen?</p> <p>Bitte kreuzen Sie an, welche Datenbanken bzw. Unterlagen Sie als Informationsgrundlage in Ihre Bedarfsfeststellung mit einbezogen haben.</p>
22	<p>Erwerbstätigkeit</p> <p>Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Die notwendigen Informationen sollen gegebenenfalls über den direkten Versichertenkontakt eingeholt werden.</p>
23	<p>Überwiegender Lebensunterhalt</p> <p>Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Die Angabe bezieht sich auf das <u>letzte halbe Jahr</u> vor dem Anlass der PBG. Genaue Informationen sollen ggf. über den Kontakt zum Versicherten eingeholt werden.</p>
24	<p>Derzeitige Wohnsituation des Versicherten</p> <p>Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Genaue Informationen sollen ggf. über den Kontakt zum Versicherten eingeholt werden.</p>
25	<p>Aktuelle Problemlagen des Versicherten</p> <p>Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt des Beginns der Patientenbegleitung! Bitte treffen Sie <u>unbedingt</u> 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.</p> <p>Benutzen Sie zur Einschätzung bitte die folgende Skala:</p> <p>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.</p> <p>1 = mäßig: Das Problem führt zu einzelnen Funktionseinschränkungen des Klientensystems, führt aber nicht zur generellen Funktionseinschränkung. Eine Ressourcennutzung oder Intervention ist angezeigt.</p> <p>2 = hoch: Das Problem ist ausgeprägt und schwer veränderbar. Das Klientensystem bzw. Teile des Klientensystems leiden darunter oder Dritte haben wiederholt auf das Problem hingewiesen (Auffälligkeit, Meldung, Befunde). Eine gezielte Intervention, ggf. unter Nutzung vorhandener Ressourcen ist angezeigt.</p> <p>3 = sehr hoch: Das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise erheblich.</p> <p>9 = unbekannt: Eine Problemlage ist in dem betreffenden Bereich erkennbar, aber der Schweregrad ist (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar.</p> <p>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").</p> <p>Im Folgenden sind die verschiedenen Bereiche, auf die sich die Angaben zu Problemlagen beziehen sollen, erläutert und beispielhaft dargestellt:</p>

Bereich Körperliche Gesundheit – Mobilität

Mit körperlicher Gesundheit ist insbesondere die Belastbarkeit des Versicherten gemeint. Eine belastbare Körperkonstitution spricht für eine gute körperliche Gesundheit, ebenso wie seltene Arztbesuche, körperliche Bewegung und Sport. Wichtig für die körperliche Gesundheit ist zudem, dass der Klient nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) geimpft ist (=Impfstatus). Defizite der körperlichen Gesundheit sind nicht nur Krankheiten, sondern ebenso Beeinträchtigungen des Wohlbefindens.

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:

Der Klient weint leicht und häufig, wirkt unglücklich, traurig und niedergeschlagen. Er leidet unter Stimmungs- und Antriebsproblemen. Möglicherweise zeigt er übermäßige Reizbarkeit und innere Unruhe. Kommen diese depressiven Verstimmungen über einen längeren Zeitraum an fast allen Tagen vor, so muss abgeklärt werden, ob eine depressive Störung vorliegt.

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 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

Alter	Untergewichtig	Normalgewicht	Etwas übergewichtig	Übergewichtig	Erheblich übergewichtig
18-24	< 19	19-24	24-29	29-39	> 39
25-34	< 20	20-25	25-30	30-40	> 40
35-44	< 21	21-26	26-31	31-41	> 41
45-54	< 22	22-27	27-32	32-42	> 42
55-64	< 23	23-28	28-33	33-43	> 43
65+	< 24	24-29	29-34	34-44	> 44

BMI Männer

Alter	Untergewichtig	Normalgewicht	Etwas übergewichtig	Übergewichtig	Erheblich übergewichtig
18-24	< 19	19-24	24-29	29-39	> 39
25-34	< 20	20-25	25-30	30-40	> 40
35-44	< 21	21-26	26-31	31-41	> 41
45-54	< 22	22-27	27-32	32-42	> 42
55-64	< 23	23-28	28-33	33-43	> 43
65+	< 24	24-29	29-34	34-44	> 44

Bereich Lebensführung

Zu beurteilen ist hier das Ausmaß der Unabhängigkeit des Versicherten im lebenspraktischen Bereich.

Beispiele: Eigenständigkeit bei Zubereitung des Essens, Hausarbeit, Telefongebrauch, Einkaufen, Benutzung von Autos bzw. öffentlichen Verkehrsmitteln, selbstständige Finanzverwaltung, eigenständige Körperhygiene (Waschen, Baden, Rasieren, Toilette).

Als Problem/Defizit in diesem Bereich ist z. B. zu beurteilen, wenn das Management der Medikation nicht autonom gelingt (Arzneimittel werden nicht rechtzeitig oder wie verordnet eingenommen).

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

<p>Komponenten bestimmt (in Anlehnung an Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2007, WAI-Netzwerk 2007):</p> <ul style="list-style-type: none"> - körperliche Fähigkeiten, - mentale Fähigkeiten, - soziale Fähigkeiten, - Gesundheit, - fachspezifische Kompetenzen, - Werte. <p>Defizite in diesem Bereich sind z. B. krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (etwa durch Bettlägerigkeit), mangelndes Stressmanagement oder Probleme im Umgang mit den Kollegen.</p> <p>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.</p> <p>Bereich Sozialverhalten</p> <p>Das Sozialverhalten umfasst alle Verhaltensweisen von Menschen, die auf Reaktionen und/oder Aktionen anderer Gruppenmitglieder zielen. Sozialverhalten umfasst somit Formen des einträchtigen Zusammenlebens genauso wie konflikthafte Verhalten. Es beinhaltet das Verhalten eines Menschen gegenüber seinen Mitmenschen: das Sprechen, der Blickkontakt, die Körpersprache. Beeinflusst wird es zum Beispiel durch Gefühle (Zuneigung oder Abneigung), durch persönliche Erlebnisse und durch das Verhalten anderer Personen. Im Allgemeinen wird unter sozialem Verhalten das positive Verhalten verstanden, also das Verhalten, das durch positive Verstärkung den Verbleib des Individuums (mit seiner Rolle und Funktion) in der Gemeinschaft sichert – deshalb auch sozial kompatibles Verhalten. Das soziale Verhalten wird allgemein automatisch während der Kindheit und Jugend im Sozialisationsprozess in der jeweiligen Primärgruppe, meist der Familie, erworben.</p> <p>Defizite in diesem Bereich sind z. B. übermäßig aggressives Verhalten gegenüber anderen, soziale Ängstlichkeit oder sozialer Rückzug.</p> <p>Bereich Familie</p> <p>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).</p> <p>Bereich Gesellschaftliche Teilhabe</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Bereich Finanzen</p> <p>Unter dem Begriff Finanzen werden die folgenden Aspekte zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beruf/Arbeit - Einkommen aus Erwerbsarbeit - Einkommen aus Transferleistungen - Schulden <p>Defizite in diesem Bereich sind z. B. Arbeitslosigkeit oder Überschuldung.</p> <p>Bereich Wohnen</p> <p>Dieser Bereich bezieht sich insbesondere auf zwei Aspekte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wohnausstattung 2. Wohngegend (Stichwort: Sozialer Brennpunkt) <p>Zu 1.: Merkmale der Wohnausstattung, die in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden können, sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)

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 von Sprach- oder Bildungsdefiziten) oder Netzwerkarmut, das heißt mangelhafte Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen. Im öffentlichen Bewusstsein ist der Begriff sozialer Brennpunkt oft mit Vorstellungen von höherer Kriminalität oder Verwahrlosung verknüpft.

Bereich Soziales Netz

Das Soziale Netz setzt sich zusammen aus den folgenden Teilbereichen:

1. Verwandtschaft

Verwandtschaftsbeziehungen dienen als Quelle sozialer, psychologischer und instrumenteller Unterstützung. Fehlender Rückhalt in der Familie hat unterschiedliche negative Auswirkungen. Diese sind differenziert für den einzelnen und die Familie insgesamt zu bewerten.

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 zweier Aspekte erfolgen:

1. Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (kurz DL-Angebote)

„Gemeint ist damit einerseits das Vorhandensein geeigneter DL-Angebote: Sind ausreichende, für die Bedarfsdeckung erforderliche DL-Angebote vorhanden? Andererseits sollen aber auch die Möglichkeiten berücksichtigt werden, diese Angebote auch real in Anspruch nehmen zu können: Ist der Zugang zu den DL-Angeboten leicht und in ausreichendem Maße möglich? Erreichen die DL-Angebote alle Menschen oder nur Teile?“

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

	<p>Angebote (z. B. Ergo-/Physiotherapie, Krankengymnastik) wahrzunehmen.</p> <p>Zu 2. Nutzung von DL-Angeboten: Trotz starker Zahnschmerzen und einer Zahnarztpraxis unmittelbar vor Ort nimmt der Versicherte keine entsprechende Hilfe in Anspruch.</p>
26	<p>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 <u>nicht</u> 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 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“).</p>
27	<p>Aktuell nutzbare Ressourcen des Versicherten Ressourcen sind vorhandene Unterstützungsquellen bzw. Hilfen für den Versicherten. Diese werden u. U. (noch) nicht genutzt. Bitte treffen Sie zu <u>jedem</u> Ressourcenbereich eine Einschätzung – auch zu den Bereichen, in denen keine Ressourcen beim Versicherten erkennbar sind. Nutzen Sie für Ihre Einschätzung bitte die folgende Skala:</p> <p>0 = keine: Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für die Problemlösung nicht erkennbar oder können nicht genutzt werden.</p> <p>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.</p> <p>2 = ausreichend: Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind vorhanden. Die Erschließung gelingt mit Unterstützung der Patientenbegleitung.</p> <p>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.</p> <p>9 = unbekannt: Es liegen Ressourcen in dem betreffenden Bereich vor, diese sind aber (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar.</p> <p>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“.</p> <p>Bereich Körperliche Gesundheit – Mobilität Beispiele: hohe körperliche bzw. motorische Leistungsfähigkeit</p> <p>Bereich Psychische Gesundheit Beispiele: emotionale Ausgeglichenheit, Kenntnis und adäquate Nutzung von Copingstrategien, positives Selbstwertgefühl</p> <p>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</p> <p>Bereich Lebensführung Beispiele: Eigenständigkeit bei Einkauf u./o. Zubereitung von Essen, selbstständige Finanzverwaltung, eigenständiges Medikamentenmanagement</p> <p>Bereich (Sozial-)Kommunikative Kompetenzen Beispiele: gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, großer Wortschatz</p>

	<p>Bereich Kognitive Kompetenzen Beispiele: schnelle Auffassungsgabe für medizinische Zusammenhänge, hohe Intelligenz, gutes Gedächtnis</p> <p>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.</p> <p>Bereich Sozialverhalten Beispiele: Hilfsbereitschaft, Fähigkeit zur sozial verträglichen Lösung von Konflikten, attraktive äußere Erscheinung</p> <p>Bereich Familie Beispiele: starker familiärer Rückhalt, positive emotionale Beziehungen innerhalb der Familie</p> <p>Bereich Gesellschaftliche Teilhabe Beispiele: aktive Mitgliedschaft in einem Verein, regelmäßiger Besuch von gesellschaftlichen Veranstaltungen (z. B. Konzerte, Sportveranstaltungen)</p> <p>Bereich Finanzen Beispiele: gute Einkommenssituation, sicherer Arbeitsplatz</p> <p>Bereich Wohnen Beispiele: adäquate Anzahl und Größe vorhandener Wohnräume, gute Wohnausstattung, ruhige Wohngegend, gute nachbarschaftliche Beziehungen</p> <p>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.</p>
28	<p>Globaleinschätzung der Ressourcen des Versicherten Die Globaleinschätzung bezieht sich auf die in Item 27 aufgeführten Bereiche, d. h. es soll eine Gesamtbeurteilung der allgemeinen Ressourcenlage des Versicherten vorgenommen werden. Achtung: Gehen Sie bei Ihrer Einschätzung bitte <u>nicht</u> 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“).</p>
29	<p>Ziele, die mit Hilfe der PBG erreicht werden sollen Allgemeine Hinweise: Für erfolgreiche Interventionen sind einzelfallbezogene Zielformulierungen unerlässlich. Ihr Nutzen liegt darin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>Kriterien für eine gute Formulierung von Handlungszielen: 1. Das Ziel beschreibt einen erwünschten Zustand in der Zukunft</p>

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 entsprechend 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 (unwichtigere) 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):

01 = Verbesserung der körperlichen Gesundheit / Mobilität

(z. B. durch Vermittlung einen Programms zur Sturzprävention)

02 = Verbesserung der psychischen Gesundheit

(z. B. durch Einbeziehung des KSD, Psychotherapievermittlung)

03 = Verbesserung des Gesundheitsverhaltens

(z. B. durch Kontaktvermittlung zu einer Ernährungsberatungsstelle)

04 = Verbesserung des Selbst-/Alltagsmanagements bzw. der Lebensführung

(z. B. durch Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen)

05 = Verbesserung der (sozial-)kommunikativen Kompetenzen

06 = Verbesserung der kognitiven Kompetenzen

(im Umgang mit der Krankheit, z. B. durch gezielte Information über sinnvolle Zusatzleistungen der Krankenkasse)

07 = Verbesserung der Arbeits-/Rehafähigkeit

(z. B. durch Unterstützung bei der Vorbereitung von Rehamaßnahmen)

08 = Verbesserung des Sozialverhaltens

09 = Verbesserung der familiären Situation

(z. B. durch Unterstützung von Angehörigen)

10 = Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe

11 = Verbesserung der finanziellen Situation

(z. B. durch Kontaktvermittlung zu Schuldnerberatung o. Ä.)

12 = Verbesserung der Wohnsituation

13 = Verbesserung der Versorgungssituation

(z. B. durch Information über nutzbare DL-Angebote)

14 = Verbesserung der Nutzung von Dienstleistungsangeboten

(z. B. durch eingehende persönliche Betreuung / Beratung)

30	<p>Prognose zum Zielerreichungsgrad</p> <p>Die Prognosen zur Zielerreichung sollen getrennt für jedes genannte Ziel vorgenommen werden.</p> <p>Im Falle von Entscheidungsschwierigkeiten zwischen zwei Zielerreichungskategorien ist die niedrigere Kategorie zu wählen. Die Einschätzung des Grads der Zielerreichung orientiert sich daran, inwieweit das erwünschte Ergebnis bis zur Abschlusserhebung voraussichtlich realisiert wird. Ist absehbar, dass ein intendiertes Grobziel innerhalb dieser Zeitspanne technisch nicht umgesetzt werden kann, können realistischere Feinziele formuliert werden. Die Prognose bezieht sich dann auf ebendiese Feinziele und nicht auf den Endzustand.</p> <p>Bitte versuchen Sie unbedingt, eine Einschätzung vorzunehmen und die Codierung „unbekannt“ zu vermeiden, da eine derartige Angabe in jedem Fall mit einem Informationsverlust verbunden ist.</p>
31	<p>Maßnahmenvorschlag durch den PBG</p> <p>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:</p> <p>01 = <i>Betreuung / persönliche Beratung</i> 02 = <i>Abstimmung mit Ärzten, Sozialdiensten, Pflegepersonal: Klärung der Gesundheitssituation des Versicherten</i> 03 = <i>Vorbereitung von Rehamaßnahmen (nach KH-Aufenthalt)</i> 04 = <i>Vorbereitung der Entlassung nach Hause (bei KH)</i> 05 = <i>Sicherstellung der häuslichen Versorgung</i> 06 = <i>bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln</i> 07 = <i>Unterstützung von Angehörigen</i> 08 = <i>Information über Leistungen der Kasse (Bosch BKK)</i> 09 = <i>Hilfe / Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen</i> 10 = <i>Kontaktvermittlung (Ärzte, Pflegedienste, Rehazentren, Hilfsmittelanbietern, Selbsthilfe- u. Sportgruppen)</i> 11 = <i>Sonstiges</i></p>
32	<p>Art der Umsetzung von Zielvereinbarung und Serviceplan</p> <p>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.</p> <p>Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein.</p>
33	<p>Erhebungsdatum</p> <p>Falls die Erhebung nicht an <i>einem</i> Tag durchgeführt wurde, ist das Datum zu wählen, an dem die meisten Items ausgefüllt werden.</p> <p>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.</p>

Glossar Abschlussbogen

Die Abschlusserhebung ist einmalig zum Zeitpunkt der Beendigung der Erhebung durchzuführen. Spätestens 1½ Wochen nach Beendigung der Patientenbegleitung muss die Erhebung abgeschlossen sein. Zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegende Informationen sind mit „unbekannt“ zu codieren.

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.

Item Nr.	Hinweis
1	Mitarbeiter-Code Der Mitarbeiter-Code wird vom IKJ vergeben und per E-Mail direkt an die Patientenbegleiter versandt. Um die Anonymität der Untersuchung zu gewährleisten, ist dieser Code <u>nur</u> dem jeweiligen Mitarbeiter sowie dem IKJ bekannt. Er kann später für evtl. notwendige Rückfragen im Rahmen der Plausibilitätsprüfung sowie zur Untersuchung regionaler Fragestellungen im Zuge der Datenauswertung genutzt werden. Bitte tragen Sie ihn in das dafür vorgesehene Kästchen ein.
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 <u>muss</u> 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 Wie oft wurde im Vorfeld der aktuellen Maßnahme schon einmal eine Patientenbegleitung bei dem Versicherten durchgeführt? Bitte geben Sie die Anzahl der vorhergegangenen Patientenbegleitungsmaßnahmen an. Diese Angabe wurde bereits im Aufnahmebogen erfragt, <u>muss</u> aber zusätzlich auch im Abschlussbogen gemacht werden, da sie zur eindeutigen Identifizierung der Daten in der späteren Datenauswertung erforderlich ist.
7	Art und Anzahl der Versichertenkontakte Welche und wie viele Kontakte <i>mit dem Versicherten</i> erfolgten im Verlauf der Patientenbegleitung? Bitte geben Sie die geschätzte Anzahl für die jeweilige Kontaktart an. Versuchen Sie bitte unbedingt, eine Einschätzung zu treffen und nutzen Sie nur im Ausnahmefall die Möglichkeit der Nennung „unbekannt“ (= 99).
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 <u>sowohl die Anzahl</u> (auch telefonische Abstimmungen) <u>als auch den geschätzten Zeitaufwand</u> (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!

9	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Allgemein: Es sind nur für die Patientenbegleitung relevante und zielgerichtete Maßnahmen zu berücksichtigen. Diese sind lediglich in dem Umfang zu codieren, in dem sie beim Versicherten auch tatsächlich umgesetzt wurden. Es sollen dabei sämtliche zielgerichteten Maßnahmen erfasst werden, unabhängig davon, ob sie im „Serviceplan“ (Aufnahmebogen Item 31) explizit benannt wurden.</p> <p>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.</p>
10	<p>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 Aufnahmebogen).</p>
11	<p>Falls die ursprünglich vorgeschlagenen Maßnahmen nicht umgesetzt wurden, geben Sie hier bitte die Gründe dafür an. Mehrfachnennungen sind möglich. Bitte wählen Sie zusätzlich aus dem Drop-Down-Menü „Hauptursache“ den wichtigsten Grund für die Abweichung. Wenn im Verlauf der Patientenbegleitung keine Abweichung von den ursprünglich vorgeschlagenen Maßnahmen erfolgt ist, kreuzen Sie bitte „entfällt“ an.</p>

12	<p>Kooperation</p> <p>Die Beurteilung bezieht sich auf den gesamten Zeitraum der Patientenbegleitung. Bitte treffen Sie <i>Ihre persönliche Einschätzung</i> anhand der vorgegebenen Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an. Versuchen Sie dabei bitte, die Kategorie „teils/teils“ möglichst zu vermeiden und durch Ihre Beurteilung in der Regel eine Tendenz (entweder positiv oder negativ) erkennbar zu machen!</p> <p>Bitte machen Sie zu <u>jedem</u> Bereich eine Angabe – entweder durch eine Beurteilung von „[1]“ bis „[7]“ oder durch Ankreuzen der Werte „[8]“ oder „[9]“.</p> <p>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!</p> <p>Kooperation mit Versichertem</p> <p><u>Persönliche Beziehung zwischen PBG und Versichertem:</u> Beurteilt werden soll, ob Patientenbegleiter und Versicherter einen Zugang zueinander gefunden haben und sich ein Vertrauensverhältnis aufbauen konnte.</p> <p><u>Akzeptanz der Ziele und Maßnahmen durch den Versicherten:</u> 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.</p> <p><u>Aktive Mitarbeit des Versicherten:</u> Die Beurteilung soll klientenbezogen vorgenommen werden, da die Mitarbeit des Versicherten abhängig ist von seinen individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten.</p> <p><u>Einhalten von Vereinbarungen durch den Versicherten:</u> Hier sollen die Vereinbarungen beurteilt werden, die für die Patientenbegleitung <u>relevant</u> 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.</p> <p>Kooperation mit Umfeld bzw. Vertragspartnern</p> <p><u>Kooperation mit den Angehörigen bzw. dem Umfeld des Versicherten:</u> 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.</p> <p><u>Kooperation mit Hausarzt:</u> 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.</p> <p><u>Kooperation mit Fachärzten im Krankenhaus:</u> Beurteilt werden soll die Zusammenarbeit mit den Fachärzten des Krankenhauses, in dem der Versicherte behandelt wurde (z. B. Bereitschaft zur Mitarbeit, Akzeptanz von Zielen oder Einhaltung von Vereinbarungen). Wurden die Krankenhausärzte nicht in die Patientenbegleitung mit einbezogen, kreuzen Sie bitte „entfällt = 8“ an.</p> <p><u>Kooperation mit Krankenhaussozialdienst:</u> Beurteilt werden soll die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaussozialdienst des Krankenhauses, in dem der Versicherte behandelt wurde (z. B. Bereitschaft zur Mitarbeit, Akzeptanz von Zielen oder Einhaltung von Vereinbarungen). Wurde der KSD nicht in die Patientenbegleitung mit einbezogen, kreuzen Sie bitte „entfällt = 8“ an.</p>
----	---

	<p><u>Kooperation mit anderen Dienstleistern:</u> 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.</p>
13	<p>Ablauf und Wirkung der PBG aus Sicht des Patientenbegleiters Bitte treffen Sie <i>Ihre persönliche Einschätzung</i> anhand der vorgegebenen Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.</p> <p><u>Ablauf/Prozess des Patientenbegleitung:</u> Bitte treffen Sie eine Gesamtbeurteilung darüber, wie die Patientenbegleitung <u>aus Ihrer persönlichen Sicht</u> insgesamt abgelaufen ist. In diese Beurteilung können u. a. die folgenden Aspekte mit einfließen: Abstimmung mit Kooperationspartnern im Rahmen der Patientenbegleitung, (zeitliche) Umsetzungsmöglichkeiten geplanter Maßnahmen, Umfang/Häufigkeit interner Abstimmungsprozesse.</p> <p><u>Wirkung/Erfolg der Patientenbegleitung:</u> Bitte treffen Sie eine Gesamtbeurteilung darüber, inwiefern die Patientenbegleitung <u>aus Ihrer persönlichen Sicht</u> erfolgreich gewesen ist. Dabei soll sich die Einschätzung von Erfolg bzw. Wirkung unmittelbar auf die Ebene der Verbesserungen der Gesamtsituation des Versicherten (insbesondere seiner gesundheitlichen Situation) beziehen. In diese Beurteilung können u. a. die folgenden Aspekte mit einfließen: Umsetzungsgrad von Zielen innerhalb der Maßnahme, Abbau von Problemlagen/Aufbau von Ressourcen beim Versicherten, Perspektive des Versicherten nach Abschluss der Patientenbegleitung.</p>
14	<p>Aktuelle Problemlagen des Versicherten Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Beendigung der Patientenbegleitung! Bitte treffen Sie <u>unbedingt</u> 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.</p> <p>Benutzen Sie zur Einschätzung bitte die folgende Skala:</p> <p>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.</p> <p>1 = mäßig: Das Problem führt zu einzelnen Funktionseinschränkungen des Klientensystems, führt aber nicht zur generellen Funktionseinschränkung. Eine Ressourcennutzung oder Intervention ist angezeigt.</p> <p>2 = hoch: Das Problem ist ausgeprägt und schwer veränderbar. Das Klientensystem bzw. Teile des Klientensystems leiden darunter oder Dritte haben wiederholt auf das Problem hingewiesen (Auffälligkeit, Meldung, Befunde). Eine gezielte Intervention, ggf. unter Nutzung vorhandener Ressourcen ist angezeigt.</p> <p>3 = sehr hoch: Das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise erheblich.</p> <p>9 = unbekannt: Eine Problemlage ist in dem betreffenden Bereich erkennbar, aber der Schweregrad ist (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar.</p> <p>Allgemein: Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert diese als Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens ("Wohlfühlen").</p> <p>Im Folgenden sind die verschiedenen Bereiche, auf die sich die Angaben zu Problemlagen beziehen sollen, erläutert und beispielhaft dargestellt:</p> <p>Bereich Körperliche Gesundheit – Mobilität Mit körperlicher Gesundheit ist insbesondere die Belastbarkeit des Versicherten gemeint. Eine belastbare Körperkonstitution spricht für eine gute körperliche Gesundheit, ebenso wie seltene Arztbesuche, körperliche Bewegung und Sport. Wichtig für die körperliche Gesundheit ist zudem, dass der Klient nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) geimpft ist (=Impfstatus). Defizite der körperlichen Gesundheit sind nicht nur Krankheiten, sondern ebenso Beeinträchtigungen des Wohlbefindens. 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</p>

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:

Der Klient weint leicht und häufig, wirkt unglücklich, traurig und niedergeschlagen. Er leidet unter Stimmungs- und Antriebsproblemen. Möglicherweise zeigt er übermäßige Reizbarkeit und innere Unruhe. Kommen diese depressiven Verstimmungen über einen längeren Zeitraum an fast allen Tagen vor, so muss abgeklärt werden, ob eine depressive Störung vorliegt.

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 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					
Alter	Untergewichtig	Normalgewicht	Etwas übergewichtig	Übergewichtig	Erheblich übergewichtig
18-24	< 19	19-24	24-29	29-39	> 39
25-34	< 20	20-25	25-30	30-40	> 40
35-44	< 21	21-26	26-31	31-41	> 41
45-54	< 22	22-27	27-32	32-42	> 42
55-64	< 23	23-28	28-33	33-43	> 43
65+	< 24	24-29	29-34	34-44	> 44

BMI Männer					
Alter	Untergewichtig	Normalgewicht	Etwas übergewichtig	Übergewichtig	Erheblich übergewichtig
18-24	< 19	19-24	24-29	29-39	> 39
25-34	< 20	20-25	25-30	30-40	> 40
35-44	< 21	21-26	26-31	31-41	> 41
45-54	< 22	22-27	27-32	32-42	> 42
55-64	< 23	23-28	28-33	33-43	> 43
65+	< 24	24-29	29-34	34-44	> 44

Bereich Lebensführung

Zu beurteilen ist hier das Ausmaß der Unabhängigkeit des Versicherten im lebenspraktischen Bereich.

Beispiele: Eigenständigkeit bei Zubereitung des Essens, Hausarbeit, Telefongebrauch, Einkaufen, Benutzung von Autos bzw. öffentlichen Verkehrsmitteln, selbstständige Finanzverwaltung, eigenständige Körperhygiene (Waschen, Baden, Rasieren, Toilette).

Als Problem/Defizit in diesem Bereich ist z. B. zu beurteilen, wenn das Management der Medikation nicht autonom gelingt (Arzneimittel werden nicht rechtzeitig oder wie verordnet eingenommen).

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 Komponenten bestimmt (in Anlehnung an Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2007, WAI-Netzwerk 2007):

- 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.

<p>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.</p> <p>Bereich Sozialverhalten Das Sozialverhalten umfasst alle Verhaltensweisen von Menschen, die auf Reaktionen und/oder Aktionen anderer Gruppenmitglieder zielen. Sozialverhalten umfasst somit Formen des einträchtigen Zusammenlebens genauso wie konflikthafte Verhalten. Es beinhaltet das Verhalten eines Menschen gegenüber seinen Mitmenschen: das Sprechen, der Blickkontakt, die Körpersprache. Beeinflusst wird es zum Beispiel durch Gefühle (Zuneigung oder Abneigung), durch persönliche Erlebnisse und durch das Verhalten anderer Personen. Im Allgemeinen wird unter sozialem Verhalten das positive Verhalten verstanden, also das Verhalten, das durch positive Verstärkung den Verbleib des Individuums (mit seiner Rolle und Funktion) in der Gemeinschaft sichert – deshalb auch sozial kompatibles Verhalten. Das soziale Verhalten wird allgemein automatisch während der Kindheit und Jugend im Sozialisationsprozess in der jeweiligen Primärgruppe, meist der Familie, erworben.</p> <p>Defizite in diesem Bereich sind z. B. übermäßig aggressives Verhalten gegenüber anderen, soziale Ängstlichkeit oder sozialer Rückzug.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Bereich Finanzen Unter dem Begriff Finanzen werden die folgenden Aspekte zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beruf/Arbeit - Einkommen aus Erwerbsarbeit - Einkommen aus Transferleistungen - Schulden <p>Defizite in diesem Bereich sind z. B. Arbeitslosigkeit oder Überschuldung.</p> <p>Bereich Wohnen Dieser Bereich bezieht sich insbesondere auf zwei Aspekte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wohnausstattung 2. Wohngegend (Stichwort: Sozialer Brennpunkt) <p>Zu 1.: Merkmale der Wohnausstattung, die in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden können, sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>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</p>

<p>von Sprach- oder Bildungsdefiziten) oder Netzwerkarmut, das heißt mangelhafte Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen. Im öffentlichen Bewusstsein ist der Begriff sozialer Brennpunkt oft mit Vorstellungen von höherer Kriminalität oder Verwahrlosung verknüpft.</p> <p>Bereich Soziales Netz Das Soziale Netz setzt sich zusammen aus den folgenden Teilbereichen:</p> <p>1. Verwandtschaft Verwandtschaftsbeziehungen dienen als Quelle sozialer, psychologischer und instrumenteller Unterstützung. Fehlender Rückhalt in der Familie hat unterschiedliche negative Auswirkungen. Diese sind differenziert für den einzelnen und die Familie insgesamt zu bewerten.</p> <p>2. Freunde Nicht Verwandte, für eine unbestimmte Zeit einer Person nahe stehende Menschen, zu denen eine emotionale, meist gegenseitige Bindung besteht.</p> <p>3. Beziehungen im Wohnumfeld Soziale Kontakte, teilweise auch mit Unterstützungsfunktionen, aus dem nahen Wohnumfeld.</p> <p>Defizite zeigen sich hier z. B in fehlenden emotionalen Bindungen innerhalb der Familie oder in sozialer Isolation im unmittelbaren Wohnumfeld.</p> <p>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.</p> <p>Die für Familien bedeutendsten Dienstleistungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Die Beurteilung in diesem Bereich soll hinsichtlich zweier Aspekte erfolgen:</p> <p>1. Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten (kurz DL-Angebote) „Gemeint ist damit einerseits das Vorhandensein geeigneter DL-Angebote: Sind ausreichende, für die Bedarfsdeckung erforderliche DL-Angebote vorhanden? Andererseits sollen aber auch die Möglichkeiten berücksichtigt werden, diese Angebote auch real in Anspruch nehmen zu können: Ist der Zugang zu den DL-Angeboten leicht und in ausreichendem Maße möglich? Erreichen die DL-Angebote alle Menschen oder nur Teile?</p> <p>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?</p> <p>Beispiele:</p> <p>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 Angebote (z. B. Ergo-/Physiotherapie, Krankengymnastik) wahrzunehmen.</p> <p>Zu 2. Nutzung von DL-Angeboten: Trotz starker Zahnschmerzen und einer Zahnarztpraxis unmittelbar vor Ort nimmt der Versicherte keine entsprechende Hilfe in Anspruch.</p>

15	<p>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 <u>nicht</u> 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“).</p>
16	<p>Aktuell nutzbare Ressourcen des Versicherten Ressourcen sind vorhandene Unterstützungsquellen bzw. Hilfen für den Versicherten. Diese werden u. U. (noch) nicht genutzt. Bitte treffen Sie zu <u>jedem</u> Ressourcenbereich eine Einschätzung – auch zu den Bereichen, in denen keine Ressourcen beim Versicherten erkennbar sind. Nutzen Sie für Ihre Einschätzung bitte die folgende Skala: 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.</p> <p>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“.</p> <p>Bereich Körperliche Gesundheit – Mobilität Beispiele: hohe körperliche bzw. motorische Leistungsfähigkeit</p> <p>Bereich Psychische Gesundheit Beispiele: emotionale Ausgeglichenheit, Kenntnis und adäquate Nutzung von Copingstrategien, positives Selbstwertgefühl</p> <p>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</p> <p>Bereich Lebensführung Beispiele: Eigenständigkeit bei Einkauf u./o. Zubereitung von Essen, selbstständige Finanzverwaltung, eigenständiges Medikamentenmanagement</p> <p>Bereich (Sozial-)Kommunikative Kompetenzen Beispiele: gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, großer Wortschatz</p> <p>Bereich Kognitive Kompetenzen Beispiele: schnelle Auffassungsgabe für medizinische Zusammenhänge, hohe Intelligenz, gutes Gedächtnis</p>

	<p>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.</p> <p>Bereich Sozialverhalten Beispiele: Hilfsbereitschaft, Fähigkeit zur sozial verträglichen Lösung von Konflikten, attraktive äußere Erscheinung</p> <p>Bereich Familie Beispiele: starker familiärer Rückhalt, positive emotionale Beziehungen innerhalb der Familie</p> <p>Bereich Gesellschaftliche Teilhabe Beispiele: aktive Mitgliedschaft in einem Verein, regelmäßiger Besuch von gesellschaftlichen Veranstaltungen (z. B. Konzerte, Sportveranstaltungen)</p> <p>Bereich Finanzen Beispiele: gute Einkommenssituation, sicherer Arbeitsplatz</p> <p>Bereich Wohnen Beispiele: adäquate Anzahl und Größe vorhandener Wohnräume, gute Wohnausstattung, ruhige Wohngegend, gute nachbarschaftliche Beziehungen</p> <p>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.</p>
17	<p>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 <u>nicht</u> 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“).</p>
18	<p>Angabe der aktuellen Zielerreichung Die Angabe bezieht sich auf die bei der Aufnahmeerhebung genannten Ziele. Bitte behalten Sie <i>unbedingt</i> die dort gebildete <i>Rangfolge</i> 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.</p>

19	<p>Art der Beendigung der PBG</p> <p>Mehrfachnennungen sind möglich (Ausnahmen: 1. In Kombination mit der Nennung „entfällt“ dürfen keine weiteren Nennungen angekreuzt werden! 2. In Kombination mit der Nennung „abgestimmt/planmäßig beendet“ dürfen keine Nennungen aus dem Bereich „abgebrochen auf Initiative von“ angekreuzt werden!)</p> <p><u>„entfällt, ...“</u>: 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.</p> <p><u>„planmäßig“</u>: Zur Codierung muss eine der folgenden Bedingungen zutreffen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 beruht die Beendigung auf einem vorzeitigen Erfolg der PBG und alle Beteiligten (Versicherter, Patientenbegleiter, Arzt, etc.) sind sich darüber einig. <p><u>„abgebrochen auf Initiative von“</u>: 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 <i>Hauptinitiator aus dem zugehörigen Drop-Down-Menü ausgewählt werden</i>.</p> <p><u>Ursachen für den Abbruch der PBG</u>: Falls „kein Steuerungsbedarf vorhanden“, „abgestimmt, planmäßig beendet“ oder „Tod des Versicherten“ angegeben wurde, ist hier nichts anzukreuzen. Falls „abgebrochen auf Initiative von ...“ angegeben wurde, sind hier die entsprechenden Gründe anzukreuzen. <i>Bitte wählen Sie zusätzlich aus dem Drop-Down-Menü „Hauptursache“ den wichtigsten Abbruchgrund aus.</i></p>
20	<p>Fand ein Abschlussgespräch bzw. -kontakt statt?</p> <p>Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Falls bei Item 19 „entfällt“ angegeben wurde, ist hier nichts einzutragen.</p>
21	<p>Falls es ein Abschlussgespräch bzw. einen -kontakt gab, bitte die Art angeben</p> <p>Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer in das dafür vorgesehene Kästchen ein. Sollte kein Abschlussgespräch stattgefunden haben, ist hier nichts einzutragen.</p>
22	<p>Prognose zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung des Versicherten</p> <p>Bitte treffen Sie <i>Ihre persönliche Einschätzung</i> anhand der vorgegebenen Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.</p>
23	<p>Prognose zum Auftreten eines weiteren Krankenhausaufenthalts (keine Reha) im nächsten halben Jahr</p> <p>Bitte treffen Sie <i>Ihre persönliche Einschätzung</i> anhand der vorgegebenen Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.</p>
24	<p>Erhebungsdatum</p> <p>Falls die Erhebung nicht an <i>einem</i> Tag durchgeführt wurde, ist das Datum zu wählen, an dem die meisten Items ausgefüllt werden.</p> <p>An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass im Rahmen einer möglichst objektiven, zeitnahen Erhebung der Abschlussbogen spätestens 1½ Wochen nach Beendigung der PBG erhebungstechnisch abgeschlossen sein muss.</p>



Bosch BKK, 70466 Stuttgart

«Anrede»
«Vorname mit Umlaut» «Nachname mit Umlaut»
«Straße mit Umlaut»
«Postleitzahl» «Ort mit Umlaut»

Bosch BKK
Zentrale Stuttgart

Kruppstraße 19
70469 Stuttgart
www.Bosch-BKK.de

Thomas Pferdt
Dr. Katja Wimmer Telefon: 0711 811-32768

25. April 2008

Evaluation der Patientenbegleitung

«Textanrede» «Nachname mit Umlaut»,

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.

Wegen der Neuheit dieses Versorgungsprogramms haben wir nunmehr eine wissenschaftliche Befragung in Auftrag gegeben, um zu erfahren, welche Unterstützungsleistungen unseren Versicherten am besten helfen. Durchgeführt wird diese Untersuchung von Mitarbeitern der Katholischen Fachhochschule in Mainz und deren Partnerinstitut für Forschungsaufgaben. Wir benötigen Ihre Hilfe, um feststellen zu können, wie erfolgreich unser Handeln in Ihren Augen ist und wie wir uns weiterentwickeln müssen, damit es Ihnen noch stärker nützt.

Der Datenschutz hat bei uns höchste Priorität! Ihre personenbezogenen Krankheitsdaten geben wir an niemanden weiter, darauf können Sie sich verlassen. Ihre Anschrift wird lediglich benötigt, damit Sie an der Verlosung der Aktion-Mensch-Lose teilnehmen können, mit der wir uns bei den Teilnehmern der Befragung für das Mitmachen bedanken möchten. Wir garantieren Ihnen, dass die Fragebögen anonym und ohne Bezug zu Ihrer Anschrift ausgewertet werden. Die Bosch BKK erhält lediglich statistische Ergebnisse aus einer Vielzahl von beantworteten Fragebögen. Sie kann keinen Bezug zu einzelnen Personen herstellen. Weitere Einzelheiten zur Befragung werden auf den folgenden Seiten beantwortet.

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

«Anrede»
«Vorname mit Umlaut» «Nachname mit Umlaut»
«Straßenname mit Umlaut»
«Postleitzahl» «Ort mit Umlaut»

Wissenschaftliche Befragung

«Textanrede» «Nachname mit Umlaut»,

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/ihre Unterstützung angeboten hat, möchten wir nun gerne erfahren, wie zufrieden Sie mit diesem Angebot waren und wie es Ihnen heute geht.

Füllen Sie dazu bitte den **beiliegenden Fragebogen** aus. Dies dauert üblicherweise nicht länger als 10 Minuten. Damit wir uns ein vollständiges Bild machen können, ist es sehr wichtig, dass Sie möglichst jede Frage beantworten. Bitte senden Sie uns den vollständig ausgefüllten Fragebogen innerhalb von einer Woche in dem bereits frankierten Rückumschlag zurück, den wir den Befragungsunterlagen beigelegt haben. Die Auswertung der Befragung erfolgt selbstverständlich in **anonymisierter Form**. Dies bedeutet, dass der Bosch BKK nur Ergebnisse übermittelt werden, bei denen die Angaben von mehreren Personen bereits zusammengefasst sind. Somit ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

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. „Patientenbegleiter“). 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 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. 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.

17. Wie zufrieden sind Sie ...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
...mit der <u>(Beratungs-)Kompetenz</u> Ihres Patientenbegleiters?	[]	[]	[]	[]
...mit dem <u>Vertrauensverhältnis</u> zu Ihrem Patientenbegleiter?	[]	[]	[]	[]
...mit dem <u>Einfühlungsvermögen</u> Ihres Patientenbegleiters?	[]	[]	[]	[]
...mit dem <u>Ablauf</u> der Patientenbegleitung im Allgemeinen?	[]	[]	[]	[]

BITTE VERGLEICHEN SIE NUN IHREN AKTUELLEN GESUNDHEITZUSTAND 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,...

	viel weniger	etwas weniger	gleich viel	etwas mehr	viel mehr
... nicht mehr den <u>täglichen Verpflichtungen</u> nachkommen zu können (etwa im Haushalt, Beruf)?	[]	[]	[]	[]	[]
... nicht mehr den <u>gewohnten Aktivitäten</u> nachgehen zu können (z. B. Spaziergänge, Hobbys)?	[]	[]	[]	[]	[]
... dass die <u>Kontakte zu anderen</u> bzw. die Partnerschaft beeinträchtigt werden könnten?	[]	[]	[]	[]	[]
... <u>nicht ausreichend</u> über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen <u>informiert</u> zu sein?	[]	[]	[]	[]	[]
... den Ärzten und Fachleuten Ihre <u>Anliegen nicht</u> <u>richtig deutlich machen</u> zu können?	[]	[]	[]	[]	[]
... auf die <u>Pflege</u> durch andere angewiesen zu sein?	[]	[]	[]	[]	[]

NUN BITTEN WIR SIE NOCH UM EINIGE ALLGEMEINE EINSCHÄTZUNGEN.

22. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Bosch BKK?

sehr zufrieden	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/>					

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!



Bosch BKK, 70466 Stuttgart

«Anrede»
«Vorname mit Umlaut» «Nachname mit Umlaut»
«Straße mit Umlaut»
«Postleitzahl» «Ort mit Umlaut»

Bosch BKK
Zentrale Stuttgart

Kruppstraße 19
70469 Stuttgart
www.Bosch-BKK.de

Thomas Pferdt
Dr. Katja Wimmer Telefon: 0711 811-32768

25. April 2008

Befragung im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung

«Textanrede» «Nachname mit Umlaut»,

als Ihr Partner in allen Gesundheitsfragen wollen wir stetig die Qualität unseres Beratungs- und Betreuungsangebots verbessern. Hierzu benötigen wir zum Teil auch externe Unterstützung. Die beiliegende wissenschaftliche Befragung soll so beispielsweise ermitteln, welche Unterstützungsleistungen unseren Versicherten am besten helfen. Durchgeführt wird diese Untersuchung von unabhängigen Wissenschaftlern der Katholischen Fachhochschule in Mainz und deren Partnerinstitut für Forschungsaufgaben. Dabei möchten wir Sie um Ihre Mithilfe bitten.

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.

Ihre Anschrift wird lediglich benötigt, damit Sie an der Verlosung der Aktion-Mensch-Lose teilnehmen können, mit der wir uns bei den Teilnehmern der Befragung für das Mitmachen bedanken möchten. Wir garantieren Ihnen, dass die Fragebögen anonym und ohne Bezug zu Ihrer Anschrift ausgewertet werden. Die Bosch BKK erhält lediglich statistische Ergebnisse aus einer Vielzahl von beantworteten Fragebögen. Sie kann keinen Bezug zu einzelnen Personen herstellen. Weitere Einzelheiten zur Befragung werden auf den folgenden Seiten beantwortet.

Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns schon im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Pferdt
Abteilungsleiter Unternehmensentwicklung
Stellvertretender Vorstand (alt.)

Dr. Katja Wimmer
Leiterin Patientenbegleitung

«Anrede»
«Vorname mit Umlaut» «Nachname mit Umlaut»
«Straßenname mit Umlaut»
«Postleitzahl» «Ort mit Umlaut»

Wissenschaftliche Befragung

«Textanrede» «Nachname mit Umlaut»,

im Auftrag Ihrer Krankenkasse führen die Katholische Fachhochschule Mainz und ihr Partnerinstitut, die IKJ ProQualitas GmbH, eine **unabhängige wissenschaftliche Untersuchung zur Qualität von Krankenkassenleistungen** durch. Ziel der Untersuchung ist es, die Gesundheitsangebote weiter zu verbessern, damit Sie und andere Versicherte davon profitieren können. Im Mittelpunkt unseres Interesses stehen hierbei Menschen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Etwa aufgrund einer Erkrankung mit Krankenhausaufenthalt.

Wir möchten daher gerne von Ihnen erfahren, wie zufrieden Sie mit Ihrer Krankenkasse sind und wie es Ihnen heute geht. Füllen Sie dazu bitte den **beiliegenden Fragebogen** aus. Dies dauert üblicherweise nicht länger als 10 Minuten. Um uns ein vollständiges Bild machen zu können, ist es sehr wichtig, dass Sie möglichst jede Frage beantworten. Bitte senden Sie uns den vollständig ausgefüllten Fragebogen innerhalb von einer Woche in dem bereits frankierten Rückumschlag zurück, den wir den Befragungsunterlagen beigelegt haben. Die Auswertung der Befragung erfolgt selbstverständlich in **anonymisierter Form**. Dies bedeutet, dass Ihrer Krankenkasse nur Ergebnisse übermittelt werden, bei denen die Angaben von mehreren Personen bereits zusammengefasst sind. Somit ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

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 MACHEN 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 man 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

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 GESUNDHEITZUSTAND 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
[]	[]	[]	[]	[]

20. Wie schätzen Sie Ihr aktuelles allgemeines gesundheitliches Befinden 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 weniger	gleich viel	etwas mehr	viel mehr
... nicht mehr den <u>täglichen Verpflichtungen</u> nachkommen zu können (etwa im Haushalt, Beruf)?	[]	[]	[]	[]	[]
... nicht mehr den <u>gewohnten Aktivitäten</u> nachgehen zu können (z. B. Spaziergänge, Hobbys)?	[]	[]	[]	[]	[]
... dass die <u>Kontakte zu anderen</u> bzw. die Partnerschaft beeinträchtigt werden könnten?	[]	[]	[]	[]	[]
... <u>nicht ausreichend</u> über die richtigen Hilfen bzw. Behandlungen <u>informiert</u> zu sein?	[]	[]	[]	[]	[]
... den Ärzten und Fachleuten Ihre <u>Anliegen nicht richtig deutlich machen</u> zu können?	[]	[]	[]	[]	[]
... auf die <u>Pflege</u> durch andere angewiesen zu sein?	[]	[]	[]	[]	[]

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!

An

«**adresse_arzt_anrede**» «**adresse_arzt_vorname**» «**adresse_arzt_name**»
«**adresse_arzt_straßenr**»
«**adresse_arzt_plz**» «**adresse_arzt_ort**»

Evaluation der Patientenbegleitung

«**adresse_arzt_textanrede**» «**adresse_arzt_anrede**» «**adresse_arzt_name**»,

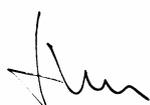
im Auftrag der Bosch BKK führen die Katholische Fachhochschule Mainz und ihr Partnerinstitut, die IKJ ProQualitas GmbH, eine **Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung** durch. Eine wesentliche Zielsetzung der Studie ist es, dieses Angebot weiter zu verbessern. Da wir gerade aus den Erfahrungen der Vertragspartner etwas lernen wollen, ist **Ihre Mitwirkung von großer Wichtigkeit**. Dies wurde Ihnen bereits im Rahmen der Ärzteversammlungen angekündigt und mit allen Teilnehmern abgestimmt.

Vor einiger Zeit wurde mit Einverständnis «**adresse_arzt_patientanrede**» «**Anrede**» «**Vorname mit Umlaut**» «**Nachname mit Umlaut**» 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.

Bitte füllen Sie dazu möglichst umgehend den **beiliegenden Fragebogen** aus. Dies dauert üblicherweise nicht länger als 10 Minuten. Damit wir uns ein vollständiges Bild machen können, ist es sehr wichtig, dass Sie möglichst jede Frage beantworten.

Ihre Angaben werden selbstverständlich entsprechend den Vorgaben des Sozialdatenschutzes verarbeitet und **anonymisiert ausgewertet**. Die Ergebnisse ermöglichen keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen oder Institutionen. Bitte senden Sie uns deshalb den vollständig ausgefüllten Fragebogen ohne dieses Anschreiben zurück. Sie können dazu den frankierten Rückumschlag nutzen, den wir den Befragungsunterlagen beigelegt haben.

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

2. Bei manchen Fragen dürfen aus der Liste der möglichen Antworten mehrere Antworten angegeben werden. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie jeweils alle für Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen.

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 / unbürokratischere Beschaffung der richtigen Hilfsmittel

⋮

3. Manche Fragen sind blockweise angegeben – dann nämlich, wenn sich die Frage auf mehrere Dinge bzw. Aspekte gleichzeitig bezieht: Geben Sie in diesen Fällen bitte für jede Zeile eine Antwort.

Beispiel 3:

Wie zufrieden sind Sie mit ...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
...der Kompetenz des Patientenbegleiters?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...der Kooperation mit dem Patientenbegleiter?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dem Ablauf der Patientenbegleitung allgemein?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sollte in einer Liste von möglichen Antworten keine Nennung auf Sie zutreffen bzw. eine aus Ihrer Sicht passende Antwortmöglichkeit fehlen, haben Sie bei manchen Fragen die Möglichkeit, selbst eine Antwort einzutragen. Kreuzen Sie dazu bitte zunächst die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ an und tragen dann handschriftlich Ihre Antwort auf der dahinter befindlichen Linie ein.

Beispiel 4:

Was waren bei der Behandlung 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/Zuwissicht 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 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 *oder* umständlich
 angenehm *oder* unangenehm
 zu früh *oder* gerade rechtzeitig *oder* 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 beurteilen 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 <u>Kompetenz</u> des Patientenbegleiters?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...der <u>Kooperation</u> mit dem Patientenbegleiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dem <u>Ablauf</u> der Patientenbegleitung allg.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 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/unbürokratischere 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?	<input type="checkbox"/>				
... mit den behandelnden Krankenhaus-Ärzten des Patienten?	<input type="checkbox"/>				
... mit den Angehörigen des Patienten?	<input type="checkbox"/>				
... mit dem betreuenden Krankenhaussozialdienst des Patienten?	<input type="checkbox"/>				
... mit sonstigen (Fach-)Ärzten/Personen/Krankenhäusern/ Einrichtungen/Diensten, die an der Behandlung bzw. Betreuung des Patienten beteiligt waren?	<input type="checkbox"/>				

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 <u>schätzen</u> 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	deutlich verschlechtert	nicht einschätzbar/ nicht relevant
körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität?	<input type="checkbox"/>					
Pflege-/Betreuungsbedarf?	<input type="checkbox"/>					
Fähigkeit, gewohnten Aktivitäten nachzugehen (bspw. Gestaltung des Alltags, Hobbys)?	<input type="checkbox"/>					
Gesundheitsverhalten (bspw. Ernährung, Hygiene, Rauchen, Trinken)?	<input type="checkbox"/>					
psychische Stabilität und seelisches Wohlbefinden?	<input type="checkbox"/>					
sozialen Kontakte und Partnerschaft?	<input type="checkbox"/>					
Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse gegenüber Ärzten und anderen Fachleuten deutlich zu machen?	<input type="checkbox"/>					
Informiertheit über die für seine Gesundheitssituation richtigen Angebote?	<input type="checkbox"/>					
tatsächliche Nutzung vorhandener Gesundheitsangebote und Möglichkeiten der medizinischen Versorgung?	<input type="checkbox"/>					

12. Wie schätzen Sie den derzeitigen 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 der aktuellen Situation 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	<i>nicht einschätzbar</i>
[]	[]	[]	[]	[]	[]

NUN BITTEN WIR SIE NOCH UM EINIGE ALLGEMEINE ANGABEN BZW. EINSCHÄTZUNGEN.

15. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Bosch BKK?

sehr zufrieden	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
[]	[]	[]	[]	[]	[]

16. 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:

17. Wo sehen Sie noch Verbesserungsmöglichkeiten für die Patientenbegleitung?

18. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

An den

Krankenhaus-Sozialdienst

«adresse_kh_institutionsname»

«adresse_kh_anrede» «adresse_kh_vorname» «adresse_kh_name»

«adresse_kh_straßenr»

«adresse_kh_plz» «adresse_kh_ort»

Evaluation der Patientenbegleitung

«adresse_kh_textanrede» «adresse_kh_name»,

im Auftrag der Bosch BKK führen die Katholische Fachhochschule Mainz und ihr Partnerinstitut, die IKJ ProQualitas GmbH, eine **Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung** durch. Eine wesentliche Zielsetzung der Studie ist es, dieses Angebot weiter zu verbessern. Da wir gerade aus den Erfahrungen der Vertragspartner etwas lernen wollen, ist **Ihre Mitwirkung von großer Wichtigkeit**.

Vor einiger Zeit wurde mit Einverständnis «adresse_kh_patientanrede» «**Anrede**» «**VornamemitUmlaut**» «**NachnamemitUmlaut**» 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 von Ihnen beobachteten Ergebnissen waren.

Bitte füllen Sie dazu möglichst umgehend den **beiliegenden Fragebogen** aus. Dies dauert üblicherweise nicht länger als 10 Minuten. Damit wir uns ein vollständiges Bild machen können, ist es sehr wichtig, dass Sie möglichst jede Frage beantworten.

Ihre Angaben werden selbstverständlich entsprechend den Vorgaben des Sozialdatenschutzes verarbeitet und anonymisiert ausgewertet. Die Ergebnisse ermöglichen keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen oder Institutionen. Bitte senden Sie uns deshalb den vollständig ausgefüllten Fragebogen ohne dieses Anschreiben zurück. Sie können dazu den frankierten Rückumschlag nutzen, den wir den Befragungsunterlagen beigelegt haben.

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

2. Bei manchen Fragen dürfen aus der Liste der möglichen Antworten mehrere Antworten angegeben werden. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie jeweils alle für Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen.

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 / unbürokratischere Beschaffung der richtigen Hilfsmittel

⋮

3. Manche Fragen sind blockweise angegeben – dann nämlich, wenn sich die Frage auf mehrere Dinge bzw. Aspekte gleichzeitig bezieht: Geben Sie in diesen Fällen bitte für jede Zeile eine Antwort.

Beispiel 3:

Wie zufrieden sind Sie mit ...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
...der Kompetenz des Patientenbegleiters?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...der Kooperation mit dem Patientenbegleiter?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dem Ablauf der Patientenbegleitung allgemein?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sollte in einer Liste von möglichen Antworten keine Nennung auf Sie zutreffen bzw. eine aus Ihrer Sicht passende Antwortmöglichkeit fehlen, haben Sie bei manchen Fragen die Möglichkeit, selbst eine Antwort einzutragen. Kreuzen Sie dazu bitte zunächst die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ an und tragen dann handschriftlich Ihre Antwort auf der dahinter befindlichen Linie ein.

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/Zuwissicht beim Patienten
- keine Vorteile erkennbar

Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen vollständig!

FRAGEBOGEN

BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN BITTE MÖGLICHT 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 ZUNÄCHST EINIGE ANGABEN ZUM ABLAUF DER PATIENTENBEGLEITUNG.

2. Hatten Sie im Rahmen der Betreuung 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 *oder* umständlich
 angenehm *oder* unangenehm
 zu früh *oder* gerade rechtzeitig *oder* 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 beurteilen 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 <u>Kompetenz</u> des Patientenbegleiters?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...der <u>Kooperation</u> mit dem Patientenbegleiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dem <u>Ablauf</u> der Patientenbegleitung allg.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
- besserer Informationsstand des Patienten hinsichtlich der Gesundheitsangebote
- besserer Informationsstand des Patienten in sozialrechtlichen Fragen
- schnellere/unbürokratischere 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?	<input type="checkbox"/>				
... mit den behandelnden Krankenhaus-Ärzten des Patienten?	<input type="checkbox"/>				
... mit den Angehörigen des Patienten?	<input type="checkbox"/>				
... mit dem Hausarzt des Patienten?	<input type="checkbox"/>				
... mit sonstigen (Fach-)Ärzten/Personen/Krankenhäusern/ Einrichtungen/Diensten, die an der Behandlung bzw. Betreuung des Patienten beteiligt waren?	<input type="checkbox"/>				

BITTE VERGLEICHEN SIE NUN DEN LETZTEN IHNEN BEKANNTEN ZUSTAND DES PATIENTEN (GEWÖHNLICH ZUM ENDE DES KRANKENHAUSAUFENTHALTS) 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 bei dem Patienten beobachtet?

Wie <u>schätzen</u> Sie den letzten Ihnen bekannten Zustand des Patienten im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Patientenbegleitung ein, in Bezug auf seine(n)...	deutlich verbessert	leicht verbessert	unverändert	leicht verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht einschätzbar/ nicht relevant
Informiertheit über die für seine Gesundheitssituation richtigen Angebote?	<input type="checkbox"/>					
tatsächliche Nutzung vorhandener Gesundheitsangebote und Möglichkeiten der medizinischen Versorgung?	<input type="checkbox"/>					
Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse gegenüber Ärzten und anderen Fachleuten deutlich zu machen?	<input type="checkbox"/>					
körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität?	<input type="checkbox"/>					
Pflege-/Betreuungsbedarf?	<input type="checkbox"/>					
Fähigkeit, gewohnten Aktivitäten nachzugehen (bspw. Gestaltung des Alltags, Hobbys)?	<input type="checkbox"/>					
Gesundheitsverhalten (bspw. Ernährung, Hygiene, Rauchen, Trinken)?	<input type="checkbox"/>					
psychische Stabilität und seelisches Wohlbefinden?	<input type="checkbox"/>					
sozialen Kontakte und Partnerschaft?	<input type="checkbox"/>					

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>					

14. Wie gut wurde Ihrer Einschätzung nach dem Patienten durch die Patientenbegleitung geholfen?

sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	<i>nicht einschätzbar</i>
<input type="checkbox"/>					

NUN BITTEN WIR SIE NOCH UM EINIGE ALLGEMEINE ANGABEN BZW. EINSCHÄTZUNGEN.

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
<input type="checkbox"/>					

17. Für wie sinnvoll halten Sie insgesamt das Angebot der Patientenbegleitung?

sehr sinnvoll	sinnvoll	eher sinnvoll	eher nicht sinnvoll	nicht sinnvoll	überhaupt nicht sinnvoll
<input type="checkbox"/>					

... 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!

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.)										
	<i>[1] = sehr stark [2] = stark [3] = wenig [4] = gar nicht [9] = nicht einschätzbar</i>										
		<i>Lenkungsgruppen-Sitzungen</i>					<i>Ärzteversammlungen</i>				
	Informationen zur patientenbezogenen Arbeit (z. B. Erfahrungen zur Effektivität der Fallauswahl)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Informationen zur netzwerkbezogenen Arbeit (z. B. Schwierigkeiten im Informationsfluss)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Informationen zur versorgungsbezogenen Arbeit (z. B. regionale Versorgungslücken)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	sonstige Informationen:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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.)										
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Bedeutung [9] = nicht einschätzbar</i>										
		<i>Lenkungsgruppen-Sitzungen</i>					<i>Ärzteversammlungen</i>				
	Vermittlung allgemeiner Informationen zu BKK-Angeboten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Vermittlung allgemeiner Informationen zur Patientenbegleitung	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Kennenlernen der verschiedenen Netzwerkpartner untereinander	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Entwicklung von Verträgen (ambulant, Krankenhaus)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	inhaltliche Verbesserung der patientenbezogenen Arbeit (z. B. Optimierung der Fallauswahl)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	inhaltliche Verbesserung der netzwerkbezogenen Arbeit (z. B. Erarbeitung standardisierter Informationswege oder gemeinsamer Instrumente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	inhaltliche Verbesserung der versorgungsbezogenen Arbeit (z. B. Schließen regionaler Versorgungslücken, Anpassung von Angeboten)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	sonstige Ziele:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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.)										
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = kein Interesse [9] = nicht einschätzbar</i>										
		<i>Lenkungsgruppen-Sitzungen</i>					<i>Ärzteversammlungen</i>				
	Vermittlung allgemeiner Informationen zu BKK-Angeboten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Vermittlung allgemeiner Informationen zur Patientenbegleitung	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Kennenlernen der verschiedenen Netzwerkpartner untereinander	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Entwicklung von Verträgen (ambulant, Krankenhaus)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	inhaltliche Verbesserung der patientenbezogenen Arbeit (z. B. Optimierung der Fallauswahl)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	inhaltliche Verbesserung der netzwerkbezogenen Arbeit (z. B. Erarbeitung standardisierter Informationswege oder gemeinsamer Instrumente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	inhaltliche Verbesserung der versorgungsbezogenen Arbeit (z. B. Schließen regionaler Versorgungslücken, Anpassung von Angeboten)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	sonstige Ziele:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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 <u>aktuellen</u> Netzwerkpartnern für die einzelfallbezogene Versorgung in Ihrer Region? (Bitte nehmen Sie für jede mögliche Art von Partnern eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)					
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Wirkung [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Fachärzte	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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.)					
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Bedeutung [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Fachärzte	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Krankenhaussozialdienste	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Alten-/Pflegeheime	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Pflegedienste	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Sonstige:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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.)					
	<i>[1] = sehr stark [2] = stark [3] = wenig [4] = gar nicht [9] = nicht einschätzbar</i>					
	formalisierte Netzbildung durch Verträge	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	regelmäßige Arbeitstreffen der Vertragspartner (z. B. Ärzteversammlungen)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	regelmäßiger Austausch der Vertragspartner über Arbeitstreffen hinaus	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	finanzielle Anreize für Netzwerkpartner	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	eigene fachliche Qualifikation	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	fachliche Qualifikation der Patientenbegleiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Qualität/Umfang an Unterstützungsangeboten („Bosch BKK-Produkte“)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	regionaler Marktanteil an Versicherten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Sonstiges:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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.)					
	<i>[1] = sehr gut [2] = gut [3] = schlecht [4] = sehr schlecht [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Regelmäßigkeit des Austauschs mit den Patientenbegleiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Weitergabe relevanter fallbezogener Informationen durch die Patientenbegleiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Weitergabe relevanter fallübergreifender Informationen durch die Patientenbegleiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Umsetzung von Vorgaben zur fallbezogenen Arbeit durch die Patientenbegleiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	allgemeine Zufriedenheit mit der internen Zusammenarbeit mit den Patientenbegleiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Sonstiges:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

16	Wie beurteilen Sie die folgenden Struktur- bzw. Prozessmerkmale Ihres persönlichen Arbeitsumfeldes? (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung <u>zu allen</u> unten aufgeführten Aspekten anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)					
	<i>[1] = sehr gut [2] = gut [3] = schlecht [4] = sehr schlecht [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Eindeutigkeit der Zuständigkeiten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Möglichkeit zu selbstständigem Arbeiten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Weitergabe relevanter Informationen durch andere Mitarbeiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Effektivität institutionalisierter Arbeitsforen (z. B. Teambesprechungen)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Räumliche Gegebenheiten insgesamt (z. B. Atmosphäre, technische Ausstattung, Platzangebot)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Zusammenarbeit mit anderen Gebietsbevollmächtigten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Zufriedenheit mit dem Arbeitsumfeld insgesamt	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	

17	Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Fortbildungsbedarf im Zusammenhang mit der Netzwerkarbeit im Rahmen der Patientenbegleitung ein? (Bitte nehmen Sie <u>für jeden</u> möglichen Themenbereich eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)					
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = kein Bedarf [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Kommunikation	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Verhandlungsführung	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	„Verhalten“ von Netzwerken (z. B. Phasen)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Analyse und Beurteilung von Struktur und Qualität von Netzwerken	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Potenzial von Netzwerken	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Sonstiges:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	

23	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!)				
				
				
				

18	Erhebungsdatum			/			/		
----	-----------------------	--	--	---	--	--	---	--	--

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

BOSCH BKK – EVALUATION DER PATIENTENBEGLEITUNG STRUKTURBOGEN ÄRZTE/KRANKENHAUS-VERTRETER

1	Regionalcode (1.-3. Stelle der PLZ des Arbeitsortes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Beruf/Arbeitsplatz			
	1 = niedergelassener Hausarzt (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)			
	2 = niedergelassener Facharzt			
	3 = KH-Vertreter, Tätigkeitsbereich:			
	4 = Sonstiges:	<input type="text"/>		
3	An wie vielen Treffen/Versammlungen der Bosch BKK haben Sie bislang teilgenommen?			
	Lenkungsgruppen-Sitzungen (0 = keine; 9 = unbekannt)	<input type="text"/>		
	Ärzteversammlungen (0 = keine; 9 = unbekannt)	<input type="text"/>		
4	Wie hoch war für Sie die Bedeutung der folgenden Zielbereiche für die bisher stattgefundenen Lenkungsgruppen-Sitzungen der Bosch BKK? (Bitte nehmen Sie <u>für jede</u> mögliche Art von Zielen eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)			
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Bedeutung [9] = nicht einschätzbar</i>			
	Vermittlung allgemeiner Informationen zu BKK-Angeboten	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>
		<i>[4]</i>	<i>[9]</i>	
	Vermittlung allgemeiner Informationen zur Patientenbegleitung	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>
		<i>[4]</i>	<i>[9]</i>	
	Kennenlernen der verschiedenen Netzwerkpartner untereinander	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>
		<i>[4]</i>	<i>[9]</i>	
	Entwicklung von Verträgen (ambulant, Krankenhaus)	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>
		<i>[4]</i>	<i>[9]</i>	
	inhaltliche Verbesserung der patientenbezogenen Arbeit (z. B. Optimierung der Fallauswahl)	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>
		<i>[4]</i>	<i>[9]</i>	
	inhaltliche Verbesserung der netzwerkbezogenen Arbeit (z. B. Erarbeitung standardisierter Informationswege oder gemeinsamer Instrumente)	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>
		<i>[4]</i>	<i>[9]</i>	
	inhaltliche Verbesserung der versorgungsbezogenen Arbeit (z. B. Schließen regionaler Versorgungslücken, Anpassung von Angeboten)	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>
		<i>[4]</i>	<i>[9]</i>	
5	Welche weiteren Ziele sollten aus Ihrer Sicht bei den Lenkungsgruppen-Sitzungen der Bosch BKK verfolgt werden? (An dieser Stelle können Sie alle <u>für Sie persönlich</u> bedeutsamen Ziele benennen!)			
			
			
			

6	Wie hoch war für Sie die Bedeutung der folgenden Zielbereiche für die bisher stattgefundenen Ärzteversammlungen der Bosch BKK? (Bitte nehmen Sie für jede mögliche Art von Zielen eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)					
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Bedeutung [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Vermittlung allgemeiner Informationen zu BKK-Angeboten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Vermittlung allgemeiner Informationen zur Patientenbegleitung	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Kennenlernen der verschiedenen Netzwerkpartner untereinander	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Entwicklung von Verträgen (ambulant, Krankenhaus)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	inhaltliche Verbesserung der patientenbezogenen Arbeit (z. B. Optimierung der Fallauswahl)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	inhaltliche Verbesserung der netzwerkbezogenen Arbeit (z. B. Erarbeitung standardisierter Informationswege oder gemeinsamer Instrumente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
inhaltliche Verbesserung der versorgungsbezogenen Arbeit (z. B. Schließen regionaler Versorgungslücken, Anpassung von Angeboten)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	
7	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!)					
					
					

8	Wie gut ist aus Ihrer Sicht Ihre <u>aktuelle</u> Zusammenarbeit mit der Bosch BKK? (Bitte nehmen Sie für jede unten aufgeführte Nennung eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)					
	<i>[1] = sehr gut [2] = gut [3] = schlecht [4] = sehr schlecht [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Patientenbegleiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Gebietsbevollmächtigte	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	weitere Sachbearbeiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Bosch BKK insgesamt	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	

9	Wie gut ist aus Ihrer Sicht Ihre <u>aktuelle</u> Zusammenarbeit mit anderen Personengruppen/Institutionen des Gesundheitswesens? (Bitte nehmen Sie für jede unten benannte Personengruppe/Institution eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)					
	<i>[1] = sehr gut [2] = gut [3] = schlecht [4] = sehr schlecht [9] = nicht einschätzbar</i>					
	niedergelassene Hausärzte (Allgemeinmediziner)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	niedergelassene Fachärzte	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Krankenhaussozialdienste	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Alten-/Pflegeheime	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Pflegedienste	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	andere Krankenkassen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Sonstige:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

10	Wie hoch ist aus Ihrer Sicht die Bedeutung der vertraglichen Kooperationsform für Ihre Zusammenarbeit mit folgenden Personengruppen/Institutionen? (Bitte nehmen Sie für jede mögliche Art von Partnern eine Schätzung anhand der folgenden Skalierung vor.)					
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Bedeutung [9] = nicht einschätzbar</i>					
	niedergelassene Hausärzte (Allgemeinmediziner)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	niedergelassene Fachärzte	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Krankenhaussozialdienste	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Alten-/Pflegeheime	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Pflegedienste	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Bosch BKK	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	andere Krankenkassen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Sonstige:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

11	Welche Bedeutung hat die Vernetzung, die über die vertragliche Kooperation mit der Bosch BKK zustande 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 folgenden Skalierung vor.)																		
	<i>[1] = sehr viel [2] = viel [3] = wenig [4] = gar nicht [9] = nicht einschätzbar</i>																		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">regelmäßige Lenkungsgruppen-Sitzungen</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>regelmäßige Ärzteversammlungen</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>regelmäßiger Austausch der Vertragspartner über Arbeitstreffen hinaus</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>finanzielle Anreize für Netzwerkpartner</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>fachliche Qualifikation der Gebietsbevollmächtigten</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>fachliche Qualifikation der Patientenbegleiter/innen</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>regionaler Marktanteil der Bosch BKK an Versicherten</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> </table>	regelmäßige Lenkungsgruppen-Sitzungen	[1] [2] [3] [4] [9]	regelmäßige Ärzteversammlungen	[1] [2] [3] [4] [9]	regelmäßiger Austausch der Vertragspartner über Arbeitstreffen hinaus	[1] [2] [3] [4] [9]	persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander	[1] [2] [3] [4] [9]	finanzielle Anreize für Netzwerkpartner	[1] [2] [3] [4] [9]	fachliche Qualifikation der Gebietsbevollmächtigten	[1] [2] [3] [4] [9]	fachliche Qualifikation der Patientenbegleiter/innen	[1] [2] [3] [4] [9]	regionaler Marktanteil der Bosch BKK an Versicherten	[1] [2] [3] [4] [9]	Sonstiges:	[1] [2] [3] [4] [9]
regelmäßige Lenkungsgruppen-Sitzungen	[1] [2] [3] [4] [9]																		
regelmäßige Ärzteversammlungen	[1] [2] [3] [4] [9]																		
regelmäßiger Austausch der Vertragspartner über Arbeitstreffen hinaus	[1] [2] [3] [4] [9]																		
persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander	[1] [2] [3] [4] [9]																		
finanzielle Anreize für Netzwerkpartner	[1] [2] [3] [4] [9]																		
fachliche Qualifikation der Gebietsbevollmächtigten	[1] [2] [3] [4] [9]																		
fachliche Qualifikation der Patientenbegleiter/innen	[1] [2] [3] [4] [9]																		
regionaler Marktanteil der Bosch BKK an Versicherten	[1] [2] [3] [4] [9]																		
Sonstiges:	[1] [2] [3] [4] [9]																		

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 Patientenbegleitung 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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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)			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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)			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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)			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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.)				
	<i>[1] = sehr oft/immer [2] = oft [3] = selten [4] = nie [9] = nicht einschätzbar</i>				
	Informationsaustausch/Beratung mit BKK-Mitarbeitern	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Fallkonferenzen	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Patientenbegleiter-Workshops	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Abstimmung mit Gebietsbevollmächtigter/m	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Abstimmung mit Verwaltung/EDV	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Sonstiges:	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
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.)				
	<i>[1] = sehr oft/immer [2] = oft [3] = selten [4] = nie [9] = nicht einschätzbar</i>				
	Informationsaustausch/Beratung mit BKK-Mitarbeitern	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Fallkonferenzen	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Patientenbegleiter-Workshops	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Abstimmung mit Gebietsbevollmächtigter/m	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Abstimmung mit Verwaltung/EDV	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>
	Sonstiges:	<i>[1]</i>	<i>[2]</i>	<i>[3]</i>	<i>[4]</i> <i>[9]</i>

8	Wie hoch schätzen Sie den Nutzen durch diese Abstimmungsprozesse für Ihre Arbeit mit Patienten ein? (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)					
	<i>[1] = sehr oft/immer [2] = oft [3] = selten [4] = nie [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Informationsaustausch/Beratung mit BKK-Mitarbeitern	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Fallkonferenzen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Patientenbegleiter-Workshops	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Abstimmung mit Gebietsbevollmächtigter/m	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Abstimmung mit Verwaltung/EDV	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Sonstiges:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	

9	Wie hoch schätzen Sie den Nutzen durch diese Abstimmungsprozesse für Ihre Arbeit mit Netzwerkpartnern ein? (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)					
	<i>[1] = sehr oft/immer [2] = oft [3] = selten [4] = nie [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Informationsaustausch/Beratung mit BKK-Mitarbeitern	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Fallkonferenzen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Patientenbegleiter-Workshops	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Abstimmung mit Gebietsbevollmächtigter/m	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Abstimmung mit Verwaltung/EDV	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Sonstiges:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]	

10	Wie beurteilen Sie die nachfolgend genannten Aspekte der internen Zusammenarbeit mit der/dem Gebietsbevollmächtigten in Ihrer Region? (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)					
	<i>[1] = sehr gut [2] = gut [3] = schlecht [4] = sehr schlecht [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Regelmäßigkeit des Austauschs mit der/dem Gebietsbevollmächtigten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Weitergabe relevanter Informationen durch die/den Gebietsbevollmächtigten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Unterstützung in der fallbez. Arbeit durch die/den Gebietsbevollmächtigte(n)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Wertschätzung der Arbeit bzw. Feedback durch die/den Gebietsbevollm.	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	allg. Zufriedenheit mit der int. Zusammenarbeit mit der/dem Gebietsbevollm.	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

11	Wie beurteilen Sie die nachfolgend genannten weiteren Aspekte Ihres Arbeitsumfeldes? (Bitte treffen Sie Ihre persönliche Einschätzung anhand der folgenden Skala und kreuzen Sie den entsprechenden Wert an.)					
	<i>[1] = sehr gut [2] = gut [3] = schlecht [4] = sehr schlecht [9] = nicht einschätzbar</i>					
	Eindeutigkeit der Zuständigkeiten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Möglichkeit zu selbstständigem Arbeiten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Weitergabe relevanter Informationen durch andere Mitarbeiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Effektivität institutionalisierter Arbeitsforen (z. B. Fallkonferenzen, PB-Workshops)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Räumliche Gegebenheiten insgesamt (z. B. Atmosphäre, technische Ausstattung, Platzangebot)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Zusammenarbeit mit anderen Patientenbegleiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Zusammenarbeit mit der fachlichen Leitung	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Integration der Patientenbegleitungsarbeit innerhalb der Bosch BKK	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Zufriedenheit mit dem Arbeitsumfeld insgesamt	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

12	Sehen Sie für Ihre Arbeit im Rahmen der Patientenbegleitung einen Bedarf an Supervision?	
	1 = ja 2 = nein	<input type="checkbox"/>
Falls ja, in welcher Form sollte diese stattfinden? (Mehrfachantworten sind möglich.)		
	telefonisch	<input type="checkbox"/>
	persönlich	<input type="checkbox"/>
	einzel	<input type="checkbox"/>
	in der Gruppe	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden bitten wir Sie, einige Fragen zur Wirksamkeit der vertraglichen Kooperation innerhalb Ihres Arbeitsbereichs zu beantworten.

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.)					
	<i>[1] = sehr stark [2] = stark [3] = wenig [4] = gar nicht [9] = nicht einschätzbar</i>					
	formalisierte Netzwerkbildung durch Verträge	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	regelmäßige Arbeitstreffen der Vertragspartner (z. B. Ärzteversammlungen)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	regelmäßiger Austausch der Vertragspartner über Arbeitstreffen hinaus	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	finanzielle Anreize für Netzwerkpartner	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	fachliche Qualifikation der Gebietsbevollmächtigten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	eigene fachliche Qualifikation	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Qualität/Umfang an Unterstützungsangeboten („Bosch BKK-Produkte“)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	regionaler Marktanteil an Versicherten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Sonstiges:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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.)					
	<i>[1] = sehr stark [2] = stark [3] = wenig [4] = gar nicht [9] = nicht einschätzbar</i>					
	formalisierte Netzwerkbildung durch Verträge	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	regelmäßige Arbeitstreffen der Vertragspartner (z. B. Ärzteversammlungen)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	regelmäßiger Austausch der Vertragspartner über Arbeitstreffen hinaus	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	persönliche Beziehung der Netzwerkpartner untereinander	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	finanzielle Anreize für Netzwerkpartner	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	eigene fachliche Qualifikation	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	fachliche Qualifikation der Patientenbegleiter/innen	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Qualität/Umfang an Unterstützungsangeboten („Bosch BKK-Produkte“)	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	regionaler Marktanteil an Versicherten	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Sonstiges:	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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.)						
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Wirkung</i>		<i>[8] = nicht relevant/keine Kooperation</i>		<i>[9] = nicht einschätzbar</i>		
	Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Fachärzte	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Krankenhaussozialdienste	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Alten-/Pflegeheime	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Pflegedienste	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
	Sonstige:	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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.

	Kooperation	selbst aktiv
Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)		
Fachärzte		
Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)		
Sonstige:		

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.)

[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Wirkung [8] = nicht relevant/keine Kooperation [9] = nicht einschätzbar

Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Fachärzte	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Sonstige:	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

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.)

[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Wirkung [8] = nicht relevant/keine Kooperation [9] = nicht einschätzbar

Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Fachärzte	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]
Sonstige:	[8]	[1]	[2]	[3]	[4]	[9]

19 **Mit welchen Partnern, die nicht Bestandteil der vertraglich vereinbarten Netzwerkes sind, kooperieren Sie im Einzelfall?** (Bitte nehmen Sie eine möglichst genaue Schätzung für alle vorhandenen Arten von Partnern vor.)

entfällt, keine Kooperation außerhalb des formalen Netzwerks

	Anzahl
Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)	
Fachärzte	
Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	
Krankenhaussozialdienste	
Alten-/Pflegeheime	
Pflegedienste	
Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)	
Sonstige:	

20	Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der einzelfallbezogenen Kooperation mit den verschiedenen <u>nicht im formalen Netzwerk organisierten</u> 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.)																
	<i>[1] = sehr hoch [2] = hoch [3] = gering [4] = ohne Wirkung [9] = nicht einschätzbar</i>																
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>Fachärzte</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>Krankenhaussozialdienste</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>Alten-/Pflegeheime</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>Pflegedienste</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: right;">[1] [2] [3] [4] [9]</td> </tr> </table>	Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)	[1] [2] [3] [4] [9]	Fachärzte	[1] [2] [3] [4] [9]	Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	[1] [2] [3] [4] [9]	Krankenhaussozialdienste	[1] [2] [3] [4] [9]	Alten-/Pflegeheime	[1] [2] [3] [4] [9]	Pflegedienste	[1] [2] [3] [4] [9]	Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)	[1] [2] [3] [4] [9]	Sonstiges:	[1] [2] [3] [4] [9]
Hausärzte (Allgemeinmed., hausärztl. tätiger Internist oder Praktischer Arzt)	[1] [2] [3] [4] [9]																
Fachärzte	[1] [2] [3] [4] [9]																
Krankenhäuser (Ärzte, medizinisches Personal)	[1] [2] [3] [4] [9]																
Krankenhaussozialdienste	[1] [2] [3] [4] [9]																
Alten-/Pflegeheime	[1] [2] [3] [4] [9]																
Pflegedienste	[1] [2] [3] [4] [9]																
Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Kliniken o. Ä.)	[1] [2] [3] [4] [9]																
Sonstiges:	[1] [2] [3] [4] [9]																

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Kooperation der formalen Netzwerkpartner untereinander.

21	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 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

22	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 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

23	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 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

24	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!)

25	Erhebungsdatum			/			/		
-----------	-----------------------	--	--	---	--	--	---	--	--

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!