

Konsortialführung:	Gesundheit für Billstedt/Horn UG (GfBH UG)
Förderkennzeichen:	01NVF16025
Akronym:	INVEST Billstedt/Horn
Projekttitel:	Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen
Autor	Alexander Fischer
Förderzeitraum:	1. Januar 2017 – 30. September 2020

1. Zusammenfassung.....	2
2. Beteiligte Projektpartner	3
3. Einleitung	4
4. Projektdurchführung	6
5. Methodik	17
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	23
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung	32
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	34
9. Literatur.....	37
10. Anlagen.....	39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektstruktur INVEST Billstedt/Horn (Eigene Darstellung).....	6
Abbildung 2: Regionales, sektorenübergreifendes Netzwerk GfBH mit Gesundheitskiosk (Eigene Darstellung)	8
Abbildung 3: Gesundheitskiosk: Zugangswege und Leistungen (Eigene Darstellung).....	11
Abbildung 4: Versorgungsmanagement für vulnerable Patientengruppen (Eigene Darstellung)	14
Abbildung 5: ASK-Rate der Kontrollgruppe zur Interventionsgruppe im Vergleich 2015 -2020 aus TS 5 (Darstellung Evaluationsbericht, Anlage 1)	25
Abbildung 6: Gründe der Inanspruchnahme des Gesundheitskiosks (Darstellung Evaluationsbericht, Anlage 1)	26
Abbildung 7: Bewertung der Leistungen im Gesundheitskiosk (N=263) (Darstellung Evaluationsbericht, Anlage 1)	28
Abbildung 8: Ergebnisse der Befragung der Kooperations- und Leistungspartner:innen aus TS 6 (eigene Darstellung in Anlehnung an Evaluationsbericht , Anlage 1)	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Projektstruktur und der beteiligten Projektpartner (Eigene Darstellung)	3
Tabelle 2: Übersicht der Interventionsfelder und deren Komponenten (Eigene Darstellung).....	7
Tabelle 3: Leitfragen der Evaluation und Teilstudiengliederung	19
Tabelle 4: Zielvariablen, Datenquellen, Erhebungsinstrumente der Evaluation und TS 1-7.....	21
Tabelle 5: Studiendesign, Studienpopulation, Matching / Datenlinkage, Auswertungsstrategien	23
Tabelle 6: Mittelwert und Standardabweichung in Klammern GKV-Routinedaten der DAK-G, BARMER, AOK R/H.....	27
Tabelle 7: Übersicht der Presseveröffentlichungen sowie Pressemitteilungen	37

1. Zusammenfassung

Die neue Versorgungsform (NVF) INVEST Billstedt/Horn ist zum unverzichtbaren Stützpfeiler der regionalen Gesundheitsversorgung gewachsen, der bundesweit erste Gesundheitskiosk ist heute aus der gesundheitlichen Versorgung in Hamburgs Osten nicht mehr wegzudenken. 3.600 zufriedene Patient:innen, mehr als 140 engagierte Netzwerkakteur:innen aus dem Sozialraum. Kooperation mit 4 Krankenhäusern und 12 ambulanten sowie stationären Pflegeeinrichtungen. 61 Ärzt:innen im Ärztenetz. Mehr als 10.000 Beratungen im Gesundheitskiosk. Das HCHE der Universität Hamburg kommt in seinem Evaluationsbericht zu dem Ergebnis: „Auf Basis der bisherigen Evaluationsergebnisse empfehlen die Evaluator:innen daher, die NVF INVEST in die Regelversorgung zu überführen.“

Es ist aus vielen Studien bekannt, dass Menschen mit niedrigem sozialem Status, geringerem Bildungsniveau und minderer beruflicher Stellung vermehrt von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen sind. Sie schätzen ihre eigene Gesundheit und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein. Defizite in der Gesundheitskompetenz und in den Versorgungsstrukturen, systematische Unterversorgung und höhere Versorgungskosten beschreiben die individuellen und strukturellen Probleme der Stadtteile Billstedt/Horn, den sich INVEST angenommen hat.

Es benötigte nur knapp drei Jahre, um zu dokumentieren, dass die Implementierung des Modells einer Integrierten Gesundheitlichen Vollversorgung in Billstedt/Horn (INVEST) messbare Verbesserungen der Gesundheitsversorgung in einem deprivierten Stadtteil bewirkt. Die Befragungen im Rahmen der Evaluation haben ergeben: Die gesundheitliche und ärztliche Versorgung in Billstedt und Horn wird im Vergleich zur Ausgangslage als verbessert wahrgenommen. Zu einem verbesserten Zugang zur Gesundheitsversorgung hat die Einrichtung des Gesundheitskiosks beigetragen, indem dieser von den niedergelassenen Ärzt:innen und Social Care Einrichtungen in die Gesundheitsversorgung integriert wurde, konnte eine steigende Anzahl ambulanter Arztbesuche bei gleichzeitigem Rückgang der ASK-Rate der Versicherten nachgewiesen werden. Gleichzeitig führte INVEST zu einer deutlich größeren Vernetzung und Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen der Gesundheitsversorgung. Damit konnten wesentliche, für die neue Versorgungsform INVEST Billstedt/Horn definierte Zielvorstellungen eingelöst werden. Ausgangspunkt war die Formulierung von vier Zielen für deprivierte Großstadtregionen, die auf die Verbesserungen der Chancengleichheit, der Patientenerfahrungen, Wirtschaftlichkeit sowie Vernetzung und Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen abzielen. Damit verbunden wurden drei wesentliche Interventionsfelder umgesetzt:

- die Etablierung eines regionalen Gesundheitsnetzwerks,
- die Einrichtung von Gesundheitskiosken sowie
- die koordinierte Versorgung für vulnerable Patient:innen.

Mit den Standorten Billstedt und Mümmelmansberg sind zwei effektiv arbeitende Gesundheitskioske etabliert, das funktionierende Netzwerk sichert deren Einbindung in die medizinische Versorgung und in den Sozialraum. Rund 130 Presseveröffentlichungen in den Allgemeinen und Fachmedien haben dazu beigetragen, die neue Versorgungsform INVEST Billstedt/Horn bundesweit bekannt zu machen.

2. Beteiligte Projektpartner

Einrichtung / Institut	Projektleitung / Ansprechpartner	Verantwortlichkeiten
Konsortialführung		
Gesundheit für Billstedt/ Horn UG (GfBH)	Alexander Fischer	<ul style="list-style-type: none"> • Projektleitung • Netzwerkmanagement und strategische Steuerung • Operative Umsetzung und Steuerungscontrolling der Interventionen • Wirtschaftliche Steuerung des Projekts • Auftragskoordination und Projektdokumentation
Konsortialpartner		
AOK Rheinland/Hamburg	Matthias Mohrmann Dr. med. Simon Loeser	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativer Austausch • Erweiterung des Leistungsangebots für Versicherte in Billstedt/Horn • Vertragspartner nach § 140a SGB V • Datenlieferung zur Analyse der regionalen Versorgungsprobleme • Datenlieferung zur Evaluation der Teilstudien 2 bis 5
BARMER	Frank Liedtke Sophie Rabe	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativer Austausch • Erweiterung des Leistungsangebots für Versicherte in Billstedt/Horn • Datenlieferung zur Evaluation der Teilstudien 2 bis 5
Connected-health.eu GmbH	Dr. med. Johannes Jacubeit	<ul style="list-style-type: none"> • Implementierung der mHealth Anwendung LifeTime in ausgewählten Praxen des Ärztenetz Billstedt/Horn e.V.
DAK Gesundheit	Katrin Schmieder Beate Behm	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativer Austausch • Erweiterung des Leistungsangebots für Versicherte in Billstedt/Horn • Datenlieferung zur Evaluation der Teilstudien 2 bis 5
Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE)	Prof. Dr. med. Martin Scherer Dr. Thomas Zimmermann	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung und Supervision der Pflegekräfte im Gesundheitskiosk sowie des Praxispersonals des Ärztenetz Billstedt/Horn e.V.
OptiMedis AG	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	<ul style="list-style-type: none"> • Datengestützte Versorgungsanalyse • Erstellung von Versorgungskonzepten
Universität Hamburg Hamburg Center for Health Economics (HCHE)	Prof. Dr. Jonas Schreyögg Prof. Dr. Eva-Maria Wild	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation der Neuen Versorgungsform (NVF) INVEST
Kooperationspartner		
27 Arztpraxen (Ärztenetz Billstedt/Horn e.V.)		<ul style="list-style-type: none"> • Konzeption und Umsetzung der Versorgungsprogramme • Beratung zu medizinischen Fragen durch Ärztlichen Beirat • Leistungen der Sozialanamnese und Zielvereinbarung mit Patienten:innen • Überweisung von Patienten an den Gesundheitskiosk zum Case- und Caremanagement • Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Förderung von Kooperation und Koordination
3 Krankenhäuser		<ul style="list-style-type: none"> • Poststationäre Anbindung an den Gesundheitskiosk zur Vermeidung von vermeidbaren Wiedereinweisungen • Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Förderung von Kooperation und Koordination • Stationäre Versorgungskordinator:innen zur Identifizierung von vulnerablen Patienten:innen • Verbesserung der Koordination zwischen den Sektoren und dem Gesundheitskiosk
12 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen		<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Visiten zur Versorgung chronischer Wunden • Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Förderung von Kooperation und Koordination • Teilnahme an und Umsetzung der Versorgungsprogramme zur Reduzierung vermeidbarer Krankenhauseinweisungen
102 soziale Einrichtungen		<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Kurs- und Beratungsangeboten im Gesundheitskiosk • Vermittlung der Bewohner:innen an den Gesundheitskiosk sowie Vermittlung vom Gesundheitskiosk zur Anbindung der Patient:innen an lokale Anbieter:innen der Social Care • Teilnahme an der Hilfe-Finden-Datenbank des Gesundheitskiosks zur Vermittlung von Bewohner:innen im „sozialen“ Netzwerk

Tabelle 1: Übersicht der Projektstruktur und der beteiligten Projektpartner (Eigene Darstellung)

3. Einleitung

Problemhintergrund und Ausgangslage des Projekts: In der Bundesrepublik Deutschland wird der Bevölkerung/Population über umfassende Systeme der sozialen Sicherung und der medizinischen Versorgung eine breite soziale Sicherung angeboten. Es gibt dennoch erhebliche soziale Ungleichheiten, die sich auch in der Gesundheit und Lebenserwartung in Bevölkerungsgruppen widerspiegeln.

Aus vielen Studien ist hinlänglich bekannt, dass Menschen mit niedrigem sozialen Status, geringerem Bildungsniveau und minderer beruflicher Stellung vermehrt von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen sind (1–3). Zudem schätzen sie ihre eigene Gesundheit und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein. Diese Faktoren sind mit einem erhöhten vorzeitigen Sterberisiko verbunden. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen kumulieren dabei in abgegrenzten urbanen Regionen.

Die Hamburger Stadtteile Billstedt und Horn gehören zu den Einkommen-niedrigsten Stadtteilen der Hansestadt; das Durchschnittseinkommen in Billstedt beträgt 23.247 Euro, in Horn 21.685 Euro. Damit liegen die Stadtteile Billstedt 40,5 % und Horn 44,5 % unter dem Hamburger Durchschnitt von 39.054 Euro. Die genannten Stadtteile weisen eine überdurchschnittlich hohe Anzahl sozioökonomisch benachteiligter Bewohner wie z. B. Arbeitslose, ALG-II-Empfänger:innen, Migrant:innen, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, 40% der Kinder unter 15 Jahren wachsen in Mindestsicherung auf; Menschen mit niedrigeren Schulabschlüssen (4).

Defizite in der Gesundheitskompetenz: Es ist vielfach belegt, dass aus diesen Lebensformen die gesundheitlichen Folgen schwerwiegend und andauernd sind. Viele chronische, somatische und psychische Erkrankungen treten in der heterogenen Bevölkerung der Stadtteile Billstedt und Horn im Vergleich zu wohlhabenderen Stadtteilen in Hamburg zeitlich früher und in der Anzahl häufiger auf. Fehlendes Gesundheitswissen und Schwierigkeiten im persönlichen Selbstmanagement bei diesen Bürger:innen begünstigen riskante Verhaltensweisen und führen zu einer kontinuierlichen Verschlechterung chronischer Erkrankungen wie Diabetes, Asthma, COPD (chronic obstructive pulmonary disease) oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erleben für sich persönlich die Hürden, gesundheitsrelevante Informationen selbständig zu finden, zu verstehen, auf sich einzuschätzen und erfolgreich umzusetzen. Keine und/oder nur sehr eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse und ein geringer persönlicher deutscher Wortschatz sind weitere Verständigungsbarrieren und führen zu Problemen in der Kommunikation u. a. zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Mangelndes Vertrauen und eine nur rudimentäre Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind eine Folge. So entstehen auch Akzeptanz-Konflikte zwischen Patient:innen und Ärzt:innen, wenn letztere nicht genügend Zeit in der ambulanten Betreuung für Beratungsgespräche aufbringen können, Patient:innen es unausgesprochen sich wünschen/erwarten (5).

Defizite in den Versorgungsstrukturen: Verschärft werden die Probleme durch zahlenmäßig geringe Ärzt:innenzahlen in der medizinischen Versorgung (inverse care law (6)) in Billstedt und Horn und ein ständig sich ausweitender Facharztmangel kennzeichnen das Versorgungsbild (4). Ärzt:innen nehmen dabei Arbeitsbedingungen auf sich, wie z. B. die überproportional hohe Anzahl an Patient:innen, ein individuell hohes Arbeitspensum, unzureichende Patient:innen-Termin-treue, ein geringer Anteil privatversicherter Patient:innen, sprachliche Vielfalt bei den Patient:innen, der man als einzelne/r Ärzt:in nicht gerecht werden kann. Eine weitere Folge: Immer mehr Patient:innen nehmen Versorgungsangebote wie zum Beispiel stationäre Notaufnahmen in Anspruch, obwohl diese aus medizinischer Sicht nicht erforderlich sind und für die meisten „Krankheitsbilder“ inadäquat und wirtschaftlich zu teuer sind (5).

Systematische Unterversorgung: Die fachlich immer breiteren und in der Anzahl größer werdenden Leistungsangebote in der medizinischen Versorgung kommen sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nicht in dem Maße, wie es nötig ist, zu. Die Diskrepanz zwischen empfohlener Versorgung und der Versorgungsrealität, die international als Gaps in Care bezeichnet werden, führen zu einer systematischen Unterversorgung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (7).

Versorgungskosten: Die dargestellten Probleme in der Gesundheitsversorgung führen zu erhöhten Versorgungskosten und ständig steigendem Finanzaufwand für die Krankenkassen; z. B. für die AOK Rheinland/Hamburg jährlich 2,2 Mio. Euro an zusätzlichen Kosten im Vergleich zu den Kosten im Rest von Hamburg. Für die 49.365 AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK-G Versicherten in Billstedt und Horn entstehen jährlich ca. 160 Euro Mehrkosten pro Versicherten im Vergleich zu den Kosten im Rest von Hamburg (siehe Evaluationsbericht, Anlage 1).

Ziele und Fragestellungen:

Abgeleitet aus den identifizierten Aufgabenfeldern ergeben sich folgende Ziele der NVF:
(orientiert am Quadrupel Aim-Modell (8))

1. Verbesserung der gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung,
2. Verbesserung der Patientenerfahrungen und Erhöhung der Patientenzufriedenheit,
3. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung,
4. Verbesserung der Vernetzung und Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn.

Aus den genannten Zielen leiten sich folgende Fragestellungen ab:

- Führt der Aufbau eines regionalen Gesundheitsnetzwerks
 - zu einer Verbesserung der Kosteneffektivität durch die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung der Population in Billstedt/Horn?
 - zu einer Reduzierung der ambulant sensitiven Krankenhausfälle (ASK) der Population in Billstedt/Horn?
 - zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen?
- Führt der Aufbau von Gesundheitskiosken
 - zur Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitssystem für die Bevölkerung?
 - zu einer besseren Gesundheitskompetenz der Bevölkerung?
 - zur Vernetzung von Mediziner Versorgung und Gemeinwesen/Social Care?
- Führt eine stärkere Ausrichtung der Versorgung auf vulnerable Personengruppen
 - zu einer Minimierung der Über-, Unter- und Fehlversorgung, um die Kosteneffektivität eingeschriebener Versicherter zu erhöhen?
 - zu einer Erhöhung der Patient:innenaktivierung der eingeschriebenen Versicherten?
 - zu einer Erhöhung der Zufriedenheit der eingeschriebenen Patient:innen?

Projektstruktur

Abbildung 1 und die Tabelle 1 visualisieren die organisationale Projektstruktur der NVF.

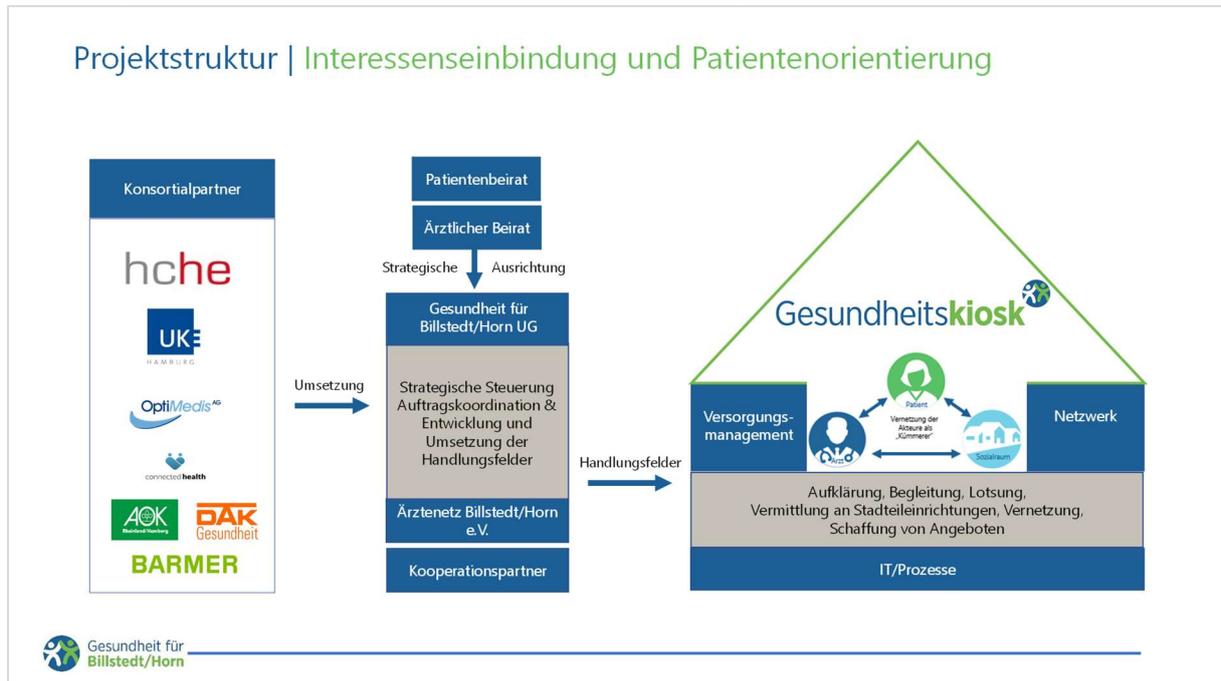


Abbildung 1: Projektstruktur INVEST Billstedt/Horn (Eigene Darstellung)

4. Projektdurchführung

Die Projektaufgabe ist eine neue Versorgungsform zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Chancen-Ungleichheit zu erarbeiten und umzusetzen.

4.1. Neue Versorgungsform

Die NVF versteht sich als ein regionales, integriertes, vernetzendes und populationsorientiertes Versorgungsmodell mit dem Fokus auf Prävention sowie Gesundheitsförderung und -erhaltung. Die drei wesentlichen Interventionsfelder/ Komponenten sind:

- die Etablierung eines regionalen Gesundheitsnetzwerks,
- die Einrichtung von Gesundheitskiosken und
- die koordinierte Versorgung für vulnerable/chronische Patient:innen.

Übersicht hierzu in folgender Tabelle 2:

A) Regionales, sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk	
Teilziele	
<ul style="list-style-type: none"> Reduzierung der ambulant sensitiven Krankenhausfälle (ASK) der Population Billstedt/Horn Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung der Population Billstedt/Horn Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen 	
Zielgruppe	
<ul style="list-style-type: none"> Leistungserbringer:innen, Teilgruppen sind u.a. Akteur:innen <ul style="list-style-type: none"> der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung, der stationären Versorgung (Krankenhäuser), der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, 	

<ul style="list-style-type: none"> ○ der sozialen (Stadtteil-)Einrichtungen sowie ○ die neu etablierten Gesundheitskioske.
Maßnahmen/ Elemente
<ol style="list-style-type: none"> 1. Regionaler Netzwerkmanager und Kooperationsverträge 2. Interdisziplinäre Qualitätszirkel, Fortbildungen und Fallbesprechungen 3. Zentrale e-Patientenakte (ePA)
B) Gesundheitskiosk als „Point-of-Care“ im Stadtteil
Teilziele
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung • Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung • Vernetzung von Medizin und Sozialraum/Social Care
Zielgruppe
<ul style="list-style-type: none"> • Gesamte Bevölkerung von Billstedt/ Horn, insb. <ul style="list-style-type: none"> ○ vulnerable Personengruppen z. B. ○ Alleinerziehende ○ Senior:innen ○ Menschen mit Migrationshintergrund ○ arbeitslose Menschen und Menschen in Mindestsicherung
Maßnahmen/ Elemente
<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Gesundheitskiosk als zentrale Stadtteileinrichtung und Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialraum/Social Care 2. Ärztliche Überweisungsscheine/ Social Prescribing 3. Schulung und Einsatz von Community Health Nurses (CHN) zur Gesundheitsberatung 4. Informationsveranstaltungen, Kampagnen und Kurse im Setting
C) Versorgungsmanagement für eingeschriebene vulnerable und chronische Patient:innen
Teilziele
<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Patientenzufriedenheit • Erhöhung der Patientenaktivierung • Minimierung der Über-, Unter- und Fehlversorgung
Zielgruppe
<ul style="list-style-type: none"> • Patient:innen mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Einschränkungen/ Erkrankungen mit folgenden ICD-Diagnosen: sämtliche Codes aus den Kapiteln II, V, XIX, XXI sowie J40.-44.-; J47.-; E10.- E14.-; E66.-; F32.-; I20.-I25; I50.-; M54.-; O24.-O26.-; O99.-; P92.-; L89.-
Maßnahmen/ Elemente
<ol style="list-style-type: none"> 1. Versorgungsprogramme für vulnerable, chronische Patient:innen 2. Versorgungskordinator:innen im stationären und ambulanten Sektor 3. Digitaler Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Leistungserbringer:innen und Patient:innen

Tabelle 2: Übersicht der Interventionsfelder und deren Komponenten (Eigene Darstellung)

Insgesamt konnten sich 49.365 Versicherte in die NVF einschreiben. Die Versicherten konnten zum einen durch die Kooperationspartner, d.h. Ärzte und Ärztinnen aus Krankenhäusern, Pflegeheimen und in den Haus- und Facharztpraxen und zum anderen durch die Community Health Nurse im Gesundheitskiosk eingeschrieben werden. Folgende Abschnitte beschreiben die Maßnahmen/ Elemente in den drei Interventionsfeldern:

A) Regionales, sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk

Mit dem regionalen Gesundheitsnetzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ (GfBH) ist die patientenzentrierte Versorgung mit einer steigenden Durchlässigkeit zwischen der Sektorengrenze initiiert und weiterentwickelt; ebenso werden bessere wirtschaftliche Ergebnisse ermöglicht.

1. Regionaler Netzwerkmanager und Kooperationsverträge

Der proaktiv agierende ‚Regionale Netzwerkmanager‘ GfBH verfolgt die konsequente Erarbeitung der Ziele des Netzwerkes sowie die Entwicklung/Umsetzung der NVF in einem partizipativen Prozess mit allen Akteur:innen. Die so vereinbarten Kooperationsverträge (KV) stärken fortlaufend den Fokus für netzwerk- und ergebnisorientiertes Denken und Handeln in den Stadtteilen. Damit entsteht die erforderliche Kooperation innerhalb des Netzwerkes. Die tragenden Elemente sind gemeinsames Vertrauen und praktizierte Verbindlichkeit. Die GfBH sichert durch die Qualität des Netzwerkmanagements auch künftig diese wichtige Koordination. Die Akteure sind:

- **KV Prävention (n=102):** Um Patient:innen an Anbieter:innen der Sozial Care anzubinden, kooperieren 102 Einrichtungen aus den Bereichen Pflege, Familienbildung, Sport und Bewegung, Eingliederungshilfe und weitere mit der GfBH,
- **KV Primärversorgung (n=27):** Das Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. startete vor vier Jahren mit 7 Ärzten; heute sind es 61 Ärzte; 27 Praxen wirken in geschlossenen KV. Damit werden der regelmäßige Austausch sowie die abgestimmte Versorgung der Patient:innen im Netzwerk verbindlich ermöglicht.
- **KV Stationäre Versorgung (n=3):** Mit Kooperationsverträgen mit den Krankenhäusern Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Kath. Marienkrankenhaus Hamburg und Stadtteilklinik Hamburg ist dieses Vernetzungskonzept im stationären Sektor etabliert worden. Ziel der Kooperation sind die vereinbarten Qualitätssteigerungen in der poststationären Versorgung von vulnerablen Patient:innen.
- **KV Pflege (n=12):** Oftmals vermeidbaren Krankenseinweisungen wird durch eine weitere vertragliche Zusammenarbeit mit 12 stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen entgegengewirkt. In Qualitätszirkeln, Schulungen, Vorträgen und interdisziplinären Visiten vor Ort wird gemeinsam kooperiert, „sich aufeinander verlassen können“ erlebt, neue Ideen werden partizipativ generiert und erfolgreich umgesetzt/praktiziert.

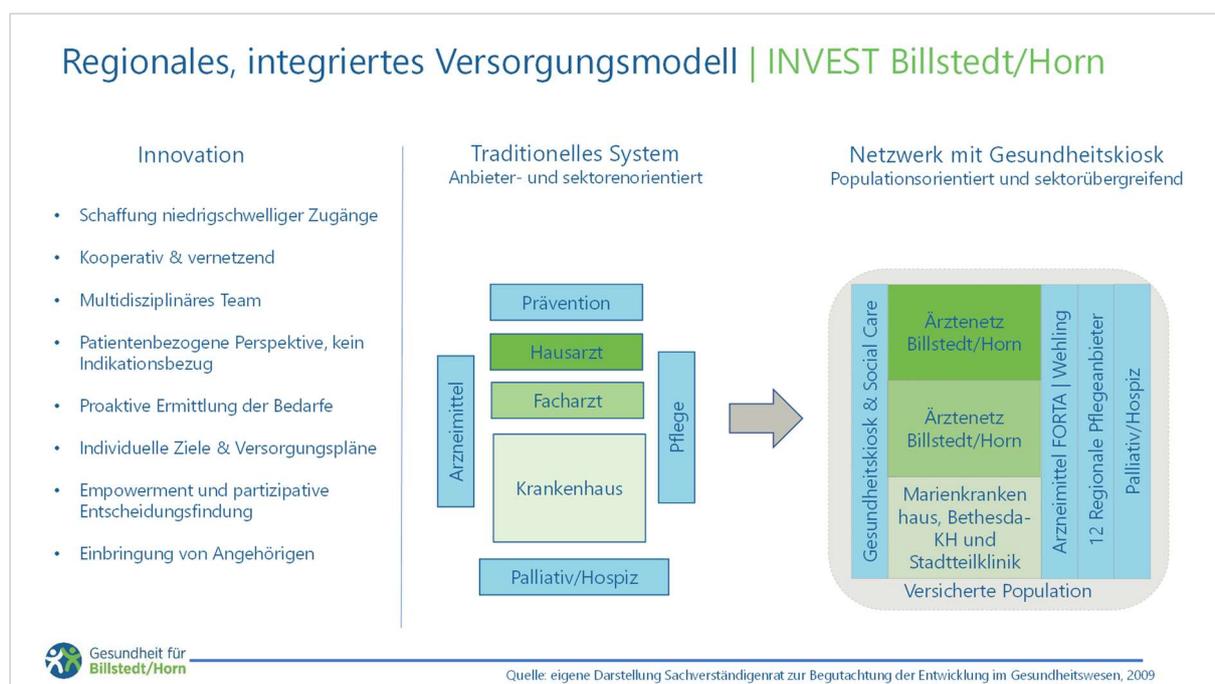


Abbildung 2: Regionales, sektorenübergreifendes Netzwerk GfBH mit Gesundheitskiosk (Eigene Darstellung)

Seit Beginn des regionalen Gesundheitsnetzwerks „Gesundheit für Billstedt/Horn“ ist in dieser Netzwerkarbeit ein vierköpfiger **Ärztlicher Beirat** des Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. mit steuernd tätig. Damit ist sichergestellt, dass die Entscheidungen der GfBH zur Versorgung der Patient:innen in enger Abstimmung mit den Ärzt:innen vor Ort getroffen und somit anerkannt sind. Sechs Personen bilden den **Patientenbeirat**, der die Perspektive der Patient:innen im Stadtteil einbringt/vertritt. Ein weiteres GfBH Netzwerk-Gremium sind regelmäßige **Stadtteil- und Fachgespräche** zur Gesundheitsversorgung; bis heute sind schon 218 Multiplikator:innen im Dialog vernetzt.

2. *Interdisziplinäre Qualitätszirkel, Fortbildungen und Fallbesprechungen*

Zur Förderung der koordinierten und kooperativen Versorgung werden regelmäßige **Qualitätszirkel (QZ)** (n=30) im Netzwerk durchgeführt. Teilnehmer:innen sind die Leistungserbringer:innen der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser sowie niedergelassene Haus- und Fachärzt:innen. Die beteiligten Professionen bringen ihr spezifisches Wissen ein, um Versorgungs- und Schnittstellenproblematiken aufzuzeigen und regionale Lösungen zu konzipieren, aber auch um ein besser abgestimmtes Verständnis untereinander durch den „Perspektivwechsel“ zu erreichen. Die Ergebnisse werden durch Protokolle und/oder die Zeitschrift „NetzNews“ an alle Netzmitglieder kommuniziert. An den Qualitätszirkeln nehmen durchschnittlich acht Ärzt:innen und mehrere Vertreter:innen der beteiligten Krankenhäuser und/oder ambulanten und stationären Pflege teil.

- **QZ Vulnerable Patient:innengruppen (n=21):** Neun Versorgungsprogramme für vulnerable Patient:innengruppen sind auf Grundlage der Nationalen Versorgungsleitlinien, wissenschaftlicher Studien sowie auf Interviewergebnissen von Expert:innen des Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. ausgearbeitet und in interdisziplinären Qualitätszirkeln und Projektgruppen diskutiert und partizipativ weiterentwickelt worden.
- **QZ Interprofessionelle Zusammenarbeit (n=5):** Der Austausch der Perspektiven, Erwartungen und Abläufe zwischen den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Haus- und Fachärzt:innen verfolgt das Ziel, standardisierte Abläufe zu erarbeiten.
- **QZ Aufnahme- und Entlassungsmanagement (n=3):** Als Schwerpunkt in der Zusammenarbeit im QZ zwischen den Krankenhäusern und ambulanten sowie stationären Pflegeeinrichtungen ist die Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements identifiziert, um unnötige Wiedereinweisungen zu vermeiden.
- **QZ Digitaler Befundaustausch (n=1):** Mit niedergelassenen Haus- und Fachärzt:innen sowie den Ärzt:innen und Leiter:innen IT der Krankenhäuser wurde der gemeinsame digitale Befundaustausch etabliert.

Um eine patientenorientierte und wirtschaftliche Versorgung im Netzwerk zu fördern, werden kontinuierlich interdisziplinäre Fortbildungen und Fallbesprechungen (n=36) zu folgenden Themenbereichen durchgeführt und praxisrelevante Lösungsansätze erarbeitet:

- **Modernes Wundmanagement (n=12):** Um die Versorgung durch moderne Wundtherapie zu verbessern, werden Konsile durchgeführt; zwölf Veranstaltungen mit dem Chirurgen und Wundexperten Dr. Alexander Krebs. Im Durchschnitt nehmen sieben Haus- und Fachärzt:innen und zehn ambulant sowie stationär beschäftigte Pflegekräfte teil. Die Konsile werden fortgesetzt.
- **Optimierung der Arzneimitteltherapie (n=16):** Um die Medikation insb. für ältere, multimorbide Menschen zu optimieren und potenziell inadäquate Arzneimittelversorgung zu vermeiden, sind 16 Arzneimittelkonsile mit dem Pharmakologen Prof. Dr. Martin Wehling

anhand der FORTA-Liste durchgeführt worden. Im Durchschnitt diskutieren 16 niedergelassene Ärzt:innen anhand von Studien und Fallbeispielen die bestmögliche und verträgliche Medikation. Die Konsile werden fortgesetzt.

- **Verbesserung der Pflege (n=8):** Die häufigsten Krankenhauseinweisungen der Pflegeeinrichtungen betreffen Patient:innen nach einem Sturz, mit chronischen Wunden, diabetische Patient:innen mit Hypo- bzw. Hyperglykämie und Patient:innen im Sterbeprozess. Entsprechend bilden die Themenbereiche Sturzprophylaxe, Wundmanagement, Ernährung bei Diabetes und die Palliativ-Pflege die Schwerpunkte bei den bisher acht Schulungen/Fallbesprechungen im Bereich Pflege. Die Schulungen/Fallbesprechungen werden fortgesetzt.

3. *Zentrale e-Patientenakte (ePA) zur Kommunikation zwischen Behandler:innen*

Röntgenbilder und Blutwerte, eingenommene Medikamente und Vorerkrankungen - die elektronische Patientenakte (ePA) soll Patienteninfos digital bündeln und zentral speichern. Ärzt:innen erhalten dadurch einen vollumfänglicheren Blick auf Patient:innen für eine bessere Behandlung. Das anspruchsvolle Ziel der Implementierung der zentralen elektronischen Patientenakte konnte aus verschiedenen Gründen noch nicht im Netzwerk vollumfänglich umgesetzt werden (siehe Abschnitt 4.3). Die Arbeiten werden fortgesetzt.

B) *Gesundheitskiosk als „Point-of-Care“ im Stadtteil*

1. *Zentrale Stadtteileinrichtung und Schnittstelle zwischen Medizin und Gemeinwesen*

Der Gesundheitskiosk ist eine populationsorientierte, niedrighschwellige, unterstützende Stadtteilinstitution für die Bevölkerung. Er ist die organisatorische Schnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem Sozialraum, eine regionale Institution, die Gesundheitswissen insbesondere zu Prävention und Gesundheitsförderung vermittelt. Der Gesundheitskiosk ist eine zentrale Anlaufstelle für alle regionalen ärztlichen Leistungserbringer:innen und sozialen Einrichtungen, bei sämtlichen die Patient:innen betreffenden Anliegen z. B. bei der Patient:innenkommunikation. Das Konzept des Gesundheitskiosks ist in dieser Form erstmalig durch die GfBH in Deutschland etabliert. Seine Ursprünge hat das Modell in den USA (Retail Clinics) und Finnland (Terveyskioski). Wesentliche Erfolgsfaktoren sind die zentrale Platzierung, z. B. im Einkaufszentrum, das übersichtliche Angebot und der niedrighschwellige Zugang nach dem „Walk in“-Prinzip. Der erste Gesundheitskiosk ist zentral am stark frequentierten Marktplatz Billstedt platziert. Einen zweiten „Kiosk“ gibt es in der Praxisklinik Mümmelmannsberg. Das umfassende Konzept der „Kioske“ ist die bedarfsorientierte und kontinuierliche gesundheitlichen Betreuung der Bürger:innen in ihrer Muttersprache. Die Gesundheit der Patient:innen wird durch eine multiprofessionelle, integrierte und präventive Versorgung verbessert und langfristig stabilisiert. Es gibt unterschiedliche Zugangswege für die Inanspruchnahme der Leistungen im Gesundheitskiosk (siehe Abbildung 3). Patient:innen suchen den Gesundheitskiosk entweder aus eigener Initiative auf (ca. 20%), werden durch Anbieter:innen der Social Care an den Gesundheitskiosk vermittelt (ca. 20%) oder durch behandelnde Ärzt:innen mit einem eigens erstellten Überweisungsschein an den Gesundheitskiosk überwiesen (ca. 60%).



Abbildung 3: Gesundheitskiosk: Zugangswege und Leistungen (Eigene Darstellung)

Die Leistungen und Maßnahmen im Gesundheitskiosk sind am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet und umfassen die Gesundheitsberatung, z. B. zu den Themen Prävention und Ernährung, Vor- und Nachbereitung von Ärzt:innengesprächen insb. zur Schärfung des Krankheitsverständnisses für Diagnose, Therapie und Compliance, die sorgfältige Medikamentenanamnese, die transparente Aufklärung, die Erarbeitung von persönlichen Zielen und Versorgungsplänen, die Unterstützung beim Verstehen und Ausfüllen von Formularen (z. B. Einschreibung in Versorgungsprogramme, Pflege- und Rehaanträge), Weiterleitung an Ärzt:innen oder an Hilfseinrichtungen im Sozialraum (z. B. Pflegeberatung, Familien- und Erziehungsberatung, Sport- und Bewegungseinrichtungen) und die Übernahme eines Case-Managements. Auf Wunsch und/oder bei Bedarf können Angehörige in den Beratungs-/Betreuungsprozess einbezogen werden. Die Leistungen sind begleitende und unterstützende Maßnahmen zur ärztlichen Heilbehandlung. Die Beratungen grenzen sich klar von ärztlichen Sicherungs- und Risikoaufklärungen ab. Sie umfassen und ersetzen keine ärztliche oder therapeutische Beratung zu Diagnosen und Therapien. Ergänzend zu der Beratung bieten die Mitarbeiter:innen des Gesundheitskiosks regelmäßige Informationsveranstaltungen, Schulungen sowie Kurse zu Gesundheitsthemen an. Insgesamt wurden bisher 3.976 Hilfesuchende und Patient:innen betreut und 7.933 Beratungsgespräche geführt. Die Leistungen und Angebote werden fortgesetzt, angepasst und weiterentwickelt.

2. Ärztliche Überweisungsscheine (Social Prescribing)

Der häufigste Zugangsweg zum Gesundheitskiosk ist die ärztliche Überweisung. Ärzt:innen in Billstedt/Horn überweisen u.a. betreuungsintensive Patient:innen (z. B. chronische und psychische Erkrankungen, vulnerable Patient:innen) bei Feststellung eines nicht-medizinischen Bedarfs an den Gesundheitskiosk. Für das innovative Vorgehen wurde ein neues eigenes „Überweisungsformular Gesundheitskiosk“ erstellt. Dieser erfüllt nicht die Funktion einer Leistungsveranlassung, sondern dient lediglich der Bekräftigung der ärztlichen Empfehlung, den Gesundheitskiosk aufzusuchen. Die Überweisung von Patient:innen an (soziale) Gemeindeeinrichtungen wird

in der internationalen Literatur als Social Prescribing bezeichnet. Das Instrument der „kollaborativen Versorgung zwischen ärztlichem und sozialem Sektor“ (9) wurde im Gesundheitssystem in Großbritannien und Nordirland erfolgreich entwickelt und umgesetzt.

Diese Erkenntnisse sind durch die GfBH für vulnerable Patient:innen regional spezifisch adaptiert. Die Patient:innen werden durch eine ärztliche Überweisung im Case/Care Management beraten und begleitet. Die persönliche und strukturierte Anbindung der Patient:innen an den Gesundheitskiosk führt zur Stabilisierung und zur Zufriedenheit der Patient:innen. Die Beratungs- und Begleitungs-Kontinuität führt auf Dauer zu einer permanenten Verbesserung der Gesundheitskompetenz und der Gesundheitsbefindlichkeit in der Bevölkerung. Ein weiteres Ziel des Gesundheitskiosks ist die damit verbundene Entlastung der Ärzt:innen in Billstedt/ Horn durch Übernahme von begleitungsintensiven Patient:innen. Die/der jeweils behandelnde Ärzt:in erhält im Anschluss an die erfolgte Beratung im Gesundheitskiosk eine schriftliche Rückmeldung (Gesundheitskioskbrief in Anlehnung an einen Facharztbrief) zum Stand des Begleitungs- und Beratungsprozesses sowie die Angabe zu den erbrachten Leistungen im Gesundheitskiosk.

3. Einsatz und Schulung von Community Health Nurses (CHN) zur Gesundheitsberatung

Das multilinguale und multiprofessionelle Team im Gesundheitskiosk arbeitet nach der Ausrichtung von Community Health Nurses (CHN). Die CHN sind hoch qualifizierte Pflegefachpersonen, die autonom in definierten Handlungsfeldern (krankheits-/ bevölkerungsabhängig) tätig sind und zentrale Koordinations-, Steuerungs- und Leitungsfunktionen übernehmen. Die CHN des Gesundheitskiosks vermitteln den Bewohner:innen Gesundheitswissen, stärken die Gesundheitskompetenz und geben Orientierung in der Versorgung vor Ort (10). Die Beratungen beinhalten keine Sicherheits- und Risikoaufklärung, keine ärztliche oder therapeutische Beratung.

Die CHN kommen aus verschiedenen Kulturen und beherrschen unterschiedliche Sprachen. Sie sind befähigt entsprechend kultursensibel auf die/den jeweiligen Patient:in einzugehen und gezielt zu beraten; Bürger:innen mit Migrationshintergrund werden in ihrer Muttersprache „abgeholt“. Die CHN übernimmt für die Patient:innen eine zentrale Rolle in seiner/ihrer primären Versorgung und arbeitet eng mit den überweisenden Ärzt:innen zusammen.

Die Beratungsqualität im Gesundheitskiosk wird durch das Institut der Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE durch Schulungen zu spezifischen Themen und eine Vor-Ort-Gesprächsbegleitung für einzelne CHN regelmäßig begleitet. Die kontinuierliche Supervision (Gruppen- und telefonische Einzelsupervision) über den gesamten Projektzeitraum stellt sicher, dass die CHN auftretende Beratungsfragen ansprechen. Mögliche Barrieren im Beratungsprozess werden so schnell erkannt und professionell gelöst. Regelmäßige Gruppentreffen der CHN bilden einen weiteren Rahmen, der den Erfahrungsaustausch untereinander (Intervision) und den externen Blick (Supervision) auf Beratungsabläufe, Barrieren und Konflikte ermöglicht. Im Dialog werden Lösungen erarbeitet, umgesetzt und wieder reflektiert.

4. Informationsveranstaltungen, Kampagnen und Kurse im Setting

Zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gibt es - angepasst an die lokale Sozialstruktur und Bedarfe - kostenfreie Kurs-/ Schulungsangebote im Gesundheitskiosk (n=73), Gesundheits-Informationsvermittlungen bei Stadtteilstellen, Vorträge zu Gesundheitsthemen: z. B. Ernährung, Bewegung, Entspannung, Funktionsweise des Gesundheitssystems, in Einrichtun-

gen des Sozialraums: z. B. ärztlich geleitete Elternkonferenzen in Kitas und Schulen zu Atemwegserkrankungen, Bauchschmerzen, Fieber und Antibiotika. Die Veranstaltungen werden fortgesetzt und erweitert.

Um die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen zu verbessern und die Inanspruchnahme der Notaufnahmen zu reduzieren, sind bisher drei Kampagnen durchgeführt.

- **Online-Kampagne zur Patientensteuerung:** Über Google-Anzeigen wurde die Bevölkerung in Billstedt/Horn auf das Angebot der Patientenservice-Rufnummer 116 117 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hingewiesen. Es sind 231 Such-Keywords (z. B. „Notfallarzt“, „Fieber Kind“, „Bandscheibenvorfall Schmerzen“ und „Husten Kinder“) identifiziert, auch in den Sprachen Russisch, Türkisch, Arabisch, Polnisch. Die Kampagne ist auf die PLZ-Gebiete von Billstedt und Horn ausgesteuert und nur während der Schließzeiten der Praxen aktiv. Bisher ist die Anzeige 8.770-mal angezeigt und die Telefonnummer 116 117 1.020-mal geklickt worden.
- **Kampagne „3 Fragen für meine Gesundheit“:** Die Initiative „3 Fragen für meine Gesundheit“ (Ask me 3) ist in sieben Praxen implementiert. Die Kampagne verbessert die Kommunikation zwischen Ärzt:in und Patient:in. Patient:innen werden befähigt, Gesundheitsinformationen genauer zu verstehen und umzusetzen. Die Kampagne ist nach zwölf Monaten wegen mangelnder Akzeptanz auf beiden Seiten beendet worden.
- **Kampagne zur Gripeschutzimpfung für Patient:innen über 60:** Jeweils von Mitte Oktober bis Ende Dezember wurde in den Jahren 2018 und 2019 in 30 Ärzt:innenpraxen, in zwölf Pflegeeinrichtungen und verschiedenen Seniorentreffpunkten (Stadtteilklinik Mümmelmannsberg, Restaurant-Kantine, AOK-Beratungsstelle, Sparkasse, Türkische Gemeinden, Seniorengruppen, Kirchen, Bücherhallen, Apotheken, Volkshochschule) Wissen zur Gripeschutzimpfung vermittelt.

C) Versorgungsmanagement für vulnerable und chronische Patient:innen

1. *Versorgungsprogramme für vulnerable und chronische Patient:innen inkl. interdisziplinäre Visiten in Heimen zur Wundversorgung:*

Inhaltliche Grundlage für die Versorgungsprogramme ist das Chronic Care Modell bzw. Shared Decision Making (11). Mit der Implementierung der Versorgungsprogramme sind **vulnerable Patient:innengruppen stärker in den Fokus der ambulanten Versorgung** gerückt. Wichtige Instrumente zur Identifikation und Ansprache vulnerabler Patient:innen sind die ärztliche Anamnese und partizipative Zielvereinbarungen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen zur Steigerung der Patient:innenaktivierung und Interaktion. Insgesamt sind 1.039 Anamnese- und Zielvereinbarungsgespräche geführt worden. Als vulnerablen Patientengruppen sind dabei Versicherte identifiziert, bei denen mindestens zwei der folgenden Kriterien zutrafen.

- Medizinische Indikationen (z. B. Multimorbidität),
- Soziale/persönliche Indikationen (z. B. sprachliche Beeinträchtigung),
- Ökonomische Indikationen (z. B. häufige Klinikaufenthalte).

Nach Einschreibung der identifizierten Patienten in die Versorgungsprogramme durch die Partnerpraxen werden diese durch ein Case Management strukturiert, bedarfs- und prozessorientiert versorgt/begleitet mit dem Ziel, die Zufriedenheit der Patient:innen mit der Versorgung sowie die Kosteneffektivität zu verbessern. In der Projektlaufzeit sind in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzt:innen neun Programme für vulnerable und chronische kranke Patient:innen (sämtliche ICD-Codes aus den Kapiteln II, V, XIX, XXI sowie J40.-44.-; J47.-; E10.- E14.-; F32.-

;E66.-; I20.-I25; I50.-; M54.-; O24.-O26.-; O99.-; P92.-; L89.) entwickelt worden, die weiterhin angewandt werden. Die einzelnen Programme folgen einem einheitlichen modularen Aufbau (siehe Abbildung 4) und enthalten jeweils Expert:innenberatungen, Gruppenschulungselemente, Bewegungsangebote und E-Health-Angebote.

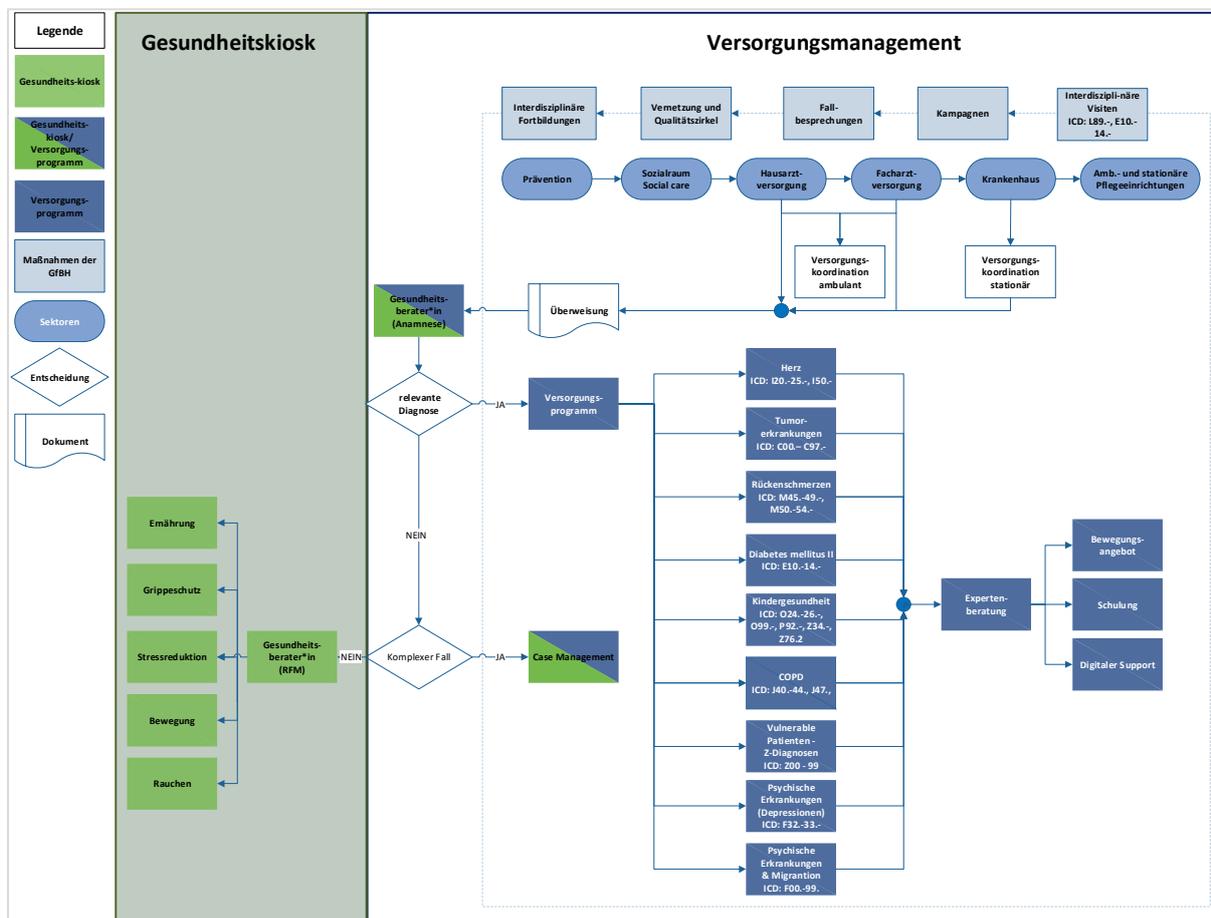


Abbildung 4: Versorgungsmanagement für vulnerable Patientengruppen (Eigene Darstellung)

Übertragen auf das Versorgungsprogramm zum Schwerpunkt „Krebs“ umfasst dieses beispielsweise die Expertenberatung - Onkolots:innen, das Gruppenschulungselement - FIBS Kurs "Fatigue individuell bewältigen", das Bewegungsangebot - Schmerzschulung und Nordic Walking und das E-Health Angebot - die Movival-App - Aktiv gegen Krebs.

Neben dem Fokus auf vulnerable Patient:innengruppen in der ambulanten Versorgung sind **Heimbewohner:innen mit der Diagnose Diabetes mellitus und diabetischem Fuß** in diese Versorgung eingeschlossen, um vermeidbare Krankenhausfälle, Transportkosten und Fußamputationen zu minimieren. Hierfür werden die Visiten vor Ort in zwei Partner-Pflegeheimen durchgeführt. Diese Art der Visite ist ein interdisziplinärer Gesundheitscheck, der quartalsweise innerhalb von fünf Stunden bei etwa 25 Patient:innen je Einrichtung durchgeführt wird. Beteiligt sind das Diabetologische Praxisteam (Diabetologe, Nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa), Wundexpertin), die Pflegekräfte der Einrichtung sowie die zuständigen Hausarzt:innen vor Ort. Angehörige haben die Möglichkeit, bei dem Termin dabei zu sein.

2. *Versorgungskoordination im stationären und ambulanten Sektor*

Um vulnerable Patient:innen an den Sektorenschnittstellen zu begleiten, werden erfolgreich Versorgungskordinator:innen (VK) eingesetzt. Die VK sind examinierte Pflegekräfte mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung. Die Mitarbeit der **VK in den Krankenhäusern** (n=3) umfasst die gezielte Steuerung in den ambulanten Sektor: u.a. in der Patient:innenaufklärung zur NVF, der Ermittlung der Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit durch die Hospital Scores, den Terminvereinbarungen mit dem Gesundheitskiosk sowie für die Koordination aller relevanter Entlassungsberichte. Der Einsatz der **VK in den haus- und fachärztlichen Praxen** (n=6) beinhaltet ein Case Management mit insgesamt zwei Hausbesuchen und sechs Telefonaten und die Koordination der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitskiosk. Insgesamt sind 45 Patient:innen durch die VK betreut worden; die Schnittstellen-Koordination für die Patient:innen wird fortgesetzt.

3. *Digitaler Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Leistungserbringer:innen und Patient:innen*

Mit der mHealth-Anwendung LifeTime wird der Datenaustausch zwischen den Leistungserbringer:innen, Arztpraxen (n=17), Gesundheitskiosk (n=2) und Patient:innen über das Smartphone ermöglicht. Die Patient:innen sollen überall - sektorenübergreifend - und jederzeit auf ihre Gesundheitsdaten z. B. Befunde, Informationsmaterial oder Röntgenbilder zugreifen können, auch um die Patient:innenaktivierung zu stärken. Eine Effektmessung war aufgrund des Datenmodells des Anbieters nicht möglich.

4.2. **Rechtsgrundlage**

Die angestrebte Rechtsgrundlage der NVF ist der § 140a SGB V „Besondere Versorgung“. Die interdisziplinär-fachübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten steht im Fokus. Ein Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140 SGB V zwischen der GfBH und der AOK Rheinland/Hamburg ist seit Projektbeginn, am 1. Januar 2017, in Kraft. In den Vertragsgesprächen mit den Kooperationspartnern BARMER und DAK-Gesundheit konnte nach der Stellungnahme des BVA kein Vertrag nach § 140 a SGB mit den Krankenkassen DAK-Gesundheit und BARMER geschlossen werden. Die Teilnahme der Versicherten ist seit Mitte des zweiten Förderjahres auf Grundlage eines erweiterten Konsortialvertrages unter Beachtung des SGB V und §§ 611, 630a BGB sichergestellt; seit dem 01.01.2020 gilt ein Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V auch mit DAK-G und BARMER. Die „Fallzahlen“ sind weiter im Aufbau.

4.3. **Erfahrungen bei der Implementierung**

A) **Regionales, sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk**

Der Aufbau und Betrieb des Netzwerks mit den Leistungspartner:innen und Bewohner:innen vor Ort erfordert viel Kommunikation und Überzeugungsarbeit, verbunden mit einem großen Zeitaufwand. Das vorausgegangene Engagement beim Aufbau der Strukturen sowie der Netzwerkbildung wird für den Implementierungsprozess als hilfreich bewertet. Die Gewinnung von starken Partner:innen für die NVF sowie lokalen Meinungsbilder:innen / Stakeholdern erwies sich sowohl zu Beginn als auch im Projektverlauf zur Aktivierung des Netzwerks als unerlässlich. Die immer wieder notwendige Abstimmung zur Zielkonformität, die Interesseneinbindung aller Beteiligten/Verantwortlichen sind Eckpfeiler der Netzwerkarbeit, die auch durch den Abschluss von Kooperationsverträgen Commitment und Verbindlichkeit erlebt. Damit gelingt innerhalb des Netzes

eine wirkungsvolle Vertrauensebene. Es bestand zunächst eine große Zurückhaltung der Leistungserbringern:innen und Bewohner:innen zu dem „Neuen“. Durch eine offene, partizipative und aktivierende Kommunikation zwischen den Beteiligten sowie durch die zahlreichen Arbeitsgruppen, Schulungen, Fachgespräche im und mit dem Sozialraum ist das Vertrauen in die NVF stetig gewachsen. Bei den Veranstaltungen und Diskussionen mit allen Teilnehmer:innen wird immer wieder deutlich, dass der Bedarf an interdisziplinären Erfahrungsaustausch groß ist. Die Schwerpunkte der Schulungen werden partizipativ entwickelt, die hohe Akzeptanz und die rege Teilnahme sind eine positive Folge. Die unterschiedlichen Veranstaltungsorte (z. B. verschiedene Pflegeheime) sind wichtig für die Akzeptanz und Teilnahme.

Handlungsbedarf gibt es weiterhin bei der E-Patientenakte. Es zeigte sich nach der Bereitstellung der zentralen E-Patientenakte, dass es für die Mitarbeiter:innen der Praxen eine erhebliche Mehrbelastung ist, die Patient:innendaten zusätzlich zu den Praxisverwaltungssystemen in einem weiteren System zu hinterlegen. Der nötige Mehraufwand von Minimum drei Minuten je Dokumentationsvorgang je teilnehmenden Patient:in ist bei dem hohen Patient:innenaufkommen in den Ärzt:innenpraxen in Billstedt/ Horn nicht leistbar; hier stehen neue Aufgaben für die GfBH an.

B) Gesundheitskiosk als „Point-of-Care“ im Stadtteil

Die beiden Standorte der Gesundheitskioske bilden durch die zentrale Lage sowie die Rahmenbedingungen (Sprachvielfalt, Öffnungszeiten, umfangreiches Netzwerk etc.) einen niedrighschweligen Zugang sowie eine wirksame Schnittstelle zwischen Medizin und Social Care. Die Qualifikation der Fachkräfte ist ausschlaggebend für die Qualitätssicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in jedem Gesundheitskiosk. Pflegefachpersonen sind durch ihre klinisch orientierte Ausbildung fundiert qualifiziert. Die personelle Fachkompetenz des neuen Berufsbildes CHN wird kontinuierlich ausgebaut. Die Festlegung einer/s Bezugsberater:in für die Patient:innen, die/der eine Übersicht über den „Versorgungsdschungel“ verfügt, steigert die Akzeptanz der Versicherten in die neue Einrichtung. Eine Herausforderung bei der Ansprache neuer Patient:innen stellt das Misstrauen gegenüber dem "Neuen" dar - der neuen Einrichtung, den fremden Personen oder den neuen Formularen des Einschreibeprozesses.

Positiv für die Akzeptanz des Angebots bei Patient:innen ist die ärztliche Ansprache, die ärztliche Überweisung, Vermittlung durch Vertrauenspersonen im Social Care Bereich und die daraus resultierende Zusammenarbeit als „multiprofessionelles“ Ärzte-Pflege-Tandem. Auch Ärzt:innen beschreiben die Kooperation als entlastend, sodass die Zusammenarbeit für die Weiterentwicklung der ambulanten wohnortnahen Versorgung empfohlen wird.

Auf politischer Ebene hat die Hamburger Bürgerschaft das Thema Gesundheitskompetenz als einen Schwerpunkt für die Arbeit der Gesundheitsbehörde beschlossen – der Hamburger Gesundheitskiosk wurde darin als ausdrückliches Beispiel genannt, das es zu verstetigen gelte. Eine große Zahl von 130 Veröffentlichungen, auch in überregionalen Medien, belegen das gesellschaftliche Interesse an der innovativen Arbeit und förderten die Akzeptanz bei Partner:innen und Patient:innen.

C) Versorgungsmanagement für vulnerable und chronische Patient:innen

Die „Steuerung“ in indikationsbezogene strukturierte Versorgungsprogramme wird von Versicherten oftmals kritisch hinterfragt und/oder abgelehnt. Eine weitere Herausforderung bei der Identifikation und Überzeugung der Versicherten durch die Leistungspartner:innen sind die **hohe Auslastung der Akteure in Billstedt/Horn**: zu viele Patienten – zu wenig Ärzt:innen, der papierintensive Einschreibeprozess sowie ein Patienten Klientel, das ein hohes Maß an Aufklärung und

Überzeugungsarbeit benötigt: z. T. unzureichende Deutschkenntnisse, fehlende Krankheitseinsicht/Gesundheitskompetenz. Die Erhöhung der Leistungsvergütung führte nicht dazu, dass sich die Einschreibungen in die Versorgungsprogramme erhöhte. Hier wird weiter an „schlankeren Prozessen“ mit allen Beteiligten gearbeitet. Die multiprofessionelle Umsetzung in den Pflegeheimen führt bei betroffenen Patient:innen und Leistungserbringer:innen zu mehr Zufriedenheit mit der Betreuung / Behandlung sowie positivem Einfluss auf die Entwicklung der Über-, Unter- und Fehlversorgung in diesem Bereich.

Die Bilanz der Nutzung der App - mHealth-Anwendung - Lifetime ist in Summe ernüchternd. Da die Patient:innen z. B. altersbedingt- häufig kein Smartphone besitzen und/oder über keinen Zugang zum Internet verfügen und/oder die deutsche Sprache nicht beherrschen, wird das elektronische Angebot wenig in Anspruch genommen. Auch seitens des Praxispersonals ist die Akzeptanz eher gering. Gründe sind ältere Praxisverwaltungssysteme, die Nutzung von Karteikarten zur Patientenverwaltung und nicht vorhandenes Internet. Ein weiteres Hindernis ist die hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter:innen in den Praxen. Es bleibt weder Zeit für die Implementierung noch für die Akquise der Patient:innen für die Anwendung. Auch im Zeitverlauf und durch Weiterentwicklungen des Angebots ist es nicht, wie erwartet, gelungen, die Ärzt:innenschaft für die Nutzung von digitalen Lösungen, wie dieser App, zu begeistern.

Fazit

Unter der Federführung der Trägerschaft – GfBH – hat sich ein Gesundheitsnetzwerk an zahlreichen engagierten Akteur:innen zusammengeschlossen, um die Gesundheit und Versorgung im Stadtteil neu zu organisieren. Innerhalb kürzester Zeit sind nicht nur Kooperationen, sondern neue Prozesse und Strukturen etabliert, die es ermöglichen, Herausforderungen und Ziele zu identifizieren, Maßnahmen partizipativ aufzubereiten und gemeinsam zu leben – viele Wenn und Aber sind entfallen. Die regionale Gesundheitspolitik orientiert sich neu und erfolgreich. Die Bewohner:innen/Patient:innen erfahren durch das Engagement und die Maßnahmen des Netzwerks sowie durch die Implementierung des Gesundheitskiosks nicht nur mehr Qualität und Zufriedenheit im Versorgungsprozess, sondern auch die Befähigung zu Eigenaktivität und Eigenverantwortung im Hinblick auf die eigene Gesundheit. Für die Zusammenarbeit sind – neben der gemeinsamen und konsequenten Verfolgung der Vision – transparente Kommunikationsstrukturen zu entwickeln und zu implementieren, die einen regelmäßigen und offenen Austausch aller am Projekt beteiligten Akteur:innen ermöglichen. Die – als essenziell zu betrachtende – Geschäftsstelle leistet einen wichtigen Beitrag für die Koordination und Steuerung der Tätigkeitsfelder und bildet die Grundlage für eine erfolgreiche Netzwerkkommunikation. Mit den zeitlichen Ressourcen der beteiligten Akteur:innen, die durch ihre beruflichen Verpflichtungen stark beansprucht sind, ist gewissenhaft umzugehen. Für viele Ärzt:innen ist ihr Projektbeitrag sehr zeitintensiv.

5. Methodik

Die wissenschaftliche Begleitevaluation des Projektes INVEST erfolgte in einem iterativen Abstimmungsprozess mit dem Projektverlauf sowie Implementierungsfortschritt der Interventionen. Die Hauptfragestellung der auf verschiedenen Primär- und Sekundärdaten basierenden Analyse leitet sich aus dem Zielansatz des Projektes ab. Das Evaluationsdesign kombiniert qualitative und quantitative Forschungsmethoden. Dabei wird ein multiperspektivischer, mehrdimensionaler Evaluationsansatz gewählt und der Zielerreichungsgrad und Erfolg des Projektes aus den Perspektiven aller Zielgruppen (Versicherte sowie Leistungs- und Kooperationspartner:innen) evaluiert.

Die Ziele der neuen Versorgungsform können nur realisiert werden, wenn die Interventionen erfolgreich implementiert und durch die jeweiligen Zielgruppen auch entsprechend genutzt werden. Die wissenschaftliche Begleitevaluation des Projektes INVEST umfasst damit neben einer Ergebnisevaluation (summative Evaluation) auch Ansätze einer Prozessevaluation (formative Evaluation). Prozessevaluation und Ergebnisevaluation sind dabei zusammen zu betrachten, denn die Umsetzungstreue und Nutzungsintensität der Interventionen beeinflusst die Effektstärke der zu erwartenden Ergebnisse. Im Rahmen von Subgruppenanalysen wird demnach untersucht, inwieweit sich die Ergebnisse in Abhängigkeit der Nutzungsintensität unterscheiden.

Die flächendeckende Verbreitung integrierter Versorgungsformen verspricht, messbare und nachhaltige Gesundheitswirkungen auf allen Bevölkerungsebenen in Deutschland zu erzielen. Um eine fundierte evidenzbasierte Entscheidung über die Verstetigung und Skalierung der neuen integrierten Versorgungsform INVEST treffen zu können, ist es daher essenziell zu verstehen, inwieweit die Implementierung in einer bestimmten Umgebung effektiv ist, wodurch die Nachhaltigkeit verlängert und die Skalierung (Dissemination) gefördert werden kann. Demnach wird im Rahmen der Evaluation abschließend untersucht, welche Faktoren die erfolgreiche Implementierung der neuen Versorgungsform beeinflusst haben und bei der Übertragung und Skalierung von INVEST auf andere Regionen zu beachten sind. Die Evaluation leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Beantwortung der Frage, wie die neue Versorgungsform einer Vielzahl von Menschen zugänglich gemacht werden kann.

Eine erkenntnismaximierende Evaluation der unterschiedlichen Zieldimensionen und Zielgruppenperspektiven erfordert ein differenziertes und multi-methodisches Vorgehen. Folglich wurde die Gesamtevaluation in **sieben Teilstudien** untergliedert. Die Teilstudien basieren auf unterschiedlichen Primär- und Sekundärdatensätzen, welche anhand jeweils geeigneter Analysemethoden ausgewertet werden. Durch die Triangulation von unterschiedlichen Forschungsmethoden und Datensätzen soll eine Maximierung der Validität der Daten und des Erkenntnisgewinns der Ergebnisse erreicht werden.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die in den jeweiligen Teilstudien untersuchten Leitfragen.

Leitfragen der Evaluation	Werden untersucht in ..
<p>Der Gesundheitskiosk und seine Nutzer:innen im Fokus</p> <p>(1) Wer nutzt den Gesundheitskiosk?“ (Nutzungswahrscheinlichkeit) (2) „Wie lässt sich das Nutzungsverhalten der Versicherten beschreiben und erklären?“ (Nutzungsverhalten)</p>	Teilstudie 1
<p>Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die Patientenorientierung der Versorgung?</p> <p>(1) Patientenzufriedenheit (2) Patientenaktivierung</p>	Teilstudie 2
<p>Spotlight auf INVEST-Versicherte</p> <p>(1) Welche Versicherten werden durch die neue Versorgungsform INVEST erreicht? (2) Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die eingeschriebenen Versicherten? - Patientenzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung - Patientenaktivierung - Gesundheitsbezogene Lebensqualität</p>	Teilstudie 3
<p>Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung in Billstedt und Horn (populationsorientierter Ansatz)?</p> <p>(1) Zugangs zur Gesundheitsversorgung (2) Gesundheitskompetenz (3) Gesundheitszustand</p>	Teilstudie 4
<p>Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in Billstedt / Horn?</p> <p>(1) ASK-Rate: ambulant sensibler Krankenhausauffälle (2) Leistungsausgaben</p>	Teilstudie 5
<p>Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST aus Sicht der Leistungs- und Kooperationspartner:innen?</p> <p>(1) Kooperation und Vernetzung (2) Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit</p>	Teilstudie 6
<p>Welche Faktoren waren bei der Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST entscheidend und sind bei der Übertragung und Skalierung auf andere Regionen zu beachten?</p>	Teilstudie 7

Tabelle 3: Leitfragen der Evaluation und Teilstudiengliederung

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die in den jeweiligen Teilstudien untersuchten Zielvariablen, verwendeten Datenquellen und Erhebungsinstrumente.

Zielvariablen	Erhebungsinstrumente	Datenquelle
Teilstudie 1		
Nutzung des Gesundheitskiosks	Erfassung über Pseudo-ID (0/1 Nutzung ja /nein)	Administrative Daten der GfBH UG
Nutzungsmotive bzw. Beratungsanlässe	Selbstentwickelte Items	Befragungsdaten: Befragung aller in das Programm INVEST eingeschriebenen Versicherten (INVEST-Versichertenbefragung)
Anzahl der Beratungen im Gesundheitskiosk	Erfassung über Pseudo-ID (Anzahl der Beratungstermine)	Administrative Daten der GfBH UG
Zufriedenheit mit dem Gesundheitskiosk	Selbstentwickelte Items	Befragungsdaten: Befragung der Besucher:innen des Gesundheitskiosks; Befragung aller in das Programm INVEST eingeschriebenen Versicherten (INVEST-Versichertenbefragung)
Bewertung der Angebote (Beratungen und Kurse) im Gesundheitskiosk	Selbstentwickelte Items	
Teilstudie 2		
Patientenzufriedenheit mit dem Arztbesuch	Weisse Liste-Ärzte (Weisse Liste gGmbH, 2010a, b)	Befragungsdaten: Patientenbefragung in den Arztpraxen des Ärztenetz Billstedt/Horn e.V.
Patientenzufriedenheit mit der Integrierten Versorgung in Billstedt/Horn	Selbstentwickelte Items in Anlehnung an PEIC (Patient Experience of Integrated Care) (12)	
Patientenaktivierung	PAM-13-D (Patient Activation Measure –Deutsche Version) (13)	
Teilstudie 3		
Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeine gesundheitliche Versorgung ▪ Wissen, wo man bei Problemen Hilfe erhält ▪ Ärztliche Betreuung 	Selbstentwickelte Items	Befragungsdaten: Befragung aller in das Programm INVEST eingeschriebenen Versicherten (INVEST-Versichertenbefragung) Die Befragungsdaten wurden mit den GKV-Routinedaten aller in Billstedt und Horn Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen sowie mit administrativen Daten der GfBH UG verknüpft.
Zufriedenheit mit Gesundheit für Billstedt/Horn <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitliche Betreuung ▪ Bereitschaft zur erneuten Einschreibung ▪ Weiterempfehlungsbereitschaft 	Selbstentwickelte Items	
Patientenaktivierung	PAM-13-D (Patient Activation Measure – Deutsche Version) (Brenk-Franz et al. 2013)	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ-5D-3L (Schulenburg et al. 1998)	
Gesundheitsverhalten	Selbstentwickelte Items	
Gesundheitsrelevantes Wissen	Selbstentwickelte Items	

Teilstudie 4		
Zugang zur Gesundheitsversorgung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arztbesuche ▪ Krankenhausaufenthalte ASK-Rate	Zahl der Arztbesuche innerhalb eines Jahres (14) Zahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Jahres (14) Anteil ASKs an allen Krankenhausaufenthalten innerhalb eines Jahres (15)	GKV-Routinedaten
Gesundheitskompetenz	HLS-EU-Q16 (16, 17)	Befragungsdaten: Versichertenbefragung (Bevölkerung Hamburg)
Subjektiver Gesundheitszustand	Selbsteinschätzung zum allgemeinen Gesundheitszustand (17)	Befragungsdaten: Versichertenbefragung (Bevölkerung Hamburg)
Objektiver Gesundheitszustand	Elixhauser Score (18)	GKV-Routinedaten
Teilstudie 5		
ASK-Rate nach Sundmacher et al. 2015	Anteil ASKs an allen Krankenhausaufenthalten	GKV-Routinedaten
INVEST-ASK-Rate	Anteil ASKs an allen Krankenhausaufenthalten	
Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach Sundmacher et al. 2015	Anteil ASKs an allen Krankenhauseinweisungen	
Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach der INVEST-ASK-Liste	Anteil ASKs an allen Krankenhauseinweisungen	
Leistungsausgaben	je Versicherten und Quartal	
Teilstudie 6		
Nutzungsintensität der Interventionen	selbstentwickelte Items + Teilnahmestatistik und Überweisungsstatistik der GfBH UG	Befragungsdaten: Befragung der INVEST Leistungs- und Kooperationspartner:innen; administrative Daten der GfBH UG
Erwartungen und Erfahrungen an/mit INVEST	11 selbstentwickelte Items in Anlehnung an Mühlbacher et al. (2006)	
Herausforderungen INVEST	6 selbstentwickelte Items in Anlehnung an Mühlbacher et al. (2006)	
Koordination und Vernetzung	7 Items in Anlehnung an Relational coordination nach Gittel et al. 2008 und 2011, 2016	
Arbeitsbelastung	13 Items aus Copenhagen Burnout Inventory	
Arbeitszufriedenheit	5 Items in Anlehnung an Judge et al. 2001 + 1 selbstentwickeltes Item zur Abwanderungsintention (Version Ärzten)	
Bewertung der Interventionen	selbstentwickelte Items	
Bewertung des Gesamterfolges	2 selbstentwickelte Items zu Zufriedenheit und Weiterempfehlungsabsicht	
Teilstudie 7		
Erfolgsfaktoren bei der Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST	Erfolgsfaktoren bei der Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST	Erfolgsfaktoren bei der Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST

Tabelle 4: Zielvariablen, Datenquellen, Erhebungsinstrumente der Evaluation und TS 1-7

In den Teilstudien kommen je nach Fragestellung und zugrundeliegenden Datensätzen unterschiedliche Auswertungsstrategien und Analysemethoden zum Einsatz (z. B. Mittelwertvergleiche, lineare Regressionsanalysen, Difference-in-Difference Analysen). Die Aufbereitung und Zusammenführung der pseudonymisierten Primärdaten mit den verschiedenen Sekundärdaten erfolgt anhand einer pseudonymisierten ID durch die evaluierende Institution (HCHE). Entsprechend der gängigen Forschungspraxis im Untersuchungsgebiet wurde im Rahmen der Evaluation keine Adjustierung der statistischen Auswertungen für Multiples Testen vorgenommen.

Teilstudien	Studiendesign	Sample (N)	Matching/ Datenlinkage	Auswertungs- strategien
Teilstudie 1	Querschnittstudie	Fallzahlen: N _{INVEST-Versicherte} = 3837 N _{Kioskbefragung} = 263 (Rücklauf: 12 % bei 2182 Nutzer:innen) Befragung der INVEST-Versicherten N _{T0} = 665 (Rücklauf: 18,62 % bei 3.571 Fragebögen) N _{T1} = 302 (Rücklauf: 45,41 % bei 665 Fragebögen)	Verknüpfung von Befragungs- und Routedaten erfolgte anhand von einer pseudonymisierten ID	Mittelwertanalysen Regressionsanalysen (Logit, negativ Binomial)
Teilstudie 2	Trendstudie mit Prätest-Posttest	Fallzahlen: Patient:innenbefragung in Ärztenetz Billstedt / Horn e.V. N _{T0} = 1221 Fragebögen aus 18 Arztpraxen N _{T1} = 98 Fragebögen aus 7 Arztpraxen	n.a.	Prä-Post (T0-T1) Mittelwertvergleiche
Teilstudie 3	Quasi-experimentellen Panelstudie	Fallzahlen: Befragung der INVEST-Versicherten (Panel) N _{T0 und T1} = 302 (Rücklauf: 45,41 % bei 665 Fragebögen)	Verknüpfung von Befragungs- und Routedaten erfolgte anhand von einer pseudonymisierten ID	Prä-Post (T0-T1) Mittelwertvergleiche
Teilstudie 4	Quasi-experimentellen Prätest-Posttest-Studie mit Kontrollgruppe	Fallzahlen: Populationsbasierte Versichertenbefragung in Hamburg (Panel) N _{IG Panel T0:T1} =460 (Rücklauf: 20,0 % in T0 und 17,8 % in T1) N _{KG Panel T0:T1} =992 (Rücklauf: KG I: 19,8 % in T0 und 18,4 % in T1; KG II 20,9 % in T0 und 19,7 % in T1)	Verknüpfung von Befragungs- und Routedaten erfolgte anhand von einer pseudonymisierten ID	Difference-in-Differences Analysen (DiD)
Teilstudie 5	Quasi-experimentellen Prätest-Posttest-Studie mit Kontrollgruppe	Fallzahlen: Interventionsgruppe (IG) alle Versicherten in Billstedt/Horn N _{IG} = 49.365 Kontrollgruppe (KG) alle Versicherten in den restlichen Stadtteilen Hamburgs ^{NKG} = 506.780	Propensity Score Matching	Difference-in-Differences Analysen (DiD)
Teilstudie 6	Trendstudie mit Prätest-Posttest	Fallzahlen: Befragung der Leistungs- und Kooperationspartner des Projektes INVEST N _{T0} = 149 (Rücklauf: 42,28 % 63 von 149 Fragebögen) N _{T1} = 140 (Rücklauf: 35,29 % 48 von 140 Fragebögen)	n.a.	Prä-Post (T0-T1) Mittelwertvergleiche

Teilstudie 7	Qualitative Fallstudie	Fallzahlen: Interviews mit an der Implementierung von INVEST beteiligten Akteur:innen (N=40) Fallbezogene Dokumente (N=64) Beobachtungsprotokolle (N=9)	n.a.	Thematischen qualitative Textanalyse
---------------------	------------------------	---	------	--------------------------------------

Tabelle 5: Studiendesign, Studienpopulation, Matching / Datenlinkage, Auswertungsstrategien

Alle Analysen erfolgen ausschließlich auf Basis eines pseudonymisierten Analysedatensatzes. Zur Datenanalyse wird das Statistikprogramm STATA Version 16.1 verwendet. Für weitere detailliertere Informationen zu Matching und Datenlinkage sowie den teilstudien-spezifischen Auswertungsstrategien sei an dieser Stelle auf Anlage 1 (Evaluationsbericht) verwiesen.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

In der Gesamtschau der Ergebnisse hält die evaluierende Institution fest, dass die NVF INVEST ihre vier Hauptziele überwiegend erreicht hat:

1. Verbesserung der gesundheitlichen Chancen und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Eine steigende Anzahl ambulanter Arztbesuche bei gleichzeitigem Rückgang der ASK-Rate für die populationsorientierte Versichertenstichprobe (siehe Teilstudie 4, Anlage 1) verdeutlicht, dass INVEST den Zugang zur Versorgung für die Bevölkerung in Billstedt/Horn verbessert hat. Die Einrichtung des Gesundheitskiosks hat zu einem verbesserten Zugang beigetragen und wurde von den niedergelassenen Ärzt:innen und Social Care Einrichtungen in die Versorgung integriert.
2. Verbesserung der Patientenerfahrungen und Erhöhung der Patientenzufriedenheit: Die in INVEST eingeschriebenen Versicherten sehen eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in Billstedt/Horn. Auch die Patient:innen des Ärztenetz B/H e.V. berichten von einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Vergleich zur Ausgangslage.
3. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung: Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit ergeben sich widersprüchliche Ergebnisse. Einerseits konnte eine Reduktion der ASK-Rate in der Versichertenstichprobe festgestellt werden. Andererseits zeigt sich in der Betrachtung aller den Postleitzahlenbezirken Billstedt und Horn wohnhaften AOK R/H, BARMER und DAK-G Versicherten ein Anstieg der ASK-Rate im Vergleich zu der Rate in den restlichen Stadtteilen Hamburgs. Zudem sind bisher keine belastbaren wirtschaftlichen Effekte auf die Bevölkerung in Billstedt/Horn hinsichtlich der Leistungsausgaben feststellbar bis hin zu einer Erhöhung von Leistungsausgaben in der Subgruppe der INVEST-Versicherten (in die NVF eingeschriebene Versicherte). Basierend auf den vorliegenden Evaluationsergebnissen können daher über die Wirtschaftlichkeit keine belastbaren Aussagen getroffen werden. Ein längerer Zeithorizont (3-5 Jahre) sowie eine höhere Einschreibungsrate könnten hier zu aussagekräftigeren und belastbareren Ergebnissen führen.

4. Verbesserung der Vernetzung und Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen der Gesundheitsversorgung: Sowohl das Maß der Koordination und Vernetzung als auch die Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen haben sich durch die neue Versorgungsform INVEST verbessert. Die Gesamtintervention insbesondere der Gesundheitskiosk wird von den Leistungs- und Kooperationspartner:innen als positiv bewertet.

Eine Bewertung der bisherigen Evaluationsergebnisse sollte immer berücksichtigen, dass der dreijährige Evaluationszeitraum, **gemessen an der Komplexität der vorliegenden Intervention, sehr kurz und ambitioniert ist**. Die Ergebnisse einer Evaluation mit einem Zeithorizont von 12-18 Monaten weisen aus wissenschaftlicher Sicht daher vielmehr den Charakter von Früh- bzw. Zwischenergebnissen auf. Vergleichbare Evaluationen in der Literatur erstrecken sich in der Regel über einen längeren Zeitraum. Insbesondere wirtschaftliche Effekte sind eher langfristig zu erwarten. Die bisherigen Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass die NVF für Versicherte und Leistungserbringer:innen einen **Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung** aufweist. Auf Basis der bisherigen Evaluationsergebnisse empfehlen die Evaluator:innen daher, die **NVF INVEST in die Regelversorgung zu überführen**. Die wesentlichen Projektergebnisse der zentralen Fragestellungen sind:

Führt der Aufbau eines regionalen Gesundheitsnetzwerks zu einer Verbesserung der Leistungsausgaben der Bevölkerung in Billstedt/Horn?

Die Ergebnisse der Teilstudie 4 (siehe Anlage 1) zeigen, dass die Anzahl der Arztbesuche in der Interventionsgruppe der populationsorientierten Versichertenstichprobe gegenüber der Kontrollgruppe um durchschnittlich 1,9 Besuche pro Versicherte:n pro Jahr gestiegen ($p < 0,05$) ist. Die ASK-Rate ist in der Interventionsgruppe dagegen um 18,8 Prozentpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe gesunken ($p < 0,05$).

Die gleichzeitige Steigerung der ambulanten Arztbesuche einhergehend mit einem Absinken der ASK-Rate kann darauf hindeuten, dass die NVF sowohl einer Unterversorgung im ambulanten Bereich wie auch einer Fehlversorgung im stationären Bereich entgegenwirken kann.

Hinsichtlich der Leistungsausgaben und Wirtschaftlichkeit konnte die wissenschaftliche Evaluation keine belastbaren Effekte feststellen. Einzig für die Bereiche Arzneimittel und Pflege konnten signifikante Effekte in der Interventionsgruppe der in Billstedt/Horn wohnhaften Versicherten im Vergleich zur Kontrollgruppe identifiziert werden. Bei den Arzneimitteln wurde eine signifikante Reduktion der Ausgaben in der Interventionsgruppe um 6,21 Euro je Quartal im Vergleich zur Kontrollgruppe ($p < 0,001$) erreicht. Die Ausgaben für Pflegeleistungen hingegen sind mit durchschnittlich 8,68 Euro je Quartal im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant gestiegen ($p < 0,001$). Basierend auf den vorliegenden Evaluationsergebnissen können daher über die Wirtschaftlichkeit keine belastbaren Aussagen getroffen werden.

Führt der Aufbau eines regionalen Gesundheitsnetzwerks zu einer Reduzierung der ambulant sensitiven Krankenhausfälle aller Versicherten in B/H (ASK-Rate)?

Die auf einer populationsorientierten Versichertenstichprobe basierende Teilstudie 4 kommt zu dem Ergebnis, dass die ASK-Rate in der Interventionsgruppe (=Interventionsgruppe sind Versicherte aus Billstedt/Horn aus der Stichprobe der Versichertenbefragung, die in T0 und T1 an der Befragung teilgenommen haben) um 18,8 Prozentpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe gesunken ($p < 0,05$) ist. Wie aus Abbildung 5 aus TS 5 zu erkennen, ist die ASK-Rate im Vergleich zu den Jahren vor Beginn der NVF zurückgegangen (siehe Teilstudie 5, Anlage 1). Die auf pseudo-

nymisierten Abrechnungsdaten (Routinedaten) der Versicherten basierende Teilstudie 5 beobachtet dagegen auch, dass die ASK-Rate in der Interventionsgruppe (= alle bei AOK R/H, BAR-MER, DAK-G Versicherten in Billstedt/Horn) im Vergleich zu der Kontrollgruppe um 0,9 Prozentpunkte signifikant gestiegen ist ($p < 0,05$).

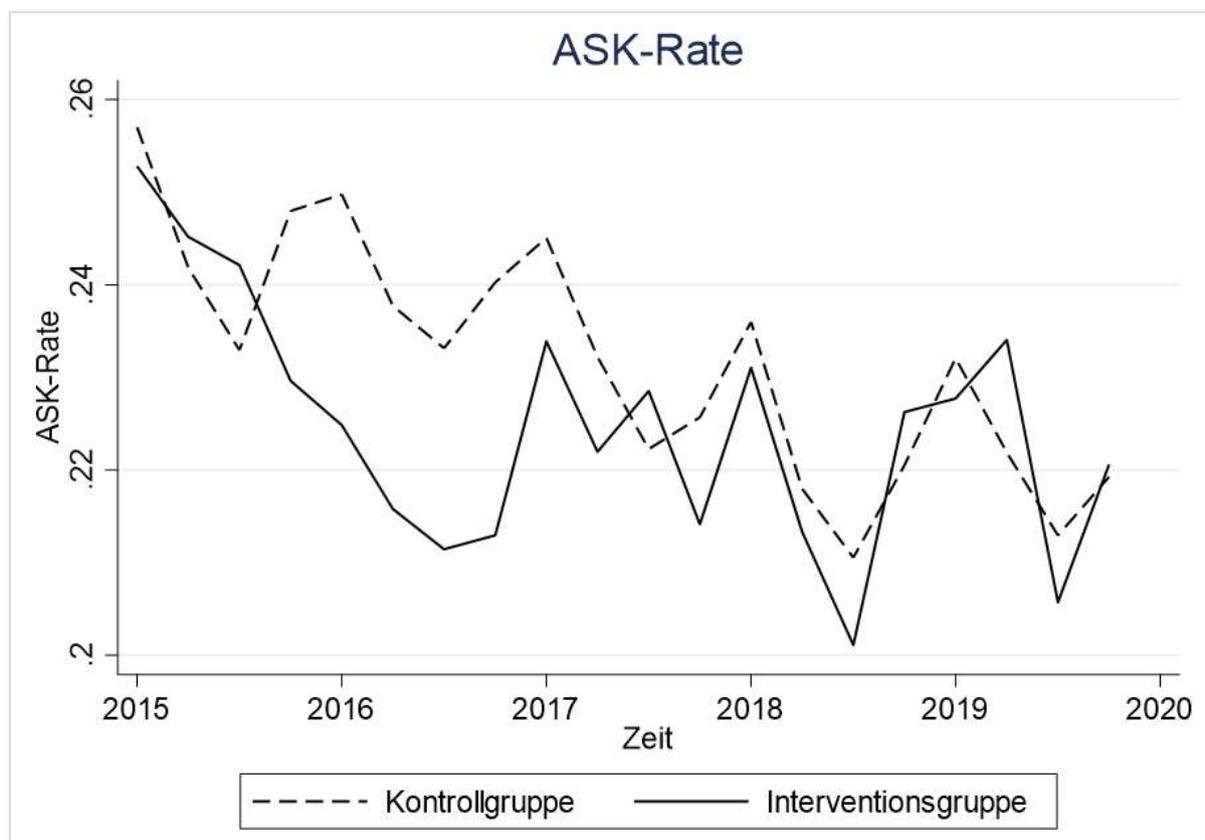


Abbildung 5: ASK-Rate der Kontrollgruppe zur Interventionsgruppe im Vergleich 2015 -2020 aus TS 5 (Darstellung Evaluationsbericht, Anlage 1)

Die Ergebnisse stehen damit im Widerspruch zu der in Teilstudie 4 beobachteten Reduktion der ASK-Rate für die populationsorientierte Versichertenstichprobe in Billstedt/Horn und weisen damit daraufhin, dass über die ASK-Rate basierend auf den vorliegenden Analysen in dem bisherigen relativ kurzen Beobachtungszeitraum keine belastbaren Aussagen getroffen werden können. Zu beachten ist in TS 5, dass die gestiegene ASK-Rate der Interventionsgruppe eine Angleichung der ASK-Raten abbildet. Im Vergleichszeitraum vor Beginn von INVEST liegt die ASK-Rate in Billstedt/Horn 1,2 Prozentpunkte unter der Rate in den restlichen Stadtteilen Hamburgs und auch während des Beobachtungszeitraums liegt die Rate noch 0,3 Prozentpunkte unter der Rate in den restlichen Stadtteilen Hamburgs.

Führt der Aufbau eines regionalen Gesundheitsnetzwerks zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen?

Die Ergebnisse der Teilstudie 6 zeigen, dass die befragten Ärzte und Ärztinnen die Koordination und Vernetzung zum Ende des Projektes signifikant besser beurteilen im Vergleich zur Ausgangslage. Im Hinblick auf eine Verbesserung der Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit konnten keine signifikanten Veränderungen im Prä-Post Vergleich festgestellt werden. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Zweitbefragung zu Projektende, zwischen 3/2020 und 6/2020 durchgeführt wurde. Somit könnte das COVID-19 Pandemiegeschehen zu einer Verzerrung der Ergebnisse beigetragen haben. Zur Messung der Arbeitsbelastung wurden u.a. auch die Arbeitsstunden des

letzten Quartals abgefragt, welche durch pandemiebedingte Herausforderungen und damit projektunabhängig gestiegen sein könnten. Hierzu lassen die vorliegenden Analysen jedoch keine belastbaren Aussagen zu. Die Ergebnisse hinsichtlich der Arbeitsbelastung sollten daher unter Berücksichtigung möglicher Verzerrungen interpretiert werden. Die Zufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen mit dem Projekt hat sich im Projektverlauf signifikant verbessert. Die Interventionen der neuen Versorgungsform werden von den Leistungs- und Kooperationspartner:innen im Durchschnitt als hilfreich bewertet. Insbesondere der Gesundheitskiosk trägt aus Sicht der Leistungs- und Kooperationspartner:innen zu einer Arbeitserleichterung und Verbesserung der Patientenversorgung bei. Im Hinblick auf die Abwanderungsintention der Ärzt:innen zeigt die Evaluation, dass die Abwanderungsintention am Ende des Projektes im Vergleich zu Ausgangslage gesunken ist.

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen der Teilstudie ableiten, dass die NVF grundsätzlich positiv von den Leistungs- und Kooperationspartnern wahrgenommen wird und insbesondere im Hinblick auf die Zielsetzung der Steigerung der Kooperation und Vernetzung Erfolge verzeichnet hat.

Führt der Aufbau eines Gesundheitskiosks zu einer Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitssystem?

Insgesamt haben im Beobachtungszeitraum 2.182 Versicherte der 3.837 in INVEST eingeschriebenen DAK-G, AOK R/H und BARMER Versicherten den Gesundheitskiosk für eine Beratung aufgesucht. Im Beobachtungszeitraum wurden durchschnittlich drei Beratungen pro Versicherten in Anspruch genommen. Aus Abbildung 6 ist zu entnehmen, dass die niedrigschwellige Einrichtung insbesondere zur Klärung gesundheitlicher Fragen konsultiert wurde.

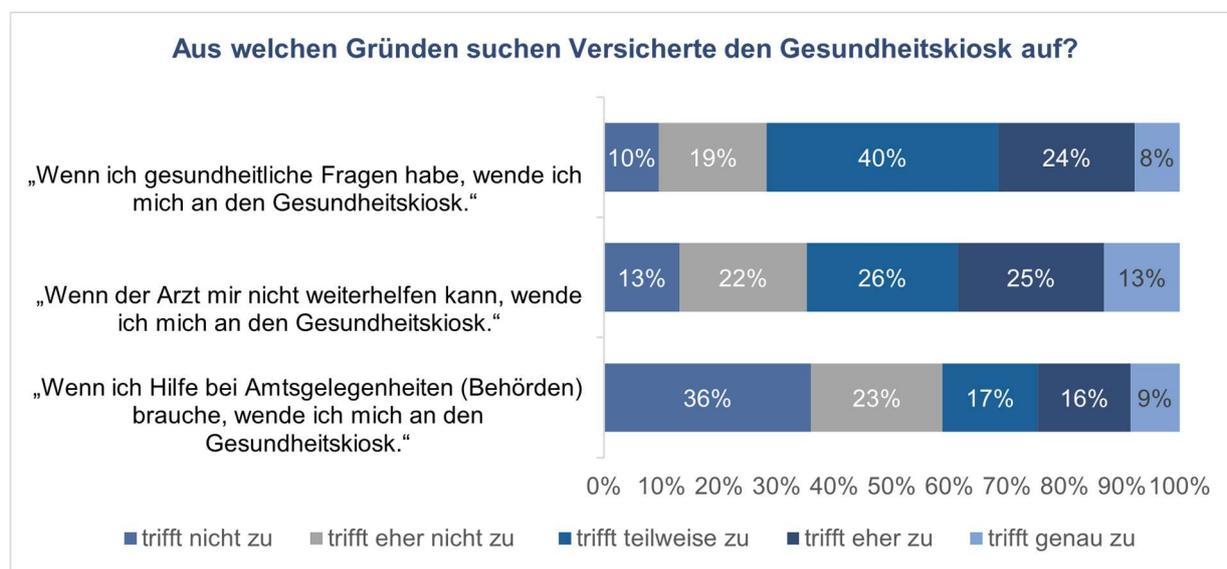


Abbildung 6: Gründe der Inanspruchnahme des Gesundheitskiosks (Darstellung Evaluationsbericht, Anlage 1)

Betrachtet man die Gesamtstichprobe aller Versicherten in Billstedt/Horn wird der Gesundheitskiosk eher von Frauen aufgesucht. Die Inanspruchnahme erhöht sich zudem mit zunehmendem Alter sowie mit schlechterem Gesundheitsstatus. Dies deutet darauf hin, dass der Gesundheitskiosk Zugangsbarrieren für Menschen mit einem geringen Gesundheitsstatus zu reduzieren scheint.

Merkmal	In INVEST eingeschriebene Versicherte	Versicherte in Billstedt/Horn
Alter	53,82 (19,43)	45,44 (23,29)
Männlich (=1)	0,34 (0,47)	0,48 (0,49)
Elixhauser Score	4,09 (8,57)	3,03 (7,42)

Table 6: Mittelwert und Standardabweichung in Klammern | GKV-Routinedaten der DAK-G, BARMER, AOK R/H.

Weitere Teilergebnisse zur Nutzung des Gesundheitskiosks sind:

- Der Gesundheitskiosk wird überwiegend von Frauen genutzt, der Altersdurchschnitt für die Nutzung einer Beratung liegt bei 59 Jahren.
- Der Großteil der Nutzer:innen einer Beratung lebt in Billstedt (65%) und in Mümmelmannsberg (20%). Die Wohnortnähe scheint damit entscheidend für die Nutzung.
- Am häufigsten wird der Gesundheitskiosk von der Gruppe der Rentner:innen, Pensionär:innen und Vorruhestandler:innen genutzt. Mit 15 % sind Bürger:innen in Arbeitslosigkeit die nächstgrößere Nutzergruppe des Beratungsangebotes. Die Gruppe der vollbeschäftigten Arbeitnehmer:innen macht 11 % der Nutzer des Beratungsangebotes aus.
- Ein Großteil der Nutzer:innen (> 80%) ist sehr zufrieden mit dem Gesundheitskiosk. 47% der Nutzer:innen würden die Kurse des Gesundheitskiosks auch dann nutzen, wenn diese kostenpflichtig wären.

Die Ergebnisse der INVEST-Versichertenbefragung zeigen, dass 80 % der befragten Nutzer:innen durch die in Anspruch genommenen Leistungen im Gesundheitskiosk verstanden haben, was der/die Ärzt:in zu ihnen gesagt hat. 83 % der befragten Nutzer:innen haben neue Informationen erhalten, wie sie sich selbst helfen können und 22 % der befragten Nutzer:innen wurden an soziale Einrichtungen vermittelt.

Auf Basis der hohen Zufriedenheit, der hohen Inanspruchnahme insb. von Versicherten mit einer höheren Krankheitslast sowie der Erhöhung der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung scheint der Gesundheitskiosk den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Führte die Einrichtung eines Gesundheitskiosks als „Point-of-Care“ im Stadtteil zu einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung?

Im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz konnte im Vergleich zu Beginn und Ende des Projektes eine signifikante Veränderung in der Interventionsgruppe der populationsorientierten Versichertenstichprobe im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Die geringen Effekte der Intervention auf die Gesundheitskompetenz und den Gesundheitszustand der Bevölkerung könnten damit zusammenhängen, dass diesbezüglich ein signifikanter Effekt erst langfristig, d.h. nach mehreren Jahren Projektlaufzeit, zu erwarten ist. Veränderungen hinsichtlich Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand treten häufig erst mit Verzögerung auf. Dies gilt insbesondere bei chronischen Erkrankungen (19). In den erhobenen Daten der Versichertenbefragung zur Gesundheitskompetenz wurde eine hohe Rate fehlender Werte festgestellt. Für 29,4% der eingeschlossenen Beobachtungen konnte der Gesundheitskompetenz-Index aufgrund fehlender Werte nicht berechnet werden. Die fehlenden Werte in den Daten zur Gesundheitskompetenz sind dabei nicht zufällig verteilt, sondern fehlen vermehrt bei Versicherten mit Migrationshintergrund und niedriger Bildung. Diese Limitation in den Analysen zugrundeliegenden Datenbasis kann die Belastbarkeit der Ergebnisse einschränken und muss damit bei der Interpretation und Ableitung von Schlussfolgerungen berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse der INVEST-Versichertenbefragung (siehe Teilstudie 4, Anlage 1) zeigen, dass 80 % der befragten und in die NVF eingeschriebenen Versicherten durch die Leistungen im Gesundheitskiosk verstanden haben, was der Arzt zu ihnen gesagt hat und 83 % der befragten INVEST-Versicherten neue Gesundheitsinformationen erhalten haben, deuten jedoch auf eine zu erwartende Erhöhung der Gesundheitskompetenz hin. Hinsichtlich der Bewertung der Angebote im Gesundheitskiosk zeigen die Ergebnisse, dass ein Großteil der Nutzer:innen des Gesundheitskiosks die Beratung (siehe Abbildung 7) positiv bewertet.

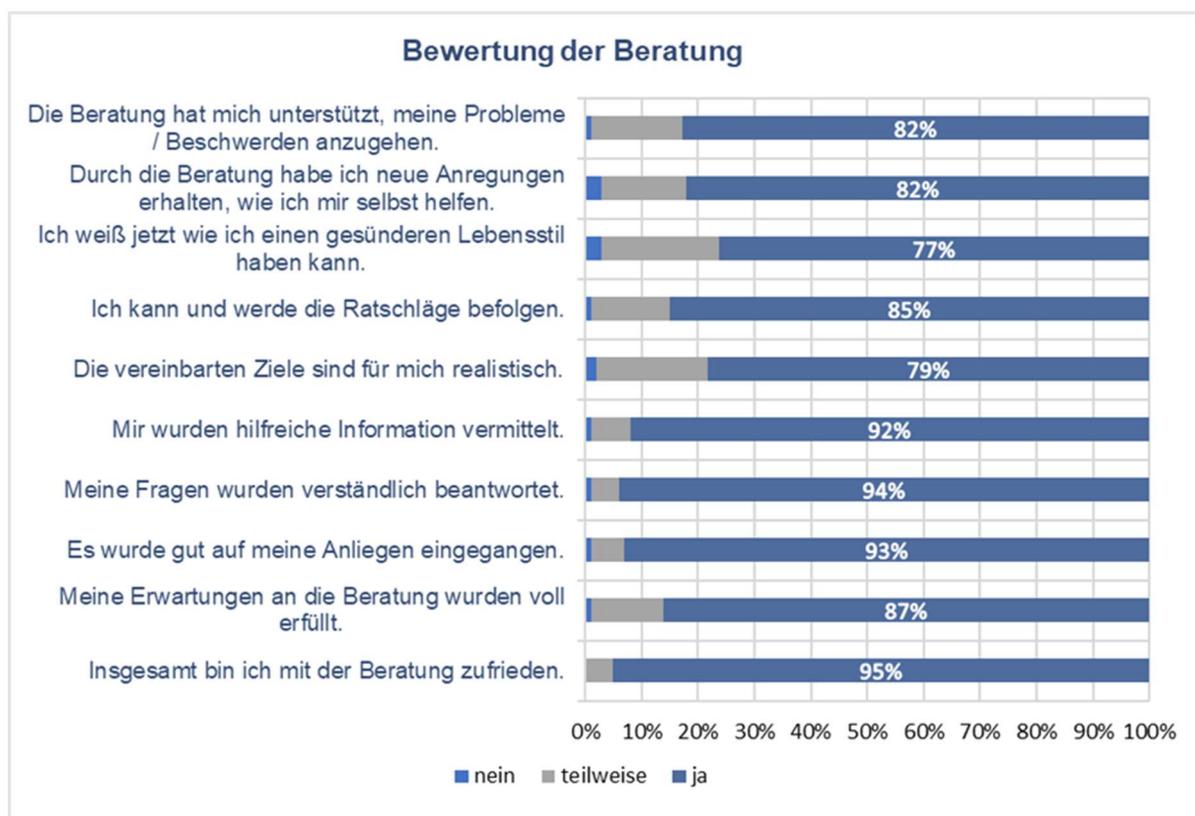


Abbildung 7: Bewertung der Leistungen im Gesundheitskiosk (N=263) (Darstellung Evaluationsbericht, Anlage 1)
Antwortskala: 1 = stimme überhaupt nicht zu, 2 = stimme nicht zu, 3 = teils teils, 4 = stimme zu, 5 = stimme voll und ganz zu

Führte die Einrichtung eines Gesundheitskiosks zur Vernetzung von Medizin und Gemeinwesen?

Sowohl die ärztlichen als auch die sozialen Leistungs- und Kooperationspartner:innen sind der Meinung, dass der Gesundheitskiosk die Vernetzung zwischen Medizin und Sozialraum stärkt. Wie in der Abbildung 8 ersichtlich, erreicht die Aussage „Der Gesundheitskiosk stärkt die Vernetzung zwischen medizinischer und sozialer Patientenversorgung (d.h. „Vermittler“ zwischen Ärzten und sozialen (Stadtteil-)Einrichtungen) hohe bis sehr hohe Zustimmungswerte.

Die Ergebnisse in TS 6 zeigen, dass die befragten Ärzt:innen die Koordination und Vernetzung zum Ende des Projektes als signifikant besser beurteilen im Vergleich zur Erstbefragung. Bei den Sozialen (Stadtteil-)Einrichtungen lässt sich kein signifikanter Effekt beobachten.

Als wichtiges Instrument zur Vernetzung von Medizin und Sozialraum hat sich die ärztliche Überweisung an den Gesundheitskiosk (Social Prescribing) erwiesen. Die Ergebnisse in Teilstudie 1 zeigen, dass die ärztliche Überweisung in den Gesundheitskiosk ein effektives Instrument ist, um

die Bereitschaft der Patient:innen zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen zu erhöhen.

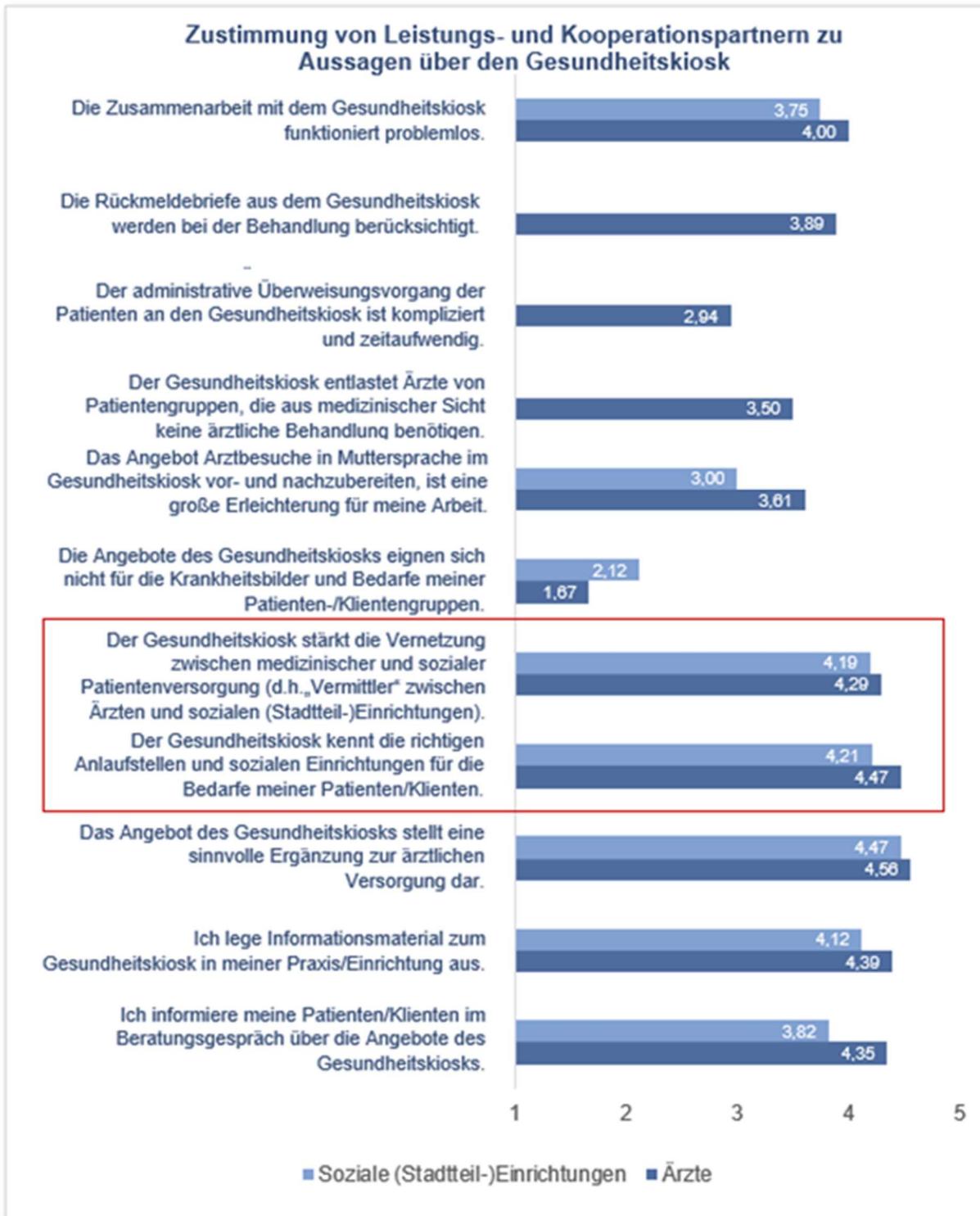


Abbildung 8: Ergebnisse der Befragung der Kooperations- und Leistungspartner:innen aus TS 6 (eigene Darstellung in Anlehnung an Evaluationsbericht, Anlage 1)

Antwortskala: 1 = stimme überhaupt nicht zu, 2 = stimme nicht zu, 3 = teils teils, 4 = stimme zu, 5 = stimme voll und ganz zu

Führt eine stärkere Ausrichtung der Versorgung auf vulnerable Personengruppen zu einer Minimierung der Über-, Unter- und Fehlversorgung der eingeschriebenen Versicherten?

Die Ergebnisse der Teilstudie 3 zeigen, dass die Interventionen durch vulnerable Patient:innen-Gruppen genutzt wurden. Im Beobachtungszeitraum wurden durchschnittlich drei Beratungen pro INVEST-Versicherten im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen. Leistungen aus den Versorgungsprogrammen wurden von 12 % der in die NVF eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommen. 32 % der befragten INVEST-Versicherten haben mit ihrer/ihrer Ärzt:in Gesundheitsziele vereinbart (Zielvereinbarung). Für INVEST-Versicherte wurden erhöhte Leistungsausgaben im Vergleich zu den in Billstedt/Horn wohnhaften und nicht in INVEST eingeschriebenen Versicherten beobachtet.

Führt eine stärkere Ausrichtung der Versorgung auf vulnerable Personengruppen zu einer Erhöhung der Patientenaktivierung der eingeschriebenen Versicherten?

Insgesamt konnte die Teilstudie 3 im Hinblick auf eine Verbesserung der Patientenaktivierung der INVEST eingeschriebene Versicherten keine signifikanten Veränderungen zum Ende des Projektes im Vergleich zur Ausgangslage feststellen. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass die Folgebefragung T1 der INVEST-Versichertenbefragung nach Ausbruch der COVID-19 Pandemie von Juli bis November 2020 erfolgte. Mögliche Auswirkungen der Pandemie auf die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und die Gesundheit der Befragungsteilnehmer:innen können zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben.

Die Ergebnisse der Teilstudie 3 zeigen jedoch, dass verschiedene Angebote zur Patientenaktivierung wie z. B. Versorgungsprogramme und Zielvereinbarungen durch die INVEST-Versicherten genutzt wurden. Auch im Rahmen der Teilstudie 2 konnte im Hinblick auf die Verbesserung der Patientenaktivierung keine signifikanten Veränderungen zum Ende des Projektes im Vergleich zur Ausgangslage festgestellt werden. Hierbei muss allerdings beachtet werden, dass die Stichprobengröße der Zweitbefragung bedingt durch die COVID-19 Pandemie mit 98 Patient:innen im Vergleich zur Erstbefragung mit 1.221 Patient:innen stark reduziert war. Die Ergebnisse weisen daher eine geringe statistische Belastbarkeit auf und sollten unter Berücksichtigung der genannten Faktoren interpretiert werden.

Führt eine stärkere Ausrichtung der Versorgung auf vulnerable Personengruppen zu einer Erhöhung der Zufriedenheit der Patient:innen/eingeschriebenen Versicherten ?

Die Ergebnisse der Teilstudie 2 zeigen, dass sich die Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung im Vergleich zur Ausgangslage signifikant verbessert hat. Die Ergebnisse der Teilstudie 3 bestärken diese Ergebnisse der Teilstudie 2 und zeigen, dass die befragten INVEST-Versicherten - in die NVF eingeschriebene Versicherten der AOK R/H, DAK-G, BARMER - die gesundheitliche Versorgung in Billstedt/Horn zum Ende der neuen Versorgungsform signifikant besser beurteilen im Vergleich zur Ausgangslage.

Fazit und Limitationen: Die bisherigen Evaluationsergebnisse zeigen, dass die NVF für Versicherte und Leistungserbringer:innen einen Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung aufweist. Auf Basis der bisherigen Evaluationsergebnisse empfehlen die Evaluator:innen daher, die NVF INVEST in die Regelversorgung zu überführen. Um die Potenziale von INVEST vollständig zu realisieren, sollte die Zahl der eingeschriebenen Versicherten sukzessive erhöht werden. Dies sollte sich in Skaleneffekten niederschlagen und die Versorgungssituation in Billstedt/Horn insgesamt positiv beeinflussen. Außerdem wird empfohlen, die NVF weiterhin begleitend zu evaluieren, um dessen langfristige Wirkungen belastbarer einschätzen zu können. Zusammenfassend ergeben sich folgende Limitationen bei der Interpretation der Ergebnisse in den einzelnen Teilstudien:

In Teilstudie (TS) 1 repräsentiert die INVEST-Versichertenbefragung lediglich 14% und die Gesundheitskioskbefragung jeweils 12% (Befragung zur Beratung) und 6% (Befragung zum Kursangebot) der 2.182 Nutzer:innen des Gesundheitskiosks. Eine weitere Limitation sind mögliche Selektionseffekten durch sprachliche Verständnisschwierigkeiten, da der Fragebogen nicht in andere Sprachen übersetzt wurde. Die Ergebnisse aus der Analyse der Befragungsdaten der TS 2 sind aufgrund der teilweise sehr geringen Stichprobengrößen nur eingeschränkt repräsentativ und damit hinsichtlich Aussagekraft und Belastbarkeit limitiert. Bedingt durch COVID-19-Pandemie, ist die Stichprobengröße in der Zweitbefragung (T1) im Vergleich zur Erstbefragung (T0) stark reduziert. Da ein Großteil der Praxen aus der Erstbefragung nicht an der Zweitbefragung teilgenommen hat, waren keine praxisspezifischen Analysen zur Evaluation von Interventionen auf Praxisebene möglich. Voraussetzung für die statistische Aussagekraft von praxisspezifischen Ergebnissen ist die Mindestanzahl an 30 rückläufigen Fragebögen pro Arztpraxis (statische Dauermenregel) (20). Die Folgebefragung T1 der INVEST-Versichertenbefragung in TS 3 erfolgte während der COVID-19-Pandemie. Mögliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und die Gesundheit der Befragungsteilnehmer können damit eine Verzerrung der Ergebnisse der Folgebefragung bewirkt haben. Demnach ist der Vorher-Nachher-Vergleich für das INVEST-Befragungspanel im Hinblick auf die Zielgrößen nur begrenzt belastbar. Des Weiteren kann nicht ausgeschlossen werden, dass die nicht signifikanten Ergebnisse in den Vorher-Nachher-Mittelwertvergleichen sowie Panel- und Interaktionsanalysen durch die geringe Anzahl an Beobachtungen und die daraus resultierende geringe Teststärke (statistische Power) der Analysen zustande kommen. Längere Beobachtungszeiträume und die damit verbundene Vergrößerung der Stichprobe wären empfehlenswert. Eine weitere Limitation, welche bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen ist, besteht in möglichen Selektionseffekten durch sprachliche Verständnisschwierigkeiten, da der Fragebogen der INVEST-Versichertenbefragung nicht in andere Sprachen übersetzt wurde. Die geringen Effekte der Intervention auf die Gesundheitskompetenz und den Gesundheitszustand der Bevölkerung in TS 4 könnten damit zusammenhängen, dass diesbezüglich ein signifikanter Effekt erst langfristig, d.h. nach mehreren Jahren Projektlaufzeit, zu erwarten ist. Veränderungen hinsichtlich Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand treten häufig erst mit Verzögerung auf. Dies gilt insbesondere bei chronischen Erkrankungen (19). Weiterhin kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere Interventionen in den Stadtteilen Billstedt und Horn einen Effekt auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Gesundheitskompetenz oder den Gesundheitszustand der Bevölkerung hatten. Die vorliegenden Ergebnisse können somit neben der Einführung der NVF auch durch weitere Faktoren beeinflusst worden sein, für die im Rahmen dieser Teilstudie aufgrund von fehlenden Daten nicht kontrolliert werden konnte. Die zentrale Limitation der TS 5 ist der kurze Beobachtungszeitraum, der die Wahrscheinlichkeit signifikante und belastbare Ergebnisse zu erhalten, einschränkt. Eine aktuelle Literaturrecherche zum Effekt von Programmen der Integrierten Versorgung auf die Leistungsausgaben (21) zeigte einen Zusammenhang zwischen der Länge des Beobachtungszeitraums und der Effektstärke, mit größeren Kostenreduktionen bei längeren Beobachtungszeiträumen. Das deutet darauf hin, dass eine signifikante Reduktion der Leistungsausgaben erst langfristig zu beobachten ist. Eine weitere Limitation ist, dass bei der Evaluation der Wirtschaftlichkeit anhand der Leistungsausgaben die Lern- und Entwicklungskosten der NVF in der Kostenbetrachtung nicht erfasst und in den Analysen berücksichtigt werden konnten. Als methodische Limitation dieser Teilstudie ist das Fehlen einer randomisierten Kontrollgruppe anzumerken. Eine Randomisierung war nicht möglich, deshalb wurde eine Kontrollgruppe durch Propensity Score Matching konstruiert, um Interventions- und Kontrollgruppe vergleichbar zu machen und Bias durch die Selektion der Teilnehmer der Interventionsgruppen und

Bias durch Störfaktoren entgegenzuwirken. Es ist jedoch möglich, dass nicht alle relevanten Faktoren in das Matching eingeschlossen wurden. Auch die Nutzung von Routinedaten ist mit Limitationen verbunden, es ist beispielsweise keine externe Diagnosevalidierung möglich, außerdem liegen keine sozioökonomischen Daten der Versicherten vor (Swart et al., 2014). Insgesamt liefern die Ergebnisse der Teilstudie 6 erste Tendenzen, die allerdings aufgrund der geringen statistischen Belastbarkeit mit Vorsicht zu interpretieren sind. Die geringen Gruppen-Stichproben können ursächlich für die nicht signifikanten Mittelwertvergleiche sein. Auch konnten aufgrund der geringen Gruppen-Stichproben wissenschaftlich belastbarer und aussagekräftigere Analysemethoden, wie beispielsweise Regressionsanalysen nicht durchgeführt werden.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Um die Weiterfinanzierung der NVF sicherzustellen, sind die Konsortialführung GfBH und die Krankenkassen frühzeitig in Kontakt getreten. Es sind Verträge für eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V mit der AOK Rheinland/Hamburg, der DAK Gesundheit, der BARMER, der Techniker Krankenkasse sowie der BKK Mobil Oil geschlossen, durch die alle wesentlichen Bestandteile der NVF seit dem 01.01.2020 bis zum 31.12.2021 weiterfinanziert und fortgeführt werden. Die Änderungen und Erweiterungen des § 140a Absatz 2 SGB V, die mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz zum 01.01.2021 eingeführt sind, geben Rechtssicherheit, dass durch den Innovationsfonds geförderte NVF auch nach Förderende grundsätzlich die Anforderungen einer besonderen Versorgung nach § 140a SGB V erfüllen und die Projekte selektivvertraglich fortgeführt werden können. Dies wird von der KF sehr begrüßt. Insgesamt können aktuell ca. 77.059 Versicherte (AOK R/H 33.000 V., TK: 18.953 V., BARMER: 8.776 V. DAK-G: 8.766, BKK Mobil Oil: 7.564) in Billstedt/Horn selektivvertraglich bis zum 31.12.2021 versorgt werden.

Die bisherigen Evaluationsergebnisse zeigen, dass die NVF für Versicherte und Leistungserbringer:innen Mehrwerte im Vergleich zur Regelversorgung aufweisen. „Auf Basis der bisherigen Evaluationsergebnisse empfehlen die Evaluator:innen daher, die neue Versorgungsform INVEST in die Regelversorgung zu überführen“ sowie weiterhin begleitend zu evaluieren.

Die Weiterfinanzierung der Versorgung in Billstedt/Horn ist vorerst bis zum 31.12.2021 gesichert, sodass die etablierten Strukturen erfolgreich gelebt und weiterentwickelt werden. Ab dem 2. Quartal 2021 sind die Verhandlungen für die Weiterfinanzierung über das Jahresende terminiert, um das Knowhow der Mitarbeiter:innen sowie die aufgebauten Versorgungsstrukturen und -leistungen langfristig zu sichern.

Die NVF bis heute nur auf Billstedt/Horn ausgerichtet. Es bietet sich jetzt die Chance, vergleichbare Versorgungsstrukturen für die Bevölkerung in weiteren Regionen zu etablieren.

Um die NVF in die Regelversorgung zu überführen und sie damit nicht nur ausgewählten Versicherten in zwei Stadtteilen in Hamburg zugutekommen zu lassen, wird vorgeschlagen, bundesweit deprivierte großstädtische Regionen zu identifizieren, um einer starken Benachteiligung der Bevölkerung hinsichtlich gesundheitlicher Chancengleichheit aktiv entgegenzuwirken.

Als Indikatoren zur Ermittlung der Regionen zur Umsetzung von regionalen Gesundheitsnetzwerke mit Gesundheitskiosk (rGmG) bieten sich an:

- Gesundheitliche Kennzahlen: Vorzeitige Sterblichkeit, Anzahl von Patient:innen mit bestimmten chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus und COPD),
- Sozioökonomische Kennzahlen: Anzahl sozioökonomisch benachteiligter Bewohner:innen wie z. B. Arbeitslose, ALG-II-Empfänger:innen, Migrant:innen, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Kinder (unter 15 Jahren) in Mindestsicherung und Menschen mit niedrigeren Schulabschlüssen oder anhand eines regionalen Deprivationsstatus, z. B. über den German Index of Multiple Deprivation (GIMD),
- Versorgungsstrukturelle Kennzahlen: Anzahl von Haus- und Fachärzt:innenn, Psychotherapeuten und Hebammen sowie weitere Berufsgruppen im Gesundheitswesen im Verhältnis zur Bevölkerung,
- Finanzielle Kennzahlen: Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die regionale Gesundheitsnetzwerke mit Gesundheitskiosk (rGmG) sollten über einen Zeitraum von mind. fünf Jahren wissenschaftlich evaluiert werden. Hierbei sollte ein/e zentrale/r Evaluator:in beauftragt werden, die/der eine vergleichende Evaluation zwischen den verschiedenen Regionen vornimmt, um besonders zielführende Aspekte zu identifizieren und valide, übertragbare Ergebnisse in größerem Umfang zu generieren. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung sollten auch regelmäßig Workshops vorgenommen werden, bei denen die verschiedenen Netzwerkmanager:innen der einzelnen rGmG zusammenkommen, um von Herausforderungen zu berichten und *Best Practice*-Ansätze zu teilen bzw. gemeinsam entwickeln zu können, um sich so einem „Versorgungsoptimum“ anzunähern.

Es wird vorgeschlagen, in einer zukünftigen Förderwelle des Innovationsfonds einen Förderschwerpunkt auf die Versorgung der Bevölkerung in deprivierten, sozialschwachen Regionen zu legen. Im Rahmen von Versorgungsforschungsprojekten könnte ein entsprechendes Indikatorenset entwickelt werden.

Die langfristige Finanzierung der rGmG sollte im Schulterschluss zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und Kommunen erfolgen. Die koordinativen Leistungen des Gesundheitskiosks sind trägerübergreifend und reichen in die kommunalen Aufgaben der sozialen Fürsorge hinein, so dass eine Beteiligung der Kommunen sachdienlich und auch aufsichtsrechtlich erforderlich ist. So hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bezüglich der Finanzierung des Gesundheitskiosks bereits darauf hingewiesen, dass Krankenkassen keine Mittel für kommunale Aufgaben einsetzen dürfen. Für eine gemeinsame Finanzierung zwischen Krankenkassen (entsprechend dem jeweiligen Versichertenanteil in der jeweiligen Versorgungsregion) und den Kommunen könnte ein „Fonds für gesundheitliche Chancengleichheit“ geschaffen werden. Es wäre auch eine Finanzierung über Steuerzuschüsse oder eine anteilige Finanzierung aus anderen Sozialversicherungszweigen zu überlegen. Der Anteil der gesetzlichen Krankenkassen könnte über eine niedrige pauschalierte Vergütung je „eingeschlossenen“ Versicherten in dem definierten PLZ Gebiet finanziert werden. „Eingeschlossene“ Versicherte sind alle Versicherte der Krankenkassen, die in einer definierten PLZ-Region ihren Wohnsitz haben.

Das Projektteam Billstedt/Horn steht für die Entwicklung eines konkreten Umsetzungskonzeptes sowie für Beratungsleistungen für weitere Modellregionen zur Verfügung sowie im Verlauf den etablierten rGmG beratend zur Seite.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Die NVF und das Konsortium haben durch sämtliche (wissenschaftliche) Veröffentlichungen viele neue Impulse hinsichtlich der populationsorientierten Versorgung in urbanen deprivierten Regionen gesetzt. Im Projektzeitraum sind elf (wissenschaftliche) Fachbeiträge in Büchern, Fachzeitschriften, Internetpublikationen sowie einem Gutachten erfolgt. Zudem wurden 130 Presseartikel in regionalen, überregionalen sowie internationalen Medien sowie Rundfunk- und Fernsehbeiträgen veröffentlicht. Das inhaltliche Spektrum der Berichterstattung reichte von Reportagen über die Arbeit des Gesundheitskiosks über Fragen der Versorgungsforschung bis hin zu gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen und Diskussionen zum Gesundheitssystem.

Veröffentlichungen

- Schmidt, H, Wild, EM, Schreyögg, J (2021). Explaining variation in health information seeking behaviour - Insights from a multilingual survey. *Health Policy*, doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.008. *Open Access*
- Golubinski, V., Wild, E. M., (2021) Factors associated with patient activation in a socially deprived population: Evidence from Germany. *Patient Education and Counseling*, zur Publikation angenommen.
- Golubinski, V., Wild, E. M., Winter, V., & Schreyögg, J. (2020). Once is rarely enough: can social prescribing facilitate adherence to non-clinical community and voluntary sector health services? Empirical evidence from Germany. *BMC public health*, 20(1), 1-9. *Open Access*
- Golubinski V., Opiel E. & Schreyögg J. (2020): A systematic scoping review of psychosocial and psychological factors associated with patient activation. *Patient Education and Counseling* 103 (10), 2061-2068.
- Marill M. C., 2020, From Rural Germany, Integrated Care Grows Into A Global Model. *Health Affairs* Vol. 39, No. 8: COVID-19, Home Health & More.
- Rabenberg A., Schulte T., Hildebrandt H., Wehling M. (2019). The FORTA (Fit for the Aged) – EPI (Epidemiological) Algorithm: Application of an Information Technology Tool for the Epidemiological Assessment of Drug Treatment in Older People, *Drugs & Aging*, Springer International Pubder
- Schulte T., Rabenberg A., Hildebrandt H., Bohnet-Joschko S., Wehling M. (2019). FORTA: Ein Algorithmus zur Bewertung und Optimierung der Arzneimitteltherapie älterer Patienten, *Monitor Versorgungsforschung*, Nr. 05/2019, Okt. 2019.
- Fischer A., Heinrich D., Hildebrandt H., Lorenz I., Fass G., (2018): Gesundheitskiosk als Kooperationsschnittstelle medizinischer und sozialer Versorgung. In: Fehr, R., Trojan, A. (Hrsg.): *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg - Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region (Band 2). Oekom Verlag München, 504-510.
- Stadtmüller, J. Schildt-Stadtmüller, A., Lorenz, I., Fischer, A., Hildebrandt, H. (2018): Deutschlandweit erster Gesundheitskiosk in Hamburg eröffnet. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. In: Internetquelle: Webseite Gesundheitliche Chancengleichheit. Abruf 15.02.2021.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. 762. Exkurs Gesundheitskiosk, 470-471.
- Fischer A., Lorenz I., Gröne O., Hildebrandt H., Fass G., Rupprecht C.J., Heßmann P. (2017): Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen: INVEST Billstedt/Horn. In: Amelung V.E. et al (Hrsg.): *Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2017, 279-286.

- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)(2018): Risikofaktoren und Diabetes in Hamburg, Berichte und Analyse zur Gesundheit. 27-28.

Geplante Veröffentlichungen

- Golubinski, V., Wild, E. M., Winter, V.: The impact of non-clinical community and voluntary sector health services on the demand for physician visits: Complementary or substitutive effects? Evidence from Germany (Working Title). Einreichung geplant für Mai 2021, Journal: *Social Science and Medicine*. (Open Access geplant)
- Ress, V., Wild, E. M., & Schreyögg, J.: Impact of community-based health services on access and cost-effectiveness: Evidence from a multisource panel study in Germany. Einreichung geplant für Oktober 2021, Journal: *Journal of Health Economics*
- Ress, V., Wild, E. M., & Schreyögg, J.: Effects of an Integrated care model on healthcare utilization, access to care and cost-effectiveness in a socially deprived urban area. Einreichung geplant für Oktober 2021, Journal: *Journal of Health Economics*
- Schmidt, H, Wild, EM: Stakeholder engagement in developing population-based integrated care solutions – Insights from Germany. Einreichung geplant für Oktober 2021, Journal: *International Journal of Integrated Care*. (Open Access geplant)
- Schmidt, H, Wild, EM, Blankart, CR: Conditions for inclusive and transparent strategy-making across sectoral boundaries. Einreichung geplant für März 2021, Journal: *Long Range Planning*
- Schmidt, H, Wild, EM, Blankart, CR: Sources of power in inter-organizational strategizing – Explaining power dynamics. Einreichung geplant für Oktober 2021, Journal: *Organization Studies*
- Buchbeitrag (Arbeitstitel): Wild & Golubinski: Der Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn – Evaluation eines neuen Versorgungsmodells zur Gesundheitsversorgung in sozial benachteiligten städtischen Gebieten in Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region: „Nachhaltige Stadt Gesundheit Hamburg – Neue Ziele, Wege und Initiativen“ (Arbeitstitel) Hg.: R. Fehr und J. Augustin, unter Mitwirkung von A. Trojan
- Zimmermann, Muche-Borowski, Fischer, Grüttner, Geibel, Scherer: Selbstmanagementförderung durch Community Health Nursing auf der Basis einer ärztlichen Verordnung (Social Prescribing) in einem Gesundheitskiosk. Aufbau und Umsetzung einer niedrigschwiligen komplexen Intervention in einer sozioökonomisch benachteiligten Region.

Der Evaluationsbericht sowie eine Kurzfassung des Evaluationsberichts wird auf der Homepage der evaluierenden Institution (HCHE) zur Verfügung gestellt. <https://www.hche.uni-hamburg.de/>. Der Ergebnisbericht wird auf der Homepage der Konsortialführung (GfBH UG) zur Verfügung gestellt. <https://gesundheit-bh.de/>.

Presseveröffentlichungen und Pressemitteilungen

Presseveröffentlichungen		
Ärztezeitung	Mehr Versicherte profitieren vom Gesundheitskiosk	12.08.2020
Bethesda Ärztforum	Qualitativer Sprung in der Versorgung	01 2020
Apotheken Umschau	Gesundheit für alle	15.04.2020
Ärztezeitung	Ein Kiosk für Gesundheitsfragen	17.01.2020
Ärztezeitung	Weitere Finanzierung des Gesundheitskiosks gesichert	11.12.2019
ARD Tagesthemen	Lösungsfinder – der Gesundheitskiosk Billstedt	14.11.2019
Psychosoziale Umschau	Ein Gesundheitskiosk für Leib und Seele	04 2019
wissen + forschen Versorgungsforschung (UKE Hamburg)	Gesundheit aus dem Kiosk, Medizinische Versorgung im sozialen Brennpunkt	10 2019
Hamburger Ärzteblatt	Marienkrankenhaus und Gesundheitskiosk kooperieren	08 2019
Billstedter Wochenblatt	Onkolotsin berät Tumorpatienten	06.02.2019
Medical Tribune	Gesundheitskiosk in Hamburg: Neues Denken für ein besseres Leben	09.11.2018
Die Welt	Große Impfkampagne für Ältere startet	19.10.2018
The Hindu	A visit to the health kiosk	15.10.2018
Spiegel Online	Endlich hört im Problemviertel mal jemand zu	15.10.2018
Ärztezeitung	Patientenbedürfnisse stärker berücksichtigen	11.10.2018
Zeit Elbvertiefung	Billstedt bewegt sich	27.09.2018
Die Welt	Die Lebensverlängerer	22.09.2018
Süddeutsche Zeitung	Mehr als 3000 Beratungen im Gesundheitskiosk im ersten Jahr	08.09.2018
Hamburger Morgenpost	Gesundheitskiosk hilft Anwohnern aus - kostenlos	08.09.2018
Die Welt	Mehr als 3000 Beratungen im Gesundheitskiosk im ersten Jahr	08.09.2018
Frankfurter Allgemeine	Wer arm ist, stirbt früher	08.09.2018
TAZ	Gesundheit aus dem Kiosk	30.06.2018
Hamburg Journal	Der Gesundheitskiosk in Billstedt	25.05.2018
ZDF Drehscheibe	Hamburger Gesundheitskiosk	08.05.2018
Deutsches Ärzteblatt	Gesundheitskiosk Billstedt/Horn: Für mehr Gesundheitskompetenz	13.04.2018
Deutsches Ärzteblatt	Gesundheitskiosk in Hamburger Problembezirk wird gut angenommen	07.03.2018
Hamburger Abendblatt	Gesundheitskiosk: 1000 Beratungen im 1. Halbjahr	07.03.2018
Ärztezeitung	Hamburg: Gesundheitskiosk entlastet Praxen	23.02.2018
Hamburger Abendblatt	Der Gang zum Kiosk dient der Gesundheit	06.02.2018
FAZ	Der Gang zum Kiosk dient der Gesundheit	01.02.2018
Billstedter Wochenblatt	Warten bis der Kinderarzt kommt	17.01.2018
Pinneberger Tageblatt	Jetzt gibt's Gesundheit am Kiosk	11.01.2018
Neues Deutschland	Hilfe ohne Anmeldung	11.01.2018
NDR 45 min	Arm und krank – das unfaire Gesundheitssystem	27.11.2017
Hamburger Ärzteblatt	Erster Gesundheitskiosk in HH-Billstedt eröffnet	11 2017
Deutschlandfunk	Der Gesundheitskiosk als Lösung?	13.10.2017
Ärzteblatt	Gesundheitskiosk – Beratung für mehr Gesundheitskompetenz	29.09.2017

Hamburg 1	Gesundheitskiosk in Billstedt eröffnet	28.09.2017
Monitor Versorgungsforschung	Die Hebelkraft in deprivierten Regionen ist höher	04 2017
Gesundheit aktiv Magazin	Ein gesundes Projekt für einen benachteiligten Stadtteil	03 2017
Netscape	Invest Billstedt/Horn soll die Gesundheit in Hamburger Problemvierteln verbessern	05.01.2017
Pressemitteilungen		
GfBH und BKK Mobil Oil unterzeichnen Selektivvertrag		11.08.2020
Video-Sprechstunde für Patienten im Gesundheitskiosk		07.04.2020
Gesundheitskiosk feste Größe in der Versorgung		05.12.2019
Marienkrankenhaus und Gesundheitskiosk unterschreiben Kooperationsvertrag		19.06.2019
Hamburger Bürgerschaft fordert mehrheitlich Verstetigung des Gesundheitskiosks		23.05.2019
Onkolotsin berät Tumorpatienten im Gesundheitskiosk		31.01.2019
Gesundheitskiosk: Patientenbeirat gegründet		29.01.2019
IQWiG und GfBH UG entwickeln Zusammenarbeit		08.01.2019
Neue Geschäftsführung bei der GfBH UG		07.11.2018
Impfkampagne – Gesund durch den Winter		17.10.2018
Ein Jahr Gesundheitskiosk – Patientenorientiertes Versorgungsmodell in Hamburg zeigt konkrete Erfolge		25.09.2018
„Drei Fragen für Ihre Gesundheit“ – Hamburger Kampagne bereitet Patienten optimal auf Arztbesuch vor		30.05.2018

Tabelle 7: Übersicht der Presseveröffentlichungen sowie Pressemitteilungen

9. Literatur

1. Marmot M. Social determinants of health inequalities. The Lancet 2005; 365(9464):1099–104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
2. Lampert T, Saß A-C, Häfelinger M, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Inst; 2005. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
3. Mackenbach JP, Valverde JR, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Deboosere P, Kalediene R et al. Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. The Lancet Public Health 2019; 4(10):e529-e537. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30147-1.
4. Hamburger Stadtteil-Profile: Berichtsjahr 2017: Band 20 der Reihe „NORD.regional“; 2018.
5. Fischer A, Heinrich D, Hildebrandt H, Lorenz I, Fass G. Gesundheitskiosk als Kooperations-schnittstelle medizinischer und sozialer Versorgung. In: Fehr R, Trojan A, Hrsg. Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg: Bestandaufnahme und Perspektiven. München: oekom verlag; 2018 (Edition nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region; Band 2).
6. Tudor Hart J. THE INVERSE CARE LAW. The Lancet 1971; 297(7696):405–12. doi: 10.1016/s0140-6736(71)92410-x.
7. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. BMJ 2000; 320(7237):791–4. doi: 10.1136/bmj.320.7237.791.

8. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf* 2015; 24(10):608–10. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004160.
9. Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Lang I, Byng R et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community* 2020; 28(2):309–24. doi: 10.1111/hsc.12839.
10. Burgi M, Igl G. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos; 2021. (Schriften zum Sozialrecht).
11. Gensichen J, Muth, Christiane, Butzlaff, Martin, Rosemann T, Raspe H, Müller de Cornejo G, Beyer M et al. Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung: Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006; (100):365–74 [Stand: 25.03.2021]. Verfügbar unter: http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/lit/zaefq100_365.pdf.
12. Walker KO, Stewart AL, Grumbach K. Development of a survey instrument to measure patient experience of integrated care. *BMC health services research* 2016; 16:193. doi: 10.1186/s12913-016-1437-z.
13. Brenk-Franz K, Hibbard JH, Herrmann WJ, Freund T, Szecsenyi J, Djalali S et al. Validation of the German version of the patient activation measure 13 (PAM13-D) in an international multicentre study of primary care patients. *PLoS One* 2013; 8(9):1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0074786.
14. Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, Afifi AA, Rosenstock L. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*. 3., Auflage. New York, NY: John Wiley & Sons; 2011.
15. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 2015; 119(11):1415–23. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007.
16. European Health Literacy Consortium. HLS-EU-Q: Measurement of Health Literacy in Europe: HLS-EU-Q47; HLS-EU-Q16; and HLS-EU-Q86. Executive Agency for Health and Consumers 2012.
17. Messer M, Vogt D, Quenzel G, Schaeffer D. Health Literacy bei vulnerablen Zielgruppen: Entwicklung und Konzeption des HLS-NRW-Q-Fragebogens. *Präv Gesundheitsf* 2016; 11(2):110–6. doi: 10.1007/s11553-016-0532-7.
18. van Walraven C, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A modification of the Elixhauser comorbidity measures into a point system for hospital death using administrative data. *Med Care* 2009; 47(6):626–33. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819432e5.
19. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung: Sondergutachten [Drucksache 17/10323]; 2012.
20. Bortz J, Schuster C. *Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler : mit 163 Tabellen*. 7., vollst. überarb. und erw. Aufl. Berlin: Springer; 2010

10. Anlagen

1. Evaluationsbericht
2. Veröffentlichungen
 - Veröffentlichung „A systematic scoping review of psychosocial and psychological factors associated with patient activation“
 - Veröffentlichung „Once is rarely enough: Once is rarely enough: can socialprescribing facilitate adherence to nonclinical community and voluntary sector health services? Empirical evidence from Germany“
 - Veröffentlichung „Explaining variation in health information seeking behaviour – Insights from a multilingual survey“ • Veröffentlichung: „Posterpräsentationen“ der KF GfBH
3. Informationsmaterialien
 - Flyer „Gesundheitskiosk“ in -deutsch und türkisch
 - Kursprogramm Gesundheitskiosk
 - Überweisungsschein Gesundheitskiosk • NetzNews, 8. Ausgabe, Juli 2019 • Kampagne „Drei Fragen für Ihre Gesundheit“
 - Flyer Elternkonferenzen
4. Informationsmaterialien Versorgungsmanagement
 - Flyer VM – Onkolotsin
 - Flyer VM – Herz im Blick
 - Flyer VM – Diabetessport
 - Flyer VM – Herzsport
 - Poster VM – Impfkampagne
5. Schulungsmaterial Communiy Health Nurse
 - Leitbild Gesundheitskiosk
 - Schulungskonzept
6. Konzept Gesundheitskiosk
7. Konzepte Versorgungsprogramme
 - Patienten im Blick
 - Krankenhaus im Blick
 - Pflege im Blick
8. Leistungspartnerverträge
 - Leistungspartnervertrag Praxis
 - Leistungspartnervertrag Krankenhaus
 - Leistungspartnervertrag Pflege
 - Kooperationsvertrag Sozialraum
9. Herausforderung bei der Implementierung

Anlagen

1. Evaluationsbericht

- Die Anlage ist über den folgenden Link abrufbar:
https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf

Anlagen

2. Veröffentlichungen

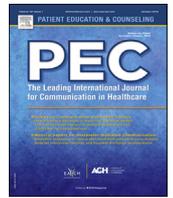
- Veröffentlichung „A systematic scoping review of psychosocial and psychological factors associated with patient activation“
- Veröffentlichung „Once is rarely enough: Once is rarely enough: can socialprescribing facilitate adherence to nonclinical community and voluntary sector health services? Empirical evidence from Germany“
- Veröffentlichung „Explaining variation in health information seeking behaviour –Insights from a multilingual survey“
- Veröffentlichung: „Posterpräsentationen“ der KF GfBH



Contents lists available at ScienceDirect

Patient Education and Counseling

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pateducou



Review article

A systematic scoping review of psychosocial and psychological factors associated with patient activation

Veronika Golubinski, Eva-Maria Oppel*, Jonas Schreyögg

Hamburg Center for Health Economics (HCHE), University of Hamburg, Hamburg, Germany

ARTICLE INFO

Article history:

Received 30 October 2019
Received in revised form 5 May 2020
Accepted 7 May 2020

Keywords:

Patient activation
Psychosocial factors
Psychological factors
Systematic review
Self-management

ABSTRACT

Objective: Patient activation has been identified as an important predictor of how patients manage their own health, but little is known about its determinants. In this scoping review, we aim to address this research gap by (1) identifying literature on psychosocial/psychological factors associated with patient activation, and (2) extracting and synthesizing major results reported on that relationship.

Methods: Using a systematic search of four electronic databases (Web of Science, PubMed, PsychInfo, CINAHL), our search algorithm combined related terms for “psychosocial factors” or “psychological factors” and “patient activation”.

Results: Of the 1128 records identified, we included 13 studies in this scoping review. In these, we identified 21 psychosocial/psychological factors that were significantly associated with patient activation. The four most frequently investigated factors were depression, self-efficacy, hope, and health status. Overall, the methodological quality of studies was low. The majority were cross sectional in design, and only one assessed causality.

Conclusions: Our results suggest that psychosocial/psychological factors explain variations in patient activation. However, further research is needed to identify causal relationships between psychosocial/psychological factors and patient activation.

Practice Implications: The insights from our review could be used for designing and evaluating interventions to improve patient activation.

© 2020 Elsevier B.V. All rights reserved.

Contents

1.	Introduction	00
1.1.	Psychological and psychosocial factors	00
2.	Methods	00
2.1.	Search strategy	00
2.2.	Inclusion and exclusion criteria	00
2.3.	Content analysis	00
3.	Results	00
3.1.	Literature search results	00
3.2.	Study findings	00
4.	Discussion and conclusion	00
4.1.	Discussion	00
4.2.	Conclusion	00
4.3.	Practice implications	00
	Disclaimer	00
	Acknowledgements	00
	References	00

* Corresponding author.
E-mail address: eva.oppel@uni-hamburg.de (E.-M. Oppel).

1. Introduction

The role of patients is changing from that of passive recipients of treatment to active partners in the health care process [1,2]. Self-management, has therefore become increasingly relevant [3]. An important predictor of self-management skills among patients is patient activation, which can be defined as the knowledge, skills, and confidence that equip patients to become actively engaged in their own health care [4,5]. Indeed, there is evidence that higher levels of patient activation can improve medical outcomes, treatment adherence, and patient satisfaction [6–8]. Furthermore, given that higher patient activation is expected both to improve the quality of care and reduce health care costs [4,9], patient activation is considered to be a reliable indicator of how well patient-oriented health interventions and integrated care programs perform [10,11]. As a result, there has been increased attention in research and practice on patient activation and how to enhance it. Research measuring patient activation most commonly uses the Patient Activation Measure (PAM) developed by Hibbard and colleagues in 2004 [6,12–16]. Based on self-efficacy and locus of control [6], the instrument posits that individuals go through various stages in the process of becoming fully competent managers of their own health [5,6].

While there is an overall consensus that patient activation is crucial to improving health care outcomes and reducing health care costs, little is known about its determinants. In particular, those of a psychosocial and psychological nature have not been systematically identified and examined to date [14]. This research gap is particularly surprising given that psychological and psychosocial factors are widely studied in other areas of the health and social sciences and are regarded as crucial determinants of health behavior and outcomes [17–20]. Moreover, compared to other determinants, such as patients' socioeconomic characteristics, psychological and psychosocial factors are amenable to change, making them particularly promising points to address in health care interventions. Indeed, Green et al. [21] found that patients' socioeconomic characteristics explain only 5–6% of variation in PAM scores. Identifying other factors that might explain variation in PAM scores could help predict the extent to which different health care interventions might lead to improved patient activation.

We aimed to address this research gap by conducting a systematic scoping review of literature on psychosocial and psychological factors that might be linked to patient activation. This type of review is particularly suited for research questions that have not yet been comprehensively investigated in a review and are not amenable to a classic systematic review of the literature due to the heterogeneity of evidence [28]. We summarized the characteristics of the included studies and synthesized their results regarding the relationship between psychological/psychosocial factors and the PAM into an overview of evidence on this subject. Based on the results, we suggest an agenda for further research.

1.1. Psychological and psychosocial factors

Psychological and psychosocial factors are widely studied in the health and social sciences and are regarded as crucial determinants of health behavior and outcomes. To our best knowledge, a common definition and a list of the most important factors are, however, still lacking. Following Stansfeld and Rasul [22], psychological factors include individual-level processes and meanings that impact mental states. Social factors comprise factors at the level of human society referring to the social structure and social processes that affect the individual. Sometimes the terms psychological and social are combined into the term 'psychosocial' [13,16,22,23]. This combination is more than a mere shorthand term but acknowledges the interdependency and interrelatedness of psychological and social

factors and implies that the impact of social factors might be mediated and explained through psychological factors [22]. Psychosocial factors may act alone or combine in clusters [24]. They can affect health outcomes either through direct biological processes or modified behaviors [25]. Studies in the field of patient activation do not distinguish between the terms "psychological factors" and "psychosocial factors", but rather use them interchangeably without defining them (e.g. references [13] and [26]). Often they also use psychological or psychosocial factors as umbrella terms for arbitrary lists of specific factors such as depression [27] or worries about the future [16].

Because the objective of our study was to identify all publications that investigate psychological and psychosocial aspects in relation to patient activation and to categorize their results to provide a broad overview of the evidence, we decided to include both constructs in our scoping review.

2. Methods

Evidence on the relationship between psychosocial/psychological factors and patient activation has not been comprehensively reviewed to date and is not amenable to a classic systematic review of the literature due to its heterogeneity [28]. We therefore undertook a systematic scoping review in accordance with the most recent and internationally recognized guidance for this type of research [28,29].

Most scoping reviews are not designed to assess the methodological quality of the studies they include [29,30]. While some researchers have criticized that this limits the interpretation of results [31] and the uptake of findings into policy and practice [32], others have questioned the value of assessing the quality of the vast range of studies that may be included in such reviews [33]. In our scoping review, we have attempted to find a middle road by reporting information on sample size, study design, use of (validated) scales, and statistical methods in Tables 1 and 2.

2.1. Search strategy

We conducted a systematic search in the following four electronic databases: Web of Science, PubMed, CINAHL, and PsychInfo (via Ovid). Since to our educated opinion there is no reliable and commonly accepted list of specific psychological/psychosocial factors, we use the umbrella terms "psychosocial factors" and "psychological factors" in our search algorithm. To further increase the sensitivity of our search, our search algorithm also comprised truncations of the umbrella terms. Furthermore, the algorithm included the common abbreviations for the patient activation measure, the related 22-item questionnaire, and the 13-item short form questionnaire, namely: PAM, PAM-22, and PAM-13. We used the following search algorithm: ("patient activation" OR "PAM" OR "PAM-13" OR "PAM-22" OR "activation for self-management" OR "activation for self-care") AND ("psycholog*" OR "psychosocial") AND ("factor*" OR "correlate*" OR "associate*" OR "characteristi*" OR "variable*" OR "construct*" OR "determinant*"). We supplemented our electronic searches by manually screening the reference lists of included publications.

2.2. Inclusion and exclusion criteria

To identify evidence of relevance to all age groups, interventions, countries, and health conditions, we included publications if they:

- 1 were published in English in a peer-reviewed journal between January 1, 2004 (the year in which the PAM was developed [6]) and June 21, 2019;

- 2 reported original research findings from any type of empirical study (publications reporting the results of secondary research, literature reviews, case-reports, or in-vitro or animal studies were excluded); and
- 3 reported the results of studies that statistically tested the relationship between psychosocial or psychological variables and PAM scores (studies that did not explicitly investigate this relationship were excluded, for example if they measured PAM scores and psychosocial/psychological variables simultaneously but did not focus on the link between them).

We first screened publications for relevance based on their abstracts. These were read by two researchers (IT and VG) independently, who made an initial judgement using the inclusion criteria given above. Differences were subsequently resolved through discussion after examining the full text of the publications in question. In case of disagreement, the final decision was made by consulting a third researcher (EO).

2.3. Content analysis

We analyzed the content of included publications in two steps: First, we captured the characteristics of each study in a data extraction sheet (Table 1), including first author, year of

publication, publication title, aim of the study, journal title, country, context, and study design. We then summarized and described these characteristics to provide an overview of the different research streams in this field. Second, we extracted and synthesized any major results reported on the relationship between psychosocial or psychological factors and patient activation. We also recorded whether these psychosocial or psychological factors were positively or negatively associated with patient activation and whether this relationship was statistically significant. We also extracted information on any underlying theory (if reported), as well as on the scales and statistical methods used by the publications' authors to assess the psychosocial or psychological factors. Given the considerable heterogeneity of study designs, definitions, measuring methods, and statistical techniques, we did not aim to meta-analyze their results.

3. Results

3.1. Literature search results

In total, our database search identified 1128 publications. We found two additional publications through our manual search of reference lists. After removing 194 duplicates, we excluded another 921 publications because they did not meet our inclusion

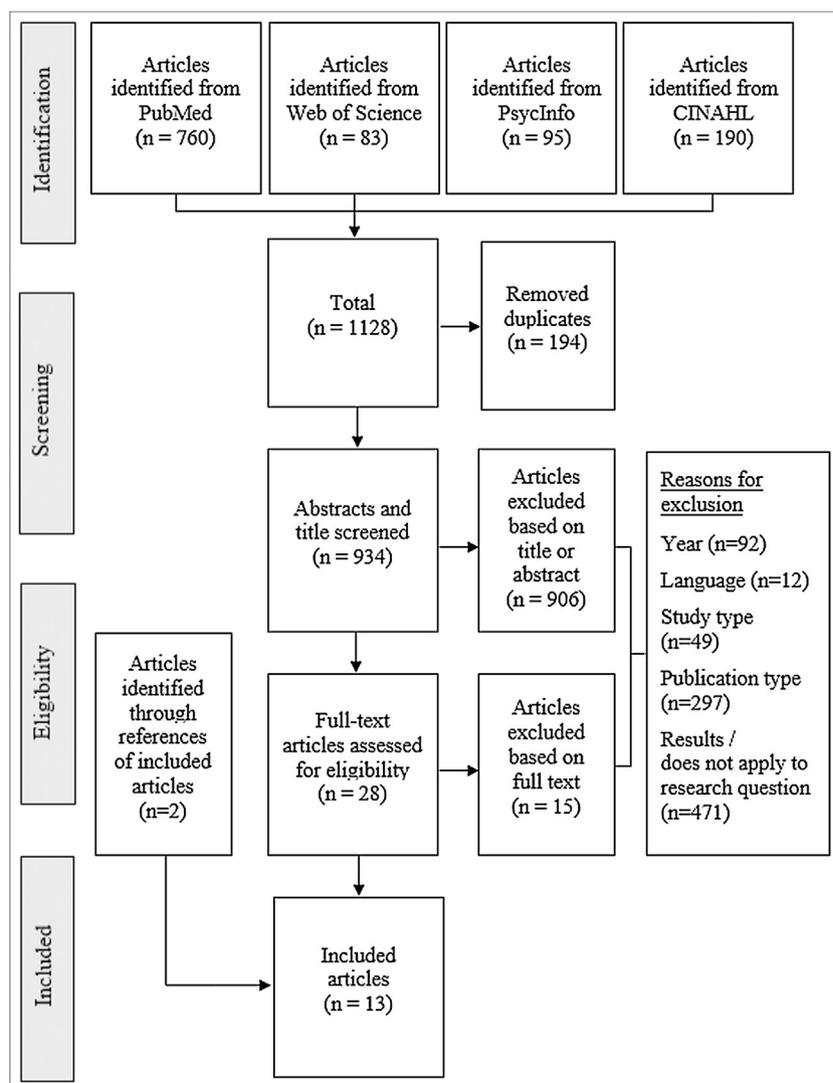


Fig. 1. Flow diagram of study selection.

Table 1
General study characteristics.

First author (year)	Paper title	Objective	Journal title	Country	Context	Study design
Bos-Touwen I (2015) [34]	Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study	To understand the characteristics associated with patient activation for self-management and to evaluate whether these are disease-transcending	PLoS ONE	Netherlands	Diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure, chronic renal disease	Cross-sectional study
Gleason KT (2016) [12]	Factors associated with patient activation in an older adult population with functional difficulties	To determine whether patient activation is associated with depression, chronic conditions, family support, difficulties with activities of daily living (ADLs), instrumental activities of daily living (IADLs), hospitalizations, education, or financial strain	Patient Education and Counseling	United States	Functional difficulties in older adults	Cross-sectional study
Goodworth MCR (2016) [13]	Variables associated with patient activation in persons with multiple sclerosis	To understand the extent to which self-efficacy barriers to self-management capabilities are related to individuals' perceived abilities to manage their care	Journal of Health Psychology	United States	Multiple sclerosis	Cross-sectional study
Graffigna G (2017) [23]	The role of Patient Health Engagement Model (PHE-model) in affecting patient activation and medication adherence: A structural equation model	To test the effect of patient activation on medication adherence, positive emotions, quality of the patient/doctor relationship on patient activation, and patient health engagement in this pathway (mediating effect)	PLoS ONE	Italy	Chronic illness	Cross-sectional study
Gronning, K (2016) [35]	Which factors influence self-efficacy in patients with chronic inflammatory polyarthritis?	To investigate the factors that predict self-efficacy in patients with chronic inflammatory polyarthritis	Musculoskeletal Care	Norway	Arthritis	Randomized controlled trial
Kato, A (2017) [36]	Psychological and behavioral patterns of stigma among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study	To test the psychological and behavioral patterns of stigma (self-esteem and social participation) and their relationship to self-stigma, patient activation for engaging in self-care, and glycemic control	BMJ OPEN	Japan	Diabetes	Cross-sectional study
Munce, SEP (2016) [27]	Impact of psychological characteristics in self-management in individuals with traumatic spinal cord injury	To examine the association between psychological characteristics in self-management and probable depression status	Spinal Cord	Canada	Traumatic spinal cord injury	Cross-sectional study
Oles SK (2015) [37]	The relationship between hope and patient activation in consumers with schizophrenia: Results from longitudinal analyses	To understand the prospective relationship between hope and patient activation	Psychiatry Research	United States	Schizophrenia	Prospective longitudinal study
O'Malley D (2018) [16]	Determinants of patient activation in a community sample of breast and prostate cancer survivors	To assess rates of patient activation and explore the characteristics associated with activation	Psycho-Oncology	United States	Breast and prostate cancer	Cross-sectional study
Schiøtz ML (2012) [15]	Social support and self-management behavior among patients with Type 2 diabetes	To investigate the relationship between structural and functional social support and patient activation, diabetes-related emotional distress, perceived diabetes care, self-management behavior, and HbA1c levels among patients with type 2 diabetes	Diabetic Medicine	Denmark	Diabetes	Cross-sectional study
Schmaderer MS (2016) [38]	Correlates of patient activation and acute care utilization among multimorbid patients	To identify correlates of patient activation in patients with multimorbidity and to examine the relationship between patient activation and health care utilization	Western Journal of Nursing Research	United States	Chronic illness	Cross-sectional study
Skolasky RL (2008) [14]	Patient activation and adherence to physical therapy in persons undergoing spine surgery	To determine the association between baseline patient activation and participation	The Spine Journal	United States	Lumbar spine surgery	Prospective longitudinal study
Skolasky, RL (2009) [26]	Psychometric properties of the patient activation measure among individuals presenting for elective lumbar spine surgery	To determine the psychometric properties and construct validity of the recently developed Patient Activation Measure (PAM)	Quality of Life Research	United States	Elective lumbar spine surgery	Validation study

Table 2
Measurement and data analysis of psychological variables.

First Author (year)	Sample size	Psychological/psychosocial factor ^a	Scale/Item ^b	Statistical method
Bos-Touwen I (2015) [34]	1154	Anxiety and depression Illness perception Financial distress	Hospital Anxiety and Depression Scale Brief Illness Perception Questionnaire	Multiple linear regression analysis
Gleason KT (2016) [12]	277	Health status Social support	Short Form-12 Health Survey Multidimensional Scale of Perceived Social Support	Bivariate linear regressions analysis
Goodworth MCR (2016) [13]	199	Depressive symptoms Family support Quality of life Depression Multiple sclerosis quality of life Multiple sclerosis self-efficacy	Patient Health Questionnaire 9 Family Support Scale EuroQOL EQ-5D Beck Depression Inventory-II Leeds Multiple Sclerosis Quality of Life MS Self-Efficacy Scale	Hierarchical regression analysis
Graffigna G (2017) [23]	352	Emotional feelings Patient/doctor relationship	Self-Assessment Manikin Scale Health Care Climate Questionnaire	Structural Equation Model
Gronning, K (2016) [35]	132	Self-efficacy over other symptoms	Arthritis self-efficacy over other symptoms scale	Bivariate and multivariate linear regression analysis
Kato, A (2017) [36]	209	Self-efficacy over pain Self-esteem Social participation	Arthritis self-efficacy over pain scale Rosenberg Self-Esteem Scale 3 subscales of 36-question Short Form Health Survey	One-way analysis of covariance (ANCOVA) and Bonferroni test
Munce, SEP (2016) [27]	25	Anxiety and depression	Hospital Anxiety and Depression Scale	Spearman's correlation coefficient and logistic regression analysis
Oles SK (2015) [37]	118	Hope	State Hope Scale	Sequence of cross-lagged panel models
O'Malley D (2018) [16]	325	Fear of disease recurrence Worries about the future	Single stand-alone item Single stand-alone item	Analysis of Variance (ANOVA)
Schiøtz ML (2012) [15]	2572	Social network	"Validated questions from Danish population health-profile studies"	Tobit and logistic regression models
Schmaderer MS (2016) [38]	200	(Diabetes-related) emotional distress Health literacy	Problem Areas in Diabetes scale Short Test of Functional Health Literacy in Adults, Single Item Literacy Screener	
		Depression, anxiety, fatigue, satisfaction with the social role Perception of health status / Quality of life Assessment of chronic illness care	Patient Reported Outcomes Measurement Information System-29 EuroQOL EQ-5D Patient Assessment of Care for Chronic Conditions	
Skolasky RL (2008) [14]	65	Hope Locus of control to internal and external forces Optimism Presence of depressive symptoms	Trait Hope Scale Multidimensional Health Locus of Control Scale Life Orientation Test – Revised Primary Care Evaluation of Mental Disorders	Multivariate linear regression analysis
Skolasky, RL (2009) [26]	283	Self-efficacy Health status Hope Locus of control to internal and external forces Optimism Presence of depressive symptoms Self-efficacy	Arthritis self-efficacy scale Charlson Comorbidity Index Trait Hope Scale Multidimensional Health Locus of Control Scale Life Orientation Test – Revised Primary Care Evaluation of Mental Disorders Arthritis self-efficacy scale	Test-retest reliability, construct validity, confirmatory factor analysis

^a The number of individual psychological/psychosocial factors in the studies add up to 41. As some of these factors were identical, we were able to condense these into 22 factors.

^b The number of self-reported scales to measure individual psychological/psychosocial factors in the studies add up to 38.

criteria. Ultimately, 13 publications reporting the results of 13 studies were included for further analyses. The detailed process for selecting publications is depicted in Fig. 1.

The general characteristics of the studies are given in Table 1. Of the 13 studies included, 10 (77%) were published between 2015 and 2018 and seven (54%) were conducted in the United States. Most frequently, the studies focused on chronic diseases (46%) such as type 2 diabetes (in $n = 3$ studies), chronic obstructive pulmonary disease ($n = 1$), chronic heart failure ($n = 1$), chronic renal disease ($n = 1$), arthritis ($n = 1$), and chronic illness in general ($n = 2$). A diverse range of conditions are covered by the remaining studies, namely lumbar spine surgery ($n = 2$), cancer ($n = 1$), multiple sclerosis ($n = 1$), traumatic spinal cord injury ($n = 1$),

schizophrenia ($n = 1$), and functional difficulties in older adults ($n = 1$). One of the studies [34] focused on multiple conditions. The majority (69%) of the studies were cross sectional in design ($n = 9$). The remainder comprised a longitudinal study ($n = 2$), a randomized controlled trial ($n = 1$), and a validation study ($n = 1$).

3.2. Study findings

Overall, the included studies used a total of 38 self-reported scales to measure 41 psychosocial or psychological factors. Detailed information on these is given in Table 2. In total, 22 of the 41 factors were unique and are thus counted as the denominator in the remainder of this paper. We identified

considerable heterogeneity in how the factors were defined, measured, conceptualized theoretically, and analyzed statistically in terms of their relationship to PAM scores. To ensure accuracy, we decided to report the 22 psychosocial or psychological factors individually; thematic overlaps between factors are examined in the discussion section. To measure patient activation, 11 studies used the 13-item questionnaire (PAM-13), one used the PAM with a modified response scale [16], and another used the adjusted PAM version for mental health PAM-MH 13 [37].

The most frequently assessed factor in relation to patient activation was *depression or depressive symptoms*, which were assessed in four studies. Additionally, three studies measured *anxiety and depression*, using one scale for these two factors. Thus, over half of the included articles (n = 7) explored either *anxiety and depression* or only *depression or depressive symptoms*. The second most frequently assessed factor was *self-efficacy*, which was examined in four studies. This was followed by *hope and health status*, which were measured in three studies each. Other factors that were explored more than once in combination with the PAM were *quality of life* and *optimism*, which were assessed in two studies each.

Except for one study by Gronning et al. [35], all of the studies measured patient activation as the dependent variable and psychosocial or psychological factors as independent variables. The sample size ranged from 25 to 2572 participants. All of the studies used validated scales to measure psychosocial factors except for the study by O'Malley et al. [16]. The statistical methods for testing relationships between psychosocial or psychological factors and PAM scores differed substantially among the studies. While some used simple correlation analysis, most conducted regression analyses and one applied a structural equation model. Only one study assessed the causality of the relationship [23].

Overall, 21 psychosocial or psychological factors had a statistically significant relationship with patient activation. Psychosocial or psychological factors that showed a significant positive association with PAM scores were *self-efficacy*, *quality of life*, *self-rated health status*, *assessment of chronic care*, *social support*,

family support, *social participation*, *satisfaction with social role*, *social network*, *hope*, *optimism*, *internal locus of control*, *patient/doctor relationship*, *self-esteem*, and *health literacy*. Psychosocial factors that showed a significant negative association with PAM scores were *depression or depressive symptoms*, *anxiety and depression*, *fatigue*, *illness perception*, *emotional feelings*, *fear of disease recurrence*, and *external locus of control*. The factor *worries about the future* was not significantly associated with patient activation. These findings are given in Fig. 2.

Only three studies presented a theoretical justification for including certain psychosocial factors in their analyses. Gleason et al. applied the society-to-cells resilience framework, which assumes that the resilience potential of patients depends on socioecological and individual factors, such as psychological coping abilities [12,39]. Goodworth et al. [13] used the self-management model devised by Bandura[40], which posits that changes in health behavior require motivational and self-regulatory skills; in this context, patients' self-management operates through a set of psychological subfunctions. Lastly, Graffigna et al. [23] draw upon the Patient Health Engagement Model, a psychological framework that describes how patient engagement develops emotionally through the health care journey as a result of a process related to patients' health status and how they perceive their role in this journey.

4. Discussion and conclusion

4.1. Discussion

This systematic scoping review is the first study to provide an overview of evidence that a wide range of psychosocial and psychological factors are significantly associated with patient activation. We identified a total of 41 psychosocial or psychological factors, 22 of which were unique and 21 of which were significantly associated with patient activation in the included studies. While it is important to look at these individually, it is interesting to note that our results can be clustered into the following five overarching

First author (year)	Depression & anxiety	Depression / Depressive symptoms	Fatigue	Self-efficacy	Quality of life	Health status	Illness perception	Assessment of chronic care	Social support	Family support	Social participation	Satisfaction with social role	Social network	Hope	Optimism	Locus of control (internal / external)	Emotional feelings	Fear of disease recurrence	Patient/doctor relationship	Self-esteem	Health literacy	Worries about the future
Bos-Touwen (2015)	-				+	-		+														
Gleason (2016)		-		+					+													
Goodworth (2016)		-	+	+																		
Graffigna (2017)																	-		+			
Gronning (2016)				+(+)																		
Kato (2017)									+											+		
Munce (2016)	-																					
Oles (2015)													+									
O'Malley (2018)																						(-)
Schiøtz (2012)												+										
Skolasky (2008)		-		+										(+)	(+)	(+)(-)						
Skolasky (2009)		(-)		+		(+)								+	+	+/-						
Schmaderer (2016)	-(-)		-(-)		+(+)		+				+											+(+)

+ significantly positively associated (+) not significantly associated
 - significantly negatively associated (-) not significantly associated

Fig. 2. Psychological/psychosocial factors by study results.

categories: depression (*anxiety and depression, depressive symptoms, fatigue*), self-assessed health status (*quality of life, illness perception, chronic illness*), social context (*social support, family support, social participation, social network, satisfaction with the social role, patient-doctor relationship*), cognition (*self-efficacy, locus of control, hope, optimism, self-esteem, health literacy*), and emotions (*emotional feelings, fear of disease recurrence, worries about the future*). This informal classification highlights that there is more evidence for factors related to the category of depression, which in turn suggests that interventions designed to improve patient activation may wish to focus on this condition.

Another interesting finding from our scoping review is the focus, among the included studies, on chronic diseases. While this may be partly due to evidence that self-management and patient activation are particularly important for patients with complex chronic conditions [41–43], it is probably also a result of data availability, which tends to be better for chronic conditions. In the future, however, more studies will probably focus on activation and engagement among patients with non-chronic conditions given the emphasis placed on these by health legislation in many countries, such as the Affordable Care Act in the US [44], which created the Patient-Centered Outcomes Research Institute.

With only one exception, none of the studies identified in our scoping review were designed to establish causality. Future research should therefore concentrate on identifying causal relationships between psychosocial or psychological factors and PAM scores. To explain variation in PAM scores, we also recommend analyzing structural relationships between the different psychological or psychosocial factors, patient activation, and the health-related outcomes of interest. Indeed, it is precisely a deeper understanding of variation in PAM scores that is required in order to assess whether interventions designed to improve patient activation have been successful. Earlier studies have found that patients' socioeconomic characteristics explain only 5–6% of variation in PAM scores [21]. Thus, further research is needed to predict variation in PAM scores over and above variation explained by sociodemographic variables.

In terms of study design, we suggest using randomized controlled trials, quasi-experiments, or longitudinal designs in which the variable or variables of interest are measured at least twice after baseline to determine determinants of change in patient activation. Because patient activation is based on self-efficacy and locus of control, and the PAM includes several items related to these, it is no surprise that the PAM is significantly associated with the two constructs. To disentangle effects, we suggest assessing discriminant validity by checking cross-loadings between the factors.

This systematic scoping review has a number of important limitations. Using umbrella search terms instead of a preselected list of specific factors (e.g., depression) risks missing studies that do not use the umbrella terms but are nevertheless relevant. In the absence of an exhaustive, valid and broadly accepted list of such factors, however, we opted for a search with higher sensitivity and a screening approach suited to avoiding false positive results (i.e., with two independent reviewers and a third in charge of arbitration). Further research, however, is needed to build on and extend our scoping review by developing a comprehensive list of psychological and psychosocial factors and using this predefined list in the search algorithm.

A second limitation of our scoping review is its inclusion only of studies that used the PAM instrument. While this inclusion criterion ensured that we would be able to compare the results of the different studies, it also means that we will have missed studies that used different instruments to measure patient activation. Authors of future literature reviews may wish to use less restrictive criteria in order to elaborate and extend upon our findings. Third,

this scoping review focused exclusively on psychological and psychosocial factors, ignoring a number of other factors that might be related to patient activation, such as education [45] or certain clinical factors [16]. An interesting avenue for future research would be to examine and quantify the relative importance of different factors in explaining patient activation. For instance, very little is known about which factors – whether demographic, psychological and psychosocial, or environmental – are relatively more important when it comes to predicting patient activation.

4.2. Conclusion

This scoping review represents a novel approach to synthesize psychosocial and psychological factors related to patient activation and provides a comprehensive overview of this research subject. While our findings suggest that these factors play an important role in patient activation, the low methodological quality of the studies conducted to date limits the conclusions that can be drawn and recommendations made for designing and evaluating interventions to improve patient activation. High-quality, longitudinal research is clearly needed to identify psychological and psychosocial predictors of patient activation. As the majority of studies included in our scoping review were published over the past three years, it would appear that research on the link between psychosocial or psychological factors and patient activation is relatively new and evolving. Our findings can be used to help direct further studies in a meaningful direction.

4.3. Practice implications

Our finding suggest that psychosocial and psychological factors explain variations in patient activation and should therefore be considered when designing interventions aiming to enhance patient activation. Specifically, this might help health care practitioners target subgroups of patients who require additional resources to self-manage their health and health care (e.g., those with depressive symptoms), and to identify the type of mentoring needed to improve patient activation. Further, the insights from our review could be used in education and training of care providers. Educational programs on patient activation are well-advised to raise awareness that besides socio-demographics also psychosocial and psychological factors need to be considered in promoting patient activation. Beyond their relevance for clinical care, our results also highlight the importance of joint action between medical and social care providers in improving patient activation. Social or community care resources could help to address complex psychological and social care needs of patients, which are important to tackle for achieving higher levels of patient activation.

Disclaimer

The views expressed in this article are those of the authors and do not necessarily reflect the position or policy of the German Federal Joint Committee. The German Federal Joint Committee has no role in the study design, methods, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Declaration of competing interest

None declared.

Acknowledgements

This material is based upon work supported (or supported in part) by the Innovation Fund of the German Federal Joint Committee, P.O. Box 12 06 06, Berlin, Germany (NVF2_2016-042).

References

[1] J. Barlow, C. Wright, J. Sheasby, A. Turner, J. Hainsworth, Self-management approaches for people with chronic conditions: a review, *Patient Educ. Couns.* 48 (2002) 177–187, doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0.

[2] J. Menichetti, C. Libreri, E. Lozza, G. Graffigna, Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the on-going literature debate, *Health Expect.* 19 (2016) 516–526, doi:http://dx.doi.org/10.1111/hex.12299.

[3] E.H. Wagner, Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff. Clin. Pract.* 1 (1998) 2–4.

[4] J.H. Hibbard, J. Greene, V. Overton, Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores', *Health Aff.* 32 (2013) 216–222, doi:http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1064.

[5] J.H. Hibbard, E.R. Mahoney, J. Stockard, M. Tusler, Development and testing of a short form of the patient activation measure, *Health Serv. Res.* 40 (2005) 1918–1930, doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x.

[6] J.H. Hibbard, J. Stockard, E.R. Mahoney, M. Tusler, Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers, *Health Serv. Res.* 39 (2004) 1005–1026, doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x.

[7] J.H. Hibbard, E.R. Mahoney, R. Stock, M. Tusler, Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Serv. Res.* 42 (2007) 1443–1463, doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x.

[8] D.M. Mosen, J. Schmittiel, J.H. Hibbard, D. Sobel, C. Remmers, J. Bellows, Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions? *J. Ambul. Care Manage.* 30 (2007) 21–29.

[9] J. Greene, J.H. Hibbard, R. Sacks, V. Overton, C.D. Parrotta, When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too, *Health Aff.* 34 (2015) 431–437, doi:http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452.

[10] E. Titova, Ø. Salvesen, S.B. Bentsen, S. Sunde, S. Steinshamn, A.H. Henriksen, Does an integrated care intervention for COPD patients have long-term effects on quality of life and patient activation? A prospective, open, controlled single-center intervention study, *PLoS One* 12 (2017)e0167887, doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0167887.

[11] T.S. Bergmo, G.K. Berntsen, M. Dalbakk, M. Rumpsfeld, The effectiveness and cost effectiveness of the Patient-Centred Team (PACT) model: study protocol of a prospective matched control before-and-after study, *BMC Geriatr.* 15 (2015) 133, doi:http://dx.doi.org/10.1186/s12877-015-0133-x.

[12] K.T. Gleason, E.K. Tanner, C.M. Boyd, J.S. Saczynski, S.L. Szanton, Factors associated with patient activation in an older adult population with functional difficulties, *Patient Educ. Couns.* 99 (2016) 1421–1426, doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.011.

[13] M.-C.R. Goodworth, L. Stepleman, J. Hibbard, L. Johns, D. Wright, M.D. Hughes, M.J. Williams, Variables associated with patient activation in persons with multiple sclerosis, *J. Health Psychol.* 21 (2016) 82–92, doi:http://dx.doi.org/10.1177/1359105314522085.

[14] R.L. Skolasky, E.L. Mackenzie, S.T. Wegener, L.H. Riley, Patient activation and adherence to physical therapy in persons undergoing spine surgery, *Spine* 33 (2008) 784–791, doi:http://dx.doi.org/10.1097/BRS.0b013e31818027f1.

[15] M.L. Schiott, M. Bogelund, T. Almdal, B.B. Jensen, I. Willaing, Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 Diabetes, *Diabet. Med.* 29 (2012) 654–661, doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2011.03485.x.

[16] D. O'Malley, A.A. Dewan, P.A. Ohman-Strickland, D.A. Gundersen, S.M. Miller, S. V. Hudson, Determinants of patient activation in a community sample of breast and prostate cancer survivors, *PsychoOncology* 27 (2018) 132–140, doi:http://dx.doi.org/10.1002/pon.4387.

[17] J.K. Boehm, L.D. Kubzansky, The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health, *Psychol. Bull.* 138 (2012) 655–691, doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0027448.

[18] K. Han, Y. Lee, J. Gu, H. Oh, J. Han, K. Kim, Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea, *Health Qual. Life Outcomes* 13 (2015) 31, doi:http://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0225-5.

[19] A. Luszczynska, C.C. Benight, R. Cieslak, Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma, *Eur. Psychol.* 14 (2009) 51–62, doi:http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.51.

[20] E. Nilsson, M. Kristenson, Psychological factors related to physical, social, and mental dimensions of the SF-36: a population-based study of middle-aged women and men, *Patient Relat. Outcome Meas.* 1 (2010) 153–162, doi:http://dx.doi.org/10.2147/PROM.S13209.

[21] J. Greene, J.H. Hibbard, M. Tusler, How Much Do Health Literacy and Patient Activation Contribute to Older Adults' Ability to Manage Their Health? AARP Public Policy Institute, Washington, DC, 2005.

[22] S. Stansfeld, F. Rasul, Psychosocial Factors, Depression and Illness. in: *Depression and Physical Illness*, Cambridge University Press, New York, NY, 2007, pp. 19–49.

[23] G. Graffigna, S. Barello, A. Bonanomi, The role of Patient Health Engagement Model (PHE-model) in affecting patient activation and medication adherence: a structural equation model, *PLoS One* 12 (2017)e0179865, doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0179865.

[24] H. Hemingway, M. Marmot, Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies, *BMJ.* 318 (1999) 1460–1467, doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7196.1460.

[25] P. Martikainen, M. Bartley, E. Lahelma, Psychosocial determinants of health in social epidemiology, *Int. J. Epidemiol.* 31 (2002) 1091–1093, doi:http://dx.doi.org/10.1093/ije/31.6.1091.

[26] R.L. Skolasky, E.J. Mackenzie, L.H. Riley, S.T. Wegener, Psychometric properties of the Patient Activation Measure among individuals presenting for elective lumbar spine surgery, *Qual. Life Res.* 18 (2009) 1357–1366, doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11136-009-9549-0.

[27] S.E.P. Munce, S.E. Straus, M.G. Fehlings, J. Voth, N. Nugaeva, E. Jang, et al., Impact of psychological characteristics in self-management in individuals with traumatic spinal cord injury, *Spinal Cord* 54 (2016) 29–33, doi:http://dx.doi.org/10.1038/sc.2015.91.

[28] M.D.J. Peters, C.M. Godfrey, H. Khalil, P. McInerney, D. Parker, C.B. Soares, Guidance for conducting systematic scoping reviews, *Int. J. Evid. Healthc.* 13 (2015) 141–146, doi:http://dx.doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050.

[29] H. Arksey, L. O'Malley, Scoping studies: towards a methodological framework, *Int. J. Soc. Res. Methodol.* 8 (2005) 19–32, doi:http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000119616.

[30] M.T. Pham, A. Rajić, J.D. Greig, J.M. Sargeant, A. Papadopoulos, S.A. McEwen, A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency, *Res. Synth. Methods* 5 (2014) 371–385, doi:http://dx.doi.org/10.1002/rsrm.1123.

[31] S.E. Brien, D.L. Lorenzetti, S. Lewis, J. Kennedy, W.A. Ghali, Overview of a formal scoping review on health system report cards, *Implement. Sci.* 5 (2010) 2, doi:http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-2.

[32] M.J. Grant, A. Booth, A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies, *Health Info. Libr. J.* 26 (2009) 91–108, doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.

[33] D. Levac, H. Colquhoun, K.K. O'Brien, Scoping studies: advancing the methodology, *Implement. Sci.* 5 (2010) 69, doi:http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-69.

[34] I. Bos-Touwen, M. Schuurmans, E.M. Monnikhof, Y. Korpershoek, L. Spruit-Bentvelzen, I. Ertugrul-van der Graaf, et al., Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study, *PLoS One* 10 (2015)e0126400, doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0126400.

[35] K. Gronning, O. Bratas, A. Steinsbekk, Which factors influence self-efficacy in patients with chronic inflammatory polyarthritis? *Musculoskeletal Care* 14 (2016) 77–86, doi:http://dx.doi.org/10.1002/msc.1114.

[36] A. Kato, Y. Fujimaki, S. Fujimori, A. Isogawa, Y. Onishi, R. Suzuki, et al., Psychological and behavioural patterns of stigma among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study, *BMJ Open* 7 (2017)e013425, doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013425.

[37] S.K. Oles, S. Fukui, K.L. Rand, M.P. Salyers, The relationship between hope and patient activation in consumers with schizophrenia: results from longitudinal analyses, *Psychiatry Res.* 228 (2015) 272–276, doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.100.

[38] M.S. Schmadeder, L. Zimmerman, M. Hertzog, B. Pozehl, A. Paulman, Correlates of patient activation and acute care utilization among multimorbid patients, *West. J. Nurs. Res.* 38 (2016) 1335–1353, doi:http://dx.doi.org/10.1177/0193945916651264.

[39] S.L. Szanton, J.M. Gill, Facilitating resilience using a society-to-cells framework: a theory of nursing essentials applied to research and practice, *Adv. Nurs. Sci.* 33 (2010) 329–343, doi:http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181fb2ea2.

[40] A. Bandura, The primacy of self-regulation in health promotion, *Appl. Psychol.* 54 (2005) 245–254, doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x.

[41] T. Bodenheimer, K. Lorig, H. Holman, K. Grumbach, Patient self-management of chronic disease in primary care, *JAMA* 288 (2002) 2469–2475, doi:http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.19.2469.

[42] M. Donald, R.S. Ware, I.Z. Ozolins, N. Begum, R. Crowther, C. Bain, The role of patient activation in frequent attendance at primary care: a population-based study of people with chronic disease, *Patient Educ. Couns.* 83 (2011) 217–221, doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.031.

[43] A. Dixon, J.H. Hibbard, M. Tusler, How do people with different levels of activation self-manage their chronic conditions? *Patient.* 2 (2009) 257–268.

[44] J. Chen, K. Mortensen, R. Bloodworth, Exploring contextual factors and patient activation: evidence from a nationally representative sample of patients with depression, *Health Educ. Behav.* 41 (2014) 614–624, doi:http://dx.doi.org/10.1177/1090198114531781.

[45] J.B. Fowles, P. Terry, M. Xi, J. Hibbard, C.T. Bloom, L. Harvey, Measuring self-management of patients' and employees' health: further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics, *Patient Educ. Couns.* 77 (2009) 116–122, doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.018.

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Once is rarely enough: can social prescribing facilitate adherence to non-clinical community and voluntary sector health services? Empirical evidence from Germany

Veronika Golubinski¹, Eva-Maria Wild^{1*}, Vera Winter² and Jonas Schreyögg¹

Abstract

Background: Non-clinical health interventions provided by the voluntary and community sector can improve patients' health and well-being and reduce pressure on primary and secondary care, but only if patients adhere to them. This study provides novel insights into the impact of doctor referrals to such services, known as social prescribing, on patients' adherence to them.

Methods: Using a negative binomial model, we analysed electronic visitor records from a community health advice and navigation service in Germany between January 2018 and December 2019 to determine whether social prescribing was associated with greater adherence to the service (measured in terms of return visits) compared to patients who self-referred. We also explored whether this effect differed according to patient characteristics.

Results: Based on 1734 observations, we found that social prescribing was significantly associated with a greater number of return visits compared to patient self-referrals ($p < 0.05$). For patients who visited the service because of psychological concerns, the effect of social prescribing was lower. For all other patient characteristics, the effect remained unchanged, suggesting relevance to all other patient groups.

Conclusions: The results of our study indicate that social prescribing may be an effective way to facilitate adherence to non-clinical community and voluntary sector health services. This knowledge is important for policy makers who are deciding whether to implement or expand upon social prescribing schemes.

Keywords: Non-clinical health services, Community and voluntary sector, Germany, Social prescribing, Patient engagement, Deprivation

* Correspondence: eva.wild@uni-hamburg.de

¹Department of Health Care Management, Hamburg Center for Health Economics (HCHE), University of Hamburg, Esplanade 36, 20354 Hamburg, Germany

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Background

Patients often do not differentiate between social and medical problems when seeking help from general practitioners (GPs) or other health professionals. Particularly in socially deprived areas, many patients present with concerns that arise from their personal and social circumstances [1–3]. However, while such circumstances often affect the management of long-term medical conditions [3], the complex social, mental and physical problems they entail often cannot be dealt with effectively by GPs alone and require community and voluntary sector resources [4, 5].

Non-clinical health services provided by community or voluntary sector organisations can help relieve GPs' workload, reduce inequalities in health care and improve patients' health and quality of life [6–11]. Indeed, when medical treatments reach their limits or prove ineffective for some patients, GPs consider sources of support in the community to be particularly helpful [12]. Many countries have therefore introduced schemes that enable primary care professionals to refer patients to such services [13], a practice known variously as social prescribing, non-medical referral or community referral [14, 15]. Examples of support include management of mental health, advice on weight and long-term conditions, art therapy, learning/employment assistance and exercise classes [11].

To date, research on social prescribing schemes has focused primarily on the English NHS and yielded mixed results regarding their effectiveness and efficiency in improving patient outcomes and reducing GP workload [10, 16–18]. However, despite this inconclusive evidence, there is a consensus that any positive effects of referring patients to sources of support in the community can only be expected if patients show ongoing involvement with (i.e., adhere to) them [15, 19]. Indeed, studies have reported that the likelihood of achieving positive health-related outcomes increases with the frequency with which a patient uses such services [20–23]. Additionally, research also suggests that social prescribing probably has a positive effect on the use of community and voluntary sector services [15]. Moreover, the findings of a number of qualitative studies suggest that patients' relationship to their GP facilitates adherence to GPs' recommendations [24–28]. However, quantitative evidence on whether doctor referral (i.e., social prescription) facilitates adherence to non-clinical health services in the community is lacking.

To address this gap in the literature, we compared two distinct patient pathways to accessing a community health advice and navigation service in Germany: social prescription vs. self-referral. We took a process evaluation perspective and investigated whether patients with a social prescription were more likely adhere to services

than were patients who self-refer. Second, we investigated whether the two patient pathways differed in their effect on adherence depending on patients' characteristics. Knowing whether social prescribing can promote patient adherence and whether it might be more effective for certain groups of patients is important for policy makers who are deciding whether to implement or expand upon such schemes.

Methods

Research setting and data

Like the health care systems in countries such as the United Kingdom, Ireland and the Netherlands, the German health care system is also exploring ways to enable health professionals to refer patients to local, non-medical health services provided by community and voluntary sector organisations. Our analyses use data from the first such service in Germany to which GPs and specialists can refer patients by means of a social prescription. The community health advice and navigation service opened on 26 September 2017 and is part of a patient-oriented and cross-sectoral healthcare network aiming to improve healthcare in a district of northern Germany. The district is home to a multi-cultural population of approximately 110,000 people and has a moderate level of deprivation. The organization through which the community health interventions are provided is a privately owned regional management company (German entrepreneurial company with limited liability). It is not run as a registered charity. The management company received 3 years of start-up funding from the Innovation Fund of the German Federal Joint Committee (G-BA) and is now financed by several statutory health insurers. While the legal form is a for-profit company, the company has a non-profit distributing mission and its financing through the statutory health insurers speaks for considering it part of the voluntary and community sector, as are community service providers in other settings and countries. The service in our study can be understood as a one-stop-shop for health-related information, disease prevention, and health promotion. It offers one-to-one sessions with nurses and allied health workers, where patients can receive health advice and education (e.g., dietary change, smoking cessation, social and family issues, preparation of administrative procedures) in their mother language to better understand their individual burden of disease and opportunities for prevention. The nurses and allied health workers at the service cover eight of the most spoken languages in the neighbourhood. While this type of service is highly tailored and personalised to individual needs, the community health advice and navigation service in our study also offers group interventions. These group interventions have a more generic orientation and

address specific patient groups (e.g. obese patients or patients with mental health problems). Both types of services are provided at the premises of the health advice and navigation service. In addition, similar to social prescribing in other countries such as the UK, the health care navigation and advice service involves and cooperates with existing local community services/groups/activities. Specifically, the service informs patients about the local community services and supports patients in finding and arranging appointments with the appropriate health professionals, welfare institutions, exercise groups and wellbeing groups. To determine which types of service an individual needs, nurses and allied health workers who are employed at the community health advice and navigation service undertake a comprehensive needs assessment and build-up a tailored care plan for the patient during their first consultation. For patients with a referral, the information on diagnosis or suspected disease and treatment recommendation/plan provided by the GP/specialist on the referral form is considered in this step. While there is no formal link worker as in other settings, like the UK, the nurses and allied health workers who are employed at the community health advice and navigation service partly take over the link worker functions, such as patients' need assessment and coordinating with existing local community services/groups/activities. The service is free at point of use for all patients, regardless of whether they have a social prescription or self-refer.

The fact that patients can use the service either by obtaining a social prescription from a doctor or by self-referring allowed us to estimate directly the impact of social prescribing on patients' adherence to the service. In this context, it should be noted that GPs in Germany do not function as gatekeepers to secondary care, the majority of which is provided in office-based practices

and can be accessed by patients directly without a referral. Both GPs and consultants/specialist doctors were able to refer patients to the health care navigation and advice service examined in this study.

Data collection started on 1 January 2018. To measure service utilization, we created a cross-sectional data set by merging several sources of data maintained by the health advice and navigation service and using an ID for each of its visitors. The data set accounts for all patients who visited the service at least once from 1 January 2018 to 31 December 2019. To ensure comparability, we excluded patients younger than 18 years from our analyses ($n = 110$), yielding a final set of data from 1734 patients who visited the service at least once in the observation period. The study was approved by the Institutional Review Board of the University of Hamburg.

Measures

Table 1 gives a description of the study's variables.

Dependent variable

We used the number of times patients attended the health advice and navigation service during the 3 months following their initial visit (henceforth described as the number of return visits) as a proxy for patient adherence to it within the observation period. A similar understanding of patients' adherence to such services has been used by other authors in the field of social prescribing, including Pescheny et al. [24] and Husk et al. [15]. As our observation period, we used the mean time between patients' initial and last visit in our sample, which was 3 months. Because there is no common definition of, or empirical evidence on, the optimal length of an observation period for counting return visits, we conducted sensitivity analyses using observation periods of

Table 1 Description of study variables

Variable	Description
Number of return visits	Number of times a patient visited the health advice and navigation service within 3 months after the initial visit Count variable
Social prescription	Binary variable 0 = Patient self-refers to the service 1 = Patient is referred to the service by a doctor
Gender	Binary variable 0 = Female 1 = Male
Age	Age in years (continuous variable)
Distance	Geographical distance in km from the patient's residence to the service (continuous variable)
Visit due to overweight	Binary variable 0 = Reason for visiting the service was not overweight or obesity 1 = Reason for visiting the service was overweight or obesity
Visit due to psychological concern	0 = Reason for visiting the service was not a psychological concern 1 = Reason for visiting the service was a psychological concern

different lengths to test the robustness of our results (see sensitivity analyses in the results section).

Independent variables

The main variable of interest was “social prescription”, which was a binary variable and equal to one if a patient was referred to the service by a primary or secondary care professional or zero if the patient had self-referred to the service.

We controlled for variables suggested in prior research to be relevant to patient engagement and adherence, namely gender [21, 29–31], age [21, 32, 33], geographical distance to the service [15] and type of illness or reason for using the service, i.e. overweight or obesity or a psychological concern [34, 35].

Statistical analyses

Because our dependent variable (i.e., the number of return visits) is count data, we compared the fit of four models: the simple Poisson regression model, the zero-inflated Poisson model, the simple negative binomial model and the zero-inflated negative binomial model. First, we used a likelihood ratio test and assessed the over-dispersion parameter α to investigate whether a negative binomial model would be more appropriate for our analysis than a Poisson model. If α is significantly greater than zero, then the data are over-dispersed and are better estimated using the former [36]. Indeed, this was the case in our dataset ($\alpha = 0.718$, $p < 0.01$). Second, we compared model residuals and different model fit statistics to assess whether a zero-inflated negative binomial model would provide more precise estimates. For this purpose, we used a graphical comparison of model residuals (see Figure A), a χ^2 test to compare the actual distribution of the data and the distribution proposed by the models, and the Bayesian Information Criterion (BIC). The results of all tests suggested that the negative binomial model was the most appropriate for our analysis. Lastly, a χ^2 goodness-of-fit test showed that there was generally no evidence of misspecification in our negative binomial model. We provide further information on the model fit statistics in Additional file 1: Appendix A. To investigate whether the social prescription effect differed depending on patient characteristics, we also tested interaction effects of the variable social prescription with the control variables.

To facilitate interpretation of our results, we transformed coefficients into incidence rate ratios (IRR). The IRR is defined as e^{β} and represents the average number of return visits to the health advice and navigation service with respect to a one-unit increase in the explanatory variables used in this study. In anticipation that we might have misspecified the true (but unknown) population density, we chose robust standard error procedures.

Sensitivity analyses

To test the robustness of our results, we performed two sets of sensitivity analyses.

First, we tested the robustness of our results using periods of one, two, four, five and 6 months.

Second, patients referred to the health advice and navigation service by a doctor might have had more complex needs, and therefore made a larger number of return visits, than patients without such a referral. To rule out this form of selection bias, we conducted a subsample analysis using data from the 197 patients for whom we had health status data and included several health-related variables, i.e. body mass index, sports activity, smoking, diabetes, hypertension and back pain. We used two-sample t-tests for continuous variables and χ^2 -tests for binary variables to compare the two groups: patients with a social prescription and patients who self-referred.

We performed all analyses with STATA version 15.1 (College Station, TX).

Results

Descriptive statistics

Table 2 summarizes the individual-level descriptive statistics for patients with a social prescription (36% of the sample) and those who self-referred (64%). The gender distribution, mean age and average distance from patients' homes to the service did not differ significantly between the two groups. The percentage of those who visited the service due to overweight differed significantly between the two groups, 48% of whom had a social prescription and 33% of whom had self-referred. In both groups, 5% of patients visited the service because of a psychological concern.

Regression results

The results of our regression are summarized in Table 3. The first column contains the IRRs for a model without control variables; the second column contains the results of the full model including the control variables. The incidence rate of return visits for patients who had a social prescription was 20% higher (IRR: 1.204) than that for patients who did not ($p < 0.01$). The effect remained stable (IRR 1.166, $p < 0.05$) after the inclusion of control variables.

Regarding the control variables, neither gender nor age significantly affected the number of return visits. The closer patients lived to the service, the higher the number of their return visits. Finally, visiting the service due to overweight or obesity significantly increased the number of return visits.

Table 4 summarizes the results of our interaction analyses, which investigated whether a social prescription might be more effective for certain groups of patients.

Table 2 Summary statistics

Variable	With social prescription (N = 622)				Self-referral (N = 1112)				Difference
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Male (in %)	0.30	0.46	0	1	0.30	0.46	0	1	0
Age (in years)	57.06	14.78	18	98	57.21	16.06	18	96	0.15
Distance (in km)	3.33	3.50	0.03	23.89	3.37	3.43	0.17	23.57	0.04
Visit due to overweight (in %)	0.48	0.50	0	1	0.33	0.47	0	1	0.15***
Visit due to psychological concern (in %)	0.05	0.22	0	1	0.05	0.22	0	1	0

This table presents the summary statistics, grouped by patients with social prescription (left part) and without social prescription, i.e. who self-referred to the service (right part). Two-sample t-tests for continuous variables and chi²-tests for binary variables were used to compare the two groups. All the *p*-values have been replaced by stars and categorised as follows. ***: *p* < 0.01; **: *p* < 0.05; *: *p* < 0.10

We found that the interactions between having a social prescription and patients' characteristics with respect to their gender, age and visiting the service due to overweight were not statistically significant at conventional significance levels. This indicates that the effect of a social prescription did not vary depending on these patient characteristics, thus suggesting effectiveness to all patient groups. At the same time, however, we found a statistically significant negative interaction effect for having visited the service because of psychological concerns, suggesting that the effect of a social prescription on the number of return visits was lower for these patients compared to those who did not visit the service for this reason. To get a better impression of the effect's size for each group, we provide a graphical illustration in Additional file 2: Appendix B (see Figure B).

Sensitivity analyses

The results of the first set of sensitivity analyses using observation periods of lengths other than 3 months are presented in Additional file 3: Appendix C. The results suggest that our main effect of interest remained stable. The only exceptions were the coefficients for the five- and six-month observation periods, which were no longer significant when we included control variables in our regressions (see columns 10 and 12). This may be

attributable to the decrease in the size of the sample as the length of the observation period increases.

For the second sensitivity analysis, our results suggest that health status did not significantly differ between the patients with or without a social prescription, indicating that selection bias due to health status did not substantially influence our results (see Additional file 4: Appendix D).

Discussion

Our work provides the novel insight that social prescriptions can have a powerful impact on whether patients adhere to non-clinical health services provided by the voluntary and community sector. In particular, we found that patients who had a social prescription had better adherence to a community-sector health advice and navigation service in Germany compared to patients who self-referred.

Our study expands upon previous research by explicitly comparing two distinct pathways that patients can take to use such services: social prescription versus self-referral. Understanding these pathways is essential to identifying the ways in which social prescriptions might be of greatest benefit and to designing effective social prescribing schemes [14, 15, 19].

Table 3 Main results: Effect of a social prescription on number of return visits

Variable	IRR for number of return visits	
	(1)	(2)
Social prescription (=1)	1.204*** (0.076)	1.166** (0.074)
Male (=1)		0.897 (0.064)
Age (in years)		0.997 (0.002)
Distance (in km)		0.978** (0.008)
Visited due to overweight		1.251*** (0.082)
Visit due to psychological concern (=1)		1.003 (0.173)
Observations	1734	1734

Negative binomial models are estimated. IRR is the incidence rate ratio defined as e^{β} , where β is the coefficient estimate. Robust standard errors are presented in parentheses

All the *p*-values have been replaced by stars and categorised as follows. ***: *p* < 0.01; **: *p* < 0.05; *: *p* < 0.10

Table 4 Effect of a social prescription on number of return visits including interactions

<i>Dependent variable = Number of return visits</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Social prescription (=1)	1.162** (0.086)	0.807 (0.192)	1.149 (0.100)	1.204* (0.114)	1.201*** (0.079)
Male (=1)	0.893 (0.080)	0.891 (0.063)	0.898 (0.063)	0.896 (0.064)	0.893 (0.063)
Age (in years)	0.997 (0.002)	0.995* (0.003)	0.997 (0.002)	0.997 (0.002)	0.997 (0.002)
Distance (in km)	0.978*** (0.009)	0.977*** (0.009)	0.976** (0.011)	0.978*** (0.009)	0.978** (0.009)
Visit due to overweight (=1)	1.257*** (0.082)	1.257*** (0.082)	1.256*** (0.082)	1.292*** (0.107)	1.250*** (0.082)
Visit due to psychological concern (=1)	1.056 (0.183)	1.059 (0.183)	1.055 (0.183)	1.056 (0.184)	1.294 (0.265)
Social prescription × Male	1.013 (0.148)				
Social prescription × Age		1.006 (0.004)			
Social prescription × Distance			1.005 (0.018)		
Social prescription × Visit due to overweight				0.932 (0.118)	
Social prescription × Visit due to psychological concern					0.519** (0.169)
Observations	1734	1734	1734	1734	1734

This table presents mean interaction effects and robust standard errors (in parentheses) of the negative binomial model. The dependent variable is *Number of Returns*. The main variable of interest is *Social Prescription*. The incidence rate ratio (IRR) is reported. All the *p*-values have been replaced by stars and categorised as follows. ***: $p < 0.01$; **: $p < 0.05$; *: $p < 0.10$

In addition, our study adds important insights to the mixed evidence available on the effectiveness and efficiency of such schemes in reducing GP workload and healthcare demand more generally [16, 17, 37, 38]. In particular, the non-significant findings of many previous studies might be partially explained by the multicausal nature of their outcome indicators. By using a more proximal indicator, we provide evidence that social prescribing may indeed be beneficial in stimulating adherence to community and voluntary sector services. Investigating process indicators offers important insights into how social prescribing works and, in turn, enhances our understanding of the mechanisms through which outcomes can be achieved [39]. Further research on social prescribing schemes could analyse other process indicators that, like adherence, are more proximate to the receipt of a social prescription and are expected to bring about change in more distal, but ultimately more meaningful indicators such as health and quality of life.

Qualitative studies in this area of enquiry may help explain the mechanisms behind the effect of social prescribing we observed in our quantitative analysis. In particular, trust in GPs [24, 27] and respect for a GPs' authority [40, 41] have been found to increase patients' adherence to social prescriptions. Patients with social prescriptions might be more confident in the necessity of service than patients who self-refer. Indeed, GPs may also function as a catalyst for behavioural change and have a "priming effect" on patients' responses to health-related interventions [42].

Our interaction analyses suggest that patients who visit a community-based service because of psychological concerns are not more likely to adhere to services if they have a social prescription as opposed to self-referral. This finding is corroborated by previous research, which

has found that patients with mental illnesses are less likely to adhere to referral schemes [27, 32] or to complete referral programmes [43]. While the explanations for this are numerous, one important reason for non-compliance with social prescriptions appears to be a self-perceived lack of need for continuing treatment [44, 45]. At a more practical level, our findings from the interaction analysis suggest that health care practitioners should target subgroups of patients for whom social prescribing is especially effective, i.e., patients who do not have a psychological concern. In contrast, patients with a psychological concern might need additional sources of support such as mentoring programmes or link workers to improve their adherence to non-clinical community and voluntary sector health services. A link worker could emphasize the personal need and benefits of continuously using the non-clinical community and voluntary sector health services. Moreover, further research on social prescribing could analyse other individual-level characteristics that, like psychological concerns, might moderate the effect of a social prescription on adherence. This might be helpful to better understand how policy makers and health care decision makers can maximize the effectiveness of social prescriptions.

Our study has several important limitations, each of which offers opportunities for further research. First, our results may be subject to omitted variable bias because our dataset did not allow us to include individual patient characteristics at a more granular level. In particular, psychosocial factors (e.g. self-efficacy, patient activation, social support) as well as health-related factors may have directly or indirectly influenced the effect of social prescriptions. Although the results of our sensitivity analyses (see Additional file 4: Appendix D) suggest that

bias due to health-related factors does not substantially affect our results, we nevertheless encourage future researchers to replicate and expand upon our analyses by using a richer set of individual characteristics to identify more precisely which patients are most likely to benefit from social prescribing. In addition, ease of access might affect our results [13]. In our study, we used geographical distance as proxy for “ease of access”. The distance to the service did not differ significantly between the group of patients with social prescription and the group of patients who self-refer. However, controlling for geographical distance in our regression model, we found a significant association between geographical distance and patients’ adherence. Considering that access is a multi-dimensional concept, we encourage future research to account for other aspects and barriers that might limit the utilisation of services, such as opening hours or costs of using the service.

A second limitation of our study is its focus only on one community sector provider, which might oversimplify the phenomenon of social prescribing. In other countries, such as the UK, social prescribing schemes include prescriptions to a broad range of community and voluntary sector services. Indeed, Husk et al. [13] point out that social prescribing should not be seen as a single intervention, but rather a series of relationships between referrer, patient, link worker and activity, all of whom interact with one other. The absence of a link worker sets the social prescribing intervention in our study apart from other social prescribing schemes (e.g., in the UK) and thus limits the generalisability of our findings beyond our study setting. However, this setting allows us to isolate the social prescription ‘referral’ effect from third party influence. A link worker will likely co-influence the effect of a social prescription (i.e. referral from GP to health advice and navigation service) on patients’ adherence to services. Further our focus on one service has the advantage that we could rule out the presence of unobservable social prescribing activities in our analysis. Further research could replicate our analyses in social prescribing settings that encompass link workers as well as multiple services and activities. This will allow to quantify the additional benefits of a link worker to increase patients’ adherence. Also, it would be interesting to examine whether the social prescribing effects differ across health systems (e.g., in more integrated health systems, such as the English NHS).

While not a limitation, another point for future research is related to the setting of our study, which was conducted in a socially deprived urban area. Such areas are the setting for which social prescribing was originally conceived and in which there is a strong need to address the social determinants of health and wellbeing in addition to providing medical care [14, 46]. However,

Moore et al. [27] showed that GPs faced greater difficulties in deprived areas when attempt to connect patients with non-clinical community and voluntary sector health services (in this case, an exercise programme) through social prescribing. Other research from a different context (i.e., doctor referrals to specialty care) has found that living in a deprived urban area is negatively associated with adherence to doctor referrals [47]. Bearing this in mind and assuming that, in the absence of a social prescription, adherence in urban areas that are deprived does not differ from that in urban areas that are wealthier, our main effect may even represent an underestimate. Put differently, the effect of a social prescription on adherence might be higher in wealthier urban areas. We leave this conjecture, however, to be investigated in future work.

Conclusion

Non-clinical health services provided by the community or voluntary sector are important as they can help reduce the burden on primary and secondary care and improve patients’ quality of life. The findings of our study suggest that social prescriptions are a promising tool to increase adherence to these services and may therefore be useful to policy makers deciding whether to implement or expand upon social prescribing schemes. Our finding that this effect did not differ according to patients’ age, gender or geographic proximity suggests that social prescriptions may be a broadly applicable intervention with cross-community benefits.

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09927-4>.

Additional file 1 : Appendix A [48, 49] provides further information on model fit statistics as a means to compare the zero-inflated negative binomial model to a traditional negative binomial model. **Figure A:** Graphical illustration of the residuals from the negative binomial model and zero-inflated negative binomial model. **Figure A** illustrates the residuals from the negative binomial model and zero-inflated negative binomial model.

Additional file 2 : Appendix B provides additional information on our interactions analyses. **Figure B:** Interaction effect between social prescription and visit due to psychological concerns on return visits. **Figure B:** illustrated the interaction effect between social prescription and visit due to psychological concerns on return visits.

Additional file 3 : Appendix C shows the results of our sensitivity analyses using observation periods of lengths other than 3 months.

Additional file 4 : Appendix D shows the results of our subgroup analysis on health-related characteristics.

Abbreviations

α : Over-dispersion parameter α ; BIC: Bayesian Information Criterion; GP: General practitioner; ID: Identifier; IRR: Incidence Rate Ratio; NBRM: Negative binomial model; SD: Standard deviation; UK: United Kingdom; ZINB: Zero-inflated negative binomial model

Acknowledgements

We would like to thank the reviewers for their thoughtful comments and efforts towards improving our manuscript.

Authors' contributions

VG and EW made substantial contributions to the study design and conception. VG analyzed and interpreted the data. EW and VW revised the data analysis. VG drafted the manuscript and EW, VW, and JS substantively revised it. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

This material is based upon work supported (or supported in part) by the Innovation Fund of the German Federal Joint Committee, P.O. Box 12 06 06, Berlin, Germany (NVF2_2016–042). The views expressed in this article are those of the authors and do not necessarily reflect the position or policy of the German Federal Joint Committee. The German Federal Joint Committee has no role in the study design, methods, decision to publish, or preparation of the manuscript. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Availability of data and materials

The data that support the findings of this study are available from *Gesundheit für Billstedt/Horn UG* but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study, and so are not publicly available. Data are however available from the authors upon reasonable request and with permission of *Gesundheit für Billstedt/Horn UG*.

Ethics approval and consent to participate

At their first consultation with the community health advice and navigation service, patients are informed orally and in writing that their data will be used for research purposes. With their signature patients give their informed consent to the use of their data. This study is based on exclusively pseudonymized data. De-pseudonymization and re-identification are not possible for the research team. Thus, a factual anonymization can be assumed. The Institutional Review Board of Hamburg University gave ethics approval for this study.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Department of Health Care Management, Hamburg Center for Health Economics (HCHE), University of Hamburg, Esplanade 36, 20354 Hamburg, Germany. ²Department of Health Care Management, Schumpeter School of Business and Economics, University of Wuppertal, Wuppertal, Germany.

Received: 24 August 2020 Accepted: 18 November 2020

Published online: 30 November 2020

References

- Torjesen I. Social prescribing could help alleviate pressure on GPs. *Br Med J*. 2016;10:352. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1436>.
- Cawston P. Social prescribing in very deprived areas. *Br J Gen Pract*. 2011; 61(586):350. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X572517>.
- Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract*. 2007;8:22. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-22>.
- O'Brien R, Wyke S, Watt G, Guthrie B, Mercer SW. The 'everyday work' of living with multimorbidity in socioeconomically deprived areas of Scotland. *J Comorbidity*. 2014;4:1–10. <https://doi.org/10.15256/joc.2014.4.32>.
- Mercer SW, Watt GCM. The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Ann Fam Med*. 2007; 5:503–10. <https://doi.org/10.1370/afm.778>.
- Crampton P, Dowell A, Woodward A. Third sector primary care for vulnerable populations. *Soc Sci Med*. 2001;53:1491–502. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00438-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00438-X).
- Alderwick HAJ, Gottlieb LM, Fichtenberg CM, Adler NE. Social prescribing in the U.S. and England: emerging interventions to address patients' social needs. *Am J Prev Med*. 2018;54:715–8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.039>.
- Mossabir R, Morris R, Kennedy A, Blickem C, Rogers A. A scoping review to understand the effectiveness of linking schemes from healthcare providers to community resources to improve the health and well-being of people with long-term conditions. *Health Soc Care Community*. 2015;23:467–84. <https://doi.org/10.1111/hsc.12176>.
- Mackenzie M, Skivington K, Fergie G. "The state They're in": unpicking fantasy paradigms of health improvement interventions as tools for addressing health inequalities. *Soc Sci Med*. 2020;256:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113047>.
- Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017;7:e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>.
- Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. Link worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*. 2017;7:e015203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015203>.
- McPherson S, Armstrong D. Negotiating 'depression' in primary care: a qualitative study. *Soc Sci Med*. 2009;69:1137–43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.032>.
- Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract*. 2004;54:374–81.
- Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Bloomfield D, Warber S, et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A protocol for a realist review. *Syst Rev*. 2016;5:93. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0269-6>.
- Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Lang I, Byng R, Garside R. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community*. 2020;28:309–24. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>.
- Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health*. 2017;148:96–101. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.010>.
- Polley M, Fleming J, Anfilogoff T, Carpenter A, Kimberlee R, Mea B. Making sense of social prescribing. London: University of Westminster; 2017.
- Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts Health*. 2018;10:97–123. <https://doi.org/10.1080/17533015.2017.1334002>.
- Bertotti M, Frostick C, Hutt P, Sohanpal R, Carnes D. A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;19:232–45. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000706>.
- Fischer EP, Owen RR, Cuffel BJ. Substance abuse, community service use, and symptom severity of urban and rural residents with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1996;47:980–4. <https://doi.org/10.1176/ps.47.9.980>.
- Hanson CL, Allin LJ, Ellis JG, Dodd-Reynolds CJ. An evaluation of the efficacy of the exercise on referral scheme in Northumberland, UK: association with physical activity and predictors of engagement. A naturalistic observation study. *BMJ Open*. 2013;3:1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002849>.
- Logan PA, Ahern J, Gladman JR, Lincoln NB. A randomized controlled trial of enhanced social service occupational therapy for stroke patients. *Clin Rehabil*. 1997;11:107–13. <https://doi.org/10.1177/026921559701100203>.
- Ruble LA, McGrew JH. Community services outcomes for families and children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*. 2007;1: 360–72. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2007.01.002>.
- Peschery J, Randhawa G, Pappas Y. Patient uptake and adherence to social prescribing: a qualitative study. *Br J Gen Pract Open*. 2018;2:1–12. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101598>.
- Schmidt M, Absalah S, Nierkens V, Stronks K. Which factors engage women in deprived neighbourhoods to participate in exercise referral schemes? *BMC Public Health*. 2008;8:371. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-371>.
- Stathi A, McKenna J, Fox KR. The experiences of older people participating in exercise referral schemes. *J R Soc Promot Health*. 2003;124:18–23. <https://doi.org/10.1177/146642400312400108>.
- Moore GF, Moore L, Murphy S. Facilitating adherence to physical activity: exercise professionals' experiences of the National Exercise Referral Scheme

- in Wales: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2011;11:1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-935>.
28. Reder S, Hedrick S, Guihan M, Miller S. Barriers to home and community-based service referrals: the physician's role. *Gerontol Geriatr Educ*. 2009;30:21–33. <https://doi.org/10.1080/02701960802690241>.
 29. South J, Higgins TJ, Woodall J, White SM. Can social prescribing provide the missing link? *Prim Health Care Res Dev*. 2008;9:310–8. <https://doi.org/10.1017/S146342360800087X>.
 30. Greenfield E, Mauldin RL. Participation in community activities through Naturally Occurring Retirement Community (NORC) supportive service programs. *Ageing Soc*. 2017;37:1987–2011. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000702>.
 31. Alkema GE, Reyes JY, Wilber KH. Characteristics associated with home- and community-based service utilization for medicare managed care consumers. *Gerontologist*. 2006;46:173–82. <https://doi.org/10.1093/geront/46.2.173>.
 32. Dugdill L, Graham RC, McNair F. Exercise referral: the public health panacea for physical activity promotion? A critical perspective of exercise referral schemes; their development and evaluation. *Ergonomics*. 2005;48:1390–410. <https://doi.org/10.1080/00140130500101544>.
 33. Gidlow C, Johnston LH, Crone D, James D. Attendance of exercise referral schemes in the UK: a systematic review. *Health Educ J*. 2005;64:168–86. <https://doi.org/10.1177/001789690506400208>.
 34. Zantinge EM, Verhaak PFM, Bensing JM. The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. *Fam Pract*. 2005;22:293–7. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh732>.
 35. Horevitz E, Organista KC, Areal PA. Depression treatment uptake in integrated primary care: how a “warm handoff” and other factors affect decision making by Latinos. *Psychiatr Serv*. 2015;66:824–30. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400085>.
 36. StataCorp LLC. Stata statistical software: college stations; 2017.
 37. Krska J, Palmer S, Dalzell-Brown A, Nicholl P. Evaluation of welfare advice in primary care: effect on practice workload and prescribing for mental health. *Prim Health Care Res Dev*. 2013;14:307–14. <https://doi.org/10.1017/S1463423612000461>.
 38. Polley M, Bertotti M, Kimberlee R, Pilkington K, Refsum C. A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. London: University of Westminster; 2017.
 39. Wildman J, McMeekin P, Grieve E, Briggs A. Economic evaluation of integrated new technologies for health and social care: suggestions for policy makers, users and evaluators. *Soc Sci Med*. 2016;169:141–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.033>.
 40. Wu J-R, Moser DK, Lennie TA, Peden AR, Chen Y-C, Heo S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2008;37:8–16. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.02.003>.
 41. Trachtenberg F, Dugan E, Hall MA. How patients' trust relates to their involvement in medical care. *J Fam Pract*. 2005;54:344–52.
 42. Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med*. 2000;9:426–33. <https://doi.org/10.1001/archfam.9.5.426>.
 43. Crone D, Johnston LH, Gidlow C, Henley C, James DVB. Uptake and participation in physical activity referral schemes in the UK: an investigation of patients referred with mental health problems. *Issues Ment Health Nurs*. 2008;29:1088–97. <https://doi.org/10.1080/01612840802319837>.
 44. Mojtabei R. Compliance with mental health and other specialty care referrals among Medicare/Medicaid dual enrollees. *Community Ment Health J*. 2005;41:339–44. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-5006-x>.
 45. Krulee DA, Hales RE. Compliance with psychiatric referrals from a general hospital psychiatry outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10:339–45. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(88\)90005-9](https://doi.org/10.1016/0163-8343(88)90005-9).
 46. Skivington K, Smith M, Chng NR, Mackenzie M, Wyke S, Mercer SW. Delivering a primary care-based social prescribing initiative: a qualitative study of the benefits and challenges. *Br J Gen Pract*. 2018;68:487–94. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X696617>.
 47. van Dijk CE, de Jong JD, Verheij RA, Jansen T, Korevaar JC, de Bakker DH. Compliance with referrals to medical specialist care: patient and general practice determinants: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:11. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0401-7>.
 48. Manjón M, Martínez O. The chi-squared goodness-of-fit test for count-data models. *Stata J*. 2014;14:798–816. <https://doi.org/10.1177/1536867X1401400406>.
 49. Andrews DWK. Chi-square diagnostic tests for econometric models. *J Econ*. 1988;37:135–56. [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(88\)90079-6](https://doi.org/10.1016/0304-4076(88)90079-6).

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions





ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol



Explaining variation in health information seeking behaviour – Insights from a multilingual survey

Henrike Schmidt*, Eva-Maria Wild*, Jonas Schreyögg

Hamburg Center for Health Economics, University of Hamburg, Esplanade 36, 20354, Hamburg, Germany

ARTICLE INFO

Article history:

Received 15 July 2019
Received in revised form 4 January 2021
Accepted 19 January 2021

Keywords:

Sociodemographic determinants
Health-related determinants
Health information seeking behaviour
Information sources
German statutory health insurance survey

ABSTRACT

Objective: How best to provide an increasingly diverse population with health information has become a major concern for health policy makers in Europe and beyond. Our study aims to investigate factors explaining variation in people's health information seeking behaviour. Our findings can be used to identify target groups for policy interventions that aim to provide health information efficiently.

Methods: Cross-sectional, paper-based, multilingual survey of a random sample of enrolees of two statutory health insurers in Hamburg, Germany. Data were collected from September to December 2017. Multivariable logistic regression was used to examine sociodemographic and health-related individual characteristics and their associations with participants' choice of ten sources of health information.

Findings: Participants' choice of information sources differed significantly across the following sociodemographic and health-related characteristics: age, gender, immigration status, education, employment status, marital status and general state of health. Immigrants and individuals with low educational attainment were most likely to use emergency departments as sources of health information.

Conclusion: Policy interventions aiming to manage the use of health information sources should focus on immigrants and individuals with low educational attainment. Providing multilingual, low-threshold counselling and information services could be an efficient way to reduce short-term costs of health information seeking behaviour to health insurers or other payers of care while improving patient empowerment.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

Providing health information that is suitable for an increasingly diverse population has become a major concern of health policy makers and practitioners in Europe and beyond [1–3]. Evidence suggests that health information can empower individuals to make informed decisions about screening, preventing and treating illness [4,5]. Moreover, having access to health information is an important prerequisite for patient engagement and self-management in health care [6–10], high levels of which are associated with better health outcomes [11–18] and lower costs [16,18,19]. While there is overall agreement on the importance of ensuring that people are well informed in matters pertaining to their health, there is no consensus on how best to provide health information, and data on where it is sought and how it is used by individuals are sparse.

The choices people make about their sources of health information have important implications on their health care utilization and resulting health care costs. Indeed, sources of health information vary in terms of their costs for payers and purchasers of health care, such as statutory health insurers in Germany or clinical commissioning groups (CCGs) in England. For example, visiting a general practitioner (GP) or an emergency department (ED) to obtain health information is costly for payers of care in most health systems. In contrast, asking family members or using the internet to obtain health information does not imply substantial costs, at least not over the short term. Naturally, inaccurate information from such sources could conceivably lead to long-term costs if it results, for example, in doctor visits being postponed or in poor health choices. With regard to health care utilization, sources of health information differ in their effect on patient empowerment – that is, the extent to which they can enable (or, indeed, hinder) patients' self-determination in health care issues [20]. While some studies have found that using the internet to obtain health information increases patient empowerment [10,21], others conclude that empowerment depends on whether patients discuss with a health professional the information they obtain [9,22].

* Corresponding authors.

E-mail addresses: henrike.schmidt@uni-hamburg.de (H. Schmidt), eva.wild@uni-hamburg.de (E.-M. Wild).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.008>

0168-8510/© 2021 The Authors. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

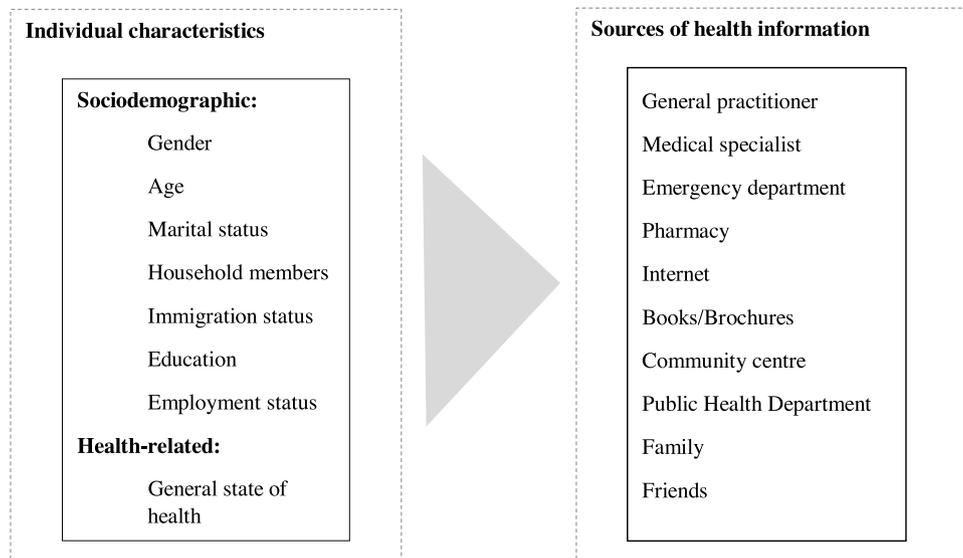


Fig. 1. Conceptual research framework.

To provide health information effectively – that is, to provide the right information to the right people using the right channels – it is essential to have a profound understanding of factors that explain variation in the use of different sources of such information. Health information can be provided through a variety of channels [23–25]. Taking this variety into account, we include a broad list of information sources in our study: GP, medical specialist, ED, pharmacy, internet, books/brochures, community centre, public health department, family members, and friends, derived from a health literacy survey [26]. These sources have been found to be relevant in different contexts and health systems [23–25], and thus comprehensively represent possible channels of providing health information.

Theoretical assumptions on influencing factors suggest that individuals' choice of sources depends on contextual factors, such as credibility and accuracy, and individual factors, such as psychosocial factors and sociodemographic characteristics [27]. Recent theoretical models and conceptualizations of health information seeking behaviour highlight the relative importance of individual factors, such as motivational cognitive factors [28], individual norms and values [29], and sociodemographic characteristics [27,29] compared to contextual factors. Sociodemographic characteristics such as age, gender, and social status are expected to affect informational subjective norms and current knowledge, and in turn the perceived information gathering capacity [29].

The importance of sociodemographic characteristics has been also evidenced in empirical research on online health information seeking behaviour. Indeed, using the internet as a source of health information has been shown to be associated with age [22,24,30–34], gender [30,34–37], educational attainment [22,24,30,33,34,37], and income [24,30,33,34]. There are considerably fewer studies, however, about how sociodemographic and health-related characteristics explain variation in the use of other health information sources. Those studies that do exist are based mostly on survey data from the United States and are of variable methodology quality [23,25,38]. While the results of these are heterogeneous, they have generally found associations between people's choice of health information sources and sociodemographic characteristics such as gender, age, immigration status and education [23,25,38]. Little is known about sociodemographic and health-related determinants of choosing particular sources of health information in other health systems.

Our study aims to address this gap in the evidence by investigating the following research question: *Which sociodemographic and health-related characteristics are associated with the choice of health information sources?* To do so, we undertook a multilingual, cross-sectional, paper-based, self-administered survey of a random sample of enrolees from two large statutory health insurers in Hamburg, Germany, and asked them about their use of ten different sources of health information. Fig. 1 visualises our study framework.

Insights into why people choose particular information sources can help policy makers design interventions that manage demand for health information. For instance, obtaining health information from EDs incurs immediate costs at some of the most resource-intensive facilities in the health system, and may contribute to ED overcrowding. At the same time, demand for information from this source is avoidable and can be redirected to other sources. Furthermore, our study results can help policy makers identify inequalities in access to sources of health information and thereby improve the health knowledge and empowerment of particular population groups.

2. Methods

2.1. Setting and data

We conducted a cross-sectional survey of a random sample of enrolees of two statutory health insurers in Hamburg, Germany, using an anonymous, self-administered, paper-based questionnaire. Together, these two insurers represent a market share of one third of individuals with statutory health insurance in Hamburg. All enrolees in the sample were sent written information on the purpose of the survey and gave consent by voluntarily filling in and returning the questionnaire. The study protocol received ethics approval by the Dean of Research of the Faculty of Economic and Social Sciences, University of Hamburg. Enrolees were not provided any incentives to participate in the study.

Enrolees were eligible to take part in the survey if they were (1) between 18 and 79 years of age, (2) lived in Hamburg and (3) did not belong to any of the following groups: individuals with a high need for care, such as dementia patients; individuals with a legally appointed guardian; or residents of a nursing home. A simple random sample of 15,000 eligible enrolees was drawn by the two participating statutory health insurers from their overall pop-

ulation of enrollees. Subsequently, in September 2017, the insurers sent our questionnaires and written information about the survey to each person in the sample using stamped envelopes printed with a return address for our research centre. Three months later, a reminder letter was sent to all non-responders, also by standard mail. Overall, we collected data from September to December 2017.

According to the Statistical Office for Hamburg and Schleswig Holstein, Turkey and Poland are the main countries of origin among immigrants in Hamburg, Germany [39]. To avoid language selection bias in what we anticipated would be a linguistically diverse sample, we designed the survey in German and had it translated into Turkish and Polish. We piloted the questionnaire in all three languages with 30 randomly selected individuals in Hamburg, Germany, before its dissemination. Subsequently, we changed the order of the questionnaire items, moving questions that respondents considered difficult to the end of the questionnaire in order to reduce survey dropouts. The questionnaire collected data on participants' sociodemographic characteristics, their use of health services and health risk behaviour, their self-reported health status and their sources of health information.

Of the 15,000 questionnaires disseminated by the two participating health insurers, a total of 3034 were returned, yielding a response rate of 20.2 %. We subsequently checked the sample for representativeness and found that respondents largely resembled non-respondents in terms of sociodemographic characteristics. However, compared to non-respondents, respondents were slightly more likely to be female (53.5 % versus 48.6 % in the initial sample) and had a higher average age (52 years versus 46 years in the initial sample). We conducted statistical analyses for complete cases, leading to a final sample of 2594 questionnaires. The proportion of missing values among all questionnaire items included in our analyses was below 5 %, allowing us to expect reliable results [40,41]. The occurrence of missing values in single variables was not associated with participants' age or gender.

2.2. Measures

To collect data on our dependent variable, participants were asked to specify up to three sources they use for information about physical complaints and diseases. The response categories were community centre; public health department; GP; medical specialist; ED; books, brochures or newspapers; the internet; pharmacy; family members; friends. We derived this list of categories from a health literacy survey that was designed by Messer and colleagues [26] and is in line with earlier approaches to measuring sources of health information [23,42,43]. We transformed each response category into a binary variable (1 for information source used and zero otherwise).

We included the following explanatory variables in our models: *Gender* (1= female, 0= male); *Age* in years; *Marital status* (1= married, 0= not married). *Household members* was measured by asking respondents to indicate the number of people in their household. To ensure comparability with international literature, we created a dummy variable (1= living alone, 0= living with others). *Immigration status* was measured as binary variable (1= the respondent was not born in Germany, 0= the respondent was born in Germany). *Education* was measured as binary variable (1= low educational attainment, i.e. fewer than 12 years of education, 0= high educational attainment, i.e. equal or more than 12 years of education). *Employment status* was measured by using a categorical variable (1= employed, including full/part time employment or in higher education, 2= unemployed, including no employment, housework or care for children, 3= retired). Employed was set as the reference category.

The *general state of health* was measured by asking "How is your health in general?" using a five-point Likert scale ranging from one

(very bad) to five (very good). Because the responses were unevenly distributed across the five response categories, we pooled the variable into the following three categories: poor health (response categories 1 and 2), moderate health (response category 3), and good health (response categories 4 and 5). To test whether our results were sensitive to this recoding, we performed a sensitivity analysis and re-ran our models including the health status variable that used the original 5-point Likert scale. The regression results remained largely stable in terms of size, direction and significance.

2.3. Statistical analyses

We used multiple logistic regression to test our conceptual research framework empirically. To obtain information on the use of the ten different information sources, we investigated each information source separately – that is, we computed ten logistic regression models with each information source as the dependent variable. We report the odds ratios (OR) in all models. The results of our post-estimation regression diagnostics, including tests for multicollinearity (VIF), outlier detection (Hosmer and Lemeshow change in chi square influence statistic, Pregibon's dbeta) and overall goodness-of-fit (Likelihood Ratio test, Akaike's Information Criterion, Bayesian Information Criterion) suggested that the findings of our analysis are robust. To evaluate the discriminatory performance of our models, we calculated the concordance statistic, or c-value, which is a term equivalent to the area under the receiver operating characteristic curve. The c-values for *GP, ED, Internet, Family, Community centre, Public health department, and Books/Brochures* were all equal to or greater than 0.7, thus indicating acceptable to excellent discriminatory performance for these models. The c-values for *Medical specialist, Pharmacy and Friends* were equal to 0.6, suggesting that sociodemographic and health-related variables did not explain a sufficient share of variation of these dependent variables. We set the significance level for all statistical tests at $p < 0.05$ and performed all analyses using Stata version 14 [44].

Table 1
Sample characteristics (N = 2781 – 2968).

	% / mean	[95 % CI / SD]
Dependent variables: Sources of health information		
General practitioner	86.49	[85.21–87.67]
Medical specialist	40.30	[38.54–42.07]
Emergency department	9.77	[8.75–10.89]
Pharmacy	21.09	[19.66–22.60]
Internet	27.12	[25.55–28.75]
Books/brochures	4.89	[4.17–5.72]
Community centre	1.04	[0.74–1.48]
Public health department	1.21	[0.88–1.68]
Family members	16.17	[14.89–17.54]
Friends	9.91	[8.88–11.03]
Independent variables: Sociodemographic and health-related characteristics		
Gender (1=female)	53.64	[51.84–55.43]
Age	52.21	[17.63]
Marital status (1=married)	49.83	[48.02–51.64]
Household members (1= living alone)	26.65	[25.05–28.32]
Immigration status (1=immigrant)	44.39	[42.60–46.19]
Education (1= Low educational attainment)	65.70	[63.91–67.44]
Employment status		
Employed (ref.)	46.82	[45.01–48.64]
Not employed	18.69	[17.31–20.16]
Retired	34.49	[32.77–36.24]
General state of health		
Poor (ref.)	11.65	[10.52–12.88]
Moderate	37.74	[35.98–39.54]
Good	50.61	[48.78–52.45]

Note: The number of observations varies due to missing values; CI = confidence interval; SD = standard deviation; mean and SD for continuous variables; percentages and 95 % CI for categorical variables, ref. = reference category.

3. Results

Descriptive statistics for the study variables are presented in Table 1. The three most frequently cited sources of health information were GPs (87 %), medical specialists (40 %) and the internet (27 %).

To investigate the association between sociodemographic and health-related characteristics and individuals' choice of health

information sources, we conducted ten multivariable logistic regression analyses. The results are presented in Table 2.

In order to keep the description concise, we only address the significant results in the following paragraphs. The odds of visiting a GP to obtain health information increased significantly with age (OR = 1.02; p < 0.01) and were lower for respondents who were unemployed compared to those who were employed (OR = 0.70; p < 0.05). The odds of visiting a **medical specialist** to

Table 2
Logistic models predicting the odds of using different sources of health information (N = 2482).

Variable t	General practitioner	Specialist	Emergency department	Pharmacy
	OR, p-value [95% CI]	OR, p-value [95% CI]	OR, p-value [95% CI]	OR, p-value [95% CI]
Gender (1 = female)	0.96 [0.75–1.22]	1.13 [0.96–1.33]	0.90 [0.68–1.19]	1.51*** [1.23–1.84]
Age	1.02** [1.01–1.03]	1.01*** [1.01–1.02]	1.00 [0.99–1.02]	0.99 [0.98–1.00]
Marital status (1 = married)	1.31 [0.97–1.77]	1.14 [0.92–1.41]	1.01 [0.71–1.45]	1.07 [0.83–1.37]
Household members (1 = living alone)	0.92 [0.67–1.27]	0.92 [0.73–1.17]	0.92 [0.61–1.37]	1.15 [0.88–1.51]
Immigration status (1 = immigrant)	1.01 [0.78–1.30]	0.66*** [0.55–0.79]	2.62*** [1.94–3.55]	1.01 [0.82–1.25]
Education (1 = low educational attainment)	1.08 [0.84–1.40]	0.83* [0.69–0.99]	1.77** [1.27–2.45]	0.95 [0.77–1.17]
Employment status (ref. = employed)	–	–	–	–
Not employed	0.70* [0.51–0.94]	1.06 [0.84–1.34]	1.39 [0.96–2.01]	0.74* [0.56–0.97]
Retired	1.24 [0.81–1.90]	1.12 [0.86–1.47]	1.30 [0.83–2.04]	0.76 [0.55–1.05]
General state of health (ref. = poor health)	–	–	–	–
Moderate	1.11 [0.70–1.75]	0.85 [0.64–1.12]	0.59* [0.39–0.88]	1.50* [1.03–2.18]
Good	0.80 [0.51–1.25]	0.65** [0.49–0.85]	0.60* [0.40–0.91]	1.32 [0.91–1.93]
Fit statistics				
LR (df)	78.53 (10)	108.68 (10)	77.53 (10)	50.66 (10)
AIC	1862.79	3279.23	1481.25	2561.26
BIC	1926.78	3343.22	1545.23	2625.25
McFadden's R ²	0.04s	0.03	0.05	0.02

Variable t	Internet	Books/ Brochures	Community centre	Public health department
	OR, p-value [95% CI]	OR, p-value [95% CI]	OR, p-value [95% CI]	OR, p-value [95% CI]
Gender (1 = female)	1.57*** [1.29–1.91]	1.59* [1.09–2.32]	0.47 [0.20–1.12]	0.36* [0.16–0.80]
Age	0.97*** [0.96–0.98]	1.03*** [1.01–1.05]	0.99 [0.96–1.03]	0.96* [0.93–0.99]
Marital status (1 = married)	1.21 [0.95–1.53]	1.13 [0.70–1.82]	1.08 [0.37–3.17]	1.11 [0.44–2.79]
Household members (1 = living alone)	0.83 [0.63–1.09]	1.44 [0.87–2.38]	1.08 [0.33–3.57]	1.69 [0.64–4.49]
Immigration status (1 = immigrant)	0.54*** [0.44–0.67]	0.59* [0.39–0.88]	3.49* [1.31–9.30]	7.46*** [2.75–20.26]
Education (1 = low educational attainment)	0.55*** [0.45–0.67]	0.40*** [0.27–0.59]	3.26 [0.94–11.24]	1.19 [0.54–2.59]
Employment status (ref. = employed)	–	–	–	–
Not employed	0.78 [0.61–1.01]	1.34 [0.82–2.16]	5.02** [1.50–16.83]	1.61 [0.63–4.13]
Retired	0.48*** [0.34–0.67]	0.41** [0.23–0.73]	3.83 [0.86–17.01]	4.90* [1.34–17.94]
General state of health (ref. = poor health)	–	–	–	–
Moderate	1.60* [1.06–2.41]	1.61 [0.77–3.35]	2.05 [0.57–7.35]	0.37 [0.12–1.11]
Good	1.67* [1.12–2.50]	1.59 [0.76–3.31]	0.76 [0.18–3.26]	0.58 [0.21–1.60]
Fit statistics				
LR (df)	439.40 (10)	53.33 (10)	29.52 (10)	43.09 (10)
AIC	2572.08	982.75	253.61	312.26
BIC	2636.06	1046.74	317.59	376.24
McFadden's R ²	0.15	0.05	0.11	0.13

Table 2 (Continued)

Variable t	Family	Friends
	OR, p-value [95% CI]	OR, p-value [95% CI]
Gender (1 = female)	1.14 [0.92–1.43]	1.36* [1.04–1.78]
Age	0.96*** [0.96–0.97]	0.98** [0.97–0.99]
Marital status (1 = married)	0.93 [0.71–1.22]	0.88 [0.63–1.22]
Household members (1 = living alone)	0.99 [0.74–1.34]	1.21 [0.85–1.72]
Immigration status (1 = immigrant)	0.98 [0.78–1.24]	1.18 [0.90–1.56]
Education (1 = low educational attainment)	1.00 [0.79–1.26]	0.79 [0.60–1.05]
Employment status (ref. = employed)	–	–
Not employed	1.02 [0.77–1.36]	1.01 [0.71–1.42]
Retired	1.06 [0.72–1.56]	0.80 [0.50–1.28]
General state of health (ref. = poor health)	–	–
Moderate	0.73 [0.50–1.08]	0.69 [0.43–1.10]
Good	0.74 [0.50–1.08]	0.81 [0.51–1.28]
Fit statistics		
LR (df)	133.99 (10)	62.91 (10)
AIC	2148.05	1628.32
BIC	2212.03	1692.31
McFadden's R ²	0.06	0.04

Note: Significance level * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001; AIC = Akaike's information criterion; BIC = Bayesian information criterion; CI = confidence interval; LR (df) = Likelihood Ratio (Degrees of Freedom); OR = odds ratio; ref. = reference category.

obtain health information also increased significantly with age (OR = 1.01; p < 0.001), but were lower for immigrants compared to non-immigrants (OR = 0.66; p < 0.001), for individuals with low educational attainment compared to those with high educational attainment (OR = 0.83; p < 0.05), and for individuals reporting a good general state of health compared to those reporting poor overall health (OR = 0.65; p < 0.01). Moreover, we found that the odds that immigrants visited an ED to obtain health information were 2.62 times greater than those of non-immigrants (p < 0.001). In turn, the odds that participants with low educational attainment visited an ED to obtain health information were 1.77 times greater than those of respondents with high educational attainment (p < 0.01). The odds of using the ED as an information source were lower for participants reporting a moderate or good general state of health (OR = 0.59; p < 0.05 and OR = 0.60; p < 0.05, respectively) compared to the reference group. With regard to **pharmacies**, women (OR = 1.51; p < 0.001) were more likely to ask pharmacy staff for information about physical complaints and diseases than were men. The odds of visiting the pharmacy to obtain health information were also higher for individuals reporting a moderate general state of health compared to individuals reporting a poor state of health (OR = 1.50; p < 0.05), and lower for unemployed compared to employed individuals (OR = 0.74; p < 0.05).

Using the **internet** as a source of health information was associated with nearly all explanatory variables in our model. Female gender (OR = 1.57; p < 0.001) and reporting a moderate or good state of general health (OR = 1.60; p < 0.05 and OR = 1.67; p < 0.05, respectively) were associated with greater odds of using the internet to obtain health information. Age (OR = 0.97; p < 0.001), being an immigrant (OR = 0.54; p < 0.001), having low educational attainment (OR = 0.55; p < 0.001), and being retired (OR = 0.48; p < 0.001) were associated with lower odds of using the internet to obtain health information compared to the respective reference categories. Using **books or brochures** to obtain health information was positively associated with being female (OR = 1.59; p < 0.05)

and increased with age (OR = 1.03; p < 0.001). In contrast, immigrants (OR = 0.59; p < 0.05) and participants with low educational attainment (OR = 0.40; p < 0.001), as well as participants who were retired (OR = 0.41; p < 0.01), had lower odds of using books or brochures to obtain health information.

Furthermore, we found that immigrants (OR = 3.49; p < 0.05) and unemployed individuals (OR = 5.02; p < 0.01) had greater odds of visiting a **community centre** to obtain health information than did individuals in the respective reference categories. Additionally, the odds that immigrants (OR = 7.46; p < 0.001) and retired individuals (OR = 4.90; p < 0.05) visited a **public health department** to obtain health information were lower than those for non-immigrants and employees. Being female (OR = 0.36; p < 0.05) and reporting a higher age (OR = 0.96; p < 0.05) were associated with lower odds of using a public health department to obtain health information. The odds of asking **family** members for health information decreased with age (OR = 0.96; p < 0.001). Lastly, the odds of asking **friends** for health information also decreased with age (OR = 0.98; p < 0.01) and were higher for women than they were for men (OR = 1.36; p < 0.05). The explained variance of our models ranged from 2 % (pharmacy) to 15 % (internet) as measured by McFadden's R² and is comparable to previous studies investigating the association between sociodemographic characteristics and health information seeking behaviour [22,36,45].

3.1. Additional analyses

Across the different models (Table 2), educational attainment and immigration status appeared to have high predictive power in explaining variation in respondents' choice of health information sources. To gain a more detailed understanding of these characteristics, we conducted an additional analysis. Specifically, we included an interaction term to examine whether the effect of reporting high or low educational attainment on the odds of choosing a particular source of health information differed between

immigrants and non-immigrants. We re-calculated our regression models by adding an interaction term between the variables *immigrant* (0/1) and *low education* (0/1). Following common recommendations in the literature, we estimated marginal effects to obtain more detailed information on the interaction effect [46,47].

The results of this additional analysis suggest that the effect of education on the choice of health information differs between immigrants and non-immigrants with regard to EDs, the internet, family members and friends. Among non-immigrants, having low educational attainment increased the odds of visiting the ED to obtain health information compared to having high educational attainment. In contrast, for immigrants, education was not associated with the odds of using EDs as an information source. With regard to the internet, we observed the opposite effect: for immigrants, educational attainment was significantly associated with using the internet as an information source, but not for non-immigrants. Immigrants with low educational attainment were less likely to use the internet as an information source than were immigrants with high educational attainment. Furthermore, the odds of obtaining health information from family members and friends were lower among non-immigrants with low educational attainment than those among non-immigrants with a high level of educational attainment. Immigrants with low educational attainment, however, had higher odds of asking family members or friends for health information than did immigrants with a high educational attainment. Tables with results from the additional analysis are available in the online appendix.

4. Discussion

Our analyses of participants' choice of health information sources in a large sample of enrolees of two statutory health insurers in Hamburg, Germany, suggest that the choice of sources varies significantly by sociodemographic and health-related characteristics. Furthermore, sociodemographic characteristics are associated not only with the choice of a particular source of information but also with the number of sources used. This finding might be particularly relevant for designing policies to promote patient empowerment and preventive health behaviour given that drawing upon a broader range of information sources may encourage preventive health behaviours such as smoking cessation or attending colorectal cancer screening [48].

Overall, our findings corroborate previous empirical studies that have focused on the internet as a source of health information. Specifically, our results also suggest that being younger [22,24,30–34], being female [30,34–37], having a high level of educational attainment [22,24,30,33,34,37], self-reporting a good general state of health [24,35], employment status [33,35], and immigration status [36] predicted online health information seeking.

Our finding that the likelihood of visiting a GP or medical specialist to obtain health information increases with age coincides with the results of a US study [25]. Besides age we also found that unemployment increased the likelihood of using GPs as a source of information, which might be partly explained by unemployed individuals having more time or greater flexibility to visit a GP in Germany or might also be a reflection of insufficient skills to obtain health information from other sources. With regard to short-term costs, visiting health care providers such as GPs or specialists to obtain health information leads to immediate expenditure by health insurers, which might be avoided in part by redirecting some of the demand for health information to other sources, such as pharmacies or the internet. In the long term, however, avoiding or reducing the use of health care providers as a source of health information might lead to increased expenditure by health insurers given that other information sources, such as family members

or the internet, might be limited in terms of the quality of the information they can provide. However, the quality of information obtained from family members or from the internet also depends significantly on the competencies, skills and qualifications of the searcher with regard to the selection of relevant offers and subsequent health care utilization. Misleading or unverified information on the internet may result in people consulting the wrong kind of health care provider, or it may reduce the efficiency of health care provision by taking up limited consultation time with discussions of inappropriate or inapplicable information [49]. The extent to which this is a problem in everyday practice remains unclear, however, and a number of studies suggest that discussing information from the internet with health care providers is a promising way to improve patient empowerment [22,50]. This process can be facilitated if health professionals guide patients to health information websites that are known to be reliable [50].

With regard to EDs, our models show a significant association between not being born in one's country of residence and an increased likelihood of using these to obtain health information. Using the ED as a source of information rather than for emergency care probably contributes to the large share of non-urgent visits to these facilities [51,52]. Visiting the ED for non-urgent conditions can contribute to overcrowding and a high burden for staff [51,53]. Recent studies suggest that individuals who are immigrants or have a family background of immigration are more likely to use the ED for non-urgent conditions than individuals without these characteristics [54,55]. While the ED use and hospitalisation rates of immigrants can – depending on the context – be lower than, equal to, or higher than those of the non-immigrant population [56–58], immigrants tend to be more likely to use EDs inappropriately [57,59,60]. Concerning the relationship between educational attainment and non-urgent ED visits, a significant interaction between educational attainment and immigration status has been observed [61]. Specifically, people born in Italy who had a low level of educational attainment were significantly more likely to use the ED for their child's non-urgent conditions than were people who were born in Italy and had high or medium levels of educational attainment, whereas among immigrants no relationship between these variables was detected [61]. Hence, our results are similar to those reported in recent literature on the use of EDs for non-urgent conditions and their use as a source of information on physical complaints and diseases.

Our study has several important limitations, each of which offers opportunities for future research. First, we may have omitted individual-level variables that explain variation in the choice of health information sources. According to the Risk Information and Processing Model [29] and Lambert and Loisel's conceptualisation of health information seeking behaviour [27], these might especially include psychosocial characteristics, information needs and prior experiences. Future studies should also investigate latent constructs such as satisfaction with the health care system or with health care providers [22], as well as trust in and awareness of certain sources of information [62,63]. Concerning information needs, individuals who primarily used GPs to obtain health information might have been seeking information that was different from that sought by individuals who primarily used the internet as their source. Thus, future researchers may wish to expand upon our study by including psychosocial characteristics, information needs or prior experience in the list of explanatory variables. The importance of investigating additional individual characteristics is also reflected in the comparatively small proportion of explained variance of our models (see Table 2). To increase the proportion of explained variance, future studies might therefore wish to use a more comprehensive and multidimensional list of explanatory variables. An additional and interesting avenue for future research would involve assessing the relative importance of the individ-

ual factors in explaining variation in health information seeking behaviour. Such information could help policy makers set the right focus and use scarce resources more efficiently.

Second, we were unable to investigate the appropriateness of the information sources in terms of cause and effect. We leave this normative investigation to future researchers as an important avenue of enquiry.

Third, we did not measure or discuss the quality or content of the information sources, which might influence health information seeking behaviour. Further, contextual determinants might explain variations in the choice of our participants' health information sources [64,65]. Hence, future research might build on our findings by investigating whether and how contextual determinants, such as availability, accessibility or geographic proximity, affect where individuals seek health information. Exploring multi-level determinants of information seeking behaviour is a promising avenue for future research and will contribute to our understanding of how to deliver health information efficiently. Lastly, our focus on the health care context in Germany might limit the generalisability of our results. Further research is needed to replicate and test our findings in different health systems.

4.1. Policy implications

Using EDs for non-urgent conditions is a global public health problem [55,66,67] and might contribute to their overcrowding [51,53–55,68–70]. The use of EDs as a regular source of health information also implies potentially avoidable expenditure for health insurers and other payers and purchasers of care. Policy makers should therefore focus particularly on groups that are likely to use EDs in this manner. Part of their demand for health information can be redirected to other sources, such as community centres. A low-threshold service with an intercultural and multilingual team that focuses on providing health information to immigrants and individuals with low educational attainment might be a promising approach in this regard. Examples of such services are the Finnish health kiosk “Terveyskioskki” and the German equivalent, the “Gesundheitskiosk”. Both share characteristics of a walk-in clinic as they are centrally located and accessible without an appointment [71,72]. Their focus is particularly on health prevention, consultation and activities to improve health literacy and self-management [72,73]. Because the German health kiosk pilot project is run by a multilingual team of medical assistants, it in particular might serve as an initial source of health information for individuals who prefer to communicate in a foreign language [72]. Indeed, our data suggest that immigrants were more likely to use a community centre to obtain health-related information than were non-immigrants. However, such use could be substantially increased in terms of quantity. Multilingual, low-threshold services might also be an effective way to reach population groups that use significantly fewer information sources on health issues than others, such as older individuals, people with low levels of educational attainment and unemployed individuals. With their focus on improving health literacy and patient self-management, these services are also well positioned to increase patient empowerment, which is a highly relevant factor in contemporary health systems and reforms [74–76].

5. Conclusion

We explored associations between the sociodemographic and health-related characteristics of a large sample of people in Hamburg, Germany, and their choices of health information sources. Our results suggest that these characteristics were significantly associated with the choice of particular sources of health information.

Immigrants and individuals with low educational attainment were more likely to obtain health information from EDs, representing a potentially avoidable share of non-urgent ED visits. Health policy makers may therefore wish to focus on these groups and provide, for instance, multilingual low-threshold health care counselling and information services.

Declaration of Competing Interest

The authors report no declarations of interest.

Acknowledgements

The authors are grateful to the health insurers AOK Rheinland/Hamburg and BARMER for their support in data generation. This material is based upon work supported (or supported in part) by the Innovation Fund of the German Federal Joint Committee, P.O. Box 12 06 06, Berlin, Germany (NVF2.2016-042). The views expressed in this article are those of the authors and do not necessarily reflect the position or policy of the German Federal Joint Committee. The German Federal Joint Committee has no role in the study design, methods, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Appendix A. Supplementary material

Supplementary material related to this article can be found, in the online version, at doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.008>.

References

- [1] Carballo M, Hargreaves S, Gudumac I, Maclean EC. Evolving migrant crisis in Europe: implications for health systems. *The Lancet Global Health* 2017;5(3):252–3, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30040-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30040-2).
- [2] Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet* 2013;381(9873):1235–45, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8).
- [3] Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy* 2012;105(1):1–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.007>.
- [4] Pieper D, Jülich F, Antoine S-L, Bächle C, Chernyak N, Genz J, et al. Studies analysing the need for health-related information in Germany - a systematic review. *BMC Health Services Research* 2015;15(1):407, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1076-9>.
- [5] Hone T, Palladino R, Filippidis FT. Association of searching for health-related information online with self-rated health in the European Union. *European Journal of Public Health* 2016;26(5):748–53, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw022>.
- [6] Dean Ca, Geneus Cj, Rice S, Johns M, Quasie-Woode D, Broom K, et al. Assessing the significance of health information seeking in chronic condition management. *Patient Education and Counseling* 2017;100(8):1519–26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.012>.
- [7] Hibbard Jh. Patient activation and the use of information to support informed health decisions. *Patient Education and Counseling* 2017;100(1):5–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.006>.
- [8] Longo DR, Schubert SL, Wright BA, LeMaster J, Williams CD, Clore JN. Health information seeking, receipt, and use in diabetes self-management. *Annals of Family Medicine* 2010;8(4):334–40, <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1115>.
- [9] Tan SS-L, Goonawardene N. Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research* 2017;19(1):1–15, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.5729>.
- [10] Lemire M, Sicotte C, Paré G. Internet use and the logics of personal empowerment in health. *Health Policy* 2008;88(1):130–40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.03.006>.
- [11] Liang L, Cako A, Urquhart R, Straus Se, Wodchis Wp, Baker Gr, et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. *BMJ Open* 2018;8:e018263, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018263>.
- [12] Camerini L, Schulz Pj, Nakamoto K. Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation. *Patient Education and Counseling* 2012;89(2):337–44, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.005>.
- [13] Marshall R, Beach Mc, Saha S, Mori T, Loveless Mo, Hibbard Jh, et al. Patient activation and improved outcomes in HIV-infected patients. *Journal of*

- General Internal Medicine 2013;28(5):668–74, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2307-y>.
- [14] Mosen Dm, Schmittidiel J, Hibbard J, Sobel D, Remmers C, Bellows J. Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions? *Journal of Ambulatory Care Management* 2007;30(1):21–9, <http://dx.doi.org/10.1097/00004479-200701000-00005>.
- [15] Harvey L, Fowles Jb, Xi M, Terry P. When activation changes, what else changes? The relationship between change in patient activation measure (PAM) and employees' health status and health behaviors. *Patient Education and Counseling* 2012;88(2):338–43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.02.005>.
- [16] Greene J, Hibbard Jh, Sacks R, Overton V, Parrotta Cd. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs (Millwood)* 2015;34(3):431–7, <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452>.
- [17] Greene J, Hibbard Jh. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 2012;27(5):520–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1931-2>.
- [18] Hibbard Jh, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs (Millwood)* 2013;32(2):207–14, <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>.
- [19] Hibbard JH, Greene J, Overton V. Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores'. *Health Affairs (Millwood)* 2013;32(2):216–22, <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1064>.
- [20] Castro Em, van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling* 2016;99(12):1923–39, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>.
- [21] Paré G, Malek J-N, Sicotte C, Lemire M. Internet as a source of health information and its perceived influence on personal empowerment. *International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics* 2009;4(4):1–18, <http://dx.doi.org/10.4018/jhisi.2009071001>.
- [22] De Rosis S, Barsanti S. Patient satisfaction, e-health and the evolution of the patient-general practitioner relationship: evidence from an Italian survey. *Health Policy* 2016;120(11):1279–92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.012>.
- [23] Feinberg I, Frijters J, Johnson-Lawrence V, Greenberg D, Nightingale E, Moodie C. Examining associations between health information seeking behavior and adult education status in the U.S.: an analysis of the 2012 PIAAC data. *PLoS ONE* 2016;11(2):e0148751, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0148751>.
- [24] Cotten SR, Gupta SS. Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science and Medicine* 2004;59(9):1795–806, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.020>.
- [25] Jacobs W, Amuta AO, Jeon KC. Health information seeking in the digital age: an analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Social Sciences* 2017;3(1):1–11, doi: 10.1080/23311886.2017.1302785.
- [26] Messer M, Vogt D, Quenzel G, Schaeffer D. Health Literacy bei vulnerablen Zielgruppen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2016;11(2):110–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s11553-016-0532-7>.
- [27] Lambert SD, Loiselle CG. Health information seeking behavior. *Qualitative Health Research* 2007;17(8):1006–19, <http://dx.doi.org/10.1177/1049732307305199>.
- [28] Kahlor L. PRISM: a planned risk information seeking model. *Health Communication* 2010;25(4):345–56, <http://dx.doi.org/10.1080/10410231003775172>.
- [29] Dunwoody S, Griffin RJ. Risk information and processing model. In: Cho H, Reimer T, McComas KA, editors. *Sage handbook of risk communication*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2015.
- [30] Li J, Theng Y-L, Foo S. Predictors of online health information seeking behavior: changes between 2002 and 2012. *Health Informatics Journal* 2016;22(4):804–14, <http://dx.doi.org/10.1177/1460458215595851>.
- [31] Siliquini R, Ceruti M, Lovato E, Bert F, Bruni S, de Vito E, et al. Surfing the internet for health information: an Italian survey on use and population choices. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2011;11(1):21, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-11-21>.
- [32] Baumann E, Czerwinski F, Reifegerste D. Gender-specific determinants and patterns of online health information seeking: results from a representative German health survey. *Journal of Medical Internet Research* 2017;19(4):e92, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6668>.
- [33] Valero-Aguilera B, Bermúdez-Tamayo C, García-Gutiérrez JF, Jiménez-Pernett J, Vázquez-Alonso F, Suárez-Charneco A, et al. Factors related to use of the Internet as a source of health information by urological cancer patients. *Support Care Cancer* 2012;20(12):3087–94, <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1431-x>.
- [34] Bundoorf MK, Wagner TH, Singer SJ, Baker LC. Who searches the internet for health information? *Health Services Research* 2006;41(3p1):819–36, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00510.x>.
- [35] Bujnowska-Fedak MM. Trends in the use of the Internet for health purposes in Poland. *BMC Public Health* 2015;15(1):194, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1473-3>.
- [36] Nölke L, Mensing M, Krämer A, Hornberg C. Sociodemographic and health-(care-)related characteristics of online health information seekers: a cross-sectional German study. *BMC Public Health* 2015;15(1):31, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1423-0>.
- [37] Shahab L, Brown J, Gardner B, Smith SG. Seeking health information and support online: does it differ as a function of engagement in risky health behaviors? Evidence from the health information national trends survey. *Journal of Medical Internet Research* 2014;16(11):e253, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.3368>.
- [38] Dobransky K, Hargittai E. Inquiring minds acquiring wellness: uses of online and offline sources for health information. *Health Communication* 2012;27(4):331–43, <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2011.585451>.
- [39] *Ausländische Bevölkerung in Hamburg am 31.12.2017*. Statistical Office for Hamburg and Schleswig Holstein; 2018.
- [40] Schafer JL. Multiple imputation: a primer. *Statistical Methods in Medical Research* 1999;8(1):3–15, <http://dx.doi.org/10.1177/09622802990800102>.
- [41] Little RJA, Rubin DB. *Statistical analysis with missing data*, 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2002.
- [42] Gagné T, Ghenadenik AE, Abel T, Frohlich KL. Social inequalities in health information seeking among young adults in Montreal. *Health Promotion International* 2018;33(3):390–9, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daw094>.
- [43] Taha J, Sharit J, Czaja S. Use of and satisfaction with sources of health information among older Internet users and nonusers. *The Gerontologist* 2009;49(5):663–73, <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnp058>.
- [44] *StataCorp. Stata statistical software: release 14*. College Station, Texas: StataCorp LP; 2015.
- [45] Oedekoven M, Herrmann WJ, Ernsting C, Schnitzer S, Kanzler M, Kuhlmeier A, et al. Patients' health literacy in relation to the preference for a general practitioner as the source of health information. *BMC Family Practice* 2019;20(1):94, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-019-0975-y>.
- [46] Powers EA. Interpreting logit regressions with interaction terms: an application to the management turnover literature. *Journal of Corporate Finance* 2005;11(3):504–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcorpfin.2004.08.003>.
- [47] Norton EC, Wang H, Ai C. Computing interaction effects and standard errors in Logit and probit models. *The Stata Journal* 2004;4(2):154–67, <http://dx.doi.org/10.1177/1536867X0400400206>.
- [48] Redmond N, Baer HJ, Clark CR, Lipsitz S, Hicks LS. Sources of health information related to preventive health behaviors in a national study. *American Journal of Preventive Medicine* 2010;38(6):620–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.001>, e2.
- [49] Kim J, Kim S. Physicians' perception of the effects of Internet health information on the doctor-patient relationship. *Informatics for Health and Social Care* 2009;34(3):136–48, <http://dx.doi.org/10.1080/17538150903102422>.
- [50] McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counseling* 2006;63(1–2):24–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.10.006>.
- [51] Unwin M, Nurs GD, Kinsman L, Rigby S, Nurs GC. Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. *International Emergency Nursing* 2016;29:3–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2016.09.003>.
- [52] Xin H. High-cost sharing policies and non-urgent emergency department visits. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2018;31(7):735–45, <http://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2017-0089>.
- [53] Troxell P. Emergency department overcrowding globally: the impact of non-urgent utilization. *Annals of Global Health* 2014;3(80):212, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2014.08.137>.
- [54] Créde SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *European Journal of Public Health* 2018;28(1):61–73, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckx057>.
- [55] Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy* 2008;88(2–3):326–38, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.04.005>.
- [56] Graetz V, Rechel B, Groot W, Norredam M, Pavlova M. Utilization of health care services by migrants in Europe—a systematic literature review. *British Medical Bulletin* 2017;121(1):5–18, <http://dx.doi.org/10.1093/bmb/dw057>.
- [57] Barsanti S. Hospitalization among migrants in Italy: access to health care as an opportunity for integration and inclusion. *International Journal of Health Planning and Management* 2018;33(3):637–51, <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2516>.
- [58] Nielsen SS, Hempler NF, Waldorff FB, Kreiner S, Krasnik A. Is there equity in use of healthcare services among immigrants, their descendants, and ethnic Danes? *Scandinavian Journal of Public Health* 2012;40(3):260–70.
- [59] Mahmoud I, Eley R, Hou X-Y. Subjective reasons why immigrant patients attend the emergency department. *BMC Emergency Medicine* 2015;15(1):4, <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-015-0031-8>.
- [60] Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *European Journal of Public Health* 2007;17(5):497–502.
- [61] Ballotari P, D'Angelo S, Bonvicini L, Broccoli S, Caranci N, Candela S, et al. Effects of immigrant status on Emergency Room (ER) utilisation by children under age one: a population-based study in the province of Reggio Emilia (Italy). *BMC Health Services Research* 2013;13(1):458, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-458>.

- [62] Oh KM, Kreps GL, Jun J, Chong E, Ramsey L. Examining the health information-seeking behaviors of Korean Americans. *Journal of Health Communication* 2012;17(7):779–801, <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2011.650830>.
- [63] Clayman ML, Manganello JA, Viswanath K, Hesse BW, Arora NK. Providing health messages to Hispanics/Latinos: understanding the importance of language, trust in health information sources, and media use. *Journal of Health Communication* 2010;15(sup3):252–63, <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2010.522697>.
- [64] Caiata-Zufferey M, Abraham A, Sommerhalder K, Schulz PJ. Online health information seeking in the context of the medical consultation in Switzerland. *Qualitative Health Research* 2010;20(8):1050–61, <http://dx.doi.org/10.1177/1049732310368404>.
- [65] Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik CJ. Characteristics of patients who seek care via eVisits instead of office visits. *Telemedicine and e-Health* 2013;19(7):515–9, <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2012.0221>.
- [66] McHale P, Wood S, Hughes K, Bellis MA, Demnitz U, Wyke S. Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. *BMC Medicine* 2013;11(1):258, <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-11-258>.
- [67] Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santisteve, Peiró S, Argimon J-M, Violan-Fors C, et al. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. *PLoS ONE* 2012;7(5):e35903, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0035903>.
- [68] Van den Heede K, van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: a review of reviews. *Health Policy* 2016;120(12):1337–49, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.10.002>.
- [69] Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, et al. International perspectives on emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine* 2011;18(12):1358–70, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01235.x>.
- [70] Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine* 2008;52(2):126–36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>.
- [71] Kork A-A, Vakkuri J. Improving access and managing healthcare demand with walk-in clinic. *International Journal of Public Sector Management* 2016;29(2):148–63, <http://dx.doi.org/10.1108/IJPSM-07-2015-0137>.
- [72] Fischer A, Schulte T, Brüwer O, Lorenz I, Werner U, Horwege B, et al. Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn. Hamburg: OptiMedis AG; 2015.
- [73] Finish Innovation Fund Sitra. The health kiosk concept to be included more extensively in basic healthcare services?; 2011. Accessed 27 August 2019 <https://www.sitra.fi/en/news/health-kiosk-concept-be-included-more-extensively-basic-healthcare-services/>.
- [74] Fredriksson M. Is patient choice democratizing Swedish primary care? *Health Policy* 2013;111(1):95–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.12.002>.
- [75] Fumagalli Lp, Radaelli G, Lettieri E, Bertele P, Masella C. Patient Empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy* 2015;119(3):384–94.
- [76] Odone A, Buttigieg S, Ricciardi W, Azzopardi-Muscat N, Staines A. Public health digitalization in Europe. *European Journal of Public Health* 2019;29(sup 3):28–35, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckz161>.

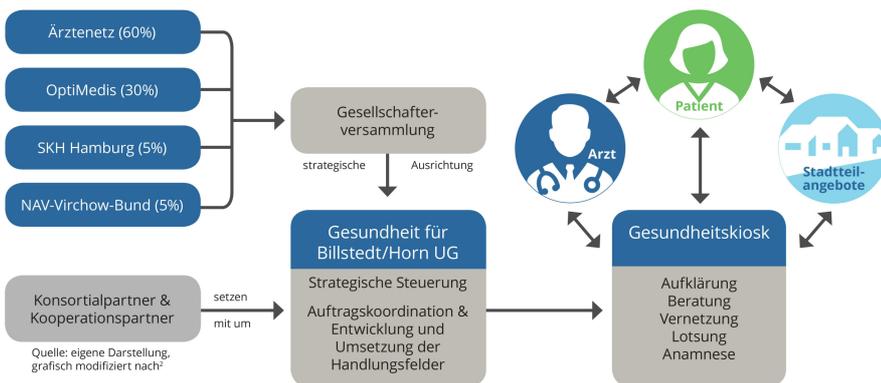
Der Gesundheitskiosk – INVEST Billstedt/Horn



Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine **Integrierte gesundheitliche Versorgung** in deprivierten großstädtischen Regionen

Ausgangslage

Die Menschen in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn haben aufgrund der sozioökonomischen Bedingungen **schlechtere Lebens- und Gesundheitschancen** als die übrige Bevölkerung der Hansestadt. Hier leben überdurchschnittlich viele Empfänger von Sozialleistungen, Migranten, Menschen mit niedrigen Schulabschlüssen und Alleinerziehende. Die Menschen **erkranken früher und häufiger** an chronischen Krankheiten und haben ein **niedrigeres Sterbealter**. Gleichzeitig ist der Versorgungsgrad in den Stadtteilen verhältnismäßig schlecht: So praktizieren in Billstedt und Horn zum Beispiel deutlich weniger Haus- und Fachärzte als in anderen Stadtteilen Hamburgs. Dies hat unter anderem zur Folge, dass die Zahl der Notaufnahmen in den Kliniken seit Jahren steigt¹.



Der Weg

Gemeinsam mit Partnern aus der Region wird ein **patientenorientiertes und sektorenübergreifendes Versorgungsmodell** implementiert.

Maßnahmen:

- Innovative IT-Kommunikations-Lösungen
- Versorgungs- und Gesundheitsmanagement zur optimierten Behandlung chronisch Kranker und multimorbider Patienten
- **Gesundheitskiosk** an einem zentralen Ort, mit mehrsprachigem, multiprofessionellen Team

Das Ziel

Die gesundheitlichen Chancen der Menschen in den Stadtteilen Billstedt und Horn sollen verbessert werden. Das Projekt zielt außerdem darauf ab, die Patienten stärker einzubinden, die Ärzte zu entlasten, die Ressourcen gezielt zu nutzen und die Versorgungsqualität zu erhöhen².

Konsortialpartner

- AOK Rheinland/Hamburg
- BARMER GEK
- Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE Hamburg
- OptiMedis AG
- connected-health.eu GmbH

Gesundheitskiosk als Strukturinnovation und Steuerungselement

- **Niedrigschwellige** Stadtteilinstitution für alle Anliegen, die die Gesundheit betreffen⁴
- Mehrsprachigkeit: Ansprache der Bürger in Muttersprache durch **mehrsprachige Mitarbeiter**
- **Ganzheitlicher & indikationsunspezifischer** Betreuungs-/ Versorgungsansatz
- Multiprofessionelles nicht-ärztliches Team mit überwiegend pflegerischem Hintergrund
- **Gute Erreichbarkeit** mit kundenfreundlichen Öffnungszeiten

Die Leistungen

Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen

- Durchführung standardisierter Anamnesen vor dem Arztgespräch
- Systematische Erfassung aller eingenommenen Medikamente für den behandelnden Arzt
- Erläuterung und Übersetzung von Diagnose, Therapie und Nachsorge
- Vermittlung und Terminierung angeordneter Maßnahmen und Unterstützung während des Behandlungsprozesses
- Hilfestellung bei der Erreichung von vereinbarten Zielen

Vermittlung von ärztlichen- und Community-Ressourcen

- Erfassung der personenbezogenen Verhältnisse, gesundheitlichen Faktoren, Veränderungswünsche und Ressourcen
- Suche von Haus- und Fachärzten sowie Terminvermittlung
- Angliederung des Patienten an das Gemeinwesen
- Durchführung regelmäßiger gesundheitsrelevanter Informationsveranstaltungen
- Gestaltung von einrichtungsübergreifenden Themenwochen

Prävention und Gesundheitsförderung

- Informationsvermittlung, Aufklärung und Aktivierung der Patienten zu einem gesunden Lebensstil
- Aufklärung und Unterstützung zu den Themen Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum
- Stärkung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten
- Unterstützung bei der Priorisierung von Interventionen
- Schulungen und Kurse zu präventiven Themen für die Einwohner

Case Management nach ärztlicher Verordnung

- Sektorenübergreifende Koordination der gesamten Behandlung durch einen festen Ansprechpartner im Gesundheitskiosk in Abstimmung mit allen beteiligten Akteuren
- Intensive Betreuung und Unterstützung der Patienten, z.B. bei der Analyse des Bedarfs, Terminierung von Behandlungsterminen, Aufbereitung benötigter Unterlagen und Unterstützung bei der Beantragung von notwendigen Leistungen und Folgebehandlungen

Fischer, A., Lorenz, I., Hildebrandt, H., Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt), 22111 Hamburg

¹ Fischer, A. (2015): Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn; OptiMedis AG, Hamburg
² Amelung, V.E., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Läger, R., Ozegowski, S., Schlenker, R.-U., Sjuts, R. (2017): Innovationsfonds. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
³ Berwick D, Nolan T, Whittington J. (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Aff (Millwood) 27(3):759-69
⁴ Schaeffer H, Hämel K, Ewers M (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. Beltz Juventa, Weinheim



Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen

Ausgangslage - Hohe Krankheitslast und Verlagerung der Behandlung in den stationären Bereich

Die Chancen auf Gesundheit sind ungleich verteilt. Dies zeigt sich auch in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn, die zu den ärmsten der Hansestadt gehören. Hohe Prävalenzen bei allen Volkskrankheiten und Defizite in der wohnortnahen Versorgung führen zu **schlechten Patientenerfahrungen** sowie **überhöhten Versorgungskosten**.

Die Gesundheit für Billstedt/Horn UG testet in Zusammenarbeit mit vielen Partnern exemplarisch, wie man den Gesundheitsstatus der Bevölkerung in deprivierten Stadtteilen verbessern und den Einsatz vorhandener Ressourcen optimieren kann. Dafür werden innovative Versorgungsstrukturen aufgebaut und neue digitale Anwendungen erprobt, die die Kommunikation zwischen den Ärzten sowie zwischen Arzt und Patient verbessern sollen. Übergeordnete Ziele der Interventionen sind die **Entlastung der Ärzte**, die **Stärkung der wohnortnahen Versorgung** und die **Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung**. Basis für die komplexe Versorgungsform sind u.a. Analysen von Routinedaten der Krankenkassen. Die Evaluation beinhaltet sowohl qualitative als auch quantitative Ansätze.

Handlungsfelder und Interventionen (Auszug)

Gesundheitskiosk – Stukturinnovation und Steuerungselement

Im Kiosk beraten sieben „Community Health Nurses“ Patienten in acht Sprachen ganzheitlich zu Fragen der Gesundheit. Entscheidende Erfolgsfaktoren der Einrichtung sind neben der zentralen Platzierung am Billstedt Marktplatz das übersichtliche Angebot und der **niedrigschwellige Zugang** nach dem „Walk in“-Prinzip. Folgende Leistungen werden erbracht: Prävention und Gesundheitsförderung, Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen, Vermittlung von ärztlichen- und Community-Ressourcen, Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen, Case-Management.

Ziel ist eine kontinuierliche Betreuung in der Muttersprache sicherzustellen sowie die Gesundheitskompetenz und die Patientenzufriedenheit zu erhöhen. Zudem sollen ärztliche Therapieempfehlungen nachhaltig zu verankern.

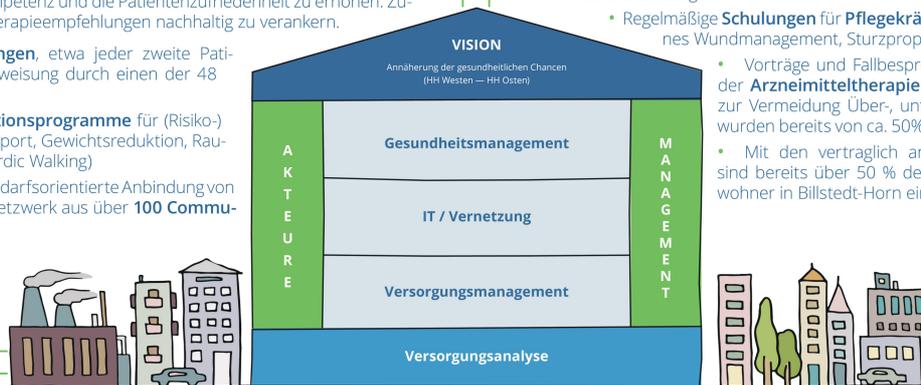
- Rund **2.000 Beratungen**, etwa jeder zweite Patient kommt auf Überweisung durch einen der 48 Netz-Ärzte
- Regelmäßige **Präventionsprogramme** für (Risiko-) Patienten (z.B. Reha-Sport, Gewichtsreduktion, Rauchentwöhnung, Nordic Walking)
- Soziale Integration: Bedarfsorientierte Anbindung von Patienten an unser Netzwerk aus über **100 Community-Einrichtungen**

Sektorenübergreifende Versorgungsprogramme – Intensivere Vernetzung

Für Risikopatienten werden unter Federführung der beteiligten Leistungserbringer Versorgungsprogramme etabliert.

Ziel ist die Optimierung von Versorgungsprozessen u.a. durch abgestimmte medizinische und pflegerische Betreuung zwischen Haus- und Facharztpraxen, Pflegeeinrichtungen sowie Schwerpunktkrankenhäusern. Nachfolgend exemplarisch **Pflege im Blick** zur Versorgung geriatrischer Patienten:

- Interdisziplinäre Qualitätszirkel zur Verbesserung der **Patientenversorgung an der Schnittstelle** Pflege/Arzt mit Haus- und Fachärzten, Pflegedienst- sowie Wohnbereichsleitungen
- Regelmäßige **Schulungen** für **Pflegekräfte und Ärzte** für ein modernes Wundmanagement, Sturzprophylaxe und Palliativ-Pflege.
- Vorträge und Fallbesprechungen zur Verbesserung der **Arzneimitteltherapie** für Patienten ab 65 Jahren, zur Vermeidung Über-, unter- und Fehltherapie. Diese wurden bereits von ca. 50% der der Netz-Ärzte besucht.
- Mit den vertraglich angebotenen Pflegeheimen sind bereits über 50 % der der geriatrischen Heimbewohner in Billstedt-Horn eingeschlossen.



IT-Unterstützung – Grundlage für die Patientensteuerung

Bei der Kommunikation mit Patienten und zwischen Leistungserbringern kommen e-Health/m-Health-Lösungen zum Einsatz. Des Weiteren werden Arztpraxen zu aktuellen IT-Themen beraten.

Ziel ist die medizinischen Ressourcen mittels **digitaler Kommunikationswege** effizienter einzusetzen und die Transparenz zu erhöhen.

- **Gesundheits-Apps** zum digitalen Austausch medizinischer Dokumente (Medikationsplan, Arztbrief, Röntgenbilder) zwischen Ärzten, Gesundheitskiosk und medizinischen Leistungserbringern
- Zentrale **elektronische Patientenakte** zur Vernetzung der regionalen Leistungserbringer und der Koordination des Behandlungsprozesses im Gesundheitsnetz
- Via **Gesundheitsportal** erhalten Patienten einfachen Zugang zu ihrer medizinischen Dokumentation im Gesundheitskiosk und können Dokumente für die kommende Beratung hochladen.

Versorgungskordinatoren – Sicherheit zuhause

Die zu Versorgungskordinatoren (VK) geschulten medizinischen Fachangestellte fungieren in der Hausarztpraxis als **zentrale Ansprechpartner** für chronisch erkrankte und multimorbide Patienten.

Ziel ist die Patienten engmaschiger zu betreuen, die Hausarztpraxis als Zentrum der Versorgung zu stärken, die Hausärzte durch hochqualifizierte Unterstützungsleistungen zu entlasten und vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu reduzieren.

- Leistungen: Monitoring von **Risikopatienten** sowie Koordination zwischen Krankenhaus, Praxen und Gesundheitskiosk
- Aktuell werden **drei Indikationen** einbezogen: Typ-2-Diabetes, Herzinsuffizienz und Demenz.
- Ein VK versorgt 35 Patienten pro Jahr bei 4,5 Wochenstunden. Das entspricht rund 6,5 Stunden pro Patient und Jahr.

Evaluation durch das Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg

Zur Erfolgsbewertung des Projektes werden im Rahmen einer umfassenden Evaluation **fünf Zieldimensionen** analysiert: 1. Gesundheitsstatus der Bevölkerung, 2. Patientenaktivierung und -zufriedenheit, 3. Wirtschaftlichkeit des Projektes, 4. Arbeitsbedingungen und Zufriedenheit der Leistungserbringer und 5. Strategieentwicklung und Übertragbarkeit des Projektes. Für eine valide Erfolgsbewertung ist eine umfassende und gesicherte Datenbasis von zentraler Bedeutung. Demnach werden für die Evaluation neben der **Auswertung der Routinedaten** der beteiligten Krankenkassen auch **Primärdaten** im Rahmen von Befragungen erhoben und durch qualitative Daten ergänzt. Der umfassende Evaluationsansatz ermöglicht eine multiperspektivische Erfolgsbewertung und liefert damit eine fundierte Entscheidungsgrundlage zur **Übernahme** des Projektes in die **Regelversorgung**.

Gesellschafter und Konsortialpartner

Kontakt Konsortialführung
Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)
Alexander Fischer
Möllner Landstraße 31
22111 Hamburg
040 736 77 130
a.fischer@gesundheit-bh.de
www.gesundheitskiosk.de
© Gesundheit für Billstedt/Horn UG



Anlagen

3. Informationsmaterialien

- Flyer „Gesundheitskiosk“ in deutsch und türkisch
- Kursprogramm Gesundheitskiosk
- Überweisungsschein Gesundheitskiosk
- NetzNews, 8. Ausgabe, Juli 2019
- Kampagne „Drei Fragen für Ihre Gesundheit“
- Flyer Elternkonferenzen



Wir beraten Sie
rund um Ihre
Gesundheit!

Besuchen
Sie uns!

Gesundheitskiosk



mittendrin, kostenfrei, in vielen Sprachen



Sie waren beim Arzt und wollen abnehmen?
Wir begleiten Sie auf Ihrem Weg.



Sie suchen einen Arzt Ihres Vertrauens?
Wir helfen Ihnen.



Sie wünschen sich Zeit für Gespräche zu Ihrer Gesundheit? **Wir** nehmen uns die Zeit.



Sie wollen Ihre Diagnose besser verstehen?
Wir erklären sie Ihnen ausführlich.



Sie wollen Arztberichte immer bei sich haben?
Wir schicken sie direkt auf's Smartphone.



Sie wollen eine bessere medizinische Versorgung? **Wir auch!**

Der Gesundheitskiosk wird unterstützt und getragen von Ärzten, Krankenkassen, dem Innovationsfonds der Bundesregierung, dem Land Hamburg und dem Bezirk Hamburg-Mitte.

Wir sprechen:

Deutsch – English – Türkçe – فارسی – русский
polski

Standorte und Öffnungszeiten:

Standort Billstedt

Möllner Landstr. 18
22111 Hamburg

Tel. 040 41 49 31 10

Montag bis Freitag
8 bis 18 Uhr



Standort Mümmelmannsberg

Praxisklinik
Oskar-Schlemmer-Str. 9-15
22115 Hamburg

Tel. 040 41 49 31 10

Dienstag und
Donnerstag jeweils
8:30 bis 17 Uhr



Weitere Informationen und Kontakt

info@gesundheitkiosk.de

www.gesundheitskiosk.de

www.facebook.com/gesundheitskiosk

Fax 040 736 77 820

Kostenlos für Versicherte unserer Partner-Krankenkassen

Ein Angebot der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)



Gesundheit für
Billstedt/Horn





Sağlığınız
hakkında size
danışmanlık
sunuyoruz!

Bizi
ziyaret
edin!

Gesundheitskiosk

tam ortasında, ücretsiz, birçok dilde



Sağlık sorularınıza danışmanlık



Yakın çevrenizde yardım teklifi aracılığı



Doktor ziyaretinin sonrasını takip etmek



Doktor raporunu açıklamak



Sunum ve eğitim (örneğin beslenme,
hareket etme)

Konuřtuklarımız:

Deutsch – English – Türkçe – فارسی – русский
polski – portugus – espaol

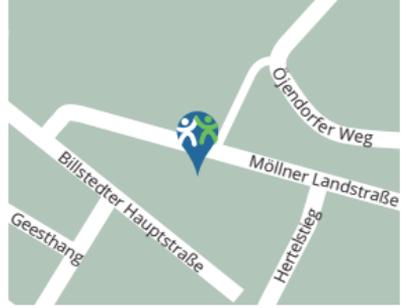
Adreslerimiz ve aılıř saatleri:

Billstedt

Möllner Landstr. 18
22111 Hamburg

Tel. 040 41 49 31 10

Pazartesi'den – Cuma'ya
8:00 – 18:00



Mümmelmannsberg

Praxisklinik
Oskar-Schlemmer-Str. 9-15
22115 Hamburg

Tel. 040 71 59 12 05

Pazartesi +
Salı + Perřembe
8:30 – 17:00



Daha fazla bilgi ve iletiřim

info@gesundheitkiosk.de

www.gesundheitskiosk.de

www.facebook.com/gesundheitskiosk

Mobil 0176 45 72 85 09

Fax 040 736 77 820

Partner-Salık Sigortalarımız'da sigortalı olanlar için cretsizdir

Bir Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) teklifidir



Gesundheit für
Billstedt/Horn



Pflege und pflegende Angehörige

Sprechstunde Pflegestützpunkt Hamburg-Mitte *

Unabhängige Beratung und Unterstützung zu Möglichkeiten der Pflege in der eigenen Wohnung, Suche nach Heimplatz, Kosten und Finanzierung von Pflegeleistungen und Hilfen im Alltag, Beantragung von Pflegeleistungen.

Termine: Mittwochs, 16. Oktober, 27. November, 18. Dezember
Uhrzeit: 13:30 – 16:00 Uhr
* Bitte Termin vereinbaren

Kurse der **Hamburger Angehörigenschule** für pflegende Angehörige, Ehrenamtliche und Interessierte

Depressionen

Grundinformationen zur Erkrankung sowie Wege zu einem hilfreichen Umgang mit Depressionen in der Familie oder im sozialen Umfeld.

Termine: 2x Montags, 21.10. und 28.10.2019, 17:00 – 20:00 Uhr

Spezialkurs „Letzte Hilfe“

Begleitung am Ende des Lebens gestalten.

Termin: Dienstag, 22.10.2019, 09:30 – 13:30 Uhr

Fit durch den Winter – Jetzt gegen die Grippe impfen!

Sind Sie 60
oder älter?
Impfen
schützt Sie,
Ihre Familie
und Ihre
Mitmenschen!



Wussten Sie, dass...

- ... die Impfung besonders chronisch Kranken einen guten Schutz bietet und keine Grippe auslösen kann?
- ... geimpfte Menschen seltener mit Folgeerkrankungen wie Lungenentzündung ins Krankenhaus müssen?
- ... Sie indirekt Menschen, Babys oder immunschwache Menschen schützen, die nicht geimpft werden können?
- ... Sie weitere Informationen bei Ihrem Arzt und im Gesundheitskiosk erhalten?

Informationsveranstaltung zum Thema „Impfen“

Erfahren Sie alles Wichtige rund um das Thema Impfen und stellen Sie den Gesundheitsexperten Ihre Fragen.

Termine: Mittwoch, 23.10.2019, 11:00 – 12:00 Uhr oder
Mittwoch, 06.11.2019, 10:00 – 11:00 Uhr

Sprechstunden unserer Partner

Sprechstunde für Menschen mit Krebs *

Leiden Sie an Krebs oder den Folgen? Ist ein Angehöriger betroffen?

Haben Sie sozialrechtliche Fragen? Sie möchten wissen, wie eine geeignete Ernährung und Bewegung mit der Erkrankung aussehen? Diese und viele weitere Fragen beantworten Ihnen die Onkolotsin des UKE und die Mitarbeiter der Hamburger Krebsgesellschaft e.V. im Gesundheitskiosk.

* Bitte Termin vereinbaren

Sprechstunde Seelische Gesundheit *

Umfassende Informationen zu Angeboten der ambulanten Sozialpsychiatrie und zum Hilfesystem. Das vielseitige ambulante Hilfsangebot hat zum Ziel, Ihre jeweilige Lebenssituation zu stabilisieren, Ihre Selbstbestimmung zu stärken und Ihre Genesung zu fördern.

Termine: Mittwochs, 9. Oktober, 13. November, 11. Dezember
Uhrzeit: 15:00 – 17:00 Uhr
* Bitte Termin vereinbaren

Sprechstunde Hamburger Wegbereiter *

Informationen zu Teilhabe, Leistungsansprüchen, Vorsorgevollmacht, rechtlicher Betreuung etc. für Menschen mit Behinderung, Angehörige und Interessierte. Beratung auf Deutsch, Englisch und Arabisch möglich.

Termine: Montags, 7. Oktober, 4. November, 2. Dezember
Uhrzeit: 14:00 – 16:00 Uhr
* Bitte Termin vereinbaren

Sprechstunde Viva Billstedt - Take Care Suchtberatung für Jugendliche und junge Erwachsene*

Beratung und Unterstützung von Eltern, Angehörigen und Freunden von suchtfährdeten bzw. süchtigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu Suchtmitteln wie Zigaretten, Alkohol, Medien oder illegalen Drogen.

Termine: Dienstags, 1. Oktober, 5. November, 3. Dezember
Uhrzeit: 16:30 – 17:30 Uhr
* Bitte Termin vereinbaren

Gesundheitskiosk

Sie waren beim Arzt und wollen abnehmen?
Wir begleiten Sie auf Ihrem Weg.

Sie suchen einen Arzt Ihres Vertrauens?
Wir helfen Ihnen.

Sie wünschen sich Zeit für Gespräche zu Ihrer Gesundheit? **Wir** nehmen uns die Zeit.

Sie wollen Ihre Diagnose besser verstehen?
Wir erklären sie Ihnen ausführlich.

Sie wollen eine bessere medizinische Versorgung?
Wir auch!

Besuchen Sie uns auch für eine individuelle kostenlose Beratung. Wir freuen uns auf Sie!

Wir sprechen:

Deutsch – English – Türkçe – فارسی – Русский – Polski

Möllner Landstraße 18
22111 Hamburg

Tel. 040 41 49 31 10
www.gesundheitskiosk.de
info@gesundheitskiosk.de
Montag – Freitag 8:00 – 18:00 Uhr

Ein Angebot der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)

In Kooperation mit Krankenkassen und weiteren Partnern



Gesundheit für
Billstedt/Horn



ÄRZTENETZ
BILLSTEDT-HORN E.V.



Kosten-
frei!

Kursprogramm Oktober bis Dezember 2019

Gesundheitskiosk

Kostenlos, in vielen Sprachen

Bewegung



Yoga für Mollige (DAK-Gesundheit *)

Der Kurs bietet Menschen mit mehr Körpergewicht die Möglichkeit in Bewegung zu kommen. Mit leichten Übungen aus dem Hatha Yoga lernen Sie, Ihr Wohlbefinden zu verbessern und sich zu entspannen. * Für Versicherte aller Krankenkassen.

Termine: Donnerstags, 28.11., 05.12., 12.12., 19.12.2019
Uhrzeit: 18:00 – 19:00 Uhr



Nordic Walking (Kooperation mit der Volkshochschule)

Nordic Walking bringt Menschen jeden Alters so richtig in Schwung, ist dabei aber nicht überanstrengend. Die Muskulatur wird gestärkt und Sie tun etwas für Ihr Gewicht.

Termine: Jeden Mittwoch (bis voraussichtlich Ende November)
Uhrzeit: 13:30 – 15:00 Uhr



Gesunder Rücken

Erfahren Sie, wie Rückenschmerzen vorgebeugt und gelindert werden können. Im Fokus stehen Übungen für eine aufrechte Haltung und zur Verbesserung der Körperwahrnehmung. Zudem erfahren Sie, wie Sie Ihren Rücken im Alltag entlasten können.

Termine: Montags, 8 Termine, 28.10.2019 – 16.12.2019
Uhrzeit: 13:00 – 14:30 Uhr



Sportgruppe Diabetes (Herz InForm)

Einstieg jederzeit möglich. Nur mit Reha-Verordnung vom Arzt / Bewilligung Krankenkasse. Einmal pro Monat wird die Gruppe von einer Diabetesberaterin vom Diabetikerbund begleitet. Im Anschluss folgt eine Diabetesberatung.

Termine: Jeden Donnerstag, 11:00 – 12:00 Uhr



Sportgruppen Herz (Herz InForm)

Kardiologe anwesend.

Nur mit Reha-Verordnung vom Arzt / Bewilligung Krankenkasse

Termine: Jeden Donnerstag
Uhrzeit: 9:00 – 10:00 Uhr oder 10:00 – 11:00 Uhr

Ernährung



Abnehmen - Schritt für Schritt (AOK Rheinland/Hamburg *)

Wechselnde Themen. Einstieg jederzeit möglich.

Termine: Dienstags, 6 Termine, 01.10.2019 – 05.11.2019

Uhrzeit: 17:00 – 18:30 Uhr * Für Versicherte aller Krankenkassen



Besser Leben mit Diabetes – Was kann ich dafür tun?

Ein Kurs für Menschen mit Diabetes, die sich Ziele setzen, Neues an sich entdecken und besser mit der Erkrankung umgehen möchten.

Termine: Dienstags, 29.10., 26.11.2019

Uhrzeit: 14:30 – 16:00 Uhr



Beslenme Kursu - Türkischer Ernährungskurs

In diesem Kurs erfahren Sie alles über die gesunde und ausgewogene Ernährung.

Bu beslenme kursunda size teorik ve pratik şekilde nasıl daha sağlıklı ve dengeli beslenebileceğinizi tanıtacağız.

Termine: Montags, 4 Termine, 04.11.2019 – 25.11.2019

Uhrzeit: 16:30 – 18:00 Uhr

Unsere Empfehlung!

Vorträge durch Sportspaß e.V.

Gesunde Gelenke

Bei fast jedem treten irgendwann Probleme der Knie-, Hüft- oder Schultergelenke auf. Wie man die Gelenke dagegen schützen kann, erklären wir Ihnen in diesem Seminar.

Termin: Montag, 04.11.2019, 15:00 – 16:00 Uhr



Weniger Stress im Leben

Infos, Tipps & Tricks für mehr Entspannung

Termin: Dienstag, 19.11.2019, 17:00 – 18:00 Uhr

Aktiv gegen Bluthochdruck

Egal, ob Sie selbst hohen Bluthochdruck haben oder diesem effektiv vorbeugen möchten – hier bekommen Sie nützliche Tipps, was Sie selbst tun können!

Termin: Dienstag, 03.12.2019, 15:00 – 16:00 Uhr

Seelische Gesundheit

Türkischsprachige Psychoedukationsgruppe für Depressionen in Kooperation mit ABeSa

In einem geschützten Raum vermitteln wir Ihnen in türkischer Sprache Wissen über die Entstehung, den Verlauf und die Therapiemöglichkeiten Ihrer Erkrankung.

Türkçe Depresyon Psikoedukasyon Grubu

Sizlere uzman eşliğinde ve anadilinizde güvenilir bir ortamda hastalığınızın oluşumu, seyri ve tedavisi hakkında bilgiler sunarak sağlığınıza katkıda bulunmak istiyoruz.

Termine: Donnerstags, 7 Termine, 07.11.2019 – 19.12.2019

Uhrzeit: 13:30 – 15:30 Uhr



Gap-Gesprächskreis

Wir bieten eine Lebensorientierung für farsi- und darisprachige Frauen, die mit ihrem Leben im Exil nicht zurechtkommen und darunter leiden. Mit Geschichten und Gedichten aus der Heimat bauen wir Brücken zwischen den Kulturen.

گپ هدف ما: با زنان فارسی و دری زبان که با سختیها و ناملیمت زندگی در خارج از کشور روبرو هستند برای پیدا کردن راه حل گفتگو کنیم.

Termine: Jeden zweiten Montag im Monat, 11:00 – 13:00 Uhr

Psychosoziale Beratung – Von Betroffenen für Betroffene

Unsere Berater mit der Erfahrung eigener seelischer Krisen unterstützen Menschen mit psychischer Belastung oder Angehörige bei der Suche nach der passenden Hilfe, hören zu und begleiten ein Stück des Weges.

Termine nach Vereinbarung.

Weitere Kurse



FIBS - Fatigue bewältigen im Selbstmanagement Umgang mit Erschöpfung nach Krebs

Der Kurs richtet sich an Krebspatienten, die nach der abgeschlossenen Behandlung an Erschöpfung leiden. Durch Übungen und Austausch mit anderen Betroffenen lernen Sie Möglichkeiten im Umgang mit den Beschwerden kennen und diese bestenfalls zu reduzieren.

Termine: Mittwochs, 6 Termine, 23.10.2019 - 27.11.2019

Uhrzeit: 16:30 – 18:00 Uhr

Weitere Kurse



Schmerzschulung – Lebensqualität trotz(t) Schmerz

Neben theoretischen Grundlagen lernen Sie Maßnahmen zum Umgang mit Schmerzen kennen und erhalten Tipps für den Alltag.

Termine: Donnerstags, 14.11., 21.11., 28.11., 05.12.2019
Uhrzeit: 16:00 – 18:00 Uhr



Schulung „Besser schlafen“

Erfahren Sie welche Schlafstörungen es gibt, wie Sie Ihre individuellen Schlafstörer erfassen und was Sie bei Schlafstörungen tun können.

Termine: Dienstags, 05.11.2019 und 12.11.2019

Uhrzeit: 10:00 – 13:00 Uhr



Besser Streiten – Lösungen und Tipps für den Alltag

Konflikte belasten, ob es der Streit mit dem Nachbarn ist oder bei einer Behörde, mit den Arbeitskollegen oder in der Beziehung. Wir hören Ihnen zu, zeigen Lösungswege und geben Tipps für den Umgang mit Ihren Konflikten im Alltag.

Termine: Dienstags, 08.11., 19.11.2019

Uhrzeit: 14:00 – 16:00 Uhr



Autogenes Training

Fühlen Sie sich oft angespannt? Möchten Sie gerne mit mehr Gelassenheit durchs Leben gehen? Dann ist der Entspannungskurs vielleicht genau das Richtige für Sie!

Termine: Jeden Montag

Uhrzeit: 8:30 – 10:00 Uhr



Hebammensprechstunde *

Beratung zu verschiedenen Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Stillen. Sie erhalten Anleitung beim Handling mit dem Baby, Rückbildungsübungen und wir wiegen Ihr Baby.

Termine: Dienstags, 22.10., 05.11., 19.11., 03.12., 17.12.2019

Uhrzeit: 09:30 – 13:30 Uhr * Bitte Termin vereinbaren



Kreatives Morgen-Café für Senioren

Termine: Jeden 2. und 4. Mittwoch im Monat

Uhrzeit: 9:30 – 11:00 Uhr

Bitte für alle Kurse anmelden!

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Quartal

Geschlecht

W M

Überweisungsschein



Diagnose(-n) (ICD angeben)

Hinweise des behandelnden Arztes (Kontraindikation, Konkretisierung des Beratungsthemas, Medikation)

Auftrag an den Gesundheitskiosk (Beratungs-/ Schulungsthema, z. B. Ernährung, Bewegung, Stress, Rauchen)

Inhalt



Social Prescribing.....	1
Terminvorschau.....	1
Netzkollegen stellen sich vor	2
Blick in die Presse.....	2
Pflege im Blick.....	2+3
Arztpraxis im Blick.....	3
Gesundheitskiosk.....	4
Neu im Kursprogramm.....	4



Terminvorschau

Termine im Gesundheitskiosk
Billstedt, Möllner Landstr. 18
(wenn nicht anders angegeben)

Ä = Ärzte, M= MFA, P=Pflege

Häusliche Krankenpflege (M)

28.08.2019, 13:30 - 15:00 Uhr

Wundmanagement (Ä, P)

04.09.2019, 13:30 bis 15:00 Uhr
AWO Pflegeheim, Oskar-Schlemmerstr. 25

Arzneimittelkonsil - Migräne (Ä)

10.09.2019, 19:00 bis 21:30 Uhr

EKG-Kompaktkurs (M)

18.09.2019, 13:30 - 15:00 Uhr

QZ Tumorerkrankungen (Ä)

25.09.2019, 14:00 bis 15:30 Uhr

Update Psychiatrie - Psychosen (Alle)

02.10.2019, 14:00 bis 16:00 Uhr

QZ Sektorenvernetzung (Ä)

23.10.2019, 14:00 bis 15:30 Uhr

Wundmanagement (M)

30.10.2019, 13:30 bis 15:30 Uhr

Demenz in der Arztpraxis (M)

27.11.2019, 13:30 bis 15:00 Uhr

Arzneimittelkonsil (Ä)

12.11.2019, 19:00 bis 21:30 Uhr

Liebe Praxisteams, liebe Partner,

die Hamburger Bürgerschaft fordert nach einem mehrheitlichen Beschluss vom Senat, den Gesundheitskiosk nach der Förderphase weiter zu unterstützen. Dies ist eine Weiche mehr die uns hilft, auch im Jahr 2020 alle Angebote des Gesundheitskiosks für Ihre Patienten zu erhalten. Was können Sie dazu beitragen? Ganz einfach: Überweisen Sie weiterhin Patienten mit Unterstützungsbedarf in den Gesundheitskiosk. Wie verbindlich diese ärztlichen Empfehlungen an den Kiosk sind, lesen Sie in dieser Ausgabe. Außerdem interessiert uns, ob Sie mit der Themenauswahl, dem Format und der Erscheinungsweise der Netznews zufrieden sind. Wir freuen uns auf Ihr Feedback!

Ihr Redaktionsteam

Medizinischen Sektor und Sozialraum verbinden

Studie zeigt: Ärztliche Überweisung in den Gesundheitskiosk hat hohe Verbindlichkeit

Mehr als 1.000 Patienten sind seit Eröffnung des Gesundheitskiosks im September 2017 auf Empfehlung durch einen Arzt mit einem Überweisungsschein in den Gesundheitskiosk gekommen. Dass dieser Weg eine besonders hohe Verbindlichkeit für die Patienten hat, zeigt eine Jahresauswertung durch das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE:

Allein im Jahr 2018 haben sich 1.139 Patienten im Kiosk beraten lassen. 414 (36,4%) kamen per Überweisung aus dem mittlerweile über 60 Mitglieder starken Ärztenetz Billstedt-Horn. Diese Patienten mit ärztlicher Überweisung nehmen im Schnitt signifikant mehr Beratungstermine in Anspruch und sind jünger als Ratsuchende ohne Überweisung. Außerdem haben diese Patienten einen höheren Body-Mass-Index, wobei beide Gruppen im Schnitt stark übergewichtig sind (BMI > 30).



Erfahrungen mit diesem sogenannten „Social Prescribing“ (= soziale Verordnung) bestehen z.B. in England, wo Mediziner Leistungen der Sozialfürsorge regulär verordnen können. Dort stellt der Nationale Gesundheitsdienst (NHS) aktuell 1.000 Sozialarbeiter für die hausärztliche Versorgung ein.¹

Wichtiger Hinweis:

Für eine umfassende Beratung der Patienten sind klare Diagnosen auf dem Überweisungsschein hilfreich (siehe Seite 4). Auch das Kursprogramm im Kiosk lässt sich so optimal auf den Bedarf der Patienten ausrichten.

¹ <https://www.england.nhs.uk/2019/01/army-of-workers-to-support-family-doctors/>

Netzkollegen stellen sich vor



Dr. Michael Groening ist seit gut drei Monaten Leitender Arzt der Stadtteilklinik Hamburg (SKH) in Mümmelmannsberg. Die Hälfte seiner Arbeitszeit ist er als Internist im MVZ Mümmelmannsberg beschäftigt. Groening kommt aus dem Albertinenkrankenhaus, in dem er viele Jahre als Leitender Arzt der Notaufnahme tätig war. Als seine größte Herausforderung in der SKH beschreibt Groening die Verbesserung der Kommunikation mit den niedergelassenen Hausärzten in Billstedt und Horn. Mit dem Ärztenetz sei dafür eine gute Grundlage geschaffen, allerdings, so Groening: „Wir alle müssen noch mehr lernen, über die Sektorengrenzen hinweg regelmäßig zu kommunizieren. Da sind traditionell viele Hemmnisse zu überwinden.“



Blick in die Presse

- 26.04. CareKonkret
- 01.06. Hamburger Abendblatt

Berichte über „Pfleger im Blick“ und Hamburger Bürgerschaftsentscheid, als PDF erhältlich auf Anfrage.



Redaktion

Dr. Gerd Fass
Antje Jonas, Klaus Balzer
Redaktionsanschrift:
a.jonas@gesundheit-bh.de

Versorgungsprogramm „Pfleger im Blick“

Vernetzung stärkt geriatrische Versorgung

Es ist Freitag, 14:00 Uhr. Elfriede Paulsen (86, Name geändert) wird aus dem Krankenhaus entlassen. Mit dabei hat sie einen vorläufigen Entlassungsbericht mit Informationen über die notwendige Medikation. Nur: die verschreibungspflichtigen Medikamente, der Vorrat für das Wochenende, fehlen. Eine Situation, die recht häufig vorkommt, Pflegedienste und -heime aber zum Verzweifeln bringt.

„Finden Sie am Freitag Nachmittag mal einen Hausarzt, dem Sie den Entlassungsbericht übergeben können und der dann die notwendigen Behandlungsschritte einleitet“, sagt Thomas Glas vom ambulanten Pflegedienst „medicur“ in Hamburg Billstedt. „Und ohne Rezept kommen wir an die Medikamente nicht heran.“ Die Folge: Die Patientin wird wieder zurück ins Krankenhaus geschickt. Ein unhaltbarer Zustand, leider aber zu oft Realität für viele Patienten.



Das weiß auch Dr. Claudia Klemp, Ärztin für Allgemeinmedizin in Billstedt. Sie engagiert sich im Ärztenetz Billstedt-Horn, nimmt regelmäßig an den von der Gesundheit für Billstedt/Horn angebotenen Qualitätszirkeln für Ärzte und Pflegepersonal teil. „Ich möchte das Handeln der Pflege verstehen und in meinen Entscheidungen auch verstanden werden.“ Dafür seien Vernetzung, Austausch und gemeinsame Fortbildungen für Ärzte und Pflegepersonal, auch mit dem Blick auf Angehörige, unverzichtbar, damit es den Menschen in ihrer letzten Lebensphase gut gehe. Auch die Intensive Einbeziehung und Schulung von Angehörigen gehöre zu dem Projekt „Pfleger im Blick“, sagt Klemp. „Viele Angehörige gerade in diesen Stadtteilen sind überfordert und hilflos. Sie brauchen Beratung im administrativen, medizinisch/pflegerischen und auch ethischen und psychosozialen Bereich.“



Dr. Alexander Krebs bei der Fortbildung mit Falldiskussion zur Wundversorgung



Interdisziplinäre Visite im Pflegeheim Kursana Domizil

„Pflege im Blick“ ist ein Projekt der Gesundheit für Billstedt/Horn UG: hier arbeiten 12 Pflegeeinrichtungen, davon 4 Pflegeheime, 5 ambulante Pflegedienste, 3 Tageseinrichtungen sowie zwei Krankenhäuser gemeinsam daran, die Pflegesituation in Billstedt und Horn nachhaltig zu verbessern. Im Pflegeheim Kursana Domizil in Hamburg Billstedt zum Beispiel haben sich auf Initiative von Projektleiterin Katharina Grüttner die Heimleitung, der für das Heim zuständige Hausarzt und ein Diabetologe für eine Bündelung und Vernetzung der Diabetes-Behandlung entschieden. Alle drei Monate kommt ein multiprofessionelles Team aus Pflegekräften, Wundberatern, NÄPa² und Haus- und Fachärzten für einen Tag im Heim zusammen und behandeln ca. 25 Patienten. Vor jedem Behandlungstag findet eine gemeinsame Besprechung unter Einschluss der Pflegedienstleitung statt. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit ist einer der Kernpunkte des Programms „Pflege im Blick“.



Jörg Borgwardt ist Pflegedienstleiter im Kursana. „Vor allem die Wundversorgung und die Einstellung auf die Insulinversorgung laufen jetzt viel effektiver für die Patienten und das Personal“, sagt Borgwardt. Die früher notwendigen Praxisbesuche durch Krankentransporte fallen weg, eine erhebliche Kostenreduzierung. Und: „Die Mitarbeiter bekommen jetzt regelmäßige Schulungen in Wundversorgung und Ernährungsfragen. Damit können wir auch in der Prophylaxe gezielter und wirkungsvoller arbeiten.“

Für Katharina Grüttner sind dies entscheidende Weichenstellungen auch für Kosteneinsparungen in der Pflege, die auch im Sinne der Kostenträger sind. Grüttner: „In den letzten zwei Jahren ist da sehr viel Vertrauen gewachsen. Wir haben schon viele Grundsteine gelegt, sind aber noch lange nicht am Ziel.“ Entscheidend sei, dass die Arbeit jetzt über die nächsten Jahre fortgesetzt werden könne. Dann, so Grüttner, könne Pflege im Blick beispielhaft für unser gesamtes Pflegesystem werden.



Gekürzter Beitrag von Klaus Balzer in der Fachzeitschrift „CAREKonkret“ vom 26.04.2019

Weitere Infos im Internet unter experten.gesundheit-bh.de/pflege-im-blick

Arztpraxis im Blick



„Dass wir Helferinnen uns in dieser Form treffen und austauschen gab es hier so bisher nicht“, sagt Conny Ott über die monatlichen Fortbildungen für MFA¹ im Gesundheitskiosk. Ott arbeitet seit rund 20 Jahren in diesem Beruf, mittlerweile als weitergebildete Praxisassistentin (NÄPA²/VERAH³) im Diabeteszentrum Horn. „Die Veranstaltungen bieten die Möglichkeit, ‚gleich nebenan‘ Fachwissen aufzufrischen und auszubauen“. Zudem entstünden sehr offene Diskussionen – wie neulich zum neuen Transportschein. Ein weiterer Nebeneffekt: Absprachen mit anderen Praxisteams über gemeinsame Patienten seien viel leichter, wenn man sich nicht nur vom Telefon her kenne. Aufgrund der positiven Resonanz wird die Reihe fortgesetzt. Ins neue Programm (zum Download im Internet) sind Wünsche der Teilnehmerinnen eingeflossen, darunter Themen wie Häusliche Krankenpflege oder der Umgang mit Demenzpatienten. Nach einem Blick auf den Fortbildungsplan meint Ott: „Vor allem das firmenneutrale Wundmanagement interessiert mich - ich bin weiter dabei!“

¹ MFA: Medizinische Fachangestellte

² NÄPA: Nichtärztlichen Praxisassistenten

³ VERAH: Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis

Neu im Gesundheitskiosk:



Andrea Husmann (Leitung)

Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen



Mera Merangis (Farsi/Dari)

Gesundheits- und Krankenpflegerin, studiert



Olga Schenk (Russisch)

BA Pflegeentwicklung und Management



Döne Duman (Türkisch/Kurdisch)

Altenpflegerin



Neu im Kursprogramm für Ihre Patienten

Wir verteilen ab sofort das Kursprogramm für das 3. Quartal. Neu sind gleich zwei muttersprachliche Gruppenangebote zur seelischen Gesundheit:

Türkischsprachige Psychoedukationsgruppe in Kooperation mit ABeSa: Donnerstags 1. August bis 26. September

Gesprächskreis für farsi- und darisprachige Frauen im Exil: jeden 2. Montag ab 12. August

Fachkompetent und nah an den Patienten

„Unbürokratischen Austausch und noch mehr Praxen, die für ihre Patienten die Leistungen im Gesundheitskiosk intensiv in Anspruch nehmen“ – das wünscht sich Andrea Husmann, die seit März die Leitung im Gesundheitskiosk übernommen hat. Husmann ist eine von vier neuen Kolleginnen (s. linke Spalte). Die Krankenschwester und führungserfahrene Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen ist vom Nutzen des Gesundheitskiosks überzeugt: „Durch unsere Beratung und die mittlerweile über 50 wechselnden Gesundheitsangebote von der Diabetes-Sportgruppe bis zur Raucherentwöhnung stärken wir die Patienten in ihrer Eigenverantwortung.“ Langfristig könne das auch zu einer Entlastung der Praxen führen - beispielsweise indem Patienten seltener im Quartal mit denselben Problemen zum Arzt gingen, so Husmann. „Das wird uns schon jetzt immer wieder von Ärzten zurückgemeldet.“

„Bei uns geht keiner raus, dem wir nicht irgendwie weiterhelfen konnten“

Und noch etwas beobachtet Husmann: „Was früher die Familie aufgefangen hat, hängt heute oft ‚in der Luft‘. Im Gesundheitskiosk füllen wir diese Lücke, indem wir den Patienten auf leicht verständliche Weise Wissen zu ihrer Krankheit vermitteln und sie im Quartier an geeignete Einrichtungen weitervermitteln - und das sind immerhin mehr als 100 Betreuungs- und Beratungsstellen.“

„Die hohe Fachlichkeit und Sprachvielfalt im Team öffnet uns Türen“

Dass diese Hilfe ankommt, liegt vor allem am gut ausgebildeten Beratungsteam, das aus pflegerischen Berufen überwiegend mit akademischen Zusatzqualifikationen kommt und von Mitarbeitern des UKE fortgebildet wird: „Regelmäßige externe Supervision, Fallbesprechungen und Trainings mit simulierten Patienten sichern die hohe Beratungsqualität“, sagt Husmann. „Wir sind ein starkes Team, das zudem viele Sprachen spricht. Nutzen Sie es!“



Geeignete Patientendiagnosen

- C00-D48 Neubildungen
- E00-E90 Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen
- I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems
- J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems
- M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
- O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Z55-Z65 Potenzielle Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände

² Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Ein gemeinsamer Newsletter von

Ärztenez Billstedt-Horn e.V.

Praxis Dr. Gerd Fass
Oskar-Schlemmerstr. 15
22115 Hamburg
Tel. 040 71 59 12 55
praxis@drfass.de

Gesundheit für Billstedt/Horn UG

Möllner Landstr. 31
22111 Hamburg
Tel. 040 736 77 130
info@gesundheit-bh.de
www.gesundheitskiosk.de

3 Fragen für Ihre Gesundheit

Praxiskampagne

Einfache Umsetzung, viele Vorteile

Material

Plakate

auf Wunsch individualisiert mit
Portrait des Praxisarztes



Flyer

in mehreren Sprachen



Button



Zusatzangebot

Kostenloser Englischunterricht
(Anmeldung: Siehe Kontakt)

Idee und Ziele

Das Wartezimmer ist voll, nicht alle Patienten verstehen Deutsch und ausführliche Gespräche bleibt wenig Zeit – Alltag in vielen Praxen und eine Herausforderung für Ärzte und Praxismitarbeiter. Mit der Kampagne „3 Fragen für Ihre Gesundheit“ unterstützen wir Sie dabei, die Gesundheitskompetenz Ihrer Patienten zu verbessern, ohne dass dadurch mehr Arbeit entsteht. Eine bessere Kommunikation befähigt die Patienten, Gesundheitsinformationen zu verstehen und die vereinbarten Therapieempfehlungen einzuhalten. So gewinnen Sie langfristig Zeit.

Einfache Umsetzung

Die Kampagne ist simpel und an das international erprobte „Ask me three“-Konzept [1] angelehnt: Praxismitarbeiter und Ärzte ermutigen ihre Patienten mithilfe von individualisierten Plakaten und Flyern, drei einfache Fragen zu stellen und die Antworten zu notieren.

1. Was ist mein gesundheitliches Problem?
2. Was soll ich nun tun?
3. Warum ist das wichtig für mich?

Vorteile für Ihre Praxis

- Ihre Patienten kommen besser vorbereitet in die Visite.
- Die Fragen strukturieren die Gespräche – das spart langfristig Zeit.
- Ihre Patienten verstehen Diagnose und Therapieempfehlungen besser – die Therapietreue steigt.
- Ihre Patienten setzen sich aktiv mit ihrem gesundheitlichen Problem auseinander.
- Ihre Patienten fühlen sich sicher und nehmen das Praxisangebot positiv wahr (Praxisbindung).
- Die Gesundheitskompetenz und die Versorgungsqualität steigen, ohne dass die Gespräche länger dauern. [1,2,3]

Viele meiner Patienten nehmen die Anregung auf, sie sind mutiger und haken bei Klärungsbedarf nach. Dadurch sind die Gespräche nicht etwa länger, sondern deutlich strukturierter. Dr. Tanja Bockshammer, Allgemeinärztin in Mümmelmannsberg



Implementierungsgrad hat Einfluss auf die Gesundheitskompetenz

Grad 1: starker Einfluss

.....

Materialien: individualisierte Plakate und Handzettel, Button für Ärzte/MFA.

MFA regen Patienten bei der Anmeldung dazu an, in der Visite die 3 Fragen zu stellen.

Ärzte fordern Patienten dazu auf, Fragen zu stellen, lassen sie die Hauptbotschaften wiederholen und ermutigen sie, ihre Antworten aufzuschreiben.

Follow-up: 1 x pro Monat Hospitation zur Unterstützung.

Grad 2: mäßiger Einfluss

.....

Materialien: Plakate und Handzettel.

MFA verteilen den Handzettel ohne weitere Hinweise.

Ärzte ermutigen die Patienten, Fragen zu stellen.

Follow-up: 1 x pro Monat Hospitation zur Unterstützung.

Grad 3: geringer Einfluss

.....

Materialien: Plakate und Handzettel.

MFA/Ärzte: keine weitere Ermutigung.

Kein Follow-up.

So unterstützen wir Sie bei der Umsetzung

Einführung: Wir erläutern Ihrem Praxisteam die Problematik und die Folgen niedriger Gesundheitskompetenz und stellen die Kampagne vor.

Materialübergabe: Sie erhalten Plakate und Flyer für Ihr Wartezimmer und die Behandlungsräume (wir helfen gerne beim Aufhängen). Plakate mit Portraits der Ärzteteams als Blickfang verstärken den Effekt.

Hospitation: Auf Wunsch unterstützen wir das Team in der Praxis persönlich dabei, den Patienten die Flyer zu erläutern.

Auswertung: Anhand eines Fragebogens ermitteln wir den Erfolg der Kampagne.

Nachhaltigkeit: Wir nehmen regelmäßig Ihre Verbesserungsvorschläge auf.

Wir geben unseren Patienten die Flyer bereits bei der Terminvereinbarung mit nach Hause.

So können Sie sich schon zuhause auf den Arztbesuch vorbereiten. Häufig scannen wir die ausgefüllten Flyer für die Patientenakte ein. Dr. Jens Stadtmüller, Kardiologe in Billstedt



Literatur

1. Groene, O.R., Bolibar, I., Brotons, C. (2012). Impact, barriers and facilitators of the 'Ask Me 3' Patient Communication Intervention in a primary care center in Barcelona, Spain: a mixed-methods analysis. *The International Journal of Person Centered Medicine* 2 (4) 853-861.
2. Michalopoulou, G., Falzarano, P., Arfken, C. & Rosenberg, D. (2010). Implementing Ask Me 3 to improve African American patient satisfaction and perceptions of physician cultural competency. *Journal of Cultural Diversity* 17 (2) 62-67.
3. Galliher, J.M., Post, D.M., Weiss, B.D., Dickinson, L.M., Manning, B.K., Staton, E.W., Brown, J.B., Hickner, J.M., Bonham, A.J., Ryan, B.L. & Pace, W.D. (2010). Patients' question-asking behavior during primary care visits: a report from the AAFP National Research Network. *Annals of Family Medicine* 8 (2) 151-159.

Kontakt

Gesundheit für Billstedt/Horn UG

Irena Geibel
Gesundheitskompetenz & Patientenaktivierung
Möllner Landstr. 31
22111 Hamburg
Tel. +49 40 736 77 130
i.geibel@gesundheit-bh.de
www.gesundheitskiosk.de

3 Fragen für Ihre Gesundheit

Jedes Mal, wenn Sie mit Ihrem Arzt oder dem Praxis-Team sprechen, sollten Sie diese Fragen stellen:

- 1** | Welches gesundheitliche Problem habe ich?
- 2** | Was kann ich dagegen tun?
- 3** | Warum ist das wichtig für mich?

Die Antworten helfen Ihnen:

- sich auf ärztliche Untersuchungen vorzubereiten
- Ihre Medikamente richtig einzunehmen
- Ihre Gesundheit zu verbessern



3 Fragen für Ihre Gesundheit

Schreiben Sie die Antworten Ihres Arztes oder Therapeuten auf. Das hilft Ihnen, sich zu erinnern, worauf Sie achten müssen.

1 | Welches gesundheitliche Problem habe ich?

2 | Was kann ich dagegen tun?

3 | Warum ist das wichtig für mich?

Türkisch

Sağlığınız için 3 soru

Doktorunuzla yada ofis ekibiyle konuşurken, her seferinde bu soruları sormanız gerekir:

1 Benim ne gibi bir sağlık sorunum var?

2 Buna karşı ne yapabiliyim?

3 Bu benim için neden önemlidir?

Alacağınız cevaplar:

- kendinizi doktor muayenesine hazırlamanızda,
- ilaçlarınızı doğru almanızda ve
- sağlık durumunuzun iyileşmesinde size yardımcı olacaktır.



Gesundheit für
Billstedt/Horn

Sağlığınız için 3 soru

Doktorunuzun ya da terapistinizin cevaplarını yazınız. Bu size nelere dikkat etmeniz gerektiğini hatırlamakta yardımcı olacaktır.

1 | Benim ne gibi bir sağlık sorunum var?

2 | Buna karşı ne yapabilirim?

3 | Bu benim için neden önemlidir?



Russisch

3 вопроса для Вашего здоровья



Каждый раз, когда Вы беседуете с Вашим врачом, медсестрой или терапевтом, задайте им эти 3 вопроса:

1 | В чём моя основная проблема со здоровьем?

2 | Что мне нужно сделать?

3 | Почему для меня важно сделать это?

Вопросы помогут Вам:

- Подготовиться к медицинским тестам
- Правильно принимать лекарства
- Улучшить своё здоровье.



Gesundheit für
Billstedt/Horn





3 вопроса для Вашего здоровья

Запишите ответы своего врача или терапевта. Это Вам поможет вспомнить, на что Вам нужно обратить внимание.

1 | В чём моя основная проблема со здоровьем?

2 | Что мне нужно сделать?

3 | Почему для меня важно сделать это?





۳ سؤال برای

سلامتی شما

هر بار که شما با پزشکی خود یا تیم پزشکی می‌خواهید صحبت کنید این سئوالها را باید از آنها بپرسید.

- ۱ | من چه مشکل سلامتی دارم؟
- ۲ | چکار باید بکنم؟
- ۳ | چرا اینقدر مهم است که من باید این کار را انجام بدهم؟

جواب این سئوالها به شما کمک میکند که

- شما خود را برای معاینات و آزمایشهای پزشکی آماده میکنید.
- داروهای خود را به موقع و درست مصرف کنید .
- به سلامتی خود کمک کنید .



Gesundheit für
Billstedt/Horn





۳ سؤال برای سلامتی شما

جواب سئوالهائی که دکتر ویا دستیار دکتر بشما میدهند را بنویسید. این بشما کمک میکند که چه چیزهائی را باید دقت کنید.

۱ | من چه مشکل سلامتی دارم ؟

۲ | چکار باید بکنم ؟

۳ | چرا اینقدر مهم است که من باید این کار را انجام بدهم ؟





kosten
-frei!

Informationsreihe

Kindergesundheit

Kinderärzte beantworten Ihre Fragen

Thema: Atemwegserkrankungen mit Dr. Tiedgen
Wann: 27. Februar um 17:00 Uhr im
Wo: KiFaz Dringsheide (Dringsheide 3, 22119 Hamburg)

Thema: Bauchschmerzen mit Dr. Nolkemper
Wann: 4. April um 17 Uhr
Wo: Schule Fuchsbergredder (Dringsheide 10-12, 22119 Hamburg)

Thema: Fieber und Antibiotika mit Dr. Tiedgen
Wann: 8. Mai um 17 Uhr
Wo: KiTa Wabe (Dringsheide 3, 22119 Hamburg)

Kontakt für Fragen:
Irena Geibel – 040/736 77 130 oder i.geibel@gesundheit-bh.de

Ein Angebot der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)

In Kooperation mit



Anlagen

4. Informationsmaterialien Versorgungsmanagement

- Flyer VM – Onkolotsin
- Flyer VM – Herz im Blick
- Flyer VM – Diabetessport
- Flyer VM – Herzsport
- Poster VM – Impfkampagne



Leiden Sie an Krebs oder den Folgen?

Ist ein Angehöriger betroffen?

©UKE

Unsere Onkolotsin berät Sie bei folgenden Fragen:



Wo finde ich die richtigen Ansprechpartner?



Wer gibt mir Antworten auf sozialrechtliche Fragen?



Was kann ich bei Fragen zu Ernährung und Bewegung tun?



Welche weiteren Angebote gibt es?

**kosten-
frei!**



Hubertus Wald Tumorzentrum
Universitäres Cancer Center Hamburg

Ein Kompetenznetzwerk des UKE

Gesundheitskiosk

Standort Billstedt

Möllner Landstraße 18

22111 Hamburg

info@gesundheitskiosk.de

Tel. 040-41493110



Gesundheit für
Billstedt/Horn

Herz im Blick



Ihre Gesundheit ist uns wichtig!

„Mein Name ist Lucina Orlik. Ich bin Herzinsuffizienz-Schwester und möchte, dass Sie und Ihr Herz zuhause noch besser versorgt sind. Deshalb unterstütze ich kardiologisch tätige Praxen in Billstedt und Horn und deren Praxisteam zwischen Ihren regulären Arztterminen bei wichtigen Kontrollen von beispielsweise Blutdruck, Herzfrequenz und Gewicht.“

Was Sie erwartet:

- 6 **Telefongespräche** pro Jahr
- 2 **Hausbesuche** pro Jahr
- Feste **Ansprechpartnerin** für 3 Jahre

**kosten-
frei!**



Informationen unter:

info@gesundheitskiosk.de
040-41493110 oder
direkt im Gesundheitskiosk



Gesundheitskiosk Billstedt
Möllner Landstraße 18
22111 Hamburg

Kostenloses Angebot der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)



Gesundheit für
Billstedt/Horn



Kardiologische Praxis



Besser Leben mit Diabetes –

Was kann ich dafür tun?



Ein Kurs für Menschen mit Diabetes, die sich Ziele setzen, Neues an sich entdecken und besser mit der Erkrankung umgehen möchten. Kurz – die sich selber etwas Gutes tun wollen.

Was Sie erwartet:

- Andere Betroffene treffen
- Realistische Ziele setzen lernen
- Hilfe durch erfahrenen Verhaltenstrainer erhalten
- Durchhaltevermögen und Selbstmotivation lernen

Kursleitung:

Dr. Thomas Zimmermann, UKE

7 Termine:

an folgenden Dienstagen
23.04.

28.05. & 25.06.

27.08. & 24.09.

29.10. & 26.11.

Uhrzeit: 14:30 – 16:00 Uhr

Kostenlos für Versicherte
aller Krankenkassen

Information und Anmeldung

Gesundheitskiosk

Möllner Landstraße 18

22111 Hamburg

Tel.: 040-41493110

info@gesundheitskiosk.de

Ein Angebot für Menschen mit Diagnose Diabetes



Haben Sie eine
Herzerkrankung?

Infos im
Gesundheits-
kiosk!

Herzsportgruppen in Billstedt und Mümmelmannsberg

Begleitet durch einen Arzt!

Gymnastik- und Turnverein 1972 e.V. - Billstedt

Kontakt: Manfred Witt, Tel. 0151 24 27 22 81, info@gtv72.de

MSV Hamburg - Mümmelmannsberg

Kontakt: Kirstin Hönigschmid, Tel. 040 7 15 33 36, info@msv-hamburg.de

SV St. Georg von 1895 e.V. - Horn

Kontakt: Klaus Pfund, Tel. 040 7 33 11 04, herzsport@svstg.de

Gesundheitskiosk - Billstedt

Kontakt: siehe Rückseite

Kostenlos auf Verordnung des Arztes

Eine gemeinsame Initiative von



Gesundheit für
Billstedt/Horn



Haben Sie eine
Herzerkrankung?

Infos im
Gesundheits-
kiosk!

Herzsportgruppen in Billstedt und Mümmelmannsberg

Begleitet durch einen Arzt!

Gymnastik- und Turnverein 1972 e.V. - Billstedt

Kontakt: Manfred Witt, Tel. 0151 24 27 22 81, info@gtv72.de

MSV Hamburg - Mümmelmannsberg

Kontakt: Kirstin Hönigschmid, Tel. 040 7 15 33 36, info@msv-hamburg.de

SV St. Georg von 1895 e.V. - Horn

Kontakt: Klaus Pfund, Tel. 040 7 33 11 04, herzsport@svstg.de

Gesundheitskiosk - Billstedt

Kontakt: siehe Rückseite

Kostenlos auf Verordnung des Arztes

Eine gemeinsame Initiative von



**Gesundheit für
Billstedt/Horn**

Mitmachen und 50 € Einkaufsgutschein gewinnen!
Teilnahmekarten gibt es im Gesundheitskiosk.

Sind Sie 50 oder
älter? Impfen
schützt Sie, Ihre
Familie und Ihre
Mitmenschen!

Fit durch den Winter:

Jetzt gegen Grippe impfen!

Wussten Sie, dass ...



... die Impfung besonders chronisch Kranken einen guten Schutz bietet und keine Grippe auslösen kann?



... geimpfte Menschen seltener mit Folgeerkrankungen wie Lungenentzündung ins Krankenhaus müssen?



... Sie indirekt nahestehende Menschen schützen, wie Babys oder Immunschwache, die nicht geimpft werden können?

Anlagen

5. Schulungsmaterial Community Health Nurse

- Leitbild Gesundheitskiosk
- Schulungskonzept

Unser Leitbild für die Beratung im Gesundheitskiosk

Kompetenz

Wir kommen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems. Mit diesen vielfältigen Erfahrungen organisieren, koordinieren und kommunizieren wir auf hohem fachlichen Niveau und gehen lösungsorientiert mit Konflikten um.

Verantwortung

Wir wissen, was gute und nützliche Informationen sind. Wir nutzen unser Wissen, um damit für mehr Gesundheit, Wohlbefinden und Selbstakzeptanz beizutragen – trotz der Erkrankung, die dem Besuch im Gesundheitskiosk zugrunde liegt.

Haltung

Wir achten auf einen professionellen, respektvollen, verständnisvollen und empathischen Umgang auf Augenhöhe. Wir halten eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz, Seriosität und Unkompliziertheit.

Gesundheit geht gemeinsam!

Wir aktivieren Menschen sich selbst zu helfen, für eigene Belange einzustehen und kompetent im Umgang mit ihrer Gesundheit zu werden.

Qualität

Wir unterstützen mit hoher Fachlichkeit. Wir berücksichtigen die Erwartungen der Besucher, aktivieren und geben Hilfe zur Selbsthilfe. Wir zeigen aber auch die Grenzen der Machbarkeit auf.

Miteinander im Team

Wir gehen wertschätzend, kollegial und vertrauensvoll miteinander um. Wir lernen voneinander und helfen uns gegenseitig, unsere Kompetenzen zu erweitern. Wir stellen uns Konflikten.

Entwicklung

Wir sind Teil des Versorgungsnetzwerkes in Billstedt, Horn und Mümmelmannsberg. Wir pflegen gute nachbarschaftliche Beziehungen, schaffen Angebote nach Bedarf und kooperieren mit den hiesigen Einrichtungen, Vereinen und Initiativen.



Gesundheit für
Billstedt/Horn



Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin

Schulungskonzept für die CHN im Gesundheitskiosk 2017-2019

Instrumente	Einrichtungen Themenschwerpunkte	Ziele Inhalte	Häufigkeit
Einarbeitung	Interne & externe Abläufe im Gesundheitskiosk: <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation • Beratungen • Leistungskatalog • IT-Schulung • Praxisfahrten • Fallbesprechungen • Leitbild Willkommenskultur 	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheit am Arbeitsplatz & im Umgang mit den Abläufen vor Ort • Förderung der Verantwortung & Selbständigkeit • Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Vernetzungspartner & Versicherten • Zufriedenheit am Arbeitsplatz • Selbstmanagementförderung 	Innerhalb der ersten 4 Wochen
Hospitation	Einrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> • Notaufnahme & Ambulanz Asklepios • Stadtteilklinik Mümmelmannsberg • Psychiatrische Tagesklinik Institutsambulanz Mümmelmannsberg • Stadtteilbezogene Praxen – Kardiologie, Chirurgie, Allgemeinmedizin, Hautarzt • Elternschule Billstedt • Kinder- und Familienzentrum Dringsheide • Pflegestützpunkt Mitte • Mütterberatung Billstedt 	<ul style="list-style-type: none"> • Einblick in unbekanntem Arbeitsbereich • Zukünftige Zusammenarbeit stärken • Gegenseitiges Vertrauen stärken • Vernetzungspartner kennenlernen • Vernetzungsarbeit stärken 	Innerhalb der ersten 4 Wochen
Vorträge	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg	Navigation Gesundheitssystem	Innerhalb der ersten 4 Wochen
	MiMi Migranten für Migranten	Interkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention	
	ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	Gastvortrag zum Thema: Verlässliche Patienteninformationen <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung ÄZQ • Warum sind Patienteninformationen wichtig? • Was zeichnet verlässliche Patienteninformationen aus? • Wo findet man verlässliche Patienteninformationen? • Wie können Fachkräfte des Gesundheitswesens Patienten bei der Identifizierung zuverlässiger Informationsquellen unterstützen? • Wie können verlässliche Patienteninformationen erstellt werden? 	
	KISS	Schulung zur Selbsthilfe	

		<ul style="list-style-type: none"> • Funktionsweise Selbsthilfegruppen / Vorgehen bei der Gründung neuer Gruppen • Zusammenarbeit (Bindung) mit verschiedenen Akteuren, Einrichtungen • Instrumente um Gruppen langfristig zusammenzuhalten • Kommunikationsmittel • Schwierigkeiten, Herausforderungen für Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und sozialschwache Menschen 	
	Seelische Gesundheit Migration und Flucht e.V. SeGeMi, UKE	Kennenlernen kultureller Kompetenzen Kultursensibilität, Kulturverständnis	
Kontinuierliche Schulungen Beratungen	<p>Schulungen im UKE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychische Erkrankungen • Selbsterfahrung / Biographie-Arbeit • Simulierte Patienten*innen • Systemische Biographiearbeit • Case Management • Zielvereinbarungen und ihre Umsetzung • Sucht-/Abhängigkeitserkrankungen • Ambulante Versorgung in Deutschland • Triage-System • Häufigste Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung • Wenn der Körper spinnt, aber der Doktor nichts findet • Rollenspiele/Selbsterfahrung • Workshop Systemisches Fragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen der häufigsten Krankheitsbilder / Beratungsanlässe in der hausärztlichen Versorgung; • Kenntnis und Verständnis des Zusammenhangs von psychischen Symptomen und Stress. • Kenntnis und Verständnis des Zusammenhangs von körperlichen Symptomen ohne organische Verursachung und Stress. • Kennenlernen der eigenen Grenzen; • Sensibilisierung für Fallverständnis und -erleben. Eigene Kommunikationsmuster erkennen. Üben von schwierigen Gesprächssituationen. • Definition und Grundlagen von Zielformulierung. Praktische Umsetzung von Zielformulierung anhand Fallbeispiele. Zielformulierung anhand des standardisierten Instrument Goal attainment Scale und praktische Übung. • Vertraut werden mit verschiedenen Möglichkeiten, Informationen von Klienten zu erlangen • Sensibilisierung für Fallverständnis. Grundlagen/ Regelkreislauf/Elemente des CM • Erprobung von Gesprächssituationen • CHN soll die Sicherheit vermittelt werden, mit der sie eine Ersteinschätzung abgeben, sollte sich ein Patient mit unklarer Problematik im Kiosk vorstellen; • Kenntnis verschiedener stofflicher und nicht-stofflicher Abhängigkeiten; kulturelle Unterschiede; Kenntnis der 	Innerhalb der ersten drei Monate

		<p>Diagnosekriterien; Kenntnis der Gründe für Abhängigkeit und der Motive, sich in die Sinneszustände zu versetzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis der ambulanten Versorgungsstrukturen und wesentlicher Merkmale des Versorgungssystems, der Abläufe ambulante und der Wege der Patienten durch das System 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision durch UKE • Begleitung & Reflektion in den Beratungsgesprächen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung und Verbesserung der Qualität der Beratungen 	1x im Monat
Zertifizierte Fortbildungen Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> • Autogenes Training • Progressive Muskelentspannung • Ernährungsberatung für Erwachsene • Ernährungsberatung für Kinder & Jugendliche • Raucherentwöhnung - Trainer • Case Management 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation der Mitarbeiter*innen • Qualität der Beratungsleistungen erhöhen • Attraktivität des Unternehmens erhöhen 	Kontinuierliches Angebot
	Ersteinschätzung Manchester-Triage-System Asklepios	<ul style="list-style-type: none"> • Hintergründe, Ziel und Zweck der Ersteinschätzung, Vergleich existierender Systeme, Vorgang der Entscheidungsfindung • Zusammenarbeit (Einführung in das Manchester-Triage-System: Aufbau des Systems, Ablauf einer Ersteinschätzung, Schmerzeinschätzung in der Notaufnahme, Integration der Berufserfahrung des Mitarbeiters und des subjektiven Empfindens des Patienten • Praktische Übungen mit Fallbeispielen • Einschätzung der Behandlungspriorität im Großschadensfall • Rechtliche Situation in der Notaufnahme (Schwerpunkt Pflege), juristische Aspekte der Ersteinschätzung und des neuen Aufgabenbereichs, Bedeutung der Dokumentation 	einmalig
Pflichtfortbildungen	DRK Kreisverband Hamburg Altona und Mitte e.V. Erste Hilfe Grundausbildung (05/2017); Qualifizierung für zwei Jahre	Erste Hilfe Grundausbildung - Qualifizierung für 2 Jahre:	1x pro Jahr

Anlagen

6. Konzept Gesundheitskiosk

Gesundheitskiosk als Kooperationsschnittstelle medizinischer und sozialer Versorgung

Konzeptpapier

Kontakt:

Gesundheit für Billstedt/Horn UG
Möllner Landstraße 31
22111 Hamburg

Telefon: +49 40 73677 130

Web: www.gesundheit-billstedt-horn.de

Hamburg, 23.05.2017



**Gesundheit geht
gemeinsam**

Inhalt

Summary	3
1. Situations- und Bedarfsanalyse der Stadtteile Billstedt und Horn	4
2. Der Gesundheitskiosk	5
3. Gesundheitskiosks als Strukturinnovation und Steuerungselement	6
3.1. Maßnahmen	7
3.2. Ziele	8
3.3. Anbieter- Datenbank auf www.gesundheit-bh.de	9
3.4. Interdisziplinärer Expertenpool	9
4. Entwicklungspotenzial – Vorbild für weitere Regionen in Deutschland	9
5. Abbildungsverzeichnis	11
6. Tabellenverzeichnis	11
7. Literaturverzeichnis	11
Mitarbeiterprofile	15
Übersicht der Schulungsinhalte durch das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf	16
Hospitation der Mitarbeiter des Gesundheitskiosks	18
Raumplan	20
Anamnesebogen	21
Formular Erstgespräch für Versicherte nicht teilnehmender Krankenkassen	23
Beratungsprotokoll	24
Protokoll Abschlussgespräch	26

Summary

Die Chancen auf Gesundheit sind ungleich verteilt. Der soziale Status, das Umfeld und die Versorgungssituation spielen eine entscheidende Rolle für den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung. Dies zeigt sich auch in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn, die zu den ärmsten der Hansestadt gehören: Die Menschen dort sterben zehn bis vierzehn Jahre früher als etwa in Othmarschen oder Blankenese. Sie bekommen früher chronische Krankheiten und gehen öfter ins Krankenhaus. Gleichzeitig ist die Ärztedichte besonders gering (OptiMedis AG 2015). Umso wichtiger ist es, die Versorgungssituation in diesen Stadtteilen zu verbessern, den medizinischen und den sozialen Sektor zu vernetzen sowie Prävention und Gesundheitsförderung zu etablieren. Das hat sich die Gesundheit für Billstedt/Horn UG zur Aufgabe gemacht.

Die regionale Managementgesellschaft baut seit Anfang 2017 mit einer dreijährigen Förderung von insgesamt 6,3 Millionen Euro durch den Innovationsfonds, mit dem der Gemeinsame Bundesausschuss neue Versorgungsformen fördert, ein patientenorientiertes Gesundheitsnetzwerk auf und lässt sich dabei auf ihre Wirkung hin intensiv evaluieren. Die Maßnahmen orientieren sich am Triple Aim-Modell, wonach ein nachhaltiges Gesundheitssystem drei sich wechselseitig beeinflussende Ziele verfolgen muss: Bestmöglicher Gesundheitsstatus, hohe Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit (Berwick et al. 2008).

Die Initiatoren verstehen die neue Versorgungsform als eine komplexe Intervention (Moore et al. 2015). Sie setzen folgende Schwerpunkte: Stärkung und Vernetzung der wohnortnahen Versorgung, Entlastung der Ärzte, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Aufbau eines sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements. Um den medizinischen und den sozialen Sektor zu vernetzen und niedrigschwellige Beratungsangebote anzubieten, entsteht ein Gesundheitskiosk, der weiter unten näher beschrieben wird. Grundlage der Interventionen ist eine Analyse der sozialen und gesundheitlichen Situation in Billstedt und Horn.

Am Angebot teilnehmen können zum jetzigen Zeitpunkt Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, die einen Integrierten Versorgungsvertrag mit der Gesundheit für Billstedt-Horn UG geschlossen hat. Die Teilnahme von BARMER, DAK Gesundheit und anderen wird derzeit verhandelt.

Gesellschafter der Gesundheit für Billstedt/Horn UG sind das eigens dafür gegründete Ärztenetz Billstedt-Horn, die SKH Stadtteilklinik Hamburg, der NAV Virchow-Bund und die gesundheitswissenschaftlich ausgerichtete Holdinggesellschaft OptiMedis AG. Sie hat das Projekt gemeinsam mit den Ärzten und teilweise unterstützt durch die Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz über die letzten drei Jahre vorbereitet. Zahlreiche weitere Kooperationspartner aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor gehören zu den Unterstützern. Das Hamburg Center for Health Economics an der Universität Hamburg wird das Projekt wissenschaftlich evaluieren. Bei einem Erfolg der Arbeit soll das Projekt auf weitere Regionen in Deutschland übertragen werden.

1. Situations- und Bedarfsanalyse der Stadtteile Billstedt und Horn

Billstedt und Horn gehören zu den sozialräumlich problematischen Stadtteilen in Hamburg: der Anteil an Migranten ist überdurchschnittlich hoch (55 Prozent Billstedt/Horn vs. 33 Prozent Hamburg), das Durchschnittseinkommen der Einwohner gering (20.000 Euro Billstedt/Horn vs. 36.000 Euro HH), es gibt viele SBG-II-Empfänger (22 Prozent Billstedt/Horn vs. 10 Prozent Hamburg) und wenig Wohnfläche pro Person (Statistisches Amt Hamburg/Schleswig-Holstein 2014). Diese Situation wirkt sich auch auf die medizinische Versorgung und den Gesundheitsstatus der Bewohner aus. Das zeigt eine Analyse der Versorgungsrealität und der gesundheitlichen Situation in den beiden Stadtteilen, die die OptiMedis AG – unterstützt von der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz – im Jahr 2015/2016 durchgeführt hat (OptiMedis AG 2015). In der Analyse wurden unterschiedliche quantitative Daten erfasst und durch einen qualitativen Ansatz ergänzt. Grundlage der qualitativen Bedarfsanalyse waren nach der Identifizierung von ärztlichen und nicht-ärztlichen Stakeholdern dreißig Experteninterviews, vier themenspezifische Arbeitsgruppen, fünf Fachgespräche und ein Workshop. Denn anders als die „nackten Daten“ geben Expertenaussagen den Blick auf „die Bewohner hinter den Zahlen“ frei und erlauben Erkenntnisse zu Lebenslagen, Ressourcen, Problembereichen und deren Ursachen, die über Statistiken möglicherweise gar nicht erfasst werden können (Trojan et al. 2013). Die zum Teil gemeinsame Arbeit am Konzept und Ausarbeitung von Interventionen brachte die für die Umsetzung relevanten Akteure verschiedener Versorgungsbereiche bereits in der

Konzeptphase zusammen und wurde vor allem wegen des erfolgreichen Beteiligungsprozesses als wertvoll eingestuft.

Die Einkommensschwäche und multiple Deprivation beeinflusst Gesundheitschancen

Die Einkommensschwäche und multiple Deprivation in Billstedt und Horn stellt einen wesentlichen Risikofaktor dafür dar, dass chronische somatische und psychische Erkrankungen im Vergleich zum Hamburger Durchschnitt früher und häufiger auftreten. Und auch das durchschnittliche Mortaltätsalter ist um zehn bis vierzehn Jahre geringer als in wohlhabenderen Stadtteilen (vgl. Figur 1, OptiMedis AG 2015). Der hohe Anteil an chronischen

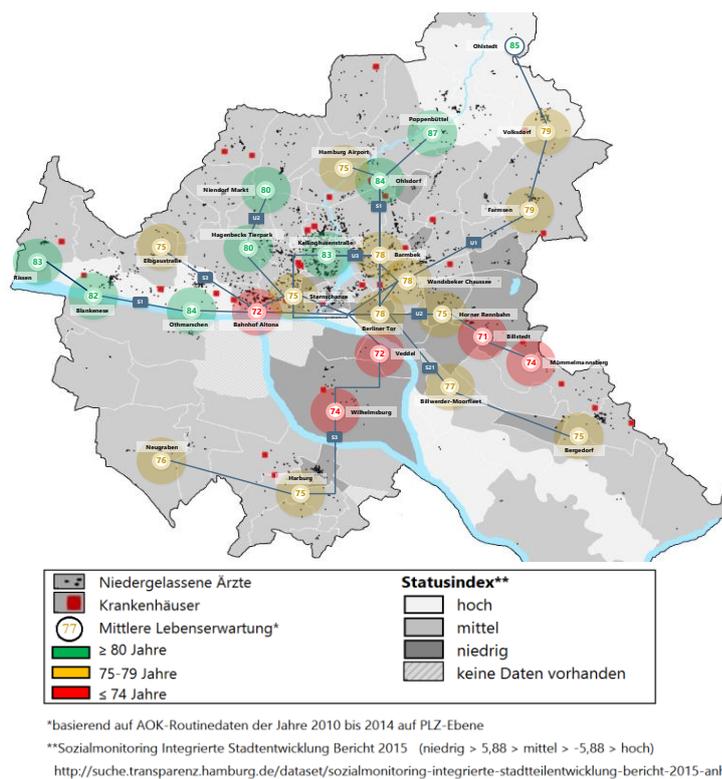


Abbildung 1: Durchschnittliches Sterbealter in Hamburger Stadtteilen, basierend auf AOK-Routinedaten. Quelle: Eigene Darstellung

Erkrankungen ist verbunden mit einem hohen Bedarf an Koordination und Kommunikation verschiedener Leistungserbringer.

Die traditionell im deutschen Gesundheitswesen vorherrschenden, eher fragmentierten und hierarchischen „Inselstrukturen“ werden den Anforderungen in deprivierten Großstadtreionen nicht gerecht, da diese nicht im Kontext einer ganzheitlichen Versorgung steht.

Zusätzlich ist die Gesundheitskompetenz der Bewohner vergleichsweise niedrig. Insbesondere sozial benachteiligte Menschen und solche, die kaum deutsch sprechen, zeigen Schwierigkeiten dabei, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen, umzusetzen und „im Krankheitsfall [...] plötzlich zum kompetenten Manager seiner Erkrankung“ (Kalvelage 2014, S. 7) zu werden.

Im Erkrankungs- oder Pflegefall sind die Betroffenen zudem häufig selbst für die Organisation der Gesundheitsversorgung verantwortlich, die neben der ambulanten und stationären Krankenversorgung weitere Versorgungsbereiche, wie beispielsweise Rehabilitation und Pflege, personenbezogene Sozialdienstleistungen und Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention umfasst. In Anbetracht vielfältiger Angebote, komplexer Schnittstellen und unzureichender Kommunikation und Kooperation derselben stellt dies ohne koordinierende Unterstützung eine zusätzliche Belastung der Betroffenen dar.

Auch aus Sicht der Leistungserbringer ist die Situation problematisch: Der medizinische Versorgungsgrad in Billstedt-Horn ist niedriger als in anderen Hamburger Stadtteilen und freie Arztstze und Arbeitsstellen können unter anderem aufgrund des hohen Arbeitspensums und der fehlenden Privatpatienten nicht immer nachbesetzt werden (OptiMedis AG 2015, S.35). Dementsprechend steigt die Arbeitsbelastung bei den dort tätigen Ärzten. Weiterhin führt der höhere Morbiditätsgrad in Kombination mit sozialen Problemlagen und Versorgungsdefiziten auch zu höheren Versorgungskosten und schlechteren Deckungsbeiträgen – also einer aus Krankenkassensicht ineffizienten Versorgung. Fragmentierte Strukturen, unzureichende Kommunikation und Vernetzung unter den Akteuren, ein hoher Anteil an chronischen Erkrankungen verbunden mit einer oftmals niedrigen Gesundheitskompetenz erfordern ein ergänzendes Steuerungselement.

2. Der Gesundheitskiosk

Seine Ursprünge hat der Gesundheitskiosk in Finnland (Terveyskioski), wo sich das Modellprojekt seit 2009 großer Beliebtheit erfreut (Preusker 2012). Primäres Ziel ist dabei die Schaffung eines niederschweligen Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Das Angebotsspektrum der Einrichtungen umfasst die Gesundheitsberatung, Leistungen im Bereich der Primärversorgung, z. B. Impfungen oder die Versorgung von Allergien oder Verletzungen, die Aufklärung über bestehende präventive Angebote und die Vermittlung dieser und Beratung zu bestehenden Erkrankungen, Therapie- und Nachsorgeoptionen (Schaeffer et al. 2015). In regelmäßigen Abständen finden in Einrichtungen bedarfsorientierte themenbezogene Veranstaltungen rund um das Thema Gesundheit statt. Einen entscheidenden Erfolgsfaktor der Einrichtungen stellt neben dem niederschweligen, koordinierenden und übersichtlichen Angebot auch die Zugänglichkeit dar: Idealerweise werden die Gesundheitskioske gut und barrierefrei erreichbar z. B. in Innenstädten oder Einkaufszentren platziert. Damit stellt das Modell einen innovativen Weg, Informationsvermittlung, Prävention und Versorgung in der Kommune zu vereinen und zu verankern.

Ähnliche Konzepte gibt es z. B. auch in den USA. In so genannten Retail Clinics, die in Einkaufszentren, Supermärkten oder Drogerien zu finden sind, werden Leistungen der Primärversorgung und

Gesundheitsberatungen - basierend auf dem „Walk-In-Prinzip“, d.h. ohne Terminvereinbarung - durchgeführt. Die Leistungen in den Einrichtungen werden dabei nicht von Ärzten, sondern von Nurse Practitioners (Pfleger mit Masterabschluss) und Physician Assistants (akademisch auf Bachelor-Niveau weitergebildete Kranken- und Kinderkrankenpfleger) erbracht. Die Öffnungszeiten der Retail Clinics orientieren sich dabei an den Einrichtungen, in denen sie vorzufinden sind. Mit dem Angebot der Versorgung kleiner medizinischer Anliegen und den kundenfreundlichen Öffnungszeiten, konnten erste Untersuchungen zur Inanspruchnahme der Retail Clinics aufzeigen, dass diese die Notfallambulanzen in den Krankenhäusern entlasten können (Weninick et al. 2010).

Im Allgemeinen dienen sowohl die Retail Clinics als auch der Gesundheitskiosk in Finnland zur Erstberatung, bzw. zur Bereitstellung von Erstinformationen für die betreffenden Anliegen der Besucher. Durch das niederschwellige Angebot können Fehlinformationen und lange Suchbewegungen der Bevölkerung bei Gesundheitsproblemen vermieden, bzw. reduziert werden. Weiterhin zielt die Beratung und ggf. Vermittlung weiterer Angebote der Gesundheitsversorgung darauf ab, die Gesundheitskompetenz der Besucher zu stärken und sie im Selbstmanagement ihrer Erkrankung zu befähigen (Schaeffer et al. 2015).

3. Gesundheitskiosks als Strukturinnovation und Steuerungselement

Der Gesundheitskiosk als eine innovative und bedarfsorientierte Intervention, mit der die Gesundheit für Billstedt/Horn UG den gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen in den beiden Stadtteilen begegnen will, wird im Rahmen des Projektes „INVEST Billstedt/Horn“ in dieser Form erstmals auch in Deutschland etabliert.

Der Gesundheitskiosk, wie die Initiatoren ihn für Billstedt/Horn vorsehen, versteht sich als eine niedrigschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution, an die sich Versicherte¹ mit allen ihre Gesundheit betreffenden Anliegen wenden können. Die präventiven, edukativen und organisatorischen Maßnahmen setzt ein multiprofessionelles Team um – bestehend aus Pflegewissenschaftler/innen, Pflegefachkräften, Arzthelfer/innen, Gesundheitswissenschaftler/innen und Case-Manager/innen. Die Mitarbeiter sprechen zusätzlich zu Deutsch die in den Stadtteilen am häufigsten genutzten Sprachen wie z. B. Türkisch, Russisch, Französisch, Dari, Farsi, Spanisch, Englisch und Portugiesisch². Für die Sicherstellung der Qualität erfahren die Mitarbeiter vor Beginn der Tätigkeiten intensive Schulungen durch das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf und hospitieren bspw. bei den in Billstedt und Horn niedergelassenen Ärzten, Community Einrichtungen und verschiedenen Verbänden³.

Die Erreichbarkeit der Zielgruppe soll durch die intensive Zusammenarbeit mit den Akteuren und Multiplikatoren im Stadtteil, die bereits an der Entwicklung der Interventionsstrategien beteiligt waren, intensiviert werden. Zum einen werden bereits etablierte Stadtteil- und Fachgespräche und themenspezifische Arbeitsgruppen fortgeführt, zum anderen (Patienten-)Beiratstreffen im Gesundheitskiosk verankert. Damit folgt der Ansatz der Partizipations- und Beteiligungsmaxime

¹ Die Gesundheitsleistungen der Gesundheit für Billstedt/Horn UG stehen allen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen und aus den definierten Postleitzahlengebieten zur Verfügung (22111,22113,22115,22117)

² Die detaillierten Mitarbeiterprofile der Mitarbeiter sind dem Anhang (Tabelle 3: Übersicht der Mitarbeiterprofile) zu entnehmen.

³ Die detaillierte Aufstellung der Schulungsinhalte und Hospitationseinrichtungen sind dem Anhang (Tabelle 4: Übersicht der Schulungsinhalte des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf) zu entnehmen.

sozialraumbezogener Gesundheitsförderung. Beteiligung heißt in diesem Fall, professionelle Akteure aus dem medizinischen und sozialen Bereich einzubeziehen, um strukturelle Veränderungen in den Stadtteilen zu erreichen (Trojan 2014).

Mit dem Aufbau dieser innovativen Struktur werden mehrere Bedarfe gleichzeitig adressiert – sowohl auf Einzelfallebene als auch auf Systemebene: Der Kiosk erfüllt sowohl die Forderung nach einer Kooperationsschnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem Sozialraum sowie die nach einer stärkeren Patientenorientierung im Versorgungsprozess.

3.1. Maßnahmen

Die Leistungen und Maßnahmen im Gesundheitskiosk werden am Bedarf der Klienten ausgerichtet und umfassen z.B. die Gesundheitsberatung, die Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen und die Anbindung der Klientinnen und Klienten an Ärzte oder geeignete soziale Einrichtungen. Der Gesundheitskiosk als Kooperationsschnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem Sozialraum stellt eine begleitende und unterstützende Maßnahme zur ärztlichen Heilbehandlung dar und hegt nicht den Anspruch, die ärztliche oder therapeutische Beratung, Diagnose oder Behandlung zu ersetzen oder zu hinterfragen. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Leistungen im Gesundheitskiosk (Tabelle 1: Übersicht der Leistungen im Gesundheitskiosk. Quelle: Eigene Darstellung. Die detaillierte Aufstellung der Leistungen ist dem Anhang beigefügt (Tabelle 2: Detaillierter Leistungskatalog Gesundheitskiosk. Quelle: Eigene Darstellung.)

<p>Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen und Unterstützung der Ärzte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung standardisierter Anamnesen vor dem Arztgespräch. • Nachbesprechung und Erläuterung von Diagnose, Therapie und Nachsorge: Dazu gehört insbesondere die Schärfung des Verständnisses der Patienten für die Diagnose und die Therapie und der Compliance, nicht jedoch die Sicherungs- und Risikoaufklärung, die Erstellung der Diagnose und die Therapieplanung. • Vermittlung weiterführend ärztlich empfohlener oder angeordneter Maßnahmen und organisatorische Unterstützung während des (Behandlungs-) Prozesses.
<p>Vermittlung von ärztlichen- und Community-Ressourcen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der aktuellen personenbezogenen Verhältnisse, gesundheitlichen Faktoren und Veränderungswünsche. • Suche von Haus-/ und Fachärzten und Vermittlung von Terminen unter Beachtung der freien Wahl des Leistungserbringers und in wettbewerbsneutraler Form. • Angliederung des Patienten an das Gemeinwesen/den Sozialraum.
<p>Prävention und Gesundheitsförderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung, Aufklärung, Befähigung und Aktivierung der Patienten einen gesunden Lebensstil für sich zu finden und Risikofaktoren zu vermeiden; davon ausgenommen ist die ärztliche Risiko- und Sicherungsaufklärung. • Aufklärung und Unterstützung bei Ernährungs- und Bewegungsfragen, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum.
<p>Unterstützung des Versorgungsmanagements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung und Unterstützung der Patienten bei Versorgungsmanagement-Programmen und Evaluation der Fortschritte.
<p>Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige gesundheitsrelevante Informationsveranstaltungen, Themenwochen, Schulungen, Kurse für die Einwohner und interdisziplinäre Qualitätszirkel in Kooperation mit den am Versorgungsprozess beteiligten Akteuren.
<p>Case Management</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fester Ansprechpartner im Gesundheitskiosk übernimmt die Aufgabe eines sektorenübergreifenden Lotsen und die Organisation des Versorgungsprozesses. So können dem Patienten in einem abgestimmten Prozess die von den behandelnden Ärzten individuell als notwendigen angesehenen Gesundheitsleistungen zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Tabella 1: Übersicht der Leistungen im Gesundheitskiosk. *Quelle: Eigene Darstellung.*

3.2. Ziele

In Abhängigkeit der Interessengruppen verfolgt der Gesundheitskiosk mehrere Ziele: Bezugnehmend auf die Patienten und Bewohner zielt er darauf ab, die kontinuierliche gesundheitliche Betreuung in der Muttersprache sicherzustellen und die Patientenzufriedenheit und -orientierung u.a. durch die Vermeidung von Fehlinformationen und langer Suche nach Erstinformationen und Hilfsangeboten zu erhöhen. Zusätzlich sollen die Menschen durch Vertrauen, Aufklärung und ganzheitliche Hilfestellung in ihrer Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung gestärkt werden. Ein weiteres Ziel ist es, den Bewohnern in BH, die die ärztliche Konsultation lange hinauszögern oder verspätet in Anspruch

nehmen, den Zugang zu den Regalangeboten des Gesundheitswesens zu erleichtern und die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch die Vorbereitung des Gesprächs, abzubauen.

Gleichzeitig wird eine zentrale Anlaufstelle für alle lokalen ärztlichen Leistungserbringer und sozialen Einrichtungen geschaffen, die bei Schwierigkeiten z. B. in der Vermittlung oder Patientenkommunikation Entlastung durch den Gesundheitskiosk erfahren. Für die Sicherstellung der Kommunikation zwischen den Praxen und den Mitarbeitern des Gesundheitskiosks werden in Kooperation mit dem Hausärzterverband und dem Institut für hausärztliche Fortbildung Versorgungsassistenten in den Arztpraxen geschult.

3.3. Anbieter- Datenbank auf www.gesundheit-bh.de

Für die übersichtliche Darstellung der medizinischen/ therapeutischen Angebote und sozialen Einrichtungen wird derzeit eine Datenbank mit Anbietern aus Billstedt-Horn-Mümmelmannsberg und angrenzenden Stadtteilen erstellt. Die Datenbank kann auf der Webseite www.gesundheit-bh.de aufgerufen werden und soll die Stadtteilakteuren und Mitarbeitern des Gesundheitskiosks bei der Suche und Vermittlung geeigneter Angebote für Patienten und Besucher unterstützen.

3.4. Interdisziplinärer Expertenpool

Für Leistungen, die von den Mitarbeitern des Gesundheitskiosks und den Leistungserbringern vor Ort, z.B. aufgrund von z.B. Kapazitätsprobleme nicht erbracht werden können, wird ein interdisziplinärer Expertenpool aufgebaut, dessen Dienstleistungen im Rahmen des Projektes durch ein gesondertes Budget eingekauft werden. Dies können z. B. psychotherapeutische Leistungen, Ernährungsberatung, Gesundheitsmediatoren, Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen und Schlüsselpersonen als „Türöffner“ zur Zielgruppe sein. Aufgrund eingeschränkter finanziellen Ressourcen ist es nicht vorgesehen, diese Dienstleistungen als Regelleistungen des Gesundheitskiosks anzubieten.

4. Entwicklungspotenzial – Vorbild für weitere Regionen in Deutschland

Mit dem Projekt Gesundheit für Billstedt/Horn ist am 1. Januar 2017 ein breites, interprofessionelles Netzwerk von Gesundheits- und lokalen Community-Akteuren angetreten, um die sozial bedingte Ungleichheit der Gesundheitschancen in einer deprivierten Region gezielt anzugehen. Es richtet sich an den identifizierten Bedarfen der Bewohner, des Stadtteils und der Akteure aus und investiert in die Gesundheit der Population, anstatt sich einseitig auf die krankheitsbezogene Versorgung auszurichten.

Langfristig soll sich die Gesundheit für Billstedt/Horn UG durch einen Anteil an den Einsparungen, die von der Krankenkasse durch die effizientere und gesundheitsfördernde Versorgung erzielt wird, finanzieren und diese Mittel wiederum in weitere Optimierungsmaßnahmen investieren. Das Vertragsmodell folgt dabei dem Modell, das OptiMedis mit der Gesundes Kinzigital GmbH und der AOK sowie der IKK Baden-Württemberg entwickelt hat (Hermann et al. 2006; Hildebrandt et al. 2015; Schulte et al. 2016). Ein Vertrag zur Integrierten Versorgung wurde bereits mit der AOK Rheinland/Hamburg geschlossen. Weitere Verträge werden zurzeit verhandelt. Aus dem Blickwinkel der StadtGesundheit wäre es wünschenswert, wenn die Maßnahmen so schnell wie möglich den Versicherten aller Krankenkassen zugutekämen.

Die erfolgreiche Umsetzung des Projekts könnte ausschlaggebend dafür sein, dass es auch in anderen, vergleichbaren Regionen etabliert wird. Die beiden für Entwicklungsräume charakteristischen Parameter Arbeitslosenquote und Migrantenanteil finden sich z. B. ebenso im Stadtbezirk Köln-Chorweiler (Arbeitslosenquote 10,3 Prozent, Migrantenanteil 64 Prozent (Stadt Köln 2013)), im Stadtteil Berlin-Wedding (Arbeitslosenquote 18,7 Prozent, Migrantenanteil 82 Prozent (Bettge et al. 2013)) und im Stadtbezirk Dortmund Innenstadt-Nord (Arbeitslosenquote 25,3 Prozent, Migrantenanteil 66 Prozent (Stadt Dortmund 2014)). Neben diesen Stadtteilen gibt es auch ganze städtische Regionen in Deutschland, die einen hohen Deprivationsindex haben – z. B. Bremerhaven mit einer Arbeitslosenquote von 14,1 Prozent und einem Migrantenanteil von 28 Prozent (Münstermann, Eppers 2013).

Das vorgestellte Modell zielt damit zudem auf eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Regelversorgung, die der zunehmenden Verstädterung und steigenden Migrationsquote Rechnung trägt. Der umfassende Evaluationsansatz, der nicht nur die Ergebnisse, sondern den Weg zu den Ergebnissen bewertet, wird zusätzlich Erkenntnisse darüber generieren, welche Umstände bzw. Kontextfaktoren gegeben sein müssen, um die Übertragbarkeit der Erkenntnisse in die Regelversorgung zu gewährleisten.

5. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Durchschnittliches Sterbealter in Hamburger Stadtteilen, basierend auf AOK-Routinedaten. Quelle: Eigene Darstellung.....	4
Abbildung 2: Raumplan. Quelle: Eigene Darstellung.	20
Abbildung 3: Anamnesebogen. Quelle: Eigene Darstellung.....	22
Abbildung 4: Protokoll Erstgespräch. Quelle: Eigene Darstellung.	23
Abbildung 5: Beratungsprotokoll Gesundheitskiosk. Quelle: Eigene Darstellung.	25
Abbildung 6: Protokoll Abschlussgespräch. Quelle: Eigene Darstellung.....	27

6. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Leistungen im Gesundheitskiosk. Quelle: Eigene Darstellung.	8
Tabelle 2: Detaillierter Leistungskatalog Gesundheitskiosk. Quelle: Eigene Darstellung.....	14
Tabelle 3: Übersicht der Mitarbeiterprofile.....	15
Tabelle 4: Übersicht der Schulungsinhalte des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf.....	17
Tabelle 5: Übersicht der teilgenommenen Hospitationen der Mitarbeiter des Gesundheitskiosks	19

7. Literaturverzeichnis

1. Berwick D, Nolan T, Whittington J. (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Aff (Millwood) 27(3):759-69
2. Bettge S, Häßler K, Hermann S, Imme U (2013): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin
3. Hermann C, Hildebrandt H, Richter-Reichhelm M, Schwartz FW, Witzenrath W (2006): Das Modell "Gesundes Kinzigal". Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen 5/6:10-28
4. Hildebrandt, H, Pimperl, A, Schulte, T, Hermann, C, Riedel, H, Schubert, I, Köster et al. (2015): Triple-Aim-Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. Bundesgesundheitsblatt 4-5:383-392
5. Kalvelage B (2014): Klassenmedizin: Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst. Springer, Berlin
6. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W et al. (2015): Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. British Medical Journal 350: h1258
7. Münstermann V, Eppers A (2013): Vielfalt und Chancengleichheit - Bremerhaven zeigt Flagge. 1. Bremerhavener Integrationskonzept. Magistrat der Stadt Bremerhaven, Dezernate III und IV Sozialamt. <http://www.bremerhaven.de/pdf/Bhv-zeigt-Flagge/files/assets/common/downloads/publication.pdf>, Zugriffen: 08. März 2017
8. OptiMedis AG (2015): Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn. Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation. http://optimedis.de/files/Publikationen/Studien-und-Berichte/2016/Billstedt_Horn_BGV_Analyse_Final.pdf, Zugriffen: 08. März 2017

9. Preusker UK (2012): Neuer Ansatz: Ärzte im Gesundheitskiosk. Ärzte Zeitung, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/824995/neuer-ansatz-aerzte-gesundheitskiosk.html, Zugriffen: 08. März 2017
10. Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. Beltz Juventa, Weinheim
11. Stadt Dortmund (2014): Jahresbericht dortmunderstatistik 2014. Bevölkerung Stadt Dortmund. Report No.: 202. https://www.dortmund.de/media/p/statistik_3/statistik/veroeffentlichungen/jahresberichte/bevoelkerung_1/Nummer_202_-_Jahresbericht_Bevoelkerung_-_2014.pdf, Zugriffen: 08.03.2017
12. Stadt Köln/Amt für Stadtentwicklung und Statistik (2013): Kölner Stadtteilinformationen Zahlen 2013. http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf15/stadtteilinformationen_2013.pdf, Zugriffen: 08. März 2017
13. Statistisches Amt Hamburg/Schleswig-Holstein (2014): Hamburger Stadtteilprofile 2014.
14. Schulte T, Pimperl A, Fischer A, Dittmann B, Wendel P, Hildebrandt H (2016): Ergebnisqualität Gesundes Kinzigtal – quantifiziert durch Mortalitätskennzahlen. Das Gesundheitswesen 8/9:591
15. Trojan A, Süß W, Lorentz C, Wolf K, Nickel S (2013): Quartiersbezogene Gesundheitsförderung: Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Beltz Juventa, Weinheim/Basel
16. Trojan A (2014): Akzeptanzorientierte Partizipation – Überlegungen zu Möglichkeiten und Grenzen der Partizipationsmaxime in der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung. In: Schmidt, B (Hrsg): Akzeptierende Gesundheitsförderung: Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Beltz Juventa, Weinheim
17. Weinick RM, Burns RM, Mehrotra A (2010): Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. Health Affairs: 29/9:1630-1636

Leistungen im Gesundheitskiosk

Der Gesundheitskiosk ist der Dreh-und-Angelpunkt für alle Gesundheitsanliegen und -fragen in Billstedt/Horn. Die präventiven, edukativen, beratenden und organisatorischen Tätigkeiten im Gesundheitskiosk erfolgen durch ein multiprofessionelles Team, beispielsweise durch akademisierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Hebammen, Gesundheitswissenschaftler/innen und Arzthelfer/innen, die mindestens zwei der in den Stadtteil gängigen Sprachen, beherrschen. Die Leistungen und Maßnahmen werden am Bedarf der Klienten ausgerichtet und umfassen z.B. die Gesundheitsberatung, die Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen und die Anbindung an Ärzte oder geeignete soziale Einrichtungen. Der Gesundheitskiosk als Kooperationschnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem Sozialraum stellt eine unterstützende Maßnahme zur ärztlichen Heilbehandlung dar und hegt nicht den Anspruch, die ärztliche oder therapeutische Beratung, Diagnosestellung oder Behandlung zu ersetzen.

Muttersprache	<ul style="list-style-type: none"> Beratung und Unterstützung der Klienten und Patienten in allen gesundheitlichen Anliegen in der Muttersprache der Patienten*. <p>* Derzeit in Deutsch, Englisch, Türkisch, Arabisch, Farsi, Dari, Persisch, Russisch, Französisch, Portugiesisch, Spanisch.</p>
Anamnese-vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> Erfassung der personenbezogenen Verhältnisse, gesundheitlichen Faktoren, bisherigen Krankengeschichte und der Beschwerden (standardisierte Anamnese). Erfassung des Behandlungs-/ Versorgungs-/ und/ oder Interventionsbedarfs und der Veränderungswünsche ggf. unter Einbezug der Angehörigen. Systematische Erfassung aller vom Patienten eingenommenen Medikamente in einer Liste zur weiteren Bearbeitung durch den behandelnden Arzt und anschließende Besprechung derselben, ggf. Sensibilisierung für Neben- und Wechselwirkungen.
Weiterleitung an Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> Suche von Haus-/ und Fachärzten und Vermittlung/ Organisation von Terminen unter Beachtung der freien Wahl des Leistungserbringers und in wettbewerbsneutraler Form. Vermittlung von bevorzugten Terminen bei begründeten medizinischen Anliegen nach Absprache mit dem Arzt. Erläuterung, wo medizinische Hilfe in Anspruch genommen werden kann (z.B. niedergelassene Ärzte, Notfallpraxen, Krankenhaus, medizinische Beratungshotlines der Krankenkassen).
Nachbereitung von Arztgesprächen	<ul style="list-style-type: none"> Nachbesprechung und Erläuterung von Symptomatik, Diagnose, Therapie und Nachsorge: Dazu gehört insbesondere die Schärfung des Krankheitsverständnisses der Patienten für die Diagnose und die Therapie und der Compliance, nicht jedoch die Sicherungs- und Risikoaufklärung, die Erstellung der Diagnose und die Therapieplanung selbst. Vermittlung weiterführend ärztlich empfohlener oder angeordneter Maßnahmen und organisatorische Unterstützung während des (Behandlungs-)Prozesses. Motivation von Patienten, sich aktiv an den Diagnose- und Therapiemaßnahmen zu beteiligen und Förderung der Selbsthilfekompetenz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen Vermittlung leicht verständlicher Videos/ Broschüren/ Literatur zur Erkrankung, bzw. zum Thema Krankheitsmanagement und Selbsthilfe. Unterstützung bei administrativen und sozialrechtlichen Fragestellungen.
Vermittlung an weitere Hilfs- und Community-einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> Vermittlung von Community-Ressourcen, Einrichtungen der Selbsthilfe und Angliederung der Klienten an das Gemeinwesen (z.B. Sportvereine, Beratungseinrichtungen). Beratung bei Anliegen zur Pflege und Weiterleitung an Pflegeberatung bzw. den Pflegestützpunkt. Aufklärung zur Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems und den Leistungsansprüchen.

<p>Prävention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung, Aufklärung, Befähigung und Aktivierung der Patienten einen gesunden Lebensstil für sich zu finden und Risikofaktoren zu vermeiden; davon ausgenommen ist die ärztliche Risiko- und Sicherungsaufklärung. • Unterstützung bei der Priorisierung von Präventionsthemen für Gesundheitsinterventionen und Entscheidungen. • Stärkung der Gesundheitskompetenz, der Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten und Förderung der Selbsthilfe. • Aufklärung und Unterstützung bei Ernährungs- und Bewegungsfragen, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum (Informations- und Interventionsvermittlung, Aktivierung, Motivationsstärkung). • Unterstützung bei der Inanspruchnahme und Kostenerstattung von Präventionskursen der gesetzlichen Krankenversicherungen.
<p>Begleitung der Versorgungsmanagement-Programme nach Einschreibung durch den Arzt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung und Unterstützung der Patienten bei der Umsetzung der Versorgungsmanagement-Programme nach der Einschreibung der Patienten in die Versorgungsprogramme durch den Arzt (z.B. Diabetes-Risiko-Test®). • Messung der Vitalwerte (Blutdruck, Blutzucker, BMI) und Evaluation der Fortschritte der Versorgungsprogramme und gesundheitsfördernden Maßnahmen (z. B. Herztagebuch, Diätprotokoll, Medikamentenplan) auf Wunsch des behandelnden Arztes. • Vermittlung zielgruppenspezifischer und kultursensibler Kursangebote im Stadtteil. • Erinnerungssystem mit dem Ziel der intensiven und kontinuierlichen Betreuung von Risikopatienten.
<p>Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige gesundheitsrelevante Informationsveranstaltungen, Themenwochen, Schulungen, Kurse für die Einwohner und interdisziplinäre Qualitätszirkel in Kooperation mit den am Versorgungsprozess beteiligten Akteuren.
<p>Case Management</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des Versorgungsbedarfs und der Ressourcen des Klienten und Organisation des Versorgungsprozesses durch einen festen Ansprechpartner im Gesundheitskiosk in Abstimmung mit den am Versorgungsprozess beteiligten Akteuren (ambulante Ärzte, Therapeuten, (teil-)stationäre Versorgungseinrichtungen, Selbsthilfe- und soziale Einrichtungen, Pflegeeinrichtung, ggf. Sozial- oder Arbeitsamt und Kranken- und Pflegekassen). • Erstellung von Hilfeplänen und Terminierung von Therapie und Diagnostik. • Koordination und Kommunikation der gesamten Behandlungsplanung und Organisation und Unterstützung bei der Beantragung von Folgebehandlungen und -Leistungen, inkl. der Aufbereitung und Organisation der Unterlagen und Daten, die für die Folgebehandlung notwendig sind. • Analyse und Überbrückung von Schnittstellenproblematiken.
<p>Unterstützung bei der Praxisorganisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Praxen auf dem Weg zu gesundheitskompetenten und selbsthilfefreundlichen Einrichtungen. • Unterstützung bei der Erstellung von benötigten Formularen für den Praxisalltag.

Tabelle 2: Detaillierter Leistungskatalog Gesundheitskiosk. Quelle: Eigene Darstellung.

Mitarbeiterprofile

Name	Anteil	Sprache	Ausbildung / Studium/ Beruflicher Hintergrund	Berufserfahrung	Fortbildungen (17/18)	Schwerpunkt GK
	1 FTE	Persisch, Farsi, Englisch, (Dari)	Hebamme; B.A. Pflegeentwicklung und Management; 4 Jahre Medizinstudium (ohne Abschluss)	Hebammentätigkeit, Beratung/ Begleitung v. Flüchtlingen, Integrationsbeauftragte, Peer-to-peer Projekte	Stresstrainerin, Ernährungsberaterin für Kinder	Familien- und Kindergesundheit
	0,75 FTE	Türkisch	B.Sc. Gesundheitswissenschaften	Praktika (u.a. als Dozentin für Kinder mit Migrationshintergrund)	Ernährungsberaterin	D.m.
	0,5 FTE	Deutsch	Medizinische Fachangestellte	25 Jahre Berufstätigkeit als MFA in Billstedt	Autogenes Training	Vernetzung MFAs
	0,75 FTE	Russisch, Englisch	B.Sc. Health Communication; M.A. Prävention und Gesundheitsförderung, Trainer B-Lizenz	Sozialdienst, Gesundheits-Coach, Projekt Psych. Kinder	Progressive Muskelentspannung	Bewegung / Rücken
	0,5 FTE	Portugiesisch, (Spanisch)	B.Sc. Gesundheits- und Krankenpfleger	Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in der Kardiologie	Case Management	Kardiologie
	0,5 FTE	Polnisch	Gesundheits- und Krankenpflegerin; Weiterbildung zu Sozial- und PflegeberaterIn / Case Managerin (ITB Hamburg); Weiterbildung zur medizinischen Kodierfachkraft	Sämtliche Tätigkeiten als Pflegefachkraft	Reha-Lizenz	Pflege/ Geriatrie
	0,25 FTE	Türkisch	Gesundheits- und Krankenpfleger; Weiterbildung zum Manager im Sozial- und Gesundheitswesen; Praxisanleiter	Sämtliche Tätigkeiten als Gesundheits- und Krankenpfleger, u.a. forensische Psychiatrie, Notaufnahme	Raucherentwöhnung	Psychische Erkrankungen / Sucht

Tabella 3: Übersicht der Mitarbeiterprofile.

Übersicht der Schulungsinhalte durch das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf

Schulungsthema	Einheiten (à 45 Min.)	Referent	Inhalt	Lernziele
Häufige Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung	4		Häufige somatische Beratungsanlässe / Erkrankungen in der Versorgung, aufbereitet für Nicht-Mediziner	Kennenlernen der häufigsten Krankheitsbilder / Beratungsanlässe in der hausärztlichen Versorgung; Kenntnis der psychosozialen Anamnese; Kenntnis darüber, dass ein präsentiertes Symptom nicht unbedingt der eigentliche Beratungsanlass sein muss.
Psychische Erkrankungen	4		Psychische Erkrankungen, Ursachen und Folgen, inkl. Erklärungsansatz nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell	Kenntnis und Verständnis des Zusammenhangs von psychischen Symptomen und Stress.
Wenn der Körper spinnt, aber der Doktor nichts findet	4		Organisch unerklärte / funktionelle Beschwerden - Beschwerden mit Funktion	Kenntnis und Verständnis des Zusammenhangs von körperlichen Symptomen ohne organische Verursachung und Stress.
Selbsterfahrung / Biographie-Arbeit	4		Selbsterfahrung mittels systemischer Biografie-Arbeit unter Zuhilfenahme von Werkzeugen wie dem Genogramm oder dem Curios-Cluster-Case	Kennenlernen der eigenen Grenzen; Umgang mit Hilfsmitteln aus dem systemischen Werkzeugkasten; wechselseitiges Kennenlernen innerhalb der Gruppe (Team-Building).
Simulierte Patienten (Praktische Übung)	4		Arbeit mit standardisierten Patient*innen (vom UKE in der Rolle trainierte Laienschauspieler*innen)	Sensibilisierung für Fallverständnis und -erleben. Eigene Kommunikationsmuster erkennen. Üben von schwierigen Gesprächssituationen.
Systemische Biographie-Analyse/Matrix-Arbeit	4		Fortsetzung der Selbsterfahrung mittels systemischer Biografie-Arbeit unter Zuhilfenahme von Werkzeugen wie dem Genogramm oder dem Curios-Cluster-Case	Kennenlernen der eigenen Grenzen; Umgang mit Hilfsmitteln aus dem systemischen Werkzeugkasten; wechselseitiges Kennenlernen innerhalb der Gruppe (Team-Building).
Goal Attainment Scaling	4		Zielvereinbarungen und ihre Umsetzung	Definition und Grundlagen von Zielformulierung. Praktische Umsetzung von Zielformulierung anhand Fallbeispiele. Zielformulierung anhand des

				standardisierten Instrument Goal attainment Scale und praktische Übung.
Workshop Systemisches Fragen - humorvoll, unerschrocken, geradeaus	4		Darstellung von systemischen Frage- und Gesprächstechniken, Übungen im Rollenspiel untereinander nach vorgebenen Fallbeispielen und entsprechenden Verhaltensinstruktionen auf beiden Seiten (Nurse u. Klientin)	Vertraut werden mit verschiedenen Möglichkeiten, Informationen von Klienten zu erlangen, insbesondere skalierende oder Schätzfragen.
Case Management	4		Grundlagen des Casemanagements und Fallbeispiele	Sensibilisierung für Fallverständnis. Grundlagen/ Regelkreislauf/Elemente des CM. Erkennen von Bedarf an CM. Abgrenzung zu anderen Konzepten.
Rollenspiele / Selbsterfahrung	4		Fortsetzung Übungen im Rollenspiel untereinander nach vorgebenen Fallbeispielen und entsprechenden Verhaltensinstruktionen auf beiden Seiten (Nurse u Klientin)	Erprobung von Gesprächssituationen; Erfahrungen mit verschiedenen Situationen machen in der vertrauten Umgebung der Gruppe; Erprobung von konflikthaften Begegnungen in der Beratung
Triagesystem	4		Vorstellung eines Triage-Systems zur Einschätzung des Schweregrads von Symptomen - hier soll den Nurses die Sicherheit vermittelt werden, mit der sie eine Ersteinschätzung abgeben, sollte sich doch jemals ein Patient mit unklarer Problematik im Kiosk vorstellen	Nurses soll die Sicherheit vermittelt werden, mit der sie eine Ersteinschätzung abgeben, sollte sich ein Patient mit unklarer Problematik im Kiosk vorstellen; Durchspielen verschiedener Szenarien; Kennenlernen weiterer Nothilfesysteme
Sucht-/ Abhängigkeitserkrankungen	4		kulturelle Hintergründe / Definition, stoffliche und nicht-stoffliche Abhängigkeiten, Diagnosekriterien, Suchtgedächtnis, Versorgungs- und Betreuungsangebote	Kenntnis verschiedener stofflicher und nicht-stofflicher Abhängigkeiten; kulturelle Unterschiede; Kenntnis der Diagnosekriterien; Kenntnis der Gründe für Abhängigkeit und der Motive, sich in die Sinneszustände zu versetzen
Ambulante Versorgung in Deutschland	4		Wie ist die ambulante Versorgung in Deutschland organisiert? Wer gibt die Gelder aus? Wer erbringt die Leistungen? Wer stellt die Versorgung sicher?	Kenntnis der ambulanten Versorgungsstrukturen und wesentlicher Merkmale des Versorgungssystems, der Abläufe ambulante und der Wege der Patienten durch das System

Tabelle 4: Übersicht der Schulungsinhalte des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf

Hospitation der Mitarbeiter des Gesundheitskiosks

Einrichtung / Referent	Inhalt
Zentrale Notaufnahme - UKE	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitation der Einrichtung • Einführung Manchester-Triage-System
MTS Basiskurs „Ersteinschätzung in der Notaufnahme“	<ul style="list-style-type: none"> • Hintergründe, Ziel und Zweck der Ersteinschätzung, Vergleich existierender Systeme, Vorgang der Entscheidungsfindung • Zusammenarbeit (Einführung in das Manchester-Triage-System: Aufbau des Systems, Ablauf einer Ersteinschätzung, Schmerzeinschätzung in der Notaufnahme, Integration der Berufserfahrung des Mitarbeiters und des subjektiven Empfindens des Patienten • Praktische Übungen mit Fallbeispielen • Einschätzung der Behandlungspriorität im Großschadensfall • Rechtliche Situation in der Notaufnahme (Schwerpunkt Pflege), juristische Aspekte der Ersteinschätzung und des neuen Aufgabenbereichs, Bedeutung der Dokumentation
Zentrale Notaufnahme - Asklepios- Altona	Vorstellung und Rundgang der Rettungsstelle
Dr. Mike Mösko	<p>Gastvortrag zu Cultural Competence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisieren für interkulturelle Ressourcen/Barrieren • Sicherer Umgang in der Kommunikation • Sicherer Umgang mit Interkulturellen Konflikten
Dr. Oana Gröne, Gesundheit für Billstedt/Horn UG	<p>Vortrag: Grundlagen der Gesundheitskompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überblick über das Thema Gesundheitskompetenz und wie es sich auf gesundheitliche Ergebnisse auswirken kann. • Identifizierung von Barrieren für die Gesundheitskompetenz aus Sicht des Patienten. • Praktische Strategien zur Verbesserung der mündlichen und schriftlichen Kommunikation mit den Patienten.
ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Dr. Sabine Schwarz	<p>Gastvortrag zum Thema: Verlässliche Patienteninformationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung ÄZQ • Warum sind Patienteninformationen wichtig? • Was zeichnet verlässliche Patienteninformationen aus? • Wo findet man verlässliche Patienteninformationen? • Wie können Fachkräfte des Gesundheitswesens Patienten bei der Identifizierung zuverlässiger Informationsquellen unterstützen? • Wie können verlässliche Patienteninformationen erstellt werden?
DRK Kreisverband Hamburg Altona und Mitte e.V. Erste Hilfe Grundausbildung (05/2017); Qualifizierung für zwei Jahre	<p>Erste Hilfe Grundausbildung - Qualifizierung für 2 Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigenschutz/Absichern der Unfallstelle • Der Notruf • Rettung aus dem Gefahrenbereich/insbesondere auch im Straßenverkehr • Betreuen (auch psychisch) – Wärmeerhalt – Schonhaltung • Wundversorgung • Der Verbandkasten für Kfz/der betriebliche Verbandkasten • Maßnahmen bei Knochenbrüchen und Gelenkverletzungen • Gefahren der Bewusstlosigkeit • Gefahren bei Atemstillstand • stabile Seitenlage • Herz-Lungen-Wiederbelebung

	<ul style="list-style-type: none"> • Zuhilfenahme des Automatisierten Externen Defibrillators (AED) • Helmabnahme beim bewusstlosen Motorradfahrer • Hirnbedingte Störungen • Atemstörungen • Kreislaufbedingte Störungen • Erkennen und versorgen von temperaturbedingte Störungen • Erkennen und versorgen von Vergiftungen
Kiss Hamburg	<p>Schulung zur Selbsthilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsweise Selbsthilfegruppen / Vorgehen bei der Gründung neuer Gruppen • Zusammenarbeit (Bindung) mit verschiedenen Akteuren, Einrichtungen • Instrumente um Gruppen langfristig zusammenzuhalten • Kommunikationsmittel • Schwierigkeiten, Herausforderungen für Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und sozialschwache Menschen
Praxis Herr Dr. med. Stadtmüller	Kardiologische Praxis, Hospitation am Empfang
Praxis Herr Dr. med. Fass	Orthopädische Praxis, Hospitation am Empfang
Praxis Herr Dr. med. Barialai	Allgemeinmedizinische Praxis, Hospitation am Empfang
Praxis Herr Dr. med. Ansell	Allgemeinmedizinische Praxis, Hospitation am Empfang
Praxis Frau Dr. med. Zielinski	Allgemeinmedizinische Praxis, Hospitation am Empfang
SKH Hamburg – Stadtteilklinik Hamburg	Hospitation der Einrichtung
Praxisklinik Mümmelmannsberg (Dr. Beneke)	Vorstellung der Klinik und Rundgang
Pflegestützpunkt Mitte	Hospitation der Einrichtung
Leben mit Demenz im Hamburger Stadtteil	Demenz-Woche in Billstedt – „Leben mit Demenz im Hamburger Stadtteil“
Mütterberatung, Spielwerkstatt	Hospitation der Einrichtung
MiMi – Mit Migranten für Migranten	Vortrag: Aufgaben der Einrichtung
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg	Vortrag: Aufgaben und Leistungen
Elternschule Billstedt	Hospitation der Einrichtung
Kinder- und Familienzentrum Dringsheide	Hospitation der Einrichtung

Tabelle 5: Übersicht der teilgenommenen Hospitationen der Mitarbeiter des Gesundheitskiosks

Raumplan

Raumplan Kioskfläche im Billstedt Center mit abgetrenntem Schulungsbereich durch zu integrierende (bzw. mobile) Abtrennung

Raumgröße lt. Grundriss: 98,8 m²

Mögliche Größe des Schulungsbereiches lt. Grundriss = 22,32 m²

Größe des Beratungsraums ohne Schulungsraum: 71,44 m²

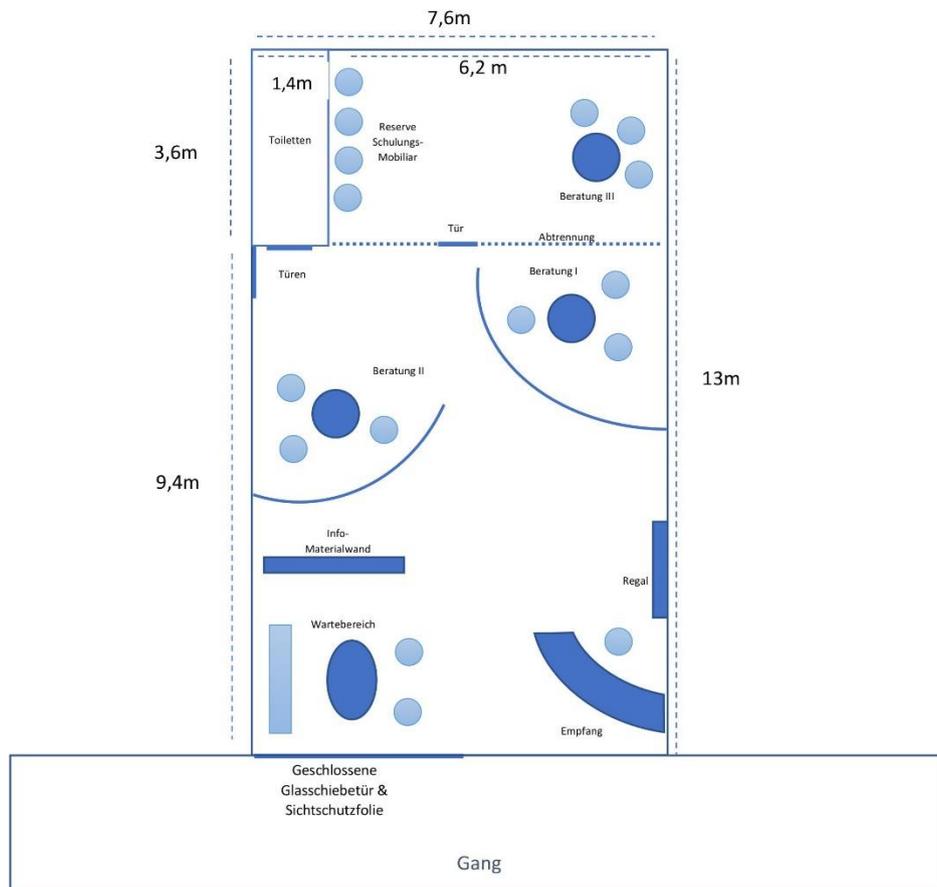


Abbildung 2: Raumplan. Quelle: Eigene Darstellung.

Anamnesebogen



Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin



Gesundheit für
Billstedt/Horn

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und beantworten Sie bitte alle Fragen, auch wenn Sie es für Ihr aktuelles Problem nicht für wichtig erachten.

Vor- und Nachname _____ Sprache _____

Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen _____

Anschrift/ PLZ _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____ Geschlecht Weiblich Männlich

E-Mail _____ Tel./Handy _____ Beruf _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

1. Was haben Sie aktuell für Beschwerden? _____

2. Welche anderen Krankheiten haben Sie?

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Reizmagen/ -darm | <input type="checkbox"/> Krebs / Tumor | <input type="checkbox"/> Rückenschmerz |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Schwindel |

Sonstiges/Details _____

3. Welche Operationen hatten Sie und wann waren diese? _____

4. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein (mind. 1x täglich)

Medikation _____ Anzahl: Morgens Mittags Abends Nachts

* Bei über 4 Medikationen bitte Überweisung an Gesundheitskiosk für Brown Bag

5. Welche Medikamente nehmen Sie nur bei Bedarf ein? _____

6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Nein Ja, und zwar _____

7. Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselerkrankungen in der Familie? Nein Ja, und zwar:

8. Körpergewicht in kg: _____ Körpergröße: _____
9. Hat sich Ihr Gewicht in den letzten beiden Monaten verändert? Nein Ja, um _____ kg
Kennen Sie den Grund für die Gewichtsveränderung? _____
10. Rauchen Sie? Nein Ja, ca. _____ Zigaretten täglich
11. Treiben Sie Sport? Nein Ja, ca. _____ Stunden pro Woche

12. Was beeinträchtigt Ihre Gesundheit?	stark	ziemlich	etwas	wenig	trifft nicht zu
Rauchen (wenn Sie rauchen)	<input type="checkbox"/>				
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>				
Übergewicht	<input type="checkbox"/>				
Ungesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>				
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>				
Stress und Hektik	<input type="checkbox"/>				
Arbeits- und Familiensituation	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit und Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>				

13. Würden Sie gerne etwas unternehmen, um Ihren Gesundheitszustand zu verbessern?
 Ja Nein, weil _____

14. Welche Veränderungen sind für Sie am wichtigsten?	sehr wichtig	ziemlich wichtig	egal	weniger wichtig	trifft nicht zu
...weniger rauchen	<input type="checkbox"/>				
...weniger Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>				
...mein Gewicht verringern	<input type="checkbox"/>				
...mich gesünder ernähren	<input type="checkbox"/>				
...mehr Bewegung	<input type="checkbox"/>				
...meine Alltagsbelastungen verringern	<input type="checkbox"/>				
...mehr unter Leute gehen	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>				

15. Weitere Wünsche und wichtige Informationen, die mich betreffen:

16. Sind Sie derzeit oder waren Sie in der Vergangenheit in ein Disease- Management- Programm (DMP) oder ein anderes Behandlungsprogramm eingeschrieben?

- Ja, ich nehme aktuell an dem folgenden DMP teil: _____
- Ja, ich habe früher daran teilgenommen. Nein, habe nie an DMP teilgenommen.

Bestätigung

Datum _____ Unterschrift _____

Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____

Formular Erstgespräch für Versicherte nicht teilnehmender Krankenkassen

	
Erstgespräch für Versicherte nicht teilnehmender Krankenkassen	
Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Straße und Hausnummer:	PLZ / Ort:
E-Mail:	Telefon:
Krankenkasse:	GKV-Nr.:
Haus-/Facharzt:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Beruf:	Sprache des Klienten:
Deutschkenntnisse vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Leichte Kommunikation ist möglich
Wie ist der Klient auf den Gesundheitskiosk aufmerksam geworden?	
Teilnahme RIVV: <input type="checkbox"/> Bereits eingeschrieben durch Arzt <input type="checkbox"/> Bereits eingeschrieben durch GK	
Datum:	Uhrzeit: von _____ bis _____ Berater:
Was ist der Anlass der Beratung?	
Nächster Schritt	<input type="checkbox"/> Weiterleitung an Haus-/Facharzt: _____ <input type="checkbox"/> Termin für Folgegespräch im GK vereinbart: _____ <input type="checkbox"/> Vermittlung an Community- Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Infomaterial): _____

Liebe/r Besucher/in, liebe/r Klient/in,

erst einmal begrüßen wir Sie herzlich im Gesundheitskiosk. Wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben. Bevor die Beratung beginnen kann, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass

- Ihre personenbezogenen Daten und die Beratungsinhalte für interne Zwecke gespeichert und verwendet werden, um die von Ihnen gewünschten Leistungen zu erbringen. Die Gesundheit für Billstedt/Horn UG behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) überwacht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre personenbezogenen und Ihre Erkrankung betreffenden Daten im erforderlichen Umfang im Rahmen der Beratung im Gesundheitskiosk und der Teilnahme zur optimalen Abstimmung Ihrer Behandlung zwischen den Ärzten und Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden.
- Sie nur als Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen den vollen Leistungsanspruch des Gesundheitskiosks haben. Die Mitarbeiter werden Sie darauf hinweisen, ob Ihre Krankenkasse an der Besonderen Versorgung teilnimmt. Sollten Sie nicht bei einer der teilnehmenden Krankenkasse versichert sein, muss ihr Leistungsanspruch im Gesundheitskiosk individuell geprüft werden. Zusätzlich können Sie in diesem Fall einen Antrag zur Teilnahme am Vertrag zur Regionalen Integrierten Vollversorgung gemäß § 140a SGB V bei Ihrer Krankenkasse stellen, bei dem Sie die Mitarbeiter des Gesundheitskiosks unterstützen werden.

Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift an.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Stand: 07/2017

Abbildung 4: Protokoll Erstgespräch. Quelle: Eigene Darstellung.

Beratungsprotokoll



Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin



Gesundheit für
Billstedt/Horn

Beratungsprotokoll Gesundheitskiosk

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____ Krankenversicherungsnummer.: _____

Anschrift und PLZ _____

Haus-/Facharzt _____

Beruf _____ Sprache des Klienten _____

Deutschkenntnisse vorhanden Ja Nein Leichte Kommunikation ist möglich

Wie ist der Klient auf den Gesundheitskiosk aufmerksam geworden? _____

Datum _____ Berater _____

Was ist der Anlass der Beratung? _____

Was sollte sich ändern? _____

Was ist das Ziel der Beratung? _____

Bisheriger Verlauf / Erfolg der Maßnahmen? _____

Geplante Maßnahmen/ konkrete Schritte _____

Über welche Ressourcen verfügt der /die Klient/in?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Freunde | <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Hobbies | <input type="checkbox"/> Glaube/ Kirche/ Spiritualität |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reisen/
Unternehmungen | <input type="checkbox"/> Finanzieller Spielraum | <input type="checkbox"/> Sport/ körperliche
Fitness / Verein | <input type="checkbox"/> Unterstützungsmöglichkeiten |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Aufgaben für den Klienten / die Klientin _____

Hilfestellung durch Gesundheitskiosk

Bemerkungen/ Besonderheiten _____

Kommentar zum Verlauf der Beratung _____

Hausarzt / Überweisender Arzt wurde informiert: ja nein _____

Nächster Termin im Gesundheitskiosk _____

Abbildung 5: Beratungsprotokoll Gesundheitskiosk. Quelle: Eigene Darstellung.

Institut und Poliklinik
für AllgemeinmedizinGesundheit für
Billstedt/Horn

Gesundheitskiosk - Protokoll Abschlussgespräch

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____ Krankenversicherungsnummer _____

Datum _____ Berater _____

Haus-/ Facharzt _____

Was war der Anlass der Beratung?

Wie hat sich der Anlass der Beratung entwickelt?

Welche Ziele wurden mit der Klientin / dem Klienten vereinbart?

Welche Maßnahmen/ Angebote oder Interventionen wurden empfohlen?

Welche empfohlenen Maßnahmen/ Angebote oder Interventionen wurden umgesetzt?

Welche Maßnahmen haben geholfen?

Welche Maßnahmen waren nicht wirkungsvoll?

Wie zufrieden ist der/die Klient/in mit dem bisher erreichten Ziel?

sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	Nicht zufrieden	Nur Teilziel erreicht	Ziel nicht erreicht
<input type="checkbox"/>					

Notizen _____

Welche weiteren Schritte plant der/ die Klient/in?

Wünscht sich der/ die Klient/in eine weitere Kontaktaufnahme?

Wie zufrieden ist der/ die Klient/in mit der Betreuung durch den Gesundheitskiosk?

sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	Nicht zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notizen _____

Wie viele Beratungstermine haben stattgefunden? _____ Termine

Wie hoch war der gesamte zeitliche Aufwand? _____ Stunden _____ Tage _____ Monate

Wie häufig war der/die Klient/In in den vergangenen 12 Monaten:

Beim Hausarzt? _____ Beim Facharzt? _____ Im Krankenhaus? _____

Hat der / die Klient/in den Eindruck, dass er während der Betreuung durch den Gesundheitskiosk weniger medizinische Leistungen in Anspruch genommen hat?

Ja, Weniger Hausarzt	Ja, weniger Facharzt	Ja, weniger Krankenhaus
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Nein, mehr Hausarzt	Nein, mehr Facharzt	Nein, mehr Krankenhaus
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Weitere Bemerkungen und Besonderheiten zum Verlauf während der Beratung

Abbildung 6: Protokoll Abschlussgespräch. Quelle: Eigene Darstellung.

Anlagen

7. Konzepte Versorgungsprogramme

- Patienten im Blick
- Krankenhaus im Blick
- Pflege im Blick

Patienten **im Blick**

Indikations- und zielgruppenspezifische Versorgungsprogramme

Kontakt: Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)
Versorgungsmanagement
Möllner Landstraße 31
22111 Hamburg

Gefördert unter Kennzeichen
01NVF16025 für die Zeit vom
1.1.2017 – 31.12.2019 durch



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Inhaltsverzeichnis

1	Überblick	4
2	Gesundheitskiosk: Risikofaktorenmanagement.....	6
	Modul RFM: Risikofaktorenmanagement im Gesundheitskiosk	6
3	Versorgungsprogramme Patienten im Blick.....	7
3.1	COPD.....	8
	Modul 1: COPD-Koordinator.....	8
	Modul 2: Lungensport	8
	Modul 3: Rauchfreikurs	9
	Modul 4: KATA	9
3.2	Diabetes mellitus Typ 2	10
	Modul 1: Versorgungskoordinator Diabetes	10
	Modul 2: Rehasport Diabetes.....	11
	Modul 3: Diabetesschulung+ Besser Leben mit Diabetes	11
3.3	KHK und Herzinsuffizienz.....	12
	Modul 1: Koordinator Herzinsuffizienz (-schwester).....	12
	Modul 2: Reha-Sport Herz	13
	Modul 3: Ich und mein Herz	13
	Modul 4: DC-Waage.....	14
3.4	Krebserkrankungen	14
	Modul 1: Krebsberatung.....	15
	Modul 2: FIBS.....	15
	Modul 3: Schmerzschulung	16
	Modul 4: Movival- Aktiv gegen Krebs.....	16
3.5	Psychische Erkrankungen (Depressionen).....	17
	Modul 1: Koordinator Psyche Genesungsbegleitung	17
	Modul 2: Psychoedukation	18
	Modul 3: Patientenschulungen zu psychischen Erkrankungen	19
	Modul 4: E-Mental-Health - Online Therapieprogramme für psychische Erkrankungen/ Depressionen	19
3.6	Psychische Erkrankungen und Migration	20
	Modul 1: Fremdsprachige Psycho-Koordinatorin.....	20
	Modul 2: Türkisch-sprachige Psychoedukation.....	21
	Modul 3: GAP-Gesprächskreis (Farsi- / Dari-sprachig)	22

Modul 4: Sprechstunde seelische Gesundheit durch lokale ASP-Träger.....	22
3.7 Vulnerable Patienten Z-Diagnosen	23
Modul 1: Experten Beratung	23
Modul 2: Schulungen Besser Streiten.....	24
3.8 Rückenschmerzen.....	25
Modul 1: Rückenlehrer	25
Modul 2: Rückenfit	25
Modul 3: Schmerzschulung	26
Modul 4: KAIA	27
3.9 Kindergesundheit (0 bis 2 Jahre)	27
Modul 1: Hebammensprechstunde.....	27
Modul 2: Gesundheitssprechstunde in der Elternschule / Elternkonferenzen Kita.....	28
Modul 3: Eltern-Baby-Kurse im Gesundheitskiosk	29
Modul 4: Erste-Hilfe-Kurs bei Säuglingen und Kleinkindern.....	29
4 Fortbildungen	30
Modul Fortbildungen.....	30

1 Überblick

Programmbeschreibung

Patienten im Blick sind in der Arztpraxis, im Gesundheitskiosk und im Versorgungsmanagement angesiedelte indikations- und zielgruppenspezifische Versorgungsprogramme. Alle Patienten erhalten zunächst eine Beratung durch einen Community Health Nurse des Gesundheitskiosk. Bei Vorhandensein einer gesicherten Diagnose entsprechend der Zielgruppendefinition (siehe Zielgruppe) werden die Patienten in das jeweilige Programm gesteuert und durch einen Experten / Lotsen / Koordinator begleitet und beraten (vgl. Abb. 1).

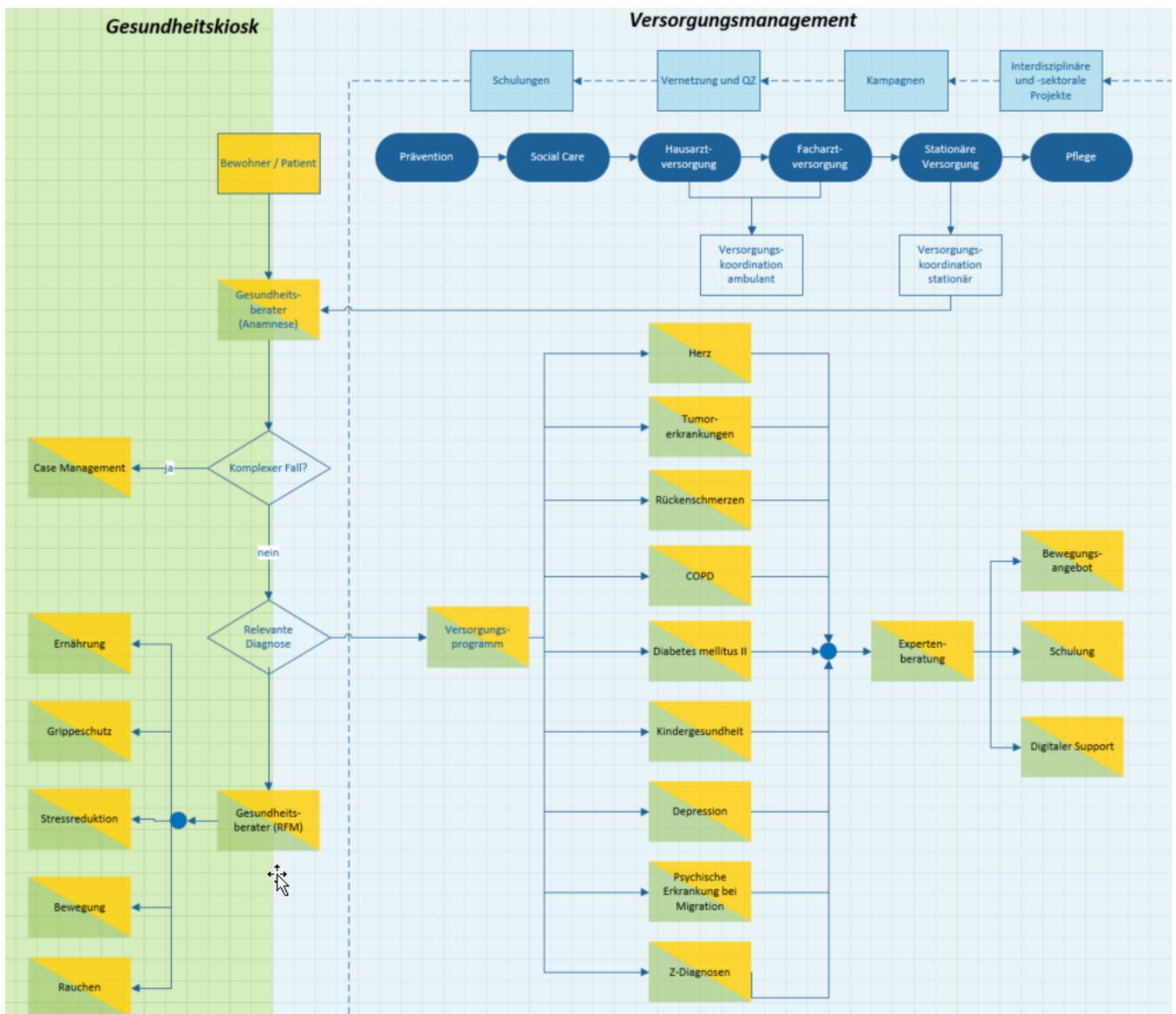


Abbildung 1 Prozess zur Abgrenzung Versorgungsmanagement - Gesundheitskiosk

Zielgruppen

Patienten mit mindestens einer der folgenden Diagnosen:

1. COPD (ICD J40-44, J47)
2. Diabetes mellitus Typ 2 (ICD E10 bis E14)
3. Herzerkrankungen (ICD I20 bis I25, I50)
4. Krebserkrankung (ICD C00 bis C97)
5. Depressionen (ICD F32)
6. Rückenschmerzen (ICD M54)
7. Vulnerable Patientengruppen (ICD Z00 – Z99)
8. Migrationsgesundheit (ICD F00 – F99)
9. Kindergesundheit & Schwangerschaft / Wochenbett (u.a. ICD E66O24 bis O26, O99, P92, Z34, Z76.2)

Ziele

Folgende Ziele sollen erreicht werden:

- Stärkung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie der Patientenerfahrung.
- Erhöhung der Inanspruchnahme von Sekundär- und Tertiärprävention.
- Erhöhung der Inanspruchnahme von Impfungen und Vorsorgeleistungen.
- Befähigung zur Teilnahme von Maßnahmen zur Steigerung der Arzneimittelsicherheit
- Integration in die medizinische Regelversorgung
- Verzögerung/Verminderung von Chronifizierungen
- Verbesserung des Gesundheitsstatus der vulnerablen Personengruppe
- Stabilisierung des gesundheitlichen Zustands auf möglichst hohem Niveau
- Verhinderung/Verzögerung von gesundheitlichen Eskalationen bzw. einer erneuten Verschlechterung
- Verhinderung/Vermeidung von ambulanter Versorgung im stationären Bereich, u.a. durch Reduzierung von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (ASK)
- Reduzierung der notärztlichen Inanspruchnahme, insbesondere Wiederversorgung ohne ambulante Inanspruchnahme zwischen den Not- oder Krankenhausfällen

Start Programmentwicklung: Januar 2017

Programmlaufzeit: 01. Januar 2017 – 31.12.2019

2 Gesundheitskiosk: Risikofaktorenmanagement

Modul RFM: Risikofaktorenmanagement im Gesundheitskiosk	
Kurzbeschreibung/ Ziel	Alle Patienten bzw. Klienten, die in das neue Versorgungsmodell INVEST im Gesundheitskiosk eingeschrieben werden, erhalten im ersten Schritt eine strukturierte Gesundheitsberatung. Ziele sind Verbesserung des Risikofaktorenmanagement, Verbesserung der Gesundheitskompetenz, Stärkung des Selbstmanagement, Verringerung von Komplikationen und Reduktion von ASK-Fällen.
Zielgruppe	Bevölkerung Billstedt/Horn
Maßnahmen	<p><u>Arzt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • GfBH-Überweisungsschein inkl. Auftrag an Gesundheitskiosk <p><u>Community Health Nurse Gesundheitsberatung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • (Sozial-)Anamnese • Zielvereinbarung • Erhebung medizinischer Daten • Gesundheitsberatung • Weiterleitung an Angebote (kioskintern sowie ggf. extern) • Rückmeldung an Arzt nach Erstgespräch und 1x/Quartal <p><u>Gesundheitskiosk Angebote:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung <ul style="list-style-type: none"> ◦ Individualberatung durch Diät-/Diabetesassistentin ◦ Kurs: Abnehmen Schritt für Schritt • Raucherentwöhnung <ul style="list-style-type: none"> ◦ Kompaktkurs Rauchfrei • Bewegungsangebote <ul style="list-style-type: none"> ◦ Yoga XL ◦ Nordic Walking ◦ Rückenfit • Stressreduktion <ul style="list-style-type: none"> ◦ Autogenes Training • Gripeschutz <ul style="list-style-type: none"> ◦ Impfkampagne mit Gewinnspiel
Beteiligte	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung (Frau Bonnen) • Raucherentwöhnung (Frau Meik) • Bewegungsangebote (Volkshochschule Hamburg) • Gripeschutz (Kampagne Helen Sharp)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 1.317 Einschreibungen im Gesundheitskiosk • 7.933 Beratungen bei 2.916 Patienten • 3.589 Folgetermine
Status	umgesetzt

3 Versorgungsprogramme Patienten im Blick

Die Versorgungsprogramme wurden auf Grundlage der Nationalen Versorgungsleitlinien, wissenschaftlicher Studien sowie auf Interviewergebnissen von Experten (Ärztenez Billstedt/Horn e.V. und Ärztlichen Beirat) entwickelt. Nach Abschluss der Konzeptphase fanden Qualitätszirkel statt, um die Konzepte vorzustellen und in einem interdisziplinären Team weiter zu entwickeln. Insgesamt fanden 51 Qualitätszirkel und Projektgruppen statt, um die Programme bedarfsorientiert zu konzipieren und um auf Umsetzung zu prüfen. Beteiligte waren, neben der GfBH, Haus- und Fachärzte aus dem Ärztenetz Billstedt/Horn e.V., deren Praxismitarbeiter, die Versorgungskordinatoren, Ärzte aus dem stationären Bereich sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer. Ziele der Qualitätszirkel sind zudem die verbesserte Kommunikation und Koordination der Behandler und die Optimierung bereits bestehenden Versorgungspfade. Alle Versorgungsprogramme - insbesondere medizinischen Sachfragen - wurden vom ärztlichen Beirat bewertet und final freigegeben.

Zielgruppen: Vulnerable Versicherte aus der Region Billstedt/Horn mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz werden nach einer sozialmedizinischen Anamnese und Zielvereinbarung durch den Arzt ggfls. in ein Versorgungsprogramm eingeschrieben. Insgesamt sind 1.114 mit einem Überweisungsschein vom Arzt im Gesundheitskiosk angekommen. Bei 1.039 vulnerablen Versicherten wurde eine sozialmedizinische Anamnese sowie eine Zielvereinbarung durch den Arzt durchgeführt. Insgesamt konnten 335 Patienten in die Versorgungsprogramme eingeschlossen werden.

Dazu gehören insbesondere bildungsferne Versicherte und/oder, Versicherte mit mangelndem Gesundheitswissen und/oder, Versicherte mit fehlendem Überblick über Zuständigkeiten der Leistungserbringer oder über die Zugangswege zu Leistungen im Gesundheitswesen. Die teilnehmenden Versicherten werden zur Nutzung der medizinischen Versorgung befähigt, d. h. Stärkung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung sowie zur Teilnahme an einem Versorgungsprogramm motiviert und engmaschig begleitet, dazu gehört auch die Einbindung und Unterstützung von Versicherten, die aufgrund von z. B. Sprachbarrieren (z. B. Farsi, Türkisch) bislang über die Regelversorgung kaum erreicht wurden. Wie mitgeteilt, führt die Überlastung der Leistungserbringer in Billstedt/Horn, der papierintensive Einschreibe- und Dokumentationsprozess sowie ein Versichertenklientel, dass ein hohes Maß an Aufklärung und Überzeugungsarbeit benötigt (z.T. Analphabeten, fehlende Deutschkenntnisse, fehlende Krankheitseinsicht/Gesundheitskompetenz) dazu, dass sich die Fallzahlen nicht wie geplant entwickeln konnten.

3.1 COPD

Das Versorgungsprogramm für Patienten mit COPD besteht aus vier Modulen. Nach einem ausführlichem Beratungsgespräch mit einer fachweitergebildeten Pflegekraft, einer COPD-Koordinatorin, kann der Patient individuell aus verschiedenen Interventionen auswählen: einer Teilnahme am Lungensport, einem Raucherentwöhnungskurs und einer Therapieunterstützung durch die KATA-App.

Modul 1: COPD-Koordinator	
Kurzbeschreibung / Ziel	Zielgruppenentsprechende Patienten sollen durch speziell weitergebildetes Personal (COBRA-Trainer oder pulmologische Fachassistentin) zu indikationsspezifischen Themenbereichen beraten und informiert werden.
Zielgruppe	Patienten mit einer Diagnose aus dem ICD Bereich J40-44, J47
Maßnahmen	<p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung zur Erkrankung (Krankheitswissen und Krankheitsmanagement) • Kontinuierliche Überwachung des Patienten mittels telefonischer und persönlicher Konsultationen in Rücksprache mit einem kooperierenden Lungenspezialarzt zur frühzeitigen Erkennung von Komplikationen • Koordination von Terminen und Maßnahmen • Steuerung durch Versorgungsprogramm (M2 – M4) • Dokumentation <p><u>Themenbereiche COPD-Koordinatorin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen zur Erkrankung, insbesondere zu möglichen Komplikationen und Symptomen sowie dem Umgang damit • Umgang mit Inhalationsgeräten • Vermittlung von Atemtechniken • Anleitung von Bewegungsübungen unter Beachtung des Fortschritts der Erkrankung
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Patienten mit Diagnose: 22
Status	Aufgrund fehlender Pneumologen im Stadtteil und gescheiterten Kooperationsanfragen zu Pneumologen außerhalb des Stadtteils konnten keine COPD-Koordinatoren akquiriert werden, sodass diese Funktion durch Community Health Nurses des Gesundheitskiosk übernommen werden musste.

Modul 2: Lungensport

Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten, die unter COPD leiden, werden im Rahmen dieses Kurses zu Bewegungsübungen angeleitet. Ziele dabei sind die Reduktion der Symptome und die Steigerung der Lebensqualität.
Zielgruppe	Patienten mit einer Diagnose aus dem ICD Bereich J40-44, J47

Maßnahmen	Steuerung in das Modul erfolgt durch die Gespräche mit dem Experten aus M1 <u>Aufbau:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aufwärmphase (zum Beispiel Peak-Flow-Messung, Schulung, Aufwärmgymnastik mit oder ohne Gerät) • Gymnastikphase (Ausdauer/ Kräftigung/ Koordination/ Dehnung usw.) • Entspannungsphase
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Teilnehmer
Status	Aufgrund fehlender Trainer des kooperierenden Anbieters HerzInForm konnte kein Lungensport angeboten werden, sodass die zielgruppenentsprechenden Patienten je nach körperlichem und psychischem Zustand in andere Bewegungsangebote des Gesundheitskiosk gesteuert wurden (Nordic Walking, bei relevanten Begleiterkrankungen Rehasport Herz und Diabetes, Yoga XL, etc.).

Modul 3: Rauchfreikurs

Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten, die unter einer COPD leiden und aktuell noch rauchen werden im Rahmen dieses Kurses zur Raucherentwöhnung angeleitet. Ziel dabei ist es den schwerwiegendsten Risikofaktor bzw. Einflussfaktor zum Fortschreiten einer COPD auszuschalten.
Zielgruppe	Patienten mit einer Diagnose aus dem ICD Bereich J40-44, J47
Maßnahmen	Steuerung in das Modul erfolgt durch die Gespräche mit dem Experten aus M1 Ablauf des Kurses: <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapeutisch orientiert • 4 Einheiten (eine Info-Veranstaltung + drei Termine) • Zusätzlicher fix vereinbarter Telefontermin nach Beendigung des Kurses • Inhalte u.a.: Theorie, praktische Übungen, Erfahrungsaustausch, etc.
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Trainerin Rauchfrei (Frau Meik)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 15 Patienten
Status	umgesetzt

Modul 4: KATA

Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten nutzen die App zur Steigerung der Therapiesicherheit und Therapiequalität. Sie werden durch die App in relevanten Themen die Inhalationstechnik betreffend geschult und überwacht und an die Einnahme erinnert.
Zielgruppe	Patienten mit einer Diagnose aus dem ICD Bereich J40-44, J47

Maßnahmen	Steuerung in das Modul erfolgt durch die Gespräche mit dem Experten aus M1 Ablauf: <ul style="list-style-type: none"> • Anmeldung • Einstellen persönlicher Daten (Medikament, Dosierung, Einnahmezeit) • Nutzung der Funktionen: <ul style="list-style-type: none"> • Erinnerungsservice • Optimierung des Inhalationsvorgangs • Nutzung vielfältiger Informationen zum Themen
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Patienten: 0
Status	Das Angebot wurde von den Patienten nicht angenommen.

3.2 Diabetes mellitus Typ 2

Das Versorgungsprogramm richtet sich an Menschen mit einer Diabeteserkrankung. Nach einer umfassenden Anamnese und Beratung durch einen Community Health Nurse im Gesundheitskiosk erhält der Patient eine Ernährungsberatung. Programmteilnehmer werden angehalten, am Diabetes-Reha-Sport teilzunehmen sowie die auf Verhaltensänderung abzielende Schulung ‚Besser Leben mit Diabetes‘ zu besuchen.

Modul 1: Versorgungskordinator Diabetes	
Kurzbeschreibung / Ziel	Nach Einschreibung in die besondere Versorgung können Patienten in das Programm Diabetes im Blick aufgenommen werden. Der Koordinator ist für die Patienten im Kiosk Hauptansprechpartner und unterstützt die Patienten durch den Versorgungsprozess.
Zielgruppe	Personen mit der Diagnose Diabetes mellitus (ICD E10 bis E14) Voraussetzung: Einschreibung in die besondere Versorgung erfolgt
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsfolge: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erstgespräch – Diabeteslotse ○ Ernährungsberatung (3-4 Termine) – Diät-/Diabetesassistentin ○ Folgegespräche (1x/Quartal) – Diabeteslotse • Diabeteskoordinator: <ul style="list-style-type: none"> ○ (Sozial-)Anamnese beim Erstgespräch ○ Zielvereinbarung ○ Übertragung Daten aus GesundheitsPass Diabetes ○ Gewichtskontrolle 1x/Quartal ○ Gesundheitsberatung 1x/Quartal, vgl. Modul RFM ○ Weiterleitung an Diät-/Diabetesassistentin nach Erstgespräch ○ Rückmeldung an Arzt nach Erstgespräch und 1x/Quartal • Diät-/Diabetesassistentin: Einzelberatung Ernährung <ul style="list-style-type: none"> ○ Ernährungsanamnese und Ernährungstagebuch ○ mind. drei Folgetermine

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gewichtskontrolle pro Termin ○ Rückmeldung an Arzt nach Beratungsabschluss ○ nach erfolgter Ernährungsberatung Rückleitung an Lotse
Partner	<ul style="list-style-type: none"> ● Diabetesassistenten (Frau Rehmann, Frau Reher) ● Versorgungskordinatoren Diabetes
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> ● 141 Patienten
Status	umgesetzt

Modul 2: Rehasport Diabetes	
Kurzbeschreibung / Ziel	Patienten erhalten eine Rehasportverordnung durch ihren Arzt und nehmen regelmäßig am Rehasport teil.
Zielgruppe	s.o.
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ● Anleitung zur korrekten Ausstellung der Verordnung ● Kooperation mit Rehasport-Anbietern (LadyFit, Sportvereine) ● Reha-Sportgruppe im Seminarraum Gesundheitskiosk <ul style="list-style-type: none"> ○ 1x/Monat Teilnahme Diabetesassistentin/-beraterin vom Diabetikerbund Hamburg e. V.: Gewichtskontrolle, BZ-Messung vor und nach Sport ○ 1x/Monat Gruppenberatung im Anschluss an Rehasport durch Diabetesassistentin/-beraterin vom Diabetikerbund Hamburg e. V.
Partner	<ul style="list-style-type: none"> ● Diabeterbund Hamburg (Frau Lühr)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> ● 21 Patienten
Status	umgesetzt

Modul 3: Diabetesschulung+ Besser Leben mit Diabetes	
Kurzbeschreibung/ Ziel	<p>Patienten nehmen an Diabetesschulung in Schwerpunktpraxis teil. Kursteilnehmer werden im Anschluss an den fortlaufenden Kurs ‚Besser Leben mit Diabetes‘ im Gesundheitskiosk gebunden. Klienten können zeitlich unabhängig von DMP-Schulungen an Kurs im Gesundheitskiosk teilnehmen.</p> <p>Ziel: Patienten lernen einen positiven Umgang mit ihrer Erkrankung. Sie lernen Durchhaltevermögen und Selbstmotivation sowie realistische Ziele zu setzen.</p>
Zielgruppe	s.o.
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ● Flyer ‚Besser Leben mit Diabetes – Was kann ich dafür tun?‘ in Arztpraxen und Gesundheitskiosk ● Direktansprache der Schulungspatienten in Schwerpunktpraxis ● Direktansprache durch Diabeteslotsin sowie Diabetesassistenten

	<ul style="list-style-type: none"> • Besser Leben mit Diabetes – Was kann ich dafür tun? Fortlaufender Kurs, 1x/Monat 90 min. Einstieg jederzeit möglich Kursleitung: Dr. Thomas Zimmermann, UKE • Recall vor Kurstermin
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • UKE: Psychologe (Dr. Zimmermann)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 19 Patienten
Status	umgesetzt

3.3 KHK und Herzinsuffizienz

Das Versorgungsprogramm für Patienten mit Herzinsuffizienz besteht aus vier Modulen. Die Hauptintervention besteht aus einer dauerhaften Anbindung an und regelmäßigen Beratung durch eine Herzinsuffizienz-Koordinatorin. Zudem sollen die in diesem Modul angebotenen Patienten zur Bewegungsförderung am Herz-Sport teilnehmen und eine Herz-Schulung im Gesundheitskiosk besuchen. Das Gewicht soll durch eine digitale Waage in der Häuslichkeit erfasst und in Echtzeit in die PVS der behandelnden Praxis transferiert werden.

Modul 1: Koordinator Herzinsuffizienz (-schwester)	
Kurzbeschreibung / Ziel	Zielgruppenentsprechende Patienten werden durch speziell weitergebildetes Personal zu indikationsspezifischen Themenbereichen beraten und informiert
Zielgruppe	Patienten mit einer Diagnose aus den ICD-Bereich I20-25 und/oder I50
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation <ul style="list-style-type: none"> ○ Verantwortlichkeit: Arzt und Herzinsuffizienz-Koordinator ○ Prozess: Filterung in der Praxisverwaltungssoftware und Markierung entsprechender Patienten • Ansprache <ul style="list-style-type: none"> ○ Verantwortlichkeit: Arzt ○ Prozess: Ansprache und Empfehlung des Angebots in halbjährlichen Praxiskontakten und bei Zustimmung direkte Vermittlung an Herzinsuffizienz-Koordinator • Einschreibung <ul style="list-style-type: none"> ○ Verantwortlichkeit: Herzinsuffizienz-Koordinator ○ Prozess: Einschreiben des Patienten in die Besondere Versorgung und Vereinbarung eines ersten Beratungsgesprächs • Erstes Beratungsgespräch <ul style="list-style-type: none"> ○ Verantwortlichkeit: Herzinsuffizienz-Koordinator ○ Prozess: Anamnese, Zielvereinbarung, Beratung, Terminplanung für Telefonate und persönliche Kontakte

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring und Beratung <ul style="list-style-type: none"> ○ Verantwortlichkeit: Herzinsuffizienz-Koordinator ○ Prozess: 6 x jährlich Telefonate und 2 x jährlich persönliche Kontakte zum Monitoring und Beratung des Patienten; Steuerung des Patienten durch das Versorgungsprogramm (Modul 2-4), kontinuierliche Dokumentation <p>Themenbereiche der Beratungen und des Monitorings:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Allgemeine Informationen zur Erkrankung und daraus resultierenden Folgen und möglichen Komplikationen ○ Umgang mit der Erkrankung, insb. zum Selbstmanagement dieser (Gewichts- und Pulskontrollen, Trink- und Essverhalten, Medikamenteneinnahme, etc.) ○ Motivation, insb. zu Bewegung und Disziplin
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungskoordinator Frau Weber (Herzinsuffizienz-MFA) • Versorgungskoordinator Frau Orlik (Herzinsuffizienz-Schwester) • Versorgungskoordinator Frau Szymczak (MFA Kardiologie Dr. Ansell)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 25 Patienten
Status	umgesetzt

Modul 2: Reha-Sport Herz

Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten erhalten eine Rehasportverordnung durch ihren Arzt und nehmen regelmäßig am Rehasport teil.
Zielgruppe	Patienten mit einer Diagnose aus den ICD-Bereich I20-25 und/oder I50
Maßnahmen	Reha-Sportgruppe im Seminarraum des Gesundheitskiosks zur Steigerung der kardio-pulmonalen Belastbarkeit unter Beachtung der körperlichen Voraussetzungen
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Herz in Form
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 55 Patienten
Status	umgesetzt

Modul 3: Ich und mein Herz

Kurzbeschreibung/ Ziel	<p>Patienten nehmen an dem fortlaufenden Kurs ‚Ich und mein Herz‘ im Gesundheitskiosk teil. Klienten können zeitlich unabhängig von DMP-Schulungen an Kurs im Gesundheitskiosk teilnehmen.</p> <p>Ziel: Patienten lernen einen positiven Umgang mit ihrer Erkrankung. Sie lernen Durchhaltevermögen und Selbstmotivation sowie realistische Ziele zu setzen.</p>
---------------------------	--

Zielgruppe	Patienten mit einer Diagnose aus den ICD-Bereich I20-25
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufender Kurs, 1x/Monat 90 min. • Einstieg jederzeit möglich • Kursleitung ausstehend <p>Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen und Ursachen, Symptome, Risikofaktoren, Komplikationen und Umgang • Bedeutung von Herzerkrankungen für den Alltag • Therapietreue und Medikamente • Bewegung • Ernährung
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungskordinatoren (Frau Weber, Frau Orlik, Frau Szymczak) • Community Health Nurse
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Teilnehmer
Status	Aufgrund komplexer Planung (Kursleiter, Dozenten, Themen, etc.) wurden die Patienten primär in Einzelberatungen und im Kontakt mit den Herzinsuffizienz-Koordinatoren zu den Inhalten geschult.

Modul 4: DC-Waage

Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten werden im Rahmen des Programms mit einer Waage versorgt, die i der Häuslichkeit das Gewicht der Patienten erfasst und direkt in die PVS der Praxis und des Gesundheitskiosks überträgt. Ziel ist eine zeitnahe Erfassung von Gewichtszunahmen und eine entsprechend frühzeitige Intervention auf die drohende Dekompensation zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten.
Zielgruppe	Patienten mit einer Diagnose aus den ICD-Bereich I20-25, die bereits M1 durchlaufen haben
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrüstung des Patienten mit einer Waage • Anbindung der Waage an die PVS • Motivation des Patienten zur regelmäßigen Nutzung i.R. des Moduls 1
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl ausgestatteter Patienten
Status	Bisher sind in den Häuslichkeiten keine Waagen installiert. Im Rahmen der Besuche beim Kardiologen und im Gesundheitskiosk wurden regelmäßig Gewichtskontrollen mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung von Dekompensationen durchgeführt.

3.4 Krebserkrankungen

Das Versorgungsprogramm für Patienten mit Tumorerkrankungen besteht aus vier Modulen. Nach einem ausführlichem Beratungsgespräch mit einer fachweitergebildeten Fachkraft kann der Patient individuell aus verschiedenen Interventionen auswählen: einer Teilnahme am FIBS-Kurs, einer

Schmerzschulung und einer sechsmonatigen Nutzung der Movival-App. Zur Optimierung der Versorgung fanden 2019 zwei Qualitätszirkel zum Thema statt.

Modul 1: Krebsberatung	
Kurzbeschreibung / Ziel	Zielgruppenentsprechende Patienten werden durch speziell weitergebildetes Personal zu indikationsspezifischen Themenbereichen beraten und informiert
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit einer Diagnose aus dem ICD Bereich C00 – C97 • Angehörige • Langzeitüberlebende
Maßnahmen	<p><u>Aufgaben Krebsberaterin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • min. eine Beratung zu u.g. Themenbereichen • Einschätzung eines eventuellen Mehrbedarfs an Terminen mit Onkolotsin • Steuerung durch Versorgungsprogramm (M2 - M5) • Dokumentation • bei Bedarf ggf. Zweittermin <p><u>Themenbereiche Krebsberatung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen zur Erkrankung, insbesondere zu möglichen Komplikationen und Symptomen sowie dem Umgang damit • Beratung zu sozialrechtlichen Themen sowie bei Bedarf Unterstützung bei der Umsetzung dieser • Vermittlung von Unterstützungsangeboten • Steuerung an weitere Beratungsangebote • Beantwortung psycho-sozialer Fragestellungen
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • UCCH • Hamburger Krebsgesellschaft e.V.
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 31 Patienten
Status	Umgesetzt

Modul 2: FIBS	
Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten, die unter einer tumorbedingten Fatigue leiden, werden im Rahmen dieses Kurses im Umgang mit dieser Symptomatik geschult. Ziele dabei sind die Reduktion der Symptome und die Steigerung der Lebensqualität durch eine Wissenssteigerung und Verhaltensänderungen.
Zielgruppe	s.o.
Maßnahmen	<p>Steuerung in das Modul erfolgt durch die Gespräche mit den Onko-Lotsen aus M1</p> <p>Ablauf des Kurses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 Einheiten je 90 Minuten im wöchentlichen Abstand zueinander • Gruppengröße ca. 8 Personen

	<ul style="list-style-type: none"> Inhalte: Formen der Fatigue, Ursachen und Behandlung, Zeit- und Energiemanagement, gesunder Schlaf und Genuss, Umgang mit Gefühlen und individuelle Alltagsgestaltung
Partner	<ul style="list-style-type: none"> Hamburger Krebsgesellschaft e.V. (Frau Röntgen)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> 6 Teilnehmer
Status	Umgesetzt

Modul 3: Schmerzschulung

Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten, die unter tumorbedingten Schmerzen leiden, werden im Rahmen dieses Kurses im Umgang mit dieser Symptomatik geschult. Ziele dabei sind die Reduktion der Symptome und die Steigerung der Lebensqualität durch eine Wissenssteigerung und Verhaltensänderungen.
Zielgruppe	s.o.
Maßnahmen	<p>Steuerung in das Modul erfolgt durch die Gespräche mit den Onko-Lotsen aus M1</p> <p>Ablauf des Kurses:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 Einheiten je 120 Minuten im wöchentlichen Abstand zueinander Gruppengröße ca. 10 - 12 Personen Inhalte: Theorie zum Thema Schmerz (Entstehung, Arten, Formen, etc.), Umgang mit Schmerz, Bewältigungsstrategien, Behandlungsmöglichkeiten
Partner	<ul style="list-style-type: none"> Schmerztherapeutin (Frau Wilhelm-Jörck, Kursleitung)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> 22 Patienten
Status	Umgesetzt

Modul 4: Movival- Aktiv gegen Krebs

Kurzbeschreibung / Ziel	Patienten nutzen die digitale App, um ihre persönlichen Bewegungsziele zu definieren und zu überwachen. Die App ist als Medizinprodukt zertifiziert und zielt auf die Senkung des Rückfallrisikos.
Zielgruppe	s.o.
Maßnahmen	<p>Steuerung in das Modul erfolgt durch die Gespräche mit den Onko-Lotsen aus M1</p> <p>Inhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anmeldung im Rahmen eines 14-tägigen Tests Definieren von Bewegungszielen anhand einer individuellen Punkteberechnung der App anhand wissenschaftlicher Studien

	<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der Zielerreichung mittels Punktevergabe, wobei alle Bewegungsformen mit Punktwerten hinterlegt sind • Zudem Nachrichten und Neuigkeiten zum Thema Krebs • Communityaustausch zwischen Betroffenen <p>Ablauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anmeldung im Rahmen eines 14-tägigen Testangebotes • Wiedervorstellung im Kiosk nach 10 Tagen Test zur gemeinsamen Bewertung • Ggf. Verlängerung mittels Abo
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Vermittlungen
Status	Die Patienten haben bisher kein Interesse an dieser digitalen Unterstützungsmöglichkeit. Die Bewegungsmöglichkeiten und Intensitäten werden eher im Rahmen der Beratung thematisiert.

3.5 Psychische Erkrankungen (Depressionen)

Das Versorgungsprogramm richtet sich an Patienten mit psychischen Erkrankungen und besteht aus vier Modulen. Nach einem ausführlichem Erstgespräch mit einem Berater des Gesundheitskiosk werden Patienten mit psychischen Belastungen / Erkrankungen für ein Gespräch an die Genesungsbegleiterin verwiesen, die gemeinsam mit dem Patienten die weiteren Beratungs-/Behandlungsmöglichkeiten bespricht. Im Rahmen des Versorgungsprogramms kann der Patient – je nach Indikation – drei Module in Anspruch nehmen: Psychoedukation, Patientenschulungen zu psychischen Erkrankungen sowie E-Mental-Health - Online Therapieprogramme für psychische Erkrankungen/ Depressionen zur Verfügung. Da erforderliche Kooperationspartner (Genesungsbegleitung, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachkrankenschwester mit Weiterbildung) erst im 3. Quartal 2019 gewonnen werden konnten, konnte erst im September 2019 mit dem Start der Modulumsatzung begonnen werden.

Modul 1: Koordinator Psyche | Genesungsbegleitung

Kurzbeschreibung/ Ziel	Versorgungskoordinator Psyche: Psychiatrieerfahrene und eigens zur Genesungsbegleitung ausgebildete (Ex-In Fortbildung des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf) Mitarbeiterin führt Patienten mit psychischen Erkrankungen durch das Hilfesystem mit dem Ziel den Zustand des Patienten zu stabilisieren und erforderliche Hilfs- und Therapiemaßnahmen einzuleiten sowie die Patienten auf dem Weg der Genesung durch – auf den Patienten abgestimmte Hilfsmaßnahmen – zu unterstützen und stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Genesungsbegleiter in die psychiatrische Arbeit einzubeziehen ist mit der Idee verbunden, dass Krisenerfahrung und Bewältigungskompetenz neue wichtige Impulse bieten können, um das Verständnis psychischer Störungen und den Umgang mit Betroffenen zu erweitern und zu verbessern.
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit einer Depression, ICD F32 – F33 • Patienten mit einer psychischen Erkrankung im Bereich ICD F00-F99

Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Feststellung des Bedarfs • Zuhören, Stärkung des Patienten, Vermittlung von Hoffnung • Beratung zu Therapiemöglichkeiten (Psychiatrie, ambulante Psychotherapie, Psychiatrische Institutsambulanz, Ambulante Sozialpsychiatrie, etc.) • Unterstützung bei der Therapieorganisation • Unterstützung bei der Strukturierung des Alltags (u.a. Hausbesuche) • Motivation zur Genesung durch „eigenen Genesungsweg“ • Hausbesuche sowie physische Begleitung zu Erstgesprächen bei vermittelten Hilfseinrichtungen
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Genesungsbegleiterin (Yvonne Dettmer)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 7 Patienten
Status	umgesetzt

Modul 2: Psychoedukation

Kurzbeschreibung/ Ziel	<p>Im Rahmen der Gruppen-Psychoedukation werden Betroffene in mehreren Terminen über das Erkrankungsbild, die Ursachen, mögliche diagnostische Möglichkeiten und Behandlungsmethoden informiert. Ferner werden in dem Gruppenangebot individuelle Belastungssituationen identifiziert und Bewältigungsstrategien entwickelt sowie Selbsthilfekräfte gestärkt.</p> <p>Die Psychoedukation hat das Ziel, psychisch erkrankte Patienten über die Erkrankung und Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Ferner soll die Psychoedukation zu einer rechtzeitigen Inanspruchnahme von Unterstützung durch Fachleute über ein frühzeitiges Erkennen der Symptome beitragen und ein Übergangsangebot zwischen Diagnosestellung und psychotherapeutischer Behandlung abbilden. Zusätzlich soll durch die Maßnahme eine Verringerung des Rückfallrisikos erreicht und Chronifizierungen sowie stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden werden.</p> <p>Die Psychoedukation soll durch die Genesungsbegleiterin begleitet werden, mit dem Ziel, dass die Genesungsbegleitung in der Vermittlung von krankheitsbezogenen Fakten eine sehr hohe Glaubwürdigkeit besitzt, sodass sehr zweifelnde Patienten eventuell besser überzeugt werden können als durch professionelle Helfer, denen gegenüber manchmal eine sehr lang anhaltende Skepsis besteht.</p>
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit einer gesicherten Depression, ICD F32 – F33
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristige Psychoedukation (8 Sitzungen) • Wöchentliche offene Gruppe für bis zu 12 Teilnehmer / wiederholender Durchlauf / Quereinstieg möglich • Anbindung der TN an die Einzelberatung / an das Hilfesystem

Partner	<ul style="list-style-type: none"> • ABESA
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmerzahl • Rückmeldung Kursfragebogen
Status	Das Angebot wurde von den Patienten nicht angenommen.

Modul 3: Patientenschulungen zu psychischen Erkrankungen

Kurzbeschreibung/ Ziel	<p>Monatlich stattfindende Patientenschulungen zu psychischen Erkrankungen zu den folgenden Themen: Depressionen, Angst, Born-Out, Bipolare Störungen. Ziel der Patientenschulungen ist die Schaffung eines niedrigschwelligen Zugangs zu den Patienten mit den genannten Erkrankungen sowie die anschließende Betreuung / Beratung derselben durch die Genesungsbegleiterin zu weiteren möglichen Maßnahmen. Ziel ist die Aufklärung der Betroffenen und Interessierten zu den Krankheitsbildern sowie den Behandlungsmöglichkeiten, die Anbindung derselben an den Gesundheitskiosk und die Optimierung der individuellen Versorgungssituation.</p>
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit den o.g. Erkrankungen, Interessierte, Angehörige
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Monatlich stattfinden Patientenschulungen zu unterschiedlichen Indikationen. Offene Gruppe ohne Anmeldung / wiederholender Durchlauf • Anbindung der TN an die Einzelberatung / an das Hilfesystem
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmerzahl
Status	Gruppenschulungen + Einzelgespräche (TN nicht erfasst)

Modul 4: E-Mental-Health - Online Therapieprogramme für psychische Erkrankungen/ Depressionen

Kurzbeschreibung/ Ziel	<p>Der Begriff „E-Mental-Health“ bezeichnet die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Förderung und Verbesserung psychischer Gesundheit. Die Online-Interventionen können in verschiedenen Phasen der Erkrankung dazu beitragen, Symptome zu lindern und Belastungen zu reduzieren. Das Einsatzspektrum reicht von universeller und gezielter Prävention für Risikogruppen über psychotherapeutische Internet-Interventionen zur Überbrückung von Wartezeiten, als Ergänzung herkömmlicher Methoden bis hin zur Rückfallprophylaxe nach Abschluss einer Behandlung. Im Hinblick auf die vorliegende psychotherapeutische Versorgungssituation in Billstedt/Horn sollen Online-Interventionen für Menschen mit psychischen Erkrankungen als ergänzende / begleitende Maßnahmen verstärkt vermittelt werden. Ziel der Online-Interventionen ist eine schnelle, gezielte und ortsunabhängige Unterstützung der Patienten sowie eine Verhaltensänderung derselben.</p>
---------------------------	---

	<p>Aktuell gibt es eine schwer zu überschauender Vielfalt an Angeboten zur Behandlung psychischer Beschwerden, was die Orientierung auf dem Markt sowie die Vermittlung schwierig macht. Hinzu kommt, dass sich die Kostenübernahme der E-Mental-Anwendungen je nach Krankenkasse unterscheidet. Vor diesem Hintergrund wird von der Auswahl eines einzelnen Anbieters im Rahmen des Versorgungsprogramms abgesehen und die Vermittlung von E-Mental-Health-Anwendungen angestrebt, die mit der jeweiligen Krankenkasse des Versicherten kooperieren. Hierzu wurde eine ausführliche Analyse der krankenkassenspezifischen Versorgungsprogramme durchgeführt, die die Grundlage für die Vermittlung darstellt. Patienten des Versorgungsprogramms für psychische Erkrankungen / Depressionen werden auf die jeweiligen Angebote der Krankenkasse hingewiesen und nach Zustimmung des Patienten für die Anwendungen registriert und eingewiesen. Im Rahmen der weiteren regelmäßigen Beratungsgespräche erfolgt ein Monitoring, inwiefern die E-Mental-Health-Anwendung genutzt wird und wie sich diese auf die psychischen Beschwerden des Patienten auswirkt.</p>
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit einer psychischen Erkrankung, Spezifikation je nach Krankenkasse/Anbieter
Maßnahmen	<p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Feststellung des Bedarfs • Feststellung der Krankenkasse sowie den mit der Krankenkasse kooperierenden E-Mental-Health-Anwendungen • Einschreibung des Patienten in die E-Mental-Health Programme der Krankenkasse sowie Erläuterung der Anwendungen durch Genesungsbegleiterin.
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Anmeldungen / Vermittelter E-Mental-Health Nutzer
Status	Empfehlung erfolgt, Evaluation der Nutzungsrate für GfBH nicht möglich

3.6 Psychische Erkrankungen und Migration

Modul 1: Fremdsprachige Psycho-Koordinatorin	
Kurzbeschreibung/ Ziel	Psychisch belastete / erkrankte Patienten werden durch weitergebildetes Personal (Fremdsprachige HP-Psychotherapeutin) zu indikationsspezifischen Themenbereichen beraten und informiert.
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit einer (Verdachts-)Diagnose aus dem F00 – F99
Maßnahmen	<p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung zur Erkrankung (Krankheitswissen und Krankheitsmanagement) • Kontinuierliche Überwachung des Patienten mittels telefonischer und persönlicher Konsultationen in Rücksprache mit einem kooperierenden Behandler / Psychotherapeuten

	<ul style="list-style-type: none"> • Koordination von Terminen und Maßnahmen • Steuerung durch Versorgungsprogramm (M2 – M4) • Dokumentation <p><u>Themenbereiche Psycho-Lotsin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen zur Erkrankung • Information zu Therapie-/Behandlungsmöglichkeiten • Planung und Einleitung weiterer Behandlungsmaßnahmen
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungskordinator Psyche (Shananz Ansari)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 54 Patienten
Status	umgesetzt

Modul 2: Türkisch-sprachige Psychoedukation

Kurzbeschreibung/ Ziel	<p>Im Rahmen der Psychoedukation werden Patienten mit einer Depression in mehreren Terminen über das Erkrankungsbild, die Ursachen, mögliche diagnostische Möglichkeiten und Behandlungsmethoden informiert. Ferner werden in dem Gruppenangebot individuelle Belastungssituationen identifiziert und Bewältigungsstrategien entwickelt sowie Selbsthilfekräfte gestärkt. Um die Niedrigschwelligkeit des Angebots sicherzustellen, Missverständnisse, falsche Interpretationen der vermittelten Informationen und die Nicht-Inanspruchnahme aufgrund sprachlicher Barrieren zu vermeiden, wird die Psychoedukation speziell für die türkisch-sprachige Bevölkerung in der Muttersprache durchgeführt. Die Themen für die Psychoedukation gestalten sich wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was ist eine Depression? Erscheinungsbild u. Diagnose • Ursachen und Auslöser, Neurobiologie und Vererbung • Medikamentöse Behandlung • Psychotherapeutische Behandlung • Andere somatische Behandlungen, Lebensbedingungen u. Selbsthilfe, Helfende Berufsgruppen • Rahmenbedingungen der Behandlungen, Umgang mit der Erkrankung • Balance halten – positiv und negativ • Veränderung von Gedanken • Rückfallprophylaxe und Krisenplan
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Türkisch-sprachige Menschen mit einer gesicherten Depression, ICD F32 – F33
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristige Psychoedukation (9 Sitzungen) • Wöchentliche offene Gruppe für bis zu 12 Teilnehmer / wiederholender Durchlauf / Quereinstieg möglich • Anbindung der TN an die Einzelberatung / das Hilfesystem durch fremd-sprachige Psycho-Lotsin
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • AbeSa (Türkisch-sprachige Psychologin (M.Sc.)

Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 15 Patienten • Rückmeldung Kursfragebogen
Status	umgesetzt

Modul 3: GAP-Gesprächskreis (Farsi- / Dari-sprachig)

Kurzbeschreibung/ Ziel	Das Angebot richtet sich an Farsi-/Dari-sprechende Frauen mit psychischen Belastungen. Da sich der Zugang zu der Zielgruppe und Beratungsgespräche zu dem Thema insb. aufgrund des kulturellen Hintergrunds herausfordernd gestalten, soll durch eine niedrigschwellige Gesprächsgruppe erreicht werden, dass Berater Zugang zu den Betroffenen finden und sich die TN öffnen können. Im Rahmen der Gesprächsgruppe spielen Geschichten, Märchen und Metaphern sowie Zitate aus den bekannten Kulturkreisen eine wichtige Rolle, um die spezielle Denk- und Empfindungsweise der TN anzusprechen. Dabei sollen Instrumente und Methoden (z.B. das Balance-Modell) Anwendung finden, die Prof. Dr. Nossrat Peseschkian für transkulturelle Settings entwickelt hat. Langfristiges Ziel des Gesprächskreises ist die Schaffung eines Zugangs zu psychisch belasteten Patienten und die Anbindung derselben an die individuelle Beratung und das Hilfesystem. Damit soll eine Besserung der Beschwerdebilder erzielt und langwidrige Krankheitsverläufe, Chronifizierungen und Krankenhausaufenthalte reduziert werden.
Zielgruppe	Das Angebot richtet sich insbesondere an Frauen aus Farsi-/Dari-sprachigen Kulturkreisen mit psychosozialen Problematiken.
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Offener, kontinuierlich fortlaufender Gesprächskreis, Einstieg jederzeit möglich. • Begleitende Einzelberatung • Anbindung Teilnehmer an das Hilfesystem
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • HP-Psychotherapeutin (Farsi-/Dari-sprachige Kursleitung)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer nicht erfasst
Status	umgesetzt

Modul 4: Sprechstunde seelische Gesundheit durch lokale ASP-Träger

Kurzbeschreibung/ Ziel	Psychisch belastete / erkrankte Patienten werden durch die in Billstedt/Horn tätigen Einrichtungen der ambulanten Sozialpsychiatrie zu den Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten beraten. Die ambulanten Sozialpsychiatrien haben ein vielseitiges ambulantes Hilfsangebot, das immer zum Ziel hat, die jeweilige Lebenssituationen zu stabilisieren, die Selbstbestimmung zu stärken und die Genesung des Patienten zu fördern. Alle ASP-Anbieter sind mehrsprachig aufgestellt. Interessierte Patienten werden im Rahmen der Sprechstunde je nach Sprache / Wohnort an geeignete ASP-Einrichtungen vermittelt.
---------------------------	---

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten psychischen Belastungen / Erkrankungen
Maßnahmen	<u>Aufgaben:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Belastungssituation und des Beratungs- / Behandlungsbedarfs • Aufklärung über Behandlungs- / Therapiemöglichkeiten • Aufklärung über Angebote der Ambulanten Sozialpsychiatrie • Identifikation geeigneter ASP-Einrichtung und Kontaktaufnahme zwecks Erstgespräch • Dokumentation
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Fremdsprachige Psycho-Lotsin / Genesungsbegleitung • Kooperierende Berater der lokalen ASP- Einrichtungen (Bisher 10 Kooperationspartner, Stand: 11/2018) • Vereinigung Pestalozzi • J.W. Rautenberg Gesellschaft e.V. • ABeSa, • Op de Wisch e.V. • Aktiv Leben GmbH • Alsterdorf Assistenz Ost
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 19 Patienten
Status	umgesetzt

3.7 Vulnerable Patienten | Z-Diagnosen

Die Interventionsregion charakterisiert eine überdurchschnittlich hohe Anzahl sozioökonomisch benachteiligter Bewohner wie z. B. Arbeitslose, ALG-II-Empfänger, Migranten, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Kinder (unter 15 Jahren) in Mindestsicherung und Menschen mit niedrigeren Schulabschlüssen. Unabhängig vom sozialen Status und der Herkunft der Familien sind zunehmend aufgelöste Familienstrukturen beobachtet. Über Generationen hinweg erworbenes (Gesundheits-)Wissen wird bei sozialer Instabilität nicht an die nachfolgende Generation übermittelt. Speziell bei einer Erkrankung ergeben sich Herausforderungen für die Bewohner, da sie oftmals nicht mit genügend materiellen und individuellen Ressourcen ausgestattet sind. Die Z-Diagnosen bieten die Möglichkeit auf dem Kontinuum zwischen „Krankheit“ und „gesunden Leidenszuständen“ eine für Patienten bedeutsame klinische Situation zu beschreiben, ohne gleich eine medizinische „Überversorgung“ zu induzieren und die Betroffenen durch eine Pathologisierung und ein „Labeling“ zu schädigen.

Modul 1: Experten Beratung

Kurzbeschreibung/ Ziel	Bewegungsmangel, Fehlernährung oder Dauerstress, aber auch depressive Syndrome oder Zustände schlechter Stimmung stellen gesundheitlichen Grenzfälle da. Dabei ist zu beobachten, dass es eine deutliche Zunahme
---------------------------	--

	grenzwertiger Störungen gibt. Die Expertenberatung dienen der Zielsetzung: „Gesunde Erlebenszustände“ Dabei steht die Zielsetzung „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Vordergrund. Betroffene und Angehörige erhalten individuelle Hilfe und Unterstützung durch spezifische Angebote.
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerable Patientengruppen (Z 00-Z 99)
Maßnahmen	<p>Folgende Kooperationen wurden aufgebaut, um eine regelmäßigen Expertensprechstunde für folgende Patientengruppen anzubieten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demenz in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Hamburg • Pflegefachberatungen in Kooperation mit dem Pflegestützpunkt Mitte • Leben mit Behinderung in Kooperation mit Hamburger Wegbereiter • Suchtberatung in Kooperation Viva Billstedt – Take Care • Pflegende Angehörige in Kooperation mit der Hamburger Angehörigenschule • Behandlungsfehler in Kooperation mit der Patienteninitiative e.V.
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer Gesellschaft Hamburg • Pflegestützpunkt Mitte • Hamburger Wegbereiter • Viva Billstedt – Take Care • Hamburger Angehörigenschule • Patienteninitiative e.V. (Hagemann)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 24 Patienten
Status	umgesetzt

Modul 2: Schulungen Besser Streiten

Kurzbeschreibung/ Ziel	Konflikte belasten, gleich ob es der Streit mit dem Nachbarn ist oder bei einer Behörde, mit den Arbeitskollegen oder in der Beziehung. Aber Konflikte gehören eben auch zum Alltag - das ist nicht schlimm. Schlimm wird es, wenn man nicht weiß, wie man damit umgehen soll.
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerable Patientengruppen (Z 00-Z 99)
Maßnahmen	<p>Konfliktbewältigung in Kooperation mit KOMET e.V.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufzeigen von Lösungswegen • Praktische Tipps und Informationen für den Umgang mit Konflikten
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • KOMET e.V. (Dr. Zurawski):
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Patienten
Status	Umgesetzt

3.8 Rückenschmerzen

Das Versorgungsprogramm für Patienten mit Rückenschmerzen besteht aus vier Modulen. Nach einem ausführlichem Beratungsgespräch mit einer Gesundheits- und Krankenpflegerin kann der Patient individuell aus verschiedenen Interventionen auswählen: einer Teilnahme am Rückenfit-Kurs, einer Schmerzschulung und einer sechsmonatigen – für den Patienten kostenlosen – Nutzung der KAIA-App.

Zur Optimierung der Versorgung fand 2018 bereits eine interdisziplinäre Fallbesprechung zum Thema statt. Leider ist seitens der niedergelassenen Orthopäden keine weitere Veranstaltung gewünscht.

Modul 1: Rückenlehrer	
Kurzbeschreibung / Ziel	Zielgruppenentsprechende Patienten werden durch erfahrene Pflegekraft mit Erfahrung in der Orthopädie zu indikationsspezifischen Themenbereichen beraten und informiert
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Spondylopathien (ICD M45 - M49) • Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M50 – M54)
Maßnahmen	<p>Aufgaben Rückenlehrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • min. eine Beratung zu u.g. Themenbereichen • Einschätzung eines eventuellen Mehrbedarfs an Terminen mit Rückenlehrer • Steuerung durch Versorgungsprogramm (M2 – M4) • Dokumentation • bei Bedarf ggf. Zweittermin <p><u>Themenbereiche Rückenlehrer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen zur Erkrankung, insbesondere zu Entstehungsgründen, möglichen Komplikationen und Symptomen sowie dem Umgang damit • Vermittlung von Bewegungsübungen und Übungen zu rückschonendem Arbeiten • Vermittlung von Unterstützungsangeboten • Steuerung an weitere Beratungsangebote
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Fachexpertin • Community Health Nurse
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 45 Patienten
Status	Umgesetzt

Modul 2: Rückenfit

Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten, die unter Rückenschmerzen leiden, erlernen im Rahmen dieses Kurses Bewegungs-, Kräftigungs- und Entspannungsübungen sowie Tipps
------------------------	--

	zum Umgang mit Rückenleiden im Alltag. Ziele dabei sind die Stärkung der Rücken- und Rumpfmuskulatur sowie die Förderung der Beweglichkeit.
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Spondylopathien (ICD M45 - M49) • Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M50 – M54) • Bereits durchlaufendes Modul M1
Maßnahmen	<p>Ablauf des Kurses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 Einheiten je 90 Minuten im wöchentlichen Abstand zueinander • Gruppengröße ca. 10 - 12 Personen • Inhalte: <ol style="list-style-type: none"> 1. Achtsamkeit - Einstieg in das Thema und Strategien für den Alltag 2. Das Becken und der Beckenboden 3. Unterer Rücken 4. Oberer Rücken und Schulterbereich 5. Kiefer und Nacken 6. Der Rumpf: Rücken- und Bauchmuskulatur 7. Rücken in Balance und Entschleunigung 8. Massage- und Lösungstechniken • Ablauf je Sitzung: Einstieg (Ankommen, Lockerung) – Hauptthema Theorie – Hauptthema praktische Übungen – Schluss (Entspannung)
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Rückenlehrer (Frau Biskup; Frau Nord Kursleitung)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 76 Patienten
Status	Umgesetzt

Modul 3: Schmerzschulung

Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten, die unter Rückenschmerzen leiden, werden im Rahmen dieses Kurses im Umgang mit Schmerzen geschult. Ziele dabei sind die Reduktion der Schmerzen, die Steigerung der Lebensqualität sowie die Erhaltung der körperlichen Mobilität durch eine Wissenssteigerung und Verhaltensänderungen.
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Spondylopathien (ICD M45 - M49) • Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M50 – M54) • Bereits durchlaufendes Modul M1
Maßnahmen	<p>Ablauf des Kurses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 Einheiten je 120 Minuten im wöchentlichen Abstand zueinander • Gruppengröße ca. 10 - 12 Personen • Inhalte: Theorie zum Thema Schmerz (Entstehung, Arten, Formen, etc.), Umgang mit Schmerz, Bewältigungsstrategien, Behandlungsmöglichkeiten
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerztherapeutin (Frau Wilhelm-Jörck, Kursleitung)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 22 Patienten

Status	Umgesetzt
Modul 4: KAIA	
Kurzbeschreibung/ Ziel	Patienten nutzen die digitale App, um mit Hilfe von psychischen und physischen Übungen ganzheitlich und individuell Rückenleiden entgegen zu wirken. Die App zielt auf die Senkung der Rückenschmerzen und Förderung der Beweglichkeit.
Zielgruppe	Patienten mit Diagnose aus dem ICD-Bereich M45-49, M54
Maßnahmen	<p>Inhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstellung eines Trainingsprogramms anhand einer Schmerzanamnese und eigenen Daten (Alter, Geschlecht, Lokalisation) • Darstellung der Übungen mittels Videos • Überwachung des Fortschritts durch Schmerzbewertung • Erinnerungsservice über Push-Nachrichten • Motivationsförderung über Challenges • Informationen zum Thema Rückenschmerz (Entstehungsgründe, etc.) <p>Ablauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anmeldung im Rahmen eines 6-monatigen kostenfreien Accounts (Testzugänge von KAIA)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Nutzer Test: 3
Status	Umgesetzt

3.9 Kindergesundheit (0 bis 2 Jahre)

Das Versorgungsprogramm richtet sich an Frauen in der Schwangerschaft und Mütter mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern bis zum Alter von ca. 2 Jahren. Kern des Programms ist eine Hebammensprechstunde, um Frauen in der Schwangerschaft zu begleiten und ihren Kindern einen guten Start zu ermöglichen. Erst danach erfolgt eine regelmäßige Gesundheitsberatung durch Mitarbeiter des Gesundheitskiosks. Zusätzlich werden verschiedene Kurse angeboten, in denen Frauen im Umgang mit ihren Kindern gestärkt werden.

Modul 1: Hebammensprechstunde	
Kurzbeschreibung / Ziel	<p>Sprechstunde für Schwangere, die keine Vorsorgehebamme haben und Fragen rund um Schwangerschaft und Geburt haben.</p> <p>Sprechstunde für Mütter von Neugeborenen, die keine reguläre Wochenbettbetreuung haben/hatten, die unsicher im Umgang mit ihrem</p>

	Neugeborenen sind, Fragen rund um die Pflege und Gesundheit ihres Babys oder zu den Themen stillen und Säuglingsernährung haben.
Zielgruppe	Schwangere und Mütter mit Neugeborenen (u.a. ICD O24 bis O26, O99, P92, Z34, Z76.2)
Maßnahmen	<p>Gesprächsfolge: Hebammensprechstunde, Weiterleitung an Community Health Nurse bei weiterführenden Themen, Weiterleitung an Elternschule / Kurse</p> <p>Sprechstunde zunächst 2x/Monat, bei guter Auslastung 1x/Woche; vormittags von 9:30 – 13:30 Uhr</p> <p><u>Schwangere</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipps bei Schwangerschaftsbeschwerden • Beratung/Weiterleitung zur Elternschule und zum Programm ‚Guter Start für Hamburgs Kinder‘ (Frühe Hilfen Hamburg) > durch Hebamme oder Community Health Nurse <p><u>Mütter mit Neugeborenen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewichtskontrolle Baby • Anleitung beim Handling • Information über die Entwicklung des Babys, inkl. Vorsorgen + Unfallverhütung • Anleitung bei Stillproblemen • Information zur Säuglingsernährung • Sichere Schlafumgebung für das Baby • Informationen zur Rückbildung und erste Übungen • Beratung/Weiterleitung zur Elternschule und zum Programm ‚Guter Start für Hamburgs Kinder‘ (Frühe Hilfen Hamburg) > durch Hebamme oder Community Health Nurse • Unterstützung bei Beantragung von Leistungen (Kindergeld, Elterngeld etc.) > durch Berater im Gesundheitskiosk
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Hebamme (Frau Gaydash)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 14 Patienten
Status	umgesetzt

Modul 2: Gesundheitssprechstunde in der Elternschule / Elternkonferenzen Kita

Kurzbeschreibung / Ziel	Ein- bis zweimal pro Monat wird in der Elternschule Billstedt und in Kitas eine thematische Sprechstunde durch Community Health Nurse aus dem Gesundheitskiosk gemeinsam mit Kinderärzten angeboten. Hiermit wird den Eltern der Zugang zum Kiosk ermöglicht, den sie sonst allein nicht nutzen würden.
-------------------------	---

	<p>Zudem finden in regelmäßigen Abständen unter Leitung eines Pädiaters Elternkonferenzen in Kitas in Billstedt und Horn zu häufigen Kinderkrankheiten statt.</p> <p><u>Ziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Eltern sowie Erzieher • Reduzierung pädiatrischer ASK
Zielgruppe	Besucherinnen und Besucher der Elternschule
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Sprechstunde mit vorheriger Terminvereinbarung, 9:30 – 12:30 Uhr • Feste Themen pro Sprechstunde, z. B.: Mutter-Kind-Kuren, Ernährungsberatung, Kinderkrankheiten/Infektionskrankheiten
Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Gökhan Konca (Versorgungskordinator türkischsprechende Kinder/Eltern) • Ay Nokta Sentürk (Versorgungskordinator Migranten) • Erdal Günay
Interne Evaluation	Keine Daten, da Teilnehmer nicht erfasst.
Status	umgesetzt

Modul 3: Eltern-Baby-Kurse im Gesundheitskiosk	
Kurzbeschreibung / Ziel	Um die Mutter/Vater-Kind-Bindung von Anfang an zu stärken, die Entwicklung des Neugeborenen zu fördern oder die Mütter zu mehr Bewegung und Sport zu motivieren, werden im Gesundheitskiosk verschiedene Kurse angeboten. Die Kursteilnehmer werden im Umgang mit ihren Neugeborenen gestärkt und können sich mit Müttern/Vätern in einer ähnlichen Situation austauschen.
Zielgruppe	Mütter und Väter von Neugeborenen und Säuglingen
Maßnahmen	<p>Kurse in Kooperation mit der Elternschule oder dem Marienkrankenhaus, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Babymassage • PeKiP • Mamafit – Bewegungskurs für Mütter mit Kind nach Ende des Rückbildungskurses
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer nicht erfasst
Status	Umgesetzt

Modul 4: Erste-Hilfe-Kurs bei Säuglingen und Kleinkindern	
Kurzbeschreibung / Ziel	In diesem 4,5-stündigen Kurs lernen Eltern und Großeltern, Notfallsituationen zu erkennen und was sie in einer solchen Situation machen sollten. Zudem

	erhalten Eltern und Großeltern praktische Tipps, wie sie Unfälle und Verletzungen vermeiden können.
Zielgruppe	Eltern/Großeltern mit Säuglingen und Kleinkindern
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Hilfe – praktische Übungen zu Herzdruckmassage und Atemspende • Erstversorgung bei Atemnot (Pseudo Krupp, Fremdkörperaspiration) • Was tun bei Fieberkrampf? • Erstversorgung bei Verbrennungen, Vergiftungen und Verletzungen • Erste Wundversorgung
Partner	Kinderfee Hamburg (Ausbilder Erste Hilfe)
Interne Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmerzahl pro Kurs: 15
Status	umgesetzt

4 Fortbildungen

Modul Fortbildungen	
Kurzbeschreibung/ Ziel	Um die Patienten im Rahmen der Versorgungsprogramme sowie in den Bereichen Risikofaktoren- und Versorgungsmanagement gezielt beraten und versorgen zu können, wurden verschiedene Fortbildungen zur Kompetenzerweiterung der Community Health Nurses im Gesundheitskiosk, der Versorgungsmanager, der Mitglieder des Ärztenetzes und Mitarbeiter der Leistungspartner umgesetzt.
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • GfBH UG (Mitarbeiter) • Gesundheitskiosk (Mitarbeiter) • Ärztnetz Billstedt/Horn e.V. (Mitglieder) • Pflegeeinrichtungen (Mitarbeiter)
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung Interkulturelle Kompetenz • Fortbildung Zielvereinbarungen • Fortbildung Rauchfrei • Fortbildung Stressmanagement • Fortbildung Gesundheitskompetenz • Fortbildung Autogenes Training • Fortbildung Progressive Muskelentspannung • Fortbildung Beratung und medizinische Themen polnischer Patienten • Fortbildung Case Management • Fortbildung Entspannung für Kinder • Fortbildung Kinderernährung • Fortbildung Kursleitung Reha-Sport • Fortbildung Achtsamkeit

	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung Schwindel • Fortbildung Delegation von ärztlichen Leistungen EBM-Kapitel 38 • Fortbildung Communityarbeit • Fortbildung Reanimationstraining • Fortbildung Herzinsuffizienz MFA
Beteiligte	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundes Kinzigtal (Communityarbeit) • Dr. Mike-Oliver Möske (Interkulturelle Kompetenz) • Ärzte am Bärenplatz (Shared-Decision-Making + Zielvereinbarungen) • IFT Gesundheitsförderung (Rauchfrei) • TaoHelath (Stressmanagement) • Kerstin Hagemann (Gesundheitskompetenz, Patientensicherheit) • FitMedi (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung) • Alt & Weise gGmbH (Stressmanagement, Achtsamkeit) • Dr. Rebacz (Beratung und medizinische Themen polnischer Pat.) • Zepira e.V. (Case Management) • Paracelsus Heilpraktikerschulen (Entspannung für Kinder) • Abawi-Akademie für Gesundheit (Kinderernährung) • Herz InForm (Kursleitung Reha-Sport) • Ärztekammer (Schwindel) • Ludger Rode (EBM) • KNIWAMED (Reanimationsschulung) • Universitätsklinikum Würzburg (Herzinsuffizienz MFA)
Status	umgesetzt

Krankenhaus **im Blick**

Versorgungsprogramm für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Kontakt: GfBH UG – Versorgungsmanagement
Möllner Landstraße 31
22111 Hamburg
Tel. 040 73 67 71 30

Ausgangslage

Das vorliegende Konzept beschreibt die Versorgungsstrukturen in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sowie Maßnahmen diese durch die integrierte Versorgung (IV) zu verbessern.

Krankenhäuser sind medizinische Einrichtungen zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten sowie zur Geburtshilfe. Im Gegensatz zur ambulanten Behandlung in einer Arztpraxis geht eine stationäre Behandlung im Krankenhaus mit einem mehrtägigen Krankenhausaufenthalt eines Kranken einher. In den Ambulanzen von Krankenhäusern größerer Kliniken können teilweise auch ambulante Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt werden, die in den örtlichen Arztpraxen nicht oder nur unzureichend durchgeführt werden können.

Deutschland hat die zweithöchste Rate an Krankenhausentlassungen in der OECD (255 pro 1000 Einwohner; 60% über OECD-Durchschnitt). In etwa 1/3 der Leistungsausgaben im Gesundheitswesen verursachen Krankenhausaufenthalte, die zumindest teilweise vermeidbar sind.

Eine Analyse von Krankenkassendaten aus Billstedt und Horn, deren Basis rd. 30.000 Patienten sind, zeigt folgende Situation:

Bedarfsanalyse



Darstellung 1: Eigene Darstellung – Analyse Krankenkassendaten Billstedt und Horn

Die Anzahl der Krankenseinweisungen und Wiedereinweisungen sind hoch. Die durchschnittliche Verweildauer liegt 1,0 Tage höher als im Bundesdurchschnitt. Diese Faktoren verursachen immense Kosten, obwohl ein Großteil der Patienten bei frühzeitigerer und effektiverer ambulanter Therapie nicht im Krankenhaus behandelt werden müsste. Diese sogenannten ASK - ambulant-sensitive Krankenhaufälle – sind multifaktoriell.

Systemische Ursachen:

- *Unterbesetzung einzelner Fachrichtungen in der Region: Ungleichgewicht zwischen den Stadtteilen in Hamburg*
 - Spillovereffekte zwischen Fachrichtungen: Unterbesetzung einer Fachrichtungen hat Auswirkungen auf eine andere (Beispiel Psychiatrie → Kardiologie)
 - → Unterversorgung, da nicht alle Patienten mit Bedarf können behandelt werden
- *Ökonomische Ausrichtung des Gesundheitssystems: Abrechnungssysteme*
 - Ambulante Vergütung: Budgetdeckelung (Anreize für eine bedarfsgerechte Versorgung (z.B. an Feiertagen oder außerhalb der Sprechzeiten) teilweise zu schwach → Aufwand für eine umfassende Diagnostik spiegelt sich nicht ausreichend in Abrechnungsziffer bzw. in Kopfpauschale wider
 - Stationäre Vergütung: stationäre Vergütung an Diagnosen gebunden; dadurch Entstehung von „Schein-ASKs“ (d.h. in den Daten tritt die ASK-Diagnose auf, obwohl dies möglicherweise gar nicht der Grund für den KH-Aufenthalt war oder zumindest nicht in diesem Schweregrad
 - Disparität zwischen ambulanter und stationärer Vergütung (als ein Grund für eine nicht optimal abgestimmte sektorenübergreifende Versorgung)
 - Vergütungen bilden den Aufwand der Behandlung nicht adäquat ab, setzt Fehlanreize (z.B. „Up-coding“ im stationären Bereich, was zu einer Überschätzung der ASK-Häufigkeit führt
- *Rechtliches System/rechtliche Aspekte: Arzt als Verantwortlicher in letzter Instanz; vor allem bei diffusen Beschwerdebildern, die auf ein ernsthaftes Gesundheitsproblem hindeuten könnten → Krankenseinweisung, um sich im Fall der Fälle rechtlich abzusichern → Führt zu ASK-Einweisungen, die ggf. (medizinisch) nicht notwendig sind*
- *Bereich Koordination und Behandlungsplanung:*
 - Selbstorganisation des Patienten zu diagnostischen Untersuchungen: Termin zum MRT → nur noch Überweisung notwendig
 - Selten stufenförmiger Überweisungsprozess: oft erhalten Patienten parallele Überweisungen zu verschiedenen Fachärzten ohne Dringlichkeitsangabe
 - Keine Verbindlichkeit bei Terminen: Patienten mit Termin sagen oft nicht ab, während andere Patienten monatelang auf einen Termin beim Facharzt warten müssen
 - Informationsübertragung oft sehr eingeschränkt (siehe hierzu Informationssystem)
 - → Führt zu einer Fehlallokation der Ressourcen: Patienten mit medizinischem Bedarf können erforderliche Ressourcen nicht abrufen, während andere diese unnötigerweise beanspruchen oder sie unnötigerweise vorgehalten werden
- *Informationssystem: Interaktion zwischen Akteuren*
 - Patient – Arzt:
 - Verständigungsprobleme (Sprache): oft wäre Dolmetscher erforderlich, um wichtige Informationen zur Erhaltung/Wiederherstellung der Gesundheit zu übermitteln
 - Informationsasymmetrien: Patient sollte besser über seinen bisherigen Behandlungspfad/Krankheitshistorie Bescheid wissen, kann sich aber oftmals nicht erinnern oder die Information nicht adäquat übertragen
 - Pflegeheim – Arzt:
 - Anruf oft sehr spät (spätes Stadium des Gesundheitsproblems) und spontan

- Krankenhausaufenthalt könnte vermieden werden, aber nur, wenn sofort gehandelt wird
- Rufen des Rettungswagens oft viel einfacher → dies führt dann fast immer zur Einweisung des älteren Patienten (selbst wenn der Patient weggeschickt wird, wird er spätestens bei erneutem Besuch stationär aufgenommen)
- Arzt – Arzt:
 - Vernetzungsdefizite zwischen Leistungserbringern (Arzt als „Einzelkämpfer“)
 - Fehlen eines Dringlichkeitssystems
 - Eingeschränkter Austausch über medizinische Historie des Patienten zwischen Ärzten (außer über den Patienten (Arztbriefe) selber oder über ressourcenintensive Informationsbeschaffung im Einzelfall (MFA organisiert sich relevante Informationen bei anderen behandelnden Ärzten selbst)
- → Führt ggf. zu einer suboptimalen, doppelten oder ineffizienten Behandlung des Patienten aufgrund des Fehlens wichtiger (Hintergrund-) Informationen (plus bindet unnötige Ressourcen durch Informationsbeschaffungsbemühungen, die an anderer Stelle dann nicht eingesetzt werden können)

Patientenbezogene Ursachen

- *Patientencharakteristika:*
 - Alter: alterndes Klientel in der Region mit anderen Beschwerdebildern und gekennzeichnet durch Multimorbidität
 - Migrationshintergrund: neben Verständigungsproblemen, Verschiebung des Krankheitsspektrums
- *Verhalten:*
 - Präventionsverhalten und Gesundheitswissen: mangelnde Kenntnis über gesundheitsschädigende Verhaltensweisen/ Risikofaktoren (z.B. ungesunde Ernährung → Adipositas)
 - Geringe Aufklärung
- → Patientencharakteristika spielen bei der Entstehung von ASK eine entscheidende Rolle und sind nur z.T. veränderbar und durch den ambulanten Bereich adressierbar

Soziale Komponenten/ soziales Umfeld

- *Ältere Personen: oft allein lebend ohne (soziale) Unterstützung*
 - eine Überweisung zwischen Ärzten oft körperlich zu anstrengend, wenn der ältere Patient die Koordination und den Transport selbst übernehmen muss
 - ambulante Behandlung grundsätzlich möglich (z.B. bei Harnwegsinfekten, Bauchschmerzen etc.), oft Bedarf es dafür aber zu viel Koordinationsaufwand und soziale Unterstützung, die der Patient alleine nicht stemmen kann
- Menschen mit Migrationshintergrund: andere soziale Normen und Erfahrungen aus dem Heimatland bzgl. der medizinischen Versorgung → beeinflussen Einstellung zur medizinischen Versorgung bzw. was diese leisten kann/soll

Ziele

Die vorwiegenden Ziele beziehen sich auf die Optimierung der Versorgungsqualität, erhöhte Wirtschaftlichkeit und Steigerung von Effizienz und Nachhaltigkeit.

- Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Kommunikation stärken
- optimierte ambulante Versorgung der Patienten
- Krankenhauseinweisungen reduzieren
- Reduzierung von Wiedereinweisungen
- Abgestufte und zielgerichtete Überweisungs- und Einweisungsprozesse
- Erstellung und Umsetzung von Behandlungspfaden
- Effektive Nutzung vorhandener Strukturen

Zielgruppen

Die Haupt-Zielgruppe in diesem Projekt sind alle Bewohner und Patienten in den Stadtteilen Billstedt und Horn, mit dessen Krankenkassen ein IV-Vertrag abgeschlossen wurde und die sich in ambulanter und /oder stationärer Behandlung befinden.

Die Bewohner/Patienten werden nach einem strukturierten Verfahren in das Projekt eingeschrieben, sobald sie der Teilnahme zustimmen. Die freie Arztwahl bleibt davon unberührt.

1.1. Krankenhäuser in Billstedt/Horn

In den Stadtteilen Billstedt und Horn gibt es nur ein stationäres medizinisches Angebot in der Stadtteilklinik in Mümmelmansberg. Im Umkreis von 10 km befinden sich im Hamburger Stadtgebiet weitere 3 Krankenhäuser. In der folgenden Tabelle werden die Einrichtungen mit der Anzahl der Betten und den Fallzahlen aufgezeigt.

Krankenhaus	Betten- und Fallzahl
Bethesda Krankenhaus Bergedorf gGmbH Glindersweg 80, 21029 Hamburg	280 Betten Ca. 15.000 stationäre Fälle (2016)
Kath. Marienkrankenhaus Hamburg gGmbH Alfredstraße 9, 22087 Hamburg	586 Betten Ca. 32.000 Fälle (2016)

Asklepios Klinik Wandsbek Alphonstraße 14, 22043 Hamburg	515 Betten Ca. 30.000 Fälle (2016)
Asklepios Klinik St. Georg Lohmühlenstraße 5, 20099 Hamburg	732 Betten Ca. 29.000 stationäre Fälle (2016)
SKH Stadtteilklinik Hamburg GmbH Oskar-Schlemmer-Str. 9 – 17, 22115 Hamburg	15 Betten Keine Angabe zu Fallzahlen

Darstellung 2: Eigene Darstellung – stationäre Krankenhäuser im 10-km-Umkreis von Billstedt und Horn

Krankenhäuser selbst haben im deutschen Gesundheitswesen mit unterschiedlichen Herausforderungen, die in folgender Grafik zusammengefasst werden:

Herausforderungen

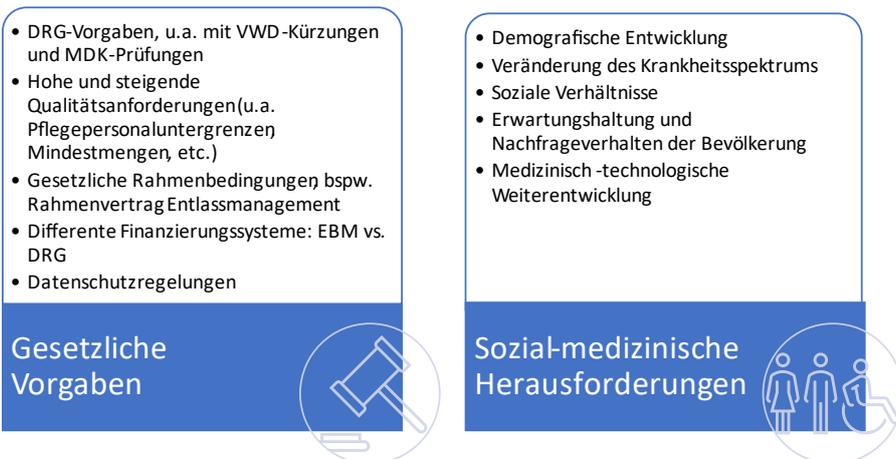


Tabelle 3: Eigene Darstellung – Herausforderungen Krankenhäuser in Billstedt und Horn

In der Folge kommt es für die Krankenhäuser zu Konsequenzen, die im weiteren Verlauf indirekt die Patientenversorgung betreffen:

- Wiedereinweisungen
- Abschlüsse und Restriktionen
- Struktur-, Personal- und Prozessanpassungen
- Missverhältnis Erlös/Aufwand
- Effizienzdruck sowie Spezialisierungen/Fallzahlsteigerungen

1.2. Haupterkrankungen für Krankenhauseinweisungen

Die durchschnittliche LOH (Likelihood of Hospitalization oder Krankenhausaufnahmewahrscheinlichkeit) für ein Jahr liegt bei AOK-Versicherten im Jahr 2013 bei 14,8% über alle Versicherten hinweg. Spezifische LOH für Indikationsgruppen sehen wie folgt aus:

- Asthma: 21% | COPD: 34%
- Depression: 27%
- Diabetes Typ I: 36% | Diabetes Typ II: 30%
- Herzinsuffizienz: 40%
- KHK: 34% | KHK mit Vorgeschichte (mit Herz-infarkt oder Schlaganfall in den Anamnese): 38%

Häufigste vermeidbare Krankenhauseinweisungen sind nach Sundermann:

- › Kardiovaskuläre Erkrankungen (KHK, Angina Pectoris, chronische Herzinsuffizienz, arterielle Hypertonie)
- › Bronchitis und COPD
- › Psychische und Verhaltensstörungen
- › HNO-Infektionen
- › Rückenbeschwerden

Maßnahmen

Im Folgenden werden Ansatzpunkte dargestellt, durch die die Anzahl von AKS-Fällen reduziert werden können.

Koordination/Vernetzung

- Bessere Vernetzung, um Informationsaustausch zu erleichtern/ermöglichen und Ressourcen besser/sortierter anzusprechen
- stufenplanmäßiges Überweisungsschema, um Ressourcen nicht parallel und unnötig abrufen zu müssen
- Aufstellen eines Dringlichkeitssystems, um Ressourcen effizienter zu planen
- Informationsübertragung der medizinischen Historie des Patienten plus ggf. Verdachtsdiagnosen (EDV-Lösung)

Patient und dessen (Gesundheits-/Inanspruchnahme) Verhalten

Schulungen zu Gesundheitsleistungsinanspruchnahmeverhalten (hier auch Einbezug des Kioskpersonals)

- Stärkung der Gesundheitskompetenz (Gesundheitserziehung)

- Stärkung der Eigenverantwortung/Patientenverantwortung: in Bezug auf die Verantwortung der eigenen Gesundheit
- aber auch in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. deren Nicht-Inanspruchnahme: Steuerung durch Anreizsysteme (z.B. finanzielle Sanktionen), damit Ressourcen (Termine/Personal) nicht unnötigerweise vorgehalten werden und an anderer (notwendiger) Stelle eingesetzt werden können

Prävention/Aufklärung

Im Rahmen des Versorgungsprogramms Krankenhaus im Blick werden die konzeptionell dargestellten Lösungsansätze vertieft und in die Versorgung implementiert. Dabei werden insbesondere auf den Ebenen der Prozesse, Verantwortlichkeiten, IT-Struktur und Qualitätszirkeln Maßnahmen implementiert und erprobt.

Überblick

Programmbeschreibung

Krankenhaus im Blick ist ein in Haus- und Facharztpraxen, Krankenhäusern und im Gesundheitskiosk angesiedeltes Versorgungsprogramm. Das Programm ist modular aufgebaut und kann daher individuell an die Bedarfe der Patienten angepasst werden. Der entwickelte Behandlungspfad hat das Ziel die vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen effizienter zu nutzen und in der Folge die ambulantsensitiven Krankenhauskosten zu senken sowie die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu optimieren.

Die Teilnahme für Patienten ist kostenfrei und unbegrenzt möglich, sofern die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind. Die Vorteile der Patienten sind eine koordinierte Versorgung sowie ein Management des Beschwerdebildes mithilfe einer engmaschigen Betreuung durch medizinisches Fachpersonal und Beratungen. Ein wichtiges Instrument ist dabei die stationäre Versorgungskoordination, durch die die Patienten durch das hochkomplexe Versorgungssystem navigiert und eine kontinuierliche, koordinierte Behandlung sicherstellt wird. Die kooperative Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors wird durch interdisziplinäre Schulungen, regelmäßige Qualitätszirkel und Fallkonferenzen gestärkt.

Zielgruppe

Patienten mit einem Versorgungsgeschehen im Sinne erhöhter Vulnerabilität:

medizinisch-körperlich	sozial/persönlich	Problemfolgen
<ul style="list-style-type: none">oMultimorbiditätoChronizitätoKomplexe Symptomatikoerhöhtes RisikoprofiloAuffällige VerhaltensmusteroFunktionsbeeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none">oArmut / SchuldenoArbeitslosigkeitofehlendes soziales NetzoSchwierige FamilienverhältnisseoMigration / Sprachbarriere	<ul style="list-style-type: none">oEskalationen (körperlich, psychisch, sozial)oHäufige Klinikaufenthalte / Kurzfristige WiedereinweisungenoÜberdurchschnittlich häufige ArztkonsultationenoBeteiligung mehrerer Leistungserbringer

Ziele

- Reduktion der ASK-Fälle
- Reduktion der Wiedereinweisungen
- Stärkung des Krankheit-Selbstmanagements (Empowerment) und langfristige Reduktion der Risikofaktoren
- Reduktion der unnötigen Arztkontakte
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung durch Sicherstellung der Behandlungskontinuität und des Informationsflusses
- Bedarfsgerechte Versorgung aller Patienten

Beteiligte

Kliniken:

- Bethesda-Krankenhaus Bergedorf
- Marienkrankenhaus
- Stadtteilklinik Mümmelmannsberg

Haus- und Fachärzte des Ärztenetzes Billstedt/Horn e.V.

Mitarbeiter Gesundheitskiosk und Gesundheit für Billstedt/Horn UG

Start Programmentwicklung: November 2018

Start Programm: 01.06.19

Evaluation

Die Evaluation des Gesamtprogramms beinhaltet u. a. die Anmeldequote der Patienten am Programm, ein Patientenfragebogen zur Programmmzufriedenheit nach einem Jahr sowie die Einhaltung der Behandlungspfade. Inwieweit die Behandlungspfade befolgt werden, erfolgt indirekt über die Evaluation der einzelnen Ziele sowie über patientenbezogene Auswertungen.

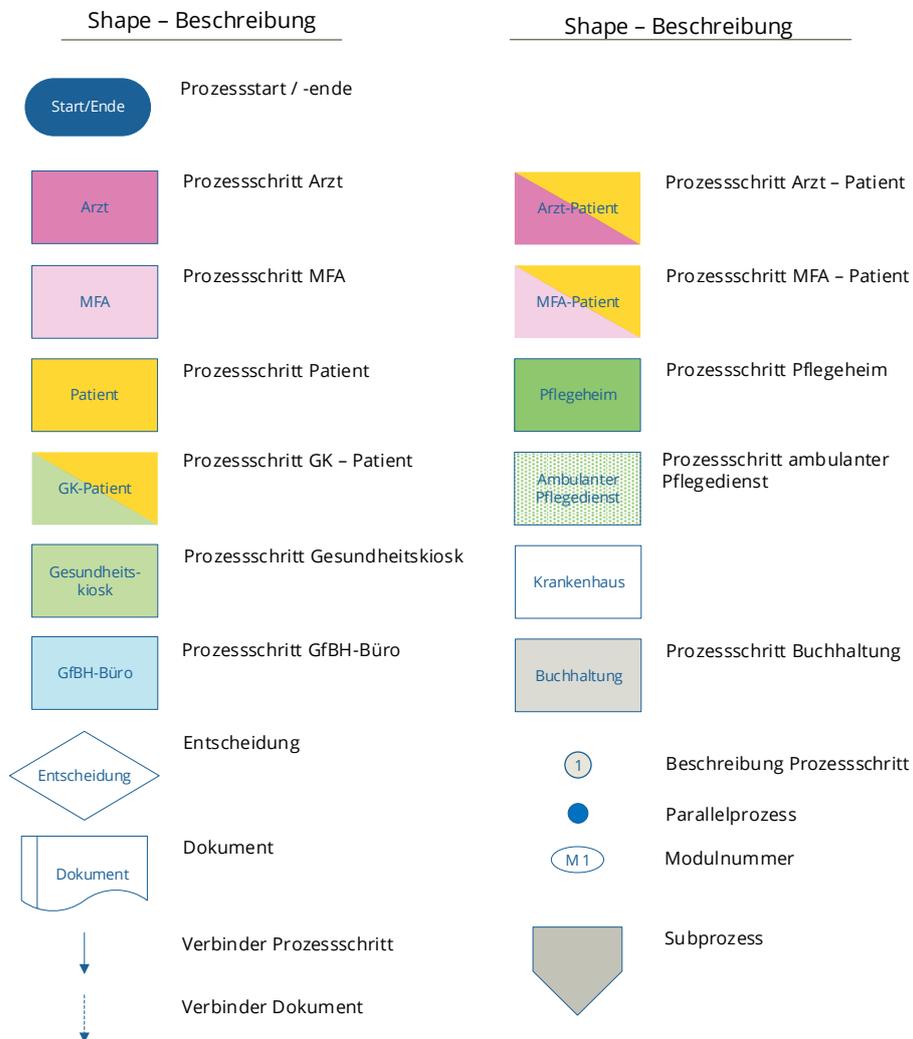
Behandlungspfad – Krankenhaus

Nachfolgend wird zunächst der für das gesamte Gesundheitsprogramm gültige Behandlungspfad grafisch dargestellt.

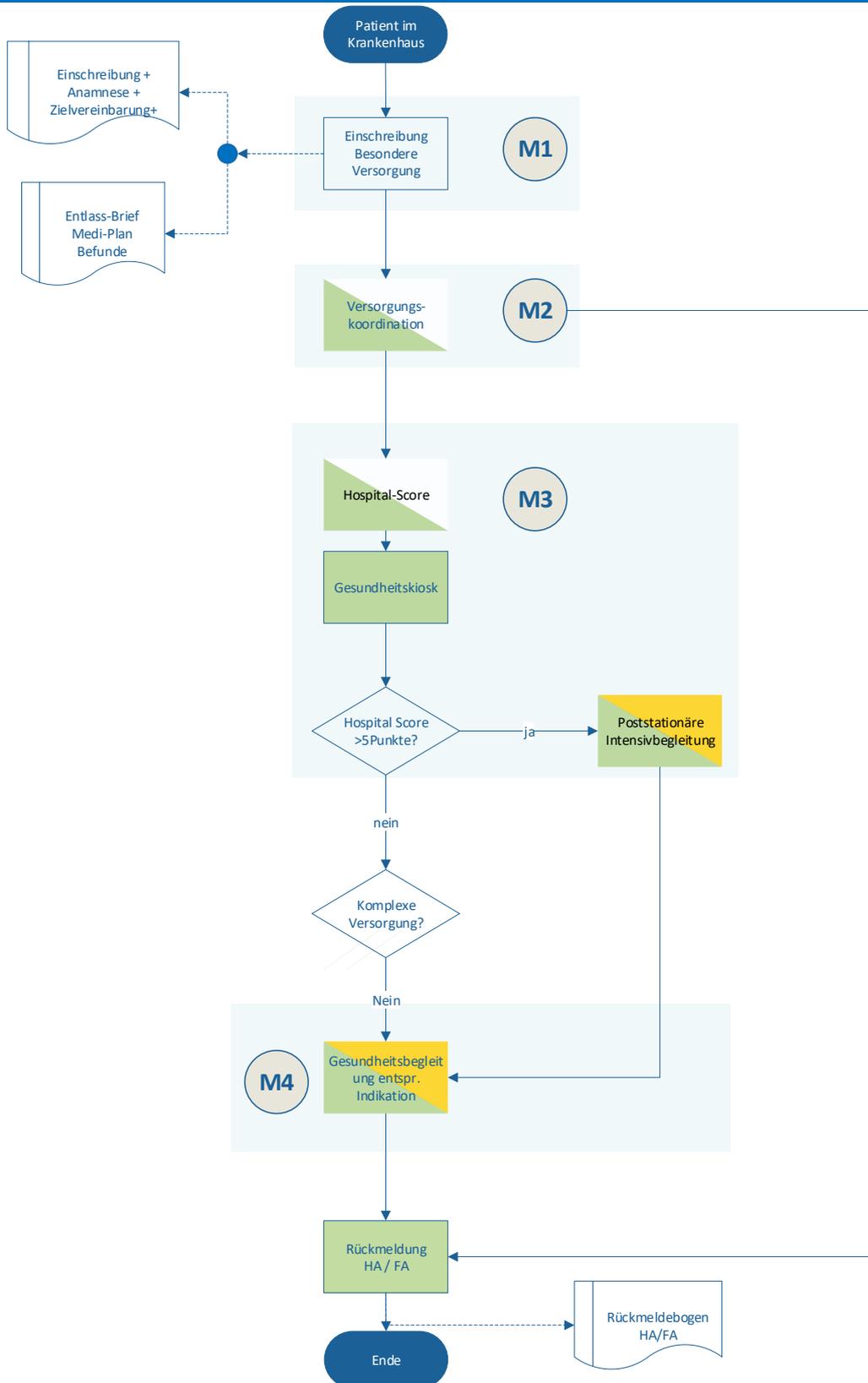
Daran anschließend werden die für das Gesundheitsprogramm gültigen Behandlungspfade gesondert für die Bereiche Krankenhaus und Gesundheitskiosk grafisch dargestellt

An den entsprechenden Prozessschritten werden die Module mit M1, M2 etc. gekennzeichnet. Die einzelnen Module werden im Anschluss an den Behandlungspfad beschrieben.

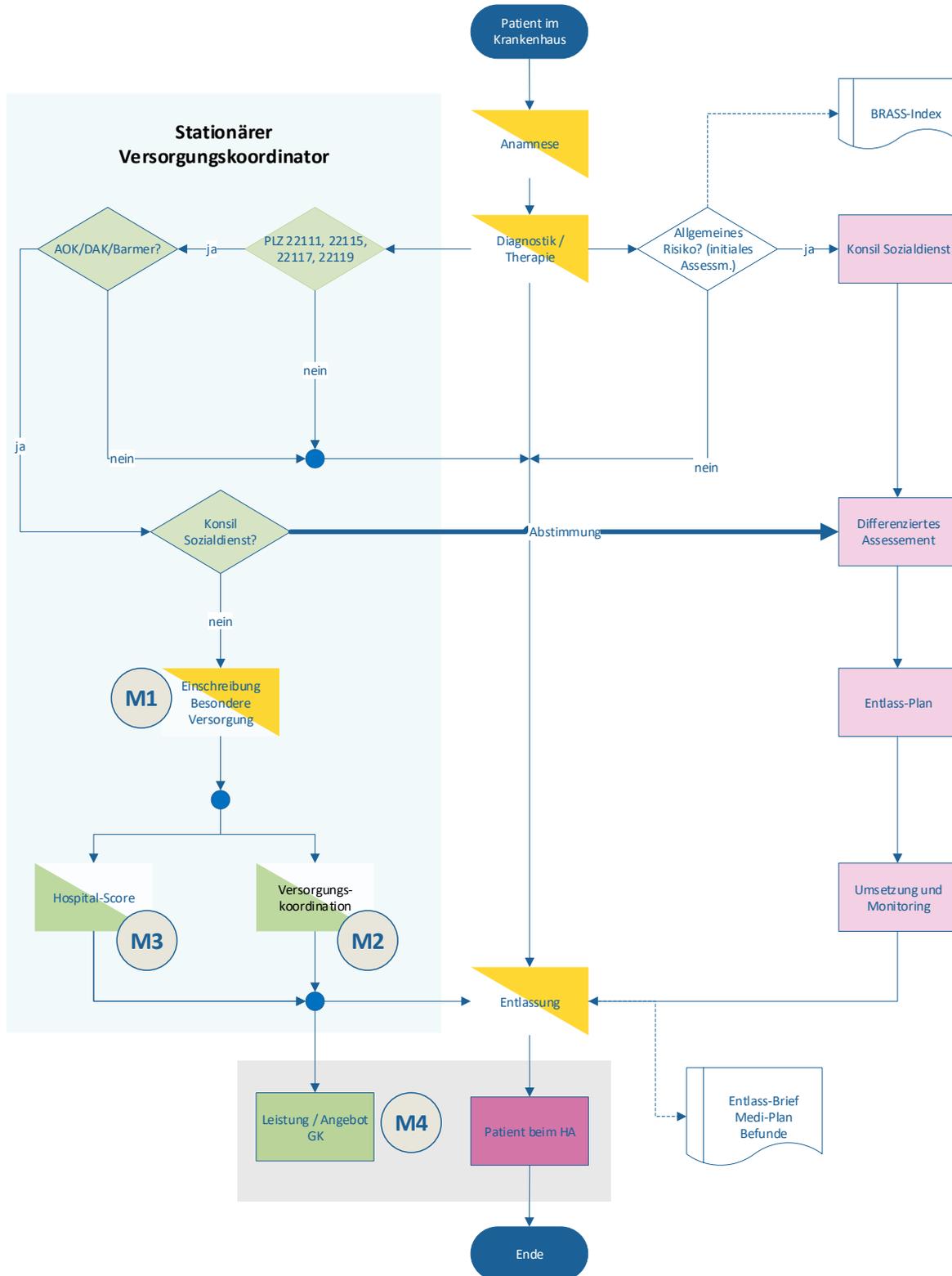
Legende



Vernetzung im Blick – Prozessdarstellung Gesundheitskiosk



Vernetzung im Blick – Prozessdarstellung Krankenhaus



Nachfolgend werden die Module des Versorgungsprogramms inhaltlich dargestellt.

1. Direkte Versorgung

Modul 1	Einschreibung / Zuweisung
Modul 2	Stationäre Versorgungskoordination
Modul 3	Hospital-Score + Intensivbegleitung
Modul 4	Leistungsangebot Gesundheitskiosk

2. Bereich Begleitmodule

Modul 5	QZ
Modul 6	IT-Vernetzung

1. Direkte Versorgung

Modul 1	Einschreibung
Kurzbeschreibung / Ziel	Zielgruppenentsprechende Patienten werden durch den stationären Versorgungskordinator (siehe Modul 2) im Krankenhausinformationssystem identifiziert und in die Besondere Versorgung eingeschrieben, um anschließend die Leistungen der GfBH in Anspruch nehmen zu können.
Zielgruppe	s. Programmübersicht und Prozessdarstellung Krankenhaus
Maßnahmen	<p><u>Stationärer Versorgungskordinator</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenidentifikation im KIS (Krankenkasse, PLZ, medizinischer Bedarf) • Aufklärung der identifizierten Patienten über die Besondere Versorgung und deren Vorteile • Aufklärung über Ziele und Angebote • Einschreibung • Anamnesebogen • Zielvereinbarung <p><u>Versorgungsmanagement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abholung der Unterlagen i.R. der Praxisfahrten, alternativ IT-Lösung mit entsprechender Schnittstelle
Beteiligte Personen / Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte • Stationärer Versorgungskordinator • Versorgungsmanagement
Material / Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Einschreibeunterlagen • Anamnese- und Zielbogen • Überweisungsscheine • Kursprogramme und Flyer
Zeitplanung	Beginn 01.06.19

Modul 2	Stationäre Versorgungskoordination
Kurzbeschreibung / Ziel	<p>Zielgruppenentsprechende Patienten werden nach erfolgter Einschreibung durch den stationären Versorgungskordinator an den Hausarzt und den Gesundheitskiosk angebunden. Ziel ist ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen den behandelnden Akteuren Klinik/HA sowie die effiziente und verbindliche Koordination und Kontinuität weiterer poststationär notwendiger Leistungserbringer.</p> <p>Über- und Fehlversorgungen sowie Versorgungsbrüche sollen somit vermieden werden.</p>
Zielgruppe	In M1 eingeschriebene Patienten
Maßnahmen	<p><u>Versorgungskordinator</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Info über Klinikaufenthalt an Hausarzt • bei Bedarf Vermittlung von weiteren Leistungserbringern aus dem GfBH-Netzwerk (Pflegedienste- oder Einrichtungen) • Planung/Organisation von <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzttermin innerhalb der ersten drei Tage nach Entlassung ▪ Kiosktermin innerhalb der ersten fünf Tage nach Entlassung • Überprüfung der Zusammenführung und Mitgabe aller notwendigen Dokumente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassungsbericht und Medikationsplan ▪ Einschreibung, Anamnese- und Zielvereinbarungsbogen <p><u>Versorgungsmanagement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abholung der Unterlagen i.R. der Praxisfahrten, alternativ IT-Lösung mit entsprechender Schnittstelle
beteiligte Personen Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte • Stationärer Versorgungskordinator • Versorgungsmanagement
Material / Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Zugang Insuite / Tablet (Dateneingabe, Zugriff Kalender, etc.)
Zeitplanung	Beginn 01.06.19

Modul 3	Hospital-Score + Intensivbegleitung
Kurzbeschreibung / Ziel	Über den Hospital-Score wird die Wahrscheinlichkeit einer Wiedereinweisung in den ersten 30 Tagen nach Entlassung ermittelt. Risikopatienten können im weiteren Verlauf entsprechend engmaschig begleitet werden, um die Wiedereinweisung zu vermeiden.
Zielgruppe	In M1 eingeschriebene Patienten
Maßnahmen	<p><u>Versorgungskordinator</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ermittlung des Hospital-Scores entsprechend der Vorlage (s. Anhang) • Dokumentation des Scores <p><u>Gesundheitsberater im Gesundheitskiosk:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit einem mittleren bis hohen Risiko, <u>d.h. >5 Punkte</u>, werden poststationär entsprechend intensiv mit dem Ziel der Vermeidung einer Wiedereinweisung begleitet: • im Wechsel je zwei Kioskbesuche und zwei Telefonate innerhalb der ersten 30 Tage nach Entlassung • Ermittlung von Risiken und möglichen Komplikationen, Überwachung der Risiken und Planung konkreter Maßnahmen • Zuordnung eines Versorgungsprogramms
beteiligte Personen Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Stationärer Versorgungskordinator • Gesundheitsberater Kiosk • Patient • HA
Material / Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • InSuite • Unterlagen aus Krankenhaus, inkl. Hospital-Score
Zeitplanung	Kontinuierlich, Beginn 01.08.19

Modul 4	Leistungsangebot Gesundheitskiosk
Kurzbeschreibung / Ziel	Die Patienten werden poststationär im Gesundheitskiosk angebunden und entsprechend ihrer individuellen Bedarfe gesteuert, um die Versorgungskontinuität zu erhöhen und langfristig die Gesundheitskompetenz zu steigern.
Zielgruppe	Patienten nach Krankenhausentlassung
Maßnahmen	<p><u>Gesundheitsberater im Gesundheitskiosk</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung über Programmanbindung bzw. bei Bedarf Steuerung ins Case Management • Führung des Patienten entsprechend der Programminhalte • Prüfung der Unterlagen (Einschreibung, Anamnese- und Zielvereinbarungsbogen) • Prüfung des HA-Kontaktes • Prüfung der Medikation und bei >4 Medikamenten Erstellung eines bundeseinheitlichen Medikamentenplans • Rückmeldung an HA • Dokumentation
beteiligte Personen Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte • Kioskmitarbeiter • HA
Material / Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterlagen aus Krankenhaus • Rückmeldungsformular HA-Praxen • InSuite
Zeitplanung	Kontinuierlich, Beginn 01.06.2019

2. Bereich Begleitmodule

Nachfolgend werden die Begleitmodule des Versorgungsprogramms inhaltlich dargestellt.

Modul 5	Qualitätszirkel
Kurzbeschreibung/Ziel	<p>In regelmäßigen, interdisziplinär zusammen gesetzten Arbeitsgruppen werden verschiedene Aspekte rund um das Thema sektorenübergreifende Zusammenarbeit erörtert und erarbeitet.</p> <p><u>Ziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • verbesserte Kommunikation durch Perspektivwechsel • Optimierung und Vereinheitlichung der bestehenden Prozesse • Gestaltung neuer Prozesse
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergelassene Haus- und Fachärzte in Billstedt und Horn sowie deren MFA • Ärzte aus dem stationären Bereich • Mitarbeiter aus dem Bereich Entlassungsmanagement der Kliniken • Kioskmitarbeiter
Maßnahmen	Pro Qualitätszirkel (QZ) gibt es ein Schwerpunktthema, welches erarbeitet wird. Die Auftaktveranstaltung beschäftigt sich zunächst mit der Konzeptvorstellung sowie Erarbeitung von potenziellen Themen.
beteiligte Personen / Partner	s. Zielgruppe und Beteiligte
Material / Ausstattung	Konferenzraum / Seminarraum
Zeitplanung	<ol style="list-style-type: none"> 1. QZ 27.02.19: Thema Herausforderungen der Zusammenarbeit 2. QZ 19.06.19: Thema IT-gestützte Befund- und Datenübermittlung 3. QZ 23.10.19: Thema ausstehend <p>Jährlich drei Qualitätszirkel Vernetzung</p>

Modul 6	IT-Vernetzung
Kurzbeschreibung/Ziel	Durch eine IT-Anbindung der Kliniken an das Ärztenetz werden Daten- und Befundübermittlungen digital zur Verfügung gestellt. Informationsprozesse werden dadurch sichergestellt sowie Überversorgungen wie Doppeluntersuchungen und Therapieunterbrechungen vermieden.
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergelassene Haus- und Fachärzte in Billstedt und Horn sowie deren MFA • Krankenhäuser • Gesundheitskiosk
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung des Ärztenetzes durch ein einheitliche Praxisverwaltungssystem • Anschluss der Krankenhäuser an das Ärztenetz • Gesicherter Datenaustausch von eingeschriebenen Patienten
beteiligte Personen / Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsträger der Krankenhäuser • Organisation und IT, GfBH • Versorgungsmanagement, GfBH
Material / Ausstattung	Insuite
Zeitplanung	Ab 07/19

Der Hospital Score ermittelt das Risiko für eine Wiederaufnahme von entlassenen Patienten.

Faktor	Werte	Punkte
Hb-Wert bei Entlassung	>120 g/l <input type="checkbox"/>	0
	<120 g/l <input type="checkbox"/>	1
Entlassung aus Onkologie	Nein <input type="checkbox"/>	0
	Ja <input type="checkbox"/>	2
Natrium-Wert bei Entlassung	>135 mmol/l <input type="checkbox"/>	0
	<135 mmol/l <input type="checkbox"/>	1
Intervention während des Klinikaufenthaltes	Nein <input type="checkbox"/>	0
	Ja <input type="checkbox"/>	1
Aufgenommen über Notaufnahme	Nein <input type="checkbox"/>	0
	Ja <input type="checkbox"/>	1
Anzahl der Klinikaufenthalte In den letzten zwölf Monaten	0 - 1 <input type="checkbox"/>	0
	2 - 5 <input type="checkbox"/>	2
	>5 <input type="checkbox"/>	5
Krankenhausaufenthalt >5 Tage	Nein <input type="checkbox"/>	0
	Ja <input type="checkbox"/>	2
Gesamtpunktzahl		/13

Risiko für Wiederaufnahme:

gering 1 – 4 Punkte

mittel 5 – 6 Punkte

hoch > 7 Punkte

Pflege im Blick

Versorgungsprogramm in ambulanten und stationären
Pflegeeinrichtungen in den Stadtteilen Billstedt & Horn

Kontakt: Gesundheit für Billstedt/Horn UG haftungsbeschränkt
Möllner Landstraße 31
22111 Hamburg
Tel. 040 73 67 71

Überblick

Programmbeschreibung

Die für das Programm entwickelten Behandlungspfade orientieren sich an den Bedarfen der Einrichtungen und den beteiligten Akteuren. Der erste Baustein des multimodularen Programms ist die **strukturierte Vorgehensweise** in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, die eine intensive medizinische und pflegerische Untersuchung umfasst. Weitere Bausteine des Programms sind regelmäßige **Gripeschutzimpfungen**, **Risikofaktorenmanagement**, individuelle Medikationsanpassung nach FORTA.

Zielgruppe

Das Programm richtet sich an Mitglieder der besonderen Versorgung der Gesundheit für Billstedt/ Horn in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
Patienten mit ICD:

- erhöhtes Sturzrisiko/Fraktur (S62.-, S42.-, S52.-, S02.-, S32.-, S22.-, S72.-)
- Dekubitalgeschwür und Druckzone (L89.)
- Diabetes mellitus; Diabetisches Fußsyndrom (E10-E14)
- Palliativbehandlung (Z51.5)
- Herz-Kreislaufkrankungen (I20.-25.-)
- COPD (J44.-)

Ziele

- frühzeitig Risikofaktoren zu erkennen und zu minimieren
- Letalität und Morbidität zu senken (Gripeschutz-Impfwoche)
- Ambulant-sensitive Krankenhauseinweisungen zu reduzieren¹
- Gripeschutzimpfungen zu erhöhen (50% >60 Jahren Impfwoche)
- verbesserten Gesundheitsstatus bei gleichzeitiger Kostenreduktion

Beteiligte

An der Umsetzung des Programms sind Pflegedienstleitungen, Haus- und Fachärzte aus Billstedt und Horn, das Ärztenetz Billstedt/Horn und Ärzte der Stadtteilklinik Hamburg GmbH beteiligt.

Start Programmentwicklung: Januar 2017

Start Programm: 01. Januar 2018

Evaluation

Die Evaluation des Gesamtprogramms beinhaltet u. a. die Einschreibequote der Patienten in das Programm, ein Patientenfragebogen zur Programmmzufriedenheit sowie die Einhaltung der Behandlungspfade.

¹ Hanefeld C., Haschemi A., Lampert T., Trampisch H.J. et al. 2018: Soziale Unterschiede bei den Notarztdiagnosen Herzinfarkt und Schlaganfall; Deutsches Ärzteblatt; Jg. 115; Heft 4; S. 41-48

Inhalt

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	4
Einleitung	5
1. Ausgangssituation	5
1.1. Ziele	6
1.2. Zielgruppen	7
1.3. Situation der stationären Pflegeeinrichtungen in Billstedt/Horn	7
1.4. Haupterkrankungen für Krankenhauseinweisungen	7
1.5. Gesetzliche Rahmenbedingungen	8
2. Maßnahmen	9
3. Vorteile und Aufgaben der Leistungspartner	16
3.1. Vorteile für die stationären & ambulanten Pflegeeinrichtungen	16
3.1.1. Aufgaben der stationären & ambulanten Pflegeeinrichtungen	16
3.2. Vorteile für Haus- und Fachärzte	16
3.2.1. Aufgaben der Haus- und Fachärzte	16
4. Zukünftige Geplante Maßnahmen	17
5. Datenschutz	17
6. Weiteres Vorgehen	17
Literaturnachweis	19
Anhang	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Pflegebedürftigen in Deutschland und Hamburg – Eigene Darstellung (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2016; Statistisches Bundesamt 2015)	6
Tabelle 2: Eigene Darstellung – Anzahl der Pflegeeinrichtungen in Billstedt und Horn	7

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Maßnahmenkreislauf 2017	9
Abbildung 7: Weiteres Vorgehen 2017	18

Abkürzungsverzeichnis

COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
D.m.	Diabetes mellitus
HCHE	Hamburg Center for Health Economics
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	Koronare Herzkrankheit
LP	Leistungspartner
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
SGB	Sozialgesetzbuch
UKE	Universitätsklinik Eppendorf

Einleitung

Das vorliegende Konzept „**Pflege im Blick**“ beschreibt die Versorgungsstrukturen in Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen diese durch die integrierte Versorgung (IV) zu verbessern.

Ältere Menschen, die nicht mit in der Lage sind, selbstständig die täglichen Aktivitäten des Lebens zu bewerkstelligen oder nicht mehr alleine leben möchten, haben die Möglichkeit die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen oder in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen. In beiden Fällen ist die Unterstützung durch einen pflegerischen- und ärztlichen Dienst gegeben. Aus diesen Gründen sollten im Krankheitsfall alle notwendigen Maßnahmen greifen, bevor es zu einer Krankenhauseinweisung kommt. Dieses hat nicht nur immense Vorteile für den Hausarzt und die Pflegeeinrichtung, es gibt dem Bewohner auch Sicherheit, Vertrauen und die Möglichkeit in der gewohnten Umgebung zu verbleiben. Allerdings konnten internationale Studien zeigen, dass ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen oft unzureichend ärztlich versorgt sind und es deshalb häufig zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen kommt (el Moussaoui R. et al. 2006; Bally K.W., Nickel C. 2013; Bienstein C. 2017; Graverholt B., Forsetlund L., Jamtvedt G. 2014; Loeb et al. 2006; Ouslander J. G., Berenson R. A. 2011; Goldfeld et al. 2013). Zusätzlich zeigt sich dabei ein Zusammenhang von häufigen Krankenhauseinweisungen und der unzureichenden Anzahl an pflegerischem und ärztlichem Personal (Krüger K. et al. 2011).

Durch ein Versorgungsmanagement, bei dem Behandlungspfade und weitere Instrumente, die durch die Pflegeeinrichtung und den ärztlichen Dienst erarbeitet werden, können Krankheitsverläufe frühzeitig erkannt und behandelt, und Krankenhauseinweisungen, und die damit verbundenen höheren Kosten, vermieden werden (Bally K.W., Nickel C. 2013; Graverholt B., Forsetlund L., Jamtvedt G. 2014; Loeb et al. 2006; Ouslander J. G., Berenson R. A. 2011).

Das Versorgungsmanagement, auf das Versicherte laut § 11 SGB V Abs. 4 Anspruch haben, wird in diesem Konzept der Hauptbestandteil sein. Vorwiegendes Ziel soll eine sektorenübergreifende Versorgung sein, die zu einem optimalen Austausch und einer verbesserten Behandlungsqualität für die Bewohner von Pflegeeinrichtungen führen soll.

1. Ausgangssituation

Der Anteil der älteren Bevölkerung nimmt in Deutschland stetig zu. Die Menschen über 67 Jahre werden nach Vorausberechnungen bis zum Jahr 2040 auf 21,5 Mio. ansteigen (Statistisches Bundesamt 2016). Diesen Herausforderungen müssen in die zukünftigen gesundheitsbezogenen Prozesse für ältere Menschen einbezogen werden.

Die folgende Übersicht zeigt den Anteil der pflegebedürftigen in Deutschland im Vergleich zu Hamburg.

Pflegebedürftigkeit	Deutschland 2015	Hamburg 2015
Anzahl pflegebedürftiger Menschen (SGB XI)	2,86 Mio. (3,4%)	52.649 (2,9%)
Anzahl Bevölkerung gesamt	82,2 Mio.	1,78 Mio.

Tabelle 1: Übersicht der Pflegebedürftigen in Deutschland und Hamburg – Eigene Darstellung (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2016; Statistisches Bundesamt 2015)

Krankenhauseinweisungen durch Pflegeeinrichtungen sind konstant hoch und verursachen immense Kosten, obwohl ein Großteil der Patienten in der Einrichtung verbleiben könnten, wenn die Versorgung gesichert wäre. Grund für Einweisungen und Wiedereinweisungen sind häufig die fehlende Erreichbarkeit ärztlicher Ansprechpartner, auch außerhalb der Sprechzeiten und unregelmäßige Visiten durch den ärztlichen Dienst (Bienstein C. 2017). Weitere Gründe sind ein enormer Fachkräftemangel, unzureichend ausgebildetes Pflegepersonal und eine unzureichende Überleitung vom Krankenhaus zur Pflegeeinrichtung (Krüger K. et al. 2011). Diese Faktoren führen häufig zu einer hohen Unsicherheit, die in akuten Situationen nicht kompensiert werden kann und demnach die Krankenhauseinweisung als einzige Lösung darstellt. Für die Bewohner können Krankenhauseinweisungen zu zusätzlichen Einschränkungen führen, wenn sie z.B. durch den Aufenthalt an einer weiteren Infektion wie MRSA erkranken (Borgmann, Stark 2008). Weitere Probleme können entstehen, wenn Patienten dementiell erkrankt sind und die gewohnte Umgebung verlassen müssen (Goldfeld et al. 2013). Häufig kann es zu Stürzen kommen, die mit einer Fraktur einhergehen, was für die Patienten zu einem extremen Verlust der Eigenständigkeit und zu weiteren hohen Kosten führen kann (Ouslander J. G., Berenson R. A. 2011).

In dem Bericht des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes (MDS) über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege wird zwar eine Verbesserung in der Versorgungsqualität (Dekubitusprophylaxe) beschrieben, es wird jedoch darauf hingewiesen, dass es Handlungsbedarf im Schmerz- und Medikamentenmanagement gibt (MDS 2014).

1.1. Ziele

Die vorwiegenden Ziele beziehen sich auf die Optimierung der Versorgungsqualität, erhöhte Wirtschaftlichkeit und Steigerung von Effizienz und Nachhaltigkeit.

Daraus ergeben sich folgende detaillierte Ziele:

- › Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Kommunikation stärken
- › optimale Versorgung der Bewohner gewährleisten
- › Krankenhauseinweisungen reduzieren
- › Notdiensteinsätze reduzieren
- › kontinuierliche Erreichbarkeit des ärztlichen Dienstes
- › Erstellung und Umsetzung von Behandlungspfaden, Notfallpläne
- › Effektive Nutzung vorhandener Strukturen

1.2. Zielgruppen

Die Haupt-Zielgruppe in diesem Projekt sind alle Bewohner und Patienten einer Pflegeeinrichtung/ambulanten Pflegedienst (ca. 700 Bewohner), mit dessen Krankenkassen ein IV-Vertrag abgeschlossen wurde (Annahme: 350 Bewohner).

Die Bewohner/Patienten werden nach einem strukturierten Verfahren (siehe Anhang 3) in das Projekt eingeschrieben, sobald sie der Teilnahme zustimmen. Die freie Arztwahl bleibt davon unberührt.

1.3. Situation der stationären Pflegeeinrichtungen in Billstedt/Horn

In den Stadtteilen Billstedt sind derzeit zwei und in Horn drei Pflegeeinrichtungen ansässig. In der folgenden Tabelle werden die Einrichtungen mit der Anzahl der Plätze aufgezeigt. Eine detaillierte Bestandsaufnahme (Anhang 2) der aktuellen Situation der Einrichtungen folgt in einer intensiven Zusammenarbeit.

Hamburg-Horn	Hamburg-Billstedt
Senator Seniorenzentrum Kapernaum Rennbahnstr. 51-53, 22111 Hamburg-Horn = 138 Plätze	Kursana Domizil Sonnenland 15, 22115 Hamburg-Billstedt = 125 Plätze (Demenzkonzepte)
Das Rauhe Haus – Haus Weinberg Beim Rauhen Hause 21, 22111 Hamburg-Horn = 70 Plätze (Hospizdienst und Demenz)	AWO Seniorenzentrum Mümmelmannsberg Oskar-Schlemmer-Straße 25, 22115 Hamburg) = 159 Pflegeplätze
Pflegen & Wohnen Horn Bauerberg 10, 22111 Hamburg-Billstedt = 193 Plätze (Therapiepraxen mit ansässigen Fachärzten)	

Tabelle 2: Eigene Darstellung – Anzahl der Pflegeeinrichtungen in Billstedt und Horn

1.4. Haupterkrankungen für Krankenhauseinweisungen

Wie bereits in der Ausgangssituation beschrieben werden Bewohner häufig in Krankenhäuser eingewiesen, obwohl einige Erkrankungen keine Notwendigkeit für eine Krankenhausbehandlung aufweisen. Häufigste Gründe für Krankenhauseinweisungen durch Pflegeeinrichtungen sind (Loeb et al. 2006; Krüger K. et al. 2011; Sundmacher L., Schüttig W., Faisst C. 2015; Bally K.W., Nickel C. 2013):

- › Kardiovaskuläre Erkrankungen (KHK, Angina Pectoris, chronische Herzinsuffizienz, Arterielle Hypertonie)
- › Infektionen mit Fieber (Pneumonie, Harnwegsinfekt)
- › Frakturen (Hüftfrakturen)

Häufigste vermeidbare Krankenhauseinweisungen sind:

- › Kardiovaskuläre Erkrankungen (KHK, Angina Pectoris, chronische Herzinsuffizienz, arterielle Hypertonie)
- › Infektionen (Pneumonie, Harnwegsinfekt)
- › Neurologische Erkrankungen (Psychiatrische Probleme)
- › Medikationsprobleme
- › Palliativmedizin/-pflege
- › Diabetes Mellitus
- › Dekubitus
- › Dehydration

Hauptsächlich betroffen sind Diagnosen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die mit einem Anstieg von > als 5 Medikamenten im Alter ab 65 Jahren einhergehen. Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich zusätzlich für folgende einhergehende Risiken für:

- › Anstieg Dekubitusgefahr (Immobilität, Diabetes mellitus)
- › Knochen- und Gelenkentzündungen
- › Belastung des Herz- und Kreislaufsystems
- › Risiko von Schlaganfall und kardiovaskulären Erkrankungen (Hypertonie)
- › Thrombose (Lungenembolie)
- › Pneumonie
- › Krebsrisiko

1.5. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Pflegeheime, ambulante Dienste und Pflegeberatung werden in dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) beschrieben.

Die dazugehörigen Bestimmungen zu den Qualitätsberichten des MDS sind unter § 114a Abs. 6 SGB XI hinterlegt, wobei hier die Versorgungsqualität und der Umgang mit Medikamenten einen Schwerpunkt bilden.

2. Maßnahmen



Abbildung 1: Planung Maßnahmenkreislauf 2017-2019

Modul 1	Prozess Einweisung ins Krankenhaus/zum Facharzt
Kurzbeschreibung / Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Einheitliches Vorgehen bei der Einweisung • Verbesserte Kommunikation • Effiziente Weiterleitung von Informationen
Zielgruppe	Patienten mit <ul style="list-style-type: none"> • erhöhtes Sturzrisiko/Fraktur (S62.-, S42.-, S52.-, S02.-, S32.-, S22.-, S72.-) • Dekubitalgeschwür und Druckzone (L89.) • Diabetes mellitus; Diabetisches Fußsyndrom (E10-E14) • Palliativbehandlung (Z51.5) • Herz-Kreislaufkrankungen (I20.-25.-) • COPD (J44.-)
Maßnahmen	Umsetzung der Behandlungspfade
beteiligte Personen Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Haus- und Fachärzte • Pflegekräfte • Krankenhaus
Material Ausstattung /	<ul style="list-style-type: none"> • Überweisungs-/ Einweisungsschein • Überleitungsbogen • Medikationsplan
Zeitplanung	Gültigkeit des Behandlungspfades

Modul 2	Anmeldung Programm Pflege
Kurzbeschreibung / Ziel	Nachdem Versicherte der Partner-Krankenkassen, die zur u. g. Zielgruppe gehören, in die besondere Versorgung eingeschrieben wurden, können sie in das Programm Pflege im Blick aufgenommen werden.
Zielgruppe	Bewohner und Klienten der ambulanten und stationären Einrichtungen
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Aufklärung über die Programmteilnahme, zusätzlich Flyer für Patienten mit Inhalten, Vorteilen und Ablauf des Programms • Aufkleber für die elektronische Gesundheitskarte als Erkennungszeichen für Mitarbeiter in den Arztpraxen und im Gesundheitskiosk • Vermerk in der Patientenakte über Programmteilnahme
beteiligte Personen Partner	<p>Versicherte</p> <p>Hausarzt, ggf. Facharzt</p> <p>Pflegekraft</p>
Material Ausstattung /	<ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden für die Arztpraxis • Programmflyer • Logoaufkleber für die Gesundheitskarte - Gesundheit für Billstedt/Horn, Durchmesser 2 cm
Zeitplanung	Beginn 01. Januar 2018; Programmeinschreibung fortwährend über die gesamte Laufzeit

Modul 3	Kampagne Gripeschutzimpfung
Kurzbeschreibung / Ziel	<p>Zur Entwicklung einer präventiven Maßnahme zur Erhöhung der Gripeschutzimpfungen wird eine Befragung der lokalen Haus- und Fachärzt:innen zum Impfverhalten der Patient:innen durchgeführt. Basierend auf den Ergebnissen wird gemeinsam mit den niedergelassenen Hausärzt:innen eine Werbekampagne für die Stadtteile entwickelt. Ziel der Kampagne ist die Erhöhung der Impfquote bei Bewohner:innen ab 60 Jahren und Risikopatient:innen mit chronischen Erkrankungen auf 75%, wie von der WHO vorgegeben.</p> <p>Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Gripeschutzimpfungen bei Bewohnern ab 60 Jahren um 75% erhöhen • Grippebedingte Krankenhauseinweisungen bei chronischen Erkrankungen reduzieren² • Letalität und Morbidität bei Herzerkrankungen reduzieren³
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Ältere Patienten (>60 Jahre) • Risikopatienten mit chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, COPD) <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes mellitus; Diabetisches Fußsyndrom (E10-E14) ○ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I20.-25.-) ○ COPD (J44.-) • Mitarbeiter Pflegedienst
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Befragung der Haus-/Fachärzte über Impfverhalten • Werbekampagne vom 15.-30.11.2018 mit Gewinnspiel
beteiligte Personen Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Haus- und Fachärzte der Allgemeinmedizin aus Billstedt und Horn • MFA der Praxen
Material Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Werbematerialien kostenlos (bzgl.) • Informationsmaterial • Postkarten & Poster der Impfkampagne
Kosten-Nutzen	<p>3-Fach-Impfung (TIV – trivalentem Impfstoff) Kosten = 8 Euro pro Person</p> <p>4-Fach-Impfung (QIV – quadrivalenten Influenzaimpfstoff) Kosten = 20 Euro pro Person</p> <p>Nutzen – Annahme - Wechsel von TIV zu QIV: jährlich verhindert werden = 276.506 Influenzaerkrankungen, 112.183 Arztkonsultationen, 5.690 stationäre Behandlungen (50% davon Menschen ab 60 Jahren)⁴</p>
Zeitplanung	<ul style="list-style-type: none"> • 2018 & 2019 Planung Februar bis Oktober • Impfwoche 3. Oktoberwoche bis Ende Dezember

² Robert Koch Institut 2018: Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung des quadrivalenten saisonalen Influenzaimpfstoffs; Epidemiologisches Bulletin; Januar 2018 / Nr. 2; Seite: 26-27

³ Warren-Gash C., Smeeth L., Hayward A. C. 2009: Influenza as a trigger for acute myocardial infarction or death from cardiovascular disease: a systematic review; The Lancet - Volume 9, No. 10, Oktober 2009

⁴ Robert Koch Institut 2018: Epidemiologisches Bulletin; Januar 2018/Nr. 2; S. 19-28

Modul 4	Projekt – optimale Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus
Kurzbeschreibung / Ziel	<p>Neben dem Fokus auf vulnerable Patient:innengruppen in der ambulanten Versorgung werden zudem Heimbewohner:innen mit der Diagnose Diabetes mellitus und diabetischem Fuß in die neue Versorgungsform eingeschlossen, um vermeidbare Krankenhausfälle, Transportkosten und Fußamputationen zu reduzieren. Dabei stehen die Vermeidung und Versorgung von Wunden und die Blutzuckereinstellung im Fokus. Um hohe Kosten für einen Transport der Patient:innen zur Praxis einzusparen, werden die Visiten vor Ort in den Pflegeeinrichtungen durchgeführt.</p> <p>Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Krankenhauseinweisungen • Vermeidung von Amputationen durch diabetischen Fuß • Vermeidung von Wunden • Optimale Einstellung der Medikation und der Blutzuckerwerte • Verbesserung des Gesundheitszustandes • Optimale Zusammenarbeit und Austausch zwischen Pflegeheim, Hausarzt und Facharzt
Zielgruppe	<p>Patienten mit den Diagnosen Diabetes mellitus (Tabletten und Insulin) und diabetischer Fuß</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitalgeschwür und Druckzone (L89.) • Diabetes mellitus; Diabetisches Fußsyndrom (E10-E14)
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitscheck 1x im Quartal (Allgemeinzustand, BZ, Wundkontrolle unterhalb des Knies, Pulskontrolle am Fuß, Blutwerte, Medikamenteneinstellung) • Anordnungen für Augenarzt, Angiologie, Urologie
beteiligte Personen Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetologe • Wundexpertin • Ernährungsberaterin • NäPa • Hausarztpraxis, MFA • Pflegedienstleitung Pflegeheim Kursana
Zeitplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Ab Juni 2018 • 1x pro Quartal

Modul 5	Schulungen für Mitarbeiter/Angehörige/Bewohner
Kurzbeschreibung / Ziel	<p>Die häufigsten Krankenhauseinweisungen von Patient:innen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, auf Basis der Experteninterwies der beteiligten Leistungserbringer, betreffen Patient:innen mit Zustand nach einem Sturz, im Sterbeprozess, mit chronischen Wunden oder diabetischem Fuß sowie mit Hypo- oder Hyperglykämie. Folgende vier Interventionsthemen werden identifiziert: Sturzprophylaxe, modernes Wundmanagement, Ernährung bei Diabetes und Palliativ Pflege. Für diese Themen finden in den Einrichtungen Schulungen statt.</p> <p>Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Sicherheit und Kompetenzen bei den Mitarbeitern • Reduzierung von ASK • Vermeidung von Stürzen • Reduzierung und Vermeidung von Wunden • Verbesserung des Ernährungszustands bei Diabetes mellitus
Zielgruppe	<p>Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • erhöhtes Sturzrisiko/Fraktur (S62.-, S42.-, S52.-, S02.-, S32.-, S22.-, S72.-) • Dekubitalgeschwür und Druckzone (L89.) • Diabetes mellitus; Diabetisches Fußsyndrom (E10-E14) • Palliativbehandlung (Z51.5) • Herz-Kreislaufkrankungen (I20.-25.-) • COPD (J44.-)
Maßnahmen	<p>Beratung und Schulung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trainer zur Sturzprophylaxe für Mitarbeiter • Modernes Wundmanagement für Mitarbeiter/Ärzte • Palliativ-Pflege für Mitarbeiter • Ernährung bei Diabetes, Mangelernährung für Mitarbeiter und Bewohner • Demenz (Umgang/Schmerz) für Angehörige
beteiligte Personen Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegedienst und HA/FA der Einrichtungen <p>Pflegeheim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AWO-Seniorenheim Mümmelmannsberg • Kursana Domizil Billstedt • Rauhes Haus • Pflegen und Wohnen <p>Ambulante Pflegedienste/Tageseinrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Annas Tagesbetreuung • Medicur Billstedt • AWO-Sozialstation • AWO-Tagespflege • Sonne Pflegedienst • Pflegeteam Leib und Seele
Zeitplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Januar – Dezember 2017 – 2019 • 4x pro Quartal pro Schwerpunkt

Modul 6	Qualitätszirkel
Kurzbeschreibung / Ziel	<p>In den Qualitätszirkeln werden die verschiedenen Perspektiven, Erwartungen und Abläufe in den jeweiligen Versorgungssektoren ausgetauscht. Die häufigsten Herausforderungen sind eine unzureichende Kommunikation, verschiedene Ansprechpartner:innen, fehlende Informationsweitergabe und eine hohe Arbeitsbelastung. Es werden direkte und indirekte Optimierungsansätze besprochen, die sich aus den Herausforderungen ergeben.</p> <p>Zur Weiterentwicklung und im Hinblick auf die vielen sektorenübergreifenden Themen, wird empfohlen den QZ mit Teilnehmer:innen aus dem Krankenhaus – Sozialdienst/Entlassungsmanagement – zu erweitern.</p> <p>Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung der sektorenübergreifenden Sektoren • Verbesserte Kommunikation • Einheitliche Vorgehensweise
Zielgruppe	<p>Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewohner und Klienten der stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungspfad • Erstellung von Flyer für die Patienten • Erstellung von Listen für eine verbindliche Erreichbarkeit • Themenschwerpunkte (Gripeschutzimpfungen) • Erstellung von Pfad „Fast-Line Röntgen“
beteiligte Personen Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegedienstleitung • Wohnbereichsleitungen • HA/FA
Material Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Konferenzraum/Seminarraum
Zeitplanung	4x pro Quartal á 3 Stunden (inkl. Nachbereitung)

Modul 7	eIVI – elektronische Visite
Kurzbeschreibung / Ziel	<p>Die Begleitung von (immobilen) Bewohnern bei Arztbesuchen bindet in Pflegeheimen hohe zeitliche und personelle Ressourcen. Zudem sind die Arztbesuche für die Bewohner oftmals beschwerlich und insbesondere bei Demenzerkrankungen eine große Belastung. Doch eine Vielzahl der Arztbesuche kann mit der ELVI als Videosprechstunde durchgeführt werden.</p> <p>Das ärztliche Fernbehandlungsverbot verbietet die ausschließliche Beratung und Behandlung aus der Ferne. Aus gutem Grund, denn die Televisite kann den persönlichen Kontakt zu einem Arzt nicht vollständig ersetzen. Insbesondere für Diagnosen oder Behandlungen ohne vorherigen persönlichen Kontakt ist die Videosprechstunde eher ungeeignet. Abgerechnet werden können daher bis dato nur Indikationen aus dem Bereich der Verlaufskontrollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde • visuelle Verlaufskontrolle einer/von akuten, chronischen und/oder offenen Wunde(n) • visuelle Verlaufskontrolle einer/von Dermato(n)s, auch nach strahlentherapeutischer Behandlung • visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auch nervaler Genese als Verlaufskontrolle • Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle • anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle <p>Im Notfall oder als zusätzliche, qualitätssteigernde Maßnahme kann die Televisite allerdings auch in vielen anderen Situationen weiterhelfen, die nicht von den Krankenkassen abgedeckt werden.</p> <p>Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung der sektorenübergreifenden Sektoren • Verbesserte und zeitnahe Kommunikation • Vermeidung von ASK
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung • FA/HA
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Implementierung der eIVI in der Einrichtung • Indikationsliste für die Anwendung
beteiligte Personen Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegedienstleitung • Wohnbereichsleitungen • Hausärzte
Material Ausstattung /	<ul style="list-style-type: none"> • eIVI monatlich = 59€ / jährlich = 708€ • I-Pad einmalig 350€

3. Vorteile und Aufgaben der Leistungspartner

3.1. Vorteile für die stationären & ambulanten Pflegeeinrichtungen

- › Geringere Krankenhauseinweisungen / Wiedereinweisungen
- › Bewohner bleiben der Einrichtung erhalten
- › Stärkung für das Personal, durch Eigenständigkeit
- › Gute Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst (Rufbereitschaft, regelmäßige Visiten, Fallbesprechungen)
- › Gute Zusammenarbeit mit beteiligten Pflegeeinrichtungen in Billstedt/Horn
- › Regelmäßige Schulungen und Fortbildungen durch Hausärzte
- › Bewohner fühlen sich gut versorgt (höhere Patienten- und Angehörigenzufriedenheit)
- › Verbesserte Versorgung der Bewohner*innen → gesündere Bewohner*innen

3.1.1. Aufgaben der stationären & ambulanten Pflegeeinrichtungen

- › Bearbeitung und Umsetzung von Behandlungspfaden
- › Bearbeitung und Umsetzung von Maßnahmen die zur Verbesserung der Versorgung der Bewohner beitragen (Delegation ärztlicher Tätigkeiten, Pflegevisiten, etc.)
- › Anwendung der Expertenstandards
- › Teilnahme an Schulungen
- › Teilnahme und Umsetzung von Fallbesprechungen
- › Teilnahme an ärztlichen Visiten (inkl. Vor- und Nachbereitung)

3.2. Vorteile für Haus- und Fachärzte

- › Geringe Krankenhauseinweisungen / Wiedereinweisungen
- › Langfristige Entlastung der Praxen
- › Patienten bleiben der Hausarztstruktur erhalten
- › verbesserte und regelmäßige Versorgung der Bewohner*innen
- › erhöhte Behandlungsqualität
- › Vertrauen der Bewohner
- › Sicherheit für das Pflegepersonal
- › Verbesserte Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal
- › Verbesserte Versorgung der Pharmakotherapie

3.2.1. Aufgaben der Haus- und Fachärzte

- › Regelmäßige Visiten
- › Verbesserte Erreichbarkeit und Rufbereitschaft
- › Fallbesprechungen und Qualitätszirkel durchführen
- › an Schulungen/FB teilnehmen (Qualitätszirkel: Pharmakotherapie für geriatrische Patienten)
- › Schulungen/FB für die Mitarbeiter durchführen
- › Bearbeitung und Umsetzung von Behandlungspfaden

- › Unterstützung bei internen Prozessen, zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Patienten (Pflegevisiten, Vor- und Nachbereitung der Visiten)

4. Zukünftige Geplante Maßnahmen

Zur besseren und schnelleren Übermittlung von Informationen werden zukünftig IT-gestützte Dokumentationssysteme entwickelt und eingesetzt. Die Übermittlung von Krankenhausdaten an die Pflegeeinrichtung und den Hausarzt kann zeitnah und ohne Informationslücken erfolgen, was den Vorteil hat, dass Maßnahmen sofort eingeleitet werden können (Grabowski D. C., O'Malley A. J. 2014; GeWINO 2016). Zusätzlich soll es möglich sein, Fallbesprechungen oder Visiten im akuten Krankheitsfall per Skype zu führen, um Symptome des Patienten zu analysieren und erste wesentliche Anordnungen zu treffen. Dies soll auch einen Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation leisten.

In den kommenden Jahren sind folgende Maßnahmen geplant:

- › Datengeschützte Versorgungsplanung
- › Elektronische Patientenakte

5. Datenschutz

Für den Zeitraum der Evaluation werden Daten erhoben, die dazu dienen sollen, Versorgungsdefizite (Unter-, Fehl-, Überversorgung) zu analysieren und darauf folgend Maßnahmen einzuleiten, die die Qualität stetig zu verbessern. Zur Wahrung der Datenschutzrechte der Patienten, werden alle notwendigen Vorkehrungen eingehalten. Die Einhaltung der Regelungen zum Datenschutz wird regelmäßig durch die Datenschutzbeauftragten überprüft. Für Fragen und weitere Informationen steht auch der Datenschutzbeauftragte der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt), Dr. Volker Wodianka, erreichbar unter v.wodianka@schluti-us-privacy.de oder telefonisch unter: +49 (0)40-3340146, zur Verfügung.

6. Weiteres Vorgehen

Als erste Maßnahme werden, durch eine Befragung der aktuellen Situation in den Pflegeeinrichtungen, Schwierigkeiten, Besonderheiten und Prozesse erörtert, um daraus Maßnahmen abzuleiten. In der folgenden Übersicht wird der Ablauf der einzelnen Sektoren kurz aufgezeigt.

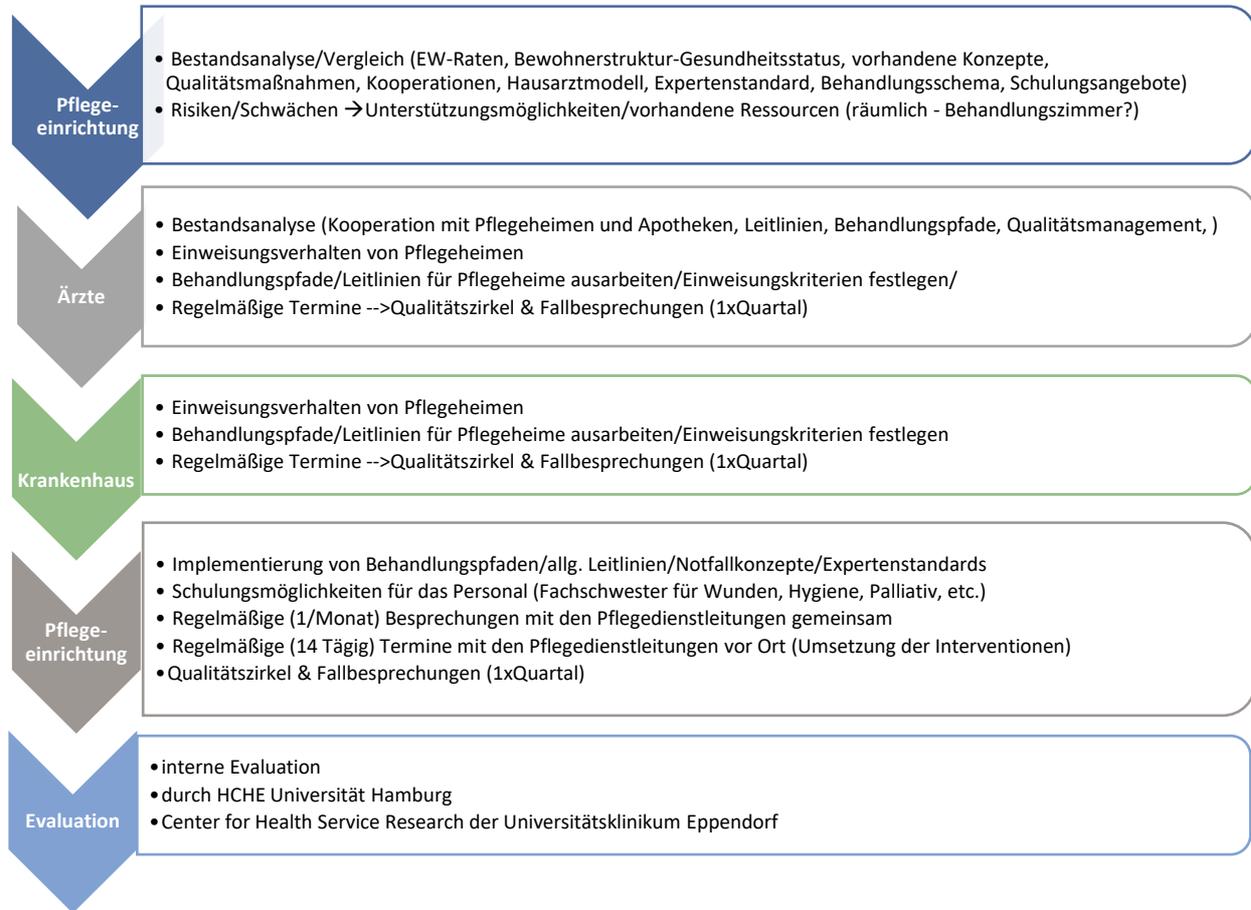


Abbildung 2: Weiteres Vorgehen 2017

Literaturnachweis

Bally K.W., Nickel C. 2013: „Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht?“ <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1661-8157/a001376?journalCode=prx> (10.01.2017)

Bienstein C. 2017: „Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim“ <http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/pflege/forschung/IVA-Abschlussbericht.pdf> (24.02.2017)

Borgmann, Stark 2008: „MRSA in Praxis, Pflegeheim und häuslichen Umfeld“ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/MRSA/MRSA_A_Artikel_BAB.pdf?__blob=publicationFile

el Moussaoui R. et al. 2006: “Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind stud”; BMJ <http://www.bmj.com/content/bmj/332/7554/1355.full.pdf> (03.01.2017)

GeWINO 2016: “Spotlight – Vernetzte ärztliche Versorgung im Pflegeheim” <http://www.gewino.de/content/erkenntnisse/20160719-digitale-vernetzung-von-arztpraxis-und-pflegeheim/gewino-2016-spotlight-vernetzte-arztliche-versorgung-im-pflegeheim.pdf> (07.03.2017)

Goldfeld et al. 2013: „Health Insurance Status and the Care of Nursing Home Residents With Advanced Dementia“ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24061265> (24.02.2017)

Grabowski D. C., O’Malley A. J. 2014: “Use of Telemedicine can reduce Hospitalizations of Nursing Home Residents and generate savings for Medicare” <http://content.healthaffairs.org/content/33/2/244.abstract> (03.01.2017)

Graverholt B., Forsetlund L., Jamtvedt G. 2014: „Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review“ <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-36> (11.01.2017)

Krüger K. et al. 2011: „Hospital Admissions from Nursing Homes: Rates and Reasons“ <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/247623/> (11.01.2017)

Loeb et al. 2006: “Effect of a Clinical Pathway to Reduce Hospitalizations in Nursing Home Residents With Pneumonia” <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/202953> (24.02.2017)

MDS 2014: „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/MDS_Vierter_Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf (01.03.2017)

Ouslander J. G., Berenson R. A. 2011: “Reducing Unnecessary Hospitalizations of Nursing Home Residents”; <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1105449> (03.01.2017)

Robert Koch-Institut 2014: „Übergewicht und Adipositas“

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Uebergewicht_Adipositas/Uebergewicht_Adipositas_node.html (12.01.2017)

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2016: Pflegebedürftige in

Hamburg 2015; <http://www.statistik-nord.de/daten/gesundheit-und-soziales/pflege/dokumentenansicht/pflegebeduerftige-in-hamburg-2015/> (03.01.2017)

Statistisches Bundesamt 2016: „Alterung der Bevölkerung durch aktuell hohe Zuwanderung nicht umkehrbar“

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421.html (03.01.2017)

Sundmacher L., Schüttig W., Faisst C. 2015: „Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland“

http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/3-Endbericht_Sundmacher_2015-10-27.pdf (10.01.2017)

Anhang

Anhang 1: Bestandsaufnahme Pflegeeinrichtungen

Anhang 2: Pfad „Ablauf Einschreibung“

Anhang 3: Behandlungspfad „Ablauf akuter Krankheitsfall“

Anhang 2: Bestandsaufnahme Pflegeeinrichtungen



1

Bestandsaufnahme integrierte Versorgung in stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen

Sehr geehrte Pflegedienstleitung,

wir haben Ihnen unser Projekt (zur Integrierten Versorgung) bereits vorgestellt und freuen uns sehr, dass Sie mit uns zusammenarbeiten werden. Unser wesentliches Ziel ist es, durch eine vernetzte Zusammenarbeit der verschiedenen Schnittstellen rund um die Pflege die Versorgung der Bewohner/Patienten zu verbessern. Als eine Maßnahme dazu arbeiten wir beispielsweise daran, die Erreichbarkeit des Haus- oder Facharztes zu verbessern – auch in Situationen außerhalb der Sprechzeiten.

Die folgende Befragung dient dazu, eine detailliertere Sicht auf die Strukturen und Prozesse Ihrer Einrichtung zu erhalten, die das Schnittstellenmanagement im Projekt „Treff Pflege Punkt-TPP“ betreffen und eine Auswirkung auf die qualitative Versorgung der Bewohner haben könnten.

Ziel ist, eine Darstellung der Ausgangssituation zu erhalten, von der aus die nächsten Schritte und Maßnahmen mit Ihnen gemeinsam geplant und implementiert werden können. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Zusammenarbeit.

Datum:	_____
Pflegeeinrichtung (Adresse):	_____
Trägerschaft:	_____
Konfession:	_____
Kontaktperson/Funktion:	_____
Anzahl der Betten:	_____
Anzahl der Patienten:	_____

Allgemeine Fragen

1. Welche Schwerpunkte haben Sie in Ihrer Einrichtung?

- Ja Demenz Neurologische Erkrankungen
 Nein

Eigene Angaben _____

2. Welche Berufsgruppen arbeiten im Pflegedienst?

- examinierte Altenpfleger/in Anteil (%) _____
 examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/in Anteil (%) _____
 Pflegehelfer/in Anteil (%) _____
 Servicemitarbeiter/in Anteil (%) _____
 _____ Anteil (%) _____

3. Wie viele Bewohner sind betroffen von (Anzahl%)

- Inkontinenz _____ → Versorgung erfolgt: per Rezept per Einkauf
 enteraler Ernährung _____ → Versorgung erfolgt: per Rezept per Einkauf
 chronischen Wunden _____ → Versorgung erfolgt: per Rezept per Einkauf
 parenteraler Ernährung _____ → Versorgung erfolgt: per Rezept per Einkauf
 Tracheostoma _____ → Versorgung erfolgt: per Rezept per Einkauf
 Beatmung _____ → Versorgung erfolgt: per Rezept per Einkauf

4. Gibt es speziell ausgebildete Fachkräfte in Ihrer Einrichtung? (z.B. Fachkraft für Wunde)

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche: _____

5. Mit welchen Schnittstellen arbeiten Sie vertraglich zusammen? Bitte notieren Sie die Namen der Einrichtungen/Ärzte dazu.

- Krankenhaus _____
 Apotheke _____
 Ambulante Pflegedienste _____
 Sanitätshaus _____
 Hausärzte _____
 Fachärzte _____
 Eigene Angaben: _____

6. Bei Einzug eines Bewohners/Neuanmeldung eines Patienten:

Kann der Bewohner seinen Hausarzt frei wählen? Ja Nein

Empfehlen Sie einen Hausarzt? Ja Nein

Wenn ja, in welchen Fällen _____

Fragen zur medizinischen/interdisziplinären Versorgung

7. Wie viele Hausärzte betreuen die Bewohner/Patienten Ihrer Einrichtung?

Anzahl: _____

a. In welchem Rhythmus finden Visiten vor Ort statt

1x im Quartal 1x im Monat 14-tätig gar nicht

Eigene Angaben _____

b. In welchem Rhythmus finden Visiten per Telefon/Skype statt?

1x im Quartal 1x im Monat 14-tätig gar nicht

Eigene Angaben _____

c. Wie wichtig ist Ihnen die medizinische Hausärztliche Versorgung/Erreichbarkeit vor Ort in der Pflegeeinrichtung?

sehr wichtig wichtig weder noch weniger wichtig

nicht wichtig

Eigene Angaben _____

d. Wie zufrieden sind Sie mit der Visite durch den Hausarzt?

sehr zufrieden zufrieden weder noch weniger zufrieden

nicht zufrieden

Eigene Angaben _____

8. Wie viele Fachärzte betreuen die Bewohner Ihrer Einrichtung?

Anzahl: _____

a. In welchem Rhythmus finden Visiten vor Ort statt

1x im Quartal 1x im Monat 14-tätig Bei Bedarf

gar nicht

Eigene Angaben _____

b. In welchem Rhythmus finden Visiten per Telefon/Skype statt

1x im Quartal 1x im Monat 14-tätig gar nicht

Eigene Angaben _____



c. Wie wichtig ist Ihnen die medizinische Fachärztliche Versorgung/ Erreichbarkeit vor Ort in der Pflegeeinrichtung?

- sehr wichtig wichtig weder noch weniger wichtig
 nicht wichtig

Eigene Angaben _____

d. Wie zufrieden sind Sie mit der Visite durch den Facharzt?

- sehr zufrieden zufrieden weder noch weniger zufrieden
 nicht zufrieden

Eigene Angaben _____

9. Wie häufig finden Fahrten (sitzend oder liegender Transport) zu Hausärzten /Fachärzten statt?

- zu Hausärzten: sehr häufig weniger häufig
 kaum nie

- Zu Fachärzten: sehr häufig weniger häufig
 kaum nie

Eigene Angaben _____

10. In welche Krankenhäuser werden die Bewohner/Patienten im akuten Krankheitsfall eingewiesen?

11. In welche Krankenhäuser werden die Bewohner/Patienten im Fall einer chronischen Erkrankung zur Abklärung eingewiesen?



12. Wie häufig wurden Bewohner/Patienten im Verlauf des letzten Jahres ins Krankenhaus eingewiesen?

Einweisungsrate 2016	Anzahl (n=)	Häufigstes Krankenhaus
Januar		
Februar		
März		
April		
Mai		
Juni		
Juli		
August		
September		
Oktober		
November		
Dezember		

13. Was sind die häufigsten Einweisungsgründe (Diagnosen)?

14. Wie wichtig ist Ihnen die Zusammenarbeit mit den Kliniken?

- sehr wichtig weniger wichtig weder noch
 eher unwichtig nicht wichtig
 Eigene Angaben: _____

15. Wie wichtig ist Ihnen die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen?

- sehr wichtig weniger wichtig weder noch
 eher unwichtig nicht wichtig
 Eigene Angaben: _____

16. Wie wichtig ist Ihnen die Zusammenarbeit mit dem MDK? (Bereiche?)

- sehr wichtig weniger wichtig weder noch
 eher unwichtig nicht wichtig
 Eigene Angaben: _____



17. Rückblickend auf die Versorgungssituation der letzten Monate

„Viele Krankenhauseinweisungen hätten vermieden werden können.“

Können Sie diesem Satz zustimmen?

Nein: Die Einweisungen waren notwendig, weil

Ja: die Einweisungen hätten vermieden werden können, weil / durch _____

Fragen zu internen Prozessen

18. Haben Sie im akuten Krankheitsfall (Notfall), einen Leitfaden oder Standardvorgehensweisen (SOP), nach denen sich die Pflegekräfte richten können?

Ja Nein

Eigene Angaben _____

19. Sind die verschiedenen Hausärzte außerhalb der Sprechzeiten zu erreichen?

Ja Nein

Eigene Angaben _____

a. Wenn ja, welche Art von Rufbereitschaft wird für Ihre Einrichtung vorgehalten?

20. Führen Sie folgende Maßnahmen in Ihrer Einrichtung durch:

Pflegevisite wenn ja, wie häufig _____

Übergabe am Bett (FD→SD) wenn ja, wie häufig _____

Medikamente verblistern wenn ja, durch wen: _____

Könnte das für die Zukunft ein Thema sein? Ja Nein

Eigene Angaben _____

21. Haben Sie ein QM-System in die Praxis umgesetzt?

Ja: welches

Nein: warum nicht

22. Haben Sie einen Qualitätsbeauftragten bzw. wer hat diese Funktion mit inne?

- Ja Nein

23. Arbeiten Sie nach einem Pflegemodell?

- Nein
- Ja: Welches ? Böhme Krohwinkel
- Ja: Mischung aus _____
- Sonstiges _____

24. In der folgenden Tabelle sind Strukturen angegeben, bei der Sie Angaben machen können, ob Sie diese vorhalten/durchführen.

Instrument	ja	nein	Verantwortliche	Eigene Angaben
Qualitätsmanagement				
Qualitäts- Beauftragtenstruktur				
Prophylaxen				
Expertenstandards				
Schmerzmanagement				
Sturz				
Harninkontinenz				
Chronische Wunden				
Ernährungsmanagement				
Mobilität				
Programme für:				
Ernährung				
Bewegung				
Behandlungspfade für:				
D.m.				
Palliativ				
Herz-Kreislauf-Erkrankungen				
Indikationen für Krankenhauseinweisungen				

Schulungsmaßnahmen

25. Werden in oder für Ihre Einrichtung folgende Schulungen angeboten:

Schulung	ja	nein	Verantwortliche	Eigene Angaben
Medikamentenlehre				
Nebenwirkungen				
Wechselwirkungen				
Verabreichungsart				
Umgang mit s.c. Infusionen				
Schmerzmanagement				
Sturz				
Harninkontinenz				
Chronische Wunden				
Ernährungsmanagement				
Mobilität				
Palliativ				

26. Welche Fortbildungsthemen sehen Sie für das Jahr 2017 / 2018 als wichtig an?

Thema und Begründung: _____

Thema und Begründung: _____

Thema und Begründung: _____

Thema und Begründung: _____

27. Gibt es /Gab es schon gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mit den versorgenden Ärzten zu gemeinsamen Themen?

nein

Ja: welche?

28. Können Sie sich gemeinsame Fortbildungen vorstellen?

Ja, weil

nein, weil

Rahmenbedingungen in der Einrichtung

29. Wie sehen Ihre technischen Möglichkeiten für den sektorenübergreifenden Kommunikationsaustausch aus?

Ausschließlich per EDV (A)

Ausschließlich per FAX (B)

Ausschließlich papiergestützt (C)

Mischung aus _____

Begründungen /Erläuterungen

30. Steht zur Behandlung eines Bewohners ein Behandlungsraum zur Verfügung? (Pflegeheim)

Ja Nein

Eigene Angaben _____

31. Haben Sie die Möglichkeit Blut abzunehmen?

Ja Nein

Eigene Angaben _____

Schnittstellenmanagement

32. Werden sie von der Klinik, vor der Übernahme in Ihre Einrichtung, angerufen?

- Ja Nein

Eigene Angaben _____

33. Erhalten Sie ausreichende Informationen über einen Bewohner/Patienten beim Übergang aus der Klinik in die Einrichtung?

- Ja
 Nein: was fehlt Ihnen? Was müsste verbessert werden?

Rückblick auf die Fragen / Abschluss

34. Wenn Sie sich etwas wünschen dürften:

Was müsste aus Ihrer Sicht verändert werden, damit die Versorgung der Bewohner/Patienten und deren Lebensqualität verbessert / verändert werden könnte?

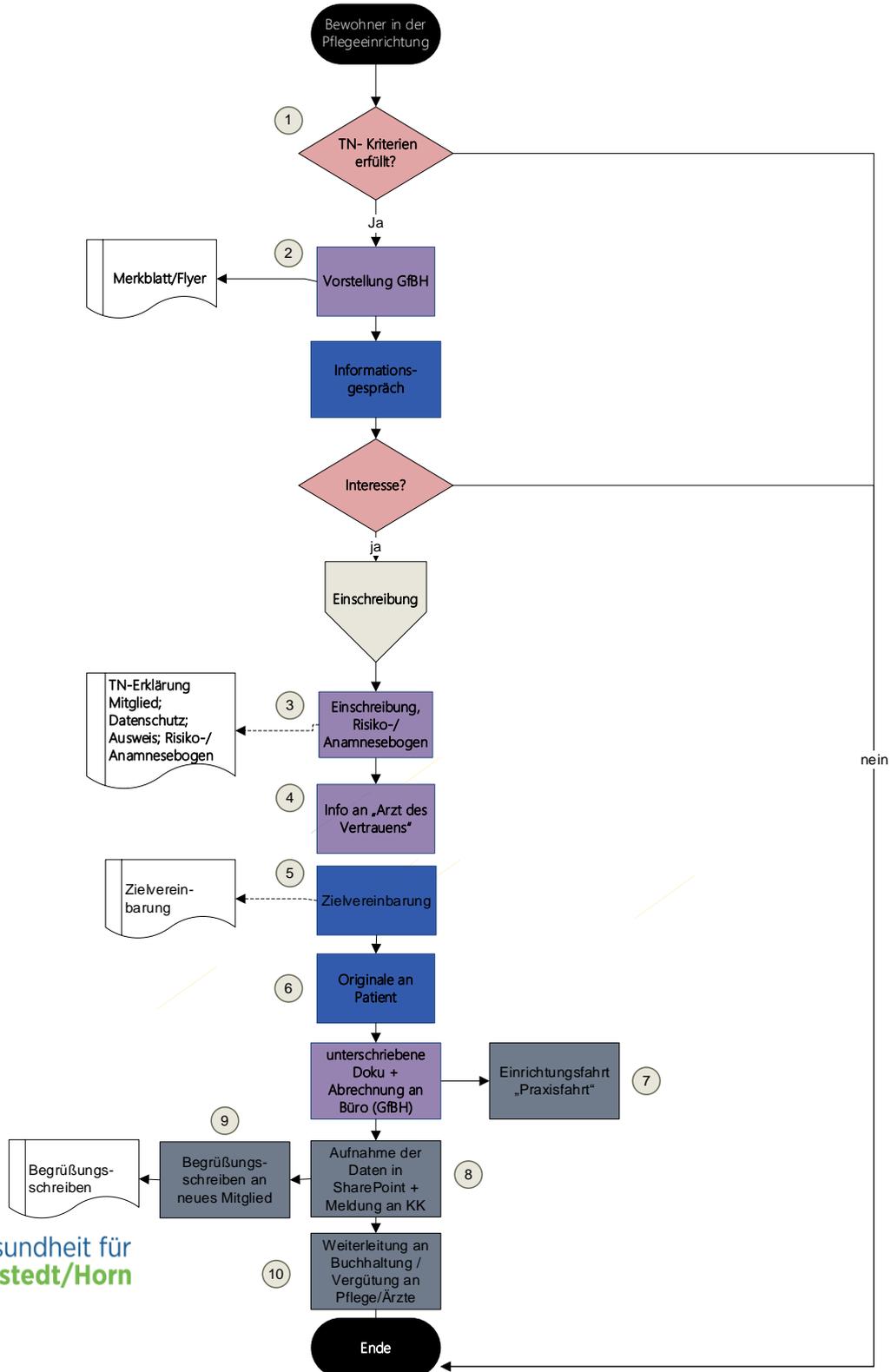
Wir bedanken uns recht herzlich für die Mühe und die Zeit, die Sie für die Beantwortung aufgebracht haben.

Nächster Termin: _____

Maßnahmen bis zum nächsten Termin: _____

Einschreibung in der Pflegeeinrichtung/ im ambulanten Pflegedienst

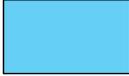
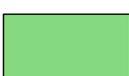
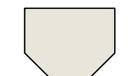
Prozessfluss



Anhang 3: Pfad „Ablauf Einschreibung“

Gesundheit für Billstedt/Horn UG

Legende

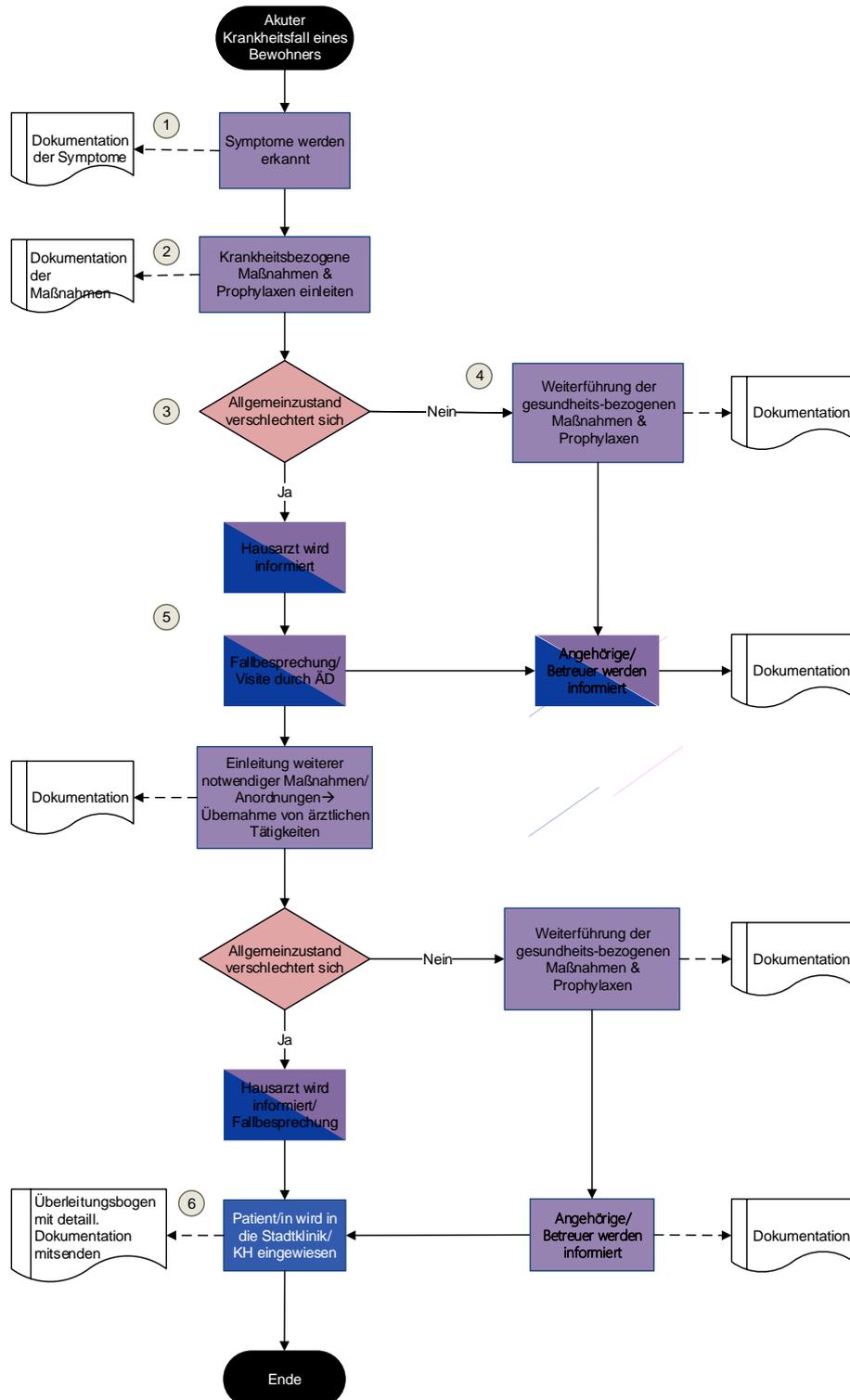
Shape	Beschreibung
	Prozessstart / -ende
	Prozessschritt Arzt
	Prozessschritt MFA
	Prozessschritt Patient
	Prozessschritt Gesundheitskiosk
	Prozessschritt Pflege
	Prozessschritt Arzt/Pflege
	Entscheidung
	Dokument
	Parallelprozess
	Verbinder Prozessschritt
	Verbinder Dokument
	Subprozess
	Red / Yellow Flag
	Zeitintervall

Prozessbeschreibung

<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortlichkeit: Katharina Grüttner • Ziel des Prozesses: Einheitliche Vorgehensweise bei der Einschreibung der Bewohner/Patienten und der Vergütung der Hausärzte und Pflegedienstleistungen • Häufigkeit des Prozesses: Bei Interesse → jeder Einschreibung • Gesamtdauer des Prozesses: <<Prozessdauer>> • aufwändigste Prozessschritte: Einschreibungsunterlagen besprechen und unterschreiben 	<p>1 Teilnahmekriterien: Versichert bei teilnehmender Krankenkasse - Wohnort im PLZ-Bereich: 22111, 22115, 22117, 22119 - Arzt des Vertrauens ist Mitglied im Ärztenetz - eingeschränkte Mitgliedschaft, wenn kein Arzt des Vertrauens gewährt wird.</p>	<p>8 Aufnahme der Daten in SharePoint + Meldung an KK: Kioskmitarbeiter nimmt die Daten aus den Einschreibedokumenten sowie der Zielvereinbarung in SharePoint auf. Die Krankenkasse erhält eine Meldung über die erfolgte Einschreibung.</p>
<p>2 Vorstellung GfBH: Je nach zeitlicher Ressource kurze Information zum Projekt. Patient/Bewohner erhält Flyer/ Merkblatt zum Projekt</p>	<p>3 Einschreibung Mitglied + Aufkleber auf eGK: Bei Interesse erhält der Patient die Teilnahme- und Datenschutzerklärung. Patient/Bewohner kann mit Hilfe von Angehörigen/Pflegedienst die Unterlagen lesen und ausfüllen. Pflegedienst macht einen Vermerk in der Akte, dass sie dem Patienten/Bewohner die Unterlagen ausgehändigt hat. Erst nach Unterschrift aller Einschreibedokumente (Teilnahme, Datenschutz, Anamnese- und Risikobogen) erhält der Patient einen Mitgliedsaufkleber von GfBH auf seiner eGK (durch Pflegedienst bzw. durch Arzt). Der Risiko- und Anamnesebogen ist Bestandteil der Einschreibung.</p>	<p>9 Begrüßungsschreiben: Jedes neue Mitglied erhält per Post ein Begrüßungsschreiben von Gesundheit für Billstedt/Horn</p> <p>10 Gutschriften: Am letzten Werktag bzw. nach der letzten Praxisfahrt des Quartals werden über die Serienbrieffunktion in SharePoint Gutschriften über die erfolgten Einschreibungen und Zielvereinbarungen an Ärzte und Pflegedienstleitungen erstellt. Weiterleitung: Die Gutschriften werden an die Buchhaltung weitergeleitet. Vergütung: Buchhaltung erhält die Gutschriften und veranlasst am Ende des Quartals die Gutschriften an die Ärzte und Pflegedienstleitungen</p>
<p>4 Der „Arzt des Vertrauens“ wird über die Einschreibung informiert, um im nächsten Schritt die Zielvereinbarung mit dem Patienten/Bewohner zu vereinbaren. Dies kann in der nächsten geplanten Visite erfolgen.</p>	<p>5 Die Zielvereinbarung wird ausschließlich durch den ärztlichen Dienst und den Patienten/Bewohner vereinbart. Wenn es möglich ist, sollte ein naher Angehöriger einbezogen werden. Ggf. können die Maßnahmen in einem Gespräch zwischen Pflegedienst und Patient konkretisiert werden.</p>	<p>6 Durchschläge: Patient erhält Kopien der Teilnahmeerklärung, der Datenschutzerklärung sowie die erste Seite der Zielvereinbarung. Zusätzlich werden Patienten Merkblätter zum Projekt sowie zum Datenschutz ausgehändigt. Scan: MFA scannt zweite Seite (Arztseite) der ZV ein. Originale der Einschreibedokumente sowie Zielvereinbarung werden in der Praxis bis zum nächsten Besuch eines Kioskmitarbeiters im Postfach GfBH aufbewahrt.</p>
<p>7 Einrichtungsfahrt/Praxisfahrt: Versorgungsmanager holen im – anfangs – wöchentlichen Rhythmus die ausgefüllten Einschreibeunterlagen aus den Einrichtungen ab.</p>		



Anhang 4: Behandlungspfad „Ablauf akuter Krankheitsfall“



Anlagen

8. Leistungspartnerverträge

- Leistungspartnervertrag Praxis
- Leistungspartnervertrag Krankenhaus
- Leistungspartnervertrag Pflege
- Kooperationsvertrag Sozialraum

Vertrag über die Teilnahme der Praxis an der Besonderen Versorgung gemäß § 140 a SGB V in den Stadtteilen Billstedt und Horn (Leistungspartnervertrag)

zwischen

Gesundheit für Billstedt/Horn UG, Möllner Landstraße 31, 22111 Ham-
burg
vertreten durch

und der Gemeinschaftspraxis
im Folgenden Leistungspartner – LP genannt

Hamburg, 08.07.2021

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt: Struktur und Organisation der Besonderen Versorgung	3
§ 1 Ziel und Gegenstand der besonderen Versorgung	3
§ 2 Mitbestimmungsgremien der besonderen Versorgung	3
§ 3 Geschäftsstelle.....	4
§ 4 Eingeschriebene Versicherte	4
Abschnitt: Leistungen im Rahmen der Besonderen Versorgung	5
§ 5 Gültigkeit der GfBH	5
§ 6 Arzt des Vertrauens	5
§ 7 Einschreibung und Eingangsuntersuchung	6
§ 8 Besondere Qualitätsverpflichtung.....	6
§ 9 Patientenrechte und Beirat „Gesundheit und Soziales“	7
§ 10 Krankenhausbehandlung.....	7
§ 11 Ambulante Operationen	8
§ 12 Behandlungspfade	8
§ 13 Qualitätsmanagement	8
§ 14 Datenübermittlung und Kommunikation	9
§ 15 Fortbildungen	10
Abschnitt: Zusammenwirken der Leistungspartner und der GfBH	10
§ 16 Beziehungen der Leistungspartner untereinander / Haftung.....	10
§ 17 Wirtschaftlichkeitsprüfung / Prüfung der IV-Regelhaltungen	11
§ 18 Datenabrechnungsstellen und Verträge von Leistungspartnern mit Industrie / IV-Verträge mit anderen Krankenkassen / Hausarztverträge	11
§ 19 Logo der GfBH.....	12
§ 20 Vergütung der ärztlichen Leistungen / Honorarordnung	12
§ 21 Steuerpflicht.....	12
Abschnitt: Durchführung der Vereinbarung	12
§ 22 Öffentlichkeit der Verträge / Öffentliche Äußerungen	12
§ 23 Vertraulichkeit und Datenschutz.....	13
§ 24 Vertragsdauer und Kündigung.....	14
§ 25 Schriftform, Anpassungsregelung und salvatorische Klausel	14
Anlagen.....	16
Anlage 1 - Honorarordnung	17

1. Sitzungsentgelte und Qualitätszirkel.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
2. Versorgungsleistung: Zielvereinbarungsgespräch	17
Einschreibung und Zielvereinbarungsgespräch – Arzt und Patient: gemeinsam ans Ziel	17
3. Versorgungsleistung: Versorgungskordinatoren.....	19
Versorgungskordinatoren–Servicestelle in der Praxis für koordinierte Behandlung	19
Anlage 2 – Einschreibeprozess	21
Anlage 3 – Erklärung zur Teilnahme.....	25
Anlage 4 – Anamnesebogen	32
Anlage 5 – Zielvereinbarung	34
Anlage 6 – Leitfaden für die Praxis	36

Abschnitt: Struktur und Organisation der Besonderen Versorgung

§ 1 Ziel und Gegenstand der besonderen Versorgung

- (1) Ziel der besonderen Versorgungsverträge nach § 140 a SGB V zwischen Gesundheit für Billstedt/Horn und mehreren Krankenkassen ist die umfassende, wohnortnahe medizinische Versorgung der Versicherten. Die GfBH strebt daher an, ein möglichst breites Spektrum haus- und fachärztlicher Leistungspartner zu vereinigen. Die Ärzte/Psychotherapeuten werden durch den Abschluss dieses Leistungsvertrages zum Leistungspartner der GfBH für die o.a. Integrierte Versorgung.
- (2) Die Leistungspartner der GfBH verpflichten sich, entsprechend § 140 a SGB V zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten.
- (3) Die optimale Begleitung des Patienten der Partnerkrankenkassen durch die verschiedenen Stationen der medizinischen Versorgung soll dem Ziel der GfBH dienen, langfristig den Gesundheitszustand jedes einzelnen und damit der Gesamtheit der Versicherten zu verbessern. Die dadurch freiwerdenden und zum Teil von den Krankenkassen an die GfBH erstatteten Ressourcen sollen sowohl der weiteren Verbesserung der Gesundheit und der medizinischen Versorgung in Billstedt-Horn, als auch dem Erfolg und der Leistungsfähigkeit der einzelnen Leistungserbringer zu Gute kommen.

§ 2 Mitbestimmungsgremien der besonderen Versorgung

- (1) Die GfBH hat verschiedene Gremien zur Umsetzung und zur Sicherung der Zielerreichung der besonderen Versorgung eingerichtet. Insbesondere sind dies:
 - Ärztlicher Sprecher und Ärztlicher Beirat
 - Ärztliche Leistungspartnerklausur
 - Generalversammlung Billstedt/Horn
- (2) Die GfBH hat einen Ärztlichen Beirat, der aus dem Vorsitzenden des Ärztevereins und mindestens zwei weiteren Ärzten bzw. Angehörigen von Gesundheitsberufen besteht. Das Recht zur Bestellung der Beiratsmitglieder steht dem Verein Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. zu. Der Ärztliche Beirat ist dem einzelnen Leistungspartner bezüglich der Führung der einzelnen Praxis nicht weisungsberechtigt. Seine Aufgaben besteht insbesondere in der
 - Außendarstellung der IV-Gemeinschaft zu dem Krankenkassenpartner, der Presse sowie weiteren Leistungspartnern,
 - im Innovations-, Controlling- und Qualitätsmanagement,
 - in der Verhandlung, Vereinbarung und Weiterentwicklung der Honorarordnung zusammen mit der Geschäftsführung der GfBH sowie in der

- allgemeinen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, der Anregung von Präventionsaktivitäten etc.
- (3) Die GfBH organisiert jährlich eine Ärztliche Leistungspartnerklausur. Die Zusammenkunft aller Ärzte dient zum Austausch untereinander sowie mit den Mitarbeitern der Geschäftsstelle und zur inhaltlichen Weiterentwicklung in Prävention, Versorgungssicherung und Optimierung.
- (4) Die Leistungspartner der GfBH - quer über alle Professionen im Gesundheitswesen - werden mind. einmal jährlich zu einer Generalversammlung eingeladen. Aufgabe der Generalversammlung ist die kontinuierliche Steigerung der Leistungsqualität der Gesamtversorgung und der Versorgungssicherung quer über alle Sektoren des Gesundheitswesens in Billstedt-Horn. Das Management bereitet dazu die dafür notwendigen Informationen und Controllingdaten vor. Sie wird durch den Ärztlichen Sprecher geleitet.

§ 3 Geschäftsstelle

- (1) GfBH hat eine Geschäftsstelle eingerichtet, die als Auskunftorgan dient und den Leistungspartnern Unterstützung bei der Steuerung der Patienten anbietet (z.B. personalisierte Gesundheitsangebote, Gesundheitskiosk, Vereinbarungen von Präventionsterminen etc.). Sie unterstützt ferner den Informationsaustausch quer über die Sektoren, engagiert sich mit den sozialen und sportlichen Einrichtungen und Organisationen für die Gesundheit der Bevölkerung und arbeitet zugunsten der oben erwähnten Ziele der GfBH.
- (2) Die Geschäftsstelle kann bzgl. der Datenauswertungen und bzgl. der Erfahrungen aus anderen Regionen darüber hinaus auf die Unterstützung von Mitarbeitern der OptiMedis AG und ihrer Partnernetze im In- und Ausland bauen. Mit ihnen ist ein „Open Source“ Austausch von Erfahrungen in Prävention, Patientenpfaden, Qualitätsmanagement und Informationstechnologie vereinbart.

§ 4 Eingeschriebene Versicherte

- (1) Versicherte können sich in die integrierte Versorgung einschreiben. Damit erhalten sie besondere Rechte und Pflichten. Der Versicherte erklärt seine Einschreibung in die integrierte Versorgung gegenüber der GfBH. Die Einschreibung des Versicherten erfolgt freiwillig und verändert die gesetzlichen Leistungsansprüche entsprechend SGB V nicht.
- (2) Mit der Einschreibung wählt der Versicherte einen „Arzt des Vertrauens“. Der Versicherte kann nur Ärzte oder Psychotherapeuten (hier auch aufgrund der KV-Vergütung unter „Arzt“ gefasst) wählen, die ihrerseits über eine Leistungspartnervereinbarung mit der GfBH verfügen. Der eingeschriebene Versicherte verpflichtet sich, bei Nutzung eines anderen Arztes oder eines Krankenhauses dort den von ihm gewählten „Arzt des Vertrauens“ anzugeben, um damit einen adäquaten Informationsfluss sicher zu stellen.

- (3) Bei Unzufriedenheit des Patienten mit seinem „Arzt des Vertrauens“ kann der Patient durch Ausfüllen einer neuen Erklärung seinen „Arzt des Vertrauens“ zum Ende des folgenden Quartals wechseln.
- (4) Die GfBH informiert den Leistungspartner über Versicherte, die ihn als „Arzt des Vertrauens“ gewählt haben bzw. die keine weitere Betreuung durch ihn – als „Arzt des Vertrauens“ – wünschen. Der Leistungspartner kennzeichnet die entsprechenden Versicherten in seiner Praxis-EDV.

Abschnitt: Leistungen im Rahmen der Besonderen Versorgung

§ 5 Gültigkeit der GfBH

- (1) Die IV-Verträge mit der AOK Rheinland Hamburg sowie weiteren Krankenkassen beziehen sich auf die eingeschriebenen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen mit dem Wohnsitz in den Stadtteilen Billstedt/Horn, sollen aber durch die Ausstrahlungswirkung allen Versicherten zugutekommen. Die im Folgenden beschriebenen zusätzlichen Leistungen und zusätzlichen Vergütungen kommen allerdings den Leistungspartnern nur bei den Versicherten der Leistungspartner zugute, die ihre Bereitschaft zur Mitarbeit durch die Einschreibung in den IV-Vertrag unterzeichnen.

§ 6 Arzt des Vertrauens

- (1) Der „Arzt des Vertrauens“ führt die besondere kontinuierliche Betreuung des Patienten und die Koordination des besonderen Versorgungsmanagements. Der „Arzt des Vertrauens“ vereinbart mit dem Versicherten Gesundheitsziele und definiert diese in laufend aktualisierten Zielvereinbarungen, dabei achtet er auf die Vermeidung unnötiger und den Patienten belastender Mehrfachuntersuchungen genauso wie auf die zeitnahe richtige Diagnostik, die bestmögliche und zeitnahe Wiederherstellung der Gesundheit und die bestmögliche Aufklärung des Patienten zu den Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit seiner Erkrankung sowie zur Prävention möglicher Folgeerkrankungen. Die Vereinbarung von Gesundheitszielen erfolgt entsprechend Anlage 4.
- (2) Als „Ärzte des Vertrauens“ können alle teilnehmenden Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten, unabhängig von ihrer Fachdisziplin, ausgewählt werden. Er wird vom Patienten in der Erklärung des Patienten frei bestimmt. Der „Arzt des Vertrauens“ kann in Absprache mit dem Patienten und einem an der GfBH teilnehmenden Haus- oder Facharzt oder Psychotherapeuten auch Teilfunktionen dieser Rolle delegieren. Dabei ist durch den „Arzt des Vertrauens“ die Kontinuität der Behandlung und des Informationsflusses sicherzustellen.
- (3) Der „Arzt des Vertrauens“ erhält für seine zusätzlichen Leistungen zusätzliche Vergütungen durch die GfBH. Das Nähere regelt die Anlage 1.

§ 7 Einschreibung und Eingangsuntersuchung

- (1) Nach der Einschreibung des Patienten erhebt die Praxis für den Patienten einen Risikostatus oder lässt ihn durch einen von ihr beauftragte Praxis bzw. die Mitarbeiter der Geschäftsstelle der GfBH erheben (vgl. Anlage 2) und übersendet diesen Status der GfBH, sofern er nicht ohnehin dort erhoben wurde. Der Eingang bei der GfBH führt zur Vergütung entsprechend der Honorarordnung der GfBH (vgl. Anlage 1).

- (2) Die „Ärzte des Vertrauens“ führen bei den neu eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten und solchen mit einem erkennbaren Gesundheitsrisiko innerhalb von ca. drei Monaten nach Einschreibung eine Gesundheitsstatus-Erstuntersuchung und Gesundheitsplanung durch und dokumentieren diese. In Abstimmung mit einem anderen Leistungspartner der GfBH kann diese Untersuchung oder Teile davon auch delegiert werden. Auf Wunsch des Arztes kann in den Fällen von einer Erstuntersuchung abgewichen werden, wo der Versicherte dem Arzt bekannt ist und nach seiner Einschätzung kein erhöhtes Gesundheitsrisiko in den nächsten zwei Jahren zu erwarten ist. Es wird angestrebt, diese Gesundheitsstatusuntersuchung und -planung mit einer gewissen Regelmäßigkeit (z.B. alle 2 Jahre) zu wiederholen. Die Details zu Durchführung, Inhalten und Finanzierung regelt Anlage 1.

§ 8 Besondere Qualitätsverpflichtung

- (1) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für eine erfolgreiche integrierte Versorgung die berechtigten Bedürfnisse und Erwartungen der Versicherten erfüllt werden müssen. Gleichzeitig ist ihnen aber auch bewusst, dass es einer einheitlichen Kommunikation bezüglich der Patientenerwartungen bedarf, damit keine unberechtigten Erwartungen entstehen.

- (2) Die Leistungspartner verpflichten sich zugunsten der Versicherten zu folgenden Qualitätsstandards:
 - „A. Der Patient im Mittelpunkt - das Gespräch als wichtigstes Instrument des Arztes: Wir legen Wert auf Gespräche und Beratung. Dazu gehört auch die ausführliche Information über Nutzen und Risiken verschiedenster Behandlungsmöglichkeiten einer Krankheit.
 - B. Partnerschaftliche Medizin - ein informierter Patient kann mitentscheiden: Unser Ziel ist es, gemeinsam mit dem Patienten die optimale Therapie zu finden. Der Patient entscheidet mit, welche Abklärungen und Behandlungen wir ausführen oder veranlassen sollen
 - C. Hochstehende medizinische Qualität - konsequente Qualitätssicherung: Wir nehmen regelmäßig an Qualitätssitzungen teil, in denen spezielle medizinische Fälle und neueste Behandlungsmaßnahmen diskutiert werden.“

§ 9 Patientenrechte und Beirat „Gesundheit und Soziales“

- (1) Die GfBH strebt eine partnerschaftliche Rolle der Patienten im Gesundheitswesen an. Zur Interessenvertretung wählen die Mitglieder Patientenvertreter, die im Beirat „Gesundheit und Soziales“ der GfBH die Mitgliederinteressen vertreten. Dieser Beirat „Gesundheit und Soziales“ soll die Verbindung mit den sozialen Einrichtungen und Organisationen in den beiden Stadtteilen organisieren und deren Anregungen für Prävention und Gesundheitsförderung der GfBH weitergeben.
- (2) Der Ärztliche Beirat und das Management der GfBH haben sich auf besondere Patientenrechte im Rahmen der Besonderen Versorgung verständigt. Die Erklärung der Patientenrechte ist als Anlage 5 Gegenstand dieser Vereinbarung.
- (3) Die GfBH wird gemeinsam mit den teilnehmenden Leistungserbringern regelmäßig Patientenveranstaltungen und -schulungen durchführen.

§ 10 Krankenhausbehandlung

- (1) Die Vertragspartner streben an, stationäre Einweisungen zu Gunsten einer guten ambulanten Versorgung zu verringern und stationäre Einweisungen nur dann vorzunehmen, wenn sie aus medizinischen Gründen unerlässlich sind. (Prinzip: „Richtige“ Behandlung am „richtigen“ Ort).
- (2) Soweit es medizinisch sinnvoll und qualitativ möglich ist, streben die Vertragspartner an, die Versicherten in kooperierenden Krankenhäusern (Krankenhäuser mit Leistungspartnervertrag) zu behandeln. Aufgrund der Datenverknüpfung und der aufgebauten Kooperation wird dies für den Patienten in einem Großteil der Fälle die beste Wahl darstellen. Für den Fall, dass es medizinisch-qualitative oder andere Gründe gibt, die eine Versorgung in einem anderen Klinikum erfordern, können die Patienten allerdings immer auch in andere Kliniken eingewiesen werden. Der Patientenwunsch ist zu berücksichtigen.
- (3) Bei planbaren Einweisungen ins Krankenhaus erfolgt im Zweifelsfall die Klärung der Behandlungsbedürftigkeit und ggf. die Krankenhauseinweisung unter Zuhilfenahme eines Facharztes derselben Fachgruppe, in deren Zuständigkeitsbereich der Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden soll.
- (4) Über die Leistungspartner-Verträge mit Krankenhäusern trägt die GfBH dafür Sorge, dass der weiterbehandelnde Arzt zum frühestmöglichen Zeitpunkt über die beabsichtigte Entlassung des Patienten in Kenntnis gesetzt wird, bzw. diese in Abstimmung mit ihm erfolgt, damit ein ausreichender Zeitraum zur Organisation des anschließenden Behandlungsmanagements zur Verfügung steht. Der "Arzt des Vertrauens" oder der weiterbehandelnde Arzt enthält am Tag der Entlassung des Patienten einen vorläufigen Entlassungsbericht und i.d.R. innerhalb von sieben Kalendertagen einen abschließenden ärztlichen Entlassungsbericht.
- (5)

- (6) Teilnehmende Krankenhäuser werden vertraglich dazu verpflichtet, dass im Falle einer Selbst- oder Notfalleinweisung des Patienten die umgehende Information des Arztes des Vertrauens (am ersten Werktag nach Einweisung) über die Umstände der Aufnahme und die Diagnosestellung sowie eine gemeinsame Bestimmung des Therapieziels erfolgt.

§ 11 Ambulante Operationen

- (1) Soweit eine ambulante Operation unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte die erste Wahl für einen Versicherten ist, sollte diese angestrebt werden. Die GfBH entwickelt dazu eine Liste von Diagnosen und Ärzten, die diese erbringen können.

§ 12 Behandlungspfade

- (1) Für einzelne Krankheitsbilder und Indikationen werden die Vertragspartner im Laufe der besonderen Versorgung ambulant, stationär und rehabilitationsübergreifende Behandlungspfade entwickeln bzw. werden diese weiter ausarbeiten und in einem Zyklus der Qualitätsverbesserung laufend verbessern. Bei diesem Verständnis von Gesundheitsmanagement geht es darum, eine Optimierung von Informationen, Betreuung und Versorgung der Versicherten zu erreichen mit dem Ziel, dass aufwändige (und damit sehr teure und oft auch invasive) stationäre Behandlungen vermieden werden können („ambulant vor stationär“) und dass darüber hinaus eher in den Frühphasen von Erkrankungsprozessen interveniert werden kann.
- (2) Die Behandlungspfade werden in Anlehnung an bestehende Leitlinien der Fachgesellschaften in Qualitätszirkeln bearbeitet und auf Vorschlag des Ärztlichen Sprechers durch die GfBH - ggfls. in Verbindung mit einer eigenständigen Vergütungsregelung -in Kraft gesetzt. Erst nach Inkraftsetzung eines Behandlungspfades können die hiermit in Verbindung stehenden zusätzlichen Vergütungen abgerechnet werden.
- (3) Sofern der Leistungspartner die Vergütung für die Umsetzung eines Behandlungspfades abrechnet, verpflichtet er sich zur Einhaltung aller Regelungen entsprechend der Veröffentlichung durch die GfBH.

§ 13 Qualitätsmanagement

- (1) Zur Erörterung von Fragen sowohl in Bezug zur medizinischen und therapeutischen Versorgung werden Qualitätszirkel durch die GfBH eingerichtet. Die Leistungspartner verpflichten sich, an mindestens einem Qualitätszirkel pro Jahr und mindestens 6 Qualitätszirkelsitzungen teilzunehmen.
- (2) Die Leistungspartner haben sich zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems - QMS nach QEP (KBV) oder andere mindestens gleichwertige QMS für ihre Praxis verpflichtet.

- (3) Die Vertragsparteien vereinbaren bestimmte Qualitätsziele für die Optimierung der Versorgung der eingeschriebenen Versicherten und honorieren die Erreichung dieser Qualitätsziele entsprechend einer eigenen Vergütungsordnung (vgl. Anlage 1).
- (4) Zur Sicherung und Dokumentation der Qualität erstellt die GfBH jährlich jeweils zum 31.06. des Folgejahres einen Jahresbericht. Dieser enthält u.a. den aktuellen Stand der Therapieangebote bzw. der sonstigen Leistungen, Aussagen/Ergebnisse über die implementierten Qualitätsindikatoren. Außerdem enthält er eine statistische Übersicht über die erbrachten Leistungen sowie ggfls. Auswertungen. Der Qualitätsbericht wird erstmalig für das Jahr 2018 erstellt.

§ 14 Datenübermittlung und Kommunikation

- (1) Eine ganze Reihe von Gründen legen es nahe, dass zwischen den Praxen untereinander und der GfBH eine elektronische Datenübermittlung möglich gemacht wird:
 - Haus-, Fach und Krankenhausärzte, die gemeinsam einen Patienten behandeln, sollten ohne zusätzlichen Organisations- und Zeitaufwand über eine gemeinsame zentrale elektronische Patientenakte sehen können, welches Therapieziel verfolgt wird, welche Befunde schon erhoben wurden und welche Anamnese und Medikamentenhistorie vorhanden ist.
 - Die Abrechnung zwischen Praxen und GfBH soll unter Vermeidung von zusätzlichen bürokratischen Aufwänden so einfach wie nur irgend möglich gemacht werden. Eine händische Erfassung soll deshalb schnellstmöglich durch einfache elektronische Erfassung ersetzt werden.
 - Die Erhebung des Risikostatus und weitere Dokumentationen zu einzelnen Erkrankungen sind ein wichtiges Instrument für die Evaluation der Arbeit und die evtl. zusätzlichen wissenschaftlichen Studien.
 - Die endgültige Abrechnung eines Jahres zwischen GfBH und AOK und weiteren Krankenkassen ist erst mit mehreren Monaten Zeitverzug möglich, da die KV-Daten und eine Reihe weiterer Daten, z.B. Verordnungsdaten, bei den KK auch erst mit bis zu 9-monatiger Verzögerung ankommen. Damit die GfBH in dieser Zeit nicht „im Nebel“ fährt, ist ein engmaschiges monatliches Controlling von Leistungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erforderlich.
 - Damit die „Ärzte des Vertrauens“ ihrer Koordinationsaufgabe für die Versorgung ihrer eingeschriebener Versicherte nachkommen können, sollten sie nach Leistungserbringung durch Dritte so kurzfristig wie möglich eine Information bekommen – um bei Problemfällen rechtzeitig intervenieren zu können.
- (2) Zur Erfüllung der in (1) genannten Anforderungen wird die GfBH eine elektronische Vernetzung der Praxen mit gesicherter E-Mail-Kommunikation entwickeln und wird in eine entsprechende Rechnerstruktur investieren. Dabei wird die GfBH ein Datenschutzmodell erarbeiten, das den Anforderungen des Landesamtes für Datenschutz genügt und von diesem akzeptiert wird. Sie organisiert für die Leistungspartner kostengünstige Lösungen, sich daran anzuschließen.

§ 15 Fortbildungen

- (1) Für die Leistungspartner der GfBH ist eine kontinuierliche Fortbildung, wie sie zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist, selbstverständlich. Die Leistungspartner weisen ihre Fortbildungspunkte entsprechend § 95 d Abs. 3 SGB V auf Nachfrage jährlich gegenüber GfBH nach.
- (2) Die GfBH bietet jährlich – in Abstimmung mit dem ärztlichen Sprecher - mindestens sechs eigene Fortbildungen an.
- (3) Zur erfolgreichen Umsetzung einer besonderen Versorgung ist insbesondere auch die Schulung und Qualifizierung von Praxispersonal von besonderer Bedeutung. Die GfBH bietet - in Abstimmung mit dem ärztlichen Sprecher - regelmäßige Schulungen für Praxispersonal an. Der Leistungspartner wird – im Regelfall - jeweils mindestens eine Mitarbeiterin zu den Veranstaltungen entsenden.

Abschnitt: Zusammenwirken der Leistungspartner und der GfBH

§ 16 Beziehungen der Leistungspartner untereinander / Haftung

- (1) Der gemeinsame Erfolg steht und fällt mit der Bevorzugung der Gesamtinteressen der Gemeinschaft gegenüber individuellen Einzelinteressen.
- (2) Die Leistungspartner leben untereinander eine konstruktive Kritik und informieren sich gegenseitig über Fehler und Verbesserungsmöglichkeiten.
- (3) Die Vertragspartner verpflichten sich untereinander zu einer qualitativ hochwertigen Behandlung. Für die Weiterbehandlung relevante Befunde und Daten werden zwischen den Leistungspartnern in schriftlicher (bzw. nach EDV-Anbindung elektronischer Form) zeitnah ausgetauscht.
- (4) In Besonderen Versorgungsmodellen kann eine gesamtschuldnerische Haftung aller Leistungserbringer und der GfBH entstehen. Hierdurch könnte eine Haftung für fremde Leistungen ausgelöst werden. Um dieses Risiko zu begrenzen, verpflichten sich die Vertragspartner wie folgt:
 - Jeder einzelne Vertragspartner übernimmt die volle Haftung für seine eigenen Leistungen.
 - Die einzelnen Vertragspartner und die Leistungspartner untereinander haften nicht für Leistungen des jeweils anderen Vertragspartners bzw. Leistungspartners.
 - Jeder Leistungspartner stellt jeden anderen Leistungspartner oder die GfBH, die für seine Leistungen haftbar gemacht wird, vollständig von allen Haftungsansprüchen frei.
 - Jeder Leistungserbringer verpflichtet sich zu einer ausreichenden Haftpflichtdeckung hinsichtlich der Leistungen der besonderen Versorgung.

§ 17 Wirtschaftlichkeitsprüfung / Prüfung der IV-Regelinhaltungen

- (1) Auch Leistungen, die für eingeschriebene Versicherte erbracht oder verordnet werden, unterliegen ungeachtet des § 140 SGB V der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Richtgrößenprüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen. Soweit evtl. Rückforderungen der KV auf zielgerichtete Aktivitäten im Sinne der langfristigen Zielsetzung der Besonderen Versorgung zurückzuführen sind (z.B. GfBH-leitlinienkonforme Mehrbehandlungen wie Hausbesuche statt Krankenhauseinweisungen oder die GfBH-leitliniengemäße Verordnung teurerer innovativer Arzneimittel zur mittelfristigen Kostensenkung der Gesamtversorgungskosten oder die Überschreitung des Laborbudgets), verpflichtet sich die GfBH zur Übernahme der für den einzelnen Leistungspartner entstehenden Forderungen, soweit diese nicht durch die zusätzlichen Vergütungen der GfBH bereits anteilig mit honoriert wurden.
- (2) Zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelverordnung erhalten alle Leistungspartner regelmäßig Auswertungen und werden gegebenenfalls einmal jährlich anhand der Verordnungsdaten eines Quartals im Auftrag der GfBH beraten.
- (3) Einmal im Jahr findet eine „Jahresbesprechung“ zwischen einem Vertreter der Geschäftsstelle der GfBH sowie ggfls. einem Mitglied des Ärztlichen Beirats und dem Leistungspartner statt. Dort werden Anregungen und Erfahrungen mit der Teilnahme der Praxis an der Besonderen Versorgung ausgetauscht.

§ 18 Datenabrechnungsstellen und Verträge von Leistungspartnern mit Industrie / IV-Verträge mit anderen Krankenkassen / Hausarztverträge

- (1) Die Leistungspartner verpflichten sich, die GfBH über evtl. vorhandene Verträge über Erbringung von Leistungen für die IT-Industrie und / oder Pharma-, Medizintechnik- und anderer gesundheitsbezogener Industrie zu informieren. Verträge mit der Industrie über Anwendungsbeobachtungen etc. sind ebenfalls der GfBH bekannt zu geben. Der Leistungspartner verpflichtet sich, nicht entgegen den wirtschaftlichen Interessen der GfBH zu arbeiten und eine wirtschaftliche Pharmakotherapie durch seine Verträge über Anwendungsbeobachtungen nicht zu tangieren.
- (2) Die Leistungspartner haben trotz dieses Leistungspartnervertrags weiterhin alle Freiheiten, andere IV- und/oder Hausarztverträge mit Krankenkassen einzugehen. Wenn Krankenkassen neue Verträge anbieten, dann informieren die Leistungspartner die GfBH (evtl. wären ja auch Gemeinschaftslösungen aller Leistungspartner möglich). In gewissen Abständen wird die GfBH die Leistungspartner befragen, welche weiteren Verträge dieser Art sie eingegangen sind, um optimale Verträge für die Leistungspartner erreichen zu können.

§ 19 Logo der GfBH

- (1) Der Leistungspartner hängt das Logo der GfBH in seinen Räumen sichtbar aus und verweist damit auf seinen Leistungsvertrag mit der GfBH. Er ist berechtigt und wird gebeten, auf seinen Geschäftspapieren (Visitenkarte, Briefpapier, ...) mit dem Logo auf die Leistungspartnerschaft hin zu weisen.

§ 20 Vergütung der ärztlichen Leistungen / Honorarordnung

- (1) Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen sowie die Einhaltung der spezifischen Regelungen dieses Vertrages und die Erreichung definierter Qualitätsziele wird eine Honorarordnung vereinbart und laufend weiterentwickelt.
- (2) Die Honorarordnung wird durch die Geschäftsführung der GfBH nach Beratung mit dem ärztlichen Sprecher und dem ärztlichen Beirat erlassen und jeweils mit dem Eintrittsdatum IV-intern veröffentlicht.
- (3) In dieser Honorarordnung wird jeweils ausgeführt, unter welchen Bedingungen gesonderte IV-Vergütungen gezahlt werden und welche Qualitätsziele damit erreicht werden sollen.
- (4) Der Leistungspartner erhält nach Rechnungstellung an die GfBH eine Vergütung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages, soweit er den Leistungsinhalt und die entsprechende Dokumentation jeweils voll erbracht hat. Mit der Rechnungsstellung erkennt der Leistungspartner die Honorarordnung an.
- (5) Die Vergütungszahlung erfolgt jeweils innerhalb von 2 Wochen nach Akzeptanz und Prüfung der vollständig eingereichten Dokumentationen.
- (6) Die Honorarordnung wird als Anlage 1 vereinbart und wird laufend weiterentwickelt.

§ 21 Steuerpflicht

- (1) Die Steuerpflicht für Zahlungen der GfBH an den Leistungspartner liegt beim Leistungspartner.

Abschnitt: Durchführung der Vereinbarung

§ 22 Öffentlichkeit der Verträge / Öffentliche Äußerungen

- (1) Die Verträge und Vertragsbedingungen zwischen den Krankenkassen und Gesundheit für Bilstedt/Horn UG können Leistungspartner in den Räumen der GfBH jederzeit nach vorheriger Anmeldung einsehen. Die GfBH bietet auch berechtigten Berufsverbänden und Organisationen wie Ärztekammern eine Einsichtnahme in die Verträge mit den Krankenkassen an.

- (2) Die Vereinbarungen zwischen Leistungspartnern und GfBH sind nicht öffentlich. Eine Ausnahme gilt für diejenigen, die für Leistungspartner als Dritte tätig sind (z.B. Rechtsanwälte, Steuerberater etc.) und beruflich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Ansonsten werden die Vereinbarungen zwischen Leistungspartnern und GfBH nicht an Dritte weitergegeben. Sofern Dritte sich nach diesen Verträgen erkundigen, verweisen die Leistungspartner an die GfBH. Die GfBH wird in diesen Fällen diese Dritten über die Grundzüge der Vertragsbeziehungen informieren oder auch ggfls. eine Einsichtnahme in die Verträge anbieten.
- (3) Die Vertragspartner verpflichten sich zur Unterlassung von öffentlichen Äußerungen, die das Ansehen der über IV-Verträge in Partnerschaft befindlichen Krankenkassen, der GfBH, der Leistungspartner und etwaiger weiterer Vertragspartner herabsetzen und im Ansehen schädigen können.

§ 23 Vertraulichkeit und Datenschutz

- (1) Die GfBH und die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich, bei Erhebung, Erarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die ärztliche Schweigepflicht für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu beachten. Die GfBH verpflichtet dafür einen eigenen Datenschutzbeauftragten.
- (2) Die Vertragsparteien sind wechselseitig verpflichtet, über sämtliche schutzbedürftige Tatsachen, Vorgänge, Informationen, Materialien und sonstige Gegenstände aus dem Geschäftsbereich des Vertragspartners, die ihnen und ihren Mitarbeitern im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit für das vertragsgegenständliche Projekt bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren und Informationen über sämtliche Vorgänge vertraulich zu behandeln und nicht für sich selbst zu verwerten und / oder an Dritte weiterzugeben.
- (3) Die Verpflichtung der Vertragsparteien, ihrer Mitarbeiter sowie Auftraggeber oder in anderer Weise eingeschalteter Dritter zur Geheimhaltung gemäß Abs. 2 und zur Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach den vorstehenden Bestimmungen, besteht auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses.
- (4) Der Leistungspartner entbindet die über IV-Verträge beteiligten Krankenkassen bzgl. der übermittelten Daten von der Vertraulichkeit gegenüber GfBH. Der Leistungspartner ist darüber informiert und damit einverstanden, dass die GfBH deren IK-Nr. offen erhalten soll und diese Angaben nutzen wird, um
 - mögliche Veränderungen in der ärztlichen Versorgung der Klienten zu diskutieren,
 - Entwicklungen und Veränderungen der Morbidität der Versicherten zu evaluieren, evtl. gezielte Interventionsstrategien zu entwickeln,
 - insgesamt die Umsetzung des Vertrags zur Integrieren Versorgung zwischen der Gesundheit für Billstedt/Horn UG und den beteiligten Krankenkassen zu unterstützen.

§ 24 Vertragsdauer und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von beiden Vertragsparteien mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Sofern eine Vertragspartei eine Kündigung erwägt, informiert sie die andere Vertragspartei vor einer Kündigung darüber und bespricht mit ihr die Gründe für die beabsichtigte Kündigung.
- (3) Sofern die Verträge zwischen GfBH und einzelnen oder allen Krankenkassen enden, endet auch diese Vereinbarung zwischen GfBH und Leistungspartner automatisch zum gleichen Zeitpunkt für die jeweiligen Versicherten bzw. vollständig. Die GfBH informiert den Leistungspartner unverzüglich darüber, wenn Vereinbarungen beendet sind.
- (4) Sofern der Leistungspartner seinen Status als Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut bei der KV Hamburg aufgibt oder verliert, erlischt zugleich diese Vereinbarung.
- (5) Bei schwerwiegenden Verstößen, die ein Fortbestehen des Vertragsverhältnisses unzumutbar machen, besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht.

§ 25 Schriftform, Anpassungsregelung und salvatorische Klausel

- (1) Änderungen, Kündigungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (2) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (3) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Bitte teilen Sie uns noch folgende Daten mit, damit wir unsere Unterlagen vervollständigen können:

Kontaktdaten

Telefon Praxis: _____

ggfls. Tel. Nr. außerhalb der Praxiszeiten: _____

Fax-Nr. Praxis: _____

E-Mail: _____

Betriebsstättennummer (BSNR): _____

IBAN: _____

Bank: _____

Steuernummer: _____

Kontaktdaten Arzt (in)

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____

IBAN: _____

Bank: _____

Steuernummer: _____

Anlagen

zum Leistungspartnervertrag

Gesundheit für Billstedt/Horn UG

Alexander Fischer / Dr. h. c. Helmut Hildebrandt / Dr. med. Gerd Fass /
Dr. med. Jens Stadtmüller / Dr. med. Dirk Heinrich / Frau Schildt – Stadt-
müller

Gesundheit für Billstedt/Horn UG
Möllner Landstraße 31
222111 Hamburg

Hamburg, 28.08.2017

Anlage 1 - Honorarordnung

Die Honorarordnung wird in regelmäßigen Abständen angepasst und erweitert, wenn aktuelle Gegebenheiten dies veranlassen. Die Leistungspartner werden über diese Änderungen immer schriftlich informiert.

Der Leistungspartner stimmt diesen Veränderungen der Honorarordnung ohne Unterschrift zu, wenn bei der Gesundheit für Billstedt/Horn UG binnen 4 Wochen nach Erhalt des Schreibens der Vertragsänderung kein schriftlicher Einspruch (per Mail oder Brief) eingegangen ist.

1. Versorgungsleistung: Zielvereinbarungsgespräch

Einschreibung und Zielvereinbarungsgespräch – Arzt und Patient: gemeinsam ans Ziel	
Charakteristika	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte als Experten
Zielgruppe(n)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle eingeschriebenen Versicherten
Beteiligte	<ul style="list-style-type: none"> • Haus- und Fachärzte • Versorgungskordinatoren
Vorteil gegenüber Regelversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Das Instrument fördert ein therapeutisches Bündnis zwischen Arzt und Patienten zum Erreichen von Gesundheitszielen. Förderung der sprechenden Medizin.
Ziel(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Gesundheitsrisiken wie Immobilität oder Rauchen durch verändertes Gesundheitsverhalten • Verbesserung des Gesundheitsstatus
Inhalt	<p>Zielvereinbarung bei Einschreibung: In einem Zielvereinbarungsgespräch zwischen Arzt und Patienten sollen für den Gesundungsprozess relevante Faktoren identifiziert und gemeinsam mit dem Patienten realistische Ziele vereinbart werden, z. B. Gewichtsabnahme, Ernährungsumstellung, Mobilitätsverbesserung. Hierdurch soll ein therapeutisches Bündnis zwischen Arzt und Patienten unterstützt und hergestellt werden. Die Zielvereinbarungen werden in regelmäßigen Abständen, z. B. jedes halbe Jahr, auf Ihre Wirksamkeit überprüft.</p> <p>Den Zielvereinbarungsgesprächen werden entsprechende Screening- und Assessment-Elemente (Screening-Fragebogen und Geriatrisches Assessment) vorgeschaltet, um Risikopatienten zu identifizieren. Im Rahmen des Zielvereinbarungsgesprächs werden die möglichen Bausteine zwischen Versichertem und Arzt festgelegt.</p> <p>Effekte: Ein solches Zielvereinbarungsgespräch erhöht nachweislich die Zufriedenheit der Patienten, wie eine Patientenumfrage der Universität Freiburg</p>

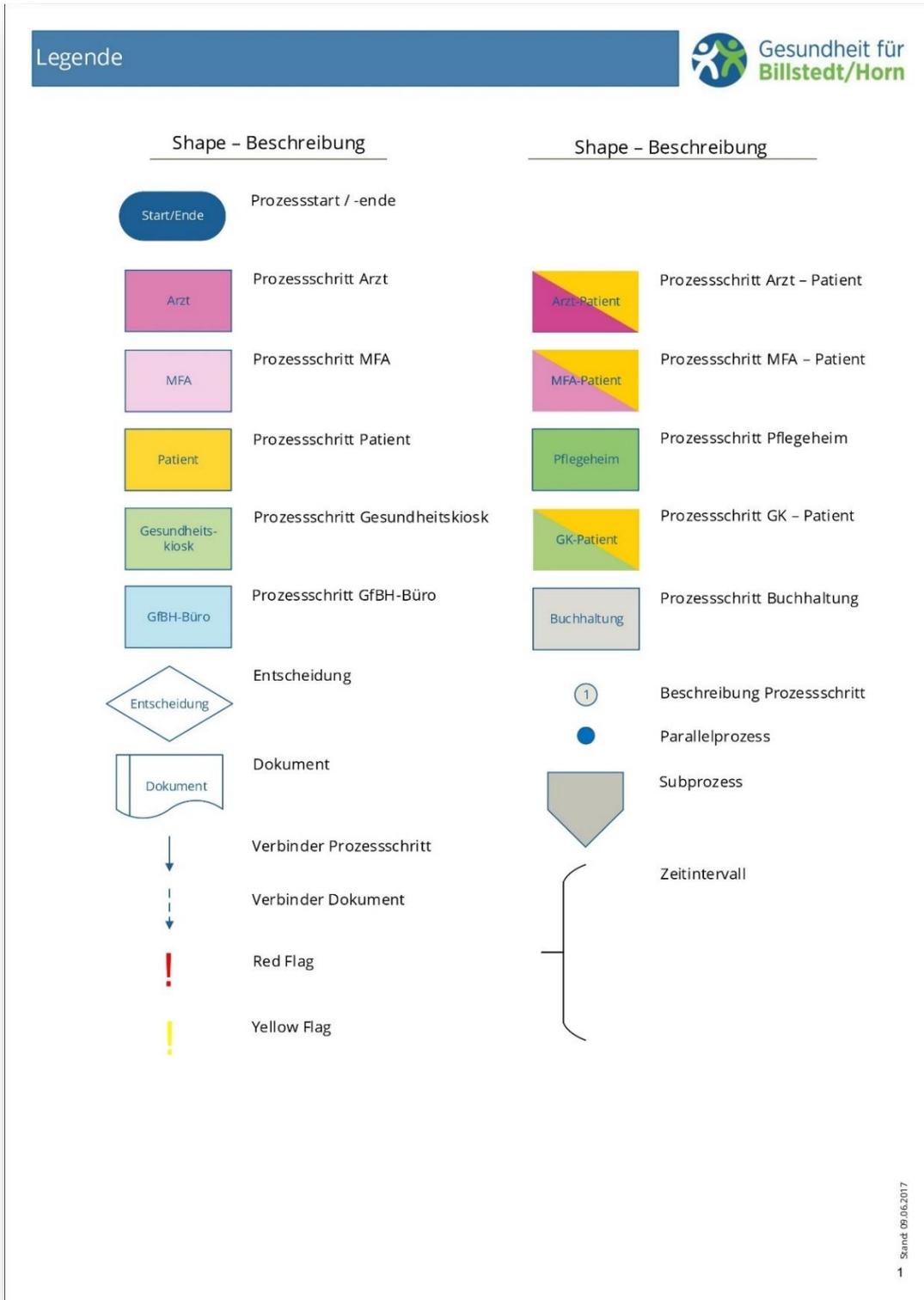
	<p>zeigt. Danach lebt fast jeder Zweite, der Ziele vereinbart hat, nach eigenen Angaben gesünder als zuvor, während dies nur jeder Fünfte derjenigen angab, die sich nicht an den Abschluss von Zielvereinbarungen erinnerten (Siegel et al. 2013).</p>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Einschreibung des Patienten in den Versorgungsvertrag durch die Praxis: Arzt und Patient füllen eine Anamnese / Risiko-Fragebogen zu seinem Gesundheitszustand (Erkrankungen, Vitalparameter) aus. • Eingangsuntersuchung / Check-up • Bei Patienten über 70 Jahren kann zusätzlich ein Geriatrisches Assessment durchgeführt werden. • Nach Auswertung der Anamnese/Risiko-Fragenbogens/Assessment führt der Arzt ein ausführliches Zielvereinbarungsgespräch mit dem Patienten durch, dessen Ergebnisse standardisiert erfasst werden. • Regelmäßige Überprüfung der Ziele durch Arzt und Patient
Vergütung für die Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Für die Einschreibung in den IV-Vertrag (Einschreibeerklärung inkl. Datenschutz-Einwilligung), die Erhebung des Risikostatus/Fragebogen, die Zielvereinbarung und die Zusendung der kompletten Unterlagen erhält der Leistungspartner eine Vergütung von 37,50 €. Bei Aufteilung auf unterschiedliche Ärzte: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Einzelvergütung: Einschreibung inkl. Datenschutz-Einwilligung und Erhebung Risikostatus = 25,00 € ◦ Einzelvergütung: Zielvereinbarungsgespräch mit Pat. = 12,50 € ◦ Ca. halbjährlich wiederkehrende Zielvereinbarungen werden ebenfalls mit 12,50€ vergütet. ◦ Einzelvergütung: Telefonische Absprache über Risikopatienten. mit dem Case-Management / Kiosk: 12,50€
Beispiele	<ul style="list-style-type: none"> • Zielvereinbarungsgespräche Gesundes Kinzigtal • Motivierende Gesprächsführung in Prävention/Gesundheitsförderung
Literatur	<ul style="list-style-type: none"> • Velicer, WF. et al. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. Homeostasis, 40, S.174-195 • Keller, S. (2009): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, Freiburg • Miller, WR.; Rollnick, S (2009): Motivierende Gesprächsführung, Freiburg • Siegel, A. et al. (2013): GEKIM Gesundes Kinzigtal Mitgliederbefragung – Bericht zur Mitgliederbefragung 2012/2013, Freiburg

2. Versorgungsleistung: Versorgungskordinatoren

Versorgungskordinatoren–Servicestelle in der Praxis für koordinierte Behandlung	
Charakteristika	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung Professionelle
Zielgruppe(n)	<ul style="list-style-type: none"> • Chronisch, multimorbid und komplex erkrankte Versicherte • Pflegebedürftige
Beteiligte	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht-ärztliches Fachpersonal (MFA) / Eine verantwortliche MFA pro Praxis
Vorteil gegenüber Regelversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte und koordinierte fach-, berufs- und sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten • Entlastung Hausarzt /Facharzt durch Leistungsdelegation
Ziel(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Versorgungsprozesses für Versicherte
Inhalt	<p>Die als Versorgungskordinatoren (VK) fortgebildeten MFA einer Hausarztpraxis / Facharztpraxis (z. B. VERAH etc.) sind zunächst die zentrale „Anlaufstation“ für die Versicherten.</p> <p>Im weiteren Prozess verantworten sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Versorgungskoordination der Patienten auf Basis der hausärztlichen / fachärztlichen Verordnungen u. a. in den Bereichen Hilfs- und Heilmittel, Arzneimittel sowie häusliche Krankenpflege. • Die Versorgungskoordination der Patienten als Schnittstelle zum Gesundheitskiosk. • Das Monitoring der Patienten bei bestimmten Erkrankungen, u. a. im Rahmen von Gesundheitsmanagementprogrammen: Z. B. Monitoring z.B. von Herzinsuffizienz-Patienten, Follow-up Anrufe bei eingeschriebenen Patienten, Unterstützung bei der Koordination regelmäßiger Kontrolluntersuchungen im Verlauf bei chronischen Erkrankungen (EKG, BE, Gewicht, Schulungstermine etc.), Unterstützung der Patienten bei der Nutzung von Patiententagebüchern bei chronischen Erkrankungen. • Ggf. Durchführung spezieller Risikotests (z. B. Dife, FINDRISK) und je nach Risikohöhe Vermittlung spezifischer Präventionsprogramme <p>Ein bis max. zwei MFA pro Hausarzt / Facharztpraxis sollten als VK fortgebildet werden. Dies kann durch den Arzt (Basisassessment) oder im Rahmen einer zertifizierten Fortbildung (z. B. Fortbildungscurriculum für MFA „Ambulante Versorgung älterer Menschen“) geschehen. Die Fortbildung soll möglichst durch den Konsortialpartner UKE erbracht werden.</p> <p>Ziel: Kompetenzerweiterung der MFAs in 40 Praxen in Billstedt und Horn zu Versorgungskordinatoren.</p>

	<p>Diese Kompetenzerweiterung der MFA in den Praxen unterstützt nach Ansicht des Sachverständigenrats ein neues Rollenverständnis, „<i>bei der z. B. Medizinische Fachangestellte (...) eigenständige (Teil-)Verantwortung für die Kontinuität der Versorgungsprozesse bei chronischen Erkrankungen in engem Zusammenspiel mit den Patienten erhalten</i>“ (SVR-G 2009: 494).</p> <p>Die medizinische und rechtliche Verantwortung des Hausarztes bleibt davon unberührt.</p>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • VK ist persönlicher Ansprechpartner für einen festen Patientenstamm. • VK ist persönlicher Ansprechpartner für die an Behandlung eines Patienten beteiligten Akteure wie Physiotherapeut oder Pflegedienst.
Vergütung für die MFA / Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Freistellung und Finanzierung der MFAs für die Kommunikation/Vernetzung mit dem multiprofessionellen Team (Case Manager) im Gesundheitskiosk sowie für die konkrete Versorgungscoordination der Patienten. Die Vergütung erfolgt auf Basis der Patientendokumentation durch die MFA. Durch die Dokumentation – in Form eines Recall / Risiko-Fragebogen – und den Versand an die GfBH enthalten die MFAs eine Vergütung in Höhe: <ul style="list-style-type: none"> • Koordination, Telefonbetreuung und Monitoring von Risikopatienten mit dem Kiosk/Case-Management • Telefonat mit Patient z.B. Erinnerung von Schulungen, Folgeuntersuchungen oder • Übermittlung der Unterlagen z.B. Einschreibformular, Datenschutzerklärung, Risikofragebogen und Abrechnungsformulare an den Gesundheitskiosk • Zusätzliche Kontrolluntersuchungen (noch zu definieren) • Programmspezifische Einzelleistungen z.B. Unterstützung Patiententagebuch bei KHK • Hausbesuche <p>Die Leistungen werden in den Projektgruppen / Qualitätszirkeln weiter konkretisiert und angepasst.</p>
Beispiele	<ul style="list-style-type: none"> • Forschungsprojekt InfoPat (unterstützt vom BMBF)
Literatur	<p>SVR-G (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770)</p>

Anlage 2 – Einschreibeprozess



Abkürzungsverzeichnis

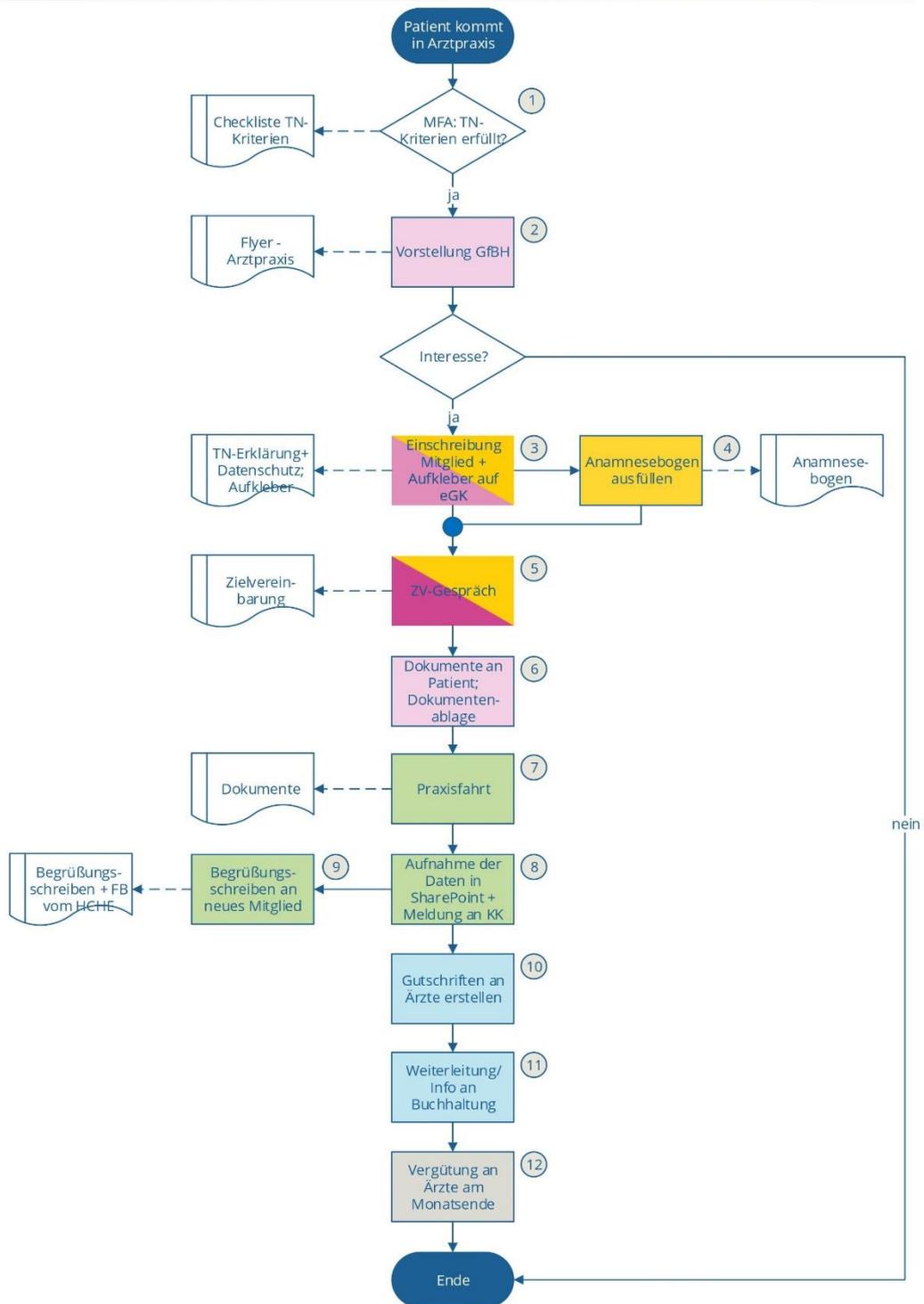


Abkürzung	Beschreibung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
GfBH	Gesundheit für Billstedt/Horn
HCHE	Hamburg Center for Health Economics
KK	Krankenkasse
LP	Leistungspartner
TN	Teilnahme / Teilnehmer
ZV	Zielvereinbarung

Einschreibung in die Besondere Versorgung in der Arztpraxis



Prozessfluss



Einschreibung in die Besondere Versorgung in der Arztpraxis



Prozessbeschreibung

- **Verantwortlichkeit:**
Silke Hoops
- **Ziel des Prozesses:**
Einheitliche, strukturierte Vorgehensweise bei der Einschreibung von Patienten sowie der Vergütung der teilnehmenden Arztpraxen.
- **Häufigkeit des Prozesses:**
abhängig vom Patientenaufkommen
- **Gesamtdauer des Prozesses:**
abhängig vom Zeitpunkt der Einschreibung, maximal ein Quartal

Einschreibedokumente: - Erklärung zur Teilnahme und Datenschutzeinwilligung (zwei Exemplare: GfBH/KK; Patient)
- Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzeinwilligungserklärung
- Anamnesebogen

- 1 **Teilnahmekriterien:**
- Versichert bei teilnehmender Krankenkasse
- Wohnort im PLZ-Bereich: 22111, 22115, 22117, 22119
- 2 **Vorstellung GfBH:**
Je nach zeitlicher Ressource kurze Information zum Projekt. Patient erhält in jedem Fall einen Flyer zum Projekt.
- 3 **Einschreibung Mitglied + Aufkleber auf eGK:**
Bei Interesse erhält der Patient die „Erklärung zur Teilnahme und Datenschutzeinwilligung“ (zwei Exemplare) sowie die „Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzeinwilligungserklärung“. MFA trägt die Stammdaten händisch ein oder klebt Etiketten auf. Im Wartezimmer hat der Patient Zeit, die Unterlagen zu lesen und auszufüllen.
MFA macht einen Vermerk in der Akte, dass sie dem Patienten die Unterlagen ausgehändigt hat.
Ggf. Unterstützung beim ausfüllen durch MFA oder Arzt.
Erst nach Unterschrift aller Einschreibedokumente (s.o.) erhält der Patient einen Mitgliedsaufkleber von GfBH auf seiner eGK (durch MFA bzw. durch Arzt).
- 4 **Anamnesebogen:** Patient erhält von MFA Anamnesebogen (bei Bedarf in Fremdsprache), um diesen im Wartezimmer auszufüllen, ggf. mit Unterstützung durch MFA oder Arzt.
Der Anamnesebogen ist Bestandteil der Einschreibung.
- 5 **Zielvereinbarungsgespräch:** Patient und Arzt führen gemeinsam das Gespräch und dokumentieren das Ziel bzw. die Maßnahmen. Ggf. können die Maßnahmen in einem Gespräch zwischen Kioskmitarbeiter und Patient konkretisiert werden.
Zielvereinbarung gibt es in zweifacher Ausfertigung und muss unterschriebene werden (Exemplar Patient, Exemplar Arzt).
- 6 **Verteilung der Unterlagen durch MFA:**
Patient
- Erklärung zur Teilnahme und Datenschutzeinwilligung (Exemplar für Patienten)
- Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzeinwilligungserklärung
- Zielvereinbarung (Exemplar Patient)
Ablage der Dokumente in Praxisdokumentation:
- Zielvereinbarung (Exemplar für Arzt)
Ablage der Dokumente in Ablagefach „GfBH“:
- „Erklärung zur Teilnahme und Datenschutzeinwilligung“ (Exemplar GfBH/KK)
- Kopie der Zielvereinbarung, „Exemplar für Arzt“
- Anamnesebogen
- 7 **Praxisfahrt:** Kioskmitarbeiter holen im wöchentlichen Rhythmus die ausgefüllten Einschreibeunterlagen aus den Praxen ab.
- 8 **Aufnahme der Daten in SharePoint + Meldung an KK:**
Kioskmitarbeiter nimmt die Daten aus den Einschreibedokumenten sowie der Zielvereinbarung in SharePoint auf.
Die Krankenkasse erhält eine Meldung über die erfolgte Einschreibung sowie die Originale der Einschreibedokumente.
- 9 **Begrüßungsschreiben:** Jedes neue Mitglied erhält per Post ein Begrüßungsschreiben von „Gesundheit für Billstedt/Horn“, inkl. einer Postkarte vom Gesundheitskiosk (Öffnungszeiten, Kontaktdaten) sowie eines Fragebogens vom HCHE.
- 10 **Gutschriften:** Am letzten Werktag bzw. nach der letzten Praxisfahrt des Monats werden über die Serienbrieffunktion in SharePoint Gutschriften über die erfolgten Einschreibungen und Zielvereinbarungen an Ärzte erstellt.
- 11 **Weiterleitung:** Die Gutschriften werden an die Buchhaltung weitergeleitet.
- 12 **Vergütung:** Buchhaltung erhält die Gutschriften und veranlasst am Ende des Monats bzw. am Anfang des Folgemonats die Gutschriften an die Ärzte.

Anlage 3 – Erklärung zur Teilnahme

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Erklärung zur Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn“
Name, Vorname und Adresse des Versicherten		geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

Sorgeberechtigt (bei Minderjährigen) ist:

Name
Vorname

Exemplar für „Gesundheit für Billstedt/Horn“



Tel.-Nr. privat (für etwaige Rückfragen oder Terminerinnerungen, Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. mobil (für Zusendung von Informationen per SMS, Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Ich erkläre mein Einverständnis, dass mir allgemeine Informationen zur „Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn“ per E-Mail zugesandt werden dürfen. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit und formlos per E-Mail oder schriftlich gegenüber dem Absender kündigen.

Liebe Patientin, lieber Patient aus Billstedt und Horn,

gemeinsam mit Ihnen wollen wir Ihre Gesundheit verbessern und eventuelle Krankheiten besser behandeln. Mit Ihrer Teilnahme erhalten Sie gleichzeitig die Mitgliedsrechte und können über jährliche Mitgliederversammlungen die Entwicklung von Gesundheit für Billstedt/Horn gestalten. Als Mitglied von Gesundheit für Billstedt/Horn profitieren Sie von der engeren Zusammenarbeit der Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Ambulanten Pflegedienste, Rettungsdienste, Physio-, Ergo-, und Logotherapeuten, Apotheken und des Gesundheitskiosks. Durch Vorsorgeangebote und Gesundheitsprogramme bietet Ihnen die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) besser aufeinander abgestimmte Behandlungsabläufe und eine umfassende Betreuung. Wir sorgen heute vor, damit Sie auch morgen noch eine gute Versorgung in Billstedt und Horn für sich und Ihre Angehörigen nutzen können.

Die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) bietet Ihnen eine ganz besondere Unterstützung: Sie können aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten einen „Arzt Ihres Vertrauens“ wählen, der Sie bei der Koordination der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen unterstützt. Die meisten wählen dazu ihren Hausarzt, die Wahl des Psychotherapeuten oder Facharztes ist ebenso möglich.

Grundsätzlich gilt: Die Mitgliedschaft ist kostenlos und Sie können in ganz Deutschland Ihren Arzt und Ihr Krankenhaus weiterhin frei wählen! Es gibt keine Einschränkung auf den Kreis der teilnehmenden Leistungspartner.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme:

Nach Ablauf der Widerrufsfrist können Sie jederzeit mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals die Mitgliedschaft wieder beenden.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten:

Die Besondere Versorgung „Gesundheit für Billstedt/Horn“ behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) überwacht. Detaillierte Informationen finden Sie im Merkblatt zum Datenschutz. Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung zwischen den Ärzten und Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden.

04/2017

1. Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich über die Inhalte der Besonderen Versorgung „Gesundheit für Billstedt/Horn“ informiert wurde.
- ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Besonderen Versorgung „Gesundheit für Billstedt/Horn“ hingewiesen wurde.
- mir die Einwilligungserklärung zum Datenschutz zur Unterschrift ausgehändigt wurde.

Ich über nachfolgendes informiert wurde:

- Ich die Teilnahme an der Besonderen Versorgung „Gesundheit für Billstedt/Horn“ jedoch unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist innerhalb von 4 Wochen zum Quartalsende ordentlich kündigen kann.
- Sowohl ich, als auch meine Krankenkasse, meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt zum Beispiel bei einem Wohnortwechsel vor.

2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde: Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn mich meine Krankenkasse über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Ärzte und Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und die daraus resultierenden Therapieplan führen.
- Ich mich über die teilnehmenden Leistungserbringer auf der Homepage der Gesundheit für Billstedt/Horn UG informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer im Gesundheitskiosk ausgehändigt wird.

Ja, ich möchte an der „Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn“ teilnehmen.

Ich erkläre meinen Beitritt ab

- Ich wähle ab sofort aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten folgenden „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“:

Name des „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“

- Nein, ich möchte zurzeit keinen „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“ aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte bestimmen.

Bitte geben Sie uns für evtl. Rückfragen den Namen Ihres Hausarztes an:

Name des Hausarztes _____

- Ich habe derzeit keinen Hausarzt

- Ich habe bereits die Basis-Mitgliedschaft bei der „Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn“, aber wähle ab sofort aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte/ Psychotherapeuten folgenden „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“:

Name des „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“

Datum und Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten*/Betreuers/Bevollmächtigten Einschreibende Praxis
*Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.gesundheit-bh.de

Merkblatt

„Besondere Versorgung Gesundheit für Billstedt / Horn“ – Was ist das?

Seit 2017 werden Projekte im Bereich neue Versorgungsformen durch den Innovationsausschuss finanziell gefördert. Diese Chance haben die Ärzte des Ärztenetzes Billstedt-Horn e. V. ergriffen. Im August 2016 haben sie gemeinsam mit der auf Besondere Versorgung spezialisierten OptiMedis AG aus Hamburg die, Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)‘ gegründet. Gemeinsam mit den beteiligten Krankenkassen will die Gesundheit für Billstedt / Horn UG (haftungsbeschränkt) den Versicherten eine optimale Gesundheitsversorgung bieten. Die Gesellschaft bietet hierfür eine professionell geführte organisatorische Einheit, die eine Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer (Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Gesundheitskiosk, ...) möglich macht.

Die Gesundheit für Billstedt / Horn UG (haftungsbeschränkt) und die beteiligten Krankenkassen investieren gemeinsam in die Gesundheit der Versicherten in Billstedt und Horn.

Unsere Ziele:

- * Verbesserung der Kooperation von niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern sowie anderen Partnern der Gesundheitsversorgung
- * Verringerung von Fehl- und Doppelbehandlung
- * Aktivierung von Selbstheilungskräften
- * Aktive Beteiligung des Patienten am Gesundheitsprozess
- * Starke Betonung von Prävention und Gesundheitsförderung

Wir nutzen die neuesten Erkenntnisse der Wissenschaft für Vorsorge und Behandlung und schaffen damit in Gemeinschaft mit allen Beteiligten ein gesundes Billstedt und Horn.

Beteiligte Leistungspartner:

Die Gesundheit für Billstedt / Horn UG (haftungsbeschränkt) schließt mit Leistungserbringern Partnerverträge ab. Eine aktuelle Liste ist auf unserer Internetseite www.gesundheit-bh.de einsehbar oder auf Anfrage im Gesundheitskiosk erhältlich.

Alle beteiligten Vertragsärzte und Psychotherapeuten können als „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“ besondere koordinierende Aufgaben übernehmen. Sie wählen aus der Liste unserer Partner Ihren „Arzt oder Psychotherapeuten des Vertrauens“. Er ist für Sie der erste Ansprechpartner und steht Ihnen als „persönlicher Lotse“ durch das Gesundheitssystem beratend zur Seite. Er wird mit Ihnen weiterführende Behandlungen, wie z. B. durch Fachärzte oder Krankenhäuser, abstimmen.

Die freie Arzt- und Krankenhauswahl bleibt selbstverständlich weiterhin für Sie bestehen.

Wenn Sie keinen Arzt des Vertrauens aus der Liste der teilnehmenden Leistungspartner wählen, können Sie dennoch die sonstigen Leistungen der Gesundheit für Billstedt / Horn UG (haftungsbeschränkt) in Anspruch nehmen.

Ihre Vorteile in der „Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt / Horn“

Als Teilnehmer der „Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt /Horn“ erhalten Sie

- * die Sicherung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn,
- * Unterstützung beim Erreichen der persönlichen Gesundheitsziele,
- * eine effiziente Behandlung auf neuestem wissenschaftlichen Stand,
- * Unterstützung durch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitskiosk
- * ein umfangreiches Vorsorgeangebot,
- * interessante Schulungen und Vorträge rund ums Thema Gesundheit,
- * kurzfristige Terminvereinbarung und spezielle Sprechstunden,
- * die Bereitstellung einer Gesundheits-App (LifeTime), um Ihre Gesundheitsdaten zwischen Ihnen und Ihren Ärzten auszutauschen und diese selber zu verwalten,
- * ein Mitspracherecht der Versicherten durch einen Beirat Gesundheit und Soziales der Besonderen Versorgung.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Datenschutz - Einwilligungserklärung bei der Einschreibung zur Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn“
Name, Vorname und Adresse des Versicherten		geb. am	
Sorgeberechtigt (bei Minderjährigen) ist:			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Name
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	Vorname

Exemplar für „Gesundheit für Billstedt / Horn“

Gesundheit für
Billstedt/HornAOK
Die Gesundheitskasse.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung von Patientendaten im Rahmen der Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

moderne, kompetente und bessere medizinische Versorgung kann ohne die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen in Therapie und Versorgung nicht erfolgreich sein. Ihre Krankenkasse und die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) haben deshalb einen Vertrag zur Besonderen Versorgung geschlossen.

Die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt), eine Gemeinschaftsgründung der gesundheitswissenschaftlich orientierten OptiMedis AG aus Hamburg, des Ärztenetzes Billstedt-Horn e.V., der Stadtteilklinik Hamburg und des NAV-Virchow-Bundes, ist für die Organisation der Besonderen Versorgung zuständig. Um Sie im Rahmen Ihrer Teilnahme optimal medizinisch betreuen und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass alle an der Besonderen Versorgung beteiligten Spezialisten – Ärzte und andere Leistungserbringer (Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Ambulante Pflegedienste, Rettungsdienst, Physio-, Ergo-, und Logotherapeuten, Apotheken), Krankenkassen, die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) - Ihre medizinischen Daten untereinander übermitteln, verarbeiten und nutzen können. Dafür brauchen wir Ihre Erlaubnis. Eine Liste der teilnehmenden Ärzte, Leistungserbringer finden Sie auf unserer Homepage (www.gesundheit-billstedt-horn.de) oder erhalten Sie auf Anfrage im Gesundheitskiosk.

Sofern Sie uns diese Erlaubnis nicht erteilen, können Sie an der Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn nicht teilnehmen. Selbstverständlich haben Sie weiterhin Anspruch auf alle Leistungen der Kassenärztlichen Versorgung. Sie profitieren in diesem Fall allerdings nicht von den zusätzlichen Angeboten im Rahmen der Besonderen Versorgung.

Diese Teilnahmeerklärung gilt für eingeschriebene Teilnehmer an der Besonderen Versorgung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, Teilnahme- und Behandlungsdaten und Befunde bei Bedarf und nur im unbedingt erforderlichen Umfang

1. im Rahmen meiner Teilnahme an der Besonderen Versorgung vom jeweiligen Arzt oder anderen (Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Ambulante Pflegedienste, Rettungsdienst, Physio-, Ergo-, und Logotherapeuten, Apotheken), an meiner Betreuung im Rahmen der Besonderen Versorgung beteiligten Personen an die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) übermittelt und von dieser zur Organisation meiner verbesserten Betreuung und Versorgung verarbeitet und genutzt werden;
2. von Gesundheit für Billstedt/Horn an meine Krankenkasse zur Prüfung der versicherungsrechtlichen Ansprüche gesendet werden;
3. vom jeweiligen Arzt oder anderen (Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Ambulante Pflegedienste, Rettungsdienst, Physio-, Ergo-, und Logotherapeuten, Apotheken), an meiner Betreuung im Rahmen der Besonderen

- Versorgung beteiligten Personen, an die zentrale Patientenakte (enthält alle für meine Behandlung relevanten Informationen, Daten und Dokumente aller an meiner Behandlung beteiligten Ärzte und Leistungserbringern) übermittelt werden;
4. vom jeweiligen Arzt oder anderen (Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Ambulante Pflegedienste, Rettungsdienst, Physio-, Ergo-, und Logotherapeuten, Apotheken), an meiner Betreuung im Rahmen der Besonderen Versorgung beteiligten Personen an die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) zu Abrechnungszwecken übermittelt, dort verarbeitet, und insbesondere zu Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse übermittelt werden.
 5. von meiner Krankenkasse an die OptiMedis AG in pseudonymisierter Form, d.h. ohne Rückschluss auf meine Person, übermittelt und von dieser zu Zwecken der Organisation meiner verbesserten Betreuung und Versorgung verarbeitet und genutzt werden;
 6. von Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) an die OptiMedis AG in pseudonymisierter Form, d.h. ohne Rückschluss auf meine Person, übermittelt und von dieser zu Zwecken der Organisation meiner verbesserten Betreuung und Versorgung verarbeitet und genutzt werden;
 7. mittels einer Matching-Liste (Enthält die Information welches Mitglied welches Pseudonym trägt), von Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) sowie der OptiMedis AG, repseudonymisiert werden können;
 8. von den mich behandelnden Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) und anderen (Therapeuten, Apotheken, Reha-Einrichtungen), an meiner Betreuung im Rahmen der Besonderen Versorgung beteiligten Personen, aus der gemeinsamen Dokumentation abgerufen und genutzt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist;
 9. von der OptiMedis AG an Universitäten und Forschungseinrichtungen nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Bezug zu Ihrer Person, zu Zwecken der Auswertung und Erfolgskontrolle übermittelt und von diesen verarbeitet und genutzt werden.
 10. Alle Datenübertragungen erfolgen verschlüsselt.

Widerruf der Teilnahme an Gesundheit für Billstedt/Horn:

Sie können die hier abgegebene Einwilligung gegenüber Ihrer Krankenkasse oder der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf hat zur Folge, dass Ihre Daten nur noch im Rahmen der gesetzlichen Regelungen, wie z.B. zur „Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen nach §295 des fünften Sozialgesetzbuchs“ oder anonymisiert, d.h. ohne Bezug zu Ihrer Person, verarbeitet werden. Ihre an die zentrale Patientenakte übermittelten Daten werden im Falle des Widerrufs zur Einsicht gesperrt.

Weitere Informationen über die im Rahmen der Besonderen Versorgung erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten entnehmen Sie bitte dem Datenschutz-Merkblatt, das Ihnen Ihr Arzt des Vertrauens oder die Mitarbeiter im Gesundheitskiosk aushändigen. Alle Mitarbeiter der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) sowie die Mitarbeiter der Dienstleister sind dem Datengeheimnis verpflichtet. Die Einhaltung der Regelungen zum Datenschutz wird regelmäßig durch die Datenschutzbeauftragten der beteiligten Institutionen überprüft. Für Fragen und weitere Informationen steht auch die Datenschutzbeauftragte der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt), Dr. Volker Wodianska, erreichbar unter v.wodianska@schlutiuss-privacy.de oder telefonisch unter: +49 (0)40-3340146, gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten*/Betreuers/Bevollmächtigten

*Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Merkblatt zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn entschieden. Um Sie im Rahmen der Besonderen Versorgung von Beginn an umfassend betreuen und beraten zu können, ist es notwendig, dass wir auch Daten von Ihnen kennen, die über das hinausgehen, was die Gesetze an üblicher Datenverarbeitung ohnehin vorsehen. Das sind beispielsweise Daten zu Krankheits- und Behandlungsverläufen; auch aus der Vergangenheit. Ergänzend zu der Einwilligungserklärung, die Sie bei Beginn Ihrer Teilnahme unterschrieben haben, wollen wir Sie mit diesem Merkblatt informieren, wer mit Ihren Patientendaten im Rahmen Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung arbeitet und zwischen welchen Stellen sie ausgetauscht werden.

Wer ist an Ihrer Behandlung beteiligt und wer erhält Ihre Daten?

Ärzte und Krankenhäuser, aber auch eine Vielzahl anderer Anbieter von Gesundheitsleistungen wie Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten stellen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen bereit. Sie werden unter dem Begriff „Leistungserbringer“ zusammengefasst. An Ihrer Behandlung und Versorgung im Rahmen der Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn sind außerdem den Leistungserbringern noch andere Personen beteiligt, wie z.B. die Mitarbeiter(innen) in der Verwaltung der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) oder die Mitarbeiter(innen) im Gesundheitskiosk. Sie alle erhalten in unterschiedlichem Umfang und zu unterschiedlichen Zwecken Daten, die im Rahmen Ihrer Versorgung in der Besonderen Versorgung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Die Einzelheiten können Sie den nachfolgenden Absätzen entnehmen.

Welche Daten übermittelt Ihre Krankenkasse an die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)?

Zum Zweck Ihrer verbesserten Versorgung erhält die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) von Ihrer Krankenkasse folgende Daten:

- Daten zu früheren Erkrankungen
- Daten zu Krankenhausaufenthalten und ambulanten Operationen
- Daten zu Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Diagnosen
- Daten zu in der Vergangenheit erfolgten Therapien, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Angaben zu Art und Kosten von verordneten Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln
- Sonstige Sozialdaten wie Alter und Versicherungsnummer.

An wen werden die Daten weitergegeben?

Die Daten werden an ausgewählte und speziell qualifizierte Mitarbeiter der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) zum Zweck Ihrer Betreuung im Rahmen der Besonderen Versorgung weitergegeben. Sie werden pseudonymisiert, d.h. ohne Ihren Namen, zu Zwecken der Forschung, Evaluation und des Controllings an wissenschaftliche Einrichtungen und die OptiMedis AG in Hamburg übermittelt. Ihre Krankenkasse kann jedoch im Einzelfall und zeitlich begrenzt wieder einen Personenbezug herstellen (Repseudonymisierung), um Programmfehler in Datenbanken zu prüfen oder um Hinweisen auf Über-, Unter- oder Fehlversorgungen nachzugehen. Zur Aufdeckung von Programmfehlern in Datenbanken oder Über-, Unter- oder Fehlversorgungen kann in begründeten Einzelfällen und zeitlich begrenzt ein Personenbezug hergestellt werden.

Welche Daten erhält die Gesundheit für Billstedt / Horn UG (haftungsbeschränkt) von Ihrem behandelnden Arzt?

Ihr behandelnder Arzt ist verpflichtet, eine umfassende Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Er speichert daher alle Informationen, die für Ihre Behandlung wichtig sind.

Wer erhält Ihre Abrechnungsdaten?

Ihr Arzt ist gesetzlich verpflichtet, bestimmte Daten Ihrer Behandlung an die Kassenärztliche Vereinigung weiter zu geben, die dann gegenüber der Krankenkasse die Bezahlung der Leistungen Ihres Arztes vornimmt. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Daten, die Ihr Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt:

- Diagnosen gemäß ICD-10-GM
- Operationen- und Prozedureschlüssel (Dokumentation von Operationen, Biopsien, Ultraschalluntersuchungen und ähnlichem)
- Verordnungsdaten
- Abrechnungsziffern
- Vergütungen

Dies sind alle Daten, die nach dem Gesetz für die Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen vorgesehen sind.

Welche Daten werden in Ihre elektronische Patientenakte aufgenommen?

Mit der Teilnahme an der Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn haben Sie die Möglichkeit, bestimmte wichtige Informationen aus den ärztlichen Behandlungen in eine zentrale elektronische Patientenakte zu Ihrer Person aufnehmen zu lassen. Das bedeutet, dass Ihr Arzt eine Patientenakte über Sie führt, in der er alle für Ihre Behandlung erforderlichen Informationen dokumentiert. Auszüge aus dieser Akte werden dann in die zentrale elektronische Patientenakte übernommen, wo sie auch für andere, an der Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn teilnehmende Ärzte und Leistungserbringer einsehbar sind.

Dies betrifft insbesondere die folgenden Angaben:

- Diagnosen
- Medikationen
- Anamnesen
- Befunde, bspw. Aufnahmen von bildgebenden Verfahren
- Dokumente, bspw. Arzt- und Krankenhausberichte
- Risikofaktoren
- Therapien

Außerdem haben andere an Ihrer Behandlung beteiligte Leistungserbringer die Möglichkeit, Informationen in der zentralen elektronischen Patientenakte zu hinterlegen, z.B. Pflegeeinrichtungen oder Physiotherapeuten. Der Vorteil ist, dass die wichtigsten Informationen zu Ihren Behandlungen zentral an einem Ort gespeichert und für nachfolgend behandelnde Ärzte einsehbar sind. So kann beispielsweise vermieden werden, dass Ihnen von zwei Ärzten unterschiedliche Medikamente verschrieben werden, die in der Kombination aber gefährlich sind, oder dass Untersuchungen doppelt durchgeführt werden. Für Ihre Sicherheit kann es außerdem wichtig sein, dass auch Ihre Pflegekräfte wissen, welche Medikamente Ihr Arzt verordnet hat. Sofern Sie nicht möchten, dass eine Behandlung in der zentralen Patientenakte dokumentiert wird, informieren Sie bitte Ihren

behandelnden Arzt oder den jeweiligen sonstigen Leistungserbringer vor der Behandlung.

Wann werden Ihre Daten wieder gelöscht?

Alle Daten, die ärztliche Behandlungen betreffen, müssen 10 Jahre aufbewahrt werden (gerechnet ab dem Abschluss der Behandlung). Die übrigen Informationen, die zu Ihrer Person im Rahmen Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung genutzt und gespeichert werden, werden nach dem Ende Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung erst gesperrt – d.h. sie dürfen für die Zwecke der Besonderen Versorgung nicht mehr verwendet werden – und dann nach

einer Frist von 6 Jahren bei administrativen und bis zu 10 Jahren bei medizinischen Daten endgültig gelöscht. Diese weitere Aufbewahrung ist erforderlich, weil verschiedene Gesetze (z. B. die Steuergesetze) eine längere Speicherung vorschreiben.

Haben Sie noch Fragen?

Fragen zum Datenschutz in der Besonderen Versorgung Gesundheit für Billstedt/Horn beantwortet unsere Datenschutzbeauftragte Dr. Volker Wodianka, Schlutius Data Privacy & Compliance GmbH erreichbar unter v.wodianka@schlutius-privacy.de oder telefonisch unter: +49 (0)40-3340146, gerne zur Verfügung.

Anlage 4 – Anamnesebogen


 Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin

 Gesundheit für
Billstedt/Horn

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und beantworten Sie bitte alle Fragen, auch wenn Sie es für Ihr aktuelles Problem nicht für wichtig erachten.

Vor- und Nachname: _____ Sprache _____
 Geburtsdatum _____ Familienstand _____ Geschlecht: Weiblich Männlich
 Anzahl und Alter der Kinder _____ Beruf _____
 E-Mail _____ Tel./Handy _____

1. Was haben Sie aktuell für Beschwerden? _____

2. Welche anderen Krankheiten haben Sie?

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Reizmagery/ -darm | <input type="checkbox"/> Krebs / Tumor | <input type="checkbox"/> Rückenschmerz |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Schwindel |

Sonstiges/Details _____

3. Welche Operationen hatten Sie und wann waren diese? _____

4. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein (mind. 1x täglich)

Medikation	Anzahl: Morgens	Mittags	Abends	Nachts
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

*** Bei über 4 Medikamenten bitte Überweisung an Gesundheitskiosk für Brown Bag**

5. Welche Medikamente nehmen Sie nur bei Bedarf ein? _____

6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Nein Ja, und zwar _____

7. Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselerkrankungen in der Familie? Nein Ja, und zwar:


 Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin

 Gesundheit für
Billstedt/Horn

8. Körpergewicht in kg: _____ Körpergröße: _____

 9. Hat sich Ihr Gewicht in den letzten beiden Monaten verändert? Nein Ja, um _____ kg
Kennen Sie den Grund für die Gewichtsveränderung? _____

 10. Rauchen Sie? Nein Ja, ca. _____ Zigaretten täglich

 11. Treiben Sie Sport? Nein Ja, ca. _____ Stunden pro Woche

12. Was beeinträchtigt Ihre Gesundheit?	stark	ziemlich	etwas	wenig	trifft nicht zu
Rauchen (wenn Sie rauchen)	<input type="checkbox"/>				
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>				
Übergewicht	<input type="checkbox"/>				
Ungesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>				
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>				
Stress und Hektik	<input type="checkbox"/>				
Arbeits- und Familiensituation	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit und Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>				

13. Würden Sie gerne etwas unternehmen, um Ihren Gesundheitszustand zu verbessern?

 Ja Nein, weil _____

14. Welche Veränderungen sind für Sie am wichtigsten?	sehr wichtig	ziemlich wichtig	egal	weniger wichtig	trifft nicht zu
...weniger rauchen	<input type="checkbox"/>				
...weniger Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>				
...mein Gewicht verringern	<input type="checkbox"/>				
...mich gesünder ernähren	<input type="checkbox"/>				
...mehr Bewegung	<input type="checkbox"/>				
...meine Alltagsbelastungen verringern	<input type="checkbox"/>				
...mehr unter Leute gehen	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>				

 15. Weitere Wünsche und wichtige Informationen, die mich betreffen:

16. Sind Sie derzeit oder waren Sie in der Vergangenheit in ein Disease- Management- Programm (DMP) oder ein anderes Behandlungsprogramm eingeschrieben?

 Ja, ich nehme aktuell an dem folgenden DMP teil: _____

 Ja, ich habe früher daran teilgenommen. Nein, habe nie an DMP teilgenommen.

Bestätigung

Datum _____ Unterschrift _____

 Bei Minderjährigen: Name und Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Anlage 5 – Zielvereinbarung



Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin



Gesundheit für
Billstedt/Horn

Exemplar für Patienten

Zielvereinbarung

zwischen Patient und „Arzt des Vertrauens“

Mein „Arzt des Vertrauens“ _____ und ich (Name) _____
vereinbaren gemeinsam am (Datum) _____ nachfolgende Ziele für meine
Gesundheit. Mein „Arzt des Vertrauens“ unterstützt mich in meinem Vorhaben und hilft mir weiter bei
Fragen und Problemen.

In den nächsten ___ Wochen/ ___ Monaten sind meine obersten Ziele:

Dazu unternehme ich Folgendes:

(Kann von den Mitarbeitern im Gesundheitskiosk ausgefüllt werden)

Maßnahme/n: _____

Wann (Häufigkeit): _____

Dauer (min./h): _____

Überleitung an den Gesundheitskiosk (vom Arzt auszufüllen) ja nein

Bitte schreiben Sie den Patienten in das folgende Programm ein:

Prävention Herz Rücken Diabetes _____

Termin (Bei Bedarf Terminabsprache möglich): _____

Benötigte Unterlagen (z.B. Medikamentenplan): _____

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und Durchhaltevermögen bei der Erreichung Ihrer Gesundheitsziele!

Unterstützung erhalten Sie von Ihrem Arzt und im Gesundheitskiosk.

Unterschrift Patient _____ Unterschrift/Stempel Arzt _____

Zielvereinbarung

zwischen Patient und „Arzt des Vertrauens“

Mein „Arzt des Vertrauens“ _____ und ich (Name), _____ vereinbaren gemeinsam am (Datum) _____ nachfolgende Ziele für meine Gesundheit. Mein „Arzt des Vertrauens“ unterstützt mich in meinem Vorhaben und hilft mir weiter bei Fragen und Problemen.

In den nächsten ___Wochen/ ___Monaten sind meine obersten Ziele:

Dazu unternehme ich Folgendes:

(Kann von den Mitarbeitern im Gesundheitskiosk ausgefüllt werden)

Maßnahme/n: _____

Wann (Häufigkeit): _____

Dauer (min./h): _____

Veränderungsbereitschaft:

In welchem Stadium der Veränderung befindet sich der Patient?

- Absichtslosigkeit
- Absichtsbildung
- Vorbereitung
- Handlung
- Aufrechterhaltung

Wissen:

Wie genau kennt der Patient seine Möglichkeiten, seinen Gesundheitszustand zu beeinflussen?

1 – Gering | | | | | 6 – Hoch

Selbstvertrauen:

Ist der Patient davon überzeugt, seine Gesundheit positiv beeinflussen zu können?

1 – Gering | | | | | 6 – Hoch

Überleitung an den Gesundheitskiosk (vom Arzt auszufüllen) ja nein

Bitte schreiben Sie den Patienten in das folgende Programm ein:

Prävention Herz Rücken Diabetes _____

Termin (Bei Bedarf Terminabsprache möglich): _____

Benötigte Unterlagen (z.B. Medikamentenplan): _____

Problemstellung/Besonderheiten: _____

Weitere Bemerkungen: _____

Wurde das vereinbarte Ziel erreicht? ja nein Datum _____

Wenn „Nein“, was hat den Patienten an der Zielführung gehindert? _____

Weitere Schritte: _____

Anlage 6 – Leitfaden für die Praxis

Inhalt

- Einschreibung in die besondere Versorgung (in 4 Schritten)
 - 1. Schritt: Geeignete Patienten identifizieren
 - 2. Schritt: Einschreibedokumente aushändigen, ausfüllen und weiterleiten
 - 3. Schritt: Elektronische Gesundheitskarte kennzeichnen
 - 4. Schritt: Leistungen abrechnen
- Interventionen
 - Zielvereinbarung
 - Überweisung zum Gesundheitskiosk
 - Praxis-Kampagne – 3 Fragen für Ihre Gesundheit
- Bestellschein

Einschreibung in die besondere Versorgung

1. Schritt: Geeignete Patienten identifizieren

Versichert bei Partner-Krankenkasse? Wohnhaft in PLZ-Bereich Kriterien erfüllt



22111
22115
22117
22119



Weitere **Partner-Krankenkassen** folgen

Patient über Angebot **informieren** und bei Interesse **einschreiben**



Einschreibung in die besondere Versorgung

2. Schritt: Einschreibedokumente aushändigen, ausfüllen und weiterleiten

Anamnesebogen



Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzeinwilligung



Erklärung zur Teilnahme und Datenschutzeinwilligung



Wir können nur **vollständige** Unterlagen vergüten (**25,00 EUR**)



Interventionen

Zielvereinbarung: Beispiele für **spezifische** Ziele aus Sicht des Patienten

-  **Bewegung**
„Ich möchte in den nächsten 6 Monaten 30 Minuten pro Tag spazieren gehen.“
-  **Diät**
„Ich möchte in 3 Monaten 3 kg abnehmen.“
-  **Rauchen**
„Ich werde in den nächsten 3 Monaten meinen Rauchkonsum von 18 auf 10 Zigaretten pro Tag reduzieren.“
-  **Stress**
„Ich möchte in den nächsten 6 Monaten 1 Mal/Woche einen Freund treffen.“



Ein Patient kann jährlich **zwei Termine** zur Zielvereinbarung wahrnehmen, die **vergütet** werden.

Interventionen

Überweisung zum Gesundheitskiosk: Optional bei höherem Beratungsbedarf

Überweisungsschein vollständig ausfüllen mit:

Frauenklinik, Kassenärztliche Name, Vorname des Besprechenden jg. am Hausarztregistrierung: versichert/nr. Status Berufsbezeichnung: Arzt/M. Datum Hinweise des behandelnden Arztes Diagnose: Beratungsgutachten / Fortschreibung des Vorgangs Antragsnummer:	Überweisung zur Präventionsberatung im Gesundheitskiosk <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Lebensstil <input type="checkbox"/> Suchtmittel <input type="checkbox"/> sonstige
---	---

- ✓ Diagnose/Verdachtsdiagnose
- ✓ Befunde/Medikation
- ✓ Auftrag an Gesundheitskiosk

Flyer zum Gesundheitskiosk aushändigen



* Flyer können Sie über das Bestellformular im Anhang nachbestellen

Interventionen

Praxis-Kampagne – 3 Fragen für Ihre Gesundheit

Die Kampagne...

- ✓ ist ein Programm zur **Aktivierung der Patienten**
- ✓ ermutigt Ihre Patienten, **3 Fragen zu stellen**, um für sich einen noch größeren Gewinn aus Arztbesuchen zu ziehen

Wie können MFAs und Ärzte unterstützen?

- ✓ MFA: Handzettel austeiln
- ✓ MFA: Patienten anregen, in der Visite 3 Fragen zu stellen
- ✓ Arzt: Am Ende der Visite wiederholt der Arzt die 3 Fragen



Die 3 Fragen

1. Was ist mein gesundheitliches Problem?
2. Was soll ich nun tun?
3. Warum ist das wichtig für mich?

Materialien

- ✓ Individualisierte Plakate mit Portrait des Praxis-Arzt/-Ärzteteams
- ✓ Handzettel in mehrere Sprachen mit Platz für eigene Notizen zu Fragen und Antworten
- ✓ Buttons mit „Fragen Sie mich gern!“

Tipps

- ✓ Langsam sprechen, einfache Sprache benutzen
- ✓ Nicht zu viele Infos geben
- ✓ Teach-Back: Patienten ermutigen, Anweisungen oder Informationen des Arztes mit eigenen Worten wiederzugeben



Bestellschein

Bitte gewünschte Anzahl eintragen

- Flyer (Leporello) Gesundheitskiosk Billstedt
- Flyer (Handzettel) Gesundheitskiosk Mümmelmannsberg

Einschreibung:

- Aufkleber Logo
- Anamnesebogen
- Informationen Teilnahme- und Datenschutzeinwilligung
- Erklärung zur Teilnahme und Datenschutzeinwilligung

Interventionen:

- Zielvereinbarung
- Überweisung zum Gesundheitskiosk
- Flyer Praxis-Kampagne – 3 Fragen für Ihre Gesundheit

Per Fax an Gesundheit für Billstedt/Horn
Fax-Nr.: 040/73 67 78 20

Postadresse Ihrer Praxis

Praxisstempel

Vertrag über die Teilnahme des Krankenhauses an der Besonderen Versorgung gemäß § 140 a SGB V in den Stadtteilen Billstedt und Horn (Leistungspartnervertrag)

zwischen

Gesundheit für Billstedt/Horn UG, Möllner Landstraße 31, 22111 Hamburg, vertreten durch den Geschäftsführer **Name, Vorname**

- im Folgenden GfBH genannt -

und **Leistungspartner, Anschrift**

- im Folgenden LP genannt -

Hamburg, **tt.mm.jjjj**

Präambel

Die Gesundheit für Billstedt/Horn UG hat mit der AOK Rheinland/Hamburg sowie weiteren Krankenkassen Verträge zur Regionalen Integrierten Vollversorgung (RIVV) bzw. Besonderen Versorgung gemäß § 140 a SGB V¹ für die Region Hamburg (PLZ 22111, 22119, 22115, 22117) geschlossen.

Zur Ausgestaltung und Umsetzung der Besonderen Versorgung schließt die Gesundheit für Billstedt/Horn (GfBH) mit zugelassenen Leistungserbringern Leistungspartnerverträge. Die Vertragsparteien streben eine Verzahnung der Versorgungsprozesse durch eine bessere Koordination der Behandlungsabläufe insgesamt sowie durch einen verbesserten und zeitnahen Informationsaustausch zwischen Leistungspartnern (LP) unter Einbeziehung des Patienten an. Darüber hinaus sollen die Kooperationsbeziehungen zwischen den LP z.B. durch fach- und sektorenübergreifende Arbeitsgruppen gestärkt werden. Des Weiteren beabsichtigt die Gesundheit für Billstedt/Horn UG die Einführung und Erprobung von optimierten Behandlungskonzepten zur besseren Information, zum besseren Training und zur optimierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen.

Die Kooperationspartner bekennen sich zu einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit im Sinne einer sektorenübergreifenden Kooperation. Durch eine intensiviertere und systematische kollegiale Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte, der Krankenhäuser, der Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten sowie den weiteren am Versorgungsprozess beteiligten LP sollen das Versorgungsmanagement und die Versorgungsstruktur weiter optimiert werden, damit ein vernetztes, patientenorientiertes Versorgungsangebot entsteht und die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit verbessert wird.

¹ Die Integrierte Versorgung (IV) nach § 140a SGB V wurde vom Gesetzgeber mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, am 23.07.2015, in Besondere Versorgung (BV) umbenannt. Beide Begriffe werden in diesem Vertrag und seinen Anlagen synonym verwandt.

Abschnitt: Struktur und Organisation der Besonderen Versorgung

§ 1 Ziel und Gegenstand der besonderen Versorgung

- (1) Ziel der besonderen Versorgungsverträge nach § 140 a SGB V zwischen Gesundheit für Billstedt/Horn und mehreren Krankenkassen ist die umfassende, wohnortnahe medizinische Versorgung der Versicherten. Die GfBH strebt daher an, ein möglichst breites Spektrum an Leistungspartnern zu vereinigen.
- (2) Die Leistungspartner der GfBH verpflichten sich, entsprechend § 140 a und § 12 SGB V zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten.
- (3) Die optimale Begleitung des Patienten der Partnerkrankenkassen durch die verschiedenen Stationen der medizinischen Versorgung soll dem Ziel dienen, langfristig den Gesundheitszustand jedes einzelnen und damit der Gesamtheit der Versicherten zu verbessern. Die dadurch freiwerdenden und zum Teil von den Krankenkassen an die GfBH erstatteten Ressourcen sollen sowohl der weiteren Verbesserung der Gesundheit und der medizinischen Versorgung in Billstedt-Horn, als auch dem Erfolg und der Leistungsfähigkeit der einzelnen Leistungserbringer zu Gute kommen.

§ 2 Mitbestimmungsgremien der besonderen Versorgung

- (1) Die GfBH hat verschiedene Gremien zur Umsetzung und zur Sicherung der Zielerreichung der besonderen Versorgung eingerichtet. Insbesondere sind dies:
 - Ärztlicher Sprecher und Ärztlicher Beirat
 - Generalversammlung der Partner von Gesundheit für Billstedt/Horn
- (2) Alle Leistungspartner der GfBH werden mind. einmal jährlich zu einer Generalversammlung der Partner von Gesundheit für Billstedt/Horn eingeladen. Aufgabe der Generalversammlung ist die kontinuierliche Steigerung der Leistungsqualität der Gesamtversorgung und der Versorgungssicherung quer über alle Sektoren des Gesundheitswesens in Billstedt-Horn. Das Management bereitet dazu die dafür notwendigen Informationen und Controllingdaten vor. Sie wird durch den Ärztlichen Sprecher geleitet.

§ 3 Geschäftsstelle

- (1) GfBH hat eine Geschäftsstelle eingerichtet, die als Auskunftsorgan dient und den Leistungspartnern Unterstützung bei der Steuerung der Patienten anbietet (z.B. personalisierte Gesundheitsangebote, Gesundheitskiosk, Vereinbarungen von Präventionsterminen, Qualitätszirkel, Schulungen, IT-Service etc.). Sie unterstützt ferner den Informationsaustausch quer über die Sektoren, engagiert sich mit den sozialen und sportlichen Einrichtungen und Organisationen für die Gesundheit der Bevölkerung und arbeitet zugunsten der oben erwähnten Ziele der GfBH.
- (2) Die Geschäftsstelle kann bzgl. der Datenauswertungen und bzgl. der Erfahrungen aus anderen Regionen darüber hinaus auf die Unterstützung von Mitarbeitern der OptiMedis AG und ihrer Partnernetze im In- und Ausland bauen. Mit ihnen ist ein „Open Source“ Austausch von Erfahrungen in Prävention, Patientenpfaden, Qualitätsmanagement und Informationstechnologie vereinbart.

§ 4 Eingeschriebene Versicherte

- (1) Versicherte können sich in die besondere Versorgung einschreiben. Damit erhalten sie besondere Rechte und Pflichten. Der Versicherte erklärt seine Einschreibung in die besondere Versorgung gegenüber seiner teilnehmenden Krankenkasse. Die Einschreibung des Versicherten erfolgt freiwillig und verändert die gesetzlichen Leistungsansprüche entsprechend SGB V nicht. Die Leistungspartner erhalten eine ausreichende Zahl von Einschreibeunterlagen, unterstützen und motivieren die zur Einschreibung passenden Patienten der teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Mit der Einschreibung wählt der Versicherte einen „Arzt des Vertrauens“. Der Versicherte kann nur Ärzte wählen, die ihrerseits über eine Leistungspartnervereinbarung mit der GfBH verfügen. Der eingeschriebene Versicherte verpflichtet sich, bei Nutzung eines anderen Arztes oder eines Krankenhauses dort den von ihm gewählten „Arzt des Vertrauens“ anzugeben, um damit einen adäquaten Informationsfluss sicher zu stellen.

Abschnitt: Leistungen im Rahmen der Besonderen Versorgung

§ 5 Gültigkeit der GfBH

- (1) Die Verträge zur Regionalen Integrierten Vollversorgung (RIVV) mit der AOK Rheinland Hamburg sowie weiteren Krankenkassen beziehen sich auf die eingeschlossenen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (Wohnsitz in den Stadtteilen Billstedt/Horn), und sollen durch die Ausstrahlungswirkung allen Versicherten der beteiligten Krankenkassen zugutekommen.

§ 6 Allgemeine Leistungspflichten des Leistungspartners

- (1) Der Leistungspartner wird den Leistungsanspruch des Versicherten nach §§ 2 und 11 bis 62 SGB V im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in dem Maße gewährleisten, in dem er nach dem SGB V verpflichtet ist.
- (2) Er wird die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen, medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die besondere Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts und die Verpflichtung nach §§ 135a und 137 SGB V zur internen und externen Qualitätssicherung erfüllen.
- (3) Die Behandlung der Patienten muss soweit wie möglich auf Basis von anerkannten EbM-basierten (evidence based medicine) Leitlinien erfolgen.
- (4) Der Leistungserbringer ist an die geltenden gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, insbesondere auch an die datenschutzrechtlichen Regelungen gebunden.

§ 7 Besondere Qualitätsverpflichtung

- (1) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für eine erfolgreiche integrierte Versorgung die berechtigten Bedürfnisse und Erwartungen der Versicherten erfüllt werden müssen. Gleichzeitig ist ihnen aber auch bewusst, dass es einer einheitlichen Kommunikation bezüglich der Patientenerwartungen bedarf, damit keine unberechtigten Erwartungen entstehen.
- (2) Die Leistungspartner verpflichten sich zugunsten der Versicherten zu folgenden Qualitätsstandards:
 - „A. Der Patient im Mittelpunkt - das Gespräch als wichtigstes Instrument des Arztes: Wir legen Wert auf Gespräche und Beratung. Dazu gehört auch die ausführliche Information über Nutzen und Risiken verschiedener Behandlungsmöglichkeiten einer Krankheit.
 - B. Partnerschaftliche Medizin - ein informierter Patient kann mitentscheiden: Unser Ziel ist es, gemeinsam mit dem Patienten die optimale Therapie zu finden. Der Patient entscheidet mit, welche Abklärungen und Behandlungen wir ausführen oder veranlassen sollen
 - C. Hochstehende medizinische Qualität - konsequente Qualitätssicherung: Wir nehmen regelmäßig an Qualitätssitzungen teil, in denen spezielle medizinische Fälle und neueste Behandlungsmaßnahmen diskutiert werden.“

§ 8 Patientenbeirat

- (1) Die GfBH strebt eine partnerschaftliche Rolle der Patienten im Gesundheitswesen an. Zur Interessenvertretung wählen die Mitglieder Patientenvertreter, die im Beirat „Gesundheit und Soziales“ der GfBH die Mitgliederinteressen vertreten. Dieser Beirat „Gesundheit und Soziales“ soll die Verbindung mit den sozialen Einrichtungen und Organisationen in den beiden Stadtteilen organisieren und deren Anregungen für Prävention und Gesundheitsförderung der GfBH weitergeben.

§ 9 Krankenhausbehandlung

- (1) Die Vertragspartner streben an, stationäre Einweisungen zu Gunsten einer guten ambulanten Versorgung zu verringern, stationäre Einweisungen aber dann vorzunehmen, wenn sie aus medizinischen Gründen einen größeren Gesundheitsnutzen für den Patienten gegenüber einer rein ambulanten Behandlung versprechen. (Prinzip: „Richtige“ Behandlung am „richtigen“ Ort).
- (2) Soweit es medizinisch sinnvoll und qualitativ möglich ist, streben die Vertragspartner an, die Versicherten in kooperierenden Krankenhäusern (Krankenhäuser mit Leistungspartnervertrag) zu behandeln. Aufgrund der Datenverknüpfung und der aufgebauten Kooperation wird dies für den Patienten in einem Großteil der Fälle die beste Wahl darstellen. Für den Fall, dass es medizinisch-qualitative oder andere Gründe gibt, die eine Versorgung in einem anderen Klinikum erfordern, können die Patienten allerdings immer auch in andere Kliniken eingewiesen werden. Der Patientenwunsch ist zu berücksichtigen.

§ 10 Gemeinsame Nutzung von Gerätschaften und Einrichtungen

- (1) Die Vertragspartner streben eine Intensivierung der gemeinsamen Nutzung von Einrichtungen des Krankenhauses, insbesondere zur Durchführung ambulanter Operationen, durch niedergelassene Leistungspartner an.

§ 11 Ambulante Operationen

- (1) Soweit eine ambulante Operation unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte die erste Wahl für einen Versicherten ist, sollte diese angestrebt werden. Die GfBH entwickelt dazu eine Liste von Diagnosen und Ärzten, die diese erbringen können.
- (2) Für die Prämedikation und Nachbehandlung nach ambulantem Operieren im Krankenhaus können gesonderte Vereinbarungen getroffen werden.
- (3) Die Details zur Erbringung von zusätzlichen ambulanten Operationen durch Leistungspartner werden ggf. in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 12 Aufnahmemanagement und Fallbesprechungskonferenz

- (1) Zur Unterstützung der stationären Diagnostik und Therapie, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer stellt der Arzt des Vertrauens dem Arzt im Krankenhaus unter Verwendung des Patientenbegleitbriefes alle für die stationäre Behandlung bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie, Einnahmenvorschriften (Medikation) sowie aktuellen Arbeitsdiagnosen zusammen mit der Verordnung der Krankenhauspflege zur Verfügung.

- (2) Nach einer nicht geplanten stationären Aufnahme (Selbsteinweisung des Patienten bzw. über Rettungsdienst) erfolgt mit Einverständnis des Patienten unverzüglich eine Benachrichtigung des Arztes des Vertrauens einschließlich der Bekanntgabe der Diagnose durch das Krankenhaus - spätestens am Morgen des auf den Aufnahmetag folgenden Arbeitstags (Mo-Fr). Mit der Benachrichtigung erfolgt eine konsiliarische Abstimmung zwischen Krankenhausarzt und Arzt des Vertrauens über das Behandlungsziel sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Sollte der Patient keinen Arzt des Vertrauens gewählt haben, wird der vom Patienten benannte Vertragsarzt informiert.

§ 13 Entlassungsmanagement

- (1) Das Krankenhaus stellt sicher, dass der behandelnde Krankenhausarzt die weiterbehandelnden Ärzte zum frühestmöglichen Zeitpunkt über die beabsichtigte Entlassung des Patienten aus der stationären Krankenhausbehandlung unterrichtet, um eine ausreichende Vorbereitungszeit für das anschließende Versorgungsmanagement zu gewährleisten. Dazu kooperiert das Entlassmanagement des LP-Krankenhauses mit dem Gesundheitskiosk der Gesundheit für Billstedt/Horn UG
- (2) Der Hausarzt – in der Regel der „Arzt des Vertrauens“ – und der weiterbehandelnde Arzt erhält bei der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus am Morgen der Entlassung einen vorläufigen Kurz-Arztbrief. Eine elektronische Lösung zur schnellen Übersendung des Kurz-Arztbriefes wird angestrebt. Aus dem vorläufigen Entlassungsbericht geht die Diagnose, der Entlassungsgrund, Therapieangaben mit Information über den Wirkstoffnamen und die gewählte Dosierung der im Krankenhaus gewählten Dosierungsform der Arzneimittel, soweit erforderlich den Namen des Medikamentes sowie die benötigten Hilfsmittel, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervor. Eine datenschutzkonforme elektronische Übertragung der Daten muss gemäß dem Datenschutzkonzept von GfBH gewährleistet werden. Im Anschluss daran erhält der Arzt des Vertrauens und der weiterbehandelnde Arzt i.d.R. innerhalb von 7 Kalendertagen einen abschließenden ärztlichen Entlassungsbericht.
- (3) Langfristig ist – im Sinne einer vertiefenden Kooperation - erhält nach jedem Krankenhausaufenthalt eines eingeschlossenen, aber nicht-ingeschriebenen Patienten, die GfBH über Datenträgere Austausch eine anonymisierte Kopie des § 301-Abrechnungsdatensatzes, der an die Krankenkasse geht.. Das Krankenhaus ist für die Anonymisierung der Daten verantwortlich. Zusätzlich erhält die GfBH - nach jedem Krankenhausaufenthalt eines eingeschriebenen Patienten - eine personalisierte Kopie des Abrechnungsdatensatzes, der an die Krankenkasse geht, soweit der Patient die Datenschutz-Einwilligungserklärung unterschrieben hat.

§ 14 Arzneimittelversorgung

- (1) Soweit rechtlich möglich soll eine Versorgung der eingeschriebenen Versicherten mit Arzneimitteln aus der Krankenhausapotheke erfolgen. Die Rahmenbedingungen und Konditionen regeln die Vereinbarungspartner in einer gesonderten Vereinbarung.

- (2) Das Krankenhaus wird alle Entlassungsmedikationen produktneutral vornehmen. Bei der Entlassung erhält der Patient die erforderlichen Arzneimittel zur Sicherung seiner Pharmakotherapie vom Krankenhaus ausgehändigt entsprechend den gesetzlichen Regelungen.
- (3) Das Krankenhaus lädt regelmäßig einen Vertreter von GfBH zur aktiven Teilnahme an den internen Arzneimittelkommissionssitzungen des Krankenhauses ein.
- (4) Soweit über die Arzneimittelversorgung in einem Fachbereich, für den das Krankenhaus über eine Hauptabteilung verfügt, beraten wird, können Vertreter der Fachabteilung auch an den Qualitätszirkelsitzungen der Leistungspartner Ärzte (niedergelassene Ärzte) teilnehmen.
- (5) Das Krankenhaus entsendet eine fachkundige Person in die Arzneimittelkommission von GfBH und unterstützt deren Arbeit durch regelmäßige Informationen und Warnhinweise.

§ 15 Qualitätsmanagement

- (1) Zur Erörterung von Fragen sowohl in Bezug zur medizinischen und therapeutischen Versorgung werden fachübergreifende Qualitätszirkel durch die GfBH eingerichtet, zu denen auch Ärzte des Krankenhauses eingeladen werden.
- (2) In den halbjährig stattfinden Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen vereinbaren die Vertragspartner bestimmte Verfahren und Qualitätsziele für die Optimierung der Versorgung der eingeschriebenen Versicherten.

§ 16 Datenübermittlung und Kommunikation

- (1) Eine ganze Reihe von Gründen legen es nahe, dass zwischen den Leistungspartnern untereinander und der GfBH eine elektronische Datenübermittlung möglich gemacht wird:
 - Haus-, Fach und Krankenhausärzte, die gemeinsam einen Patienten behandeln, sollten ohne zusätzlichen Organisations- und Zeitaufwand über eine gemeinsame zentrale elektronische Patientenakte sehen können, welches Therapieziel verfolgt wird, welche Befunde schon erhoben wurden und welche Anamnese und Medikamentenhistorie vorhanden ist.
 - Durch die Intensivierung der ärztlichen Kommunikation in der ambulanten und stationären Versorgung und der Nutzung moderner Kommunikationsmedien sollen unwirtschaftliche diagnostische und therapeutische Leistungen vermieden und der Patient auf der seiner Krankheit entsprechenden Versorgungsebene behandelt werden. Gleichzeitig sollen unwirtschaftliche Porto- und Druckkosten nach Möglichkeit eingespart werden.
 - Die Abrechnung zwischen Praxen und GfBH soll unter Vermeidung von zusätzlichen bürokratischen Aufwänden so einfach wie nur irgend möglich gemacht werden. Eine händische Erfassung soll deshalb schnellstmöglich durch einfache elektronische Erfassung ersetzt werden.
 - Die endgültige Abrechnung eines Jahres zwischen GfBH und AOK und weiteren Krankenkassen ist erst mit mehreren Monaten Zeitverzug möglich, da die KV-Daten und eine Reihe weiterer Daten bei den KK auch erst mit mehrmonatiger Verzögerung ankommen. Damit die GfBH

- in dieser Zeit nicht „im Nebel“ fährt, ist ein engmaschiges monatliches Controlling von Leistungs-, Abrechnungs- und Verwaltungsdaten erforderlich.
- Damit die „Ärzte des Vertrauens“ ihrer Koordinationsaufgabe für die Versorgung ihrer eingeschriebener Versicherte nachkommen können, sollten sie nach Leistungserbringung durch Dritte so kurzfristig wie möglich eine Information bekommen – um bei Problemfällen rechtzeitig intervenieren zu können.
- (2) Zur Erfüllung der in (1) genannten Anforderungen strebt die GfBH an, eine elektronische Vernetzung gemeinsam mit den Leistungspartnern aufzubauen. Dabei sollte soweit wie möglich auf die Daten aus den schon etablierten Dokumentationssystemen zurückgegriffen werden. Das Krankenhaus bindet sich bei der Implementierung dieser Kommunikationsstrukturen ein und verpflichtet sich, die notwendigen Schnittstellen der EDV-Infrastruktur zur Einbindung in die Informationsvernetzung zu schaffen, soweit dies mit einem angemessenen Aufwand möglich ist. Das Nähere, einschließlich der Kosten und der jeweils zu tragenden Aufwände, regeln die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung.
- (3) Die Dokumentation der Prozess- und Ergebnisqualität auf der Basis der in den Qualitätszirkeln adaptierten Empfehlungen und Leitlinien ist auch ein wesentliches Instrument des Qualitätsmanagements.

§ 17 Internetauftritt

- (1) GfBH unterhält einen Internetauftritt. Unter anderem werden dort auch alle Leistungspartner der besonderen Versorgung veröffentlicht. Der Leistungspartner übermittelt GfBH bei Änderungen folgender Daten umgehend eine Information darüber: Bezeichnung des Leistungspartners, Anschrift, Öffnungszeiten, Qualifikationen und besondere Leistungen, Internet- und E-Mail-Adresse, sowie Telefonnummer.
- (2) Sollten beteiligte Krankenkassen ebenso ein Verzeichnis der an der besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer führen, stellt der Leistungspartner auch diesen Krankenkassen die benötigten Daten zur Veröffentlichung zur Verfügung.
- (3) Der Leistungspartner verlinkt von der Start- bzw. einer Partnerseite auf die Website von GfBH. Umgekehrt verlinkt GfBH auf die Seite des Leistungspartners.

Abschnitt: Zusammenwirken der Leistungspartner und der GfBH

§ 18 Beziehungen der Leistungspartner untereinander / Haftung

- (1) Der gemeinsame Erfolg steht und fällt mit der Bevorzugung der Gesamtinteressen der Gemeinschaft gegenüber individuellen Einzelinteressen.
- (2) Die Leistungspartner leben untereinander eine konstruktive Kritik und informieren sich gegenseitig über Fehler und Verbesserungsmöglichkeiten.

- (3) In Besonderen Versorgungsmodellen kann eine gesamtschuldnerische Haftung aller Leistungserbringer und der GfBH entstehen. Hierdurch könnte eine Haftung für fremde Leistungen ausgelöst werden. Um dieses Risiko zu begrenzen, verpflichten sich die Vertragspartner wie folgt:
- Jeder einzelne Vertragspartner übernimmt die volle Haftung für seine eigenen Leistungen.
 - Die einzelnen Vertragspartner und die Leistungspartner untereinander haften nicht für Leistungen des jeweils anderen Vertragspartners bzw. Leistungspartners.
 - Jeder Leistungspartner stellt jeden anderen Leistungspartner oder die GfBH, die für seine Leistungen haftbar gemacht wird, vollständig von allen Haftungsansprüchen frei.
 - Jeder Leistungserbringer verpflichtet sich zu einer ausreichenden Haftpflichtdeckung hinsichtlich der Leistungen der besonderen Versorgung.

§ 19 Logo der GfBH

- (1) Der Leistungspartner wird das Logo der GfBH in seinen Räumen sichtbar aushängen und verweist damit auf seinen Leistungsvertrag mit der GfBH. Er ist berechtigt öffentlich mit dem Logo der GfBH auf die Leistungspartnerschaft hin zu weisen.

§ 20 Steuerpflicht

- (1) Die Steuerpflicht für Zahlungen der GfBH an den Leistungspartner liegt beim Leistungspartner.

Abschnitt: Durchführung der Vereinbarung

§ 21 Öffentlichkeit der Verträge / Öffentliche Äußerungen

- (1) Die Vereinbarungen zwischen Leistungspartnern und GfBH sind nicht öffentlich. Eine Ausnahme gilt für diejenigen, die für Leistungspartner als Dritte tätig sind (z.B. Rechtsanwälte, Steuerberater etc.) und beruflich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Sofern Dritte sich nach diesen Verträgen erkundigen, verweisen die Leistungspartner an die GfBH. Die GfBH wird in diesen Fällen diese Dritten über die Grundzüge der Vertragsbeziehungen informieren oder auch ggfls. eine Einsichtnahme in die Verträge anbieten.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich zur Unterlassung von öffentlichen Äußerungen, die das Ansehen der über IV-Verträge in Partnerschaft befindlichen Krankenkassen, der GfBH, der Leistungspartner und etwaiger weiterer Vertragspartner herabsetzen und im Ansehen schädigen können.

§ 22 Vertraulichkeit und Datenschutz

- (1) Die GfBH und die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich, bei Erhebung, Erarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die ärztliche Schweigepflicht für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu beachten. Die GfBH verpflichtet dafür einen eigenen Datenschutzbeauftragten.
- (2) Die Vertragsparteien sind wechselseitig verpflichtet, über sämtliche schutzbedürftige Tatsachen, Vorgänge, Informationen, Materialien und sonstige Gegenstände aus dem Geschäftsbereich des Vertragspartners, die ihnen und ihren Mitarbeitern im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit für das vertragsgegenständliche Projekt bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren und Informationen über sämtliche Vorgänge vertraulich zu behandeln und nicht für sich selbst zu verwerten und / oder an Dritte weiterzugeben.
- (3) Die Verpflichtung der Vertragsparteien, ihrer Mitarbeiter sowie Beauftragter oder in anderer Weise eingeschalteter Dritter zur Geheimhaltung gemäß Abs. 2 und zur Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach den vorstehenden Bestimmungen, besteht auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses.
- (4) Der Leistungspartner entbindet die über IV-Verträge beteiligten Krankenkassen bzgl. der übermittelten Daten von der Vertraulichkeit gegenüber GfBH. Der Leistungspartner ist darüber informiert und damit einverstanden, dass die GfBH deren IK-Nr. offen erhalten soll und diese Angaben nutzen wird, um
 - mögliche Veränderungen der stationären und ambulanten Leistungen und Verordnungen zu diskutieren,
 - Entwicklungen und Veränderungen der Morbidität der Versicherten zu evaluieren, evtl. gezielte Interventionsstrategien zu entwickeln,
 - insgesamt die Umsetzung des Vertrags zur RIVV zwischen der Gesundheit für Billstedt/Horn UG und den beteiligten Krankenkassen zu unterstützen.

§ 23 Vertragsdauer und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von beiden Vertragsparteien mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Sofern eine Vertragspartei eine Kündigung erwägt, informiert sie die andere Vertragspartei vor einer Kündigung darüber und bespricht mit ihr die Gründe für die beabsichtigte Kündigung.
- (3) Sofern die Verträge zwischen GfBH und einzelnen oder allen Krankenkassen enden, endet auch diese Vereinbarung zwischen GfBH und Leistungspartner automatisch zum gleichen Zeitpunkt für die jeweiligen Versicherten der betreffenden einzelnen Krankenkasse bzw. vollständig. Die GfBH informiert den Leistungspartner unverzüglich darüber, wenn Vereinbarungen beendet sind.

- (4) Mit Wegfall einer Teilnahmevoraussetzung endet dieser Leistungspartnervertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Der Leistungspartner teilt den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen unverzüglich mit.
- (5) Das Vertragsverhältnis kann von beiden Seiten ohne Einhaltung einer Frist außerordentlich gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund hierfür vorliegt. Ein wichtiger Grund liegt z.B. vor, wenn eine Vertragspartei die ihr vertraglich obliegenden Leistungen nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt. Vor der außerordentlichen Kündigung gegenüber einem Leistungserbringer ist diesem Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 24 Schriftform, Anpassungsregelung und salvatorische Klausel

- (1) Änderungen, Kündigungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (2) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (3) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Geschäftsführer Gesundheit für Billstedt/Horn UG

Vor- und Nachname

Bitte teilen Sie uns noch folgende Daten mit, damit wir unsere Unterlagen vervollständigen können:

Kontaktdaten

Telefon Krankenhaus: _____

ggfls. Tel. Nr. außerhalb der Praxiszeiten: _____

Fax-Nr. Krankenhaus: _____

E-Mail: _____

Institutskennzeichen: _____

IBAN: _____

Bank: _____

Steuernummer: _____

Kontaktdaten verantwortlicher Ansprechpartner Krankenhaus)

Name: _____

Funktion: _____

Telefonnummer / Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Institutskennzeichen): _____

Vertrag über die Teilnahme der
Pflegeeinrichtungen und der
ambulanten Dienste an der
Besonderen Versorgung gemäß § 140
SGB V in den Stadtteilen Billstedt und
Horn
(Qualitäts- und
Leistungspartnervertrag)

zwischen

Gesundheit für Billstedt/Horn UG, Möllner Landstraße 31, 22111 Hamburg
vertreten durch den Geschäftsführer **Name, Vorname**
im Folgenden GfBH genannt

und der Pflegeeinrichtung:

Name Anschrift

vertreten durch den

Hamburg
im Folgenden Leistungspartner – LP genannt

Hamburg, **tt.mm.jjjj**

Präambel

Die Gesundheit für Billstedt/Horn UG hat mit der AOK Rheinland/Hamburg, DAK Gesundheit, Barmer, Mobile Krankenkasse und TK Verträge zur Besonderen Versorgung gemäß § 140 a SGB V für die Region Hamburg (PLZ 22111, 22119, 22115, 22117) geschlossen.

Zur Ausgestaltung und Umsetzung der Besonderen Versorgung schließt die Gesundheit für Billstedt/Horn mit zugelassenen LP Leistungspartnerverträge. Die Vertragsparteien streben eine Verzahnung der Versorgungsprozesse durch eine bessere Koordination der Behandlungsabläufe insgesamt sowie durch einen verbesserten und zeitnahen Informationsaustausch zwischen LP unter Einbeziehung des Patienten an. Darüber hinaus sollen die Kooperationsbeziehungen zwischen den LP z.B. durch fach- und sektorenübergreifende Arbeitsgruppen gestärkt werden. Des Weiteren beabsichtigt die Gesundheit für Billstedt/Horn UG die Einführung und Erprobung von optimierten Behandlungskonzepten zur besseren Information, zum besseren Training und zur optimierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Wesentliches Augenmerk wird dabei auf die verbesserte Beteiligung des Patienten am Entscheidungsprozess gelegt.

Eine stärkere Patienten- bzw. Versichertenorientierung und Einbeziehung soll die Bedürfnisse des Patienten z.B. nach stärkerer Information und Beratung und nach Einbeziehung in die Therapieentscheidungen erfüllen und die Patientensouveränität stärken. Gleichzeitig soll eine attraktive Zusatzoption für Versicherte eröffnet werden, die mehr Versorgungssicherheit kombiniert mit einem höheren Maß an professioneller Steuerung suchen.

Die Kooperationspartner bekennen sich zu einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit im Sinne einer sektorenübergreifenden Kooperation. Durch eine intensiviertere und systematische kollegiale Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte, der Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten sowie den weiteren am Versorgungsprozess beteiligten LP sollen das Versorgungsmanagement und die Versorgungsstruktur weiter optimiert werden, damit ein integriertes, patientenorientiertes Versorgungsangebot entsteht und die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit verbessert wird.

1. Abschnitt: Struktur und Organisation der Besonderen Versorgung

§ 1 Ziel und Gegenstand der Besonderen Versorgung

- (1) Durch eine intensivere, sektorenübergreifende Kooperation zwischen den derzeitigen und möglichen weiteren LP wie Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Ambulanten Pflegediensten, dem Rettungsdienst, Physio-, Ergo-, und Logotherapeuten, Apotheken sowie Sanitätshäusern, sollen die einzelnen Versorgungsabläufe im ambulanten und stationären Bereich zu einer multidisziplinären Versorgungskette im Rahmen der GfBH zusammengefasst werden. Ziel der Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und Ambulanten Pflegediensten ist es:
- die medizinische und pflegerische Betreuung und Versorgung der geriatrischen Klienten durch die bessere Kooperation sowie gemeinsame Schulungen, Fort- und Weiterbildungen zu optimieren
 - die Kommunikation beteiligten Berufsgruppen sowie – soweit möglich – durch die Nutzung moderner Kommunikationsmedien zu optimieren
 - die Krankenseinweisungen/ -aufenthalte zu minimieren sowie evtl. Verlegungen so zu organisieren, dass die Gesunderhaltung bzw. Wiederherstellung und der Aufwand an Transport-, Kranken- und Rettungsdienstfahrten möglichst vermindert wird
 - die Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelversorgung hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit zu optimieren

[1] Soweit in diesem Vertrag vom Leistungserbringer, Versicherten, Patienten, etc. gesprochen wird, steht die jeweilige Formulierung auch für die weibliche Form. Auf die Aufnahme dieser Formulierung in den Text ist aus Gründen der Lesbarkeit dieser Bestimmungen verzichtet worden

§ 2 Mitbestimmungsrechte der Besonderen Versorgung

- (1) Die GfBH hat verschiedene Gremien zur Umsetzung und zur Sicherung der Zielerreichung der Besonderen Versorgung eingerichtet. Insbesondere sind dies:
 - Ärztlicher Sprecher und Ärztlicher Beirat
 - Pflegeheime Leistungspartnerklausur
 - Generalversammlung Billstedt/Horn
- (2) Die GfBH organisiert jährlich eine Leistungspartnerklausur der Pflegeeinrichtungen. Die Zusammenkunft aller Einrichtungen dient zum Austausch untereinander sowie mit den Mitarbeitern der Geschäftsstelle und zur inhaltlichen Weiterentwicklung in Prävention, Versorgungssicherung und Optimierung. Diese dient insbesondere der kontinuierlichen Steigerung und Vereinheitlichung der Leistungsqualität.
- (3) Die GfBH richtet ein sektorenübergreifendes Gremium – Generalversammlung Billstedt/Horn - zur Umsetzung und zur Sicherung der Zielerreichung der Besonderen Versorgung ein.
- (4) Die Leistungspartner der GfBH - quer über alle Professionen im Gesundheitswesen - werden mind. einmal jährlich zu einer Generalversammlung eingeladen. Aufgabe der Generalversammlung ist die kontinuierliche Steigerung der Leistungsqualität der Gesamtversorgung und der Versorgungssicherung quer über alle Sektoren des Gesundheitswesens in Billstedt-Horn. Das Management bereitet dazu die dafür notwendigen Informationen und Controllingdaten vor.

§ 3 Geschäftsstelle

GfBH hat eine Geschäftsstelle eingerichtet, die als Auskunftsorgan dient und dem LP Unterstützung bei der Steuerung des Patienten anbietet, um damit eine sektorenübergreifende Vernetzung und Koordination des ambulanten und stationären Bereiches, einschließlich komplementärer Dienste zu unterstützen.

§ 4 Eingeschriebene Versicherte

- (1) Versicherte können sich in die integrierte Versorgung einschreiben. Damit erhalten sie besondere Rechte und Pflichten. Der Versicherte erklärt seine Einschreibung in die integrierte Versorgung gegenüber seiner teilnehmenden Krankenkasse. Die Einschreibung des Versicherten erfolgt freiwillig und verändert die gesetzlichen Leistungsansprüche entsprechend SGB V nicht. Die LP erhalten eine ausreichende Zahl von Einschreibeunterlagen unterstützen und motivieren die zur Einschreibung passenden Patienten der teilnehmenden Krankenkassen mit dem Wohnort in Hamburg (PLZ 22111, 22119, 22115, 22117). Soweit nicht schon geschehen, wird dabei auch der Krankenkasse die korrekte Adresse des Versicherten in der LP mitgeteilt, damit die Krankenkasse gegebenenfalls ältere gespeicherte Adressen korrigieren kann.

- (2) Mit der Einschreibung wählt der Versicherte aus dem Kreis der niedergelassenen Ärzte einen „Arzt des Vertrauens“. Der Versicherte kann nur Ärzte wählen, die ihrerseits über eine Leistungspartnervereinbarung mit der GfBH verfügen. Der eingeschriebene Versicherte verpflichtet sich, bei Nutzung eines anderen Arztes oder eines Krankenhauses dort den von ihm gewählten „Arzt des Vertrauens“ anzugeben, um damit einen adäquaten Informationsfluss sicher zu stellen. Sofern der Versicherte dazu nicht fähig ist, übernimmt die Pflegeeinrichtung diese Informationsaufgabe.
- (3) Die Einschreibung ist Voraussetzung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung und den entsprechenden Programmen.
- (4) Bei Unzufriedenheit des Bewohners mit seinem „Arzt des Vertrauens“ kann er oder der rechtliche Betreuer durch Ausfüllen einer neuen Erklärung des Patienten über seinen „Arzt des Vertrauens“ seinen „Arzt des Vertrauens“ zum Ende des folgenden Quartals wechseln.

§ 5 Gültigkeit der GfBH

- (1) Die IV-Verträge mit der AOK Rheinland Hamburg sowie weiteren Krankenkassen beziehen sich auf alle Versicherten der jeweiligen Krankenkassen mit dem Wohnsitz in den Stadtteilen Billstedt/Horn. Die im Folgenden beschriebenen zusätzlichen Leistungen und zusätzlichen Vergütungen kommen allerdings nur bei den Versicherten der Leistungspartner zugute, die ihre Bereitschaft zur Mitarbeit durch die Einschreibung in den IV-Vertrag unterzeichnen.

2. Abschnitt: Leistungen Im Rahmen der Besonderen Versorgung

§ 6 Leistungen der Gesundheit für Billstedt/Horn UG

- (1) Die Leistungen der Gesundheit für Billstedt/Horn UG in den nächsten Jahren beinhalten:
 1. Bestandsanalyse (Probleme, Herausforderungen, Schwierigkeiten mit anderen Schnittstellen) sowie Erstellung und Umsetzung von Behandlungspfaden, Notfallplänen (Leitfaden).
 2. Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Kommunikation stärken, durch die regelmäßige Organisation von Fallbesprechungen, Qualitätszirkel (u.a. Versorgung chronischer Wunden, Pharmakotherapie für geriatrische Patienten für die ärztlichen Leistungspartner etc.).
 3. Organisation besserer Erreichbarkeit der ärztlichen Leistungspartner, durch die Einführung von regelmäßigen Visiten und Rufbereitschaft
 4. Unterstützung der Pflegedienste bei der Verbesserung der internen Prozesse und der Nutzung bzw. Erweiterung bereits vorhandener Ressourcen, durch regelmäßige Pflegevisiten, Einarbeitungskonzept, Umsetzung von Expertenstandards, Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, Dokumentation
 5. Organisation von Schulungen für das Pflegepersonal durch ärztliche Leistungspartner und Apotheker, u.a. zu folgenden Themen: optimiertes Versorgungsmanagement bestimmter Krankheitsbilder, Medikamentenlehre, Delegation von ärztlichen Tätigkeiten, Wundmanagement, Bewegung, Ernährung, Umgang in Notfallsituationen.

§ 7 Leistungen der Leistungspartner - Pflege

- (1) Die Leistungen der teilnehmenden LP Pflege in dieser Besonderen Versorgung beinhalten insbesondere:
 1. Mitwirkung beim Aufbau einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Kooperation zwischen allen teilnehmenden Vertragspartnern durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle der GfBH,
 2. Unterstützung beim Aufbau einer Schnittstelle für eine gemeinsame standardisierte ärztliche und pflegerische Dokumentationsbasis per EDV
 3. Teilnahme an den regelmäßigen Visiten der Haus- und Fachärzte in den Einrichtungen
 4. Teilnahme an Fortbildungen für Pflegekräfte sowie präventiv/prophylaktischer Schulungen und Weiterbildungsangeboten zu geriatrischen Krankheitsbildern und pflegerelevanten Themen wie Expertenstandards, Gerontopsychiatrie, Palliativpflege, Wundmanagement
 5. Unterstützung bei der Erstellung und Umsetzung sektorenübergreifender Behandlungspfade
 6. Teilnahme an den Fallbesprechungen und Qualitätszirkeln
 7. Umsetzung der Expertenstandards Entlassungsmanagement, Förderung der Harninkontinenz in der Pflege, Schmerzmanagement, Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Mangelernährung, Pflege bei chronischen Wunden, Erhaltung und Förderung der Mobilität
 8. Unterstützung bei der Aufklärung und Beratung der Versicherten der beteiligten Krankenkassen über die Integrierte Versorgung und bei der Einholung der Teilnahmeerklärung / Einschreibung sowie Weiterleitung dieser an die Geschäftsstelle der GfBH,

§ 8 Vergütung der Leistungen / Rechte der Leistungspartner-Pflege

- (1) Die Vergütung für die vertragsgemäße Leistungserbringung ist grundsätzlich durch die Vergütung der Pflegeleistungen auf Basis der allgemeinen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen abgegolten.
- (2) Der teilnehmende LP-Pflege kann aus der nach § 140 a SGB V gemeinsamen mit den teilnehmenden Ärzten und dem Pflegepartner zu entwickelnder Dokumentation die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde abrufen, wenn der Versicherte seine Einwilligung zu dieser Besonderen Versorgung erteilt hat und die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll.
- (4) Der LP-Pflege hat das Recht, bei der Akquisition und im Marketing gegenüber Klienten, Angehörigen und Öffentlichkeit darauf hinzuweisen, dass sie den Qualitätskriterien der Gesundheit für Billstedt/Horn UG entsprechen und LP sind. Er kann sich darauf berufen, dass mit diesem Modell den Klienten ein besser aufeinander abgestimmtes Gesundheitsmanagement zwischen Ärzten, Pflege, Patienten und Angehörigen angeboten wird, das die Versorgung in optimierter Form sicherstellt und die Qualität der Versorgung der Klienten erhöht.
- (5) Der Ambulante Dienst bzw. die Pflegeeinrichtung sind bevorzugter Partner der GfBH bei etwaigen weiteren Optimierungen der Versorgung.

§ 9 Behandlungspfad

- (1) Für einzelne Krankheitsbilder und Indikationen werden die Vertragspartner im Rahmen der Besonderen Versorgung im Laufe der nächsten Quartale ambulant, stationär und rehabilitationsübergreifende Behandlungspfade entwickeln. Im Sinne des Gesundheitsmanagements geht es darum, eine Optimierung von Informationen, Betreuung und Versorgung der Versicherten zu erreichen mit dem Ziel, dass aufwändige (und damit sehr teure und oft auch invasive) stationäre Behandlungen durch Frühintervention vermieden werden.
- (2) GfBH adaptiert und vereinbart allmählich über die nächsten Jahre hinweg mit dem LP-Pflege auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen (evidence based medicine/ evidence based Nursing) beruhende geeignete Leitlinien und Empfehlungen zur Pflege und Betreuung.
- (3) Mit den Behandlungspfaden werden verbindliche Vereinbarungen zur Sicherung der Lebens- und Pflegequalität getroffen. Neben den Expertenstandards ist an weitere insbesondere präventive und prophylaktische Maßnahmen gedacht.
- (4) Im Rahmen von Qualitätskonferenzen / Fallkonferenzen werden mit den beteiligten LP des GfBH entsprechende Pfade individuelle für die Einrichtung erarbeitet und verbindlich umgesetzt.

§ 10 Kommunikation

- (1) Die Vertragspartner beabsichtigen die Nutzung moderner Kommunikationsmedien zur Intensivierung der ärztlichen Kommunikation und der Informationsvernetzung zwischen den Leistungserbringern. Durch die Intensivierung der ärztlichen Kommunikation in der ambulanten und stationären Versorgung und der Nutzung moderner Kommunikationsmedien sollen unwirtschaftliche diagnostische und therapeutische Leistungen vermieden und der Patient auf der seiner Krankheit entsprechenden Versorgungsebene behandelt werden.
- (2) Zur Verbesserung der Informationsflüsse und Erhöhung der Transparenz der Versorgung strebt GfBH ein einheitliches Kommunikations-, Dokumentations- und Auswertungssystem - soweit möglich EDV-gestützt - an. GfBH bietet dem LP-Pflege an, diesen bei der Implementierung dieser Kommunikationsstrukturen einzubinden. Der Ambulante Dienst bzw. die Pflegeeinrichtung ist gebeten, hieran mitzuarbeiten, soweit dies mit einem angemessenen Aufwand möglich ist.
- (3) Die Informationsvernetzung hat folgende Ziele:
 - Koordination und Beschleunigung der Informationsflüsse zwischen den Leistungserbringern
 - Bereitstellung anonymisierter Daten für eine Evaluierung und Disease-Management
 - Archivierung der medizinisch und pflegerisch relevanten Daten mit verbessertem Zugriff auf diese für berechnigte Ärzte, Kliniken, Ambulante Dienste und Pflegeeinrichtungen
 - Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle
 - Bereitstellung von Behandlungs- und Pflegeleitlinien und standardisierter Dokumentationen zur Umsetzung von Behandlungsleitlinien/ Bewohnerpfaden für ausgewählte Indikationen
 - Bereitstellung aktueller Informationen (insbesondere über Dienstbereitschaften, besondere Leistungsmerkmale und Schwerpunkte der GfBH-LP)

§ 11 Fortbildung

- (1) Für LP ist eine kontinuierliche Fortbildung, wie sie zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist, selbstverständlich. Der LP arbeitet nach dem aktuellen Stand des Wissens.
- (2) Für Pflegekräfte werden regelmäßig (mind. 1x im Quartal) Fortbildungsthemen zu geriatrischen Krankheitsbildern und pflegerelevanten Themen wie Expertenstandards, Gerontopsychiatrie, Palliativpflege, etc. angeboten

§ 12 Patientenrechte

- (1) Die Generalversammlung Billstedt/Horn hat sich auf besondere Patientenrechte im Rahmen der Besonderen Versorgung verständigt. Die Erklärung der Patientenrechte ist als Anlage 2 Gegenstand dieser Vereinbarung.

§ 13 Beziehungen der Leistungspartner untereinander

- (1) Zum Erfolg der GfBH stehen die Gesamtinteressen der Gemeinschaft an einer qualitativ und menschenwürdigen Behandlung der Patienten und nicht Einzelinteressen der jeweiligen LP im Vordergrund.
- (2) Die LP leben untereinander eine konstruktive Kultur gegenseitiger Unterstützung und informieren sich gegenseitig über evtl. Schwächen und Verbesserungsmöglichkeiten.
- (3) Die LP sind gleichberechtigt und werden bei gleicher Qualifikation von der GfBH gleichbehandelt.
- (4) In Besonderen Versorgungsmodellen kann eine gesamtschuldnerische Haftung aller LP und der GfBH entstehen. Hieraus könnte eine Haftung für fremde Leistungen ausgelöst werden. Um dieses Risiko größtmöglich zu begrenzen, verpflichten die Vertragspartner wie folgt:
 - Jeder einzelne Vertragspartner übernimmt die volle Haftung für seine eigenen Leistungen.
 - Die einzelnen Vertragspartner haften nicht für Leistungen des jeweils anderen Vertragspartners.
 - Wird ein Vertragspartner wegen Leistungen eines anderen Vertragspartners haftbar gemacht, wird er von diesem hiervon freigestellt. Gegebenenfalls geleistete Zahlungen des in Anspruch Genommenen sind vom anderen Vertragspartner zu erstatten.
 - Jeder Leistungserbringer verpflichtet sich zu einer ausreichenden Haftpflichtdeckung hinsichtlich seiner eigenen Leistungen, soweit sie im Rahmen der Besonderen Versorgung erfolgt.

3. Abschnitt: Qualitätsmanagement – Gesundheitsförderung – Prävention

§ 14 Gesundheitsförderung

- (1) Der Ambulante Dienst bzw. die Pflegeeinrichtung veranstaltet Projekte zur Weiterbildung und Gesundheitsförderung für Mitarbeiter, Bewohner, deren Angehörige und rechtlichen Vertreter sowie für die Öffentlichkeit. Sie verpflichten sich zur regelmäßigen Information der GfBH über die laufenden und abgeschlossenen Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung für die Bewohner. Von besonderer Wichtigkeit sind GfBH dabei Projekte zum Empowerment und zur Befähigung der Patienten/ Bewohner, besser und kompetenter mit ihren Erkrankungen umgehen zu lernen.
- (2) Präventive Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegungs- und Kontinenzförderung werden vom Ambulanten Dienst bzw. der Pflegeeinrichtung für ihre Klienten angeboten

§ 15 Qualitätsmanagement

- (1) GfBH organisiert regelmäßige (1x im Quartal) fachübergreifende Qualitätszirkel / Fallkonferenzen, zu denen alle relevanten / beteiligten LP, also auch die teilnehmenden Ambulanten Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen eingeladen werden.
- (2) Die fachübergreifenden Qualitätszirkel sollen folgende Aufgabenschwerpunkte wahrnehmen:
 - Verbesserung der Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den ambulanten Pflegediensten, der Pflegeeinrichtung, den Kliniken, und nicht-medizinischen Heilberufen
 - Verbesserung der Kommunikation mit dem Patienten im Sinne von „Shared Decision Making“ und damit Förderung der Compliance der Patienten
 - Adaptation, Umsetzung und Weiterentwicklung von Behandlungsleitlinien/ Behandlungspfaden einschließlich praxisnaher Dokumentationsstandards

4. Abschnitt: Marketing

§ 16 Internetauftritt

- (1) Die GfBH unterhält einen Internetauftritt unter www.gesundheit-billstedt-horn.de. Unter anderem werden dort auch alle LP der GfBH veröffentlicht. Der LP übermittelt der GfBH bei Änderungen folgender Daten umgehend eine Information darüber:
 - Bezeichnung des LP
 - Anschrift
 - Ansprechzeiten + Ansprechperson
 - Besondere Qualifikationen und besondere Leistungen / ggfls. Anzahl der Plätze
 - Internet- und E-Mail-Adresse, sowie Telefonnummer.

- (2) Der LP verlinkt von der Start- bzw. einer Partnerseite auf www.gesundheit-billstedt-horn.de. Umgekehrt verlinkt GfBH auf die Seite des LP.

§ 17 Logo der GfBH

Der LP hängt das Logo der GfBH in seinen Räumen sichtbar aus und verweist damit auf seinen Leistungsvertrag mit der GfBH. Er ist berechtigt, auf seinen Geschäftspapieren (Visitenkarte, Briefpapier, ...) mit dem Logo auf die Leistungspartnerschaft hin zu weisen.

5. Abschnitt: Durchführung der Vereinbarung

§ 18 Öffentlichkeit der Verträge / Öffentliche Äußerungen

- (1) Die Verträge und Vertragsbedingungen zwischen den Krankenkassen und Gesundheit für Billstedt/Horn UG können Leistungspartner in den Räumen der GfBH jederzeit nach vorheriger Anmeldung einsehen.
- (2) Die Vereinbarungen zwischen den Leistungspartnern-Pflege und GfBH sind nicht vertraulich und können gerne Dritten zur Einsicht gezeigt werden.
- (3) Die Vertragspartner verpflichten sich zur Unterlassung von öffentlichen Äußerungen, die das Ansehen der über IV-Verträge in Partnerschaft befindlichen Krankenkassen, der GfBH, der Leistungspartner und etwaiger weiterer Vertragspartner herabsetzen und im Ansehen schädigen können.

§ 19 Vertraulichkeit und Datenschutz

- (1) Die GfBH und die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich, bei Erhebung, Erarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die ärztliche Schweigepflicht für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu beachten. Die GfBH verpflichtet dafür einen eigenen Datenschutzbeauftragten.
- (2) Die Vertragsparteien sind wechselseitig verpflichtet, über sämtliche schutzbedürftige Tatsachen, Vorgänge, Informationen, Materialien und sonstige Gegenstände aus dem Geschäftsbereich des Vertragspartners, die ihnen und ihren Mitarbeitern im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit für das vertragsgegenständliche Projekt bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren und Informationen über sämtliche Vorgänge vertraulich zu behandeln und nicht für sich selbst zu verwerten und / oder an Dritte weiterzugeben.
- (3) Die Verpflichtung der Vertragsparteien, ihrer Mitarbeiter sowie Beauftragter oder in anderer Weise eingeschalteter Dritter zur Geheimhaltung gemäß Abs. 2 und zur Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach den vorstehenden Bestimmungen, besteht auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses.

- (4) Der Leistungspartner entbindet die über IV-Verträge beteiligten Krankenkassen bzgl. der ihnen gegenüber übermittelten Daten von der Vertraulichkeit gegenüber GfBH. Der Leistungspartner ist darüber informiert und damit einverstanden, dass die GfBH deren IK-Nr. offen erhalten soll und diese Angaben nutzen wird, um
 - mögliche Veränderungen in der ärztlichen Versorgung der Klienten zu diskutieren,
 - Entwicklungen und Veränderungen der Morbidität der Versicherten zu evaluieren, evtl. gezielte Interventionsstrategien zu entwickeln,
- (5) insgesamt die Umsetzung des Vertrags zur Integrieren Versorgung zwischen der Gesundheit für Billstedt/Horn UG und den beteiligten Krankenkassen zu unterstützen

§ 20 Vertragsdauer und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit der Unterzeichnung in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von beiden Vertragsparteien mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Sofern eine Vertragspartei eine Kündigung erwägt, informiert sie die andere Vertragspartei vor einer Kündigung darüber und bespricht mit ihr die Gründe für die beabsichtigte Kündigung.
- (3) Sofern die Verträge zwischen GfBH und einzelnen oder allen Krankenkassen enden, endet auch diese Vereinbarung zwischen GfBH und Leistungspartner automatisch zum gleichen Zeitpunkt für die jeweiligen Versicherten bzw. vollständig. Die GfBH informiert den Leistungspartner unverzüglich darüber, wenn Vereinbarung beendet sind.
- (4) Die Vereinbarung gilt jeweils bzgl. der Krankenkassen, die mit der GfBH einen Vertrag zur Besonderen Vollversorgung abgeschlossen haben. GfBH teilt neue Vertragsabschlüsse dem LP mit. Dieser hat dann innerhalb von vier Wochen das Recht, der Übertragung des Vertrags auf diese neue Krankenkasse zu widersprechen.
- (5) Bei schwerwiegenden Verstößen, die ein Fortbestehen des Vertragsverhältnisses unzumutbar machen, besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht.

§ 21 Anpassungsregelung und salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Ort, Datum

Alexander Fischer
Geschäftsführer Gesundheit für Billstedt/Horn UG

Ort, Datum

Pflegeeinrichtung

Bitte teilen Sie uns noch folgende Daten mit, damit wir unsere Unterlagen vervollständigen können:

Ansprechpartner:

Geschäftsführung:

Telefon-Nr.: Mobil-Nr.(freiwillig):

Fax-Nr.: Email:

Geburtstag (freiwillig):

Einrichtungsleitung:

Telefon-Nr.: Mobil-Nr.(freiwillig):

Fax-Nr.: Email:

Geburtstag (freiwillig):

Pflegedienstleitung:

Telefon-Nr.: Mobil-Nr.(freiwillig):

Fax-Nr.: Email:

Geburtstag (freiwillig):

Betriebsstättennummer (oder bei KH oder sonstigen LE IKNR):

Vereinbarung

zwischen der Gesundheit für Billstedt/Horn UG, Möllner Landstraße 31, 22111 Hamburg (nachfolgend GfBH) und dem/der Vereinbarungspartner*in

Titel*

Vorname*

Nachname*

ggf. Institution*

Anschrift

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Handynummer (Nur für Notfälle – wird nicht veröffentlicht)

(*Die GfBH veröffentlicht im Rahmen der Veranstaltung die oben genannten Kontaktdaten des/der VP. Sollte dies nicht gewünscht sein, setzen Sie die entsprechenden Positionen bitte in Klammern.)

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

1. Gegenstand der Vereinbarung

Gegenstand der Vereinbarung ist die Zusammenarbeit im Rahmen der:

Veranstaltung(en)/Schulung(en)

Titel der Veranstaltung(en)/Schulung(en)

2. Tätigkeiten der/des VP

Im Rahmen der o. g. Veranstaltung/Schulung erbringt der/die VP folgende Leistung(en):

- Vortrag Workshop Schulung
- Sonstiges _____

Vortrags- Schulungstitel / Thema: _____

Datum der Veranstaltung: _____

Geplantes Zeitfenster von: _____ Uhr bis: _____ Uhr.

Umfang: _____ Stunden

Ort der Veranstaltung: _____

Weitere Absprachen: _____

Ggf. weitere Veranstaltung/Schulung

- Vortrag Workshop Schulung
- Sonstiges _____

Vortrags- Schulungstitel / Thema: _____

Datum der Veranstaltung: _____

Geplantes Zeitfenster von: _____ Uhr bis: _____ Uhr.

Umfang: _____ Stunden

Ort der Veranstaltung: _____

Weitere Absprachen: _____

Abstract

Der/Die VP stellt der GfBH ein Abstract 10 Werktagen vor Veranstaltungsdatum als Word-Dokument per E-Mail an info@gesundheit-bh.de zur Verfügung.

Präsentation

Der/Die VP stellt der GfBH eine Version der Vortragspräsentation ohne Bilder, die ggf. Rechten Dritter unterliegen könnten, nach der Veranstaltung zur Verfügung. Diese kann für die Teilnehmer der Veranstaltung veröffentlicht sowie auf der Homepage www.gesundheit-bh.de der GfBH zum Download bereitgestellt werden.

3. Pflichten der GfBH

Im Rahmen der o. g. Veranstaltung(en) erbringt die GfBH folgende Leistungen:

a. Materialien

Die GfBH stellt am Veranstaltungstag zur Verfügung (Benötigtes bitte ankreuzen):

Laptop Beamer Flipchart Metaplan-Wand

Moderationskoffer-/box Audio für den Vortrag WLAN

Sonstiges _____

b. Honorar

Die GfBH zahlt für die unter Punkt 2. genannte(n) Leistung(en) einen Stundensatz in Höhe von _____ Euro. Die Stundensätze basieren auf den Sitzungsentgelten der GfBH und verstehen sich inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer. Die Dienstleistung für das Projekt gem. der Vereinbarung besteht aus _____ Stunden inklusive Vor- und Nachbereitungszeit und wird mit einer maximalen Gesamtsumme von _____ Euro vergütet (versteht sich inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer).

Voraussetzung für die Vergütung ist eine Honorarrechnung inkl. Stundennachweis. Der Auftragnehmer gilt im Verhältnis zur GfBH als selbstständig im Sinne des Einkommenssteuergesetzes; daher sind die diesbezüglichen Steuern und Sozialabgaben, insbesondere die Rentenversicherungspflicht nicht von der GfBH zu entrichten.

c. Fahrtkosten

Die Fahrt- und Unterkunftskosten sowie Arbeitsmittel sind mit dem Honorar abgegolten.

4. Verschwiegenheit / Datenschutz / Geheimhaltungspflicht

Der/Die VP ist verpflichtet, Dritten gegenüber über alle Angelegenheiten, die in Ausübung der Tätigkeiten zur Kenntnis gelangen, Stillschweigen zu bewahren. Diese Verpflichtung gilt auch über die Vertragslaufzeit hinaus.

Ganzheitliche und zielgerichtete medizinische Versorgung kann ohne die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen in Therapie und Versorgung nicht erfolgreich sein. Um die teilnehmenden Versicherten optimal betreuen und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass alle an der Versorgung beteiligten Spezialisten – Ärzte und andere

Leistungserbringer/Kooperationspartner (Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Ambulante Pflegedienste, Rettungsdienst, Physio-, Ergo-, und Logotherapeuten, Apotheken, Ambulante Sozialpsychiatrien), sowie die Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) - Ihre medizinischen Daten untereinander übermitteln, verarbeiten und nutzen können. Die entsprechende DSGVO konforme Erlaubnis erteilen die Mitglieder der GfBH mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

- (1) Die GfBH und die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich, bei Erhebung, Erarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die „ärztliche Schweigepflicht“ bzw. die „Verpflichtungserklärung zur Wahrung des Sozialgeheimnisses nach § 35 SGB I“ für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu beachten. Die GfBH verpflichtet dafür einen eigenen Datenschutzbeauftragten.
- (2) Die Vertragsparteien sind wechselseitig verpflichtet, über sämtliche schutzbedürftige Tatsachen, Vorgänge, Informationen, Materialien und sonstige Gegenstände aus dem Geschäftsbereich des Vertragspartners, die ihnen und ihren Mitarbeitern im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit für das vertragsgegenständliche Projekt bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren und Informationen über sämtliche Vorgänge vertraulich zu behandeln und nicht für sich selbst zu verwerten und / oder an Dritte weiterzugeben.
- (3) Die Verpflichtung der Vertragsparteien, ihrer Mitarbeiter sowie Auftraggeber oder in anderer Weise eingeschalteter Dritter zur Geheimhaltung gemäß Abs. 1 und zur Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach den vorstehenden Bestimmungen, besteht auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses.

5. Vertragsdauer / Kündigung

- a. Die Vereinbarung endet mit Erbringung der vereinbarten Leistungen, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf.
- b. Die Vereinbarung kann ordentlich mit einer Frist von 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn gekündigt werden. Der Anspruch auf das Honorar und Nebenleistungen entsteht nicht, wenn die Veranstaltung nicht stattfindet.
- c. Das Recht zur fristlosen Kündigung des Vertrages nach § 626 BGB Abs. 1 aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

6. Regelung Veranstaltungsfotografie (nach §§ 22 und 23 KUG)

Im Rahmen der Veranstaltungen der GfBH werden regelmäßig Fotos gemacht, auf denen auch Referent*innen und Teilnehmende zu sehen sein können. Diese Fotos dienen ausschließlich der Dokumentation sowie der Öffentlichkeitsarbeit (über die Website der GfBH, Newsletter, Facebook, Twitter) zu der jeweils betreffenden Veranstaltung.

- Ich bin damit einverstanden, dass während der Veranstaltung Fotos von mir gemacht und von der GfBH ausschließlich zu o.g. Zwecken verwendet werden.
- Ich bin damit nicht einverstanden, dass Fotos von mir gemacht und zu o.g. Zwecken verwendet werden.

7. Schlussbestimmungen

- a. Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen.
- b. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, so werden die übrigen Bestimmungen hiervon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine wirksame sinngemäß zu ersetzen. Das gilt auch, wenn eine ergänzungsbedürftige Lücke vorliegt.
- c. Gerichtsstand ist Hamburg.

Ort Datum Unterschrift Gesundheit für Billstedt/Horn UG

Ort Datum Unterschrift Vertragspartner/in

Anlagen

9. Herausforderung bei der Implementierung

Herausforderungen und Erfahrungen bei der Umsetzung einzelner Interventionen

Intervention	Erfahrungen - Herausforderungen
LifeTime	<p data-bbox="560 461 826 495">Interventionsinhalte</p> <p data-bbox="560 517 1530 869">Die mHealth-Anwendung LifeTime des Konsortioalpartners (KP) Connected Health (CH) ermöglichte den einfachen, digitalen Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Praxen (n=17), Gesundheitskiosk (n=2) und Patient*innen direkt über das Smartphone. Die Anwendung war sektorenübergreifend und interdisziplinär einsetzbar, da die Speicherung der Daten sich im Smartphone des Patient*innen befand und keine zentrale Infrastruktur aufgebaut werden musste. Nach der Übertragung der Daten auf das Smartphone, konnte die/der Patient*in mithilfe des Smartphones und der LifeTime App von überall und jederzeit auf seine verschlüsselten Gesundheitsdaten zugreifen. Die Patient*innen sollten damit sektorenübergreifend, überall und jederzeit auf die digitalisierten individuellen Gesundheitsdaten und die Behandlungshistorie, z. B. Befunde, Informationsmaterial oder Röntgenbilder zugreifen können.</p> <p data-bbox="560 891 1530 949">Ab dem 01.01.2017 wurden insgesamt 19 Gesundheitseinrichtungen an LifeTime angeschlossen, wovon vier bis Dezember 2018 wieder gekündigten:</p> <p data-bbox="560 972 1530 1030">Zur Anbindung weiterer Gesundheitseinrichtungen an Life Time wurden durch KP CH zahlreiche weitere Maßnahmen durchgeführt, darunter:</p> <ul data-bbox="611 1041 1530 1805" style="list-style-type: none"> • Teilnahme am INVEST Kick-off Event im Billstedter Kulturpalast mit eigenem Stand: Vorstellung von LifeTime, Dialog mit Ärzt*innen, Beantwortung von Fragen, direkte Bestellmöglichkeit, • Teilnahme an der Eröffnungsfeier im Gesundheitskiosk mit eigenem Stand: Vorstellung von LifeTime, Dialog mit Ärzt*innen und Patient*innen, Beantwortung von Fragen, direkte Installations- und Bestellmöglichkeit, • Telefonanrufe in allen Praxen einmal pro Quartal (exklusive der vereinbarten Pause von September 2017 bis Februar 2018), mit dem Ziel persönliche Vertriebstermine zu vereinbaren, • Walk-Ins in Praxen (exklusive der vereinbarten Pause von September 2017 bis Februar 2018), mit dem Ziel persönliche Vertriebstermine zu vereinbaren, • Persönliche Vertriebsgespräche mit Praxisinhaber*innen und -manager*innen, • Versand von Faxen mit Informationen zum Projekt und zu LifeTime, an alle Praxen in den beiden Stadtteilen, • Einladung aller Praxen zur Fortbildungsreihe (CME-zertifiziert) der connected-health.eu GmbH zum Thema Digitalisierung in Praxen, • Einladung aller Ärzt*innen in Billstedt/Horn zum Release-Event von LifeTime 2018: Vorstellung neuer LifeTime- Komponenten, • Patient*innen-Marketing zur Nutzung der LifeTime App: Flyer in Apotheken, Ärzt*innenpraxen und im Gesundheitskiosk, Out-of-Home Werbung in der U-Bahn-Strecke Richtung Billstedt, Terminbestätigung per LifeTime nach Beratungsgesprächen im Gesundheitskiosk als Standardprozess. <p data-bbox="560 1877 991 1910">Erfahrungen/Herausforderungen</p> <p data-bbox="560 1933 1530 2051">Die Ärzt*innenschaft in Billstedt/Horn reagierte weniger positiv auf die Vertriebsaktivitäten als im restlichen Hamburger Stadtgebiet. Nach ausdrücklicher Bitte der KF in Q4 2017 wurden die Vertriebsmaßnahmen für einige Monate unterbrochen. Insgesamt zeigte sich eine unterdurchschnittliche Digitalisierungsbereitschaft unter</p>

Ärzt*innen in den Stadtteilen Billstedt/Horn. Indizien dafür waren ältere Praxisverwaltungssysteme, die Nutzung von Karteikarten zur Patient*innenverwaltung, teilweise nicht vorhandenes Internet in Ärzt*innenpraxen und Sprachbarrieren auf Seiten der Patient*innen. Eine weitere Herausforderung im Hinblick auf die Implementierung von LifeTime, war die hohe Belastung der Praxen und damit einhergehend, fehlende Zeit LifeTime zu präsentieren. Außerdem bestand nicht immer Interesse Befunde, Ärzt*innenbriefe und weitere Dokumente an Patient*innen zu übergeben. Vor diesem Hintergrund wurden folgende Maßnahmen ergriffen*

- Um die Sprachbarriere zu beseitigen, wurde die LifeTime App in die türkische und englische Sprache übersetzt,
- Die CHN im Gesundheitskiosk wurden zum Umgang mit LifeTime geschult, um Patient*innen die einfache Nutzung der LifeTime App in verschiedenen Sprachen zu erklären,
- Die Weiterentwicklung von LifeTime als reines Softwareprodukt seit Mitte 2018 ermöglichte eine asynchrone Übertragung von Dokumenten an Patient*innen. Durch die zeit- und ortsunabhängige Verbindung erfolgte der Dokumentenversand an das Smartphone automatisch, auch wenn die App noch nicht installiert war. Die Ärzt*innenpraxis benötigte dafür nur die Handynummer und Versichertennummer der Patient*innen. Hierdurch konnte die Zeit für Vorstellung der Anwendung reduziert werden.

Der Einsatz einer digitalen Lösung wie LifeTime, die Praxisprozesse vereinfacht und das Patient*innen-Empowerment stärkt, ist in Stadtteilen mit einem hohen Patient*innenaufkommen an komorbiden, älteren Patient*innen mit Sprachbarriere als herausfordernd zu bewerten. Auch mit den technischen und organisatorischen Weiterentwicklungen ist es nicht in ausreichendem Maße gelungen, die Ärzt*innenschaft für die Nutzung von LifeTime zu begeistern und die notwendige Abdeckung in den Praxen sowie bei Patient*innen zu erreichen. Als unterstützende Faktoren für den erfolgreichen Einsatz wurde die Grundbereitschaft der Ärzt*innen und MFA, die analogen Prozesse in den Praxen zu digitalisieren, identifiziert. Von Seiten der Patient*innen ist für den sinngemäßen Einsatz eine mindestens mittlere digitale Affinität sowie ein weiterführendes Interesse für den eigenen Gesundheitszustand, notwendig. Außerdem ist ein grundlegendes Interesse beider Zielgruppen notwendig, an der Weiterentwicklung einer innovativen Lösung mitzuwirken. Diese Voraussetzungen konnten durch die connected-health.eu GmbH nicht hergestellt oder ausreichend gefördert werden. Dies führte zur Nichterreichung des Meilensteins trotz Erfüllung der technischen Weiterentwicklung. LifeTime konnte durch die Ärzt*innen und Patient*innen im Rahmen des Projekts weiterhin kostenfrei genutzt werden.

Elvi – elektronische Patientenakte

Um einen Einblick in die am Markt verfügbaren IT-Systeme zu erhalten, die zur Durchführung von elektronischen Visiten im Pflegeheim durch die betreuenden Arzt*innen geeignet sind, wurde ein Termin beim Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) in Bochum vereinbart. Hier wurde dem KF eine Live-Demonstration der Software „elektronische Visite (eVi)“ präsentiert. Gespräche mit Pflegeheimen und Ärzten wurden frühzeitig gestartet. Das folgende Exposee wurde entsprechend vorgestellt.

Exposé	Elvi – elektronische Patientenakte
<p>Kurzbeschreibung Ziele</p>	<p>Die Begleitung von (immobilen) Bewohnern bei Arztbesuchen bindet in Pflegeheimen hohe zeitliche und personelle Ressourcen. Zudem sind die Arztbesuche für die Bewohner oftmals beschwerlich und insbesondere bei Demenzerkrankungen eine große Belastung. Doch eine Vielzahl der Arztbesuche kann mit der ELVI als Videosprechstunde durchgeführt werden. Das ärztliche Fernbehandlungsverbot verbietet die ausschließliche Beratung und Behandlung aus der Ferne. Aus gutem Grund, denn die Televisite kann den</p>

	<p>persönlichen Kontakt zu einem Arzt nicht vollständig ersetzen. Insbesondere für Diagnosen oder Behandlungen ohne vorherigen persönlichen Kontakt ist die Videosprechstunde eher ungeeignet. Abgerechnet werden können daher bis dato nur Indikationen aus dem Bereich der Verlaufskontrollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde • visuelle Verlaufskontrolle einer/von akuten, chronischen und/oder offenen Wunde(n) • visuelle Verlaufskontrolle einer/von Dermato(n), auch nach strahlentherapeutischer Behandlung • visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auch nervaler Genese als Verlaufskontrolle • Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle • anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle <p>Im Notfall oder als zusätzliche, qualitätssteigernde Maßnahme kann die Televisite allerdings auch in vielen anderen Situationen weiterhelfen, die nicht von den Krankenkassen abgedeckt werden.</p>
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner aus der Pflegeeinrichtung • Verantwortliche HA/FA • Pflegepersonal
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Unnötige Krankenhauseinweisungen werden reduziert • Ersparnis zeitlicher, personeller und finanzieller Ressourcen • Verringert die Arbeitsplatzbelastung für den Arzt und das Pflegepersonal • Bewohner verbleiben in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und die Belastungen werden reduziert • Sicherheit für Hilfskräfte, die durch eine Fachkraft angeleitet und unterstützt werden. • Die Versorgung – auch in Zeiten des demografischen Wandels und Fachkräftemangels – verbessert werden • interdisziplinären Fallbesprechungen - Falldiskussion in HD-Qualität austauschen und Dokumente teilen
Dokumentation & Datenschutz	<ul style="list-style-type: none"> • Neben der Funktion der Televisite (Video und Ton) können Bilder und Dokumente, wie z.B. Anordnungen zur Dokumentation zwischen den Teilnehmern übertragen werden. • Damit die sensiblen Patienteninformationen geschützt bleiben, findet die Videokonferenz stets in einer gesicherten Umgebung statt. Mit SSL-Technologie und Peer-to-Peer-Verschlüsselung nach dem neuesten Stand der Technik kann die eVi diesem Anspruch in vollem Umfang gerecht werden. Die Applikation läuft über

	deutsche Server, Daten aus der Videosprechstunde werden nur bei den Teilnehmern, nicht jedoch beim Service-Dienstleister gespeichert.
IT-Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • bei der Realisierung der Videosprechstunde wurde auf das Produkt „elektronische Visite (eVi)“ der Firma La-Well Systems GmbH (www.elvi.de) gesetzt. • Die eVi läuft als Web-App im Browser. Für die Anwender bedeutet das: Kein Download, keine Installation, keine Probleme. • Zum Betrieb reichen Laptop, Tablet oder Smartphone mit Internetverbindung. Wichtig ist außerdem, dass das Gerät über ein Mikrofon, eine funktionierende Webcam oder eine integrierte Kamera verfügt. • Sollte ein WLAN-Anschluss auf dem mobilen Gerät nicht verfügbar sein, funktioniert die ELVI auch im Mobilfunknetz (Voraussetzung ist LTE).
Unterstützung durch GfBH UG	<p>GfBH UG investierte in folgende Erweiterungen der bestehenden IT-Infrastruktur zur Realisierung der elektronischen Visite im Pflegeheim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 x Tablett zur Durchführung der elektronischen Visite im Pflegeheim • Kostenübernahme für Zugang/Account zur elektronischen Visite (www.elvi.de) oder vergleichbare Anwendung. • Für das Pflegeheim und den Arzt fielen keine Kosten an und auch keine Verpflichtung dieses Tool zu nutzen. Bei Nichtgefallen konnten Pflegeheim und und/oder teilnehmende Ärzte die Nutzung fristlos beenden. Es entstanden keine Ansprüche der GfBH UG auf die Nutzung oder Rückzahlung der getätigten Investitionen. <p>GfBH UG schulte die Nutzer, sowohl im Pflegeheim als auch teilnehmende Ärzte. Die Oberfläche ähnelt bekannten Videokonferenztools, deren Bedienung übersichtlich gestaltet und leicht zu erlernen ist.</p>

Gründe der nicht erfolgten Implementierung

Die pflegerischen Einrichtungen und niedergelassenen Hausärzt*innen, die an der Implementierung der *eVi* Interesse hatten, erhielten einen Testzugang und erste Schulungen, um im ersten Schritt die Anwendungen auf Umsetzbarkeit zu prüfen.

Die größte Herausforderung in den Einrichtungen war die bauliche Substanz der Gebäude und der dementsprechenden reduzierten Gebäudetechnik – 4 von 5 Heimen ohne W-LAN. Es war seitens der Pflegeheime geplant, diese zeitnah mit W-LAN auszustatten, was jedoch nicht mehr während der Projektlaufzeit erfolgt ist. Die Tablets waren zudem mit SIM-Karten ausgestattet, um eine Datenübertragung über das Mobilfunknetz zu ermöglichen. Dies hat teilweise gut funktioniert, die dicken Betonmauern der alten Bauten haben jedoch, in Abhängig der Lage der Patientenzimmer, die Datenübertragungsraten gemindert. Dies hat die Zufriedenheit der Nutzer negativ beeinflusst. Eine weitere Herausforderung war die Kooperation und Abstimmung zwischen den Haus-, Fachärzt*innen und dem Pflegepersonal, was regelmäßige Visiten per Videokonferenz erschwert hat. Ein Arzt, mit dem die elektronische Visite gut funktioniert hatte, ist in Ruhestand gegangen. Die

	<p>Nachfolge hat das Projekt nicht übernommen. Gründe dafür sind häufig hoher Personalmangel in der Pflege und Arbeitsaufwand. Zudem muss das Instrument elektronische Visite intensiv geschult werden, nach Wechseln im Personal musste mehrfach nachgeschult werden, was zunehmend unverhältnismäßigen Aufwand verursacht hat. Das ungewohnte Gesprächsformat zwischen Patient*innen und Arzt/Ärztin muss zudem geprobt und kontinuierlich verbessert werden, dies war in diesem Setting nicht möglich. Letztlich fehlten die Motivation und Zeit seitens der Einrichtungen, das Instrument anzuwenden.</p>
<p>Gesundheits-Apps, Digitale Angebote</p>	<p>Im Rahmen der Gesundheitspfade „Patienten im Blick“ wurden verschiedene Apps/Digitale Angebote zur Unterstützung der Versorgung empfohlen. Hierzu gehörten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KAIA-App (Versorgungspfad COPD): Patient*innen nutzten die App zur Steigerung der Therapiesicherheit und Therapiequalität. Sie wurden durch die App in relevanten Themen die Inhalationstechnik betreffend geschult und überwacht und an die Einnahme erinnert. Das Angebot wurde von den Patient*innen nicht angenommen. 2. DC-Waage (Versorgungspfad KHK und Herzinsuffizienz): Patient*innen werden im Rahmen des Programms mit einer Waage versorgt, die in der Häuslichkeit das Gewicht der Patient*innen erfasst und direkt in die PVS der Praxis und des Gesundheitskiosks überträgt. Ziel ist eine zeitnahe Erfassung von Gewichtszunahmen und eine entsprechend frühzeitige Intervention auf die drohende Dekompensation zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Bisher sind in den Häuslichkeiten keine Waagen installiert. Im Rahmen der Besuche bei Kardiolog*innen und im Gesundheitskiosk wurden regelmäßig Gewichtskontrollen mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung von Dekompensationen durchgeführt. 3. App Movival - Aktiv gegen Krebs (Versorgungspfad Krebserkrankungen): Patient*innen nutzen die digitale App, um ihre persönlichen Bewegungsziele zu definieren und zu überwachen. Die App ist als Medizinprodukt zertifiziert und zielt auf die Senkung des Rückfallrisikos. Die Patient*innen haben bisher kein Interesse an dieser digitaler Unterstützungsmöglichkeit. Die Bewegungsmöglichkeiten und Intensitäten werden eher im Rahmen der Beratung thematisiert. <p>Insgesamt wurden digitale Angebote von den Patient*innen in Billstedt/Horn zögerlich angenommen. Dies scheint unter anderem an einer geringen digitalen Affinität insbesondere älterer Menschen zu liegen. Darüber hinaus werden die Apps teilweise nicht in mehreren Sprachen angeboten, sodass sich für Menschen mit Migrationshintergrund eine sprachliche Barriere ergeben kann.</p>
<p>Module Versorgungspfade</p>	<p>Einzelne Module der Versorgungspfade im Rahmen des Konzepts „Patienten im Blick“ konnten nicht wie geplant umgesetzt werden. Alle Informationen hierzu finden Sie in der Anlage „Patienten im Blick“</p>
<p>SKH Kurzliegerstation:</p>	<p>Interventionsinhalte</p> <p>Für die große Anzahl älterer, vulnerabler Patient*innen, die keiner Fachabteilung eindeutig zuzuordnen sind und die keiner hochspezialisierten, aber dennoch einer indizierten stationären Behandlung bedürfen, sollte im Rahmen der erweiterten primärärztlichen, kurzstationären Versorgung die Möglichkeit einer kurzzeitigen stationären Unterstützung in der Stadtteilklinik Hamburg GmbH (SKH) aufgebaut werden. Umgesetzt werden sollte das neue Versorgungsangebot durch eine zwischen Hausarzt*innen- bzw. Facharzt*innenpraxen und der SKH sowie nachgeschalteten Versorgenden (Schwerpunktkrankenhäuser, Pflegeeinrichtungen etc.) eng abgestimmte medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung bis zur Rückkehr in die eigene Häuslichkeit. Ziele waren eine interdisziplinäre, allgemeinmedizinisch geprägte Grundversorgung und Behandlungscoordination mit mehr „High-Touch“ und weniger „High-Tech“ sowie die Beschränkung klassischer Akutkrankenhauseinweisungen auf die wirklich notwendigen Fälle.</p>

Erfahrungen/Herausforderungen

Zur Einbindung des kurzstationären Versorgungsangebots der Stadtteilklinik Hamburg (SKH) fanden auf zwei Ebenen Projekttreffen statt. Im Fokus standen dabei die grundsätzliche Einbringung der niedergelassenen Ärzt*innen in Billstedt/Horn und die Einbindung in den Patient*innenpfad Diabetes Mellitus Typ 2. Um eine konsistente Einbindung der kurzstationären Versorgung in den Patient*innenpfad zu ermöglichen fanden mehrere Treffen zur Abstimmung statt. Die Mitarbeiter*innen des MVZ Mümmelmannsberg und der Gesundheit für Billstedt/Horn haben dabei gemeinschaftlich einen Kriterienkatalog für die in Frage kommenden Patient*innenklientel erarbeitet und zugleich den Prozess definiert, wie die Patient*innen durch die verschiedenen Versorgungsbereiche geführt werden sollen. Zudem wurden im Zug dessen die Kommunikationswege zwischen den beteiligten Leistungserbringer*innen besprochen und abgestimmt. Bei der Abstimmung der Kommunikationswege und Patient*innenführung wurde ein grundsätzliches Problem des Versorgungsmanagements deutlich. Die SKH verfügt als Belegärzt*innenklinik über keine Hauptabteilung oder angestellte Fachärzt*innen. Entsprechend erfolgte die Aufnahme, Behandlung und Entlassung über die Fachärzt*innenpraxen der Belegärzt*innen der SKH, wie auch den Stationsärzt*innen der SKH. Dies hatte zur Folge, dass die/der Leistungserbringer*in häufig verschiedene Ansprechpartner*innen hatte. Somit war ein einheitliches Versorgungsmanagement für niedergelassene Ärzt*innen nicht gleich ersichtlich. Ziel war es somit den Prozess der Patient*innenführung und Kommunikation von Belegärzt*innen und SKH Stationsärzt*innen zu konsolidieren, so dass eine zentrale Kommunikationsschnittstelle geschaffen werden konnte. Dabei lag der Fokus auf der Einbeziehung des Patient*innenpfades für Diabetes Mellitus Typ 2 und einem erweiterten Diagnosekatalog aus dem Bereich der Inneren Medizin und die Implementierung in 2018. Nachdem die SKH einen Vertrag zur besonderen Versorgung mit den Krankenkassen abgeschlossen hatte, war es im Projektzeitraum nicht möglich, den Meilenstein anzupassen. Nach Rücksprache mit dem DLR wurde die Intervention eingestellt und die beantragten Fördermittel wurden nicht abgerufen.