

<b>Konsortialführung:</b>	IGiB-StimMT gGmbH
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF16001
<b>Akronym:</b>	IGiB-StimMT
<b>Projekttitel:</b>	IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin
<b>Autoren</b>	inav GmbH
<b>Förderzeitraum:</b>	1. Januar 2017 – 31. Dezember 2020

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>I</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>VIII</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Ausgangslage und Ziele</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Darstellung der neuen Versorgungsform</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1. Etablierung einer Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) / eines Arzt- und Psychotherapeutennetzes im Mittelbereich Templin</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2. Strukturmigration zum Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ)</b> .....	<b>10</b>
2.2.1. Aufbau und Betrieb eines Koordinierungs- und Beratungszentrums (KBZ) .....	12
2.2.2. Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP) .....	13
2.2.3. Decision Unit.....	13
2.2.4. Strukturierte Harninkontinenzversorgung .....	14
<b>2.3. Sektorenübergreifende Behandlungspfade</b> .....	<b>15</b>
2.3.1. Sektorenübergreifender Behandlungspfad Herzinsuffizienz .....	16
2.3.2. Sektorenübergreifender Behandlungspfad Rückenschmerz.....	16
2.3.3. Sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas .....	17
<b>3. Darstellung des Evaluationsdesigns</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1. Stakeholder-Befragung</b> .....	<b>21</b>
3.1.1. Fragestellungen der ersten Befragungswelle .....	21
3.1.2. Fragestellungen der zweiten Befragungswelle .....	21
3.1.3. Zielpopulation .....	21
3.1.4. Datenerhebung und Auswertung .....	22
<b>3.2. Zufriedenheitsbefragung</b> .....	<b>24</b>
3.2.1. Fragestellungen .....	24
3.2.2. Zielpopulation .....	24
3.2.3. Datenerhebung und Auswertung .....	24
<b>3.3. Teilnehmende Beobachtung</b> .....	<b>26</b>
3.3.1. Fragestellung und Hypothesen .....	26
3.3.2. Zielpopulation .....	27

3.3.3. Datenerhebung und Auswertung .....	27
<b>3.4. Strukturdatenanalyse .....</b>	<b>29</b>
3.4.1. Strukturdaten zum Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ).....	29
3.4.2. Strukturdaten zur ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP), zur Rettungsstelle und zum Fahrdienst .....	30
3.4.3. Strukturdaten zur Decision Unit .....	31
<b>3.5. Ergebnisevaluation der Behandlungspfade und des strukturierten Behandlungsprogramms .....</b>	<b>32</b>
3.5.1. Versorgungsmodulübergreifendes Evaluationsdesign der Behandlungspfade und des Behandlungsprogramms.....	32
3.5.1.1. Versorgungsmodulübergreifende Zielparameter .....	32
3.5.1.2. Versorgungsmodulübergreifende Datenerhebung .....	33
3.5.1.3. Hypothesen.....	33
3.5.1.4. Datenauswertung.....	33
3.5.2. Evaluation des Behandlungspfades Herzinsuffizienz.....	34
3.5.2.1. Studiendesign, Beobachtungszeitraum und Datenerhebung .....	35
3.5.2.2. Zielpopulation.....	36
3.5.2.3. Hypothesen.....	36
3.5.2.4. Versorgungsmodulspezifische Zielparameter .....	37
3.5.2.5. Effektschätzung .....	38
3.5.2.6. Datenauswertung.....	38
3.5.3. Evaluation des Behandlungspfades Rückenschmerz .....	38
3.5.3.1. Studiendesign, Beobachtungszeitraum und Datenerhebung .....	39
3.5.3.2. Zielpopulation.....	39
3.5.3.3. Hypothesen.....	40
3.5.3.4. Versorgungsmodulspezifische Zielparameter .....	41
3.5.3.5. Effektschätzung .....	41
3.5.3.6. Datenauswertung.....	41
3.5.4. Evaluation des Behandlungspfades Adipositas.....	42
3.5.4.1. Studiendesign, Beobachtungszeitraum und Datenerhebung .....	42
3.5.4.2. Zielpopulation.....	43
3.5.4.3. Hypothesen.....	44
3.5.4.4. Versorgungsmodulspezifische Zielparameter .....	45
3.5.4.5. Effektschätzung .....	45
3.5.4.6. Datenauswertung.....	45
3.5.5. Evaluation der strukturierten Harninkontinenzversorgung .....	46
3.5.5.1. Studiendesign, Beobachtungszeitraum und Datenerhebung .....	46
3.5.5.2. Zielpopulation.....	47
3.5.5.3. Hypothesen.....	47

3.5.5.4.	Versorgungsmodulspezifische Zielparameter .....	48
3.5.5.5.	Effektschätzung .....	48
3.5.5.6.	Datenauswertung.....	48
<b>3.6.</b>	<b>Gesundheitsökonomische Evaluation .....</b>	<b>48</b>
3.6.1.	Zielpopulation .....	49
3.6.2.	Forschungshypothesen .....	49
3.6.3.	Zielparameter .....	50
3.6.4.	Datenauswertung .....	50
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse der Evaluation.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1.</b>	<b>Ergebnisse der regionalen Versorgungssituationsanalyse zu Projektbeginn ...</b>	<b>53</b>
<b>4.2.</b>	<b>Projektaufklärung und Einschreibung .....</b>	<b>58</b>
<b>4.3.</b>	<b>Strukturmigration zum Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ).....</b>	<b>59</b>
4.3.1.	Aufbau und Betrieb eines Koordinierungs- und Beratungszentrums (KBZ) .....	59
4.3.2.	Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis .....	65
4.3.3.	Decision Unit (DU).....	77
4.3.4.	Strukturierte Harninkontinenzversorgung .....	84
<b>4.4.</b>	<b>Ergebnisse der Behandlungspfade .....</b>	<b>96</b>
4.4.1.	Behandlungspfad Herzinsuffizienz.....	104
4.4.2.	Behandlungspfad Rückenschmerz .....	121
4.4.3.	Behandlungspfad Adipositas.....	140
<b>4.5.</b>	<b>Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation .....</b>	<b>154</b>
<b>5.</b>	<b>Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators .....</b>	<b>184</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>195</b>
<b>7.</b>	<b>Anhänge.....</b>	<b>200</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ÄBP	Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis
ASK	Ambulant-Sensitive Krankenhaufälle
ASZ	Ambulant-Stationäres Zentrum
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BD	Bereitschaftsdienst
BMI	Body-Mass-Index
BVA	Bundesversicherungsamt
CEP	Cost effectiveness plane
DSF	Deutscher Schmerzfragebogen
DU	Decision Unit
EKG	Elektrokardiogramm
EQ-5D	EuroQol Group Questionnaire 5 Dimensions
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVG	Grundversorgungsgemeinschaft
GVG T	Grundversorgungsgemeinschaft Templin
HFmrEF	Herzinsuffizienz mit mäßiggradig eingeschränkter Ejektionsfraktion
HFpEF	Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion
HFrEF	Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion
HLS-EU-Q16	European Health Literacy Survey Questionnaire 16
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICER	Inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (incremental cost-effectiveness ratio)
IGiB	Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg
KBZ	Koordinierungs- und Beratungszentrum
kg	Kilogramm
kg/m <sup>2</sup>	Kilogramm pro Quadratmeter
KIS	Krankenhausinformationssystem
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

LVEF	Linksventrikuläre Ejektionsfraktion
m	Meter
MFA	Medizinische Fachangestellte
MRC	Medical Research Council
NYHA	New York Heart Association
PHQ-9	Patient Health Questionnaire [Gesundheitsfragebogen für Patienten]
Q	Quartal
SGB	Sozialgesetzbuch
StimMT	Strukturmigration im Mittelbereich Templin
tx	Erhebungszeitpunkt
VAS	Visuelle Analogskala
ZAP	Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Räumliche Lage und administrative Gliederung des Mittelbereiches Templin (Stand 2020). Quelle: inav GmbH (Kartengrundlage: GADM) .....	6
Abbildung 2: Versorgungsangebote im Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) Templin im Überblick. Quelle: Eigene Darstellung nach [13]. .....	11
Abbildung 3: Studiendesign und Erhebungszeitpunkte der Evaluation des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Herzinsuffizienz. Quelle: Eigene Darstellung .	35
Abbildung 4: Studiendesign und Erhebungszeitpunkte der Evaluation des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Rückenschmerz. Quelle: Eigene Darstellung .	39
Abbildung 5: Studiendesign und Erhebungszeitpunkte der Evaluation des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Adipositas. Quelle: Eigene Darstellung .....	42
Abbildung 6: Studiendesign und Erhebungszeitpunkte der Evaluation des strukturierten Behandlungsprogramms Harninkontinenzversorgung. Quelle: Eigene Darstellung .....	46
Abbildung 7: Kosten-Effektivitäts-Fläche. Quelle: Eigene Darstellung. ....	51
Abbildung 8 Ergebnisse der ersten Stakeholder-Befragung .....	57
Abbildung 9: Anzahl der Beratungen am KBZ in den ersten Quartalen der Jahre 2018 bis 2020 .....	60
Abbildung 10: Wohnorte der KBZ-Klientinnen und -Klienten nach Gemeinden und Landkreisen .....	61
Abbildung 11: Beratungsthemenfelder im KBZ vom dritten Quartal 2017 bis zum vierten Quartal 2020 .....	62
Abbildung 12: Alter der Patientinnen und Patienten in den Quartalen von I/2016 bis I/2018 .	65
Abbildung 13: Alter der Patientinnen und Patienten, die Leistungen der Rettungsstelle, des Fahrdienstes und der ÄBP in Anspruch nehmen, in den Quartalen von II/2018 bis IV/2019 ...	65
Abbildung 14: Gesamtanzahl der Behandlungsfälle der ÄBP .....	66
Abbildung 15: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle insgesamt.....	67
Abbildung 16: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten .	67
Abbildung 17: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten im jeweils ersten Quartal der Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 .....	68
Abbildung 18: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten im jeweils zweiten Quartal der Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 .....	68
Abbildung 19: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten im jeweils dritten Quartal der Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 .....	69
Abbildung 20: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten im jeweils vierten Quartal der Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019.....	69
Abbildung 21: Gesamtanzahl der Behandlungsfälle des Fahrdienstes innerhalb eines Jahres .....	69
Abbildung 22: Anzahl der Behandlungsfälle der ÄBP pro Wochentag (inkl. Feiertage) im Jahr 2018 .....	70
Abbildung 23: Anzahl der Behandlungsfälle der ÄBP pro Wochentag (inkl. Feiertage) im Jahr 2019 .....	70
Abbildung 24: Anzahl der Behandlungsfälle der ÄBP nach Uhrzeiten .....	71
Abbildung 25: Anzahl der Behandlungsfälle der ÄBP nach Uhrzeiten und Wochentag aller Quartale .....	71
Abbildung 26: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle zu BD-Zeiten nach Wochentagen und Uhrzeiten vor der Einführung der ÄBP .....	72

Abbildung 27: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle zu BD-Zeiten nach Wochentagen und Uhrzeiten nach der Einführung der ÄBP .....	73
Abbildung 28: Anzahl der Behandlungsfälle des Fahrdienstes jeweils im zweiten Quartal der Jahre 2017, 2018 und 2019 nach Uhrzeiten .....	74
Abbildung 29: Leistungsbedarf in € der ÄBP .....	75
Abbildung 30: Leistungsbedarf in € der Rettungsstelle zu Bereitschaftsdienstzeiten und tagsüber .....	75
Abbildung 31: Gesamtkosten des Leistungsbedarfs in € des Fahrdienstes .....	76
Abbildung 32: Addierte Kosten des Leistungsbedarfs in € der Rettungsstelle zu BD-Zeiten, des Fahrdienstes und der ÄBP .....	76
Abbildung 33: Addierte Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle zu BD-Zeiten, des Fahrdienstes und der ÄBP .....	77
Abbildung 34: Anzahl der Decision-Unit-Fälle pro Gesamtfälle .....	78
Abbildung 35: Soll-Ist-Vergleich der kumulierten Decision-Unit-Neurekrutierungen von IV/2018 bis IV/2020 .....	78
Abbildung 36: Altersverteilung der Decision-Unit-Aufnahmen (IV/2018 bis IV/2020) .....	80
Abbildung 37: Einzugsgebiet der Decision Unit in Brandenburg .....	84
Abbildung 38: Behandlungsdauer der Teilnehmerinnen in der betreuenden Facharztpraxis zum ersten Erhebungszeitpunkt.....	85
Abbildung 39: Beanspruchte therapeutische Maßnahmen aufgrund der Harninkontinenz (Mehrfachnennungen möglich) .....	87
Abbildung 40: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie sehr stört Sie die Harninkontinenz?“ .....	88
Abbildung 41: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen zu Beginn des Behandlungsprogramms .....	89
Abbildung 42: Verteilung nach Beweglichkeit/Mobilität der Patientinnen .....	90
Abbildung 43: Verteilung nach Selbstversorgungsgrad der Patientinnen .....	90
Abbildung 44: Verteilung hinsichtlich der Kompetenz, alltäglichen Tätigkeiten nachgehen zu können .....	90
Abbildung 45: Verteilung von Schmerzen/körperlichen Beschwerden der Patientinnen .....	91
Abbildung 46: Verteilung von Angst/Niedergeschlagenheit der Patientinnen .....	91
Abbildung 47: Anzahl der depressiven Störungen in Schweregraden .....	92
Abbildung 48: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation .....	93
Abbildung 49: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“ .....	93
Abbildung 50: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz .....	94
Abbildung 51: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“ .....	94
Abbildung 52: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen.....	94
Abbildung 53: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“ .....	95
Abbildung 54: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion .....	95
Abbildung 55: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation .....	95
Abbildung 56: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“ .....	96
Abbildung 57: Flow-Chart zur Population im Behandlungspfad Herzinsuffizienz .....	105

Abbildung 58: NYHA-Klassifikation zur Baseline und bei der Abschlussbehandlung .....	106
Abbildung 59: Veränderung der LVEF zwischen Baseline und Abschlussbehandlung .....	107
Abbildung 60: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten	108
Abbildung 61: Verteilung der Beweglichkeit/Mobilität der Patientinnen und Patienten .....	109
Abbildung 62: Verteilung nach Selbstversorgungsgrad der Patientinnen und Patienten .....	109
Abbildung 63: Verteilung hinsichtlich der Kompetenz, alltäglichen Tätigkeiten nachgehen zu können .....	109
Abbildung 64: Verteilung von Angst/Niedergeschlagenheit der Patientinnen und Patienten .....	110
Abbildung 65: Verteilung von Schmerzen/körperlichen Beschwerden der Patientinnen und Patienten .....	110
Abbildung 66: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten .....	111
Abbildung 67: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation .....	113
Abbildung 68: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“ .....	113
Abbildung 69: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz .....	113
Abbildung 70: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“ .....	114
Abbildung 71: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen .....	114
Abbildung 72: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“ .....	114
Abbildung 73: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion .....	115
Abbildung 74: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation .....	115
Abbildung 75: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“ .....	115
Abbildung 76: CEP für inkrementelles Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis (voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte) .....	119
Abbildung 77: CEP für inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis (voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte) .....	120
Abbildung 78: Flow-Chart zur Population im Behandlungspfad Rückenschmerz .....	122
Abbildung 79: Aufgesuchte Fachärztinnen und Fachärzte vor Beginn des Behandlungspfades .....	123
Abbildung 80: Dauer der Schmerzen aller Patientinnen und Patienten zu Beginn des Behandlungspfades .....	124
Abbildung 81: Art der Schmerzen aller Patientinnen und Patienten zu Beginn des Behandlungspfades .....	125
Abbildung 82: Häufigkeit der Schmerzen aller Patientinnen und Patienten vor Beginn des Behandlungspfades .....	125
Abbildung 83: Dauer der Schmerzattacken aller Patientinnen und Patienten vor Beginn des Behandlungspfades .....	125
Abbildung 84: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz aller Patientinnen und Patienten im Behandlungspfad Rückenschmerz .....	128
Abbildung 85: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten (Gruppe B) .....	129
Abbildung 86: Verteilung der Beweglichkeit/Mobilität aller Patientinnen und Patienten im Behandlungspfad Rückenschmerz .....	130



Abbildung 87: Verteilung nach Selbstversorgungsgrad aller Patientinnen und Patienten ...	130
Abbildung 88: Verteilung hinsichtlich der Kompetenz, alltäglichen Tätigkeiten nachgehen zu können .....	131
Abbildung 89: Verteilung von Schmerzen/körperlichen Beschwerden aller Patientinnen und Patienten.....	131
Abbildung 90: Verteilung von Angst/Niedergeschlagenheit aller Patientinnen und Patienten .....	132
Abbildung 91: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten .....	133
Abbildung 92: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten (Gruppe B) ..	134
Abbildung 93: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation .....	135
Abbildung 94: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“ .....	135
Abbildung 95: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz .....	135
Abbildung 96: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“ .....	136
Abbildung 97: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen.....	136
Abbildung 98: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“ .....	136
Abbildung 99: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion .....	137
Abbildung 100: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation .....	137
Abbildung 101: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“ .....	137
Abbildung 102: Flow-Chat zur Population im Behandlungspfad Adipositas .....	140
Abbildung 103: Verteilung der Schmerzen der Patientinnen und Patienten .....	142
Abbildung 104: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten .....	144
Abbildung 105: Verteilung der Beweglichkeit/Mobilität der Patientinnen und Patienten .....	145
Abbildung 106: Verteilung nach Selbstversorgungsgrad der Patientinnen und Patienten ...	145
Abbildung 107: Verteilung hinsichtlich der Kompetenz, alltäglichen Tätigkeiten nachgehen zu können .....	146
Abbildung 108: Verteilung von Angst/Niedergeschlagenheit der Patientinnen und Patienten .....	146
Abbildung 109: Verteilung von Schmerzen/körperlichen Beschwerden der Patientinnen und Patienten.....	147
Abbildung 110: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten .....	148
Abbildung 111: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation .....	149
Abbildung 112: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“ .....	149
Abbildung 113: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz .....	149
Abbildung 114: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“ .....	150
Abbildung 115: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen.....	150
Abbildung 116: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“ .....	150
Abbildung 117: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion .....	151

Abbildung 118: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation .....	151
Abbildung 119: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“ .....	151
Abbildung 120: Vollstationäre Krankenhausfälle der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe (2016–2020) .....	155
Abbildung 121: Anzahl vollstationäre Krankenhausaufenthalte im Sana Krankenhaus Templin vs. in anderen Kliniken .....	156
Abbildung 122: Durchschnittliche Krankenhausaufenthalte pro Person (2016-2020) .....	157
Abbildung 123: Krankenhausaufnahmen mit ambulant-sensitiver Entlassdiagnose (2016–2020).....	158
Abbildung 124: Vollstationäre Notfälle (2016-2020) .....	160
Abbildung 125: Differenz der Anzahl der Hausarztkontakte in den einzelnen Altersklassen zwischen 2016 und 2020 .....	161
Abbildung 126: Differenz der Anzahl der Facharztkontakte in den einzelnen Altersklassen zwischen 2016 und 2020 .....	162
Abbildung 127: Weiterführende Analysen inklusive Boxplot der durchschnittlichen Krankenhauskosten für Versicherte mit Kosten im Leistungsbereich in den beiden Gruppen für 2016 und 2020 .....	171
Abbildung 128: Kosten-Effektivitäts-Flächen.....	183

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versorgungsmodule und Evaluationskomponenten von IGiB-StimMT. Quelle: Eigene Darstellung. ....	20
Tabelle 2: Übersicht Auswahl der Stakeholder-Gruppen. Quelle: In Anlehnung an Schreier et al. [26] .....	22
Tabelle 3: Dimensionen und Forschungsfragen der Zufriedenheitsbefragung der Leistungserbringer. Quelle: Eigene Darstellung .....	25
Tabelle 4: Einschreibeverhalten in IGiB-StimMT. Quelle: Eigene Darstellung .....	58
Tabelle 28: Diagnosegruppen nach Gesamtfällen der Decision Unit .....	81
Tabelle 29: Diagnosegruppen nach Gesamtfällen der Decision Unit in den Fachbereichen .	82
Tabelle 30: Aufenthaltsdauer nach Diagnosegruppen .....	82
Tabelle 5: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten aller Versorgungsmodule .....	96
Tabelle 6: Verteilung der Angaben zur Lebensqualität in den unterschiedlichen Dimensionen aller Patientinnen und Patienten der Versorgungsmodule .....	98
Tabelle 7: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten der Versorgungsmodule .....	100
Tabelle 8: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation aller Patientinnen und Patienten.....	101
Tabelle 9: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“ .....	102
Tabelle 10: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz .....	102
Tabelle 11: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“ .....	102
Tabelle 12: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen.....	102
Tabelle 13: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“ .....	103
Tabelle 14: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion .....	103
Tabelle 15: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation .....	103
Tabelle 16: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“ .....	103
Tabelle 17: Ergebnisse der inferenzstatistischen Analyse .....	104
Tabelle 18: Ursache der funktionellen Störung. ....	106
Tabelle 19: Durchschnittliche Kosten pro Versicherten im Behandlungspfad Herzinsuffizienz in den einzelnen Kostenkomponenten im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum .....	117
Tabelle 20: Gesamtkosten der Versicherten im Behandlungspfad Herzinsuffizienz im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum .....	118
Tabelle 21: Berechnung des inkrementellen Gesamtkosten-Effektivitätsverhältnis .....	118
Tabelle 22: Berechnung des inkrementellen Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnis ....	118
Tabelle 23: Ausgewählte im Bewegungsprogramm erhobene Parameter im Mittel (n = 23) .....	121
Tabelle 24: Durchschnittliche Kosten pro Versicherten im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum .....	139
Tabelle 25: Einteilung des BMI .....	141
Tabelle 26: Folge- und Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten zur Baseline	141

Tabelle 27: Durchschnittliche Kosten pro Versicherten im Behandlungspfad Adipositas im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum .....	153
Tabelle 31: Anzahl der Versicherten in den einzelnen Altersgruppen in der IG und KG (2016–2020).....	154
Tabelle 32: Entwicklung der Krankenhausaufnahmen mit ambulant-sensitiver Entlassdiagnose gegenüber dem Vorbeobachtungsjahr 2016 .....	159
Tabelle 33: Arzneimittel pro Versicherte in IG und KG (2016-2020).....	163
Tabelle 34: Anzahl der Versicherten in der IG und KG mit mindestens einer Physiotherapieverordnung in 2016-2020 (in n und %) .....	165
Tabelle 35: Anzahl der Versicherten in der IG und KG mit mindestens einer Verordnung für Ergotherapie in 2016-2020 (in n und %) .....	165
Tabelle 36: Anzahl der Versicherten in der IG und KG mit mindestens einer Verordnung für Logopädie in 2016-2020 (in n und %).....	166
Tabelle 37: Anzahl der Versicherten der IG und KG mit mindestens einer Hilfsmittelleistung in 2016-2020 (in n und %) .....	166
Tabelle 38: Durchschnittliche Kosten pro Versicherten in der IG und KG in den einzelnen Kostenkomponenten (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD .....	169
Tabelle 39: Durchschnittliche ambulante Kosten entsprechend der Einteilung in Quantile für das Jahr 2016 und 2020.....	172
Tabelle 40: Durchschnittliche Arzneimittelkosten entsprechend der Einteilung in Quantile für das Jahr 2016 und 2020.....	173
Tabelle 41: Durchschnittliche Kosten stationärer Leistungen pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD .....	175
Tabelle 42: Durchschnittliche Kosten ambulanter Leistungen pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD .....	175
Tabelle 43: Durchschnittliche Arzneimittelkosten pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD.....	176
Tabelle 44: Durchschnittliche Heilmittelkosten pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD .....	176
Tabelle 45: Durchschnittliche Hilfsmittelkosten (SGB V) pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD .....	177
Tabelle 46: Durchschnittliche Kosten häuslicher Krankenpflegeleistungen pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD .....	177
Tabelle 47: Durchschnittliche Fahrtkosten pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD .....	178
Tabelle 48: Vergleich der Gesamtkosten pro Versicherten zwischen den Jahren 2016 und 2020 .....	179
Tabelle 49: Gesamtkosten pro Versicherten in den jeweiligen Altersgruppen (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD .....	180
Tabelle 50: Berechnung des inkrementellen Gesamtkosten-Effektivitätsverhältnisses .....	181
Tabelle 51: Berechnung des inkrementellen Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnisses .....	182

## Zusammenfassung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung stellt sich in ländlichen Regionen zunehmend als Herausforderung dar. Bereits seit einigen Jahren können freie Arztstühle teilweise nicht oder nur unter großen Anstrengungen nachbesetzt werden und Krankenhäuser sind häufig defizitär. Dies stellt ganz unterschiedliche Akteure – von Kommunen und Landkreisen bis hin zu Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen – vor die Aufgabe, neue Konzepte zu entwickeln, um die verfügbaren medizinischen Kapazitäten möglichst sinnvoll einzusetzen und Effizienzreserven zu heben. Neben einer besseren Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgungsangebote geht es auch darum, die interprofessionelle Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen anhand ihrer Qualifikationen, Stärken und Potenziale neu auszutarieren.

Entsprechend war es das Ziel des Innovationsfondsprojekts IGiB-StimMT (**Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg – Strukturmigration im Mittelbereich Templin**), Lösungsstrategien für diese komplexen Anforderungen zu entwickeln und umzusetzen. Im Zentrum stand die Umstrukturierung des Sana Krankenhauses Templin zu einem Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) mit einem breiten Spektrum von Versorgungsangeboten, die stärker am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind.

In diesem Rahmen wurden unter anderem eine ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP), eine Decision Unit (DU) sowie ein Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) aufgebaut, die räumlich am Sana Krankenhaus Templin angesiedelt sind. Daneben erfolgte die Implementierung der sektorenübergreifenden Behandlungspfade Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas sowie einer strukturierten Harninkontinenzversorgung.

Ein wichtiges Teilziel betraf die Entlastung der Rettungsstelle am Sana Krankenhaus Templin. Die Versorgung in der Notaufnahme von Patientinnen und Patienten, die auch in den ambulanten Strukturen angemessen behandelt werden könnten, geht nicht nur zulasten der Versorgung „echter“ Notfälle, sondern ist auch mit überproportional hohen Kosten verbunden. Vor dem Hintergrund, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen in Deutschland im europäischen Vergleich sehr hoch und überfüllte Notfall-Ambulanzen ein seit Jahren stark diskutiertes Thema ist [1], sind Lösungsstrategien für diese Problematik von großer überregionaler Bedeutung.

### **Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP)**

Als ein alternatives zur Rettungsstelle ortsgebundenes Behandlungsangebot der Notfallversorgung übernimmt die ÄBP die Versorgung von ambulanten Akutfällen außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten von Arztpraxen. Die Auswertung der Versorgungsdaten zeigt, dass die ÄBP maßgeblich dazu beitragen konnte, die Rettungsstelle und den Fahrdienst zu entlasten. Bereits kurze Zeit, nachdem die ÄBP ihren Betrieb aufgenommen hatte, wurde sie von den Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen. Parallel dazu sanken die Fallzahlen in der Rettungsstelle und beim Fahrdienst. Die Betrachtung der Kosten zeigt, dass die Gesamtkosten für ÄBP, Rettungsstelle und Fahrdienst niedriger ausfallen als die Gesamtkosten für Rettungsstelle und Fahrdienst vor der Einführung der ÄBP.

Das Konzept der ÄBP eignet sich hervorragend als Blaupause für andere Regionen, die vor ähnlichen strukturellen Herausforderungen stehen. Auch die Übertragung in weitere Versorgungssettings erscheint plausibel. So könnten ärztliche Bereitschaftspraxen etwa in städtischen Bezirken, die einen hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund aufweisen, ebenfalls zu einer effizienteren Versorgung führen, da in diesen Bezirken die Inanspruchnahme der Notfall-Ambulanzen kulturell bedingt besonders hoch ist.

Als wesentlicher Erfolgsfaktor für die ÄBP dürfte ihre Ansiedlung an einem Krankenhaus gelten. Zum einen werden Krankenhäuser bei akuten Beschwerden als wichtige Anlaufstelle wahrgenommen, zum anderen ermöglicht die räumliche Nähe nahtlose Übergänge für Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Akutsituationen. Weiterhin ist für den Erfolg der ÄBP eine ausreichende personelle Ausstattung erforderlich, um zu gewährleisten, dass der tatsächliche Bedarf besonders zu hochfrequentierten Zeiten abgedeckt werden kann, da andernfalls erneut auf die Notfall-Ambulanzen ausgewichen wird. Sinnvoll erscheint zudem, dass die ÄBP sowohl mit niedergelassenen als auch mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten besetzt werden kann, da dies eine breite medizinische Expertise sicherstellt und die intersektorale Zusammenarbeit fördert.

Entwicklungspotenzial für die ÄBP im Projekt IGiB-StimMT kann in einem Ausbau des Leistungsspektrums gesehen werden. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Akzeptanz, die die ÄBP innerhalb von kurzer Zeit erreicht hat, ließen sich sehr gut weitere Angebote wie etwa ein Impfzentrum angliedern.

### ***Decision Unit (DU)***

Bei Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden kann die Entscheidung für oder gegen eine stationäre Einweisung häufig nicht spontan getroffen werden. So ist es beispielsweise bei undefinierten Bauch- oder Brustschmerzen, oberflächlichen Verletzungen nach Unfällen, Atembeschwerden oder Schwindel häufig sinnvoll und vielfach auch ausreichend, die Patientinnen und Patienten über mehrere Stunden zu beobachten, ohne dass hier alle Ressourcen einer stationären Versorgung erforderlich sind. Ein solches niedrigschwelliges Angebot ist in den Strukturen der Regelversorgung aktuell jedoch nicht abbildbar.

Diese Versorgungslücke adressierte das Projekt IGiB-StimMT mit der Einführung einer DU. Mit der DU wurde ein Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten geschaffen, bei denen unklare Diagnosen, Verdachtsdiagnosen oder Versorgungserfordernisse vorlagen, die über die ambulanten Möglichkeiten hinausgehen. Das vorrangige Ziel der DU bestand darin, unter den Akutfällen die ambulant-sensitiven Fälle zu selektieren und somit auch die Hospitalisierungsrate zu senken – bei einer gleichzeitig hohen Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten, die nicht unmittelbar nach Hause oder in eine weiterführende Versorgung übergeleitet werden können. Dieses Ziel wurde in vollem Umfang erreicht. Von den mehr als 1.000 Patientinnen und Patienten, die im Projektzeitraum in die DU aufgenommen wurden, erfolgte lediglich für neun die Überführung in eine stationäre Behandlung. Dies zeigt, dass das Konzept einer DU sehr gut geeignet ist, um eine sinnvolle Patientensteuerung in die jeweils geeignete Versorgungsstufe zu erreichen.

Das Konzept der DU kann ebenfalls als Blaupause für die Einführung an anderen Standorten dienen. Dies gilt besonders – aber nicht nur – für schwer zu versorgende Regionen mit weiten Anfahrtswegen zum nächstgelegenen Krankenhaus. In der aktuellen Pandemie-Situation

könnten DUs darüber hinaus einen wichtigen Beitrag leisten, um die personellen Kapazitäten in den Kliniken zu entlasten.

Während DUs für das deutsche Gesundheitssystem als innovativer Baustein für die Gestaltung zeitgemäßer Versorgungsstrukturen eingestuft werden können, werfen sie gleichzeitig wichtige Fragen hinsichtlich der Finanzierungssystematiken auf. Im derzeitigen Vergütungssystem werden in erster Linie Versorgungsleistungen vergütet, nicht aber das Vorhalten von Versorgungsstrukturen. DUs haben das Potenzial, die Inanspruchnahme verhältnismäßig hochpreisiger Leistungen zu vermeiden (stationäre Aufenthalte). Dass die breite Einführung von DUs den Interessen einiger Akteure entgegenstehen könnte, etwa indem sie zu einer niedrigeren Belegungsquote in Krankenhäusern führen, darf nicht davon ablenken, dass die Diskussion stets im Sinne der Patienteninteressen geführt werden muss.

### ***Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ)***

Das deutsche Gesundheitssystem hält einen immens großen Leistungsumfang für die Versicherten vor. Gleichzeitig sind viele Patientinnen und Patienten aufgrund von Alter, Sprachbarrieren oder gesundheitlichen Einschränkungen damit überfordert, sich in den komplexen Strukturen der Sozialgesetzgebung zurechtzufinden. Diese Menschen benötigen Unterstützungsangebote, die sich nicht an den Leistungsbereichen der Sozialgesetzbücher, sondern an den Patientenbedürfnissen orientieren.

Das im Rahmen von IGiB-StimMT eingerichtete KBZ fängt diese hohe Nachfrage nach Beratungs- und Koordinierungsleistungen auf und bündelt sie an einer zentralen Stelle, die mit entsprechend qualifiziertem Personal ausgestattet ist. Das Leistungsspektrum des KBZ gliedert sich in die Bereiche Casemanagement und Beratung. Beide Angebotsarme wurden zum Ende des Projektzeitraums sehr gut angenommen.

Mit der Etablierung des Casemanagements wurde das Ziel erreicht, die sektorenübergreifende Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen zu verbessern. Die im KBZ tätigen speziell geschulten Casemanagerinnen erfüllen eine wichtige Lotsenfunktion und begleiten die Patientinnen und Patienten auf vielfältigen Ebenen, etwa bei der Koordinierung von Arztterminen, beim Ausfüllen von Anträgen oder durch konkrete medizinische Tätigkeiten wie Blutzuckermessungen und Verbandswechsel. Sie tragen so gleichermaßen zu einer hohen Versorgungsqualität, zu einer Entlastung hausärztlicher Praxen und zu einer besseren intersektoralen Zusammenarbeit bei.

Mithilfe des Beratungsangebotes des KBZ wurde ein niedrighschwelliger Zugang zu qualifizierten Informationen rund um gesundheitliche und pflegerische Belange geschaffen. Die Datenauswertung ergab, dass in den Beratungen insbesondere die Themen Pflege, Patientenverfügungen und Rehamaßnahmen im Vordergrund standen. Dies zeigt, dass die Abgrenzung von Beratungsangeboten entsprechend der Leistungsbereiche der verschiedenen Sozialgesetzbücher aus Sicht der Versicherten weder nachvollziehbar noch zweckmäßig ist. Gebraucht werden vielmehr übergreifende Sozialberatungsstellen, die die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten ganzheitlich berücksichtigen und diese ggf. an spezialisierte Beratungseinrichtungen wie Pflegestützpunkte oder Rechtsberatungsstellen weitervermitteln können.



### ***Sektorenübergreifende Behandlungspfade und strukturiertes Behandlungsprogramm***

Mit den sektorenübergreifenden Behandlungspfaden Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas adressiert das Projekt IGiB-StimMT Krankheitsbilder, die im Mittelbereich Templin besonders hohe Fallzahlen aufweisen. Seit Einführung der Disease Management Programme (DMP) Anfang der 2000er Jahre besteht Einigkeit darüber, dass die Behandlung entlang von strukturierten Behandlungsplänen insbesondere bei lebensstilbedingten Erkrankungen sinnvoll ist. In schwer zu versorgenden Regionen kommen die positiven Effekte von koordinierten Behandlungspfaden sogar umso mehr zum Tragen. Vor diesem Hintergrund war es ein richtiger und wichtiger Schritt, die Versorgung der ausgewählten Indikationen für den spezifischen regionalen Kontext des Mittelbereichs Templin auf Basis von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden umzusetzen. Mit Blick auf eine Überführung in die Regelversorgung erscheint es sinnvoll, die Ergebnisse der verschiedenen indikationsspezifischen Versorgungskonzepte aus anderen Innovationsfondsprojekten sowie aus Selektivverträgen zusammenzuführen und daraus Best-Practice-Modelle abzuleiten.

Hinsichtlich der strukturierten Harninkontinenzversorgung ging es vorrangig darum, die wohnortnahe Versorgung für Patientinnen mit dieser Indikation zu verbessern. Angesichts der ländlichen Prägung der Region, des Stigmatisierungsfaktors von Harninkontinenz und der weiten Verbreitung dieser Problematik in der Bevölkerung bei einer gleichzeitig hohen Anzahl unbehandelter Fälle ist das Thema gut gewählt. Um diejenigen Patientinnen und Patienten noch besser zu erreichen, die zwar unter Harninkontinenz leiden, deshalb jedoch bisher nicht in Behandlung sind, sollte einem strukturierten Behandlungsprogramm möglicherweise eine Vorsorgeuntersuchung vorangestellt werden. Diese könnte für Frauen an die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen angegliedert sein, für Männer an die urologische oder die Darmkrebsvorsorge.



## Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg – Strukturmigration im Mittelbereich Templin



- ! **Strukturmigrationen**
  - erfordern hohes Maß an Abstimmung zwischen den Akteuren
  - stellen hohe Anforderungen an das Projektmanagement
- ! **Modulares Vorgehen ist empfehlenswert**
- ! **Führungs-, Kommunikations- und Moderationsfähigkeiten sind Schlüsselfaktoren für den Erfolg**

- ✓ Erprobung eines Ansatzes, der über die Regelversorgung hinausgeht
- ✓ Erkenntnisgewinn für die Verbesserung der Versorgung
- ✓ Gutes Potenzial für die Überführung in die Regelversorgung

## 1. Ausgangslage und Ziele

Der Mittelbereich Templin mit einer Einwohnerzahl von 27.000 Personen liegt im Norden des Landes Brandenburg in der West-Uckermark. Zum Mittelbereich gehört neben den amtsfreien Gemeinden Lychen und Boitzenburger Land sowie dem Amt Gerswalde auch die Stadt Templin mit 15.917 Einwohnerinnen und Einwohnern (Stand: 31.12.2019), die das urbane Zentrum des Mittelbereiches bildet [2]. Eine Karte des Mittelbereichs ist in der nachfolgenden Abbildung 1 dargestellt.

Der Mittelbereich hat eine Fläche von 1.002,8 km<sup>2</sup> [3]. Er ist somit flächenmäßig größer als beispielsweise Berlin mit 891,68 km<sup>2</sup> [4] und entsprechend durch weite räumliche Distanzen zwischen den Ortschaften gekennzeichnet.

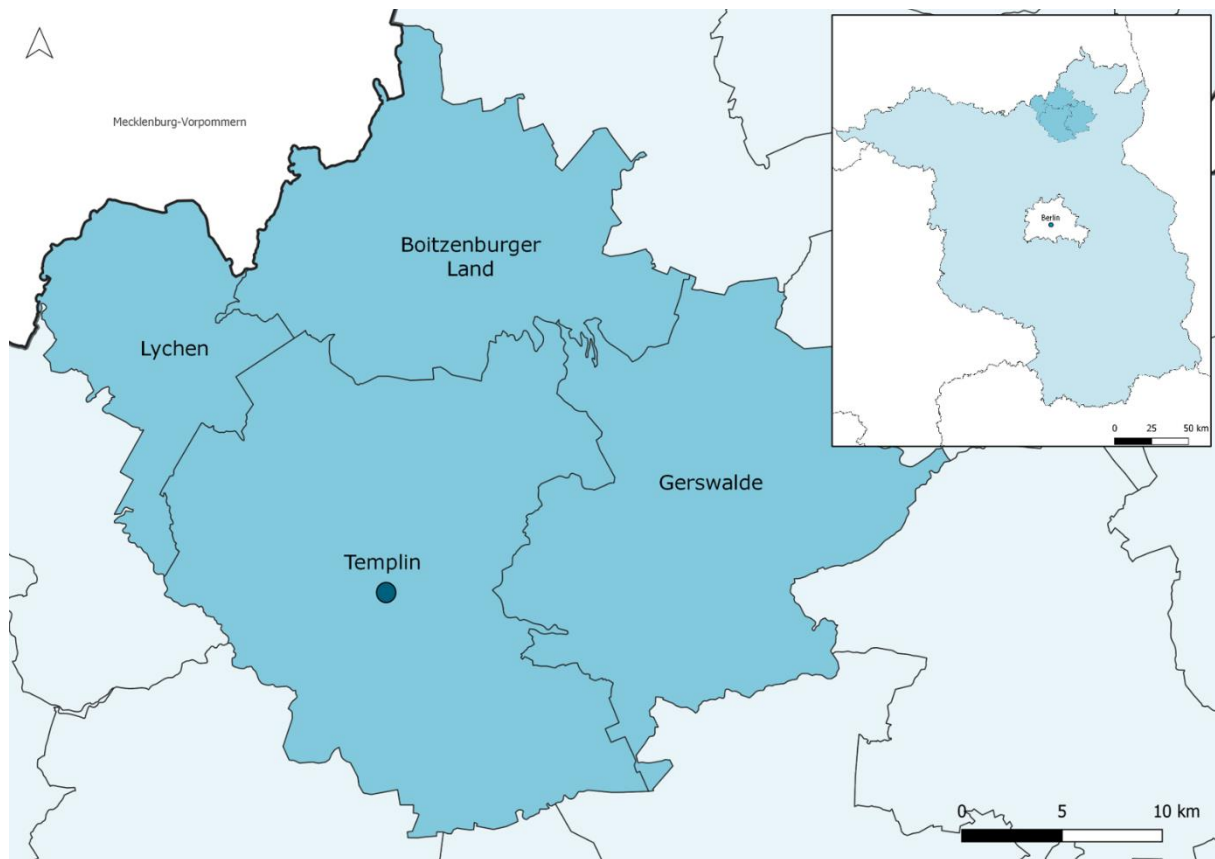


Abbildung 1: Räumliche Lage und administrative Gliederung des Mittelbereiches Templin (Stand 2020). Quelle: inav GmbH (Kartengrundlage: GADM)

Aktuellen Prognosen zufolge wird die Bevölkerung im Mittelbereich bis 2030 um etwa 17 % (4.500 Personen) auf 22.500 Einwohnerinnen und Einwohner zurückgehen. Gleichzeitig wird der Anteil der ab 65-Jährigen um 40 % (von ca. 6.700 auf ungefähr 9.400 Personen) zunehmen [5].

Die medizinische und pflegerische Versorgung im Mittelbereich Templin wird im Wesentlichen durch folgende Akteure getragen [6]:

- Sana Krankenhaus Templin (Krankenhaus der Grundversorgung mit 122 Planbetten)
- 18 Hausärztinnen und Hausärzte
- 22 niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte
- 9 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- 5 stationäre Pflegeeinrichtungen
- 18 ambulante Pflegedienste

Charakteristisch für den Mittelbereich Templin ist, dass – gemessen an siedlungsstrukturell vergleichbaren Regionen – relativ große Wegstrecken zurückgelegt werden müssen, um insbesondere ergänzende stationäre Versorgungsangebote zu erreichen. Des Weiteren haben Bestandsaufnahmen vor Ort ergeben, dass die Grundversorgung noch nicht hinreichend auf komplexe Versorgungserfordernisse einer zunehmend älteren, multimorbiden Bevölkerung eingestellt war. Demnach waren keine systematische fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Abstimmung und Koordination der Versorgung vorhanden, zudem fehlte es an eng in das Versorgungssystem vor Ort eingebundene Ansprechpartnerinnen und -partner (insbesondere für geriatrische Patientinnen und Patienten) im Mittelbereich Templin [6].

Empirische Analysen vorab sowie Einschätzungen vor Ort zeigten ein hohes Potenzial für die ambulante Versorgung von bislang stationär behandelten Patientinnen und Patienten. So konnte in einer vorangegangenen Auswertung von GKV-Routinedaten der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und der BARMER für ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK) gemäß der Kategorisierung nach Sundmacher et al. [7] für das Jahr 2014 eine Rate von deutlich über 30 % ermittelt werden [6]. Als ambulant-sensitiv wurden nach der Definition von Sundmacher et al. die Diagnosen betrachtet, bei denen mittels effektiver und zeitnaher ambulanter Behandlung eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus vermieden werden kann [7].

Bedingt durch die gegenwärtige Altersstruktur dominieren chronische Erkrankungen das Krankheitsgeschehen, wobei viele Betroffene mehrfach erkrankt sind.

Das übergeordnete Ziel des Projektes bestand darin, die regionalen Versorgungsstrukturen und -prozesse im Mittelbereich Templin bedarfsorientiert und regionalspezifisch an die beschriebenen veränderten Bedingungen anzupassen.

Vor diesem Hintergrund wurden für das Projekt folgende Zielsetzungen abgeleitet:

- Weiterentwicklung der Grundversorgung im Hinblick auf die komplexen Versorgungserfordernisse älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten
- Gezielte Anpassung und Ausbau ambulanter Versorgungsmöglichkeiten unter Erschließung des ambulanten Potenzials heutiger stationärer Leistungen und Anpassung stationärer Versorgungskapazitäten (Strukturmigration mit dem Ziel einer stärkeren Ambulantisierung)
- Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung
- Schaffung eines eng in das Versorgungssystem eingebundenen Koordinations- und Beratungszentrums für Ärztinnen und Ärzte, Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen

- Unterstützung einer systematischen fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination der Versorgung durch leitlinienbasierte und übergreifend abgestimmte Verfahrensabläufe bzw. Behandlungspfade für die Behandlung und Betreuung definierter Patientengruppen bzw. in Abhängigkeit von Behandlungsanlässen

Eine zentrale Anforderung des Projektes lag in der Übertragbarkeit der realisierten Lösungen (Roll-out-Fähigkeit). So sollen die Lösungsansätze in andere, vergleichbare Regionen übertragbar sein.

Übergeordnete Versorgungsziele des Projektes waren:

- Ausschöpfen des ambulanten Potenzials bislang stationär behandelte Patientinnen und Patienten. Die Zielgröße setzt sich aus indikationsspezifischen Teilzielen zusammen.
- Erhöhung der Anteilswerte von in Behandlungspfaden geführte Patientinnen und Patienten, die bei definierten Ergebnisparametern festgelegte Zielwerte erreichen. Die konkreten Festlegungen erfolgen im Rahmen der Erarbeitung der Behandlungspfade.
- Im Projekt werden Versicherte von den im Koordinations- und Beratungszentrum vorgehaltenen Angeboten wie Casemanagement, Beratung und Unterstützung profitieren.
- Qualitative Verbesserung der fach- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aus Leistungserbringerperspektive
- Reduzierung der Inanspruchnahme von Rettungsstelle und Rettungsdienst

Das Projekt wurde in verschiedenen Teilprojekten realisiert. Innerhalb dieser Teilprojekte wurden wiederum unterschiedliche Versorgungsmodule etabliert. Für jedes Versorgungsmodul innerhalb der neuen Versorgungsform wurde ein Set von operationalisierten Versorgungszielen definiert.

## 2. Darstellung der neuen Versorgungsform

Im Innovationsfondsprojekt **IGiB-StimMT** (Innovative **G**esundheitsversorgung in **B**randenburg – **S**trukturmigration im **M**ittelbereich **T**emplin) wurden auf mehreren Ebenen stationäre und ambulante Versorgungskapazitäten angepasst und fach- und sektorenübergreifend verbunden. Die Maßnahmen beschränkten sich nicht allein auf medizinische Interventionen, sondern umfassten insbesondere strukturelle Anpassungen, die sich auf spezifische Versorgungssettings im Mittelbereich Templin bezogen.

Das Projekt gliederte sich in mehrere Versorgungsmodule, die eng miteinander verknüpft waren und sich vier verschiedenen Teilprojekten zuordnen ließen:

- Etablierung einer Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) im Mittelbereich Templin, die in ein Arzt- und Psychotherapeutennetz mündete (vgl. Teilprojekt 1)
- Strukturmigration zum Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) (vgl. Teilprojekt 2)
  - Koordinierungs- und Beratungszentrums (KBZ) (vgl. Teilprojekt 3)
    - Integrierte Beratungsangebote
    - Ambulantes Fallmanagement durch Casemanagerinnen

- Netzwerk ergänzender Dienste
- SGB-übergreifende Beratung und weiterführende Vermittlung
- Medizinische Informationsveranstaltungen/Erwachsenenbildung
- Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP)
- Decision Unit (DU)
- Strukturierte Harninkontinenzversorgung
- Sektorenübergreifende Behandlungspfade Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas (vgl. Teilprojekt 4)

Zunächst erfolgte die Strukturierung der Versorgungsabläufe auf der Grundlage von Prozessbeschreibungen. Anschließend wurde die wohnortnahe ambulante und stationäre Grundversorgung auf die Versorgungserfordernisse einer zunehmend älteren und multimorbiden Bevölkerung ausgerichtet und mit wohnortferner ergänzender Versorgung verzahnt.

Neben den medizinischen Interventionen beeinflussten somit weitere Kontextfaktoren die im Rahmen des Projektes erzielten Ergebnisse. Dazu gehören beispielsweise Hierarchien, Berufsgrenzen oder Personalvereinbarungen im jeweiligen Setting, soziale, geografische und umweltbedingte Barrieren sowie die Auswirkungen anderer, gleichzeitig stattfindender organisatorischer Veränderungen [8].

Vor diesem Hintergrund weist das Versorgungskonzept IGiB-StimMT die Merkmale einer komplexen Intervention auf, die gemäß der Definition des Medical Research Councils (MRC) durch die folgenden Aspekte charakterisiert ist [9, 10]:

- Vielzahl interagierender Komponenten
- Ansprache einer ganzen Bevölkerungsgruppe und unterschiedlichster Leistungserbringer
- Unterschiedliche (erwartbare) Outcome-Parameter
- Laufende Konzeptanpassungen
- Großer Einfluss kontextueller und individueller Faktoren

Komplexe Interventionen erfordern die Untersuchung verschiedener Bestandteile [11]:

- Synergien zwischen interagierenden Komponenten
- Rückkopplungs-/Feedbackschleifen und deren Auswirkungen
- Interaktionen zwischen unterschiedlichen gesundheitlichen und nicht-gesundheitlichen Outcomes
- Zugrundeliegende Prozesse und deren Anpassungen

## **2.1. Etablierung einer Grundversorgungsgemeinschaft (GVG)/eines Arzt- und Psychotherapeutennetzes im Mittelbereich Templin**

Ein Versorgungsmodul im Projekt IGiB-StimMT beinhaltete die Etablierung einer Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) im Mittelbereich Templin, die in ein Arzt- und Psychotherapeutennetz mündete. Angelehnt an die vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen im Gutachten 2009 entwickelte Konzeption sogenannter „Primärversorgungspraxen“ [12] bilden die niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte die „Grundversorgungsgemeinschaft Templin (GVG T)“.

Charakteristische Merkmale der GVG sind:

- Abgestimmte Prozesse und Arbeitsstrukturen sowohl GVG-intern als auch in der Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und -ärzten, Krankenhäusern und regionalen Pflegediensten/-einrichtungen sowie koordinierte Einbeziehung ergänzender Gesundheitsfachberufe
- Systematische auftragsbezogene Einbeziehung der im Koordinations- und Beratungszentrum Templin (KBZ) tätigen Fachkräfte für die Übernahme delegationsfähiger Leistungen und das Casemanagement (Casemanagerinnen), gemeinsame Fallbesprechungen, praxisübergreifende Einsatz-/Versorgungsplanung
- Aus-/Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie für Medizinische Fachangestellte in den Bereichen Casemanagement sowie Alters- und Jugendmedizin
- Systematische Integration spezialärztlicher ambulanter und stationärer Versorgung (auch wohnortfern), z. B. durch telemedizinisch unterstützte Konsile und Videokonsultationen

## **2.2. Strukturmigration zum Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ)**

Zur Überwindung der starren Trennung des ambulanten und stationären Sektors wurde unter dem Dach des Sana Krankenhauses Templin ein Ambulant-Stationäres Zentrum (ASZ) etabliert. Das im Gebäude des Krankenhauses angesiedelte Zentrum bündelt und erweitert regionale, insbesondere ärztliche Ressourcen, um eine auf den regionalen Bedarf abgestimmte wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Neben der Vorhaltung von Kapazitäten für die Akutversorgung deckt das ASZ erweiterte ambulante Leistungen ab, wie in Abbildung 2 dargestellt.

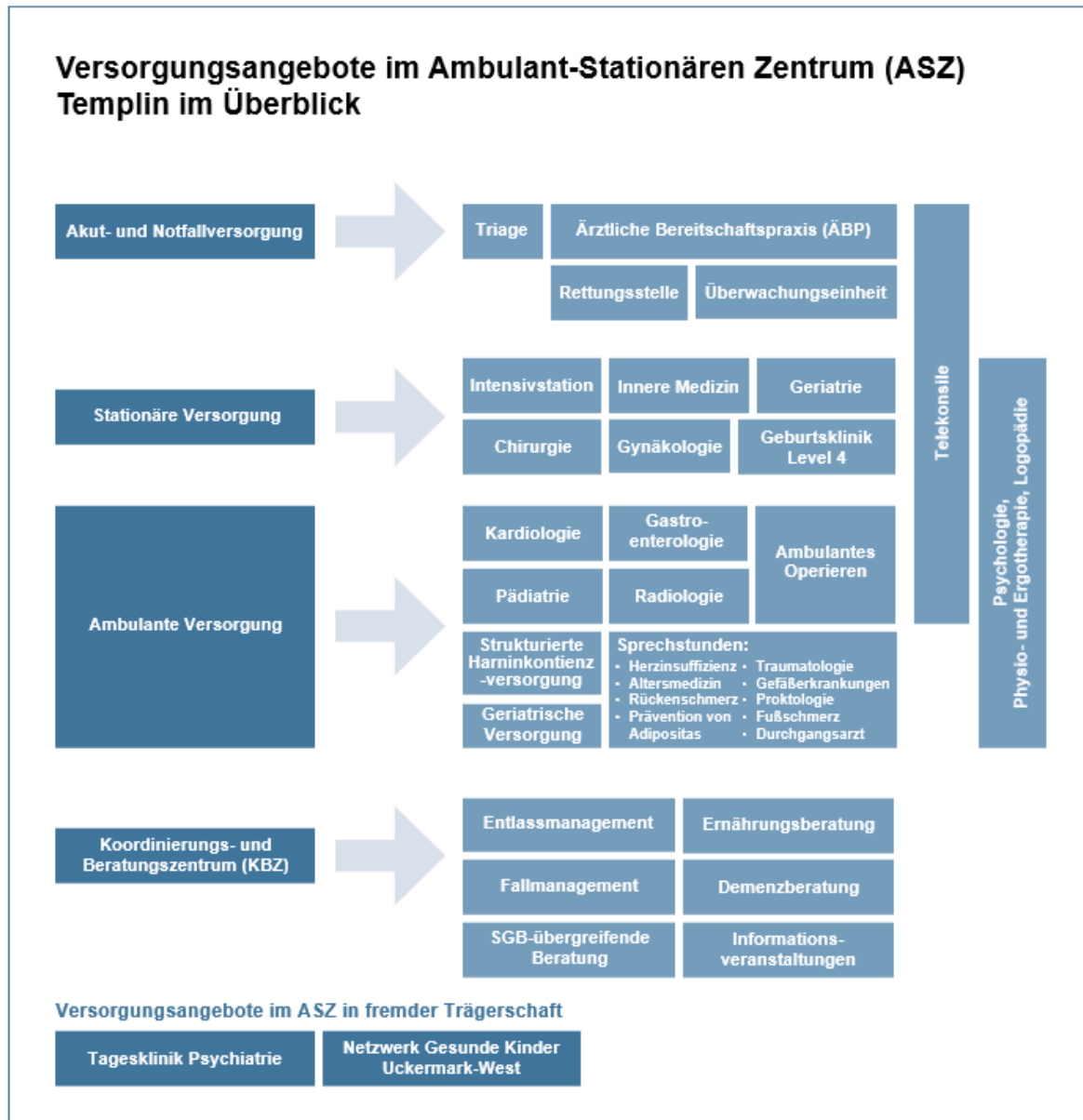


Abbildung 2: Versorgungsangebote im Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) Templin im Überblick. Quelle: Eigene Darstellung nach [13].

Zum Leistungsspektrum des ASZ gehören:

- Ambulante Versorgung
- Stationäre Versorgung
- Akut- und Notfallversorgung
- Koordinierungs- und Beratungszentrum

Im Fokus der Evaluation standen die Leistungsangebote Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ), Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP), Decision Unit (Überwachungseinheit) und die strukturierte Harninkontinenzversorgung.

### **2.2.1. Aufbau und Betrieb eines Koordinierungs- und Beratungszentrums (KBZ)**

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Ausgangsbedingungen wurde ein eng in das Versorgungssystem eingebundenes KBZ am Standort des ASZ geschaffen. Im KBZ sind Fachkräfte (Casemanagerinnen) sowohl für das Casemanagement als auch für das Entlassmanagement sowie Fachkräfte für die übergreifende Koordination und Beratung von Ärztinnen und Ärzten, anderen Leistungserbringern, Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen tätig. Eine enge Verzahnung erfolgte durch die räumliche und personelle Zusammenfassung mit dem Sozialdienst des Sana Krankenhauses Templin.

Die Casemanagerinnen sind speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA), die chronisch erkrankten oder in der Mobilität eingeschränkten Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Fallmanagements zur Seite stehen. In dieser Funktion unterstützen sie Klientinnen und Klienten entlang ihrer Versorgung. Sie koordinieren Termine mit Fachärztinnen und -ärzten sowie Rehaeinrichtungen, prüfen den Medikamentenplan und die Notwendigkeit weiterer Unterstützungsangebote, leiten weitere Unterstützungsangebote ein (Pflegedienst, Essen auf Rädern etc.), führen Hausbesuche durch und unterstützen beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen. Weiterhin koordinieren sie im Rahmen des Projektes Fallbesprechungen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie mit weiteren Leistungserbringern, z. B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten der jeweiligen Behandlungspfade.

Die im KBZ angesiedelten Fachkräfte sind eng in das Versorgungssystem integriert und werden in definierten Fallkonstellationen frühzeitig in die Versorgung und Betreuung der Klientinnen und Klienten eingebunden. Zum Angebot gehören auch eine Sozialgesetzbuch-übergreifende Beratung sowie die weiterführende Vermittlung von Unterstützungs-, Versorgungs- und Daseinsfürsorgeangebote Dritter. Dies wird erreicht durch den Aufbau und die Strukturierung eines Netzwerkes ergänzender Dienste und Hilfen, durch klientenzentrierte Organisation und Koordination sowie durch die Initiierung weiterer unterstützender Angebote (z. B. Fahrdienste, ehrenamtliche Betreuung, technische Assistenzsysteme).



### **2.2.2. Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP)**

Die Implementierung der ÄBP stellte einen zentralen Baustein für die Neuorganisation der Akut- und Notfallversorgung im Mittelbereich Templin dar. Sie soll eine bedarfsgerechte und gesicherte medizinische Versorgung im ländlichen Raum gewährleisten und befindet sich in den Räumlichkeiten des Sana Krankenhauses Templin. Als ein alternatives zur Rettungsstelle ortsgebundenes Behandlungsangebot der Notfallversorgung übernimmt die ÄBP die Versorgung von ambulanten Akutfällen außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten<sup>1</sup> niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Somit soll die ÄBP eine Anlaufstelle zur Akutversorgung der Patientinnen und Patienten bilden und auf diese Weise eine Entlastung der Rettungsstelle ermöglichen.

Die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zur Rettungsstelle oder in die ÄBP wird auf Basis einer Ersteinschätzung und der zeitlichen Dringlichkeit der Behandlung veranlasst. Patientinnen und Patienten, die akut, jedoch nicht lebensbedrohlich erkrankt sind, werden in der ÄBP versorgt. Sollten die Betroffenen aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sein, die ÄBP aufzusuchen, übernimmt ein fahrender ärztlicher Bereitschaftsdienst die Versorgung. Notfallpatientinnen und -patienten werden weiterhin in der Rettungsstelle erstversorgt und untersucht. Für Patientinnen und Patienten, die eine unklare Symptomatik aufweisen bzw. die aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes kurzzeitig überwacht werden müssen, ist eine Unterbringung auf der neu etablierten Decision Unit (Überwachungseinheit) möglich.

Ziel der ÄBP ist es, Patientinnen und Patienten verstärkt ambulant durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu versorgen und eine stationäre Aufnahme und Behandlung zu vermeiden. Durch das Schnittstellenmanagement sollen die Sektorengrenzen überwunden und personelle sowie infrastrukturelle Ressourcen gebündelt werden. Zudem soll so sowohl eine effiziente als auch eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung gewährleistet werden.

### **2.2.3. Decision Unit**

Die Schaffung der Decision Unit erfolgte im Kontext der Neugestaltung der Akut- und Notfallversorgung.

Für Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer noch zu klärenden Verdachtsdiagnose oder sonstiger, ggf. vorübergehender Einschränkungen der Gesundheit (z. B. hypertensive Entgleisung, allergische Reaktion, Hypoglykämie) einer ärztlichen und pflegerischen Überwachung und Versorgung bedurften, standen vor der Etablierung der Decision Unit keine geeigneten Strukturen zur Verfügung. Oftmals konnten sie nur im Rahmen einer stationären Aufnahme versorgt werden. Im Vergleich zu Ballungsgebieten kamen darüber hinaus erschwerend die weiten Wege und der geringe Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs hinzu.

Vor diesem Hintergrund wurde für Patientinnen und Patienten mit unklarer Symptomatik und/oder Überwachungserfordernis die Möglichkeit der übergangsweisen Unterbringung in einer neu etablierten Decision Unit geschaffen. Dieses Angebot richtet sich an Patientinnen und

---

<sup>1</sup> ÄBP-Öffnungszeiten in den Räumlichkeiten des Sana Krankenhauses Templin: Mo., Di. und Do.: 19:00 bis 7:00 Uhr, Mi. und Fr.: 13:00 bis 7:00 Uhr sowie Sa., So. und an Feiertagen: 7:00 bis 7:00 Uhr.

Patienten, deren Versorgung nicht oder nicht mehr alle Ressourcen der stationären Versorgung erfordert, die aber nicht unmittelbar nach Hause oder in eine weiterführende Versorgung übergeleitet werden können.

Die Aufnahme in die Decision Unit ist für Patientinnen und Patienten mit folgenden Diagnosen vorgesehen:

- Unklarer Thoraxschmerz (kein Ausschluss Myokardinfarkt)
- Krampfanfall
- Alkoholintoxikation
- Exsikkose
- Bluthochdruck
- Gelenk-Luxation mit Analgosedierung
- Allergische Reaktion
- Hypoglykämie
- Gallenkolik
- Nierenkolik
- Unklarer Bauchschmerz
- Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen

Soweit erforderlich, können verfügbare ärztliche und pflegerische Ressourcen am Standort des Sana Krankenhauses Templin unkompliziert eingebunden werden.

#### **2.2.4. Strukturierte Harninkontinenzversorgung**

Im Rahmen des Projektes wurde ein Defizit im Bereich der Harninkontinenzversorgung im Mittelbereich Templin identifiziert. Aufgrund von Schamgefühl vermeiden Betroffene es häufig, bei Arztbesuchen Inkontinenzprobleme anzusprechen<sup>2</sup>. Dabei kann eine frühzeitige Therapie den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen und einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität leisten. Der urogynäkologischen Therapie geht eine umfangreiche und zeit- aufwendige Diagnostik voraus. Darüber hinaus bedarf es einer vertrauensvollen Kommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin, die in vielen Fällen zunächst auf eine Enttabuisierung der Erkrankung abzielt, wichtige Beratungsinhalte vermittelt und die Grundlage für einen erfolgreichen Therapieverlauf darstellt (Compliance).

Im regulären gynäkologischen Praxisbetrieb standen für derartige Beratungs- und Diagnostikleistungen sowie für die Therapieplanung und -kontrolle keine ausreichenden zeitlichen und medizintechnischen Ressourcen zur Verfügung. Aus diesem Grund wurden die Patientinnen häufig in zertifizierte, wohnortferne Zentren verwiesen, obwohl eine Basisdiagnostik und die Therapie (bis auf Ausnahmen) häufig auch durch die Gynäkologinnen und Gynäkologen vor Ort erfolgen könnten.

---

<sup>2</sup> Durch die Kooperation mit Gynäkologinnen und Gynäkologen beschränkt sich die Versorgung in der strukturierten Harninkontinenzversorgung ausschließlich auf Patientinnen.

Um die Versorgung im Bereich Harninkontinenz im Mittelbereich Templin zu verbessern, wurde das Versorgungsangebot eine strukturierte Harninkontinenzversorgung als Behandlungsprogramm aufgebaut, das sich aus vier Komponenten zusammensetzt:

- Spezialisierte Harninkontinenzsprechstunde im ASZ
- Einbeziehung einer Inkontinenzschwester zur Unterstützung der Patientinnen und der behandelnden Ärztinnen und Ärzte
- Aufbau einer Beckenboden-Gymnastikgruppe
- Bildung eines Kompetenznetzes in Kooperation mit dem Beckenbodenzentrum am Sana Klinikum Lichtenberg

Patientinnen können sowohl durch Fach- als auch durch Hausärztinnen bzw. -ärzte in die Sprechstunde überwiesen werden. Die Voraussetzung hierfür ist ein Gespräch zwischen Patientin und Ärztin bzw. Arzt. Äußert die Patientin, unter ungewolltem Harnverlust zu leiden, und entstehen dadurch hygienische und / oder soziale Probleme, stellt dies eine ausreichende Begründung dar, um auf Grundlage des ärztlichen Ermessens eine Überweisung auszustellen. Eine vorherige Spezifizierung der Verdachtsdiagnose muss nicht erfolgen. Dies wird im Rahmen der Harninkontinenz-Sprechstunde geleistet. Die strukturierte Harninkontinenzversorgung beinhaltet drei Termine, die eine umfangreiche Anamnese, Diagnosestellung und Therapieberatung umfassen. Zusätzliche Untersuchungen und Termine können nach Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes durchgeführt werden. Zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs wurde ein spezifischer Assessmentbogen entwickelt. Bei subjektiver Beschwerdefreiheit bzw. ausreichender Besserung der Beschwerden werden die Patientinnen in die Regelversorgung entlassen.

### **2.3. Sektorenübergreifende Behandlungspfade**

Zur Unterstützung einer systematischen fachgruppen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination der Versorgung wurde ein Versorgungsmodul entwickelt, das leitlinienbasierte und abgestimmte Verfahrensabläufe in Form von sektorenübergreifende Behandlungspfaden im Mittelbereich Templin etablierte. Ziel der Behandlungspfade war es, mit Hilfe der Ärztinnen und Ärzte im Mittelbereich Templin nationale und internationale evidenzbasierte Leitlinien an die lokalen Bedingungen anzupassen. Es wurde sich hierbei auf Krankheiten des Kreislaufsystems, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie muskuloskeletale Erkrankungen konzentriert. Um die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung angemessen zu berücksichtigen, wurden neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, auch Ärztinnen und Ärzte des Sana Krankenhauses Templin von Beginn an mit einbezogen. Aus dem Versorgungsmodul gehen folgende sektorenübergreifende Behandlungspfade hervor:

- Sektorenübergreifende Behandlungspfad Herzinsuffizienz
- Sektorenübergreifende Behandlungspfad Rückenschmerz
- Sektorenübergreifende Behandlungspfad Adipositas

### **2.3.1. Sektorenübergreifender Behandlungspfad Herzinsuffizienz**

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegt im Mittelbereich Templin mit 5 % im Jahr 2014 eine hohe Prävalenz von Herzinsuffizienz vor [14]. Am häufigsten stellen Ärztinnen und Ärzte in diesem Zusammenhang die ICD-10-Diagnose „I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet“. Diesbezüglich ist die Diagnoseprävalenz in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen bundesweit am höchsten [15]. In einer Vorstudie zum Projekt IGiB-StimMT wurde zudem ausgewiesen, dass die Diagnosekodierungen im Bereich der „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (ICD Hauptkapitel IX) im Erkrankungsspektrum der Versicherten der beiden gesetzlichen Krankenversicherungen AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und BARMER im Mittelbereich Templin den höchsten Stellenwert einnehmen [6].

Der im Rahmen des Projektes erarbeitete sektorenübergreifende Behandlungspfad Herzinsuffizienz bildet eine spezielle Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen), Strukturergänzungen (neue Versorgungsangebote) und Maßnahmen zum Erreichen individuell festgelegter therapeutischer Ziele ab. Ziel des Behandlungspfades Herzinsuffizienz ist es, Maßnahmen zu integrieren, um Krankenhausfälle zu vermeiden. Als Lösungsansätze greift der Behandlungspfad folgende Maßnahmen auf:

- Verbesserung der Patientensteuerung
- Integration in ein Betreuungskonzept
- Stärkung der Gesundheitskompetenz
- Reduzierung von Behandlungsvariabilitäten
- Entwicklung einer einheitlichen berufsgruppenübergreifenden Dokumentationsbasis
- Stärkung der Fortbildung

Bei Patientinnen und Patienten, die sich erstmals mit Symptomen oder Zeichen einer Herzinsuffizienz in der Hausarztpraxis vorstellen, wird die Wahrscheinlichkeit einer Herzinsuffizienz zunächst auf Grundlage der klinischen Anamnese, der körperlichen Untersuchung und des Ruhe-EKGs bewertet. Hierzu wurde für den Behandlungspfad Herzinsuffizienz ein Screeningbogen entwickelt.

Im Rahmen des Screeningverfahrens in der Hausarztpraxis erfolgt dann ggf. die Diagnosestellung Herzinsuffizienz. Im nächsten Schritt werden die Patientinnen und Patienten einer gezielten Diagnostik (primär Echokardiographie) zugeführt. Die weitere Klassifikation (z. B. NYHA I-IV Stadien) erfolgt durch die weiterbehandelnde Facharztpraxis oder ambulant am Sana Krankenhaus Templin in einer speziellen Herzinsuffizienzsprechstunde. Die Behandlung wird multimodal in einem multiprofessionellen therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung durchgeführt. Hierfür wurde ein Assessmentbogen entwickelt, der die pfadspezifische Dokumentation ermöglicht und den Behandlungsverlauf der Patientinnen und Patienten darstellt.

### **2.3.2. Sektorenübergreifender Behandlungspfad Rückenschmerz**

Rückenschmerzen zählen in Deutschland mit einer Prävalenz von 61,8 % zu den häufigsten Gesundheitsproblemen [16, 17]. Die funktionalen Einschränkungen können sowohl im Privat- als auch im Berufsleben zu erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen führen und sind vor allem bei chronischen Verläufen, d. h. Schmerzen, die länger als zwölf Wochen andauern, ein besonders häufiger Grund für die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems sowie von Erwerbsminderungsrenten. Sie sind beispielweise für etwa 1 % aller direkten

Krankheitskosten verantwortlich, für 15 % aller Arbeitsunfähigkeitstage und für 18 % aller Frühberentungen [14, 18, 19].

Der für den Mittelbereich Templin entwickelte sektorenübergreifende Behandlungspfad Rückenschmerz wurde in Form eines multimodalen und multiprofessionellen Behandlungsansatzes zur Versorgung von Rückenschmerzpatientinnen und -patienten umgesetzt. Dabei werden Ärztinnen und Ärzte sowie Fachpersonal der Schmerz- und Physiotherapie mit in die multiprofessionelle Behandlung integriert.

Der Versorgungsansatz beinhaltet unter anderem folgende Ziele:

- Schnelles Erkennen von Chronifizierungsrisiken
- Vermeidung von Chronifizierungsprozessen
- Erhalt der Erwerbsfähigkeit
- Schmerzlinderung
- Erhalt und Verbesserung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe

Der ambulante Zugang zum Gesundheitssystem erfolgt bei Rückenschmerzpatientinnen und -patienten über die hausärztliche Praxis. Stellt diese eine Chronifizierung der Rückenschmerzen fest, wird die betroffene Person an eine fachärztliche Praxis überwiesen, wo die Differenzialdiagnostik und die Schmerzeinstellung durchgeführt werden. Die Fachärztin bzw. der Facharzt prüft, ob ein multiprofessionelles Assessment erforderlich ist, das über die weitere Therapie und die Einsteuerung in das pfadspezifische Betreuungsprogramm entscheidet.

Neben der Einhaltung einer leitliniengerechten Therapie besteht das Ziel des Behandlungspfad Rückenschmerz auch darin, die Patientinnen und Patienten zu einem strukturierten Selbstmanagement zu befähigen. Demnach sollen die ergänzenden Angebote, wie Rückenkurse teilnehmender Fitnessstudios, die Handlungskompetenz der Pfadteilnehmenden stärken.

### **2.3.3. Sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas**

Nach Auswertung der Selbstangaben zu Körpergewicht und Körpergröße aus den Daten des GEDA 2014/2015-EHIS sind in Deutschland 54 % der Erwachsenen übergewichtig, teilweise mit adipöser Ausprägung (Body Mass Index (BMI) über 25 kg/m<sup>2</sup>). Adipositas gilt nicht nur als chronische Erkrankung, sondern darüber hinaus als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Folge- und Begleiterkrankungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Bluthochdruck [20]. Unter Berücksichtigung des hohen Mortalitäts- und Morbiditätsrisikos sowie der eingeschränkten Lebensqualität ist eine langfristige und standardisierte Betreuung erforderlich, die alle am Behandlungs- und Therapieprozess beteiligten Akteure einbezieht [21].

Bei der Entwicklung des sektorenübergreifenden Behandlungspfad Adipositas wurde ein Ansatz gewählt, der eine Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen), Strukturergänzungen (neue Versorgungsangebote) und Maßnahmen zum Erreichen individuell festgelegter Ziele (Einbezug therapeutischer Maßnahmen) umfasst. Die Behandlung der übergewichtigen bzw. adipösen Patientinnen und Patienten erfolgt im multiprofessionellen therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung. Zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs wurde ein pfadspezifischer Assessmentbogen entwickelt, der von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt ausgefüllt wird.

Ziel des Behandlungspfades Adipositas ist es, Krankenhausfälle aufgrund bestehender Begleiterkrankungen von Adipositas zu vermeiden. Der Behandlungspfad beinhaltet folgende Maßnahmen:

- Verbesserung der Patientensteuerung
- Integration eines Betreuungskonzeptes
- Stärkung der Gesundheitskompetenz
- Entwicklung einer einheitlichen, berufsgruppenübergreifenden Dokumentationsbasis
- Bündelung der regionalen Ressourcen
- Stärkung der Fortbildung

Die Patientinnen und Patienten können auf unterschiedlichen Wegen in den Behandlungspfad eingeschlossen werden. Mit der Vorstellung in der Hausarztpraxis erfolgen eine individuelle Risikoabschätzung sowie eine umfangreiche Anamnese durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt. Im Rahmen des Behandlungspfades werden sowohl eine gewichtsreduzierende Therapie als auch eine Therapie der Begleiterkrankungen durchgeführt. Im weiteren Prozess erhalten die Patientinnen und Patienten eine individuelle Therapie, die gewichtsreduzierende und gewichtserhaltende Lebensstilinterventionen, eine Ernährungsberatung, ein Bewegungsprogramm sowie eine ärztliche Präventionssprechstunde beinhaltet.

### 3. Darstellung des Evaluationsdesigns

Während bei *einfachen* Interventionen klassische Evaluationsdesigns Anwendung finden, ist dieses Vorgehen bei einer *komplexen* Intervention in einem nahezu einzigartigen Setting und Kontext wie im Projekt IGiB-StimMT nicht ohne Weiteres möglich. Gilt beispielsweise bei klinischen Studien oder bei Studien mit gut abgrenzbaren Interventionen insbesondere das Design einer randomisierten kontrollierten Studien (RCT) als Goldstandard bei der Evaluation [22], so lässt sich ein solches Studiendesign bei einer komplexen Intervention wie IGiB-StimMT nicht umsetzen. Zu den Gründen, die gegen ein RCT-Design sprechen, gehören vor allem mangelnde Praktikabilität und Machbarkeit (Randomisierung ganzer Regionen), die dem Projekt inhärente Dynamik (permanente Weiterentwicklung der einzelnen Konzepte und Versorgungsmodule) und die Komplexität (Variation an unterschiedlichen Stellschrauben zur gleichen Zeit).

Je komplexer, vielschichtiger und dynamischer eine Intervention ist, desto höher sind auch die Anforderungen an den Evaluationsansatz. Vor diesem Hintergrund bietet sich zur formativen und summativen Evaluation von komplexen Interventionen ein Mixed-Methods-Ansatz an, also eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden [23, 24]. Darüber hinaus kann die Evaluation komplexer Interventionen in einer Kombination aus Dachevaluation und komponentenspezifischen Einzelevaluationen bestehen [25].

Die Evaluation von IGiB-StimMT basiert auf drei Säulen:

1. Struktur- und Prozessevaluation
  - Stakeholder-Befragung [qualitative Methode]
  - Zufriedenheitsbefragung [quantitative und qualitative Methoden]
  - Teilnehmende Beobachtung [qualitative Methode]
  - Strukturdatenerhebung [quantitative Methode]
2. Ergebnisevaluation einzelner Versorgungsmodule
  - Effektevaluation der Behandlungspfade (sektorenübergreifender Behandlungspfad Herzinsuffizienz, sektorenübergreifender Behandlungspfad Rückenschmerz, sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas) sowie der strukturierten Harninkontinenzversorgung [quantitative Methode mittels Fragebögen]
3. Gesundheitsökonomische Evaluation
  - Effektivitätsanalyse, Kosten-Analyse und Kosten-Effektivitäts-Analyse [quantitative Methode mittels Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Vereinigung]

Im Sinne einer Dachevaluation soll die übergeordnete Fragestellung beantwortet werden:

*Kann die komplexe Intervention die Versorgungsstrukturen und -prozesse im Mittelbereich Templin bedarfsorientiert an bestehende Herausforderungen anpassen?*

In Tabelle 1 sind die einzelnen Evaluationsmethoden bezogen auf die verschiedenen zu evaluierenden Versorgungsmodule von IGiB-StimMT dargestellt.

Tabelle 1: Versorgungsmodule und Evaluationskomponenten von IGiB-StimMT. Quelle: Eigene Darstellung.

	Quantitativ			Qualitativ		
	Strukturdaten	Gesundheits- ökonomische Evaluation	Effektevaluation (Fragebögen)	Zufriedenheits- befragung Leistungs- erbringer	Stakeholder- Befragung	Teilnehmende Beobachtung
<b>Grundversorger-Gemeinschaft (GVG)</b>				X	X	
<b>Sektorenübergreifende Behandlungspfade</b>			X			
Behandlungspfad Rückenschmerz		X	X			
Behandlungspfad Herzinsuffizienz		X	X			
Behandlungspfad Adipositas		X	X			
<b>Strukturmigration zum Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ)</b>		X		X	X	
Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ)	X					X
Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP)	X					
Decision Unit (DU)	X					
Strukturierte Harninkontinenzversorgung			X			



### 3.1. Stakeholder-Befragung

In einer ersten Stakeholder-Befragung zu Beginn des Projektes erfolgte eine regionale Versorgungssituationsanalyse. Die Befragung erstreckte sich von Juli 2017 bis Februar 2018. Eine zweite Stakeholder-Befragung gegen Ende des Projektzeitraums sollte übergreifende Erkenntnisse zur Versorgungssituation nach der Implementierung der verschiedenen Versorgungsmodule liefern. Die zweite Befragung fand von Juli 2020 bis Oktober 2020 statt.

#### 3.1.1. Fragestellungen der ersten Befragungswelle

Die erste Stakeholder-Befragung beinhaltete folgende Fragestellungen:

- Welche Hürden, Barrieren, Erfolgsfaktoren gab es beim Aufbau der GVG?
- Wie wird die Akzeptanz bezüglich der Triagierung / GVG-Praxis beurteilt und wo werden Vor- und Nachteile gesehen?
- Wie wird die Akzeptanz bezüglich des Koordinations- und Beratungszentrums (KBZ) beurteilt und wo werden Vor- und Nachteile gesehen?
- Bestehen durch IGiB-StimMT Auswirkungen auf die ambulanten Praxen?
- Wie wird die Akzeptanz bezüglich des Casemanagements beurteilt und wo werden Vor- und Nachteile gesehen?
- Fühlen sich die Ärztinnen und Ärzte sowie andere Leistungserbringer durch die Arbeit des Casemanagements entlastet?
- Welche Tätigkeiten werden von den Ärztinnen und Ärzten an das Casemanagement delegiert? Welche Tätigkeiten übernimmt das Casemanagement?

#### 3.1.2. Fragestellungen der zweiten Befragungswelle

Die zweite Stakeholder-Befragung umfasste folgende Fragestellungen:

- Wie haben Sie aus Ihrer Sicht das Projekt wahrgenommen?
- Inwiefern waren Sie in die Projektplanung und -durchführung involviert?
- Wie bewerten Sie Ihre Rolle innerhalb des Projektes?
- Welche Erfahrungen haben Sie bisher in Ihrer Rolle als \_\_\_\_\_ mit dem IGiB-StimMT Projekt gemacht?
- Welche Erfahrungen haben Sie bisher in der Zusammenarbeit und Kommunikation mit den anderen Projektbeteiligten gemacht?
- Welche Faktoren haben die Erreichung der Projektziele wesentlich beeinflusst?
- Wie zufrieden sind Sie mit der jetzigen Situation bzw. der Versorgung im Vergleich zur Situation vor Projektbeginn?

#### 3.1.3. Zielpopulation

Zu den Stakeholdern gehörten verschiedene Multiplikatoren aus dem Mittelbereich Templin, beispielsweise Personen, die in ihrer Hauptfunktion in die Erbringung, Finanzierung und Administration der regionalen Gesundheitsversorgung eingebunden oder in der kommunalen Politik tätig waren.

Die nachstehende Tabelle 2 zeigt die verschiedenen Stakeholder-Gruppen mit ihrer jeweiligen Zugehörigkeit im medizinischen Gesundheitssystem sowie die entsprechende institutionelle Zugehörigkeit.

Tabelle 2: Übersicht Auswahl der Stakeholder-Gruppen. Quelle: In Anlehnung an Schreier et al. [26]

Stakeholder-Gruppe	Zugehörigkeit zum medizinischen System	Institutionelle Zugehörigkeit
Ärztinnen/Ärzte	Aktiv	Medizin
Pflege	Aktiv	Medizin
Politik	Passiv	Politik
Kostenträger	Passiv	Wirtschaft
Apotheke	Aktiv	Medizin/Wirtschaft
Casemanagement	Aktiv	Medizin
Entlassmanagement	Aktiv	Medizin
Klinikmanagement	Passiv	Wirtschaft
Therapeutinnen/Therapeuten	Aktiv	Medizin

### 3.1.4. Datenerhebung und Auswertung

Als empirisches Forschungselement für IGiB-StimMT wurden leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews mit den verschiedenen Multiplikatoren geführt. Die Leitfäden (siehe Anhang 1) umfassten Fragen, die dem Forschungsinteresse entsprachen. Die Entwürfe der Interviewleitfäden wurden in Anlehnung an Helfferich mittels der SPSS-Methode konzipiert. Dabei wird eine systematische Vorgehensweise bei der Leitfragenerstellung verfolgt. So wurden offene Leitfragen, Aufrechterhaltungsfragen sowie tiefergehende Nachfragen vorerst gesammelt (S), geprüft (P), sortiert (S) und letztlich subsumiert (S) [27]. Die offenen Leitfragen hatten den Zweck, dass die Interviewpartnerinnen und -partner ihre Einschätzungen zu den Themenblöcken frei darlegen und eigene inhaltliche Schwerpunkte setzen konnten. Die Aufrechterhaltungsfragen und die tiefergehenden Nachfragen wurden für den Fall konzipiert, dass der Gesprächsfluss ins Stocken gerät oder die Interviewenden den Bedarf sahen, bezüglich einer Thematik genauer nachzufragen.

Die 2017 durchgeführte Stakeholder-Befragung konzentrierte sich vorrangig darauf, herauszufiltern, welches Wissen die Befragten über das Projekt mitbringen, wie die aktuelle Versorgungssituation in Templin sich gestaltet und welchen Anteil sie selbst als Versorger daran haben. Überdies wurde erfragt, welche Erfahrungen sie bisher in den Bereichen Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Versorgern gemacht haben und welche Faktoren wesentlich zum Gelingen des Projektes beitragen werden.

Ziel der Befragung im Jahr 2020 war es, an die Befragung von 2017 anzuschließen und zu erheben, ob und wie das Projekt die Versorgung in Templin beeinflusst hat, welche Erfahrungen insbesondere in den Bereichen Kommunikation und Zusammenarbeit gemacht wurden und wie das Projekt abschließend bewertet wird. Die Fragestellungen der Befragungsrunden sind in Anhang 1 aufgeführt.

Die Interviews der ersten Stakeholder-Befragung wurden als Präsenzgespräche durchgeführt, aufgezeichnet und anschließend für die weitere Analyse transkribiert. Aufgrund der Ausbreitung von COVID-19 im Jahr 2020 wurden die Interviews der zweiten Befragung telefonisch durchgeführt sowie ebenfalls aufgezeichnet und transkribiert.

Anschließend wurden die Interviews mithilfe der dokumentarischen Methode [28] ausgewertet. Die dokumentarische Methode stammt aus der Wissenssoziologie nach Karl Mannheim sowie aus der Ethnomethodologie und gilt als wichtiges Instrument in der Sozial- und Bildungsforschung bei der Auswertung qualitativer Interviews, insbesondere wenn diese längere narrative Phasen beinhalten und damit über die reine Beschreibung hinaus vertiefend analysiert werden sollen [28-31].

Die dokumentarische Auswertungsmethode schlägt ein Verfahren vor, das vier Stufen beinhaltet:

- 1) Formulierende Interpretation
- 2) Reflektierende Interpretation
- 3) Fallbeschreibung
- 4) Vergleich anhand einer Typenbildung mit theorieorientierten Hinweisen

Da es für das vorliegende Forschungsinteresse nicht zielführend war, wurde bei der nachstehenden Auswertung von Stufe 4) abgesehen. Die Schritte 1) bis 3) wurden in Bezug auf die leitfadengestützten, problemzentrierten Interviews und mithilfe der Analyse-Software MAXQDA wie folgt angewendet [29]:

#### 1) Formulierende Interpretation

Im ersten Schritt, der *formulierenden Interpretation*, wird die Themenstruktur des Materials herausgearbeitet und die Interviews werden in Ober- und Unterthemen eingeteilt. Anschließend werden die Passagen ausgewählt, die im Schritt der *reflektierenden Interpretation* genauer analysiert werden sollen. Orientierung für diese Auswahl ist zunächst die thematische Relevanz einer Passage im Hinblick auf das Forschungsinteresse. Des Weiteren werden Abschnitte ausgewählt, die sich mit Themen befassen, die auch in anderen angesprochen werden. Schließlich werden solche Stellen hinzugezogen, die eine besondere Dichte hinsichtlich Kommunikation, interaktiven Bezugnahmen oder Metaphorik, d. h. Bildhaftigkeit und Plastizität der sprachlichen Äußerungen, aufweisen. Anschließend werden die Passagen detailliert interpretiert, sodass eine feinere Struktur des Textes bestehen bleibt.

#### 2) Reflektierende Interpretation

Ziel der *reflektierenden Interpretation* ist es, den Rahmen der Erzählung zu rekonstruieren und die zugrunde liegenden Orientierungsmuster herauszuarbeiten. Voraussetzung dafür ist der Bezug auf empirisch fundierte und nachvollziehbare Gegenhorizonte. Die Identifikation von Gegenhorizonten, beispielsweise die Abgrenzung von Personen oder Gruppen, bilden die wesentlichen Bezugspunkte der reflektierenden Interpretation. Vorstellungen oder Entwürfe, die den Gegenhorizont bilden, können entweder gedankenexperimentell sein oder auf hypothetischen Vorstellungen beruhen, sie sind also abhängig vom Standpunkt der Interpretin oder des Interpreten.

### 3) Fallbeschreibung

In der Fallbeschreibung werden schließlich die Form (Arbeitsschritt der formulierenden Interpretation) und der Inhalt (Arbeitsschritt der reflektierenden Interpretation) der jeweiligen Interviews zusammengefasst, sodass eine Darstellung, Zusammenfassung und Verdichtung der Erkenntnisse erfolgt und eine Gesamtbetrachtung der Statements möglich wird.

## 3.2. Zufriedenheitsbefragung

Als Bestandteil der Struktur- und Prozessanalyse von IGiB-StimMT wurde die Befragung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Mittelbereich Templin insbesondere unter dem Aspekt ihrer Zufriedenheit mit den neuen Versorgungsstrukturen zum Ende des Projektes im dritten und vierten Quartal 2020 durchgeführt.

### 3.2.1. Fragestellungen

Die Befragung griff die nachfolgenden Fragestellungen auf:

- Wie zufrieden sind die Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Mittelbereich Templin?
- Welche Motivation treibt die Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Mittelbereich Templin an, sich an einem Projekt wie IGiB-StimMT zu beteiligen?
- Welche Erfahrungen haben die Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Mittelbereich Templin über den Projektzeitraum hinweg gesammelt?

### 3.2.2. Zielpopulation

Um ein umfassendes Meinungsbild der Leistungserbringer zur Versorgungssituation in Templin und zum Projekt zu erhalten, wurden alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen einer Vollerhebung befragt. Insbesondere wurde Wert darauf gelegt, die im Projekt involvierten Leistungserbringer für die Erhebung zu gewinnen.

### 3.2.3. Datenerhebung und Auswertung

Die Erhebung zur Zufriedenheit erfolgte anhand einer Online-Befragung ambulant tätiger Leistungserbringer. Die Befragung gliederte sich in zwei Teile:

- (1) Fragen für die im Projekt aktiven Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- (2) Fragen speziell für nicht direkt beteiligte Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Hierfür wurde ein Online-Fragebogen entwickelt, mit der Software LimeSurvey erstellt und entsprechend der Zweiteilung der Befragung konfiguriert. Die Erhebung der Daten fand über einen achtwöchigen Zeitraum im dritten Quartal 2020 statt. Um die Teilnahmequote zu erhöhen, erfolgte nach der Methode von Dillmann [32] vier Wochen nach der initialen Einladung eine erneute Kontaktaufnahme der Zielgruppe zur Erinnerung an die Befragung.

Der Fragebogen beinhaltete Items zur Spezifikation der Berufsgruppe, um bei der Auswertung ggf. Unterschiede zwischen den Professionen ableiten zu können. In einem allgemeinen Teil wurden die Gründe für eine Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme am IGiB-StimMT-Projekt sowie ggf. die Art der Teilnahme evaluiert. Ein weiterer Teil erfasste bei involvierten Leistungserbringern die Inanspruchnahme und die Zufriedenheit hinsichtlich der Projektumsetzung und -inhalte. Zudem wurde ergänzend nach der Wichtigkeit der (Zufriedenheits-)Aspekte gefragt. Diese Angaben unterstützten als Orientierungsmaß die Interpretation der Antworten. Darüber hinaus wurden zur Beurteilung der Zufriedenheit mit den neuen Versorgungsstrukturen Erfahrungen zum Projekt sowie Einschätzungen zur Weiterführung verschiedener Projektinhalte evaluiert, wie Tabelle 3 zeigt.

Tabelle 3: Dimensionen und Forschungsfragen der Zufriedenheitsbefragung der Leistungserbringer. Quelle: Eigene Darstellung

<b>Dimension</b>	<b>Themen</b>
Merkmale der / des Befragten	<i>Berufsgruppe</i>
Teilnahme am Projekt	<i>Art der Teilnahme, Begründung für (Nicht-)Teilnahme</i>
Berührungspunkte zum Projekt	<i>Häufigkeit des Kontaktes, Angaben zur Bekanntheit der Projektinhalte</i>
Zufriedenheit	<i>Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten hinsichtlich der Projektumsetzung bzw. zu verschiedenen Projektinhalten</i>
Relevanz der Zufriedenheits-Items	<i>Individuell empfundene Wichtigkeit verschiedener Zufriedenheitsaspekte hinsichtlich der Projektumsetzung bzw. zu verschiedenen Projektinhalten im Kontext der Patientenversorgung</i>
Bewertung des Projektes	<i>Positive / negative Erfahrungen, Empfehlungen für die Zukunft, persönliche Anmerkungen</i>

Die Fragen basierten auf einem quantitativen und einem qualitativen Forschungsansatz. Mit vorformulierten Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen sollte die Beantwortungszeit möglichst reduziert werden, um die Teilnahmequote und Vollständigkeit der Antworten zu fördern. Mithilfe ergänzender qualitativer Fragen und Antwortmöglichkeiten sollte gleichzeitig ein breites Spektrum an Meinungen und Ansichten eingefangen werden. Der verwendete Fragebogen ist im Anhang 2 beigefügt.

Die Funktionalität und die Praktikabilität des Fragebogens wurden mittels eines Pretests unter Einsatz kognitiver Prüfverfahren wie der *Think-Aloud*-Technik und dem *Probing* geprüft [33].

In der deskriptiven Datenauswertung wurde mit primär absoluten (n) und relativen (%) Häufigkeitsverteilungen gearbeitet. In der Analyse wurden entsprechend der vorliegenden Verteilung der Daten (normalverteilt, nicht-normalverteilt) Lagemaße (arithmetisches Mittel, Median) und Streuungsmaße (Varianz, Standardabweichung, Interquartilsabstand) berechnet.

Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte nach Mayring [34, 35]. Dieses Vorgehen sieht vor, die erfassten Aussagen in einem ersten Schritt themenbezogen grob in unterschiedliche Dimensionen einzuordnen. In einem zweiten Schritt werden die Aussagen innerhalb der zugeordneten Dimensionen bezüglich ihrer Inhalte präzisen spezifizierten Oberkategorien zugeordnet. Dabei können neue inhaltliche Dimensionen gebildet werden. Das methodische Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse stellt demnach eine Mischung aus a priori Kategorienbildung und Kategorienbildung am Material dar. In diesem Zusammenhang wird auch von deduktiv-induktiver Kategorienbildung gesprochen [36].

### **3.3. Teilnehmende Beobachtung**

Im Rahmen der Prozess- und Strukturevaluation wurde eine teilnehmende Beobachtung durchgeführt, um das KBZ mit seinen zentralen Funktionen innerhalb des Projektes umfassend analysieren zu können. Die Feldforschung vor Ort am KBZ fand einmalig im Rahmen der Projektlaufzeit statt.

Die teilnehmende Beobachtung ist eine wissenschaftliche Methode, bei der Forschende an den täglichen Aktivitäten, Interaktionen und Ereignissen einer Gruppe von Menschen teilnehmen, um die expliziten und impliziten Aspekte ihrer Routinen und Arbeitsweisen kennenzulernen, einordnen [37] und ggf. verändern zu können [38]. Der im Rahmen der Evaluation des Projektes IGiB-StimMT verwendete Begriff der teilnehmenden Beobachtung schließt auch die Durchführung von formellen und informellen Befragungen ein [39]. Somit ist die teilnehmende Beobachtung eine Art Dachmethode, die verschiedene Methoden wie beispielsweise Interviews beinhalten kann. Als wissenschaftliche Methode unterscheidet sie sich von anderen Formen der Teilnahme und Beobachtung durch Absicht, Selektion und Auswertung [40].

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung wird auch in der Evaluationsforschung genutzt, um zu untersuchen, wie Projekte auf lokaler und regionaler Ebene funktionieren, wie sie umgesetzt werden und wie lokale Faktoren diese Projekte beeinflussen [37, 41]. So werden im Rahmen der Evaluation vorher festgelegte Ziele verfolgt, bestimmte Aspekte aus den Wahrnehmungen selektiert und systematisch ausgewertet. Teilnehmende Beobachtung ist durch eine hohe Alltagsnähe gekennzeichnet und ermöglicht es somit, die Komplexität versorgungsrelevanter Phänomene am KBZ abzubilden [40]. Eine detaillierte Beschreibung der Arbeitsweise vor Ort, der allgemeinen Organisation, der Aktivitäten der Projektakteure und der Interaktion mit Klientinnen und Klienten kann für die Evaluation ebenso nützliche Informationen liefern wie Messungen der Ergebnisse [41].

#### **3.3.1. Fragestellung und Hypothesen**

Die Ausgangsfragestellung der teilnehmenden Beobachtung bezog sich auf die drei Themen Nutzung, Bewertung sowie Entwicklungspotenzial und wurde – wie in der qualitativen Forschung üblich – offen gehalten [42].

In Bezug auf die Nutzung des KBZ standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Worin besteht das Angebot des KBZ für die Klientinnen und Klienten?
- Worin sehen die Beraterinnen und Berater und die Casemanagement-Fachkräfte den größten Mehrwert des KBZ?

- Mit welchen Themen/Fragen kommen Klientinnen und Klienten ins KBZ?
- Wie werden die Themen/Fragen der Klientinnen und Klienten bearbeitet?

Hinsichtlich der Bewertung des KBZ wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie nehmen die Klientinnen und Klienten die Beratung wahr?
- Wie nehmen die Klientinnen und Klienten das KBZ wahr?
- Wie nehmen die Beraterinnen und Berater sowie die Casemanagement-Fachkräfte die Beratung wahr?
- Wie nehmen die Beraterinnen und Berater sowie die Casemanagement-Fachkräfte das KBZ wahr?

Folgende Fragen standen hinsichtlich des Entwicklungspotenzials im Fokus:

- Welche Entwicklungsmöglichkeiten sehen die Klientinnen und Klienten für das KBZ?
- Welche Entwicklungsmöglichkeiten sehen die Beraterinnen und Berater sowie die Casemanagement-Fachkräfte für das KBZ?

Aufbauend auf der Ausgangsfragestellung wurden Interviewleitfäden und eine Vorlage für die Beobachtungsprotokolle entwickelt. Diese können Anhang 3 entnommen werden. Im Verlauf des Projektes wurden sowohl die Fragestellung als auch die Leitfäden und die Beobachtungsprotokollvorlage weiterentwickelt [42].

### **3.3.2. Zielpopulation**

Als Zielpopulation der Feldforschung wurden KBZ-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter, die KBZ-Leiterinnen und -Leiter, KBZ-Klientinnen und -Klienten sowie Partner des Konsortiums und Netzwerkpartner definiert.

### **3.3.3. Datenerhebung und Auswertung**

Die teilnehmende Beobachtung wurde an 15 Tagen im Zeitraum vom 27.11.2019 bis 19.12.2019 von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des evaluierenden Instituts durchgeführt. Die Erhebung konnte mit Eintreten der Sättigung (der Wiederholung der bereits erzielten Ergebnisse) am 19.12.2019 beendet werden.

Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen erstellten täglich Protokolle der Beobachtungen verschiedener Situationen am KBZ, der Interviews und der informellen Gespräche. Es wurden 23 Tagesprotokolle angefertigt mit insgesamt 74 Beobachtungssituationen bzw. Interviews oder Gesprächen.

Die Beobachtungssituationen umfassten eine Reihe verschiedener Orte. Am häufigsten fanden Beobachtungen in den Räumlichkeiten des KBZ statt, beispielsweise im Großraumbüro, in den Besprechungsräumen und in der Kaffeeküche. Zudem gab es Beobachtungen in Arztpraxen, bei Autofahrten, bei Hausbesuchen und im Krankenhaus im Zuge des Entlassmanagements. Die erfassten Aktivitäten beinhalteten hauptsächlich Schreibtischarbeiten und Unterhaltungen zwischen den KBZ-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern, Beratungsgespräche, (Pfad-)Betreuungen und Fallbesprechungen.



Die Tagesprotokolle wurden mithilfe von MAXQDA® 2018, einer Software zur qualitativen Daten- und Textanalyse, ausgewertet. Die Analyse erfolgte nach der inhaltlich-strukturierenden und evaluativen Variante der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring [34, 43]. Kern der inhaltlich-strukturierenden Vorgehensweise ist es, am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material systematisch zu beschreiben. Hierbei wird eine thematische Strukturierung und Beschreibung des Materials forciert, während bei der evaluativen Inhaltsanalyse Kategorien gebildet werden, die eine Einschätzung oder Bewertung des Materials erlauben [44].

Zunächst wurden die Beobachtungsprotokolle anhand von induktiven und deduktiven Kategorien – sogenannten Codes – analysiert. In der Literatur werden nur wenige Vorgaben zur Code-Entwicklung gemacht. Vor allem wird betont, dass die Bildung der Codes der Forschungsfrage angemessen sein muss. Unabhängig von ihrem Entwicklungsmodus werden in der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse alle Codes in ein gemeinsames Kategoriensystem integriert [45, 46]. Hierbei handelt es sich um ein hierarchisches System. Das bedeutet, dass feste Oberkategorien in Subkategorien gegliedert wurden, um den Analyseprozess zu spezifizieren [47]. Die Kategorien wurden aus der im Evaluationskonzept formulierten Fragestellung gebildet und um weitere Kategorien ergänzt, die im Zuge der teilnehmenden Beobachtung oder in der Literatur genannt wurden.

Die Codierung der Tagesprotokolle erfolgte durch mehrere Personen mit dem Instrument der Intercoder-Reliabilität. In diesem Sinne wurde das Material in einem ersten Schritt von einer Person codiert. Um Fortschritte zu dokumentieren, wurde ein tägliches Logbuch in MAXQDA erstellt. Die darin festgehaltenen Anmerkungen und offenen Fragen konnten in einem zweiten Schritt durch eine andere Person bearbeitet werden, die die Codierungen sichtete [35], Korrekturen vornahm und Codierungen in Zweifelsfällen im gesamten Team diskutierte.

In diesem Schritt kristallisierten sich im Sinne der Forschungsfragen neue Codes heraus und zuvor festgelegte Codes wurden verändert. Dieses als Intercoder-Überprüfung bezeichnete Vorgehen gilt in der qualitativen Inhaltsanalyse als zentrales Qualitätsmerkmal [47].

Bei dieser Verfahrensweise ähneln, überschneiden oder unterscheiden sich die codierten Textsegmente. Entsprechend können Textsegmente potenziell auch mehrfach codiert werden. Ein möglicher Anspruch, dass sich beim Codieren durch mehrere Personen oder Mitglieder eines Teams möglichst die gleichen Codes ergeben, lässt sich in der Regel nicht durchgängig erfüllen. Das bedeutet jedoch nicht, dass dieses Verfahren grundsätzlich keine hohe Validität garantieren kann. Vielmehr ist es nach Rädiker und Kuckartz [47] sehr empfehlenswert, mehrere Personen in die Code-Entwicklung einzubeziehen, die zunächst unabhängig voneinander Kategorienvorschläge erarbeiten und sich anschließend austauschen. So kann das Kreativitätspotenzial einer Gruppe aus wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern voll ausgeschöpft und die Qualität der Analyse gesteigert werden [26, 47].

Den Kern der Analyse bildete das durch die Codierung entstandene Kategoriensystem, in dem alle relevanten Textsegmente als inhaltsanalytische Kategorien expliziert wurden [26].

Für alle Analyseschritte galt, dass die Ausführungen dicht am erhobenen Material blieben und keine ausschweifenden Deutungen einzelner Aussagen vorgenommen wurden [48]. Die beteiligten wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen werteten die Daten Frage für Frage aus [48] und erstellten unabhängig voneinander erste Analyseentwürfe. Diese Entwürfe wurden in einem weiteren Schritt gegenseitig geprüft und ergänzt.



### **3.4. Strukturdatenanalyse**

Die Strukturdatenanalyse diente dazu, die Inanspruchnahme der neuen Versorgungsbestandteile und -strukturen von IGiB-StimMT durch die Wohnbevölkerung des Mittelbereichs Templin abzubilden. Diese Analyse ermöglichte somit Aussagen über den Implementierungsgrad der Versorgungsangebote anhand von quantitativ erhobenen Daten. Die Strukturdatenanalyse konzentrierte sich insbesondere auf die Evaluation der Versorgungsmodule KBZ, ÄBP und DU. Der Evaluationszeitraum erstreckte sich über den gesamten Projektverlauf vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2020. Die Zielpopulation stellten die Individuen dar, die im Projektzeitraum innerhalb des jeweils angebotenen Versorgungsmoduls ein Angebot im Rahmen von IGiB-StimMT in Anspruch nahmen.

Die Strukturdatenerhebung erfolgte ohne experimentelle Ansätze im Sinne einer Beobachtungs- bzw. Querschnittsstudie [49]. Folglich wurde vorab keine statistische Fallzahlplanung für die Evaluation durchgeführt. Gleichwohl wurde seitens des Projekts eine Fallzahlschätzung aus dem regional verfügbaren Potenzial für die Inanspruchnahme der verschiedenen Teilleistungen vorgenommen. Dieses regional verfügbare Potenzial wurde aus den Diagnosenprävalenzen und den vor Ort verfügbaren Kapazitäten für die Behandlung geschätzt.

Die verschiedenen Zielparameter für die Strukturdatenanalyse wurden aus unterschiedlichen Datenquellen ermittelt. So wurden Daten einerseits im Projekt separat dokumentiert, andererseits entstammten diese aus den Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB), aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) des Sana Krankenhauses Templin und aus der Dokumentationssoftware des KBZ.

Die Datengrundlage für die Strukturdatenanalyse ergab sich zunächst aus den im Förderantrag bzw. in den Änderungsanträgen/-bescheiden zugrundeliegenden Fallzahlen.

Die Strukturdaten wurden übergreifend über einzelne Versorgungsmodule als Soll-Ist-Abgleich ausgewertet. Hierzu zählen die ÄBP, die Decision Unit und das Koordinierungs- und Beratungszentrum. Soll-Ist-Vergleiche haben ihren Ursprung im Bereich Controlling, werden heute jedoch auch in anderen Kontexten insbesondere als Steuerungsinstrument genutzt [50].

Die dokumentierten Parameter wurden deskriptiv analysiert. Zur deskriptiven Datenauswertung zählen absolute (n) und relative (%) Häufigkeitsverteilungen in den jeweiligen Antwortkategorien.

#### **3.4.1. Strukturdaten zum Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ)**

So umfasste die Strukturmigration zu einem Ambulant-Stationären Zentrum die Etablierung und den Betrieb eines KBZ in Templin. Das KBZ nahm am 01.08.2017 seinen Betrieb auf.

Die Strukturdaten, die im Rahmen des Versorgungsmoduls KBZ erhoben und analysiert wurden, sollten dazu beitragen, die folgende globale Fragestellung zu beantworten:

- Führt die Implementierung und Etablierung eines KBZ im Mittelbereich Templin zu einem niedrighschwelligem Zugang der Klientinnen und Klienten zu sektorenübergreifenden Angeboten?

Vor dem Hintergrund der Fragestellung und der Intention des KBZ wurden alle im Mittelbereich Templin ansässigen Personen als Zielgruppe definiert, da potenziell alle Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit hatten, die Leistungen des KBZ im Beobachtungszeitraum in Anspruch zu nehmen.

Die Daten für die Strukturdatenanalyse des KBZ stammten aus den Beratungsfalldaten des KBZ sowie aus den Falldokumentationen der Casemanagerinnen über den Zeitraum vom 01.08.2017 bis zum 31.12.2020. Im Vordergrund stand die Erhebung folgender Parameter:

- Inanspruchnahmeverhalten und Fallzahlen (pro Quartal)
- Beratung von Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen (ggf. Dritten) und Koordinierung von Patienten Anliegen (anhand von Beratungsfeldern)
- Beratungsthemenfelder
- Daten der Nutzerinnen und Nutzer zu Alter, Geschlecht, Wohnort und Sitz der Hausärztin bzw. des Hausarztes
- Anzahl der Kontakte und Beratungsdauer je Klientin bzw. Klient

Die Organisation von Veranstaltungen fällt ebenfalls in das Versorgungsangebot des KBZ. Bisher organisierte Veranstaltungen wurden tabellarisch erfasst.

Die dokumentierten Parameter wurden deskriptiv analysiert und grafisch aufbereitet. Die deskriptive Datenauswertung bezog sich auf die absoluten (n) Häufigkeitsverteilungen in den jeweiligen Antwortkategorien.

### **3.4.2. Strukturdaten zur ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP), zur Rettungsstelle und zum Fahrdienst**

Die Etablierung der ÄBP stellte einen zentralen Baustein für die Neuorganisation der Akut- und Notfallversorgung im Zuge der Strukturmigration im Mittelbereich Templin dar. Die ÄBP wurde im zweiten Quartal 2018 in Betrieb genommen. Im Hinblick auf die Auswahl der Strukturdaten standen folgende Forschungsfragen im Vordergrund:

- Führt die ÄBP dazu, dass Rettungsstelle und Fahrdienst entlastet werden?
- Erfolgt durch die ÄBP eine Verlagerung vom stationären Sektor in den ambulanten Versorgungsbereich?
- Führt die Etablierung einer ÄBP zu einer Kostenreduktion?
- Wird durch die Etablierung das Potenzial der ambulanten notärztlichen Versorgung verbessert?

Die Zielpopulation stellten alle Patientinnen und Patienten dar, die im Beobachtungszeitraum im Rahmen des Versorgungsmoduls ein Angebot der ÄBP, der Rettungsstelle oder des Fahrdienstes in Anspruch nahmen.

Die Daten für die Strukturdatenanalyse stammten aus den Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB). Die berücksichtigten Daten umfassten den Zeitraum vom zweiten Quartal 2018 bis einschließlich viertes Quartal 2019.

Folgende Zielparameter wurden für die ÄBP definiert:

- Altersstruktur der Nutzerinnen und Nutzer (pro Quartal)
- Inanspruchnahmeverhalten und Behandlungsfälle (pro Quartal, pro Wochentag)
- Diagnosen (pro Quartal)
- Kosten (pro Quartal)

Die dokumentierten Parameter wurden deskriptiv analysiert. Zur deskriptiven Datenauswertung zählten absolute (n) und relative (%) Häufigkeitsverteilungen.

Somit wurde die ÄBP hinsichtlich Altersstruktur der Patientinnen und Patienten (pro Quartal), Inanspruchnahmeverhalten und Behandlungsfälle (pro Quartal und Wochentag), Diagnosen (pro Quartal) und Kosten (pro Quartal) evaluiert. Ebenso wurden der Fahrdienst und die Rettungsstelle im Hinblick auf die Gesamtanzahl der behandelten Fälle ausgewertet. Die Aufnahme von Behandlungsfällen nach Wochentag, Tageszeit und Altersstruktur wurde quartalsweise analysiert. Zusätzlich wurden die Kosten des Leistungsbedarfs berechnet. Die Auswertung umfasst zudem einen Vergleich der Inanspruchnahme der Rettungsstelle und des Fahrdienstes vor und nach Einführung der ÄBP.

### 3.4.3. Strukturdaten zur Decision Unit

Bestandteil der Strukturmigration zu einem Ambulant-Stationären Zentrum war die Einführung einer Überwachungseinheit (Decision Unit). Die Inbetriebnahme der Decision Unit (DU) erfolgte am 01.10.2018.

Die Strukturdaten, die innerhalb der DU dokumentiert und analysiert wurden, sollten die folgenden Fragestellungen beantworten:

- Ermöglicht die Decision Unit die Steuerung der Patientinnen und Patienten in eine optimale, bedarfsgerechte Versorgung?
- Führt die Decision Unit zu einer Senkung der Hospitalisierungsrate?
- Führt die Decision Unit zu einer Steigerung der Versorgungssicherheit (im ambulanten Setting)?
- Stärkt die Decision Unit die medizinische Versorgung im ländlichen Raum?

Die Zielpopulation stellten alle Patientinnen und Patienten dar, die im Beobachtungszeitraum in der DU behandelt wurden.

Die Daten für die Strukturdatenanalyse der DU stammten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) des Sana Krankenhauses Templin. Dabei wurden alle Daten analysiert, die während des Aufenthaltes in der DU dokumentiert wurden. Im Rahmen der Evaluation wurden die Strukturdaten der DU bis zum 31.12.2020 ausgewertet.

Die dokumentierten Parameter wurden deskriptiv analysiert. Zur Datenauswertung zählten absolute (n) und relative (%) Häufigkeitsverteilungen. Im Einzelnen wurde die DU im Hinblick auf folgende Zielparameter ausgewertet:

- Gesamtanzahl behandelter Fälle (pro Quartal)
- Soziografisches Profil der Patientinnen und Patienten (in Form von Alterskategorien)
- Anzahl der Behandlungsfälle nach Einzugsgebiet
- Verteilung der Patientinnen und Patienten über die verschiedenen Abteilungen der Decision Unit
- Hospitalisierungsrate, insbesondere der Kurzlieger
- Schwere der Patientenfälle (Case Mix Index)
- Anzahl der Behandlungsfälle nach Diagnosegruppen
- Aufenthaltsdauer nach Diagnosegruppe

### **3.5. Ergebnisevaluation der Behandlungspfade und des strukturierten Behandlungsprogramms**

Bei den Versorgungsmodulen, die in die Ergebnisevaluation einbezogen werden sollten, handelte es sich um die folgenden sektorenübergreifenden Behandlungspfade bzw. strukturierten Behandlungsprogramme:

- Sektorenübergreifender Behandlungspfad Herzinsuffizienz
- Sektorenübergreifender Behandlungspfad Rückenschmerz
- Sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas
- Strukturierte Harninkontinenzversorgung

#### **3.5.1. Versorgungsmodulübergreifendes Evaluationsdesign der Behandlungspfade und des Behandlungsprogramms**

Das Studiendesign ist als prospektive, einarmige Beobachtungsstudie mit den Patientinnen und Patienten angelegt, die an den Behandlungspfaden bzw. an der strukturierten Harninkontinenzversorgung teilnahmen.

##### **3.5.1.1. Versorgungsmodulübergreifende Zielparameter**

Es wurden in allen Behandlungspfaden und im strukturierten Behandlungsprogramm die folgenden Zielparameter erhoben:

- Gesundheitskompetenz (nach zwölf Monaten)
- Lebensqualität der Patientinnen und Patienten (nach zwölf Monaten)
- Ausmaß von Depressivität und Ängstlichkeit (nach zwölf Monaten)
- Patientenzufriedenheit (nach zwölf Monaten)

### 3.5.1.2. Versorgungsmoduleübergreifende Datenerhebung

Für die Datenerhebung dieser Zielparameter wurden die folgenden validierten und standardisierten Fragebögen verwendet (siehe Anhang 4):

- Gesundheitskompetenz (European Health Literacy Survey Questionnaire 16 [HLS-EU-Q16] [51])
- Lebensqualität (EuroQol Group Questionnaire 5 Dimensions [EQ-5D-5L] mit visueller Analogskala [VAS] [52])
- Gesundheitsfragebogen für Patientinnen und Patienten (PHQ-9; Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten [53])
- Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung (ZAP [54])
- Soziodemografischer Fragebogen

### 3.5.1.3. Hypothesen

H1: Die Strukturmigration führt bei den Patientinnen und Patienten, die an einem Behandlungspfad bzw. einem strukturieren Behandlungsprogramm teilnehmen, zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz.

H2: Die Strukturmigration führt bei den Patientinnen und Patienten, die an einem Behandlungspfad bzw. einem strukturieren Behandlungsprogramm teilnehmen, zu einer Steigerung der Lebensqualität.

H3: Die Strukturmigration führt bei den Patientinnen und Patienten, die an einem Behandlungspfad bzw. einem strukturieren Behandlungsprogramm teilnehmen, zu einer Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summenscores.

H4: Die Strukturmigration führt bei den Patientinnen und Patienten, die an einem Behandlungspfad bzw. einem strukturieren Behandlungsprogramm teilnehmen, zu einer Steigerung der Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung.

### 3.5.1.4. Datenauswertung

Das Studiendesign folgt nicht der Methodik einer RCT, sodass eine statistische Fallzahlkalkulation nicht notwendig erschien [55].

Für die Behandlungspfade (Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas) sowie die strukturierte Harninkontinenzversorgung wurde geprüft, welche Effektstärken minimal gegeben sein müssen, um sie mit dem vorhandenen Potenzial nachweisen zu können (vgl. entsprechendes Kapitel des jeweiligen Pfades). Als Maß für die minimal erreichbare Effektstärke wurde Cohens d verwendet. Ein Cohens d ab 0,2 weist einen kleinen, ab 0,5 einen mittleren und ab 0,8 einen großen Effekt aus [56]. Wenn die Power einer Studie ausreichend ist, um einen kleinen Effekt nachzuweisen, ist sie auch ausreichend, um einen großen Effekt auszuweisen [57]. Für die Behandlungspfade wurde somit angegeben, wie groß die Effektstärke mindestens sein muss, um sie mit dem lokal verfügbaren Potenzial bei einer Power von 80 % und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % nachweisen zu können.

Die Effektschätzungen wurden mithilfe der Software G\*Power unter folgenden Grundannahmen durchgeführt:

- Fallzahl gemäß Potenzialschätzung
- Einstichproben-t-Test (Differenz zwischen zwei abhängigen Mittelwerten einer verbundenen Stichprobe)
- Signifikanzniveau von 5 %
- Power von 80 %

Alle erhobenen Variablen / Items wurden deskriptiv analysiert. Dabei wurden stetige Variablen durch Mittelwerte dargestellt. Klassifizierte Variablen wurden mit absoluten Zahlen in den einzelnen Klassen bzw. den entsprechenden Prozentanteilen berichtet.

Aufgrund des prospektiven, einarmigen Studiendesigns der Versorgungsmodule wurden insbesondere Prä-Post-Vergleiche innerhalb der einzelnen Behandlungspfade durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurden 5 % festgelegt.

Für die Testung der Hypothesen wurden statistische Hypothesentests mittels Shapiro-Wilk-Test, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test und t-Test in Abhängigkeit der betrachteten Variablen durchgeführt.

Die standardisierten und validierten Fragebögen HLS-EU-Q16, EQ-5D-5L, PHQ-9 und ZAP [51-54] wurden mit den in den Originalpublikationen dargestellten Methoden analysiert.

### **3.5.2. Evaluation des Behandlungspfades Herzinsuffizienz**

Im Mittelbereich Templin wurde im zweiten Quartal 2018 ein sektorenübergreifender Behandlungspfad zusammen mit einer am ASZ verorteten Herzinsuffizienzsprechstunde etabliert. Das Ziel des Behandlungspfades ist es, die Patientinnen und Patienten so zu steuern, dass sie vollumfänglich ambulante Ressourcen nutzen können und dass auf diese Weise stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

### 3.5.2.1. Studiendesign, Beobachtungszeitraum und Datenerhebung

Das Studiendesign des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Herzinsuffizienz ist in der folgenden Abbildung 3 dargestellt.

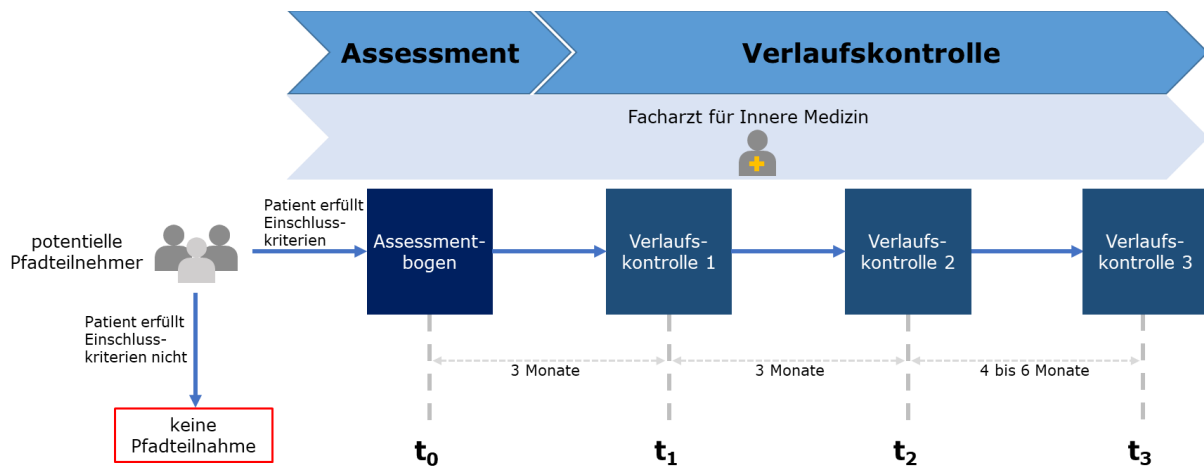


Abbildung 3: Studiendesign und Erhebungszeitpunkte der Evaluation des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Herzinsuffizienz. Quelle: Eigene Darstellung

Die medizinischen Parameter wurden im Rahmen des Pfades von den beteiligten Leistungserbringern erhoben und dokumentiert.

In der Facharztpraxis bzw. der Herzinsuffizienzprechstunde am Sana Krankenhaus Templin erfolgte zunächst das Assessment (Erstvorstellung). Im Rahmen dieser Erstvorstellung wurden folgende Leistungen durchgeführt:

- Kurze Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Sichten der mitgebrachten Vorbefunde
- Echokardiographie
- Befundbesprechung
- Ggf. Anpassung des Medikamentenplans
- Ausfüllen der Patientenfragebögen

Nach sieben bis 14 Tagen schloss sich optional eine Folgevorstellung an, wobei folgende Leistungen durchgeführt wurden:

- Ausführliche Anamnese mit Nutzung des Anamnesebogens
- Entscheidung über Sporttherapie, psychologische Mitbetreuung oder Schulungsprogramm
- Ggf. Anpassung des Medikamentenplans

Beide Termine zusammen bildeten die Baseline (t<sub>0</sub>) für die Evaluation.

Drei (t<sub>1</sub>), sechs (t<sub>2</sub>) und zwölf (t<sub>3</sub>) Monate nach der Baseline schlossen sich Verlaufskontrollen an, sodass die Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von zwölf Monaten individuell beobachtet wurden. Während zu t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub> lediglich medizinische Parameter erhoben wurden, fand zu t<sub>3</sub> eine neuerliche Befragung der Pfadteilnehmenden auf Basis der Patientenfragebögen (siehe Anhang 4) statt. Zu diesem Zeitpunkt wurde darüber hinaus ein

Dokumentationsbogen zur Beendigung (siehe Anhang 5) erhoben, um nachvollziehen zu können, ob eine regelgerechte Beendigung des Pfades oder ein Abbruch (Tod der Patientin bzw. des Patienten, *Drop-out* bzw. *Lost to follow-up*) erfolgt ist.

Bei allen Terminen wurde der pfadspezifische Assessmentbogen (siehe Anhang 6) für die Arztdokumentation genutzt. Dieser enthielt medizinische und versorgungsspezifische Angaben, die in die Evaluation des Pfades einfließen. Neben den erhobenen Primärdaten wurden Sekundärdaten der beteiligten Krankenkassen in Form von Routinedaten zur Auswertung herangezogen. Demnach konnte aus den Abrechnungsdaten die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und die Kosten für diejenigen Teilnehmenden ausgewertet werden, die bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse oder der BARMER versichert waren.

### **3.5.2.2. Zielpopulation**

Die Patientinnen und Patienten wurden anhand der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien in einem Screeningverfahren für den Behandlungspfad Herzinsuffizienz ausgewählt.

#### Einschlusskriterien

- Alter  $\geq$  18 Jahre
- Erstmalige Vorstellung in der hausärztlichen Praxis mit Symptomen oder Zeichen einer Herzinsuffizienz (I50.0 bis I50.1, I50.9)

#### Ausschlusskriterien

- Personen mit fehlenden deutschen Sprachkenntnissen zur Beantwortung der Fragebögen
- Immobile Patientinnen und Patienten
- Patientinnen und Patienten mit Demenz
- Patientinnen und Patienten mit einer geistigen Behinderung

### **3.5.2.3. Hypothesen**

H1: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Hemmung der Progression der Herzinsuffizienz.

H2: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Steigerung der Lebensqualität.

H3: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz.

H4: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summenscores.



H5: Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz im sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz führt zu einer Senkung der Hospitalisierungsrate.

H6: Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz, die am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz teilnehmen, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen weniger Krankenhausaufenthalte auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H7: Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz, die am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz teilnehmen, haben eine geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H8: Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz, die am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz teilnehmen, nehmen weniger Versorgungsleistungen in Anspruch im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H9: Patientinnen und Patienten, die am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz teilnehmen, weisen geringere Krankenhauskosten auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H10: Patientinnen und Patienten, die am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz teilnehmen, weisen geringere Gesamtkosten auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

#### **3.5.2.4. Versorgungsmodulspezifische Zielparameter**

Zusätzlich zu den versorgungsmodulübergreifenden Zielparametern wurden im Behandlungspfad Herzinsuffizienz folgende spezifische Zielparameter erhoben:

- NYHA-Klasse
- Gewicht
- Größe
- Ödem
- Rasselgeräusche
- Systolische Dysfunktion
- Diastolische Dysfunktion
- EKG
- Weiterführende Diagnostik
- Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen
- (Gesamt-)Kosten

### 3.5.2.5. Effektschätzung

Bei einem einseitigen t-Test mit einer Power von 80 %, einem Signifikanzniveau von 5 % und einer gegebenen Stichprobengröße von 194 Personen als zu erwartendes Potenzial für den Behandlungspfad Herzinsuffizienz wurde für den signifikanten Nachweis eine Effektstärke von 0,18 ermittelt. Die bei den gegebenen Annahmen zu erwartende Effektstärke ist mit 0,18 sehr klein. Gemäß Cohens d entspricht 0,2 einem kleinen Effekt [56], sodass kleine, mittlere oder große Effekte hier abgesichert werden können [57].

### 3.5.2.6. Datenauswertung

Die Auswertung aller erhobenen Parameter und Items erfolgte deskriptiv. Dabei wurden für stetige Variablen Mittelwerte, Standardabweichung, Median, Maximum und Minimum berechnet. Klassifizierte Variablen wurden mit Zahlen in den einzelnen Klassen und Prozentanteilen dargestellt. Die Primär- und Sekundärdaten wurden getrennt voneinander analysiert und nicht miteinander verknüpft.

Für die Testung der Hypothesen wurden statistische Hypothesentests mittels Shapiro-Wilk-Test, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test und t-Test in Abhängigkeit der betrachteten Variablen durchgeführt.

Die gesundheitsökonomische Analyse bezog sich auf den Unterschied hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte und deren Kosten im Prä-Post-Vergleich. Für diese vergleichende gesundheitsökonomische Evaluation wurden die Routinedaten der beteiligten Krankenkassen verwendet. Der Vorbeobachtungszeitraum bezog sich auf die patientenindividuellen vier Quartale vor der Einschreibung. Der Nachbeobachtungszeitraum beinhaltete patientenindividuell das Einschreibungsquartal und die drei darauffolgenden Quartale. Als Signifikanzniveau wurden 5 % festgelegt. Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Betrachtung wurde eine Kosten-Effektivitäts-Analyse (auch *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* genannt) durchgeführt. Dabei wurden die Kosten und die Effekte in einer inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Analyse (ICER) einander gegenübergestellt. Folglich wurden bei dieser Analyse die Kosten pro reduzierten Krankenhausaufenthalt errechnet. Bei der Ermittlung und Analyse der Kosten-Effektivität des Behandlungspfades Herzinsuffizienz wurde die Perspektive der Kostenträger eingenommen.

$$ICER = \frac{\text{Kosten}^{Post} - \text{Kosten}^{Prä}}{\text{Anzahl Krankenhausaufenthalte}^{Post} - \text{Anzahl Krankenhausaufenthalte}^{Prä}}$$

### 3.5.3. Evaluation des Behandlungspfades Rückenschmerz

Der ambulante, multimodale und multiprofessionelle Behandlungsansatz zur Versorgung von Rückenschmerz zielte neben einer leitliniengerechten Therapie auch darauf ab, die Patientinnen und Patienten zu einem strukturierten Selbstmanagement durch ergänzende Angebote zu befähigen. Der Behandlungspfad Rückenschmerz wurde im vierten Quartal 2018 etabliert.

### 3.5.3.1. Studiendesign, Beobachtungszeitraum und Datenerhebung

Das Studiendesign des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Rückenschmerz ist in der folgenden Abbildung 4 dargestellt.

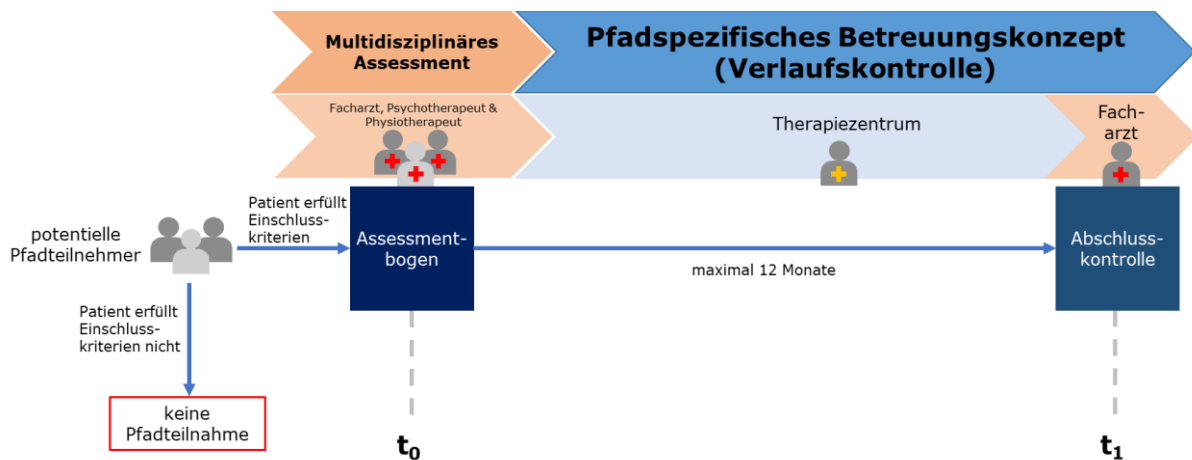


Abbildung 4: Studiendesign und Erhebungszeitpunkte der Evaluation des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Rückenschmerz. Quelle: Eigene Darstellung

Im sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rückenschmerz variiert der Beobachtungszeitraum patientenindividuell, je nachdem, wie lange die Patientinnen und Patienten am pfadspezifischen Betreuungsprogramm teilnehmen. Die maximale Länge des Beobachtungszeitraums beträgt zwölf Monate. Die Datenerhebung erfolgte entweder bei der Fachärztin bzw. dem Facharzt oder im Physiotherapiezentrum. Dabei fand die Datenerhebung zum einen mit papierbasierten Fragebögen (Patientenbefragung zu  $t_0$  und  $t_1$ ) (siehe Anhang 4) und zum anderen softwaregestützt statt. Medizinische Parameter wurden anhand des Deutschen Schmerz Fragebogens (DSF) (siehe Anhang 7) mit der Software *painpool* [58] erhoben. Die Erhebung physiotherapeutischer Parameter erfolgte separat. Neben den erhobenen Primärdaten wurden Sekundärdaten der beteiligten Krankenkassen in Form von Routinedaten zur Auswertung herangezogen. Demnach konnte aus den Abrechnungsdaten die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und die Kosten für diejenigen Teilnehmenden ausgewertet werden, die bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse oder der BARMER versichert waren.

### 3.5.3.2. Zielpopulation

Die Zielpopulation umfasste Personen mit unspezifischem Rückenschmerz (ohne Festlegung bzw. Ausschluss auf Lokalisation). Die Patientinnen und Patienten wurden anhand der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt.

#### Einschlusskriterien

- Alter  $\geq 18$  Jahre
- Patientinnen und Patienten mit (gesicherter) Rückenschmerzdiagnose (M54.00 bis M54.99)
- Patientinnen und Patienten mit Chronifizierungsgrad I nach Gerbershagen
- Patientinnen und Patienten mit Chronifizierungsgrad II nach Gerbershagen

- Länge der AU-Tage: mindestens zwei Wochen bzw. kumuliert sechs Wochen im Jahr (ohne spezifische Diagnoseeinschränkungen)
- Schmerzbedingte deutliche Beeinträchtigung (Pain Disability Index, Korf Index)

#### Ausschlusskriterien

- Laufendes Rentenverfahren
- Laufender Reha-Antrag
- Palliative Tumorerkrankung
- Personen mit fehlenden deutschen Sprachkenntnissen zur Beantwortung der Fragebögen
- Patientinnen und Patienten mit Demenz
- Patientinnen und Patienten mit einer geistigen Behinderung

#### **3.5.3.3. Hypothesen**

H1: Durch die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rückenschmerz verbessert sich das Schmerzniveau der Patientinnen und Patienten, gemessen mit einem Schmerzindex.

H2: Patientinnen und Patienten, die am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rückenschmerz teilnehmen, weisen keine Progression der Chronifizierung auf.

H3: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rückenschmerz führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Steigerung der Lebensqualität.

H4: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rückenschmerz führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz.

H5: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rückenschmerz führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summenscores.

H6: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Rückenschmerz teilnehmen, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen weniger Krankenhausaufenthalte auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H7: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Rückenschmerz teilnehmen, haben eine geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H8: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Rückenschmerz teilnehmen, nehmen weniger Versorgungsleistungen in Anspruch im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H9: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Rückenschmerz teilnehmen, weisen geringere Arzneimittelkosten auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H10: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Rückenschmerz teilnehmen, zeigen geringere Gesamtkosten im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

#### **3.5.3.4. Versorgungsmodulspezifische Zielparameter**

Neben den versorgungsmodulübergreifenden Zielparametern wurden im Behandlungspfad Rückenschmerz folgende Zielparameter erhoben:

- Schmerzniveau anhand VAS (Visuelle Analogskala)
- Vermeidung von Chronifizierungsprozessen / Hemmung der Progression; Erfassung anhand von Fragen zu Schmerzdauer, Auftretenshäufigkeit und Verlauf im DSF
- Körperstatus (Gewicht, BMI, Körperfett, Muskulatur, Skelettmuskelmasse)
- Analyse des Bauchbereichs (Tailen-Hüft-Verhältnis)
- Segmentale Muskelmasse (linker Arm, rechter Arm, linkes Bein, rechtes Bein, Rumpf)
- Weitere physiologische Informationen (aktive Körperzellmasse, Körperalter)
- Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen
- (Gesamt-)Kosten

#### **3.5.3.5. Effektschätzung**

Bei einem einseitigen t-Test mit einer Power von 80 %, einem Signifikanzniveau von 5 % und einer gegebenen Stichprobengröße von 45 Personen als zu erwartendes Potenzial für den Behandlungspfad Rückenschmerz wurde für den signifikanten Nachweis eine Effektstärke von 0,27 ermittelt. Die bei den gegebenen Annahmen zu erwartende Effektstärke ist mit 0,27 gemäß Cohens d als klein zu bewerten [56], sodass kleine, mittlere oder große Effekte abgesichert werden können [57].

#### **3.5.3.6. Datenauswertung**

Alle erhobenen Parameter und Items wurden deskriptiv analysiert. Dabei wurden für stetige Variablen Mittelwerte, Standardabweichung, Median, Maximum und Minimum tabelliert. Klassifizierte Variablen wurden mit Zahlen in den einzelnen Klassen und Prozentanteilen dargestellt. Die Primär- und Sekundärdaten wurden getrennt voneinander analysiert und nicht miteinander verknüpft.

Für die Testung der Hypothesen wurden statistische Hypothesentests mittels Shapiro-Wilk-Test, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test und t-Test in Abhängigkeit der betrachteten Variablen durchgeführt.

Die gesundheitsökonomische Analyse bezog sich auf den Unterschied hinsichtlich der Arzneimittelkosten im Prä-Post-Vergleich. Für diese nicht vergleichende gesundheitsökonomische Evaluation wurden die Routinedaten der beteiligten Krankenkassen verwendet. Der Vorbeobachtungszeitraum bezog sich auf die patientenindividuellen vier Quartale vor der Einschreibung. Für den Nachbeobachtungszeitraum wurde das patientenindividuelle Einschreibungsquartal und die darauf folgenden drei Quartale berücksichtigt. Als Signifikanzniveau wurden 5 % festgelegt. Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Betrachtung wurde eine Kostenanalyse durchgeführt. Die Kostenanalyse gehört zu den nicht-vergleichenden gesundheitsökonomischen Analysen und eignet sich zur Betrachtung der Kosten einer Behandlung. Bei der Ermittlung und Analyse der Kosten des Behandlungspfades Rückenschmerz wurde die Perspektive der Kostenträger eingenommen. Demnach werden bei

einer Kosten-Analyse die Kosten der entsprechenden Maßnahme berechnet, wobei hier die direkten Kosten mit einbezogen wurden.

$$\text{Kosten}_{\text{Direkt}}^{\text{Prä}} \text{ vs. } \text{Kosten}_{\text{Direkt}}^{\text{Post}}$$

### 3.5.4. Evaluation des Behandlungspfades Adipositas

Im Rahmen von IGiB-StimMT wurde im zweiten Quartal 2019 ein sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas implementiert. Im Vordergrund stand die Erkrankungen Adipositas, nicht deren Begleiterkrankungen wie etwa Diabetes mellitus Typ 2 und / oder Hypertonie. Durch die ärztliche Begleitung und die Einsteuerung in geeignete Therapie-maßnahmen sollte dem Fortschreiten der Erkrankung entgegengewirkt werden, was wiederum zu einer Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten führen sollte.

#### 3.5.4.1. Studiendesign, Beobachtungszeitraum und Datenerhebung

Das Studiendesign des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Adipositas ist in der folgenden Abbildung 5 dargestellt.

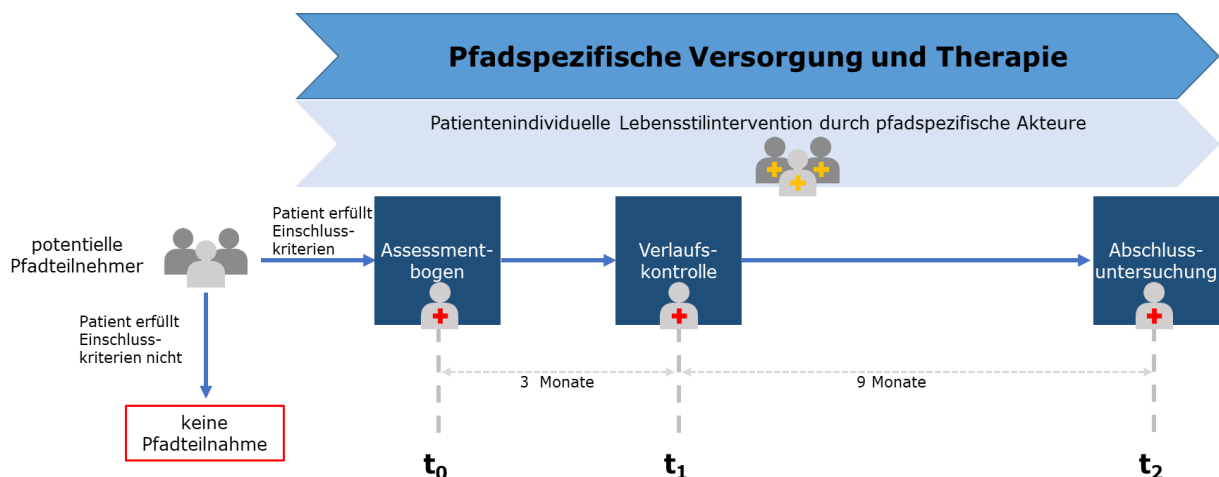


Abbildung 5: Studiendesign und Erhebungszeitpunkte der Evaluation des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Adipositas. Quelle: Eigene Darstellung

Der sektorenübergreifende Behandlungspfad Adipositas gliederte sich in die folgenden drei Abschnitte:

- Teil 1: Einschreibung der Patientin bzw. des Patienten / Pfadspezifisches Assessment
- Teil 2: Pfadspezifische Versorgung und Therapie
- Teil 3: Beendigung der umfangreichen Betreuung durch pfadspezifische Akteure und Überleitung der Patientin bzw. des Patienten an die Hausärztin oder den Hausarzt zur Abschlussuntersuchung

Der Zeitraum, in dem die Patientinnen und Patienten im Pfad betreut wurden, umfasste zwölf Monate. Das Assessment (t<sub>0</sub>) für potenzielle Pfadteilnehmende beinhaltete neben der pfad-übergreifenden und versorgungsmodulübergreifenden Patientenbefragung (siehe Anhang 4) eine individuelle Risikoabschätzung unter Erhebung von Body-Mass-Index (BMI), Hüftumfang

sowie bereits bestehenden Begleiterkrankungen (Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen, Arthrose, Obstruktives-Schlafapnoe-Syndrom). Hierfür wurde ein pfadspezifischer Assessmentbogen (siehe Anhang 8) entwickelt. Danach wurden Zielempfehlungen bei Teilnahme am Pfad formuliert.

Anschließend erfolgte die pfadspezifische Versorgung und Therapie gemäß des patienten-individuellen ärztlichen Behandlungsplans. Nach sechs Wochen ( $t_1$ ) fand eine Verlaufskontrolle statt.

Bei der Abschlussuntersuchung nach zwölf Monaten ( $t_2$ ) wurden erneut die Patientenfragebögen (siehe Anhang 4) ausgehändigt und alle medizinischen Parameter der Eingangsuntersuchung mittels des pfadspezifischen Assessmentbogens (siehe Anhang 8) kontrolliert. Anschließend wurde für jede Patientin bzw. jeden Patienten ein individueller Plan für eine nachhaltige gesundheitsbewusste Verhaltensänderung erstellt. Neben den erhobenen Primärdaten wurden Sekundärdaten der beteiligten Krankenkassen in Form von Routinedaten zur Auswertung herangezogen. Demnach konnte aus den Abrechnungsdaten die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und die Kosten für diejenigen Teilnehmenden ausgewertet werden, die bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse oder der BARMER versichert waren.

### 3.5.4.2. Zielpopulation

Die Patientinnen und Patienten wurden anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Die Einschlusskriterien des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Adipositas orientierten sich an der interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 „Prävention und Therapie der Adipositas“.

#### Einschlusskriterien

- Alter  $\geq 18$  Jahre
- BMI zwischen 25 und  $< 30 \text{ kg/m}^2$  und gleichzeitiges Vorliegen von
  - übergewichtsbedingten Gesundheitsstörungen (z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2) oder
  - abdominaler Adipositas oder
  - Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden, oder
  - hohem psychosozialen Leidensdruck
- BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
- Tendenz zum Übergewicht und bestehende lebensstilbezogene Risikofaktoren wie
  - bauchbetontes Übergewicht
  - manifester Bewegungsmangel
  - verringerte Stressreaktivität
  - Schlafstörungen
  - Rauchen



Primär wurden Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose „Adipositas“ (ICD-10 Codes E66.00 [Adipositas Grad I; BMI 30,0 bis 34,9 kg/m<sup>2</sup>], E66.01 [Adipositas Grad II; BMI 35,0 bis 39,9 kg/m<sup>2</sup>], E66.02 [Adipositas Grad III; BMI ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>], E66.1 [Arzneimittelinduzierte Adipositas], E66.2 [Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation], E66.8 [Sonstige Adipositas], E66.9 [Adipositas, nicht näher bezeichnet]) adressiert.

#### Ausschlusskriterien

- Personen mit fehlenden deutschen Sprachkenntnissen zur Beantwortung der Fragebögen
- Patientinnen und Patienten mit Demenz
- Patientinnen und Patienten mit einer geistigen Behinderung

#### **3.5.4.3. Hypothesen**

H1: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Adipositas führt zu einer Stabilisierung oder Verbesserung des BMI der Teilnehmenden.

H2: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Adipositas führt zu keiner Verschlechterung des Adipositas-Grades.

H3: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Adipositas führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Steigerung der Lebensqualität.

H4: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Adipositas führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz.

H5: Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Adipositas führt bei den Patientinnen und Patienten zu einer Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summenscores.

H6: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Adipositas teilnehmen, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen weniger Krankenhausaufenthalte auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H7: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Adipositas teilnehmen, haben eine geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H8: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Adipositas teilnehmen, nehmen weniger Versorgungsleistungen in Anspruch im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H9: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Adipositas teilnehmen, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen geringere Krankhauskosten auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

H10: Patientinnen und Patienten, die am Behandlungspfad Adipositas teilnehmen, zeigen geringere Gesamtkosten im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.

#### **3.5.4.4. Versorgungsmodulspezifische Zielparameter**

Neben den versorgungsmodulübergreifenden Zielparametern wurden im Behandlungspfad Adipositas folgende Zielparameter erhoben:

- BMI
- Adipositas-Grad
- Klinische Parameter (Schmerzskala [VAS], Körpergewicht, BMI, Anzahl Medikamente pro Tag, Anzahl Schmerzmedikamente pro Tag)
- Bestehende Komorbiditäten (Diabetes mellitus Typ 2, Arterielle Hypertonie, manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen, Hyperurikämie, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Gelenkarthrose, Rückenschmerz, Rauchen)
- Teilnahme Lebensstilintervention (gewichtserhaltende Lebensstilinterventionen, gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilintervention)
- Gesundheitsziele (individuelle Ziele, Bewegungsangebot, Ernährungsumstellung)
- Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen
- (Gesamt-)Kosten

#### **3.5.4.5. Effektschätzung**

Bei einem einseitigen t-Test mit einer Power von 80 %, einem Signifikanzniveau von 5 % und einer gegebenen Stichprobengröße von 90 Personen als zu erwartendes Potenzial für den Behandlungspfad Adipositas wurde für den signifikanten Nachweis eine Effektstärke von 0,27 ermittelt. Die bei den gegebenen Annahmen zu erwartende Effektstärke ist mit 0,27 gemäß Cohens d als klein zu bewerten [56], sodass kleine, mittlere oder große Effekte abgesichert werden können [57].

#### **3.5.4.6. Datenauswertung**

Alle erhobenen Parameter und Items wurden deskriptiv analysiert. Dabei wurden für stetige Variablen Mittelwerte, Standardabweichung, Median, Maximum und Minimum tabelliert. Klassifizierte Variablen wurden mit Zahlen in den einzelnen Klassen und Prozentanteilen dargestellt. Die Primär- und Sekundärdaten wurden getrennt voneinander analysiert und nicht miteinander verknüpft.

Für die Testung der Hypothesen wurden statistische Hypothesentests mittels Shapiro-Wilk-Test, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test und t-Test in Abhängigkeit der betrachteten Variablen durchgeführt.

Die gesundheitsökonomische Analyse bezog sich auf den Unterschied hinsichtlich der Krankenhauskosten im Prä-Post-Vergleich. Für diese nicht vergleichende gesundheitsökonomische Evaluation wurden die Routinedaten der beteiligten Krankenkassen verwendet. Der Vorbeobachtungszeitraum bezog sich auf die patientenindividuellen vier Quartale vor der Einschreibung. Für den Nachbeobachtungszeitraum wurde das patientenindividuelle Einschreibungsquartal inklusive der drei darauf folgenden Quartale berücksichtigt. Als Signifikanzniveau wurden 5 % festgelegt. Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Betrachtung wurde eine Kostenanalyse durchgeführt. Die Kostenanalyse gehört zu den nicht-

vergleichenden gesundheits-ökonomischen Analysen und eignet sich zur Betrachtung der Kosten einer Behandlung. Bei der Ermittlung und Analyse der Kosten des Behandlungspfads Adipositas wurde die Perspektive der Kostenträger eingenommen. Demnach werden bei einer Kosten-Analyse die Kosten der entsprechenden Maßnahme berechnet, wobei hier die direkten Kosten mit einbezogen wurden.

$$\text{Kosten}_{\text{Direkt}}^{\text{Prä}} \text{ vs. } \text{Kosten}_{\text{Direkt}}^{\text{Post}}$$

### 3.5.5. Evaluation der strukturierten Harninkontinenzversorgung

Im Rahmen des Projekts wurde im zweiten Quartal 2018 die strukturierte Harninkontinenzversorgung etabliert. Im Vordergrund des Behandlungsprogramms stand die Verbesserung der wohnortnahen, ambulanten Versorgung von weiblichen Patienten mit einer Harninkontinenz.

#### 3.5.5.1. Studiendesign, Beobachtungszeitraum und Datenerhebung

Das Studiendesign des strukturierten Behandlungsprogramms Harninkontinenzversorgung ist in Abbildung 6 dargestellt.

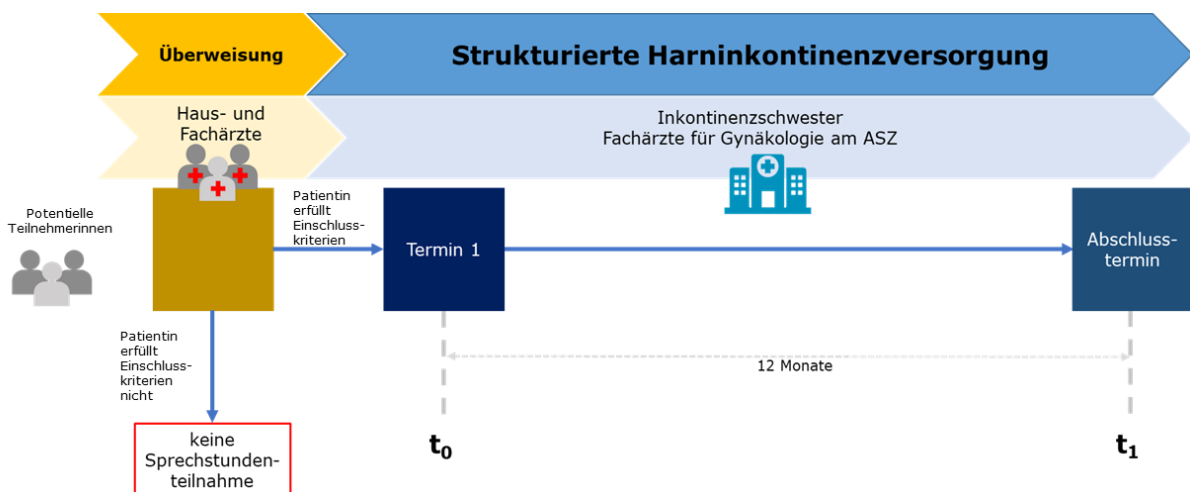


Abbildung 6: Studiendesign und Erhebungszeitpunkte der Evaluation des strukturierten Behandlungsprogramms Harninkontinenzversorgung. Quelle: Eigene Darstellung

Eine Überweisung in die strukturierte Harninkontinenzversorgung am ASZ aufgrund einer Verdachtsdiagnose konnte sowohl durch Haus- als auch Fachärztinnen bzw. -ärzte im Mittelbereich Templin erfolgen.

Der erste Termin (t<sub>0</sub>) umfasste die Patientenbefragung mittels des sektorenübergreifenden Patientenfragebogens (siehe Anhang 4) sowie zeitintensive Maßnahmen zur Erhebung der Symptomdiagnostik als Grundlage für die Diagnosestellung (z. B. Erläuterung zum Führen eines Trink- und Toilettenprotokolls, Fragebogenerhebung oder Bestimmung des Urinstatus). Hier erfolgte die Spezifizierung der Verdachtsdiagnose. Der Verlauf der strukturierten Harninkontinenzversorgung war patientenindividuell.

Nach zwölf Monaten (t<sub>1</sub>) wurden alle Teilnehmerinnen von der Inkontinenzschwester ins ASZ eingeladen, um sowohl die Patientenfragebögen (siehe Anhang 4) als auch den im Rahmen

der strukturierten Harninkontinenzversorgung entwickelten Fragebogen (siehe Anhang 9) erneut zu beantworten.

### **3.5.5.2. Zielpopulation**

Die strukturierte Harninkontinenzversorgung adressierte durch die Kooperation mit Gynäkologinnen und Gynäkologen ausschließlich weibliche Patienten. Die Patientinnen wurden anhand der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt.

#### Einschlusskriterien

- Alter  $\geq$  18 Jahre
- Weibliche Patienten mit Symptomen der Harninkontinenz (ICD-10 Codes N32.8, N39.3 und N39.4, N39.40 bis N39.42, N39.47 und N39.48, R32) oder Prolaps (ICD-10 Codes N81.0 bis N81.9, N99.3)

#### Ausschlusskriterien

- Personen mit fehlenden deutschen Sprachkenntnissen zur Beantwortung der Fragebögen
- Patientinnen mit Demenz
- Patientinnen mit einer geistigen Behinderung

### **3.5.5.3. Hypothesen**

H1: Die strukturierte Harninkontinenzversorgung wird Patientinnen mit Harninkontinenz erfassen, die ohne das Angebot unbehandelt bleiben.

H2: Die strukturierte Harninkontinenzversorgung wird eine Verbesserung des Inkontinenzmaßes zur Folge haben (messbar am Verbrauch von Inkontinenzartikeln).

H3: Durch die strukturierte Harninkontinenzversorgung reduziert sich die wohnortferne Versorgung (außerhalb des Mittelbereichs Templin).

H4: Durch die strukturierte Harninkontinenzversorgung zeigt sich eine Reduktion von operativen Eingriffen durch die Ausschöpfung konservativer Therapien.

H5: Die strukturierte Harninkontinenzversorgung verbessert die Lebensqualität durch einen frühzeitigen Beginn geeigneter Therapiemaßnahmen.

H6: Die Teilnahme an der strukturierten Harninkontinenzversorgung führt bei den Patientinnen zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz.

H7: Die Teilnahme an der strukturierten Harninkontinenzversorgung führt bei den Patientinnen zu einer Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summenscores.

#### **3.5.5.4. Versorgungsmodulspezifische Zielparameter**

Neben den versorgungsmodulübergreifenden Zielparametern wurden in der strukturierten Harninkontinenzversorgung folgende Zielparameter erhoben:

- Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten im Mittelbereich Templin
- Kontakte mit ambulanten Leistungserbringern aufgrund einer Harninkontinenz
- Gebrauch von Inkontinenzartikeln
- Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Harninkontinenz
- Operative Eingriffe aufgrund einer Harninkontinenz

#### **3.5.5.5. Effektschätzung**

Bei einem einseitigen t-Test mit einer Power von 80 %, einem Signifikanzniveau von 5 % und einer gegebenen Stichprobengröße von 95 Personen als zu erwartendes Potenzial für die strukturierte Harninkontinenzversorgung wurde für den signifikanten Nachweis eine Effektstärke von 0,26 ermittelt. Die bei den gegebenen Annahmen zu erwartende Effektstärke ist mit 0,26 gemäß Cohens d als klein zu bewerten [56], sodass kleine, mittlere oder große Effekte abgesichert werden können [57].

#### **3.5.5.6. Datenauswertung**

Alle erhobenen Parameter und Items wurden deskriptiv analysiert. Dabei wurden für stetige Variablen Mittelwerte, Standardabweichung, Median, Maximum und Minimum tabelliert. Klassifizierte Variablen wurden mit Zahlen in den einzelnen Klassen und Prozentanteilen dargestellt.

Für die Testung der Hypothesen wurden statistische Hypothesentests mittels Shapiro-Wilk-Test, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, t-Test und McNemar-Test in Abhängigkeit der betrachteten Variablen durchgeführt.

### **3.6. Gesundheitsökonomische Evaluation**

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation wurde eine Kosten-Effektivitäts-Analyse (auch *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* genannt) durchgeführt. Zunächst wurden hierfür verschiedene Effektivitätsparameter analysiert. Diesen ausgewählten Effektparametern wurden dann die Kosten gegenübergestellt. Datengrundlage bildeten die aggregierten GKV-Routinedaten der am Projekt beteiligten Krankenkassen AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und BARMER sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Somit wurde in der gesundheitsökonomischen Evaluation die Kostenträgerperspektive eingenommen. Bei der Analyse der Daten erfolgte zudem eine regionale Betrachtung.

Der Beobachtungszeitraum der Effektivitäts- und Kosten-Effektivitäts-Analyse beinhaltete die Jahre 2016 bis 2020. Das Jahr 2016 beschreibt den Vorbeobachtungszeitraum vor der Implementierung der neuen Versorgungsstrukturen. Die Jahre 2017 bis 2020 stellen den Beobachtungszeitraum dar, wobei insbesondere die Veränderung nach vier Jahren Projektlaufzeit fokussiert wird.

### 3.6.1. Zielpopulation

Für die Routinedatenanalyse wurden Versicherte der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und der BARMER aus dem Mittelbereich Templin berücksichtigt. Diese Personen stellten die Interventionsgruppe (IG) dar. Zu der potenziellen Kontrollgruppe (KG) gehörten Versicherte der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und der BARMER aus vergleichbaren, ländlichen Regionen in Brandenburg.

#### Kriterien:

- Versicherte mit einem Wohnort im Mittelbereich Templin (PLZ 17268 und 17279) oder einer vergleichbaren ländlichen Region in Brandenburg
- Versicherte, die mindestens seit 2016 bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse oder BARMER versichert waren und pro Jahr mind. 180 Versichertentage aufwiesen (*Versicherte, die in dem Betrachtungszeitraum verstorben waren, zählten zu den vollständig Versicherten*)

Für die Gruppenbildung der Versicherten in IG und KG wurde ein Nearest-Neighbor-Matching ohne Zurücklegen mit einer maximalen Distanz von 0,0001 zwischen zwei Matching-Partnern durchgeführt. Demzufolge wurde jedem Versicherten aus dem Mittelbereich Templin anhand relevanter Merkmale (Matchingkriterien, siehe Anhang 10) ein Versicherter aus einer anderen, ländlichen Region in Brandenburg als Matching-Partner zugeordnet. Bei einem Matching ohne Zurücklegen wird jeder Versicherter aus der potenziellen KG maximal einmal als Matching-Partner herangezogen. Gemäß diesem 1:1 Matching oder Nearest-Neighbor-Matching erfolgte letztlich die Zuordnung in die jeweilige Gruppe.

### 3.6.2. Forschungshypothesen

Für die Effektivitäts- und Kosten-Effektivitäts-Analyse wurden die nachstehenden Forschungshypothesen aufgestellt.

H1: Die komplexe Intervention IGiB-StimMT führt zu einer Reduktion der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK) im Mittelbereich Templin.

H2: Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der komplexen Intervention IGiB-StimMT behandelt werden, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen weniger Krankenhausaufenthalte auf als Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe.

H3: Patientinnen und Patienten, die in der komplexen Intervention IGiB-StimMT versorgt werden, haben eine geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen als Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe.

H4: Patientinnen und Patienten, die in der komplexen Intervention IGiB-StimMT behandelt werden, nehmen weniger Versorgungsleistungen in Anspruch als Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe.

H5: Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung in der komplexen Intervention IGiB-StimMT erhalten, weisen geringere Krankenhauskosten auf als Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe.

H6: Patientinnen und Patienten, die innerhalb der komplexen Intervention IGiB-StimMT versorgt werden, zeigen geringere Gesamtkosten als Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe.

### 3.6.3. Zielparameter

Die Ermittlung der verschiedenen Parameter erfolgte über die Routinedaten der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, der BARMER und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg.

Zielparameter:

- Reduktion der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle
- Anzahl der (voll- und teil-)stationären Krankenhausaufenthalte
- Anzahl ambulanter Behandlungsfälle
- Inanspruchnahme von Notfallambulanzen
- Inanspruchnahme von Heilmitteln
- Inanspruchnahme von Hilfsmitteln
- Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit
- (Gesamt-)Kosten

### 3.6.4. Datenauswertung

Alle erhobenen Variablen wurden deskriptiv analysiert. Für die Testung der Hypothesen wurden statistische Hypothesentests mittels Mann-Whitney-U-Test und z-Test für zwei Proportionen (*prop.test*) durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurden 5 % festgelegt.

Die primäre Auswertung bezog sich auf den Unterschied zwischen IG und KG im Hinblick auf die vollstationären Krankenhausaufenthalte im zeitlichen Verlauf vor der Implementierung der neuen Strukturen im Jahr 2016 und nach den Strukturveränderungen im Jahr 2020. Die sekundären Auswertungen betrachteten die Anzahl voll- und teilstationärer Krankenhausaufenthalte, die Anzahl ambulanter Leistungen, die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und weiterer gesundheitlichen Versorgungsleistungen (Haus- und Facharztkontakte, Arzneimittelverordnungen, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Inanspruchnahme von häuslichen Pflegeleistungen sowie weiteren Pflegeleistungen) sowie die Gesamtkosten. Um den Interventionseffekt darzustellen, wurde auf den Difference-in-Differences-Ansatz (DiD) zurückgegriffen, sodass die zeitliche Veränderung zwischen dem Vorbeobachtungsjahr 2016 und dem Nachbeobachtungsjahr 2020 pro Gruppe (IG und KG) ermittelt und zwischen diesen beiden Gruppen miteinander verglichen wurden. Durch die Berechnung der Änderung zwischen dem Vorbeobachtungsjahr 2016 und dem Follow-up im Jahr 2020 pro Gruppe (IG und KG) wurde eine Verbesserung durch negative und eine Verschlechterung durch positive Werte ersichtlich.

Die Berechnung der Kosten umfasst die Analyse der durchschnittlichen Kosten pro Versicherten pro Jahr (je Altersgruppe). Dabei wurden folgende Komponenten der Versorgungskosten analysiert:

- Krankenhauskosten
- Kosten der ambulanten Versorgung
- Arzneimittel-Kosten



- Heilmittel-Kosten
- Hilfsmittel-Kosten
- Kosten für häusliche Krankenpflege
- Fahrtkosten
- Gesamtkosten

Daran anschließend folgte die Durchführung einer inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Analyse in der zeitlichen Veränderung. Bei dieser Analyse wurden die Kosten pro reduzierten Krankenhausaufenthalt errechnet. Als Effektparameter wurde die Veränderung hinsichtlich der Anzahl der vollstationären Krankenhausaufenthalte als auch hinsichtlich der Anzahl voll- und teilstationärer Krankenhausaufenthalte herangezogen. Für die Kosten wurde die Veränderung der Gesamtkosten gewählt, ergänzt um eine weitere Analyse mit der Veränderung der voll- und teilstationären Krankenhauskosten.

$$\text{ICER} = \frac{\text{Kosten}^{IG} - \text{Kosten}^{KG}}{\text{Anzahl Krankenhausaufenthalte}^{IG} - \text{Anzahl Krankenhausaufenthalte}^{KG}}$$

IG = Interventionsgruppe  
 KG = Kontrollgruppe

Es wurde ein nicht-parametrisches Bootstrapping mit 5.000 Wiederholungen durchgeführt, bei dem die theoretische Verteilung durch ein Resamplingverfahren simuliert wird. Das Ergebnis des Bootstrappings ist eine Konfidenzellipse, die den Bereich definiert, den das ICER mit einer bestimmaren Wahrscheinlichkeit annehmen kann. So kann der Unsicherheit bezüglich des Schätzwertes des ICER adäquat begegnet werden. Die Interpretation des ICER kann mit der Kosten-Effektivitäts-Fläche (cost effectiveness plane, CEP) vorgenommen werden (siehe Abbildung 7).

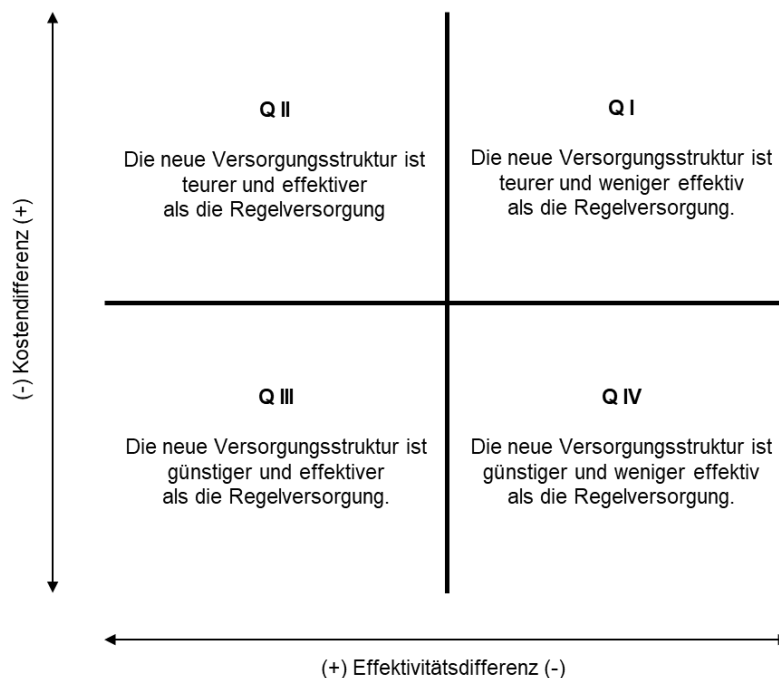


Abbildung 7: Kosten-Effektivitäts-Fläche. Quelle: Eigene Darstellung.

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

Die horizontale Achse der CEP stellt die Werte der Effektivitätsdifferenz dar und die vertikale Achse der CEP stellt die Werte der Kostendifferenz dar. Im Vergleich zur Regelversorgung (im Zentrum) können die neuen Versorgungsstrukturen entweder teurer und weniger effektiv (Quadrant I), teurer und effektiver (Quadrant II), günstiger und effektiver (Quadrant III) oder günstiger und weniger effektiv sein (Quadrant IV).

## 4. Ergebnisse der Evaluation

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Prozess- und Strukturrevaluation und der Ergebnisevaluation sowie der gesundheitsökonomischen Evaluation dargestellt, die im Rahmen des Projektes IGiB-StimMT erzielt wurden. Die Ergebnisdarstellung orientiert sich dabei an den Institutionen, die im Projektverlauf entstanden sind, und an den verschiedenen Versorgungsmodulen, die in diesen Institutionen durchgeführt wurden. Die dargestellten Institutionen und Versorgungsmodule wurden unter Verwendung unterschiedlicher quantitativer und/oder qualitativer Forschungsmethoden analysiert. Die Ergebnisse der Leistungserbringerbefragung sowie der Stakeholder-Befragung flossen übergreifend in die Ergebnispräsentation der einzelnen Versorgungsleistungen ein.

### 4.1. Ergebnisse der regionalen Versorgungssituationsanalyse zu Projektbeginn

Eine Stakeholder-Befragung zu Beginn des Projektes im Jahr 2017 zielte darauf ab, Einschätzungen der Befragten zur aktuellen Versorgungssituation, zu ihrem Rollenverständnis vor Projektbeginn und zu ihrem Wissen über die Projekthinhalte von IGiB-StimMT zu erhalten. Es wurden 18 Stakeholder aus Politik, Gesundheitswesen und Wirtschaft zu ihren bisherigen Erfahrungen hinsichtlich der Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren befragt. Außerdem wurden sie gebeten, Faktoren zu nennen, die sie als zentral für das Gelingen des Projektes ansahen.

Die leitfadengestützten Interviews wurden mittels einer formulierenden Interpretation ausgewertet. Die Interviewinhalte wurden kodiert und anhand der Oberthemen *Wissen, aktuelle Situation, Erfahrungen, Zusammenarbeit, Erwartungen* und *Informationsaustausch* gegliedert, wie in Abbildung 8 dargestellt. Außerdem wurden Unterthemen dieser Rubriken analysiert. Diese umfassten vorrangig detailliertere Informationen und eine Bewertung des jeweiligen Oberthemas. Anschließend wurden Textpassagen mit hoher interaktiver und metaphorischer Dichte ausgewählt und interpretiert. Durch die reflektierende Interpretation flossen Gegenhorizonte in die Auswertung ein, wobei stets auf den Orientierungs- und Erfahrungsrahmen der Befragten geachtet wurde. In der Fallbeschreibung, dem letzten Schritt der dokumentarischen Analyse, wurden schließlich Form und Inhalt des jeweiligen Interviews zusammengefasst.

Bei der Befragung der Ärztinnen und Ärzte wurde deutlich, dass bei dieser Personengruppe gute Kenntnisse über die groben Projektziele vorhanden waren. Allerdings konnte diese Gruppe zu Projektbeginn keine spezifischen bzw. detaillierten Ziele des Projektes benennen. Ein vergleichbarer Kenntnisstand zeigte sich auch unter den Befragten aus den Bereichen Pflege und Apotheke. Hier herrschten ebenfalls nur vage Vorstellungen zu den Projektzielen vor. Dies könnte daran liegen, dass nicht alle Akteure in gleichem Maße in den Informationsfluss vor Projektbeginn einbezogen waren. Befragte Stakeholder des Case- und Klinikmanagements, der Kostenträger und der Politik konnten beispielsweise konkrete Projektziele benennen und ausführlich definieren.

Im weiteren Verlauf der Interviews wurden die Akteure zu der aktuellen Versorgungssituation im Mittelbereich Templin befragt. Dabei sollten sie aus ihrer Sicht die aktuelle Situation der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung einschätzen. Es zeigten sich hier unterschiedliche Perspektiven unter den Stakeholdern. Ärztinnen und Ärzte empfanden die

Bevölkerung des Mittelbereichs Templin als sehr gut versorgt und waren zu diesem Zeitpunkt mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung zufrieden. Des Weiteren tauschte sich die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte bei regelmäßig stattfindenden Stammtischtreffen über die Qualität der ambulanten Versorgung aus. Somit zeigten sich in dieser Gruppe Erfahrungsmuster, die darauf deuten, dass die Teilnahme an Stammtischtreffen zu einem positiven Effekt für den Arbeits- und Kommunikationsalltag von Ärztinnen und Ärzten führt. Im Vergleich dazu wurde unter Stakeholdern der Pflege die pflegerische Betreuung der Bevölkerung in Templin stark bemängelt. Die Befragten begründeten dies vor allem mit einer mangelnden Kommunikation und einer fehlenden Finanzstruktur. Es wurde außerdem beanstandet, dass die Praxisschließzeiten von ambulant tätigen (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten eine funktionierende Versorgung erschweren würden. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei Kostenträgern sowie bei den Akteuren aus der Politik. Diese empfanden die Versorgung der vorwiegend älteren Bevölkerung als nicht ausreichend und sahen den Grund hierfür sowohl im medizinischen Fachkräftemangel als auch in den strukturellen und regionalen Gegebenheiten des Landkreises. Eine befragte Person der Gruppe Pflege war der Auffassung, dass die Bevölkerung unzufrieden sei, weil sie sich als ungenügend versorgt sehe. In der Gruppe des Klinikmanagements wurde vor allem die ambulante Versorgung als gut beurteilt. Befragte dieser Gruppe sahen weiterhin den Fachärztemangel, insbesondere im stationären Bereich, als problematisch an. Auch Vertreterinnen und Vertreter des Casemanagements und der Apotheken wiesen auf die Problematik des medizinischen Fachkräftemangels hin.

Als weiterer Aspekt wurden in den Interviews die Erfahrungen der Akteure angesprochen. Unter allen Befragten zeigte sich ein hohes Maß an Reflexion in Bezug auf ihre eigene Tätigkeit. So fiel beispielsweise auf, dass Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre Arbeitsauslastung weder eine Entlastung noch ein vermehrtes Patientenaufkommen wünschten. In der Gruppe der Pflege nahmen Befragte einen stärkeren Austausch zwischen verschiedenen Akteuren wahr, allerdings verzeichneten sie keine erkennbare Umsetzung der besprochenen Thematiken. Demzufolge wurden negative Erfahrungen in der Kommunikation mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren gemacht. Angehörige der Gruppe Pflege thematisierten auch die schlechten Nahverkehrsverbindungen sowie die Problematik der Gewinnung neuer (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte. Dies entsprach auch dem Erfahrungsrahmen der Kostenträger und der Akteure aus dem Klinikmanagement. Von den Akteuren der Gruppe Politik wurden dagegen andere Aspekte angesprochen. Sie nahmen eine stärkere Einbindung von ambulanten Strukturen in das stationäre Gefüge wahr und spiegelten somit die Projektziele wider. Die Aussagen aus den Interviews verdeutlichen, dass die Perspektiven der Akteure sehr unterschiedlich waren und sich auf ihre jeweilige Einstellung zur Verknüpfung ambulanter und stationärer Sektoren auswirkten.

Des Weiteren wurden in den Interviews die Erfahrungen in der Zusammenarbeit in der Versorgungsregion Templin thematisiert. Dabei zeigte sich ein recht einheitliches Bild. Sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Angehörige der Gruppe des Case- und Klinikmanagements berichteten über positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit. Während in der Gruppe Apotheke negative Erfahrungen mit den Kostenträgern angesprochen wurden, berichteten die Vertreterinnen und Vertreter des Casemanagements ausschließlich über positive Erlebnisse mit den Kostenträgern.

Die größten Erwartungen, die in Bezug auf das Projekt IGiB-StimMT über alle Gruppen hinweg geäußert wurden, betrafen einerseits die Stärkung der Kommunikation zwischen den einzelnen Versorgungsgruppen. Dabei sollte verstärkt auf die unterschiedlichen Interessen

aller Akteure eingegangen werden. Andererseits wurde erwartet, dass im Rahmen des Projektes die Integration der ambulanten und stationären Sektoren vorangetrieben wird.

Besonders die pflegenden Berufsgruppen wünschten sich dabei eine stärkere Einbindung ihrer Kompetenzen und Ressourcen.

Eine weitere Erwartungshaltung, die besonders in der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte präsent war, bezog sich auf eine höhere Transparenz und einen besseren Informationsfluss bezüglich des Projektverlaufes und der Projektziele. Der Gruppe der Pflege war es besonders wichtig, dass im Rahmen des Projektes eine intensivere Betreuung der älteren Bevölkerung sichergestellt werden kann. Die Gruppe des Klinikmanagements definierte eine sehr konkrete Erwartungshaltung, die sich vornehmlich in einer vordefinierten Kommunikationsstrategie inner- und außerhalb des Projektes widerspiegelt.

Auch der Aspekt des Informationsaustauschs wurde in den Interviews angesprochen. Die Akteure berichteten, inwiefern sie über die Projektziele, den Projektverlauf und geplante Änderungen bzw. Neuerungen informiert wurden. Dabei stellte sich heraus, dass diejenigen der befragten Akteure, die an Arbeitsgruppen innerhalb des Projektes beteiligt waren, regelmäßiger und detaillierter über den Projektverlauf informiert wurden. Hingegen zeigte sich, dass die Akteure, die nicht in eine Projektgruppe involviert waren, sehr wenig bis gar keinen Überblick über den Projektverlauf hatten.

Stakeholder	Wissen	Aktuelle Situation	Erfahrungen	Zusammenarbeit	Erwartung	Informationsaustausch
Arzt 1	Unklarheit über Zielsetzung des Projektes	abgegrenzte Region; Problem von Praxisnachfolgen	schlechte Nahverkehrsanbindung; strikte Trennung der Strukturen	problemlose Zusammenarbeit mit anderen Akteuren	höhere Transparenz; Ehrlichkeit; Offenheit; Netzausbau	Keine konkreten Informationen, keine klaren Ziele
Arzt 2	bessere Versorgung und Strukturen zwischen ambulant und stationär; Projektpartner und Gruppen größtenteils bekannt	sehr gut im ambulanten und pflegerischen Bereich, nicht im Bereich Physiotherapie	anfängliche Probleme mit dem Projekt; keine digitale Kommunikation; keine Zusammenarbeit mit Krankenkasse	in den meisten Fällen gute Zusammenarbeit mit regelmäßigen Absprachen	Defizit der digitalen Kommunikation begegnen	regelmäßiger Austausch zwischen den Projektgruppen
Arzt 3	diverse Veranstaltungen und Pressemitteilungen über Projekt, Aufbau ambulant stationäres Zentrum	gute Versorgung in ambulanter und stationärer Versorgung, Defizit in der Facharztversorgung	ausreichende Patientenzahlen notwendig, keine Entlastung gewünscht, Strukturverbesserung Krankenhaus fraglich	Zusammenarbeit funktioniert wenn benötigt gut und mit wenig Aufwand	Kommunikation; Zusammenführen unterschiedlicher Interessen; Lösung des Facharztmangels	kein Informationsaustausch bezüglich des Projekts angesprochen
Arzt 4	staatliches Projekt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum	qualitativ hochwertige medizinische Versorgung; nicht jede Facharzttrichtung; geringe Bevölkerungsdichte	innerhalb seiner Einrichtung gut organisiert; kein Interesse an Konkurrenz durch das Projekt; selbst verschuldeter Ärztemangel	gute Zusammenarbeit mit zusehenden Praxen notwendig	neutrale Einstellung gegenüber dem Projekt und somit keine Erwartungen	kein Informationsaustausch bezüglich des Projekts angesprochen
Arzt 5	Modellprojekt für ein Netzwerk im ländlichen Raum in Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankenhaus und Pflegekräften	keine Aussage zur aktuellen Situation	nur gute Erfahrungen im Versorgungsalltag, immer dagewesene Wartezeiten; Lob für Projektidee aber schwere Umsetzung	funktionierende Zusammenarbeit mit zahlreichen Patientenüberweisungen; Lob für Projektverantwortliche	Koordinierungs- und Beratungszentrum als Knotenpunkt; Stärkung Kompetenz Allgemeinmediziner und Entlastung Facharzt	derzeit kein Informationsaustausch bezüglich des Projekts
Pflege 1	keine Inhalte zum Projekt bekannt	sehr viel inhaltlicher Austausch, jedoch keine Umsetzungen, Kritik an Praxis-schließzeiten	hoher zeitlicher Aufwand für Organisation und Dokumentation; mangelndes Entlassmanagement	viel Austausch mit anderen Pflegeakteuren	mehr Transparenz, mehr Kommunikation, mehr Informationsfreigabe	Einladung zur Informationsveranstaltung
Pflege 2	keine Inhalte zum Projekt bekannt	Unzufriedenheit bei der älteren Bevölkerung, kein Dermatologe, Krankenkassen wollen optimieren	schlechte Nahverkehrsanbindung, Schwierigkeiten beim Zuzug neuer Ärzte	sehr gute Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, besonders auf politischer Ebene	Betreuung für ältere Bevölkerung, höhere Anzahl an Ärzten	kein Informationsaustausch
Pflege 3	keine Inhalte zum Projekt bekannt	Kritik an Entlassmanagement und an Praxis-schließzeiten, mangelnde Kommunikation zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten	viel inhaltlicher Austausch aber keine Umsetzung	schlechte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Hausärzten/ambulanten Diensten, dadurch Mehraufwand	bessere Kommunikation zwischen Pflege und Ärzten	kein Informationsaustausch
Politik 1	kein Bekanntgeben von inhaltlichen Projektzielen	hohe Wartezeiten bei Fachärzten; kein Dermatologe; allgemein schwierige Ärztesituation	unterschiedlich hohes Aufkommen des Krankenhauses aufgrund von saison- und regionalbedingten Begebenheiten	anfängliche Schwierigkeit bei der Zusammenarbeit mit den Ärzten; jetzt bessere Kommunikation	weniger Bürokratie, bessere Vernetzung der Ärzte, Vermeidung von Doppelbehandlungen – und medikationen	quartalsweise Abstimmung



Stakeholder	Wissen	Aktuelle Situation	Erfahrungen	Zusammenarbeit	Erwartung	Informationsaus-tausch
Politik 2	konkrete Projektziele sind bekannt; hohe Akzeptanz gegenüber Innovationsfonds	Probleme im ambulanten Bereich aufgrund ländlicher und strukturschwacher Region; Fachkräftemangel	klare Vorstellung gegenüber der Verbindung von ambulanten und stationären Strukturen	bzgl. der Zusammenarbeit außen vor	valide Ergebnisse; angemessene finanzielle Umsetzung	Bereits zu Beginn des Projektes reger Informationsaustausch
Vertreter der Kostenträger 1	grundlegendes Wissen über Projektziele	ungerechte Verteilung von Arzthonoraren; hoher bürokratischer Aufwand und unternehmerisches Risiko für Ärzte	wenig Nachwuchs; aufgrund hoher Altersstruktur hohe Kontaktdichte von Ärzten; fachärztliche Unterversorgung	keine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren	Integration vom ambulanten Bereich in stationäre Einrichtung; Minimierung von Kostenaufwendungen	zu Beginn Teilnahme an Informationsveranstaltung
Vertreter der Kostenträger 2	Verstärkung der ärztlichen Versorgung, Restrukturierung Versorgungsprozesse	Versorgung gut aufgebaut, Ärztestruktur nicht perfekt aber vergleichbar mit anderen, Problem mit alternden Bevölkerung	keine persönlichen Erfahrungen zu berichten	sehr guten Ruf bei Vertragspartnern; negative Beeinflussung durch Führungswechsel im Sana-Klinikum	langfristige Sicherstellung der medizinischen Versorgung; Ausbau Digitalisierung	Informationen durch Newsletter
Apotheker	Wissen durch Veranstaltung und Presse; Ziele u.a. mobile Betreuung und Verringerung Krankenhauskosten	Teil der Versorgung wie Arzneimittelversorgung gut, andere Bereichen wie ärztlicher Bereich kritisch	gute Organisation mit regelmäßigen Teambesprechungen; mehr Akzeptanz von Politik und Krankenkasse gewünscht	sporadische aber gute Zusammenarbeit mit Ärzten; sehr schlechte Zusammenarbeit mit Kostenträgern	keine Erwartungen genannt	bisher kein Austausch von Informationen
Casemanagement	Verbesserung der stationären und medizinischen Betreuung in der strukturschwachen Region	Krankenhaus gut organisiert, Rettungsstelle ist stets überfüllt, wenn keine ambulante Arztpraxis geöffnet ist	Casemanagement sehr gut; Projekt findet teilweise keine Akzeptanz bei Hausärzten, wenig Aufmerksamkeit für das KBZ; Projektverlauf ineffektiv	gute Zusammenarbeit mit der AOK, unterschiedlich hohes Engagement bei den Ärzten	Marketingmaßnahmen, bessere Präsenz des KBZ, vermittelnde Gespräche mit den Ärzten	Stammtisch der Hausärzte; teilweise fehlende Informationen
Klinikmanagement 1	enge Verzahnung knapper Ressourcen; Stärkung der Zusammenarbeit	gute Hausarztbetreuung; Fachärztemangel, Gefährdung der Kinder- und Jugendmedizin	viele Änderungen von Strukturen im stationären Bereich	enge Zusammenarbeit (schwierig bei Kritik)	Interessensfindung; vermehrte Kommunikation	Teilnahme an Projektgruppentreffen; vorstrukturierte Termine
Klinikmanagement 2	Veränderung der Versorgungsstrukturen mit einem ambulant-stationären Zentrum; Koordinierungs- und Beratungszentrum; Neubau	gute Gesundheitsversorgung in Templin; Versorgung durch Krankenhäuser ist gewünscht	Einheitliche Zielvorstellung und Leitbild im Krankenhaus; zum Teil Ärzte- und Fachkräftemangel	gute Zusammenarbeit mit dem Bürgermeister, Ministerium und der Interessensgemeinschaft der Ärzte	gute Kommunikation inner- und außerhalb des Projektes essentiell; Projekterfolg mit gemeinsam gelebten Visionen	zu Beginn des Projektes nicht gelungen, alle Beteiligten über dieselben Informationen zu unterrichten
Klinikmanagement 3	Pilotprojekt für neue Versorgungsformen für eine stärkere Zusammenarbeit unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen	gut aufgestellter ambulanter Bereich mit teils Ängsten vor Veränderungen; stationäre Institution als Vermittler	Gremien zur interdisziplinären Kommunikation und fachspezifischen Themen; Unternehmenskultur der stationären Einrichtung	in der guten Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär Brüche durch das Projekt entstanden. Mühselig mit Projektpartnern	akzeptierte Projektleitung mit einer vordefinierten Kommunikationsstrategie; große Verantwortung für einen Projekterfolg	innerhalb der Teilprojekte regelmäßiger inhaltlicher Austausch. Kommunikativer Austausch zwischen den Berufsgruppen angestrebt
Klinikmanagement 4	Verknüpfung der ambulanten und stationären Versorgung; flächendeckende Versorgung	Fachärztemangel; Überlastung der stationären Ärzte; schlechte Verkehrsanbindung	regelmäßige Teambesprechungen	enge und gute Zusammenarbeit	mehr Transparenz; Anreize für junge Ärzte schaffen	Einbindung durch Projektgruppentreffen

Abbildung 8 Ergebnisse der ersten Stakeholder-Befragung



## 4.2. Projektaufklärung und Einschreibung

Nach einer halbjährigen Vorbereitungszeit der komplexen Intervention IGiB-StimMT in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2017 startete die Patientenrekrutierung im dritten und vierten Quartal des Jahres 2017. Insgesamt sollten in den Jahren 2017 bis 2020 12.998 Versicherte aus dem Mittelbereich Templin über das Projekt IGiB-StimMT, entsprechende Inhalte und die neuen Versorgungsformen aufgeklärt werden und sich via Unterzeichnung einer Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Projekt bereiterklären.

Im genannten Zeitraum konnten 10.613 Einwohnerinnen und Einwohner in das Projekt IGiB-StimMT eingeschrieben werden. Die Strukturdatenanalyse ergibt eine Diskrepanz von 2.385 Versicherten im Vergleich zur Fallzahlplanung. Folglich wurden alle für die Jahre 2017 und 2018 geplanten Zielwerte, mit Ausnahme des ersten Quartals 2018, unterschritten. Durch einen starken Anstieg der Einschreibungen im Jahr 2019 und 2020 konnte die Abweichung von den Zielwerten jedoch relativiert werden, wie aus der nachfolgenden Tabelle 4 hervorgeht.

Tabelle 4: Einschreibeverhalten in IGiB-StimMT. Quelle: Eigene Darstellung

Quartale	Soll	Ist	Differenz
Q1	0	0	0
Q2	0	0	0
Q3	1.500	592	-908
Q4	5.132	1.299	-3.833
<b>Σ2017</b>	<b>6.632</b>	<b>1.891</b>	<b>-4.741</b>
Q1	1.223	1.599	+376
Q2	1.224	947	-277
Q3	1.223	563	-660
Q4	1.224	997	-227
<b>Σ2018</b>	<b>4.894</b>	<b>4.106</b>	<b>-788</b>
Q1	308	899	+591
Q2	309	992	+683
Q3	309	798	+489
Q4	309	513	+204
<b>Σ2019</b>	<b>1.235</b>	<b>3.202</b>	<b>+1.967</b>
Q1	60	466	+406
Q2	60	338	+278
Q3	59	406	+347
Q4	58	204	+146
<b>Σ2020</b>	<b>237</b>	<b>1.414</b>	<b>+1.177</b>
<b>Σ2017+2018+2019+2020</b>	<b>12.998</b>	<b>10.613</b>	<b>-2.385</b>

### **4.3. Strukturmigration zum Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ)**

Im Folgenden werden die Evaluationsergebnisse der Versorgungsmodule präsentiert, die in das ASZ eingegliedert waren. Hierzu zählten das KBZ, die ÄBP, die DU und die strukturierte Harninkontinenzversorgung.

#### **4.3.1. Aufbau und Betrieb eines Koordinierungs- und Beratungszentrums (KBZ)**

Um nachvollziehen zu können, ob die Implementierung und Etablierung des KBZ im Mittelbereich Templin einen niedrigschwelligen Zugang der Klientinnen und Klienten zu sektorenübergreifenden Angeboten ermöglichte, kamen sowohl quantitative als auch qualitative Auswertungsmethoden zum Einsatz. Vom dritten Quartal 2017 bis zum vierten Quartal 2020 wurden 1.795 Beratungsfälle und 225 Casemanagement-Fälle durch das KBZ betreut. Zusätzlich wurden die Patientinnen und Patienten im Rahmen der sektorenübergreifenden Behandlungspfade (N = 277) über das Casemanagement betreut (vgl. Kapitel 4.4). Die Strukturdaten in Form von Falldokumentationen wurden deskriptiv ausgewertet und mit den qualitativen Ergebnissen der teilnehmenden Beobachtung vor Ort kombiniert. Außerdem wurden die Ergebnisse der Stakeholder-Befragung einbezogen, die von September bis Oktober 2020 durchgeführt wurde. Die Ergebnisse werden im Folgenden hinsichtlich der Dimensionen Personalausstattung und Qualifikation des Personals, Inanspruchnahmeverhalten, Bewertung sowie Entwicklungsmöglichkeiten des KBZ präsentiert.

##### *Personalausstattung und Qualifikation des Personals*

Im KBZ waren eine Leitung und vier Mitarbeiterinnen als Beratungsfachkräfte tätig. Drei von ihnen waren zusätzlich als Casemanagerinnen ausgebildet und führten neben den Beratungen auch Casemanagement-Tätigkeiten durch. In dieser Rolle stellten die Casemanagerinnen über einen bestimmten Zeitraum eine Schnittstelle zwischen den Klientinnen und Klienten und den beauftragenden behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. der eingesetzten Betreuung dar.

Die Casemanagerinnen erlangten ihre Qualifizierung über ein spezielles IGiB-StimMT-Schulungskonzept bzw. durch den erfolgreichen Abschluss des Kurses „Fallbegleitung“ des Fortbildungscurriculums „Casemanagement in der ambulanten medizinischen Versorgung“ der Bundesärztekammer in Kombination mit der Teilnahme an der Einführungsveranstaltung „agnes<sup>zwei</sup>“ der IGiB-StimMT gGmbH. Die Casemanagerinnen benötigten außerdem eine fachlich-medizinische Aufsicht, um im Delegationsverfahren für Arztpraxen in der Region und das Sana Krankenhaus Templin tätig zu werden. Um diese ärztliche Anbindung sowie die fortwährende Qualifikation sicherzustellen, kooperierte die IGiB-StimMT gGmbH mit der KVBB. Die Aufgaben wurden im Auftrag der kooperierenden niedergelassenen oder im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte erbracht. Dies erfolgte unter der fachlichen Führung durch die im KV RegioMed Zentrum Templin tätigen Ärztinnen und Ärzte (Eigeneinrichtung der KVBB) und in Verantwortung der IGiB-StimMT gGmbH als Arbeitgeber.

Die Beratungsfachkräfte verfügten über Qualifizierungen, die sie zur Beratung über Leistungen aus relevanten Bereichen der Sozialgesetzbücher V, VI, VII und XI befähigten. Arbeitsrechtlich waren sowohl die Beratungsfachkräfte als auch die Casemanagerinnen an die IGiB-StimMT gGmbH gebunden.

## *Inanspruchnahmeverhalten*

### Beratungsfälle

Die Auswertung der Strukturdaten zeigt, dass im ersten Quartal 2018 insgesamt 92 Klientinnen und Klienten am KBZ eine Beratung in Anspruch nahmen. Im ersten Quartal des Jahres 2019 waren es bereits 188 Klientinnen und Klienten und im ersten Quartal 2020 insgesamt 199, wie in Abbildung 9 zu sehen ist. Nach einer anfänglichen Anlaufphase konnten bis 2019 steigende Beratungszahlen verzeichnet werden, die anschließend konstant hoch blieben.

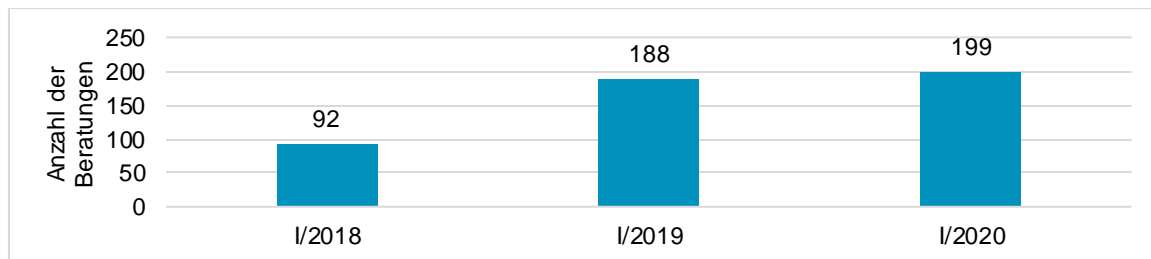


Abbildung 9: Anzahl der Beratungen am KBZ in den ersten Quartalen der Jahre 2018 bis 2020

Die Beratungsleistungen im KBZ in den jeweils ersten Quartalen von 2018, 2019 und 2020 zeigten durchgängig die stärkste Frequentierung an Dienstagen. In den ersten Quartalen 2018 und 2019 wurde das KBZ an Freitagen am seltensten aufgesucht und im ersten Quartal 2020 an Donnerstagen.

Mit insgesamt 59,2 % beanspruchten mehr Klientinnen als Klienten die Leistungen des KBZ. Das durchschnittliche Alter der Klientinnen und Klienten lag bei 65,8 Jahren. So kamen fast ausschließlich Personen im Rentenalter ins KBZ, die überwiegend multimorbid waren und einen vielfältigen Betreuungsbedarf aufwiesen. Häufig lebten keine Angehörigen in der Nähe, die sie unterstützen konnten. Bei einem Teil der Klientinnen und Klienten handelte es sich um arbeitssuchende Personen, während eine weitere Gruppe Erwerbsminderungsrenten erhielt. Folglich waren wenige Klientinnen und Klienten erwerbstätig. Insgesamt suchten zudem nur sehr wenige der KBZ-Besucherinnen und -Besucher Beratungsgespräche für die Belange von Kindern auf.

Die Klientinnen und Klienten gaben an, aus Eigeninitiative, auf Empfehlung von Verwandten, Arbeitskolleginnen und -kollegen oder ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt in das KBZ gekommen zu sein. Die Mitarbeiterinnen des KBZ berichteten zudem, dass ein Zugangsweg der Markttag in Templin gewesen sei, der für „Laufkundschaft“ Sorge. Ein weiterer Anlass, das KBZ aufzusuchen, stellten die Tage dar, an denen Klientinnen und Klienten ihre Rente erhielten, da sich das KBZ bis zu seinem Umzug in das ASZ am Sana Krankenhaus Templin im Gebäude der Sparkasse befand. Die KBZ-Mitarbeiterinnen gaben an, dass weiterhin Informationen über das KBZ in Zeitungen sowie die persönliche Ansprache durch sie selbst im Bekanntenkreis für weitere Besucherinnen und Besucher gesorgt hätten.

Mit 95,9 % kamen die meisten Klientinnen und Klienten aus dem Landkreis Uckermark. Am zweithäufigsten stammten sie mit 3,1 % aus dem Landkreis Oberhavel. Eine detaillierte Darstellung der Wohnorte nach Gemeinden in Brandenburg ist Abbildung 10 zu entnehmen.

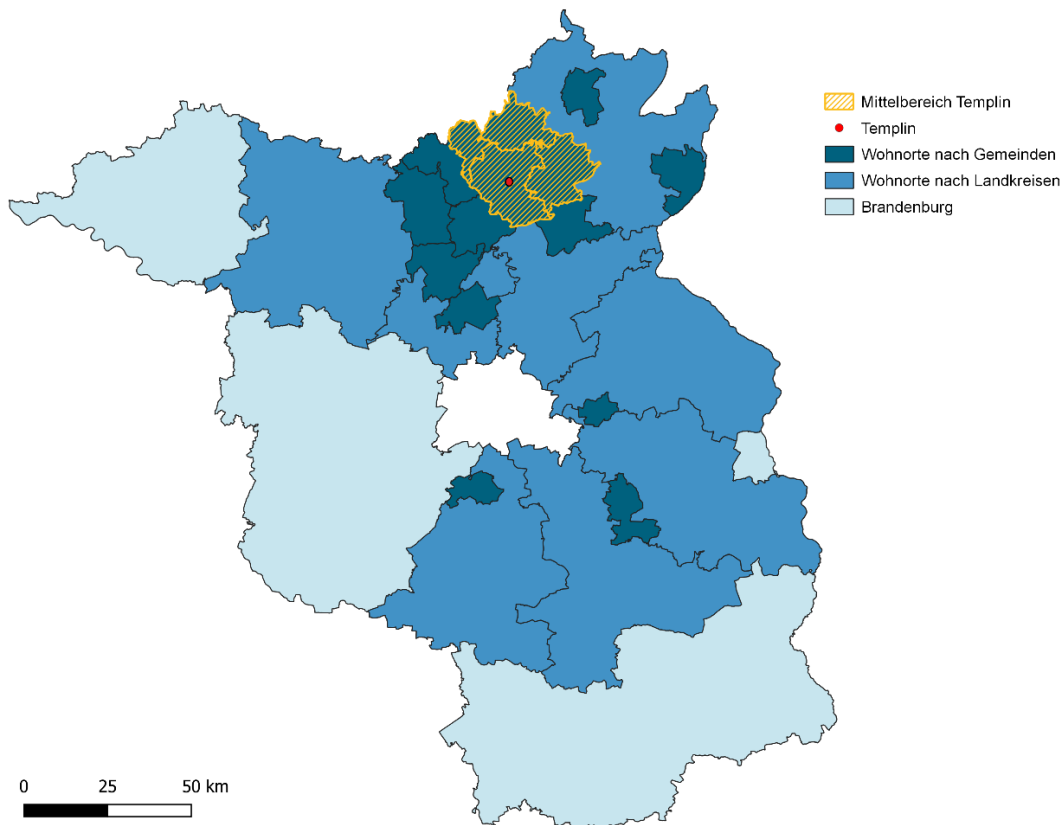


Abbildung 10: Wohnorte der KBZ-Klientinnen und -Klienten nach Gemeinden und Landkreisen

Mit 1.292 Fällen kamen die meisten Klientinnen und Klienten aus der Stadt Templin. 140 Klientinnen und Klienten gaben als Wohnort Lychen und 57 Personen Boizenburg an. Es ist insgesamt ein Einzugsgebiet über den Mittelbereich Templin hinaus erkennbar, der fast ausnahmslos auf das Land Brandenburg begrenzt ist. Unter allen Fällen kamen lediglich 12 Personen aus anderen Bundesländern in das KBZ.

Der Sitz der jeweiligen Hausärztin bzw. des Hausarztes der Klientinnen und Klienten lag überwiegend im Mittelbereich Templin. Insgesamt hatten 83,0 % der Klientinnen und Klienten ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt in Templin, 10,3 % in Lychen, 2,6 % in Milermersdorf, 1,6 % in Gerswalde und 1,5 % im Boitzenburger Land.

Die Klientinnen und Klienten suchten die Beratung des KBZ für verschiedene Belange auf. In der folgenden Abbildung 11 sind die Häufigkeiten der Beratungsthemenfelder dargestellt. Berücksichtigt wurden alle Beratungsdokumentationen, die seit Inbetriebnahme des KBZ im Jahr 2017 bis zum vierten Quartal 2020 aufgezeichnet wurden. Die Auswertung der übrigen Kategorien zeigt, dass Klientinnen und Klienten vor allem für die Themen Versicherungen und Pflege sowie Patientenverfügung / Vollmachten die Beratungen des KBZ in Anspruch nahmen. In die Kategorie „Sonstiges“ fielen einfache Hilfestellungen bei Anträgen, die außerhalb der ursprünglich geplanten KBZ-Themenfelder lagen.

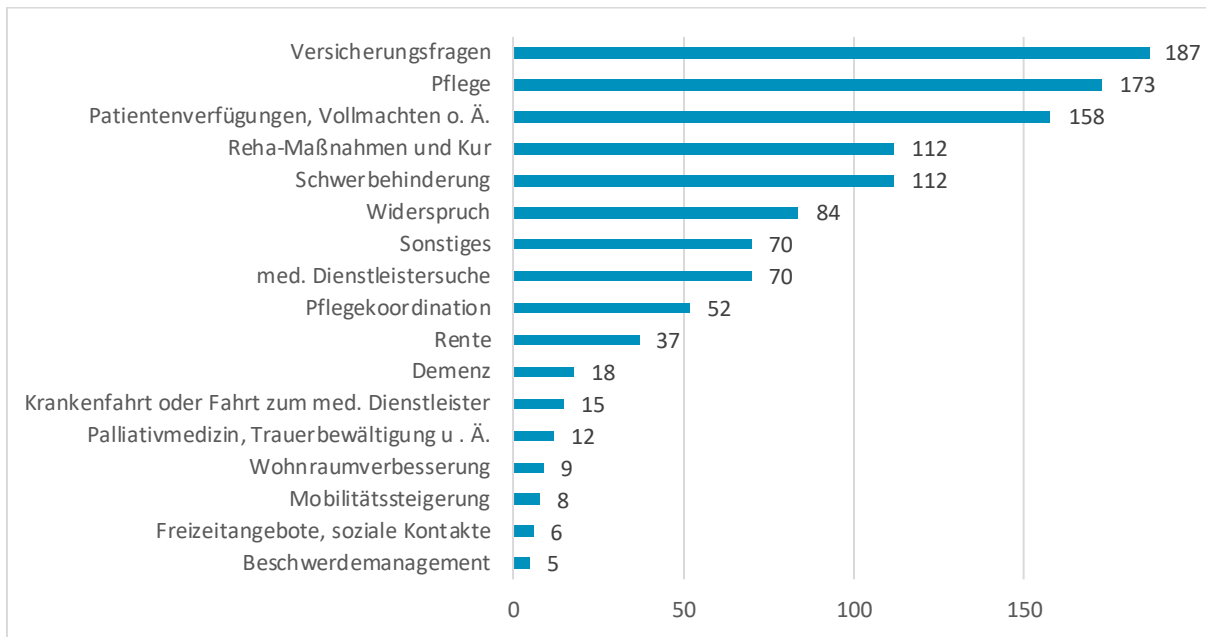


Abbildung 11: Beratungsthemenfelder im KBZ vom dritten Quartal 2017 bis zum vierten Quartal 2020

Die Aussagen der KBZ-Mitarbeiterinnen zu den am häufigsten nachgefragten Beratungsthemen, die in der teilnehmenden Beobachtung dokumentiert werden konnten, spiegelten die Ergebnisse der Strukturdatenanalyse wider. Die KBZ-Mitarbeiterinnen gaben an, dass die Themen Pflege, Schwerbehinderung, Patientenverfügung / Vollmachten, Reha / Kur sowie Demenz am häufigsten angefragt wurden. Das Thema Demenz stellte dabei einen Sonderfall dar, denn die Erkrankung war laut Auskunft der KBZ-Fachkräfte zwar selten vordergründiger Anlass für das Aufsuchen des KBZ, es war aber bei vielen Klientinnen und Klienten relevant. Diese Einschätzung ergänzt die Strukturdaten, aus denen die unterschwellige Relevanz von Demenz nicht unmittelbar hervorgeht. Nicht unwichtig, aber im Arbeitsalltag weniger bedeutsam seien nach Angaben der KBZ-Mitarbeiterinnen die Themen Palliativmedizin / Trauerbewältigung und medizinische Dienstleistersuche. Eine Mitarbeiterin äußerte, dass alle Themen im beruflichen Alltag gleich wichtig seien, mit Ausnahme von Rente und Beschwerden. Die Kategorie „Beschwerdemanagement“ wurde insgesamt nur fünf Mal aufgenommen. In vier dieser Fälle äußerten die Klientinnen und Klienten ihre Unzufriedenheit mit Ärztinnen und Ärzten und in einem Fall ging es um Kommunikationsschwierigkeiten im KBZ. Aus Sicht der Casemanagerinnen und der Beraterinnen lag ein Vorteil der KBZ-Beratungsleistungen in der großen Vielfalt der Angebote. Sie sahen darin eine wertvolle ergänzende Leistung zu den Pflegestützpunkten.

Die durchschnittliche Beratungsdauer im KBZ betrug 43,2 Minuten. Eine Beratung dauerte mindestens 2 Minuten und maximal 180 Minuten.

Die Mitarbeiterinnen des KBZ verfügten über Fachwissen zu verschiedenen thematischen Schwerpunkten, das sie teilweise durch ihre früheren Berufserfahrungen erlangt hatten. Jede Beraterin bzw. Casemanagerin setzte ihre spezielle Expertise für ihre Klientinnen und Klienten und teilweise auch bei Fragen der Kolleginnen bzw. Kollegen ein. Die Spezialisierungen umfassten beispielsweise Pflegeberatung, Netzwerkpflege oder Prävention.

Die Beratung im KBZ erfolgte ohne Verordnung. Klientinnen und Klienten konnten während der Öffnungszeiten spontan oder nach Terminvereinbarung zur Beratung ins KBZ kommen.

Je nach Bedarf standen die Beraterinnen mit Institutionen im direkten Austausch, bei denen Anträge gestellt wurden, nicht jedoch mit Behandlern (Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegeanbietern). Die Beratung wurde für alle Besucherinnen und Besucher kostenlos angeboten. Wenn sich in der Beratung ein besonderer Unterstützungsbedarf abzeichnete, der einen Austausch mit medizinischen Leistungserbringern erforderte, wurden die Klientinnen und Klienten durch die KBZ-Mitarbeiterinnen dazu angehalten, eine Casemanagement-Verordnung bei ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt einzuholen.

### Casemanagement-Fälle

Das Casemanagement im KBZ erfolgte ausschließlich im ärztlichen Auftrag. Es zeigte sich, dass die Klientinnen und Klienten mit Casemanagement-Auftrag überwiegend körperlich und teils auch in Bezug auf ihre sozialen Kontakte eingeschränkt waren. Insgesamt gaben 79,7 % der Casemanagement-Klientinnen und -Klienten an, regelmäßig körperlichen Schmerz zu verspüren. Lediglich in 3,0 % der Casemanagement-Fälle nahmen die betreffenden Personen an Disease-Management-Programmen teil. Von den Befragten waren 78,3 % gehbehindert und 14,2 % bettlägerig. Zudem besaßen 54,5 % der Casemanagement-Teilnehmenden einen Pflegegrad oder befanden sich im Beantragungsprozess für einen Pflegegrad. Mit 97,7 %, gaben nahezu alle Casemanagement-Klientinnen und -Klienten an, eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt zu haben, weiterhin wurden 50,5 % durch einen Pflegedienst betreut. Die Versorgung durch eine geeignete Fachärztin oder einen Facharzt war bei 86,9 % der Casemanagement-Fälle gewährleistet. Um zu (ärztlichen) Versorgungseinrichtungen zu gelangen, benötigten mit 64,7 % über die Hälfte einen Krankentransport. Eingeschränkte soziale Kontakte wurden bei 48,6 % der Casemanagement-Fälle ermittelt. Lediglich 11,9 % der Klientinnen und Klienten gaben an, keinen regelmäßigen Kontakt zu ihren Angehörigen sowie zu Freunden zu haben.

Die Casemanagerinnen führten eine kontinuierliche Fallbegleitung der Klientinnen und Klienten durch, laut ihrer Auskunft meist für ein halbes Jahr oder länger. Die Begleitung durch das Casemanagement fand im Rahmen von Treffen mit Klientinnen und Klienten im KBZ, Hausbesuchen und Besuchen beteiligter Arztpraxen statt.

Das Casemanagement umfasste zudem, wie im Leistungsspektrum beschrieben, einen intensiven Austausch mit Behandlern sowie anderen Institutionen, bei denen die Casemanagerinnen zusammen mit den Klientinnen und Klienten Problemstellungen klärten und die Versorgung bzw. Versorgungslösung abstimmten. Zudem koordinierten die Casemanagerinnen die Termine für ergänzende Leistungen (z. B. Arztbesuche), nahmen an Fallkonferenzen teil und prüften, ob weitere Unterstützungsangebote für einzelne Casemanagement-Fälle infrage kamen. Die Inanspruchnahme der Casemanagerinnen im KBZ war für die Klientinnen und Klienten ebenfalls kostenlos.

### *Bewertung*

Die beobachteten und verbal geäußerten Reaktionen von befragten Stakeholdern sowie von Klientinnen und Klienten zu den Beratungsleistungen des KBZ waren fast ausschließlich positiv. So wirkten die Klientinnen und Klienten stets zufrieden mit der Beratung, was sich sowohl in den qualitativen als auch in den quantitativen Daten abzeichnet. Dies zeigte sich beispielsweise auch darin, dass Personen wiederkamen, um weitere Beratungen in Anspruch zu nehmen. Einige von ihnen gaben an, dass es gut sei, einen Menschen zum Reden zu haben, der ganz konkret helfen könne. Häufig kamen Klientinnen und Klienten mit diffusen

Problemen ins KBZ. Diese diffusen Probleme wurden von den KBZ-Fachkräften in Vorlagen der SGB-Finanzierungsmöglichkeiten überführt und die Anträge wurden für die Klientinnen und Klienten in deren Sinn ausgefüllt. Dies wurde auch von kooperierenden Pflegediensten und -heimen bestätigt. Die Pflegedienste schätzten die Leistungen des KBZ sehr und betonten, dass es für sie eine Erleichterung darstelle, dass es für Seniorinnen und Senioren nunmehr eine allgemeine Anlaufstelle für ihre Anliegen geben würde. Weitere befragte Stakeholder bewerteten das KBZ als erfolgreichstes Versorgungsmodul im Projekt IGiB-StimMT.

In der teilnehmenden Beobachtung äußerte sich eine Person negativ zu den zeitweiligen Organisationsabläufen innerhalb des KBZ. Diese Anmerkung bezog sich auf Situationen mit personellen Engpässen im KBZ und stellte einen Einzelfall dar. Die konkreten Beratungen und die Bearbeitung der persönlichen Anliegen wurden durchweg positiv bewertet.

Vor diesem Hintergrund wird das KBZ als erfolgreiches Projektmodul bewertet, das den übergeordneten Zielstellungen des Gesamtprojektes entspricht. Aufgrund der sich zuspitzenden demografischen Veränderungen, insbesondere der demografischen Alterung und Zunahme multimorbid-erkrankter Menschen, stellt das KBZ eine sinnvolle Ergänzung und Weiterentwicklung der Grundversorgung im Mittelbereich Templin und sogar darüber hinaus dar. Die Ergebnisse belegen eine gute Einbindung des KBZ in das bestehende Versorgungssystem.

### *Entwicklungsmöglichkeiten*

Vor dem Hintergrund, dass die Zufriedenheit mit dem KBZ allgemein hoch ausfiel, nannten die Klientinnen und Klienten nur wenige Entwicklungsmöglichkeiten. Angesprochen wurde der Wunsch nach einer stärkeren Abstimmung innerhalb des KBZ-Teams, beispielsweise bei der Terminvergabe. Die KBZ-Mitarbeiterinnen berichteten zudem über Rückmeldungen, die mit der Außendarstellung des KBZ zu tun hatten. So bestünde eine Verbesserungsmöglichkeit in einer klareren Kommunikation der Leistungsangebote nach außen.

Seitens der KBZ-Mitarbeiterinnen bestand zeitweise der Wunsch nach mehr Unterstützung durch die KBZ-Leitung. Daneben zeigen die Ergebnisse der Stakeholder-Befragung, dass ein Bedarf für einen transparenteren Informationsfluss hinsichtlich des KBZ-Leistungsangebots und des allgemeinen Projektstatus bestand. Einige Stakeholder merkten außerdem an, dass das KBZ seine Zielgruppen erweitern könne, beispielsweise um die Zielgruppe Kinder. Eine weitere Entwicklungsmöglichkeit sahen die Casemanagerinnen und Beraterinnen in einer verbesserten KBZ-Infrastruktur.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass durch das KBZ trotz der genannten Entwicklungspotenziale jederzeit ein niedrighschwelliger Zugang für Menschen gegeben war, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und ihrem sozialen Hintergrund. Mit dem breiten Angebot an Themenfeldern konnten die Casemanagerinnen und Beraterinnen allen Anliegen der Klientinnen und Klienten gerecht werden. So wurde das KBZ von allen Beteiligten als ein Ort gesehen, wo persönliche Anliegen individuell und bedarfsgerecht bearbeitet werden.



### 4.3.2. Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis

Im Zuge der Strukturmigration wurde die Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP) aufgebaut. Die ÄBP wurde implementiert, um Patientinnen und Patienten außerhalb der Praxiszeiten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eine alternative Anlaufstelle zur Rettungsstelle zu bieten. Hierdurch sollen die Rettungsstelle und der Fahrdienst entlastet sowie eine bedarfsgerechte, gesicherte medizinische Versorgung im ländlichen Raum gefördert werden.

#### Altersstruktur der Nutzerinnen und Nutzer

Vor der Einführung der ÄBP im zweiten Quartal 2018 wurden die Leistungen der Rettungsstelle in hohem Maße von Kindern zwischen einem und 14 Jahren in Anspruch genommen. Der Fahrdienst hingegen wurde häufiger von Patientinnen und Patienten zwischen 75 und 89 Jahren in Anspruch genommen, wie Abbildung 12 zu entnehmen ist.

Mit der Einführung der ÄBP hat sich die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten, die die Rettungsstelle aufsuchten, geringfügig verändert. Der Anteil der Patientinnen und Patienten zwischen 80 und 84 Jahren war höher, gemessen an den anderen Altersgruppen im Vergleich zu den Jahren zuvor. Die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten der ÄBP entspricht weitgehend der Altersstruktur der Rettungsstelle. Vorwiegend wurden Kinder zwischen einem und zehn Jahren behandelt. Eher selten wurden Patientinnen und Patienten unter einem Jahr, zwischen 18 und 19 Jahren sowie ab 85 Jahren behandelt, wie in Abbildung 13 dargestellt ist.

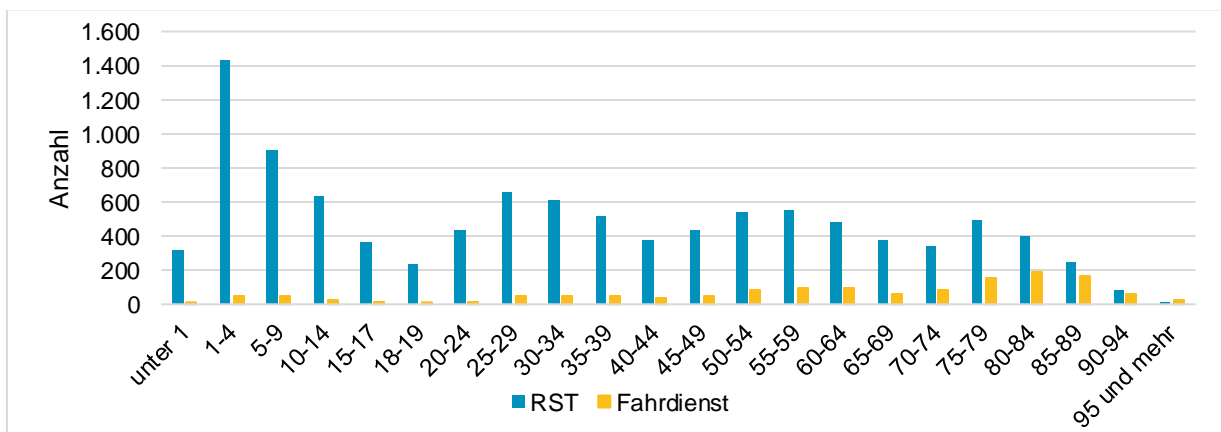


Abbildung 12: Alter der Patientinnen und Patienten in den Quartalen von I/2016 bis I/2018

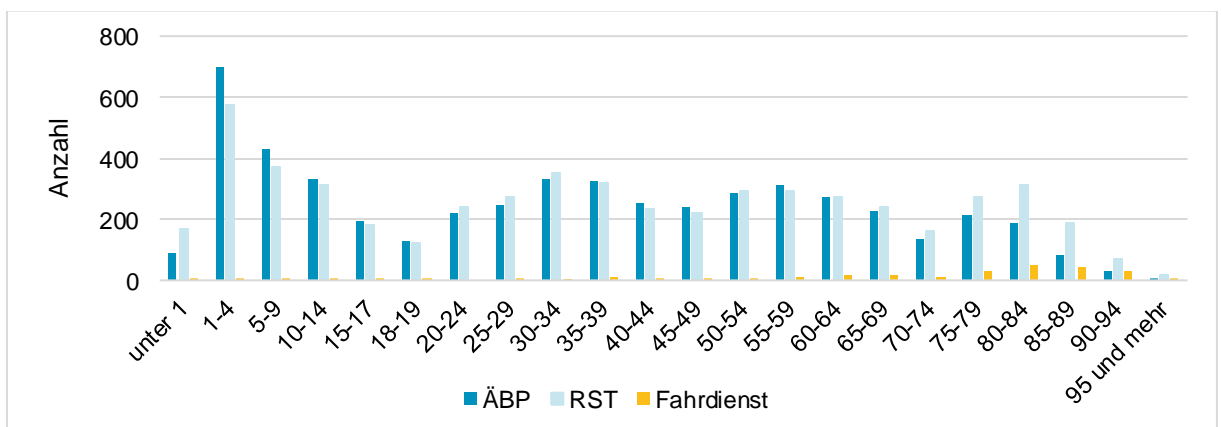


Abbildung 13: Alter der Patientinnen und Patienten, die Leistungen der Rettungsstelle, des Fahrdiensts und der ÄBP in Anspruch nehmen, in den Quartalen von II/2018 bis IV/2019



### *Inanspruchnahmeverhalten und Behandlungsfälle*

Bereits in den ersten drei Monaten wurden in der ÄBP fast doppelt so viele Patientinnen und Patienten verzeichnet, wie ursprünglich in der Planung kalkuliert worden waren. Auch über den weiteren Beobachtungszeitraum blieb die Inanspruchnahme der ÄBP sehr hoch. Insgesamt wurden dort 5.416 Personen betreut. Hierbei handelt es sich um die tatsächlich versorgte Anzahl an Patientinnen und Patienten, wobei einzelne von ihnen die ÄBP ggf. mehrfach aufsuchten. Damit überschritten die Ist-Werte die Soll-Werte um ca. 82 %, was auf eine sehr positive Resonanz der ÄBP hindeutet. In den Abrechnungsdaten der KVBB wird die mehrfache Inanspruchnahme innerhalb eines Quartals zu einem Behandlungsfall zusammengeführt. Es konnten insgesamt 5.223 auswertbare Behandlungsfälle in die Analyse einbezogen werden. Über den gesamten Beobachtungszeitraum vom zweiten Quartal 2018 bis zum vierten Quartal 2019 wurden pro Quartal zwischen 588 und 935 Behandlungsfälle verzeichnet, wie Abbildung 14 zu entnehmen ist.

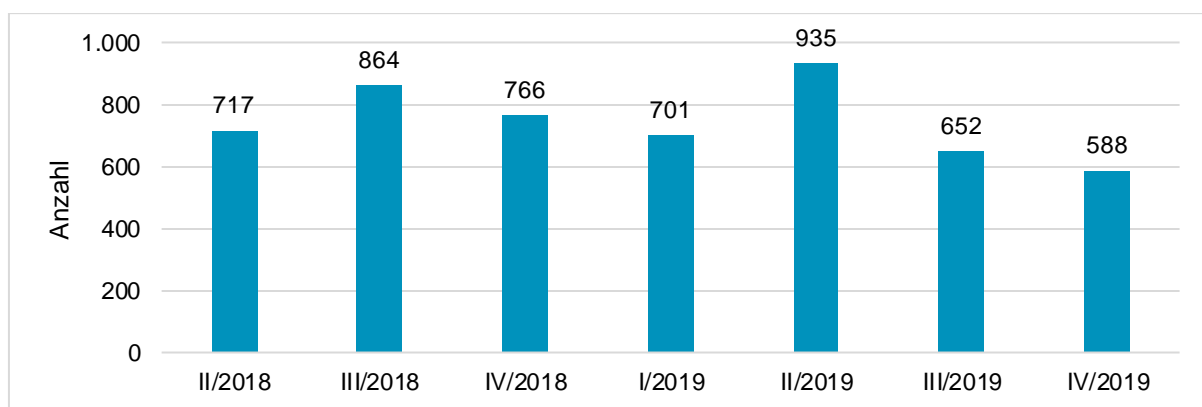


Abbildung 14: Gesamtanzahl der Behandlungsfälle der ÄBP

Nachdem die ÄBP ihren Betrieb aufgenommen hatte, zeigte sich eine Senkung der Fallzahlen sowohl in der Rettungsstelle als auch beim Fahrdienst, was auf eine Entlastung der Rettungsstelle und des Fahrdienstes durch die ÄBP schließen lässt. Vor Einführung der ÄBP stieg die Anzahl der Behandlungsfälle in den Jahren 2016 und 2017 in der Rettungsstelle im zweiten und dritten Quartal deutlich an, bevor sie im vierten Quartal abnahm. Die Anzahl der Behandlungsfälle insgesamt sank in der Rettungsstelle des Sana Krankenhauses Templin seit der Einführung der ÄBP im zweiten Quartal 2018 bis zum ersten Quartal 2019. Im zweiten und dritten Quartal 2019 stieg die Anzahl der Behandlungsfälle wieder an, fiel im vierten Quartal 2019 aber leicht ab, wie in Abbildung 15 dargestellt.

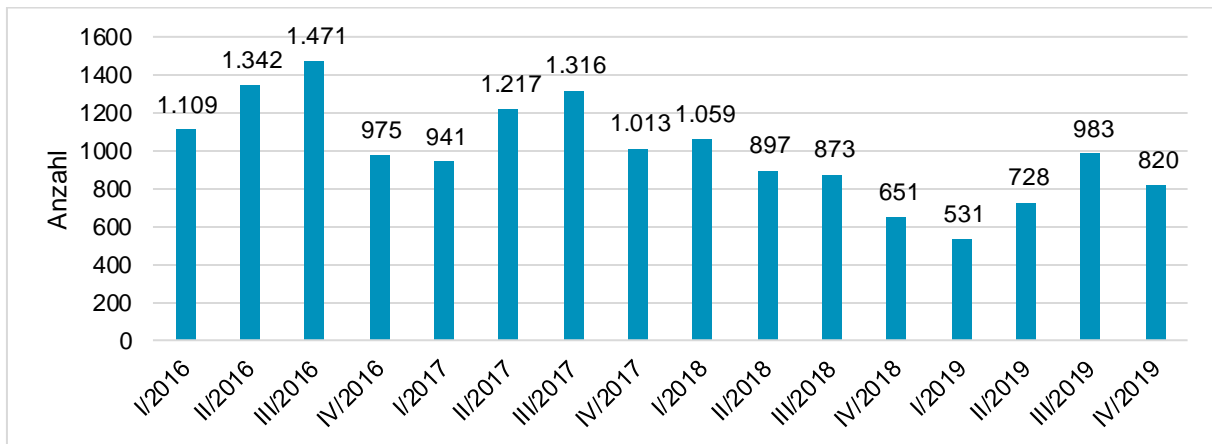


Abbildung 15: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle insgesamt

Wird die Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle während der Bereitschaftsdienstzeiten (BD-Zeiten) im Vergleich zur Anzahl der Fälle tagsüber betrachtet, so ist während der BD-Zeiten ein abnehmender Trend bis zum ersten Quartal 2019 zu erkennen, danach stiegen die Fallzahlen wieder an. Abbildung 16 zeigt, dass die Behandlungsfälle tagsüber leichten Schwankungen unterlagen, jedoch ohne erkennbaren Trend.

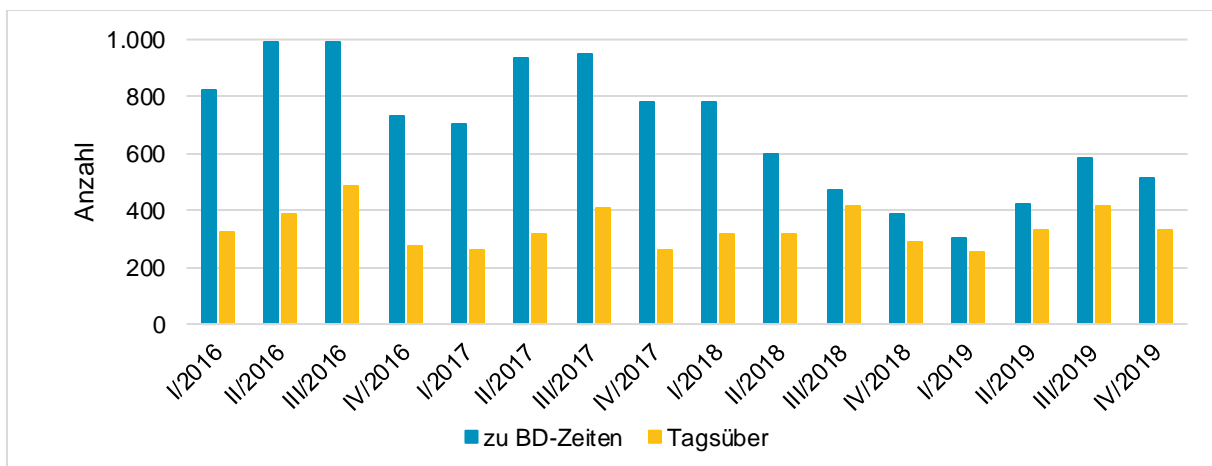


Abbildung 16: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten

In den Abbildung 16 bis Abbildung 20 werden die Quartale einzeln betrachtet, wobei tagsüber ein horizontaler Verlauf der Behandlungsfälle deutlich wird. Die Schwankungen zuvor können auf saisonale Gegebenheiten zurückzuführen sein. Bei der Anzahl der Fälle zu den BD-Zeiten zeigte sich mit Einführung der ÄBP ein abfallender Trend. Eine Ausnahme stellt das dritte Quartal 2019 dar – hier stiegen die Fallzahlen im Vergleich zum Vorquartal wieder an. In Abbildung 17 ist das jeweils erste Quartal der Jahre 2016 bis 2019 grafisch dargestellt.

In den ersten Quartalen der Jahre 2016 bis 2018 – also vor Einführung der ÄBP – lag die Anzahl der Behandlungsfälle zu BD-Zeiten ohne erkennbaren Trend bei 824 Behandlungsfällen (2016), 705 Behandlungsfällen (2017) und 783 Behandlungsfällen (2018). Im ersten Quartal 2019 sank die Anzahl der Behandlungsfälle zu BD-Zeiten auf 301 Behandlungsfälle.

In den zweiten Quartalen der Jahre 2016 bis 2018 ist ein stetig abnehmender Trend zu erkennen. Im Jahr 2016 gab es in der Rettungsstelle 992 Behandlungsfälle und im Jahr 2017 932 Behandlungsfälle zu den BD-Zeiten. Der Rückgang an Behandlungsfällen in der

Rettungsstelle zeigte sich insbesondere mit der Einführung der ÄBP. So sanken die Behandlungsfälle zu BD-Zeiten im Jahr 2018 auf 598 Fälle und im Jahr 2019 auf 420 Fälle. Insgesamt war die Frequentierung jedoch höher als in den ersten Quartalen, wie in Abbildung 18 zu sehen ist.

Abbildung 19 zeigt, dass im Jahr 2016 die Anzahl der Behandlungsfälle zu BD-Zeiten im dritten Quartal bei 988 und im selben Quartal des Jahres 2017 bei 946 lag. Im Jahr 2018 sank diese Zahl auf 468 Fälle. Im Gegensatz zu den Vorjahresquartalen stiegen die Behandlungsfälle zu BD-Zeiten im dritten Quartal des Jahres 2019 wieder an. Demnach wurden für diesen Zeitraum 587 Fälle dokumentiert. Insgesamt ist jedoch ein absteigender Trend zu erkennen. Die Werte befanden sich somit ungefähr auf demselben Niveau wie die Fallzahlen des zweiten Quartals.

In den vierten Quartalen der Jahre 2016 bis 2019 wurde insgesamt die niedrigste Anzahl an Behandlungsfällen während der BD-Zeiten verzeichnet. In diesem Zeitraum wurden im Jahr 2016 729 Fälle und im Jahr 2017 783 Fälle behandelt. Im Jahr 2018 sank die Anzahl an Behandlungsfällen auf 386 Fälle. Ähnlich wie im dritten Quartal 2019 stiegen die Behandlungsfälle während der BD-Zeiten im vierten Quartal 2019 auf 513 Fälle an, dies geht aus Abbildung 20 hervor.

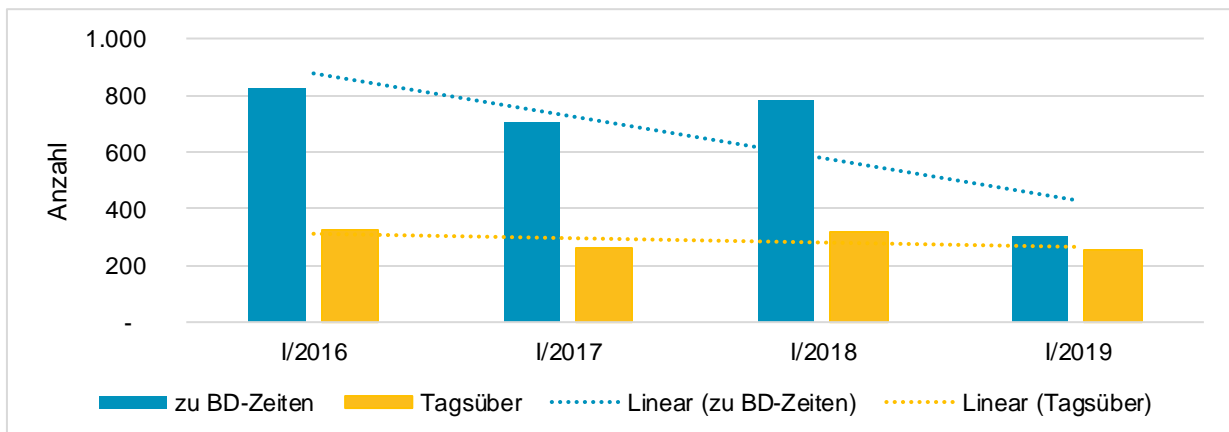


Abbildung 17: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten im jeweils ersten Quartal der Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019

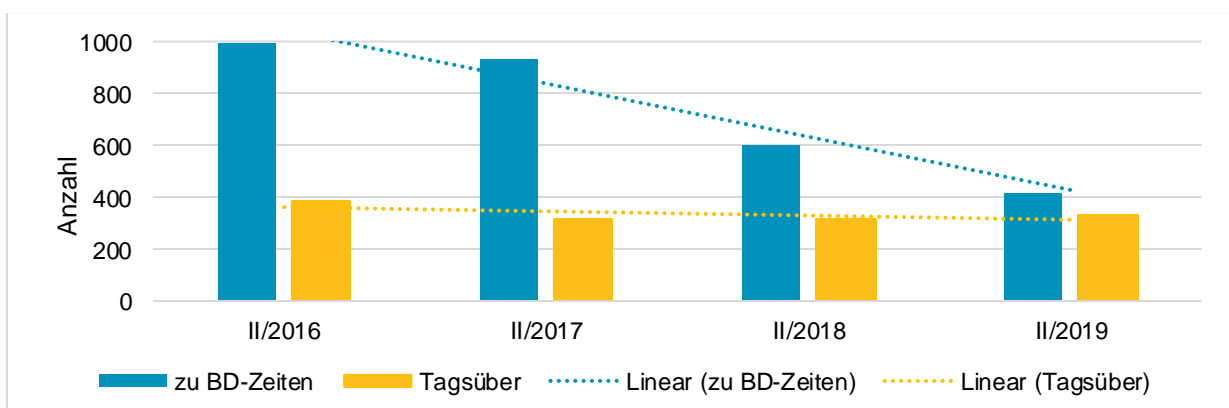


Abbildung 18: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten im jeweils zweiten Quartal der Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019

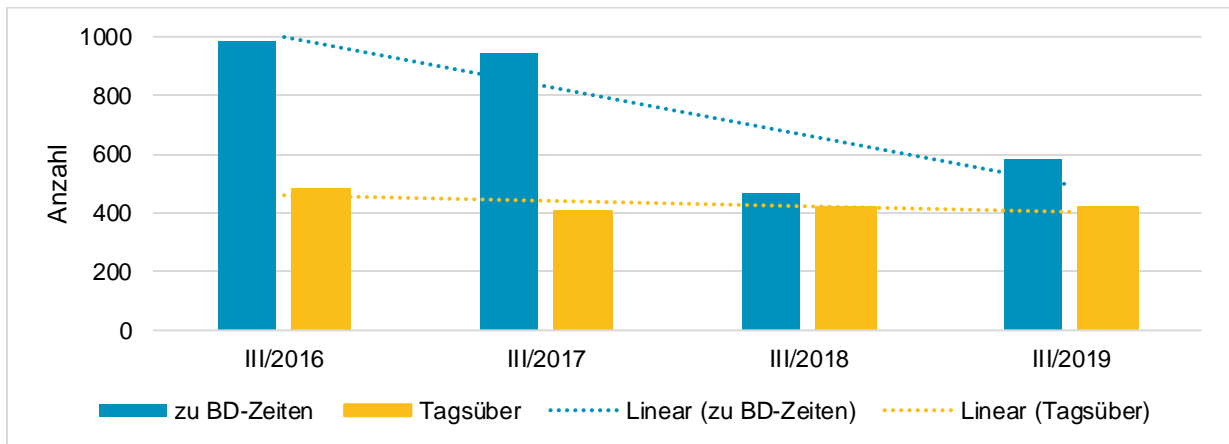


Abbildung 19: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten im jeweils dritten Quartal der Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019

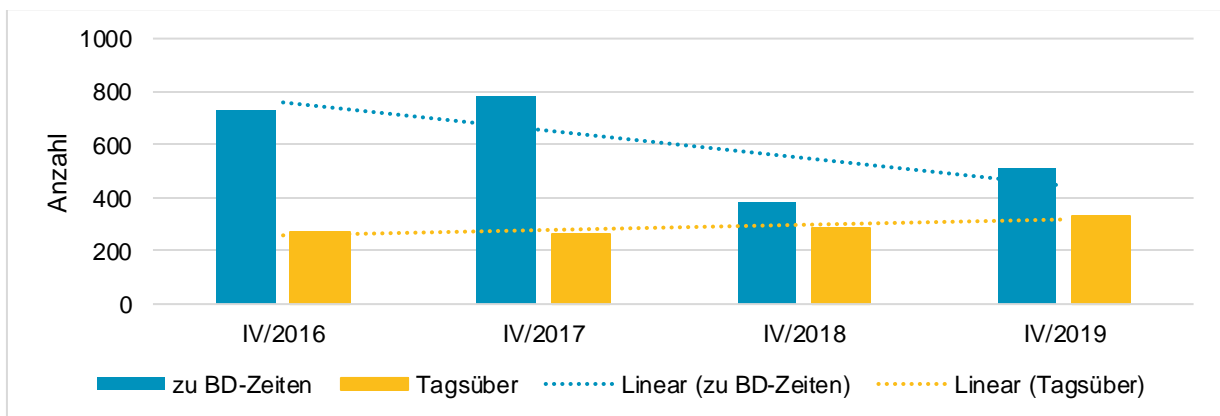


Abbildung 20: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle tagsüber und zu BD-Zeiten im jeweils vierten Quartal der Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019

Für den Fahrdienst des Bereitschaftsdienst-Bezirks Templin wurden im Jahr 2016 insgesamt 647 Behandlungsfälle, im Jahr 2017 623 Behandlungsfälle, im Jahr 2018 295 Behandlungsfälle und im Jahr 2019 146 Behandlungsfälle registriert, wie in Abbildung 21 dargestellt ist. Bei einer quartalsweisen Betrachtung zeigte sich, dass die Anzahl der Behandlungsfälle in den Quartalen nach Einführung der ÄBP im zweiten Quartal 2018 gegenüber der Anzahl der Behandlungsfälle vor dem zweiten Quartal 2018 stark abgefallen ist.

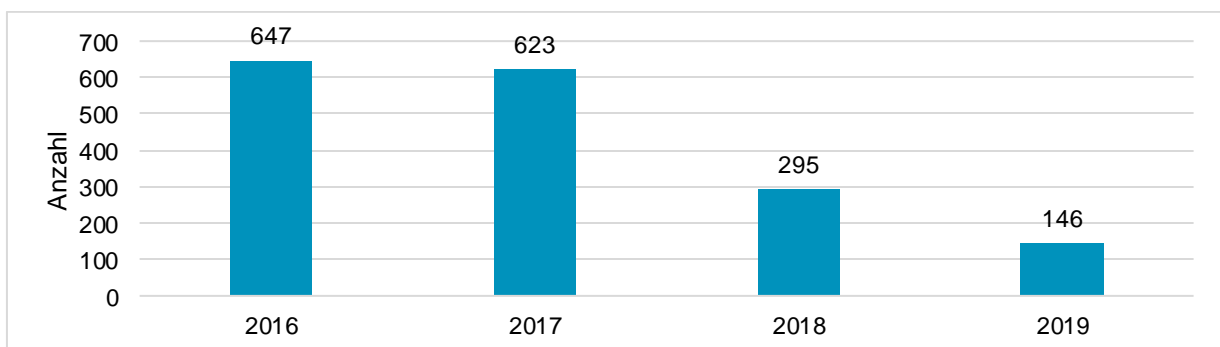


Abbildung 21: Gesamtanzahl der Behandlungsfälle des Fahrdienstes innerhalb eines Jahres

Die ÄBP ist montags, dienstags und donnerstags zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr, mittwochs und freitags bereits zwischen 13:00 Uhr und 7:00 Uhr sowie samstags, sonntags und an Feiertagen 24 Stunden am Tag besetzt. Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme nach Wochentagen zeigte sich im Jahr 2018 eine starke Frequentierung an Freitagen, Samstagen und Sonntagen. Im zweiten und dritten Quartal lässt sich zusätzlich eine verstärkte Inanspruchnahme der ÄBP am Mittwoch ausmachen. Daneben wurde die ÄBP an Feiertagen häufig aufgesucht, wie aus Abbildung 22 hervorgeht.

In Abbildung 23 ist für das Jahr 2019 ein ähnliches Bild zu erkennen. Besonders häufig wurde die ÄBP am Wochenende sowie mittwochs und freitags frequentiert. Im zweiten und vierten Quartal 2019 wurden zudem Behandlungsfälle an Feiertagen erfasst, wobei besonders die Anzahl an Fällen im zweiten Quartal herausragt.

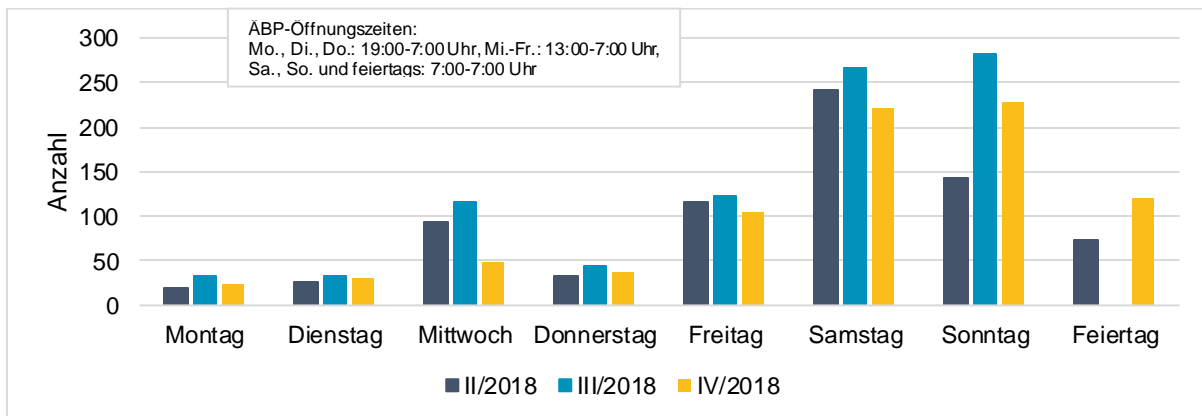


Abbildung 22: Anzahl der Behandlungsfälle der ÄBP pro Wochentag (inkl. Feiertage) im Jahr 2018

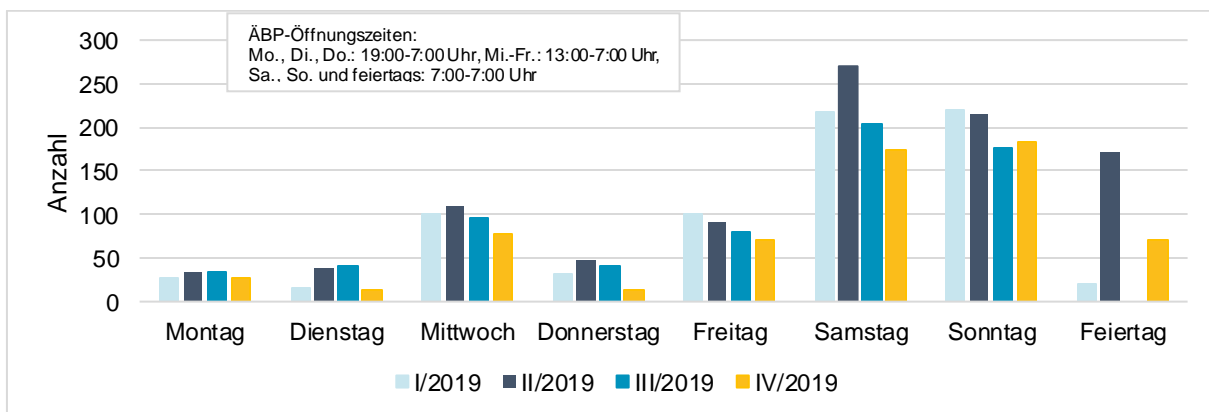


Abbildung 23: Anzahl der Behandlungsfälle der ÄBP pro Wochentag (inkl. Feiertage) im Jahr 2019

Aus Abbildung 24 kann entnommen werden, dass die Inanspruchnahme der ÄBP in den beobachteten Quartalen in der Zeit von 10:00 Uhr bis 11:59 Uhr sowie vom späten Nachmittag ab 16:00 Uhr bis in die Abendstunden um 21:59 Uhr besonders hoch war. Bei einer Betrachtung der zeitlichen Inanspruchnahme differenziert nach Wochentagen zeigte sich, dass an den Wochenendtagen der Höhepunkt zwischen 10:00 Uhr und 11:59 Uhr eintrat und die ÄBP insgesamt höher frequentiert war. An Feiertagen ergibt sich ein ähnliches Bild, wobei die Gesamtanzahl der Behandlungsfälle niedriger ausfiel. Mittwochs und freitags begann der Anstieg der Behandlungsfälle bereits ab 12:00 Uhr und stieg bis 17:59 Uhr weiter an, danach fiel die Anzahl der Behandlungsfälle wieder ab. An den übrigen Wochentagen stieg die

Inanspruchnahme ab 18:00 Uhr an und erreichte zwischen 20:00 Uhr und 21:59 Uhr ihren Höhepunkt, wie in Abbildung 25 zu erkennen ist. Die Kurven decken sich mit den Zeiten, in denen die niedergelassenen haus- und fachärztlichen Praxen geschlossen waren.

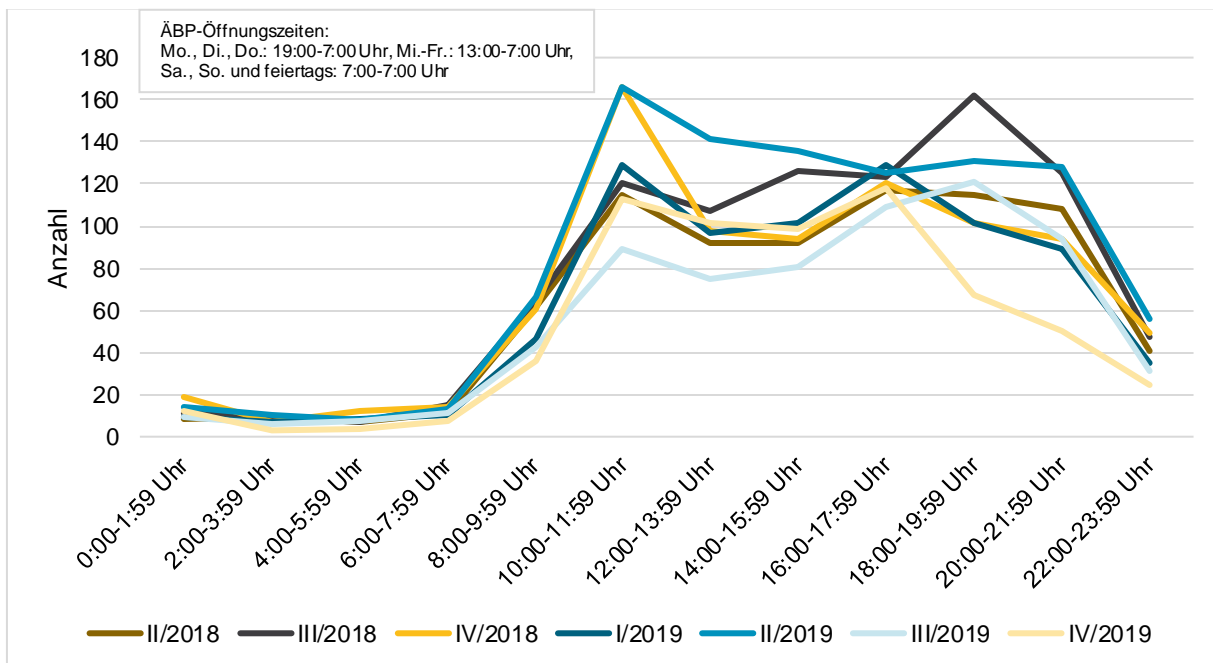


Abbildung 24: Anzahl der Behandlungsfälle der ÄBP nach Uhrzeiten

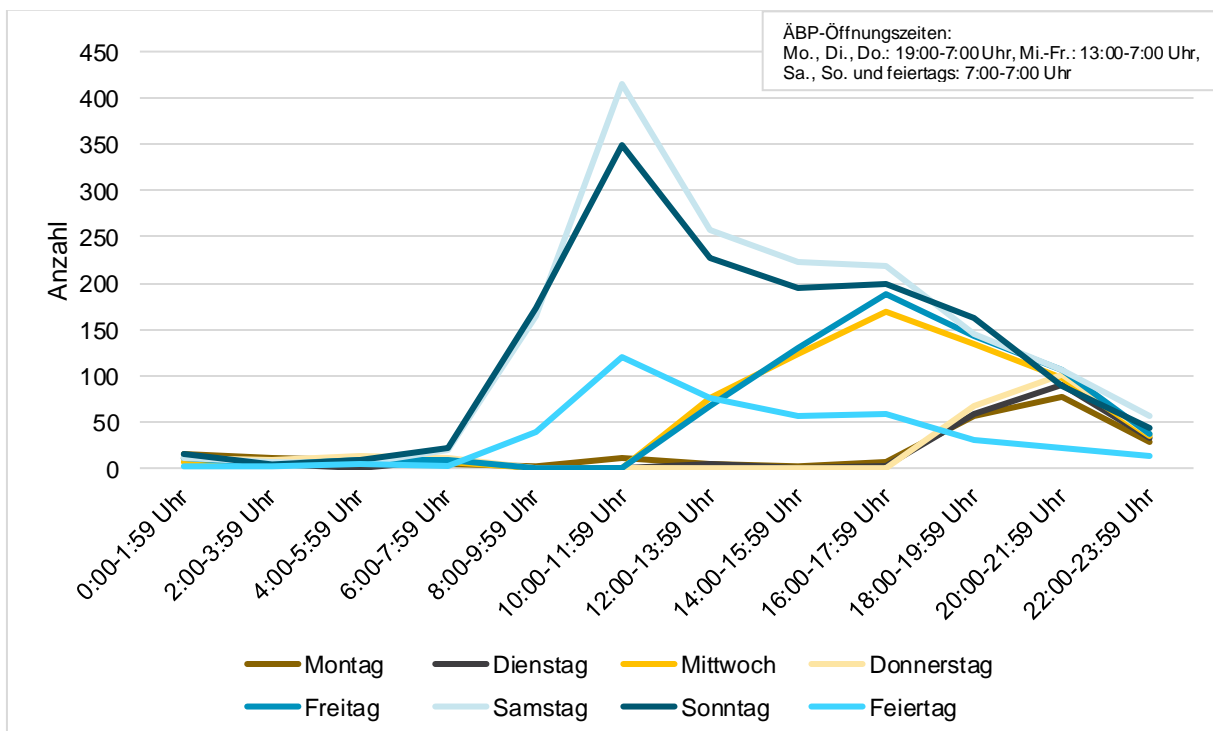


Abbildung 25: Anzahl der Behandlungsfälle der ÄBP nach Uhrzeiten und Wochentag aller Quartale

Die Inanspruchnahme der Rettungsstelle stellte sich über den Tagesverlauf unterschiedlich dar. Bis 07:59 Uhr war die Inanspruchnahme sehr gering. Ab 08:00 Uhr stieg sie deutlich an und behielt ein hohes Niveau bis ca. 19:59 Uhr, bevor sie erneut absank. Insbesondere in der Zeit zwischen 10:00 Uhr und 11:59 Uhr sowie zwischen 16:00 Uhr bis 19:59 Uhr fiel die Anzahl der Behandlungsfälle in der Rettungsstelle besonders hoch aus.

Bei der Betrachtung der Behandlungsfälle während der BD-Zeiten ist zu erkennen, dass diese im Jahr 2018 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich niedriger war und im Jahr 2019 sogar noch weiter gesunken ist. Der zeitliche Verlauf der Inanspruchnahme entsprach 2019 den Jahren 2016 und 2018. Nach einem kurzen Anstieg von 10:00 bis 11:59 Uhr war ein kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme von 14:00 Uhr bis 21:59 Uhr zu verzeichnen. Im Jahr 2017 unterlag die Anzahl der Behandlungsfälle entsprechend der Uhrzeiten regelmäßigen Anstiegen im Zeitraum von 10:00 Uhr bis 21:59 Uhr.

Bei der Betrachtung der Anzahl der Behandlungsfälle in der Rettungsstelle zu den BD-Zeiten nach Wochentagen und Uhrzeiten vor und nach der Einführung der ÄBP zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der ÄBP, wie Abbildung 26 und Abbildung 27 zu entnehmen ist. Samstags und sonntags war die Rettungsstelle ab 8:00 Uhr stark frequentiert. Die Anzahl der Behandlungsfälle stieg bis 11:59 Uhr stark an und fiel dann in den Nachmittags- und Abendstunden langsam ab. Mittwochs und freitags erhöhte sich die Anzahl der Behandlungsfälle ab 12:00 Uhr, an den anderen Wochentagen dagegen um 18:00 Uhr. An Feiertagen stieg die Anzahl der Fälle ab 8:00 Uhr an und verlief über den restlichen Tagesverlauf eher flach. An diesem Muster hat sich mit der Einführung der ÄBP kaum etwas verändert. Die Fallzahlen gingen jedoch insgesamt deutlich zurück.

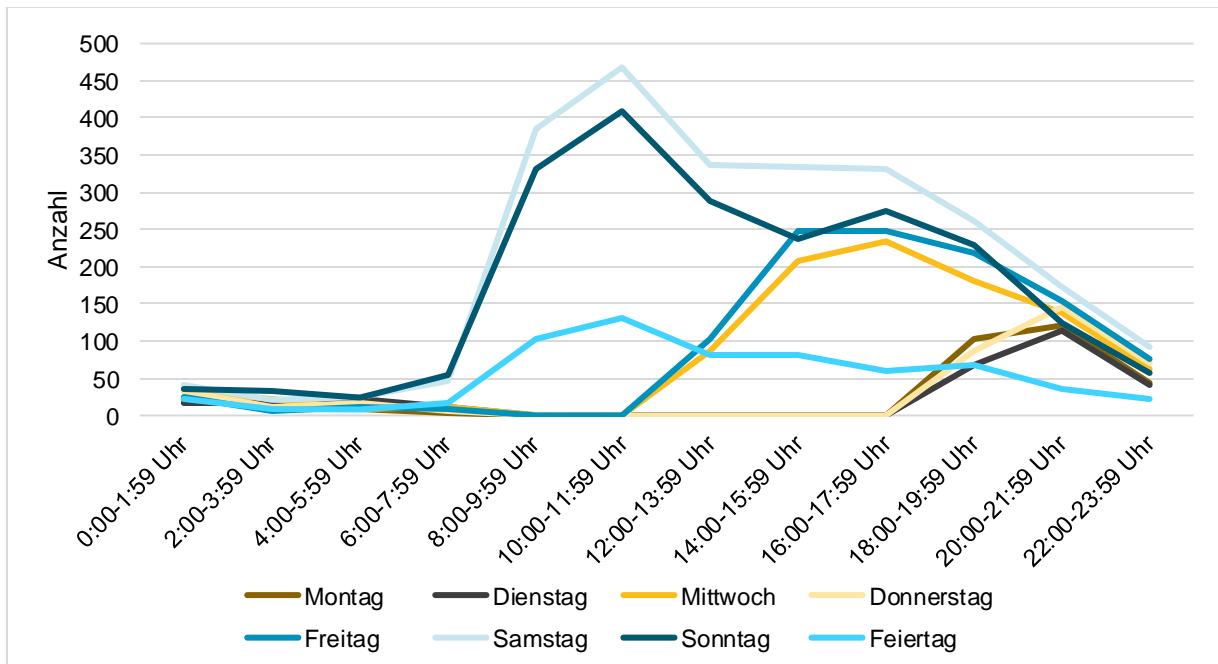


Abbildung 26: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle zu BD-Zeiten nach Wochentagen und Uhrzeiten vor der Einführung der ÄBP

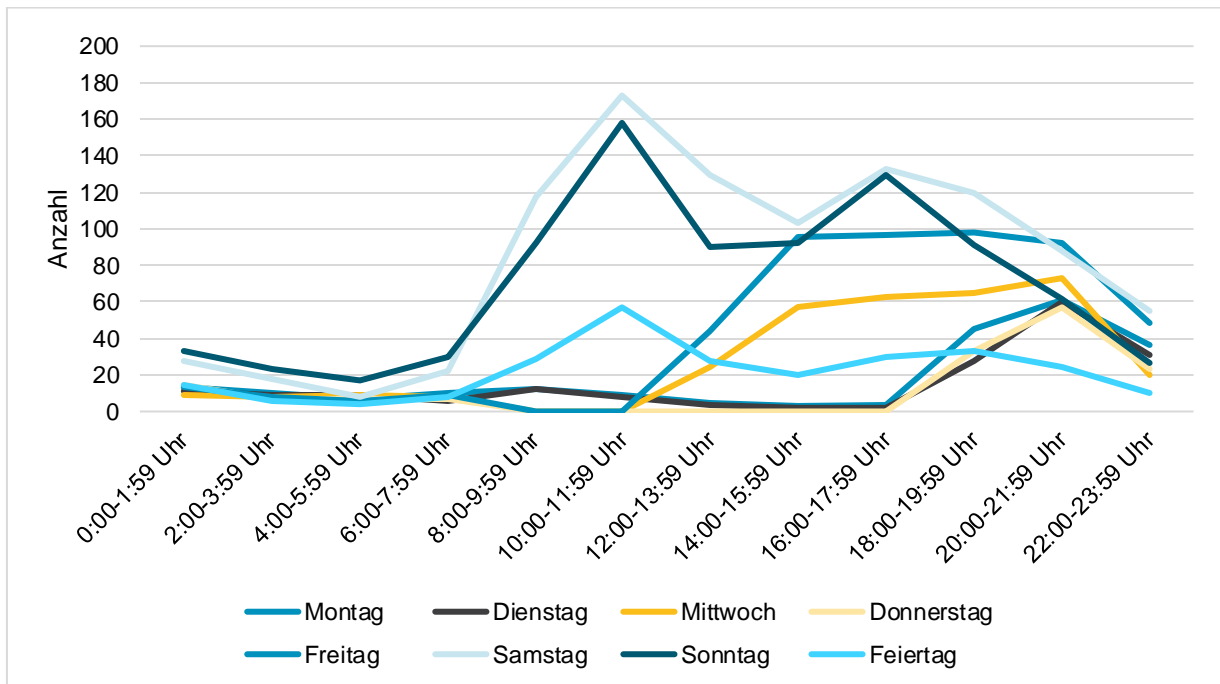


Abbildung 27: Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle zu BD-Zeiten nach Wochentagen und Uhrzeiten nach der Einführung der ÄBP

Beim Fahrdienst waren über alle Quartale hinweg die Samstage und die Sonntage die am stärksten frequentierten Tage. Die Frequentierung an den Feiertagen war Schwankungen unterworfen, jedoch nahm die Anzahl der Behandlungsfälle nach Einführung der ÄBP grundsätzlich ab. Vor dem zweiten Quartal 2018 lag auch mittwochs und freitags eine hohe Anzahl an Behandlungsfällen des Fahrdienstes vor. Nach der Einführung der ÄBP sanken die Behandlungsfälle an diesen Tagen auf das Niveau der anderen Wochentage.

Hinsichtlich des Tagesverlaufs stellt sich die Inanspruchnahme des Fahrdienstes unterschiedlich dar. Insbesondere in der Zeit zwischen 10:00 Uhr und 11:59 Uhr war die Anzahl der Behandlungsfälle für den Fahrdienst besonders hoch. Daneben fiel die Inanspruchnahme in den Jahren 2016 und 2017 abends zwischen 20:00 Uhr und 21:59 Uhr sehr hoch aus. Im zweiten Quartal 2018 – mit Einführung der ÄBP – nahm die Inanspruchnahme des Fahrdienstes im Bereitschaftsdienst-Bezirk Templin insgesamt ab. Letzteres ist in Abbildung 28 zu sehen, in der das Inanspruchnahmeverhalten jeweils in den zweiten Quartalen der Jahre 2017, 2018 und 2019 verglichen wird. Während im zweiten Quartal 2017 hohe Fallzahlen dokumentiert wurden und der Fahrdienst besonders zur Mittagszeit und in den Abendstunden zwischen 20:00 Uhr und 21:59 Uhr frequentiert wurde, fiel die Inanspruchnahme in den Jahren 2018 und 2019 deutlich geringer aus. Die Kurve der Inanspruchnahme im zweiten Quartal 2019 verlief nochmals flacher als die für das Jahr 2018. Es gab nach Einführung der ÄBP keine Zeiten mehr, in denen der Fahrdienst besonders stark frequentiert wurde.



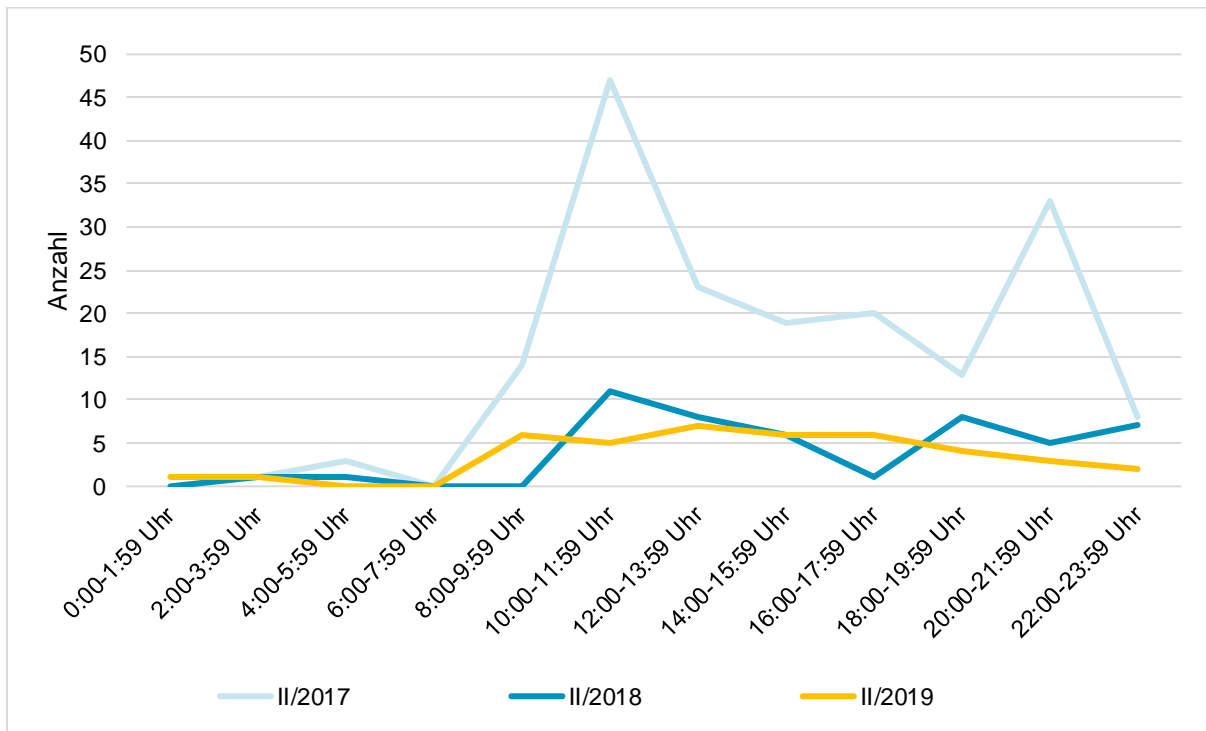


Abbildung 28: Anzahl der Behandlungsfälle des Fahrdienstes jeweils im zweiten Quartal der Jahre 2017, 2018 und 2019 nach Uhrzeiten

Anhand der Anzahl der Behandlungsfälle ist erkennbar, dass mit der Einführung der ÄBP die Inanspruchnahme der Leistungen der Rettungsstelle und des Fahrdienstes zurückgegangen sind. Dies ist auf eine Verschiebung der Behandlungsfälle hin zur ÄBP als Anlaufstelle zur Akutversorgung der Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Notfallpatientinnen und -patienten werden weiterhin in der Rettungsstelle erstversorgt und untersucht. Die mit den Diagnosen (siehe Anhang 15) einhergehende individuelle Gefährdung der Gesundheit sowie ausreichende ambulante Versorgungsmöglichkeiten sind ausschlaggebend für die Entscheidung, wo die Behandlung erfolgen sollte.

### *Kosten*

Zur Überprüfung einer möglichen Kostenreduktion aufgrund der Einführung der ÄBP wurden zunächst die Kosten der einzelnen Bestandteile (ÄBP, Rettungsstelle und Fahrdienst) analysiert. Bei einer detaillierten Betrachtung der Kosten des Leistungsbedarfs der ÄBP wird ersichtlich, dass die Kostenschwankungen mit der schwankenden Anzahl der Behandlungsfälle einhergehen, wie in Abbildung 29 dargestellt. Im Durchschnitt betragen die Kosten pro Fall in der ÄBP 21,78 €.

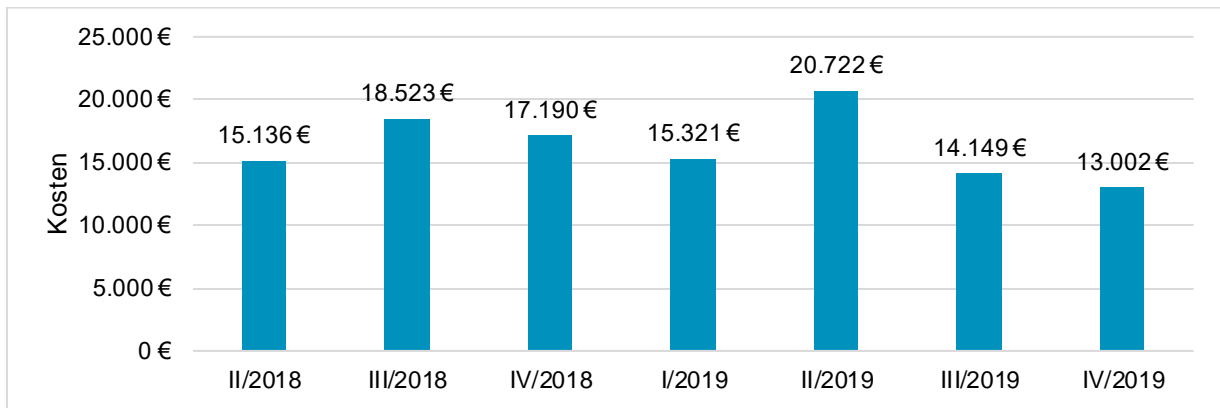


Abbildung 29: Leistungsbedarf in € der ÄBP

Ähnliches gilt für die Kosten des Leistungsbedarfs der Rettungsstelle, die in Abbildung 30 aufgeführt sind. So schwankten die Kosten zu BD-Zeiten zwischen 11.703,76 € (I/2019) und 32.792,39 € (II/2016). Bei einer quartalsweisen Betrachtung lässt sich festhalten, dass die Kosten sich von Jahr zu Jahr verringerten. Als Ausnahmen können das dritte und vierte Quartal 2019 genannt werden, in denen die Kosten des Leistungsbedarfs gegenüber denen des dritten und vierten Quartals 2018 wieder anstiegen. Die Auswertung der Kosten des Leistungsbedarfs tagsüber ergaben, dass für das dritte Quartal 2016 der Höchstwert mit 14.148,22 € und für das vierte Quartal 2016 der niedrigste Wert mit 7.172,00 € ausgewiesen werden können. Die durchschnittlichen Kosten des Leistungsbedarfs für einen Behandlungsfall lagen bei 34,18 €. Dabei waren die Fälle tagsüber mit durchschnittlich 29,92 € kostengünstiger als die Fälle zu BD-Zeiten mit 35,54 €.

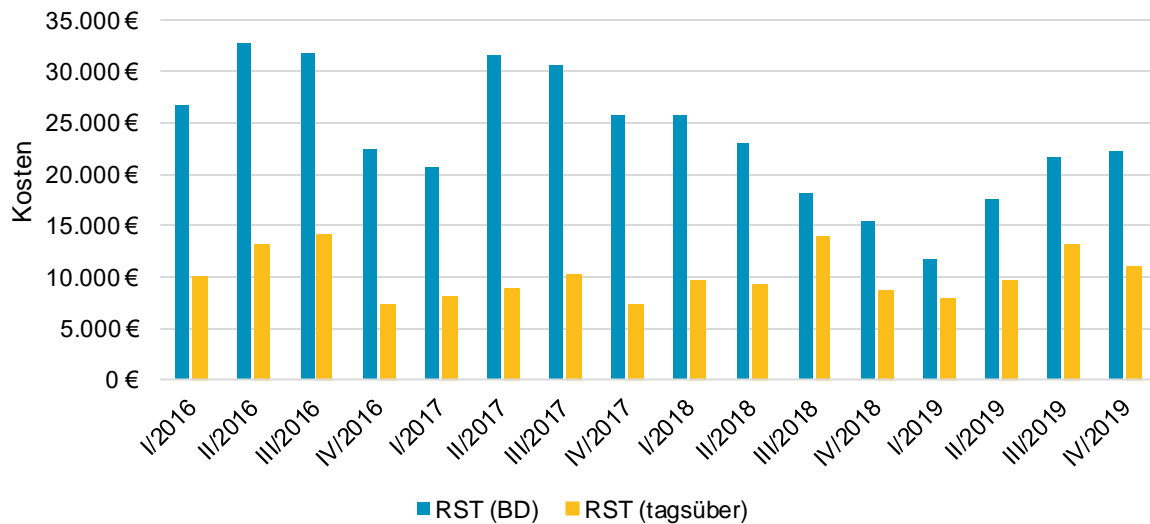


Abbildung 30: Leistungsbedarf in € der Rettungsstelle zu Bereitschaftsdienstzeiten und tagsüber

Die Kosten des Leistungsbedarfs des Fahrdienstes sind in Abbildung 31 dargestellt. Diese entsprechen in ihrem Verlauf ebenfalls in etwa der Anzahl der Behandlungsfälle des Fahrdienstes. Im ersten Quartal 2016 lagen die Kosten insgesamt bei 23.916,90 €. In den darauffolgenden Quartalen schwankten sie zwischen 13.939,12 € (III/2016) und 18.236,33 € (II/2017). Im zweiten Quartal 2018 fielen die Kosten auf 5.735,05 € ab und blieben mit leichten Schwankungen im Verlauf der nächsten Quartale auf diesem Niveau. Im vierten Quartal 2019

fielen die Kosten am niedrigsten aus und beliefen sich auf 3.043,62 €. Die durchschnittlichen Kosten des Leistungsbedarfs eines Behandlungsfalls liegen bei 108,00 €.

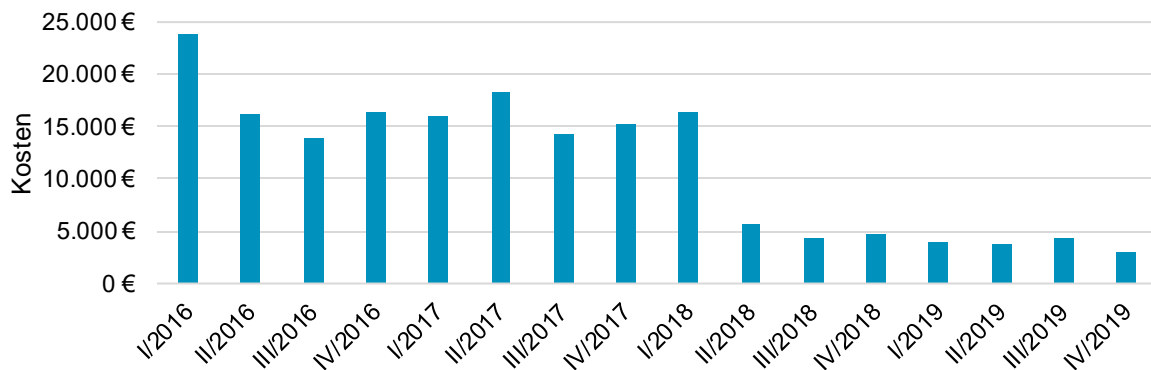


Abbildung 31: Gesamtkosten des Leistungsbedarfs in € des Fahrdienstes

Mit Einführung der ÄBP zeigt sich ein deutlicher Abfall der Kosten des Fahrdienstes und der Rettungsstelle, aufgezeigt in Abbildung 32. Dies hängt mit den gesunkenen Fallzahlen des Fahrdienstes und der Rettungsstelle zusammen, da viele Behandlungsfälle durch die ÄBP aufgefangen wurden. Die kumulierten Kosten der ÄBP, des Fahrdienstes und der Rettungsstelle lagen unterhalb der Kosten ohne die ÄBP der entsprechenden Vorquartale. Folglich lag der addierte Wert der ÄBP, der Rettungsstelle und des Fahrdienstes im zweiten Quartal 2018 in Höhe von 43.934,90 € unterhalb der Kosten der Rettungsstelle und des Fahrdienstes im zweiten Quartal 2016 mit 48.944,05 € und im zweiten Quartal 2017 mit 49.850,51 €.

Bei einem Vergleich der addierten Anzahl der Behandlungsfälle der ÄBP, des Fahrdienstes und der Rettungsstelle mit den Kosten des Leistungsbedarfs, aufgeführt in Abbildung 33, zeigt sich, dass der Fahrdienst trotz geringer Fallzahlen einen hohen Anteil der Kosten beanspruchte. Die ÄBP übernahm seit ihrer Einführung rund die Hälfte aller Behandlungsfälle, dies führte insgesamt zu geringeren Kosten. Weiterhin ist zu bemerken, dass die Gesamtanzahl der Behandlungsfälle angestiegen ist.

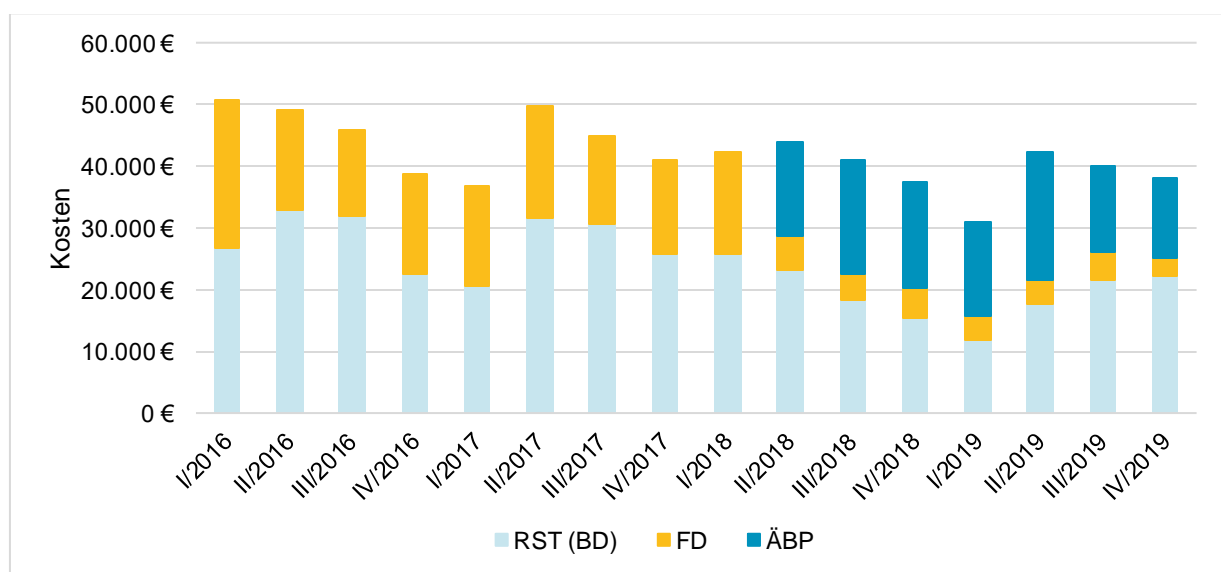


Abbildung 32: Addierte Kosten des Leistungsbedarfs in € der Rettungsstelle zu BD-Zeiten, des Fahrdienstes und der ÄBP

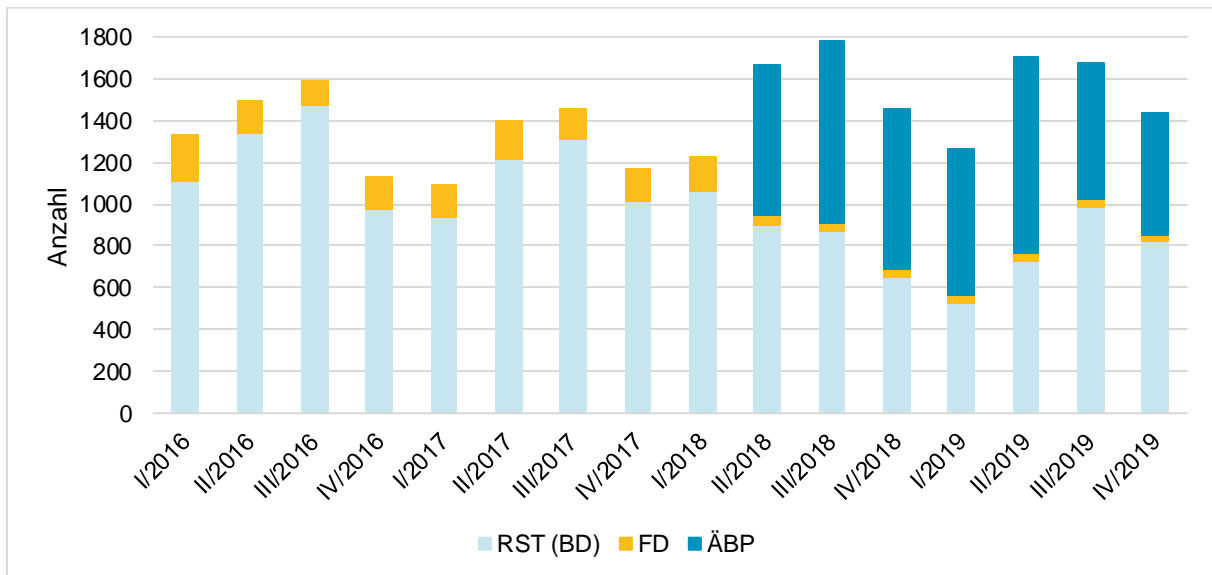


Abbildung 33: Addierte Anzahl der Behandlungsfälle der Rettungsstelle zu BD-Zeiten, des Fahrdienstes und der ÄBP

Die Analyse der erhobenen Daten lässt den Rückschluss zu, dass durch die Etablierung der ÄBP die ambulante Akutversorgung in Templin entscheidend verbessert werden konnte. Die Ersteinschätzung im Rahmen der Triage ermöglicht eine Allokation der Patientinnen und Patienten in die ÄBP oder die Rettungsstelle. Akut, aber nicht lebensbedrohlich erkrankte Patientinnen und Patienten, die zuvor in der Rettungsstelle behandelt wurden, können nun in der ÄBP behandelt werden. Hierdurch wird die Akut- und Notfallversorgung neu organisiert, die Rettungsstelle entlastet und das Potenzial der ambulanten Akutversorgung ausgeschöpft.

### 4.3.3. Decision Unit (DU)

Im Rahmen der Neustrukturierung durch das Projekt IGiB-StimMT wurde die Akut- und Notfallversorgung des ASZ um eine Decision Unit ergänzt. Diese Überwachungsstation wurde für Patientinnen und Patienten implementiert, die aufgrund einer noch zu klärenden Verdachtsdiagnose oder sonstiger ggf. vorübergehender Einschränkung der Gesundheit einer ärztlichen und pflegerischen Überwachung und Versorgung bedürfen. Zum Aufnahmezeitpunkt stand bei den Patientinnen und Patienten die Entscheidung aus, ob sie ambulant oder stationär weiterbehandelt werden müssen. Im Verlauf erfolgt diese Abklärung abschließend. Das Ziel war es somit, die Hospitalisierungsrate zu senken und eine optimale bedarfsgerechte, gesicherte medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu fördern.

Nachdem die DU im vierten Quartal 2018 ihren Betrieb aufgenommen hatte, konnte anhand der Strukturdaten ein stetiger Anstieg an DU-Aufnahmen verzeichnet werden, wie Abbildung 34 illustriert. Der Anteil der DU-Fälle an den Gesamtaufnahmen stieg von ca. 2,1 % im vierten Quartal 2018 auf 20,3 % im vierten Quartal 2020. Bei der Betrachtung der Gesamtfallzahlen lässt sich in den ersten zwei Quartalen 2020 ein Rückgang beobachten. Dies kann auf den Wegfall der vollstationären Pädiatrie am Sana Krankenhaus Templin zu Beginn des Jahres 2020 zurückgeführt werden. Zudem ist eine Reduzierung der Fallzahlen in 2020 sowohl unter den vollstationären Fällen als auch den DU-Fällen im zweiten und im vierten Quartal zu beobachten. Dieser Rückgang ist auf einen Aufnahmestopp für geplante Behandlungen und

Operationen, sowie erhöhte Quarantänemaßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie zurückzuführen.

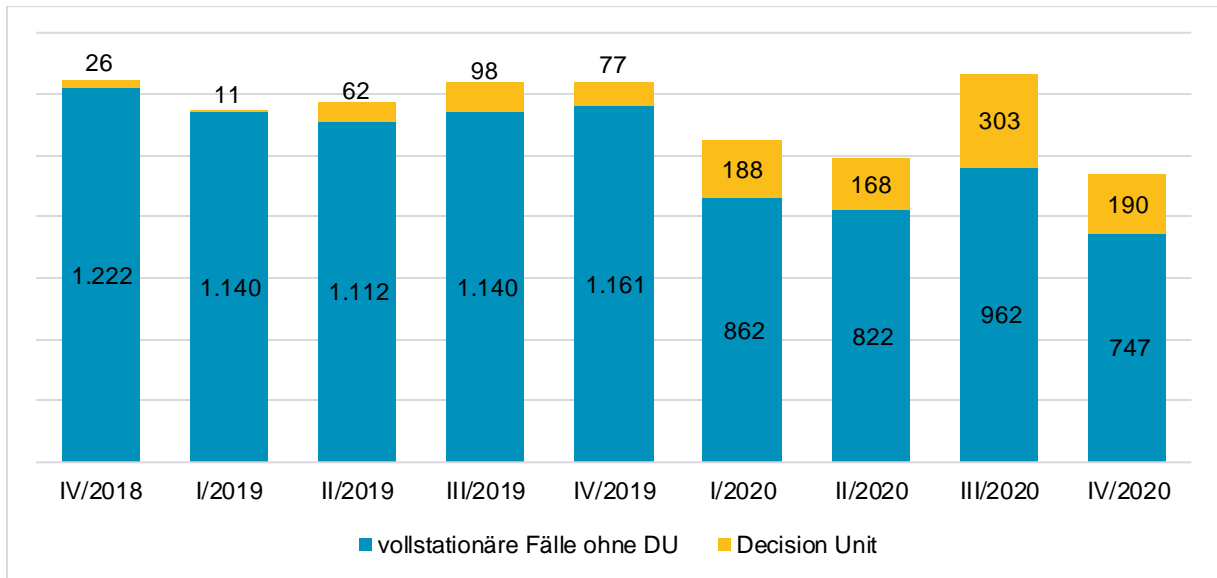


Abbildung 34: Anzahl der Decision-Unit-Fälle pro Gesamtfälle

Die geplanten Fallzahlen wurden seit dem zweiten Quartal 2019 kontinuierlich übertroffen, nachdem diese anfangs unter den Erwartungen geblieben waren, wie Abbildung 35 zeigt. Der verzögerte Beginn bzw. die niedrigen Fallzahlen im vierten Quartal 2018 und im ersten Quartal 2019 basieren auf anfänglichen Akzeptanzproblemen sowohl beim Personal als auch bei den Patientinnen und Patienten. Dies führte zu einer Anpassung der Planzahlen im Mai 2019. Im weiteren Verlauf zeigte sich jedoch eine kontinuierliche Steigerung. Im Jahr 2019 wurden statt 176 geplanten Aufnahmen insgesamt 251 Fälle in die DU aufgenommen. Im Jahr 2020 stiegen die DU-Aufnahmen an, sodass anstatt 240 geplanten insgesamt 849 Fälle in der DU aufgenommen wurden. Insgesamt wurde somit die ursprünglich geplante Fallzahl von 1.096 Fällen um 27 Fälle übertroffen.

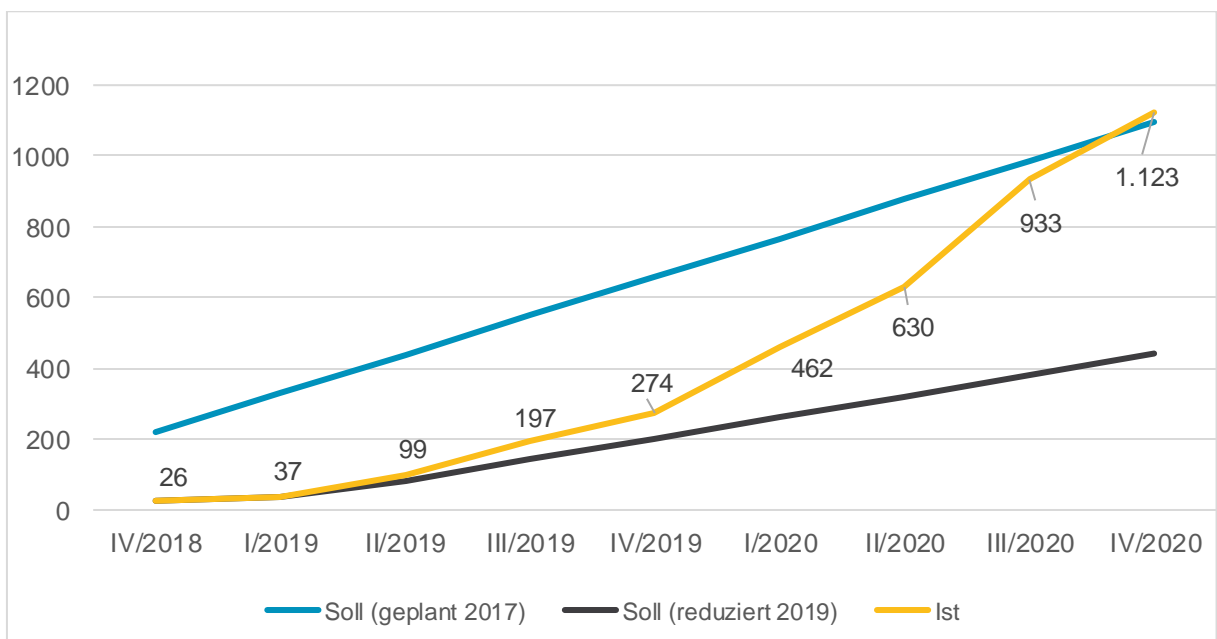


Abbildung 35: Soll-Ist-Vergleich der kumulierten Decision-Unit-Neurekrutierungen von IV/2018 bis IV/2020

Die deutliche Fallzahlsteigerung ist auf verschiedene Aktivitäten und äußere Bedingungen zurückzuführen. Durch die rege interne Kommunikation im Sana Krankenhaus Templin wurden die Ärztinnen und Ärzte regelmäßig über die Möglichkeit der DU-Aufnahme unterrichtet. Dies steigerte die Akzeptanz in der Ärzteschaft sowie unter den Patientinnen und Patienten und trug zur aktiven Nutzung der DU bei. Zusätzlich förderten Personaländerungen und Umstrukturierungen im Krankenhaus, z. B. durch eine klare Zuordnung der DU-Betten und Anpassungen der Arbeitsabläufe, eine stärkere Nutzung der DU.

Nachdem die DU ihren Betrieb aufgenommen hatte, zeigte sich eine Senkung der Hospitalisierungsrate bei vollstationären Kurzliegerfällen, die als Notfallpatienten über die Rettungsstelle aufgenommen wurden. Dazu wurden die stationären Fälle mit einer Verweildauer von ein bis zwei Tagen und ohne Operation in den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Pädiatrie im Jahresverlauf verglichen. Die DU-Fälle der Geriatrie sowie der Gynäkologie wurden für die folgenden Auswertungen aufgrund der sehr geringen Fallzahlen nicht berücksichtigt. Die pädiatrische Klinik konnte nur bis einschließlich 2019 betrachtet werden, da im Sana Krankenhaus Templin ab 2020 keine vollstationäre Pädiatrie mehr vorgehalten wurde.

Es ist davon auszugehen, dass die Beobachtungszeit in der DU und die damit verbundene bessere Informationslage zum Zustand der Patientinnen und Patienten dazu beitrug, dass bei insgesamt weniger Fällen die Entscheidung für eine vollstationäre Behandlung getroffen wurde. Während des Aufenthaltes in der DU erfolgt eine Überwachung, es werden aber auch eine weitergehende Diagnostik sowie Kurztherapien eingeleitet. Im gesamten Beobachtungszeitraum von zwei Jahren wurde die Entscheidung für eine weitere stationäre Aufnahme nach DU-Aufenthalt lediglich in insgesamt neun Fällen getroffen (Chirurgie: n = 5, Innere Medizin: n = 3, Pädiatrie: n = 1).

Die meisten Fälle wurden in DU-Betten der Fachabteilung Innere Medizin aufgenommen, die ungefähr die Hälfte aller DU-Aufnahmen (56,8 %) ausmachten. Über die Projektlaufzeit betrug der Anteil chirurgischer Fälle in der DU 22,2 % und der Anteil pädiatrischer Fälle 19,2 %. Dies zeigt, dass die Filterfunktion der DU im Sana Krankenhaus Templin zu einer erheblichen Senkung der Hospitalisierungsrate der Notfallpatientinnen und -patienten beitrug und dass die Patientinnen und Patienten für die DU sehr gezielt ausgewählt wurden.

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Fälle in den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Pädiatrie nach Inbetriebnahme der DU zeigten sich in allen Fachabteilungen positive Veränderungen. Um darzustellen, in welchem Umfang die DU die einzelnen Fachabteilungen entlastete, werden im Folgenden nur die Fälle betrachtet, die für ein bis zwei Tage stationär aufgenommen wurden und als Notfallpatienten ins Krankenhaus kamen. Perspektivisch zeigt diese Patientengruppe das größte Potenzial.

Zusätzlich wurde für die Auswertung die Gesamtfallzahl um die Fälle reduziert, die aufgrund erforderlicher Operationen aufgenommen wurden. Bedingt durch die notwendige postoperative stationäre Pflege wurden diese Fälle von einer Aufnahme in die DU ausgeschlossen. Unter Berücksichtigung dieser Ausschlüsse zeigt sich, dass die DU eine zunehmende Anzahl an Patientinnen und Patienten aufnahm, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit nach kurzzeitiger Überwachung eine Entscheidung zur weiterführenden ambulanten Behandlung erfolgen konnte. Seit Inbetriebnahme der DU konnte in den Kliniken für Chirurgie und Innere Medizin eine Senkung der Hospitalisierungsrate bei den Notfall-Kurzliegerfällen um 40,8 % erreicht werden.

Über den betrachteten Zeitraum von Inbetriebnahme der DU im vierten Quartal 2018 bis Ende des vierten Quartals 2020 wurden insgesamt 1.123 Patientinnen und Patienten in die DU aufgenommen. Die Altersverteilung ist in Abbildung 36 dargestellt. Ein großer Teil der DU-Aufnahmen entfiel auf die Altersgruppe der Säuglinge und Kinder bis 14 Jahre. Teenager ab 15 Jahren und junge Erwachsene bis 30 Jahre waren nicht sehr stark in den Aufnahmezahlen vertreten. Die Anzahl der Aufnahmen von Patientinnen und Patienten über 30 Jahre war wiederum höher und unterlag nur kleinen Schwankungen. Die höchsten Aufnahmezahlen waren in den Altersgruppen von 60 bis 80 Jahren zu verzeichnen, ähnlich der Altersverteilung im vollstationären Bereich.

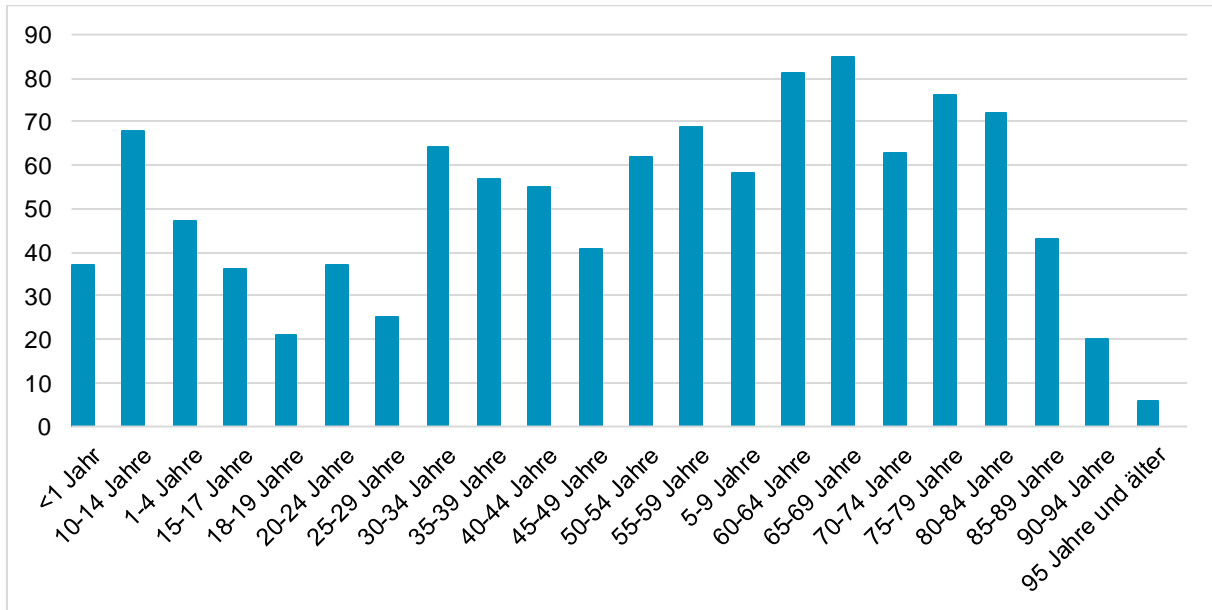


Abbildung 36: Altersverteilung der Decision-Unit-Aufnahmen (IV/2018 bis IV/2020)

Während im vierten Quartal 2018 nur ein Anteil von 8,8 % der gesamten Aufnahmen mit Kurzzeitüberwachungspotenzial in die DU aufgenommen wurde, wuchs der Anteil stetig an, sodass im Jahr 2019 insgesamt 23,2 % und im Jahr 2020 insgesamt 60,5 % der entsprechenden Patientinnen und Patienten über die DU versorgt wurden. Im Jahr 2020 konnten somit trotz Wegfall der Pädiatrie fast zwei Drittel der entsprechenden Patientengruppe über die DU versorgt werden. Die Strukturdaten verdeutlichen damit, dass durch die DU die Behandlung der Notfallpatientinnen und -patienten mit Kurzzeitüberwachungspotenzial im Laufe des Beobachtungszeitraums zunehmend besser an den tatsächlichen Bedarf angepasst wurde.

Bei der Betrachtung der Gesamtfälle des Sana Krankenhauses Templin ohne die DU-Fälle zeigt sich eine leichte Steigerung des Case Mix Index (CMI). Diese Steigerung sagt aus, dass der durchschnittliche Schweregrad der aufgenommenen Patientinnen und Patienten anstieg, was durch eine stärkere Filterung durch die DU zu erklären ist. Der CMI betrug vor Einführung der DU 0,829 (Mittelwert für das dritte und vierte Quartal 2018). Ende 2019 konnte ein CMI von 0,841 (Mittelwert 2019) beobachtet werden. Die erhobenen CMI-Daten aus dem Jahr 2020 sind aufgrund der COVID-19-assoziierten Absagen elektiver Fälle sowie der ausgeprägten Veränderungen durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im DRG-Fallpauschalen-Katalog nur bedingt verwertbar. Um die Verschiebungen der Fallpauschalen-Kataloge bei der Berechnung des CMI auszugleichen, wurden die Daten 2020 nach dem Fallpauschalen-Katalog 2019 bewertet.

Im Rahmen der regen Nutzung der DU wurden auch umfangreiche Informationen zu den Indikationen der dort aufgenommenen Patientinnen und Patienten erhoben. Tabelle 5 und zeigen die Aufgliederung der zehn häufigsten Diagnosegruppen insgesamt bzw. der fünf häufigsten Diagnosegruppen nach Fachabteilung.

Tabelle 5: Diagnosegruppen nach Gesamtfällen der Decision Unit

<b>Top 10 Diagnosegruppen</b>	<b>Fälle gesamt</b>
Probleme Verdauungsorgane/Bauchschmerz	218
Herz-Kreislauf/Brustschmerz	159
Unfallchirurgische Fälle (oberflächliche Verletzung/Fraktur)	152
Probleme Atmung bzw. Atmungsorgane*	77
Synkope/Kollaps/Schwindel*	76
Neurologische Probleme	60
Muskel-Skelett-Probleme	50
Nieren- und Harnwegsprobleme	49
Gehirnerschütterung*	44
Intoxikationen	43
*Blau hinterlegte Diagnosen wurden zusätzlich zu den ursprünglich geplanten Diagnosegruppen aufgenommen	



Tabelle 6: Diagnosegruppen nach Gesamtfällen der Decision Unit in den Fachbereichen

Top 5 Diagnosegruppen nach Fachabteilungen	Fälle gesamt
<b>Fälle Chirurgie</b>	
Unfallchirurgische Fälle (oberflächliche Verletzung/Fraktur)	126
Probleme Verdauungsorgane/Bauchschmerz	45
Gehirnerschütterung	30
Muskel-Skelett-Probleme	23
Hautprobleme	8
<b>Fälle Innere Medizin</b>	
Herz-Kreislauf/Brustschmerz	162
Probleme Verdauungsorgane/Bauchschmerz	125
Synkope/Kollaps/Schwindel	64
Nieren- und Harnwegsprobleme	43
Intoxikationen	41
<b>Fälle Pädiatrie</b>	
Probleme Atmung bzw. Atmungsorgane	46
Probleme Verdauungsorgane/Bauchschmerz	45
Neurologische Probleme	23
Unfallchirurgische Fälle (oberflächliche Verletzung/Fraktur)	19
Kopfschmerzen	19

Zusätzlich zu den ursprünglich geplanten Diagnosegruppen wurden insbesondere auch Fälle mit Atmungsproblemen und unfallchirurgischen Diagnosen ohne OP-Indikation inklusive Gehirnerschütterungen mit Überwachungsindikation in der DU behandelt.

Bei der Betrachtung der häufigsten Indikationen in den Aufnahmedaten zeigt sich, dass mit 218 Fällen besonders viele Patientinnen und Patienten mit Problemen der Verdauungsorgane und Bauchschmerzen aufgenommen wurden. Die meisten Fälle dieser Diagnosegruppe (57,3 %) wurden in den DU-Betten der Klinik für Innere Medizin behandelt. Patientinnen und Patienten mit Problemen der Verdauungsorgane oder Bauchschmerzen wiesen unter allen DU-Fällen die längste Verweildauer auf, wie Tabelle 7 zeigt. Insgesamt wurden 27,5 % der Patientinnen und Patienten dieser Diagnosegruppe länger als zwölf Stunden beobachtet. Die meisten der 43 Fälle mit langer Beobachtungsdauer waren dabei Kinder bis 17 Jahre (71,6 %).

Tabelle 7: Aufenthaltsdauer nach Diagnosegruppen

Über 12 Stunden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Probleme der Verdauungsorgane/Bauchschmerzen (n = 60)</li> <li>2. Unfallchirurgische Fälle (oberflächliche Verletzungen/Frakturen) (n = 54)</li> <li>3. Probleme Atmungsorgane (n = 41)</li> </ol>
< 4 Stunden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Herz-Kreislauf/Brustschmerz (n = 104)</li> <li>2. Probleme Verdauungsorgane/Bauchschmerz (n = 97)</li> <li>3. Unfallchirurgische Fälle (oberflächliche Verletzungen/Frakturen) (n = 60)</li> </ol>

Eine weitere Diagnosegruppe, die mit hohen Liegezeiten assoziiert wurde, waren Probleme mit der Atmung und den Atmungsorganen. Diese Fälle wurden mit 59,7 % vorrangig in den DU-Betten der pädiatrischen Klinik aufgenommen, wobei die Kinder auch hier die Gruppe mit besonders langer Verweildauer darstellten. So verblieben 80,4 % der Kinder dieser Diagnosegruppe länger als zwölf Stunden in der DU. Andere Fachabteilungen hatten hingegen wesentlich kürzere Beobachtungszeiten für diese Diagnosegruppe. Dort wurden nur 12,9 % der Fälle mit Atmungsproblemen länger als zwölf Stunden beobachtet und mehr als die Hälfte (58,0 %) wurde bereits nach weniger als vier Stunden entlassen.

Bei der Betrachtung der häufigsten Indikationen in der Pädiatrie zeigt sich, dass 21,3 % aller pädiatrischen DU-Fälle mit Problemen der Atmung und der Atmungsorgane aufgenommen wurden und 20,8 % aufgrund von Problemen mit Verdauungsorganen bzw. Bauchschmerzen. Die durchschnittliche Verweildauer für die pädiatrischen DU-Betten war indikationsübergreifend mit 15,5 Stunden mehr als doppelt so hoch wie die Verweildauer in den anderen DU-Fachabteilungen, die eine durchschnittliche Verweildauer von 6,3 Stunden zeigten. Dies ist unter anderem auf den erhöhten Überwachungsbedarf in der pädiatrischen Klinik zurückzuführen.

Des Weiteren zeigen die Daten eine hohe Nutzung der DU von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Symptomen bzw. Brustschmerzen. Diese wurden fast ausschließlich in die DU-Betten der Inneren Medizin aufgenommen (95,6 %). Die Patientinnen und Patienten dieser Diagnosegruppe waren durchschnittlich 56,6 Jahre alt.

Der überwiegende Teil der Behandlungsfälle in der DU stammte aus den Bundesländern Brandenburg (85,8 %) und Berlin (6,3 %). Die Inanspruchnahme der DU von Personen mit Wohnsitz außerhalb von Brandenburg stieg im zweiten und dritten Quartal 2019 minimal an.

Die Karte in Abbildung 37 veranschaulicht, auf welches Einzugsgebiet sich die Behandlungsfälle der DU des Sana Krankenhauses Templin in Brandenburg begrenzten. Die häufigsten Behandlungsfälle kamen aus den Landkreisen Uckermark (827 Fälle), Oberhavel (105 Fälle) und Barnim (16 Fälle). Bezogen auf den Kreis Uckermark stammten die meisten Patientinnen und Patienten aus Templin und den umliegenden Ortschaften (Postleitzahl 17268) und am zweithäufigsten kamen sie aus der Gemeinde Lychen (Postleitzahl 17279). Die DU hat demnach ein Einzugsgebiet, das sich über den gesamten Mittelbereich erstreckt, und trägt somit zu einer verbesserten medizinischen Versorgung insbesondere auch in umliegenden Regionen bei.

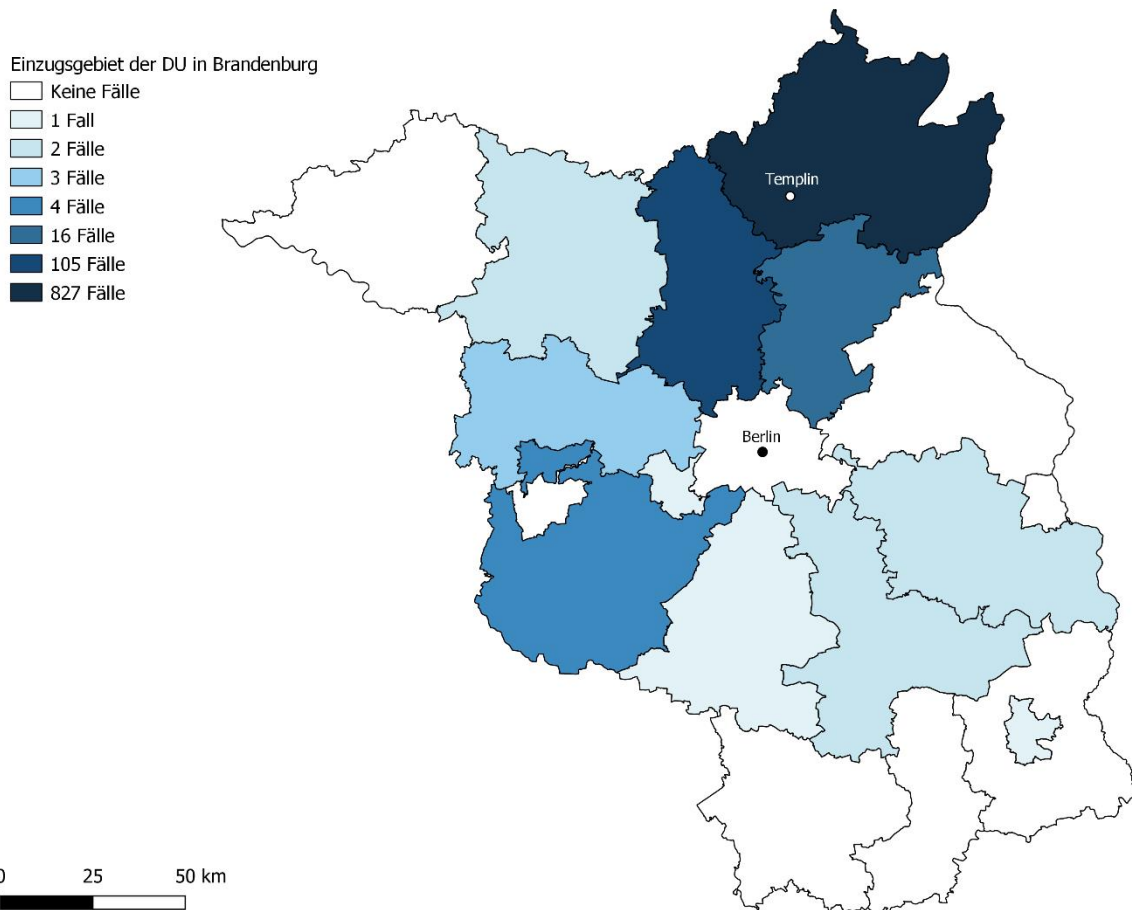


Abbildung 37: Einzugsgebiet der Decision Unit in Brandenburg

Die Daten aus dem Betrieb der DU bestätigen, dass die DU erfolgreich war. Sie führte insgesamt zu einer Senkung der stationären Fallzahlen und der Hospitalisierungsrate und ermöglichte somit die Steuerung der Patientinnen und Patienten in eine optimale bedarfsgerechte Versorgung. Die Resultate der Analyse stehen im Einklang mit den Erkenntnissen der zweiten Stakeholder-Befragung, in der die Befragten einen besonderen Mehrwert der DU für die überörtliche Versorgung sahen.

#### 4.3.4. Strukturierte Harninkontinenzversorgung

Bis Ende 2019 konnten die teilnehmenden Gynäkologinnen und Gynäkologen in diesem Versorgungsmodul insgesamt 67 Patientinnen mit Symptomen der Harninkontinenz rekrutieren. Über die gesamte Laufzeit des Behandlungsprogramms wurden die geplanten Fallzahlen nicht erreicht.

Bis einschließlich 31.12.2020 konnten mittels einer Patientenbefragung insgesamt Daten von 66 Fällen zur Baseline und von 55 Fällen nach zwölf Monaten erfasst und analysiert werden. Die Drop-out-Rate liegt bei 18 %. Der Prä-Post-Vergleich erfolgte für Patientinnen deren Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten vorlagen. Eine deskriptive Auswertung aller erhobenen Parameter zur Baseline und zum zweiten Erhebungszeitpunkt ist in Anhang 16 aufgeführt.

In den drei Monaten vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm suchten rund 37 Patientinnen aufgrund von Harnkontinenz eine ärztliche Einrichtung auf. Die meisten von ihnen konsultierten eine Ärztin bzw. einen Arzt der Fachrichtung Gynäkologie (46,3 %),

gefolgt von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt (16,4 %) und urologischen Einrichtungen (4,5 %). Ein Beckenbodenzentrum wurde von keiner der Patientinnen besucht und eine ambulante Behandlung im Krankenhaus wurde ebenfalls von niemandem in Anspruch genommen.

Die meisten Teilnehmerinnen der strukturierten Harninkontinenzversorgung waren bereits langjährige Patientinnen der betreuenden Fachärztin bzw. des Facharztes des Behandlungsprogramms, die die Praxis bereits seit mehr als fünf Jahren besuchten (56,7 %). Die Behandlungsdauer der Teilnehmerinnen in der Praxis ist in der folgenden Abbildung 38 dargestellt und bezieht sich auf 57 Fragebogenangaben. In zehn Fällen wurden keine Angaben gemacht.

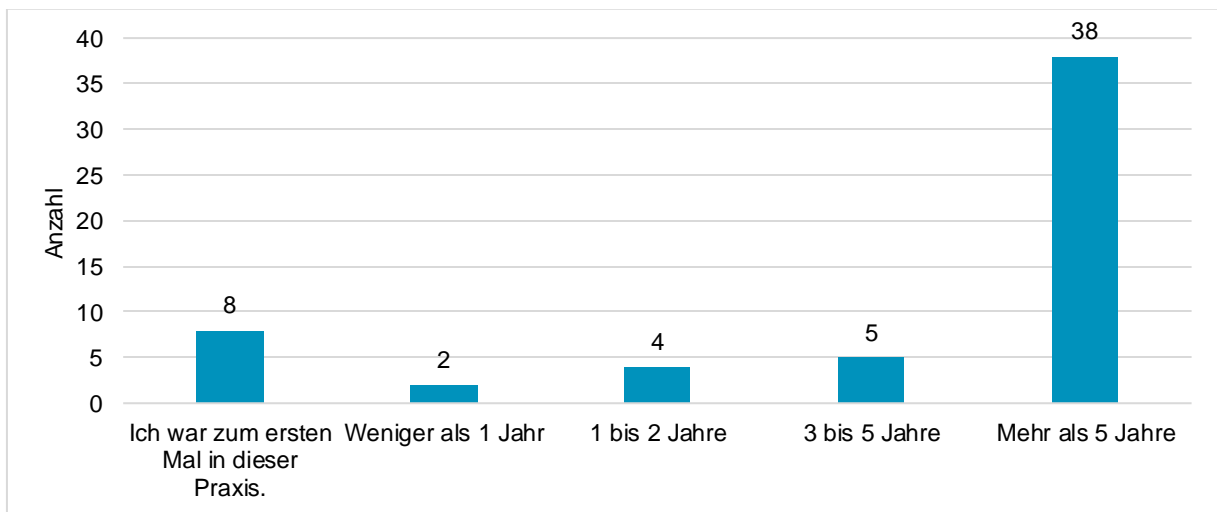


Abbildung 38: Behandlungsdauer der Teilnehmerinnen in der betreuenden Facharztpraxis zum ersten Erhebungszeitpunkt

Insgesamt gaben 29 Patientinnen an, in den letzten drei Monaten vor Beginn der strukturierten Harninkontinenzversorgung keine Ärztin bzw. keinen Arzt oder eine andere Einrichtung aufgrund von Harninkontinenz außerhalb des Mittelbereichs Templin besucht zu haben. Drei Patientinnen sind ihren Angaben zufolge außerhalb des Mittelbereichs Templin versorgt worden. Zum Ende des Behandlungsprogramms gaben alle 20 Patientinnen an, innerhalb des Mittelbereichs Templin durch eine Ärztin, einen Arzt oder eine Einrichtung versorgt worden zu sein. Es kann keine statistisch signifikante Reduzierung der wohnortfernen Versorgung aufgrund des Behandlungsprogramms Harninkontinenz nachgewiesen werden ( $n = 55$ ;  $p = 0,500$ ). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Patientinnen eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Einrichtung außerhalb des Mittelbereichs in einem länger zurückliegenden Zeitraum als drei Monate vor Beginn des Behandlungsprogramms aufgesucht haben.

Keine der teilnehmenden Patientinnen der strukturierten Harninkontinenzversorgung wurde in den zwölf Monaten vor der ersten Befragung aufgrund von Harninkontinenzproblemen stationär behandelt. Folglich sind keine Angaben zur Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern und zur Art der operativen Eingriffe verfügbar. Eine Reduktion von stationären Behandlungen durch die Ausschöpfung konservativer Therapien konnte im Rahmen der strukturierten Harninkontinenzversorgung somit nicht gezeigt werden. Vier Patientinnen, bei denen zu Beginn keine stationäre Behandlung erfolgt war, gaben zum Ende des Programms an, eine stationäre Behandlung aufgrund ihrer Harninkontinenz in Anspruch genommen zu haben. Die

vier Patientinnen erhielten entweder eine Operation durch die Scheide oder eine Bändcheneinlage oder eine Kombination beider Maßnahmen.

Es gaben 17 Patientinnen, die vor Beginn des Behandlungsprogramms keine therapeutischen Maßnahmen in Anspruch genommen hatten, an, drei Monate vor Ende des Programms eine therapeutische Maßnahme in Anspruch genommen zu haben. Bei insgesamt acht Patientinnen haben sich die therapeutischen Maßnahmen, die sie drei Monate vor Beginn und vor Ende des Behandlungsprogramms in Anspruch genommen haben, nicht verändert. Hingegen gaben drei Patientinnen, die vor Beginn des Behandlungsprogramms eine therapeutische Maßnahme in Anspruch genommen hatten, an, zum Ende keine Maßnahmen mehr in Anspruch zu nehmen. 23 Patientinnen, die bereits zu Beginn keine therapeutischen Maßnahmen in Anspruch nahmen, taten dies auch 3 Monate vor Ende des Behandlungsprogramms nicht. Es konnte eine statistisch signifikante Veränderung nachgewiesen werden ( $n = 51$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,015$ ). Somit kann die Annahme bestätigt werden, dass das Behandlungsprogramm Patientinnen mit Harninkontinenz erfasst, die ohne das Angebot unbehandelt geblieben wären.

Die Auswertung zur Baseline der beanspruchten therapeutischen Maßnahmen in Abbildung 39 zeigt, dass vor Beginn der strukturierten Harninkontinenzversorgung das Beckenbodentraining mit zehn Fällen eine häufig angewendete Therapieform darstellte. Weiterhin wurde in sieben Fällen eine lokale Medikation in Form eines Scheidenzäpfchens und in vier Fällen eine orale Medikation genutzt. Lediglich eine Person führte ein Miktionstagebuch. Die Option der Pessartherapie wurde von keiner Patientin beansprucht. Zudem gaben 50 Patientinnen an, keine therapeutischen Maßnahmen zu beanspruchen. Zum Ende des Behandlungsprogramms änderte sich die Inanspruchnahme der therapeutischen Maßnahmen nur geringfügig, wie Abbildung 39 verdeutlicht. Das Beckenbodentraining wurde weiterhin häufig durchgeführt. Daneben wurden die Patientinnen im Rahmen des Behandlungsprogramms häufiger mit einer oralen Medikation therapiert. Ferner gaben 26 Patientinnen an, auch zum Ende keine therapeutischen Maßnahmen zu beanspruchen. Die Patientinnen hatten die Möglichkeit, mehrere Therapieformen in Kombination in Anspruch zu nehmen. Im Rahmen des Behandlungsprogramms Harninkontinenz wurde eine angeleitete Gymnastik zur Beckenbodenstärkung durchgeführt. Viele Patientinnen und Patienten führten daneben eigenständig ein Beckenbodentraining durch.

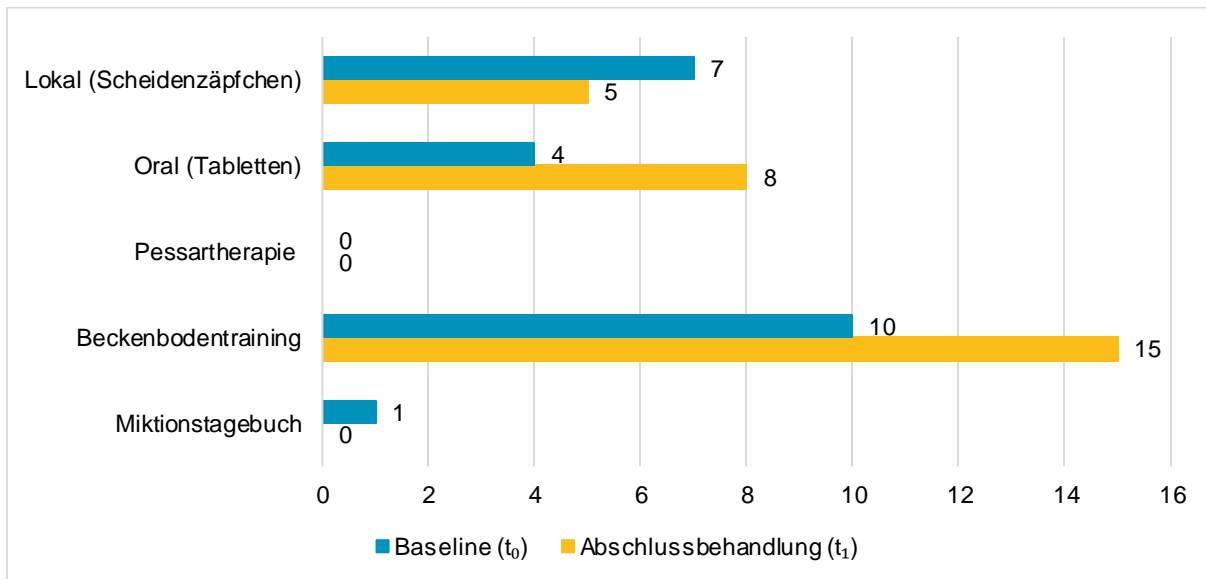


Abbildung 39: Beanspruchte therapeutische Maßnahmen aufgrund der Harninkontinenz (Mehrfachnennungen möglich)

Ziel der strukturierten Harninkontinenzversorgung ist die Verbesserung des Inkontinenzausmaßes, das anhand des Verbrauchs von Inkontinenzartikeln messbar ist. Die Patientinnen wurden zu Beginn des Behandlungsprogrammes zur Verwendung von Inkontinenzartikeln in den letzten drei Monaten befragt. Insgesamt gaben von 66 Patientinnen 56,7 % an, Einlagen zu verwenden. Dabei verwendeten 44,7 % diese ein bis zwei Mal täglich, während 36,8 % die Einlagen drei bis vier Mal und 18,4 % sie mehr als vier Mal täglich nutzten. Ungefähr ein Drittel der Patientinnen (35,8 %) gab an, in den letzten drei Monaten keine Inkontinenzartikel benutzt zu haben. Zu Fünf Patientinnen liegen keine Angaben vor. Die Nutzung von Inkontinenzartikeln korreliert signifikant mit der empfundenen Einschränkung durch die Harninkontinenz ( $n = 51$ ;  $r_s = 0,364$ ;  $p = 0,001$ ). Je höher der Verbrauch von Inkontinenzartikeln ist, desto stärker ist die empfundene Einschränkung.

Im Zuge des Prä-Post-Vergleichs zeigte sich, dass neun Patientinnen in den letzten drei Monaten vor Ende des Behandlungsprogramms seltener Inkontinenzartikel verwendeten als in der Zeit vor Beginn des Programms. Bei 26 Patientinnen gab es keine Veränderungen über den beobachteten Zeitraum. 13 Patientinnen berichteten von einer Steigerung des Verbrauchs von Inkontinenzartikeln zum Ende des Programms. Sieben Patientinnen machten keine Angaben.

Eine Verbesserung des Inkontinenzausmaßes gemessen am Verbrauch von Inkontinenzartikeln aufgrund des Behandlungsprogrammes konnte nicht nachgewiesen werden. Der Verbrauch von Inkontinenzartikeln ist nach Ende des Behandlungsprogrammes nicht signifikant niedriger als zu Beginn ( $n = 48$ ;  $W = 9$ ;  $p = 0,361$ ).

Die empfundene Einschränkung (0 = gar nicht bis 10 = sehr stark) durch die Harninkontinenz kann Abbildung 40 entnommen werden. Insgesamt empfanden zwölf Patientinnen zu Beginn des Programms entweder keine oder nur leichte Einschränkungen (Skalenwerte  $\leq 3,5$ ). 16 Patientinnen verspürten mäßige Einschränkungen (Skalenwert 4 bis 6,5) und 34 Patientinnen fühlten sich sehr stark durch ihre Harninkontinenz eingeschränkt (Skalenwert  $\geq 7$ ). Fünf Patientinnen machten zu Beginn der Behandlung keine Angaben zu ihrer empfundenen Einschränkung durch die Harninkontinenz.

Zur Abschlussbehandlung bis einschließlich 31.12.2020 konnten von 53 Patientinnen Daten zur empfundenen Einschränkung durch die Harninkontinenz analysiert werden. 17 Patientinnen gaben an, dass ihre Harninkontinenz sie gar nicht oder nur leicht einschränkt (Skalenwerte  $\leq 3,5$ ). Demgegenüber verbinden 14 Patientinnen ihre Harninkontinenz mit einer mäßigen Einschränkung (Skalenwerte 4 bis 6) und 22 Patientinnen mit einer starken Einschränkung (Skalenwert  $\geq 7$ ), wie Abbildung 40 veranschaulicht.

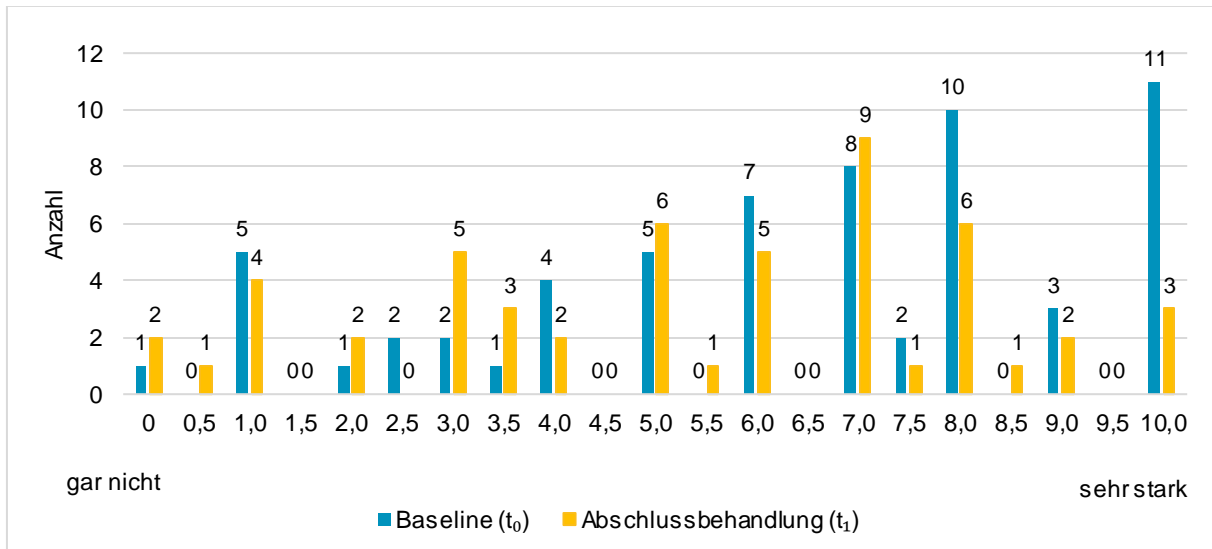


Abbildung 40: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie sehr stört Sie die Harninkontinenz?“

### Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz wird in drei Klassen differenziert. Nach Eigenauskunft schätzten zur Baseline 22 Patientinnen ihre Gesundheitskompetenz als ausreichend ein, 20 Patientinnen sahen diese als problematisch und 17 Patientinnen als inadäquat an, wie aus Abbildung 41 hervorgeht. Acht Patientinnen machten keine Angaben. Nach Beendigung des Behandlungsprogramms gaben 19 Patientinnen an, eine ausreichende Gesundheitskompetenz zu haben. Ferner schätzten 22 Patientinnen ihre Gesundheitskompetenz als problematisch und elf Patientinnen als inadäquat ein. Drei der 55 Teilnehmerinnen der Abschlussbehandlung, machten keine Angaben.

Somit gaben zehn Patientinnen an, eine bessere Gesundheitskompetenz zum Ende der strukturierten Harninkontinenzversorgung zu haben als zu Beginn. Zudem wiesen 31 Patientinnen keine Veränderung ihrer Gesundheitskompetenz auf. In acht Fällen gaben die Patientinnen eine Verschlechterung ihrer Gesundheitskompetenz an. Es konnte keine statistisch signifikante Steigerung der Gesundheitskompetenz aufgrund der Teilnahme am Behandlungsprogramm Harninkontinenz aufgezeigt werden ( $n = 49$ ;  $W = 8$ ;  $p = 0,157$ ).



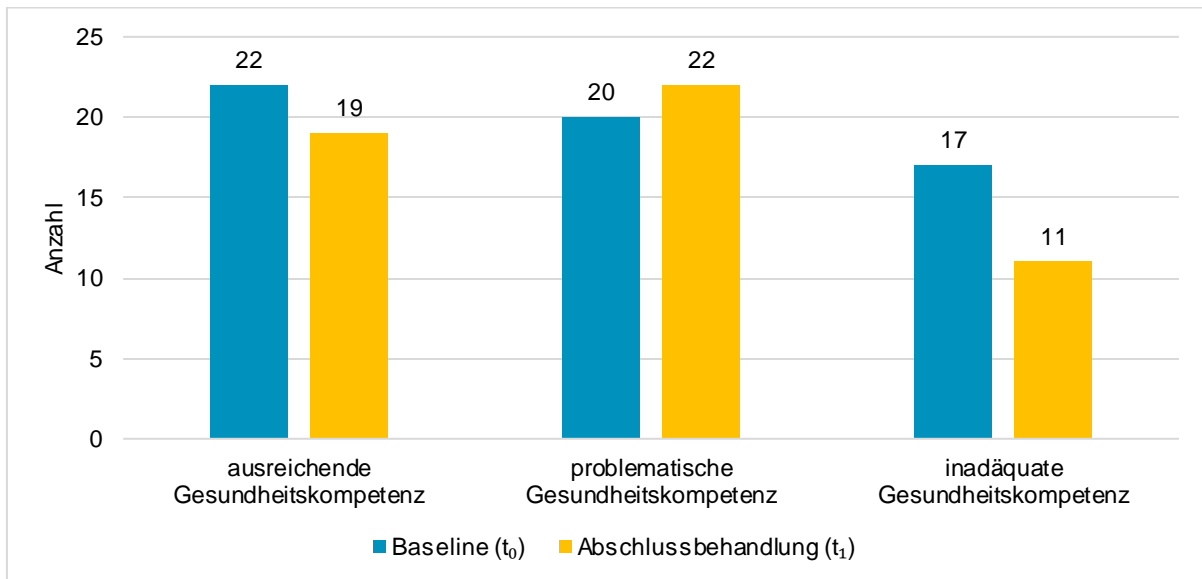


Abbildung 41: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen zu Beginn des Behandlungsprogramms

### *Lebensqualität*

Die allgemeine Lebensqualität der Teilnehmerinnen der strukturierten Harninkontinenzversorgung erwies sich zur Baseline als hoch, gemessen an den Dimensionen zur Mobilität, dem Selbstversorgungsgrad und der Fähigkeit, alltägliche Aufgaben zu bewältigen. Nur ein kleiner Teil der Patientinnen war nicht in der Lage, diese Tätigkeiten auszuführen, wie aus den nachfolgenden Abbildung 42 bis Abbildung 46 hervorgeht. Das Bild hat sich nicht stark verändert, der Großteil der Patientinnen gab an, keine Probleme zu haben.

In Abbildung 45 ist erkennbar, dass die wahrgenommenen Schmerzen und körperlichen Beschwerden bei 42 Patientinnen leicht bis mäßig waren und bei neun Patientinnen überhaupt nicht auftraten. Acht Patientinnen gaben an unter großen bis hin zu extremen Schmerzen zu leiden. Acht Personen machten hierzu keine Angaben. Eine ähnliche Verteilung der Häufigkeiten zeigte sich bei der zweiten Befragung, wobei 35 Patientinnen angaben, leichte bis mäßige Schmerzen und Beschwerden zu haben, während sechs überhaupt nicht von Schmerzen betroffen waren. Weiterhin gaben sieben Patientinnen an unter großen Schmerzen oder Beschwerden zu leiden. Sieben Personen machten zur Abschlussbehandlung keine Angaben.

Beim Vergleich der Angst bzw. Niedergeschlagenheit in Abbildung 46 wird deutlich, dass von insgesamt 60 Patientinnen, die Angaben machten, etwa die Hälfte ( $n = 29$ ) nicht ängstlich oder niedergeschlagen war. Weiterhin verspürten 19 Patientinnen wenig Angst bzw. Niedergeschlagenheit, zehn Patientinnen fühlten sich mäßig bis sehr ängstlich bzw. niedergeschlagen und zwei Patientinnen waren extrem ängstlich bzw. niedergeschlagen. In sieben Fällen lagen keine Daten vor. Zum Zeitpunkt der zweiten Befragung fühlten sich 22 Patientinnen nicht ängstlich oder deprimiert. Des Weiteren gaben 22 Patientinnen an sich ein wenig bis mäßig ängstlich oder deprimiert zu fühlen. Vier Patientinnen gaben an, sehr ängstlich oder deprimiert zu sein. Sieben Personen machten keine Angaben.

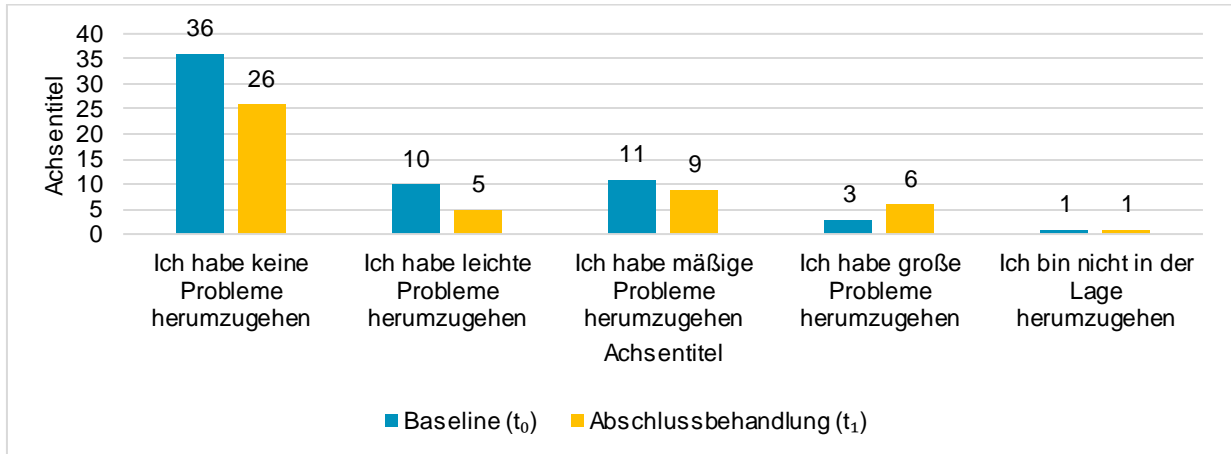


Abbildung 42: Verteilung nach Beweglichkeit/Mobilität der Patientinnen

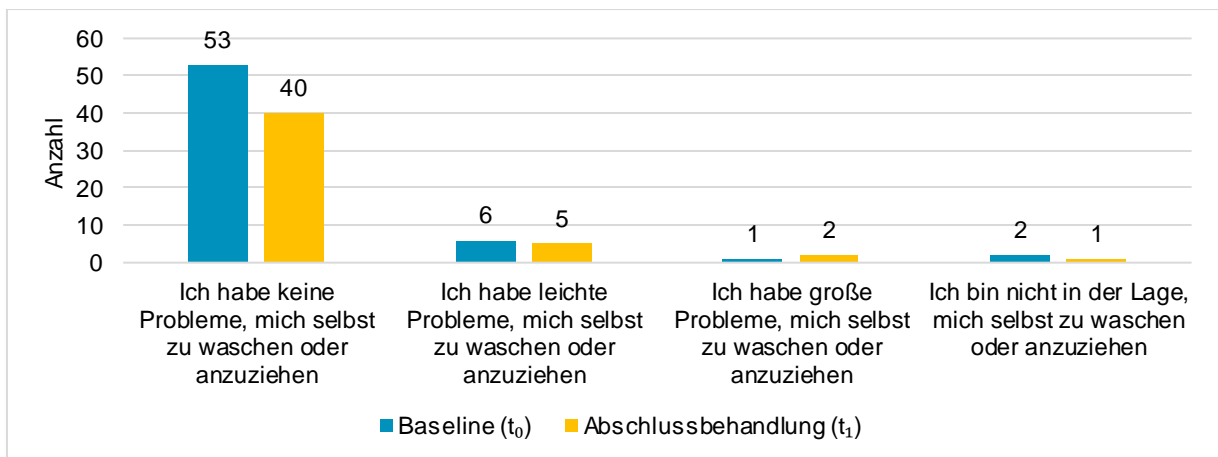


Abbildung 43: Verteilung nach Selbstversorgungsgrad der Patientinnen

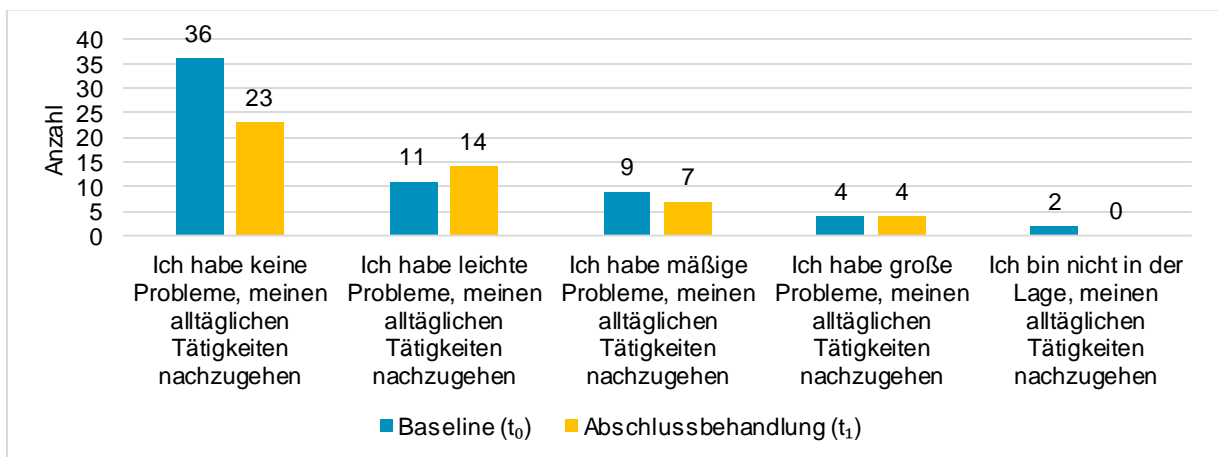


Abbildung 44: Verteilung hinsichtlich der Kompetenz, alltäglichen Tätigkeiten nachgehen zu können

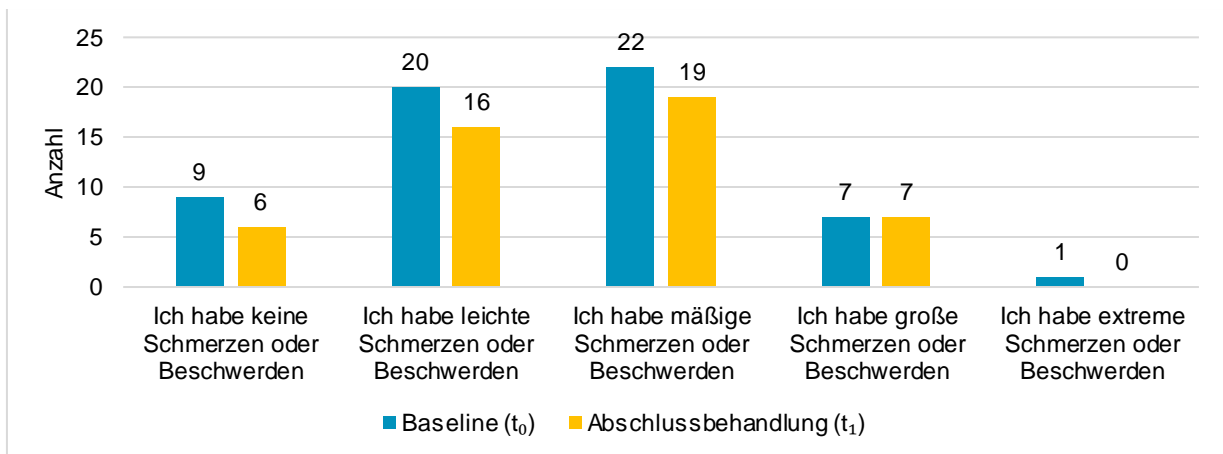


Abbildung 45: Verteilung von Schmerzen/körperlichen Beschwerden der Patientinnen

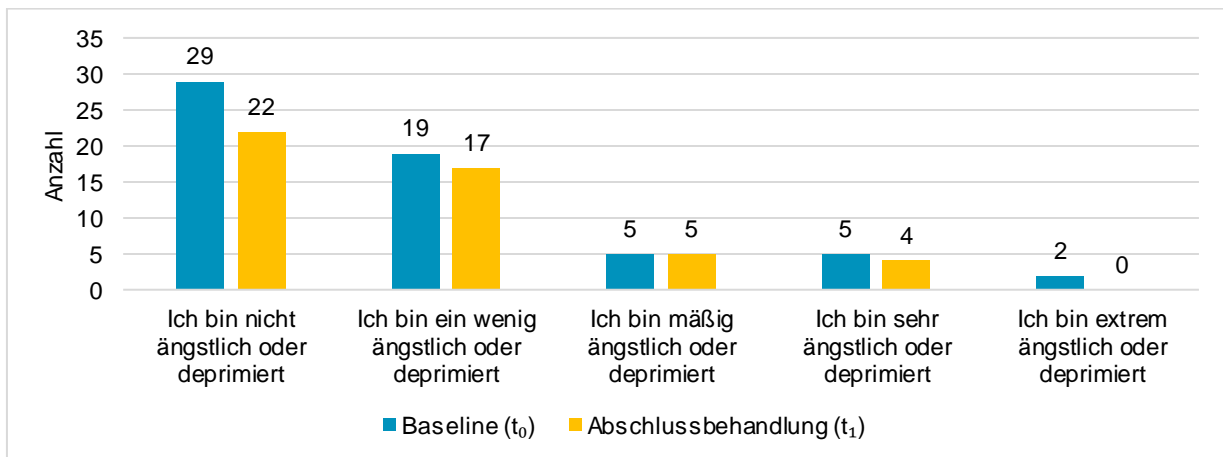


Abbildung 46: Verteilung von Angst/Niedergeschlagenheit der Patientinnen

Die strukturierte Harninkontinenzversorgung soll durch die frühzeitige Implementierung geeigneter Therapiemaßnahmen die Lebensqualität der Patientinnen verbessern. Die Auswertung des EQ-5D-5L-Index ergab, dass 16 Patientinnen nach dem Behandlungsprogramm eine höhere Lebensqualität und sechs die gleiche Lebensqualität aufwiesen. Bei 20 Patientinnen zeigten die Angaben eine geringere Einschätzung der eigenen Lebensqualität nach dem Programm. Es konnte keine statistisch signifikante Veränderung der Lebensqualität festgestellt werden ( $n = 42$ ;  $W = 16$ ;  $p = 0,459$ ).

Insgesamt bewerteten die Patientinnen ihren derzeitigen Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100 zu Beginn des Behandlungsprogramms durchschnittlich mit 65,8 Punkten ( $n = 58$ ) und zum Ende mit 63,7 Punkten ( $n = 47$ ). Gemessen an der VAS konnte kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Patientinnen durch das Behandlungsprogramm nachgewiesen werden ( $n = 45$ ;  $W = 18$ ;  $p = 0,341$ ).

### Gesundheitsfragebogen

Mit 30 Angaben bzw. 44,8 % zeigte die Mehrheit der Patientinnen zur Baseline keine Anzeichen von depressiven Symptomen, wie aus Abbildung 47 hervorgeht. 14 Personen gaben an, an leichten, unerschwelligen depressiven Symptomen zu leiden. Elf Patientinnen berichteten von mittleren depressiven Symptomen und drei Patientinnen von ausgeprägten depressiven Symptomen zu Beginn des Behandlungsprogramms. Eine Patientin indizierte mit ihren Angaben das schwerste Ausmaß von depressiven Symptomen. Acht Patientinnen machten keine Angabe zu dieser Frage und wurden daher nicht in der Auswertung berücksichtigt. Mit insgesamt 25 Angaben konnten bei 37,3 % der Patientinnen zum zweiten Befragungszeitpunkt keine Anzeichen von depressiven Symptomen festgestellt werden, wie Abbildung 47 zeigt. Ferner gaben 15 Personen an, leichte, unerschwellige depressive Symptome zu haben, acht Patientinnen litten unter mittleren depressiven Symptomen und zwei Patientinnen unter ausgeprägten depressiven Symptomen zum Ende des Behandlungsprogramms. Für zwei Personen konnten depressive Symptome des schwersten Ausmaßes festgestellt werden. Zur Abschlussbehandlung machten 2 Personen keine Angaben.

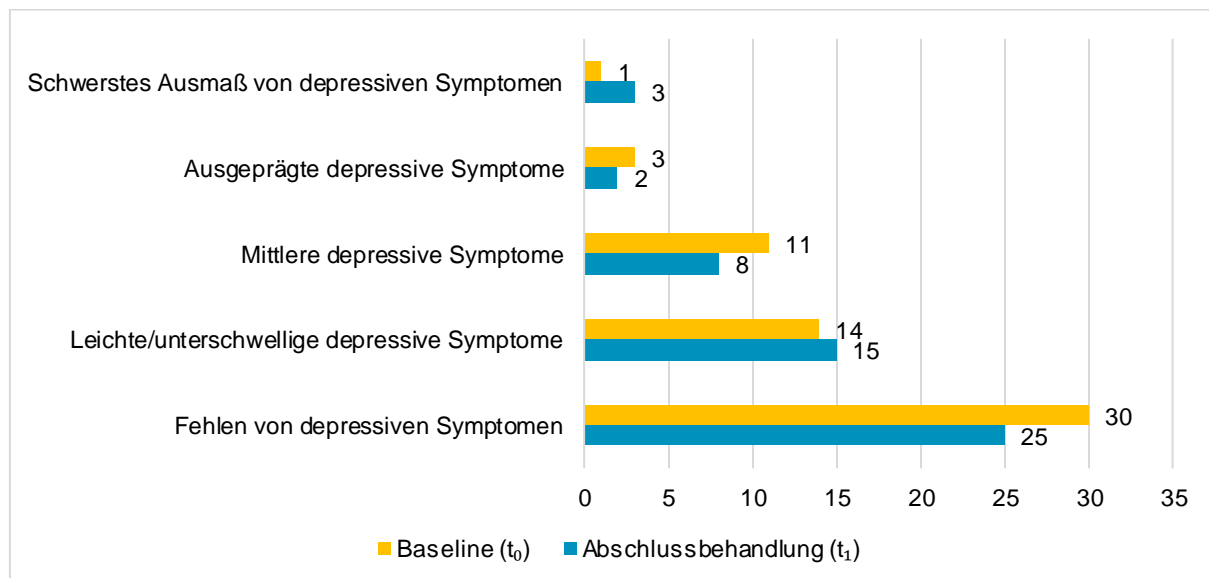


Abbildung 47: Anzahl der depressiven Störungen in Schweregraden

Ziel der strukturierten Harninkontinenzversorgung war die Senkung bzw. Stabilisierung des PHQ-9 Summenscores. Der PHQ-9 Summenscore ist ausschlaggebend für die Einteilung der Schwere der Depressivität. Je niedriger der PHQ-9 Summenscore ist, desto schwächer ausgeprägt sind die depressiven Symptome. Ein PHQ-9 Summenscore von 0 bis 4 weist auf das Fehlen von depressiven Symptomen hin. Demzufolge wiesen 21 Patientinnen zum Ende des Behandlungsprogramms einen niedrigeren PHQ-9 Summenscore auf als zu Beginn des Behandlungsprogramms. Darüber hinaus zeigten sechs Patientinnen keine Veränderung ihres PHQ-9 Summenscores, sodass eine Veränderung der Schwere der Depressivität nicht feststellbar war. Bei 23 Patientinnen stieg der PHQ-9 Summenscore, was auf eine Verschlechterung der Ausprägung ihrer depressiven Symptome hindeutet. Es konnte keine statistisch signifikante Veränderung des PHQ-9 Summenscores aufgrund der strukturierten Harninkontinenzversorgung festgestellt werden ( $n = 50$ ;  $W = 21$ ;  $p = 0,291$ ).

### Zufriedenheit

Insgesamt zeigte sich sowohl zu Beginn des Behandlungsprogramms als auch zum Ende eine hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung in Bezug auf das Vertrauen in die Leistungserbringer und die Behandlungsqualität. Des Weiteren zeigte sich eine hohe Zufriedenheit bezüglich der Umgangsweise der Ärztinnen bzw. Ärzte mit den Patientinnen und den Informationen, die die Patientinnen erhielten, wie aus den Abbildung 48 bis Abbildung 56 hervorgeht.

Lediglich im Hinblick auf die Praxisorganisation und die Partizipation zeigte sich zur Baseline ein heterogeneres Bild bezüglich der Zufriedenheit der Patientinnen. Rund 19,4 % der Befragten indizierte Unzufriedenheit mit der Praxisorganisation, dargestellt in Abbildung 48. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt gaben nur noch sieben der betreuten Patientinnen an, eher unzufrieden mit der Praxisorganisation zu sein. Bei acht Patientinnen, die zu Beginn der strukturierten Harninkontinenzversorgung eher unzufrieden mit der Praxisorganisation waren, steigerte sich im Verlauf des Behandlungsprogramms die Zufriedenheit. 13 Patientinnen, rund 19,4 %, waren zu Beginn des Behandlungsprogramms unzufrieden mit der Teilhabe an Therapieentscheidungen. Zum Ende des Programms gaben nur sieben Patientinnen an, unzufrieden mit der Partizipation zu sein.

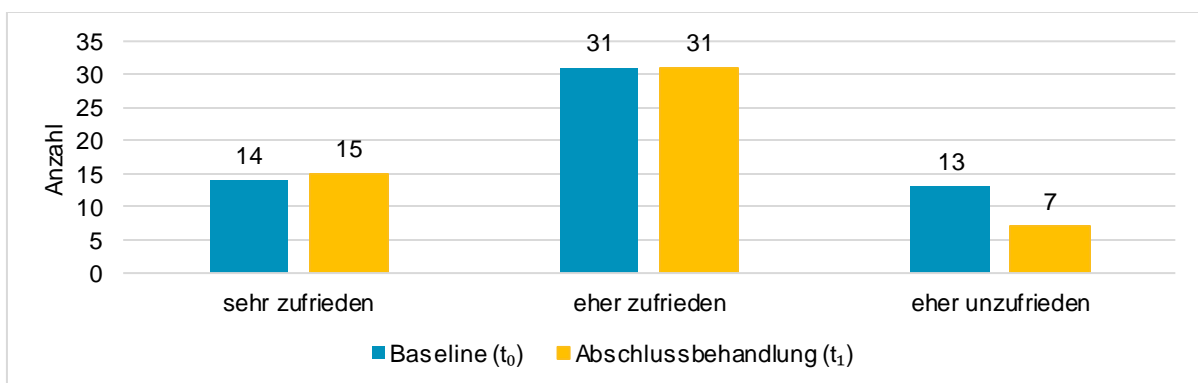


Abbildung 48: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation

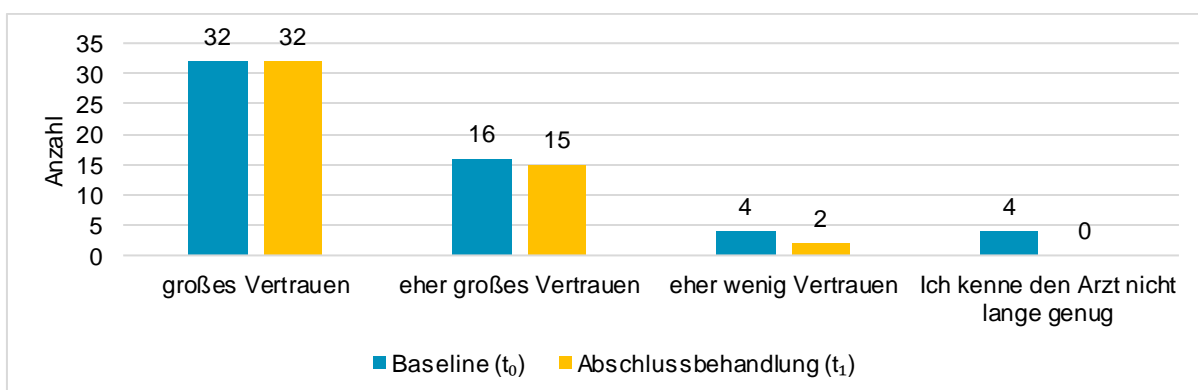


Abbildung 49: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“

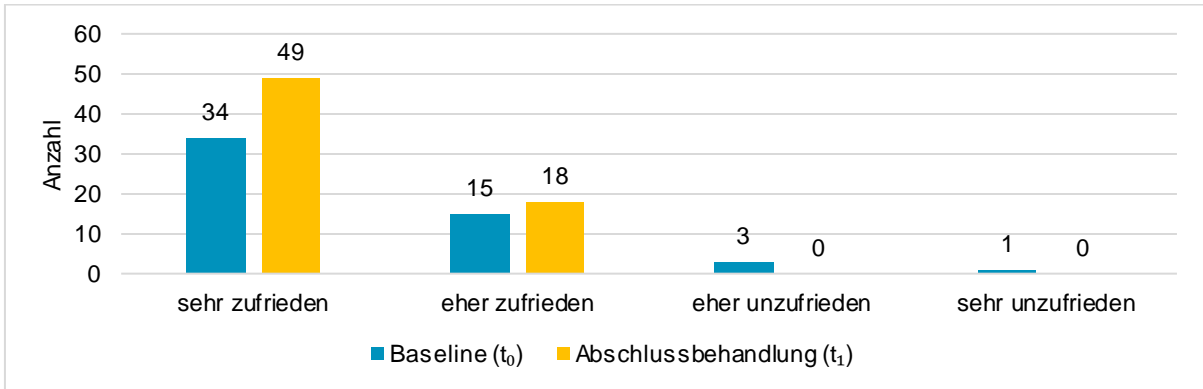


Abbildung 50: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz

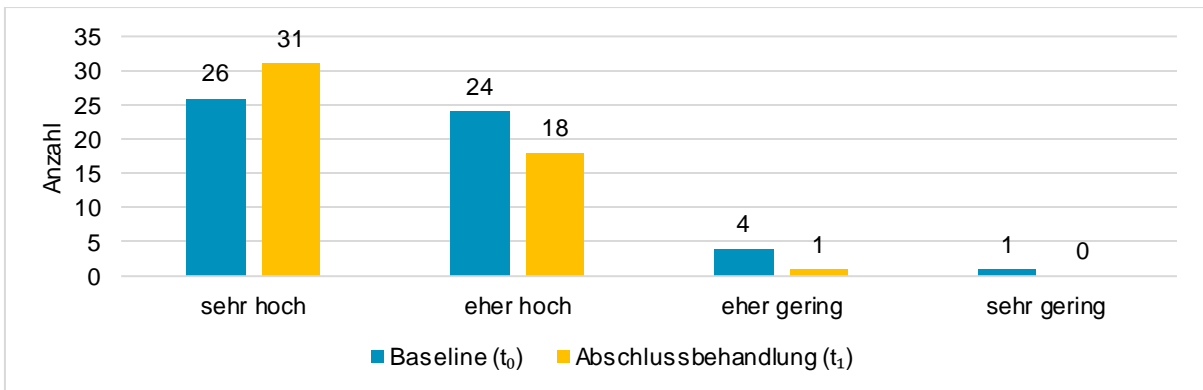


Abbildung 51: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“

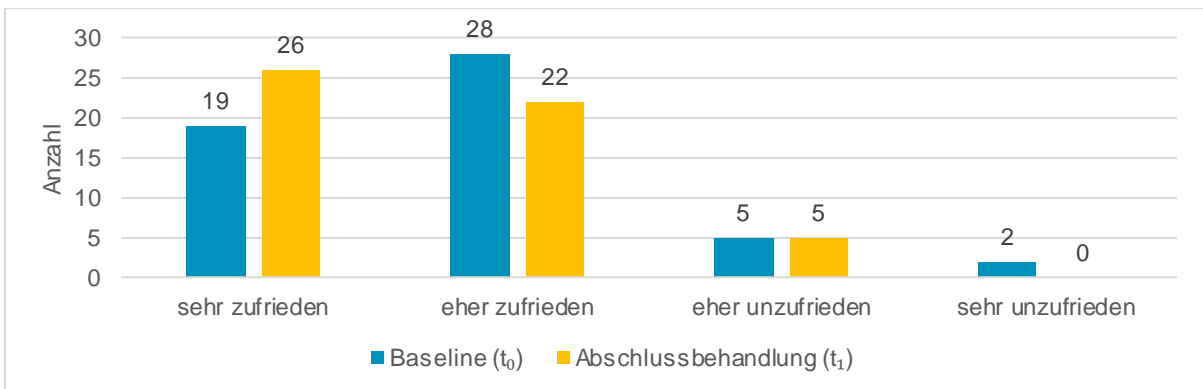


Abbildung 52: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

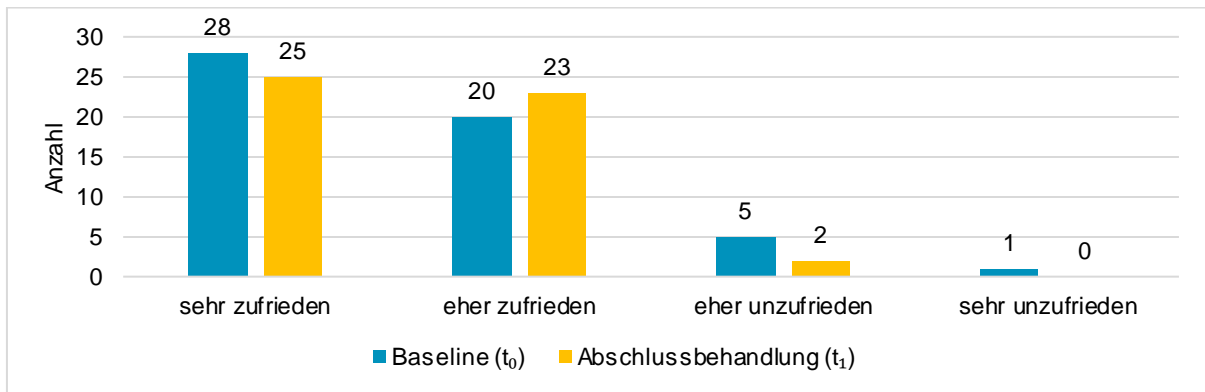


Abbildung 53: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“

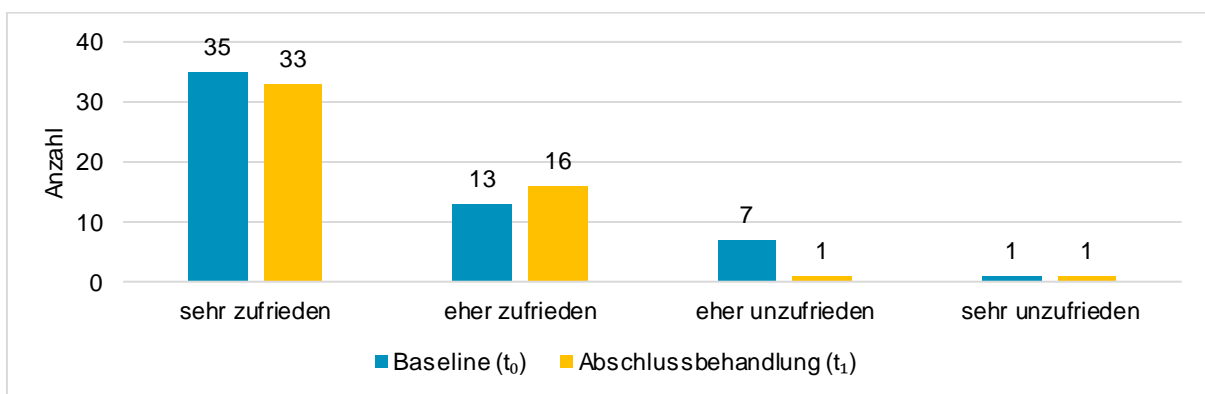


Abbildung 54: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion

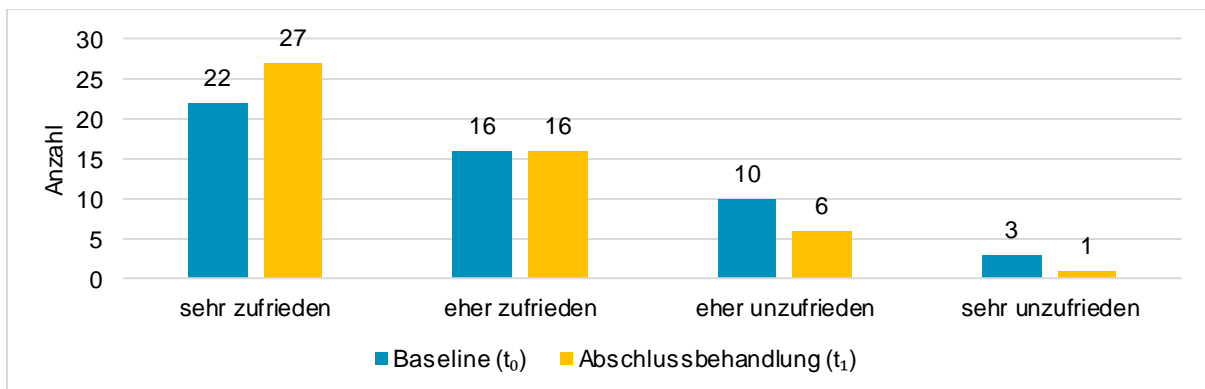


Abbildung 55: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation



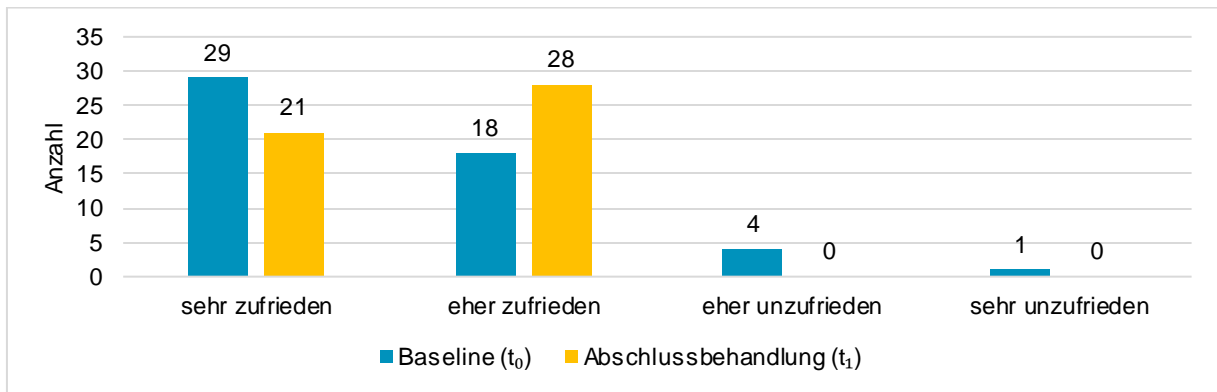


Abbildung 56: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“

#### 4.4. Ergebnisse der Behandlungspfade

Im Mittelbereich Templin wurden die verschiedenen sektorenübergreifenden Behandlungspfade Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas implementiert. Neben den sektorenübergreifenden Behandlungspfaden wurde auch die strukturierte Harninkontinenzversorgung als ein strukturiertes Behandlungsprogramm im Mittelbereich Templin implementiert. Die Analyse der zusammengeführten Ergebnisse der drei Behandlungspfade und des strukturierten Behandlungsprogramms können dem Anhang 11 entnommen werden.

Für die versorgungsmodulübergreifende Ergebnisevaluation der drei Behandlungspfade Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas konnten bis einschließlich 31.12.2019 insgesamt 277 Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden. Bis einschließlich 31.12.2020 konnten mittels standardisierter, validierter Fragebögen insgesamt Daten von 216 Fällen zur Baseline und von 138 Fällen nach 12 Monaten erfasst und deskriptiv analysiert werden. Der Prä-Post-Vergleich erfolgte für Patientinnen und Patienten, zu denen sowohl Daten zur Baseline als auch nach zwölf Monaten vorlagen. Zu Beginn der Intervention wurde knapp ein Drittel (30,7 %) der Patientinnen und Patienten seit mehr als fünf Jahren in der entsprechenden Arztpraxis behandelt.

##### *Gesundheitskompetenz*

Die Gesundheitskompetenz wird in drei Klassen differenziert. Zur Baseline wiesen 71 Patientinnen und Patienten nach eigener Aussage eine ausreichende Gesundheitskompetenz, 71 Patientinnen und Patienten eine problematische und 64 Patientinnen und Patienten eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf. Von 71 Patientinnen und Patienten lagen keine Daten zur Baseline vor. Von den Patientinnen und Patienten, die nach zwölf Monaten erneut Angaben zu ihrer Gesundheitskompetenz machten, gaben 51 Personen an, eine ausreichende Gesundheitskompetenz zu haben. Daneben verfügten 40 Personen über eine problematische Gesundheitskompetenz und 20 Personen sahen ihre Gesundheitskompetenz als inadäquat an, wie Tabelle 8 veranschaulicht. Zur Abschlussbehandlung machten 27 Personen keine Angaben zu ihrer Gesundheitskompetenz.

Tabelle 8: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten aller Versorgungsmodule

	Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )

ausreichende Gesundheitskompetenz	71	51
problematische Gesundheitskompetenz	71	40
inadäquate Gesundheitskompetenz	64	20

Ein Ziel der Behandlungspfade besteht darin, durch die Teilnahme die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu fördern. Nach zwölf Monaten zeigten 24 Patientinnen und Patienten eine Steigerung ihrer Gesundheitskompetenz, während 66 Teilnehmende keine Veränderung ihrer Gesundheitskompetenz aufwiesen. In 13 Fällen gaben die Patientinnen und Patienten eine Verschlechterung der Gesundheitskompetenz an. Es konnte eine statistisch signifikante Steigerung der Gesundheitskompetenz im Rahmen der Teilnahme an einem der sektorenübergreifenden Behandlungspfade nachgewiesen werden ( $n = 103$ ;  $W = 13$ ;  $p = 0,015$ ).

### *Lebensqualität*

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten fiel in den fünf Dimensionen des EQ-5D-5L unterschiedlich aus, wie aus der Tabelle 9 hervorgeht. Zur Baseline gaben 105 Patientinnen und Patienten an, keine bis leichte Probleme zu haben, wenn sie sich bewegen. Weiterhin berichteten 59 Patientinnen und Patienten von mäßigen Problemen bezogen auf ihre Beweglichkeit und Mobilität. Zusammen mit den 32 Patientinnen und Patienten, die große Probleme mit ihrer Beweglichkeit haben bzw. gar nicht in der Lage sind, sich zu bewegen, fühlt knapp ein Drittel der Patientinnen und Patienten sich in ihrer Lebensqualität aufgrund ihrer Beweglichkeit eingeschränkt. In 81 Fällen wurden keine Angaben gemacht. Von den 138 Teilnehmenden, die nach zwölf Monaten erneut Angaben zu ihrer Lebensqualität machten, schätzten 54 Teilnehmende (19,5 %) ihre Beweglichkeit bzw. Mobilität als unproblematisch ein. Weitere 67 Teilnehmende berichteten von Problemen bzgl. ihrer Beweglichkeit und Mobilität. 17 Patientinnen und Patienten äußerten sich nicht zu ihrer Beweglichkeit.

Hinsichtlich der Selbstversorgung gab die Mehrheit (51,6 %) zu Beginn der Intervention an, keine Einschränkungen zu erleben. In Bezug auf die Bewältigung von alltäglichen Tätigkeiten fühlt sich der Großteil der Teilnehmenden (45,2 %) maximal leicht eingeschränkt. Dieses Bild veränderte sich bei denjenigen, die nach zwölf Monaten erneut Angaben zur Lebensqualität machten, kaum.

In der Dimension zu Schmerzen und körperlichen Beschwerden berichteten zu Beginn der Intervention 21 Patientinnen und Patienten, dass sie keine Schmerzen und Beschwerden verspürten. Der Großteil der Teilnehmenden ( $n = 148$ ) gab hingegen an, an leichten bis mäßigen Schmerzen und Beschwerden zu leiden und 30 Teilnehmende äußerten große bis extreme Schmerzen und Beschwerden. Insgesamt machten 78 Personen keine Angaben. Nach zwölf Monaten veränderte sich das Bild kaum. Weiterhin verspürte der Großteil der Teilnehmenden die zur Abschlussuntersuchung eine Angabe machten leichte bis mäßige Schmerzen und Beschwerden.

Beim Vergleich der Angst bzw. Niedergeschlagenheit wird deutlich, dass zur Baseline 93 Teilnehmende keine Angst oder Niedergeschlagenheit verspürten. Demgegenüber gaben 61 Patientinnen und Patienten an, ein wenig ängstlich oder deprimiert zu sein. Mäßig ängstlich oder deprimiert fühlten sich 33 Patientinnen und Patienten, während neun Teilnehmende sehr und drei Teilnehmende extrem ängstlich oder deprimiert waren. Daneben machten 78

Patientinnen und Patienten keine Angaben zur Baseline. Nach zwölf Monaten gaben 70 Patientinnen und Patienten an, nicht ängstlich oder deprimiert zu sein. Darüber hinaus verspürten 30 Patientinnen und Patienten ein wenig Angst oder Niedergeschlagenheit. Hingegen fühlten sich 19 Teilnehmende mäßig bis sehr ängstlich oder deprimiert. In 19 Fällen lagen keine Daten vor.

Tabelle 9: Verteilung der Angaben zur Lebensqualität in den unterschiedlichen Dimensionen aller Patientinnen und Patienten der Versorgungsmodule

Ausprägung	Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
<b>Beweglichkeit/Mobilität</b>		
Ich habe keine Probleme herumzugehen	55	54
Ich habe leichte Probleme herumzugehen	50	28
Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	59	22
Ich habe große Probleme herumzugehen	31	17
Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	1	0
<b>Selbstversorgung</b>		
Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	143	99
Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	32	11
Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	18	5
Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	8	4
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	0	1

Fortsetzung Tabelle 6: Verteilung der Angaben zur Lebensqualität in den unterschiedlichen Dimensionen aller Patientinnen und Patienten der Versorgungsmodule

<b>Alltägliche Aktivitäten</b>		
Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	70	54
Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	55	33
Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	50	22
Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	20	8
Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	2	1
<b>Schmerzen/Körperliche Beschwerden</b>		
Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	21	16
Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	53	43
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	95	47
Ich habe große Schmerzen oder Beschwerden	26	11
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	4	1
<b>Angst/Niedergeschlagenheit</b>		
Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	93	70
Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	61	30
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	33	16
Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	9	3
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	3	0

Die Teilnahme an einem Behandlungspfad soll zu einer Steigerung der Lebensqualität führen. Der Prä-Post-Vergleich des EQ-5D-5L-Index ergab, dass keine statistisch signifikante Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden konnte (n = 100; W = 33; p = 0,134).

Insgesamt bewerteten die Patientinnen und Patienten ihren aktuellen Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100 zu Beginn der Intervention durchschnittlich mit 60,0 Punkten und zur Abschlussuntersuchung mit 65,7 Punkten. Gemessen an der VAS konnte eine statistisch

signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten durch die Teilnahme an einem Behandlungspfad ausgemacht werden ( $n = 99$ ;  $W = 38$ ;  $p = 0,043$ ).

### *Gesundheitsfragebogen*

Zur Baseline zeigten 66 Patientinnen und Patienten keine depressiven Symptome, wie aus Tabelle 10 hervorgeht. Darüber hinaus gaben 82 Teilnehmende an, an leichten, unerschwelligen depressiven Symptomen zu leiden. Zudem berichteten zu Beginn 42 Patientinnen und Patienten von mittleren und neun Patientinnen und Patienten von ausgeprägten depressiven Symptomen. In fünf Fällen litten die Betroffenen unter dem schwersten Ausmaß von depressiven Symptomen. Ferner machten 73 Patientinnen und Patienten keine Angaben zu der Ausprägung ihrer depressiven Symptome. Zur Abschlussbehandlung verspürten 54 Teilnehmende keine depressiven Symptome. Des Weiteren gaben 44 Patientinnen und Patienten an, dass sie leichte, unerschwellige depressive Symptome hätten. Zudem litten 21 Patientinnen und Patienten unter mittleren und fünf Patientinnen und Patienten unter ausgeprägten depressiven Symptomen. Für eine Person konnten depressive Symptome des schwersten Ausmaßes festgestellt werden. Zu 13 Patientinnen und Patienten lagen keine Daten vor.

Tabelle 10: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten der Versorgungsmodule

	<b>Baseline (<math>t_0</math>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (<math>t_1</math>)</b>
Fehlen von depressiven Symptomen	66	54
Leichte/unschwellige depressive Symptome	82	44
Mittlere depressive Symptome	42	21
Ausgeprägte depressive Symptome	9	5
Schwerstes Ausmaß von depressiven Symptomen	5	1

Innerhalb der zwölfmonatigen Intervention sollte der PHQ-9-Summscore, der für die Messung der Depressivität verwendet wird, stabilisiert oder gesenkt werden. Je niedriger der PHQ-9-Summscore ist, desto schwächer sind die depressiven Symptome ausgeprägt. Ein PHQ-9-Summscore von 0 bis 4 weist beispielsweise auf das Fehlen von depressiven Symptomen hin. Demzufolge verringerte sich der PHQ-9-Summscore bei 49 Patientinnen und Patienten, sodass 23 von ihnen eine geringere Schwere der Depressivität zum Ende des Behandlungspfades aufwiesen als zu Beginn. Weiterhin konnten 37 Patientinnen und Patienten ihren PHQ-9-Summscore zwar reduzieren, die Reduktion reichte jedoch nicht für eine geringere Einschätzung der depressiven Symptome. In 23 Fällen veränderte sich der PHQ-9-Summscore nicht, sodass eine Veränderung der Schwere der Depressivität nicht feststellbar war. Bei 41 Patientinnen und Patienten stieg der PHQ-9-Summscore aufgrund ihrer Angaben. In 18 Fällen bedeutete dies eine Verschlechterung der Ausprägung ihrer depressiven Symptome. Es konnte keine signifikante Veränderung des PHQ-9-Summscores aufgrund der Teilnahme an einem sektorenübergreifenden Behandlungspfad festgestellt werden ( $n = 113$ ;  $W = 41$ ;  $p = 0,305$ ).

### Zufriedenheit

Insgesamt zeigte sich sowohl zu Beginn der Behandlungspfade als auch zum Ende eine hohe Zufriedenheit in allen Bereichen.

In den Tabelle 11 bis Tabelle 19 sind die Auswertungen zur Zufriedenheit in den verschiedenen Bereichen zur Baseline und nach zwölf Monaten dargestellt. Die Mehrheit zeigte sich zur Baseline zufrieden mit der ambulanten Versorgung. Vor allem mit der Kompetenz der Behandlerinnen und Behandler (172 Personen), der Qualität der Behandlung (175 Personen) und der Praxisorganisation (180 Personen) waren die meisten Patientinnen und Patienten eher bis sehr zufrieden. Darüber hinaus schätzen die Mehrheit die Qualität (164 Personen) und das Ausmaß der Informationen (164 Personen) die sie erhielten, und wie mit ihnen in der Praxis (169 Personen) interagiert wurde. Des Weiteren gaben 165 Teilnehmende an, dass sie ihrer behandelnden Ärztin bzw. ihrem behandelnden Arzt vertrauten. Einzig gegenüber der gelebten Partizipation antworteten neben 144 Patientinnen und Patienten, die zufrieden waren, 24 Teilnehmende eher unzufrieden und zwölf Teilnehmende sehr unzufrieden zu sein.

Zur Abschlussbehandlung änderte sich das Bild kaum und die Resonanz war weiterhin größtenteils positiv. Die Teilnehmenden äußerten sich zufrieden bis sehr zufrieden bezüglich der Interaktion mit ihnen seitens der Praxis (119 Personen), aber auch mit der Praxisorganisation im Allgemeinen (121 Personen). Darüber hinaus zeigten sich 118 Personen zufrieden bis sehr zufrieden mit den Informationen, die sie erhielten, und 115 mit der Qualität dieser Informationen. Der Großteil schätzte die Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte (116 Personen) sowie die Qualität der Behandlung (119 Personen) und hatte eher großes bis großes Vertrauen zu ihrer Behandlerin bzw. ihrem Behandler (119 Personen). Demgegenüber äußerten sich zur Abschlussbehandlung noch insgesamt 15 Patientinnen und Patienten als eher bis sehr unzufrieden bzgl. der Partizipation. Insgesamt waren 115 Personen eher zufrieden bis sehr zufrieden in Bezug auf ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen.

Tabelle 11: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation aller Patientinnen und Patienten

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	86	74
eher zufrieden	94	47
eher unzufrieden	18	4
sehr unzufrieden	4	0

Tabelle 12: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“

<b>Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
großes Vertrauen	103	96
eher großes Vertrauen	62	23
eher wenig Vertrauen	11	3
kein Vertrauen	1	0
Ich kenne den Arzt nicht lange genug	11	1

Tabelle 13: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	124	96
eher zufrieden	48	20
eher unzufrieden	8	0
sehr unzufrieden	4	3

Tabelle 14: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“

<b>Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr hoch	87	83
eher hoch	88	36
eher gering	11	3
sehr gering	1	0

Tabelle 15: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	74	70
eher zufrieden	90	48
eher unzufrieden	16	4
sehr unzufrieden	5	0



Tabelle 16: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“

<b>Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	73	78
eher zufrieden	91	37
eher unzufrieden	15	3
sehr unzufrieden	1	1

Tabelle 17: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	113	89
eher zufrieden	56	30
eher unzufrieden	12	0
sehr unzufrieden	2	2

Tabelle 18: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	74	58
eher zufrieden	70	44
eher unzufrieden	24	13
sehr unzufrieden	12	2

Tabelle 19: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“

<b>Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	76	72
eher zufrieden	86	43
eher unzufrieden	16	2
sehr unzufrieden	2	1

Die Strukturmigration bei den Patientinnen und Patienten, die an einem Behandlungspfad teilnehmen, sollte zu einer Steigerung der Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung führen. Tabelle 20 kann entnommen werden, dass in allen Bereichen außer im Bereich der Partizipation nach zwölf Monaten eine statistisch signifikante Verbesserung der Zufriedenheit nachgewiesen werden konnte.

Tabelle 20: Ergebnisse der inferenzstatistischen Analyse

Dimension	Anzahl (n)	Teststatistik W p-Wert*
Praxisorganisation	111	W = 10 p = 0,000*
Information	103	W = 11 p = 0,044*
Interaktion	98	W = 7 p = 0,007*
Kompetenz	96	W = 8 p = 0,032*
Partizipation	94	W = 16 p = 0,094
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	96	W = 12 p = 0,003*
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	96	W = 10 p = 0,002*
Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?	104	W = 10 p = 0,000*

\*p ≤ 0,05

#### 4.4.1. Behandlungspfad Herzinsuffizienz

Bis Ende 2019 schlossen die teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte insgesamt 175 Patientinnen und Patienten in den sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz ein.

Bis einschließlich 31.12.2020 konnten Daten von 175 Personen zur Baseline und von 106 Personen nach zwölf Monaten analysiert werden. Die Drop-Out-Rate liegt bei 39,4 %. Insgesamt beendeten 69 Patientinnen und Patienten die Behandlung vorzeitig (siehe Abbildung 57). Als häufigster Grund für den Abbruch der Behandlung wurde eine unzureichende Zusammenarbeit bzw. die unzureichende Therapietreue (n = 27) von der behandelnden Praxis angegeben. In 19 Fällen waren medizinische Gründe für die vorzeitige Beendigung des Behandlungspfades ausschlaggebend. Vier Teilnehmende verstarben während des Beobachtungszeitraums. Ein Zusammenhang mit Herzinsuffizienz ist nicht bekannt.

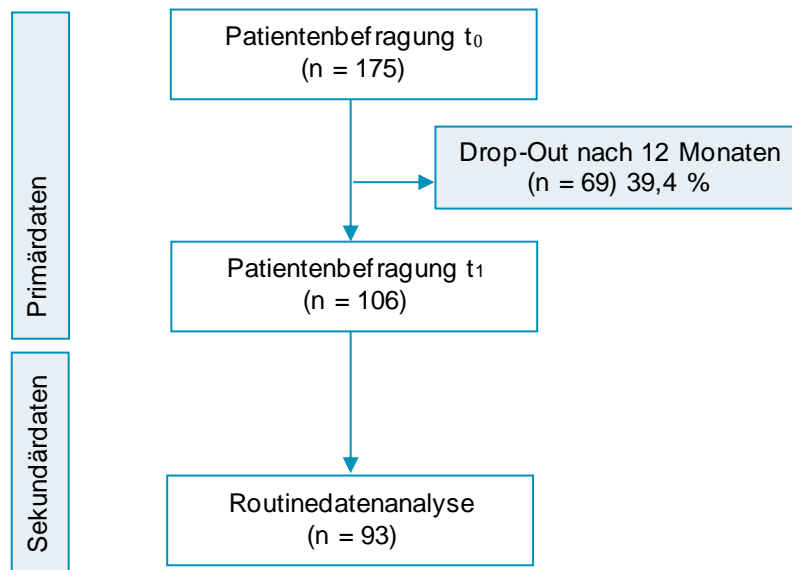


Abbildung 57: Flow-Chart zur Population im Behandlungspfad Herzinsuffizienz

Der Prä-Post-Vergleich erfolgte für Patientinnen und Patienten, zu denen sowohl Daten zur Baseline als auch nach zwölf Monaten vorlagen. Eine deskriptive Auswertung aller erhobenen Parameter zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten ist in Anhang 12 aufgeführt.

Im Durchschnitt waren die Patientinnen und Patienten 74,2 Jahre alt, wobei das Alter der jüngsten teilnehmenden Person 32 Jahre und das der ältesten Person 94 Jahre betrug (n = 90). Zudem lag der Anteil an Frauen bei 46,6 % und der Anteil an Männern bei 53,4 % (n = 103). Bei einer durchschnittlichen Größe von 1,69 m wogen die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 83,9 kg. Der ermittelte BMI von 29,5 kg/m<sup>2</sup> zeigt, dass der Durchschnitt der Patientinnen und Patienten sich an der oberen Grenze von Übergewicht (25 bis 29,9 kg/m<sup>2</sup>) bewegte. Über den Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten veränderte der BMI sich nur geringfügig auf durchschnittlich 29,1 kg/m<sup>2</sup>.

In Abbildung 58 ist die Zuordnung der Patientinnen und Patienten in die entsprechenden NYHA-Stadien dargestellt. Die Einteilung des NYHA-Stadiums erfolgt gemäß der subjektiven Einschätzung der Ärztin bzw. des Arztes. Hierbei kann es zu Abweichungen zwischen der Einschätzung und der tatsächlichen Einschränkung der Patientinnen und Patienten kommen [59]. Zu Beginn des Behandlungspfad wurden vier Fälle einem NYHA-Stadium I, 88 Fälle einem NYHA-Stadium II und 59 Fälle einem NYHA-Stadium III zugeordnet. Keine Person wies ein NYHA-Stadium IV auf. In 24 Fällen wurden keine Angabe zum NYHA-Stadium gemacht. Nach zwölf Monaten wurde eine Person in das NYHA-Stadium I klassifiziert, 88 Personen wurden dem NYHA-Stadium II und neun Personen dem NYHA-Stadium III zugeordnet. Auch im weiteren Verlauf des Beobachtungszeitraums wurde kein Fall mit NYHA-Stadium IV im Behandlungspfad betreut. Für acht Patientinnen und Patienten, die eine Abschlussuntersuchung erhielten, wurde keine Angabe zum NYHA-Status gemacht. Eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter der Patientinnen und Patienten und dem NYHA-Stadium zum Ende des Behandlungspfad konnte ausgeschlossen werden (n = 54; r<sub>s</sub> = 0,124; p = 0,371).

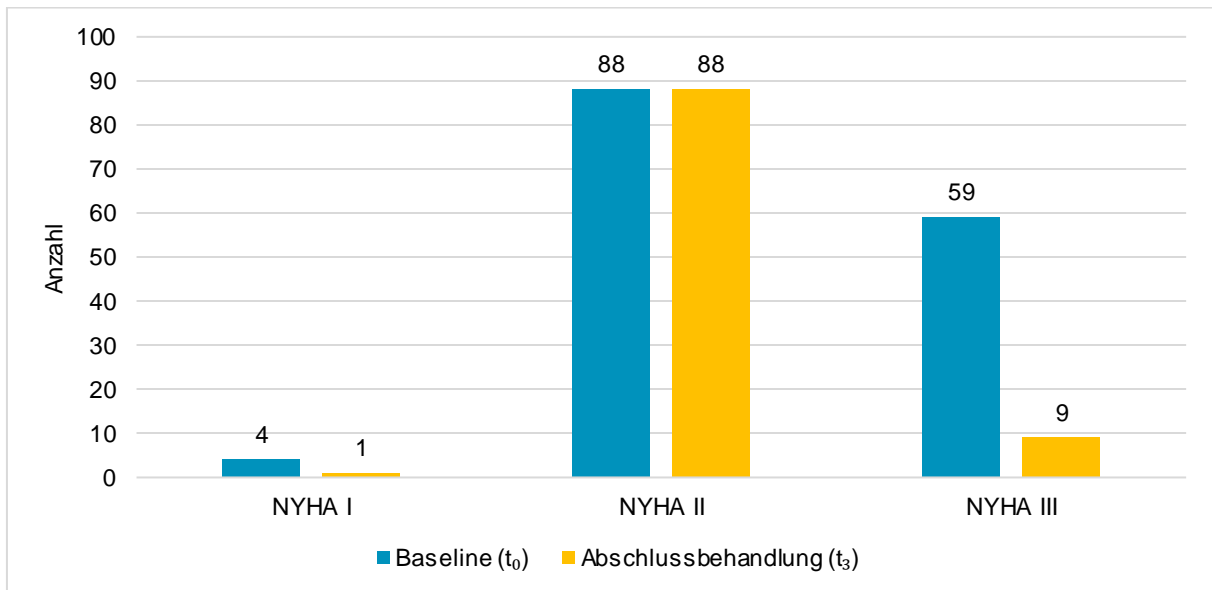


Abbildung 58: NYHA-Klassifikation zur Baseline und bei der Abschlussbehandlung

Ziel des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Herzinsuffizienz ist die Hemmung der Progression der Herzinsuffizienz oder gar eine Steigerung der Leistungsfähigkeit. Nach der Beobachtungszeit von zwölf Monaten wurden 32 Patientinnen und Patienten einem niedrigeren NYHA-Stadium zugeordnet als zu Beginn. 56 Patientinnen und Patienten wiesen das gleiche NYHA-Stadium zu Beginn und zum Ende des Behandlungspfades auf und drei Patientinnen und Patienten wurden in ein höheres NYHA-Stadium klassifiziert. Die Daten zeigen, dass es somit eine signifikante Verbesserung der Leistungsfähigkeit gemessen am NYHA-Stadium erzielt wurde ( $n = 91$ ;  $W = 3$ ;  $p = 0,000$ ).

Die Herzinsuffizienz kann nach verschiedenen Kriterien differenziert werden. Ein Kriterium bezieht sich auf die Ursache der funktionellen Störung, definiert nach dem Maß der linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF). Die verschiedenen Ausmaße sind in Tabelle 21 aufgeführt. Je niedriger die LVEF ist, desto schwerwiegender ist die Herzinsuffizienz [60]. Zur Baseline konnte in 53 Fällen eine Herzinsuffizienz mit erhaltender linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HFpEF) und in 38 Fällen eine Herzinsuffizienz mit geringgradig eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HFmrEF) nachgewiesen werden. Bei 50 Patientinnen und Patienten wurde hingegen eine Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HFrEF) gemessen. Somit war ca. ein Drittel der Patientinnen und Patienten (28,6 %) von einer LVEF < 40 % betroffen. In 34 Fällen konnte keine funktionelle Störung nachgewiesen werden bzw. wurden keine Angaben hierzu gemacht.

Tabelle 21: Ursache der funktionellen Störung.

LVEF < 40 %	Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HFrEF)
LVEF 40-49 %	Herzinsuffizienz mit geringgradig eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HFmrEF)
LVEF ≥ 50 %	Herzinsuffizienz mit erhaltender linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HFpEF)

In Abbildung 59 ist zu erkennen, dass von den Patientinnen und Patienten, die zu Beginn des Behandlungspfades eine LVEF < 40 % hatten, zur Abschlussuntersuchung zehn Personen eine LVEF von 40 - 49 % und vier Personen eine LVEF von  $\geq 50$  % aufwiesen. Daneben zeigten 15 Patientinnen und Patienten keine Veränderung ihrer LVEF. Bei denjenigen, bei denen zu Beginn eine LVEF von 40 - 49 % vorlag, wiesen neun Teilnehmende nach zwölf Monaten eine LVEF von  $\geq 50$  % auf. In sieben Fällen veränderte sich die Ejektionsfraktion nicht und in zwei Fällen sank sie auf < 40 %. Bei zwölf Patientinnen und Patienten, die zu Beginn eine LVEF von  $\geq 50$  % zeigten, wurde nach zwölf Monaten keine Veränderung diagnostiziert. Bei insgesamt vier Patientinnen und Patienten sank die LVEF.

Insgesamt verbesserte sich die LVEF in 23 Fällen. Für 33 Patientinnen und Patienten konnte keine Veränderung festgestellt werden und in sechs Fällen verschlechterte sich die LVEF. Über den Beobachtungszeitraum konnte eine signifikante Veränderung der LVEF festgestellt werden ( $n = 62$ ;  $W = 6$ ;  $p = 0,001$ ). Die Daten zeigten, dass im Rahmen des sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz eine Verbesserung der linksventrikulären Ejektionsfraktion bewirkt werden konnte.

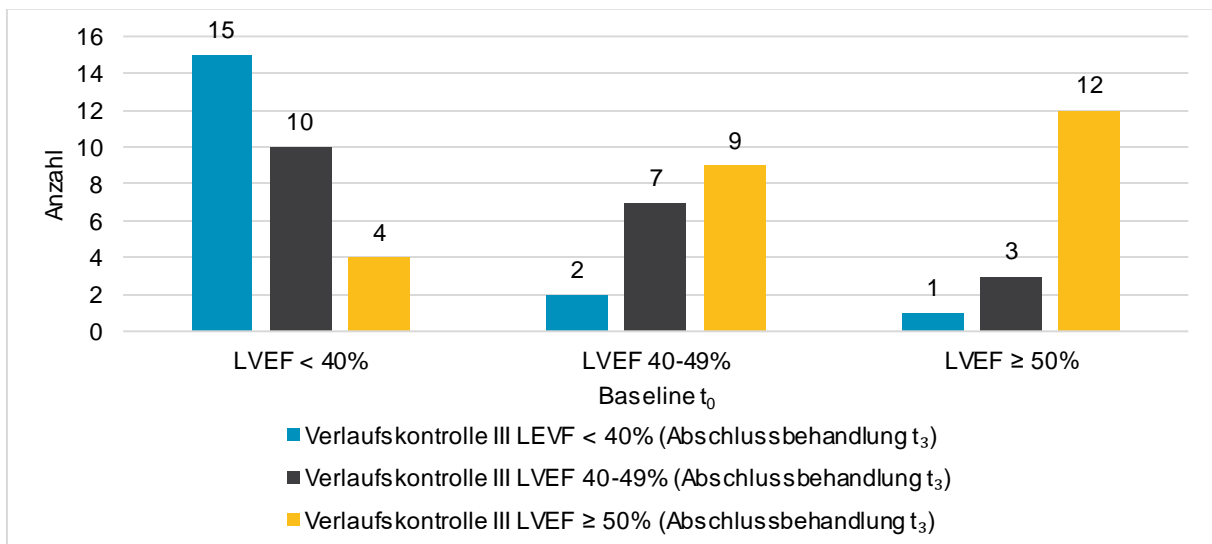


Abbildung 59: Veränderung der LVEF zwischen Baseline und Abschlussbehandlung

### *Gesundheitskompetenz*

Die Gesundheitskompetenz wird in drei Klassen differenziert. Zur Baseline wiesen 42 Patientinnen und Patienten nach eigener Aussage eine ausreichende Gesundheitskompetenz, 49 Patientinnen und Patienten eine problematische und 42 Patientinnen und Patienten eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf. Von 44 Patientinnen und Patienten lagen keine Daten zur Baseline vor. Von den Patientinnen und Patienten, die nach zwölf Monaten erneut Angaben zu ihrer Gesundheitskompetenz machten, gaben 30 Personen an, eine ausreichende Gesundheitskompetenz zu haben. 16 Personen verfügten über eine problematische Gesundheitskompetenz und 14 Personen sahen ihre Gesundheitskompetenz als inadäquat an, wie Abbildung 60 veranschaulicht.

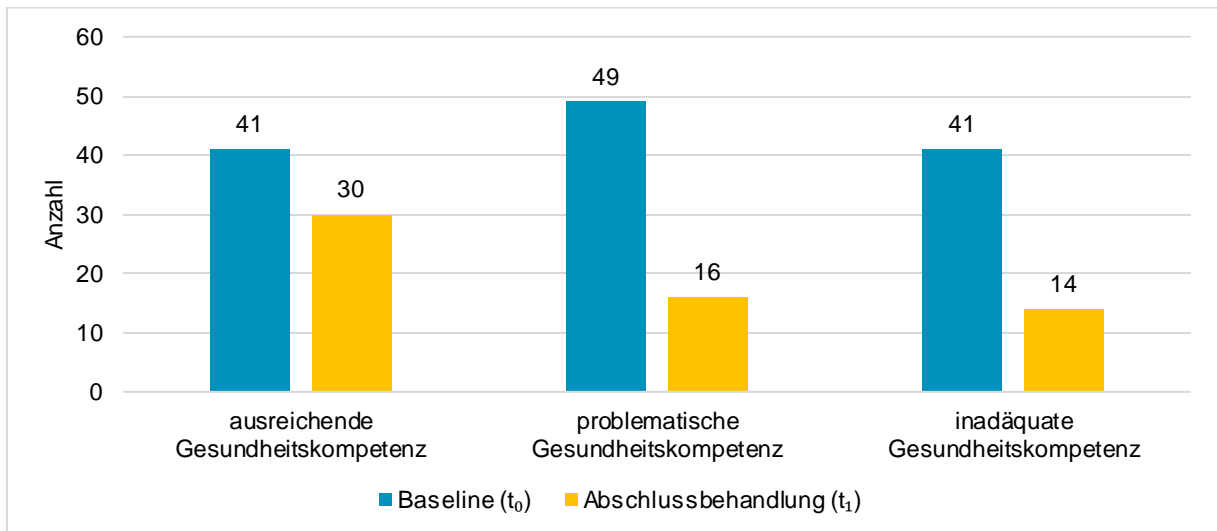


Abbildung 60: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten

Ein Ziel des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Herzinsuffizienz besteht darin, durch die Teilnahme die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu fördern. Nach zwölf Monaten zeigten 17 Patientinnen und Patienten eine Steigerung ihrer Gesundheitskompetenz, während 35 Teilnehmende keine Veränderung ihrer Gesundheitskompetenz aufwiesen. In sieben Fällen gaben die Patientinnen und Patienten eine Verschlechterung der Gesundheitskompetenz an. Es konnte eine statistisch signifikante Steigerung der Gesundheitskompetenz im Rahmen der Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz nachgewiesen werden ( $n = 59$ ;  $W = 7$ ;  $p = 0,014$ ).

### *Lebensqualität*

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten fiel in den fünf Dimensionen des EQ-5D-5L unterschiedlich aus, wie aus den Abbildung 61 bis Abbildung 65 hervorgeht. Zur Baseline gaben 53 Patientinnen und Patienten an, keine bis leichte Probleme zu haben, wenn sie sich bewegen, dargestellt in Abbildung 61. Weiterhin berichteten 44 Patientinnen und Patienten von mäßigen Problemen bezogen auf ihre Beweglichkeit und Mobilität. Zusammen mit den 24 Patientinnen und Patienten, die große Probleme mit ihrer Beweglichkeit haben bzw. gar nicht in der Lage sind, sich zu bewegen, überwiegt der Anteil derjenigen, die sich in ihrer Lebensqualität aufgrund ihrer Beweglichkeit eingeschränkt fühlen. In 54 Fällen wurden keine Angaben gemacht. Von den 70 Teilnehmenden, die nach zwölf Monaten erneut Angaben zu ihrer Lebensqualität machten, schätzte die Mehrheit ihre Beweglichkeit bzw. Mobilität als unproblematisch ein.

Aus Abbildung 62 ist ersichtlich, dass der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten keine Einschränkungen hinsichtlich der Selbstversorgung erlebt. In Bezug auf die Bewältigung von alltäglichen Tätigkeiten fühlt sich der Großteil der Teilnehmenden maximal leicht eingeschränkt, wie Abbildung 63 zeigt. Dieses Bild veränderte sich bei denjenigen, die nach zwölf Monaten erneut Angaben zur Lebensqualität machten, kaum.

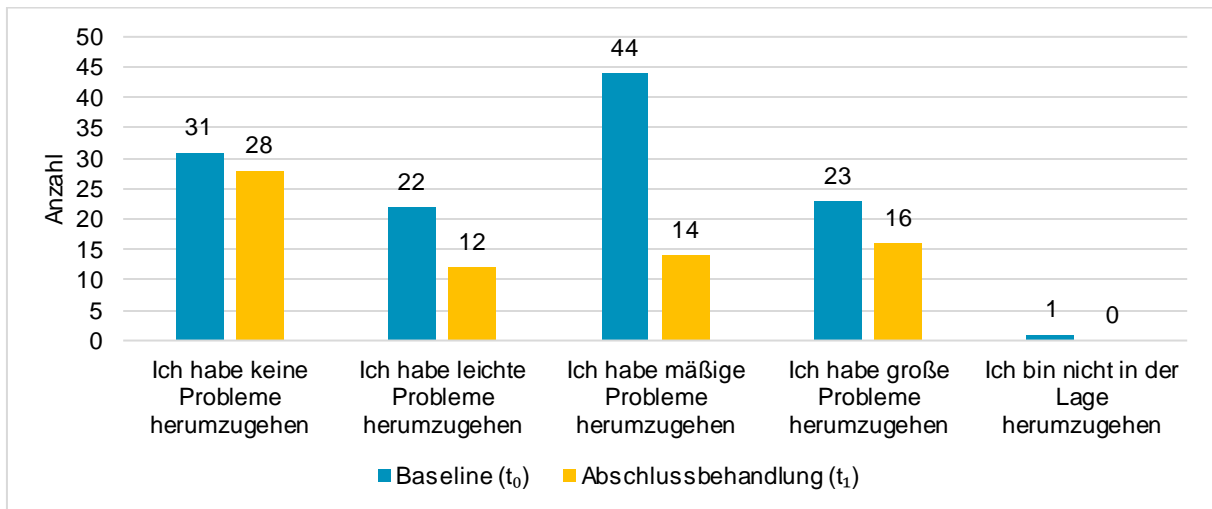


Abbildung 61: Verteilung der Beweglichkeit/Mobilität der Patientinnen und Patienten

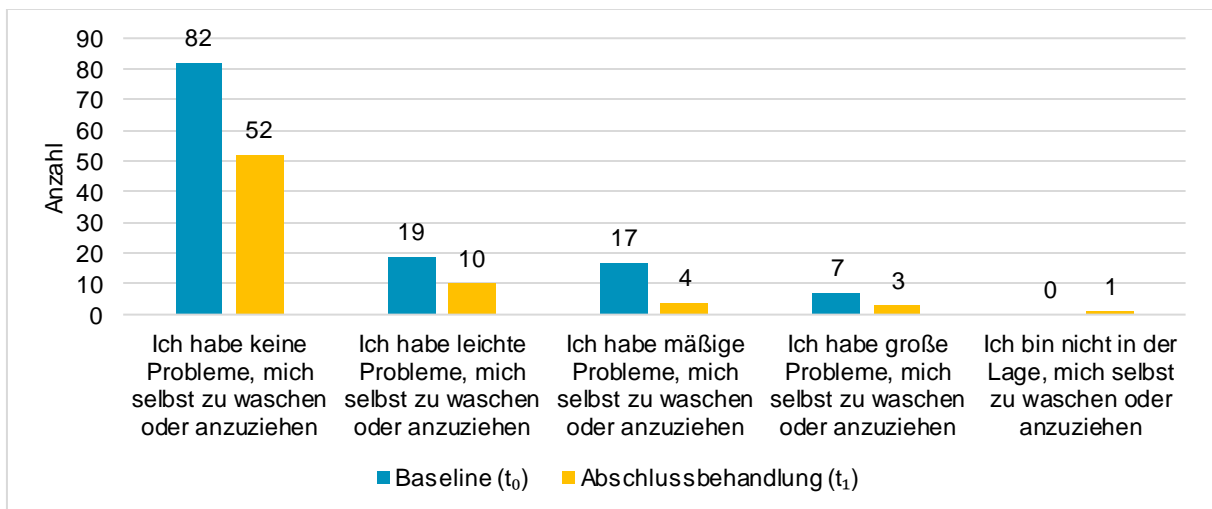


Abbildung 62: Verteilung nach Selbstversorgungsgrad der Patientinnen und Patienten

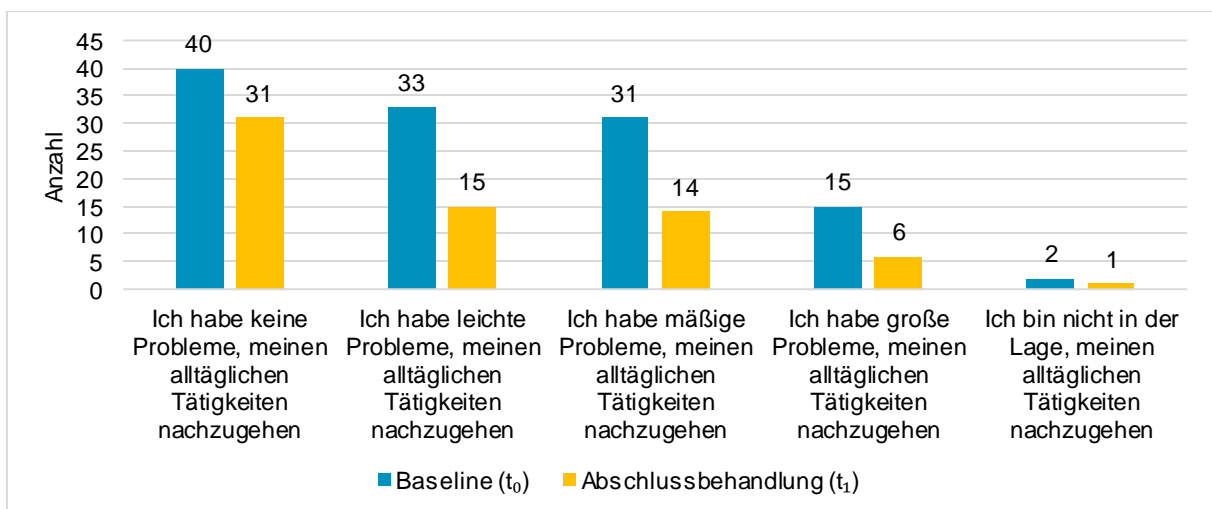


Abbildung 63: Verteilung hinsichtlich der Kompetenz, alltäglichen Tätigkeiten nachgehen zu können



Beim Vergleich der Angst bzw. Niedergeschlagenheit wird deutlich, dass zur Baseline 63 Teilnehmende keine Angst oder Niedergeschlagenheit verspürten, wie in Abbildung 64 dargestellt. Demgegenüber gaben 40 Patientinnen und Patienten an, ein wenig ängstlich oder deprimiert zu sein. Mäßig ängstlich oder deprimiert fühlten sich 15 Patientinnen und Patienten, während fünf Teilnehmende sehr und zwei Teilnehmende extrem ängstlich oder deprimiert waren. Daneben machten 50 Patientinnen und Patienten keine Angaben zur Baseline. Nach zwölf Monaten hat sich an diesem Bild kaum etwas verändert. So gaben 41 Patientinnen und Patienten an, nicht ängstlich oder deprimiert zu sein. Darüber hinaus verspürten 17 Patientinnen und Patienten ein wenig Angst oder Niedergeschlagenheit. Hingegen fühlten sich elf Teilnehmende mäßig bis sehr ängstlich oder deprimiert. In 37 Fällen lagen keine Daten vor.

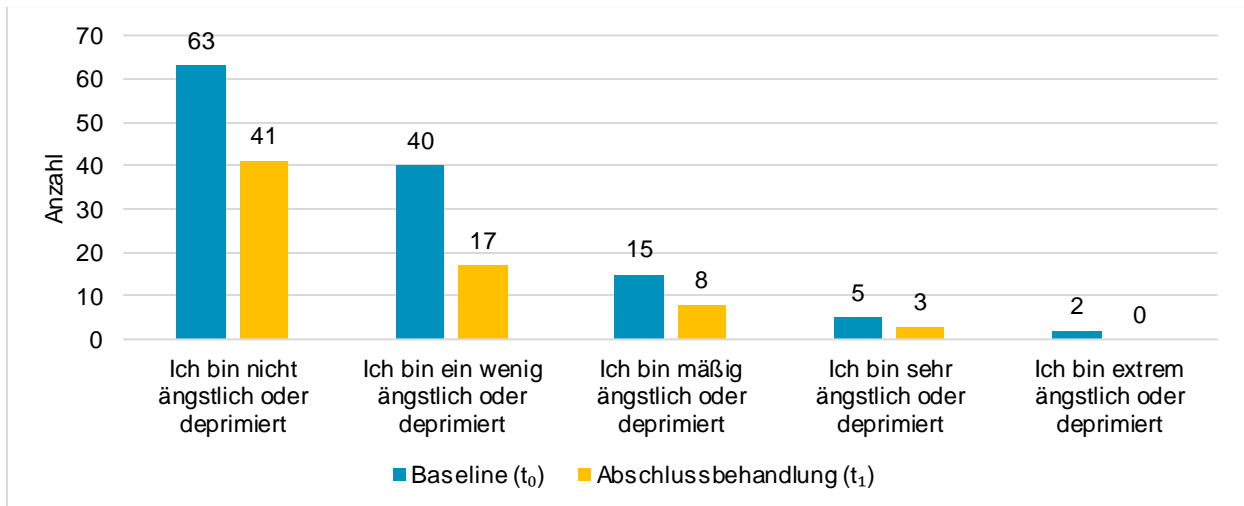


Abbildung 64: Verteilung von Angst/Niedergeschlagenheit der Patientinnen und Patienten

In Abbildung 65 ist zu erkennen, dass 60 Patientinnen und Patienten zu Beginn des Behandlungspfades angaben, unter mäßigen Schmerzen oder Beschwerden zu leiden. Hingegen verspürten nach zwölf Monaten von 69 Teilnehmenden 33 Patientinnen und Patienten keine bis leichte Schmerzen oder Beschwerden und 27 Patientinnen und Patienten mäßige Beschwerden. Neun Patientinnen und Patienten berichteten, dass sie sehr große Schmerzen und Beschwerden empfinden.

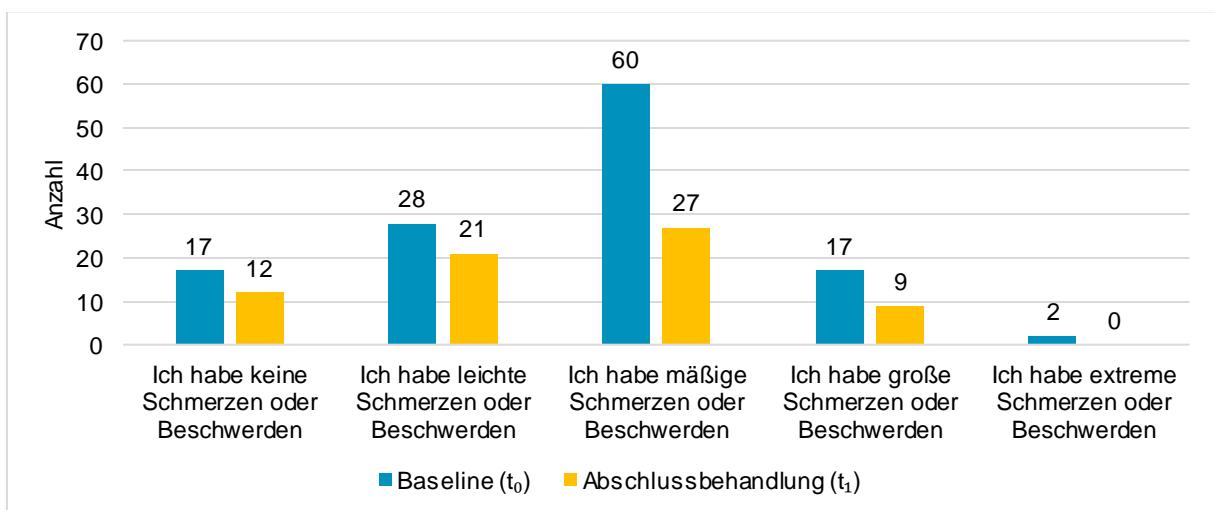


Abbildung 65: Verteilung von Schmerzen/körperlichen Beschwerden der Patientinnen und Patienten

Die Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz soll zu einer Steigerung der Lebensqualität führen. Der Prä-Post-Vergleich des EQ-5D-5L-Index ergab, dass 25 Personen nach der Teilnahme am Behandlungspfad eine höhere Lebensqualität und zehn Personen die gleiche Lebensqualität aufwiesen. Bei 26 Personen zeigten die Angaben eine geringere Einschätzung der eigenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Es konnte somit keine statistisch signifikante Veränderung der Lebensqualität nachgewiesen werden ( $n = 61$ ;  $W = 25$ ;  $p = 0,224$ ).

Insgesamt bewerteten die Patientinnen und Patienten ihren aktuellen Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100 zu Beginn des Behandlungspfades durchschnittlich mit 57,3 Punkten und zur Abschlussuntersuchung mit 60,9 Punkten. Gemessen an der VAS konnte kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten durch den Behandlungspfad nachgewiesen werden ( $n = 58$ ;  $df = 57$ ;  $p = 0,242$ ).

### Gesundheitsfragebogen

Zur Baseline zeigten 46 Patientinnen und Patienten keine depressiven Symptome, wie aus Abbildung 66 hervorgeht. Weiterhin gaben 51 Teilnehmende an, an leichten, unterschweligen depressiven Symptomen zu leiden. Zudem berichteten zu Beginn des Behandlungspfades 22 Patientinnen und Patienten von mittleren und vier Patientinnen und Patienten von ausgeprägten depressiven Symptomen. In fünf Fällen litten die Betroffenen unter dem schwersten Ausmaß von depressiven Symptomen. Ferner machten 47 Patientinnen und Patienten keine Angaben zu der Ausprägung ihrer depressiven Symptome. Zur Abschlussbehandlung verspürten 31 Teilnehmende keine depressiven Symptome. Des Weiteren gaben 26 Patientinnen und Patienten an, dass sie leichte, unterschwellige depressive Symptome hätten. Ferner litten elf Patientinnen und Patienten unter mittleren und vier Patientinnen und Patienten unter ausgeprägten depressiven Symptomen. Für eine Person konnten depressive Symptome des schwersten Ausmaßes festgestellt werden. Zu 33 Patientinnen und Patienten lagen keine Daten vor.

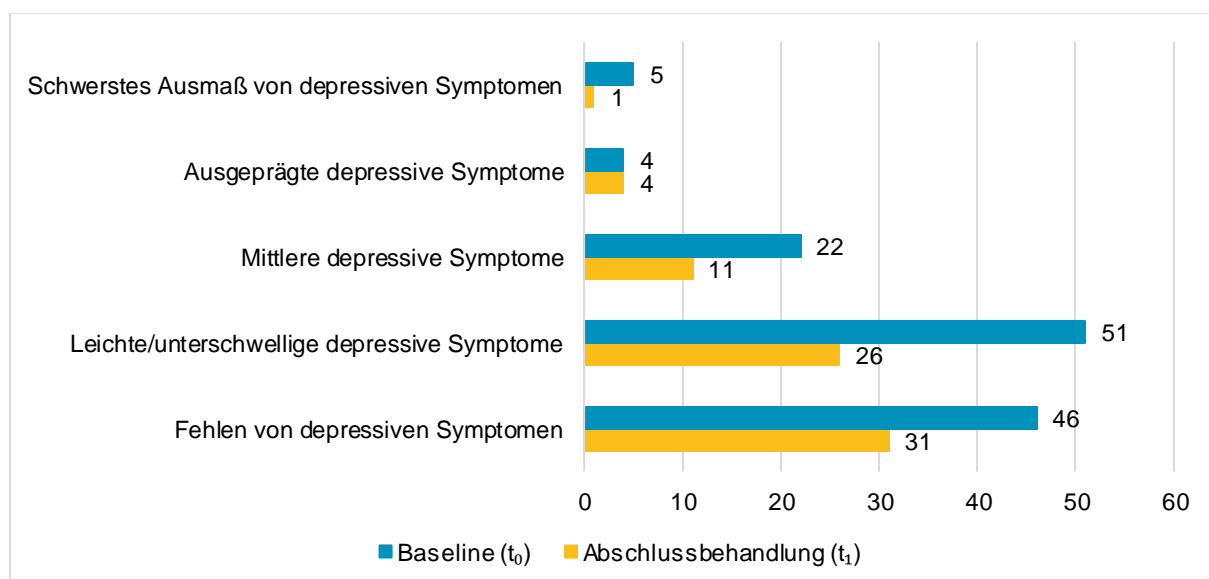


Abbildung 66: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten

Innerhalb der zwölfmonatigen Intervention sollte der PHQ-9-Summenscore, der für die Messung der Depressivität verwendet wird, stabilisiert oder gesenkt werden. Je niedriger der PHQ-9-Summenscore ist, desto schwächer sind die depressiven Symptome ausgeprägt. Ein PHQ-9-Summenscore von 0 bis 4 weist beispielsweise auf das Fehlen von depressiven Symptomen hin. Demzufolge verringerte sich der PHQ-9-Summenscore bei 27 Patientinnen und Patienten, sodass elf von ihnen eine geringere Schwere der Depressivität zum Ende des Behandlungspfades aufwies als zu Beginn. 16 Patientinnen und Patienten konnten ihren PHQ-9-Summenscore zwar reduzieren, die Reduktion reichte jedoch nicht für eine geringere Einschätzung der depressiven Symptome. In neun Fällen veränderte sich der PHQ-9-Summenscore nicht, sodass eine Veränderung der Schwere der Depressivität nicht feststellbar war. Bei 33 Patientinnen und Patienten stieg der PHQ-9-Summenscore aufgrund ihrer Angaben. In 14 Fällen bedeutete dies eine Verschlechterung der Ausprägung ihrer depressiven Symptome. Es konnte keine signifikante Veränderung des PHQ-9-Summscores aufgrund des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Herzinsuffizienz festgestellt werden ( $n = 69$ ;  $df = 68$ ;  $p = 0,309$ ).

### *Zufriedenheit*

Insgesamt zeigte sich sowohl zu Beginn des Behandlungspfades als auch zum Ende eine hohe Zufriedenheit in allen Bereichen.

In den Abbildung 67 bis Abbildung 75 sind die Auswertungen zur Zufriedenheit in den verschiedenen Bereichen zur Baseline und nach zwölf Monaten dargestellt. Die Mehrheit zeigte sich zur Baseline zufrieden mit der ambulanten Versorgung. Vor allem mit der Kompetenz der Behandler (106 Personen), der Qualität der Behandlung (109 Personen) und der Praxisorganisation (116 Personen) waren die meisten Patientinnen und Patienten eher bis sehr zufrieden. Vereinzelt äußerten sich Patientinnen und Patienten mit der Praxisorganisation sowie der fachlichen Kompetenz und der Qualität der Behandlung als eher unzufrieden oder sehr unzufrieden. Zudem waren 14 der Patientinnen und Patienten mit den Informationen, die sie erhalten, eher unzufrieden bis sehr unzufrieden. Am häufigsten äußerten sich Teilnehmende (21 Personen) eher unzufrieden bis sehr unzufrieden mit dem Aspekt Partizipation in der behandelnden Praxis.

Zur Abschlussbehandlung war die Resonanz größtenteils positiv. Vereinzelt gab eine Patientin bzw. ein Patient an, eher unzufrieden mit der Praxisorganisation, den erhaltenen Informationen sowie deren Qualität und Ausmaß zu sein. Lediglich im Hinblick auf die Partizipation äußerten sich neun Patientinnen und Patienten eher bis sehr unzufrieden.

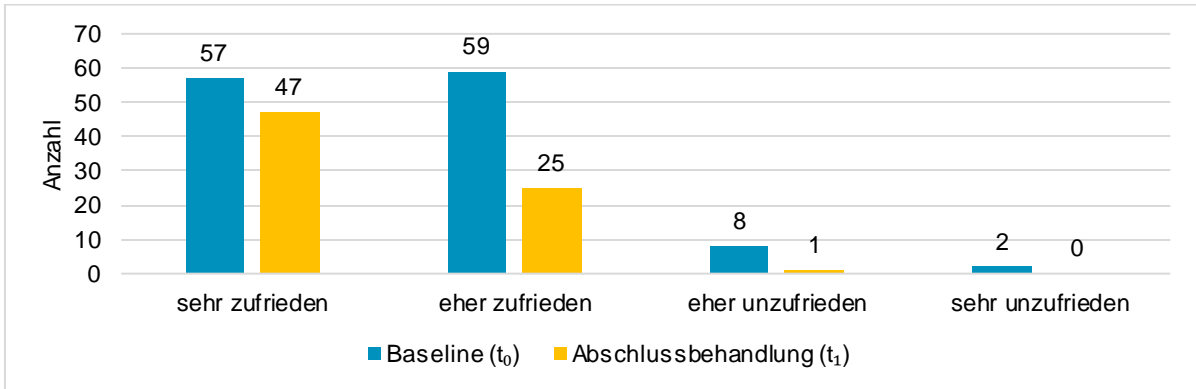


Abbildung 67: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation

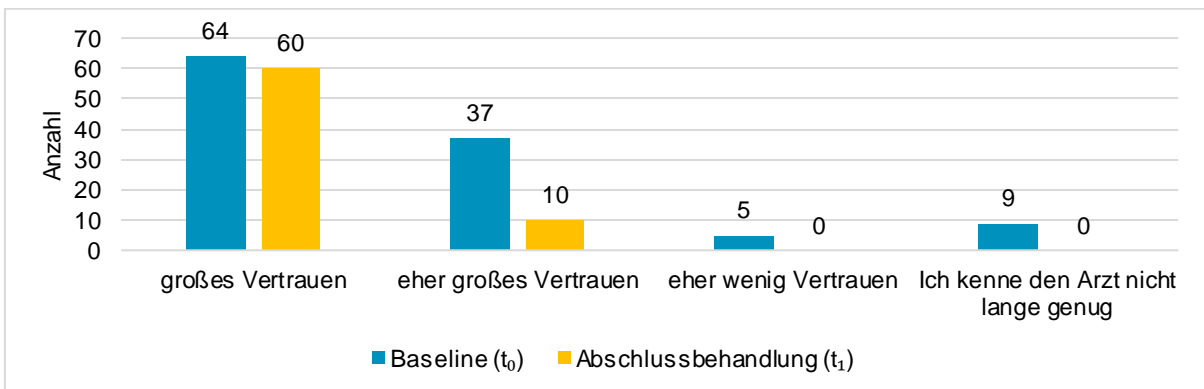


Abbildung 68: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“

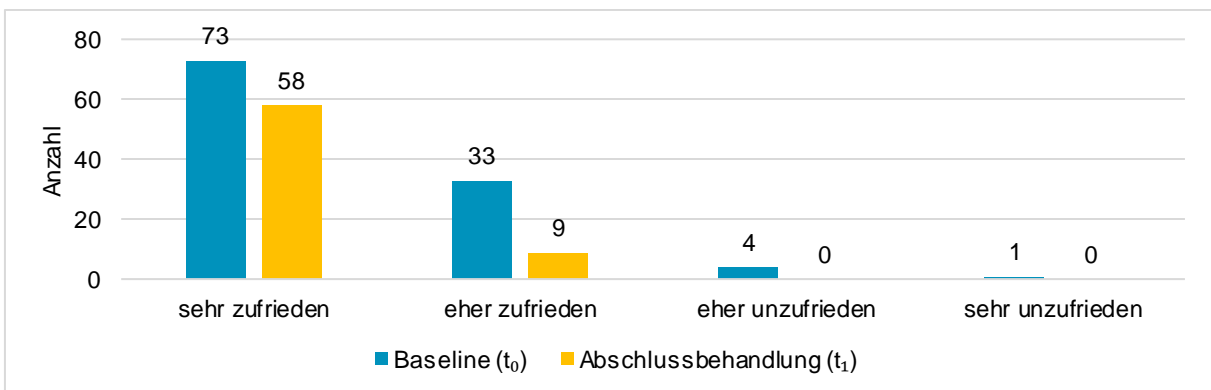


Abbildung 69: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz

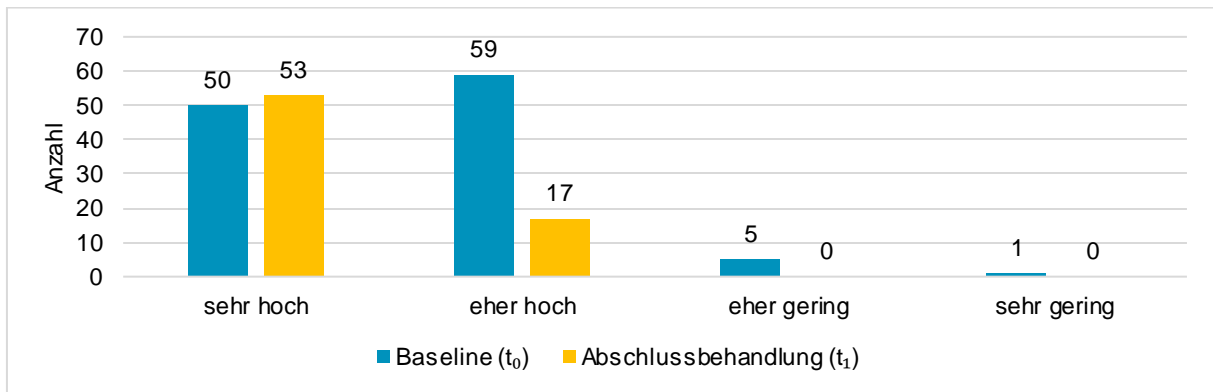


Abbildung 70: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“

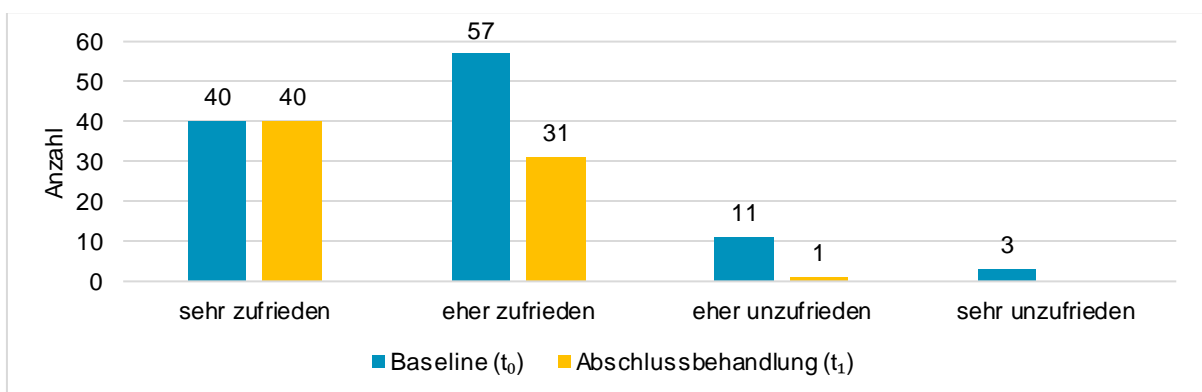


Abbildung 71: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

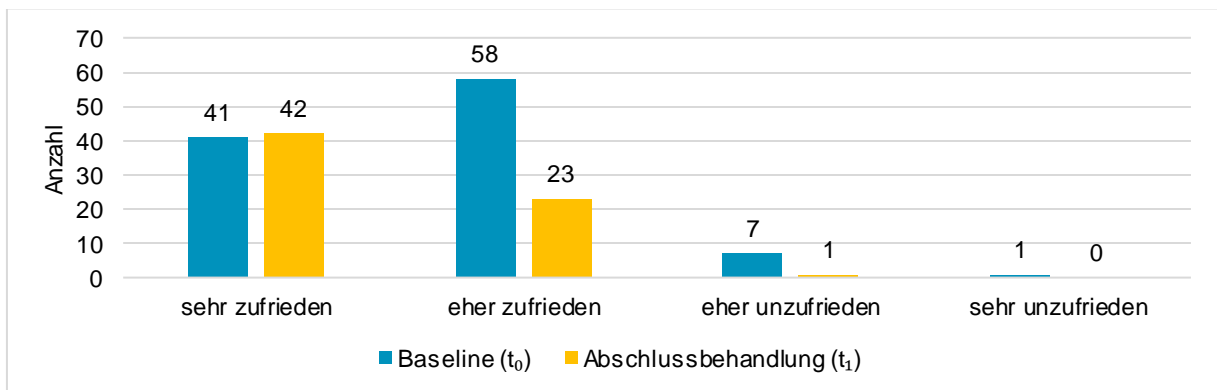


Abbildung 72: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“

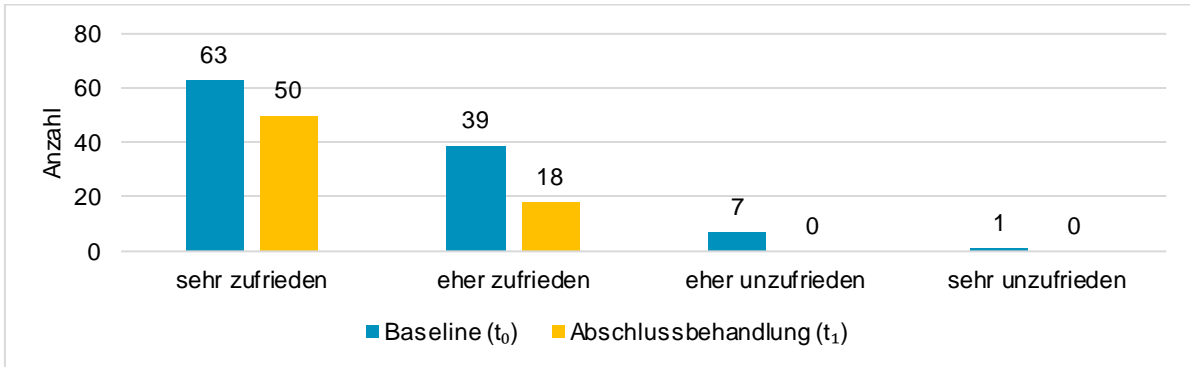


Abbildung 73: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion

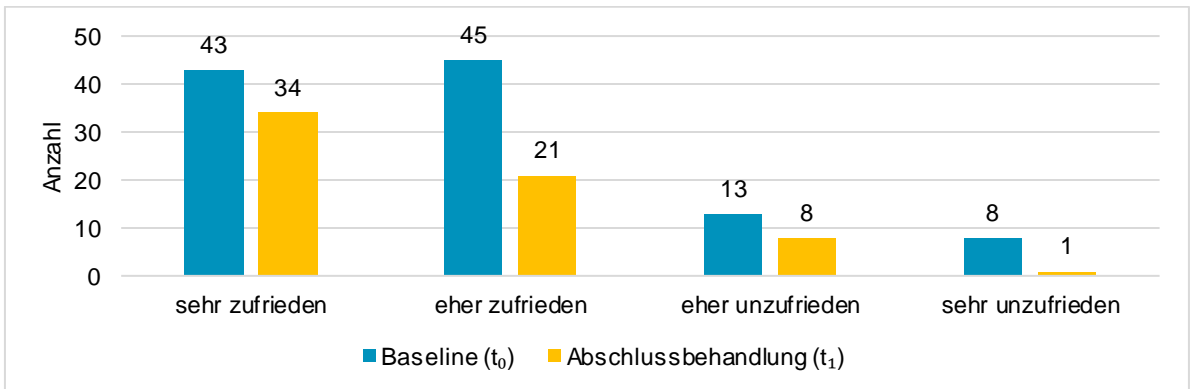


Abbildung 74: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation

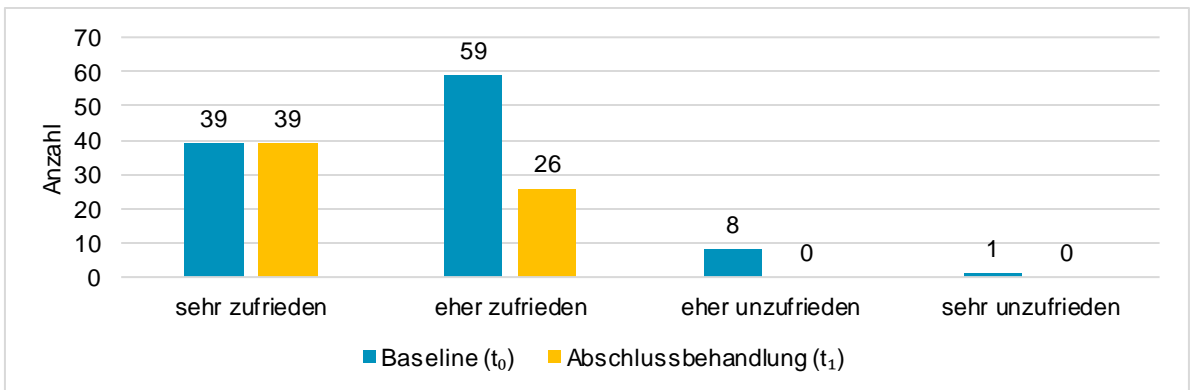


Abbildung 75: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“

## *Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation*

In die gesundheitsökonomische Evaluation konnten insgesamt 93 Versicherte der AOK Nordost – Die Gesundheitskrankenkasse und der BARMER eingeschlossen werden.

### Krankenhausaufenthalte

Die durchschnittliche Anzahl vollstationärer Aufenthalte im Vorbeobachtungszeitraum betrug 1,07 Aufenthalte pro Versicherten. Während des Nachbeobachtungszeitraums betrug die durchschnittliche Anzahl vollstationärer Krankenhausaufenthalte 0,65 Aufenthalte pro Versicherten. Insgesamt konnten die durchschnittlichen vollstationären Krankenhausaufenthalte im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum um 0,419 Aufenthalte reduziert werden. Die Reduktion der vollstationären Krankenhausaufenthalte war statistisch signifikant ( $W = 439$ ;  $p = 0,007$ ). Die Analyse der gesamten Krankenhausaufenthalte (voll- und teilstationäre Aufenthalte) ergab ein ähnliches Bild. Insgesamt konnte die Anzahl der Krankenhausaufenthalte ebenfalls im Durchschnitt um 0,419 Aufenthalte pro Versicherten reduziert werden (Vorbeobachtungszeitraum: 1,08 Aufenthalte pro Person vs. Nachbeobachtungszeitraum: 0,66 Aufenthalte pro Person). Die Reduktion der gesamten Krankenhausaufenthalte war ebenfalls statistisch signifikant ( $W = 427,5$ ;  $p = 0,008$ ).

Im Vorbeobachtungszeitraum hatten 55 von 93 Patientinnen und Patienten mindestens einen Krankenhausaufenthalt. In den darauffolgenden individuellen Beobachtungszeiträumen wurden nur noch 36 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Daraus resultiert eine Reduktion der Hospitalisierungsrate um 20,4 %.

### Stationäre Notfallaufnahmen

Im Vorbeobachtungszeitraum wurden zwölf Patientinnen und Patienten (12,9 %) aufgrund einer stationären Notfallaufnahme behandelt, was auf die Gesamtstichprobe durchschnittlich 0,52 stationäre Notfallaufnahmen pro Person ausmacht. Im Nachbeobachtungszeitraum wurden 25 Versicherte (26,9 %) mit mindestens einer stationären Notfallaufnahme dokumentiert. Daraus resultiert eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 0,30 pro Patient in der Gesamtstichprobe. Somit wurde der Anteil der Versicherten, die aufgrund einer stationären Notfallaufnahme behandelt wurden, um 14,0 % gesteigert.

### Versorgungsleistungen

Alle Patientinnen und Patienten waren mindestens einmal sowohl im Vor- als auch im Nachbeobachtungszeitraum bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt in Behandlung. Hingegen suchten nur 45,2 % der Patientinnen und Patienten im Vorbeobachtungszeitraum eine Fachärztin bzw. Facharzt für Kardiologie auf. Im Nachbeobachtungszeitraum konnte die Rate um 18,3 % gesteigert werden, sodass 59 Patientinnen und Patienten gesundheitliche Leistungen einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Kardiologie in Anspruch nahmen.

Die Auswertung der Pflegeleistungen ergab, dass im Vorbeobachtungszeitraum 32,3 % der Patientinnen und Patienten mindestens eine Pflegeleistung erhielten. Im Mittel wurden 9,4 Pflegeleistungen pro Person erbracht wurden. Im Nachbeobachtungszeitraum nahmen 36,6 % der Patientinnen und Patienten mindestens eine Pflegeleistung in Anspruch. Mit dem Zuwachs an Personen, die eine Pflegeleistung erhielten, stieg auch der Anteil an Pflegeleistungen pro Person auf 10,9 an. Neben den Patientinnen und Patienten, die eine Pflegeleistung erhielten, nahmen im Vorbeobachtungszeitraum 16,1 % und im Nachbeobachtungszeitraum 17,2 % der



Patientinnen und Patienten eine häusliche Krankenpflegeleistung in Anspruch. Insgesamt wurden im Vorbeobachtungszeitraum durchschnittlich 1,4 Leistungen aus dem Bereich der häuslichen Krankenpflege pro Person in Anspruch genommen. Im Nachbeobachtungszeitraum stieg der Anteil an durchschnittlichen Leistungen auf 1,6 häusliche Krankenpflegeleistungen pro Person an.

### Kosten

Im Rahmen einer Kostenanalyse wurden die durchschnittlichen Kosten pro Patientin bzw. Patient in den einzelnen Kostenkomponenten ermittelt. Zu den einzelnen Komponenten zählen Kosten aus dem stationären und ambulanten Bereich, Arzneimittelkosten, Heil- und Hilfsmittelkosten, Kosten der häuslichen Krankenpflege sowie Kosten aufgrund von Fahrten zu einer medizinischen Behandlung. In den Gesamtkosten sind keine Kosten aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder aufgrund von Pflegeleistungen enthalten. Tabelle 19 kann entnommen werden, dass die durchschnittlichen Kosten der stationären Leistungen im Vorbeobachtungszeitraum 5.903,24 € pro Person und im Nachbeobachtungszeitraum 3.449,63 € pro Person betragen. Die Kosten konnten somit um 2.453,61 € statistisch signifikant gesenkt werden ( $W = 587$ ;  $p = 0,008$ ). Im ambulanten Bereich zeigte sich hingegen ein statistisch signifikanter Anstieg der Kosten im Nachbeobachtungszeitraum gegenüber dem Vorbeobachtungszeitraum von 109,97 € pro Person ( $W = 2958$ ;  $p = 0,002$ ). Des Weiteren wurde ein statistisch signifikanter Anstieg in den Arzneimittelkosten über den Betrachtungszeitraum von 461,27 € ( $W = 3294$ ;  $p = 0,001$ ) verzeichnet. Neben den Kosten im stationären Bereich konnten auch die Heil- (DiD: -22,40 €;  $W = 497$ ;  $p = 0,241$ ) und Hilfsmittelkosten (DiD: -193,40 €;  $W = 1039$ ;  $p = 0,499$ ) sowie die Fahrtkosten (DiD: -283,38 €;  $W = 532$ ;  $p = 0,010$ ) reduziert werden.

Tabelle 22: Durchschnittliche Kosten pro Versicherten im Behandlungspfad Herzinsuffizienz in den einzelnen Kostenkomponenten im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum

Ø Kosten	Vorbeobachtungszeitraum	Nachbeobachtungszeitraum	Differenz
<b>Stationäre Leistungen</b>	5.903,24 €	3.449,63 €	-2.453,61 €*
<b>Ambulante Leistungen</b>	1.470,09 €	1.580,06 €	109,97 €*
<b>Arzneimittel</b>	2.940,34 €	3.401,61 €	461,27 €*
<b>Heilmittel</b>	239,34 €	216,94 €	-22,40 €
<b>Hilfsmittel</b>	661,25 €	467,85 €	-193,40 €
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	247,00 €	430,57 €	183,57 €
<b>Fahrtkosten</b>	817,82 €	534,44 €	-283,38 €*

\* $p < 0,05$

### Gesamtkosten

Die Gesamtkosten betragen im Mittel 12.279,08 € pro Person im Vorbeobachtungszeitraum und 10.081,10 € pro Person im Nachbeobachtungszeitraum, wie in Tabelle 20 abgebildet ist. Die Gesamtkosten pro Person wurden somit um 2.197,98 € reduziert ( $W = 1875$ ;  $p = 0,117$ ).

Tabelle 23: Gesamtkosten der Versicherten im Behandlungspfad Herzinsuffizienz im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum

	Vorbeobachtungs- zeitraum	Nachbeobachtungs- zeitraum	Differenz <sup>+</sup>
<b>Durchschnittliche Gesamtkosten</b>	12.279,08 €	10.081,10 €	-2.197,98 €

<sup>+</sup>Es kann zu Rundungsabweichungen kommen.

### Kosten-Effektivitäts-Analyse

Für den Behandlungspfad Herzinsuffizienz ergab sich ein inkrementelles Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis von 5.241,33 € pro Krankenhausaufenthalt, wie aus Tabelle 24 hervorgeht.

Tabelle 24: Berechnung des inkrementellen Gesamtkosten-Effektivitätsverhältnis

	Gesamtkosten	Krankenhaus- aufenthalte	ICER <sup>+</sup> (Gesamtkosten <sub>Post-Prä</sub> ) / Krankenhausaufenthalte Post-Prä
<b>Vorbeobachtungs- zeitraum</b>	<b>12.279,08 €</b> [95 % KI: 9.780,25 €; 14.777,90 €]	<b>1,08</b> [95 % KI: 0,82; 1,34]	<b>5.241,33 €</b>
<b>Nachbeobachtungs- zeitraum</b>	<b>10.081,10 €</b> [95 % KI: 7.934,69 €; 12.227,50 €]	<b>0,66</b> [95 % KI: 0,45; 0,88]	

<sup>+</sup>Es kann zu Rundungsabweichungen kommen.

Des Weiteren ließ sich ein inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis von 5.850,91 € pro Krankenhausaufenthalt berechnen, wie in Tabelle 25 abgebildet ist.

Tabelle 25: Berechnung des inkrementellen Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnis

	Krankenhaus- kosten	Krankenhaus- aufenthalte	ICER <sup>+</sup> (Krankenhauskosten <sub>Post- Prä</sub> ) / Krankenhausaufenthalte Post-Prä
<b>Vorbeobachtungs- zeitraum</b>	<b>5.903,24 €</b> [95 % KI: 3.945,04 €; 7.861,44 €]	<b>1,08</b> [95 % KI: 0,82; 1,34]	<b>5.850,91 €</b>
<b>Nachbeobachtungs- zeitraum</b>	<b>3.449,63 €</b> [95 % KI: 2.016,22 €; 4.883,04 €]	<b>0,66</b> [95 % KI: 0,45; 0,88]	

<sup>+</sup>Es kann zu Rundungsabweichungen kommen.

Zur Sensitivitätsanalyse der jeweiligen inkrementellen Kosten sowie der inkrementellen Krankenhausaufenthalte wurde ein nicht-parametrisches Bootstrap-Verfahren mit 5.000 Wiederholungen angewendet. Im Rahmen des nicht-parametrischen Bootstrappings zeigte sich eine Differenz zwischen den Gruppen im Durchschnitt von -0,42 [95 % KI: -0,74; -0,10]

Krankenhausaufenthalten sowie Gesamtkosten im Durchschnitt von -2.195,67 € [95 % KI: -4.879,12 €; 393,60 €]. Das dadurch ermittelte mittlere inkrementelle Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis ergab 5.228,59 € pro Krankenhausaufenthalt. Bei der Sensitivitätsanalyse für das inkrementelle Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnis wurde eine Differenz zwischen IG und KG im Durchschnitt von -0,42 [95 % KI: -0,74; -0,11] Krankenhausaufenthalten berechnet. Darüber hinaus ergab das nicht-parametrische Bootstrapping Krankenhauskosten im Durchschnitt von -2.472,68 € [95 % KI: -4.756,82 €; -288,32 €]. Daraus resultiere ein inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnis von 5.885,56 € pro Krankenhausaufenthalt.

Die Interpretation der Kosten-Effektivität kann anhand der Kosten-Effektivitäts-Fläche (cost effectiveness plane, CEP) durchgeführt werden (siehe Abbildung 76 und Abbildung 77). Die horizontale Achse der CEP zeigt die Werte der Effektivitätsdifferenz und die vertikale Achse der CEP zeigt die Werte der Kostendifferenz.

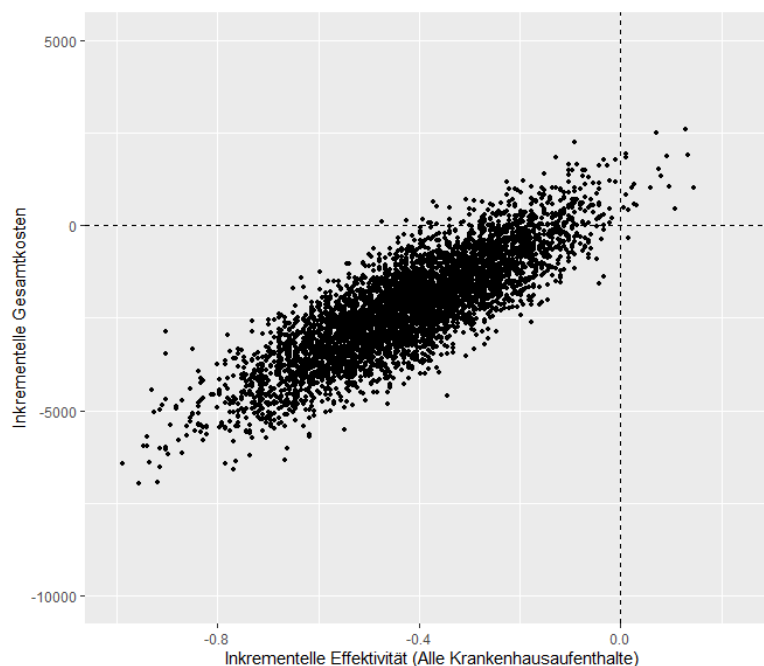


Abbildung 76: CEP für inkrementelles Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis (voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte)

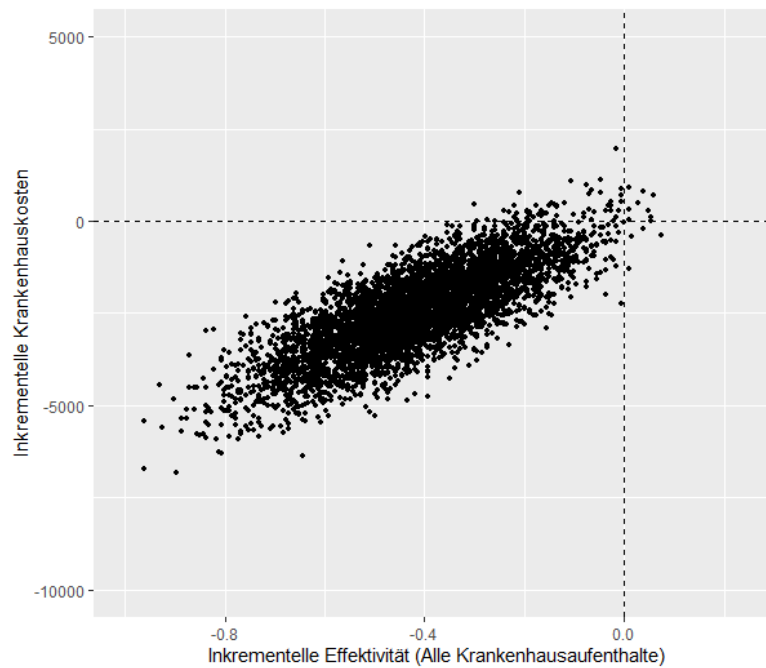


Abbildung 77: CEP für inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis (voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte)

Das inkrementelle Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis ergab, dass sich der Behandlungspfad Herzinsuffizienz effektiver erweist als die Regelversorgung (weniger voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte) (siehe Abbildung 76). So führte der Behandlungspfad Herzinsuffizienz in der Simulation mit 99,6 % zu weniger voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalten (Punkte links von der vertikalen Effektivitäts-Linie bei 0,0 Krankenhausaufenthalten). Daneben war die neue Versorgungsform in 95,0 % der Simulation kostensparend (Punkte unterhalb der horizontalen inkrementellen Kosten-Linie von 0,00€).

Das inkrementelle Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis ergab ebenso, dass der Behandlungspfad Herzinsuffizienz effektiver ist als die Regelversorgung (weniger voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte). In der Simulation wurde deutlich, dass der Behandlungspfad sogar mit 99,7 % zu weniger voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalten führte. Zudem war der Behandlungspfad in der Simulation mit 98,7 % kostensparend.

Die Entscheidung zur Implementierung einer neuen Intervention mit einem höheren Nutzen und höheren Kosten sollte abhängig vom Kosten-Nutzen-Verhältnis getroffen werden. Wenn die neue Intervention einen höheren Nutzen und geringere Kosten verspricht, dann ist die Entscheidung zur Finanzierung der neuen Intervention zugunsten dieser Intervention indiziert.

#### 4.4.2. Behandlungspfad Rückenschmerz

Bis Ende 2019 konnten in den sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rückenschmerz 45 Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden, somit wurde die angestrebte Fallzahl erreicht.

Auf Basis des Assessments erhielten 22 Patientinnen und Patienten eine Therapieempfehlung wie z. B. eine Entspannungstherapie, eine Psychotherapie oder ein vegetatives Training als Alternative (Gruppe A) zu dem pfadspezifischen Bewegungsprogramm. Weitere 23 Patientinnen und Patienten nahmen innerhalb des Behandlungspfades am pfadspezifischen Bewegungsprogramm teil (Gruppe B), sodass für diese Patientinnen und Patienten zusätzliche Daten zum Bewegungsprogramm vorliegen. Zu Beginn des Bewegungsprogramms wiesen die Teilnehmenden im Durchschnitt ein Gewicht von 80,2 kg, einen BMI von 26,7 kg/m<sup>2</sup> und einen Körperfettwert von 29,4 % auf. Die Analyse des Bauchbereichs ergab im Durchschnitt ein Taillen-Hüft-Verhältnis von 0,94 bei Männern (n = 9) und 0,84 bei Frauen (n = 14). Weitere ausgewählte Parameter werden im Mittel in Tabelle 23 dargestellt. Das Körperalter der Patientinnen und Patienten wurde nach Ende des Bewegungsprogramms auf durchschnittlich 48,5 Jahre bestimmt.

Tabelle 26: Ausgewählte im Bewegungsprogramm erhobene Parameter im Mittel (n = 23)

Parameter	Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
Gewicht (kg)	80, 2	80,44
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	26,7	26,8
Körperfett (%)	29,4	29,4
Skelettmuskelmasse (kg)	30,9	31,1
Taillen-Hüft-Verhältnis	0,9	0,9
Linker Arm (%)*	98,4	96,9
Rechter Arm (%)*	98,8	97,2
Linkes Bein (%)*	89,1	89,9
Rechtes Bein (%)*	88,3	89,1
Rumpf (%)*	87,4	87,8

\*Der angegebene Prozentwert erlaubt Aussagen darüber, wie gut die Muskeln einzelner Segmente entwickelt sind. Es gibt die Einteilungen Unter-, Normal- und Überbereich. Ein Anteil von 100% in jedem Segment wird dabei individuell für jede Person empfohlen und liegt im Normalbereich. Werte < 90 % liegen im Unterbereich und Werte > 110 % im Überbereich.

Bis einschließlich 31.12.2020 konnten Daten von 44 Fällen zur Baseline und von 29 Fällen nach zwölf Monaten analysiert werden. Die Drop-out-Rate im Behandlungspfad Rückenschmerz beträgt 35,5 % (siehe Abbildung 78). In den Prä-Post-Vergleich wurden alle Patientinnen und Patienten eingeschlossen, zu denen Daten zur Baseline und nach zwölf Monaten vorlagen. Eine deskriptive Auswertung aller für den Behandlungspfad aussagekräftigen Parameter zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten ist in Anhang 13 aufgeführt.

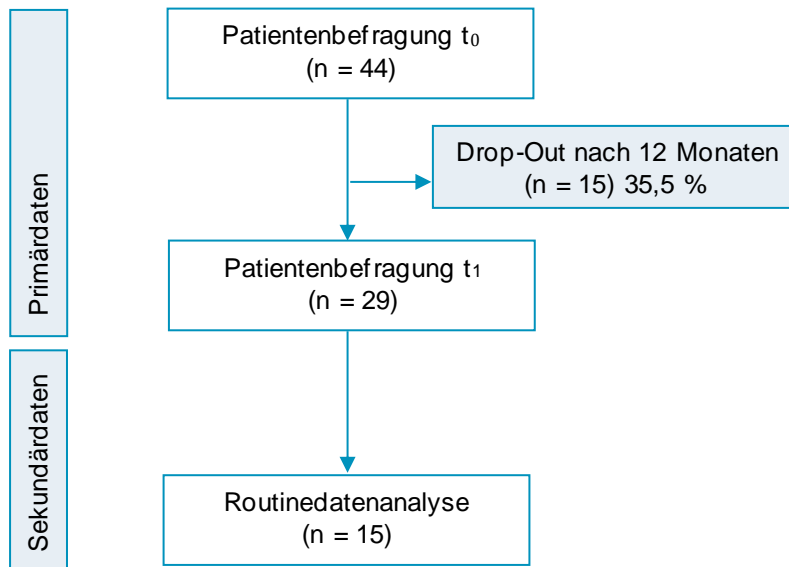


Abbildung 78: Flow-Chart zur Population im Behandlungspfad Rückenschmerz

Viele der Patientinnen und Patienten, die die teilnehmende Facharztpraxis aufsuchten, klagten über Schmerzen im Lendenwirbelbereich, über Rückenschmerzen und daraus resultierende Folgeschmerzen, über Nackenschmerzen, Taubheit und Schmerzen in den Extremitäten oder über Gesäßschmerzen und daraus resultierende Folgeschmerzen. Die meisten Patientinnen und Patienten charakterisierten ihren Schmerz zu Beginn des Behandlungspfades als stechend (n = 33) und / oder ziehend (n = 35). Als Beschreibung des Schmerzes wählten 30 Patientinnen und Patienten das Adjektiv „furchtbar“ sowie 22 Patientinnen und Patienten das Adjektiv „scheußlich“. Bereits vor Beginn des Behandlungspfades nutzten 29 Patientinnen und Patienten verschiedene Möglichkeiten, um ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen. Hierzu zählten beispielsweise Spaziergänge, Radfahren, Massagen, Gymnastik, aber auch die Einnahme von Schmerzmitteln.

Bis zum Beginn des Behandlungspfades wurden die Teilnehmenden wegen ihrer Schmerzen durch verschiedene Fachärztinnen und Fachärzte behandelt, wie in Abbildung 79 zu erkennen ist. Am häufigsten wurden Ärztinnen bzw. Ärzte der Fachbereiche Allgemeinmedizin (n = 29), Orthopädie (n = 19), Radiologie (n = 14) und Chirurgie (n = 12) aufgesucht. Darüber hinaus waren zwölf Patientinnen und Patienten bei einer Schmerztherapeutin bzw. einem Schmerztherapeuten in Behandlung. Bei zehn Teilnehmenden wurde im Vorfeld eine Schmerzdiagnose gestellt. Insgesamt wurden 31 Patientinnen und Patienten bereits vor der Teilnahme am Behandlungspfad gegen ihre Schmerzen behandelt. Sechs Teilnehmende waren zudem aufgrund ihrer Schmerzen bereits operiert worden.

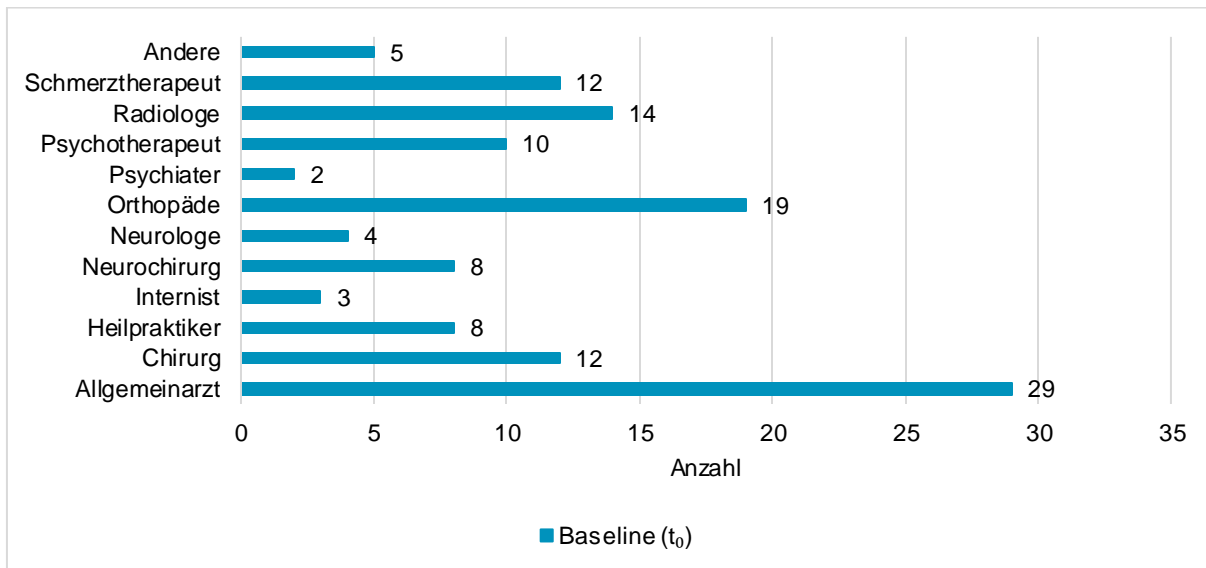


Abbildung 79: Aufgesuchte Fachärztinnen und Fachärzte vor Beginn des Behandlungspfades

Patientinnen und Patienten mit Schmerzen, die weniger als ein halbes Jahr bestanden, wurden als Akut-Patientinnen und -Patienten klassifiziert. Dies traf auf drei Patientinnen und Patienten zu, die mit einer alternativen Therapieempfehlung in den Behandlungspfad eingeschrieben wurden. Nur eine dieser Personen machte Angaben zur Abschlussbehandlung und teilte mit, dass sie die Schmerzen nach zwölf Monaten nicht mehr verspürte. Von den Teilnehmenden im Bewegungsprogramm wurden fünf Patientinnen und Patienten als Akut-Patientinnen und -Patienten identifiziert, wie in Abbildung 80 zu erkennen ist. Drei von diesen Patientinnen und Patienten gaben nach zwölf Monaten an, diese Schmerzen nicht mehr zu haben. Ein Fortschreiten der Symptome konnte somit verhindert werden. Zugleich empfanden die anderen beiden Akut-Patientinnen und -Patienten immer noch die gleichen Schmerzen. Somit konnte eine Chronifizierung der Schmerzen bei diesen Teilnehmenden nicht aufgehalten werden.

Von den Patientinnen und Patienten mit einer alternativen Therapieempfehlung wiesen 19 Personen bereits zum Zeitpunkt der Einschreibung chronische Schmerzen auf, gemessen an der Dauer ihrer Schmerzen. Zum Ende des Behandlungspfades gaben drei Personen an, nicht mehr die gleichen Schmerzen zu verspüren wie zu Beginn. Eine Progression der Chronifizierung konnte bei diesen Patientinnen und Patienten somit verhindert werden. Zwei Teilnehmende gaben jedoch an, immer noch an den gleichen Schmerzen zu leiden. Zu 14 Personen können keine Angaben zum Abschlussgespräch gemacht werden. In der Gruppe der Patientinnen und Patienten in dem Bewegungsprogramm wiesen zum Zeitpunkt der Einschreibung 18 Teilnehmende chronische Schmerzen auf, gemessen an der Dauer ihrer Schmerzen. Zum Ende des Behandlungspfades gab eine Person an, nicht mehr die gleichen Schmerzen wie zu Beginn des Behandlungspfades zu haben, sodass hier eine Progression der Chronifizierung aufgehalten werden konnte. Hingegen gaben 17 der 18 Chronikerinnen und Chroniker an, immer noch an Schmerzen zu leiden.

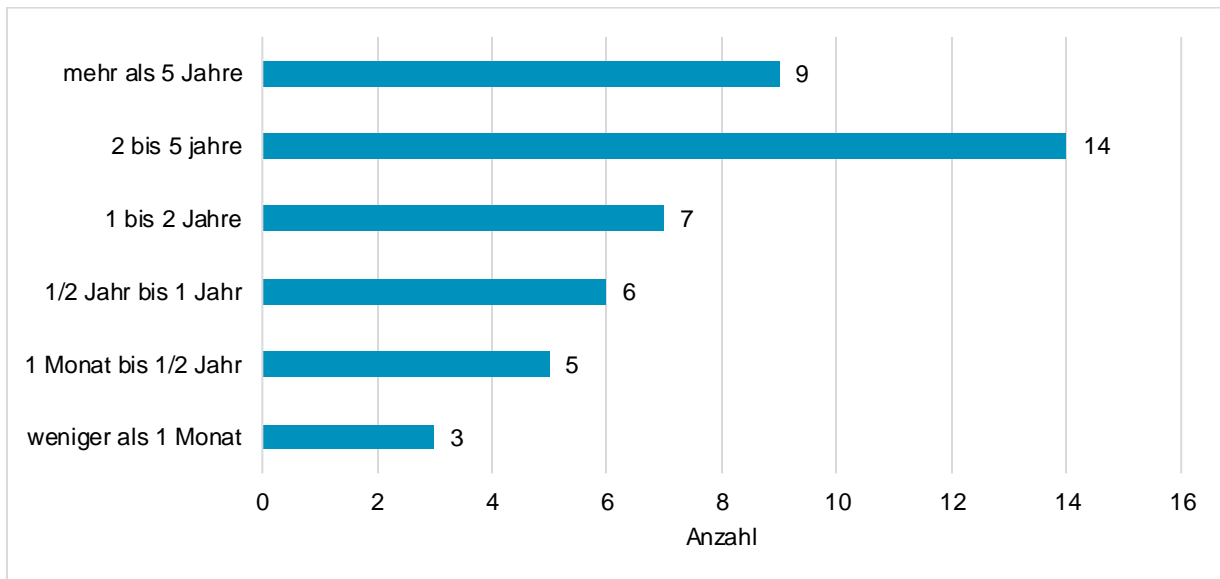


Abbildung 80: Dauer der Schmerzen aller Patientinnen und Patienten zu Beginn des Behandlungspfades

Insgesamt empfanden in der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit einer alternativen Therapieempfehlung zur Baseline acht Personen Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen und sechs Personen Dauerschmerzen mit starken Schwankungen. Ferner litten vier Teilnehmende unter Schmerzattacken, wobei sie zwischen diesen Attacken schmerzfrei waren, und drei Teilnehmende empfanden auch zwischen ihren Schmerzattacken Schmerzen. In vier Fällen traten solche Attacken mehrfach täglich auf. Jeweils einmal wurde die Auftretenshäufigkeit mit einmal täglich, mehrfach wöchentlich oder einmal monatlich angegeben.

Von den Patientinnen und Patienten im Bewegungsprogramm verspürten zur Baseline acht Teilnehmende Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen und sieben Teilnehmende Dauerschmerzen mit starken Schwankungen. Daneben gaben vier Teilnehmende des Bewegungsprogramms an, unter Schmerzattacken zu leiden, zwischen diesen jedoch schmerzfrei zu sein. Vier Teilnehmende empfanden ebenfalls solche Schmerzattacken, verspürten jedoch auch zwischen solchen Attacken Schmerzen, wie in Abbildung 81 dargestellt. In vier Fällen traten die Attacken durchschnittlich mehrfach im Monat auf. In zwei Fällen traten sie mehrfach täglich und in einem Fall mehrfach wöchentlich auf, wie in Abbildung 82 ersichtlich. In Abbildung 83 ist die Dauer der Attacken dargestellt. Zu erkennen ist, dass die Attacken am häufigsten von einigen Minuten bis zu mehr als drei Tage andauern konnten.



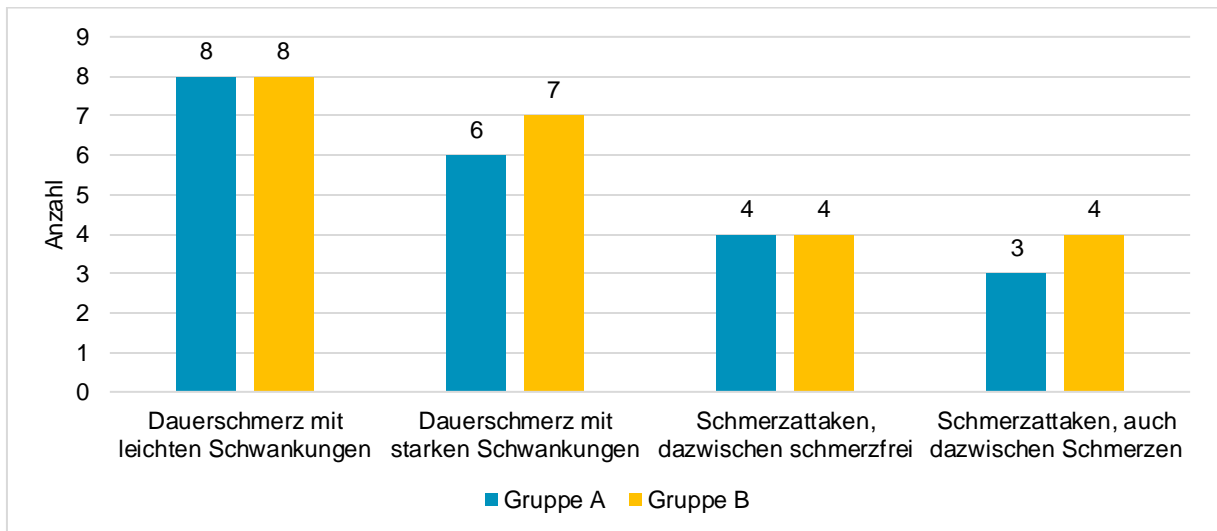


Abbildung 81: Art der Schmerzen aller Patientinnen und Patienten zu Beginn des Behandlungspfades

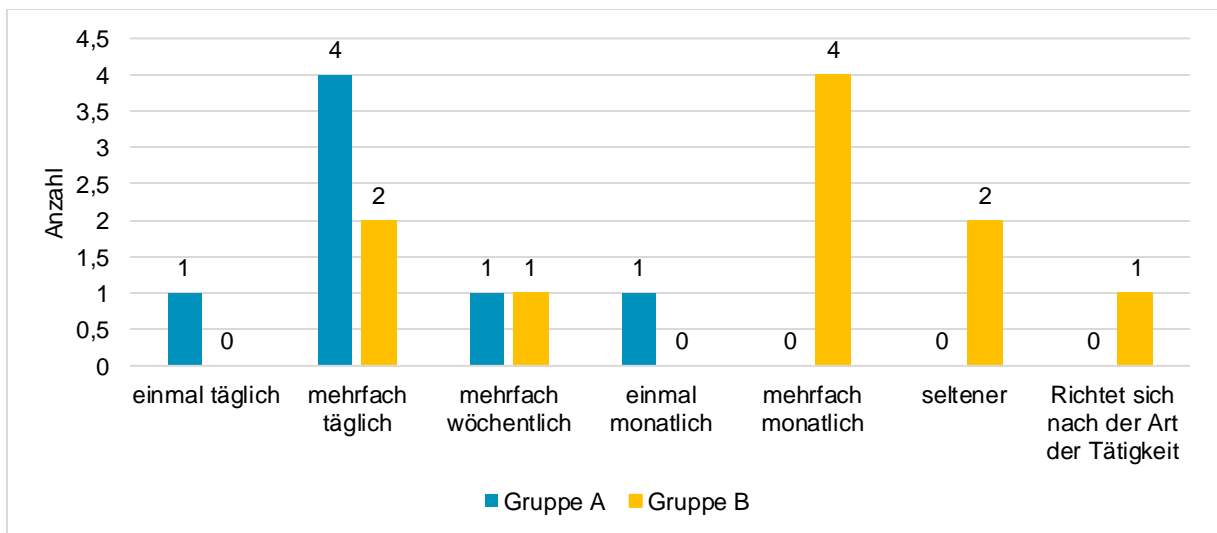


Abbildung 82: Häufigkeit der Schmerzen aller Patientinnen und Patienten vor Beginn des Behandlungspfades

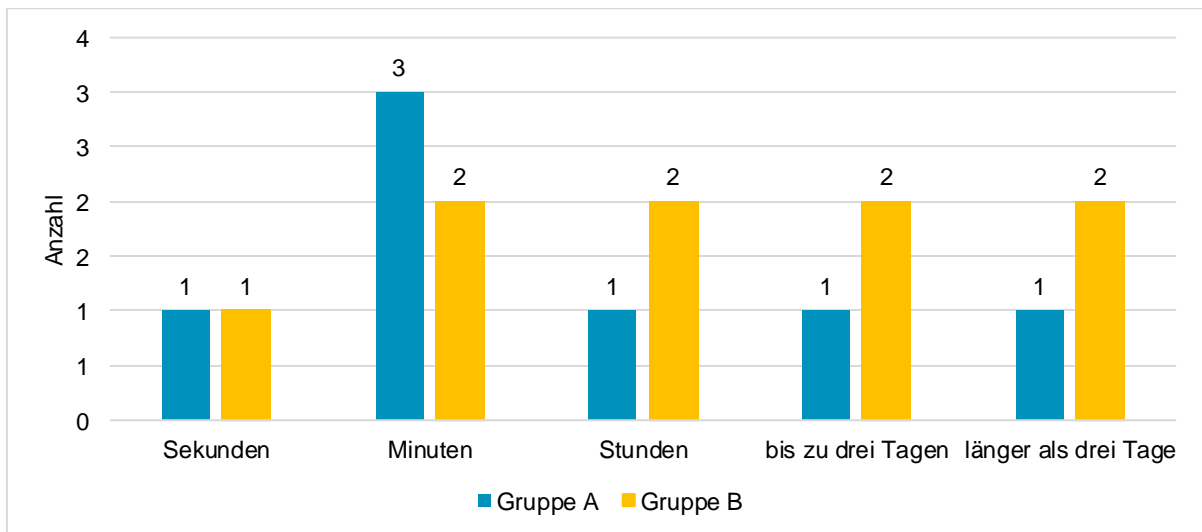


Abbildung 83: Dauer der Schmerzattacken aller Patientinnen und Patienten vor Beginn des Behandlungspfades

Die zwei Akut-Patientinnen und -Patienten im Bewegungsprogramm, deren Schmerzen nach zwölf Monaten weiterhin bestanden, gaben an, denselben Schmerz zu verspüren wie zu Beginn des Behandlungspfades. Bei beiden Teilnehmenden veränderte sich die Art der Schmerzen ebenfalls nicht. Eine Person verspürte immer noch Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen und die andere Person Schmerzattacken, wobei sie schmerzfrei zwischen diesen Attacken war. Die Person mit den Schmerzattacken gab jedoch an, dass ihre Attacken nicht mehr mehrere Tage andauerten, sondern nur noch Minuten. Ein Aufhalten der Chronifizierung konnte für diese beiden Akut-Patientinnen und -Patienten durch den Behandlungspfad nicht erwirkt werden.

Im Fall der zwei Patientinnen und Patienten, die eine alternative Therapieempfehlung erhalten hatten, als chronische Patientinnen und Patienten klassifiziert worden waren und nach zwölf Monaten an den gleichen Schmerzen litten wie zu Beginn, veränderte sich die Art ihrer Schmerzen. Eine Person litt zu Beginn unter Dauerschmerzen mit starken Schwankungen, die andere Person unter Schmerzattacken und Schmerzen zwischen diesen. Beide Teilnehmende empfanden nach zwölf Monaten Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen.

Von den 18 chronisch an Rückenschmerzen erkrankten Patientinnen und Patienten, die am Bewegungsprogramm teilnahmen, gaben nach zwölf Monaten 17 Personen an, unter den gleichen Schmerzen wie zu Beginn des Behandlungspfades zu leiden. Für zwei Personen, die zuvor unter Dauerschmerzen mit starken Schwankungen gelitten hatten, war dies auch nach Ende des Behandlungspfades der Fall. Weitere zwei Personen, die zuvor unter Dauerschmerzen mit starken Schwankungen gelitten hatten, gaben an, nun diese mit leichten Schwankungen zu haben. Ferner berichteten zwei weitere Personen, dass sie nun nicht mehr unter Dauerschmerzen mit starken Schwankungen, sondern unter Schmerzattacken litten, wobei eine Person dazwischen schmerzfrei sei und die andere Person mit Schmerzen dazwischen zu kämpfen hätte. Von den Personen, die zu Anfang angaben, unter Schmerzattacken mit andauernden Schmerzen zu leiden, empfand eine Person nach zwölf Monaten einen Dauerschmerz mit leichten Schwankungen, eine Person Schmerzattacken, wobei sie zwischen diesen schmerzfrei war, und eine weitere Person empfand die gleichen Schmerzen wie zu Beginn des Behandlungspfades. Von den Patientinnen und Patienten, die zu Beginn der Behandlung Schmerzattacken empfanden, zwischen diesen jedoch schmerzfrei waren, gab eine Person an nach zwölf Monaten Dauerschmerzen mit starken Schwankungen zu empfinden und eine weitere Person empfand den gleichen Schmerz wie zu Beginn. In sechs Fällen wurde zur Baseline angegeben, dass ein Dauerschmerz mit leichten Schwankungen empfunden wurde. Zwei dieser Personen verspürten nach Ende des Behandlungspfades Schmerzattacken, zwischen denen sie schmerzfrei war. Drei Personen verspürten nun Dauerschmerzen mit starken Schwankungen und eine Person empfand den gleichen Schmerz wie zu Beginn.

Hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit der Schmerzattacken gaben zwei Teilnehmende an, dass sie einmal bis mehrfach monatlich auftraten und Stunden bis hin zu drei Tagen andauerten. Des Weiteren gab eine Person, die vor dem Bewegungsprogramm bereits unter Schmerzattacken gelitten hatte, nun an, dass diese nur noch nach bestimmten Bewegungen auftraten und nicht wie zuvor mehrfach monatlich. Die Dauer der Attacken veränderte sich bei dieser Person nicht. Die Attacken hielten weiterhin minutenlang an.

Ziel des Behandlungspfades und des pfadspezifischen Bewegungsprogramms war es, die Progression der Chronifizierung aufzuhalten, gemessen an der Schmerzdauer, seiner

Auftretenshäufigkeit und dem Verlauf. Das Bild, das sich nach zwölf Monaten zeigt, ist sehr heterogen. Bei einigen Teilnehmenden konnten die Beschwerden gelindert werden, bei anderen bestanden die Beschwerden weiterhin. Daher lässt sich keine eindeutige Aussage darüber treffen, ob der Behandlungspfad mit seinem pfadspezifischen Bewegungsprogramm die Progression von bereits chronifizierten Rückenschmerzen verhindert.

Innerhalb des Behandlungspfades Rückenschmerz wurde der Schmerzindex (0 bis 10) erhoben, dieser stellt das Schmerzniveau der Patientinnen und Patienten dar. Ziel des Behandlungspfades war die Verbesserung des Schmerzniveaus. Der Schmerzindex wird anhand der aktuellen Schmerzen, den größten Schmerzen der letzten vier Wochen sowie dem durchschnittlichen Schmerz der letzten vier Wochen ermittelt.

Patientinnen und Patienten, denen eine Alternativbehandlung empfohlen worden war, bewerteten ihre aktuelle Schmerzstärke zu Beginn des Behandlungspfades durchschnittlich mit 7,1 Punkten ( $n = 21$ ). Nach dem Ende des Behandlungspfades lag dieser Wert bei durchschnittlich 3,3 Punkten, wobei hier lediglich von sechs Teilnehmenden Daten vorlagen ( $n = 6$ ). Im Durchschnitt gaben diese Patientinnen und Patienten ihre Schmerzstärke der letzten vier Wochen vor dem Start des Behandlungspfades mit 7,4 Punkten an. Nach zwölf Monaten konnte die Punktzahl auf 3,7 reduziert werden. Den größten Schmerz der letzten vier Wochen bewerteten die Teilnehmenden zur Baseline mit durchschnittlich 8,5 Punkten. Bei der Abschlussbehandlung bewerteten die Patientinnen und Patienten mit einer alternativen Therapieempfehlung ihren größten Schmerz mit durchschnittlich 4,3 Punkten. Zur Baseline erreichten diese Patientinnen und Patienten durchschnittlich einen Schmerzindex von 7,7 Punkten. Dieser Schmerzindex konnte nach zwölf Monaten auf 3,8 Punkte reduziert werden. Hinsichtlich der Schmerzstärke, die nach einer erfolgreichen Behandlung als erträglich angesehen wurde, wurden von den Patientinnen und Patienten mit einer alternativen Therapieempfehlung durchschnittlich 3,7 Punkte angegeben. Nach zwölf Monaten erreichten drei dieser Patientinnen und Patienten die Schmerzstärke, die sie nach einer erfolgreichen Behandlung als erträglich angegeben hatten. Zur Abschlussbehandlung lagen von 16 Patientinnen und Patienten, denen im Assessment eine alternative Behandlung zum pfadspezifischen Bewegungsprogramm empfohlen worden war, keine Daten vor.

Im Vergleich dazu gaben die Patientinnen und Patienten im Bewegungsprogramm zur Baseline ihre momentane Schmerzstärke mit durchschnittlich 6,4 Punkten an ( $n = 23$ ). Nach zwölf Monaten wurde die momentane Schmerzstärke auf durchschnittlich 4,4 Punkte reduziert. Ihre durchschnittliche Schmerzstärke der letzten vier Wochen vor Beginn des Behandlungspfades bewerteten die Teilnehmenden des Bewegungsprogramms mit 6,8 Punkten. Nach zwölf Monaten gaben sie nur noch eine Schmerzstärke von durchschnittlich 4,7 Punkten an. In den letzten vier Wochen vor Beginn des Behandlungspfades bewerteten die Patientinnen und Patienten im Bewegungsprogramm ihre größten Schmerzen mit 8,7 Punkten. Zum Ende des Behandlungspfades erreichten die größten Schmerzen der letzten vier Wochen nur noch eine durchschnittliche Punktzahl von 6,6 Punkten. Alle Patientinnen und Patienten im Bewegungsprogramm machten zum Zeitpunkt der Abschlussbehandlung eine Angabe zu ihren empfundenen Schmerzen. Zu Beginn erreichten die Patientinnen und Patienten im Bewegungsprogramm somit im Durchschnitt einen Schmerzindex von 7,3 Punkten. Dieser konnte nach zwölf Monaten auf 5,2 Punkte reduziert werden. Anhand der Daten konnte für die Patientinnen und Patienten im Bewegungsprogramm eine statistisch signifikante Veränderung des Schmerzniveaus nachgewiesen werden ( $n = 23$ ;  $df = 22$ ;  $p = 0,000$ ). Insgesamt konnte das Schmerzniveau bei Patientinnen und

Patienten, die am Bewegungsprogramm des Behandlungspfades Rückenschmerz teilnahmen, verbessert werden. Auf die Frage nach der Schmerzstärke, die nach einer erfolgreichen Behandlung erträglich wäre, wurden im Durchschnitt 3,2 Punkte angegeben. Nach Beendigung des Behandlungspfades erreichten sechs der Patientinnen und Patienten, die am Bewegungsprogramm teilgenommen hatten, eine Schmerzstärke, die sie zu Beginn als erträglich nach einer erfolgreichen Behandlung angegeben hatten.

Unabhängig davon, welche Therapie sie erhalten hatten, gaben 29 Patientinnen und Patienten an, dass ihre Schmerzen im Durchschnitt um 43,7 % abgenommen haben. Ferner betrachteten 16 dieser Patientinnen und Patienten den Erfolg ihrer Behandlung als sehr gut bis gut. Zehn Personen fanden den Erfolg zufriedenstellend und drei Personen bewerteten den Erfolg der Behandlung als weniger gut.

### *Gesundheitskompetenz*

Die Gesundheitskompetenz aller Patientinnen und Patienten wird in drei Klassen differenziert. Zur Baseline wiesen 14 Patientinnen und Patienten nach eigener Aussage eine ausreichende, 13 Personen eine problematische und 13 Personen eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf. In fünf Fällen liegen keine Daten vor. Von den Patientinnen und Patienten, die nach zwölf Monaten erneut Angaben zu ihrer Gesundheitskompetenz machten, gaben zwölf Personen an, eine ausreichende Gesundheitskompetenz zu haben. Weitere zwölf Teilnehmende verfügten über eine problematische Gesundheitskompetenz und vier Teilnehmende sahen ihre Gesundheitskompetenz als inadäquat an, wie Abbildung 84 veranschaulicht. In einem Fall liegen keine Daten zur Gesundheitskompetenz vor.

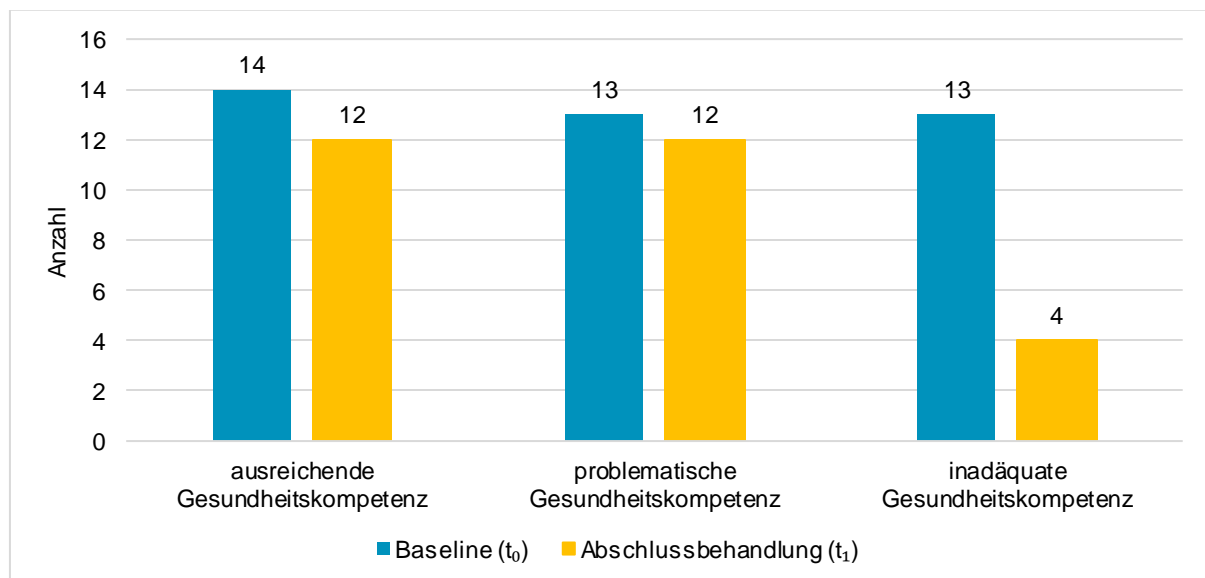


Abbildung 84: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz aller Patientinnen und Patienten im Behandlungspfad Rückenschmerz

Ein Ziel des Behandlungspfades Rückenschmerz ist, durch die Teilnahme die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu fördern. In Abbildung 85 ist die Einschätzung zur Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten dargestellt, die am pfadspezifischen Bewegungsprogramm teilgenommen haben. Zur Baseline gaben acht dieser Teilnehmenden an, über eine ausreichende Gesundheitskompetenz zu verfügen, sieben Teilnehmende sahen ihre Gesundheitskompetenz als problematisch und weitere sieben Teilnehmende als inadäquat an. In einem Fall wurden keine Angaben gemacht. Nach zwölf

Monaten konnte eine ausreichende Gesundheitskompetenz bei neun Patientinnen und Patienten festgestellt werden, die das Bewegungsprogramm erfolgreich absolviert haben. Acht Teilnehmende implizierten mit ihren Angaben eine problematische und weitere vier Teilnehmende eine inadäquate Gesundheitskompetenz. In zwei Fällen wurden keine Angaben gemacht. Fünf Personen zeigten nach zwölf Monaten eine Steigerung der Gesundheitskompetenz, während 13 Personen keine Veränderung ihrer Gesundheitskompetenz aufwiesen. In zwei Fällen gaben die Teilnehmenden mit Bewegungsprogramm eine Verschlechterung ihrer Gesundheitskompetenz an. Hinsichtlich der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten konnte keine statistisch signifikante Veränderung nachgewiesen werden ( $n = 20$ ;  $W = 2$ ;  $p = 0,080$ ). Demzufolge kann nicht gezeigt werden, dass die Teilnahme am Behandlungspfad Rückenschmerz und dem pfadspezifischen Bewegungsprogramm bei den Patientinnen und Patienten zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz führt.

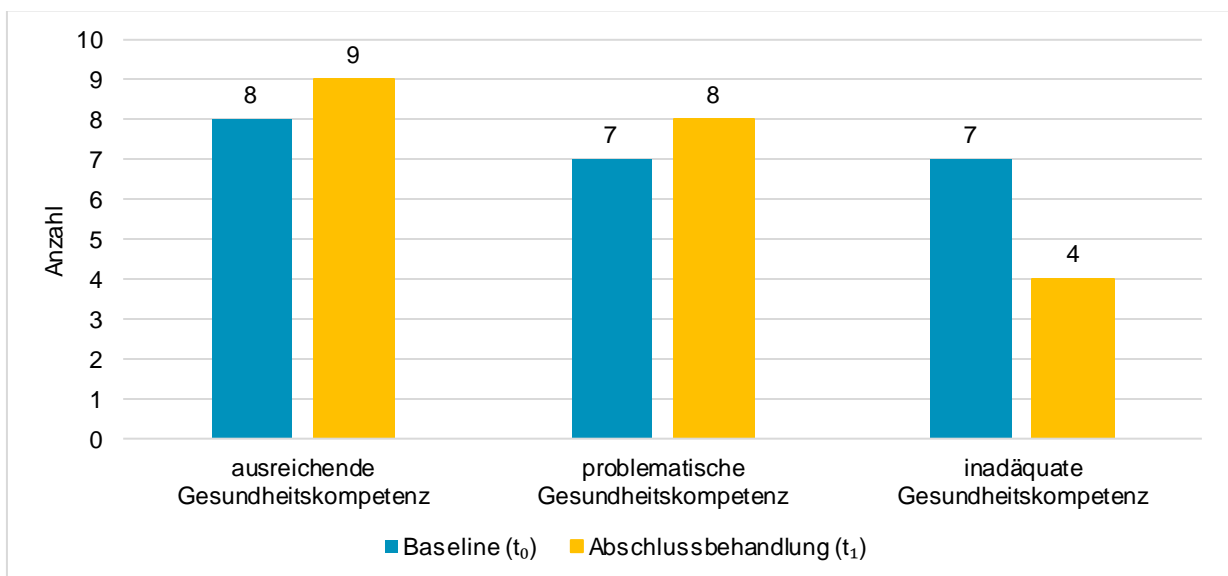


Abbildung 85: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten (Gruppe B)

### Lebensqualität

Die Lebensqualität aller Patientinnen und Patienten gestaltete sich sehr heterogen, wie aus den Abbildung 86 bis Abbildung 90 hervorgeht. Zur Baseline gaben elf Teilnehmende an, keine Probleme zu haben, herumzugehen. Demgegenüber litten 25 Teilnehmende an leichten bis mäßigen Problemen bezogen auf ihre Beweglichkeit und Mobilität, dargestellt in Abbildung 86. Darüber hinaus gaben drei Teilnehmende an, große Probleme beim Herumgehen zu haben. Zu sechs Personen liegen keine Angaben vor. Zur Abschlussbehandlung gaben zwölf Personen an, keine Probleme in ihrer Beweglichkeit und Mobilität zu verspüren. Ferner empfanden 15 Teilnehmende leichte bis mäßige Probleme. Keine Person hatte große Probleme in ihrer Beweglichkeit. Zu zwei Patientinnen und Patienten fehlen Angaben.

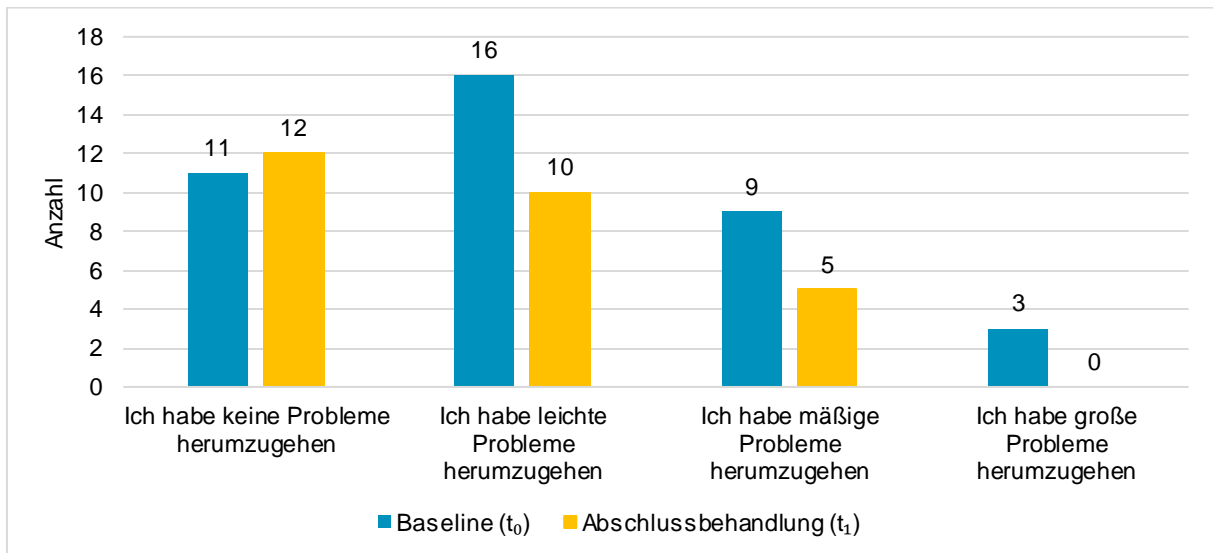


Abbildung 86: Verteilung der Beweglichkeit/Mobilität aller Patientinnen und Patienten im Behandlungspfad Rückenschmerz

Aus Abbildung 87 ist ersichtlich, dass der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten (73,3 %) zur Baseline keine Probleme hinsichtlich der Selbstversorgung erlebte. Dieses Bild hat sich nach zwölf Monaten kaum geändert, 25 Patientinnen und Patienten (86,2 %) verspürten keine Einschränkung hinsichtlich der Selbstversorgung. In Bezug auf die Bewältigung alltäglicher Tätigkeiten berichtete die Mehrheit der Befragten zu Beginn des Behandlungspfad, leichte bis mäßige Probleme zu verspüren (n = 30). Darüber hinaus gaben neun Personen an, keine Probleme zu verspüren und eine Person empfand große Probleme bezogen auf die Bewältigung alltäglicher Tätigkeiten, wie aus Abbildung 88 hervorgeht. In fünf Fällen wurden keine Angaben gemacht. Nach zwölf Monaten gaben acht Teilnehmende an, keine Probleme zu verspüren und 19 Teilnehmende berichteten von leichten bis mäßigen Problemen. In zwei Fällen wurde keine Angabe gemacht.

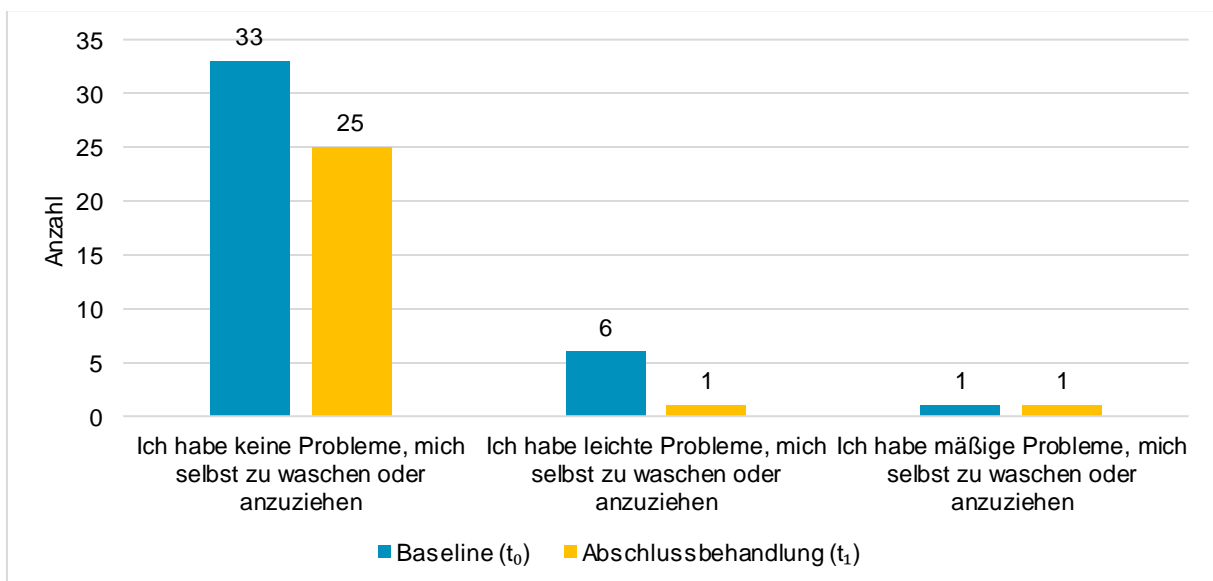


Abbildung 87: Verteilung nach Selbstversorgungsgrad aller Patientinnen und Patienten

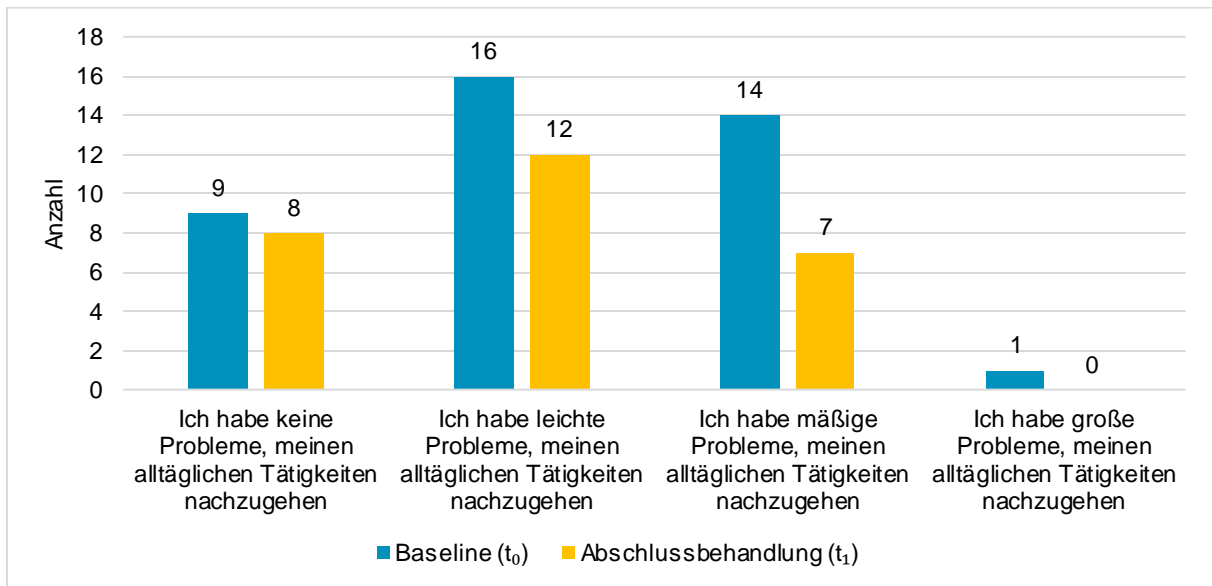


Abbildung 88: Verteilung hinsichtlich der Kompetenz, alltäglichen Tätigkeiten nachgehen zu können

Beim Vergleich der Angaben zu Schmerzen oder körperlichen Beschwerden wird deutlich, dass zur Baseline 24 Patientinnen und Patienten mäßige Schmerzen oder Beschwerden verspürten, wie in Abbildung 89 zu erkennen ist. Neun Teilnehmende gaben an, leichte Schmerzen und Beschwerden zu haben. Darüber hinaus litten fünf Teilnehmende unter großen Schmerzen und Beschwerden. Nur zwei Patientinnen und Patienten berichteten, keine Schmerzen oder Beschwerden zu empfinden. Fünf Patientinnen und Patienten machten keine Angaben. Nach zwölf Monaten gaben zwölf Patientinnen und Patienten an, unter leichten Schmerzen zu leiden. Weitere zwölf Teilnehmende empfanden mäßige und eine Person große Schmerzen. Nur zwei Patientinnen und Patienten gaben keine Schmerzen oder Beschwerden an. In zwei Fällen lagen keine Daten vor.

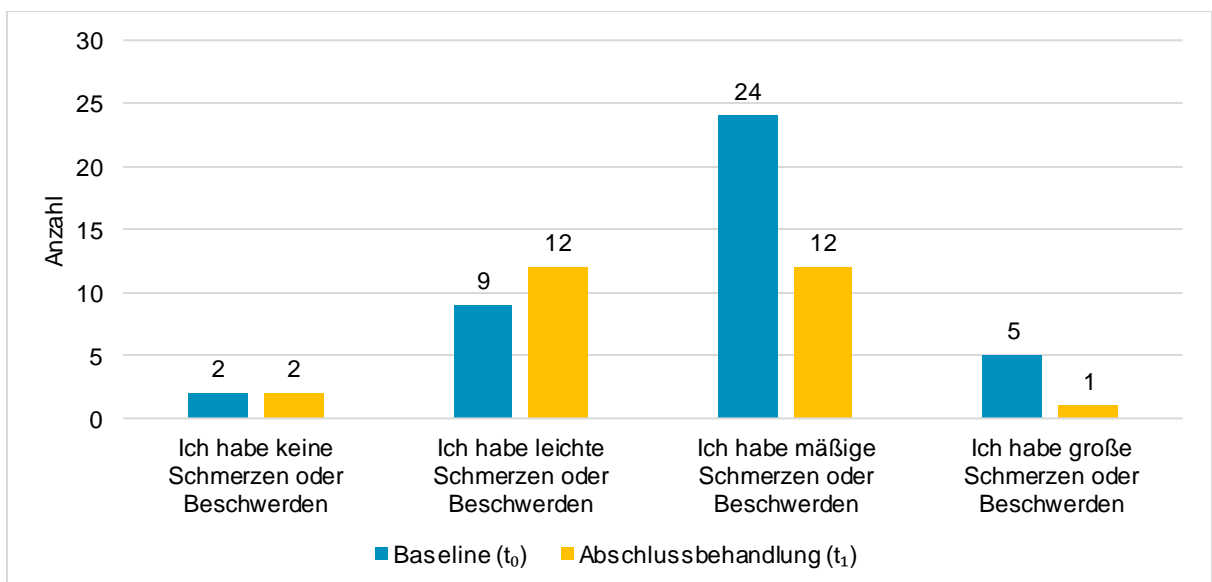


Abbildung 89: Verteilung von Schmerzen/körperlichen Beschwerden aller Patientinnen und Patienten

In Abbildung 90 ist zu erkennen, dass zur Baseline 16 Patientinnen und Patienten keine Angst oder Niedergeschlagenheit verspürten. Hingegen gaben zwölf Personen an, ein wenig

ängstlich oder deprimiert zu sein, und elf Personen berichteten, mäßig unter Angst oder Niedergeschlagenheit zu leiden. Darüber hinaus gab eine Person an, sehr ängstlich oder niedergeschlagen zu sein. Zu fünf Teilnehmenden lagen keine Informationen vor. Bei der abschließenden Befragung gaben 15 Patientinnen und Patienten an, nicht ängstlich oder niedergeschlagen zu sein, sieben Teilnehmende verspürten ein wenig und weitere fünf Teilnehmende mäßige Angst oder Niedergeschlagenheit. Zwei Teilnehmende machten keine Angaben.

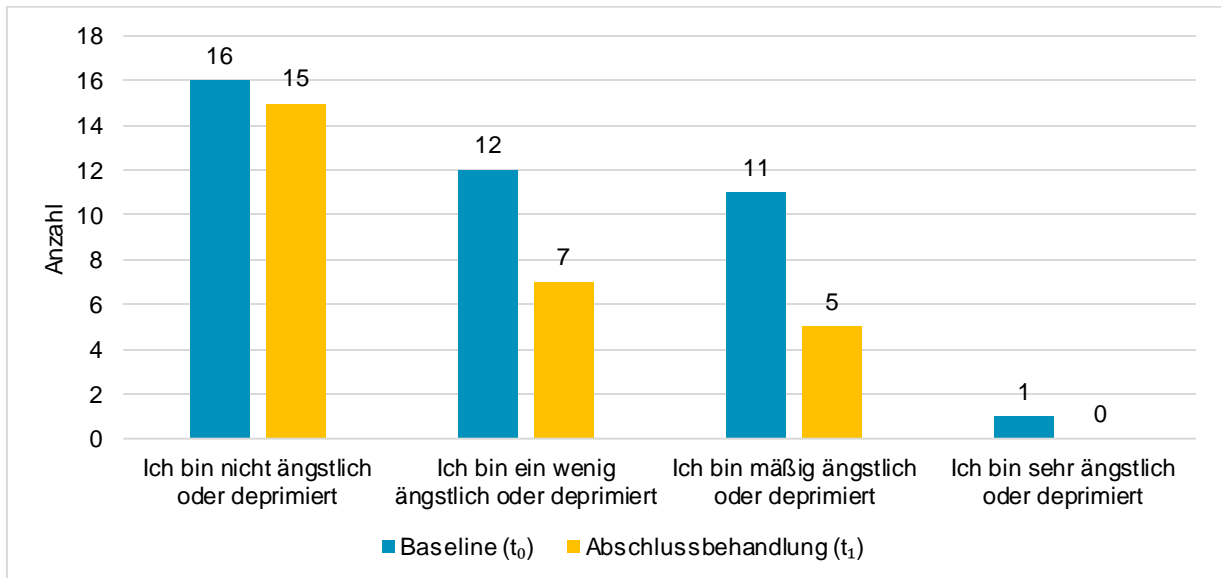


Abbildung 90: Verteilung von Angst/Niedergeschlagenheit aller Patientinnen und Patienten

Die Teilnahme am Behandlungspfad Rückenschmerz sollte zu einer Steigerung der Lebensqualität führen. Hierfür wurde der Prä-Post-Vergleich des EQ-5D-5L-Index für die Patientinnen und Patienten durchgeführt, die das pfadspezifische Bewegungsprogramm erhielten. Für diese Patientinnen und Patienten konnte hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eine statistisch signifikante Veränderung nachgewiesen werden ( $n = 18$ ;  $W = 2$ ;  $p = 0,001$ ). Folglich führte die Teilnahme am Behandlungspfad Rückenschmerz für Patientinnen und Patienten, die das Bewegungsprogramm erhalten haben, zu einer Verbesserung der Lebensqualität.

Insgesamt bewerteten die Patientinnen und Patienten mit dem pfadspezifischen Bewegungsprogramm ihren aktuellen Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100 zu Beginn des Behandlungspfades durchschnittlich mit 67,5 Punkten und zur Abschlussuntersuchung mit 77,8 Punkten. Gemessen an der VAS konnte ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten mit einer Teilnahme am pfadspezifischen Bewegungsprogramm durch den Behandlungspfad nachgewiesen werden ( $n = 19$ ;  $df = 18$ ;  $p = 0,003$ ).



### Gesundheitsfragebogen

Zur Baseline zeigten insgesamt zwölf Patientinnen und Patienten keine depressiven Symptome, wie aus Abbildung 91 hervorgeht. Daneben litten 15 Teilnehmende an leichten, unerschwelligen depressiven Symptomen. Zwölf Patientinnen und Patienten berichteten zu Beginn des Behandlungspfades von mittleren und eine Person von ausgeprägten depressiven Symptomen. In fünf Fällen wurden keine Angaben gemacht. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt verspürten elf Teilnehmende keine depressiven Symptome. Des Weiteren gaben zehn Patientinnen und Patienten an, dass sie leichte, unerschwellige depressive Symptome hätten. Ferner berichteten sieben Patientinnen und Patienten, unter mittleren depressiven Symptomen zu leiden. Eine Person machte keine Angaben.

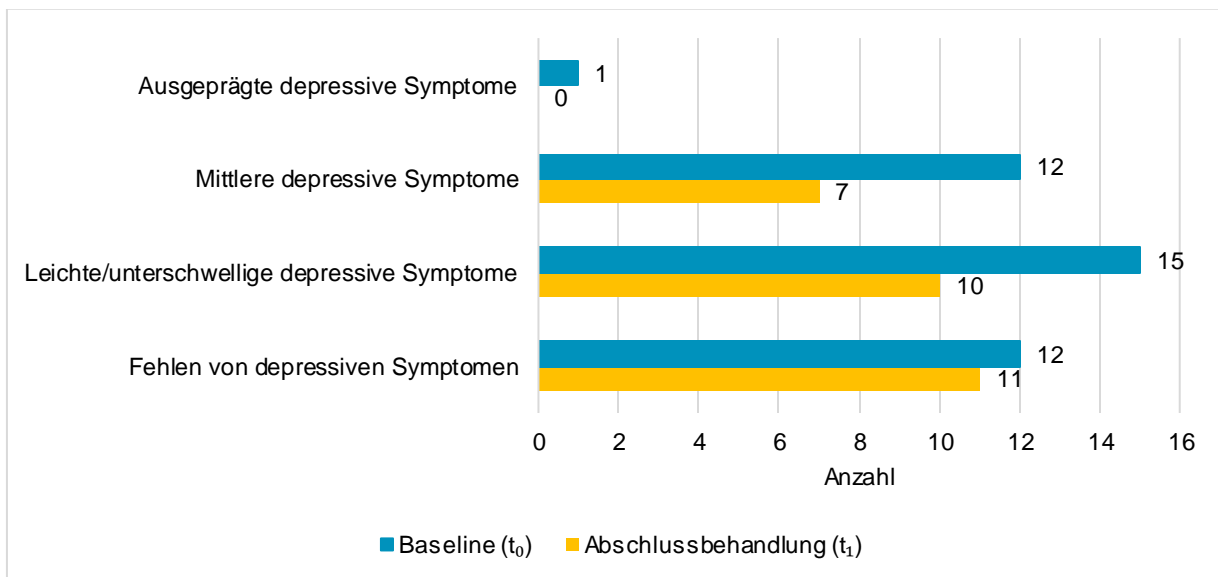


Abbildung 91: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten

Bei der Betrachtung der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit einer Teilnahme am Bewegungsprogramm zeichnete sich ein ähnliches Bild ab. Zur Baseline gaben acht Teilnehmende an, keine depressiven Symptome zu haben. Darüber hinaus verspürten acht Teilnehmende leichte, unerschwellige depressive Symptome und sechs Teilnehmende mittlere depressive Symptome. Eine Person machte keine Angabe. Nach zwölf Monaten wiesen sieben Teilnehmende keine depressiven Symptome auf. Darüber hinaus konnten für neun Personen leichte, unerschwellige depressive Symptome und in fünf Fällen mittlere depressive Symptome festgestellt werden, wie in Abbildung 91 dargestellt. Zur Abschlussuntersuchung machten zwei Teilnehmende keine Angaben.

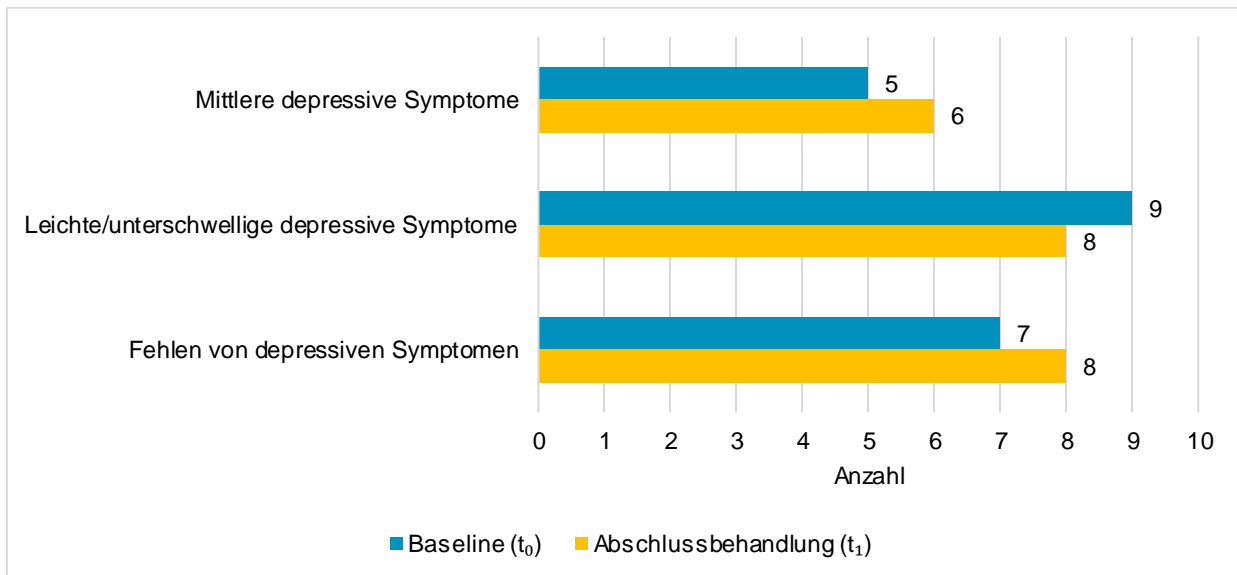


Abbildung 92: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten (Gruppe B)

Innerhalb der zwölfmonatigen Intervention sollte der PHQ-9-Summenscore, der für die Messung der Depressivität verwendet wird, stabilisiert oder gesenkt werden. Je niedriger der PHQ-9-Summenscore ist, desto schwächer sind die depressiven Symptome ausgeprägt. Ein PHQ-9-Summenscore von 0 bis 4 weist beispielsweise auf das Fehlen von depressiven Symptomen hin. Im Verlauf des Behandlungspfades Rückenschmerz verringerte sich der PHQ-9-Summenscore bei neun Patientinnen und Patienten, die am Bewegungsprogramm teilnahmen. In sieben Fällen veränderte sich der PHQ-9-Summenscore nicht, sodass eine Veränderung der Schwere der Depressivität nicht feststellbar war. Bei vier Personen stieg aufgrund ihrer Angaben der PHQ-9-Summenscore, was auf eine Verschlechterung der Ausprägung ihrer depressiven Symptome deutet. Es konnte keine statistisch signifikante Veränderung des PHQ-9-Summenscores aufgrund der Teilnahme an dem pfadspezifischen Bewegungsprogramm im Behandlungspfad Rückenschmerz bei den Patientinnen und Patienten festgestellt werden ( $n = 20$ ;  $W = 4$ ;  $p = 0,072$ ).

### Zufriedenheit

Insgesamt zeigten sich alle Patientinnen und Patienten durchweg in allen Bereichen als eher bis sehr zufrieden bzw. hatten großes Vertrauen in die Fähigkeiten ihrer Behandler sowohl zur Baseline als auch zur Abschlussbefragung, wie aus den Abbildung 93 bis 101 hervorgeht.

Die Mehrheit zeigte sich mit der Praxisorganisation zufrieden. Sieben Teilnehmende äußerten sich als eher bis sehr unzufrieden zur Baseline. Nach zwölf Monaten äußerten sich noch zwei Befragte als eher unzufrieden, wie in Abbildung 93 zu erkennen ist. Ein ähnliches Bild zeichnet sich für die Zufriedenheit mit der Partizipation ab, wie aus Abbildung 100 abzulesen ist. Der Großteil der Patientinnen und Patienten äußerte sich zufrieden mit der Partizipation. Zur Baseline gaben acht Patientinnen und Patienten an, dass sie mit der Partizipation eher bis sehr unzufrieden seien. Nach Beendigung des Behandlungspfades äußerten sich noch vier Teilnehmende eher bis sehr unzufrieden mit der Partizipation.

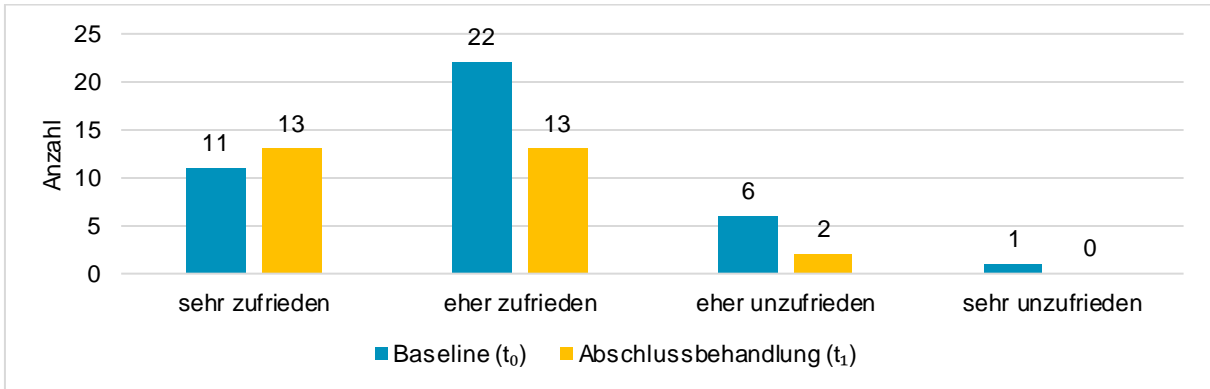


Abbildung 93: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation

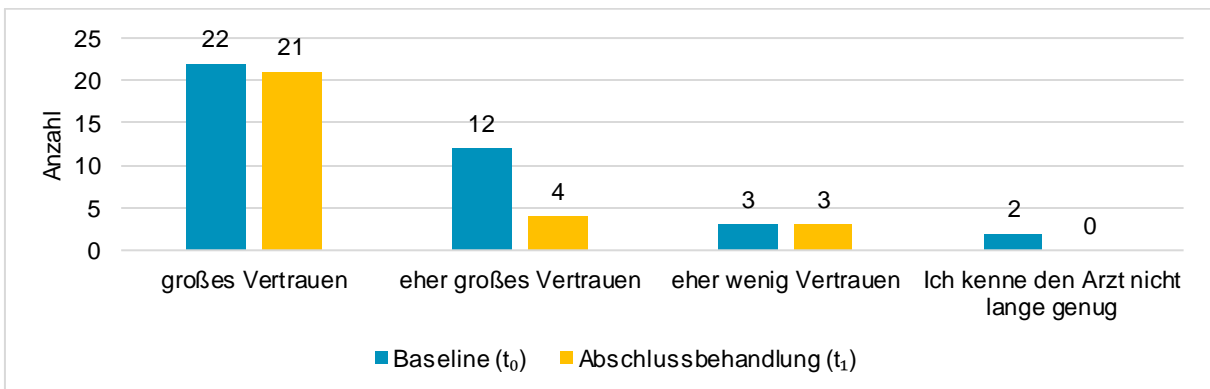


Abbildung 94: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“

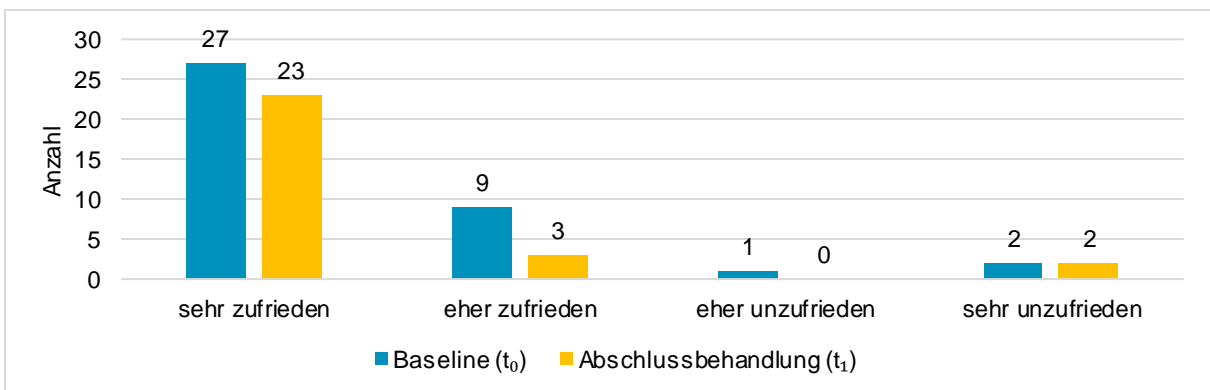


Abbildung 95: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz

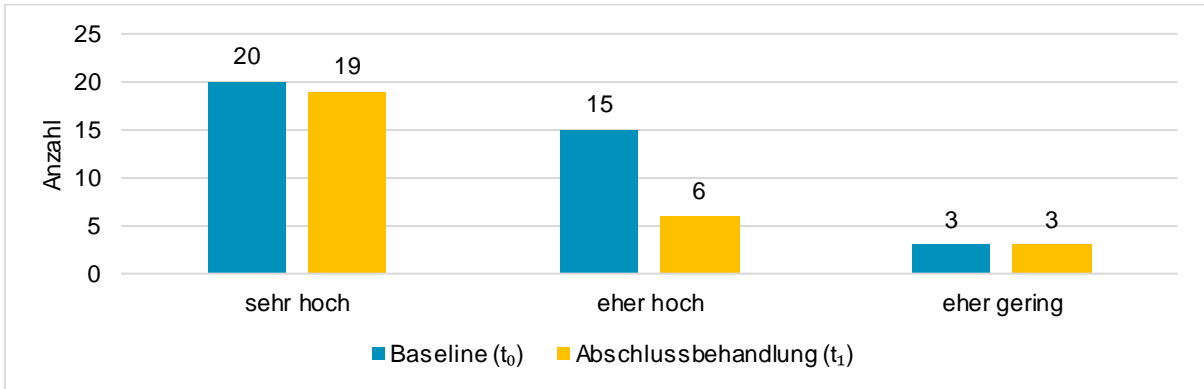


Abbildung 96: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“

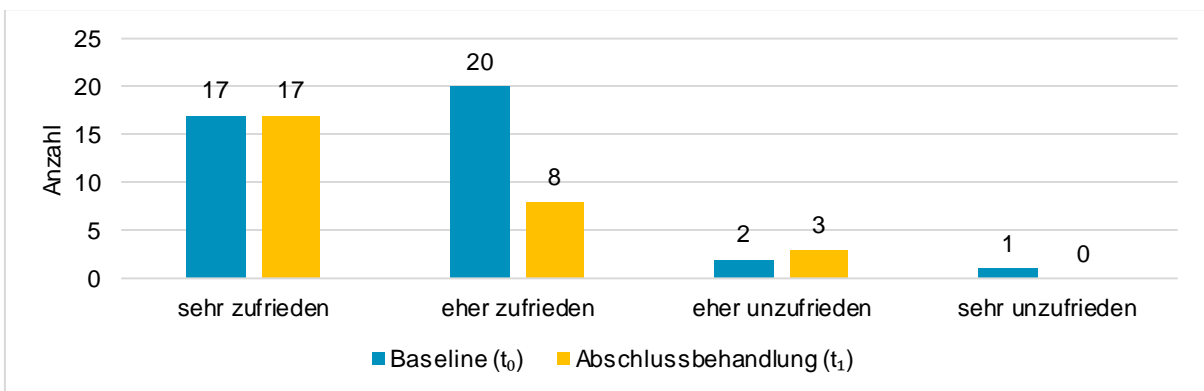


Abbildung 97: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

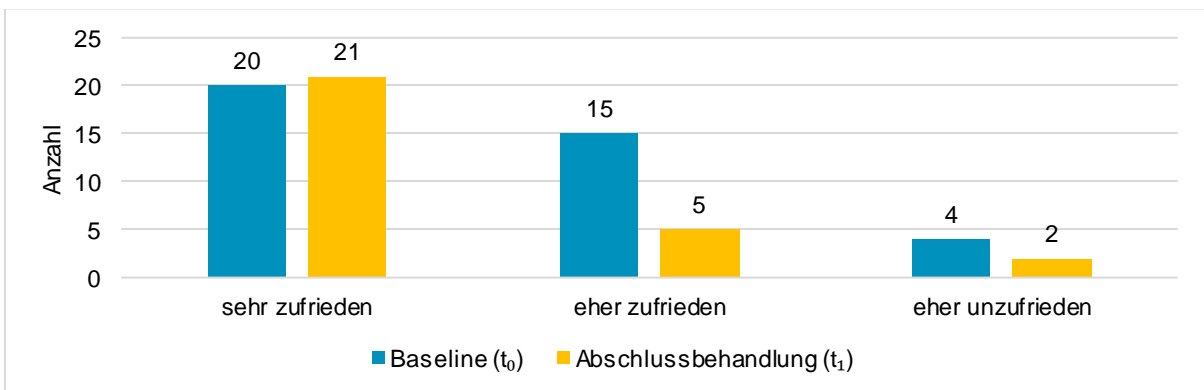


Abbildung 98: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“

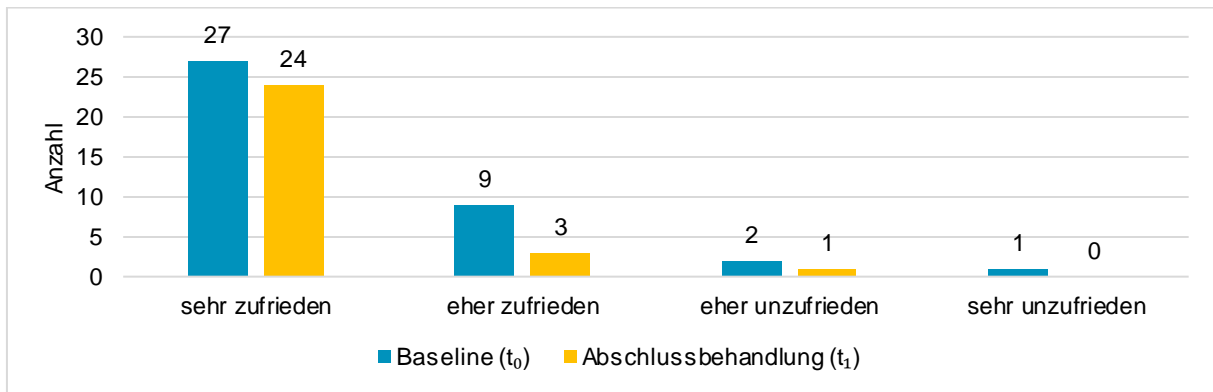


Abbildung 99: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion

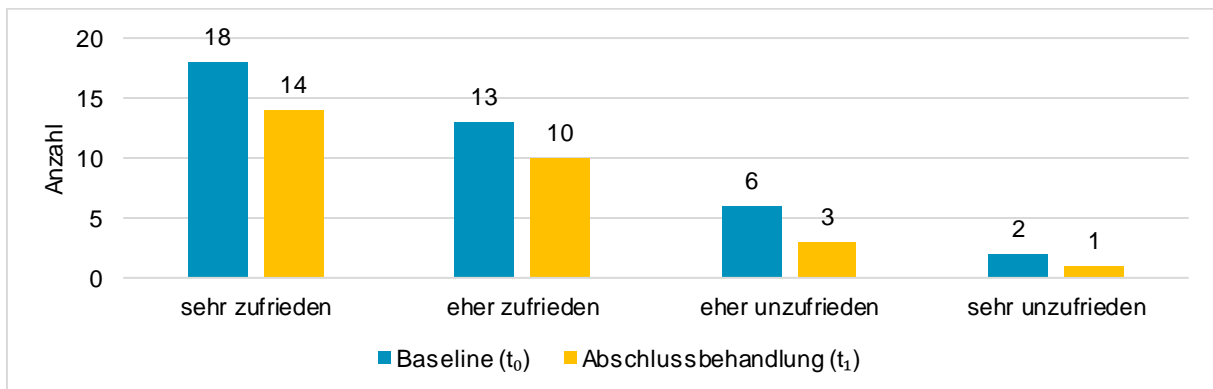


Abbildung 100: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation

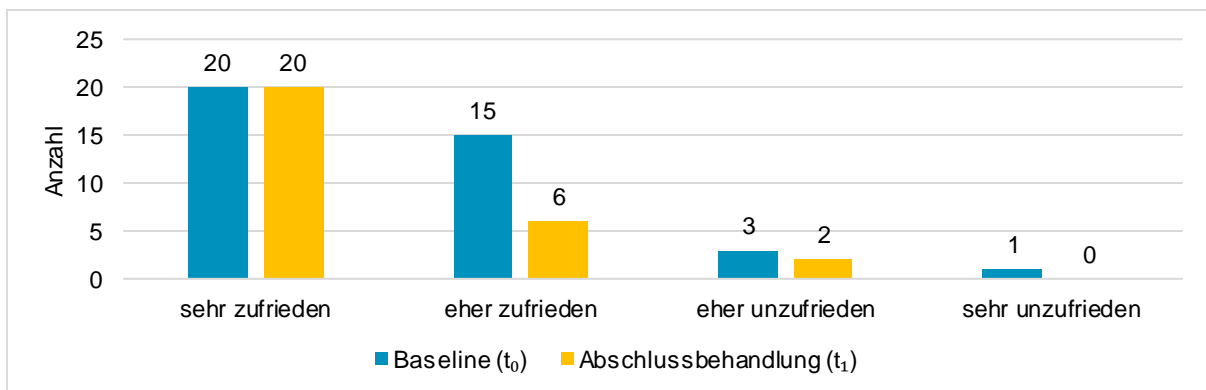


Abbildung 101: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“

### Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

In die gesundheitsökonomische Evaluation konnten insgesamt 15 Versicherte der AOK Nordost – Die Gesundheitskrankenkasse und der BARMER eingeschlossen werden. Durch die kleine Stichprobengröße können bereits kleine Ausreißer die Ergebnisse stark beeinflussen.

### Krankenhausaufenthalte

Die Analyse der Krankenhausaufenthalte zeigte, dass die durchschnittliche Anzahl an Krankenhausaufenthalten im Vorbeobachtungszeitraum 0,10 Aufenthalte pro Versicherten und während des Nachbeobachtungszeitraums 0,63 Aufenthalte pro Versicherten betrug. Insgesamt stiegen die Krankenhausaufenthalte um durchschnittlich 0,53 Aufenthalte pro Person im Nachbeobachtungszeitraum an. Es wurden keine teilstationären Krankenhausaufenthalte in beiden Betrachtungszeiträumen dokumentiert.

Im Vorbeobachtungszeitraum hatten zwei von 15 Patientinnen und Patienten mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt. In den darauffolgenden individuellen Beobachtungszeiträumen wurden fünf Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Daraus resultiert eine Steigerung der Hospitalisierungsrate um 20,0%.

### Stationäre Notfallaufnahmen

Während des Vorbeobachtungszeitraums wurde keine Patientin bzw. kein Patient aufgrund einer stationären Notfallaufnahme behandelt. Im Nachbeobachtungszeitraum konnte für zwei Patientinnen und Patienten mindestens eine stationäre Notfallaufnahme dokumentiert werden. Somit betrug der Anteil der Patienten, die mindestens eine stationäre Notfallaufnahme im Nachbeobachtungszeitraum verzeichneten, 13,3 %.

### Versorgungsleistungen

Insgesamt nahmen alle Patientinnen und Patienten im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum die Leistungen einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes in Anspruch. Darüber hinaus nahmen zehn Patientinnen und Patienten im Vorbeobachtungszeitraum die Leistungen einer Fachärztin bzw. eines Facharztes aus dem Fachbereich der Orthopädie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, physikalischen und rehabilitativen Medizin/Physiotherapie oder Radiologie in Anspruch, das entspricht einem Anteil von 66,7 %. Während des Nachbeobachtungszeitraums waren zwölf Patientinnen und Patienten (80,0 %) mindestens einmal bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, physikalischen und rehabilitativen Medizin/Physiotherapie oder Radiologie in Behandlung gewesen. Somit wurde die Rate um 13,3 % gesteigert.

Bei einer detaillierten Betrachtung von Physiotherapieleistung konnte festgestellt werden, dass sowohl im Vor- als auch Nachbeobachtungszeitraum elf Patientinnen und Patienten mindestens eine Verordnung für Physiotherapie erhalten haben. Durchschnittlich erhielten die Patientinnen und Patienten bezogen auf alle 15 Patienten im Vorbeobachtungszeitraum 14,4 Physiotherapieleistungen. Während der Teilnahme am Behandlungspfad Rückenschmerz konnten die durchschnittlichen Physiotherapieleistungen auf 9,8 Leistungen pro Person reduziert werden.

Des Weiteren wurde dokumentiert, dass 40,0 % der Patientinnen und Patienten mindestens ein Schmerzmedikament im Vorbeobachtungszeitraum verordnet bekommen haben. Während des Nachbeobachtungszeitraums wurden nur noch 33,3 % der Patientinnen und Patienten ein Medikament gegen Schmerzen verordnet. Der Anteil der Personen mit mindestens einer Arzneimittelverordnung für ein Schmerzmedikament konnte somit in der Gruppe der Teilnehmenden um 6,7 % gesenkt werden.

Im Zuge der Analysen konnte festgestellt werden, dass Patientinnen und Patienten im Vorbeobachtungszeitraum durchschnittlich 55,6 Tage pro Person aufgrund von einer Rückenschmerzassoziierten Diagnose arbeitsunfähig waren. Während der Teilnahme am Behandlungspfad Rückenschmerz stieg die Anzahl der Tage auf durchschnittlich 58,1 Tage pro Person an.

### Kosten

Im Rahmen der Kostenanalyse wurden die durchschnittlichen Kosten pro Patientin bzw. Patient in den einzelnen Kostenkomponenten (Leistungsbereiche) sowie den Gesamtkosten ermittelt. Zu den einzelnen Komponenten zählen Kosten aus dem stationären und ambulanten Bereich, Arzneimittelkosten, Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Heil- und Hilfsmittelkosten, Kosten der häuslichen Krankenpflege sowie Kosten aufgrund von Fahrten zu einer medizinischen Behandlung. In den Gesamtkosten sind keine Kosten aufgrund von Pflegeleistungen enthalten. Im Mittel betragen die Arzneimittelkosten im Vorbeobachtungszeitraum 1.175,21 € pro Person und im Nachbeobachtungszeitraum 1.002,15 € pro Person, wie in Tabelle 24 abgebildet ist. Die Kosten konnten somit um 173,06 € gesenkt werden. Neben den Arzneimittelkosten konnten ebenfalls die Heil- (-41,17 €) und Hilfsmittel (-59,38 €) sowie die Kosten der häuslichen Krankenpflege (-12,11 €) über den Betrachtungszeitraum reduziert werden. Im Bereich der ambulanten Leistungen lagen die Kosten im Vorbeobachtungszeitraum bei 901,71 € pro Person sowie im Nachbeobachtungszeitraum bei 796,93 € pro Person und konnten somit um 104,78 € gesenkt werden. Analog zu den zuvor erwähnten angestiegenen Krankenhausaufenthalten stiegen auch die Kosten der stationären Leistungen im Mittel an, so zeigte sich eine Erhöhung um 1.958,51 €. Des Weiteren fielen Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Vorbeobachtungszeitraum von 3.912,79 € pro Person und im Nachbeobachtungszeitraum von 7.489,97 € pro Person an.

Die Gesamtkosten lagen im Vorbeobachtungszeitraum durchschnittlich bei 6.814,17 € pro Patientin bzw. Patient und im Nachbeobachtungszeitraum durchschnittlich bei 12.007,84 € pro Patientin bzw. Patient (Minimum: 187,20 €, Maximum: 62.321,69 €). Es wurde ein Anstieg der Gesamtkosten von 5.193,67 € verzeichnet.

Tabelle 27: Durchschnittliche Kosten pro Versicherten im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum

Ø Kosten	Vorbeobachtungszeitraum	Nachbeobachtungszeitraum	Differenz
<b>Stationäre Leistungen</b>	452,28 €	2.410,78 €	1.958,51 €
<b>Ambulante Leistungen</b>	901,71 €	796,93 €	-104,78 €
<b>Arzneimittel</b>	1.175,21 €	1.002,15 €	-173,06 €
<b>Arbeitsunfähigkeit<sup>§</sup></b>	3.912,79 €	7.489,97 €	3.577,18 €
<b>Heilmittel</b>	271,68 €	230,51 €	-41,17 €
<b>Hilfsmittel</b>	83,32 €	23,94 €	-59,38 €
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	12,11 €	0,00 €	-12,11 €
<b>Fahrtkosten</b>	5,07 €	53,56 €	48,49 €
<b>Gesamt*</b>	6.814,17 €	12.007,84 €	5.193,67 €

\* $p < 0,05$ ; \*es kann zu Rundungsabweichungen kommen; <sup>§</sup>Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit sind abhängig vom Einkommen.

#### 4.4.3. Behandlungspfad Adipositas

Bis Ende 2019 konnten die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte insgesamt 57 Patientinnen und Patienten in den sektorenübergreifenden Behandlungspfad Adipositas einschreiben. Die geplante Fallzahl von 90 Patientinnen und Patienten wurde somit nicht erreicht.

Von den initial 57 eingeschlossenen Patientinnen und Patienten konnten Daten für 56 Teilnehmende zur Baseline erfasst werden. In den Prä-Post-Vergleich wurden Patientinnen und Patienten eingeschlossen, zu denen sowohl Daten zur Baseline als auch nach zwölf Monaten vorlagen. Bis zum 31.12.2020 konnten Daten von 56 Fällen zur Baseline und von 32 Fällen nach zwölf Monaten analysiert werden. Die Drop-out-Rate im Behandlungspfad Adipositas beträgt 42,1 % (siehe Abbildung 102). So beendeten 24 Patientinnen und Patienten die Behandlung vorzeitig. Als häufigster Grund für die Beendigung gab die behandelnde Praxis eine unzureichende Zusammenarbeit bzw. Compliance ( $n = 9$ ) an. Eine deskriptive Auswertung aller erhobenen Parameter zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten ist in Anhang 14 aufgeführt.

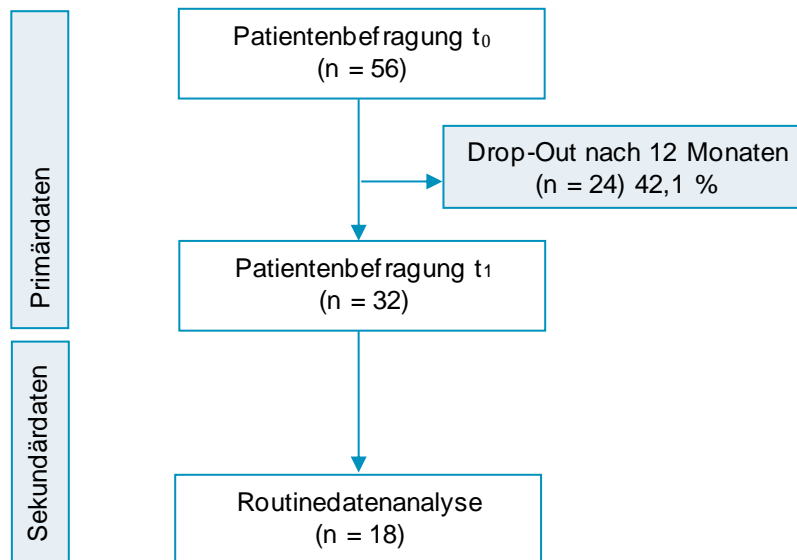


Abbildung 102: Flow-Chat zur Population im Behandlungspfad Adipositas

Überwiegend nahmen Frauen ( $n = 39$ ) an dem Behandlungsprogramm teil. Im Durchschnitt waren die Patientinnen und Patienten 53 Jahre alt. Bei einer durchschnittlichen Körpergröße von 1,69 m wogen die Patientinnen und Patienten zur Baseline im Durchschnitt 110,3 kg. Über zwölf Monate konnte durch den Behandlungspfad Adipositas das Durchschnittsgewicht auf 103,1 kg gesenkt werden. Zu Beginn lag der BMI durchschnittlich bei  $38,3 \text{ kg/m}^2$ , es erfolgte eine Änderung innerhalb von zwölf Monaten auf  $36,0 \text{ kg/m}^2$ . Die Patientinnen und Patienten befanden sich somit im Durchschnitt zu Beginn an der oberen Grenze des Adipositas Grad II. Die Klassifizierung des BMI ist Tabelle 28 zu entnehmen. Daneben gaben zu Beginn der Behandlung 40 Teilnehmende an, im Schnitt 3,5 Medikamente pro Tag zu nehmen. Von den Patientinnen und Patienten, die zur Abschlussbehandlung Angaben zur Medikamenteneinnahme machten, nahmen 29 Personen im Schnitt 3,1 Medikamente pro Tag ein.



Tabelle 28: Einteilung des BMI

BMI	Einteilung in einen Adipositas-Grad
BMI 25 - 29,9 kg/m <sup>2</sup>	Übergewicht
BMI 30 - 34,9 kg/m <sup>2</sup>	Adipositas Grad I
BMI 35 - 39,9 kg/m <sup>2</sup>	Adipositas Grad II
BMI ≥ 40 kg/m <sup>2</sup>	Adipositas Grad III

Adipositas gilt nicht nur als chronische Erkrankung, sondern stellt darüber hinaus auch einen wesentlichen Risikofaktor für die Entstehung von Folge- und Begleiterkrankungen dar. Häufige Diagnosen sind beispielsweise arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Gelenkarthrose und Rückenschmerzen, wie aus Tabelle 29 hervorgeht. Die Patientinnen und Patienten gehören zu einer multimorbiden Patientenklientel, die mehrere Komorbiditäten aufweist.

Tabelle 29: Folge- und Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten zur Baseline

Folge- und Begleiterkrankungen	Häufigkeit
Rückenschmerz	31
Arterielle Hypertonie VK1	29
Gelenkarthrose	26
Diabetes mellitus Typ II	10
Manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen	4
Hyperurikämie	4
Schlaf-Apnoe-Syndrom	1

Einige der Patientinnen und Patienten litten aufgrund ihres Körpergewichts an Schmerzen, wie Abbildung 103 zeigt. Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 keine Schmerzen und 10 den stärksten vorstellbaren Schmerz impliziert, wurden die Patientinnen und Patienten gebeten, ihre Schmerzen einzuschätzen. Zu Beginn des Behandlungspfad es gaben 24 Patientinnen und Patienten an, unter keinen bis leichten Schmerzen (0 bis 3) zu leiden. Weitere 19 Teilnehmende litten unter mäßigen Schmerzen (4 bis 7) und drei Personen empfanden starke Schmerzen (8 bis 10). Elf Patientinnen und Patienten machten keine Angaben. Zur Abschlussbefragung gaben 22 Teilnehmende an unter keinen bis leichten Schmerzen zu leiden (0 bis 3). Sechs Patientinnen und Patienten empfanden mäßige Schmerzen (4 bis 7). Fünf Patientinnen und Patienten machten keine Angaben.

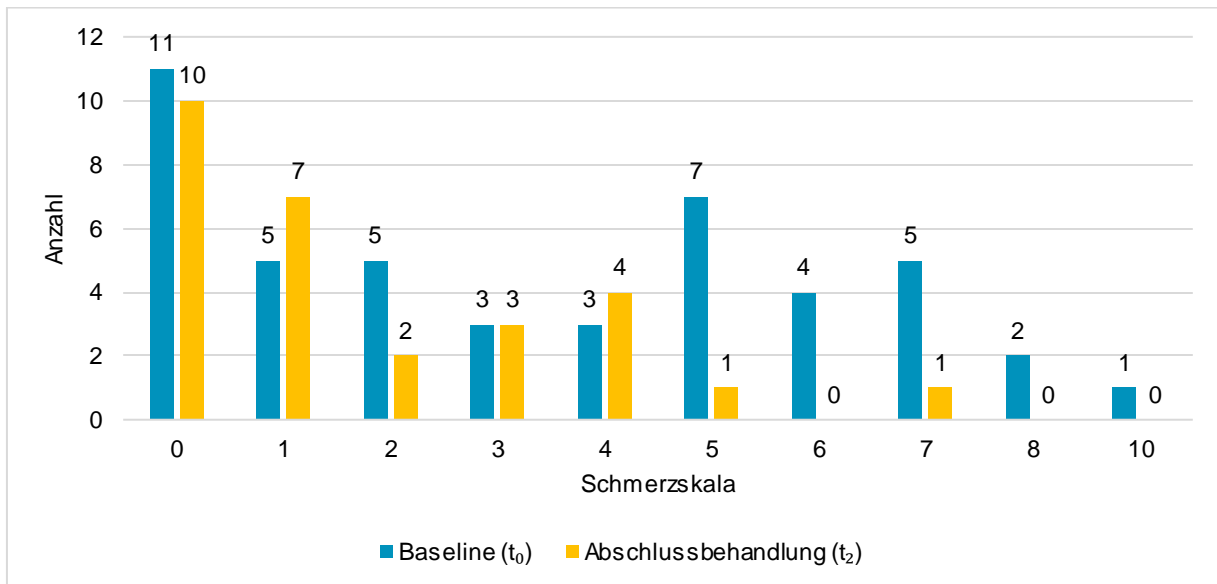


Abbildung 103: Verteilung der Schmerzen der Patientinnen und Patienten

Innerhalb des Behandlungspfades Adipositas wurden verschiedene Lebensstilinterventionen durchgeführt, die darauf abzielten, das Gewicht zu halten oder es zu reduzieren. Hierzu gehörten verschiedene Bewegungsangebote wie Rehasport oder Aquafitness, eine Gruppensprechstunde Verhaltenstherapie sowie eine Ernährungsberatung, die die Pfadteilnehmenden unterstützen und begleiten sollten. Zu Beginn des Behandlungspfades wurden 51 Teilnehmende in ein Bewegungsangebot eingesteuert. Aufgrund der Beschränkungen durch COVID-19 konnten 2020 jedoch nicht alle Bewegungsangebote durchgeführt werden. Nach zwölf Monaten waren noch 21 Teilnehmende in ein Bewegungsangebot eingebunden. In das Beratungsangebot zur Ernährungsumstellung schrieben sich zu Beginn 47 Teilnehmende ein und 46 Teilnehmende nahmen tatsächlich an den Beratungen teil. Nach zwölf Monaten belief sich die Zahl der Teilnehmenden an der Ernährungsberatung auf 22 von ursprünglich 46 Patientinnen und Patienten.

Aufgrund ihres BMI wurde für 15 Patientinnen und Patienten eine gewichtserhaltende Lebensstilintervention angesetzt. Von diesen 15 Personen übertrafen fünf die Zielvorgabe und reduzierten ihr Gewicht. Vier von ihnen nahmen an Gewicht zu, für die weiteren sechs Teilnehmenden lagen zum Ende des Behandlungspfades keine Daten vor.

Neben den gewichtserhaltenden Maßnahmen waren auch gewichtsreduzierende Lebensstilinterventionen vorgesehen, die einzeln oder in Kombination mit den gewichtserhaltenden Maßnahmen durchgeführt werden konnten. Ein Ziel des Behandlungspfades Adipositas bestand darin, innerhalb der gewichtsreduzierenden Lebensstilintervention eine Reduktion des Anfangsgewichts um mindestens 5 % zu erreichen. Dieses Ziel wurde insgesamt von 51 Patientinnen und Patienten verfolgt und nach zwölf Monaten von zwölf Teilnehmenden erreicht. Weitere elf Teilnehmende reduzierten ihr Gewicht, erreichten jedoch keine Reduktion von 5 %. Eine Person konnte ihr Gewicht halten. Hingegen wurde bei acht Personen eine Zunahme des Gewichts festgestellt, sodass diese ihr Ziel nicht erreicht hatten.

Durch die Teilnahme am Behandlungspfad Adipositas sollte der BMI der Teilnehmenden gleich bleiben bzw. reduziert werden. So konnten 21 Patientinnen und Patienten innerhalb der zwölf Monate ihren BMI verringern. In einem Fall blieb der BMI auf demselben Niveau. Für zehn Patientinnen und Patienten musste eine Steigerung des BMI registriert werden. Insgesamt konnte anhand der Daten eine signifikante Veränderung nachgewiesen werden ( $n = 32$ ;  $df = 31$ ;  $p = 0,001$ ). Folglich führt die Teilnahme am Behandlungspfad Adipositas zu einer Reduzierung des BMI.

Anhand des BMI wurde den Patientinnen und Patienten ein entsprechender Adipositas-Grad zugewiesen. Zu Baseline wiesen vier Teilnehmende einen BMI auf, der ein Übergewicht implizierte. Für 18 Patientinnen und Patienten konnte ein Adipositas Grad I, für 15 ein Adipositas Grad II und für weitere 17 ein Adipositas Grad III festgestellt werden. Für drei Teilnehmenden wurden keine Angaben zum BMI gemacht. Nach zwölf Monaten implizierte der BMI bei sieben Patientinnen und Patienten ein Übergewicht. In zehn Fällen wurde ein Adipositas Grad I, in acht Fällen ein Adipositas Grad II und in sieben Fällen ein Adipositas Grad III erfasst. Eine Verbesserung des BMI geht nicht automatisch mit einer Veränderung des Adipositas-Grades einher. Trotz einer entsprechenden Veränderung kann die Patientin bzw. der Patient weiterhin den gleichen Adipositas-Grad aufweisen, da diese durch Spannen definiert sind. Teilnehmende des Behandlungspfades sollten keine Verschlechterung des Adipositas-Grades aufweisen. Für acht Patientinnen und Patienten wurde nach zwölf Monaten ein niedrigerer Adipositas-Grad als zu Beginn des Behandlungspfades festgestellt. Des Weiteren blieben 24 Teilnehmende in der Spanne ihres Grades. Keine Person wies einen höheren Adipositas-Grad zum Ende des Behandlungspfades als zu Beginn auf. Über den Beobachtungszeitraum konnte eine signifikante Veränderung des Adipositas-Grades festgestellt werden ( $n = 32$ ;  $W = 0$ ;  $p = 0,002$ ). Somit zeigen die Daten, dass der Behandlungspfad Adipositas zu einer Verbesserung des Adipositas-Grades führt.

### *Gesundheitskompetenz*

Die Gesundheitskompetenz wird in drei Klassen differenziert. Zur Baseline wiesen 16 Patientinnen und Patienten nach eigener Aussage eine ausreichende, neun Personen eine problematische und zehn Personen eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf. In 22 Fällen liegen keine Daten vor. Von den Patientinnen und Patienten, die nach zwölf Monaten erneut Angaben zu ihrer Gesundheitskompetenz machten, gaben neun an, eine ausreichende Gesundheitskompetenz zu haben. Zwölf Patientinnen und Patienten verfügten über eine problematische Gesundheitskompetenz und zwei Personen sahen ihre Gesundheitskompetenz als inadäquat an, wie Abbildung 104 veranschaulicht. In neun Fällen lagen keine Daten zur Gesundheitskompetenz vor.

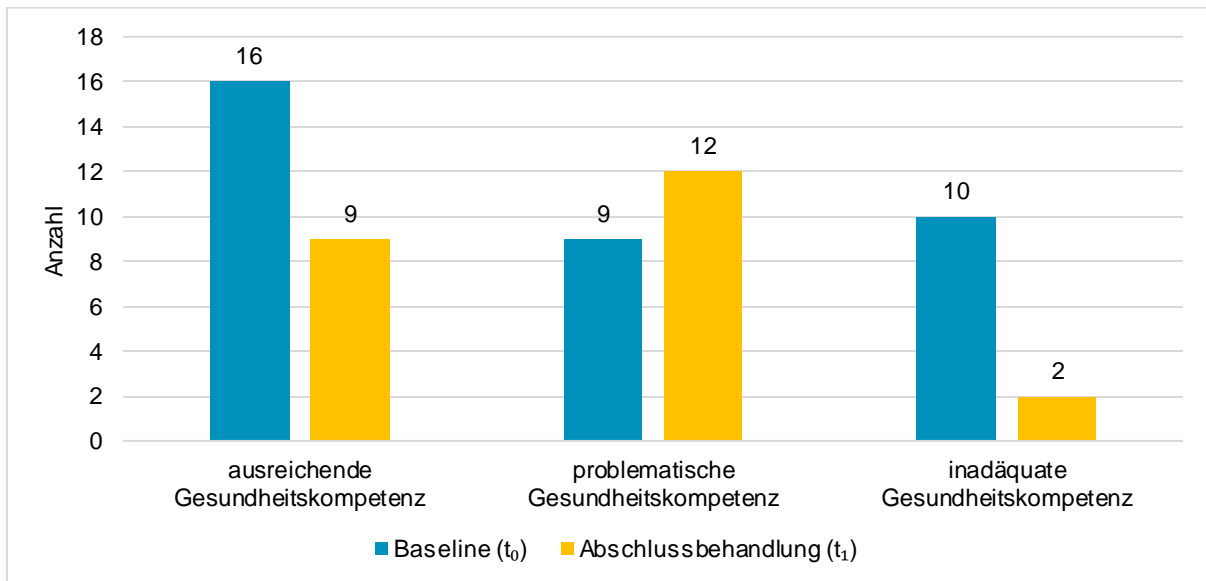


Abbildung 104: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten

Ein Ziel des Behandlungspfades Adipositas ist es, durch die Teilnahme die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu fördern. Drei Personen zeigten nach zwölf Monaten eine Steigerung der Gesundheitskompetenz, während 13 Teilnehmende keine Veränderung ihrer Gesundheitskompetenz aufwiesen. Eine Person gab eine Verschlechterung der Gesundheitskompetenz an. Es konnte somit keine statistisch signifikante Steigerung der Gesundheitskompetenz aufgrund der Teilnahme am Behandlungspfad Adipositas nachgewiesen werden ( $n = 17$ ;  $W = 1$ ;  $p = 0,159$ ).

### *Lebensqualität*

Sowohl zu Beginn als auch nach zwölf Monaten äußerten die meisten Patientinnen und Patienten sich positiv zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wie aus den Abbildung 105 Abbildung 109 hervorgeht. Zur Baseline gaben 25 Teilnehmende an, keine bis leichte Probleme bezüglich ihrer Beweglichkeit und Mobilität zu verspüren. Sechs Patientinnen und Patienten äußerten mäßige Probleme und fünf Patientinnen und Patienten große Probleme bei Bewegungen. In 21 Fällen lagen zur Baseline keine Daten vor. Von den 32 Patientinnen und Patienten, die nach zwölf Monaten noch im Behandlungspfad betreut wurden, gaben 20 Personen an, keine bis leichte Probleme in ihrer Beweglichkeit zu verspüren. Hingegen schätzten vier Personen ihre Beweglichkeit und Mobilität als problematisch ein, dargestellt in Abbildung 105.

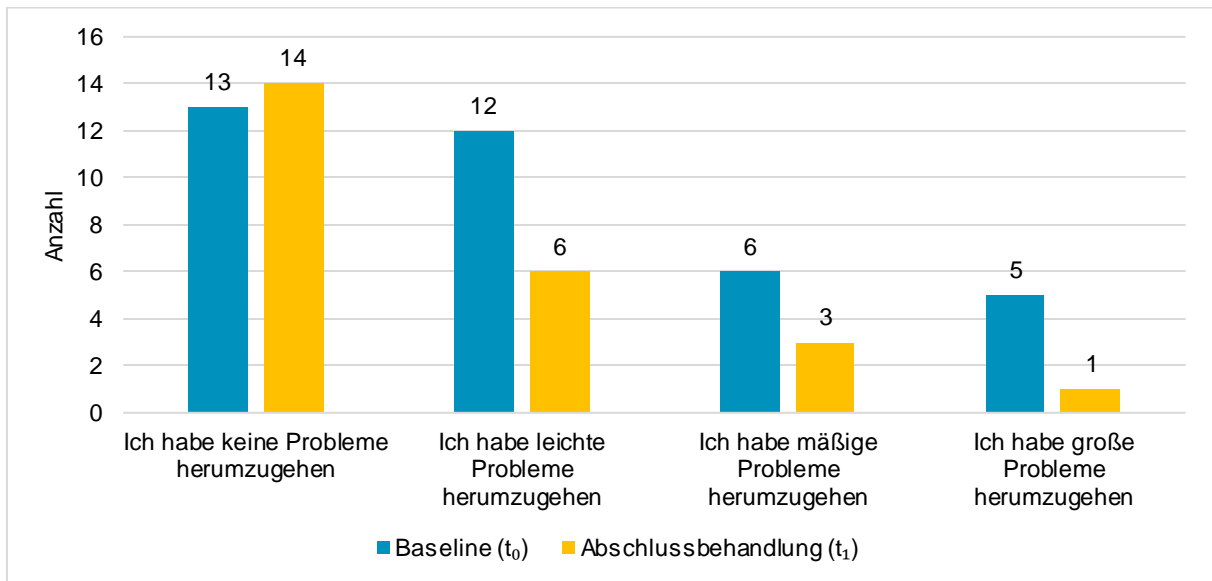


Abbildung 105: Verteilung der Beweglichkeit/Mobilität der Patientinnen und Patienten

Aus Abbildung 106 ist ersichtlich, dass der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten (49,1 %) zur Baseline keine Probleme hinsichtlich der Selbstversorgung erlebte. Dieses Bild hat sich nach zwölf Monaten kaum geändert, 22 Patientinnen und Patienten (68,8 %) verspürten keine Einschränkung hinsichtlich der Selbstversorgung. In Bezug auf die Bewältigung des Alltags zeichnet sich ein ähnliches Bild zur Baseline ab. So fühlten sich 21 Patientinnen und Patienten (36,8 %) in der Bewältigung von alltäglichen Tätigkeiten nicht eingeschränkt. Dieses Bild veränderte sich für diejenigen, die Angaben nach zwölf Monaten machten, ebenfalls kaum, wie Abbildung 107 zeigt. Sowohl zur Selbstversorgung als auch zur Bewältigung alltäglicher Tätigkeiten wurden zur Baseline in 21 Fällen und zur Abschlussbefragung in neun Fällen bzw. acht Fällen keine Angaben gemacht.

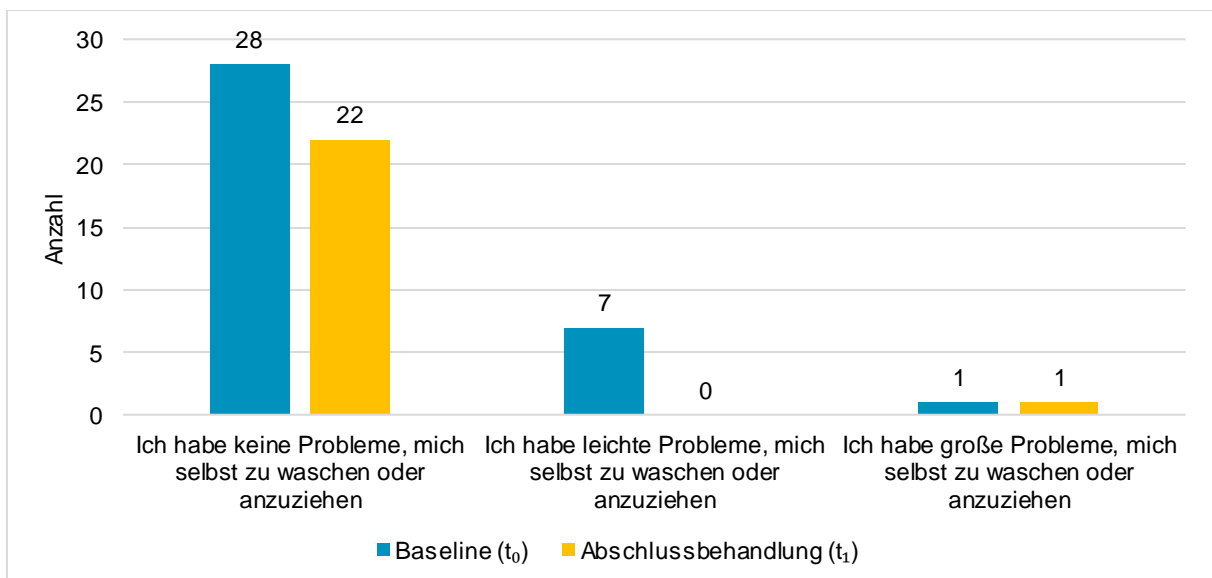


Abbildung 106: Verteilung nach Selbstversorgungsgrad der Patientinnen und Patienten

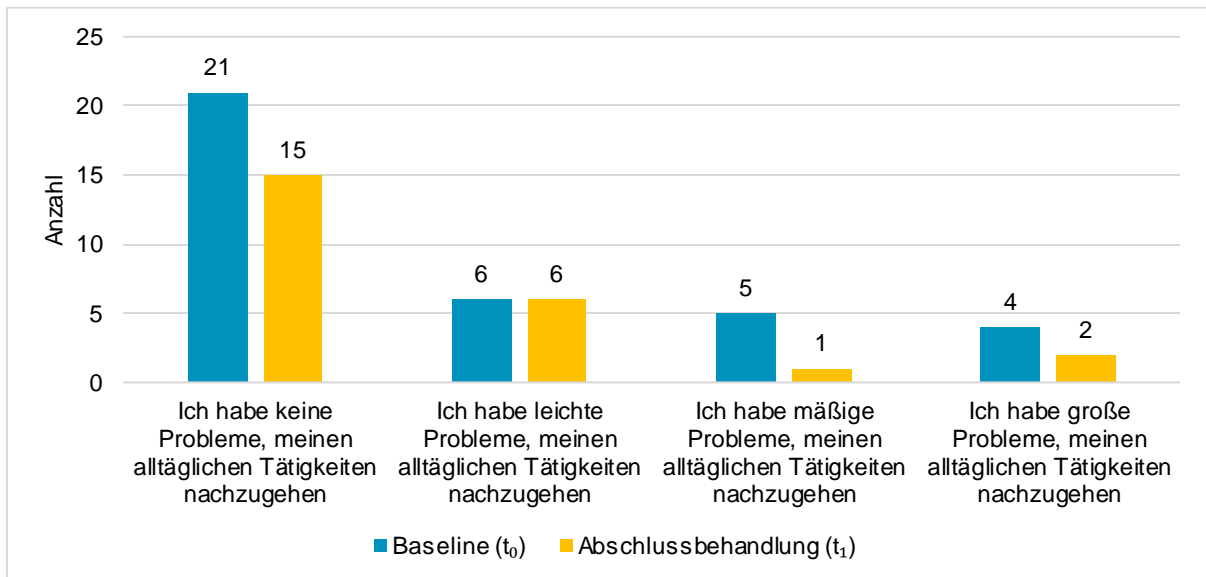


Abbildung 107: Verteilung hinsichtlich der Kompetenz, alltäglichen Tätigkeiten nachgehen zu können

In Abbildung 108 ist zu erkennen, dass zur Baseline 14 Patientinnen und Patienten keine Angst oder Niedergeschlagenheit verspürten. Hingegen gaben neun Teilnehmende an, ein wenig ängstlich oder deprimiert zu sein, und sieben Teilnehmende berichteten, mäßig unter Angst oder Niedergeschlagenheit zu leiden. Darüber hinaus gaben drei Teilnehmende an, sehr ängstlich oder niedergeschlagen zu sein. Eine Person berichtete, dass sie extrem ängstlich oder deprimiert sei. Zu 23 Teilnehmenden lagen keine Informationen vor. Bei der abschließenden Befragung gaben 14 Patientinnen und Patienten an, nicht ängstlich oder niedergeschlagen zu sein, sechs Patientinnen und Patienten verspürten ein wenig und drei Patientinnen und Patienten mäßige Angst oder Niedergeschlagenheit. Neun Teilnehmende machten keine Angaben.

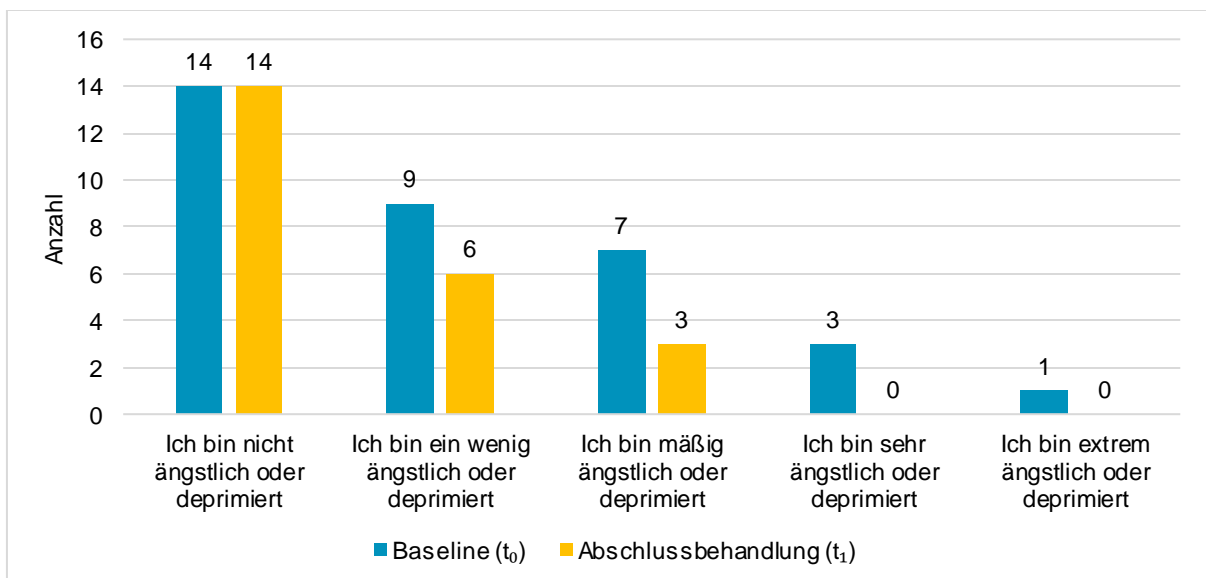


Abbildung 108: Verteilung von Angst/Niedergeschlagenheit der Patientinnen und Patienten

Beim Vergleich der Angaben zu Schmerzen oder körperlichen Beschwerden wird deutlich, dass zur Baseline 16 Patientinnen und Patienten mindestens leichte Schmerzen oder Beschwerden verspürten, wie in Abbildung 109 zu erkennen ist. Demgegenüber gaben elf Teilnehmende an, mäßige Schmerzen und Beschwerden zu haben. Darüber hinaus litten sechs Patientinnen und Patienten unter großen bis extremen Schmerzen und Beschwerden. Nur zwei Patientinnen und Patienten berichteten, keine Schmerzen oder Beschwerden zu empfinden. Zudem machten 22 Patientinnen und Patienten keine Angaben. Nach zwölf Monaten gaben ebenfalls zehn Patientinnen und Patienten an unter leichten Schmerzen zu leiden. Weitere acht Teilnehmende empfanden zudem mäßige Schmerzen. Und zwei Teilnehmende litten unter großen bis extremen Schmerzen und Beschwerden. Nur zwei Patientinnen und Patienten gaben an, keine Schmerzen oder Beschwerden zu verspüren. In zehn Fällen lagen keine Daten vor.

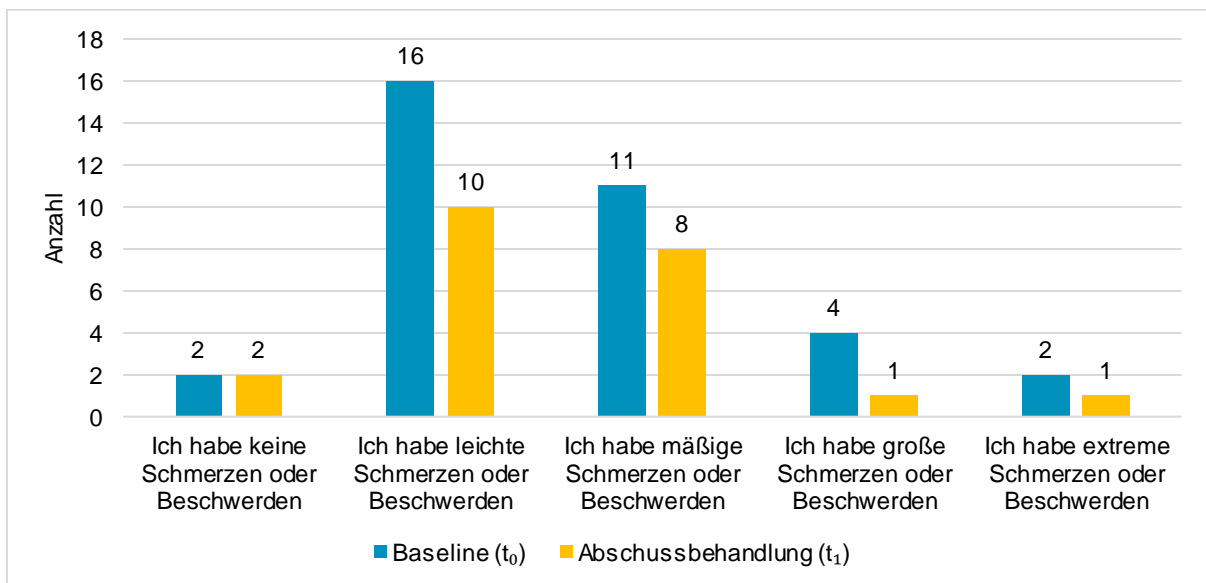


Abbildung 109: Verteilung von Schmerzen/körperlichen Beschwerden der Patientinnen und Patienten

Die Teilnahme am Behandlungspfad Adipositas sollte zu einer Steigerung der Lebensqualität führen. Der Prä-Post-Vergleich des EQ-5D-5L-Index ergab, dass acht Personen nach der Teilnahme am Behandlungspfad eine höhere Lebensqualität und drei die gleiche Lebensqualität aufwiesen. Bei drei Personen zeigten die Angaben eine geringere Einschätzung der eigenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Es konnte keine statistisch signifikante Veränderung der Lebensqualität festgestellt werden ( $n = 14$ ;  $W = 3$ ;  $p = 0,296$ ).

Insgesamt bewerteten die Patientinnen und Patienten ihren aktuellen Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100 zu Beginn des Behandlungspfades durchschnittlich mit 64,6 Punkten und zur Abschlussuntersuchung mit 70,1 Punkten. Gemessen an der VAS konnte kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten durch den Behandlungspfad nachgewiesen werden ( $n = 16$ ;  $W = 6$ ;  $p = 0,097$ ).

### Gesundheitsfragebogen

Zur Baseline zeigten acht Patientinnen und Patienten keine depressiven Symptome, wie aus Abbildung 110 hervorgeht. Weiterhin gaben 16 Teilnehmende an, unter leichten, unerschwelligen depressiven Symptomen zu leiden. Acht Personen berichteten zu Beginn des Behandlungspfades von mittleren und vier Personen von ausgeprägten depressiven Symptomen. In 21 Fällen wurden keine Angaben gemacht. Zur Abschlussbehandlung verspürten zwölf Teilnehmende keine depressiven Symptome. Des Weiteren gaben acht Patientinnen und Patienten an, dass sie leichte, unerschwellige depressive Symptome hätten. Ferner litten drei Patientinnen und Patienten unter mittleren und eine Patientin bzw. ein Patient unter ausgeprägten depressiven Symptomen. Acht Teilnehmende machten keine Angaben.

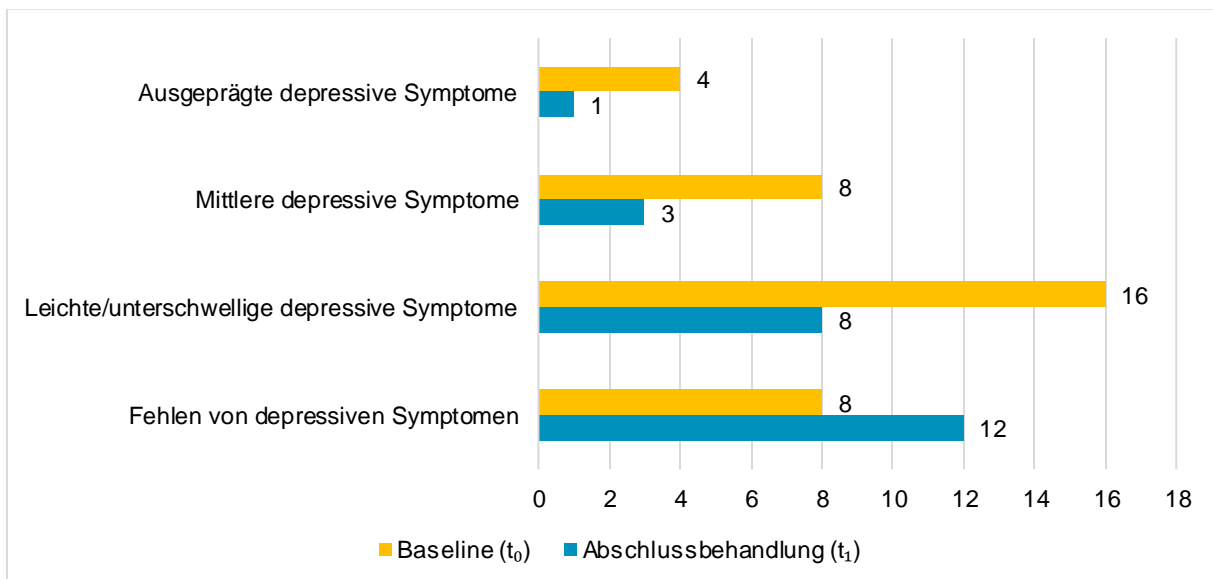


Abbildung 110: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten

Innerhalb der zwölfmonatigen Intervention sollte der PHQ-9-Summenscore, der für die Messung der Depressivität verwendet wird, stabilisiert oder gesenkt werden. Je niedriger der PHQ-9-Summenscore ist, desto schwächer sind die depressiven Symptome ausgeprägt. Ein PHQ-9-Summenscore von 0 bis 4 weist beispielsweise auf das Fehlen von depressiven Symptomen hin. Demzufolge verringerte sich der PHQ-9-Summenscore bei elf Patientinnen und Patienten. Aufgrund dessen konnten sieben Patientinnen und Patienten in eine geringer ausgeprägte Schwere von depressiven Symptomen klassifiziert werden. Für vier Teilnehmende änderte sich nichts an der Schwere der depressiven Symptome. In drei Fällen veränderte sich der PHQ-9-Summenscore nicht, sodass eine Veränderung der Schwere der Depressivität nicht feststellbar war. Bei drei Patientinnen und Patienten stieg aufgrund ihrer Angaben der PHQ-9-Summenscore, was auf eine Verschlechterung der Ausprägung ihrer depressiven Symptome deutet. Es konnte keine statistisch signifikante Veränderung des PHQ-9-Summenscores aufgrund der Teilnahme am Behandlungspfad Adipositas festgestellt werden ( $n = 17$ ;  $W = 3$ ;  $p = 0,157$ ).



### Zufriedenheit

Insgesamt zeigten sich die Patientinnen und Patienten durchweg in allen Bereichen als zufrieden bzw. hatten großes Vertrauen in die Fähigkeiten ihrer Behandler sowohl zur Baseline als auch zur Abschlussbefragung, wie aus den Abbildung 111 bis Abbildung 119 hervorgeht.

Die Mehrheit bewertete die ambulante Versorgung positiv. Gleichwohl gab es in allen Bereichen einige wenige Patientinnen und Patienten, die eher bis sehr unzufrieden mit der erhaltenen Versorgung waren und ein Potenzial zur Verbesserung darstellen.

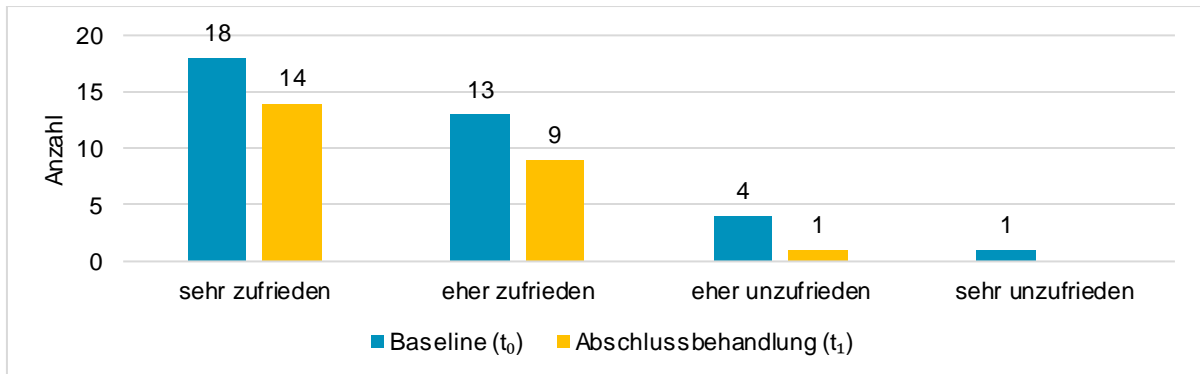


Abbildung 111: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation

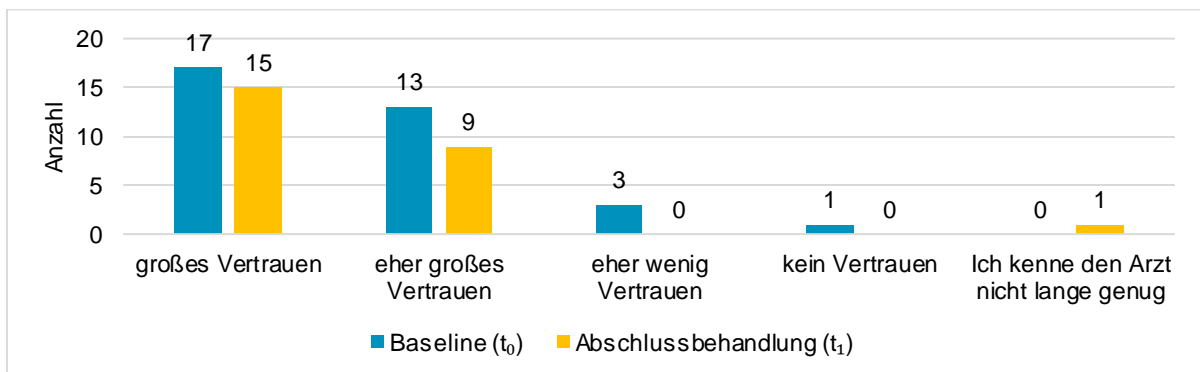


Abbildung 112: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“

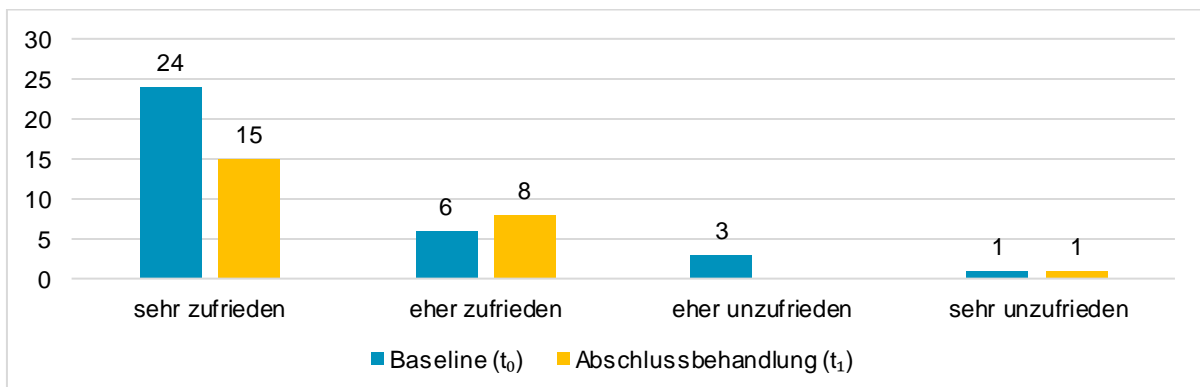


Abbildung 113: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz

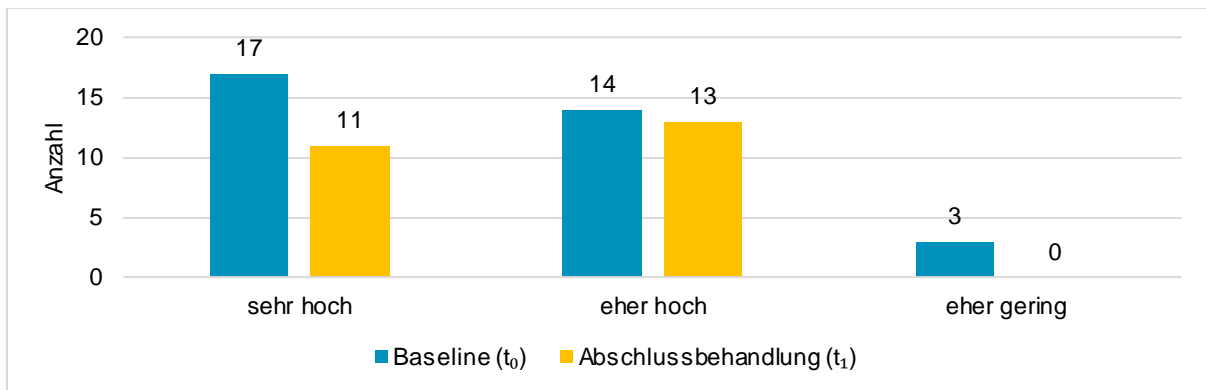


Abbildung 114: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“

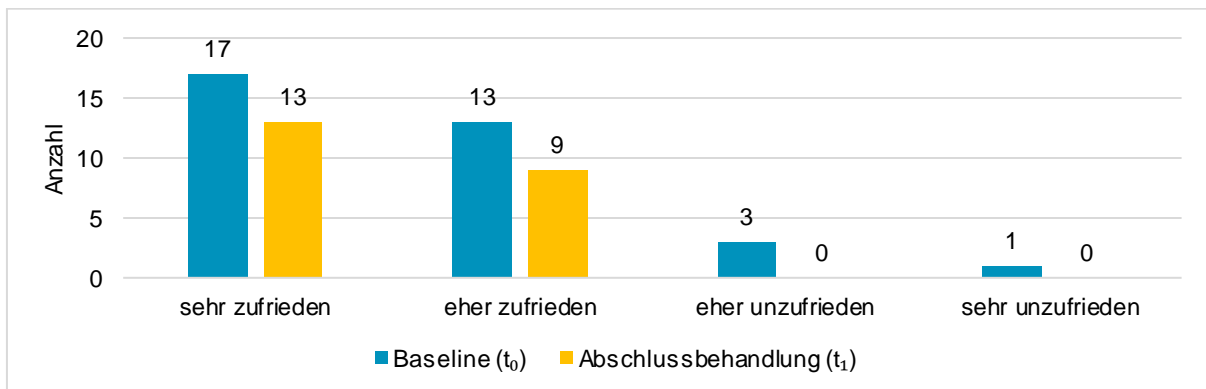


Abbildung 115: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

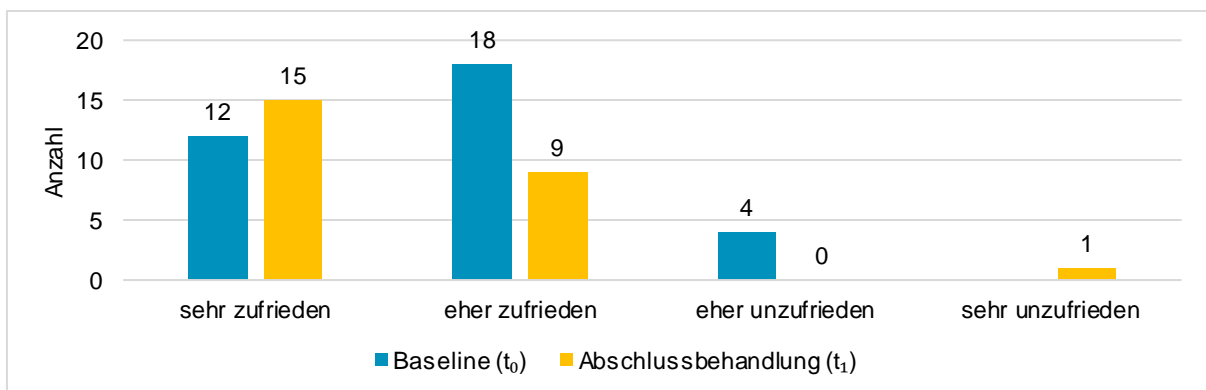


Abbildung 116: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“

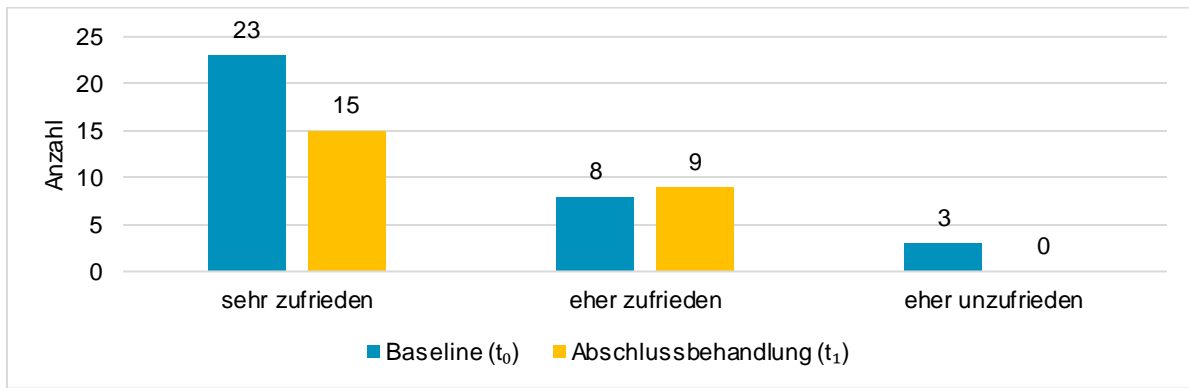


Abbildung 117: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion

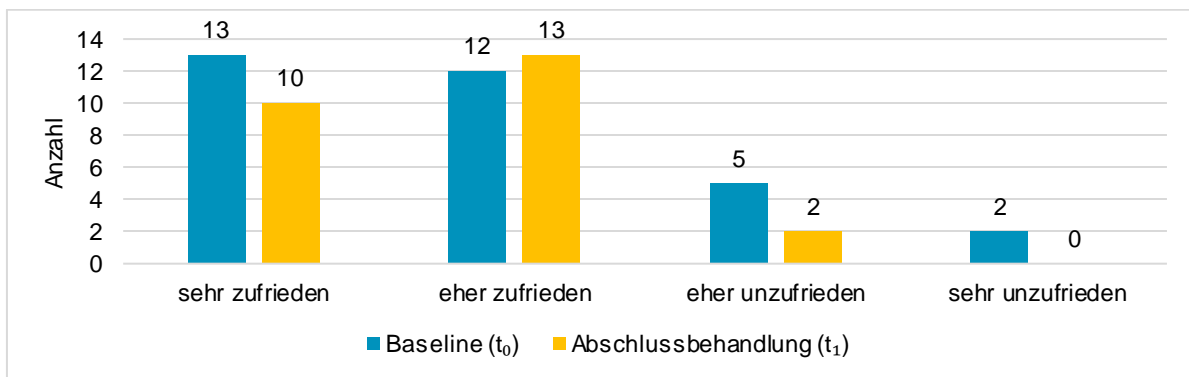


Abbildung 118: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation

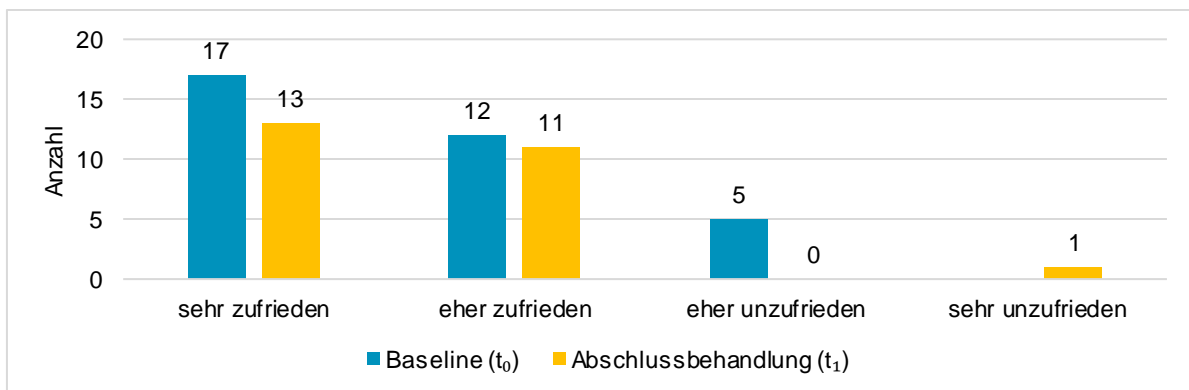


Abbildung 119: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“

### Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

In die gesundheitsökonomische Evaluation konnten insgesamt 18 Versicherte der AOK Nordost – Die Gesundheitskrankenkasse und der BARMER eingeschlossen werden. Durch die kleine Stichprobengröße können bereits kleine Ausreißer die Ergebnisse stark beeinflussen.

### Krankenhausaufenthalte

Im Rahmen der Analyse der Krankenhausaufenthalte wurde für den Vorbeobachtungszeitraum im Mittel 0,19 Aufenthalte pro Versicherten und im Nachbeobachtungszeitraum 0,08 Aufenthalte pro Versicherten ermittelt. Insgesamt sanken die Krankenhausaufenthalte um durchschnittlich 0,11 Aufenthalte pro Person im Nachbeobachtungszeitraum. Es wurden keine teilstationären Krankenhausaufenthalte in beiden Betrachtungszeiträumen dokumentiert.

Im Vorbeobachtungszeitraum hatten fünf von 18 Patientinnen und Patienten mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt. In den darauffolgenden individuellen Beobachtungszeiträumen wurden nur noch zwei Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Daraus resultiert eine Reduktion der Hospitalisierungsrate um 16,7 %.

### Stationäre Notfallaufnahmen

Im Vorbeobachtungszeitraum wurden zwei Patientinnen und Patienten aufgrund einer stationären Notfallaufnahme behandelt. Während im Nachbeobachtungszeitraum keine stationären Notfallaufnahmen dokumentiert wurde. Somit verringerten sich die stationären Notfallaufnahmen über den Betrachtungszeitraum.

### Versorgungsleistungen

Insgesamt nahmen 17 der 18 Patientinnen und Patienten im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum die Leistungen einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes in Anspruch. Des Weiteren nahmen vier Patientinnen und Patienten im Vorbeobachtungszeitraum die Leistungen einer Fachärztin bzw. eines Facharztes aus den Fachbereichen der Inneren Medizin, Endokrinologie und Diabetologie sowie Gastroenterologie in Anspruch, was einem Anteil von 22,2 % entspricht. Während des Nachbeobachtungszeitraums waren acht Patientinnen und Patienten (44,4 %) mindestens einmal bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie oder Gastroenterologie in Behandlung gewesen. Somit wurde die Rate um 22,2 % gesteigert.

Die Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten ergab, dass die Teilnehmenden am Behandlungspfad Adipositas im Mittel zu Beginn der Behandlung 3,5 Medikamente pro Tag (Minimum: 0, Maximum: 13) und nach Abschluss der Behandlung durchschnittlich 3,1 Medikamente pro Tag (Minimum: 0, Maximum: 10) nahmen. Des Weiteren zeigten die Angaben der Patientinnen und Patienten, dass zu Beginn der Behandlung im Mittel 0,59 Schmerzmedikamente pro Person und zur Abschlussbehandlung 0,56 Schmerzmedikamente eingenommen wurden.

Aus den Abrechnungsdaten der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und der BARMER konnte für die beobachteten Versicherten entnommen werden, dass im Vorbeobachtungszeitraum 38,9 % der Patientinnen und Patienten mindestens ein Schmerzmedikament verordnet bekommen haben. Im Nachbeobachtungszeitraum erhielten nur noch 33,3 % der Patientinnen und Patienten eine Verordnung für ein Medikament gegen ihre Schmerzen. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die ein Medikament gegen ihre Schmerzen verordnet bekamen, konnte somit reduziert werden (-5,6 %).

Im Rahmen der Analyse der Arbeitsunfähigkeitstage der Patientinnen und Patienten aus dem Behandlungspfad Adipositas konnten im Vorbeobachtungszeitraum durchschnittlich 11,5 Arbeitsunfähigkeitstage pro Person ermittelt werden. Während des Nachbeobachtungszeitraums konnte die Arbeitsunfähigkeit durchschnittlich um 2,5 Tage pro Person auf 9,0 Tage pro Person gesenkt werden.

### Kosten

Im Rahmen der Kostenanalyse wurden die durchschnittlichen Kosten pro Patientin bzw. Patient in den einzelnen Kostenkomponenten sowie den Gesamtkosten berechnet. Zu den einzelnen Komponenten zählen Kosten aus dem stationären und ambulanten Bereich, Arzneimittelkosten, Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Heil- und Hilfsmittelkosten, Kosten der häuslichen Krankenpflege sowie Kosten aufgrund von Fahrten zu einer medizinischen Behandlung. In den Gesamtkosten sind keine Kosten aufgrund von Pflegeleistungen enthalten. Im Mittel betragen die Kosten der stationären Leistungen im Vorbeobachtungszeitraum 1.305,50 € pro Person und im Nachbeobachtungszeitraum 646,80 € pro Person, wie in Tabelle 27 entnommen werden kann. Die Kosten konnten somit um 658,70 € gesenkt werden. Neben den Krankenhauskosten konnten zudem die Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (-169,63 €) und die Fahrtkosten (-549,90 €) über den Betrachtungszeitraum gesenkt werden. Im ambulanten Bereich fielen im Vorbeobachtungszeitraum Kosten in Höhe von 1.015,26 € pro Person und im Nachbeobachtungszeitraum in Höhe von 1.072,82 € pro Person an. Dadurch ergab sich ein Anstieg der ambulanten Kosten in Höhe von 57,56 €. Darüber hinaus wurde ebenfalls in den Arzneimittelkosten ein Anstieg der Kosten im Nachbeobachtungszeitraum gegenüber dem Vorbeobachtungszeitraum von 92,27 € ermittelt.

Die Gesamtkosten lagen im Vorbeobachtungszeitraum bei 4.869,01 € pro Patientin bzw. Patient und im Nachbeobachtungszeitraum bei 3.818,07 € pro Patientin bzw. Patient. Die Gesamtkosten konnten um 1.050,94 € gesenkt werden.

Tabelle 30: Durchschnittliche Kosten pro Versicherten im Behandlungspfad Adipositas im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum

Ø Kosten	Vorbeobachtungszeitraum	Nachbeobachtungszeitraum	Differenz
<b>Stationäre Leistungen</b>	1.305,50 €	646,80 €	-658,70 €
<b>Ambulante Leistungen</b>	1.015,26 €	1.072,82 €	57,56 €
<b>Arzneimittel</b>	1.019,33 €	1.111,59 €	92,27 €
<b>Arbeitsunfähigkeit<sup>§</sup></b>	169,63 €	0,00 €	-169,63 €
<b>Heilmittel</b>	685,42 €	799,60 €	114,18 €
<b>Hilfsmittel</b>	118,74 €	167,77 €	49,03 €
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	0,00 €	14,26 €	14,26 €
<b>Fahrtkosten</b>	555,13 €	5,23 €	-549,90 €
<b>Gesamt*</b>	4.869,01 €	3.818,07 €	-1.050,94 €

\*p<0,05; \*es kann zu Rundungsabweichungen kommen; <sup>§</sup>Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit sind abhängig vom Einkommen.

#### 4.5. Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

Die Interventionsgruppe (IG) im Mittelbereich Templin umfasste 11.756 Versicherte, die anhand der GKV-Routinedaten der beiden beteiligten Krankenkassen AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und BARMER ermittelt werden konnten, und die mit einer Kontrollgruppe (KG) von 11.755 Versicherten aus dem ländlichen Brandenburg gematched wurde. Der Anteil weiblicher Versicherter betrug 52,2 % in der IG und 52,3 % in der KG. Die Versicherten wurden entsprechend ihrem Alter in 10-Jahresabschnitten kategorisiert, wie Tabelle 31 entnommen werden kann.

Tabelle 31: Anzahl der Versicherten in den einzelnen Altersgruppen in der IG und KG (2016–2020)

Alter	IG					KG				
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
0 – 9 J.	757	653	566	488	403	747	552	482	425	368
10 – 19 J.	815	858	875	871	854	812	968	1.009	1.009	949
20 – 29 J.	732	663	595	549	532	732	609	564	405	437
30 – 39 J.	1.105	1.087	1.101	1.098	1.063	1.074	988	935	1.062	1.036
40 – 49 J.	1.170	1.113	1.041	982	947	1.185	1.099	1.073	936	928
50 – 59 J.	2.368	2.283	2.193	2.094	1.995	2.375	2.408	2.214	1.982	1.880
60 – 69 J.	1.876	1.985	2.064	2.108	2.123	1.886	1.999	2.098	2.248	2.253
70 – 79 J.	1.519	1.463	1.380	1.323	1.268	1.542	1.292	1.208	1.283	1.245
≥ 80 J.	1.414	1.603	1.622	1.643	1.662	1.402	1.803	1.833	1.740	1.659

Im Jahr 2017 verstarben 2,0 % der Versicherten in der IG und 2,4 % der Versicherten in der KG. Im Jahr 2018 belief sich der Anteil der Verstorbenen auf 2,1 % in der IG und 2,5 % in der KG, im Jahr 2019 2,2 % in der IG und 2,5 % in der KG sowie im Jahr 2020 2,5 % in der IG und 2,5 % in der KG.

Im Jahr 2016 wiesen 1.281 Versicherte der IG (KG: 1.158 Versicherte) zum Jahresende eine Pflegestufe auf. Davon befanden sich insgesamt 8,7 % in Pflegestufe 0 (KG: 4,6 %), 53,6 % in Pflegestufe 1 (KG: 57,0 %), 30,7 % in Pflegestufe 2 (KG: 32,1 %) und 7,0 % in Pflegestufe 3 oder höher (KG: 6,3 %). Mit der Überführung der Pflegestufen in Pflegegrade zum 1. Januar 2017 (Pflegestärkungsgesetz II) änderte sich die Einteilung innerhalb der IG. Insgesamt erhielten zum 31.12.2017 1.969 Versicherte in der IG und 1.612 Versicherte in der KG einen Pflegegrad. Von den Versicherten der IG wurden 4,6 % in Pflegegrad 1 (KG: 5,8 %), 46,7 % in Pflegegrad 2 (KG: 38,6 %), 25,7 % in Pflegegrad 3 (KG: 29,8 %) und 22,9 % in Pflegegrad 4 oder höher (KG: 25,7 %) eingeordnet. Zum Jahresende am 31.12.2020 waren unter den Versicherten in der IG mit Pflegegrad insgesamt 8,7 % in Pflegegrad 1 (KG: 9,9 %), 40,3 % in Pflegegrad 2 (KG: 36,8 %), 29,7 % in Pflegegrad 3 (30,4 %) und 21,3 % in Pflegegrad 4 oder höher (KG: 22,9 %) kategorisiert worden. Insgesamt wurde zum 31.12.2020 für 1.800 Versicherte der IG und 1.443 Versicherte der KG ein Pflegegrad beschieden. Die Differenz der Pflegegrade in jeder Gruppe (Vorher-Nachher-Vergleich getrennt nach IG und KG) zeigt, dass der Rückgang an Versicherten mit einem Pflegegrad zwischen 2017 und 2020 identisch ausfiel (DiD: 0).

#### Krankenhausaufenthalte

Insgesamt wurden im Zeitraum 2016 bis 2020 10.012 Versicherte der IG und 9.874 Versicherte der KG mindestens einmal vollstationär im Krankenhaus aufgenommen. Die Aufnahmezahlen stiegen im Jahr 2017 zunächst an, sanken danach bis zum Jahr 2020 in der IG um 14,4 % und in der KG um 7,2 %, wie aus Abbildung 120 hervorgeht. Insgesamt gingen die vollstationären Krankenhausaufnahmen über die Jahre hinweg zurück. Der Rückgang im Jahr 2020 könnte jedoch auch durch die COVID-19-Pandemie beeinflusst gewesen sein, da die Krankenhäuser in den Pandemiewellen dazu aufgefordert waren, planbare Aufnahmen, deren Verschiebung medizinisch vertretbar war, auf einen späteren Zeitpunkt zu verlegen [61].

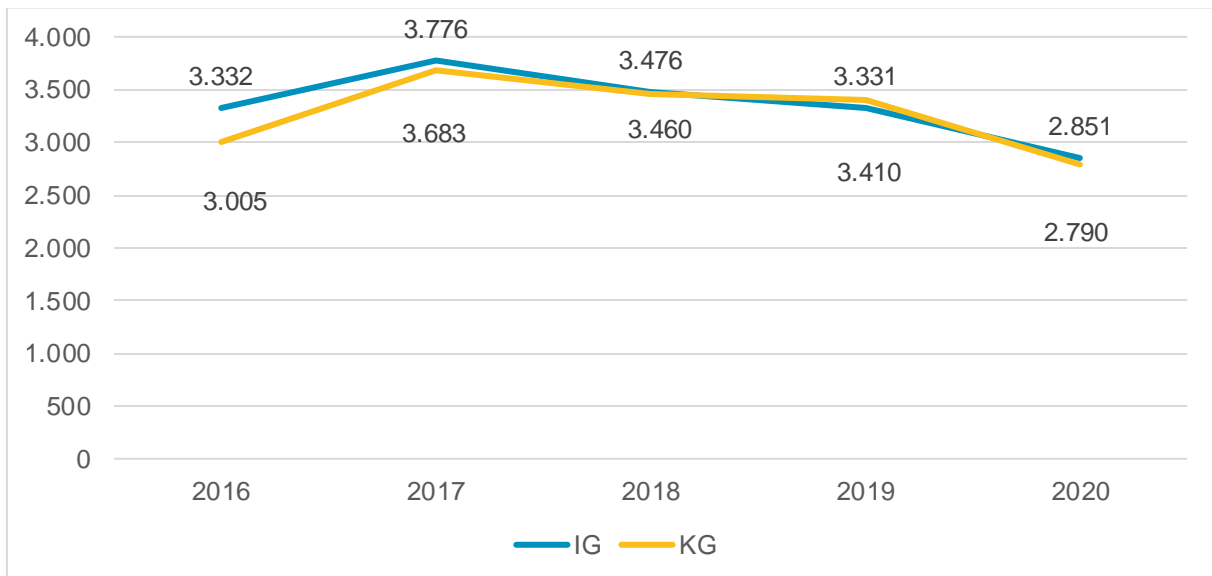


Abbildung 120: Vollstationäre Krankenhausaufnahmen der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe (2016–2020)

Die Veränderung der wohnortnahen Versorgung unter den stationär versorgten Fällen in den Jahren 2016 bis 2020 wurde für die Versicherten im Mittelbereich Templin separat anhand der vollstationären Fälle des Sana Krankenhauses Templin betrachtet. Insgesamt wurden in den Jahren 2016 bis 2020 8.154 vollstationäre Fälle im Sana Krankenhaus Templin behandelt. Im Jahr 2016 wurden 10,6 % der Versicherten im Mittelbereich Templin mindestens einmal im Sana Krankenhaus Templin vorstellig und in 1.668 Fällen vollstationär behandelt. Das entspricht etwa der Hälfte (50,1 %) der vollstationären Fälle der IG im Jahr 2016, wie Abbildung 121 entnommen werden kann. Im Jahr 2020 erhielten 8,6 % der Versicherten eine stationäre Leistung im Sana Krankenhaus Templin. Demzufolge wurden 1.238 vollstationäre Fälle im Sana Krankenhaus Templin behandelt, das entspricht 43,3 % der gesamten vollstationären Fälle in der IG im Jahr 2020. Es erfolgten keine teilstationären Aufnahmen in dem entsprechenden Zeitraum. Bei der Interpretation der stationären Versorgung muss berücksichtigt werden, dass anhand der vorliegenden Daten keine Aussage über die stationären Leistungen (Operationen und Prozeduren) getroffen werden können. Das Sana Krankenhaus Templin ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung und bietet ein breites Spektrum an Leistungen. Dieses breite Versorgungsspektrum bezieht sich jedoch auf Leistungen der Grundversorgung und nicht auf die Versorgung von schweren und speziellen Erkrankungen, daher müssen Patientinnen und Patienten hierfür spezialisierte Kliniken gesondert aufsuchen [62]. Die Anzahl an vollstationären Krankenhausaufenthalten in anderen Kliniken blieb von 2016 zu 2020 nahezu unverändert. Des Weiteren sollte in Betracht gezogen werden, dass im Rahmen des Projektes eine Decision Unit (DU) etabliert wurde, deren Ziel es war, vollstationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. In der DU wurden im Projektzeitraum mehr als 1.000 Patientinnen und Patienten behandelt, von denen lediglich

neun Personen vollstationär aufgenommen wurden (siehe Kapitel 4.4.3). Patientinnen und Patienten mit ausgewählten akuten Beschwerden, die vor der Einführung der DU vollstationär behandelt wurden, konnten somit nach einer ärztlichen und pflegerischen Überwachung über einen bestimmten Zeitraum nach Hause oder in die ambulante Versorgung entlassen werden. Der Rückgang der vollstationären Fälle im Sana Krankenhaus Templin lässt sich daher mit der erfolgreichen Etablierung der DU in Verbindung setzen und spiegelt die positive Veränderung im Rahmen einer Strukturmigration wider.

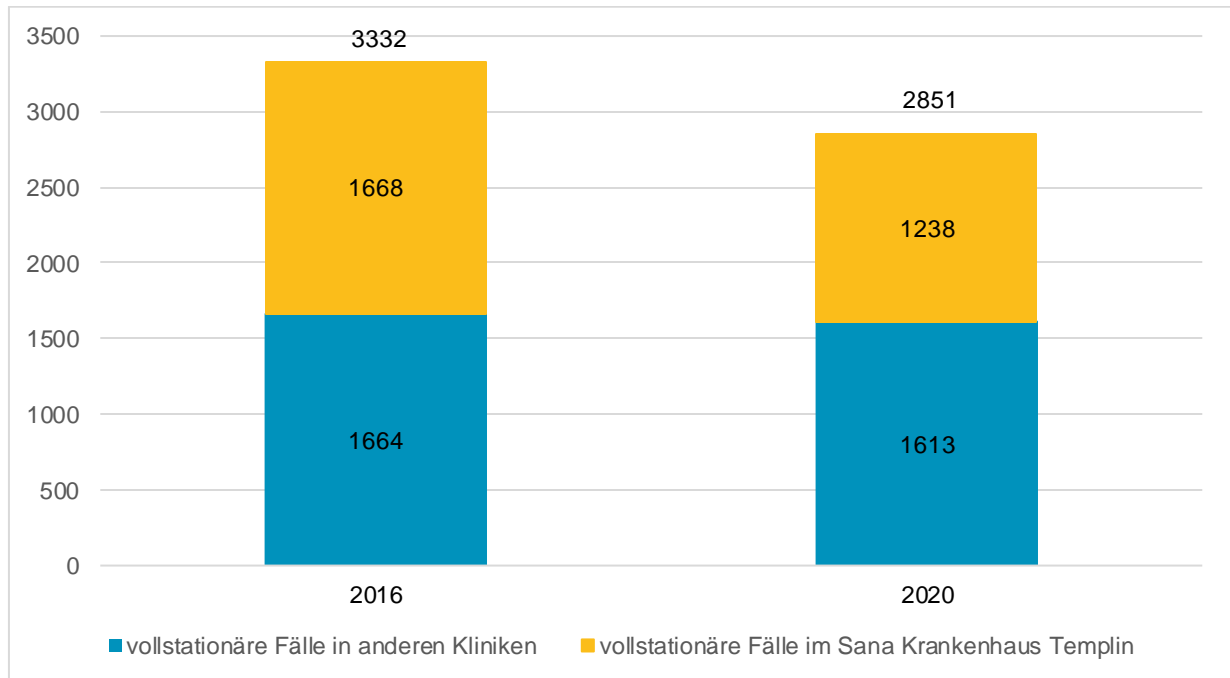


Abbildung 121: Anzahl vollstationäre Krankenhausaufenthalte im Sana Krankenhaus Templin vs. in anderen Kliniken

Bei der Betrachtung der stationären Fälle wurden in der IG im Vorbeobachtungsjahr 2016 insgesamt 3.353 Krankenhausaufenthalte dokumentiert, wovon es sich bei 3.332 Fällen um vollstationäre Krankenhausaufenthalte handelte. Die Versicherten der IG mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wurden durchschnittlich 1,6-mal (Minimum: 1 Aufnahme; Maximum 14 Aufnahmen) im Jahr 2016 ins Krankenhaus aufgenommen. Die IG im Mittelbereich Templin zeigte durchschnittlich 0,284 vollstationären Krankenhausaufenthalte pro Person im Jahr 2016. Damit lag dieser Anteil mit ca. 11 % höher als der Anteil in der KG mit 0,256 vollstationären Krankenhausaufenthalten pro Person im Jahr 2016 ( $W = 53$ ;  $p = 0,149$ ). Insgesamt stieg die durchschnittliche Anzahl an vollstationären Krankenhausaufenthalten pro Person sowohl in der IG als auch in der KG in den Jahren 2017 bis 2019 im Vergleich zum Vorbeobachtungsjahr 2016 an. Im Jahr 2020 sank die Anzahl an vollstationären Krankenhausaufenthalten, sodass die IG durchschnittlich 0,263 und die KG durchschnittlich 0,260 vollstationäre Krankenhausaufenthalte pro Person aufwiesen, wie Abbildung 122 veranschaulicht. Die IG konnte somit die durchschnittliche Anzahl vollstationärer Krankenhausaufenthalte pro Person im Vergleich zum Vorbeobachtungsjahr 2016 um -7,3 % verringern. Die Differenz der Differenzen zeigt, dass eine Reduktion der vollstationären Krankenhausaufenthalte von 2016 zu 2020 um 266 vollstationäre Krankenhausaufenthalte zugunsten der IG ausfiel. Es konnte im Betrachtungszeitraum eine statistisch signifikante Reduktion der vollstationären Krankenhausaufenthalte im Mittelbereich Templin der IG gegenüber der KG festgestellt werden ( $W = 20$ ;  $p = 0,039$ ).



Die Ergebnisse sollten auch vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass laut dem aktuellen Pflegereport 2020 jeder fünfte Pflegebedürftige (18,7 %) im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Krankenhausaufenthalt hatte. In der Altersgruppe der über 70-Jährigen betraf dies sogar jeden Vierten (22 %). Im Vergleich zu den Nicht-Pflegebedürftigen wiesen Pflegebedürftige insgesamt deutlich mehr Krankenhausbehandlungen im Jahr auf. Der Anteil an Versicherten im Mittelbereich Templin mit einer Pflegebedürftigkeit (gemessen an den Pflegegraden) betrug in der betrachteten Population 16,6 %. Vor diesem Hintergrund ist der Rückgang an Krankenhausaufenthalten im Mittelbereich als positiv zu bewerten.

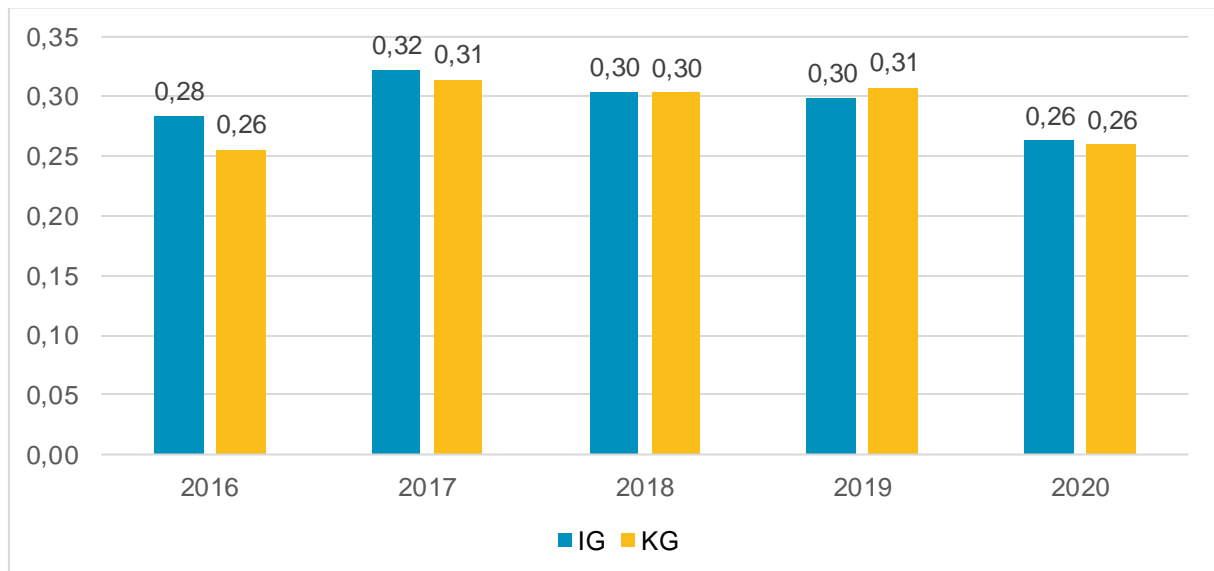


Abbildung 122: Durchschnittliche Krankenhausaufenthalte pro Person (2016-2020)

### *Krankenhausaufenthalte mit einer ambulant-sensitiven Diagnose (ASK)*

Bei der Betrachtung der vollstationären Krankenhaüsfälle mit einer Entlassdiagnose, die als ambulant-sensitive Diagnose beschrieben werden kann, wurden im Jahr 2016 1.529 Fälle in der IG und 1.388 Fälle in der KG registriert. Nach einem Anstieg der vollstationären Krankenhausaufenthalte der betrachteten Diagnosen in der IG im Jahr 2017 fiel die Anzahl stetig ab und unterschritt im Jahr 2020 den Wert des Vorbeobachtungsjahres 2016, wie Abbildung 123 verdeutlicht. Ein ähnlicher Verlauf zeigte sich in der KG, wobei der Reduktion der vollstationären Krankenhausaufenthalte aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose im Jahr 2018 zunächst ein erneuter Anstieg im Jahr 2019 folgte, bevor im Jahr 2020 ebenfalls das Niveau des Vorbeobachtungsjahres 2016 unterschritten wurde. Durch die Difference-in-Differences-Analyse kann verdeutlicht werden, dass sich die vollstationären Krankenhausaufenthalte aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose von 2016 zu 2020 um 118 Fälle zugunsten der IG reduzierten ( $W = 31$ ;  $p = 0,218$ ). Insgesamt konnte im Mittelbereich Templin ab dem Jahr 2017 eine kontinuierliche Abnahme an Krankenhausaufnahmen mit einer ambulant-sensitiven Diagnose festgestellt werden. Jedoch kann die Entwicklung der Indikationen, die als ambulant-sensitiv gelten, im Jahr 2020 ebenfalls von der COVID-19-Pandemie beeinflusst gewesen sein. In Deutschland werden vergleichsweise viele Fälle mit einer solchen Diagnose im Krankenhaus behandelt, obwohl eine für viele Fälle eine qualifizierte ambulante Behandlung ausreichend wäre [7]. Ein Beispiel für eine ambulant-sensitive Diagnose ist die Herzinsuffizienz. Laut dem aktuellen Krankenhausreport 2021 sank die Anzahl der Fälle, die wegen einer Herzinsuffizienz

behandelt wurden, in der ersten Pandemiewelle um ca. 26 % und in der zweiten Pandemiewelle um ca. 24 % [63].

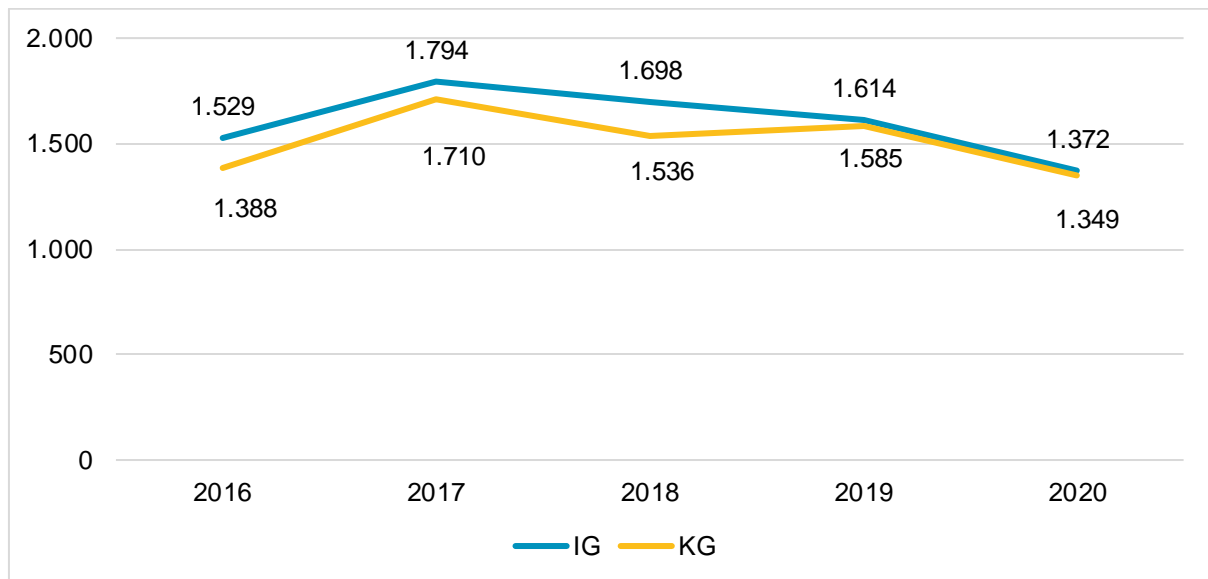


Abbildung 123: Krankenhausaufnahmen mit ambulant-sensitiver Entlassdiagnose (2016–2020)

Im Jahr 2016 betrug der Anteil der vollstationären Krankenhausaufenthalte im Mittelbereich Templin aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose 45,9 % gemessen an allen vollstationären Krankenhausaufenthalten bzw. 45,6 % gemessen an allen voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalten. Über den betrachteten Zeitraum stieg der Anteil der vollstationären Krankenhausaufenthalte aufgrund der ambulant-sensitiven Diagnosen auf 48,1 % bzw. der Anteil der voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalte aufgrund der betrachteten Diagnosen auf 48,2 % an. Es gilt hierbei jedoch zu berücksichtigen, dass die Anzahl der voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalte insgesamt im entsprechenden Zeitraum im Verhältnis zu den Krankenhausaufenthalten aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose stärker gesunken ist (siehe Abbildung 120).

Bei der Betrachtung der Krankenhausaufenthalte aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose wird auch deutlich, dass die Anzahl der Aufnahmen im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2016 in der IG um 10,3 % zurückgegangen ist, hingegen konnte in diesem Zeitraum in der KG nur ein Rückgang von 2,8 % verzeichnet werden. Ein Vergleich der Vorjahre zeigt, dass von 2016 zu 2019 in der IG ein moderater Anstieg von 5,6 % an Krankenhausaufnahmen erfolgte, wohingegen in der KG der Anstieg mit 14,2 % deutlich höher ausfiel. Insgesamt konnte über die Jahre hinweg ein deutlicher höherer Anstieg in der Anzahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose in der KG als in der IG festgestellt werden, wie Tabelle 32 entnommen werden kann.

Tabelle 32: Entwicklung der Krankenhausaufnahmen mit ambulant-sensitiver Entlassdiagnose gegenüber dem Vorbeobachtungsjahr 2016

Jahresvergleiche	IG	KG
2016 vs. 2017	+17,3%	+23,2%
2016 vs. 2018	+11,1%	+10,7%
2016 vs. 2019	+5,6%	+14,2%
2016 vs. 2020	-10,3%	-2,8%

### *Stationäre Notfallaufnahmen*

Im Jahr 2016 wurden 1.188 Versicherte aufgrund eines Notfalls (stationäre Notfallaufnahme) im Mittelbereich Templin behandelt. Insgesamt wurden die Versicherten der IG mit einer Notfallaufnahme durchschnittlich 1,35-mal im Jahr 2016 aufgrund eines Notfalls behandelt. In der Kontrollgruppe wurden im Vorbeobachtungsjahr 2016 1.203 Versicherte aufgrund eines Notfalls durchschnittlich 1,30-mal behandelt. In den Jahren 2016, 2017, 2018, 2019 und 2020 wurden 4,6 % mehr stationäre Notfallaufnahmen in der IG als in der KG dokumentiert. Sowohl in der IG als auch in der KG stiegen die stationären Notfallaufnahmen im Jahr 2017 deutlich zum Vorbeobachtungszeitraum an und sanken in den Jahren 2018 und 2019 aber wieder ab, wie aus Abbildung 124 hervorgeht. Im Jahr 2020 wurden in der IG 1.623 Notfälle betreut, sodass sich dem Vorbeobachtungsjahr 2016 angenähert wurde (IG: +23 Notfälle). In der KG wurden im Jahr 2020 1.531 Notfälle behandelt. Somit behielt die KG das Niveau der Anzahl der Notfälle aus dem Vorbeobachtungsjahr 2016 im Jahr 2020 annähernd bei (KG: -28 Notfälle). Die Difference-in-Differences-Analyse ergibt, dass in der IG von 2016 zu 2020 durchschnittlich 51 mehr stationäre Notfälle behandelt wurden als in der KG ( $W = 40,5$ ;  $p = 0,500$ ).

Weiterführende Analysen zu den Krankenhausaufenthalten, den Krankenhausaufenthalten aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose als auch den stationären Notfallaufnahmen können Anhang 17 entnommen werden.

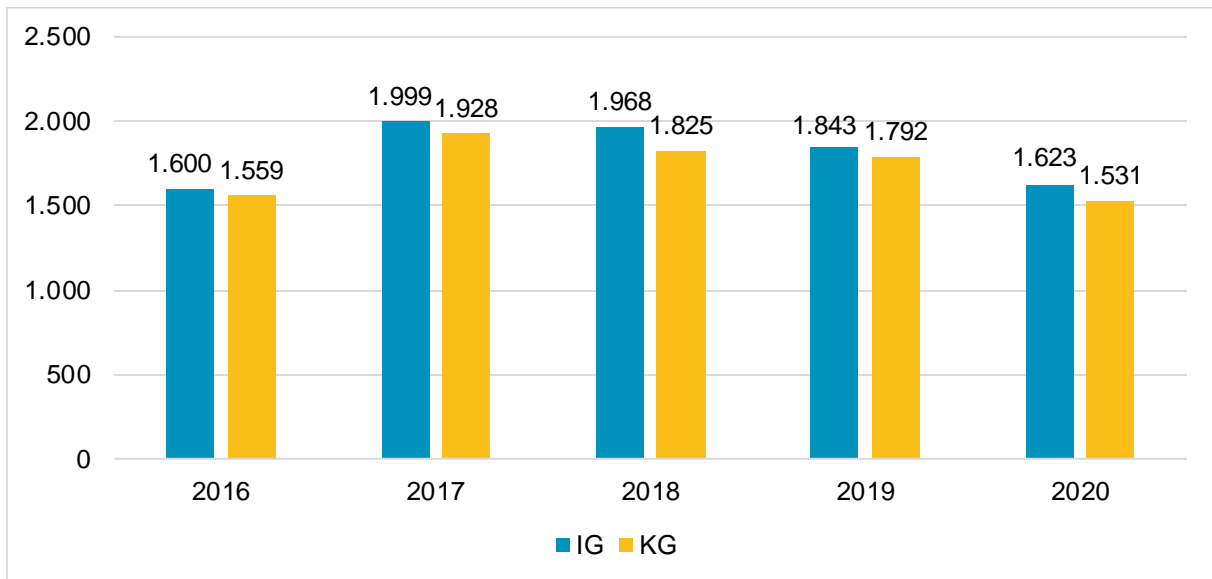


Abbildung 124: Vollstationäre Notfälle (2016-2020)

### Hausarztkontakte

Im Jahr 2016 wurden in der IG 32.979 Hausarztkontakte und im Jahr 2020 31.802 Hausarztkontakte verzeichnet. Ein Hausarztkontakt entspricht dabei einem Quartalsfall. Ein Quartalsfall wird definiert als die Behandlung eines Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Quartal. In der KG fanden im gleichen Zeitraum 2016 33.655 Hausarztkontakte und 2020 31.646 Hausarztkontakte statt. Sowohl in der IG als auch in der KG reduzierte sich die Anzahl der Hausarztkontakte im Zeitraum von 2016 bis 2020 (IG: -3,6 %; KG: -6,0 %). Die Difference-in-Differences-Analyse zeigt, dass in der IG im Mittelbereich, in dem die Strukturmigration durchgeführt wurde, von 2016 bis 2020 mehr ambulante Quartalsfälle behandelt wurden als in der KG (DiD: 832). Insgesamt hatten in der IG im Jahr 2016 80,8 % der Versicherten Kontakt zu einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt (KG: 81,6 %). Sowohl in der IG als auch der KG konnte bis zum Jahr 2020 ein leichter Zuwachs im Anteil der Versicherten, die gesundheitliche Leistungen bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt in Anspruch genommen haben, verzeichnet werden (IG: +2,4 %, KG: +1,5 %). Die Differenz der Differenzen ergibt, dass der Anteil der Versicherten, die eine gesundheitliche Leistung bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt beansprucht haben, in der IG statistisch signifikant höher ausfällt als in der KG (DiD: 0,8 %;  $\chi^2 = 29,93$ ;  $p = 0,000$ ). Hinsichtlich der Ergebnisse für das Jahr 2020 muss berücksichtigt werden, dass für die Analysen die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg verwendet wurden. Demnach unterschieden sich die ambulanten Leistungsdaten aus dem Jahr 2020 gegenüber den Vorjahren.

Sowohl in der IG als auch der KG konnten in der Altersklasse der 0-9-Jährigen, 20-29-Jährigen, 40-49-Jährigen, 50-59-Jährigen und 70-79-Jährigen zwischen den Jahren 2016 bis 2020 die Anzahl der Hausarztkontakte reduziert werden, wie aus Abbildung 125 hervorgeht. Am deutlichsten sanken in der IG die Anzahl der Hausarztkontakte der 70-79-Jährigen von 6.112 Quartalsfällen (2016) auf 4.970 Quartalsfälle (2020). In der KG zeichnete sich eine deutliche Reduktion von -1.129 Quartalsfällen in der Gruppe der 50-59-Jährigen und von -1.451 Quartalsfällen in der Gruppe der 70-79-Jährigen ab.

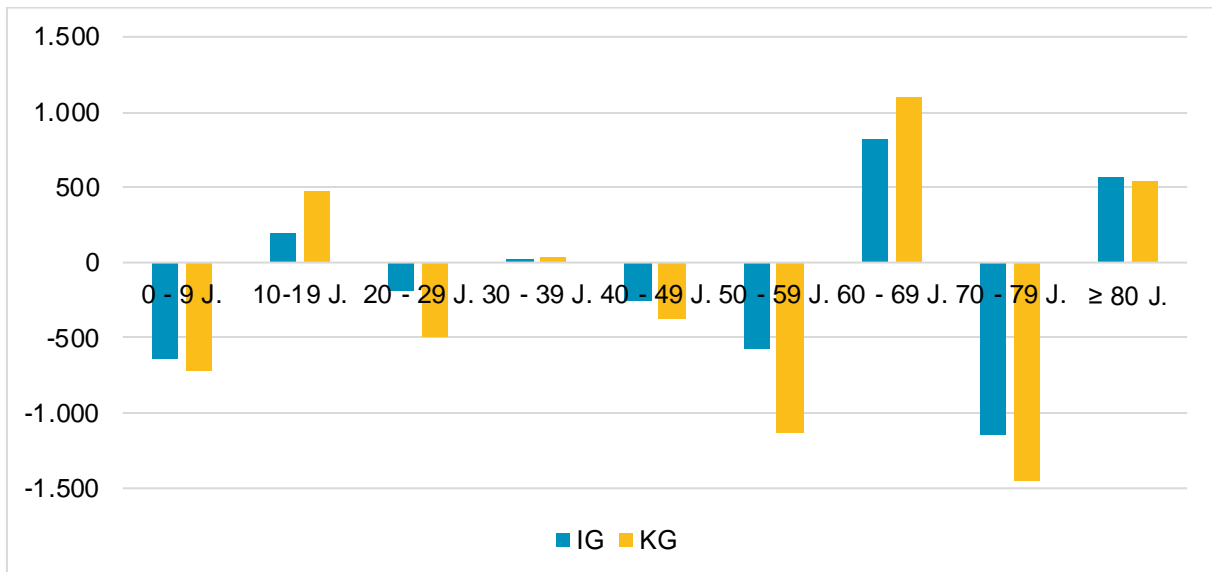


Abbildung 125: Differenz der Anzahl der Hausarztkontakte in den einzelnen Altersklassen zwischen 2016 und 2020

### Facharztkontakte

Die Facharztkontakte wurden analog den Hausarztkontakten anhand der Quartalsfälle identifiziert. Ein Quartalsfall entspricht daher einem Facharztkontakt. In der IG fanden im Jahr 2016 50.001 und im Jahr 2020 40.649 Facharztkontakte statt. In der KG konnten 2016 47.257 Facharztkontakte und im Jahr 2020 38.857 Facharztkontakte verzeichnet werden. Insgesamt reduzierte sich die Anzahl der Facharztkontakte in den Jahren 2016 bis 2020 sowohl in der IG als auch der KG (IG: -18,7 %, KG: -17,8 %). Die Difference-in-Differences-Analyse ergibt, dass der Rückgang an Facharztkontakten in der IG stärker ausfällt als in der KG (DiD: -952). Insgesamt hatten in der IG im Jahr 2016 78,1 % der Versicherten Kontakt zu einer Fachärztin bzw. einem Facharzt (KG: 77,7 %). Bis 2020 stieg der Anteil der Versicherten in der IG auf 79,1 % an (KG: 79,4 %). In beiden Gruppen konnte demnach über den Beobachtungszeitraum ein leichter Anstieg gemessen werden (IG: +0,9 %, KG: +1,7 %). Im Betrachtungszeitraum wurde mittels der Difference-in-Differences-Analyse ein geringerer Anteil an Versicherten mit einem Facharztkontakt in der IG als in der KG festgestellt (DiD: -0,8 %;  $\chi^2 = 0,04$ ;  $p = 0,419$ ). Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass die Informationsdichte der Daten im Jahr 2020 geringer ausfällt als in den Jahren zuvor, da die ambulanten Leistungsdaten für das Jahr 2020 von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg stammen – und nicht von den beteiligten gesetzlichen Krankenkassen wie in den Vorjahren.

Im Mittelbereich Templin reduzierten sich in den Jahren 2016 bis 2020 in fast allen Altersklassen die Anzahl der Facharztkontakte. Eine Ausnahme bildet die Altersklasse der 10-19-Jährigen, in der ein Anstieg von 83 Quartalsfällen verzeichnet wurde, wie aus Abbildung 126 hervorgeht. Den stärksten Rückgang an Facharztkontakten wurde in der IG in der Altersklasse der 70-79-Jährigen (-3.224 Quartalsfälle) verzeichnet. In der KG wurde ebenfalls in fast allen Altersgruppen ein Rückgang der Facharztkontakte ausgemacht. Ausgenommen waren hier die Altersgruppe der 10-19-Jährigen (+138) und der 60-69-Jährigen (+482), wobei letztere einen Anstieg von 5,2 % aufwiesen.

Weitere Ergebnisse zu den Analysen der Haus- und Facharztkontakte sind in Anhang 17 aufgeführt.

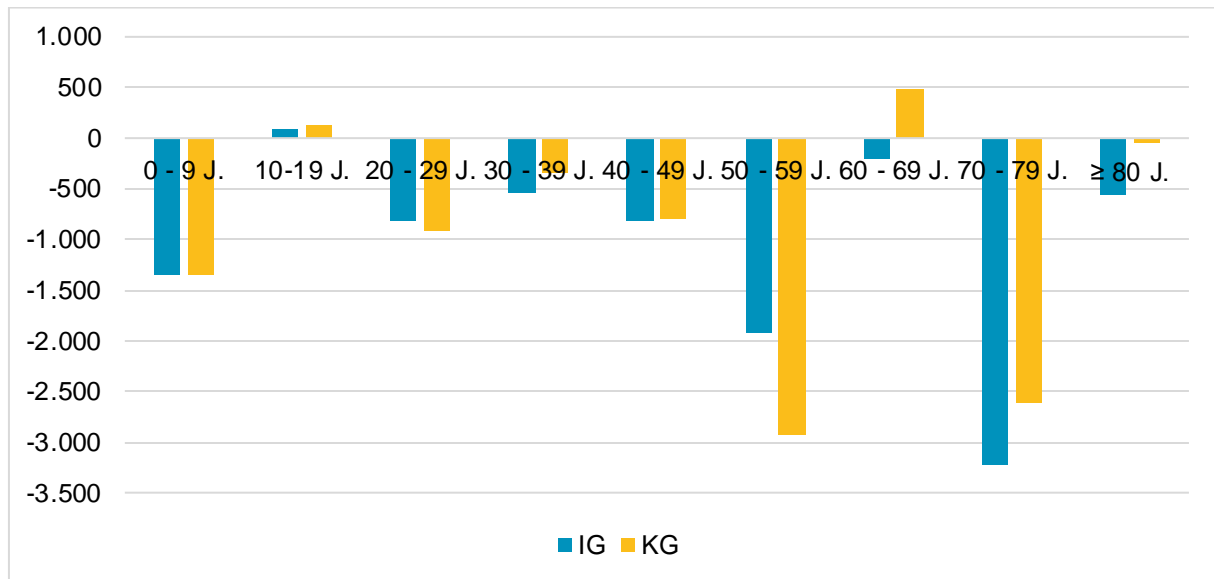


Abbildung 126: Differenz der Anzahl der Facharztkontakte in den einzelnen Altersklassen zwischen 2016 und 2020

### Arzneimittelverordnungen

Bei der Analyse der Arzneimittelverordnungen zeigte sich, dass im Jahr 2016 insgesamt 81.556 Arzneimittel an 9.177 Versicherte in der IG und 79.736 Arzneimittel an 9.351 Versicherte in der KG verordnet wurden. Demgegenüber wurden im Jahr 2020 in der IG 86.004 Arzneimittel an 8.466 Versicherte und in der KG 83.515 Arzneimittel an 8.412 Versicherte verordnet. In beiden Gruppen ist im Zeitraum von 2016 bis 2020 ein Anstieg der verordneten Arzneimittel zu verzeichnen (IG: +4.448, KG: +3.779). Die Difference-in-Differences-Analyse ergibt einen statistisch signifikanten Anstieg der verordneten Arzneimittel in der IG gegenüber der KG (DiD: 669;  $\chi^2 = 36,24$ ;  $p = 0,000$ ). Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass hier Arzneimittelverordnungen anhand der Anzahl abgegebener Verpackungen (PZN) betrachtet und keine definierten Tagesdosen je Versicherten ausgewertet wurden. Die aggregierten Daten liefern zudem keine Informationen darüber, ob eine hohe Inanspruchnahme von Arzneimitteln z. B. auf Indikationen mit kostenintensiven Behandlungsmethoden oder auf eine Multimorbidität der Patientin bzw. des Patienten zurückzuführen ist.

Im Durchschnitt wurden im Jahr 2016 6,94 Arzneimittel pro Versicherten in der IG verordnet (KG: 6,78). Im Jahr 2020 erhielt ein Versicherter in der IG im Durchschnitt 7,93 Arzneimittel (KG: 7,77). In beiden Gruppen ist ein Anstieg der verordneten Arzneimittel zu verzeichnen (IG: +14,3 %; KG: +14,5 %). Die Difference-in-Differences-Analyse zeigt, dass pro Versicherten mehr Arzneimittel in der IG als der KG verordnet wurden (DiD: 0,94 %). Die Anzahl der verordneten Arzneimittel pro Versicherten fielen unterschiedlich in den Altersgruppen aus, wie Tabelle 33 entnommen werden kann. Sowohl in der IG als auch der KG erhielten Kinder im Alter von 0-9 Jahren durchschnittlich fünf Arzneimittel im Jahr 2016 (IG: 5,7, KG: 5,3). Wohingegen 10-19-Jährige im Durchschnitt knapp zwei Arzneimittel verordnet bekamen (IG: 1,8, KG: 1,9). Die Anzahl der verordneten Arzneimittel pro Person konnte bei Kindern zwischen 0-9 Jahren in beiden Gruppen reduziert werden (IG: -2,6 vs. KG: -1,9). Mittels der Difference-in-Differences-Analyse kann festgestellt werden, dass in der IG von 2016 zu 2020 weniger Arzneimittel in dieser Altersgruppe verordnet wurden als in der KG (DiD: -0,68). Die meisten Arzneimittel pro Person wurden in der IG im Jahr 2016 in der Gruppe der über 80-Jährigen

verordnet. Bis 2020 konnte hier ein Anstieg von 10,6 % dokumentiert werden (2016: 13,5 vs. 2020: 15,0). In der KG wurden ebenfalls in der Gruppe der über 80-Jährigen die meisten Arzneimittel pro Person verordnet (2016: 13,0 vs. 2020: 14,2). Die Difference-in-Differences-Analyse ergibt, dass in der Gruppe der über 80-Jährigen die Anzahl an verordneten Arzneimitteln pro Versicherten in der IG etwas höher ausfällt im Vergleich zur KG (DiD: 0,17). Zusätzliche Ergebnisse der verordneten Arzneimittelanalysen sind in Anhang 17 dargestellt.

Tabelle 33: Arzneimittel pro Versicherte in IG und KG (2016-2020)

Alter	IG					KG				
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
0 – 9 J.	5,67	5,41	3,79	3,30	3,11	5,33	5,89	5,08	4,44	3,46
10 – 19 J.	1,80	1,96	2,13	2,06	1,95	1,90	2,32	2,54	2,23	1,94
20 – 29 J.	1,61	1,74	1,74	1,84	1,77	1,66	1,70	1,61	2,21	2,00
30 – 39 J.	2,35	2,50	2,50	2,45	2,43	2,30	2,45	2,52	2,38	2,12
40 – 49 J.	3,57	4,03	3,94	3,69	3,73	3,58	3,52	3,60	3,75	3,79
50 – 59 J.	5,82	6,16	6,28	6,66	6,53	5,72	5,82	6,17	6,38	6,34
60 – 69 J.	8,58	9,05	9,39	9,46	9,84	8,66	8,80	9,29	9,42	9,56
70 – 79 J.	12,39	12,78	13,23	13,61	13,57	11,80	12,63	12,92	12,67	13,46
≥ 80 J.	13,54	14,08	14,21	15,20	14,98	12,97	12,77	13,25	13,83	14,24

### Inanspruchnahme von Heilmitteln

In der IG erhielten im Jahr 2016 3.075 Versicherte und im Jahr 2020 2.677 Versicherte mindestens eine Verordnung für eine Physiotherapie. Demgegenüber wurde in der KG im Jahr 2016 3.068 Versicherten und im Jahr 2020 2.789 Versicherten mindestens eine Verordnung für Physiotherapie ausgestellt. Demnach ging über die Jahre hinweg in beiden Gruppen die Anzahl an Versicherten, die mindestens eine Verordnung für Physiotherapie erhielten, zurück (IG: -398 vs. KG: -279). Die Difference-in-Differences-Analyse ergibt, dass der Rückgang in der IG stärker ausfällt als in der KG (DiD: -119;  $W = 47$ ;  $p = 0,302$ ). Die Anzahl der Versicherten mit mindestens einer Physiotherapie-Verordnung fallen in den betrachteten Jahren in den Altersgruppen unterschiedlich aus, wie Tabelle 34 darstellt. Die Einzelleistungen an Physiotherapie machten in der IG ebenso wie in der KG den größten Anteil an Heilmittelleistungen aus.

In der IG ist die Anzahl der Versicherten mit mindestens einer Verordnung für Ergotherapie von 2016 zu 2020 insgesamt nahezu gleich geblieben (2016: 238 vs. 2020: 240). Auch in der KG sind die Versicherten, die mindestens einmal Ergotherapie verordnet bekommen haben, von 2016 zu 2020 annähernd unverändert (2016: 249 vs. 2020: 238). Die Differenz der Differenzen zeigt, dass im Betrachtungszeitraum mehr Personen in der IG eine Verordnung für Ergotherapie erhielten als in der KG (DiD: 13;  $W = 43$ ;  $p = 0,432$ ). Bei der Betrachtung der Versicherten mit mindestens einer Ergotherapie-Verordnung getrennt nach Altersgruppen zeigte sich, dass der Anteil an Versicherten in der IG in der Altersgruppe der 0-9-Jährigen von 2016 zu 2020 mit 6,5 % angestiegen ist. Im gleichen Zeitraum konnte in der KG ein Anstieg des Anteils von Versicherten, die eine Verordnung für eine Ergotherapie ausgestellt bekommen haben, um 1,6 % verzeichnet werden, wie sich aus Tabelle 35 ergibt. Mittels des Difference-in-Differences-Ansatzes kann ermittelt werden, dass der Anteil an Versicherten, die



mindestens einmal eine Verordnung für Ergotherapie erhielten, in der Altersgruppe der 0-9-Jährigen in der IG stärker gewachsen ist als in der KG (DiD: 4,8 %).

Sowohl in der IG als auch in der KG ist die Anzahl der Versicherten mit mindestens einer Verordnung für Logopädie im Vergleich vom Vorbeobachtungsjahr 2016 zum Projektende 2020 zurückgegangen (IG: -63 vs. KG: -33). Mittels der Difference-in-Differences-Analyse kann gezeigt werden, dass der Rückgang in der IG stärker ausfällt als in der KG (DiD: -30;  $W = 48$ ;  $p = 0,262$ ). Die Analyse der Anzahl an Versicherten mit mindestens einer Logopädie-Verordnung je Altersklasse verdeutlichte, dass der Anteil an Versicherten mit einer Verordnung für Logopädie in der Altersgruppe der 0-9-Jährigen in der IG im Jahr 2016 mit 4,2 % höher ausfiel als in der KG (IG: 12,5 % vs. KG: 8,3 %). Der Anteil an Versicherten mit einer Logopädie-Verordnung in dieser Altersgruppe fiel mit 9,4 % im Jahr 2020 in der IG höher aus als in der KG (IG: 18,4 % vs. KG: 9,0 %), wie sich aus der

Tabelle 36 ablesen lässt. Die Difference-in-Differences-Analyse ergibt, dass über die Jahre der Anteil in der Altersgruppe der 0-9-Jährigen, die eine Logopädie-Verordnung erhielten, in der IG stärker angewachsen ist als in der KG (DiD: 5,1 %).

### *Hilfsmittelverordnungen*

In der IG erhielten im Jahr 2016 1.454 Versicherte und im Jahr 2020 1.938 Versicherte mindestens eine Verordnung für ein Hilfsmittel. Im Vergleich dazu wurde in der KG im Jahr 2016 1.443 Versicherten und im Jahr 2020 1.812 Versicherten mindestens ein Hilfsmittel verordnet. Demnach konnte ein Anstieg in beiden Gruppen in der Anzahl an Versicherten, die mindestens eine Verordnung für Hilfsmittel erhielten, verzeichnet werden (IG: +484 vs. KG: +369). Die Differenz der Differenzen verdeutlicht, dass der Anstieg in der IG stärker ausfällt als in der KG (DiD: 115;  $\chi^2 = 20,38$ ;  $p = 0,000$ ). Die Anzahl der Versicherten mit mindestens einer Hilfsmittelverordnung fallen in den betrachteten Jahren in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich aus, wie Tabelle 37 veranschaulicht. In beiden Gruppen erhielt über die Jahre hinweg knapp ein Drittel der über 80-Jährigen mindestens eine Verordnung für ein Hilfsmittel. Mittels einer Difference-in-Differences-Analyse kann festgestellt werden, dass der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Hilfsmittelverordnung in der Altersgruppe der über 80-Jährigen in der IG höher ausfällt als in der KG (DiD: 3,2 %).

Weitere Ergebnisse zur Auswertung der Heil- und Hilfsmittelverordnungen können dem Anhang 17 entnommen werden.



Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

Tabelle 34: Anzahl der Versicherten in der IG und KG mit mindestens einer Physiotherapieverordnung in 2016-2020 (in n und %)

Alter	IG										KG									
	2016		2017		2018		2019		2020		2016		2017		2018		2019		2020	
0-9 J.	42	5,5%	20	3,1%	39	6,9%	39	8,0%	43	10,7%	33	4,4%	20	3,6%	20	4,1%	27	6,4%	22	6,0%
10-19 J.	54	6,6%	63	7,3%	97	11,1%	92	10,6%	81	9,5%	66	8,1%	87	9,0%	77	7,6%	76	7,5%	57	6,0%
20-29 J.	75	10,2%	68	10,3%	68	11,4%	71	12,9%	60	11,3%	86	11,7%	89	14,6%	81	14,4%	80	19,8%	75	17,2%
30-39 J.	196	17,7%	193	17,8%	184	16,7%	186	16,9%	142	13,4%	205	19,1%	200	20,2%	205	21,9%	196	18,5%	186	18,0%
40-49 J.	280	23,9%	254	22,8%	266	25,6%	264	26,9%	265	28,0%	286	24,1%	302	27,5%	278	25,9%	299	31,9%	277	29,8%
50-59 J.	668	28,2%	670	29,3%	696	31,7%	657	31,4%	580	29,1%	687	28,9%	741	30,8%	713	32,2%	713	36,0%	608	32,3%
60-69 J.	647	34,5%	620	31,2%	662	32,1%	630	29,9%	604	28,5%	630	33,4%	715	35,8%	701	33,4%	704	31,3%	664	29,5%
70-79 J.	551	36,3%	527	36,0%	550	39,9%	557	42,1%	465	36,7%	522	33,9%	554	42,9%	532	44,0%	538	41,9%	491	39,4%
≥80 J.	562	39,7%	575	35,9%	546	33,7%	532	32,4%	437	26,3%	553	39,4%	542	30,1%	509	27,8%	497	28,6%	409	24,7%

Tabelle 35: Anzahl der Versicherten in der IG und KG mit mindestens einer Verordnung für Ergotherapie in 2016-2020 (in n und %)

Alter	IG										KG									
	2016		2017		2018		2019		2020		2016		2017		2018		2019		2020	
0-9 J.	43	5,7%	51	7,8%	53	9,4%	57	11,7%	49	12,2%	37	5,0%	34	6,2%	37	7,7%	37	8,7%	24	6,5%
10-19 J.	44	5,4%	38	4,4%	29	3,3%	35	4,0%	23	2,7%	28	3,4%	29	3,0%	30	3,0%	19	1,9%	19	2,0%
20-29 J.	3	0,4%	2	0,3%	1	0,2%	3	0,5%	1	0,2%	3	0,4%	4	0,7%	6	1,1%	7	1,7%	4	0,9%
30-39 J.	4	0,4%	8	0,7%	9	0,8%	4	0,4%	5	0,5%	5	0,5%	4	0,4%	5	0,5%	9	0,8%	10	1,0%
40-49 J.	6	0,5%	12	1,1%	8	0,8%	6	0,6%	7	0,7%	7	0,6%	11	1,0%	7	0,7%	12	1,3%	16	1,7%
50-59 J.	29	1,2%	29	1,3%	39	1,8%	39	1,9%	32	1,6%	31	1,3%	31	1,3%	34	1,5%	43	2,2%	36	1,9%
60-69 J.	27	1,4%	35	1,8%	44	2,1%	44	2,1%	45	2,1%	34	1,8%	41	2,1%	39	1,9%	47	2,1%	45	2,0%
70-79 J.	35	2,3%	41	2,8%	32	2,3%	35	2,6%	41	3,2%	39	2,5%	41	3,2%	41	3,4%	48	3,7%	39	3,1%
≥80 J.	47	3,3%	47	2,9%	47	2,9%	26	1,6%	37	2,2%	65	4,6%	64	3,5%	67	3,7%	49	2,8%	45	2,7%

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

Tabelle 36: Anzahl der Versicherten in der IG und KG mit mindestens einer Verordnung für Logopädie in 2016-2020 (in n und %)

Alter	IG										KG									
	2016		2017		2018		2019		2020		2016		2017		2018		2019		2020	
0-9 J.	95	12,5%	104	15,9%	87	15,4%	82	16,8%	74	18,4%	62	8,3%	58	10,5%	60	12,4%	41	9,6%	33	9,0%
10-19 J.	61	7,5%	42	4,9%	30	3,4%	25	2,9%	22	2,6%	20	2,5%	23	2,4%	25	2,5%	14	1,4%	10	1,1%
20-29 J.	2	0,3%	1	0,2%	1	0,2%	2	0,4%	0	0,0%	3	0,4%	3	0,5%	4	0,7%	3	0,7%	3	0,7%
30-39 J.	3	0,3%	3	0,3%	4	0,4%	3	0,3%	4	0,4%	2	0,2%	2	0,2%	4	0,4%	3	0,3%	4	0,4%
40-49 J.	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	2	0,2%	2	0,2%	2	0,2%	1	0,1%	2	0,2%	1	0,1%
50-59 J.	6	0,3%	3	0,1%	6	0,3%	7	0,3%	7	0,4%	11	0,5%	12	0,5%	14	0,6%	15	0,8%	11	0,6%
60-69 J.	7	0,4%	4	0,2%	7	0,3%	6	0,3%	6	0,3%	17	0,9%	18	0,9%	15	0,7%	21	0,9%	24	1,1%
70-79 J.	11	0,7%	7	0,5%	8	0,6%	4	0,3%	10	0,8%	11	0,7%	22	1,7%	18	1,5%	11	0,9%	12	1,0%
≥80 J.	10	0,7%	11	0,7%	8	0,5%	4	0,2%	8	0,5%	16	1,1%	23	1,3%	20	1,1%	15	0,9%	13	0,8%

Tabelle 37: Anzahl der Versicherten der IG und KG mit mindestens einer Hilfsmittelleistung in 2016-2020 (in n und %)

Alter	IG										KG									
	2016		2017		2018		2019		2020		2016		2017		2018		2019		2020	
0-9 J.	50	6,61%	45	6,89%	37	6,54%	36	7,38%	27	6,70%	47	6,29%	42	7,61%	37	7,68%	37	8,71%	25	6,79%
10-19 J.	54	6,63%	57	6,64%	60	6,86%	80	9,18%	60	7,03%	84	10,34%	94	9,71%	82	8,13%	76	7,53%	69	7,27%
20-29 J.	24	3,28%	22	3,32%	24	4,03%	14	2,55%	22	4,14%	28	3,83%	29	4,76%	18	3,19%	26	6,42%	19	4,35%
30-39 J.	73	6,61%	72	6,62%	64	5,81%	57	5,19%	65	6,11%	44	4,10%	48	4,86%	60	6,42%	54	5,08%	43	4,15%
40-49 J.	70	5,98%	91	8,18%	81	7,78%	72	7,33%	82	8,66%	71	5,99%	84	7,64%	65	6,06%	62	6,62%	77	8,30%
50-59 J.	226	9,54%	256	11,21%	231	10,53%	250	11,94%	214	10,73%	215	9,05%	229	9,51%	232	10,48%	235	11,86%	199	10,59%
60-69 J.	248	13,22%	285	14,36%	326	15,79%	317	15,04%	359	16,91%	256	13,57%	286	14,31%	341	16,25%	401	17,84%	345	15,31%
70-79 J.	284	18,70%	329	22,49%	345	25,00%	364	27,51%	355	28,00%	296	19,20%	329	25,46%	347	28,73%	348	27,12%	357	28,67%
≥80 J.	425	30,06%	565	35,25%	596	36,74%	681	41,45%	754	45,37%	402	28,67%	574	31,84%	586	31,97%	651	37,41%	678	40,87%

### *Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege*

Häusliche Krankenpflegeleistungen wurden im Jahr 2016 von 6,0 % der IG und von 5,2 % der KG beansprucht. Eine häusliche Krankenpflege ist u. a. indiziert, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, diese aber nicht ausführbar ist (Krankenhausvermeidungspflege) oder eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann (Krankenhausvermeidungspflege) [64]. In der IG konnte ein Anstieg des Anteils der Empfängerinnen und Empfänger von häuslichen Krankenpflegeleistungen verzeichnet werden und erreichte im Jahr 2020 6,6 %. Der Anteil der Versicherten, die eine häusliche Krankenpflege erhielten, blieb bis 2020 in der KG annähernd auf dem gleichen Niveau und stieg nur geringfügig auf 5,2 %. Die Analyse der Differenz der Differenzen zeigt, dass der Anteil der Versicherten, die mindestens eine häusliche Krankenpflegeleistung erhielten, in der IG höher ausgefallen ist als in der KG (DiD: 0,62 %).

Am häufigsten erhielten sowohl in der IG als auch in der KG Personen über 70 Jahre häusliche Krankenpflegeleistungen. Im Durchschnitt nahmen im Jahr 2016 in der IG 10,2 % der 70-79-Jährigen (KG: 7,7 %) und 31,4 % der über 80-Jährigen (KG: 26,96 %) mindestens einmal eine häusliche Krankenpflegeleistung in Anspruch. Die Difference-in-Differences-Analyse zeigt in der Gruppe der 70-79-Jährigen eine Reduktion des Anteils der Empfängerinnen und Empfänger einer häuslichen Krankenpflegeleistungen von durchschnittlich 0,23 % zugunsten der IG. In der Gruppe der über 80-Jährigen ergibt die Difference-in-Differences-Analyse hingegen einen Anstieg im Anteil der Versicherten, die eine Leistung erhalten haben von 1,2 % in der IG gegenüber der KG.

Die Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege könnte ebenfalls mit dem (hohen) Anteil an Pflegebedürftigen in Templin und der Reduktion stationärer Krankenhausaufenthalte zusammenhängen. Aufgrund der fehlenden Verknüpfung der Daten zu den verschiedenen Leistungsbereichen kann hier keine abschließende Aussage zu einem Zusammenhang getroffen werden.

### *Inanspruchnahme von Pflegeleistungen*

Im Jahr 2016 nahmen in der IG 1.235 Versicherte und in der KG 1.132 Versicherte mindestens eine Pflegeleistung in Anspruch. Im Nachbeobachtungsjahr 2020 bekamen 1.668 Versicherte der IG und 1.327 Versicherte der KG mindestens eine Pflegeleistung. Anhand der untersuchten Anzahl der Personen, die mindestens eine Pflegeleistungen erhielten, zeigte sich ein Anstieg sowohl in der IG als auch der KG in den Jahren 2016 bis 2020 (IG: +433 Personen, KG: +195 Personen). Demnach nahmen im Jahr 2016 10,5 % der IG mindestens eine Pflegeleistung in Anspruch, im Jahr 2020 waren es 15,4 % der IG. Im Vergleich hierzu nahmen im Jahr 2016 9,7 % der Versicherten der KG mindestens eine Pflegeleistung in Anspruch und im Jahr 2020 12,3 % der Versicherten der KG. Insgesamt zeigt die Difference-in-Differences-Analyse, dass der Anstieg der Versicherten, die mindestens eine Pflegeleistung erhielten, in den Jahren von 2016 bis 2020 in der IG höher ausfiel als in der KG (DiD: 2,2 %).

Bei der Interpretation der Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sollte berücksichtigt werden, dass im Rahmen des Projektes ein Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) errichtet wurde. Im KBZ gehörten Fragen und Anliegen rund um Pflege zu den häufigsten Beratungsleistungen. Die Zunahme von Pflegeleistungen sollte somit nicht nur vor dem Hintergrund einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung, sondern auch vor dem Hintergrund einer erfolgreichen Implementierung des KBZ diskutiert werden.

In beiden Gruppen wurden in allen Altersklassen Pflegeleistungen erbracht. Am häufigsten wurden Pflegeleistungen von Personen über 80 Jahren in Anspruch genommen. In der IG wurde 2016 von 52,0 % der über 80-Jährigen mindestens eine Pflegeleistung in Anspruch genommen. Im Jahr 2020 konnte ein Anstieg auf 60,7 % ausgemacht werden. In der KG erhielt im Jahr 2016 in der Gruppe der über 80-Jährigen die Hälfte (50,0 %) eine Pflegeleistung. Bis 2020 wurde nur ein leichter Anstieg verzeichnet, wonach insgesamt 51,2 % der über 80-Jährigen eine Pflegeleistung in Anspruch nahmen. Die Difference-in-Differences-Analyse ergibt in der Altersgruppe der über 80-Jährigen einen stärkeren Anstieg an Versicherten, die eine Pflegeleistung in Anspruch nahmen, in der IG gegenüber der KG (DiD: 7,5 %).

Weiterführende Analyse zu der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege können im Anhang 17 nachgelesen werden.

### *Kosten*

Die Gesamtkosten setzen sich aus einzelnen Kostenkomponenten (Leistungsbereiche) zusammen, die sowohl im Vorbeobachtungszeitraum 2016 als auch im Beobachtungszeitraum 2017 bis 2020 durchschnittlich pro versicherter Person der IG bzw. KG anfielen, wie in Tabelle 38 dargestellt ist. Zu den einzelnen Komponenten zählen Kosten aus dem stationären und ambulanten Bereich, Arzneimittelkosten, Heil- und Hilfsmittelkosten, Kosten der häuslichen Krankenpflege sowie Kosten aufgrund von Fahrten zu einer medizinischen Behandlung. In den Gesamtkosten sind keine Kosten aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder aufgrund von Pflegeleistungen enthalten. Zusätzlich zu den dargestellten Ergebnissen befinden sich weitere Ergebnisse zu den Kostenkomponenten aus dem stationären und ambulanten Bereich, Arzneimittelkosten, Heil- und Hilfsmittelkosten, Fahrtkosten sowie den Kosten aufgrund einer häuslichen Krankenpflege in Anhang 17. Daneben sind dort ebenfalls weitere Analysen zu den Gesamtkosten aufgeführt.

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

Tabelle 38: Durchschnittliche Kosten pro Versicherten in der IG und KG in den einzelnen Kostenkomponenten (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD

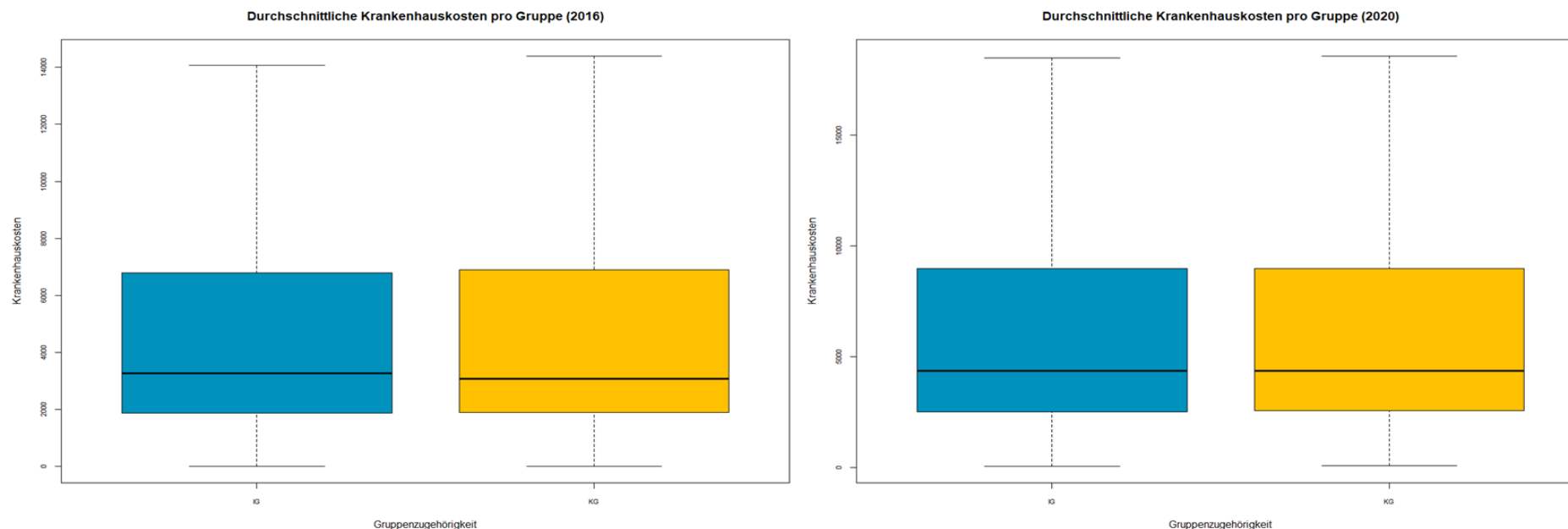
Kosten	IG					KG					DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>Stationäre Leistungen</b>	1.119,61 €	1.392,95 €	1.328,37 €	1.490,06 €	1.410,05 €	1.080,34 €	1.410,35 €	1.510,79 €	1.635,70 €	1.493,38 €	-122,60 €
<b>Ambulante Leistungen</b>	586,86 €	618,84 €	641,34 €	628,40 €	191,12 €	489,03 €	530,97 €	546,81 €	568,81 €	153,73 €	-60,43 €
<b>Arzneimittel</b>	780,78 €	917,99 €	991,71 €	1.125,76 €	1.095,44 €	682,60 €	750,25 €	821,24 €	891,83 €	837,27 €	159,99 €
<b>Heilmittel</b>	89,42 €	98,57 €	117,84 €	143,23 €	138,42 €	93,10 €	102,28 €	116,52 €	140,52 €	128,18 €	13,92 €
<b>Hilfsmittel SGB V</b>	52,95 €	65,31 €	73,14 €	85,47 €	92,39 €	55,61 €	80,61 €	82,42 €	91,19 €	81,56 €	13,50 €
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	237,25 €	170,25 €	200,44 €	237,82 €	145,41 €	239,87 €	208,03 €	226,06 €	250,95 €	193,62 €	-45,59 €
<b>Fahrtkosten</b>	168,24 €	212,44 €	232,68 €	261,83 €	253,12 €	119,68 €	171,09 €	181,17 €	202,46 €	203,90 €	0,66 €

\*p < 0,05

Im Vorbeobachtungszeitraum 2016 waren die Unterschiede in den einzelnen Kostenkomponenten zwischen IG und KG nicht statistisch signifikant. Auch im Nachbeobachtungszeitraum konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede in den einzelnen Kostenkomponenten zwischen IG und KG dokumentiert werden. Bei der Betrachtung der Kosten ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der aggregierten Form der Daten eine Verknüpfung der einzelnen Leistungsbereiche nicht möglich war. Somit können Auffälligkeiten in bestimmten Kostenkomponenten von einzelnen Personen nicht mit dem ihrem Inanspruchnahmeverhalten in anderen Leistungsbereichen verglichen werden. So könnten z. B. hohe Arzneimittelkosten auf eine Indikation zurückzuführen sein, die eine kostenintensive Behandlung erfordert.

Bei der Analyse der Kosten der stationären Leistungen zeigt sich, dass die Kosten sowohl in der IG als auch der KG angestiegen sind. Die Krankenhauskosten stiegen in der IG um 290,44 € pro Person und in der KG um 413,04 € pro Person in den Jahren von 2016 bis 2020. Bei dem Difference-in-Differences-Ansatz wird die durchschnittliche Veränderung der Kosten von 2016 zu 2020 für die IG mit der durchschnittlichen Veränderung der Kosten im selben Zeitraum mit der KG verglichen. Hierbei zeigt sich ein geringerer Anstieg der Krankenhauskosten in Höhe von 122,60 € in der IG im Vergleich zur KG ( $W = 32$ ;  $p = 0,245$ ).

Eine weiterführende deskriptive Analyse der Krankenhauskosten, in der nur Versicherte berücksichtigt worden sind, die auch Kosten in diesem Leistungsbereich verursacht haben, ergab in der IG für das Jahr 2016 einen Mittelwert von 5.988,23 € pro Versicherten (KG: 6.030,10 € pro Versicherten) und für das Jahr 2020 einen Mittelwert von 8.335,02 € pro Versicherten (KG: 8.714,74 €). Der Median lag im Jahr 2016 in der IG bei 3.265,07 € bzw. in der KG bei 3.066,88 € und im Jahr 2020 in der IG bei 4.347,10 € bzw. in der KG bei 4.353,55 €, wie in Abbildung 127 dargestellt wird. Die Krankenhauskosten beinhalteten in beiden Gruppen Versicherte mit stationären Kosten in Höhe von über 100.000 € im Jahr 2016 und über 300.000 € im Jahr 2020, die als sogenannte Ausreißer bezeichnet werden können.



	2016		2020	
	IG	KG	IG	KG
25 %-Quartil	1.868,01 €	1.877,08 €	2.495,64 €	2.558,44 €
Median	3.265,07 €	3.066,88 €	4.347,10 €	4.353,55 €
75 %-Quartil	6.775,89 €	6.889,02 €	8.986,45 €	8.975,73 €
Mittelwert	5.988,23 €	6.030,10 €	8.335,02 €	8.714,74 €
Standardabweichung	8.725,07 €	10.514,72 €	14.776,35 €	15.614,28 €
Minimum	0,01 €	0,01 €	48,57 €	68,51 €
Maximum	101.440,62 €	204.225,63 €	400.196,33 €	325.025,44 €

Abbildung 127: Weiterführende Analysen inklusive Boxplot der durchschnittlichen Krankenhauskosten für Versicherte mit Kosten im Leistungsbereich in den beiden Gruppen für 2016 und 2020

Anmerkung: Ausreißer, die über dem 1,5-fachen Interquartilsabstand hinausgehen, werden in der Abbildung nicht gezeigt.

Im Bereich der ambulanten Leistungen gingen die Kosten in der IG um 395,74 € pro Person und in der KG um 335,31 € pro Person zurück. Somit zeigte sich ein Rückgang der Kosten für ambulante Leistungen von 60,43 € zugunsten der IG im Vergleich zur KG ( $W = 29$ ;  $p = 0,170$ ).

Die ambulanten Kosten können in verschiedene Quantile aufgegliedert werden, um die Versicherten mit hohen ambulanten Kosten zu identifizieren. Wenn die Versicherten mit hohen ambulanten Kosten im oberen Quantil von 10 % aus den Analysen ausgeklammert werden, dann erhielten 90 % der Versicherten in der IG im Jahr 2016 ambulante Leistungen in Höhe von 348,46 € pro Person und im Jahr 2020 von 74,76 € pro Person, wie Tabelle 39 entnommen werden kann. In der KG zeigte sich ein Rückgang der ambulanten Kosten von 276,50 € pro Person im Betrachtungszeitraum (2016: 355,87 €, 2020: 79,37 €). Die Difference-in-Differences-Analyse zeigt, dass die ambulanten Kosten, reduziert um 10 % der Versicherten mit hohen ambulanten Kosten, in der IG und in der KG annähernd gleich ausfielen (DiD: 2,80 €).

Im Gegensatz hierzu fielen die Kosten pro Person in der Gruppe der Versicherten, die zu den oberen 10 % der hochpreisigen ambulanten Kosten zählten, deutlich höher aus. In der IG fielen im Jahr 2016 2.476,49 € pro Person (KG: 1.869,74 € pro Person) und im Jahr 2020 1.167,54 € pro Person (KG: 868,34 € pro Person) an. Die Differenz der Differenzen ergibt eine Reduktion der ambulanten Kosten, bei Versicherten mit hochpreisigen ambulanten Leistungen, in Höhe von 307,56 € pro Person zugunsten der IG.

Tabelle 39: Durchschnittliche ambulante Kosten entsprechend der Einteilung in Quantile für das Jahr 2016 und 2020

Kosten	IG		KG		DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2020	2016	2020	
10% (oberes Quantil)	2.476,49 €	1.167,54 €	1.869,74 €	868,34 €	-307,56 €
90%	348,46 €	74,76 €	355,87 €	79,37 €	2,80 €

Die Ergebnisse ergeben, dass 90 % der Versicherten in der IG und in der KG vergleichbare niedrige ambulante Kosten aufweisen. So konnten insbesondere in der Gruppe der oberen 10 % der Versicherten die ambulanten Kosten in der IG gegenüber der KG gesenkt werden. Bei der Interpretation der Daten muss jedoch berücksichtigt werden, dass im Jahr 2020 weniger Informationen in den ambulanten Leistungsdaten zur Verfügung standen als in den Jahren zuvor, da für das Jahr 2020 die Daten zur vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und nicht die ambulanten Leistungsdaten der beiden beteiligten Krankenkassen herangezogen worden sind. Demnach könnten Informationen über die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen für das Jahr 2020 fehlen.

In den Arzneimittelkosten hingegen wurde ein Anstieg der Kosten in der IG um 314,66 € pro Person und in der KG um 154,67 € pro Person verzeichnet. Demnach fielen bei den Arzneimittelkosten mit 159,99 € pro Person mehr Kosten in der IG an. Bei einer Reduktion der Versichertenpopulation um hochpreisige Arzneimittelkosten in Form des oberen Quantils von 10 % zeigt sich, dass in der IG für die verbleibenden 90 % der Versicherten im Jahr 2016 Arzneimittelkosten in Höhe von 245,91 € pro Person und im Jahr 2020 305,01 € pro Person angefallen sind, wie in Tabelle 40 dargestellt ist. In der KG fielen im gleichen Zeitraum 249,18 € pro Person im Jahr 2016 und 308,32 € pro Person im Jahr 2020 an. Die Differenz der



Differenzen ergibt eine Reduktion der Arzneimittelkosten von 0,03 € in der IG gegenüber der KG ( $W = 54$ ;  $p = 0,129$ ).

Bei näherer Betrachtung der Versicherten, die zu den oberen 10 % der Versicherten mit hochpreisigen Arzneimittelkosten zählen, wird deutlich, dass diese Versicherten im Jahr 2016 Arzneimittelkosten in Höhe von 5.552,26 € pro Person in der IG und 4.618,64 € pro Person in der KG verursachten. Über den Betrachtungszeitraum stiegen die Kosten pro Person in beiden Gruppen an (IG: 7.760,52 €, KG: 5.935,25 €). Die Difference-in-Differences-Analyse zeigt, dass im Bereich der Versicherten mit hochpreisigen Arzneimittelkosten die IG einen stärkeren Anstieg der Arzneimittelkosten verzeichnet als die KG (DiD: 891,65 €).

Tabelle 40: Durchschnittliche Arzneimittelkosten entsprechend der Einteilung in Quantile für das Jahr 2016 und 2020

Kosten	IG		KG		DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2020	2016	2020	
10% (oberes Quantil)	5.552,26 €	7.760,52 €	4.618,64 €	5.935,25 €	891,65 €
90%	245,91 €	305,01 €	249,18 €	308,32 €	-0,03 €

Die Ergebnisse zeigen, dass 90 % der Versicherten in der IG und in der KG vergleichbare Arzneimittelkosten aufweisen. Hingegen bei den oberen 10 % der Versicherten, die als Hochkostenfälle bezeichnet werden können, unterscheiden sich die Arzneimittelkosten. Die hohen Arzneimittelkosten deuten darauf hin, dass die Patienten mit Indikationen, die eine kostenintensive Arzneimitteltherapie erforderlich machen, in den beiden Gruppen unterschiedlich verteilt sind<sup>3</sup>.

In den Heilmittel- und Hilfsmittel-Kosten sowie den Fahrtkosten zeigte sich ein leichter Zuwachs der Kosten von 13,92 € und 13,50 € sowie 0,66 € zugunsten der KG im Vergleich zur IG. Im Bereich der häuslichen Krankenpflege hingegen zeigte sich, dass die Kosten in der IG um 91,84 € pro Person und in der KG um 46,25 € pro Person zurückgegangen sind. Folglich wurde in den Kosten für die häusliche Krankenpflege ein Rückgang der Kosten in Höhe von 45,59 € zugunsten der IG ermittelt.

Die Analyse der einzelnen Kosten getrennt nach Altersklassen zeigt für die IG im Vergleich zur KG, dass in den Kosten für die stationären Leistungen in allen Altersklassen, ausgenommen in der Altersgruppe der 50-59-Jährigen und der über 80-Jährigen, (siehe Tabelle 41) eine Reduktion zu verzeichnen ist. Darüber hinaus lässt sich ebenfalls in den Kosten für ambulante Leistungen in allen Altersklassen, ausgenommen in der Altersgruppe der 50-59-Jährigen, (siehe Tabelle 42) eine Reduktion feststellen. Bei den Arzneimittelkosten konnten die Ausgaben in der IG in den Altersgruppen der 0-9-Jährigen und der 70-79-Jährigen gesenkt werden. In den anderen Altersgruppen fielen die Arzneimittelkosten in der KG geringer aus als in der IG (siehe Tabelle 43). In den Analysen der Kosten für Heil- und Hilfsmittel differenziert nach Altersklassen konnte für einzelne Altersgruppen eine Senkung der Kosten in der IG nachgewiesen werden (siehe Tabelle 44 und Tabelle 45). In der Gruppe der 0-9-Jährigen stiegen die Kosten für Heilmittel in der IG stärker an als in der KG. Insgesamt

<sup>3</sup>Informationen des Konsortiums zufolge konnte im Nachgang ermittelt werden, dass die hohen Arzneimittelkosten in der IG auf Patienten mit Hämophilie- und Leukämie-Präparaten, vor allem in Form von individuell hergestellten parenteralen Lösungen mit monoklonalen Antikörpern sowie Immunglobulin, zurückzuführen sind. In der IG konnten 29-mal Arzneimittelkosten von über 100.000 € im Jahr nachgewiesen werden. Demgegenüber fanden sich in der KG nur 1-mal Arzneimittelkosten von über 100.000 € im Jahr.

verzeichnete die IG in allen Altersgruppen außer in der Gruppe der 20-29-Jährigen und der 30-39-Jährigen einen Anstieg der Heilmittelkosten im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2016. Im Bereich der Hilfsmittel verzeichnete die IG einen stärkeren Anstieg der Kosten in der Gruppe der über 80-Jährigen als in der KG. Die Kosten für die häusliche Krankenpflege konnten über die Jahre in den verschiedenen Altersklassen reduziert werden, mit Ausnahme der 30-39-Jährigen und der 50-59-Jährigen (siehe Tabelle 46). Die Fahrtkosten konnten über die Jahre hinweg in der IG bei Personen im Alter von unter 50 Jahren reduziert werden, außer in der Altersgruppe der 20-29-Jährigen. Die Gruppe der über 80-Jährigen in der IG weisen im Zeitverlauf höhere Fahrtkosten auf im Vergleich zu den Gleichaltrigen in der KG (siehe Tabelle 47).

Tabelle 41: Durchschnittliche Kosten stationärer Leistungen pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD

Alter	IG					KG					DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>0-9 J.</b>	482,52 €	401,48 €	263,19 €	304,96 €	170,22 €	345,85 €	318,16 €	188,03 €	300,01 €	215,84 €	-182,29 €
<b>10-19 J.</b>	347,55 €	471,70 €	385,42 €	268,40 €	240,08 €	368,42 €	504,37 €	645,71 €	385,63 €	386,00 €	-125,05 €
<b>20-29 J.</b>	420,91 €	467,28 €	557,99 €	492,69 €	345,29 €	471,65 €	401,76 €	535,24 €	428,72 €	509,83 €	-113,80 €
<b>30-39 J.</b>	432,26 €	520,22 €	565,40 €	710,12 €	527,67 €	361,60 €	433,06 €	513,53 €	560,62 €	457,20 €	-0,20 €
<b>40-49 J.</b>	611,02 €	785,00 €	503,72 €	469,16 €	465,70 €	586,73 €	441,65 €	612,77 €	445,59 €	599,79 €	-158,37 €
<b>50-59 J.</b>	858,36 €	996,56 €	830,34 €	975,79 €	1.064,67 €	822,23 €	942,25 €	1.048,99 €	1.001,32 €	989,40 €	39,13 €
<b>60-69 J.</b>	1.297,84 €	1.381,78 €	1.414,77 €	1.724,58 €	1.708,75 €	1.158,31 €	1.717,40 €	1.742,79 €	2.106,38 €	1.664,39 €	-95,17 €
<b>70-79 J.</b>	1.905,25 €	2.269,20 €	2.279,36 €	2.910,79 €	2.165,18 €	1.708,36 €	2.401,73 €	2.310,23 €	2.197,16 €	2.651,45 €	-683,15 €
<b>≥80 J.</b>	2.582,43 €	3.465,36 €	3.291,99 €	3.164,87 €	3.212,03 €	2.811,21 €	3.272,10 €	3.434,77 €	3.174,05 €	3.285,98 €	154,83 €

Tabelle 42: Durchschnittliche Kosten ambulanter Leistungen pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD

Alter	IG					KG					DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>0-9 J.</b>	288,56 €	247,70 €	278,64 €	301,98 €	45,87 €	270,27 €	265,83 €	254,24 €	251,02 €	47,14 €	-19,55 €
<b>10-19 J.</b>	263,35 €	274,52 €	315,69 €	299,99 €	50,96 €	217,50 €	222,60 €	248,24 €	249,75 €	54,19 €	-49,08 €
<b>20-29 J.</b>	255,60 €	263,92 €	310,01 €	305,87 €	50,57 €	240,76 €	304,69 €	251,32 €	292,64 €	52,93 €	-17,19 €
<b>30-39 J.</b>	334,58 €	306,93 €	323,93 €	314,71 €	73,11 €	246,40 €	292,56 €	340,20 €	313,04 €	53,71 €	-68,77 €
<b>40-49 J.</b>	384,14 €	458,86 €	456,73 €	417,44 €	108,10 €	281,30 €	304,90 €	301,53 €	317,49 €	75,80 €	-70,53 €
<b>50-59 J.</b>	495,13 €	513,87 €	540,27 €	553,54 €	154,18 €	458,46 €	484,78 €	501,09 €	506,09 €	110,25 €	7,27 €
<b>60-69 J.</b>	725,45 €	733,77 €	747,12 €	683,91 €	204,28 €	625,94 €	672,97 €	679,59 €	688,66 €	200,68 €	-95,91 €
<b>70-79 J.</b>	1.100,68 €	1.078,68 €	1.024,11 €	992,38 €	343,74 €	792,64 €	836,59 €	832,91 €	851,13 €	252,34 €	-216,64 €
<b>≥80 J.</b>	887,19 €	1.011,21 €	1.075,45 €	1.074,04 €	377,33 €	787,63 €	807,82 €	842,71 €	895,45 €	278,42 €	-0,65 €

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

Tabelle 43: Durchschnittliche Arzneimittelkosten pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD

Alter	IG					KG					DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>0-9 J.</b>	95,55 €	104,91 €	66,69 €	69,47 €	67,89 €	91,11 €	72,64 €	65,66 €	77,85 €	82,56 €	-9,12 €
<b>10-19 J.</b>	106,56 €	109,32 €	153,46 €	186,07 €	180,48 €	74,68 €	76,61 €	82,79 €	97,71 €	89,16 €	59,43 €
<b>20-29 J.</b>	144,02 €	165,12 €	195,93 €	231,29 €	315,55 €	107,71 €	109,85 €	99,80 €	118,35 €	98,75 €	180,49 €
<b>30-39 J.</b>	278,36 €	418,09 €	527,23 €	685,27 €	734,02 €	183,73 €	163,09 €	219,56 €	297,68 €	240,74 €	398,65 €
<b>40-49 J.</b>	433,44 €	492,08 €	591,09 €	558,65 €	551,95 €	411,64 €	402,53 €	541,38 €	455,30 €	435,40 €	94,75 €
<b>50-59 J.</b>	750,44 €	850,38 €	869,52 €	961,55 €	903,96 €	662,15 €	707,46 €	753,71 €	775,26 €	773,83 €	41,84 €
<b>60-69 J.</b>	904,01 €	1.196,61 €	1.318,08 €	1.500,16 €	1.533,54 €	943,53 €	995,57 €	1.174,80 €	1.306,77 €	1.114,97 €	458,09 €
<b>70-79 J.</b>	1.709,60 €	1.752,40 €	1.765,53 €	1.920,01 €	1.411,61 €	1.292,17 €	1.422,86 €	1.476,61 €	1.517,70 €	1.550,77 €	-556,59 €
<b>≥80 J.</b>	1.435,46 €	1.617,86 €	1.722,57 €	1.959,24 €	2.034,25 €	1.274,37 €	1.372,52 €	1.364,10 €	1.463,83 €	1.383,76 €	489,41 €

Tabelle 44: Durchschnittliche Heilmittelkosten pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD

Alter	IG					KG					DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>0-9 J.</b>	140,69 €	161,46 €	198,61 €	258,57 €	259,18 €	113,05 €	100,16 €	132,87 €	136,81 €	123,46 €	108,09 €
<b>10-19 J.</b>	60,60 €	58,13 €	64,84 €	83,77 €	72,64 €	37,78 €	42,48 €	45,12 €	42,53 €	47,30 €	2,52 €
<b>20-29 J.</b>	20,53 €	23,31 €	28,21 €	14,72 €	17,48 €	35,09 €	34,21 €	36,76 €	51,22 €	34,95 €	-2,91 €
<b>30-39 J.</b>	60,70 €	61,17 €	57,70 €	59,67 €	53,82 €	30,18 €	40,75 €	46,71 €	55,47 €	50,65 €	-27,35 €
<b>40-49 J.</b>	49,70 €	59,16 €	68,93 €	90,18 €	91,60 €	46,87 €	55,55 €	54,70 €	86,16 €	83,87 €	4,90 €
<b>50-59 J.</b>	78,09 €	93,60 €	118,05 €	133,35 €	125,07 €	83,91 €	88,61 €	109,51 €	134,84 €	112,07 €	18,82 €
<b>60-69 J.</b>	93,06 €	99,86 €	127,44 €	162,46 €	162,95 €	103,45 €	119,32 €	141,49 €	162,48 €	163,01 €	10,34 €
<b>70-79 J.</b>	127,83 €	128,39 €	148,66 €	192,75 €	191,46 €	139,77 €	158,32 €	171,09 €	198,83 €	157,95 €	45,45 €
<b>≥80 J.</b>	142,42 €	156,74 €	184,62 €	219,01 €	206,69 €	182,38 €	179,41 €	191,75 €	235,28 €	221,88 €	24,77 €

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

Tabelle 45: Durchschnittliche Hilfsmittelkosten (SGB V) pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD

Alter	IG					KG					DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>0-9 J.</b>	13,59 €	16,81 €	11,27 €	16,38 €	7,23 €	9,38 €	9,07 €	22,91 €	23,52 €	7,09 €	-4,07 €
<b>10-19 J.</b>	32,49 €	37,93 €	25,38 €	30,70 €	34,74 €	17,28 €	44,72 €	53,11 €	10,83 €	27,84 €	-8,31 €
<b>20-29 J.</b>	2,89 €	4,82 €	4,84 €	4,54 €	7,35 €	21,07 €	12,99 €	16,99 €	66,73 €	14,16 €	11,37 €
<b>30-39 J.</b>	23,44 €	12,74 €	21,02 €	31,43 €	35,16 €	6,02 €	20,32 €	10,17 €	11,25 €	14,06 €	3,69 €
<b>40-49 J.</b>	20,78 €	41,42 €	30,36 €	39,58 €	39,57 €	24,55 €	18,58 €	21,19 €	32,75 €	34,43 €	8,91 €
<b>50-59 J.</b>	34,00 €	36,70 €	39,47 €	56,64 €	47,57 €	34,69 €	37,17 €	31,50 €	49,16 €	49,14 €	-0,88 €
<b>60-69 J.</b>	51,74 €	70,96 €	86,68 €	76,68 €	105,04 €	43,78 €	93,77 €	97,83 €	122,23 €	89,80 €	7,27 €
<b>70-79 J.</b>	91,34 €	110,85 €	125,44 €	133,86 €	155,24 €	91,63 €	157,20 €	171,03 €	161,79 €	151,33 €	4,20 €
<b>≥80 J.</b>	153,52 €	169,20 €	192,18 €	234,65 €	226,31 €	196,46 €	204,05 €	192,53 €	195,96 €	188,27 €	80,98 €

Tabelle 46: Durchschnittliche Kosten häuslicher Krankenpflegeleistungen pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD

Alter	IG					KG					DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>0-9 J.</b>	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	11,65 €	0 €	0 €
<b>10-19 J.</b>	0 €	0,19 €	0,68 €	0,54 €	0,91 €	0 €	0,03 €	0 €	3,07 €	14,38 €	-13,47 €
<b>20-29 J.</b>	6,56 €	2,04 €	2,29 €	0 €	10,74 €	0,02 €	0 €	7,93 €	3,13 €	6,30 €	-2,08 €
<b>30-39 J.</b>	7,53 €	6,26 €	14,24 €	19,42 €	136,67 €	0,26 €	8,39 €	5,57 €	7,26 €	6,61 €	122,80 €
<b>40-49 J.</b>	53,79 €	24,18 €	25,05 €	14,20 €	7,61 €	11,79 €	9,29 €	16,50 €	10,19 €	4,36 €	-38,75 €
<b>50-59 J.</b>	57,22 €	51,54 €	61,14 €	76,41 €	38,75 €	113,21 €	94,98 €	108,02 €	34,75 €	27,56 €	67,18 €
<b>60-69 J.</b>	91,94 €	98,54 €	119,92 €	115,44 €	102,72 €	138,27 €	206,14 €	139,81 €	227,64 €	191,80 €	-42,74 €
<b>70-79 J.</b>	411,18 €	246,52 €	323,77 €	309,51 €	168,36 €	420,03 €	303,37 €	619,69 €	563,96 €	527,07 €	-349,86 €
<b>≥80 J.</b>	1.259,18 €	801,11 €	875,62 €	1.098,35 €	547,16 €	1.161,28 €	768,96 €	694,09 €	834,66 €	551,52 €	-102,26 €

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

Tabelle 47: Durchschnittliche Fahrtkosten pro Versicherten je Altersgruppe (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD

Alter	IG					KG					DiD (2016 vs. 2020)
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>0-9 J.</b>	37,67 €	44,01 €	40,92 €	59,85 €	24,72 €	49,05 €	25,59 €	22,61 €	83,53 €	37,03 €	-0,93 €
<b>10-19 J.</b>	52,69 €	70,53 €	54,09 €	50,88 €	52,49 €	40,08 €	75,51 €	76,15 €	54,98 €	40,63 €	-0,74 €
<b>20-29 J.</b>	55,20 €	71,54 €	93,79 €	91,21 €	57,73 €	42,26 €	60,45 €	65,99 €	109,49 €	142,27 €	-97,47 €
<b>30-39 J.</b>	66,03 €	75,28 €	92,39 €	101,42 €	57,60 €	28,17 €	38,10 €	51,33 €	40,79 €	50,97 €	-31,24 €
<b>40-49 J.</b>	111,38 €	101,58 €	131,97 €	100,85 €	68,54 €	42,93 €	42,25 €	64,53 €	67,57 €	58,50 €	-58,41 €
<b>50-59 J.</b>	122,81 €	137,26 €	141,44 €	153,08 €	172,05 €	64,19 €	104,41 €	87,88 €	138,43 €	123,94 €	-10,51 €
<b>60-69 J.</b>	184,57 €	193,27 €	226,52 €	258,65 €	251,92 €	117,47 €	159,78 €	166,04 €	177,28 €	189,11 €	-4,30 €
<b>70-79 J.</b>	273,37 €	360,65 €	333,81 €	433,29 €	387,10 €	220,40 €	282,52 €	260,08 €	263,14 €	320,01 €	14,12 €
<b>≥80 J.</b>	431,68 €	580,84 €	651,92 €	698,72 €	701,01 €	365,01 €	477,45 €	528,64 €	570,61 €	550,96 €	83,38 €

### Gesamtkosten

Die Gesamtkosten werden sowohl im Vorbeobachtungszeitraum 2016 als auch im Beobachtungszeitraum 2017 bis 2020 durchschnittlich pro versicherter Person der IG bzw. KG berichtet. Im Vorbeobachtungszeitraum 2016 konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG in den Gesamtkosten nachgewiesen werden ( $W = 48$ ;  $p = 0,273$ ), wie Tabelle 48 entnommen werden kann. Dies gilt ebenso für das Jahr 2020, in dem die Gesamtkosten zwischen der IG und KG ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede aufwiesen ( $W = 48$ ;  $p = 0,432$ ).

Die Analyse der Gesamtkosten zeigte für die IG im Jahr 2016 Mittelwerte von 3.035,11 € pro Person und für das Jahr 2020 Mittelwerte von 3.325,98 € pro Person. Für die KG konnten Mittelwerte von 2.760,23 € pro Person im Jahr 2016 und von 3.091,64 € pro Person im Jahr 2020 ermittelt werden. In beiden Gruppen konnte ein Anstieg in den Gesamtkosten pro Versicherten verzeichnet werden (IG: +290,86 €, KG: +331,40 €). Die Difference-in-Differences-Analyse ergibt, dass in der IG die Gesamtkosten stärker reduziert werden konnten als in der KG (DiD: -40,54 €). Dieser Unterschied zwischen den Gruppen war jedoch nicht statistisch signifikant ( $W = 35$ ,  $p = 0,333$ ).

Tabelle 48: Vergleich der Gesamtkosten pro Versicherten zwischen den Jahren 2016 und 2020

Gesamtkosten pro Versicherten <sup>+</sup>	IG		KG		u-Test	
	2016	2020	2016	2020	2016	2020
	3.035,11 €	3.325,98 €	2.760,23 €	3.091,64 €	$W = 48$ $p = 0,273$	$W = 48$ $p = 0,432$

<sup>+</sup>Es kann zu Rundungsabweichungen kommen.

Die Gesamtkosten umfassten die Kosten zu den stationären und ambulanten Leistungsbereichen, Arzneimittelkosten, Heil- und Hilfsmittelkosten, Kosten der häuslichen Krankenpflege und Kosten aufgrund von Fahrten zu einer medizinischen Behandlung. Demnach wurden Kosten, die z. B. aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder aufgrund von Pflegeleistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkasse anfielen, nicht einbezogen. Somit können keine abschließenden Aussagen zu den gesamten Versorgungskosten getroffen werden, sondern nur unter Beschränkung auf die in dieser Evaluation verwendeten Kostenkomponenten. Daneben muss ebenfalls berücksichtigt werden, dass die Interventionskosten der Strukturmigration im Rahmen der Evaluation nicht betrachtet wurden.

Sowohl in der IG als auch in der KG wies die Gruppe der über 80-Jährigen im Jahr 2016 die höchsten Gesamtkosten pro Person (IG: 6.981,88 €, KG: 6.778,34 €) auf, wie Tabelle 49 entnommen werden kann. Für das Jahr 2020 konnte in der IG ein Anstieg in den Mittelwerten von 412,91 € pro Person und in der KG ein Rückgang von 317,54 € pro Person festgestellt werden. Die Differences-in-Differences-Analyse zeigt, dass in der IG ein stärkerer Zuwachs an Gesamtkosten in der Gruppe, der über 80-Jährigen erfolgte als in der KG (DiD: 730,45 €). In den Altersgruppen der 0-9-Jährigen (-483,46 €), 10-19-Jährigen (-230,95 €), 20-29-Jährigen (-100,97 €), 40-49-Jährigen (-331,16 €) und 70-79-Jährigen (-796,56 €) konnten in der IG die Gesamtkosten pro Person reduziert werden, wie anhand Tabelle 49 nachvollzogen werden kann. Anders als in der IG konnten in der KG die Kosten der 50-59-Jährigen etwas reduziert werden (-52,65 €), in der Gruppe der 70-79-Jährigen stiegen die Mittelwerte jedoch stark an (+945,92 €). Der DiD zeigt, dass in der Gruppe der 70-79-Jährigen die Gesamtkosten pro Person in der IG gegenüber der KG deutlich reduziert werden konnten (DiD: -1.742,47 €).

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

Tabelle 49: Gesamtkosten pro Versicherten in den jeweiligen Altersgruppen (2016-2020) sowie die Ergebnisse der DiD

Gesamtkosten <sup>+</sup>	IG					KG					DiD (2016 vs. 2020)
	Alter	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	
<b>0 - 9 J.</b>	1.058,58 €	976,36 €	859,33 €	1.011,20 €	575,12 €	878,71 €	791,45 €	686,32 €	884,39 €	513,12 €	-117,87 €
<b>10-19 J.</b>	863,25 €	1.022,32 €	999,57 €	920,34 €	632,30 €	755,74 €	966,33 €	1.151,12 €	844,52 €	659,50 €	-134,71 €
<b>20 - 29 J.</b>	905,69 €	998,02 €	1.193,05 €	1.140,32 €	804,72 €	918,57 €	923,95 €	1.014,01 €	1.070,30 €	859,19 €	-41,59 €
<b>30 - 39 J.</b>	1.202,89 €	1.400,68 €	1.601,91 €	1.922,03 €	1.618,04 €	856,36 €	996,25 €	1.187,06 €	1.286,12 €	873,94 €	397,57 €
<b>40 - 49 J.</b>	1.664,24 €	1.962,29 €	1.807,84 €	1.690,06 €	1.333,08 €	1.405,81 €	1.274,74 €	1.612,59 €	1.415,04 €	1.292,14 €	-217,50 €
<b>50 - 59 J.</b>	2.396,06 €	2.679,90 €	2.600,23 €	2.910,35 €	2.506,25 €	2.238,84 €	2.459,67 €	2.640,69 €	2.639,86 €	2.186,19 €	162,84 €
<b>60 - 69 J.</b>	3.348,61 €	3.774,79 €	4.040,53 €	4.521,88 €	4.069,19 €	3.130,75 €	3.964,95 €	4.142,37 €	4.791,44 €	3.613,76 €	237,57 €
<b>70 - 79 J.</b>	5.619,24 €	5.946,68 €	6.000,68 €	6.892,58 €	4.822,69 €	4.665,00 €	5.562,59 €	5.841,64 €	5.753,71 €	5.610,92 €	-1.742,47 €
<b>≥ 80 J.</b>	6.891,88 €	7.802,31 €	7.994,35 €	8.448,88 €	7.304,79 €	6.778,34 €	7.082,32 €	7.248,59 €	7.369,83 €	6.460,80 €	730,45 €
<b>Gesamt</b>	<b>3.035,11 €</b>	<b>3.476,36 €</b>	<b>3.585,40 €</b>	<b>3.972,57 €</b>	<b>3.325,98 €</b>	<b>2.760,23 €</b>	<b>3.253,57 €</b>	<b>3.485,02 €</b>	<b>3.657,41 €</b>	<b>3.091,64 €</b>	<b>-40,54 €</b>

<sup>+</sup>Es kann zu Rundungsabweichungen kommen.



### Kosten-Effektivität

Die vollstationären Krankenhausaufenthalte beliefen sich im Mittel in der IG im Jahr 2016 auf 0,284 Aufenthalte pro Person und im Jahr 2020 auf 0,263 Aufenthalte pro Person. Demgegenüber konnten in der KG im Jahr 2016 0,256 vollstationären Krankenhausaufenthalte pro Person und im Jahr 2020 0,260 vollstationären Krankenhausaufenthalte pro Person verzeichnet werden. Die Differenz der Krankenhausaufenthalte in jeder Gruppe (Vorher-Nachher-Vergleich getrennt nach IG und KG) führt zu einer Differenz der Differenzen (Differenz der zwei Vorher-Nachher-Vergleiche) in Höhe von -0,0246 ( $W = 20$ ,  $p = 0,039$ ). Dadurch zeigt sich, dass sich die Krankenhausaufenthalte der IG im Vergleich zur KG von 2016 auf 2020 reduziert haben.

Die voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalte umfassten in der IG im Jahr 2016 0,288 Aufenthalte pro Person und im Jahr 2020 0,267 Aufenthalte pro Person. Im Vergleich dazu wies die KG 0,265 Aufenthalte pro Person im Jahr 2016 und 0,267 Aufenthalte pro Person im Jahr 2020 auf. Die Differenz der Differenzen zeigt auch hier, dass die voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalte in der IG im Vergleich zu KG über die Zeit gesunken sind (DiD: -0,0237;  $W = 20$ ;  $p = 0,039$ ).

Die Veränderung der Gesamtkosten über die Jahre hinweg ergab einen Anstieg von 290,86 € pro Person für die IG und 331,40 € pro Person für die KG. Die Differenz der Differenzen von -40,54 € verdeutlicht, dass in der IG über die Zeit weniger Gesamtkosten entstanden sind als in der KG. Die Differenz zwischen den Gruppen war jedoch nicht statistisch signifikant ( $W = 35$ ;  $p = 0,333$ ). Im Vergleich dazu betragen die zeitlichen Veränderungen der Krankenhauskosten in der IG 290,44 € pro Person und in der KG 413,04 € pro Person. Die Differenz der Differenz in den Krankenhauskosten beläuft sich somit auf 122,60 € pro Person zugunsten der IG ( $W = 32$ ;  $p = 0,245$ ).

Für die Strukturmigration im Mittelbereich Templin ergab sich ein inkrementelles Gesamtkosten-Effektivitätsverhältnis von 1.647,42 € pro vollstationärem Krankenhausaufenthalt (siehe Tabelle 50) bzw. von 1.709,75 € pro voll- und teilstationärem Krankenhausaufenthalt.

Tabelle 50: Berechnung des inkrementellen Gesamtkosten-Effektivitätsverhältnisses

	Gesamtkosten <sub>Diff</sub> (2016-2020)	vollstationäre Krankenhausaufenthalte <sub>Diff</sub> (2016-2020)	ICER <sup>+</sup> (Gesamtkosten <sub>Diff</sub> / vollstationärem Krankenhausaufenthalt <sub>Diff</sub> )
IG	290,86 €	-0,021	1.647,42
KG	331,40 €	0,004	

<sup>+</sup>Es kann zu Rundungsabweichungen kommen.

Des Weiteren ließ sich für die Strukturmigration ein inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnis von 4.982,01 € pro vollstationärem Krankenhausaufenthalt (siehe Tabelle 51) bzw. 5.170,50 € pro voll- und teilstationärem Krankenhausaufenthalt berechnen.

Tabelle 51: Berechnung des inkrementellen Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnisses

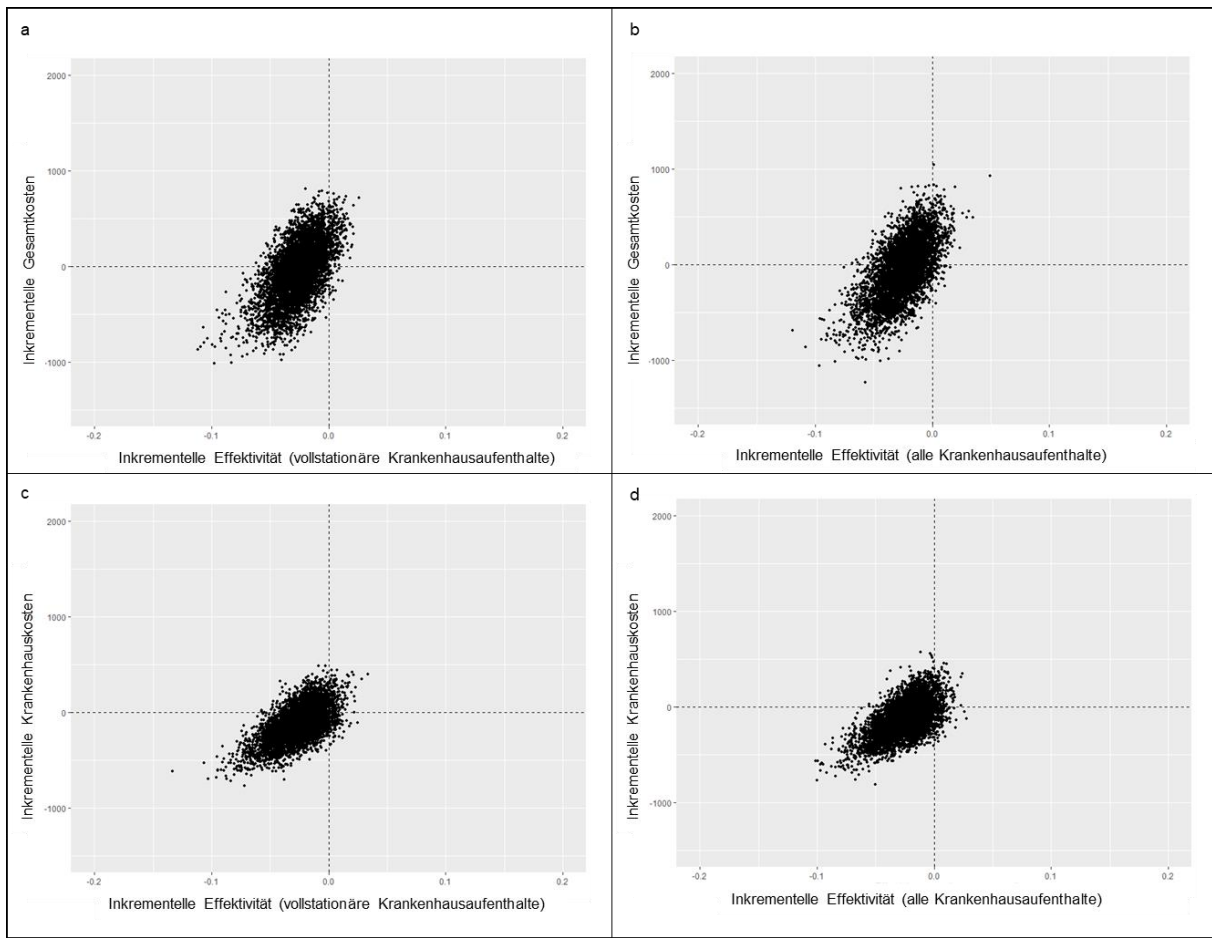
	Krankenhaus- kostend <sub>Diff</sub> (2016-2020)	vollstationäre Krankenhausaufenthalte <sub>Diff</sub> (2016-2020)	ICER <sup>+</sup> (Krankenhauskostend <sub>Diff</sub> / vollstationärem Krankenhausaufenthalte <sub>Diff</sub> )
IG	290,44 €	-0,021	4.982,01
KG	413,04 €	0,004	

<sup>+</sup>Es kann zu Rundungsabweichungen kommen.

Zur Sensitivitätsanalyse der Differenz der Differenzen der jeweiligen inkrementellen Kosten sowie der inkrementellen Krankenhausaufenthalte wurde ein nicht-parametrisches Bootstrap-Verfahren mit 5.000 Wiederholungen angewendet. Das nicht-parametrische Bootstrapping der vollstationären Krankenhausaufenthalte ergab für die Differenz der beiden Gruppen im Durchschnitt -0,025 [95 % KI: -0,062; 0,005]. Für die Gesamtkosten zeigte sich hierbei eine Differenz zwischen IG und KG im Durchschnitt von -47,31 € [95 % KI: -657,77 €; 511,85 €]. Das dadurch ermittelte inkrementelle Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis ergab 1.863,55 € pro vollstationärem Krankenhausaufenthalt. Für die voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalte konnte im Rahmen des nicht-parametrischen Bootstrappings ein DiD im Durchschnitt von -0,025 [95 % KI: -0,063; 0,006] sowie Gesamtkosten im Durchschnitt von -47,05 € [95 % KI: -655,03 €; 511,87 €] berechnet werden. Das inkrementelle Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis lag demnach bei 1.918,44 € pro voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalt.

Die Sensitivitätsanalyse der vollstationären Krankenhausaufenthalte mittels des nicht-parametrischen Bootstrappings ergab für die Differenz der IG und KG im Durchschnitt -0,025 [95 % KI: -0,064; 0,005]. Für die Krankenhauskosten zeigte sich hierbei ein DiD zwischen den Gruppen im Durchschnitt von -121,29 € [95 % KI: -482,40 €; 244,17 €]. Das ermittelte inkrementelle Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis beträgt 4.756,71 € pro vollstationärem Krankenhausaufenthalt. Darüber hinaus führte das nicht-parametrische Bootstrapping zu einer Differenz zwischen den Gruppen im Durchschnitt von -0,025 [95 % KI: -0,063; 0,005] voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalte sowie einer Differenz zwischen IG und KG der Krankenhauskosten im Durchschnitt von -125,87 € [95 % KI: -475,84 €; 239,60 €]. Daraus resultierte ein inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis von 5.054,92 € pro voll- und teilstationärem Krankenhausaufenthalt.

Die Interpretation der Kosten-Effektivität kann mit der Kosten-Effektivitäts-Fläche (cost effectiveness plane, CEP) vorgenommen werden (siehe Abbildung 128). Die horizontale Achse der CEP zeigt die Werte der Effektivitätsdifferenz und die vertikale Achse der CEP zeigt die Werte der Kostendifferenz.



a CEP für inkrementelles Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis (vollstationäre Krankenhausaufenthalte),  
 b CEP für inkrementelles Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis (voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte),  
 c CEP für inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis (vollstationäre Krankenhausaufenthalte),  
 d CEP für inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis (voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte)

Abbildung 128: Kosten-Effektivitäts-Flächen

Das inkrementelle Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis ergab, dass die neuen Versorgungsstrukturen effektiver sind (weniger vollstationäre Krankenhausaufenthalte und weniger voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte). So führten die neuen Versorgungsstrukturen in der Simulation mit 94,7 % zu weniger vollstationären Krankenhausaufenthalten bzw. mit 93,8 % zu weniger voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalten (Punkte links von der vertikalen Effektivitäts-Linie bei 0,0 Krankenhausaufenthalten). Die neuen Versorgungsstrukturen waren zudem in 54,0 % (siehe Abbildung 128a) bzw. 54,6 % (siehe Abbildung 128b) der Simulation kostensparend (Punkte unterhalb der horizontalen inkrementellen Kosten-Linie von 0,00€).

Das inkrementelle Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis ergab ebenfalls, dass die neuen Versorgungsstrukturen in der Simulation mit 94,4 % zu weniger vollstationären Krankenhausaufenthalten bzw. mit 94,3 % zu weniger voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalten führt. Zudem waren die neuen Versorgungsstrukturen mit 72,7 % (siehe Abbildung 128c) bzw. mit 73,5 % (siehe Abbildung 128d) in der Simulation hinsichtlich der Krankenhauskosten kostensparend.

Die Entscheidung für eine allokativ optimale Verwendung sollte für Interventionen mit einem höheren Nutzen und höheren Kosten vom Kosten-Nutzen-Verhältnis abhängen. Hingegen sollte die Entscheidung zur Finanzierung einer neuen Intervention getroffen werden, wenn diese Intervention einen höheren Nutzen und geringere Kosten aufweist.

## 5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung wird in ländlichen Regionen zunehmend als Herausforderung angesehen. Beispielsweise können bereits seit einigen Jahren freie Arztstühle teilweise nicht oder nur unter großen Anstrengungen nachbesetzt werden und die lokalen Krankenhäuser sind häufig defizitär. Dies stellt verschiedene Akteure – von Kommunen und Landkreisen bis hin zu Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen – vor die Aufgabe, neue Konzepte zu entwickeln und zu erproben. Im besonderen Fokus steht dabei, die ambulanten und stationären Versorgungsangebote besser miteinander zu verzahnen sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen anhand ihrer Qualifikationen, Stärken und Potenziale zu fördern.

Das Ziel des Innovationsfondsprojektes IGiB-StimMT (**I**nnovative **G**esundheitsversorgung in **B**randenburg – **S**trukturmigration im **M**ittelbereich **T**emplin) war es, verschiedenartige Lösungsstrategien für diese komplexen Herausforderungen zu entwickeln und umzusetzen. Im Zentrum stand vor allem die Umstrukturierung des Sana Krankenhauses Templin zu einem Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) mit einem breiten Spektrum von Versorgungsangeboten, die stärker am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind.

In diesem Rahmen wurde zunächst eine Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) aufgebaut, die später zu einem Arztnetz weiterentwickelt wurde. Daneben erfolgte im Mittelbereich Templin die Implementierung der sektorenübergreifenden Behandlungspfade Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas. Im ASZ wurde ein Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ), eine ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP) und eine Decision Unit (DU) aufgebaut. Ebenso wurde eine strukturierte Harninkontinenzversorgung in das Angebotsspektrum des ASZ aufgenommen.

Somit handelt es sich um einen Prototypen einer komplexen Intervention mit den entsprechenden evaluatorischen Herausforderungen und Limitationen, Ursachen und Wirkungen zuordnen zu können. Vor diesem Hintergrund ist ein Mixed-Methods-Ansatz mit quantitativer und qualitativer Forschung unabdingbar und die Interpretation von Ergebnissen erfordert – in jede Richtung – eine fundierte weitere Betrachtung und Bewertung. Es handelt sich somit nicht um eine klinische Studie, sondern eher um ein Experiment, wo keine einfachen, monokausalen Konklusionen gezogen werden können. Auch würde die schlichte Bewertung einzelner Module, die nachfolgend skizziert werden, der Komplexität des Gesamtprojektes nicht gerecht werden.

Folgende Faktenbox stellt einige der wichtigsten Ergebnisse da:

#### Faktenbox

- Stärkung der ambulanten Strukturen durch die Einführung einer ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP) mit geringeren Fallkosten von 21,78 € im Vergleich zur Rettungsstelle mit 35,54 € zu Bereitschaftsdienstzeiten (BD-Zeiten)
- Verhinderung von Krankenhausaufenthalten durch die Etablierung einer Decision Unit (DU) mit über 1.000 Fällen in rund zwei Jahren
- Reduktion der vollstationären Krankenhaufälle im Mittelbereich Templin von 2016 zu 2020 um 14,4 %
- Geringerer Anstieg der Krankenhauskosten von 2016 zu 2020 in Höhe von 122,60 € bei Versicherten im Mittelbereich Templin verglichen mit einer Versichertenpopulation aus ähnlich ländlichen Regionen Brandenburgs
- Reduktion der Krankenhausaufenthalte in ca. 94 % der Fälle und Einsparungen bei den Krankenhauskosten in ca. 73 % der Fälle – gemäß einer Sensitivitätsanalyse der Kosten-Effektivität – möglich
- Optimierung der Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung im ländlichen Raum mit rund 1.795 sozialgesetzbuchübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsleistungen im KBZ
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei 23,3% der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten, fallzahlintensiven Indikationen durch einen kontinuierlichen, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlungspfad
- Steigerung der Zufriedenheit seitens der Patientinnen und Patienten, aber auch der verschiedenen Gesundheitsberufe vor Ort durch die neuen Versorgungsstrukturen

Ein wichtiges Teilziel betraf die Entlastung der Rettungsstelle am Sana Krankenhaus Templin. Die Versorgung in der Notaufnahme von Patientinnen und Patienten, die vermutlich auch in den ambulanten Strukturen angemessen behandelt werden könnten, geht nicht nur zulasten der Versorgung „echter“ Notfälle, sondern ist auch mit überproportional hohen Kosten verbunden. Vor dem Hintergrund, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen in Deutschland im europäischen Vergleich sehr hoch und überfüllte Notfall-Ambulanzen ein seit Jahren stark diskutiertes Thema ist [1], sind Lösungsstrategien für diese Problematik von großer überregionaler Bedeutung und bereits in verschiedenen Gesetzesinitiativen aufgegriffen worden.

Folgende Versorgungskomponenten wurden in dem Innovationsfondsprojekt IGiB-StimMT implementiert:

#### **Grundversorgungsgemeinschaft (GVG)**

Im ersten Schritt wurde eine Grundversorgungsgemeinschaft gegründet, die in das Arzt- und Psychotherapeutennetz *Gesund in Templin e.V.* überführt wurde. Beteiligte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte arbeiteten im Rahmen des Projektes mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten gemeinsam an der Weiterentwicklung und Verbesserung der Patientenversorgung im Mittelbereich Templin. Durch die Vernetzung im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und Ärzten und einer sektorenübergreifenden Versorgung können Patientinnen und Patienten im Mittelbereich Templin durch die komplexen Strukturen der medizinischen Versorgung geleitet werden. Insbesondere die Kommunikation

zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch zu den stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen konnte durch die neuen Strukturen weiter ausgebaut werden. Neben einem Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist auch ein Verbund mit einem Krankenhaus oder weiteren Gesundheitsberufen denkbar. Um Netzwerkstrukturen aufrecht zu erhalten, bedarf es eines eigenen Netzmanagements, um tragfähige Strukturen aufbauen und erhalten zu können.

### ***Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ)***

Das deutsche Gesundheitssystem hält einen weitreichenden Leistungsumfang für die Versicherten vor. Zugleich sind viele Patientinnen und Patienten aufgrund von Alter, Sprachbarrieren oder gesundheitlichen Einschränkungen damit überfordert, sich in den komplexen Strukturen der Sozialgesetzgebung zurechtzufinden. Diese Menschen benötigen Unterstützungsangebote, die sich nicht an den Leistungsbereichen der Sozialgesetzbücher, sondern an den Patientenbedürfnissen orientieren.

Das im Rahmen von IGiB-StimMT eingerichtete KBZ fing diese hohe Nachfrage nach Beratungs- und Koordinierungsleistungen auf und bündelte sie an einer zentralen Stelle, die mit entsprechend qualifiziertem Personal ausgestattet war. Das Leistungsspektrum des KBZ gliedert sich in die Bereiche Casemanagement und Beratung. Beide Angebotsarme wurden zum Ende des Projektzeitraums sehr gut angenommen. Insgesamt wurden im KBZ rund 1.795 Beratungen durchgeführt und über 225 Casemanagement-Fälle betreut.

Mit der Etablierung des Casemanagements wurde das Ziel erreicht, die sektorenübergreifende Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen zu verbessern. Die im KBZ tätigen speziell geschulten Casemanagerinnen erfüllten eine wichtige Lotsenfunktion und begleiteten die Patientinnen und Patienten meist ein halbes Jahr oder länger auf unterschiedliche Art und Weise, wie z. B. Koordinierung von Arztterminen, Prüfen von Medikationsplänen, Einleiten weiterer Unterstützungsangebote wie Pflegedienste oder Essen auf Rädern, Ausfüllen von Formularen und Anträgen. Somit trugen sie zu einer hohen Versorgungsqualität, einer Entlastung hausärztlicher Praxen und einer besseren interdisziplinären wie auch sektorenübergreifenden Zusammenarbeit bei.

Das Beratungsangebot des KBZ ermöglichte einen niedrigschwelligen Zugang zu qualifizierten Informationen rund um gesundheitliche und pflegerische Belange. Im Fokus der Beratungen standen insbesondere die Themen Pflege, Patientenverfügungen und Vollmachten sowie Rehamaßnahmen. Dies zeigt, dass die Abgrenzung von Beratungsangeboten entsprechend der Leistungsbereiche der verschiedenen Sozialgesetzbücher aus Sicht der Versicherten weder nachvollziehbar noch zweckmäßig ist.

Folglich werden vielmehr übergreifende Sozialberatungsstellen benötigt, die die Lebenssituation der Menschen vor Ort ganzheitlich berücksichtigen und diese ggf. an spezialisierte Beratungseinrichtungen wie Pflegestützpunkte oder Rechtsberatungsstellen weitervermitteln können.



### **Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP)**

Als ein alternatives zur Rettungsstelle ortsgebundenes Behandlungsangebot der Notfallversorgung übernahm die ÄBP die Versorgung von ambulanten Akutfällen außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten von Arztpraxen. Die Auswertung der Versorgungsdaten zeigt, dass die ÄBP maßgeblich dazu beitragen konnte, die Rettungsstelle und den Fahrdienst zu entlasten. Bereits innerhalb der ersten drei Monate nach Eröffnung der ÄBP wurde sie von den Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen. Die Inanspruchnahme der ÄBP blieb über den gesamten Beobachtungszeitraum sehr hoch. Insgesamt wurden im Beobachtungszeitraum über 5.400 Fälle dokumentiert. Parallel dazu sanken die Fallzahlen in der Rettungsstelle und beim Fahrdienst, was auf eine Entlastung dieser Bereiche schließen lässt. Die Betrachtung der Kosten zeigte, dass nicht nur die Gesamtkosten für ÄBP, Rettungsstelle und Fahrdienst niedriger ausfielen als die Gesamtkosten für Rettungsstelle und Fahrdienst vor der Einführung der ÄBP (zweites Quartal 2017: 49.850,51 € vs. zweites Quartal 2018: 43.934,90 €), sondern auch, dass ein Behandlungsfall in der ÄBP durchschnittlich günstiger ausfiel als in der Rettungsstelle (ÄBP: 21,78 € vs. Rettungsstelle zu BD-Zeiten 35,54 €). Insgesamt lässt sich darauf schließen, dass durch die vorgelagerten Strukturen eine Verbesserung der Patienten-Allokation ermöglicht wurde, wodurch Patientinnen und Patienten mit akut aber nicht lebensbedrohlichen Symptomen nun in der ÄBP behandelt werden konnten, was zu einem optimierten Ressourceneinsatz innerhalb der Akut- und Notfallversorgung geführt hat.

Das Konzept der ÄBP eignet sich hervorragend als Blaupause für andere Regionen, die vor ähnlichen strukturellen Herausforderungen stehen. Auch die Übertragung in weitere Versorgungssettings erscheint plausibel. So könnten ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen etwa in städtischen Bezirken, die einen hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund aufweisen, ebenfalls zu einer effizienteren Versorgung führen, da in diesen Bezirken die Inanspruchnahme der Notfall-Ambulanzen kulturell bedingt besonders hoch ist.

Als wesentlicher Erfolgsfaktor für die ÄBP dürfte ihre Ansiedlung an einem Krankenhaus gelten. Zum einen werden Krankenhäuser bei akuten Beschwerden als wichtige Anlaufstelle wahrgenommen, zum anderen ermöglicht die räumliche Nähe nahtlose Übergänge für Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Akutsituationen. Des Weiteren ist für den Erfolg der ÄBP eine ausreichende personelle Ausstattung erforderlich, um zu gewährleisten, dass der tatsächliche Bedarf besonders zu hochfrequentierten Zeiten abgedeckt werden kann, da andernfalls erneut auf die Notfall-Ambulanzen ausgewichen wird. Sinnvoll erscheint zudem, dass die ÄBP sowohl mit niedergelassenen als auch mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten besetzt werden kann, da dies eine breite medizinische Expertise sicherstellt und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit fördert.

Entwicklungspotenzial für die ÄBP im Projekt IGiB-StimMT kann in einem Ausbau des Leistungsspektrums gesehen werden. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Akzeptanz, die die ÄBP innerhalb von kurzer Zeit erreicht hat, ließen sich sehr gut weitere Angebote wie etwa ein Impfzentrum angliedern.

## **Decision Unit (DU)**

Bei Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden kann die Entscheidung für oder gegen eine stationäre Einweisung häufig nicht spontan getroffen werden. So ist es beispielsweise bei undefinierten Bauch- oder Brustschmerzen, oberflächlichen Verletzungen nach Unfällen, Atembeschwerden oder Schwindel häufig sinnvoll und vielfach auch ausreichend, die Patientinnen und Patienten über mehrere Stunden zu beobachten, ohne dass hier alle Ressourcen einer stationären Versorgung erforderlich sind. Ein solches niedrighschwelliges Angebot ist in den Strukturen der Regelversorgung aktuell jedoch nicht abbildbar.

Diese Versorgungslücke adressierte das Projekt IGiB-StimMT mit der Einführung einer DU. Mit der DU wurde ein Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten geschaffen, bei denen unklare Diagnosen, Verdachtsdiagnosen oder Versorgungserfordernisse vorlagen, die über die ambulanten Möglichkeiten hinausgehen. Das vorrangige Ziel der DU bestand darin, unter den Akutfällen die ambulant-sensitiven Fälle zu selektieren und somit auch die Hospitalisierungsrate zu senken – bei einer gleichzeitig hohen Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten, die nicht unmittelbar nach Hause oder in eine weiterführende Versorgung übergeleitet werden können. Dieses Ziel wurde in vollem Umfang erreicht. Von den mehr als 1.000 Patientinnen und Patienten, die im Beobachtungszeitraum in die DU aufgenommen wurden, erfolgte lediglich für neun die Überführung in eine stationäre Behandlung. Nachdem die geplanten Fallzahlen anfangs unter den Erwartungen blieben, konnten die DU-Aufnahmen ab dem zweiten Quartal 2019 kontinuierlich gesteigert werden. Der verzögerte Beginn im ersten halben Jahr lässt sich auf anfängliche Akzeptanzprobleme bei dem Personal im Krankenhaus als auch bei den Patientinnen und Patienten zurückführen. Sowohl durch rege interne Kommunikation im Sana Krankenhaus Templin zu den Möglichkeiten der DU-Aufnahme als auch durch Umstrukturierungen in Form von klaren Zuordnungen der DU-Betten oder auch Anpassungen der Arbeitsabläufe wurde eine hohe Akzeptanz der Ärztinnen und Ärzte und der Patientinnen und Patienten erreicht.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das Konzept einer DU sehr gut geeignet ist, um eine sinnvolle Patientensteuerung in die jeweils geeignete Versorgungsstufe zu erreichen. Jedoch verdeutlicht die Einführung der DU auch, dass Veränderungen in jahrelang etablierten und alltäglich gelebten Abläufen einen zeitlichen Vorlauf brauchen, bevor diese einen Mehrwert generieren.

Das Konzept der DU kann ebenfalls als Blaupause für die Einführung an anderen Standorten dienen. Dies gilt besonders – aber nicht nur – für schwer zu versorgende Regionen mit weiten Anfahrtswegen zum nächstgelegenen Krankenhaus. In der aktuellen Pandemie-Situation könnten DUs darüber hinaus einen wichtigen Beitrag leisten, um die personellen Kapazitäten in den Kliniken zu entlasten.

Während DUs für das deutsche Gesundheitssystem als innovativer Baustein für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen eingestuft werden können, werfen sie gleichzeitig wichtige Fragen hinsichtlich der Finanzierungssystematiken auf. Im derzeitigen Vergütungssystem werden in erster Linie Versorgungsleistungen vergütet, nicht aber das Vorhalten von Versorgungsstrukturen und das Vermeiden von Leistungsanspruchnahmen, d.h. es wird „volume“, aber nicht „value“ honoriert. DUs haben dabei das Potenzial, die Inanspruchnahme verhältnismäßig hochpreisiger Leistungen zu vermeiden (stationäre Aufenthalte).



### **Strukturierte Harninkontinenzversorgung**

Die Einführung einer strukturierten Harninkontinenzversorgung zielte auf die Verbesserung der wohnortnahen Versorgung für Patientinnen mit dieser Indikation. Angesichts des demografischen Wandels [65] und der weiten Verbreitung dieser Problematik in der Bevölkerung [66] sowie des Stigmatisierungsfaktors von Harninkontinenz ist das Thema gut gewählt. Das Behandlungsprogramm der strukturierten Harninkontinenzversorgung konnte Patientinnen erreichen, die ohne das Angebot unbehandelt geblieben wären. Hinsichtlich der therapeutischen Maßnahmen zeigt sich, dass die Angebote erstmals oder weiterhin in Anspruch genommen worden sind. Auch weitere Therapiemaßnahmen wurden im Zuge der strukturierten Harninkontinenzversorgung erörtert, sodass auch stationäre Prozeduren erfolgten. Zwar konnte so keine Reduktion von stationären Krankenhausaufenthalten erzielt werden, jedoch deuten indizierte stationäre Behandlungen als Folge der ärztlichen Beratung in der strukturierten Harninkontinenzversorgung eher auf eine Verbesserung der Versorgung hin. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist die Aussagekraft der Ergebnisse jedoch limitiert.

Um diejenigen Patientinnen und Patienten noch besser zu erreichen, die zwar unter Harninkontinenz leiden, deshalb jedoch bisher nicht in Behandlung sind, sollte einem strukturierten Behandlungsprogramm möglicherweise eine Vorsorgeuntersuchung vorangestellt werden. Diese könnte für Frauen an die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen angegliedert sein, für Männer an die urologische oder die Darmkrebsvorsorge.

### **Sektorenübergreifende Behandlungspfade**

Mit den sektorenübergreifenden Behandlungspfaden Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas adressierte das Projekt IGiB-StimMT Krankheitsbilder, die im Mittelbereich Templin besonders hohe Fallzahlen aufweisen. So konnten in einer Vorstudie für Versicherte der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und der BARMER im Mittelbereich Templin folgende Erkrankungen, die in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen in der vertragsärztlichen Versorgung kodiert wurden, dokumentiert werden: Herz-Kreislauf-Erkrankung (46 %), endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankung (39 %) und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (37 %) [67]. Seit Einführung der Disease Management Programme (DMP) besteht Einigkeit darüber, dass die Behandlung entlang von strukturierten Behandlungsplänen insbesondere bei chronischen Erkrankungen sinnvoll ist. In schwer zu versorgenden Regionen kommen die positiven Effekte von koordinierten Behandlungspfaden sogar umso mehr zum Tragen. Vor diesem Hintergrund war es ein richtiger und wichtiger Schritt, die Versorgung der ausgewählten Indikationen für den spezifischen regionalen Kontext des Mittelbereichs Templin auf Basis von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden umzusetzen.

Insgesamt waren die Patientinnen und Patienten in allen drei Behandlungspfaden mit der ambulanten Versorgung zufrieden. Diese Ergebnisse gehen einher mit verschiedenen Studien, in denen bereits nachgewiesen werden, dass strukturierte Behandlungsprogramme wie Disease-Management-Programmen (DMP) positive Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit haben können [68]. Durch die Teilnahme an einem Behandlungspfad konnte zudem die Gesundheitskompetenz bei 23,3 % der Patientinnen und Patienten verbessert werden. Vereinzelt ergeben die Antworten der Patientinnen und Patienten nach der Intervention, dass diese ihre Gesundheitskompetenz schlechter beurteilen als vor der

Intervention. Dabei sollte aber beachtet werden, dass diejenigen, die eine vermeintlich subjektive Verschlechterung ihrer Gesundheitskompetenz wahrnahmen, nicht automatisch eine objektive Verschlechterung der Gesundheitskompetenz aufweisen. So kann eine Förderung der Gesundheitskompetenz dazu führen, dass Patientinnen und Patienten ein ausgeprägteres Reflexionsvermögen entwickeln und somit eine bessere Einschätzung ihrer Gesundheitskompetenz vornehmen können als vor der Intervention [69]. Hinsichtlich der Lebensqualität und des mentalen Gesundheitszustandes konnte keine statistische Verbesserung durch die drei Behandlungspfade gemessen werden. Doch stellen die Ergebnisse oftmals nur eine Momentaufnahme dar. Die Antworten der Patientinnen und Patienten werden von anderen Faktoren beeinflusst, wie z. B. tagesaktuelles Empfinden, Dauer und Schwere der Erkrankung, individuelle Coping-Strategien oder soziales Umfeld. Zusätzlich können die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie einen Einfluss auf das Antwortverhalten der Patientinnen und Patienten gehabt haben, da viele Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag mit neuen Herausforderungen konfrontiert waren.

Im Behandlungspfad Herzinsuffizienz zeigen die Daten eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit, gemessen am NYHA-Stadium. Die Einteilung des NYHA-Stadiums unterliegt der subjektiven Einschätzung der Ärztin bzw. des Arztes, inwiefern eine Patientin oder Patient fähig ist, alltägliche Tätigkeiten zu bewältigen. Hierbei kann es zu Diskrepanzen in der Einschätzung der Ärztin bzw. des Arztes und der tatsächlichen Einschränkung der Patientinnen und Patienten kommen. Ein Grund hierfür kann das Zusammenspiel aus Dauer der Erkrankung und Einschränkung sein, was wiederum dazu führt, dass Patientinnen und Patienten über die Zeit solche Aktivitäten, die sie nicht mehr ausführen können, vermeiden, sodass nicht auffällt, wenn sie (weitere) Einschränkungen in diesen Bereichen erleben [59]. Des Weiteren deuten die Daten darauf hin, dass durch die Betreuung in dem Behandlungspfad bei 37,1 % der Patientinnen und Patienten eine Verbesserung der Herzinsuffizienz in Form der Senkung der linksventrikulären Ejektionsfraktion erreicht werden konnte. Bei dieser funktionellen Störung handelt es sich um ein Kriterium, nachdem die Herzinsuffizienz differenziert wird. Gemäß der Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz wird die kontinuierliche und sektorenübergreifende Behandlung als zentrale Bedingung für eine effektive Versorgung für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz angeführt [70]. Dies ist darin begründet, dass eine höhere sequenzielle Kontinuität in der Versorgung mit einem geringeren Risiko für einen Krankenhausaufenthalt verbunden ist [71]. Auch in dem sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz im Mittelbereich Templin konnte eine statistisch signifikante Reduktion der Krankenhausaufenthalte nachgewiesen werden.

Als Maßnahme gegen die Pandemie riet die Bundesregierung den Bürgerinnen und Bürgern zuhause zu bleiben und unnötige Kontakte zu vermeiden. Vor allem Herzinsuffizienzpatientinnen und Herzinsuffizienzpatienten haben ein erhöhtes Risiko von einem schwereren Krankheitsverlauf betroffen zu sein. Die hohen Drop-Out-Raten im Behandlungspfad Herzinsuffizienz können daher auch in Zusammenhang mit COVID-19 gesehen werden, da aus Angst vor einer Infektion in der betreuenden Praxis die Termine nicht wahrgenommen wurden – zumal erste Daten zeigen, dass Patienten mit Herzinsuffizienz ein erhöhtes Risiko für schlechte Behandlungsergebnisse wie Krankenhausaufenthalte und Tod durch COVID-19 haben [72].

Im Behandlungspfad Rückenschmerz äußerten sich die Patientinnen und Patienten positiv zu den Resultaten ihrer Behandlung. Es bestand die Besonderheit zwischen Patientinnen und Patienten zu unterscheiden, die eine Empfehlung für ein pfadspezifisches

Bewegungsprogramm erhielten und denjenigen, die eine Alternativempfehlung bekamen. Das Bewegungsprogramm wurde sehr gut von den Patientinnen und Patienten angenommen und trotz zwischenzeitlicher Unterbrechung aufgrund der geltenden Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie konnte das Schmerzniveau der Patientinnen und Patienten von 7,3 Punkte auf 5,2 Punkte gesenkt werden. Auch bei den Patientinnen und Patienten, die in dem Assessment eine Alternativempfehlung von dem interdisziplinären Behandlungsteam ausgesprochen bekamen, konnte das Schmerzniveau von 7,7 Punkte auf 3,8 Punkte gesenkt werden. In verschiedenen Studien konnte bereits belegt werden, dass interdisziplinäre Therapieansätze (vorrangig unter Einbezug von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) für Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen effektiv sind [73-75].

Die Teilung der Gruppe in Teilnehmende des Bewegungsprogramms und Teilnehmende eines Alternativprogramms sowie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie haben zur Folge, dass die Fallzahl auf deren Grundlage die Ergebnisse beruhen eher klein ausfällt. Die geringe Fallzahl reduziert die statistische Power der Analysen und erschwert somit den Nachweis statistisch signifikanter Effekte. Letztendlich zeigte sich, dass vorwiegend Patientinnen und Patienten mit einer Alternativempfehlung, die nicht für das Bewegungsprogramm geeignet waren, als Drop-Out verzeichnet wurden. Einerseits kann dieser hohe Drop-Out in Zusammenhang mit den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie gesehen werden. Andererseits zeigte sich, dass eine engmaschige Betreuung der Patientinnen und Patienten und nahtlose Übergänge in der Versorgung (Schnittstellenüberwindung) die Therapietreue und Behandlung von Patientinnen und Patienten verbessern können.

Durch den Behandlungspfad Adipositas sollten die Patientinnen und Patienten gemäß der Leitlinie zur Prävention und Therapie von Adipositas das Therapieziel einer Gewichtsreduktion von 5-10 % erreichen. Mit der Teilnahme an dem Behandlungspfad konnte dieses Ziel von 37,5 % Patientinnen und Patienten realisiert werden. Daneben reduzierten weitere 34,4 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten ihr Gewicht, wenn auch nicht um 5 %. Die Gewichtsabnahme spiegelte sich in der Veränderung des BMI wider, der während des Interventionszeitraumes bei 65,6 % der Patientinnen und Patienten reduziert werden konnte. Damit einhergehend konnte auch der Adipositasgrad bei 25,0 % der Teilnehmenden verbessert werden.

Auch hier können die Auswirkung der COVID-19-Pandemie als erschwerende Bedingungen einer erfolgreichen Beendigung des Behandlungspfades aufgeführt werden. Neben der zwischenzeitlichen Einstellung der Verhaltenstherapie, der Ernährungsberatung und des Reha-Sportprogramms könnte die Aufforderung, weitestgehend zuhause zu bleiben, bei den Patientinnen und Patienten dazu geführt haben, dass sie wieder in alte Verhaltensmuster verfallen sind [68, 76]. Einzelmaßnahmen wie beispielsweise alleinige Ernährungsberatung, alleinige Bewegungstherapie oder alleinige psychologische Verhaltenstherapien haben sich als weniger effektiv erwiesen [77]. Stattdessen können multimodale, einjährige Adipositasstherapieprogramme bestehend aus einer ärztlichen Begleitung, einer Verhaltenstherapie, einer Ernährungsberatung und einer Bewegungstherapie abhängig von ihrer Intensität sehr effektiv sein [78]. Die Zielerreichung und die regelmäßige Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm wie einem Behandlungspfad sind stark von der Motivation der Patientinnen und Patienten zu einer nachhaltigen Verhaltensveränderung, Ernährungsumstellung und regelmäßigen körperliche Bewegung abhängig. Letztlich reduziert

die geringe Fallzahl auch hier die statistische Power der Analysen und erschwert den Nachweis statistisch signifikanter Effekte.

Mit Blick auf eine Überführung in die Regelversorgung erscheint es sinnvoll, die Ergebnisse der verschiedenen indikationsspezifischen Versorgungskonzepte aus anderen Innovationsfondsprojekten sowie aus Selektivverträgen zusammenzuführen und daraus Best-Practice-Modelle abzuleiten. Bis dahin empfiehlt sich, Selektivverträge fortzuführen bzw. neu abzuschließen.

### ***Verbesserung der wohnortnahen Versorgung***

Die Ergebnisse der Prozessevaluation, der Ergebnisevaluation wie auch der gesundheitsökonomischen Evaluation zeigen, dass vor Ort einerseits eine Stärkung der bereits vorhandenen Strukturen und andererseits eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung durch neue Strukturen erreicht werden konnte. Das Potenzial, das von Anfang an insbesondere in der Stärkung ambulanter Strukturen gesehen wurde, konnte durch das Zusammenspiel der verschiedenen Versorgungsbausteine in dieser komplexen Intervention gut ausgeschöpft werden. Des Weiteren konnte nicht nur eine interdisziplinäre, sondern auch eine sektorenübergreifende Versorgung aufgebaut werden.

Mit der Ambulantisierung der Versorgung vor Ort konnte auch eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte bei den Versicherten aus dem Mittelbereich Templin herbeigeführt werden – u. a. durch die Inanspruchnahme der ÄBP und der DU – im Vergleich zu Personen aus ähnlich ländlichen Regionen Brandenburgs. Darüber hinaus zeigt die Routinedatenanalyse bei der Differenz der Differenzen einen geringeren Anstieg der Krankenhauskosten in Höhe von 122,60 € zugunsten der Versicherten im Mittelbereich Templin.

Bei der Betrachtung der Gesamtkosten zeigt sich, dass die Gesamtkosten über die Jahre sowohl für Versicherte im Mittelbereich Templin als auch für Versicherte aus anderen Regionen Brandenburgs angestiegen sind. In der Versichertenpopulation des Mittelbereichs Templin konnten die Gesamtkosten jedoch um -40,54 € stärker reduziert werden als in der verglichenen Versichertenpopulation, wobei der Unterschied nicht statistisch signifikant war. Die Gesamtkosten beinhalteten die Kosten zu den stationären und ambulanten Leistungsbereichen, Arzneimittelkosten, Heil- und Hilfsmittelkosten, Kosten der häuslichen Krankenpflege und Kosten aufgrund von Fahrten zu einer medizinischen Behandlung (Transport). Demzufolge waren die Kosten, die z. B. aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder aufgrund von Pflegeleistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkasse anfallen, nicht enthalten. In den Analysen wurden die einzelnen Kostenkomponenten zu gesamten Kosten zusammengefasst. Mögliche Verschiebungen zu anderen Versorgungsbereichen konnten somit nicht einbezogen werden. Daher können keine abschließenden Aussagen zu den gesamten Versorgungskosten getroffen werden, sondern nur unter Beschränkung auf die in dieser Evaluation zur Verfügung stehenden Kostenkomponenten. Zuletzt muss auch berücksichtigt werden, dass die Interventionskosten der Strukturmigration im Rahmen der Evaluation nicht betrachtet wurden.

Da bei der Betrachtung der Kosten aggregierte Routinedaten der beteiligten Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung verwendet wurden, war eine Betrachtung einzelner Patientinnen und Patienten über alle Versorgungsbereiche hinweg nicht möglich. Somit konnten aufgrund fehlender Verknüpfungen der Daten zu den verschiedenen Leistungsbereichen z. B. Auffälligkeiten in bestimmten Leistungsbereichen in Form einer

hohen Inanspruchnahme bei einer Person nicht mit ihrem Inanspruchnahmeverhalten in anderen Leistungsbereichen abgeglichen werden. Eine hohe Inanspruchnahme von Leistungen kann wiederum auf verschiedene Indikationen mit kostenintensiven Behandlungsmethoden oder Arzneimitteln zurückgeführt werden – sogenannte Hochkostenfälle. Diese Hochkostenfälle konnten jeweils nur in den Kosten der einzelnen Leistungsbereiche identifiziert werden. Darüber hinaus verfügen die Daten der beteiligten Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung über eine unterschiedliche Informationsdichte, sodass die ambulanten Leistungsdaten aus dem Jahr 2020 aus einer anderen Datenquelle stammen als in den Jahren zuvor.

Die Krankenhäuser in Deutschland waren ab Mitte März 2020 dazu angehalten, alle planbaren Aufnahmen – soweit medizinisch vertretbar – zu verschieben [61]. Im aktuellen Krankenhausreport 2021 werden anhand von AOK Abrechnungsdaten die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Leistungsgeschehen im Krankenhaus analysiert. Diese Analysen zu den Entwicklungen der Krankenhausaufnahmen im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr 2019 zeigen, dass der Rückgang der Krankenhausaufnahmen in den Monaten März bis Mai 2020 (erste Pandemiewelle) bei ca. 27 % und in den Monaten Oktober bis Dezember 2020 (zweite Pandemiewelle) bei ca. 21 % lag [63, 79]. Demnach muss berücksichtigt werden, dass der nachgewiesene Rückgang der Krankenhausaufenthalte in der vorliegenden Evaluation zu den Strukturveränderungen in Templin auch durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein kann.

Um eine Vergleichbarkeit zwischen der Versichertenpopulation aus dem Mittelbereich Templin und einer Versichertenpopulation aus ähnlichen Regionen Brandenburgs zu erreichen, wurde ein Nearest-Neighbor-Matching durchgeführt. Trotz eines Matchings können im Vorbeobachtungszeitraum statistisch signifikante Unterschiede in einzelnen Leistungsbereichen zwischen den beiden Populationen bestehen. Aus diesem Grund wurde auf den Difference-in-Differences-Ansatz zurückgegriffen. Dem DiD-Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass sich die Gruppe gleich entwickelt hätte, ohne die Implementierung der neuen Intervention. So kann mittels des DiD die Stärke des Effekts über die Differenz in diesem Effekt zwischen den beiden Gruppen vor und nach Einführung der Intervention ermittelt werden. Der DiD-Ansatz berücksichtigt sowohl das Vorbeobachtungsjahr 2016 und das letzte Beobachtungsjahr 2020 als auch die Versichertenpopulation im Mittelbereich Templin verglichen mit einer Versichertenpopulation aus anderen Landkreisen in Brandenburg. Bei der Interpretation der Ergebnisse des DiD muss berücksichtigt werden, dass die Daten aus dem Jahr 2020 durch die COVID-19-Pandemie verzerrt sein können. Ab Mitte März 2020 forderte die Bundesregierung zum Schutz vor Ansteckung dazu auf, Kontakte einzuschränken und weitestgehend zuhause zu bleiben [80]. Des Weiteren muss in Betracht gezogen werden, dass in Brandenburg in den verschiedenen Landkreisen unterschiedlich hohe Fallzahlen von COVID-19-Infektionen registriert wurden. Für den Landkreis Uckermark wurden insgesamt 3.922 COVID-19-Fälle (Stand: 28.06.2021) gemeldet, halb so viele Fälle wie z. B. die Landkreise Oberhavel, Oder-Spree oder Potsdam-Mittelmark. Gemessen an allen Landkreisen wies die Uckermark die viertniedrigsten Fallzahlen auf [81]. Folglich kann das regional unterschiedliche Infektionsgeschehen die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen im Jahr 2020 ebenfalls beeinflusst haben.

Das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis zeigt, dass die neue Versorgungsstruktur – gemessen an der Reduktion der Krankenhausaufenthalte – effektiver war. Demnach bestätigt die Sensitivitätsanalyse die Effektivität, sprich die Reduktion der Krankenhausaufenthalte, in ca.

94 % der Fälle. Zudem belegt die Sensitivitätsanalyse, dass die neuen Versorgungsstrukturen hinsichtlich der betrachteten Gesamtkosten in rund 54 % der Fälle und hinsichtlich der Krankenhauskosten sogar in rund 73 % der Fälle Kosten einsparen kann.

### **Empfehlungen und Fazit**

Das Innovationsfondsprojekt IGiB-StimMT hat die Potenziale und Herausforderungen einer komplexen Strukturmigration aufgezeigt und kann auf eine Vielzahl von konkreten positiven Versorgungseffekten verweisen, die im Evaluationsbericht detailliert dargestellt werden.

Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse, sowohl aus der quantitativen wie aber auch insbesondere der qualitativen Forschung, können einige erste Handlungsempfehlungen – sowohl für Templin als auch für andere Regionen mit vergleichbaren Versorgungs Herausforderungen – exemplarisch aufgezeigt werden:

- Die Evaluation zeigt, dass Strukturmigrationen ein sehr hohes Maß an Überzeugungsarbeit und Abstimmung zwischen unterschiedlichen Akteuren benötigen. Vor diesem Hintergrund sollte unbedingt genügend Zeit für Vorbereitung und Umsetzung eingeplant werden.
- Generell ist ein modulares Vorgehen zu empfehlen, etwa der Start mit einem kleineren Angebot, das anschließend schrittweise um weitere Leistungen oder Indikationen erweitert werden kann.
- Von zentraler Bedeutung ist die Governance-Struktur in Projekten der Größenordnung und Komplexität von IGiB-StimMT. Der Aufbau und die Führung derart komplexer Netzwerkstrukturen ist überaus anspruchsvoll.

Die Evaluation verdeutlicht, dass die im Mittelbereich Templin neu geschaffenen Strukturen sehr gut geeignet sind, um Patientinnen und Patienten sinnvoll zu steuern und auf der richtigen Versorgungsstufe zu versorgen. Durch die Einrichtung der ÄBP und der DU wurde eine nachhaltige Entlastung der Notaufnahme erreicht. Dieses Beispiel zeigt zudem, dass es mit gut durchdachten und an die regionalen Gegebenheiten angepassten Konzepten möglich ist, eine bessere Versorgung bei gleichzeitig niedrigeren Kosten zu erreichen.

Mehrere der im Projekt IGiB-StimMT umgesetzten Versorgungsmodule haben Modellcharakter und können auch auf andere Regionen und andere Versorgungssettings übertragen werden.

Insofern erfüllt das Projekt den Anspruch des Innovationsfonds, Ansätze zu erproben, die über die Regelversorgung hinausgehen, einen Erkenntnisgewinn für die Verbesserung der Versorgung leisten und das Potenzial haben, in die Regelversorgung überführt zu werden.



## 6. Literaturverzeichnis

1. OECD, E.O.o.H. Systems, and Policies, *Germany: Country Health Profile 2019*. 2019.
2. Templin, S. *Zahlen und Fakten*. 2019; Available from: <https://templin.de/wir-uber-uns/zahlen-und-fakten>.
3. Landesamt für Bauen und Verkehr. *Mittelbereichsprofil Templin 2016*. 2016) [cited 23.03.2017; Available from: [http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/stadt\\_wohnen/Templin\\_MBP\\_2016.pdf](http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/Templin_MBP_2016.pdf).
4. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. *Flächenerhebung nach Art der tatsächlichen Nutzung im Land Berlin 2015*. 2016) [cited 08.09.2017; Available from: [https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat\\_berichte/2016/SB\\_A05-03-00\\_2015j01\\_BE.pdf](https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2016/SB_A05-03-00_2015j01_BE.pdf).
5. Verkehr, L.f.B.u. *Bevölkerungsvorausschätzung 2014 bis 2030. Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg*. 2015 19.03.2020]; Available from: [https://lbv.brandenburg.de/dateien/stadt\\_wohnen/rb\\_Aemterschaetzung\\_2014\\_bis\\_2030.pdf](https://lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/rb_Aemterschaetzung_2014_bis_2030.pdf).
6. Bohm, S., L. Nölke, and H.W. Priess, *Vorstudie zum Projekt Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Empirische Analysen zur Epidemiologie, zu Behandlungsanlässen und zur Versorgung im Mittelbereich Templin im Auftrag der AOK Nordost und der BARMER GEK*. 2016.
7. Sundmacher, L., W. Schüttig, and C. Faisst, *Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)*, . Versorgungsatlas-Bericht 2015. **15/18**.
8. Datta, J. and M. Petticrew, *Challenges to evaluating complex interventions: a content analysis of published papers*. BMC Public Health, 2013. **13**: p. 568.
9. Craig, P., et al., *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. BMJ, 2008. **337**: p. a1655.
10. Campbell, M.K., et al., *Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials*. BMJ, 2012. **345**: p. e5661.
11. Tsiachristas, A. and M.P. Rutten-van Mölken, *Evaluating Complex Interventions*, in *Handbook Integrated Care*, V.E. Amelung, et al., Editors. 2017, Springer,; Heidelberg. p. 297-313.
12. Gesundheitswesen, S.S.z.B.d.E.i. *Koordination und Integration –Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens* 2009; Available from: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf).
13. Bohm, S., L.O. Freiberg, and P. Supantia, *Strukturmigration im Mittelbereich Templin*. GGW, 2021. **1**: p. 7-14.
14. Statista. *Prävalenz von Herzinsuffizienz in Deutschland nach Bundesland im Jahr 2010*. 2014 [cited 2020 24.11.]; Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/321094/umfrage/praevalenz-von-herzinsuffizienz-in-deutschland-nach-bundesland/>.
15. Holstiege, J., et al., *Prävalenz der Herzinsuffizienz – bundesweite Trends, regionale Variationen und häufige Komorbiditäten. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)*. Versorgungsatlas-Bericht, 2018. **18/09**.
16. RKI, *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht*. 2004.
17. RKI, *Rückenschmerz*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012. **53**.
18. Wenig, C.M., et al., *Costs of back pain in Germany*. Eur J Pain, 2009. **13**(3): p. 280-6.
19. DESTATIS. *Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10)*. 2017 [cited 2020 24.11.]; Available from: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankheitskosten/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankheitskosten/_inhalt.html).

20. RKI, *Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland*. Journal of Health Monitoring 2017. **2**(2).
21. e.V., D.A.-G.D., et al., *Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“*. 2014.
22. Schulte, T., et al. *Ergebnisqualität Gesundes Kinzigtal – quantifiziert durch Mortalitätskennzahlen - Eine quasi-experimentelle Kohortenstudie: Propensity Score-Matching von Eingeschriebenen vs. Nicht-Eingeschriebenen der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal auf Basis von Sekundärdaten*. 2014) [cited 07.03.2017; Available from: <https://optimedis.de/files/Publikationen/Studien-und-Berichte/2014/Mortalitaetsstudie-2014/Mortalitaetsstudie-2014.pdf>.
23. Borglin, G., *The value of mixed methods for researching complex interventions*, in *Complex Interventions in Health. An overview of research methods*, D.A. Richards and I. Rahm Hallberg, Editors. 2015, Routledge: London, New York. p. 29-45.
24. Hardeman, W., et al., *A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation*. Health Educ Res, 2005. **20**(6): p. 676-87.
25. Kuhn, J., T. Lampert, and T. Ziese, *Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen?*, in *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?*, R. Koch-Institut, Editor. 2012: Berlin. p. 9-14.
26. Schreier, M., *Qualitative Analyseverfahren*, in *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*, W. Hussy, M. Schreier, and G. Echterhoff, Editors. 2013, Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg. p. 245-275.
27. Helfferich, C., *Die Qualität qualitativer Daten. Manuel für die Durchführung qualitativer Interviews*. . 2005, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
28. Bohnsack, R., *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 2013, Wiesbaden: Springer VS.
29. Bohnsack, R., *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 2014, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
30. Kamin, A.M. *Dokumentarische Methode*. 2014 [cited 2020 24.11.]; Available from: Dokumentarische Methode.
31. Nohl, A.-M. *Dokumentarische Interpretation narrativer Interviews*. 2005 [cited 2017 27.03.]; Available from: <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2005-02/interview>.
32. Danylec, A., *Total-Design-Methode nach Dillmann – Erhöhung der Akzeptanz bei Befragungen*. 2005, München: GRINT Verlag.
33. Häder, M., *Empirische Sozialforschung – eine Einführung*. . 2006, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialforschung.
34. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse*. 2010, Weinheim: Beltz.
35. Mayring, P. and T. Fenzl, *Qualitative Inhaltsanalyse*, in *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, B. N. and B. J., Editors. 2014, Springer VS: Wiesbaden.
36. Kuckartz, U., *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Vol. 4. 2018, Weinheim: Beltz Juventa.
37. DeWalt, K.M. and B.R. DeWalt, *Participant observation. A guide for fieldworkers*. Vol. 2. 2011, New York, Toronto, Plymouth, UK: Rowman & Littlefield Publishers, INC. .
38. Shah, A., *Ethnography? Participant observation, a potentially revolutionary praxis*. HAU: Journal of Ethnographic Theory, 2017. **7**: p. 45-59.
39. Agar, M.H., *The Professional Stranger: An Informal Introduction to Ethnography*. Vol. 2. 1996, New York ; San Francisco: Academic Press.
40. Schöne, H., *Die teilnehmende Beobachtung als Datenerhebungsmethode in der Politikwissenschaft. Methodologische Reflexion und Werkstattbericht*. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 2003. **4**(2).
41. Kurz, D.E., *The use of participant observation in evaluation research*. Evaluation and Program Planning, 1983. **6**(2): p. 93–102.



42. Stamer, M., et al., *Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien*. Gesundheitswesen, 2015. **77**: p. 966–75.
43. Kuckartz, U., *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 2012, Weinheim: Beltz Juventa.
44. Schreier, M., *Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten*. Forum: Qualitative Sozialforschung, 2014. **15**(1).
45. Bücken, N., *Kodieren – aber wie? Varianten der Grounded-Theory-Methodologie und der qualitativen Inhaltsanalyse im Vergleich*. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 2020. **21**(1).
46. Gläser, J. and G. Laudel, *Life With and Without Coding: Two Methods for Early-Stage Data Analysis in Qualitative Research Aiming at Causal Explanations*. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 2013. **14**(2).
47. Rädiker, S. and U. Kuckartz, *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video*. 2019.
48. Kuckartz, U., et al., *Vertiefende Analyse: Kategorienbasierte Auswertung der qualitativen Daten*, in *Evaluation online*, U. Kuckartz, et al., Editors. 2009, VS Verlag für Sozialwissenschaften. p. 76-87.
49. Antes, G. and E.v. Elm. *STROBE-STATEMENT - Wie berichtet man eine Beobachtungsstudie?* 2008) [cited 18.06.2019; Available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/58471/Strobe-Statement-Wie-berichtet-man-eine-Beobachtungsstudie>.
50. Reichmann, T., *Controlling mit Kennzahlen und Managementberichten*. Vol. 4. 1995, München: Verlag Franz Vahlen.
51. Jordan, S. and J. Hoebel, *Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA)*. Bundesgesundheitsblatt, 2015. **58**: p. 942–950.
52. EuroQol Research Foundation. *EQ-5D-5L User Guide - Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument*. 2015 [cited 14.05.2019; Available from: [https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L\\_UserGuide\\_2015.pdf](https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf).
53. Löwe, B., et al. *PHQ-D - Gesundheitsfragebogen für Patienten, 2. Auflage. Manual. Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“ 2002* [cited 13.05.2019; Available from: [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische\\_Klinik/download/PHQ\\_Manual1.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf).
54. Bitzer, E.M., M.L. Dierks, and F.W. Schwartz. *ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus der Patientenperspektive*. 2002 [cited 13.05.2019; Available from: [http://www.kbv.de/media/sp/ZAP\\_Fragebogen\\_Deutsch.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf).
55. Bertram, N., et al., *Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen weiterdenken*. 2018.
56. Sawilowsky, S.S., *New Effect Size Rules of Thumb*. Journal of Modern Applied Statistical Methods, 2009. **8**(2): p. 597-599.
57. Röhrig, B., et al., *Fallzahlplanung in klinischen Studien*. Dtsch Arztebl International, 2010. **107**(31-32): p. 552-556.
58. e.V., D.S. *Deutscher Schmerzfragebogen*. 2012; Available from: <https://www.dgss.org/deutscher-schmerzfragebogen/>.
59. Castro, R.R., et al., *Patients report more severe daily limitations than recognized by their physicians*. Clinical cardiology, 2019. **42**(12): p. 1181-1188.
60. ÄZQ. *Definition der chronischen Herzinsuffizienz (ICD-10 I50)*. 2020 [cited 2020 30.12.]; Available from: <https://www.leitlinien.de/nvl/html/nvl-chronische-herzinsuffizienz/3-auflage/kapitel-1/#>.
61. Bundesregierung. *Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 12. März 2020*. 2020 [cited 2020 12.16.];

- Available from: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/beschluss-zu-corona-1730292>.
62. e.V., L.B. *Portraits der Krankenhäuser Brandenburgs*. o. J. [cited 2021 25.06.2021]; Available from: <https://www.krankenhausspiegel-brandenburg.de/krankenhausportraits/sana-krankenhaus-templin>.
  63. Klauber, J., *Corona-Pandemie im Krankenhaus: Entwicklung des Versorgungsgeschehens 2020*. 2021, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
  64. Spitzenverband, G. *Häusliche Krankenpflege* o. J. [cited 2021 06.15.]; Available from: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante\\_leistungen/haeusliche\\_krankenpflege/haeusliche\\_krankenpflege\\_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/haeusliche_krankenpflege_1.jsp).
  65. Nowossadeck, E., F. Prütz, and M. Thissen, *Demografische Situation der weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in der Region Nordost – Ausgewählte Aspekte*. 2020. **5**: p. 36-43.
  66. Krause, L., L. Dini, and F. Prütz, *Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren*. 2020. **5**: p. 3-14.
  67. Bohm, S., L. Nölke, and H.W. Priess, *Vorstudie zum Projekt Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Empirische Analysen zur Epidemiologie, zu Behandlungsanlässen und zur Versorgung im Mittelbereich Templin im Auftrag der AOK Nordost und der BARMER GEK*. 2016.
  68. Fischer, T., T. Lichte, and U. Popert, *Disease-Management-Programme. Halten sie, was sie versprechen*. Jahrbuch für kritische Medizin, H, 2005. **41**: p. 8-17.
  69. Greenberg, K.L., et al., *Cardiovascular health literacy and patient–physician communication intervention in women from disadvantaged communities*. European Journal of Preventive Cardiology, 2020. **26**(16): p. 1762-1770.
  70. Bundesärztekammer (BAK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), and Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz - Langfassung*. 2019.
  71. Vogt, V., D. Koller, and L. Sundmacher, *Continuity of care in the ambulatory sector and hospital admissions among patients with heart failure in Germany*. The European Journal of Public Health, 2016. **26**(4): p. 555-561.
  72. Yonas, E., et al., *Effect of heart failure on the outcome of COVID-19—a meta analysis and systematic review*. The American Journal of Emergency Medicine, 2020.
  73. Rogerson, M.D., R.J. Gatchel, and S.M. Bierner, *A cost utility analysis of interdisciplinary early intervention versus treatment as usual for high-risk acute low back pain patients*. Pain Practice, 2010. **10**(5): p. 382-395.
  74. Marin, T.J., et al., *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(6).
  75. Brömme, J., et al., *Multidisciplinary outpatient care program vs. usual care: Cost-benefit analysis in patients with chronic low back pain*. Schmerz (Berlin, Germany), 2015. **29**(2): p. 195-202.
  76. Gerlach, S., *Bedeutung der COVID-19-Pandemie für Menschen mit Adipositas*. CardioVasc, 2021. **21**(3): p. 42-44.
  77. Bischoff, S.C., *Adipositas im Erwachsenenalter*. Aktuelle Ernährungsmedizin, 2015. **40**(03): p. 147-178.
  78. Bischoff, G., et al., *Das ZEPmax-Programm—effektive, leitliniengerechte multimodale Therapie von Adipositas und Folgeerkrankungen*. Aktuelle Ernährungsmedizin, 2020. **45**(06): p. 416-423.
  79. Mostert, C., et al., *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020*, in *Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*, J. Klauber, et al., Editors. 2021, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 277-306.

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

80. Bundesregierung. *22. März 2020: Regeln zum Corona-Virus*. 22.03.2020 [cited 2021 20.06.]; Available from: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/leichte-sprache/22-maerz-2020-regeln-zum-corona-virus-1733310>.
81. Brandenburg, L. *Fallzahlen im Land Brandenburg*. o. J. [cited 2021 20.06.]; Available from: <https://kkm.brandenburg.de/kkm/de/corona/fallzahlen-land-brandenburg/>.

## **7. Anhänge**

### **Anhang 1**

Stakeholder-Befragung 2017

### **Anhang 2**

IGiB-StimMT Zufriedenheitsbefragung

### **Anhang 3**

Tagesprotokoll zur Beobachtung

### **Anhang 4**

Teil 1: Fragebogen zur Gesundheitskompetenz

Teil 2: Lebensqualitätsfragebogen

Teil 3: Gesundheitsfragebogen

Teil 4: Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung

Teil 5: Soziodemografische Daten

### **Anhang 5**

Dokumentationsbogen: Beendigung/Studienabbrecher

### **Anhang 6**

Assessmentbogen Facharzt SÜ-BHPF Herzinsuffizienz

### **Anhang 7**

Deutscher Schmerzfragebogen SÜ-BHPF Rückenschmerz

### **Anhang 8**

Assessmentbogen SÜ-BHPF-Adipositas

### **Anhang 9**

Strukturierte Harninkontinenzversorgung

### **Anhang 10**

Matchingkriterien

### **Anhang 11**

Behandlungspfadübergreifende Patientenergebnisse inklusive der strukturierten  
Harninkontinenzversorgung

### **Anhang 12**

Ergebnisse SÜ-BHPF Herzinsuffizienz

### **Anhang 13**

Ergebnisse SÜ-BHPF Rückenschmerz

### **Anhang 14**

Ergebnisse SÜ-BHPF Adipositas

### **Anhang 15**

Ergebnisse ÄBP

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

## **Anhang 16**

Ergebnisse strukturierte Harninkontinenzversorgung

## **Anhang 17**

Ergebnisse der Routinedatenanalyse

# Anhang 1

## Stakeholder-Befragung 2017

Nr	Hauptfragen	Nachfragen	Detailfragen
1	<b>Was wissen sie über das Projekt?</b>	Was sind wesentliche Ziele? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Akteure sind beteiligt?</li> </ul>	Erzählen Sie mehr darüber!
2	<b>Beschreiben Sie mir bitte die aktuelle Situation aus Ihrer Perspektive!</b>	Erzählen Sie mehr darüber! Oder Dazu möchte ich gern noch mehr erfahren....	Skizzieren Sie die (medizinische) Versorgung im Mittelbereich Templin! Welche Demographischen Herausforderungen bestehen?
3	<b>Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit [Ihrer Organisation] als Versorger gemacht?</b>	Erfahrungen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• interne Organisationen</li> <li>• Behandlungsablauf</li> <li>• Umgang mit Patienten</li> </ul> Kommunikation Leitung/Ärzte	Wie würden Sie die Erfahrungen beschreiben? Eher negativ? Wenn ja, warum? Eher positiv? Wenn ja, warum?
4	<b>Welche Erfahrungen haben Sie bisher in der Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung Beteiligten gemacht?</b>	Erfahrungen im Zusammenhang mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztlichen Personal (amb.)</li> <li>• Ärztlichen Personal (stat.)</li> <li>• Pflegedienstleistungen</li> <li>• Kostenträgern      KK</li> </ul>	Wie würden Sie die Erfahrungen beschreiben? Eher negativ? Wenn ja, warum? Eher positiv? Wenn ja, warum?
5	<b>Inwiefern werden Sie an der Projektplanung involviert?</b>	...in welchen Bereichen? ...bezogen auf Zielsetzungen (Entscheiden oder informiert werden)? ...bezogen auf Umsetzung?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erzählen Sie mehr darüber!</li> </ul>

6	<b>Was sind Ihrer Meinung nach erforderliche Maßnahmen, damit das Projekt erfolgreich wird?</b>	<p>Welche Aspekte würden den Projektverlauf erschweren? Warum glauben Sie ist das so?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Aspekte würden den Projektverlauf positiv beeinflussen?</li> </ul>	Erzählen Sie mehr darüber!
---	---	--	----------------------------

### Stakeholder-Befragung 2020

Nr.	Hauptfragen	Nachfragen	Detailfragen
1	<b>Wie haben Sie aus ihrer Sicht das Projekt wahrgenommen? Erzählen Sie einmal von Ihren Eindrücken.</b>		<p>Was waren wesentliche Ziele des Projektes? (z. B. Strukturumwandlung in Templin – Neugestaltung oder Umwandlung von verschiedenen Versorgungsbereichen)</p> <p>Wer war beteiligt?</p>
2	<b>Inwiefern waren Sie an der Projektplanung und -durchführung involviert?</b>	<p>...in welchen Bereichen?</p> <p>...bezogen auf Zielsetzungen (Entscheiden oder informiert werden)?</p> <p>...bezogen auf Umsetzung?</p>	Wie könnte diese Einbringung konkret aussehen?
3	<b>Wie bewerten Sie Ihre Rolle innerhalb des Projektes?</b>	Welche Rolle hatten Sie inne?	
4	<b>Welche Erfahrungen haben Sie bisher in Ihrer Rolle als _____ mit dem IGiB-StimMT Projekt gemacht?</b>	<p>Welche Erfahrungen haben Sie im mit dem Projekt IGiB-StimMT gemacht? Sind diese eher negativ oder positiv?</p> <p>Welche konkreten Punkte haben sich mit Hilfe des Projekts verbessert (ggf. auch in Bezug auf andere Akteure) - bezogen auf Ihre Hoffnungen und Erwartungen?</p> <p>Was waren Ihre anfänglichen Hoffnungen und Erwartungen? Wurden diese erfüllt?</p>	<p>Erfahrungen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• interne Organisationen</li> <li>• Behandlungsabläufe</li> <li>• Umgang mit Patienten Kommunikation Leitung/ Ärzte</li> </ul>



5	<p><b>Welche Erfahrungen haben Sie bisher in der Zusammenarbeit und Kommunikation mit den anderen Projektbeteiligten gemacht?</b></p>	<p>Mit welchen Akteuren haben Sie mehr gearbeitet/kommunizieren Sie, mit welchen weniger?</p> <p>Können Sie Akteure beispielhaft aufzählen?</p> <p>Verlief die Kommunikation eher intern oder extern?</p> <p>Über welche Kanäle und durch wen wurden Sie informiert?</p> <p>Welche Informationen erreichten Sie? Welche Informationen erreichten Sie nicht?</p> <p>Haben sich Ihre Erwartungen bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren erfüllt?</p> <p>Welche Punkte hätten bezüglich der Zusammenarbeit besser laufen können?</p>	<p>Erfahrungen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztlichen Personal amb.</li> <li>• Ärztlichen Personal stat.</li> <li>• Pflegedienstleistungen</li> <li>• Kostenträgern KK</li> <li>• Kostenträgern KV</li> </ul>
7	<p><b>Welche Faktoren haben die Erreichung der Projektziele wesentlich beeinflusst?</b></p>	<p>Welche Aspekte haben den Projektverlauf erschwert? Warum glauben Sie ist das so?</p> <p>Welche Aspekte haben den Projektverlauf positiv beeinflusst?</p> <p>Was wären Ihre Empfehlungen für künftige Projekte?</p>	
8	<p><b>Wie zufrieden sind mit der jetzigen Situation bzw. der Versorgung im Vergleich zur Situation vor Projektbeginn?</b></p>	<p>Könnten Sie da konkreter werden?</p>	

# **Anhang 2**

# IGiB-StimMT Zufriedenheitsbefragung

Liebe Ärztinnen und Ärzte,

liebe Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Mittelbereichs Templins,

wir möchten Sie bitten, sich für die Beantwortung der folgenden Fragen etwas Zeit zu nehmen. Sie benötigen lediglich 5 Minuten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten - wählen Sie die Antwortmöglichkeiten, die Ihrer Einschätzung nach am ehesten zutreffen. Damit wir den Effekt des Projekts untersuchen können, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen, denn Ihre Erfahrungen und Perspektive zählen.

Herzliche Grüße,

Manuel Recker und Team inav - privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

In dieser Umfrage sind 13 Fragen enthalten.

## Hintergrund IGiB-StimMT

Zunächst möchten wir gerne etwas über Sie erfahren.

Welcher niedergelassenen Tätigkeit gehen Sie nach?

\*

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- hausärztliche Tätigkeit
- fachärztliche Tätigkeit
- Psychotherapie

Sind Sie Mitglied des Arztnetzes Gesund in Templin e.V.?

\*

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

ja

nein

Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“?

\*

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

Ich engagiere mich aktiv im Innovationsfondsprojekt. (z.B. Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis, Umsetzung der Behandlungspfade etc.)

Ich unterstütze das Innovationsfondsprojekt. (z. B. durch Überweisung an Behandlungspfade, Einbezug der agneszwei etc.)

Ich engagiere mich noch nicht, denke aber über eine zukünftige Teilnahme an der Strukturmigration nach.

Eine Beteiligung am Innovationsfondsprojekt bzw. an der Strukturmigration kommt für mich nicht in Frage.

## Aktive Leistungserbringer

Warum beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“?

(Bis zu 4 Mehrfachantworten möglich)

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich unterstütze das Innovationsfondsprojekt. (z. B. durch Überweisung an Behandlungspfade, Einbezug der agneszwei etc.)' *oder* 'Ich engagiere mich aktiv im Innovationsfondsprojekt. (z.B. Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis, Umsetzung der Behandlungspfade etc.)' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“? )

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

❗ Bitte wählen Sie zwischen 1 und 4 Antworten aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Chance, neue Wege zu beschreiten, um Sektorengrenzen zu überwinden
- Chance, neue Wege zu beschreiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit der Akteure vor Ort
- Chance zum aktiven Mitgestalten der Versorgungsstrukturen für meine Patienten im Mittelbereich Templin
- Neugier an neuen Ideen für die Versorgung meiner Patienten
- Angebot neuer Leistungen für meine Patienten, die über die Regelversorgung hinausgehen
- Angebot von Leistungen für ein Patientenkontinuum, für die bisher eine Unter- oder Fehlversorgung besteht
- Arbeitserleichterung in der Versorgung meiner Patienten
- Arbeitserleichterung in der Zusammenarbeit mit den Kollegen
- Empfehlung von Kollegen
- Sorge um die Versorgungsmöglichkeiten meiner Patienten in der Zukunft

Sonstiges:

Inwiefern haben Sie Berührungspunkte mit folgenden Projekthinhalten?

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich engagiere mich aktiv im Innovationsfondsprojekt. (z.B. Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis, Umsetzung der Behandlungspfade etc.)' *oder* 'Ich unterstütze das Innovationsfondsprojekt. (z. B. durch Überweisung an Behandlungspfade, Einbezug der agneszwei etc.)' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“? )

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	<b>immer</b>	<b>oft</b>	<b>manchmal</b>	<b>selten</b>	<b>nie</b>
<b>Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP) Templin</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ambulant-stationäres Zentrum Templin (ASZ)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sektorenübergreifender Behandlungspfad Rückenschmerz</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sektorenübergreifender Behandlungspfad Herzinsuffizienz (mit Sprechstunde)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Strukturierte Harninkontinenzversorgung</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Case-Management der agneszwei Fachkräfte im KBZ</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Beratung vom Koordinations- und Beratungszentrum Templin (KBZ)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Basierend auf Ihren Erfahrungen im Alltag, wie zufrieden sind Sie mit den nachfolgenden, Aspekten innerhalb des Projektes?

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich engagiere mich aktiv im Innovationsfondsprojekt. (z.B. Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis, Umsetzung der Behandlungspfade etc.)' *oder* 'Ich unterstütze das Innovationsfondsprojekt. (z. B. durch Überweisung an Behandlungspfade, Einbezug der agneszwei etc.)' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“? )

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Eher zufrieden</b>	<b>Eher unzufrieden</b>	<b>Sehr unzufrieden</b>	<b>Keine Angabe/nicht zutreffend</b>
<b>Zielstellung und inhaltliche Ausrichtung</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Informationen zum Projekt für Ärzte und Psychotherapeuten</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Informationen zum Projekt für Patienten</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Kommunikationsstrukturen im Projekt</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Entscheidungsstrukturen im Projekt</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Zusammenarbeit und Kooperation der Projektbeteiligten untereinander</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ihre Mitgestaltungsmöglichkeiten im Projekt</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Etablierung der ärztlichen Bereitschaftspraxis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Eher zufrieden</b>	<b>Eher unzufrieden</b>	<b>Sehr unzufrieden</b>	<b>Keine Angabe/nicht zutreffend</b>
<b>Ihre eigene Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Arbeit des ambulanz- stationären Zentrum Templin (ASZ)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ihre Zusammenarbeit mit dem ambulanz- stationären Zentrum Templin (ASZ)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Case-Management der agneszwei Fachkräfte im KBZ</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Beratungsleistung des Koordinations- und Beratungszentrum Templin (KBZ)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ihre Zusammenarbeit mit dem KBZ</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ausgestaltung der spezifischen Behandlungspfade zur Verbesserung der Versorgung Ihrer Patienten</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Wie wichtig sind Ihnen folgende Aspekte, wenn Sie an die Versorgung Ihrer Patienten denken?

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich engagiere mich aktiv im Innovationsfondsprojekt. (z.B. Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis, Umsetzung der Behandlungspfade etc.)' *oder* 'Ich unterstütze das Innovationsfondsprojekt. (z. B. durch Überweisung an Behandlungspfade, Einbezug der agneszwei etc.)' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“? )

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	<b>Sehr wichtig</b>	<b>Eher wichtig</b>	<b>Eher unwichtig</b>	<b>Sehr unwichtig</b>
<b>Zielstellung und inhaltliche Ausrichtung des Projektes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Informationen zum Projekt für Ärzte und Psychotherapeuten</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Informationen zum Projekt für Patienten</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Kommunikationsstrukturen im Projekt</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Entscheidungsstrukturen im Projekt</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Zusammenarbeit und Kooperation der Projektbeteiligten untereinander</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ihre Mitgestaltungsmöglichkeiten im Projekt</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Etablierung der ärztlichen Bereitschaftspraxis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>Sehr wichtig</b>	<b>Eher wichtig</b>	<b>Eher unwichtig</b>	<b>Sehr unwichtig</b>
<b>Ihre eigene Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Arbeit des ambulanz- stationären Zentrum Templin (ASZ)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ihre Zusammenarbeit mit dem ambulanz- stationären Zentrum Templin (ASZ)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Case-Management der agneszwei Fachkräfte im KBZ</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Beratungsleistung des Koordinations- und Beratungszentrum Templin (KBZ)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ihre Zusammenarbeit mit dem KBZ</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ausgestaltung der spezifischen Behandlungspfade zur Verbesserung der Versorgung Ihrer Patienten</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Inhalte sollten nach Beendigung des Projektes weitergeführt werden? (4 Mehrfachantworten möglich)

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich engagiere mich aktiv im Innovationsfondsprojekt. (z.B. Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis, Umsetzung der Behandlungspfade etc.)' oder 'Ich unterstütze das Innovationsfondsprojekt. (z. B. durch Überweisung an Behandlungspfade, Einbezug der agneszwei etc.)' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“? )

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

❗ Bitte wählen Sie maximal 4 Antworten.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP)
- Ambulant-stationäre Zentrum Templin (ASZ)
- Sektorenübergreifender Behandlungspfad Rückenschmerz
- Sektorenübergreifender Behandlungspfad Herzinsuffizienz (mit Sprechstunde)
- Herzinsuffizienzsprechstunde
- Sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas
- Strukturierte Harninkontinenzversorgung
- Koordinations- und Beratungszentrum Templin (KBZ)
- Case-Management der agneszwei Fachkräfte im KBZ
- Kann ich nicht beurteilen.

Sonstiges:

Welche positiven Erfahrungen haben Sie mit dem Innovationsfondsprojekt gemacht?

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich engagiere mich aktiv im Innovationsfondsprojekt. (z.B. Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis, Umsetzung der Behandlungspfade etc.)' *oder* 'Ich unterstütze das Innovationsfondsprojekt. (z. B. durch Überweisung an Behandlungspfade, Einbezug der agneszwei etc.)' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“? )

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche negativen Erfahrungen haben Sie mit dem Innovationsfondsprojekt gemacht?

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich engagiere mich aktiv im Innovationsfondsprojekt. (z.B. Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis, Umsetzung der Behandlungspfade etc.)' *oder* 'Ich unterstütze das Innovationsfondsprojekt. (z. B. durch Überweisung an Behandlungspfade, Einbezug der agneszwei etc.)' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“? )

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Haben Sie sonstige Anmerkungen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich engagiere mich aktiv im Innovationsfondsprojekt. (z.B. Arbeit in der ärztlichen Bereitschaftspraxis, Umsetzung der Behandlungspfade etc.)' *oder* 'Ich unterstütze das Innovationsfondsprojekt. (z. B. durch Überweisung an Behandlungspfade, Einbezug der agneszwei etc.)' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“? )

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

## Inaktive Leistungserbringer

Warum kommt eine Teilnahme an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“ für Sie nicht in Frage?

(Bis zu 4 Mehrfachantworten möglich)

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich engagiere mich noch nicht, denke aber über eine zukünftige Teilnahme an der Strukturmigration nach.' *oder* 'Eine Beteiligung am Innovationsfondsprojekt bzw. an der Strukturmigration kommt für mich nicht in Frage.' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“?)

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Versorgungslage in Templin ist zufriedenstellend
- Mitgestaltungsmöglichkeiten an der Versorgung der eigenen Patienten sind zufriedenstellend
- Eigene Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen funktioniert gut
- Zweifel an der Notwendigkeit einer Strukturveränderung
- Zweifel am Nutzen des Projektes bzw. Projektmaßnahmen
- Zu wenige Informationen zum Projekt bzw. Projektmaßnahmen
- Intransparente Informationen zum Projekt bzw. Projektmaßnahmen
- Erhöhter Kommunikations- oder Koordinationsaufwand bei der Versorgung meinen Patienten
- Erhöhter Aufwand wegen der Dokumentation für die Evaluation
- Erhöhter Aufwand für die Kostenerstattung bzw. Abrechnung der Leistungen
- Unzureichende Vergütung
- Sonstiges

Haben Sie sonstige Anmerkungen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ich engagiere mich noch nicht, denke aber über eine zukünftige Teilnahme an der Strukturmigration nach.' *oder* 'Eine Beteiligung am Innovationsfondsprojekt bzw. an der Strukturmigration kommt für mich nicht in Frage.' bei Frage '3 [Engagement]' (Inwiefern beteiligen Sie sich an der Strukturmigration „IGiB-StimMT“?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Vielen Dank für Ihre Mühe und alles Gute für Ihre Zukunft!

Herzliche Grüße,

Manuel Recker und Team inav

11.11.2020 – 12:20

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

# **Anhang 3**



## Tagesprotokoll zur Beobachtung

<b>Datum der Beobachtung</b>	
<b>Name des Beobachters</b>	

*Kursiv Eindrücke (Auffälliges):*

- *Personenbeschreibung:*
  - o *Emotionen*
  - o *Proxemik (körperliche Lageveränderungen)*
  - o *Gestik*
  - o *Mimik*
- *Gruppenatmosphäre*
- *Situationsbeschreibung:*
  - o *Gegenstände*
  - o *Rahmenbedingungen (Störfaktoren)*
  - o *Raumaufteilung und -nutzung*
  - o *Handlungsvollzüge (Abläufe, Inkonsistenzen)*

### Beobachtung

<b>Beobachtete Person(en)</b>	<b>Notizen</b>
<b>Beobachteter Ort</b> Hausbesuch Arztpraxis KBZ Schreibtisch KBZ Besprechungsraum	
<b>Beobachtete Aktivität</b> Beratung Pfadbetreuung Hausbesuche Pfadbetreuung Arztpraxis	
<b>Beginn der Beobachtung</b>	
<b>Ende der Beobachtung</b>	

# **Anhang 4**

---

Patientennummer

## Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Im Folgenden möchten wir Sie auf ein paar kurze Hinweise zum Ausfüllen dieses Fragebogens aufmerksam machen.

- Bitte beantworten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge.
- Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst spontan ohne länger zu überlegen.
- Verwenden Sie bitte nur Kugel- oder Faserschreiber mit feiner Spitze (keinen Bleistift, hellen Faserstift oder Faserstift mit dicker Spitze).
- In den meisten Fällen ist nur eine Antwort anzukreuzen.
- Falls mehrere Antworten möglich sind, wird dies durch den Hinweis „Mehrfachantworten sind möglich.“ verdeutlicht.
- Kreuzen Sie Ihre Antworten bitte wie folgt an (exemplarisch):
- Falls Sie versehentlich eine falsche Antwort angekreuzt haben, schwärzen Sie bitte die falsche Markierung und kreuzen Sie die richtige Antwort wie folgt an (exemplarisch):
- Bei Fragen, die Sie schwer beantworten können, füllen Sie spontan das Kästchen aus, das Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

Wenn Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens haben, wenden Sie sich bitte an Ihre behandelnde Ärztin oder die Arzthelferin.

## Teil 1

### Fragebogen zur Gesundheitskompetenz (HLS)

Lesen Sie bitte die Aussagen genau durch und beantworten Sie bitte jede Frage sorgfältig und möglichst schnell. Lassen Sie keine Frage aus

#### Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...

Sehr  
schwierig

Ziemlich  
schwierig

Ziemlich  
einfach

Sehr  
einfach

... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Arzt, Apotheker, Psychologe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Fernsehen, Internet oder andere Medien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...**

Sehr      Ziemlich      Ziemlich      Sehr  
 schwierig   schwierig   einfach   einfach

... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergehen, Pilates etc.)

... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?

... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? (Internet, Zeitungen, Zeitschriften)

... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen? (Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)

Quelle: HLS-EU Consortium (2012): HLS-EU-Q16. The European Health Literacy Survey Questionnaire – short version. Deutsche Übersetzung von Jordan, S. & Hoebel, J. (2015): „Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz“, 58(9), 942-950.

## Teil 2

### Lebensqualitätsfragebogen (EQ-5D, VAS)

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

---

#### 1. Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
  - Ich habe leichte Probleme herumzugehen
  - Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
  - Ich habe große Probleme herumzugehen
  - Ich bin nicht in der Lage herumzugehen
- 

#### 2. Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
  - Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
  - Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
  - Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
  - Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- 

#### 3. Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien-/Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
  - Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
  - Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
  - Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
  - Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- 

#### 4. Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe große Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

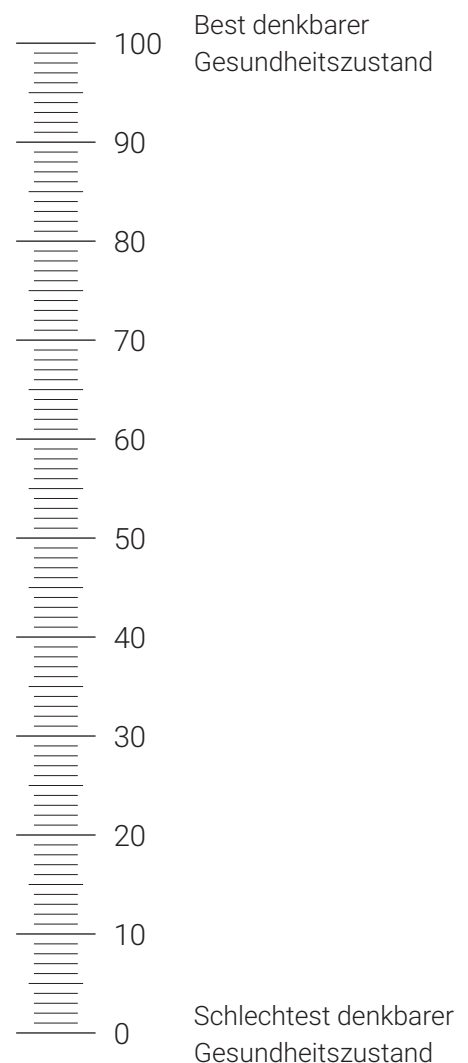
**5. Angst/Niedergeschlagenheit**

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

**6. Ihr heutiger Gesundheitszustand**

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“. Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

**Ihr heutiger  
Gesundheitszustand**



## Teil 3

### Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Lesen Sie bitte die Aussagen genau durch und beantworten Sie bitte jede Frage sorgfältig und möglichst schnell. Lassen Sie keine Frage aus!

- 1 – Überhaupt nicht      3 – An mehr als der Hälfte der Tage  
 2 – An einzelnen Tagen    4 – Beinahe jeden Tag

**Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

	1	2	3	4
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999).



## Teil 4

### Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung (ZAP)

Lesen Sie bitte die Aussagen genau durch und beantworten Sie bitte jede Frage sorgfältig und möglichst schnell. Lassen Sie keine Frage aus!

1. Wie zufrieden sind Sie mit...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... der Wartezeit auf einen Arzttermin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Wartezeit in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Freundlichkeit des Praxispersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Atmosphäre in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Information über die geplante Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Information über die Wirkung der verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen darüber, was Sie selbst auch zur Heilung beitragen können (z. B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Verständlichkeit der Informationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Medikamente, Krankengymnastik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug...**

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... auf sein/ihr Verständnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf sein/ihr Einfühlungsvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf Menschlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die Zeit, die er/sie Ihnen widmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darauf, ernstgenommen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf Zuspruch und Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf seine/ihre Geduld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf...**

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Wie zufrieden sind Sie mit diesem Arzt/dieser Ärztin im Allgemeinen?**

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Wie werden Sie von diesem Arzt/dieser Ärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z. B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde in dem Maß in die Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?**

- Ja, ich habe großes Vertrauen
- Ja, ich habe eher großes Vertrauen
- Ich habe eher wenig Vertrauen
- Nein, ich habe kein Vertrauen
- Ich kenne den Arzt/die Ärztin nicht lange genug

**6. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?**

- Sehr hoch
- Eher hoch
- Eher gering
- Sehr gering

Quelle: adaptiert nach Bitzer, E. M., M. L. Dierks & F. W. Schwartz (2002): „ZAP-Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“, Medizinische Hochschule Hannover.

## Teil 5

### Soziodemographie Daten

---

#### 1. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Keinen Schulabschluss
  - Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss
  - Realschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss (Mittlere Reife)
  - Abschluss einer Fachoberschule (Fachhochschulreife)
  - Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife)
  - Sonstiger Schulabschluss
- 

#### 2. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

- Keinen Ausbildungsabschluss
  - Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung/Lehre
  - Fachschulabschluss (z. B. Meister-/Technikerabschluss)
  - Fachhochschulabschluss
  - Hochschulabschluss (z. B. Universitätsabschluss)
  - Sonstiger Ausbildungsabschluss
- 

#### 3. Welche Erwerbssituation trifft auf Sie zu?

Bitte beachten Sie, dass unter Erwerbstätigkeit jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden wird, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

- Vollzeit erwerbstätig
  - Teilzeit erwerbstätig
  - In betrieblicher Ausbildung/Lehre oder betrieblicher Umschulung
  - Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig
  - In Altersteilzeit mit Arbeitszeit Null
  - Nicht erwerbstätig
  - Sonstige Erwerbssituation
- 

#### 4. Befinden Sie sich derzeit in einer festen Partnerschaft?

- Ja (auch verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft)
- Nein

**5. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?** Mehrfachantworten sind möglich.

- Ich lebe allein.
  - Ich lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner zusammen.
  - Ich lebe mit meinem Kind/meinen Kindern zusammen.
  - Ich lebe mit meinen (Schwieger-)Eltern zusammen.
  - Ich wohne in einem Altenheim bzw. einer Seniorenresidenz.
  - Ich wohne in einem Pflegeheim.
  - Sonstige Wohnsituation
- 

**6. Wie sind Sie krankenversichert?**

- gesetzlich
  - privat
- 

**7. Wie lange werden Sie bereits in dieser Praxis behandelt?**

- Ich war zum ersten Mal in dieser Praxis.
- Weniger als 1 Jahr
- 1 bis 2 Jahre
- 3 bis 5 Jahre
- Mehr als 5 Jahre

Das ist das Ende der Befragung.  
Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

inav GmbH  
Schiffbauerdamm 12  
10117 Berlin  
+ 49 30 24 63 12 22

# **Anhang 5**

Aufkleber  
Patientenpseudonym

## Dokumentationsbogen: Beendigung/Studienabbrecher

Bitte für jeden Patienten des Projektes StimMT ausfüllen, der

- a) das Projekt erfolgreich beendet (Beendigung) oder
- b) vorzeitig aus der Studie ausscheidet (Studienabbrecher).

### 1. Regulärer Abschluss des Behandlungspfades und der Evaluation

- Ja Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- Nein

### 2. Vorzeitige Beendigung des Behandlungspfades und der Evaluation

- Ja Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- Nein

### 3. Individuelle Entscheidungen für die vorzeitige Beendigung des Behandlungspfades und der Evaluation (Mehrfachnennungen möglich)

- Medizinische Gründe (festgelegt durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin)
- Unzureichende Zusammenarbeit/Compliance des Patienten
- Sicherheitsbedenken  
Begründung: \_\_\_\_\_
- Widerruf der Einwilligung
- Wechsel der Praxis
- Patient ist verzogen (außerhalb des Mittelbereichs Templin)
- Andere Gründe  
Begründung: \_\_\_\_\_

### 4. Tod des Patienten

- Ja Sterbedatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Todesursache: \_\_\_\_\_
- Nein

**Studienende: Alle Angaben sind richtig und vollständig.**

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

# **Anhang 6**



Aufkleber  
 Patientenpseudonym

Datum: \_\_\_\_\_

**Untersuchung**

- Erstvorstellung    Folgevorstellung    VK I    VK II    VK III

**Angaben zum Patienten**

Geschlecht  männlich    weiblich

Geburtsjahr \_\_\_\_\_ (JJJJ)

**Assessmentbogen Facharzt**

**I) Sichten der Basisdiagnostik**

	ja	nein
1. Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. NYHA-Klasse <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> I   <input type="checkbox"/> II   <input type="checkbox"/> III   <input type="checkbox"/> IV</span>		

**II) Klinische Parameter**

**1. Körperliche Untersuchung**

a. Gewicht \_\_\_\_\_ kg

b. Größe \_\_\_\_\_ cm

	ja	nein
c. Ödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Rasselgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Nachgewiesene systolische Dysfunktion**

ja    nein

**3. Nachgewiesene diastolische Dysfunktion**

ja    nein

Blutdruck diastolisch \_\_\_\_\_ mmHg

Blutdruck systolisch \_\_\_\_\_ mmHg

**4. Laborwerte**

nT-pBNP \_\_\_\_\_ pg/ml

### III) Diagnostik

	ja	nein
<b>1. Echokardiographie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachgewiesene systolische Dysfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. HFpEF      LVEF < 40%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. HFmrEF      LVEF 40–49%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. HFrEF      LVEF ≥ 50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Vitien (ab Stadium II)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stenose	Insuffizienz
Aortenklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitralklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trikuspidalklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Weiterführende Diagnostik erforderlich</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
invasive Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myocardszintigraphie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IV) Medikation

	ja	nein
<b>Anpassung Medikationsplan</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VI) Verordnung

	ja	nein
<b>agnes<sup>zwei</sup></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herzinsuffizienz-Sprechstunde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychologische Mitbetreuung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sporttrainingsprogramm</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patientenschulung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# **Anhang 7**

# Deutscher Schmerz-Fragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung

## Empfohlen von



**Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.**

German Pain Association · Société Allemande de la Douleur

und



**DGSS**

DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZUM STUDIUM DES SCHMERZES E.V.

Copyright: [www.dgss.org](http://www.dgss.org)

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sicher haben Sie selbst schon erlebt wie schwierig es ist, Ihrem Arzt eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Er ist jedoch darauf angewiesen, zu erfahren, wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf die Schmerzbehandlung ansprechen.

Ihre Angaben in diesem Fragebogen dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bearbeitung Ihrer Angaben in unserer schmerztherapeutischen Einrichtung entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ihre Fragebogendaten werden in einen EDV-Dokumentationssystem gespeichert, das nur berechtigten Mitarbeitern unserer Abteilung zugänglich ist. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verbesserung der Versorgung werden Daten für eine externe Qualitätssicherung herangezogen. Dabei werden die Daten pseudonymisiert, d.h. sie können Ihnen nicht zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Abspeicherung der Daten. Dieses Einverständnis können Sie jeder Zeit widerrufen.

**Einverständniserklärung**

Ich bin mit der Abspeicherung und der pseudonymisierten Verwendung der im Fragebogen erhobenen Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_

Ausgabe-Datum: \_\_\_\_\_

Eingangs-Datum: \_\_\_\_\_

Erster Behandlungstermin: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_ Datum beim Ausfüllen: 

Tag	Monat	Jahr	

1. Geburtsdatum: 

Tag	Monat	Jahr			

 Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

2. Geschlecht: männlich  weiblich

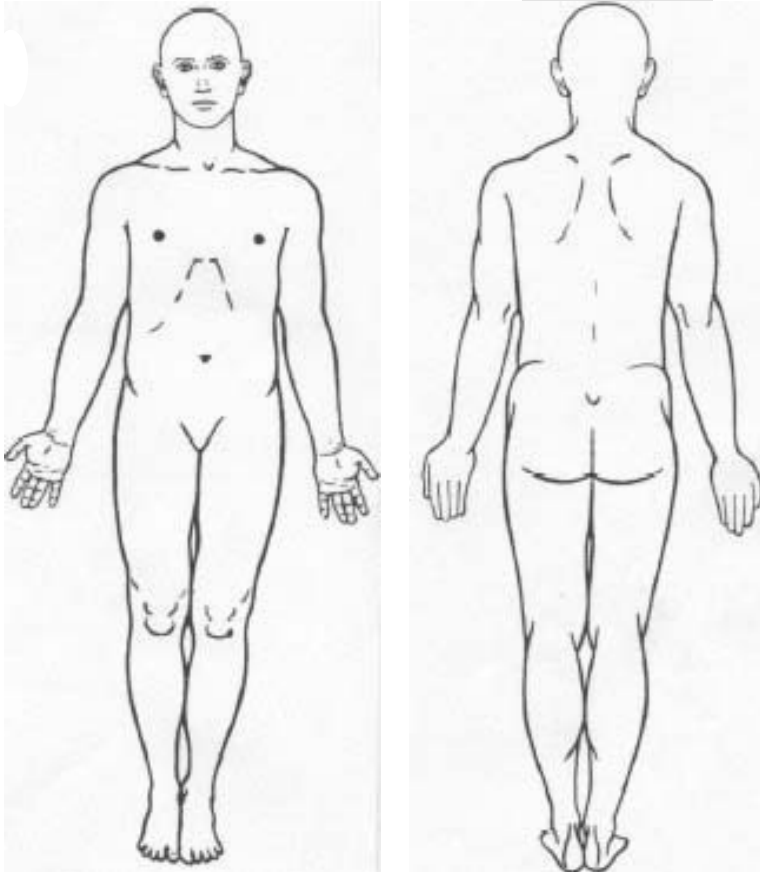
3. Körpergröße (cm): 

--	--	--	--	--

 4. Körpergewicht (kg): 

--	--	--	--

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

---

---

---

---

---

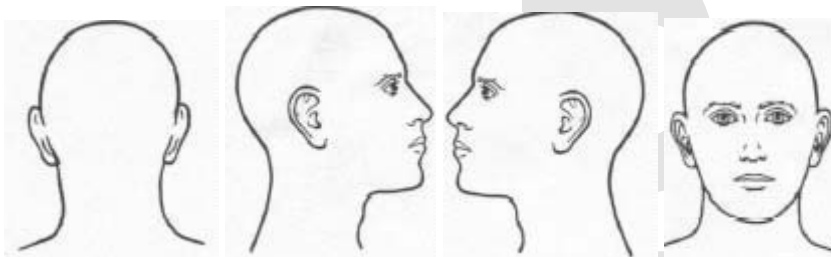
---

---

---

---

---



6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? \_\_\_\_\_

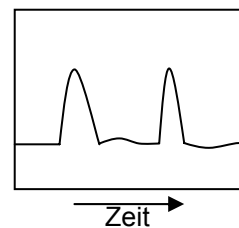
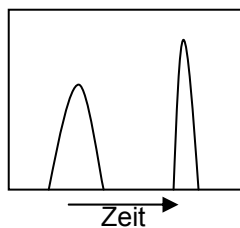
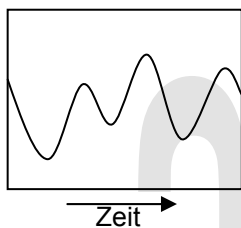
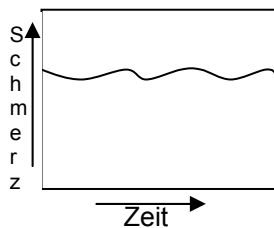
7. a) Seit wann bestehen diese Schmerzen?

- weniger als 1 Monat  1 Monat bis 1/2 Jahr  1/2 Jahr bis 1 Jahr  1 bis 2 Jahre  2 bis 5 Jahre  mehr als 5 Jahre

b) Können Sie ein genaues Datum angeben?

Tag	Monat	Jahr			

8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?  
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bilder 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach täglich  einmal täglich  mehrfach wöchentlich   
 einmal wöchentlich  mehrfach monatlich  einmal monatlich   
 seltener:  \_\_\_\_\_

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?

- Sekunden  Minuten   
 Stunden  bis zu drei Tagen  länger als drei Tage

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?

- wenn ja: morgens  mittags  nachmittags  ja  nein   
 abends  nachts

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftswörtern können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**.

Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

- 3 = trifft genau zu      2 = trifft weitgehend zu      1 = trifft ein wenig zu      0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als ....

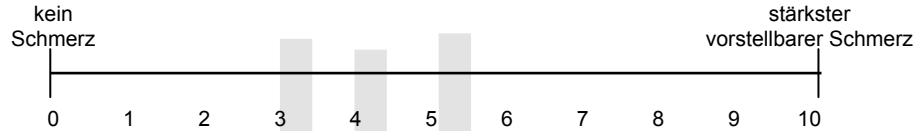
	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Linien** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:



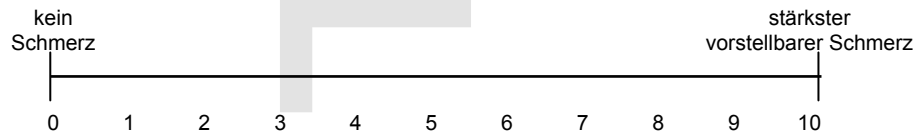
b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:



c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:



d) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

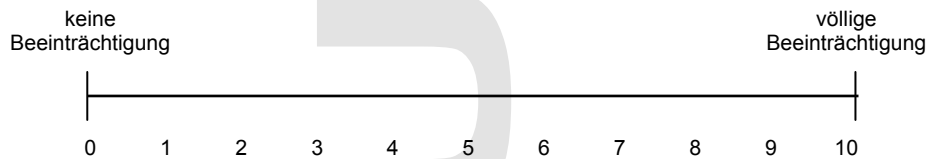


12. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

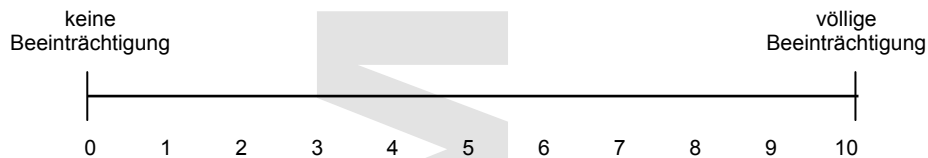
a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa    Tagen

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?



c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?



d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?





13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- für mich ist **keine Ursache** erkennbar
- auf eine bestimmte Krankheit  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- auf eine Operation  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Datum der Operation 

Tag	Monat							Jahr	
- auf einen Unfall  wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_  
 Datum des Unfalls 

Tag	Monat							Jahr	
- auf körperliche Belastung
- auf seelische Belastung
- auf eine andere Ursache  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:  
 b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja  nein

14. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

15. **Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich weiss es nicht

16. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	5	trifft vollkommen zu
<b>Trotz der Schmerzen würde ich sagen:</b>								
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Ich habe mein Leben genießen können.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Ich habe mich richtig freuen können.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

17. Zur vollständigen Beurteilung ihrer Erkrankung bitten wir Sie nun um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre **allgemeine und seelische Verfassung**.  
Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in den letzten 14 Tagen (inklusive heute)** am ehesten zutrifft bzw. zutrifft. Machen Sie bitte ein Kreuz für jede Feststellung und lassen Sie bitte keine aus. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

<p><b>Ich fühle mich angespannt oder überreizt</b></p> <p><input type="radio"/> meistens  <input type="radio"/> oft  <input type="radio"/> von Zeit zu Zeit / gelegentlich  <input type="radio"/> überhaupt nicht</p> <p style="text-align: right;"><b>A</b></p>	<p><b>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</b></p> <p><input type="radio"/> fast immer  <input type="radio"/> sehr oft  <input type="radio"/> manchmal  <input type="radio"/> überhaupt nicht</p> <p style="text-align: right;"><b>D</b></p>
<p><b>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</b></p> <p><input type="radio"/> ganz genau so  <input type="radio"/> nicht ganz so sehr  <input type="radio"/> nur noch ein wenig  <input type="radio"/> kaum oder gar nicht</p> <p style="text-align: right;"><b>D</b></p>	<p><b>Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</b></p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht  <input type="radio"/> gelegentlich  <input type="radio"/> ziemlich oft  <input type="radio"/> sehr oft</p> <p style="text-align: right;"><b>A</b></p>
<p><b>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte</b></p> <p><input type="radio"/> ja, sehr stark  <input type="radio"/> ja, aber nicht allzu stark  <input type="radio"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen  <input type="radio"/> überhaupt nicht</p> <p style="text-align: right;"><b>A</b></p>	<p><b>Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</b></p> <p><input type="radio"/> ja, stimmt genau  <input type="radio"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte  <input type="radio"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum  <input type="radio"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer</p> <p style="text-align: right;"><b>D</b></p>
<p><b>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</b></p> <p><input type="radio"/> ja, so viel wie immer  <input type="radio"/> nicht mehr ganz so viel  <input type="radio"/> inzwischen viel weniger  <input type="radio"/> überhaupt nicht</p> <p style="text-align: right;"><b>D</b></p>	<p><b>Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein</b></p> <p><input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr  <input type="radio"/> ziemlich  <input type="radio"/> nicht sehr  <input type="radio"/> überhaupt nicht</p> <p style="text-align: right;"><b>A</b></p>
<p><b>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</b></p> <p><input type="radio"/> einen Großteil der Zeit  <input type="radio"/> verhältnismäßig oft  <input type="radio"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft  <input type="radio"/> nur gelegentlich / nie</p> <p style="text-align: right;"><b>A</b></p>	<p><b>Ich blicke mit Freude in die Zukunft</b></p> <p><input type="radio"/> ja, sehr  <input type="radio"/> eher weniger als früher  <input type="radio"/> viel weniger als früher  <input type="radio"/> kaum bis gar nicht</p> <p style="text-align: right;"><b>D</b></p>
<p><b>Ich fühle mich glücklich</b></p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht  <input type="radio"/> selten  <input type="radio"/> manchmal  <input type="radio"/> meistens</p> <p style="text-align: right;"><b>D</b></p>	<p><b>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</b></p> <p><input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr oft  <input type="radio"/> ziemlich oft  <input type="radio"/> nicht sehr oft  <input type="radio"/> überhaupt nicht</p> <p style="text-align: right;"><b>A</b></p>
<p><b>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</b></p> <p><input type="radio"/> ja, natürlich  <input type="radio"/> gewöhnlich schon  <input type="radio"/> nicht oft  <input type="radio"/> überhaupt nicht</p> <p style="text-align: right;"><b>A</b></p>	<p><b>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen</b></p> <p><input type="radio"/> oft  <input type="radio"/> manchmal  <input type="radio"/> eher selten  <input type="radio"/> sehr selten</p> <p style="text-align: right;"><b>D</b></p>

HADS © Herrmann et al. 1996

18. Ich denke des öfteren daran, mir das Leben zu nehmen ja  nein

19. a) **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

- Keine** Behandlung
- |                                     |                                    |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Allgemeinarzt <input type="radio"/> | Neurochirurg <input type="radio"/> | Psychotherapeut <input type="radio"/>  |
| Chirurg <input type="radio"/>       | Neurologe <input type="radio"/>    | Radiologe <input type="radio"/>        |
| Heilpraktiker <input type="radio"/> | Orthopäde <input type="radio"/>    | Schmerztherapeut <input type="radio"/> |
| Internist <input type="radio"/>     | Psychiater <input type="radio"/>   | Andere: _____ <input type="radio"/>    |

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja  nein   
 wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

20. **Wie** wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

	Erhalten:	Wenn ja →	wirksam?	
			ja	vorübergehend nein
bisher <b>keine</b> Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>			
Medikamente	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infusionen	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankengymnastik	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraktik	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapie	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes: _____	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Wurden Sie schon einmal **operiert**?

ja   mal  nein   
wie oft

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:	Datum:	wg Schmerz ↓
1. _____	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
5. _____	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
	<small>Tag            Monat            Jahr</small>	

22. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zur Zeit** nehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w)

Beispiele	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	Ca. 7mal 1 Tbl.

Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?

23. **Frühere Schmerzmedikamente:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

24. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja  nein

wenn ja, gegen welche?	

25. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen?**

Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

<b>Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs</b> Welche Erkrankung: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks</b> z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Erkrankungen der Atemwege</b> z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Erkrankungen von Herz oder Kreislauf</b> z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Magen-, Darmerkrankungen</b> z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse</b> z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane</b> z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Stoffwechsel-Erkrankungen</b> z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Hauterkrankungen</b> z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes</b> z.B. Chronische Polyarthrit, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Seelische Leiden</b> z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacke, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Andere Erkrankungen</b> _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0] <b>Beeinträchtigung</b> [1] [2] starke [3]
<b>Risikofaktoren</b> Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
<b>Unverträglichkeiten, Allergien</b> z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	

**Modul D** Demographie, Versicherung

D-1. Nachname: _____	Vorname: _____																				
Geburtsname: _____	Geburtsdatum: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="3">Tag</td><td colspan="3">Monat</td><td colspan="4">Jahr</td></tr></table>											Tag			Monat			Jahr			
Tag			Monat			Jahr															
D-2. Geschlecht: männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>																				
D-3. Körpergröße (cm): <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Körpergewicht (kg): <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>															
D-4. PLZ: _____	Wohnort: _____																				
Straße: _____																					
Tel. privat: _____	Tel. dienstl.: _____																				
Handy: _____	e-mail.: _____																				
D-5. Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis / Klinik (in km): _____	ca. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
D-6. Nationalität: _____	Muttersprache: _____																				

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres <b>überweisenden Arztes</b> : _____ _____
D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der <b>Ärzte oder Psychotherapeuten</b> , die Sie zur Zeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7): _____ _____

D-9. Krankenversicherung für <b>ambulante</b> Behandlung: _____
zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____
D-10. Krankenversicherung für <b>stationäre</b> Behandlung: _____
D-11. <b>Beihilfe</b> -Berechtigung: nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> durch: _____
D-12. Behandlung aufgrund eines <b>anerkannten BG-Verfahrens</b> (Arbeits- oder Wegeunfall) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
D-13. Haben Sie eine <b>Krankentagegeldversicherung</b> ? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
D-14. Besteht eine <b>Zusatzversicherung</b> ? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

D-15. <b>Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?</b> (Mehrfachantworten sind möglich): ich lebe allein <input type="radio"/> Ehepartner/Partner <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> (Schwieger-)Eltern <input type="radio"/>
--

D-16. Welche <b>Schulbildung</b> haben Sie? keinen Abschluss <input type="radio"/> Hauptschule / Volksschule <input type="radio"/> Realschule / Mittlere Reife <input type="radio"/> Fachhochschulreife <input type="radio"/> Abitur / allgemeine Hochschulreife <input type="radio"/>
--

## Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Bei diesen Fragen geht es um die **Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes**. Ihre Antworten ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

L-1. Wie würden Sie Ihren **Gesundheitszustand im Allgemeinen** beschreiben?

ausgezeichnet  sehr gut  gut  weniger gut  schlecht

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

Sind Sie **durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt**? Wenn ja, wie stark?

L-2. Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Tennis spielen  
ja, stark eingeschränkt  ja, etwas eingeschränkt  nein, überhaupt nicht eingeschränkt

L-3. Mehrere Treppenabsätze steigen  
ja, stark eingeschränkt  ja, etwas eingeschränkt  nein, überhaupt nicht eingeschränkt

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen **aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

L-4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ja  nein

L-5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. ja  nein

Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen **aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

L-6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ja  nein

L-7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. ja  nein

L-8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen **bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zuhause und im Beruf behindert**?

überhaupt nicht  ein bisschen  mäßig  ziemlich  sehr

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den **vergangenen 4 Wochen** gegangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Begriff an, der Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den **vergangenen 4 Wochen** ...

L-9. ruhig und gelassen...

immer  meistens  ziemlich  manchmal  selten  nie

L-10. voller Energie...

immer  meistens  ziemlich  manchmal  selten  nie

L-11. entmutigt und traurig...

immer  meistens  ziemlich  manchmal  selten  nie

L-12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre **Kontakte zu anderen Menschen** (Besuche bei Freunden, Bekannten, usw.) beeinträchtigt?

immer  meistens  manchmal  selten  nie

## Modul S Sozialrechtliche Situation

S-1. Sind Sie zur Zeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)

ja, ich bin zur Zeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz

→ weiter bei Frage S-2

nein, ich bin zur Zeit nicht berufstätig

→ weiter bei Frage S-5

**Die Fragen S-2 bis S-4 bitte nur beantworten, wenn Sie zur Zeit berufstätig sind.**

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? \_\_\_\_\_

S-3. Sind Sie **zur Zeit arbeitsunfähig**?

ja  nein

wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können?

ja  nein

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an \_\_\_\_\_ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

bin durchgehend arbeitsunfähig  seit

Tag			Monat			Jahr			

**Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.**

S-5. Wenn Sie zur Zeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...

Schüler/in, Student/in

Hausfrau / Hausmann

berentet

arbeitslos / erwerbslos  seit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen?

ja  nein

Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

nein  ja

wenn ja, wegen: \_\_\_\_\_

am: 

Tag			Monat			Jahr			

Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden?

ja  nein

Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im **Widerspruchsverfahren**?

ja  nein

S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja  nein

wenn ja,

auf Zeit

bis wann:

Tag			Monat			Jahr			

endgültig

seit wann:

Tag			Monat			Jahr			

wenn ja, Berentung welcher Art?

vorgezogenes Altersruhegeld

Berufsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit

Erreichen der Altersgrenze

Teilweise Erwerbsminderung

Volle Erwerbsminderung

Unfallrente

Witwen- oder Waisenrente

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja  nein  → wenn ja, wie hoch ist der GdB? \_\_\_\_\_

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt?

ja  nein



## Modul V Vorbehandlungen

V-1 Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von – bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wir benötigen zur **vollständigen Erfassung Ihrer Krankheitsgeschichte** evtl. die Befunde der aufgeführten ärztlichen Kollegen bzw. der aufgeführten therapeutischen Einrichtungen.

Die Befunde dürfen wir nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis anfordern. Wir bitten Sie daher, die nachfolgende so genannte Entbindung von der Schweigepflicht zu unterschreiben.

### Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin mit der Anforderung von Unterlagen, die der Vervollständigung meiner Krankheitsgeschichte dienen, durch die

einverstanden.

Stempelfeld

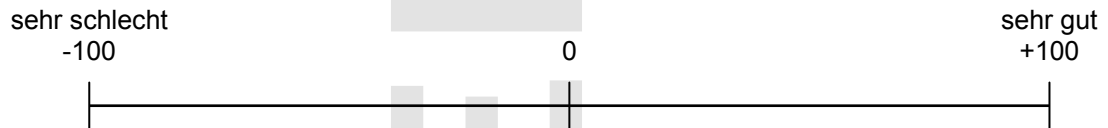
\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

## Modul A Allgemeinbefindlichkeit

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **die letzten 14 Tage**:

A-1. Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.



A-2. War Ihre nächtliche **Schlafdauer**...

...ausreichend?

...nicht ausreichend?

A-3. Hatten Sie **Dauerschmerzen**:

nein

ja

A-4. Wurden Sie durch Ihre Schmerzen **in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt**?

nein

ja, ein wenig

deutlich

stark

fast völlig

A-5. Haben die Schmerzen Ihre **Stimmung beeinträchtigt**?

nein

ja, ein wenig

deutlich

stark

sehr stark

A-6. Hatten Sie das Gefühl, die **Schmerzen lindernd beeinflussen** zu können?

nein

ja, ein wenig

deutlich

stark

sehr stark

A-7. Hatten Sie **sonstige Beschwerden**? (Mehrfachnennungen möglich)

**keine**

Müdigkeit

Übelkeit

Magenbeschwerden

Konzentrationsstörung

Andere \_\_\_\_\_

Niedergeschlagenheit

Appetitlosigkeit

Schlafstörungen

Schwitzen

Lustlosigkeit

Schwindel

Verstopfung

# **Anhang 8**

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

**Patientenpseudonym:**

## Assessmentbogen SÜ-BHPF-Adipositas

### Geschlecht

männlich     weiblich

Geburtsjahr \_\_\_\_

### Untersuchung

- Verlaufskontrolle I (Präventionssprechstunde)  
 Verlaufskontrolle II  
 Verlaufskontrolle III

### I) Klinische Parameter

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Schmerzskala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	(0 = kein Schmerz)					(10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)					
2. Körpergewicht	_____ kg										
3. Körpergröße	_____ cm										
4. Body-Mass-Index (BMI)	_____ kg/m <sup>2</sup>										
5. Triglyzeride	_____ mg/dl										
6. LDL-Cholesterin	_____ mg/dl										
7. Blutdruck	_____ / _____ mmHg										
8. Nüchternblutglukose	_____ mg/dl										
9. Harnsäure	_____ mg/dl										
10. Anzahl Medikamente pro Tag	_____										
11. Anzahl Schmerzmedikamente pro Tag	_____										

## II) Bestehende Komorbiditäten

	ja	nein
1. Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hyperurikämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schlaf-Apnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gelenkarthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rückenschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## III) Teilnahme

	ja	nein
Gewichtserhaltende Lebensstilintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IV Gesundheitsziele

	ja	nein
1. Festlegung von individuellen Zielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eingebunden in Bewegungsangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „ja“ angekreuzt, Angebot benennen: _____		
3. Ernährungsumstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „ja“ angekreuzt: Wird die Ernährungsberatung genutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Die folgenden Angaben sind einzig in der Verlaufskontrolle III auszufüllen.</b>		
4. Individuelle Ziele erreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Teilziele erreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# **Anhang 9**

## Strukturierte Harninkontinenzversorgung

Bitte nicht befüllen  
Patientennummer

### Fragebogen Teil I – projektbezogene Evaluation

**Frage 1: Haben Sie in 3 Monaten einen der folgenden Ärzte/Einrichtungen aufgrund von Harninkontinenz aufgesucht?**

- Wenn Ja, bitte ankreuzen (Mehrfachnennung möglich)  Nein
  - Allgemeinmediziner, Hausarzt  Beckenbodenzentrum
  - Gynäkologe  Ambulante Behandlung im Krankenhaus (z.B. Vor- und
  - Urologe  Nachsorge bei einer Operation)

Wenn Sie Frage 1 mit „Nein“ beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Frage 3 fort.

**Frage 2: Erfolgte die Behandlung im Mittelbereich Templin?**

- Ja  Nein

**Frage 3: Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine der folgenden therapeutischen Maßnahmen aufgrund Ihrer Harninkontinenz verfolgt?**

- Wenn Ja bitte ankreuzen (Mehrfachnennung möglich)  Nein
  - Miktionstagebuch  Medikation
  - Beckenbodentraining  Oral (Tabletten)
  - Pessartherapie  Lokal (Scheidenzäpfchen)

**Frage 4: Haben Sie in den letzten 3 Monaten Inkontinenzeinlagen verwendet?**

- Wenn Ja bitte ankreuzen  Nein
  - 1-2 täglich  3-4 täglich  > 4 täglich

**Frage 5: Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund der Harninkontinenz zur stationären Behandlung im Krankenhaus?**

- Ja  Nein

Wenn Sie Frage 5 mit „Nein“ beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Frage 8 fort.

**Frage 6: Wie viele Tage waren Sie im Krankenhaus?**

\_\_\_\_\_Tage

**Frage 7: Welcher operative Eingriff wurde vorgenommen?**

- Operation durch die Bauchdecke
- Operation durch die Scheide
- Bändcheneinlage
- Bändcheneinlage und Operation durch die Scheide kombiniert

**Frage 8: Wie sehr stört Sie die Harninkontinenz?**

Gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sehr stark

# **Anhang 10**



Tabelle 51: Matchingkriterien

Matchingkriterien	
<b>Postleitzahl</b>	5-Steller Templin (17268, 17279) bzw. Brandenburg - Berlinfern
<b>Anzahl Tage mit Krankenversicherung</b>	≥180 (2016-2020)
<b>Verstorben</b>	ausschließen in 2016
	einschließen (2017-2020)
<b>Alter im Matchingjahr</b>	zwischen 0 Jahre ≤ 99 Jahre
	alle Altersgruppen wurden in fünf Jahresschritten berücksichtigt
<b>Geschlecht</b>	weiblich
	männlich
<b>Pflegestufe</b>	keine Pflegestufe, Pflegestufe 1, Pflegestufe 2, Pflegestufe 3 inkl. Härtefälle
<b>Pflegeort</b>	im Pflegeheim vs. zu Hause
<b>Bezieher von Erwerbsunfähigkeitsrente</b>	ja vs. nein
<b>Anzahl Krankheiten nach ATC</b>	gemäß Kuo et al. 2011 <sup>1</sup>
<b>Anzahl der Fälle beim Hausarzt</b>	Fachgruppen 01, 02, 03
<b>Anzahl der Fälle beim Facharzt</b>	Fachgruppen mit Ausnahme 01, 02, 03, 48, 49, 56

<sup>1</sup> Kuo RN, Dong YH, Liu JP, Chang CH, Shau WY, Lai MS. *Predicting healthcare utilization using a pharmacy-based metric with the WHO's Anatomic Therapeutic Chemical algorithm*. Med Care. 2011 Nov;49(11):1031-9. doi: 10.1097/MLR.0b013e31822ebe11. PMID: 21945973.

# **Anhang 11**

Tabelle 52: Klassifizierung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten aller Versorgungsmodule

	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
ausreichende Gesundheitskompetenz	93	70
problematische Gesundheitskompetenz	91	62
inadäquate Gesundheitskompetenz	81	31

Tabelle 53: Verteilung der Angaben zur Lebensqualität in den unterschiedlichen Dimensionen aller Patientinnen und Patienten der Versorgungsmodule

<b>Ausprägung</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
<b>Beweglichkeit/Mobilität</b>		
Ich habe keine Probleme herumzugehen	91	80
Ich habe leichte Probleme herumzugehen	60	33
Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	70	31
Ich habe große Probleme herumzugehen	34	23
Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	2	1
<b>Selbstversorgung</b>		
Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	196	139
Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	38	16
Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	18	7
Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	9	5
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	2	1
<b>Alltägliche Aktivitäten</b>		
Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	106	77
Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	66	47
Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	59	29
Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	24	12
Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	4	1

<b>Schmerzen/Körperliche Beschwerden</b>		
Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	30	22
Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	73	59
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	117	66
Ich habe große Schmerzen oder Beschwerden	33	18
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	5	1
<b>Angst/Niedergeschlagenheit</b>		
Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	122	92
Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	80	47
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	38	21
Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	14	7
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	5	0

Tabelle 54: Ausprägung der Depressivität der Patientinnen und Patienten der Versorgungsmodule

	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
Fehlen von depressiven Symptomen	96	79
Leichte/unterschwellige depressive Symptome	96	59
Mittlere depressive Symptome	53	29
Ausgeprägte depressive Symptome	12	7
Schwerstes Ausmaß von depressiven Symptomen	6	4

Tabelle 55: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation aller Patientinnen und Patienten

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	100	89
eher zufrieden	125	78
eher unzufrieden	31	11
sehr unzufrieden	4	0

Tabelle 56: Verteilung der Antworten zur Frage „Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“

<b>Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
großes Vertrauen	135	128
eher großes Vertrauen	78	38
eher wenig Vertrauen	15	5
kein Vertrauen	1	0
Ich kenne den Arzt nicht lange genug	15	1

Tabelle 57: Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	158	127
eher zufrieden	63	38
eher unzufrieden	11	0
sehr unzufrieden	5	3

Tabelle 58: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?“

<b>Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr hoch	113	114
eher hoch	112	54
eher gering	15	4
sehr gering	2	0

Tabelle 59: Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	93	96
eher zufrieden	118	70
eher unzufrieden	21	9
sehr unzufrieden	7	0

Tabelle 60: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?“

<b>Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	101	103
eher zufrieden	111	60
eher unzufrieden	20	5
sehr unzufrieden	2	1

Tabelle 61: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	148	122
eher zufrieden	69	46
eher unzufrieden	19	1
sehr unzufrieden	3	2

Tabelle 62: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation

<b>Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	96	85
eher zufrieden	86	60
eher unzufrieden	34	19
sehr unzufrieden	15	3

Tabelle 1: Verteilung der Antworten zur Frage „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?“

<b>Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?</b>	<b>Baseline (t<sub>0</sub>)</b>	<b>Abschlussbehandlung (t<sub>1</sub>)</b>
sehr zufrieden	105	93
eher zufrieden	104	71
eher unzufrieden	20	2
sehr unzufrieden	3	1

Tabelle 2: Ergebnisse der inferenzstatistischen Analyse

<b>Dimension</b>	<b>Anzahl (n)</b>	<b>Teststatistik W p-Wert*</b>
Praxisorganisation	159	W = 15 p = 0,000
Information	147	W = 18 p = 0,01
Interaktion	142	W = 12 p = 0,001
Kompetenz	137	W = 13 p = 0,01
Partizipation	134	W = 23 p = 0,007
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	138	W = 16 p = 0,001
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt/dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	136	W = 17 p = 0,006
Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlungen durch diesen Arzt/diese Ärztin im Allgemeinen ein?	145	W = 11 p = 0,000

\*p ≤ 0,05

# **Anhang 12**



Tabelle 65: Häufigkeit der Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt im Zeitverlauf

		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Erstvorstellung)		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Folgevorstellung)		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle I)		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle II)		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	14	8,0	2	1,1	2	1,1	1	0,6	4	2,3
	Ja	141	80,6	57	32,6	110	62,9	105	60,0	97	55,4
	Gesamt	155	88,6	59	33,7	112	64,0	106	60,6	101	57,7
Fehlend		20	11,4	116	66,3	63	36,0	69	39,4	74	42,3
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 66: Häufigkeit der Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt für HI-Pfad und HIS-Pfad im Zeitverlauf

		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Erstvorstellung)		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Folgevorstellung)		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle I)		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle II)		Symptome der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle III)	
		Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Gruppenvariable	HI-Pfad	3	69	2	47	2	57	1	55	2	54
	HIS-Pfad	11	72	0	10	0	53	0	50	2	43

Tabelle 67: Häufigkeit der klinischen Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt im Zeitverlauf

		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Erstvorstellung)		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Folgevorstellung)		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle I)		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle II)		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	17	9,7	3	1,7	4	2,3	3	1,7	5	2,9
	Ja	107	61,1	53	30,3	89	50,9	93	53,1	92	52,6
	Gesamt	124	70,9	56	32,0	93	53,1	96	54,9	97	55,4
Fehlend		51	29,1	119	68,0	82	46,9	79	45,1	78	44,6
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 68: Häufigkeit der klinischen Zeichen der Herzinsuffizienz für HI-Pfad und HIS-Pfad im Zeitverlauf

		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Erstvorstellung)		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Folgevorstellung)		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle I)		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle II)		Klinische Zeichen der Herzinsuffizienz bestätigt (Verlaufskontrolle III)	
		Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Gruppenvariable	HI-Pfad	7	65	3	46	3	55	2	54	3	53
	HIS-Pfad	10	42	0	7	1	34	1	39	2	39

Tabelle 69: Zeitliche Veränderung der Variable Gewicht

		<b>Gewicht (Erstvorstellung)</b>	<b>Gewicht (Folgevorstellung)</b>	<b>Gewicht (Verlaufskontrolle I)</b>	<b>Gewicht (Verlaufskontrolle II)</b>	<b>Gewicht (Verlaufskontrolle III)</b>
N	Gültig	168	67	126	116	105
	Fehlend	7	108	49	59	70
Mittelwert		83,9	84,1	84,3	84,3	83,4
Median		84	85,1	84	83,8	82,1
Std.-Abweichung		18,5	17,7	19,6	18,6	17,6
Minimum		43	58	50	48	49,8
Maximum		178	178	184	171,9	165,6
Perzentile	25	69,5	70	71,8	72,4	70,8
	50	84	85,1	84	83,8	82,1
	75	94	91	93	93,8	93,5

Tabelle 70: Zeitliche Veränderung der Variable Body-Mass-Index

		<b>Body-Mass-Index (Erstvorstellung)</b>	<b>Body-Mass-Index (Folgevorstellung)</b>	<b>Body-Mass-Index (Verlaufskontrolle I)</b>	<b>Body-Mass-Index (Verlaufskontrolle II)</b>	<b>Body-Mass-Index (Verlaufskontrolle III)</b>
N	Gültig	166	60	89	78	81
	Fehlend	9	115	86	97	94
Mittelwert		29,5	30,1	29,2	28,9	29,1
Median		28,4	28,8	28,7	27,8	27,9
Std.-Abweichung		5,7	6,3	7,7	5,7	5,7
Minimum		19,1	18,9	0,0	20,8	19,5
Maximum		52,0	58,1	60,1	56,1	54,1
Perzentile	25	25,2	26,1	25,3	24,6	24,9
	50	28,4	28,8	28,7	27,8	27,9
	75	32,9	33,4	32,8	31,4	32,4

Tabelle 71: Häufigkeit der Ödeme im Zeitverlauf

		<b>Ödem (Erstvorstellung)</b>		<b>Ödem (Folgevorstellung)</b>		<b>Ödem (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Ödem (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Ödem (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	106	60,6	48	27,4	99	56,6	90	51,4	73	41,7
	Ja	42	24,0	15	8,6	17	9,7	20	11,4	26	14,9
	Gesamt	148	84,6	63	36,0	116	66,3	110	62,9	99	56,6
Fehlend		27	15,4	112	64,0	59	33,7	65	37,1	76	43,4
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 72: Häufigkeit der Rasselgeräusche im Zeitverlauf

		<b>Rasselgeräusche (Erstvorstellung)</b>		<b>Rasselgeräusche (Folgevorstellung)</b>		<b>Rasselgeräusche (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Rasselgeräusche (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Rasselgeräusche (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	144	82,3	61	34,9	114	65,1	108	61,7	96	54,9
	Ja	6	3,4	3	1,7	0	0,0	3	1,7	3	1,7
	Gesamt	150	85,7	64	36,6	114	65,1	111	63,4	99	56,6
Fehlend		25	14,3	111	63,4	61	34,9	64	36,6	76	43,4
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 73: Häufigkeit der nachgewiesenen systolischen Dysfunktion im Zeitverlauf

		<b>nachgewiesene systolische Dysfunktion (Erstvorstellung)</b>		<b>nachgewiesene systolische Dysfunktion (Folgevorstellung)</b>		<b>nachgewiesene systolische Dysfunktion (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>nachgewiesene systolische Dysfunktion (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>nachgewiesene systolische Dysfunktion (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	51	29,1	16	9,1	26	14,9	26	14,9	28	16,0
	Ja	84	48,0	43	24,6	76	43,4	73	41,7	70	40,0
	Gesamt	135	77,1	59	33,7	102	58,3	99	56,6	98	56,0
Fehlend		40	22,9	116	66,3	73	41,7	76	43,4	77	44,0
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 74: Häufigkeit der nachgewiesenen diastolischen Dysfunktion im Zeitverlauf

		<b>nachgewiesene diastolische Dysfunktion (Erstvorstellung)</b>		<b>nachgewiesene diastolische Dysfunktion (Folgevorstellung)</b>		<b>nachgewiesene diastolische Dysfunktion (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>nachgewiesene diastolische Dysfunktion (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>nachgewiesene diastolische Dysfunktion (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	7	4,0	1	0,6	3	1,7	3	1,7	4	2,3
	Ja	94	53,7	58	33,1	77	44,0	79	45,1	83	47,4
	Gesamt	101	57,7	59	33,7	80	45,7	82	46,8	87	49,7
Fehlend		74	42,3	116	66,3	95	54,3	93	53,2	88	50,3
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 75: Häufigkeit der Echokardiographie im Zeitverlauf

		<b>Echokardiographie (Erstvorstellung)</b>		<b>Echokardiographie (Folgevorstellung)</b>		<b>Echokardiographie (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Echokardiographie (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Echokardiographie (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	5	2,9	44	25,1	27	15,4	19	10,9	22	12,6
	Ja	76	43,4	7	4,0	36	20,6	41	23,4	48	27,4
	Gesamt	81	46,3	51	29,1	63	36,0	60	34,3	70	40,0
Fehlend		94	53,7	124	70,9	112	64,0	115	65,7	105	60,0
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 76: Häufigkeit der Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion bei Erstvorstellung

		<b>HFrEF LVEF &lt;40% (Erstvorstellung)</b>		<b>HFmrEF LVEF 40-49% (Erstvorstellung)</b>		<b>HFpEF LVEK &gt;= 50% (Erstvorstellung)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	96	54,9	108	61,7	92	52,6
	Ja	50	28,6	38	21,7	53	30,3
	Gesamt	146	83,4	146	83,4	145	82,9
Fehlend		29	16,6	29	16,6	30	17,1
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 77: Häufigkeit der Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion bei Folgevorstellung

		<b>HFrEF LVEF &lt;40% (Folgevorstellung)</b>		<b>HFmrEF LVEF 40-49% (Folgevorstellung)</b>		<b>HFpEF LVEK &gt;= 50% (Folgevorstellung)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	15	8,6	14	8,0	15	8,6
	Ja	7	4,0	8	4,6	7	4,0
	Gesamt	22	12,6	22	12,6	22	12,6
Fehlend		153	87,4	153	87,4	153	87,4
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 78: Häufigkeit der Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion bei Verlaufskontrolle I

		<b>HFrEF LVEF &lt;40% (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>HFmrEF LVEF 40-49% (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>HFpEF LVEK &gt;= 50% (Verlaufskontrolle I)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	57	32,6	57	32,6	65	37,1
	Ja	31	17,7	31	17,7	25	14,3
	Gesamt	88	50,3	88	50,3	90	51,4
Fehlend		87	49,7	87	49,7	85	48,6
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 79: Häufigkeit der Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion bei Verlaufskontrolle II

		<b>HFrEF LVEF &lt;40% (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>HFmrEF LVEF 40-49% (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>HFpEF LVEK &gt;= 50% (Verlaufskontrolle II)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	56	32,0	56	32,0	63	36,0
	Ja	32	18,3	31	17,7	24	13,7
	Gesamt	88	50,3	87	49,7	87	49,7
Fehlend		87	49,7	88	50,3	88	50,3
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0



Tabelle 80: Häufigkeit der Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion bei Verlaufskontrolle III

		<b>HFrEF LVEF &lt;40% (Verlaufskontrolle III)</b>		<b>HFmrEF LVEF 40-49% (Verlaufskontrolle III)</b>		<b>HFpEF LVEK &gt;= 50% (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	51	29,1	50	28,6	42	24,0
	Ja	22	12,6	23	13,1	31	17,7
	Gesamt	73	41,7	73	41,7	73	41,7
Fehlend		102	58,3	102	58,3	102	58,3
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 81: Häufigkeit der Vitien (ab Stadium II) im Zeitverlauf

		<b>Vitien (ab Stadium II) (Erstvorstellung)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) (Folgevorstellung)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	63	36,0	42	24,0	53	30,3	45	25,7	56	32,0
	Ja	10	5,7	1	0,6	2	1,1	10	5,7	7	4,0
	Gesamt	73	41,7	43	24,6	55	31,4	55	31,4	63	36,0
Fehlend		102	58,3	132	75,4	120	68,6	120	68,6	112	64,0
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 82: Häufigkeit der Vitien (ab Stadium II) der Aortenklappe im Zeitverlauf

		<b>Vitien (ab Stadium II) Aortenklappe (Erstvorstellung)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Aortenklappe (Folgevorstellung)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Aortenklappe (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Aortenklappe (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Aortenklappe (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	19	10,9	2	1,1	8	4,6	13	7,4	8	4,6
	Stenose	6	3,4	0	0,0	3	1,7	5	2,9	6	3,4
	Insuffizienz	7	4,0	0	0,0	1	0,6	1	0,6	1	0,6
	Gesamt	32	18,3	2	1,1	12	6,9	19	10,9	15	8,6
Fehlend		143	81,7	173	98,9	163	93,1	156	89,1	160	91,4
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 83: Häufigkeit der Vitien (ab Stadium II) der Mitralklappe im Zeitverlauf

		<b>Vitien (ab Stadium II) Mitralklappe (Erstvorstellung)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Mitralklappe (Folgevorstellung)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Mitralklappe (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Mitralklappe (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Mitralklappe (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	13	7,4	0	0,0	4	2,3	9	5,1	8	4,6
	Stenose	1	0,6	0	0,0	1	0,6	1	0,6	1	0,6
	Insuffizienz	18	10,3	2	1,1	7	4,0	9	5,1	5	2,9
	Gesamt	32	18,3	2	1,1	12	6,9	19	10,9	14	8,0
Fehlend		143	81,7	173	98,9	163	93,1	156	89,1	161	92,0
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 84: Häufigkeit der Vitien (ab Stadium II) der Trikuspidalklappe im Zeitverlauf

		<b>Vitien (ab Stadium II) Trikuspidalklappe (Erstvorstellung)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Trikuspidalklappe (Folgevorstellung)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Trikuspidalklappe (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Trikuspidalklappe (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Vitien (ab Stadium II) Trikuspidalklappe (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	26	14,9	2	1,1	12	6,9	14	8,0	12	6,9
	Insuffizienz	6	3,4	0	0,0	0	0,0	5	2,9	2	1,1
	Gesamt	32	18,3	2	1,1	12	6,9	19	10,9	14	8,0
Fehlend		143	81,7	173	98,9	163	93,1	156	89,1	161	92,0
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 85: Häufigkeit der invasiven Diagnostik im Zeitverlauf

		<b>invasive Diagnostik (Erstvorstellung)</b>		<b>invasive Diagnostik (Folgevorstellung)</b>		<b>invasive Diagnostik (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>invasive Diagnostik (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>invasive Diagnostik (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	67	38,3	49	28,0	57	32,6	59	33,7	65	37,1
	Ja	16	9,1	2	1,1	9	5,1	4	2,3	6	3,4
	Gesamt	83	47,4	51	29,1	66	37,7	63	36,0	71	40,6
Fehlend		92	52,6	124	70,9	109	62,3	112	64,0	104	59,4
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 86: Häufigkeit der Ergotherapie im Zeitverlauf

		<b>Ergotherapie (Erstvorstellung)</b>		<b>Ergotherapie (Folgevorstellung)</b>		<b>Ergotherapie (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Ergotherapie (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Ergotherapie (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	57	32,6	44	25,1	58	33,1	56	32,0	63	36,0
	Ja	16	9,1	7	4,0	4	2,3	4	2,3	6	3,4
	Gesamt	73	41,7	51	29,1	62	35,4	60	34,3	69	39,4
Fehlend		102	58,3	124	70,9	113	64,6	115	65,7	106	60,6
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 87: Häufigkeit der Transösophageal Echokardiographie (TEE) im Zeitverlauf

		<b>TEE (Erstvorstellung)</b>		<b>TEE (Folgevorstellung)</b>		<b>TEE (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>TEE (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>TEE (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	69	39,4	50	28,6	60	34,3	58	33,1	69	39,4
	Ja	4	2,3	0	0,0	3	1,7	2	1,1	0	0,0
	Gesamt	73	41,7	50	28,6	63	36,0	60	34,3	69	39,4
Fehlend		102	58,3	125	71,4	112	64,0	115	65,7	106	60,6
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 88: Häufigkeit der Stressechokardiographie im Zeitverlauf

		<b>Stressecho (Erstvorstellung)</b>		<b>Stressecho (Folgevorstellung)</b>		<b>Stressecho (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Stressecho (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Stressecho (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	68	38,9	49	28,0	60	34,3	59	33,7	68	38,9
	Ja	4	2,3	1	0,6	0	0,0	2	1,1	1	0,6
	Gesamt	72	41,1	50	28,6	60	34,3	61	34,9	69	39,4
Fehlend		103	58,9	125	71,4	115	65,7	114	65,1	106	60,6
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 89: Häufigkeit der Magnetresonanztomographie (MRT) im Zeitverlauf

		<b>MRT (Erstvorstellung)</b>		<b>MRT (Folgevorstellung)</b>		<b>MRT (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>MRT (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>MRT (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	69	39,4	48	27,4	59	33,7	59	33,7	69	39,4
	Ja	3	1,7	3	1,7	1	0,6	1	0,6	0	0,0
	Gesamt	72	41,1	51	29,1	60	34,3	60	34,3	69	39,4
Fehlend		103	58,9	124	70,9	115	65,7	115	65,7	106	60,6
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 90: Häufigkeit der Myokardszintigraphie im Zeitverlauf

		<b>Myokardszintigraphie (Erstvorstellung)</b>		<b>Myokardszintigraphie (Folgevorstellung)</b>		<b>Myokardszintigraphie (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Myokardszintigraphie (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Myokardszintigraphie (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	70	40,0	50	28,6	60	34,3	59	33,7	69	39,4
	Ja	2	1,1	1	0,6	0	0,0	1	0,6	1	0,6
	Gesamt	72	41,1	51	29,1	60	34,3	60	34,3	70	40,0
Fehlend		103	58,9	124	70,9	115	65,7	115	65,7	105	60,0
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 91: Häufigkeit der Verordnung von AgnesZwei im Zeitverlauf

		<b>Verordnung AgnesZwei (Erstvorstellung)</b>		<b>Verordnung AgnesZwei (Folgevorstellung)</b>		<b>Verordnung AgnesZwei (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Verordnung AgnesZwei (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Verordnung AgnesZwei (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	74	42,3	53	30,3	60	34,3	62	35,4	73	41,7
	Ja	5	2,9	1	0,6	4	2,3	3	1,7	2	1,1
	Gesamt	79	45,1	54	30,9	64	36,6	65	37,1	75	42,9
Fehlend		96	54,9	121	69,1	111	63,4	110	62,9	100	57,1
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 92: Häufigkeit der Verordnung einer Herzinsuffizienz-Sprechstunde im Zeitverlauf

		<b>Verordnung Herzinsuffizienz-Sprechstunde (Erstvorstellung)</b>		<b>Verordnung Herzinsuffizienz-Sprechstunde (Folgevorstellung)</b>		<b>Verordnung Herzinsuffizienz-Sprechstunde (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Verordnung Herzinsuffizienz-Sprechstunde (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Verordnung Herzinsuffizienz-Sprechstunde (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	71	40,6	51	29,1	61	34,9	58	33,1	64	36,6
	Ja	67	38,3	12	6,9	60	34,3	55	31,4	40	22,9
	Gesamt	138	78,9	63	36,0	121	69,1	113	64,6	104	59,4
Fehlend		37	21,1	112	64,0	54	30,9	62	35,4	71	40,6
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 93: Häufigkeit der Verordnung einer psychologischen Mitbetreuung im Zeitverlauf

		<b>Verordnung Psychologische Mitbetreuung (Erstvorstellung)</b>		<b>Verordnung Psychologische Mitbetreuung (Folgevorstellung)</b>		<b>Verordnung Psychologische Mitbetreuung (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Verordnung Psychologische Mitbetreuung (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Verordnung Psychologische Mitbetreuung (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	74	42,3	54	30,9	62	35,4	63	36,0	75	42,9
	Ja	1	0,6	1	0,6	0	0,0	2	1,1	1	0,6
	Gesamt	75	42,9	55	31,4	62	35,4	65	37,1	76	43,4
Fehlend		100	57,1	120	68,6	113	64,6	110	62,9	99	56,6
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 94: Häufigkeit der Verordnung eines Sporttrainingsprogrammes im Zeitverlauf

		Verordnung Sporttrainingsprogramm (Erstvorstellung)		Verordnung Sporttrainingsprogramm (Folgevorstellung)		Verordnung Sporttrainingsprogramm (Verlaufskontrolle I)		Verordnung Sporttrainingsprogramm (Verlaufskontrolle II)		Verordnung Sporttrainingsprogramm (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	72	41,1	52	29,7	60	34,3	58	33,1	71	40,6
	Ja	6	3,4	2	1,1	4	2,3	8	4,6	4	2,3
	Gesamt	78	44,6	54	30,9	64	36,6	66	37,7	75	42,9
Fehlend		97	55,4	121	69,1	111	63,4	109	62,3	100	57,1
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

Tabelle 95: Häufigkeit der Verordnung einer Patientenschulung im Zeitverlauf

		Verordnung Patientenschulung (Erstvorstellung)		Verordnung Patientenschulung (Folgevorstellung)		Verordnung Patientenschulung (Verlaufskontrolle I)		Verordnung Patientenschulung (Verlaufskontrolle II)		Verordnung Patientenschulung (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	74	42,3	54	30,9	62	35,4	64	36,6	75	42,9
	Ja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Gesamt	74	42,3	54	30,9	62	35,4	64	36,6	75	42,9
Fehlend		101	57,7	121	69,1	113	64,6	111	63,4	100	57,1
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0



Tabelle 96: Häufigkeit der Anpassung des Medikationsplanes im Zeitverlauf

		<b>Anpassung Medikationsplan (Erstvorstellung)</b>		<b>Anpassung Medikationsplan (Folgevorstellung)</b>		<b>Anpassung Medikationsplan (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Anpassung Medikationsplan (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Anpassung Medikationsplan (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	49	28,0	14	8,0	44	25,1	45	25,7	51	29,1
	Ja	104	59,4	50	28,6	79	45,1	69	39,4	52	29,7
	Gesamt	153	87,4	64	36,6	123	70,3	114	65,1	103	58,9
Fehlend		22	12,6	111	63,4	52	29,7	61	34,9	72	41,1
Gesamt		175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0	175	100,0

**Ergebnisse der GKV-Abrechnungsdaten für n = 93 Patientinnen und Patienten**

Tabelle 97: Häufigkeit der GKV-Abrechnungsdaten

	<b>Vorbeobachtungszeitraum</b>		<b>Nachbeobachtungszeitraum</b>	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
<b>Arzneimittelverordnung</b>	93	100,00%	93	100,00%
<b>Facharzt</b>	42	45,16%	59	63,44%
<b>Hausarzt</b>	93	100,00%	93	100,00%
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	15	16,12%	16	17,20%
<b>Hospitalisierung</b>	55	59,13%	36	38,70%
<b>Notfallaufnahmen</b>	12	12,90%	25	26,88%

Tabelle 98: Ergebnisse der Krankenhausaufenthalte und Notfallaufnahmen pro Versicherte oder Versicherten

	Vorbeobachtungszeitraum							Nachbeobachtungszeitraum						
	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
<b>Krankenhausaufenthalte (Teilstationär)</b>	0,01	0,10	0	1	0	0	0	0,01	0,10	0	1	0	0	0
<b>Krankenhausaufenthalte (Vollstationär)</b>	1,07	1,29	0	6	1	0	2	0,65	1,04	0	4	0	0	1
<b>Notfallaufnahmen</b>	0,52	1,67	0	12	0	0	0	0,30	0,55	0	3	0	0	1

Tabelle 99: Ergebnisse der Kosten der GKV-Abrechnungsdaten in Euro

	Vorbeobachtungszeitraum							Nachbeobachtungszeitraum						
	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
<b>Stationäre Leistungen</b>	5.903,24	9.508,26	0	57.863	1.603	0	7.707	3.449,63	6.960,06	0	41.044	0	0	4.341
<b>Ambulante Leistungen</b>	1.470,09	2.914,01	132	28.360	950	641	1.686	1.580,06	2.546,36	193	24.794	1.154	800	1.681
<b>Arzneimittel</b>	2.940,34	4.118,75	15	22.088	1.824	835	3.363	3.401,61	4.092,04	12	23.567	2.370	1.266	4.209
<b>Heilmittel</b>	239,34	658,11	0	4.411	0	0	186	216,94	654,25	0	3.912	0	0	190
<b>Hilfsmittel</b>	661,25	1.616,50	0	9.699	76	0	544	467,85	897,96	0	6.410	91	0	572
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	247,00	872,39	0	11.425	0	0	0	430,57	1.656,95	0	4.590	0	0	0
<b>Fahrtkosten</b>	817,82	1.930,87	0	13.006	146	0	830	534,44	1.728,76	0	13.851	0	0	395

# **Anhang 13**

## **Variablen des DSF für Gruppe A**

Tabelle 100: Auftreten der Schmerzen

<b>Seit wann bestehen diese Schmerzen?</b>			
Baseline (t <sub>0</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	weniger als 1 Monat	2	9,1
	1 Monat bis 1/2 Jahr	1	4,5
	1/2 Jahr bis 1 Jahr	4	18,2
	1 bis 2 Jahre	3	13,6
	2 bis 5 Jahre	7	31,8
	mehr als 5 Jahre	4	18,2
	Gesamt	21	95,5
Fehlend		1	4,5
Gesamt		22	100,0

Tabelle 101: Empfindung der Schmerzen in den letzten 4 Wochen

<b>Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu?</b>					
		Baseline (t <sub>0</sub> )		Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Dauerschmerz mit leichten Schwankungen	8	36,4	2	9,1
	Dauerschmerz mit starken Schwankungen	6	27,3	0	0,0
	Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei	4	18,2	0	0,0
	Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen	3	13,6	0	0,0
	Gesamt	17	100,0	2	9,1
Fehlend		1	4,5	20	90,9
Gesamt		22	100	22	100,0

Tabelle 102: Durchschnittliches Auftreten der Schmerzattacken

<b>Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?</b>					
		Baseline (t <sub>0</sub> )		Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	mehrfach täglich	4	18,2	0	0,0
	einmal täglich	1	4,5	0	0,0
	mehrfach wöchentlich	1	4,5	0	0,0
	mehrfach monatlich	0	0	0	0,0
	einmal monatlich	1	4,5	0	0,0
	seltener	0	0	0	0,0
	Gesamt	7	31,8	0	0,0
Fehlend		15	68,2	22	100,0
Gesamt		22	100,0	22	100,0

Tabelle 103: Durchschnittliche Dauer der Schmerzattacken

Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?					
		Baseline (t <sub>0</sub> )		Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Sekunden	1	4,5		
	Minuten	3	13,6		
	Stunden	1	4,5		
	bis zu drei Tagen	1	4,5		
	länger als drei Tage	1	4,5		
	Gesamt	7	31,8		
Fehlend		15	68,2	22	100,0
Gesamt		22	100,0	22	100,0

Tabelle 104: Stärke der Schmerzen in Abhängigkeit von der Tageszeit

Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?													
		Baseline (t <sub>0</sub> )		Morgens		Mittags		Nachmittags		Abends		Nachts	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	3	13,6	2	9,1			1	4,5			1	4,5
	nein	4	18,2	1	4,5	1	4,5			1	4,5		
	Gesamt	7	31,8	3	13,6	1	4,5	1	4,5	1	4,5	1	4,5
Fehlend		15	68,2	19	86,3	21	95,5	21	95,5	21	95,5	21	95,5







Tabelle 106: Aktuelle Schmerzstärke im Prä-Post-Vergleich

<b>Geben Sie bitte zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an:</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	21	6
	Fehlend	1	16
Mittelwert		7,5	3,3
Median		8,0	3,5
Std.-Abweichung		2,4	1,9
Minimum		2	1
Maximum		11	15
Perzentile	25	5,5	1,8
	50	8,0	3,5
	75	8,5	5,0

Tabelle 107: Durchschnittliche Schmerzintensität in den letzten 4 Wochen im Prä-Post-Vergleich

<b>Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	21	6
	Fehlend	1	16
Mittelwert		7,4	3,7
Median		8,0	3,5
Std.-Abweichung		2,0	1,9
Minimum		3	2
Maximum		11	6
Perzentile	25	6,5	2,0

Tabelle 108: Stärkster Schmerz in den letzten 4 Wochen im Prä-Post-Vergleich

<b>Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	21	6
	Fehlend	1	16
Mittelwert		8,5	4,3
Median		9,0	4,0
Std.-Abweichung		1,9	2,4
Minimum		5	2
Maximum		11	8
Perzentile	25	7,0	2,0
	50	9,0	4,0
	75	10,0	6,5

Tabelle 109: Erträgliche Schmerzstärke bei erfolgreicher Behandlung im Prä-Post-Vergleich

<b>Geben Sie jetzt bitte welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	21	6
	Fehlend	1	16
Mittelwert		3,7	2,8
Median		3,0	2,5
Std.-Abweichung		1,7	1,5
Minimum		1	1
Maximum		7	5
Perzentile	25	2,5	1,8
	50	3,0	1,5
	75	5,0	4,5

Tabelle 110: Operationshistorie

<b>Wurden Sie schon einmal operiert?</b>			
Baseline (t <sub>0</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	7	31,8
	nein	13	59,1
	Gesamt	21	95,5
Fehlend		1	4,5
Gesamt		22	100,0

Tabelle 111: Häufigkeit der Operationen wegen Schmerzen

<b>Wurde diese Operation wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt?</b>			
Baseline (t <sub>0</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	4	18,2
	nein	3	13,6
Fehlend		1	4,5
Gesamt		22	100,0

Tabelle 112: Veränderung der beruflichen Situation oder Arbeitsfähigkeit

<b>Hat sich in der Zwischenzeit an Ihrer beruflichen Situation bzw. Arbeitsfähigkeit etwas verändert?</b>			
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein, unverändert, wie zu Beginn der Behandlung	4	18,2
	ja	1	4,5
Fehlend		17	77,3
Gesamt		22	100,0

Tabelle 113: Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten 3 Monaten

<b>An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig? (0 - 92 Tage)</b>		
		Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	5
	Fehlend	17
Mittelwert		38,4
Median		8,0
Std.-Abweichung		49,0
Minimum		0
Maximum		92

Tabelle 114: Angaben zur Schmerzreduktion in Prozent

<b>Können Sie sagen, um wieviel Prozent Ihre Schmerzen abgenommen haben?</b>		
		Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	6
	Fehlend	16
Mittelwert		53,8
Median		55,0
Std.-Abweichung		42,8
Minimum		10
Maximum		98

Tabelle 115: Betrachtung des Behandlungserfolges

<b>Wenn Sie alles zusammen betrachten, wie beurteilen Sie den bisherigen Erfolg Ihrer Behandlung</b>			
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr gut	1	4,5
	gut	3	13,6
	zufrieden stellen	1	4,5
	weniger gut	1	4,5
	Gesamt	6	27,3
Fehlend		16	72,7
Gesamt		22	100

## Daten des Bewegungsprogramms der Gruppe B

Tabelle 116: Alter in Jahre

<b>Alter</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23,0	22
	Fehlend	0,0	1
Mittelwert		48,5	49,4
Median		49,0	50,0
Std.-Abweichung		7,1	7,0
Minimum		39	40
Maximum		59	59
Perzentile	25	41,0	42,0
	50	49,0	50,0
	75	56,0	57,0

Tabelle 117: Körpergröße in m

<b>Körpergröße</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		1,7	1,7
Median		1,7	1,7
Std.-Abweichung		0,1	0,1
Minimum		1,5	1,5
Maximum		1,9	1,9
Perzentile	25	1,7	1,7
	50	1,7	1,7
	75	1,8	1,8

Tabelle 118: Körpergewicht in kg

<b>Körpergewicht</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		81,0	80,4
Median		72,3	76,7
Std.-Abweichung		19,4	18,4
Minimum		59	58,5
Maximum		128	124,8
Perzentile	25	61,7	64,3
	50	72,3	76,7
	75	96,4	94,3

Tabelle 119: Body-Mass-Index in kg/m<sup>2</sup>

<b>BMI</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		26,7	26,8
Median		25,8	26,0
Std.-Abweichung		5,2	4,9
Minimum		21	20,8
Maximum		39	38,5
Perzentile	25	22,8	23,1
	50	25,8	26,0
	75	29,3	29,2

Tabelle 120: Körperfett in %

<b>Körperfett</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		29,4	29,4
Median		29,6	29,1
Std.-Abweichung		7,3	7,1
Minimum		14,8	15,4
Maximum		42,5	41,4
Perzentile	25	24,5	25,3
	50	29,6	29,1
	75	35,4	34,5

Tabelle 121: Skelettmuskelmasse in kg

<b>Skelettmuskelmasse</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		30,9	31,1
Median		29,4	29,1
Std.-Abweichung		6,8	6,9
Minimum		21	21,0
Maximum		45	45,7
Perzentile	25	25,1	25,8
	50	29,4	29,1
	75	36,6	36,7

Tabelle 122: Taillen-Hüft-Verhältnis

<b>Taillen-Hüft-Verhältnis</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		0,9	5,6
Median		0,9	0,9
Std.-Abweichung		0,1	22,2
Minimum		0,8	0,8
Maximum		1,1	105,0
Perzentile	25	0,8	0,8
	50	0,9	0,9
	75	0,9	0,9

Tabelle 123: Segmentale Muskelmasse des Rumpfes in %

<b>Rumpf</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		87,4	87,8
Median		88,0	86,5
Std.-Abweichung		8,6	8,2
Minimum		73	74
Maximum		103	103
Perzentile	25	82,0	83,3
	50	88,0	86,5
	75	94,0	94,0



Tabelle 124: Segmentale Muskelmasse des linken Armes in %

<b>Linker Arm</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		98,4	96,9
Median		100,0	97,5
Std.-Abweichung		9,1	9,1
Minimum		79	79
Maximum		114	111
Perzentile	25	92,0	89,3
	50	100,0	97,5
	75	105,0	104,8

Tabelle 125: Segmentale Muskelmasse des rechten Armes in %

<b>Rechter Arm</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		98,8	97,2
Median		99,0	98,0
Std.-Abweichung		9,1	9,2
Minimum		78	79
Maximum		114	112
Perzentile	25	93,0	90,3
	50	99,0	98,0
	75	105,0	106,0

Tabelle 126: Segmentale Magermasse des linken Beins in %

<b>Linkes Bein</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		89,1	89,9
Median		89,0	88,0
Std.-Abweichung		8,1	7,5
Minimum		75	77
Maximum		103	103
Perzentile	25	83,0	84,8
	50	89,0	88,0
	75	96,0	96,3

Tabelle 127: Segmentale Magermasse des rechten Beins in kg

<b>Rechtes Bein</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		88,3	89,1
Median		90,0	88,5
Std.-Abweichung		7,4	7,1
Minimum		75	77
Maximum		100	102
Perzentile	25	83,0	83,0
	50	90,0	88,5
	75	94,0	94,3

Tabelle 128: Muskulatur in kg

<b>Muskulatur 1</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		51,6	51,9
Median		49,0	48,6
Std.-Abweichung		11,4	11,4
Minimum		35	35
Maximum		75	76
Perzentile	25	41,9	43,1
	50	49,0	48,6
	75	61,0	61,2

Tabelle 129: Muskulatur 2 in %

<b>Muskulatur 2</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		77,1	77,6
Median		75,0	74,5
Std.-Abweichung		10,7	10,7
Minimum		64	65
Maximum		105	107
Perzentile	25	68,0	68,7
	50	75,0	74,5
	75	87,0	86,3

Tabelle 130: Aktive Körperzellmasse in kg

<b>Aktive Körperzellmasse</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		38,1	38,4
Median		36,9	35,8
Std.-Abweichung		8,3	8,4
Minimum		25,8	25,8
Maximum		55,1	57,5
Perzentile	25	30,8	31,6
	50	36,9	35,5
	75	45,4	45,1

Tabelle 131: Gesamtwert (Score)

<b>Gesamtwert (Score)</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	22
	Fehlend	0	1
Mittelwert		65,6	65,5
Median		67,0	66,5
Std.-Abweichung		9,3	7,8
Minimum		46	52
Maximum		83	76
Perzentile	25	59,0	58,3
	50	67,0	66,5
	75	74,0	74,3

## **Variablen des DSF für Gruppe B**

Tabelle 132: Auftreten der Schmerzen

<b>Seit wann bestehen diese Schmerzen?</b>			
Baseline (t <sub>0</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	weniger als 1 Monat	1	4,3
	1 Monat bis 1/2 Jahr	4	17,4
	1/2 Jahr bis 1 Jahr	2	8,7
	1 bis 2 Jahre	4	17,4
	2 bis 5 Jahre	7	30,4
	mehr als 5 Jahre	5	21,7
	Gesamt	23	100,0

Tabelle 133: Empfindung der Schmerzen in den letzten 4 Wochen

<b>Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu?</b>					
		Baseline (t <sub>0</sub> )		Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Dauerschmerz mit leichten Schwankungen	8	34,8	5	21,7
	Dauerschmerz mit starken Schwankungen	7	30,4	6	26,1
	Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei	4	17,4	6	26,1
	Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen	4	17,4	2	8,7
	Gesamt	23	100,0	19	82,9
Fehlend				4	17,4
Gesamt		23	100	23	100,0

Tabelle 134: Durchschnittliches Auftreten der Schmerzattacken

<b>Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?</b>					
		Baseline (t <sub>0</sub> )		Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	mehrfach täglich	2	8,7	2	8,7
	einmal wöchentlich			1	4,3
	mehrfach wöchentlich	1	4,3		
	einmal monatlich			1	4,3
	mehrfach monatlich	4	17,4	1	4,3
	seltener	2	8,7	3	13,0
	Gesamt	9	39,1	8	34,8
Fehlend		14	60,9	15	65,2
Gesamt		23	100,0	23	100,0

Tabelle 135: Dauer der Schmerzattacken

<b>Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?</b>					
		Baseline (t <sub>0</sub> )		Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Sekunden	1	4,3		
	Minuten	2	8,7	4	17,6
	Stunden	2	8,7	2	8,7
	bis zu drei Tagen	2	8,7	1	4,3
	länger als drei Tage	2	8,7	1	4,3
	Gesamt	9	39,1	8	34,8
Fehlend		14	60,9	15	65,2
Gesamt		23	100,0	23	100,0







Tabelle 138: Aktuelle Schmerzstärke im Prä-Post-Vergleich

<b>Geben Sie bitte zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an:</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	23
	Fehlend	0	0
Mittelwert		6,4	4,4
Median		7,0	5,0
Std.-Abweichung		2,0	2,4
Minimum		2	1
Maximum		9	9
Perzentile	25	5,0	2,0
	50	7,0	5,0
	75	8,0	7,0

Tabelle 139: Durchschnittliche Schmerzintensität in den letzten 4 Wochen im Prä-Post-Vergleich

<b>Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	23
	Fehlend	0	0
Mittelwert		6,7	4,7
Median		7,0	5,0
Std.-Abweichung		1,7	2,0
Minimum		3	2
Maximum		10	9
Perzentile	25	6,0	3,0
	50	7,0	5,0
	75	8,0	6,0

Tabelle 140: Stärkster Schmerz in den letzten 4 Wochen im Prä-Post-Vergleich

<b>Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	23
	Fehlend	0	0
Mittelwert		8,7	6,6
Median		9,0	6,0
Std.-Abweichung		1,6	2,4
Minimum		6	2
Maximum		11	11
Perzentile	25	7,0	5,0
	50	9,0	6,0
	75	10,0	8,0

Tabelle 141: Erträgliche Schmerzstärke bei erfolgreicher Behandlung im Prä-Post-Vergleich

<b>Geben Sie jetzt bitte welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	23	23
	Fehlend	0	0
Mittelwert		3,2	3,3
Median		3,0	3,0
Std.-Abweichung		1,3	1,0
Minimum		1	2
Maximum		7	5
Perzentile	25	2,0	3,0
	50	3,0	3,0
	75	4,0	4,0

Tabelle 142: Operationshistorie

<b>Wurden Sie schon einmal operiert?</b>			
Baseline (t <sub>0</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	8	34,8
	nein	15	65,2
	Gesamt	23	100,0

Tabelle 143: Häufigkeit der Operationen wegen Schmerzen

<b>Wurde diese Operation wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt?</b>			
Baseline (t <sub>0</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	2	25,0
	nein	6	75,0
Fehlend		0	0
Gesamt		8	100,0

Tabelle 144: Veränderung der beruflichen Situation oder Arbeitsfähigkeit

<b>Hat sich in der Zwischenzeit an Ihrer beruflichen Situation bzw. Arbeitsfähigkeit etwas verändert?</b>			
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein, unverändert, wie zu Beginn der Behandlung	4	17,4
	ja	2	8,7
Fehlend		17	73,9
Gesamt		23	100,0

Tabelle 145: Grund für die Veränderung der beruflichen Situation oder Arbeitsfähigkeit

<b>Was hat sich an Ihrer beruflichen Situation bzw. Arbeitsfähigkeit verändert?</b>			
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ich bin wieder berufstätig	2	8,7
Fehlend	System	17	91,3
Gesamt		23	100,0

Tabelle 146: Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten 3 Monaten

<b>An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig? (0 - 92 Tage)</b>		
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )		Häufigkeit
N	Gültig	6
	Fehlend	17
Mittelwert		6,3
Median		5,0
Std.-Abweichung		7,5
Minimum		0
Maximum		18

Tabelle 147: Angaben zur Schmerzreduktion in Prozent

<b>Können Sie sagen, um wieviel Prozent Ihre Schmerzen abgenommen haben?</b>		
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )		Häufigkeit
N	Gültig	23
	Fehlend	0
Mittelwert		41,1
Median		30,0
Std.-Abweichung		30,8
Minimum		0,0
Maximum		95,0

Tabelle 148: Betrachtung des Behandlungserfolges

<b>Wenn Sie alles zusammen betrachten, wie beurteilen Sie den bisherigen Erfolg Ihrer Behandlung</b>			
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr gut	3	13,0
	gut	9	39,1
	zufrieden stellen	9	39,1
	weniger gut	2	8,7
	Gesamt	23	100

**Ergebnisse der GKV-Abrechnungsdaten für n = 15 Patientinnen und Patienten:**

Tabelle 149: Häufigkeit der GKV-Abrechnungsdaten

	Vorbeobachtungszeitraum		Nachbeobachtungszeitraum	
	Häufigkeit	Rate	Häufigkeit	Rate
<b>Arzneimittelverordnung</b>	6	40,00%	5	33,33%
<b>Facharzt</b>	10	66,67%	12	80,00%
<b>Hausarzt</b>	15	100,00%	15	100,00%
<b>Hospitalisierung</b>	2	13,33%	5	33,33%
<b>Notfallaufnahmen</b>	0	0,00%	2	13,33%
<b>Physiotherapieverordnung</b>	11	73,33%	11	73,33%

Tabelle 150: Ergebnisse der Krankenhausaufenthalte, Physiotherapieleistungen und AU-Tage pro Versicherte oder Versicherten

	Vorbeobachtungszeitraum							Nachbeobachtungszeitraum						
	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
<b>Krankenhausaufenthalte</b>	0,1	0,28	0	1	0	0	0	0,63	1,08	0	3	0	0	0
<b>Physiotherapie</b>	14,43	13,58	0	44	12	3	24	9,8	10,38	0	33	6	1	16
<b>AU-Tage</b>	55,57	159,57	0	622	8	0	20	58,10	158,57	0	622	8	0	27

Tabelle 151: Ergebnisse der Kosten der GKV-Abrechnungsdaten in Euro

	Vorbeobachtungszeitraum							Nachbeobachtungszeitraum						
	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
<b>Stationäre Leistungen</b>	452,28	1.352,80	0	5.077	0	0	0	2.410,78	4.328,28	0	13.983	0	0	3.365
<b>Ambulante Leistungen</b>	901,71	630,92	203	1.939	776	390	1.240	796,93	644,35	45	2.312	616	408	831
<b>Arzneimittel</b>	1.175,21	3.518,75	0	13.872	250	90	447	1.002,15	2.850,47	34	11.266	265	150	335
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	3.912,79	14.941,47	0	57.921	0	0	0	7.489,97	18.008,70	0	57.921	0	0	386
<b>Heilmittel</b>	271,68	278,23	0	1.008	189	54	434	230,51	312,87	0	1.030	127	15	257
<b>Hilfsmittel</b>	83,32	197,97	0	269	0	0	67	23,94	71,57	0	761	0	0	0
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	12,11	46,92	0	182	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0
<b>Fahrtkosten</b>	5,07	19,62	0	76	0	0	0	53,56	152,05	0	550	0	0	0

# **Anhang 14**

Tabelle 152: Häufigkeiten des Körpergewichts im Zeitverlauf

		<b>Körpergewicht (Verlaufskontrolle I)</b>	<b>Körpergewicht (Verlaufskontrolle II)</b>	<b>Körpergewicht (Verlaufskontrolle III)</b>
N	Gültig	54	42	32
	Fehlend	3	15	25
Mittelwert		110,3	107,8	103,1
Median		108	104	97,8
Std.-Abweichung		24,3	20,4	21,3
Minimum		68	73	72,0
Maximum		190	153,0	156
Perzentile	25	90,8	91,5	84,6
	50	108	104	97,8
	75	126,3	124	121,5

Tabelle 153: Häufigkeit des Body-Mass-Index im Zeitverlauf

		<b>Body-Mass-Index (Verlaufskontrolle I)</b>	<b>Body-Mass-Index (Verlaufskontrolle II)</b>	<b>Body-Mass-Index (Verlaufskontrolle III)</b>
N	Gültig	54	42	32
	Fehlend	3	15	25
Mittelwert		38,3	30,3	36
Median		36,9	34	34,2
Std.-Abweichung		7,8	15,9	6,9
Minimum		25,3	0	27,1
Maximum		59,3	51,1	52,1
Perzentile	25	32,3	30,9	30,4
	50	36,9	34	34,2
	75	42,5	38,9	39,6

Tabelle 154: Häufigkeit der Anzahl der Medikamente pro Tag im Zeitverlauf

		<b>Anzahl Medikamente pro Tag (Verlaufskontrolle I)</b>	<b>Anzahl Medikamente pro Tag (Verlaufskontrolle II)</b>	<b>Anzahl Medikamente pro Tag (Verlaufskontrolle III)</b>
N	Gültig	40	13	29
	Fehlend	17	44	28
Mittelwert		3,5	3,3	3,1
Median		3	3	3
Std.-Abweichung		3	3	2,6
Minimum		0	0	0
Maximum		13	9	10



Tabelle 155: Häufigkeit der Anzahl der Schmerzmedikamente pro Tag im Zeitverlauf

		<b>Anzahl Schmerzmedikamente pro Tag (Verlaufskontrolle I)</b>	<b>Anzahl Schmerzmedikamente pro Tag (Verlaufskontrolle II)</b>	<b>Anzahl Schmerzmedikamente pro Tag (Verlaufskontrolle III)</b>
N	Gültig	38	10	27
	Fehlend	19	47	30
Mittelwert		0,6	0,5	0,6
Median		0	0	0
Std.-Abweichung		1	0,7	0,8
Minimum		0	0	0
Maximum		4	2	3

Tabelle 156: Häufigkeit von Diabetes mellitus Typ II im Zeitverlauf

		<b>Diabetes mellitus Typ II (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Diabetes mellitus Typ II (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Diabetes mellitus Typ II (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	41	71,9	11	19,3	22	38,6
	Ja	10	17,5	3	5,3	7	12,3
	Gesamt	51	89,5	14	24,6	29	50,9
Fehlend		6	10,5	43	75,4	28	49,1
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 157: Häufigkeit von arterieller Hypertonie im Zeitverlauf

		<b>Arterielle Hypertonie (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Arterielle Hypertonie (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Arterielle Hypertonie (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	22	38,6	5	8,8	11	19,3
	Ja	29	50,9	9	15,8	18	31,6
	Gesamt	51	89,5	14	24,6	29	50,9
Fehlend		6	10,5	43	75,4	28	49,1
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 158: Häufigkeit von manifesten kardiovaskulären Erkrankungen

		Manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen (Verlaufskontrolle I)		Manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen (Verlaufskontrolle II)		Manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	47	82,5	10	17,5	27	47,4
	Ja	4	7,0	4	7,0	2	3,5
	Gesamt	51	89,5	14	24,6	29	50,9
Fehlend		6	10,5	43	75,4	28	49,1
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 159: Häufigkeit von Hyperurikämie im Zeitverlauf

		Hyperurikämie (Verlaufskontrolle I)		Hyperurikämie (Verlaufskontrolle II)		Hyperurikämie (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	40	70,2	13	22,8	28	49,1
	Ja	4	7,0	1	1,8	1	1,8
	Gesamt	44	77,2	14	24,6	29	50,9
Fehlend		13	22,8	43	75,4	28	49,1
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 160: Häufigkeit von Schlaf-Apnoe-Syndrom im Zeitverlauf

		Schlaf-Apnoe-Syndrom (Verlaufskontrolle I)		Schlaf-Apnoe-Syndrom (Verlaufskontrolle II)		Schlaf-Apnoe-Syndrom (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	45	78,9	14	24,6	29	50,9
	Ja	1	1,8	0	0,0	0	0,0
	Gesamt	46	80,7	14	24,6	29	50,9
Fehlend		11	19,3	43	75,4	28	49,1
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 161: Häufigkeit von Gelenkarthrose im Zeitverlauf

		Gelenkarthrose (Verlaufskontrolle I)		Gelenkarthrose (Verlaufskontrolle II)		Gelenkarthrose (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	25	43,9	7	12,3	19	33,3
	Ja	26	45,6	7	12,3	10	17,5
	Gesamt	51	89,5	14	24,6	29	50,9
Fehlend		6	10,5	43	75,4	28	49,1
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 162: Häufigkeit von Rückenschmerzen im Zeitverlauf

		<b>Rückenschmerz (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Rückenschmerz (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Rückenschmerz (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	20	35,1	7	12,3	12	21,1
	Ja	31	54,4	7	12,3	17	29,8
	Gesamt	51	89,5	14	24,6	29	50,9
Fehlend		6	10,5	43	75,4	28	49,1
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 163: Häufigkeit von Rauchen im Zeitverlauf

		<b>Rauchen (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Rauchen (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Rauchen (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	45	78,9	11	19,3	27	47,4
	Ja	6	10,5	3	5,3	2	3,5
	Gesamt	51	89,5	14	24,6	29	50,9
Fehlend		6	10,5	43	75,4	28	49,1
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 164: Häufigkeit von gewichtserhaltenden Lebensstilintervention im Zeitverlauf

		<b>Gewichtserhaltende Lebensstilintervention (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Gewichtserhaltende Lebensstilintervention (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Gewichtserhaltende Lebensstilintervention (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	8	14,0	0	0,0	0	0,0
	Ja	15	26,3	9	15,8	8	14,0
	Gesamt	23	40,4	0	0,0	0	0,0
Fehlend		34	59,6	48	84,2	49	86,0
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 165: Häufigkeit von gewichtsreduzierender Basistherapie mit Lebensstilintervention im Zeitverlauf

		<b>Gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilintervention (Verlaufskontrolle I)</b>		<b>Gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilintervention (Verlaufskontrolle II)</b>		<b>Gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilintervention (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	51	89,5	10	17,5	23	40,4
Fehlend		6	10,5	47	82,5	34	59,6
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 166: Häufigkeit der Festlegungen von individuellen Zielen

		Festlegung von Individuellen Zielen (Verlaufskontrolle I)		Festlegung von Individuellen Zielen (Verlaufskontrolle II)		Festlegung von Individuellen Zielen (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	51	89,5	10	17,5	24	42,1
Fehlend		6	10,5	47	82,5	33	57,9
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 167: Häufigkeit der Einbindung in Bewegungsangebote im Zeitverlauf

		Eingebunden in Bewegungsangebot (Verlaufskontrolle I)		Eingebunden in Bewegungsangebot (Verlaufskontrolle II)		Eingebunden in Bewegungsangebot (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	51	89,5	9	15,8	21	36,8
Fehlend		6	10,5	48	84,2	36	63,2
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 168: Häufigkeit der Ernährungsumstellung im Zeitverlauf

		Ernährungsumstellung (Verlaufskontrolle I)		Ernährungsumstellung (Verlaufskontrolle II)		Ernährungsumstellung (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	47	82,5	9	15,8	17	29,8
Fehlend		10	17,5	48	84,2	40	70,2
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 169: Häufigkeit der tatsächlichen Nutzung der Ernährungsberatung im Zeitverlauf

		Wenn "ja" angekreuzt, wird die Ernährungsberatung genutzt? (Verlaufskontrolle I)		Wenn "ja" angekreuzt, wird die Ernährungsberatung genutzt? (Verlaufskontrolle II)		Wenn "ja" angekreuzt, wird die Ernährungsberatung genutzt? (Verlaufskontrolle III)	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	0	0,0	5	8,8	0	0,0
	Ja	46	80,7	3	5,3	22	38,6
	Gesamt	46	80,7	8	14,0	22	38,6
Fehlend		11	19,3	49	86,0	35	61,4
Gesamt		57	100,0	57	100,0	57	100,0

Tabelle 170: Erreichung der individuellen Ziele bei Verlaufskontrolle III

		<b>Individuelle Ziele erreicht? (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	21	36,8
	Ja	9	15,8
	Gesamt	30	52,6
Fehlend		27	47,4
Gesamt		57	100,0

Tabelle 171: Erreichung der individuellen Teilziele bei Verlaufskontrolle III

		<b>Individuelle Teilziele erreicht? (Verlaufskontrolle III)</b>	
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	9	15,8
	Ja	15	26,3
	Gesamt	24	42,1
Fehlend		33	57,9
Gesamt		57	100,0

**Ergebnisse der GKV-Abrechnungsdaten für n = 18 Patientinnen und Patienten:**

Tabelle 172: Häufigkeit der GKV-Abrechnungsdaten

	Vorbeobachtungszeitraum		Nachbeobachtungszeitraum	
	Häufigkeit	Rate	Häufigkeit	Rate
<b>Arzneimittelverordnung</b>	7	38,88%	6	33,33%
<b>Facharzt</b>	4	22,22%	8	44,44%
<b>Hausarzt</b>	17	94,40%	17	94,40%
<b>Hospitalisierung</b>	5	27,77%	2	11,11%
<b>Notfallaufnahmen</b>	2	11,11%	0	0,00%

Tabelle 173: Ergebnisse der Krankenhausaufenthalte und AU-Tage pro Versicherte oder Versicherten

	Vorbeobachtungszeitraum							Nachbeobachtungszeitraum						
	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
<b>Krankenhausaufenthalte</b>	0,19	0,52	0	2	0	0	0	0,08	0,35	0	2	0	0	0
<b>AU-Tage</b>	11,53	18,59	0	61	0	0	13	8,97	17,92	0	52	0	0	4

Tabelle 174: Ergebnisse der Kosten der GKV-Abrechnungsdaten in Euro

	Vorbeobachtungszeitraum							Nachbeobachtungszeitraum						
	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
<b>Stationäre Leistungen</b>	1.305,50	2.465,74	0	7.120	0	0	1.289	646,80	2.139,09	0	8.783	0	0	0
<b>Ambulante Leistungen</b>	1.015,26	1.072,19	0	2.448	555	421	1.328	1.072,82	728,03	0	3.843	865	572	1.674
<b>Arzneimittel</b>	1.019,33	1.812,18	0	8.623	329	129	808	1.111,59	2.099,56	14	7.487	331	273	592
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	169,63	719,66	0	3.053	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0
<b>Heilmittel</b>	685,42	1.070,36	0	3.390	59	26	775	799,60	1.387,43	0	4.772	62	0	838
<b>Hilfsmittel</b>	118,74	197,57	0	716	12	0	113	167,77	218,14	0	609	29	0	332
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	0,00	0,00	0	0	0	0	0	14,26	60,50	0	257	0	0	0
<b>Fahrtkosten</b>	555,13	2.223,66	0	9.459	0	0	0	5,23	15,09	0	62	0	0	0

# **Anhang 15**



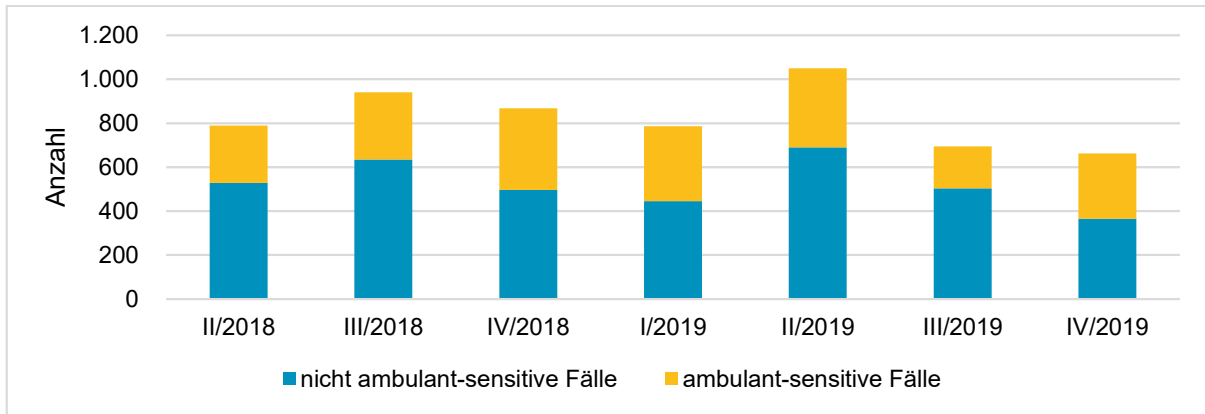


Abbildung 124: Anteil der Patientinnen und Patienten mit ambulant-sensitiven Diagnosen an den Gesamt-Behandlungsfällen der ÄBP

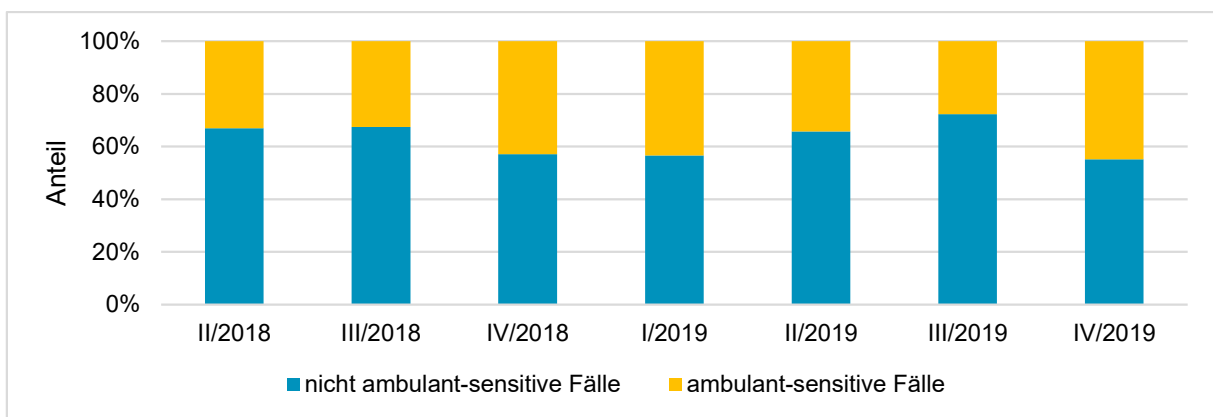


Abbildung 125: Prozentualer Anteil der Patientinnen und Patienten mit ambulant-sensitiven Diagnosen an den Gesamt-Behandlungsfällen der ÄBP

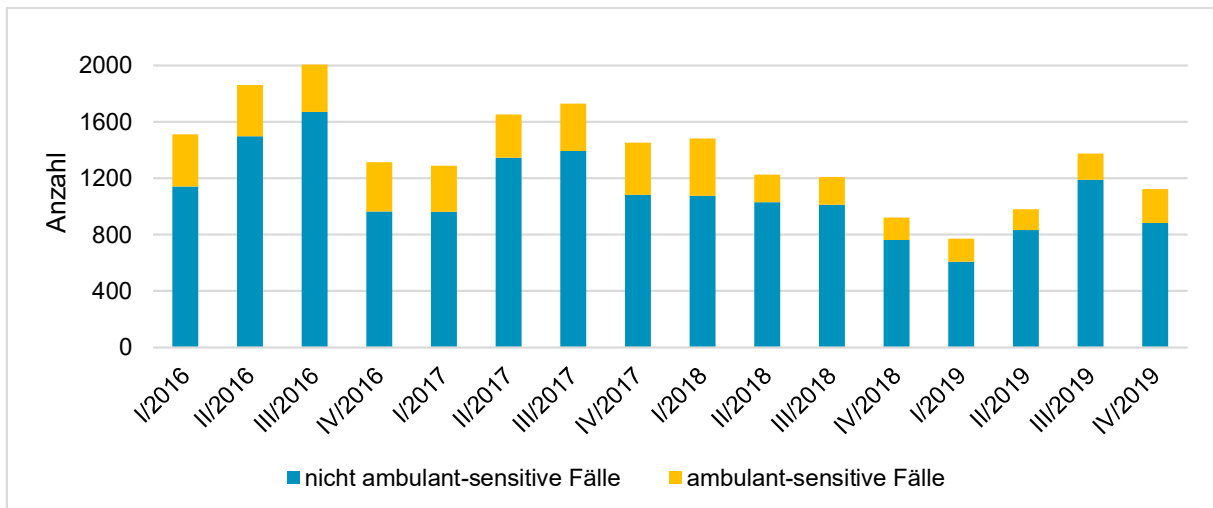


Abbildung 126: Anzahl der Patientinnen und Patienten mit ambulant-sensitiven Diagnosen an den Gesamt-Behandlungsfällen der Rettungsstelle

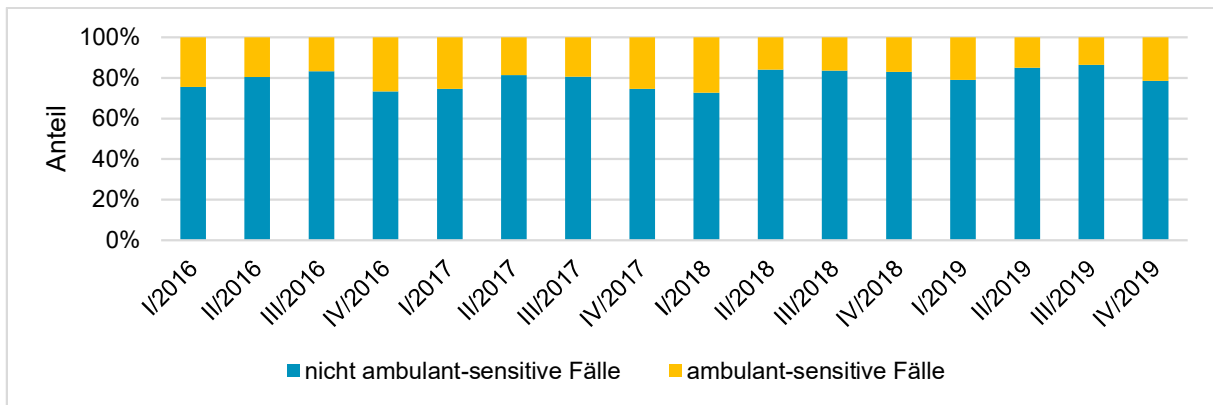


Abbildung 127: Prozentualer Anteil der Patientinnen und Patienten mit ambulantsensitiven Diagnosen an den Gesamt-Behandlungsfällen der Rettungsstelle

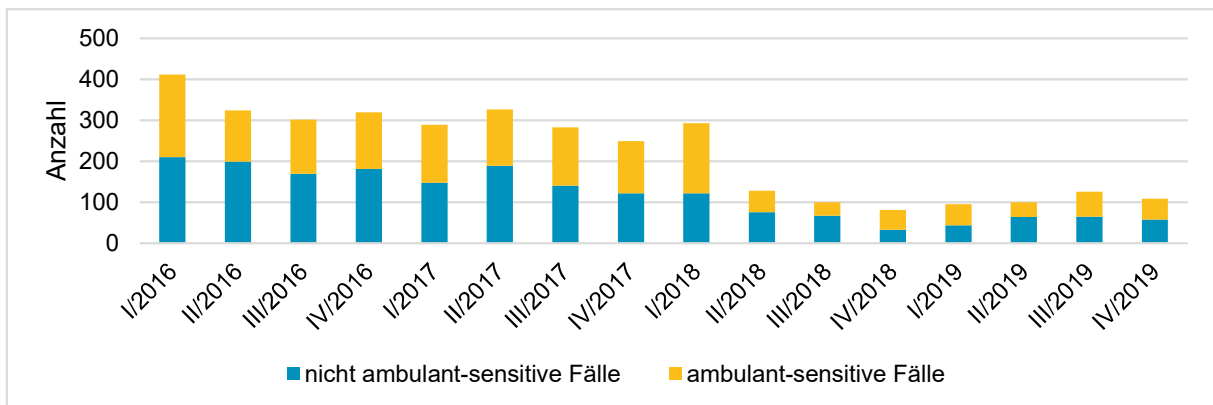


Abbildung 128: Anteil der Patientinnen und Patienten mit ambulantsensitiven Diagnosen an den Gesamt-Behandlungsfällen des Fahrdienstes

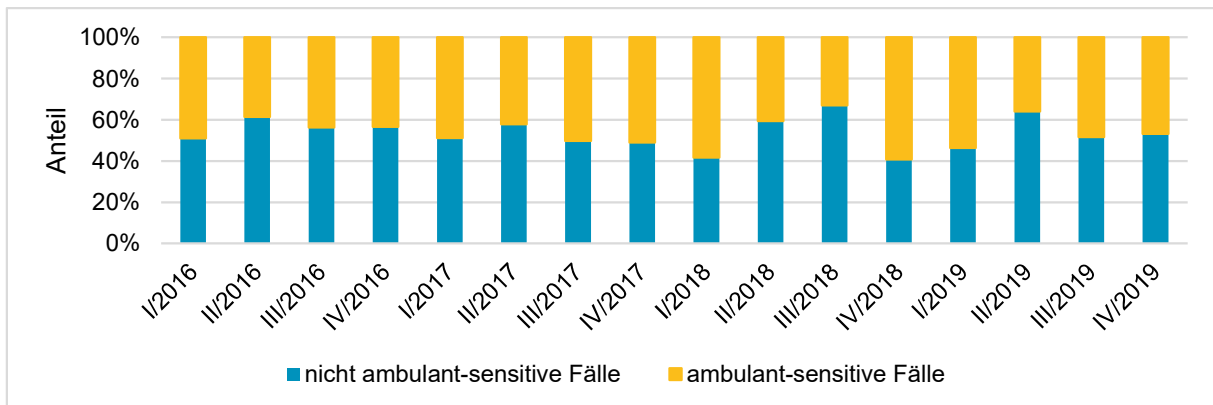


Abbildung 129: Anteil der Patientinnen und Patienten mit ambulantsensitiven Diagnosen an den Gesamt-Behandlungsfällen des Fahrdienstes

# **Anhang 16**

Tabelle 175: Ärzte / Einrichtungen in den letzten 3 Monaten im Prä-Post-Vergleich

Haben Sie in den letzten 3 Monaten einen der folgenden Ärzte/Einrichtungen aufgrund von Harninkontinenz aufgesucht?								
		Ärztliche Einrichtung aufgesucht	Hausarzt	Gynäkologe	Urologe	Beckenbodenzentrum	Ambulante Behandlung im Krankenhaus (z.B. Vor- und Nachsorge bei einer OP)	
Baseline (t <sub>0</sub> )								
N	Gültig	Besucht	37 (55,2 %)	11 (16,4 %)	31 (46,3 %)	3 (4,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
		Nicht besucht	29 (43,3 %)	24 (35,8 %)	4 (6,0 %)	32 (47,8 %)	35 (52,2 %)	35 (52,2 %)
		Gesamt	66 (98,5 %)	35 (52,2 %)	35 (52,2 %)	35 (52,2 %)	35 (52,2 %)	35 (52,2 %)
	Fehlend		1 (1,5 %)	32 (47,8 %)	32 (47,8 %)	32 (47,8 %)	32 (47,8 %)	32 (47,8 %)
	Gesamt		67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )								
N	Gültig	Besucht	23 (34,3 %)	6 (9,0 %)	15 (22,4 %)	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	2 (3,0 %)
		Nicht besucht	31 (46,3 %)	17 (25,4 %)	8 (11,9 %)	22 (32,8 %)	23 (34,3 %)	21 (31,3 %)
		Gesamt	54 (80,6 %)	23 (34,3 %)	23 (34,3 %)	23 (34,3 %)	23 (34,3 %)	23 (34,3 %)
	Fehlend		13 (19,4 %)	44 (65,7 %)	44 (65,7 %)	44 (65,7 %)	44 (65,7 %)	44 (65,7 %)
	Gesamt		67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)

Tabelle 176: Behandlungsort im Prä-Post-Vergleich

Erfolgte die Behandlung im Mittelbereich Templin?				
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )	
N	Gültig	Ja	29 (43,3 %)	20 (29,9 %)
		Nein	3 (4,5 %)	2 (3,0 %)
	Fehlend		35 (52,2 %)	45 (67,2 %)

Tabelle 177: Häufigkeit der therapeutischen Maßnahmen im Prä-Post-Vergleich

Therapeutische Maßnahmen								
			Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine der folgenden therapeutischen Maßnahmen aufgrund von Harninkontinenz verfolgt?	Miktions-tagebuch	Becken-boden-training	Pessar-therapie	Oral (Tabletten)	Lokal (Scheiden-zäpfchen)
Baseline (t <sub>0</sub> )								
N	Gültig	Ja	15 (22,4 %)	15 (22,4 %)	16 (23,9 %)	16 (23,9 %)	12 (17,9 %)	12 (17,9 %)
		Nein	50 (74,6 %)	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (6,0 %)
		Gesamt	65 (97,0 %)	16 (23,9 %)	16 (23,9 %)	16 (23,9 %)	12 (17,9 %)	16 (23,9 %)
	Fehlend		2 (3,0 %)	51 (76,1 %)	51 (76,1 %)	51 (76,1 %)	51 (76,1 %)	51 (76,1 %)
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )								
N	Gültig	Ja	25 (37,3 %)	0 (0,0 %)	15 (22,4 %)	0 (0,0 %)	8 (11,9 %)	5 (7,5 %)
		Nein	26 (38,8 %)	25 (37,3 %)	10 (14,9 %)	25 (37,3 %)	17 (25,4 %)	19 (28,4 %)
		Gesamt	51 (76,1 %)	25 (37,3 %)	25 (37,3 %)	25 (37,3 %)	25 (37,3 %)	25 (37,3 %)
	Fehlend		16 (23,9 %)	42 (62,7 %)	42 (62,7 %)	42 (62,7 %)	42 (62,7 %)	42 (62,7 %)

Tabelle 178: Häufigkeit der Nutzung der Inkontinenzeinlagen

<b>Nutzung Inkontinenzeinlagen</b>				
			Häufigkeit (in %)	
			Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	nein	24 (35,8 %)	14 (20,9 %)
		1-2 täglich	17 (25,4 %)	23 (34,2 %)
		3-4 täglich	14 (20,9 %)	9 (13,4 %)
		mehr als 4 täglich	7 (10,4 %)	6 (9,0 %)
	Fehlend	5 (7,5%)	15 (22,4 %)	
Mittelwert			1,6	1,1
Median			1,0	1,0
Std.-Abweichung			1,0	1,0
Minimum			0,0	0,0
Maximum			3,0	3,0

Tabelle 179: Häufigkeit der stationären Behandlung in den letzten 12 Monaten im Prä-Post-Vergleich

<b>Stationäre Behandlung von Harninkontinenz in den letzten 12 Monaten</b>				
			Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
			N	Gültig
Nein	66 (98,5 %)	50 (74,6 %)		
Gesamt	66 (98,5 %)	54 (80,6 %)		
Fehlend	1 (1,5 %)	13 (19,4 %)		

Tabelle 180: Anzahl der Tage im Krankenhaus im Prä-Post-Vergleich

<b>Wie viele Tage waren Sie im Krankenhaus?</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	0 (0,0 %)	4 (6,0 %)
	Fehlend	67 (100 %)	63 (94,0 %)

Tabelle 181: Häufigkeit der operativen Eingriffe in den letzten 12 Monaten

<b>Operative Eingriffe in den letzten 12 Monaten</b>						
			Operation durch Bauchdecke	Operation durch Scheide	Bändcheneinlage	Bändcheneinlage und OP durch die Scheide kombiniert
Baseline (t <sub>0</sub> )						
N	Gültig	Ja	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
		Nein	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	Fehlend		67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)	67 (100 %)
Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )						
N	Gültig	Ja	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)	1 (1,5 %)	2 (3,0 %)
		Nein	4 (6,0 %)	3 (4,5 %)	3 (4,5 %)	2 (3,0 %)
	Fehlend		63 (94,0 %)	63 (94,0 %)	63 (94,0 %)	63 (94,0 %)

Tabelle 182: Belastung durch die Harninkontinenz

<b>Wie sehr stört sie die Harninkontinenz? (0 (gar nicht) - 10 (Sehr stark))</b>			
		Baseline (t <sub>0</sub> )	Abschlussbehandlung (t <sub>1</sub> )
N	Gültig	62	53
	Fehlend	5	14
Mittelwert		6,3	5,3
Median		7,0	6,0
Std.-Abweichung		2,9	2,8
Minimum		0,0	0,0
Maximum		10,0	10,0



# **Anhang 17**

Tabelle 183: Anzahl der Versicherten der IG und KG mit mindestens einer Pflegeleistung in 2016-2020 (in n und %)

Alter	IG										KG									
	2016		2017		2018		2019		2020		2016		2017		2018		2019		2020	
<b>0-9 J.</b>	7	0,92%	11	1,68%	12	2,12%	11	2,25%	11	2,73%	9	1,20%	8	1,45%	8	1,66%	7	1,65%	7	1,90%
<b>10-19 J.</b>	12	1,47%	15	1,75%	16	1,83%	19	2,18%	19	2,22%	5	0,62%	12	1,24%	15	1,49%	19	1,88%	19	2,00%
<b>20-29 J.</b>	7	0,96%	16	2,41%	14	2,35%	12	2,19%	13	2,44%	15	2,05%	12	1,97%	10	1,77%	10	2,47%	8	1,83%
<b>30-39 J.</b>	25	2,26%	30	2,76%	32	2,91%	33	3,01%	28	2,63%	6	0,56%	10	1,01%	12	1,28%	12	1,13%	14	1,35%
<b>40-49 J.</b>	29	2,48%	35	3,14%	30	2,88%	23	2,34%	24	2,53%	23	1,94%	26	2,37%	20	1,86%	18	1,92%	15	1,62%
<b>50-59 J.</b>	92	3,89%	104	4,56%	107	4,88%	111	5,30%	116	5,81%	77	3,24%	85	3,53%	87	3,93%	90	4,54%	79	4,20%
<b>60-69 J.</b>	105	5,60%	148	7,46%	171	8,28%	184	8,73%	206	9,70%	81	4,29%	116	5,80%	135	6,43%	144	6,41%	165	7,32%
<b>70-79 J.</b>	223	14,68%	268	18,32%	250	18,12%	250	18,90%	242	19,09%	215	13,94%	205	15,87%	176	14,57%	169	13,17%	170	13,65%
<b>≥80 J.</b>	735	51,98%	930	58,02%	956	58,94%	973	59,22%	1009	60,71%	701	50,00%	910	50,47%	903	49,26%	849	48,79%	850	51,24%

Tabelle 184: Anzahl der Versicherten der IG und KG mit mindestens einer häuslichen Krankenpflegeleistung in 2016-2020 (in n und %)

Alter	IG										KG									
	2016		2017		2018		2019		2020		2016		2017		2018		2019		2020	
<b>0-9 J.</b>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,24%	0	0,00%
<b>10-19 J.</b>	0	0,00%	1	0,12%	2	0,23%	1	0,11%	5	0,59%	0	0,00%	1	0,10%	0	0,00%	2	0,20%	2	0,21%
<b>20-29 J.</b>	4	0,55%	3	0,45%	4	0,67%	0	0,00%	2	0,38%	1	0,14%	0	0,00%	3	0,53%	3	0,74%	1	0,23%
<b>30-39 J.</b>	5	0,45%	5	0,46%	4	0,36%	7	0,64%	7	0,66%	3	0,28%	4	0,40%	8	0,86%	5	0,47%	4	0,39%
<b>40-49 J.</b>	14	1,20%	14	1,26%	9	0,86%	11	1,12%	5	0,53%	6	0,51%	7	0,64%	10	0,93%	8	0,85%	6	0,65%
<b>50-59 J.</b>	31	1,31%	43	1,88%	44	2,01%	46	2,20%	46	2,31%	32	1,35%	34	1,41%	37	1,67%	23	1,16%	24	1,28%
<b>60-69 J.</b>	48	2,56%	74	3,73%	81	3,92%	83	3,94%	81	3,82%	68	3,61%	78	3,90%	85	4,05%	95	4,23%	75	3,33%
<b>70-79 J.</b>	155	10,20%	149	10,18%	145	10,51%	145	10,96%	114	8,99%	118	7,65%	105	8,13%	86	7,12%	99	7,72%	83	6,67%
<b>≥80 J.</b>	444	31,40%	486	30,32%	497	30,64%	534	32,50%	460	27,68%	378	26,96%	459	25,46%	457	24,93%	407	23,39%	365	22,00%

Tabelle 185 Anzahl der Versicherten der IG und KG mit mindestens einem Facharztbesuch in 2016-2020 (in n und %)

Alter	IG										KG									
	2016		2017		2018		2019		2020		2016		2017		2018		2019		2020	
0-9 J.	604	79,79%	527	80,70%	442	78,09%	360	73,77%	316	78,41%	608	81,39%	463	83,88%	412	85,48%	360	84,71%	314	85,33%
10-19 J.	587	72,02%	622	72,49%	635	72,57%	628	72,10%	627	73,42%	597	73,52%	733	75,72%	744	73,74%	761	75,42%	677	71,34%
20-29 J.	483	65,98%	433	65,31%	398	66,89%	371	67,58%	331	62,22%	495	67,62%	410	67,32%	350	62,06%	275	67,90%	282	64,53%
30-39 J.	737	66,70%	723	66,51%	737	66,94%	749	68,21%	726	68,30%	706	65,74%	670	67,81%	627	67,06%	668	62,90%	715	69,02%
40-49 J.	804	68,72%	801	71,97%	748	71,85%	708	72,10%	683	72,12%	803	67,76%	746	67,88%	723	67,38%	646	69,02%	663	71,44%
50-59 J.	1822	76,94%	1731	75,82%	1740	79,34%	1585	75,69%	1605	80,45%	1820	76,63%	1813	75,29%	1660	74,98%	1484	74,87%	1495	79,52%
60-69 J.	1579	84,17%	1628	82,02%	1743	84,45%	1721	81,64%	1795	84,55%	1561	82,77%	1654	82,74%	1710	81,51%	1801	80,12%	1876	83,27%
70-79 J.	1358	89,40%	1293	88,38%	1225	88,77%	1163	87,91%	1110	87,54%	1364	88,46%	1146	88,70%	1070	88,58%	1117	87,06%	1110	89,16%
≥80 J.	1209	85,50%	1357	84,65%	1380	85,08%	1411	85,88%	1382	83,15%	1181	84,24%	1518	84,19%	1537	83,85%	1482	85,17%	1408	84,87%

Tabelle 186: Anzahl der Versicherten der IG und KG mit mindestens einem Hausarztbesuch in 2016-2020 (in n und %)

Alter	IG										KG									
	2016		2017		2018		2019		2020		2016		2017		2018		2019		2020	
0-9 J.	461	60,90%	428	65,54%	373	65,90%	303	62,09%	248	53,80%	425	56,89%	273	49,46%	233	48,34%	191	44,94%	154	36,24%
10-19 J.	484	59,39%	528	61,54%	594	67,89%	558	64,06%	563	116,32%	474	58,37%	526	54,34%	604	59,86%	630	62,44%	637	134,39%
20-29 J.	484	66,12%	464	69,98%	433	72,77%	414	75,41%	365	75,41%	515	70,36%	438	71,92%	419	74,29%	313	77,28%	289	56,12%
30-39 J.	773	69,95%	801	73,69%	822	74,66%	806	73,41%	770	99,61%	778	72,44%	716	72,47%	712	76,15%	794	74,76%	775	99,61%
40-49 J.	854	72,99%	838	75,29%	816	78,39%	750	76,37%	763	89,34%	881	74,35%	836	76,07%	825	76,89%	736	78,63%	717	81,38%
50-59 J.	1916	80,91%	1880	82,35%	1822	83,08%	1748	83,48%	1679	87,63%	1957	82,40%	2025	84,09%	1885	85,14%	1658	83,65%	1619	82,73%
60-69 J.	1677	89,39%	1796	90,48%	1865	90,36%	1901	90,18%	1875	111,81%	1704	90,35%	1802	90,15%	1894	90,28%	2001	89,01%	2005	117,66%
70-79 J.	1458	95,98%	1413	96,58%	1337	96,88%	1269	95,92%	1200	82,30%	1478	95,85%	1233	95,43%	1160	96,03%	1215	94,70%	1170	79,16%
≥80 J.	1387	98,09%	1576	98,32%	1594	98,27%	1617	98,42%	1555	112,11%	1378	98,29%	1770	98,17%	1794	97,87%	1710	98,28%	1573	114,15%

Tabelle 187: Anzahl der Versicherten der IG und KG mit mindestens einer Notfallaufnahme in 2016-2020 (in n und %)

Alter	IG										KG									
	2016		2017		2018		2019		2020		2016		2017		2018		2019		2020	
<b>0-9 J.</b>	71	9,38%	54	8,27%	23	4,06%	18	3,69%	9	2,23%	56	7,50%	41	7,43%	20	4,15%	26	6,12%	16	4,35%
<b>10-19 J.</b>	59	7,24%	62	7,23%	78	8,91%	40	4,59%	22	2,58%	50	6,16%	60	6,20%	66	6,54%	54	5,35%	38	4,00%
<b>20-29 J.</b>	38	5,19%	38	5,73%	29	4,87%	24	4,37%	21	3,95%	35	4,78%	35	5,75%	27	4,79%	28	6,91%	26	5,95%
<b>30-39 J.</b>	55	4,98%	61	5,61%	66	5,99%	59	5,37%	42	3,95%	58	5,40%	56	5,67%	50	5,35%	54	5,08%	38	3,67%
<b>40-49 J.</b>	64	5,47%	63	5,66%	60	5,76%	51	5,19%	38	4,01%	58	4,89%	63	5,73%	63	5,87%	46	4,91%	51	5,50%
<b>50-59 J.</b>	156	6,59%	170	7,45%	145	6,61%	153	7,31%	140	7,02%	151	6,36%	180	7,48%	157	7,09%	130	6,56%	108	5,74%
<b>60-69 J.</b>	182	9,70%	205	10,33%	220	10,66%	232	11,01%	194	9,14%	190	10,07%	218	10,91%	224	10,68%	241	10,72%	202	8,97%
<b>70-79 J.</b>	207	13,63%	240	16,40%	262	18,99%	224	16,93%	213	16,80%	222	14,40%	212	16,41%	197	16,31%	171	13,33%	187	15,02%
<b>≥80 J.</b>	356	25,18%	512	31,94%	500	30,83%	482	29,34%	461	27,74%	383	27,32%	528	29,28%	508	27,71%	516	29,66%	434	26,16%

Tabelle 188: Arzneimittelkosten je Altersgruppe (2016 – 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	95,55 €	470,67 €	0 €	11.933 €	39 €	13 €	85 €	91,11 €	299,97 €	0 €	5.711 €	37 €	12 €	84 €
	10-19 J.	106,56 €	1.013,79 €	0 €	25.835 €	13 €	0 €	48 €	74,68 €	253,68 €	0 €	5.212 €	15 €	0 €	57 €
	20-29 J.	144,02 €	1.044,69 €	0 €	15.910 €	13 €	0 €	43 €	107,71 €	676,01 €	0 €	14.699 €	13 €	0 €	51 €
	30-39 J.	278,36 €	1.638,23 €	0 €	31.046 €	15 €	0 €	70 €	183,73 €	1.390,84 €	0 €	29.030 €	17 €	0 €	77 €
	40-49 J.	433,44 €	2.015,80 €	0 €	29.636 €	34 €	0 €	157 €	411,64 €	1.986,87 €	0 €	28.116 €	41 €	0 €	182 €
	50-59 J.	750,44 €	5.423,90 €	0 €	183.677 €	105 €	14 €	389 €	662,15 €	2.695,58 €	0 €	54.661 €	118 €	15 €	386 €
	60-69 J.	904,01 €	3.255,85 €	0 €	79.073 €	251 €	68 €	720 €	943,53 €	3.638,32 €	0 €	78.815 €	251 €	74 €	774 €
	≥80 J.	1.709,60 €	10.050,07 €	0 €	317.579 €	519 €	192 €	1.294 €	1.292,17 €	3.734,56 €	0 €	58.105 €	507 €	193 €	1.315 €
2017	0-9 J.	104,91 €	513,22 €	0 €	11.100 €	36 €	13 €	85 €	72,64 €	114,34 €	0 €	1.600 €	43 €	12 €	93 €
	10-19 J.	109,32 €	926,45 €	0 €	22.283 €	13 €	0 €	57 €	76,61 €	199,82 €	0 €	3.513 €	20 €	0 €	73 €
	20-29 J.	165,12 €	1.141,42 €	0 €	21.587 €	13 €	0 €	53 €	109,85 €	607,91 €	0 €	11.015 €	14 €	0 €	59 €
	30-39 J.	418,09 €	3.454,30 €	0 €	87.417 €	16 €	0 €	80 €	163,09 €	773,30 €	0 €	14.290 €	18 €	0 €	84 €
	40-49 J.	492,08 €	2.218,66 €	0 €	40.291 €	46 €	0 €	180 €	402,53 €	2.106,52 €	0 €	39.898 €	43 €	0 €	168 €
	50-59 J.	850,38 €	5.822,51 €	0 €	221.022 €	119 €	16 €	429 €	707,46 €	3.129,49 €	0 €	75.903 €	113 €	18 €	392 €
	60-69 J.	1.196,61 €	6.261,31 €	0 €	208.216 €	254 €	76 €	794 €	995,57 €	3.883,94 €	0 €	96.618 €	264 €	72 €	780 €
	≥80 J.	1.752,40 €	8.102,32 €	0 €	232.571 €	531 €	196 €	1.364 €	1.422,86 €	4.143,64 €	0 €	88.221 €	529 €	175 €	1.389 €
2018	0-9 J.	66,69 €	244,24 €	0 €	4.491 €	27 €	5 €	63 €	65,66 €	96,53 €	0 €	1.230 €	36 €	14 €	87 €
	10-19 J.	153,46 €	1.215,12 €	0 €	29.633 €	15 €	0 €	65 €	82,79 €	194,68 €	0 €	3.032 €	23 €	0 €	87 €
	20-29 J.	195,93 €	2.000,96 €	0 €	44.551 €	7 €	0 €	50 €	99,80 €	633,08 €	0 €	10.717 €	13 €	0 €	52 €
	30-39 J.	527,23 €	5.723,11 €	0 €	172.826 €	16 €	0 €	80 €	219,56 €	1.280,40 €	0 €	20.830 €	18 €	0 €	81 €
	40-49 J.	591,09 €	2.565,74 €	0 €	36.186 €	44 €	0 €	189 €	541,38 €	3.687,32 €	0 €	77.931 €	38 €	0 €	151 €
	50-59 J.	869,52 €	5.741,79 €	0 €	202.588 €	123 €	16 €	447 €	753,71 €	3.289,11 €	0 €	86.781 €	125 €	20 €	421 €
	60-69 J.	1.318,08 €	6.037,29 €	0 €	183.174 €	264 €	79 €	841 €	1.174,80 €	4.427,81 €	0 €	64.690 €	261 €	73 €	795 €

Fortsetzung Tabelle 188

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	1.765,53 €	8.141,36 €	0 €	254.876 €	558 €	201 €	1.475 €	1.476,61 €	4.726,35 €	0 €	98.594 €	501 €	179 €	1.383 €
	≥80 J.	1.722,57 €	5.440,72 €	0 €	117.531 €	792 €	337 €	1.639 €	1.364,10 €	2.631,43 €	0 €	40.568 €	763 €	320 €	1.669 €
2019	0-9 J.	69,47 €	143,96 €	0 €	1.843 €	26 €	2 €	72 €	77,85 €	164,33 €	0 €	2.152 €	35 €	12 €	83 €
	10-19 J.	186,07 €	1.437,31 €	0 €	32.726 €	14 €	0 €	76 €	97,71 €	398,06 €	0 €	10.878 €	22 €	0 €	89 €
	20-29 J.	231,29 €	2.131,89 €	0 €	37.571 €	14 €	0 €	64 €	118,35 €	412,82 €	0 €	6.499 €	15 €	0 €	72 €
	30-39 J.	685,27 €	9.011,04 €	0 €	259.325 €	15 €	0 €	87 €	297,68 €	1.998,51 €	0 €	38.593 €	19 €	0 €	85 €
	40-49 J.	558,65 €	2.622,25 €	0 €	32.111 €	44 €	0 €	175 €	455,30 €	2.499,57 €	0 €	45.507 €	41 €	0 €	163 €
	50-59 J.	961,55 €	6.247,66 €	0 €	207.815 €	129 €	18 €	451 €	775,26 €	3.087,23 €	0 €	60.548 €	119 €	16 €	427 €
	60-69 J.	1.500,16 €	8.006,47 €	0 €	265.592 €	255 €	76 €	859 €	1.306,77 €	5.383,08 €	0 €	87.048 €	254 €	74 €	825 €
	≥80 J.	1.920,01 €	8.600,39 €	0 €	254.441 €	567 €	195 €	1.548 €	1.517,70 €	5.250,93 €	0 €	103.541 €	501 €	176 €	1.402 €
2020	0-9 J.	67,89 €	157,36 €	0 €	1.394 €	24 €	0 €	62 €	82,56 €	195,81 €	0 €	2.214 €	27 €	0 €	68 €
	10-19 J.	180,48 €	1.453,78 €	0 €	34.324 €	10 €	0 €	71 €	89,16 €	246,03 €	0 €	3.044 €	13 €	0 €	79 €
	20-29 J.	315,55 €	2.585,15 €	0 €	44.030 €	13 €	0 €	67 €	98,75 €	277,13 €	0 €	2.881 €	13 €	0 €	78 €
	30-39 J.	734,02 €	8.660,14 €	0 €	257.941 €	14 €	0 €	81 €	240,74 €	1.509,41 €	0 €	25.306 €	14 €	0 €	71 €
	40-49 J.	551,95 €	2.749,99 €	0 €	50.443 €	37 €	0 €	186 €	435,40 €	2.257,46 €	0 €	39.336 €	43 €	0 €	179 €
	50-59 J.	903,96 €	5.982,58 €	0 €	198.533 €	124 €	16 €	428 €	773,83 €	3.760,76 €	0 €	84.908 €	127 €	14 €	413 €
	60-69 J.	1.533,54 €	7.508,75 €	0 €	222.284 €	267 €	76 €	937 €	1.114,97 €	4.017,01 €	0 €	79.117 €	262 €	74 €	842 €
	70-79 J.	1.411,61 €	3.277,05 €	0 €	46.275 €	556 €	196 €	1.466 €	1.550,77 €	5.172,30 €	0 €	97.283 €	522 €	171 €	1.397 €
	≥80 J.	2.034,25 €	9.684,36 €	0 €	313.504 €	845 €	334 €	1.738 €	1.383,76 €	2.551,85 €	0 €	47.786 €	824 €	322 €	1.687 €

Tabelle 189: Kosten aus dem ambulanten Bereich je Altersgruppe (2016 - 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	288,56 €	448,79 €	0 €	8.858 €	226 €	116 €	372 €	270,27 €	246,48 €	0 €	2.576 €	215 €	116 €	372 €
	10-19 J.	263,35 €	594,36 €	0 €	6.931 €	122 €	47 €	251 €	217,50 €	365,81 €	0 €	5.030 €	127 €	52 €	244 €
	20-29 J.	255,60 €	405,14 €	0 €	4.328 €	128 €	32 €	305 €	240,76 €	337,53 €	0 €	3.064 €	139 €	44 €	298 €
	30-39 J.	334,58 €	1.303,50 €	0 €	29.426 €	152 €	36 €	342 €	246,40 €	358,75 €	0 €	3.807 €	141 €	39 €	307 €
	40-49 J.	384,14 €	1.445,57 €	0 €	29.688 €	195 €	56 €	403 €	281,30 €	382,45 €	0 €	5.332 €	190 €	51 €	392 €
	50-59 J.	495,13 €	1.182,04 €	0 €	29.584 €	335 €	132 €	589 €	458,46 €	892,61 €	0 €	31.324 €	323 €	137 €	593 €
	60-69 J.	725,45 €	2.065,11 €	0 €	30.782 €	455 €	261 €	752 €	625,94 €	1.548,39 €	0 €	31.040 €	464 €	250 €	730 €
	70-79 J.	1.100,68 €	2.650,06 €	0 €	31.795 €	635 €	415 €	1.009 €	792,64 €	1.388,33 €	0 €	29.721 €	630 €	400 €	940 €
≥80 J.	887,19 €	1.023,71 €	0 €	30.475 €	679 €	486 €	995 €	787,63 €	1.201,73 €	0 €	31.615 €	690 €	488 €	940 €	
2017	0-9 J.	247,70 €	220,21 €	0 €	3.400 €	198 €	112 €	333 €	265,83 €	288,94 €	0 €	4.617 €	212 €	126 €	319 €
	10-19 J.	274,52 €	568,47 €	0 €	5.076 €	121 €	50 €	263 €	222,60 €	325,39 €	0 €	4.088 €	139 €	60 €	263 €
	20-29 J.	263,92 €	404,38 €	0 €	4.331 €	137 €	36 €	329 €	304,69 €	1.071,60 €	0 €	25.250 €	140 €	43 €	340 €
	30-39 J.	306,93 €	869,64 €	0 €	25.241 €	154 €	44 €	342 €	292,56 €	461,84 €	0 €	6.385 €	158 €	53 €	341 €
	40-49 J.	458,86 €	1.792,29 €	0 €	29.647 €	218 €	63 €	449 €	304,90 €	467,99 €	0 €	6.672 €	200 €	58 €	406 €
	50-59 J.	513,87 €	1.208,71 €	0 €	30.925 €	340 €	139 €	602 €	484,78 €	1.041,75 €	0 €	35.505 €	347 €	142 €	621 €
	60-69 J.	733,77 €	1.877,40 €	0 €	30.068 €	467 €	257 €	769 €	672,97 €	1.694,66 €	0 €	34.118 €	451 €	247 €	769 €
	70-79 J.	1.078,68 €	2.406,06 €	0 €	31.342 €	661 €	429 €	1.072 €	836,59 €	1.533,31 €	0 €	32.126 €	661 €	415 €	964 €
≥80 J.	1.011,21 €	1.635,55 €	0 €	31.055 €	725 €	505 €	1.101 €	807,82 €	1.294,63 €	0 €	31.083 €	686 €	473 €	960 €	
2018	0-9 J.	278,64 €	399,11 €	0 €	4.682 €	178 €	101 €	330 €	254,24 €	257,97 €	0 €	3.031 €	198 €	110 €	310 €
	10-19 J.	315,69 €	622,12 €	0 €	6.086 €	147 €	56 €	288 €	248,24 €	355,98 €	0 €	3.541 €	148 €	66 €	284 €
	20-29 J.	310,01 €	509,23 €	0 €	6.133 €	163 €	47 €	363 €	251,32 €	321,26 €	0 €	2.115 €	150 €	36 €	294 €
	30-39 J.	323,93 €	894,39 €	0 €	25.992 €	155 €	43 €	367 €	340,20 €	1.336,59 €	0 €	39.029 €	171 €	60 €	363 €
	40-49 J.	456,73 €	1.726,05 €	0 €	31.899 €	231 €	77 €	459 €	301,53 €	415,98 €	0 €	6.108 €	191 €	58 €	394 €
	50-59 J.	540,27 €	1.126,14 €	0 €	29.851 €	364 €	155 €	643 €	501,09 €	897,34 €	0 €	32.381 €	350 €	152 €	638 €
	60-69 J.	747,12 €	1.919,35 €	0 €	31.427 €	483 €	278 €	786 €	679,59 €	1.723,63 €	0 €	31.583 €	465 €	260 €	746 €

Fortsetzung Tabelle 189

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	1.024,11 €	2.003,51 €	0 €	31.085 €	659 €	437 €	1.115 €	832,91 €	1.291,35 €	0 €	30.882 €	629 €	402 €	963 €
	≥80 J.	1.075,45 €	2.145,91 €	0 €	31.508 €	703 €	490 €	1.043 €	842,71 €	1.576,63 €	0 €	31.064 €	673 €	456 €	945 €
2019	0-9 J.	301,98 €	666,76 €	0 €	8.511 €	185 €	82 €	306 €	251,02 €	319,76 €	0 €	4.373 €	192 €	117 €	302 €
	10-19 J.	299,99 €	577,16 €	0 €	5.813 €	144 €	55 €	303 €	249,75 €	374,39 €	0 €	4.616 €	152 €	70 €	300 €
	20-29 J.	305,87 €	463,28 €	0 €	4.905 €	173 €	66 €	355 €	292,64 €	440,31 €	0 €	5.227 €	167 €	59 €	341 €
	30-39 J.	314,71 €	896,43 €	0 €	25.333 €	150 €	49 €	353 €	313,04 €	539,32 €	0 €	6.711 €	162 €	45 €	356 €
	40-49 J.	417,44 €	1.415,71 €	0 €	32.508 €	224 €	73 €	456 €	317,49 €	375,33 €	0 €	4.933 €	224 €	72 €	439 €
	50-59 J.	553,54 €	1.293,03 €	0 €	31.172 €	351 €	156 €	618 €	506,09 €	724,14 €	0 €	13.426 €	348 €	141 €	639 €
	60-69 J.	683,91 €	1.529,33 €	0 €	29.882 €	467 €	263 €	766 €	688,66 €	1.633,65 €	0 €	31.394 €	483 €	242 €	777 €
	≥80 J.	992,38 €	2.007,62 €	0 €	30.880 €	647 €	404 €	1.051 €	851,13 €	1.532,24 €	0 €	32.049 €	623 €	389 €	978 €
2020	0-9 J.	1.074,04 €	1.887,79 €	0 €	30.925 €	702 €	491 €	1.117 €	895,45 €	1.951,78 €	0 €	30.392 €	685 €	458 €	996 €
	0-9 J.	45,87 €	87,02 €	1 €	840 €	24 €	12 €	46 €	47,14 €	83,71 €	0 €	939 €	26 €	11 €	48 €
	10-19 J.	50,96 €	92,94 €	0 €	807 €	24 €	8 €	50 €	54,19 €	104,82 €	0 €	1.140 €	24 €	8 €	55 €
	20-29 J.	50,57 €	91,16 €	0 €	699 €	19 €	3 €	56 €	52,93 €	93,58 €	0 €	943 €	21 €	3 €	58 €
	30-39 J.	73,11 €	725,63 €	0 €	23.528 €	21 €	7 €	57 €	53,71 €	84,01 €	0 €	822 €	26 €	7 €	66 €
	40-49 J.	108,10 €	931,82 €	0 €	26.139 €	29 €	10 €	72 €	75,80 €	154,67 €	-4 €	3.156 €	35 €	10 €	85 €
	50-59 J.	154,18 €	1.009,28 €	0 €	26.378 €	53 €	22 €	129 €	110,25 €	203,50 €	0 €	3.998 €	59 €	22 €	135 €
	60-69 J.	204,28 €	1.166,94 €	0 €	24.919 €	80 €	35 €	184 €	200,68 €	1.217,97 €	0 €	27.116 €	83 €	36 €	185 €
	≥80 J.	343,74 €	1.665,16 €	0 €	27.548 €	138 €	54 €	243 €	252,34 €	1.156,29 €	0 €	27.511 €	138 €	62 €	239 €



Tabelle 190: Fahrtkosten je Altersgruppe (2016 – 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	37,67 €	310,48 €	0 €	6.840 €	0 €	0 €	0 €	49,05 €	515,87 €	0 €	12.309 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	52,69 €	337,30 €	0 €	6.078 €	0 €	0 €	0 €	40,08 €	223,41 €	0 €	3.272 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	55,20 €	262,49 €	0 €	3.415 €	0 €	0 €	0 €	42,26 €	258,14 €	0 €	3.590 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	66,03 €	511,13 €	0 €	11.469 €	0 €	0 €	0 €	28,17 €	190,97 €	0 €	3.061 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	111,38 €	784,05 €	0 €	15.215 €	0 €	0 €	0 €	42,93 €	245,61 €	0 €	4.281 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	122,81 €	646,99 €	0 €	12.316 €	0 €	0 €	0 €	64,19 €	417,17 €	0 €	10.050 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	184,57 €	949,71 €	0 €	14.887 €	0 €	0 €	0 €	117,47 €	544,24 €	0 €	8.013 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	273,37 €	1.031,60 €	0 €	12.755 €	0 €	0 €	0 €	220,40 €	981,33 €	0 €	17.742 €	0 €	0 €	0 €
≥80 J.	431,68 €	1.186,46 €	0 €	16.749 €	0 €	0 €	290 €	365,01 €	810,96 €	0 €	10.767 €	0 €	0 €	408 €	
2017	0-9 J.	44,01 €	394,16 €	0 €	5.423 €	0 €	0 €	0 €	25,59 €	169,41 €	0 €	2.062 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	70,53 €	469,96 €	0 €	8.912 €	0 €	0 €	0 €	75,51 €	500,02 €	0 €	8.222 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	71,54 €	328,78 €	0 €	4.448 €	0 €	0 €	0 €	60,45 €	344,93 €	0 €	4.039 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	75,28 €	487,47 €	0 €	9.182 €	0 €	0 €	0 €	38,10 €	222,76 €	0 €	2.592 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	101,58 €	694,39 €	0 €	11.569 €	0 €	0 €	0 €	42,25 €	331,98 €	0 €	9.259 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	137,26 €	718,18 €	0 €	16.849 €	0 €	0 €	0 €	104,41 €	672,26 €	0 €	18.132 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	193,27 €	899,31 €	0 €	13.476 €	0 €	0 €	0 €	159,78 €	697,28 €	0 €	10.396 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	360,65 €	1.381,17 €	0 €	17.992 €	0 €	0 €	0 €	282,52 €	1.113,51 €	0 €	21.368 €	0 €	0 €	0 €
≥80 J.	580,84 €	1.270,95 €	0 €	11.979 €	0 €	0 €	689 €	477,45 €	1.119,16 €	0 €	13.725 €	0 €	0 €	606 €	
2018	0-9 J.	40,92 €	367,61 €	0 €	4.936 €	0 €	0 €	0 €	22,61 €	157,61 €	0 €	1.630 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	54,09 €	328,19 €	0 €	6.247 €	0 €	0 €	0 €	76,15 €	535,63 €	0 €	9.563 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	93,79 €	661,24 €	0 €	10.256 €	0 €	0 €	0 €	65,99 €	438,95 €	0 €	6.848 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	92,39 €	623,32 €	0 €	13.139 €	0 €	0 €	0 €	51,33 €	362,89 €	0 €	5.744 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	131,97 €	896,97 €	0 €	18.669 €	0 €	0 €	0 €	64,53 €	422,44 €	0 €	6.292 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	141,44 €	823,78 €	0 €	17.398 €	0 €	0 €	0 €	87,88 €	504,04 €	0 €	10.371 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	226,52 €	1.110,14 €	0 €	21.020 €	0 €	0 €	0 €	166,04 €	866,82 €	0 €	15.019 €	0 €	0 €	0 €

Fortsetzung Tabelle 190

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	333,81 €	1.085,82 €	0 €	14.010 €	0 €	0 €	0 €	260,08 €	1.000,42 €	0 €	19.977 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	651,92 €	1.487,50 €	0 €	14.758 €	0 €	0 €	762 €	528,64 €	1.286,77 €	0 €	17.839 €	0 €	0 €	638 €
2019	0-9 J.	59,85 €	464,10 €	0 €	6.639 €	0 €	0 €	0 €	83,53 €	1.023,45 €	0 €	19.233 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	50,88 €	351,28 €	0 €	5.689 €	0 €	0 €	0 €	54,98 €	323,98 €	0 €	5.273 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	91,21 €	503,91 €	0 €	6.475 €	0 €	0 €	0 €	109,49 €	766,12 €	0 €	10.521 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	101,42 €	841,01 €	0 €	18.035 €	0 €	0 €	0 €	40,79 €	240,18 €	0 €	3.983 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	100,85 €	967,45 €	0 €	23.735 €	0 €	0 €	0 €	67,57 €	364,33 €	0 €	4.544 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	153,08 €	858,92 €	0 €	16.015 €	0 €	0 €	0 €	138,43 €	863,60 €	0 €	20.360 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	258,65 €	1.276,49 €	0 €	24.702 €	0 €	0 €	0 €	177,28 €	816,09 €	0 €	13.409 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	433,29 €	1.514,42 €	0 €	24.294 €	0 €	0 €	0 €	263,14 €	1.170,37 €	0 €	19.845 €	0 €	0 €	0 €
2020	0-9 J.	698,72 €	1.602,93 €	0 €	15.724 €	0 €	0 €	850 €	570,61 €	1.394,40 €	0 €	21.381 €	0 €	0 €	680 €
	0-9 J.	24,72 €	190,18 €	0 €	1.932 €	0 €	0 €	0 €	37,03 €	368,31 €	0 €	6.585 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	52,49 €	416,08 €	0 €	6.741 €	0 €	0 €	0 €	40,63 €	250,56 €	0 €	4.052 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	57,73 €	372,28 €	0 €	6.038 €	0 €	0 €	0 €	142,27 €	1.114,61 €	0 €	20.664 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	57,60 €	479,43 €	0 €	10.680 €	0 €	0 €	0 €	50,97 €	283,65 €	0 €	4.234 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	68,54 €	486,35 €	0 €	12.173 €	0 €	0 €	0 €	58,50 €	302,47 €	0 €	2.853 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	172,05 €	1.058,46 €	0 €	20.172 €	0 €	0 €	0 €	123,94 €	826,53 €	0 €	18.297 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	251,92 €	1.111,58 €	0 €	17.435 €	0 €	0 €	0 €	189,11 €	852,72 €	0 €	11.070 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	387,10 €	1.380,64 €	0 €	14.886 €	0 €	0 €	0 €	320,01 €	1.214,92 €	0 €	19.881 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	701,01 €	1.716,84 €	0 €	17.140 €	0 €	0 €	571 €	550,96 €	1.284,73 €	0 €	14.062 €	0 €	0 €	612 €

Tabelle 191: Hilfsmittelkosten nach SGB V je Altersgruppe (2016 – 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	13,59 €	213,68 €	0 €	5.188 €	0 €	0 €	0 €	9,38 €	99,90 €	0 €	2.115 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	32,49 €	620,22 €	0 €	17.345 €	0 €	0 €	0 €	17,28 €	211,15 €	0 €	4.570 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	2,89 €	18,95 €	0 €	194 €	0 €	0 €	0 €	21,07 €	269,56 €	0 €	5.699 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	23,44 €	467,19 €	0 €	15.255 €	0 €	0 €	0 €	6,02 €	60,66 €	0 €	1.622 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	20,78 €	242,29 €	0 €	4.987 €	0 €	0 €	0 €	24,55 €	319,21 €	0 €	9.555 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	34,00 €	342,64 €	0 €	13.260 €	0 €	0 €	0 €	34,69 €	392,39 €	0 €	13.507 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	51,74 €	528,91 €	0 €	19.406 €	0 €	0 €	0 €	43,78 €	319,72 €	0 €	8.016 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	91,34 €	463,25 €	0 €	8.469 €	0 €	0 €	0 €	91,63 €	580,52 €	0 €	17.328 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	153,52 €	498,54 €	0 €	5.317 €	0 €	0 €	0 €	196,46 €	775,62 €	0 €	16.676 €	0 €	0 €	0 €
2017	0-9 J.	16,81 €	211,57 €	0 €	4.786 €	0 €	0 €	0 €	9,07 €	88,80 €	0 €	2.009 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	37,93 €	577,28 €	0 €	15.786 €	0 €	0 €	0 €	44,72 €	731,51 €	0 €	18.984 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	4,82 €	41,73 €	0 €	692 €	0 €	0 €	0 €	12,99 €	165,64 €	0 €	3.297 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	12,74 €	104,89 €	0 €	2.687 €	0 €	0 €	0 €	20,32 €	346,20 €	0 €	10.534 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	41,42 €	561,36 €	0 €	15.193 €	0 €	0 €	0 €	18,58 €	196,51 €	0 €	4.950 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	36,70 €	363,74 €	0 €	12.005 €	0 €	0 €	0 €	37,17 €	388,65 €	0 €	9.972 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	70,96 €	490,71 €	0 €	8.468 €	0 €	0 €	0 €	93,77 €	1.005,21 €	0 €	35.300 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	110,85 €	633,15 €	0 €	13.667 €	0 €	0 €	0 €	157,20 €	902,88 €	0 €	16.654 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	169,20 €	526,07 €	0 €	7.793 €	0 €	0 €	66 €	204,05 €	685,55 €	0 €	11.524 €	0 €	0 €	20 €
2018	0-9 J.	11,27 €	143,38 €	0 €	3.314 €	0 €	0 €	0 €	22,91 €	328,38 €	0 €	7.169 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	25,38 €	256,32 €	0 €	4.649 €	0 €	0 €	0 €	53,11 €	943,72 €	0 €	25.968 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	4,84 €	39,92 €	0 €	829 €	0 €	0 €	0 €	16,99 €	184,60 €	0 €	2.930 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	21,02 €	242,66 €	0 €	6.655 €	0 €	0 €	0 €	10,17 €	85,65 €	0 €	1.998 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	30,36 €	300,32 €	0 €	6.594 €	0 €	0 €	0 €	21,19 €	245,97 €	0 €	6.664 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	39,47 €	411,11 €	0 €	11.839 €	0 €	0 €	0 €	31,50 €	292,94 €	0 €	8.421 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	86,68 €	649,14 €	0 €	17.422 €	0 €	0 €	0 €	97,83 €	762,05 €	0 €	20.421 €	0 €	0 €	0 €

Fortsetzung Tabelle 191

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	125,44 €	560,78 €	0 €	9.699 €	0 €	0 €	0 €	171,03 €	866,86 €	0 €	16.646 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	192,18 €	630,24 €	0 €	11.413 €	0 €	0 €	61 €	192,53 €	603,98 €	0 €	7.834 €	0 €	0 €	0 €
2019	0-9 J.	16,38 €	168,51 €	0 €	2.797 €	0 €	0 €	0 €	23,52 €	243,21 €	0 €	4.690 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	30,70 €	272,43 €	0 €	4.377 €	0 €	0 €	0 €	10,83 €	102,63 €	0 €	2.547 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	4,54 €	50,63 €	0 €	1.098 €	0 €	0 €	0 €	66,73 €	742,28 €	0 €	10.828 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	31,43 €	482,04 €	0 €	11.417 €	0 €	0 €	0 €	11,25 €	122,63 €	0 €	3.167 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	39,58 €	391,14 €	0 €	7.956 €	0 €	0 €	0 €	32,75 €	402,58 €	0 €	9.608 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	56,64 €	487,70 €	0 €	15.390 €	0 €	0 €	0 €	49,16 €	370,73 €	0 €	6.108 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	76,68 €	492,37 €	0 €	9.058 €	0 €	0 €	0 €	122,23 €	975,22 €	0 €	31.530 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	133,86 €	521,28 €	0 €	6.465 €	0 €	0 €	0 €	161,79 €	826,08 €	0 €	14.580 €	0 €	0 €	0 €
≥80 J.	234,65 €	729,64 €	0 €	8.271 €	0 €	0 €	104 €	195,96 €	595,82 €	0 €	9.528 €	0 €	0 €	70 €	
2020	0-9 J.	7,23 €	50,61 €	0 €	812 €	0 €	0 €	0 €	7,09 €	62,24 €	0 €	1.117 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	34,74 €	424,70 €	0 €	10.369 €	0 €	0 €	0 €	27,84 €	491,56 €	0 €	14.644 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	7,35 €	81,99 €	0 €	1.510 €	0 €	0 €	0 €	14,16 €	215,11 €	0 €	4.470 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	35,16 €	694,10 €	0 €	21.819 €	0 €	0 €	0 €	14,06 €	205,74 €	0 €	5.598 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	39,57 €	362,13 €	0 €	6.559 €	0 €	0 €	0 €	34,43 €	341,86 €	0 €	6.171 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	47,57 €	372,28 €	0 €	9.149 €	0 €	0 €	0 €	49,14 €	425,58 €	0 €	8.322 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	105,04 €	683,77 €	0 €	15.111 €	0 €	0 €	0 €	89,80 €	736,85 €	0 €	27.884 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	155,24 €	781,10 €	0 €	19.347 €	0 €	0 €	0 €	151,33 €	655,26 €	0 €	9.782 €	0 €	0 €	0 €
≥80 J.	226,31 €	763,31 €	0 €	16.634 €	0 €	0 €	117 €	188,27 €	578,07 €	0 €	8.454 €	0 €	0 €	76 €	

Tabelle 192: Kosten der Heilmittelleistungen je Altersgruppe (2016-2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	140,69 €	344,58 €	0 €	2.190 €	0 €	0 €	0 €	113,05 €	344,32 €	0 €	2.532 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	60,60 €	294,40 €	0 €	5.175 €	0 €	0 €	0 €	37,78 €	219,76 €	0 €	3.346 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	20,53 €	116,18 €	0 €	1.917 €	0 €	0 €	0 €	35,09 €	252,80 €	0 €	4.277 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	60,70 €	342,48 €	0 €	7.476 €	0 €	0 €	0 €	30,18 €	134,69 €	0 €	3.090 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	49,70 €	163,62 €	0 €	1.818 €	0 €	0 €	0 €	46,87 €	167,90 €	0 €	2.641 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	78,09 €	312,95 €	0 €	5.563 €	0 €	0 €	20 €	83,91 €	303,15 €	0 €	5.124 €	0 €	0 €	50 €
	60-69 J.	93,06 €	367,43 €	0 €	9.606 €	0 €	0 €	69 €	103,45 €	463,08 €	0 €	8.915 €	0 €	0 €	57 €
	70-79 J.	127,83 €	440,78 €	0 €	5.692 €	0 €	0 €	93 €	139,77 €	528,11 €	0 €	6.559 €	0 €	0 €	85 €
	≥80 J.	142,42 €	484,68 €	0 €	6.120 €	0 €	0 €	91 €	182,38 €	601,51 €	0 €	10.212 €	0 €	0 €	113 €
2017	0-9 J.	161,46 €	399,87 €	0 €	2.585 €	0 €	0 €	0 €	100,16 €	307,61 €	0 €	2.360 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	58,13 €	249,72 €	0 €	2.280 €	0 €	0 €	0 €	42,48 €	207,25 €	0 €	3.180 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	23,31 €	116,69 €	0 €	1.644 €	0 €	0 €	0 €	34,21 €	237,01 €	0 €	5.104 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	61,17 €	347,76 €	0 €	7.721 €	0 €	0 €	0 €	40,75 €	229,05 €	0 €	4.015 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	59,16 €	206,80 €	0 €	2.773 €	0 €	0 €	0 €	55,55 €	208,10 €	0 €	3.556 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	93,60 €	327,75 €	0 €	4.605 €	0 €	0 €	44 €	88,61 €	313,86 €	0 €	5.330 €	0 €	0 €	56 €
	60-69 J.	99,86 €	405,97 €	0 €	10.125 €	0 €	0 €	54 €	119,32 €	521,80 €	0 €	11.360 €	0 €	0 €	85 €
	70-79 J.	128,39 €	394,24 €	0 €	5.424 €	0 €	0 €	99 €	158,32 €	550,21 €	0 €	7.046 €	0 €	0 €	103 €
	≥80 J.	156,74 €	527,69 €	0 €	6.099 €	0 €	0 €	101 €	179,41 €	617,33 €	0 €	11.869 €	0 €	0 €	103 €
2018	0-9 J.	198,61 €	515,54 €	0 €	3.037 €	0 €	0 €	0 €	132,87 €	374,33 €	0 €	2.966 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	64,84 €	267,33 €	0 €	2.516 €	0 €	0 €	0 €	45,12 €	234,38 €	0 €	4.207 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	28,21 €	143,81 €	0 €	1.857 €	0 €	0 €	0 €	36,76 €	268,26 €	0 €	5.515 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	57,70 €	313,97 €	0 €	6.446 €	0 €	0 €	0 €	46,71 €	241,54 €	0 €	4.764 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	68,93 €	241,58 €	0 €	3.800 €	0 €	0 €	0 €	54,70 €	240,62 €	0 €	4.624 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	118,05 €	399,20 €	0 €	6.155 €	0 €	0 €	78 €	109,51 €	405,86 €	0 €	6.944 €	0 €	0 €	69 €
	60-69 J.	127,44 €	459,76 €	0 €	7.423 €	0 €	0 €	93 €	141,49 €	606,49 €	0 €	12.660 €	0 €	0 €	100 €

Fortsetzung Tabelle 192

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
	70-79 J.	148,66 €	450,35 €	0 €	6.585 €	0 €	0 €	118 €	171,09 €	577,37 €	0 €	8.723 €	0 €	0 €	119 €
	≥80 J.	184,62 €	634,94 €	0 €	8.205 €	0 €	0 €	118 €	191,75 €	693,90 €	0 €	15.331 €	0 €	0 €	110 €
2019	0-9 J.	258,57 €	627,23 €	0 €	3.951 €	0 €	0 €	6 €	136,81 €	424,88 €	0 €	4.771 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	83,77 €	309,70 €	0 €	3.013 €	0 €	0 €	0 €	42,53 €	237,45 €	0 €	4.668 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	14,72 €	97,89 €	0 €	1.902 €	0 €	0 €	0 €	51,22 €	316,10 €	0 €	4.053 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	59,67 €	262,69 €	0 €	3.574 €	0 €	0 €	0 €	55,47 €	305,47 €	0 €	5.965 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	90,18 €	352,54 €	0 €	5.517 €	0 €	0 €	0 €	86,16 €	372,32 €	0 €	5.934 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	133,35 €	441,79 €	0 €	6.737 €	0 €	0 €	65 €	134,84 €	453,98 €	0 €	9.035 €	0 €	0 €	109 €
	60-69 J.	162,46 €	578,99 €	0 €	9.365 €	0 €	0 €	96 €	162,48 €	645,89 €	0 €	14.075 €	0 €	0 €	109 €
	70-79 J.	192,75 €	660,65 €	0 €	10.810 €	0 €	0 €	145 €	198,83 €	646,13 €	0 €	9.485 €	0 €	0 €	137 €
	≥80 J.	219,01 €	737,97 €	0 €	10.960 €	0 €	0 €	161 €	235,28 €	817,72 €	0 €	15.127 €	0 €	0 €	152 €
2020	0-9 J.	259,18 €	624,79 €	0 €	5.325 €	0 €	0 €	78 €	123,46 €	383,56 €	0 €	3.341 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	72,64 €	286,47 €	0 €	2.759 €	0 €	0 €	0 €	47,30 €	293,01 €	0 €	5.982 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	17,48 €	90,40 €	0 €	1.128 €	0 €	0 €	0 €	34,95 €	176,19 €	0 €	1.979 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	53,82 €	438,45 €	0 €	12.588 €	0 €	0 €	0 €	50,65 €	238,81 €	0 €	5.089 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	91,60 €	341,88 €	0 €	4.723 €	0 €	0 €	0 €	83,87 €	342,46 €	0 €	5.299 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	125,07 €	499,16 €	0 €	11.552 €	0 €	0 €	0 €	112,07 €	390,90 €	0 €	8.822 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	162,95 €	557,11 €	0 €	10.098 €	0 €	0 €	106 €	163,01 €	598,45 €	0 €	11.025 €	0 €	0 €	105 €
	70-79 J.	191,46 €	746,31 €	0 €	14.376 €	0 €	0 €	128 €	157,95 €	465,67 €	0 €	6.530 €	0 €	0 €	128 €
	≥80 J.	206,69 €	701,74 €	0 €	10.016 €	0 €	0 €	118 €	221,88 €	802,26 €	0 €	11.615 €	0 €	0 €	128 €

Tabelle 193: Kosten der häuslichen Krankenpflegeleistungen je Altersgruppe (2016-2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	6,56 €	147,11 €	0 €	3.910 €	0 €	0 €	0 €	0,02 €	0,63 €	0 €	17 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	7,53 €	145,26 €	0 €	3.764 €	0 €	0 €	0 €	0,26 €	6,25 €	0 €	195 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	53,79 €	841,75 €	0 €	20.786 €	0 €	0 €	0 €	11,79 €	231,90 €	0 €	6.821 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	57,22 €	663,72 €	0 €	15.019 €	0 €	0 €	0 €	113,21 €	2.483,90 €	0 €	113.327 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	91,94 €	913,41 €	0 €	20.363 €	0 €	0 €	0 €	138,27 €	1.037,97 €	0 €	18.780 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	411,18 €	1.855,62 €	0 €	19.564 €	0 €	0 €	0 €	420,03 €	6.051,82 €	0 €	232.002 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	1.259,18 €	3.115,87 €	0 €	21.943 €	0 €	0 €	452 €	1.161,28 €	5.689,43 €	0 €	191.862 €	0 €	0 €	132 €
2017	0-9 J.	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	0,19 €	5,54 €	0 €	162 €	0 €	0 €	0 €	0,03 €	0,83 €	0 €	26 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	2,04 €	32,93 €	0 €	636 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	6,26 €	135,19 €	0 €	4.164 €	0 €	0 €	0 €	8,39 €	175,57 €	0 €	5.095 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	24,18 €	351,57 €	0 €	8.993 €	0 €	0 €	0 €	9,29 €	170,53 €	0 €	4.551 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	51,54 €	558,81 €	0 €	11.816 €	0 €	0 €	0 €	94,98 €	2.601,30 €	0 €	123.790 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	98,54 €	897,97 €	0 €	19.938 €	0 €	0 €	0 €	206,14 €	3.770,73 €	0 €	142.855 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	246,52 €	1.185,46 €	0 €	15.451 €	0 €	0 €	0 €	303,37 €	3.497,45 €	0 €	119.948 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	801,11 €	1.951,42 €	0 €	13.713 €	0 €	0 €	227 €	768,96 €	3.775,52 €	0 €	137.535 €	0 €	0 €	35 €
2018	0-9 J.	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	0,68 €	15,46 €	0 €	422 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	2,29 €	49,15 €	0 €	1.195 €	0 €	0 €	0 €	7,93 €	131,37 €	0 €	2.305 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	14,24 €	324,51 €	0 €	8.584 €	0 €	0 €	0 €	5,57 €	98,42 €	0 €	2.771 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	25,05 €	392,60 €	0 €	10.257 €	0 €	0 €	0 €	16,50 €	322,37 €	0 €	8.939 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	61,14 €	657,12 €	0 €	15.323 €	0 €	0 €	0 €	108,02 €	2.828,35 €	0 €	129.615 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	119,92 €	899,74 €	0 €	14.086 €	0 €	0 €	0 €	139,81 €	1.188,78 €	0 €	32.907 €	0 €	0 €	0 €

Fortsetzung Tabelle 193

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
	70-79 J.	323,77 €	1.575,49 €	0 €	24.807 €	0 €	0 €	0 €	619,69 €	7.789,56 €	0 €	160.738 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	875,62 €	2.165,81 €	0 €	19.796 €	0 €	0 €	291 €	694,09 €	1.912,70 €	0 €	16.069 €	0 €	0 €	0 €
2019	0-9 J.	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	11,65 €	240,18 €	0 €	4.952 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	0,54 €	15,91 €	0 €	470 €	0 €	0 €	0 €	3,07 €	93,03 €	0 €	2.952 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	3,13 €	43,54 €	0 €	747 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	19,42 €	392,26 €	0 €	9.161 €	0 €	0 €	0 €	7,26 €	136,55 €	0 €	2.995 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	14,20 €	298,04 €	0 €	9.100 €	0 €	0 €	0 €	10,19 €	186,53 €	0 €	4.421 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	76,41 €	841,37 €	0 €	19.633 €	0 €	0 €	0 €	34,75 €	462,58 €	0 €	10.531 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	115,44 €	860,54 €	0 €	16.016 €	0 €	0 €	0 €	227,64 €	3.878,54 €	0 €	133.064 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	309,51 €	1.417,64 €	0 €	14.887 €	0 €	0 €	0 €	563,96 €	6.845,79 €	0 €	144.045 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	1.098,35 €	2.657,75 €	0 €	25.168 €	0 €	0 €	418 €	834,66 €	2.275,33 €	0 €	16.648 €	0 €	0 €	0 €
2020	0-9 J.	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	0,91 €	13,73 €	0 €	287 €	0 €	0 €	0 €	14,38 €	367,89 €	0 €	11.029 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	10,74 €	246,50 €	0 €	5.686 €	0 €	0 €	0 €	6,30 €	131,60 €	0 €	2.751 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	136,67 €	3.908,34 €	0 €	126.830 €	0 €	0 €	0 €	6,61 €	138,72 €	0 €	3.183 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	7,61 €	156,79 €	0 €	3.776 €	0 €	0 €	0 €	4,36 €	81,56 €	0 €	2.270 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	38,75 €	445,58 €	0 €	10.313 €	0 €	0 €	0 €	27,56 €	375,20 €	0 €	9.251 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	102,72 €	1.702,79 €	0 €	74.688 €	0 €	0 €	0 €	191,80 €	4.169,32 €	0 €	144.043 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	168,36 €	939,14 €	0 €	11.980 €	0 €	0 €	0 €	527,07 €	7.202,47 €	0 €	144.438 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	547,16 €	1.673,36 €	0 €	35.239 €	0 €	0 €	76 €	551,52 €	1.633,03 €	0 €	13.307 €	0 €	0 €	0 €



Tabelle 194: Krankenhauskosten (voll- und teilstationär) je Altersgruppe (2016 – 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	482,52 €	2.096,37 €	0 €	37.232 €	0 €	0 €	0 €	345,85 €	1.558,14 €	0 €	28.369 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	347,55 €	1.815,79 €	0 €	35.693 €	0 €	0 €	0 €	368,42 €	2.909,40 €	0 €	62.642 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	420,91 €	1.519,70 €	0 €	21.756 €	0 €	0 €	0 €	471,65 €	1.928,47 €	0 €	31.632 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	432,26 €	1.559,09 €	0 €	21.586 €	0 €	0 €	0 €	361,60 €	1.542,92 €	0 €	28.537 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	611,02 €	2.848,08 €	0 €	49.193 €	0 €	0 €	0 €	586,73 €	5.021,75 €	0 €	136.830 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	858,36 €	4.156,50 €	0 €	100.830 €	0 €	0 €	0 €	822,23 €	5.281,32 €	0 €	158.008 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	1.297,84 €	4.895,36 €	0 €	79.977 €	0 €	0 €	0 €	1.158,31 €	5.282,95 €	-30 €	142.149 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	1.905,25 €	6.412,87 €	0 €	97.161 €	0 €	0 €	1.343 €	1.708,36 €	6.917,54 €	0 €	204.226 €	0 €	0 €	101 €
≥80 J.	2.582,43 €	6.354,55 €	0 €	101.441 €	0 €	0 €	2.261 €	2.811,21 €	6.110,20 €	0 €	57.749 €	0 €	0 €	2.904 €	
2017	0-9 J.	401,48 €	1.607,66 €	0 €	23.712 €	0 €	0 €	0 €	318,16 €	1.355,36 €	0 €	21.549 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	471,70 €	3.348,66 €	0 €	73.176 €	0 €	0 €	0 €	504,37 €	2.752,92 €	0 €	37.927 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	467,28 €	1.642,16 €	0 €	21.160 €	0 €	0 €	0 €	401,76 €	1.363,39 €	0 €	12.681 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	520,22 €	2.596,15 €	0 €	62.542 €	0 €	0 €	0 €	433,06 €	1.567,38 €	0 €	17.558 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	785,00 €	4.169,57 €	0 €	72.780 €	0 €	0 €	0 €	441,65 €	2.064,05 €	0 €	37.928 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	996,56 €	4.339,56 €	0 €	73.519 €	0 €	0 €	0 €	942,25 €	4.880,96 €	0 €	118.013 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	1.381,78 €	5.256,35 €	0 €	92.839 €	0 €	0 €	0 €	1.717,40 €	7.756,15 €	0 €	201.865 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	2.269,20 €	7.169,03 €	0 €	94.497 €	0 €	0 €	1.388 €	2.401,73 €	7.269,19 €	0 €	118.004 €	0 €	0 €	1.126 €
≥80 J.	3.465,36 €	7.424,32 €	0 €	78.017 €	0 €	0 €	3.725 €	3.272,10 €	7.875,45 €	0 €	106.337 €	0 €	0 €	3.056 €	
2018	0-9 J.	263,19 €	1.062,92 €	0 €	16.605 €	0 €	0 €	0 €	188,03 €	1.410,38 €	0 €	28.460 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	385,42 €	1.654,65 €	0 €	23.810 €	0 €	0 €	0 €	645,71 €	4.469,80 €	0 €	69.348 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	557,99 €	2.347,66 €	0 €	27.704 €	0 €	0 €	0 €	535,24 €	3.578,95 €	0 €	78.384 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	565,40 €	2.238,17 €	0 €	36.598 €	0 €	0 €	0 €	513,53 €	2.720,02 €	0 €	64.708 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	503,72 €	2.057,34 €	0 €	22.194 €	0 €	0 €	0 €	612,77 €	3.806,34 €	0 €	88.511 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	830,34 €	3.495,57 €	0 €	72.368 €	0 €	0 €	0 €	1.048,99 €	5.419,24 €	0 €	102.794 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	1.414,77 €	5.954,45 €	0 €	145.896 €	0 €	0 €	0 €	1.742,79 €	7.983,08 €	0 €	200.883 €	0 €	0 €	0 €

Fortsetzung Tabelle 194

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	2.279,36 €	7.042,62 €	0 €	125.438 €	0 €	0 €	1.593 €	2.310,23 €	8.546,01 €	0 €	210.549 €	0 €	0 €	1.618 €
	≥80 J.	3.291,99 €	7.452,41 €	0 €	125.403 €	0 €	0 €	3.185 €	3.434,77 €	8.658,91 €	0 €	125.962 €	0 €	0 €	3.026 €
2019	0-9 J.	304,96 €	2.491,18 €	0 €	52.271 €	0 €	0 €	0 €	300,01 €	1.981,34 €	0 €	37.485 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	268,40 €	1.421,35 €	0 €	21.409 €	0 €	0 €	0 €	385,63 €	2.505,20 €	0 €	40.978 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	492,69 €	1.758,16 €	0 €	18.748 €	0 €	0 €	0 €	428,72 €	1.654,06 €	0 €	19.405 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	710,12 €	3.989,22 €	0 €	82.887 €	0 €	0 €	0 €	560,62 €	2.323,54 €	0 €	37.203 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	469,16 €	2.319,07 €	0 €	43.591 €	0 €	0 €	0 €	445,59 €	2.822,32 €	0 €	59.982 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	975,79 €	4.319,15 €	0 €	66.535 €	0 €	0 €	0 €	1.001,32 €	4.560,06 €	0 €	72.441 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	1.724,58 €	9.762,14 €	0 €	326.579 €	0 €	0 €	0 €	2.106,38 €	13.120,47 €	0 €	459.688 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	2.910,79 €	10.125,91 €	0 €	146.971 €	0 €	0 €	1.707 €	2.197,16 €	7.084,87 €	0 €	128.964 €	0 €	0 €	817 €
2020	0-9 J.	170,22 €	1.257,30 €	0 €	22.786 €	0 €	0 €	0 €	215,84 €	1.231,99 €	0 €	17.644 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	240,08 €	1.775,84 €	0 €	34.517 €	0 €	0 €	0 €	386,00 €	2.466,72 €	0 €	37.598 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	345,29 €	1.189,46 €	0 €	9.695 €	0 €	0 €	0 €	509,83 €	2.266,17 €	0 €	30.738 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	527,67 €	2.040,48 €	0 €	22.136 €	0 €	0 €	0 €	457,20 €	2.020,93 €	0 €	29.528 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	465,70 €	3.118,79 €	0 €	80.456 €	0 €	0 €	0 €	599,79 €	2.944,04 €	0 €	58.693 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	1.064,67 €	5.428,75 €	0 €	129.941 €	0 €	0 €	0 €	989,40 €	5.873,37 €	0 €	143.407 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	1.708,75 €	10.537,29 €	0 €	400.196 €	0 €	0 €	0 €	1.664,39 €	7.987,22 €	0 €	188.117 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	2.165,18 €	7.015,29 €	0 €	112.378 €	0 €	0 €	0 €	2.651,45 €	13.066,90 €	0 €	325.025 €	0 €	0 €	829 €
	≥80 J.	3.212,03 €	8.545,87 €	0 €	162.337 €	0 €	0 €	2.982 €	3.285,98 €	8.210,58 €	0 €	116.904 €	0 €	0 €	2.992 €

Tabelle 195: Krankenhauskosten für ASK-Fälle (voll- und teilstationär) je Altersgruppe (2016 – 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	167,42 €	642,45 €	0 €	7.432 €	0 €	0 €	0 €	135,79 €	547,41 €	0 €	4.618 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	139,31 €	1.340,07 €	0 €	33.555 €	0 €	0 €	0 €	107,41 €	1.036,38 €	0 €	25.193 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	104,04 €	628,11 €	0 €	7.625 €	0 €	0 €	0 €	168,97 €	1.577,11 €	0 €	31.632 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	156,47 €	1.042,14 €	0 €	21.586 €	0 €	0 €	0 €	164,62 €	1.219,24 €	0 €	28.537 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	241,43 €	1.135,60 €	0 €	14.227 €	0 €	0 €	0 €	412,41 €	4.756,78 €	0 €	131.445 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	348,64 €	1.787,11 €	0 €	36.835 €	0 €	0 €	0 €	397,52 €	3.687,72 €	0 €	158.008 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	560,78 €	2.968,87 €	0 €	72.584 €	0 €	0 €	0 €	463,78 €	2.454,31 €	-30 €	78.288 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	778,77 €	2.853,84 €	0 €	42.488 €	0 €	0 €	0 €	720,98 €	2.545,51 €	0 €	24.845 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	960,07 €	3.200,61 €	0 €	47.443 €	0 €	0 €	0 €	1.034,86 €	3.458,43 €	0 €	49.786 €	0 €	0 €	0 €
2017	0-9 J.	184,65 €	602,73 €	0 €	5.310 €	0 €	0 €	0 €	137,51 €	577,38 €	0 €	5.381 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	217,41 €	2.700,00 €	0 €	66.749 €	0 €	0 €	0 €	247,38 €	1.952,02 €	0 €	34.622 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	136,28 €	881,98 €	0 €	9.242 €	0 €	0 €	0 €	110,29 €	794,71 €	0 €	9.150 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	198,02 €	1.025,51 €	0 €	15.246 €	0 €	0 €	0 €	181,86 €	1.139,90 €	0 €	17.558 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	327,45 €	2.092,29 €	0 €	46.644 €	0 €	0 €	0 €	228,77 €	1.334,44 €	0 €	22.369 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	435,95 €	2.384,06 €	0 €	47.457 €	0 €	0 €	0 €	460,51 €	2.805,58 €	0 €	94.620 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	677,21 €	2.705,94 €	0 €	40.566 €	0 €	0 €	0 €	816,76 €	5.174,39 €	0 €	176.383 €	0 €	0 €	0 €
	70-79 J.	1.201,89 €	4.604,62 €	0 €	94.497 €	0 €	0 €	0 €	1.300,98 €	4.915,77 €	0 €	97.653 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	1.716,00 €	4.543,55 €	0 €	50.390 €	0 €	0 €	1.626 €	1.487,64 €	4.037,43 €	0 €	45.594 €	0 €	0 €	841 €
2018	0-9 J.	151,30 €	584,66 €	0 €	4.465 €	0 €	0 €	0 €	55,49 €	311,13 €	0 €	2.738 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	151,12 €	830,95 €	0 €	15.144 €	0 €	0 €	0 €	169,63 €	2.310,56 €	0 €	67.948 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	177,83 €	1.454,01 €	0 €	27.704 €	0 €	0 €	0 €	111,34 €	780,74 €	0 €	9.832 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	216,27 €	1.237,07 €	0 €	20.135 €	0 €	0 €	0 €	152,93 €	1.034,24 €	0 €	17.735 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	251,72 €	1.348,24 €	0 €	14.821 €	0 €	0 €	0 €	390,71 €	3.503,32 €	0 €	88.511 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	380,91 €	1.889,41 €	0 €	31.358 €	0 €	0 €	0 €	402,77 €	2.130,63 €	0 €	44.268 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	584,22 €	2.603,07 €	0 €	55.114 €	0 €	0 €	0 €	781,53 €	4.331,95 €	0 €	115.596 €	0 €	0 €	0 €

Fortsetzung Tabelle 195

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	1.271,51 €	5.356,08 €	0 €	125.438 €	0 €	0 €	0 €	1.237,99 €	3.873,64 €	0 €	39.531 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	1.754,77 €	4.578,26 €	0 €	53.247 €	0 €	0 €	1.511 €	1.506,97 €	4.762,02 €	0 €	99.384 €	0 €	0 €	660 €
2019	0-9 J.	76,25 €	397,32 €	0 €	4.239 €	0 €	0 €	0 €	113,58 €	544,09 €	0 €	6.193 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	91,15 €	531,94 €	0 €	6.598 €	0 €	0 €	0 €	169,21 €	1.900,24 €	0 €	40.978 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	162,78 €	1.011,68 €	0 €	10.126 €	0 €	0 €	0 €	97,77 €	573,91 €	0 €	5.855 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	252,98 €	2.799,71 €	0 €	82.887 €	0 €	0 €	0 €	214,14 €	1.467,71 €	0 €	29.875 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	225,32 €	1.217,16 €	0 €	18.423 €	0 €	0 €	0 €	243,39 €	2.306,35 €	0 €	59.982 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	478,06 €	2.857,86 €	0 €	66.535 €	0 €	0 €	0 €	480,72 €	2.755,05 €	0 €	47.861 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	854,32 €	8.100,10 €	0 €	326.579 €	0 €	0 €	0 €	894,70 €	4.378,55 €	0 €	75.301 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	1.679,01 €	6.792,53 €	0 €	118.461 €	0 €	0 €	0 €	1.078,23 €	3.649,59 €	0 €	43.577 €	0 €	0 €	0 €
2020	0-9 J.	1.797,37 €	5.220,46 €	0 €	64.640 €	0 €	0 €	459 €	1.572,60 €	4.552,26 €	0 €	64.723 €	0 €	0 €	885 €
	0-9 J.	29,18 €	300,67 €	0 €	4.749 €	0 €	0 €	0 €	85,78 €	515,15 €	0 €	6.202 €	0 €	0 €	0 €
	10-19 J.	67,95 €	689,45 €	0 €	15.963 €	0 €	0 €	0 €	92,35 €	888,32 €	0 €	22.879 €	0 €	0 €	0 €
	20-29 J.	85,85 €	569,23 €	0 €	6.362 €	0 €	0 €	0 €	118,86 €	1.219,73 €	0 €	23.691 €	0 €	0 €	0 €
	30-39 J.	144,06 €	913,00 €	0 €	9.382 €	0 €	0 €	0 €	123,09 €	1.054,59 €	0 €	20.229 €	0 €	0 €	0 €
	40-49 J.	119,73 €	765,04 €	0 €	9.766 €	0 €	0 €	0 €	264,29 €	1.642,72 €	0 €	34.082 €	0 €	0 €	0 €
	50-59 J.	450,50 €	3.145,78 €	0 €	113.839 €	0 €	0 €	0 €	429,53 €	2.959,93 €	0 €	65.547 €	0 €	0 €	0 €
	60-69 J.	702,96 €	3.446,59 €	0 €	51.365 €	0 €	0 €	0 €	810,67 €	6.454,53 €	0 €	188.117 €	0 €	0 €	0 €
	≥80 J.	1.062,04 €	4.924,96 €	0 €	112.378 €	0 €	0 €	0 €	1.391,61 €	7.783,92 €	0 €	202.524 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 196: Anzahl der vollstationären Krankenhausaufenthalte pro Versicherten je Altersgruppe (2016 – 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	0,19	0,52	0	6	0	0	0	0,15	0,49	0	5	0	0	0
	10-19 J.	0,12	0,45	0	6	0	0	0	0,10	0,37	0	3	0	0	0
	20-29 J.	0,13	0,47	0	5	0	0	0	0,10	0,40	0	6	0	0	0
	30-39 J.	0,13	0,45	0	4	0	0	0	0,11	0,41	0	4	0	0	0
	40-49 J.	0,19	0,66	0	10	0	0	0	0,13	0,46	0	6	0	0	0
	50-59 J.	0,22	0,69	0	8	0	0	0	0,18	0,58	0	9	0	0	0
	60-69 J.	0,30	0,83	0	10	0	0	0	0,28	0,78	0	11	0	0	0
	70-79 J.	0,43	0,98	0	13	0	0	1	0,40	0,89	0	9	0	0	0
	≥80 J.	0,63	1,22	0	14	0	0	1	0,62	1,09	0	11	0	0	1
2017	0-9 J.	0,16	0,44	0	4	0	0	0	0,13	0,44	0	4	0	0	0
	10-19 J.	0,13	0,54	0	11	0	0	0	0,13	0,49	0	7	0	0	0
	20-29 J.	0,11	0,41	0	5	0	0	0	0,10	0,40	0	4	0	0	0
	30-39 J.	0,14	0,48	0	4	0	0	0	0,13	0,44	0	5	0	0	0
	40-49 J.	0,19	0,68	0	9	0	0	0	0,13	0,46	0	6	0	0	0
	50-59 J.	0,26	0,88	0	12	0	0	0	0,22	0,68	0	11	0	0	0
	60-69 J.	0,34	0,91	0	9	0	0	0	0,36	1,12	0	28	0	0	0
	70-79 J.	0,48	1,05	0	11	0	0	1	0,51	1,13	0	13	0	0	1
	≥80 J.	0,72	1,18	0	8	0	0	1	0,70	1,29	0	20	0	0	1
2018	0-9 J.	0,12	0,39	0	3	0	0	0	0,07	0,33	0	5	0	0	0
	10-19 J.	0,14	0,40	0	3	0	0	0	0,13	0,61	0	15	0	0	0
	20-29 J.	0,13	0,54	0	7	0	0	0	0,11	0,45	0	6	0	0	0
	30-39 J.	0,14	0,44	0	4	0	0	0	0,12	0,41	0	4	0	0	0
	40-49 J.	0,15	0,52	0	6	0	0	0	0,14	0,57	0	9	0	0	0
	50-59 J.	0,21	0,77	0	21	0	0	0	0,21	0,70	0	11	0	0	0
	60-69 J.	0,32	0,93	0	13	0	0	0	0,34	0,99	0	15	0	0	0

Fortsetzung Tabelle 196

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	0,50	1,14	0	15	0	0	1	0,48	1,03	0	9	0	0	1
	≥80 J.	0,68	1,24	0	15	0	0	1	0,67	1,18	0	10	0	0	1
2019	0-9 J.	0,08	0,30	0	2	0	0	0	0,11	0,45	0	7	0	0	0
	10-19 J.	0,09	0,40	0	5	0	0	0	0,10	0,37	0	4	0	0	0
	20-29 J.	0,10	0,38	0	4	0	0	0	0,11	0,39	0	3	0	0	0
	30-39 J.	0,13	0,53	0	7	0	0	0	0,13	0,46	0	5	0	0	0
	40-49 J.	0,14	0,58	0	12	0	0	0	0,11	0,42	0	4	0	0	0
	50-59 J.	0,22	0,80	0	16	0	0	0	0,22	0,76	0	9	0	0	0
	60-69 J.	0,32	0,84	0	8	0	0	0	0,35	0,98	0	12	0	0	0
	70-79 J.	0,52	1,12	0	11	0	0	1	0,45	1,04	0	14	0	0	0
	≥80 J.	0,64	1,19	0	13	0	0	1	0,67	1,17	0	9	0	0	1
2020	0-9 J.	0,06	0,26	0	2	0	0	0	0,09	0,39	0	4	0	0	0
	10-19 J.	0,05	0,26	0	4	0	0	0	0,08	0,37	0	5	0	0	0
	20-29 J.	0,10	0,40	0	5	0	0	0	0,11	0,44	0	4	0	0	0
	30-39 J.	0,10	0,43	0	5	0	0	0	0,08	0,32	0	3	0	0	0
	40-49 J.	0,10	0,38	0	4	0	0	0	0,14	0,52	0	9	0	0	0
	50-59 J.	0,21	0,79	0	16	0	0	0	0,19	0,77	0	14	0	0	0
	60-69 J.	0,30	0,94	0	11	0	0	0	0,26	0,80	0	11	0	0	0
	70-79 J.	0,40	0,88	0	7	0	0	0	0,41	0,92	0	10	0	0	1
	≥80 J.	0,58	1,12	0	13	0	0	1	0,57	1,10	0	14	0	0	1

Tabelle 197: Anzahl der vollstationären ASK-Fälle pro Versicherten je Altersgruppe (2016 – 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	0,10	0,35	0	3	0	0	0	0,07	0,28	0	2	0	0	0
	10-19 J.	0,05	0,25	0	4	0	0	0	0,04	0,21	0	3	0	0	0
	20-29 J.	0,03	0,20	0	2	0	0	0	0,03	0,20	0	3	0	0	0
	30-39 J.	0,05	0,27	0	4	0	0	0	0,05	0,26	0	3	0	0	0
	40-49 J.	0,08	0,33	0	3	0	0	0	0,07	0,33	0	4	0	0	0
	50-59 J.	0,11	0,44	0	6	0	0	0	0,09	0,37	0	4	0	0	0
	60-69 J.	0,14	0,49	0	8	0	0	0	0,13	0,45	0	4	0	0	0
	70-79 J.	0,22	0,64	0	9	0	0	0	0,20	0,62	0	9	0	0	0
	≥80 J.	0,29	0,78	0	10	0	0	0	0,26	0,66	0	7	0	0	0
2017	0-9 J.	0,10	0,31	0	2	0	0	0	0,07	0,27	0	2	0	0	0
	10-19 J.	0,06	0,39	0	9	0	0	0	0,06	0,25	0	3	0	0	0
	20-29 J.	0,03	0,19	0	2	0	0	0	0,02	0,19	0	3	0	0	0
	30-39 J.	0,06	0,29	0	3	0	0	0	0,05	0,27	0	4	0	0	0
	40-49 J.	0,08	0,35	0	4	0	0	0	0,06	0,32	0	6	0	0	0
	50-59 J.	0,11	0,48	0	7	0	0	0	0,11	0,45	0	10	0	0	0
	60-69 J.	0,17	0,55	0	5	0	0	0	0,18	0,83	0	28	0	0	0
	70-79 J.	0,25	0,69	0	7	0	0	0	0,26	0,68	0	6	0	0	0
	≥80 J.	0,34	0,78	0	7	0	0	0	0,30	0,69	0	7	0	0	0
2018	0-9 J.	0,08	0,29	0	2	0	0	0	0,03	0,17	0	1	0	0	0
	10-19 J.	0,06	0,25	0	2	0	0	0	0,04	0,21	0	2	0	0	0
	20-29 J.	0,04	0,25	0	3	0	0	0	0,04	0,25	0	4	0	0	0
	30-39 J.	0,06	0,27	0	3	0	0	0	0,04	0,22	0	3	0	0	0
	40-49 J.	0,07	0,31	0	3	0	0	0	0,06	0,36	0	6	0	0	0
	50-59 J.	0,09	0,42	0	8	0	0	0	0,09	0,37	0	6	0	0	0
	60-69 J.	0,14	0,55	0	10	0	0	0	0,16	0,54	0	7	0	0	0

Fortsetzung Tabelle 197

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	0,27	0,81	0	15	0	0	0	0,26	0,71	0	7	0	0	0
	≥80 J.	0,35	0,83	0	11	0	0	0	0,29	0,69	0	6	0	0	0
2019	0-9 J.	0,04	0,20	0	2	0	0	0	0,05	0,21	0	1	0	0	0
	10-19 J.	0,04	0,22	0	2	0	0	0	0,04	0,23	0	3	0	0	0
	20-29 J.	0,03	0,17	0	2	0	0	0	0,04	0,22	0	2	0	0	0
	30-39 J.	0,05	0,24	0	2	0	0	0	0,04	0,26	0	5	0	0	0
	40-49 J.	0,06	0,29	0	3	0	0	0	0,05	0,26	0	2	0	0	0
	50-59 J.	0,10	0,44	0	6	0	0	0	0,10	0,44	0	6	0	0	0
	60-69 J.	0,15	0,55	0	7	0	0	0	0,17	0,61	0	9	0	0	0
	70-79 J.	0,28	0,75	0	6	0	0	0	0,23	0,65	0	6	0	0	0
	≥80 J.	0,32	0,76	0	6	0	0	0	0,32	0,78	0	7	0	0	0
2020	0-9 J.	0,01	0,14	0	2	0	0	0	0,04	0,23	0	3	0	0	0
	10-19 J.	0,03	0,19	0	3	0	0	0	0,03	0,23	0	4	0	0	0
	20-29 J.	0,03	0,19	0	2	0	0	0	0,03	0,20	0	2	0	0	0
	30-39 J.	0,03	0,20	0	2	0	0	0	0,03	0,17	0	2	0	0	0
	40-49 J.	0,04	0,20	0	2	0	0	0	0,07	0,33	0	5	0	0	0
	50-59 J.	0,10	0,50	0	16	0	0	0	0,09	0,45	0	8	0	0	0
	60-69 J.	0,15	0,61	0	10	0	0	0	0,13	0,49	0	6	0	0	0
	70-79 J.	0,22	0,62	0	6	0	0	0	0,24	0,70	0	9	0	0	0
	≥80 J.	0,29	0,71	0	6	0	0	0	0,28	0,77	0	14	0	0	0



Tabelle 198 Anzahl der teilstationären Krankenhausaufenthalte pro Versicherten je Altersgruppe (2016 – 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	0,00	0,05	0	1	0	0	0	0,00	0,04	0	1	0	0	0
	10-19 J.	0,01	0,15	0	4	0	0	0	0,00	0,05	0	1	0	0	0
	20-29 J.	0,01	0,11	0	2	0	0	0	0,01	0,10	0	2	0	0	0
	30-39 J.	0,01	0,11	0	2	0	0	0	0,00	0,08	0	2	0	0	0
	40-49 J.	0,01	0,08	0	2	0	0	0	0,02	0,36	0	12	0	0	0
	50-59 J.	0,00	0,05	0	1	0	0	0	0,00	0,07	0	2	0	0	0
	60-69 J.	0,00	0,07	0	2	0	0	0	0,02	0,55	0	23	0	0	0
	70-79 J.	0,01	0,17	0	6	0	0	0	0,01	0,07	0	1	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,06	0	2	0	0	0	0,02	0,20	0	4	0	0	0
2017	0-9 J.	0,00	0,07	0	1	0	0	0	0,01	0,11	0	2	0	0	0
	10-19 J.	0,01	0,09	0	2	0	0	0	0,01	0,09	0	2	0	0	0
	20-29 J.	0,01	0,12	0	2	0	0	0	0,01	0,09	0	1	0	0	0
	30-39 J.	0,01	0,15	0	4	0	0	0	0,00	0,06	0	1	0	0	0
	40-49 J.	0,00	0,07	0	1	0	0	0	0,00	0,05	0	1	0	0	0
	50-59 J.	0,01	0,09	0	2	0	0	0	0,01	0,14	0	5	0	0	0
	60-69 J.	0,01	0,12	0	3	0	0	0	0,02	0,45	0	18	0	0	0
	70-79 J.	0,01	0,21	0	7	0	0	0	0,01	0,08	0	1	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,02	0,55	0	22	0	0	0
2018	0-9 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,01	0,09	0	1	0	0	0
	10-19 J.	0,00	0,06	0	1	0	0	0	0,01	0,15	0	3	0	0	0
	20-29 J.	0,02	0,15	0	2	0	0	0	0,01	0,12	0	2	0	0	0
	30-39 J.	0,01	0,10	0	2	0	0	0	0,01	0,07	0	1	0	0	0
	40-49 J.	0,01	0,09	0	2	0	0	0	0,00	0,08	0	2	0	0	0
	50-59 J.	0,00	0,07	0	1	0	0	0	0,01	0,12	0	3	0	0	0
	60-69 J.	0,00	0,06	0	1	0	0	0	0,02	0,38	0	13	0	0	0

Fortsetzung Tabelle 198

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	0,00	0,12	0	4	0	0	0	0,01	0,12	0	2	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,03	0,58	0	23	0	0	0
2019	0-9 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,02	0,35	0	7	0	0	0
	10-19 J.	0,00	0,08	0	2	0	0	0	0,01	0,11	0	3	0	0	0
	20-29 J.	0,01	0,10	0	1	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0
	30-39 J.	0,01	0,14	0	4	0	0	0	0,00	0,07	0	1	0	0	0
	40-49 J.	0,00	0,06	0	1	0	0	0	0,01	0,07	0	1	0	0	0
	50-59 J.	0,01	0,07	0	1	0	0	0	0,01	0,16	0	4	0	0	0
	60-69 J.	0,00	0,05	0	1	0	0	0	0,02	0,46	0	15	0	0	0
	70-79 J.	0,00	0,08	0	2	0	0	0	0,01	0,11	0	2	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,04	0,54	0	18	0	0	0
2020	0-9 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,01	0,26	0	5	0	0	0
	10-19 J.	0,01	0,08	0	1	0	0	0	0,00	0,07	0	2	0	0	0
	20-29 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,00	0,07	0	1	0	0	0
	30-39 J.	0,00	0,07	0	1	0	0	0	0,00	0,03	0	1	0	0	0
	40-49 J.	0,00	0,06	0	1	0	0	0	0,00	0,03	0	1	0	0	0
	50-59 J.	0,01	0,12	0	4	0	0	0	0,00	0,07	0	2	0	0	0
	60-69 J.	0,00	0,03	0	1	0	0	0	0,01	0,28	0	10	0	0	0
	70-79 J.	0,01	0,10	0	2	0	0	0	0,02	0,18	0	3	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,01	0,12	0	4	0	0	0

Tabelle 199: Anzahl der teilstationären ASK-Fälle pro Versicherten je Altersgruppe (2016 – 2020)

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2016	0-9 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0
	10-19 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,00	0,04	0	1	0	0	0
	20-29 J.	0,01	0,10	0	2	0	0	0	0,01	0,09	0	2	0	0	0
	30-39 J.	0,01	0,09	0	2	0	0	0	0,00	0,08	0	2	0	0	0
	40-49 J.	0,01	0,08	0	2	0	0	0	0,01	0,07	0	1	0	0	0
	50-59 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,00	0,06	0	2	0	0	0
	60-69 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,00	0,03	0	1	0	0	0
	70-79 J.	0,00	0,03	0	1	0	0	0	0,00	0,04	0	1	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,03	0	1	0	0	0	0,01	0,07	0	1	0	0	0
2017	0-9 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0
	10-19 J.	0,00	0,05	0	1	0	0	0	0,01	0,09	0	2	0	0	0
	20-29 J.	0,01	0,11	0	2	0	0	0	0,00	0,07	0	1	0	0	0
	30-39 J.	0,01	0,10	0	2	0	0	0	0,00	0,06	0	1	0	0	0
	40-49 J.	0,00	0,06	0	1	0	0	0	0,00	0,05	0	1	0	0	0
	50-59 J.	0,00	0,08	0	2	0	0	0	0,00	0,06	0	2	0	0	0
	60-69 J.	0,00	0,06	0	1	0	0	0	0,00	0,06	0	1	0	0	0
	70-79 J.	0,00	0,03	0	1	0	0	0	0,00	0,06	0	1	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,05	0	1	0	0	0
2018	0-9 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,05	0	1	0	0	0
	10-19 J.	0,00	0,03	0	1	0	0	0	0,00	0,05	0	1	0	0	0
	20-29 J.	0,01	0,11	0	2	0	0	0	0,01	0,11	0	2	0	0	0
	30-39 J.	0,01	0,09	0	2	0	0	0	0,01	0,07	0	1	0	0	0
	40-49 J.	0,01	0,09	0	2	0	0	0	0,00	0,08	0	2	0	0	0
	50-59 J.	0,00	0,06	0	1	0	0	0	0,00	0,07	0	1	0	0	0
	60-69 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,01	0,21	0	8	0	0	0

Fortsetzung Tabelle 199

Jahr	Alter	IG							KG						
		MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75	MW	SD	Min	Max	Median	Q25	Q75
2018	70-79 J.	0,00	0,03	0	1	0	0	0	0,01	0,09	0	2	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,03	0	1	0	0	0	0,01	0,09	0	2	0	0	0
2019	0-9 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0
	10-19 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,03	0	1	0	0	0
	20-29 J.	0,01	0,10	0	1	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0
	30-39 J.	0,01	0,14	0	4	0	0	0	0,00	0,06	0	1	0	0	0
	40-49 J.	0,00	0,06	0	1	0	0	0	0,00	0,07	0	1	0	0	0
	50-59 J.	0,00	0,06	0	1	0	0	0	0,01	0,10	0	2	0	0	0
	60-69 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,01	0,26	0	12	0	0	0
	70-79 J.	0,00	0,03	0	1	0	0	0	0,01	0,10	0	2	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,01	0,10	0	2	0	0	0
2020	0-9 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0
	10-19 J.	0,00	0,05	0	1	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0
	20-29 J.	0,00	0,04	0	1	0	0	0	0,00	0,05	0	1	0	0	0
	30-39 J.	0,00	0,07	0	1	0	0	0	0,00	0,03	0	1	0	0	0
	40-49 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,03	0	1	0	0	0
	50-59 J.	0,00	0,07	0	2	0	0	0	0,00	0,03	0	1	0	0	0
	60-69 J.	0,00	0,02	0	1	0	0	0	0,01	0,22	0	10	0	0	0
	70-79 J.	0,00	0,07	0	2	0	0	0	0,01	0,10	0	2	0	0	0
	≥80 J.	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,04	0	1	0	0	0