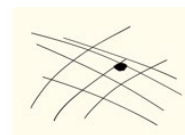


Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Marienhaus Holding GmbH
Förderkennzeichen:	01NVF17047
Akronym:	HandinHand
Projekttitel:	Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region
Autoren:	RWI (Ergebnis- und Kostenevaluation): Dr. Ingo Kolodziej, Daniel Monsees, Anna Werbeck, Dr. Christiane Wuckel, Dr. Dörte Heger; Universität zu Lübeck/Universität zu Köln (Prozessevaluation): Swantje Seismann-Petersen, Merle Marie Borrello, Emma Schlegel, Anja Kühn, Dr. Sascha Köpke
Förderzeitraum:	1. Juli 2019 – 30. Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

1.	Ziele der Evaluation.....	6
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns	8
2.1.	Effektevaluation	8
2.1.1.	Design.....	8
2.1.2.	Ein- und Ausschlusskriterien	8
2.1.3.	Fallzahlberechnung	8
2.1.4.	Datenerhebung und Datenbasis	9
2.1.5.	Auswertestrategien (inkl. Qualitätssicherung).....	11
2.2.	Prozessevaluation.....	13
2.2.1.	Projektbeirat	13
2.2.2.	Design.....	14
2.2.3.	Stichprobe und Fallzahlen der Prozessevaluation.....	15
2.2.4.	Datenerhebungen und Datenbasis der Prozessevaluation	15
2.2.5.	Datenerhebungen zur Intervention	17
2.2.6.	Datenerhebungen zur Implementierung	17
2.2.7.	Datenerhebungen zu den Wirkmechanismen	17
2.2.8.	Datenerhebungen zum Kontext	18
2.2.9.	Datenerhebungen zu den Ergebnisparametern.....	19
2.2.10.	Ergänzungen zur Prozessevaluation	20
2.2.11.	Datenerhebungsinstrumente der Prozessevaluation.....	22
2.2.12.	Auswertestrategien (inkl. Qualitätssicherung) der Prozessevaluation	22
2.3.	Kostenevaluation.....	24
2.3.1.	Design.....	24
2.3.2.	Ein- und Ausschlusskriterien und Fallzahlberechnung.....	24
2.3.3.	Datenerhebung und Datenbasis	24
2.3.4.	Auswertestrategien inkl. Qualitätssicherung	24
3.	Ergebnisse der Evaluation	24
3.1.	Effektevaluation	24
3.1.1.	Primärziele	24
3.1.2.	Sekundärziele	40
3.2.	Ergebnisse der Prozessevaluation	53
3.2.1.	Übersicht Datenerhebungen.....	53
3.2.2.	Soziodemographische Angaben der Beteiligten	53

3.2.3.	Aktuelle, nicht vorhersehbare Kontextfaktoren.....	56
3.2.4.	Intervention	60
3.2.5.	Implementierung	60
3.2.6.	Wirkmechanismen	67
3.2.7.	Ergebnisparameter der Prozessevaluation	84
3.2.8.	Spezielle Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Intervention der Beteiligten der Datenerhebungen im Rahmen der Prozessevaluation.....	87
3.2.9.	Förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung in die Regelversorgung	89
3.3.	Kostenevaluation.....	90
3.3.1.	Datenbasis.....	90
3.3.2.	Ergebnisse der Kostenevaluation	90
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	93
4.1.	Schlussfolgerungen	93
4.2.	Empfehlungen	94
5.	Literaturverzeichnis.....	96
6.	Anhang	99
7.	Anlagen	99

I. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
ÄN	Ärztetenz
ANP	Advanced Nursing Practice
AOK	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
AV	Andere an der Versorgung Beteiligte
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BA	Bachelor of Arts
BÄK	Bundesärztekammer
bzgl.	bezüglich
ca.	zirka
CHN	Community Health Nursing
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DiD	Differenzen-in-Differenzen
e.V.	eingetragener Verein
ePA	elektronische Patientenakte
FKZ	Förderkennzeichen
GF	Geschäftsführung
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
ggü.	gegenüber
HA	Hausarzt
HÄ	Hausärztinnen und Hausärzte
HiH	HandinHand
i.d.R.	in der Regel
i.H.v.	in Höhe von
MA	Master of Arts
MRC	Medical Research Council
MFA	Medizinische Fachangestellte
MH	Marienhaus GmbH
NVF	Neue Versorgungsformen
PE	Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten
PEC	Pflegeexperten-Center
PTHV	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
RWI	RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
RZV	Rechenzentrum Volmarstein
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozioökonomisches Panel
u.Ä.	und Ähnliches
UniK	Universität zu Köln
UniL	Universität zu Lübeck
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
VPU	Vinzenz Pallotti University

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufdiagramm der Datenerhebung	10
Abbildung 2: Darstellung des Differenzen-in-Differenzen-Ansatzes.....	12
Abbildung 3: Darstellung des Propensity Score Matching	13
Abbildung 4: Logic-Model	15
Abbildung 5: Embedded Mixed-Methods Ansatz.....	16
Abbildung 6: Consort-Flussdiagramm der Interventionsgruppe	25
Abbildung 7: Regionale Verteilung der Interventionsgruppe.....	27
Abbildung 8: Consort-Flussdiagramm der AOK	28
Abbildung 9: Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte der Interventionsgruppe.....	29
Abbildung 10: Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte der Interventionsgruppe nach Versicherungsstatus	30
Abbildung 11: Verlauf der Krankenhauseinweisungen.....	33
Abbildung 12: Verlauf der Krankenhaustage	33
Abbildung 13: Verlauf der Krankenhauseinweisungen nach Start der NVF	34
Abbildung 14: Verlauf der Hausarztbesuche	36
Abbildung 15: Verlauf der Hausarztbesuche nach Start der NVF.....	37
Abbildung 16: Verlauf der Hausbesuche durch den Hausarzt.....	38
Abbildung 17: Verlauf der Hausbesuche durch die Assistenz	39
Abbildung 18: Hypothetisches Beispiel zur Extrapolation.....	42
Abbildung 19: Consort-Flussdiagramm SOEP	43
Abbildung 20: Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter – ePA.....	46
Abbildung 21: Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter – SOEP	46
Abbildung 22: Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten.....	54
Abbildung 23: Altersklassen der teilnehmenden HÄ, relative Häufigkeiten	55
Abbildung 24: Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit	63
Abbildung 25: Rekrutierungswege	64
Abbildung 26: Gründe für die Überweisung von Patienten und Patientinnen an das Pflegeexperten-Center	65
Abbildung 27: Einschätzung der Kooperation und Zusammenarbeit aus Sicht der PE	72
Abbildung 28: Einschätzung der Kooperation und Zusammenarbeit aus Sicht der HÄ	72
Abbildung 29: Einschätzung der Zusammenarbeit.....	73
Abbildung 30: Motivation der HÄ an der Studie teilzunehmen	78
Abbildung 31: Wahrnehmung der Rollen der PE.....	82
Abbildung 32: Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (in der Praxis)	91
Abbildung 33: Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (Hausbesuche)	92
Abbildung 34: Kosten für die stationäre Versorgung.....	93

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Notwendige Stichprobengröße	9
Tabelle 2: Übersicht Datenquellen	9
Tabelle 3: Treffen des Projektbeirats	14
Tabelle 4: Übersicht Datenerhebungsinstrumente	22
Tabelle 5: Deskriptive Ergebnisse der Interventionsgruppe, mit und ohne Dropout.....	26
Tabelle 6: Vergleich der Charakteristika der Patientinnen und Patienten	31
Tabelle 7: Deskriptive Ergebnisse AOK nach Gruppen	32
Tabelle 8: Regressionsergebnisse Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage	35
Tabelle 9: DiD nach Matching Ergebnisse Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage	35
Tabelle 10: Regressionsergebnisse Hausarztbesuche	37
Tabelle 11: DiD nach Matching Ergebnisse Hausarztbesuche	38
Tabelle 12: Regressionsergebnisse Hausbesuche durch den Arzt und durch die Assistenz	39
Tabelle 13: DiD nach Matching Ergebnisse Hausarztbesuche	40
Tabelle 14: Versorgungskomplexe Flut	41
Tabelle 15: Zeitliche Abstände zwischen Erst- und Letztinterview	41
Tabelle 16: Deskriptive Ergebnisse – Interventionsgruppe und Befragte des SOEP	44
Tabelle 17: Deskriptive Ergebnisse Matching Subjektive Ergebnisvariablen – Befragte des SOEP – nach dem Matching	48
Tabelle 18: DiD Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand – Hauptergebnisse	49
Tabelle 19: DiD Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand – weitere Ergebnisse.....	49
Tabelle 20: DiD Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand – Hauptergebnisse.....	50
Tabelle 21: DiD Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand – weitere Ergebnisse	50
Tabelle 22: DiD Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen – Hauptergebnisse	51
Tabelle 23: DiD Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen – weitere Ergebnisse	51
Tabelle 24: Deskriptive Ergebnisse SMASc; Vergleich zu Projektbeginn und Projektende.....	52
Tabelle 25: Dauer der Interviews.....	53
Tabelle 26: Charakteristika der Teilnehmenden der Interviews	54
Tabelle 27: Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt in Jahren	55
Tabelle 28: Überweisungsgründe und Aufträge	61
Tabelle 29: Interventionen	62
Tabelle 30: Menge – Anzahl Patientinnen und Patienten pro PE und Besuche pro Patientin oder Patient	66
Tabelle 31: Dauer der Hausbesuche, Dokumentations- und Kommunikationsaufwand.....	66
Tabelle 32: Kommunikationsmatrix des PEC	68
Tabelle 33: Gegenüberstellung ANP Kriterien nach Hamric und HiH PE	85

1. Ziele der Evaluation

Ländliche Regionen sind mit einem zunehmenden Anteil älterer Menschen mit hohem medizinischen Versorgungsbedarf konfrontiert. Zugleich ist die Zahl der Hausärzteschaft in diesen Regionen rückläufig. Viele ältere Personen müssen deshalb schon heute lange Anfahrten zu ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin zurücklegen. Als direkte Folge der weiten Wege lässt sich außerdem ein Anstieg der Nachfrage nach Hausbesuchen und Krankenhausaufenthalten beobachten, die aus medizinischer Sicht nicht immer notwendig wären (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA] o.D.).

Das Projekt HandinHand hat das Ziel, dieser Entwicklung mit Hilfe einer neuen Versorgungsform (NVF) entgegenzuwirken. Im Rahmen des Projekts unterstützen Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten (PEs) Hausärztinnen und Hausärzte in einer ländlichen Region bei der Betreuung chronisch kranker Menschen über 60 Jahre mit erhöhtem medizinischen Versorgungsbedarf. Dies kann Patientinnen und Patienten nach Klinikbehandlung betreffen, bei denen komplexe Entscheidungen zum Entlassungsmanagement sowie zur Weiterbehandlung anstehen, sowie Patientinnen und Patienten mit chronischer, akut exazerbierender Erkrankung, bei denen Entscheidungen zur Klinikeinweisung oder häuslichen Behandlung erforderlich sind oder auch Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner.

Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hat die Durchführung der Studie unter der Antragsnummer 2019-14563 positiv beschieden. Mit der Erweiterung des Einzugsgebiets wurde ergänzend ein Ethik-Antrag bei der Ärztekammer Nordrhein eingereicht. Auch hier liegt ein positives Ethikvotum vor (Ifd. Nummer 2020262). Das Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz genehmigte die Übermittlung der Sozialdaten für die Forschung gem. § 75 SGB X.

Der Tätigkeitsbereich der PEs umfasst u.a. die Durchführung von Hausbesuchen im Auftrag der Arztpraxis, die Überwachung und Dokumentation von Symptomen, Vitalparametern oder medikamentöser Therapien sowie die Durchführung von Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen. Darüber hinaus ermitteln die PEs kognitive, physische, psychische und soziale Fähigkeiten, Ressourcen und Defizite von Patientinnen und Patienten mit Hilfe standardisierter Tests und fördern ihre Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung durch persönliche Beratung (Pflegeexperten-Center [PE-C] o.D.).

Diese neue Form der Versorgung in gewohnter Umgebung hat zwei potenzielle Effekte: Einerseits werden praktizierende Ärztinnen und Ärzte durch die ambulante Versorgung entlastet, andererseits kann die individuelle Betreuung durch PEs bei der Interventionsgruppe zu mehr Selbstständigkeit und weniger Anwendungsfehlern in ihrer eigenen medizinischen Versorgung führen. Im Rahmen der Evaluation sollen diese näher beleuchtet werden. Dabei ist unser Ziel, Erkenntnisse zu ihrer Effektivität (Effektevaluation), zur Durchführbarkeit und Praktikabilität (Prozessevaluation) sowie zur Kosteneffizienz (Kostenevaluation) der NVF zu liefern. Der Effektevaluation liegen folgende Primärhypothesen zu Grunde, die auf den Ergebnissen ähnlicher Studien basieren (Counsell et al. 2007, Levine et al. 2012, Zwerink et al. 2014):

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

Weiterhin werden in der Effektevaluation folgende Sekundärhypothesen überprüft:

- (1) Die NVF verbessert den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand.
- (2) Die NVF erhöht die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit.
- (3) Die NVF erhöht die Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen
- (4) Die NVF stärkt die Patientinnen- und Patientenautonomie und ihre Entscheidungsfindung.

Um alle relevanten Aspekte abzudecken, stützt sich die Effektevaluation auf folgende Datenquellen: von den PEs erfasste Patientinnen- und Patientendaten in der projekteigenen elektronischen Patientenakte (ePA), von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland bereitgestellte Abrechnungsdaten, sowie das Sozio-ökonomische Panel (SOEP). Die Datenerfassung erfolgt kontinuierlich für einen festen Stamm an Variablen. Ausführlichere Erhebungen finden insbesondere zum Eintritt in die Studie, nach drei und sechs Monaten, sowie in verkürzter Form bei jeder Visite statt.

Das Projekt wird im Rahmen einer Prozessevaluation begleitet. Die Grundannahmen, die dieser zugrunde liegen, basieren auf unterschiedlichen Theorien, Konzepten und Modellen. Neben dem Konzept der erweiterten Pflegepraxis und den damit von Hamric und Tracy (2019) beschriebenen notwendigen Rollen und Kompetenzen von Pflegenden, bilden das Person-Centred Practice Framework (McCormack und McCance 2006) sowie die Theory of Self-Care of Chronic Illness (Riegel et al. 2018) wichtige Grundlagen für die Beschreibung des theoretischen Rahmens. Darüber hinaus wurde erwartet, dass Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit eine entscheidende Rolle im HiH Projekt spielen (Fox et al. 2021).

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

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

Um die Perspektiven aller beteiligten Personengruppen und relevanten Stakeholder zu den unterschiedlichen Forschungsfragen zu erfassen, wurden im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie (qualitative und quantitative Methoden) Datenerhebungen mit verschiedenen Teilnehmenden und Interessenvertreterinnen und Interessenvertretern durchgeführt.

Die Kostenevaluation erfolgt über eine eingeschränkte Kosten-Nutzen-Analyse, in der insbesondere durchschnittliche Kosten eines Arztkontakts und Krankenhausaufenthalts mittels der Routinedaten berechnet und das Einsparungspotenzial anhand der Ergebnisse der Effektevaluation ermittelt werden. Die Kostenevaluation stützt sich auf Abrechnungsdaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland.

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

2.1. Effektevaluation

2.1.1. Design

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

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

2.1.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen werden GKV-Versicherte im Alter von 60 und älter, mit kontinuierlichem, hausärztlichem Versorgungsbedarf (mind. drei Hausarztkonsultationen in den letzten sechs Monaten), die sich zum Rekrutierungszeitpunkt nicht in stationärer Krankenhausbehandlung befinden und in eigener Häuslichkeit, betreutem Wohnen oder stationären Pflegeeinrichtungen wohnhaft sind. Dies kann Patientinnen und Patienten nach Klinikbehandlung betreffen, bei denen komplexe Entscheidungen zum Entlassungsmanagement sowie zur Weiterbehandlung anstehen, sowie Patientinnen und Patienten mit chronischer, akut exazerbierender Erkrankung, bei denen Entscheidungen zur Klinikeinweisung oder häuslichen Behandlung erforderlich sind.

2.1.3. Fallzahlberechnung

Bei Start des Projekts mit Antrag vom 29.09.2019¹ war es das Ziel, 1 300 durch PEs betreute Patientinnen und Patienten für die Interventionsgruppe zu gewinnen. Bei einer damals erwarteten Dropout-Rate von 13% wurde mit einer Kontaktierung von 1 500 Patientinnen und Patienten geplant.

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

Die Fallzahlplanung zeigt, dass bei einer Inklusion von mindestens 517 Patientinnen und Patienten mit über 80% Wahrscheinlichkeit der Unterschied in den Zielparameter der Behandlungsgruppe und Vergleichsgruppe auf einem Signifikanzniveau (alpha) von 10% statistisch erkannt wird, gegeben es gibt den erwarteten Unterschied, womit eine angemessene wissenschaftliche Aussage zu HandinHand getroffen werden kann. Bei einer Inklusion von 709 Patienten würde der Unterschied sogar auf einem Niveau von 5% statistisch erkannt (Tabelle 1). Dabei wurde von einer durchschnittlichen Behandlungszeit von sechs Monaten ausgegangen, um ein mögliches Ausscheiden der Patientinnen und Patienten durch Tod zu berücksichtigen.

¹ Erstantrag vom 23.05.2017 und Förderbescheid vom 29.11.2017.

Tabelle 1: Notwendige Stichprobengröße

(einseitiger Test, Power=80%)

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

Quelle: RWI – Anmerkung: Schätzwerte der erwarteten Reduktion (Counsell et al. 2007, Levine et al. 2012, Zwerink et al. 2014) ausgehend von einer im Durchschnitt sechsmonatigen Behandlungszeit. Berechnung der Fallzahlen anhand von Beobachtungswerten der Abrechnungsdaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland vom 03.08.2021.

2.1.4. Datenerhebung und Datenbasis

Für die Analysen benötigen wir Informationen zu der Interventionsgruppe sowie – zur Durchführung des Differenzen-in-Differenzen-Ansatzes – Informationen zu einer Vergleichs- bzw. Kontrollgruppe, welche nicht an der NVF teilnehmen, allerdings die Einschlusskriterien erfüllen. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht über alle Datenquellen, die sich daraus ergebenen Untersuchungsparameter sowie die in der Datenquelle betrachtete Gruppe.

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

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

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

Tabelle 2: Übersicht Datenquellen

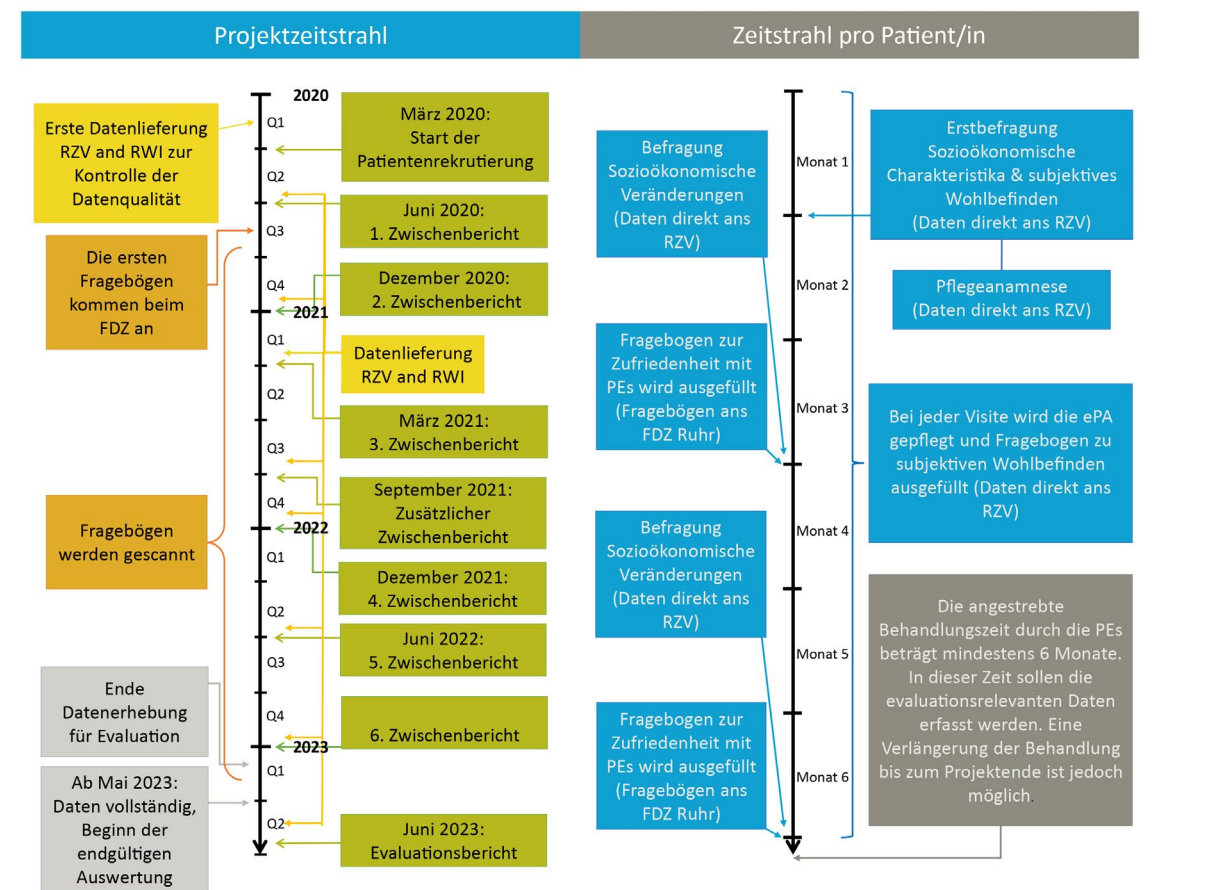
Datenquelle	Untersuchungsparameter	Wer?
Datenerhebung/-dokumentation der PEs	Anzahl PE-Kontakte, Abbruchrate, Anzahl Facharztkontakte, Krankenhausaufenthalte, (zusätzliche) Diagnosen (ICD), Medikamenteneinnahme (ATC), Pflegebedürftigkeit, Kosten	Behandlungsgruppe
Eigene Befragung	Subjektive Untersuchungsparameter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

Quelle: RWI.

Datenerhebung und Dokumentation der PEs und eigene Befragungen

Der Ablauf der Datenerhebung der PEs ist in Abbildung 1 dargestellt. Der Projektzeitstrahl fasst die Datenlieferungen an das RWI im Laufe des Projekts zusammen. Hierbei handelt es sich um Pflegeanamnese und Erstinterviews, die zu Beginn der Teilnahme am Projekt stattfinden, das regelmäßig durchgeführte Folgeinterview, bei dem Indikatoren zum subjektiven Wohlbefinden abgefragt werden sowie die ausführlicheren Folgeinterviews nach drei bzw. sechs Monaten. Darüber hinaus liegen Daten aus den anonymen Befragungen der Patientinnen und Patienten nach drei und nach sechs Monaten vor, in der sie u.a. nach ihrer Zufriedenheit mit der NVF und der Arbeit der PEs befragt werden. Weitere Abschnitte umfassen die Besuchsdokumentation aller bisher stattgefundenen PE-Kontakte, Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte. Des Weiteren sind Daten zur Projektabschlussdokumentation inkludiert. Der Zeitstrahl pro Patientin und Patient verdeutlicht, zu welchen Zeitpunkten während der sechsmonatigen Teilnahme am Projekt Daten erfasst werden.

Abbildung 1: Ablaufdiagramm der Datenerhebung



Quelle: RWI.

AOK

Aus den Routinedaten der AOK erhalten wir Informationen zur Interventionsgruppe bspw. zu der Anzahl ihrer Hausarztkontakte, Krankenseinweisungen, Diagnosen (ICD), Pflegebedürftigkeit oder den Kosten der Behandlungen. Außerdem nutzen wir Informationen zu Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, welche ebenfalls die Einschlusskriterien erfüllen, aber keine Betreuung durch HandinHand erhalten haben. Diese werden mit der Interventionsgruppe in Bezug auf die Primärziele verglichen. Zwar beruht diese Gruppe auf einer selektiven Auswahl von AOK-Versicherten, dafür liefern Routinedaten umfangreiche Informationen zu in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen in hoher Datenqualität, welche mit den Daten der Behandlungsgruppe verglichen werden können. Auf Grundlage von sozio-ökonomischen

und medizinischen Kennzahlen, kann aus den Routinedaten eine Vergleichsgruppe erstellt werden, die der Behandlungsgruppe in ihren Eigenschaften vor Behandlungsbeginn möglichst ähnlich ist.

SOEP

Zur Effektevaluation des Sekundärziels „Verbesserung der Gesundheitssituation“ nutzen wir Daten des SOEP. Das SOEP ist ein repräsentativer Survey, in dem Privathaushalte in Deutschland im jährlichen Rhythmus seit 1984 befragt werden. Pro Jahr werden ca. 14 000 Haushalte und 30 000 Personen erfasst und u.a. ausführlich zu ihren Lebensumständen, sozio-ökonomischen Charakteristika, Lebenszufriedenheit und Einschätzungen der eigenen Gesundheit befragt.² Die umfassenden Informationen des SOEP ermöglichen das Generieren von Vergleichsgruppen, die der Behandlungsgruppe von HandinHand in seinen Strukturmerkmalen, wie Alter, Lebenslage oder Vorerkrankungen möglichst ähnlich sind. Verwendet wird die SOEP-Befragung aus dem Jahre 2020 in Verbindung mit der Sondererhebung SOEP-CoV. Letztere wurde für 6 000 Befragte erhoben und diente dem Zweck, unterjährige Veränderungen im Zuge der COVID-19 Pandemie zu erfassen.

2.1.5. Auswertestrategien (inkl. Qualitätssicherung)

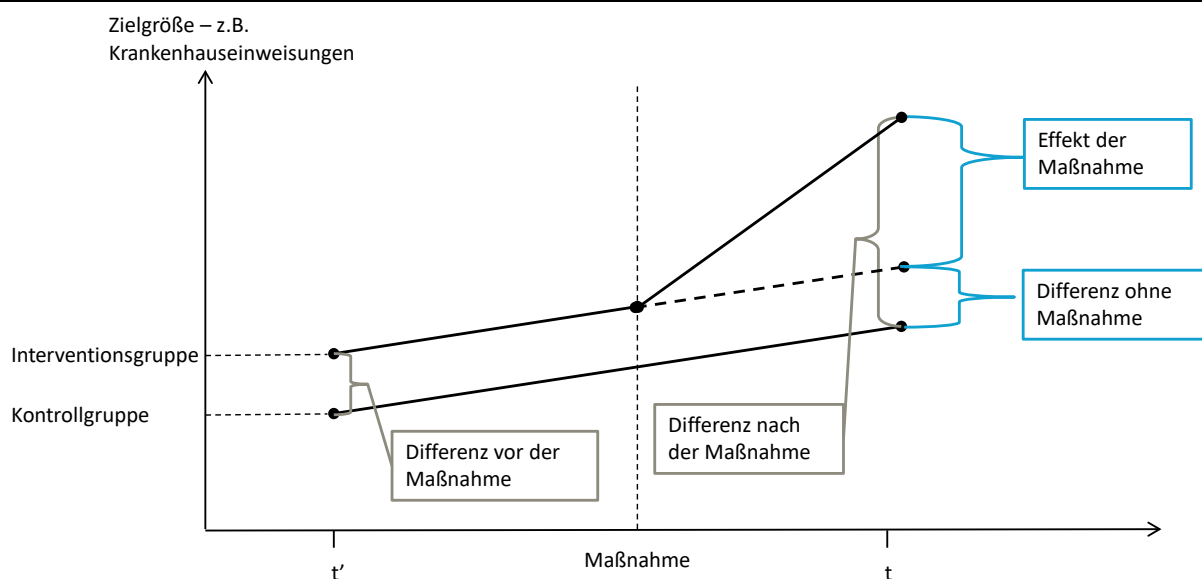
Zur Datenauswertung werden standardisierte statistische Methoden verwendet, um die Ergebnisse der Patienten mit Betreuung durch PEs über die Zeit und mit der kontrafaktischen Situation, also wenn die Maßnahme nicht erfolgt wäre, zu vergleichen.

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

Eine kausale Analyse geschieht anhand des Differenzen-in-Differenzen-Ansatzes (DiD, Abbildung 2). Hier wird untersucht, ob sich die Veränderung in den Zielparametern zwischen Interventions- und Kontrollgruppe unterscheidet. Haben sich die Zielgrößen bei der Interventionsgruppe statistisch signifikant besser entwickelt als bei der Vergleichsgruppe, zeigt dies, dass die NVF wirksamer ist, als wenn keine NVF durchgeführt worden wäre.

² Siehe <https://www.diw.de/soep> für weiterführende Informationen.

Abbildung 2: Darstellung des Differenzen-in-Differenzen-Ansatzes



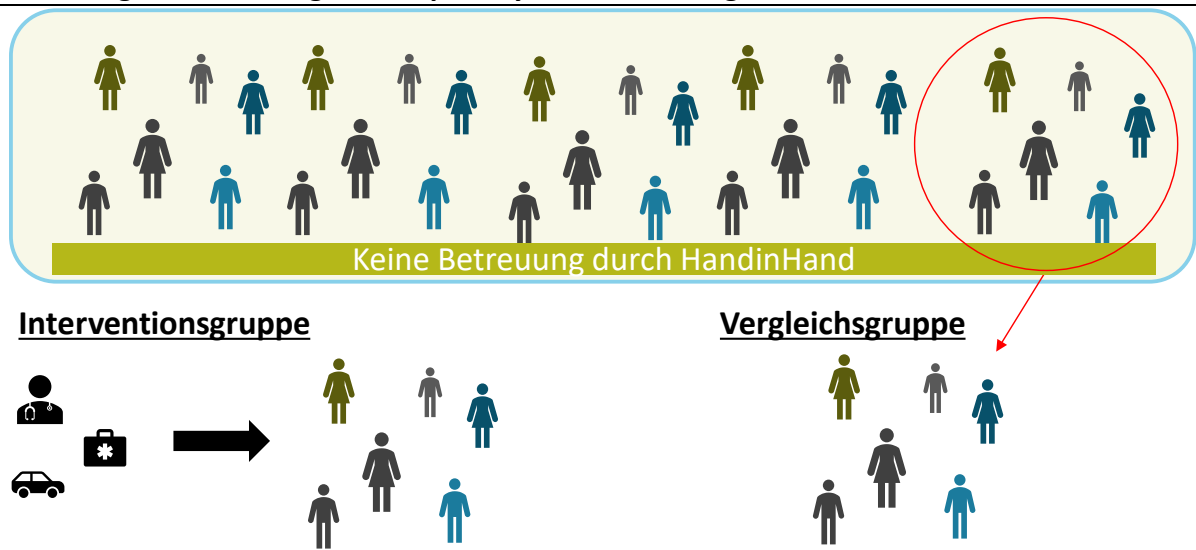
Quelle: RWI.

Um hierbei eine möglichst große Ähnlichkeit der Behandlungs- und Vergleichsgruppe zu gewährleisten, wird zusätzlich der Propensity Score Matching-Ansatz (Abbildung 3) gewählt, welcher sich insbesondere durch seine flexible Spezifikation und die Robustheit der Ergebnisse auszeichnet (Imbens und Wooldridge 2009). Beim Propensity Score Matching wird für jede Person in der Interventionsgruppe mindestens ein statistischer Zwilling (Matching) gefunden, dessen sozioökonomische Charakteristika und medizinischer Verlauf ihr stark ähneln. Die Analyse beschränkt sich außerdem auf statistische Zwillinge, die ihren Wohnort in dem gleichen Kreis wie die Interventionsgruppe (Primärergebnisse) oder in einem ländlichen Gebiet mit einer ähnlichen Einwohnerzahl (Sekundärergebnisse) haben. So kann für die Ländlichkeit des Interventionsgebietes sowie, im Falle der Primärergebnisse, für die umgebenden Einflüsse wie die Entwicklung der Corona-Pandemie und die Flutkatastrophe kontrolliert werden.

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

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

Abbildung 3: Darstellung des Propensity Score Matching



Quelle: RWI.

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

Zur Sicherung der Datenqualität wurden neben internen Qualitätskontrollen eine Reihe von Fokusgruppen und Absprachen auch via Video-/Telefonkonferenzen mit Projektpartnern durchgeführt. Die Fragebögen wurden mit den Projektbeteiligten, die aufgenommenen Evaluationsparameter mit dem Forschungsbeirat des Projekts und der Konsortialführung abgestimmt. Durch die Koordination der verschiedenen Projektpartner konnten insbesondere Mehrfacherhebungen von Variablen in verschiedenen Bestandteilen der ePA (Behandlung, Evaluation und Prozessevaluation) ausgeschlossen werden. Der Abgleich zwischen erarbeiteter Variablenliste und der ePA wurde von mehreren Beteiligten durchgeführt. Es wurden außerdem insgesamt fünf Schulungen und Fokusgruppen für die PEs durchgeführt. Diese bestanden u.a. aus sogenannten „ePA-Cafés“, in denen die Befragung der Patientinnen und Patienten und die Kodierung der Variablen in die ePA geprobt werden konnten. Zusätzlich wurde es den PEs ermöglicht, ein strukturiertes Feedback zu Variablenlisten und Fragebögen zu geben. Wertvolle Anmerkungen zur Umsetzbarkeit von Fragen (insbesondere unter Berücksichtigung der physischen und kognitiven Fähigkeiten der Befragten) und zu den erhobenen Variablen, welche die Tätigkeit der PEs möglichst gut erfassen sollten, wurden umgesetzt. Abschließend wurde die ePA einem Pre-Test unterzogen. Die technische Umsetzung der Datenerhebung erfolgte insbesondere in Zusammenarbeit mit dem RZV. Dies betraf die vollständige und angemessene Darstellung der im Vorhinein festgelegten Fragen und Antwortmöglichkeiten, als auch die Übertragung, Speicherung und Struktur der gesammelten Daten.

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

2.2. Prozessevaluation

2.2.1. Projektbeirat

Der Projektbeirat wurde initiiert mit dem Ziel die Prozessevaluation inhaltlich und methodisch kritisch zu begleiten und Empfehlungen auszusprechen, inwieweit das Modellprojekt in die Regelversorgung überführt werden kann, und welche Bedingungen für eine Verstetigung und

Integration in das Gesundheitssystem benötigt werden. Die Empfehlungen leiteten sich aus den Ergebnissen der Prozessevaluation ab und sind in Kapitel 4 beschrieben.

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

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

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

Die in Präsenz geplanten Beiratstreffen fanden ab 2020 aufgrund der COVID-19 Pandemie online und ab 2022 als Hybrid-Veranstaltung statt (Tabelle 3). Zur Information der Beiratsmitglieder fanden zusätzlich zwei Telefonkonferenzen statt.

Tabelle 3: Treffen des Projektbeirats

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

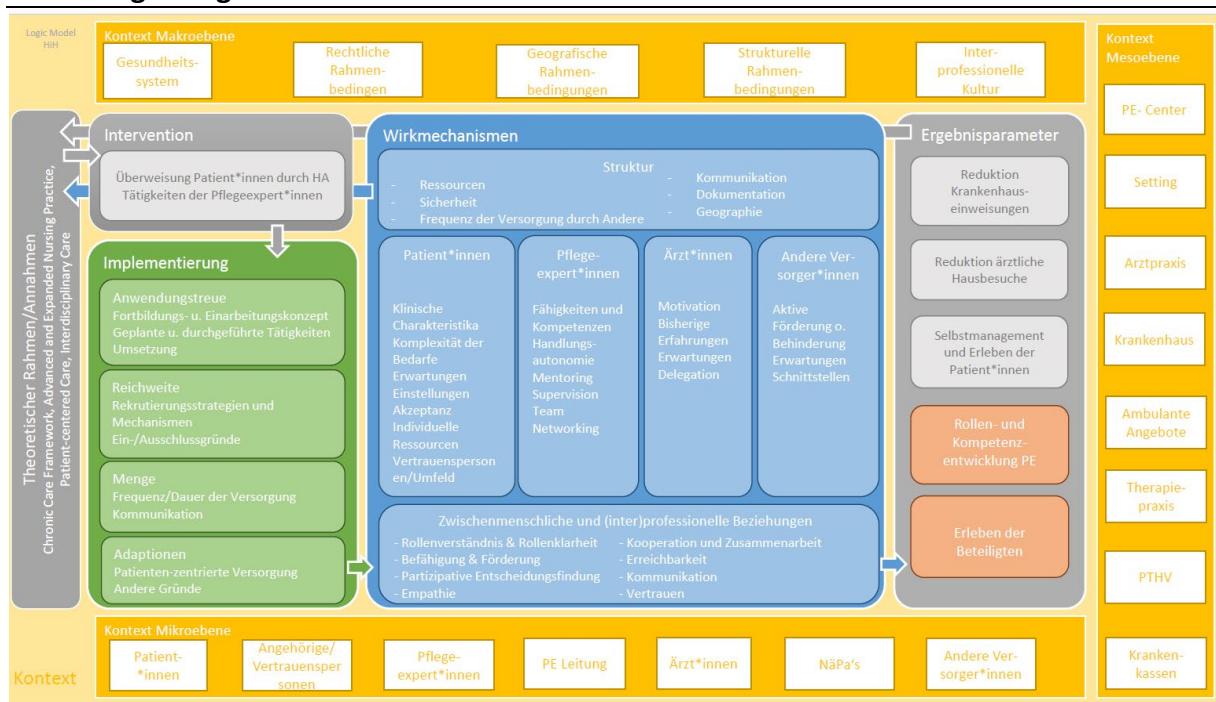
Quelle: UniK/UniL.

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

2.2.2. Design

Bei der im Projekt HiH durchgeführten Implementierung des PEC handelt es sich um eine sogenannte komplexe Intervention, d. h. die unterschiedlichen Komponenten der Intervention sowie die Beteiligten auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Kontexten nehmen wechselseitig Einfluss aufeinander und beeinflussen damit auch die angestrebten Ergebnisse (Moore et al. 2015). Um vor dem Hintergrund der Fragestellung nach den förderlichen und hinderlichen Faktoren der Implementierung zu Erkenntnissen zu gelangen, wird diese Komplexität schematisch anhand eines logischen Modells dargestellt (Kellogg 2004) (Abbildung 4), welches durch das Forschungsteam der UniK/UniL in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Projektbeirates erarbeitet wurde. Die Darstellung gibt Aufschluss über die möglichen Zusammenhänge, Wirkmechanismen und Interaktionen.

Abbildung 4: Logic-Model



Quelle: UniK/Unil.

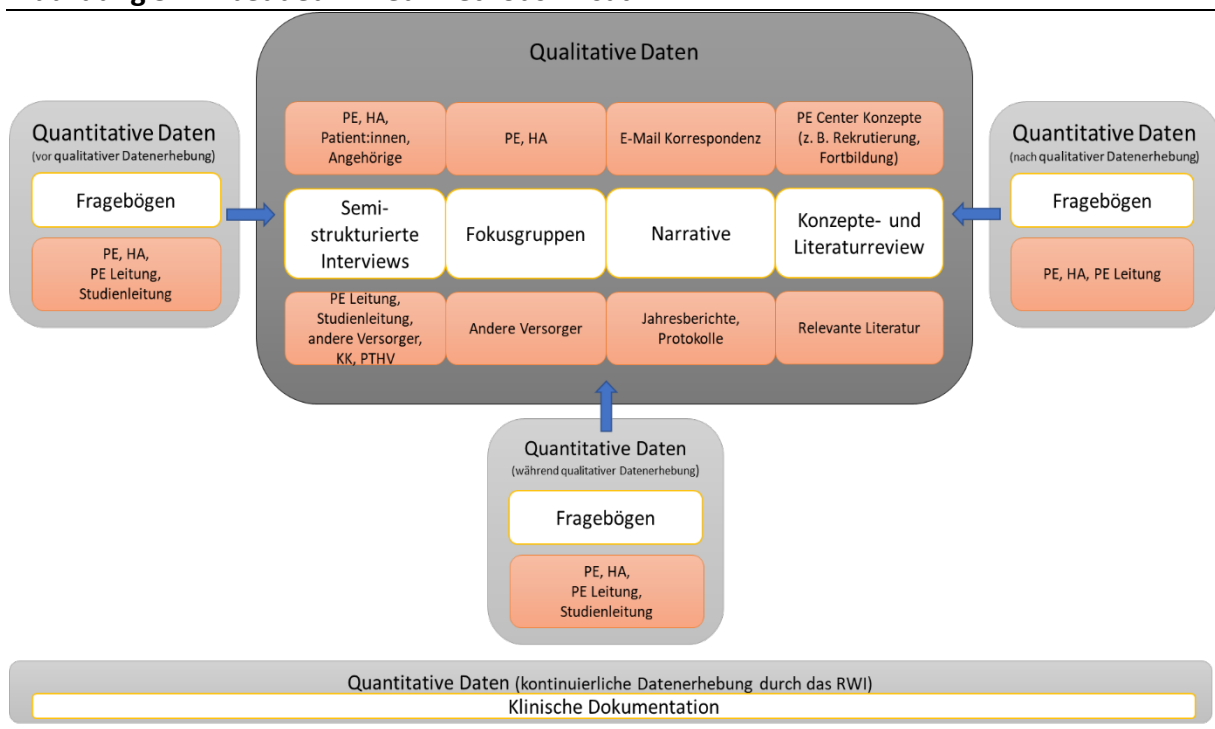
2.2.3. Stichprobe und Fallzahlen der Prozessevaluation

Um im Rahmen der Prozessevaluation die Perspektiven aller beteiligten Personengruppen und relevanten Stakeholdern zu den unterschiedlichen Forschungsfragen zu erfassen, wurden unterschiedliche Formen der Datenerhebung mit verschiedenen Teilnehmenden und Interessenvertreterinnen und Interessenvertretern durchgeführt. Zielgruppen der Datenerhebung waren alle im PEC beschäftigten PE (n=10 zu Beginn der Studie), die Leitung des PEC (n=2), die Projektleitung (n=1), an der Studie beteiligten HÄ (n=46), zufällig ausgewählten Patientinnen und Patienten (n=18 im Verlauf der Studie) und Angehörige (n=18 im Verlauf der Studie) sowie Mitarbeitende (n=10) aus anderen an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligten Gesundheitseinrichtungen der Region. Die Stichprobengröße wurde pragmatisch und unter Berücksichtigung der möglichen Belastung für Teilnehmende festgelegt. Darüber hinaus ist die Perspektive der Krankenkasse als relevanter Stakeholder und die der Vinzenz Pallotti University (VPU) als Anbieter und Durchführender des Bachelor-Studiengangs von Interesse, so dass zwei Vertreterinnen jeder Institution zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf interviewt wurden. Ergänzend wurden Patientinnen und Patienten (n=3) sowie Angehörige (n=4) befragt, die die Intervention länger als sechs Monate in Anspruch genommen haben und eine weitere Gruppe von Patientinnen und Patienten (n=3) und Angehörigen (n=3) vier Wochen nach Beendigung der Intervention.

2.2.4. Datenerhebungen und Datenbasis der Prozessevaluation

Zur Beantwortung der verschiedenen Forschungsfragen und um ein besseres Verständnis der Wirkung der Intervention zu erhalten, wurde für die Prozessevaluation ein Mixed-Methods-Ansatz verwendet, d.h. es wurden quantitative (Fragebögen, klinische Dokumentation) und qualitative (leitfadengestützte Interviews, Fokusgruppen, Narrative) Methoden zur Datenerhebung und -auswertung ausgewählt. Orientiert an Creswell und Clark (2017) kann dies als ein *embedded Ansatz* in einem Mixed-Methods-Interventionsdesign eingeordnet werden (Abbildung 5).

Abbildung 5: Embedded Mixed-Methods Ansatz



Quelle: UniK/UniL nach Creswell und Clark (2017).

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

Qualitative Datenerhebungen wurden als face-to-face, telefonische oder video-telefonische leitfadengestützte Interviews geplant. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert, personenbezogene Daten sind während des Transkriptionsprozesses anonymisiert worden. Alle Daten sind anonym mit Angabe des Datums des Datenerhebungszeitpunktes gespeichert. Die Daten wurden auf Gruppenebene ausgewertet. Die Kontaktaufnahme mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wurde über die Leitung des PEC koordiniert, so dass diese nur nach Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme durch das Forschungsteam der UniK/UniL kontaktiert wurden. Quantitative Daten (Fragebögen PE, PEC-Leitung, Studienleitung, Hausärztinnen und Hausärzte) wurden online mit Lime Survey (LimeSurvey Community Edition, Version 3.27.2) erhoben und standen bei Bedarf in Papierform zur Verfügung. Alle teilnehmenden Interviewpartnerinnen und -partner und Teilnehmenden an Befragungen haben eine Einwilligungserklärung sowie Informationen zum Projekt und Umgang mit den erhobenen Daten erhalten. Quantitative personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten wurden in der projektspezifischen elektronischen Patientenakte (ePA) durch die PE erfasst. Weitere für die Prozessevaluation relevante Daten wurden vom RWI zur Verfügung gestellt. Mussten in Bezug auf Methode, Zeitpunkt und Zielgruppe Anpassungen oder Ergänzungen bei den Datenerhebungen vorgenommen werden, wurden diese in einer entsprechenden Tabelle mit Angabe von Gründen dokumentiert (Tabelle A 12 Anpassungen der Datenerhebungen)

Im Folgenden werden auf Grundlage des Medical Research Council (MRC) Frameworks (Moore et al. 2015) und des Logischen Modells die Einzelheiten der Datenerhebung in den Domänen Intervention, Implementierung, Wirkmechanismus, Kontext und Ergebnisparameter beschrieben.

2.2.5. Datenerhebungen zur Intervention

Die Beschreibung der Intervention und der einzelnen Komponenten wurden vom PEC-Leitungsteam mit Unterstützung des Forschungsteams der Uni Lübeck und Uni Köln entwickelt und anhand der Checkliste und des Leitfadens „Template for Intervention Description and Replication“ (TIDieR) detailliert beschrieben (Hoffmann et al. 2014) (Anlage 05 Interventionsbeschreibung).

2.2.6. Datenerhebungen zur Implementierung

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

2.2.7. Datenerhebungen zu den Wirkmechanismen

In diesem Abschnitt werden die Mediatorvariablen, die bei der Entwicklung des Logischen Modells identifiziert wurden, nach den folgenden thematischen Schwerpunkten erläutert: Struktur, Hauptteilnehmende, d.h. direkt an der Intervention Beteiligte (PEs, Patientinnen und Patienten, HÄ, andere an der Versorgung Beteiligte), interpersonelle und (inter-)professionelle Beziehungen. Details der Datenerhebungen zu den Wirkungsmechanismen sind in Anhang 14 „Datenerhebungen in der Domäne Wirkmechanismen“ im Anhang beschrieben.

a. Struktur

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

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

b. Hauptteilnehmende

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

(1) Patientinnen und Patienten

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

(2) Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten

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

Von Interesse war in diesem Zusammenhang auch, wie sowohl die PE als auch die HÄ den Grad der wahrgenommenen Autonomie beschreiben. Da Aspekte wie Mentoring, Supervision, Team und Networking ebenfalls als relevante Faktoren der Rollenentwicklung beschrieben werden (Jones 2005, Torrens et al. 2020), sind diese ebenfalls untersucht worden.

(3) Hausärztinnen und Hausärzte

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

(4) Andere an der Versorgung Beteiligte

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

c. Zwischenmenschliche und (inter-)professionelle Beziehungen

Die zwischenmenschlichen und (inter-)professionellen Beziehungen zwischen allen Beteiligten können als wichtige Wirkungsmechanismen angesehen werden (Neumann et al. 2008, Faraz 2016, Schober et al. 2020, Torrens et al. 2020). Daher wurden die Beziehungen zwischen PE und Patientinnen und Patienten, PE und Angehörigen sowie die Beziehungen zwischen PE und Hausärztinnen und Hausärzten, innerhalb des PE-Teams und mit anderen an der Intervention beteiligten Fachpersonen untersucht. In diesem Zusammenhang lag der Schwerpunkt auf den folgenden Kriterien:

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

2.2.8. Datenerhebungen zum Kontext

In diesem Abschnitt werden verschiedene externe Aspekte auf der Makro-, Meso- und Mikroebene Faktoren beschrieben, die die Intervention beeinflussen können. Details der Datenerhebungen zu Kontextfaktoren sind in Anhang 15 „Datenerhebungen in der Domäne Kontext“ im Anhang beschrieben.

a. Makroebene

Wichtige Aspekte, die hier zu berücksichtigen waren, sind das deutsche Gesundheitssystem einschließlich der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Berufsausübung der Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie die interprofessionelle Kultur im Gesundheitswesen, speziell zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen. Darüber hinaus sollten strukturelle Merkmale und geografische Bedingungen, die sich auf die Intervention auswirken, berücksichtigt werden.

b. Meso-Ebene

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

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

c. Mikro-Ebene

Um ein gutes Verständnis des Kontextes auf der Mikroebene zu entwickeln, sollten die Merkmale und andere relevante Aspekte der Teilnehmenden (Patientinnen und Patienten, Angehörige, PE, Hausärztinnen und Hausärzte) auf Gruppenebene beschrieben werden. Da auch medizinische Fachangestellte (MFA) mit Weiterbildung in der Primärversorgung tätig sind, sollten auch ihre Rolle und Qualifikationen im Vergleich zu PE sowie die möglichen Überschneidungen in diesem Bereich beschrieben werden. Darüber hinaus werden andere am Projekt beteiligte Fachpersonen des Gesundheitswesens zu Faktoren befragt, die ihrer Ansicht nach die Umsetzung der neuen Rolle und des PEC erleichtern oder behindern.

2.2.9. Datenerhebungen zu den Ergebnisparametern

Die Rollen- und Kompetenzentwicklung der PE sind als Ergebnisparameter zu betrachten. Über den Zeitraum der Projektlaufzeit wurden Daten über die Erfahrungen und Entwicklung der Teilnehmenden, insbesondere der PE erhoben. Weitere Angaben hierzu finden sich in der Anhang 16 „Datenerhebungen in der Domäne Ergebnisparameter“.

a. Rollen- und Kompetenzentwicklung

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

b. Erleben der Beteiligten

Von besonderem Interesse ist hier die Perspektive der Patientinnen und Patienten und Angehörigen hinsichtlich des Erlebens der Versorgung durch PE, wahrgenommener Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Vergleich zur Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte und anderer Gesundheitsfachkräfte, inwieweit sie Veränderungen ihres Gesundheitszustands wahrnehmen und Empathie durch die PE beschreiben (Neumann et al. 2008). Darüber hinaus

wurden alle am Projekt Beteiligten zum wahrgenommenen Nutzen für Patientinnen und Patienten und Angehörige, Hausärztinnen und Hausärzte und PE, für andere, die Region und das Gesundheitssystem insgesamt befragt (Gysin et al. 2019).

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

2.2.10. Ergänzungen zur Prozessevaluation

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

a. Berücksichtigung von Betreuungsphasen von mehr als sechs Monaten

Patientinnen und Patienten wurden im Projekt HiH geplant mindestens für die Dauer von sechs Monaten von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten betreut. Besteht über diesen Zeitraum hinaus der Bedarf bzw. Wunsch weiterhin von den PE aufgesucht zu werden, wurden die Hausbesuche fortgeführt unter der Voraussetzung, dass entsprechende Kapazitäten vorhanden sind. Eine Erhebung von Daten durch das RWI im Rahmen der Wirksamkeits- und ökonomischen Evaluation ist für die anberaumte Dauer der Intervention von sechs Monaten vorgesehen, nicht aber für den darüberhinausgehenden Zeitraum. Im Rahmen der Prozessevaluation ließ sich sinnvoll eine Erhebung von Daten integrieren, die sich auf die Zeit nach der geplanten sechsmonatigen Intervention beziehen.

Qualitative Erhebungen

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

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

Darüber hinaus gibt es weitere relevante Daten, die in der ePA erfasst wurden und für die Auswertung zur Verfügung stehen sollten:

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

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

Kontextfaktoren beeinflussen die Intervention und deren Implementierung. Aktuelle, initial nicht erwartbare Kontextfaktoren, die im Verlauf der Projektdurchführung auftreten, wurden unter der Annahme, dass sie für das Projekt von Bedeutung waren, zusätzlich erfasst. Im Projekt HiH waren dies v.a. die COVID-19 Pandemie sowie die Flutkatastrophe im Einzugsgebiet des PEC. Um den Einfluss der COVID-19 Pandemie beschreiben zu können, wurden die Leitfäden aller semistrukturierten Interviews, die seit März 2020 geführt werden, um entsprechende Fragen ergänzt. Leitfäden für die Interviews mit den PE, HÄ, PEC- und Studienleitung

sowie den Vertreterinnen und Vertretern der PTHV sowie andere Versorgende wurden um Fragen ergänzt, um den Einfluss der Flutkatastrophe auf die Intervention beschreiben zu können.

c. Berücksichtigung der Berufsgruppe der Medizinische Fachangestellten

Die Daten der Interviews (t1, t2) mit PE deuteten auf die besondere Bedeutung der MFA der teilnehmenden Arztpraxen innerhalb der Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren hin. Ihre Perspektive wurde in der Prozessevaluation zunächst nicht ausreichend berücksichtigt. Um die Perspektive der MFA und deren möglichen Einfluss auf die Kommunikation sowie die Arbeit der PE beschreiben zu können, wurden zusätzliche leitfadengestützte Interviews mit dieser Personengruppe (n=5) geplant. Es wurde unter anderem erhoben, welches Verständnis MFA von der Rolle der PE haben, welche Unterschiede sie zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sehen und wie sie die Kommunikation zwischen ihnen, den PE und den HÄ beschreiben.

d. Befragungen von Stakeholdern in Regionen mit anderen Versorgungsformen

Ausgehend vom Evaluationskonzept und weil die Versorgungsform der weitergebildeten MFA (VERAH/NäPa) seit ihrer Einführung 2008 als das am weitesten verbreitete Delegationsmodell in HÄ-Praxen beschrieben wird (Mergenthal et al. 2016), wurde dies bei der Entwicklung des logischen Modells als bekannter Kontextfaktor berücksichtigt. Des Weiteren wurde von den Mitarbeiterinnen des PEC eine Gegenüberstellung der Qualifikationen von VERAH/NäPa und PE erstellt, um Überschneidungen und Unterschiede zu identifizieren. Gemeinsamkeiten gibt es insbesondere im Hinblick auf die delegationsfähigen und damit verrichtungsorientierten Tätigkeiten (Injektionen, Wundversorgung, Erfassen von Vitalparameter, etc.). Sowohl die PE als auch VERAH/NäPa können somit durch die Übernahme der delegationsfähigen Tätigkeiten im Rahmen von Hausbesuchen zur Entlastung von HÄ beitragen. Als Unterschied ist vor allem die unterschiedliche berufliche Ausbildung zu nennen, deren Schwerpunkte sich deutlich voneinander unterscheiden, sowie die Anzahl der Stunden der Weiterqualifikation als VERAH/NäPa (200 Stunden). Neben der spezifischen Weiterbildung von 300 Stunden, absolvieren PE eine fünf-semesterige Weiterqualifikation (180 ECTS) auf akademischem Niveau (Bachelor Studiengang „Klinische Pflegeexpertise“). Darüber hinaus üben im Gegensatz zu MFA alle PE als ausgebildete Pflegefachpersonen einen Heilkundeberuf aus, zu dessen Merkmal u.a. die Ausübung spezifischer vorbehaltenen Tätigkeiten gehört.

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

Um trotzdem Hinweise auf den Einfluss von VERAH/NäPa auf die im Projekt HiH erprobte Versorgungsform zu erhalten,

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

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

2.2.11. Datenerhebungsinstrumente der Prozessevaluation

Die Datenerhebungsinstrumente sind dem Bericht beigelegt (Anlage 06). Eine Übersicht der Fragebögen und Leitfäden ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Übersicht Datenerhebungsinstrumente

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

Quelle: UniK/UniL.

Die Fragebögen und Leitfäden der Pflegeexpertinnen und -experten, der PEC Leitung sowie der Hausärztinnen und -ärzte orientieren sich an bereits bestehenden Instrumenten zur ANP-Rolle (Zúñiga et al. 2021). Zusätzlich wurden projektbezogen theoriegeleitet eigene Items und Fragen entwickelt (Ullmann et al. 2011, Benner 2012, Brault et al. 2014, Faraz 2016, Hamric und Tracy 2019, Torrens et al. 2020). Die projektbezogenen Items der Fragebögen der PEC-Leitung und Studienleitung adressieren u.a. die Kommunikationsstrukturen und Ressourcen des PEC sowie Fragen zur Rekrutierung der Patientinnen und Patienten und Hausärztinnen und -ärzte.

2.2.12. Auswertstrategien (inkl. Qualitätssicherung) der Prozessevaluation

Quantitative Daten wurden deskriptiv mit IBM SPSS Statistics (IBM Corp. Released 2020, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0.0.0) ausgewertet und dargestellt. Qualitative Daten wurden mit Hilfe von MAXQDA Standard 2020 (Release 20.0.8, VERBI GmbH Berlin) anhand einer thematischer Inhaltsanalyse (Ritchie und Spencer 2002, Mayring 2015) ausgewertet. Die Analyse wurde induktiv-deduktiv in fünf Schritten angelehnt an Ritchie und Spencer (2002) durchgeführt:

1. Einarbeitung/Vertraut machen mit dem Datenmaterial

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

2. Identifizieren des thematischen Rahmens/Codebaum

Die Forschenden haben in diesem Schritt unabhängig voneinander einen Codebaum erstellt. Nach einem im Forschungsteam erfolgten Konsentierungsprozess wurde dieser in einer ersten Version dem Projektbeirat vorgestellt. Dabei wurden die Codes, die Subcodes und die jeweiligen Beschreibungen der Codes sowie Ankerbeispiele aus den Transkripten diskutiert, anschließend konkretisiert und angepasst. Subcodes wurden definiert als Unterthemen oder Perspektiven der Zielgruppen.

3. Indexierung

Das gesamte Datenmaterial wurde anschließend mit Hilfe der Software MAXQDA anhand des Codebaums kategorisiert. Für jedes Interventionsjahr entstand eine eigenständige Datei (2020, 2021, 2022). Wenn Themen auftauchten, die nicht mit den vorhandenen Codes kategorisiert werden konnten, sind weitere Codes oder Subcodes angelegt worden und das Datenmaterial wurde nochmals gesichtet. Textstellen konnten mehrfach indexiert werden, wenn sie inhaltlich auf unterschiedliche Codes anwendbar waren. Die Indexierung erfolgt durch zwei Forschende, das Datenmaterial wurde dabei aufgeteilt. Inhaltliche Unklarheiten wurden markiert und im Forschungsteam miteinander geklärt. Bei Uneinigkeit wurde die leitende Forschungsperson hinzugezogen. Wiederholten sich die Inhalte der indexierten Textstellen, wurden nur noch jedes zweite Interview bearbeitet, neue Inhalte wurde entsprechend zusammengefasst.

4. Auswertung

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

5. Abbildung und Interpretation

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

Wie im MRC-Rahmenwerk empfohlen, werden qualitative Daten mit quantitativen Daten kombiniert, die sich auf wichtige Prozessvariablen und Prozessergebnisse beziehen, von denen zu erwarten ist, dass sie die Wirkung und Funktion der Intervention beeinflussen (Moore et al. 2015). Das Zusammenführen der quantitativen und qualitativen Daten erfolgt themen- bzw. perspektivbezogen.

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

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

2.3. Kostenevaluation

2.3.1. Design

Die Kostenevaluation erfolgt über eine eingeschränkte Kosten-Nutzen-Analyse. Ziel ist es, die angefallenen Kosten durch die NVF den durch die NVF eingesparten Kosten (im Vergleich zur Kontrollgruppe) gegenüberzustellen. Hier wird der Teil der Interventionsgruppe betrachtet, der bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versichert ist und wird, wie bei der Effektevaluation, mit Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, welche ebenfalls die Einschlusskriterien erfüllen, verglichen.

2.3.2. Ein- und Ausschlusskriterien und Fallzahlberechnung

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

2.3.3. Datenerhebung und Datenbasis

Für die eingeschränkte Kostenevaluation nutzen wir Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland für die Interventionsgruppe sowie für die im Rahmen des in der Effektevaluation beschriebenen Matching-Verfahren ermittelten Versicherten der Kontrollgruppe.

2.3.4. Auswertestrategien inkl. Qualitätssicherung

In der Analyse wird der ROI (return on investment) ermittelt, indem die zusätzlich anfallenden Kosten (Kosten der PE-Versorgung) den Einsparungen (Behandlungskosten der Kontrollgruppe minus Behandlungskosten der Behandlungsgruppe) gegenübergestellt werden. Dazu werden die durchschnittlichen Kosten eines Arztkontakts, Krankenhausaufenthalts, etc. mittels der Routinedaten berechnet und das Einsparungspotenzial anhand der Ergebnisse der Ergebnisevaluation ermittelt.

3. Ergebnisse der Evaluation

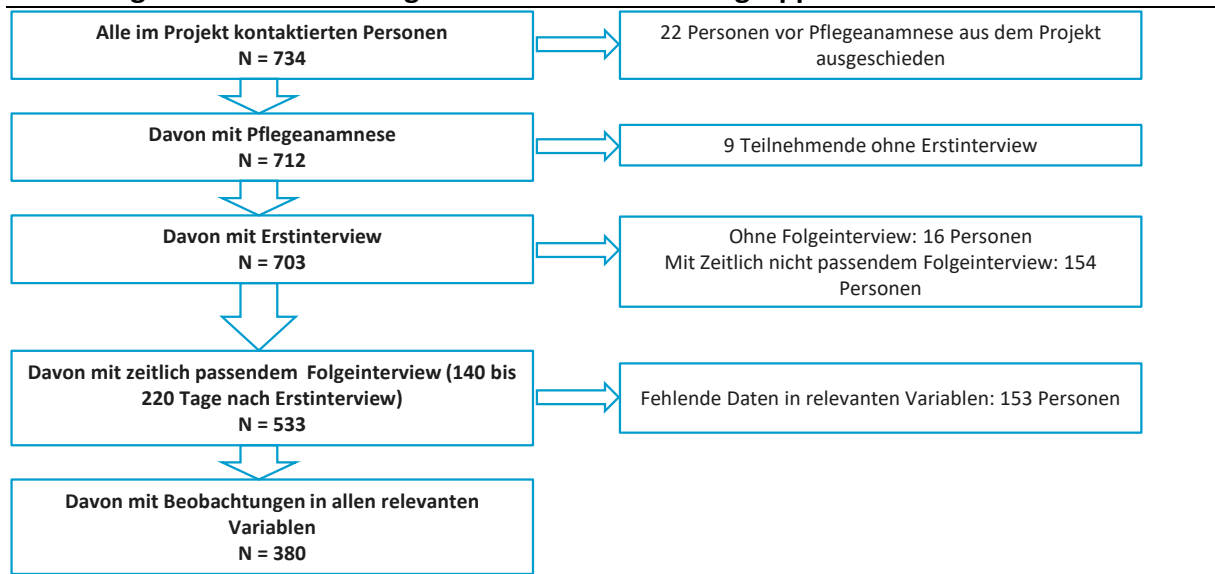
3.1. Effektevaluation

3.1.1. Primärziele

Datenbasis

Die im angepassten Evaluationskonzept vom 28.02.2022 angestrebte Anzahl an zu kontaktierenden Personen von 637 konnte mit 734 kontaktierten und 712 mindestens einmal besuchten Personen erfüllt werden. Das CONSORT-Diagramm in Abbildung 6 zeigt die Gründe sowie die Anzahl der Drop-Outs. Von den 734 kontaktierten Personen schieden 22 schon vor der Pflegeanamnese aus dem Projekt aus, für neun Personen liegt kein Erstinterview vor, für 16 Personen kein Folgeinterview. Für weitere 154 Personen lag nur ein zeitlich nicht passendes Folgeinterview vor. Von den 533 Personen mit vorliegenden und zeitlich passenden Interviews liegen für 153 Personen keine vollständigen Informationen hinsichtlich aller für das Matching und die Ergebnisevaluation relevanten Variablen vor. Die Analysen werden dementsprechend für 380 Personen, die Beobachtungen in allen relevanten Variablen haben, durchgeführt.

Abbildung 6: Consort-Flussdiagramm der Interventionsgruppe



Quelle: RWI.

Tabelle 5 stellt die Interventionsgruppe dar. Spalte I (Interventionsgruppe) enthält die 712 Personen, bei denen eine Pflegeanamnese durchgeführt wurde. Spalte II (Interventionsgruppe (ohne Dropout)) enthält die 380 Personen, für die Beobachtungen in allen relevanten Variablen vorliegen. Beide Gruppen unterscheiden sich in den betrachteten objektiven Untersuchungsparametern der sozioökonomischen Charakteristika sowie der pflegerischen und medizinischen Versorgung kaum.

Zwei Drittel (65%) der Interventionsgruppe und 70% der Interventionsgruppe ohne Dropout sind weiblich. Der Großteil der Interventionsgruppe besitzt entweder Pflegegrad 2 (26%) oder Pflegegrad 3 (23%). Dasselbe gilt für die Interventionsgruppe ohne Dropout, hier haben 28% Pflegegrad 2 und 22% Pflegegrad 3. 13% der Interventionsgruppe haben Pflegegrad 4. Nur 7% haben mit Pflegegrad 1 einen niedrigen Pflegegrad und 4% mit Pflegegrad 5 einen besonders hohen Pflegegrad. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Interventionsgruppe ohne Dropout. Hier haben 10% Pflegegrad 1, 6% Pflegegrad 4 und 2% Pflegegrad 5. Mit 44% versorgt sich ein Großteil der Interventionsgruppe pflegerisch selbst, ebenso ein Großteil der Interventionsgruppe ohne Dropout (55%). Des Weiteren übernehmen informell Pflegende (29%), ambulante Dienste (30%) und Pflegeheime (13%) große Teile der pflegerischen Versorgung der Interventionsgruppe. Lediglich 8% erhalten häusliche Pflege. Die Personen in der Interventionsgruppe ohne Dropout erhalten ebenso zu großen Teilen Informelle Pflege (31%) oder Pflege über einen ambulanten Dienst (30%). Nur ein kleiner Teil erhält häusliche Pflege (6%).

Ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigt sich bei der Versorgung im Pflegeheim. Die Interventionsgruppe ohne Dropout wird nur zu 1,6% in Pflegeheimen versorgt. Dies lässt sich dadurch erklären, dass besonders stark auf Unterstützung angewiesene Menschen in Pflegeheimen versorgt werden, die gleichzeitig Schwierigkeiten haben, die Fragebögen vollständig auszufüllen. Aufgrund der fehlenden Angaben können sie dann nicht bei den weiteren Analysen berücksichtigt werden. Vier Fünftel der Interventionsgruppe sowohl mit und ohne Dropout nehmen ihre Medikamente planmäßig ein. An Disease Management Programmen (DMP) nimmt 18% der Interventionsgruppe mit Dropout und 20% ohne Dropout teil, die überwiegende Mehrheit davon an DMP für Diabetes Mellitus Typ 2 (11%) bzw. (12%).

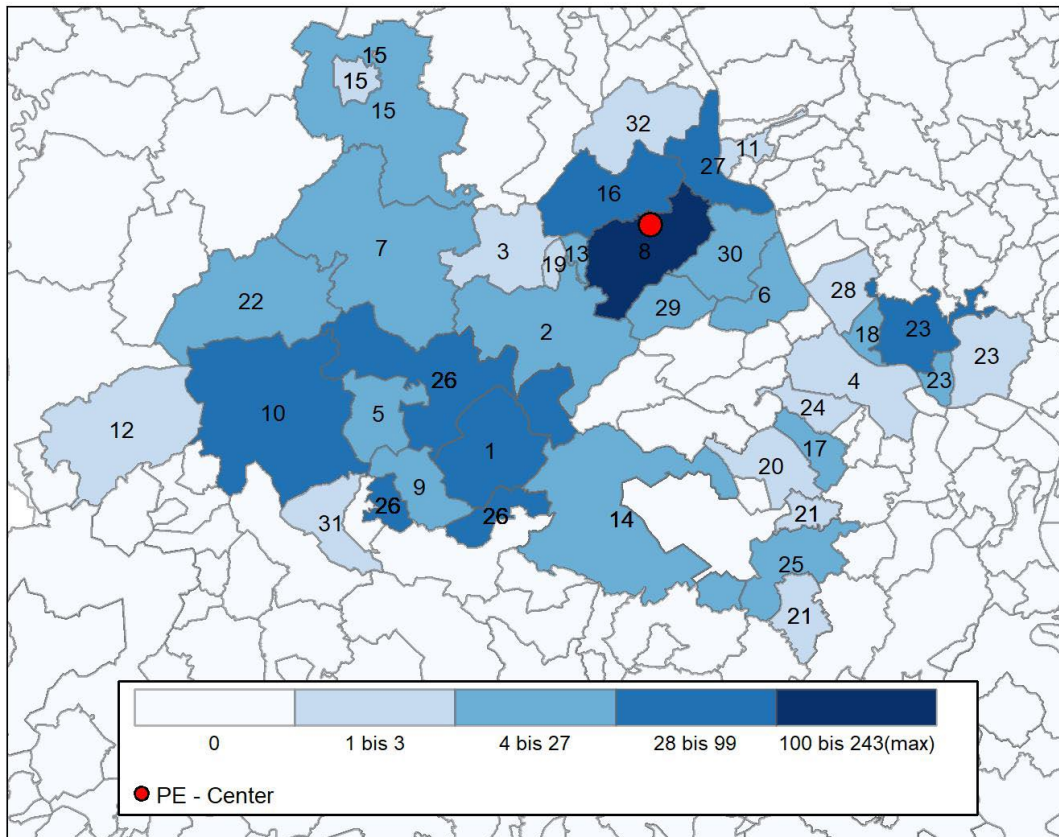
Tabelle 5: Deskriptive Ergebnisse der Interventionsgruppe, mit und ohne Dropout

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

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

In Abbildung 7 wird die regionale Verteilung der Interventionsgruppe auf Ebene der Postleitzahlen dargestellt. Die entsprechenden Bezeichnungen der nummerierten Regionen sind in Anhang 1 im Anhang dargestellt. Die größte Zahl an Patientinnen und Patienten ist in der Region Bad Neuenahr-Ahrweiler zu finden, wo auch das PE-Center (roter Punkt) angesiedelt ist. Zudem wohnt ein weiterer bedeutender Teil der Interventionsgruppe in Neuwied.

Abbildung 7: Regionale Verteilung der Interventionsgruppe (PLZ), Anzahl Patientinnen und Patienten



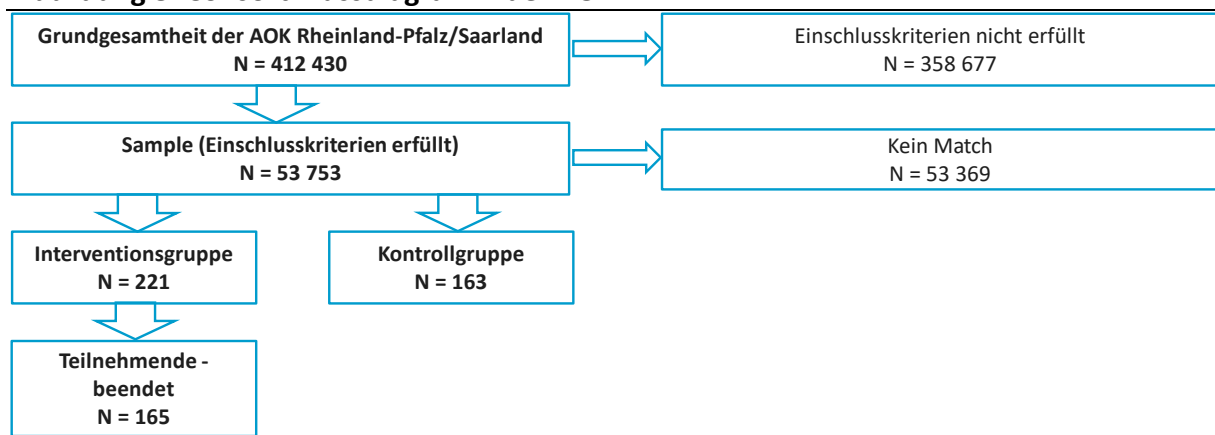
Quelle: RWI; Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand und Opendatasoft (2022). – Anmerkung: Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 15. Juni 2023. Legende der PLZ-Regionen in Anhang 1.

Für die Analyse der primären Endpunkte³ wenden wir einen in Kapitel 2 erläuterten Differenzen-in-Differenzen Ansatz an. Wir vergleichen die Veränderung der Primärziele im Interventionszeitraum für die Interventionsgruppe mit der Veränderung für eine Kontrollgruppe zum gleichen Zeitpunkt. Die Kontrollgruppe besteht aus Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, die die Einschlusskriterien erfüllen und mit der Interventionsgruppe auch in den anderen Matching-Variablen⁴ vergleichbar sind. Das CONSORT-Diagramm in Abbildung 8 zeigt die Ausschlussgründe sowie die Anzahl der berücksichtigten Versicherten.

³ Die primären Endpunkte sind wie Kapitel 2 beschrieben Krankenhauseinweisungen, Konsultationen des Hausarztes und Hausbesuche.

⁴Für eine Auflistung der Matching-Variablen siehe Tabelle A 2 im Anhang.

Abbildung 8: Consort-Flussdiagramm der AOK



Quelle: RWI.

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

Die im Projekt genutzten Daten können in unterschiedlichem Ausmaß verzerrt sein und so die Vergleichbarkeit beeinträchtigen. Befragungsdaten sind häufig von einem Reporting Bias betroffen – einer Verzerrung durch selektive Angaben der Besuche aufgrund von fehlender oder falscher Erinnerung. Die Befragungsdaten für den Vor-Treatment-Zeitraum sind besonders anfällig für einen Reporting Bias, da die Arzt- und Krankenhausbesuche für einen Zeitraum von einem Jahr abgefragt werden. Die Erfassung nach Beginn der NVF sollte in einem geringeren Maße von dieser Verzerrung betroffen sein, da die PEs im Rahmen ihrer Besuche regelmäßig nach den letzten Arzt- und Krankenhausbesuchen fragen. Abrechnungsdaten sind nicht von einem Reporting Bias betroffen. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die Angaben aus den Befragungen von den Abrechnungsdaten unterscheiden.

Die Kontrollgruppe wird aus Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gebildet. Daher liegen für die Kontrollgruppe ausschließlich Abrechnungsdaten vor. Es ist deshalb notwendig, die Angaben aus den Befragungen und die Abrechnungsdaten zu vereinheitlichen, um die Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe vergleichen zu können. Da für die Gruppe der 221 AOK-versicherten Personen der Interventionsgruppe Daten aus beiden Quellen vorliegen, werden für diese Gruppen beide Datenquellen verglichen, so kann ein alters- und geschlechtsspezifischer Verzerrungsfaktor bestimmt werden. Mit Hilfe dieses Verzerrungsfaktors kann eine einheitliche Datenbasis der Primärziele geschaffen werden, die mit den Abrechnungsdaten der Kontrollgruppe verglichen werden kann.

Abbildung 9 fasst die Ergebnisse zusammen. Da sich die rückwirkenden Befragungen auf Quartale beziehen, werden die letzten beiden Quartale vor Beginn der NVF mit den zwei Quartalen nach Beginn der NVF verglichen. Es gibt deutliche Niveau-Unterschiede zwischen den Datenquellen. Die Personen in der Interventionsgruppe gaben an, in den letzten 2 Quartalen vor Beginn durchschnittlich dreimal bei ihrem Hausarzt gewesen zu sein. Gemäß der Abrechnungsdaten haben aber durchschnittlich 6,3 Hausarztbesuche stattgefunden. Auch mit Bezug auf die Krankenhauseinweisungen sind Unterschiede vorhanden, allerdings in geringerem Maße. Während die Personen in der Interventionsgruppe berichteten, durchschnittlich 0,3-mal im Krankenhaus gewesen zu sein, waren es laut Abrechnungsdaten 0,5-mal.

Diese Niveau-Unterschiede können potenziell durch Berechnung und Anwendung des Verzerrungsfaktors korrigiert werden. Allerdings unterscheiden sich die Datenquellen nicht nur im

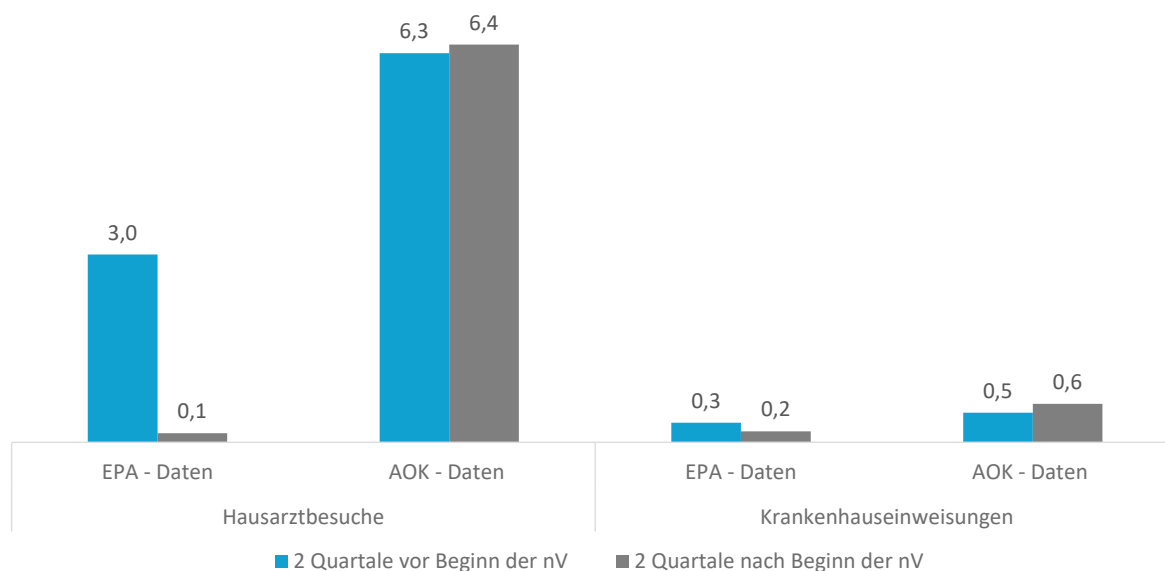
Niveau der Indikatoren, sondern auch im Trend. Die Angaben der Befragungsdaten (ePA-Daten) zeigen einen Rückgang sowohl der Hausarztbesuche als auch der Krankenhauseinweisungen. Bei Nutzung der Abrechnungsdaten steigen beide Indikatoren an.

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

Diese Quelle der Verzerrung sollte den Indikator der Krankenhauseinweisungen nicht betreffen. Dennoch sind auch hier gegenläufige Trends zu beobachten. Eine mögliche Ursache für Verzerrungen kann die oben angesprochene Art der Erhebung der Befragungsdaten sein. Da die Interventionsgruppe vor Interventionsbeginn zu den Besuchen bzw. Einweisungen in den letzten zwölf Monaten befragt wurde und während der Intervention eine regelmäßige Befragung stattfand und hier die PEs teilweise auch unabhängig von der Befragung Kenntnis über Besuche bzw. Einweisungen erhalten haben, ist der Reporting Bias in den beiden Zeitpunkten unterschiedlich ausgeprägt. Allerdings gaben nur 224 der Personen in der Interventionsgruppe mind. einen Hausarztbesuch während der 6-monatigen Treatment-Phase an. Es ist anzunehmen, dass viele Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche nicht durch die Patienten erwähnt wurden, was durch anekdotische Evidenz der PEs bestätigt wird. Entsprechend ist die Korrelation zwischen Befragungs- und Abrechnungsdaten mit 0,44 nur moderat.

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

Abbildung 9: Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte der Interventionsgruppe



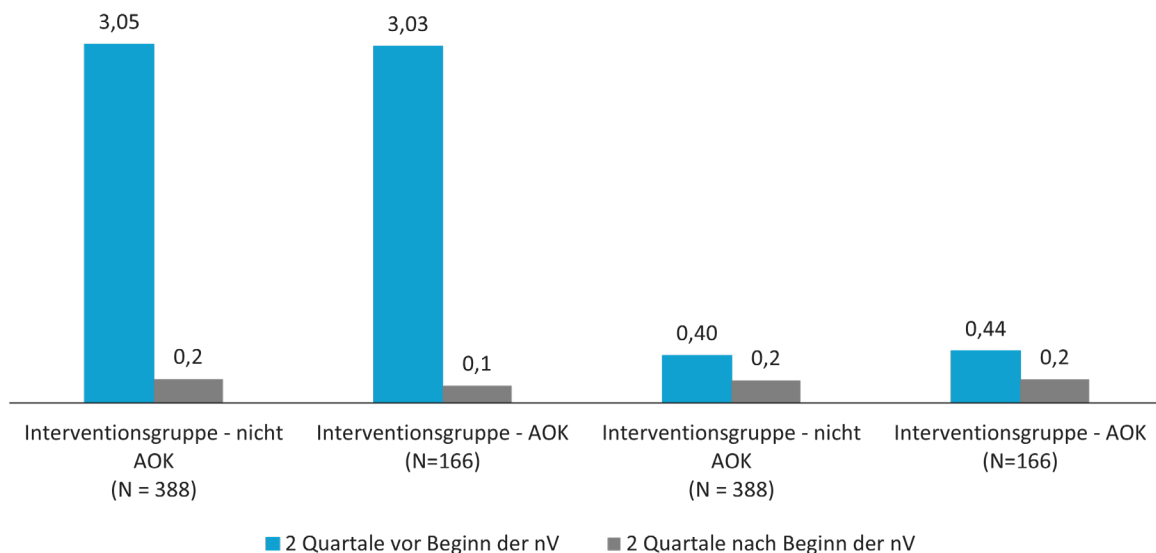
Quelle: RWI; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand. – Stand der Daten (ePA): 11. April 2023. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten (AOK) umfassen den Zeitraum bis 30.09.2023 (Datenstand: 11.06.2023). Es werden nur Personen betrachtet, die bei der AOK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

Aufgrund dieser in der Analyse nicht hinreichend berücksichtigbaren Verzerrungen, kann die Evaluation der Primärziele nur für die 165 Personen in der Interventionsgruppe durchgeführt

werden, für die Abrechnungsdaten der AOK vorliegen. Diese Gruppe ist deutlich kleiner als für statistische Signifikanz notwendig, ermöglicht es aber Tendenzen zu erkennen.

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

Abbildung 10: Hausarztbesuche und Krankenhausaufenthalte der Interventionsgruppe nach Versicherungsstatus



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

Ergänzend dazu zeigt ein Vergleich der Patientencharakteristika in Tabelle 6, dass die AOK-versicherten Personen der Interventionsgruppe der gesamten Interventionsgruppe sehr ähnlich in Demographie und Pflegebedarf sind. Sie nehmen allerdings etwas häufiger an Disease-Management-Programmen teil, insbesondere für Diabetes Mellitus und Koronare Herzkrankheiten. Außerdem ist der Anteil der Personen mit Demenz unter den AOK-Versicherten (24 %) höher als in der gesamten Interventionsgruppe (15 %).

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

Unter diesen Einschränkungen analysieren wir die folgenden Hypothesen:

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

Tabelle 6: Vergleich der Charakteristika der Patientinnen und Patienten

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

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

Identifikation der Kontrollgruppe

Die Identifikation der Kontrollgruppe erfolgt zweistufig. Zunächst werden die Patientinnen und Patienten in den Routinedaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland identifiziert, die die Einschlusskriterien der NVF erfüllen. Aus dieser Gruppe werden danach durch ein Matching-Verfahren statistische Zwillinge für die Interventionsgruppe gebildet. Von den 412 430 betrachteten Versicherten erfüllen 13% (n = 53 755) die Einschlusskriterien der NVF und können für das Matching-Verfahren verwendet werden (Tabelle 7).

Tabelle 7 stellt die Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland dar. Spalte I (Interventionsgruppe (ohne Dropout) enthält den Teil der Interventionsgruppe, der die gesamte Interventionsphase durchlaufen haben. Patienten, die während der Interventionsphase verstorben oder aus anderen Gründen vorzeitig ausgeschieden sind, werden hier nicht betrachtet. Sie sind in Spalte II (Interventionsgruppe) enthalten. Diese umfasst alle Personen, die die Interventionsphase begonnen haben. Im Folgenden konzentrieren wir uns auf die Interventionsgruppe ohne Dropout (Spalte I), da diese die Basis der Evaluation bilden. Zum Vergleich wird diese Gruppe allen Versicherten (Spalte IV) bzw. allen Versicherten, die die Einschlusskriterien der NVF erfüllen (Spalte III) gegenübergestellt. Die Interventionsgruppe ist mit 83 Jahren knapp neun Jahre älter als der Durchschnitt der Versicherten. Ein Anteil von 63% der Interventionsgruppe ist weiblich. Damit sind Frauen in der NVF im Vergleich zur Grundgesamtheit (57%) bzw. zum eingeschränkten Sample (59%) etwas überrepräsentiert. Die Interventionsgruppe weist darüber hinaus deutlich häufiger einen Pflegegrad auf als die Grundgesamtheit. Der Anteil der stationär Gepflegten ist mit rund 10 % etwas höher als in der Gruppe vergleichbarer Versicherten und mehr als doppelt so hoch wie in der Grundgesamtheit. Personen in der Interventionsgruppe sind häufiger in den Disease Management Programmen für Diabetes Mellitus 2 und Koronare Herzkrankheiten eingeschrieben. Knapp ein Sechstel der Interventionsgruppe leidet an Demenz – deutlich mehr als im Sample der vergleichbaren Patientinnen und Patienten (9%) oder in der Grundgesamtheit (7%). 96% der Interventionsgruppe sind Rentner, 100% des Samples und 71% der Grundgesamtheit. Da nur chronisch Kranke in das Projekt aufgenommen wurden, ist die gesamte Interventionsgruppe vorerkrankt. In der Grundgesamtheit leiden 88 % an mindestens einer chronischen Krankheit.

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

Tabelle 7: Deskriptive Ergebnisse AOK nach Gruppen

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

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

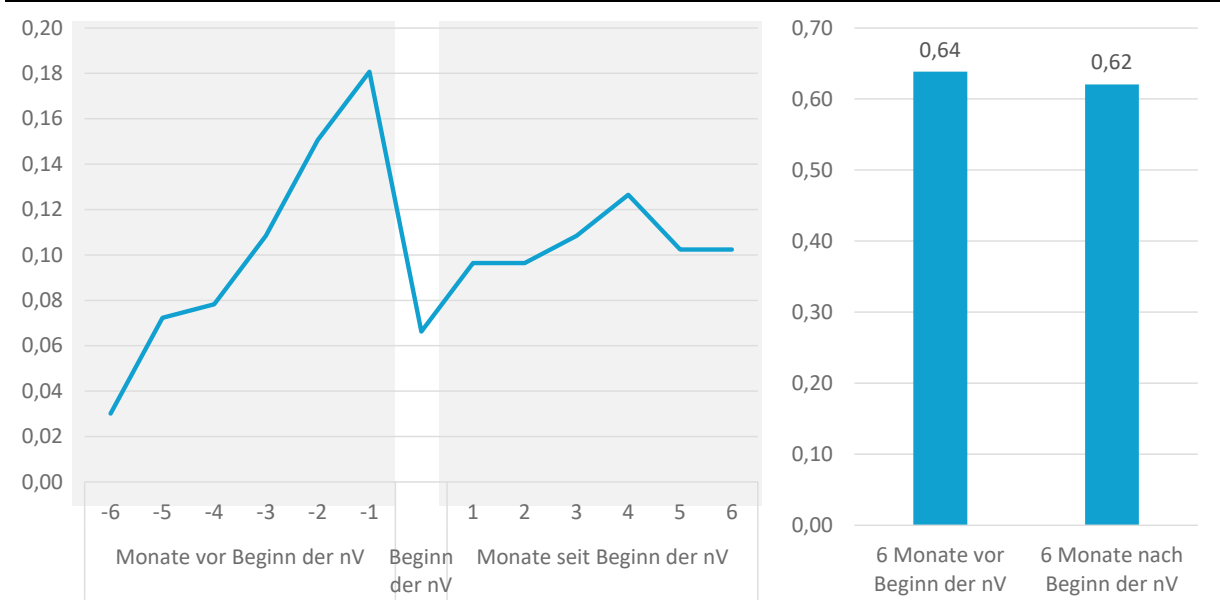
Ergebnis des Primärziels Krankenhauseinweisungen

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

Wie Abbildung 11 darstellt, steigt für die Interventionsgruppe während der sechs Monate vor Beginn der NVF die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhauseinweisung kontinuierlich an. Im Monat vor Beginn der NVF ist die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausbehandlung besonders hoch. Grund hierfür könnte die Patientenauswahl durch die Hausärzte sein. Die ansteigende Anzahl der durchschnittlichen Krankenhausaufenthalte lässt eine kontinuierliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes vermuten. Es ist zu vermuten, dass hier eine Selektion vorliegt und Ärzte Patientinnen und Patienten nach einem Gesundheitsschock, beispielsweise ei-

nem Krankenhausaufenthalt, überdurchschnittlich oft für die Teilnahme an der NVF ausgewählt, da sie auch zukünftig einen erhöhten Bedarf an medizinischer Überwachung sehen. Während der Treatment-Phase zeigt sich eine Stabilisierung der Krankenseinweisungen auf ähnlichem Niveau, wie in der Vor-Periode. Über den gesamten Zeitraum fällt die durchschnittliche Zahl der Krankenseinweisungen von 0,64 um 2,8% auf 0,62.

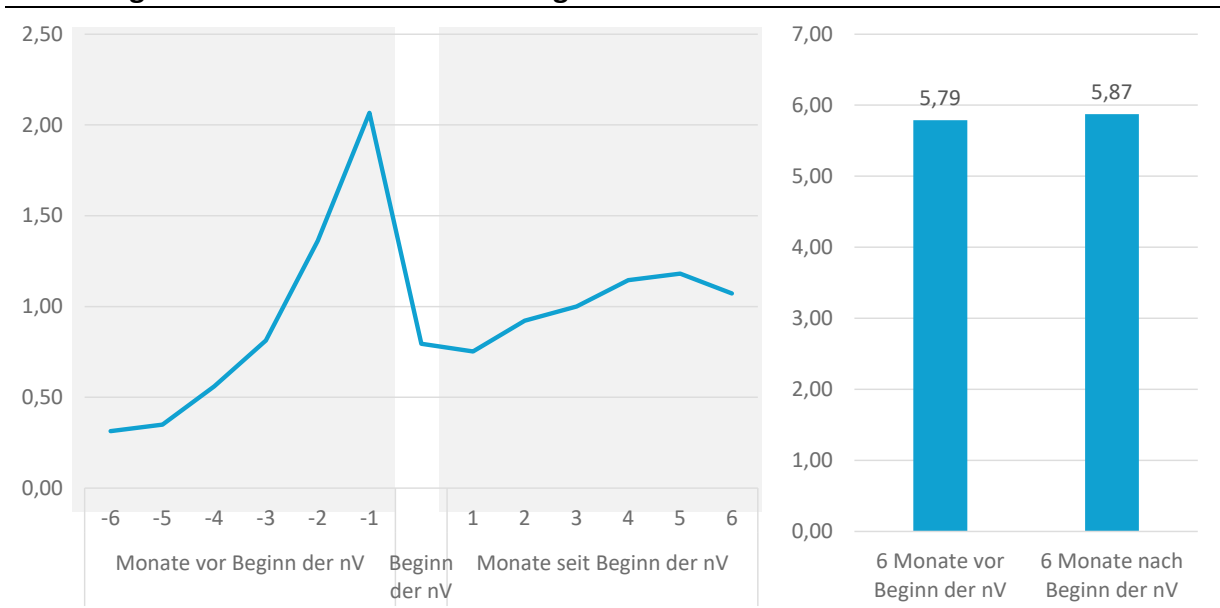
Abbildung 11: Verlauf der Krankenseinweisungen



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

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

Abbildung 12: Verlauf der Krankenhaustage

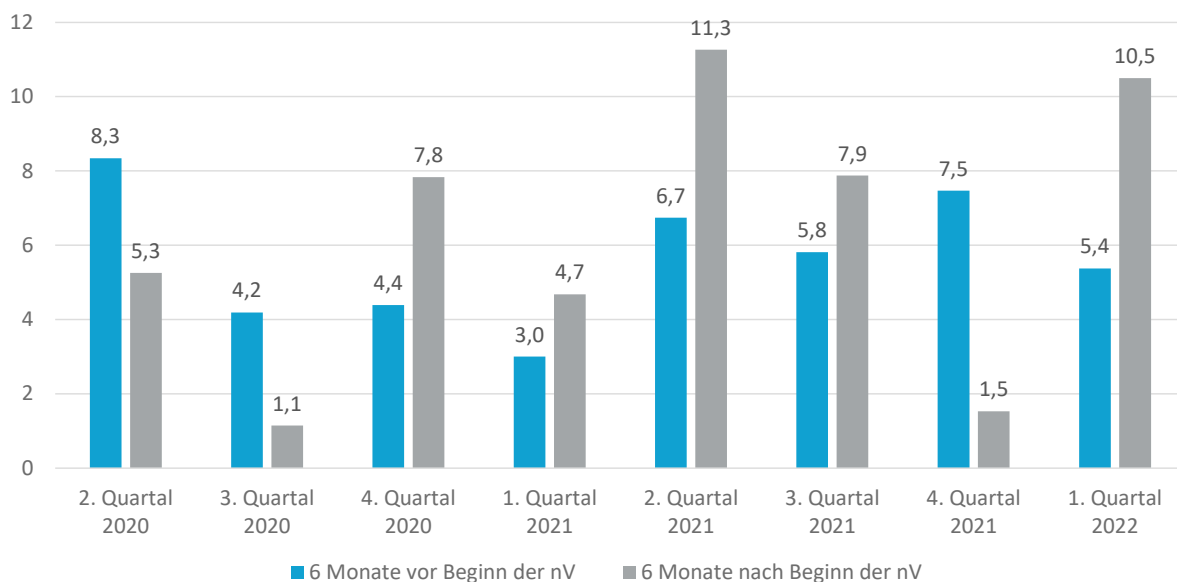


Quelle: RWI; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Beide Indikatoren deuten darauf hin, dass die Krankenhausaufenthalte insgesamt während der NVF stabil geblieben sind. Allerdings zeigen sich starke Variationen, wenn man die Interventionsgruppe getrennt nach dem Beginn der NVF betrachtet (Abbildung 13). Bei Personen der Interventionsgruppe, die im 2. Quartal 2020 in die NVF eingetreten sind, zeigt sich eine deutliche Reduktion von 37%. Für diejenigen, die im 1. Quartal 2022 begonnen haben, ergibt sich ein Anstieg der Krankenhausaufenthalte um 95%.

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

Abbildung 13: Verlauf der Krankenhauseinweisungen nach Start der NVF



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

Tabelle 8 stellt die Regressionsergebnisse für Krankenhauseinweisungen und die Gesamtzahl der im Krankenhaus verbrachten Tage in verschiedenen Spezifikationen dar. Sechs Monate vor Beginn der NVF wurden innerhalb der Kontrollgruppe 0,03 Krankenhausaufenthalte bzw. 0,31 Krankenhaustage beobachtet, was im Folgenden als Baseline angesehen werden sollte. Spalten (I) bis (III) der Tabelle vergleichen jeweils die Primärziele über die gesamte Vor-Periode sowie über die gesamte Interventionsphase. Entsprechend liegen pro Person jeweils zwei Beobachtungen vor. In Spalte (I) wird der Effekt der Teilnahme als einzige erklärende Variable gemessen. In Spalte (II) werden zusätzlich Patientencharakteristika betrachtet. In Spalte (III) wird darüber hinaus für das Start-Quartal der Intervention kontrolliert. In Spalten (IV) und (V) wird ein Fixe-Effekte-Modell geschätzt, dass die Primärziele auf Monatsbasis erfasst. Entsprechend liegen für jede Person 6 Beobachtungen der Vor-Periode sowie 6 Beobachtungen der Interventionsphase vor. Der Monat des Interventionsbeginns ($t=0$) wird nicht betrachtet, da er nicht eindeutig einer Phase zugeordnet werden kann. Die Regressionsergebnisse zeigen keine Evidenz für eine Veränderung der Krankenhausaufenthalte bzw. Krankenhaustage.

Tabelle 8: Regressionsergebnisse Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage

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

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

Wie bereits beschrieben, ist die Interventionsgruppe vergleichsweise häufig von einem Gesundheitsschock vor Beginn der NVF betroffen, bzw. wurden Personen aufgrund des Gesundheitsschocks in die NVF durch die behandelnden Hausärzte selektiert. Entsprechend ist der Vergleich mit einer entsprechenden Kontrollgruppe von Patientinnen und Patienten notwendig, die in ähnlicher Weise von Gesundheitsschocks betroffen waren und ähnliche Patientencharakteristika aufweisen, jedoch nicht Teil der NVF waren. Deshalb wird im nächsten Schritt ein Matching-Ansatz genutzt, der den Personen in der Interventionsgruppe einen statistischen Zwilling zuordnet. Die Zuordnung erfolgt auf Basis der Patientencharakteristika und des Wohnortes (in Form des Landkreises). Darüber wird der statistische Zwilling auf Basis des Verlaufes des Primärziels innerhalb der letzten 6 Monate vor Treatment-Beginn ausgewählt. Daher variiert die Zuordnung des statistischen Zwillings zwischen den Primärzielen. Die Ergebnisse der Matching-Verfahren werden im Anhang dargestellt (Anhang 2 – Anhang 7).

Tabelle 9 stellt die Ergebnisse des DiD nach Matching für Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage dar. Für Kontroll- und Interventionsgruppe wird die mittlere Veränderung zwischen Vor-Periode und Interventionsphase berechnet und miteinander verglichen. Für die Kontrollgruppe sind sowohl Krankenhausaufenthalte als auch Krankenhaustage leicht gesunken. Für die Interventionsgruppe ist die mittlere Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie die mittlere Zahl der Krankenhaustage leicht angestiegen. In beiden Fällen lässt sich keine Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe zeigen.

Tabelle 9: DiD nach Matching Ergebnisse Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage

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

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

Ergebnis des Primärziels Hausarztbesuche

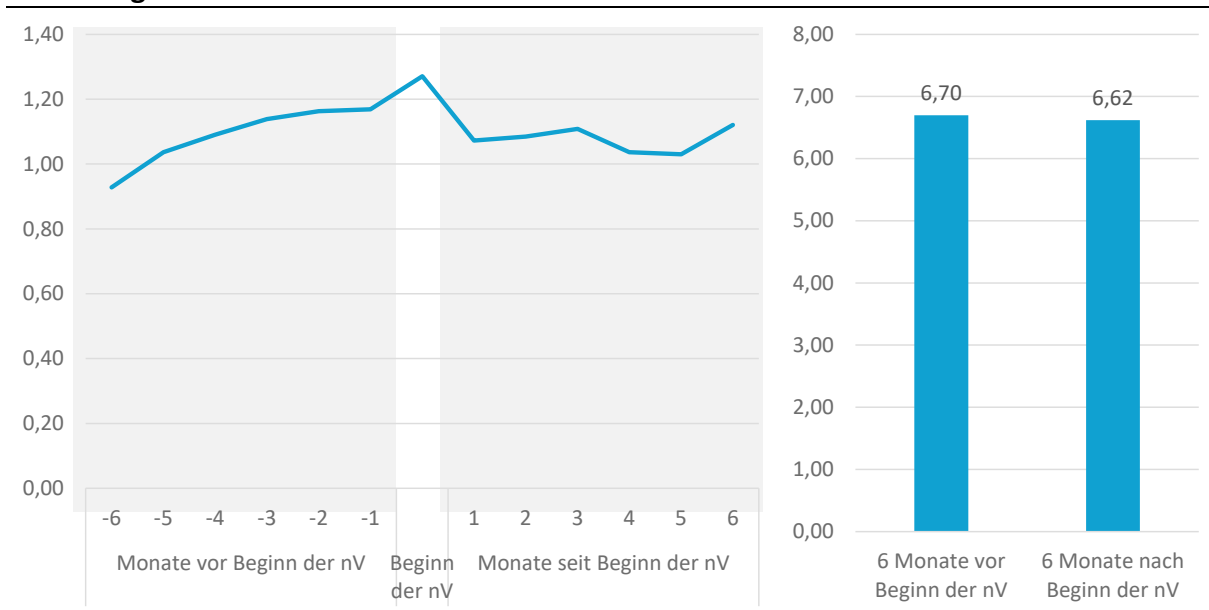
Im zweiten Schritt werden die Hausarztbesuche der Interventionsgruppe vor und während der Interventionsphase betrachtet. Es werden nur Hausarztbesuche betrachtet, die in der Praxis des Behandelten durchgeführt wurden. Hausbesuche durch den Arzt oder durch Assistenzen (z.B. MFA oder NÄPa) werden aus der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

Wie Abbildung 14 zeigt, steigt für die Interventionsgruppe während der sechs Monate vor Beginn der Interventionsphase auch die Zahl der Hausarztbesuche analog zu den Krankenhausaufenthalten an. Der Anstieg ist ebenfalls kontinuierlich, allerdings weniger stark ausgeprägt.

Im Kontext der Krankenhausaufenthalte betrachtet, unterstreicht die Entwicklung der Hausarztbesuche die Vermutung, dass ein sich verschlechternder Gesundheitszustand den medizinischen Versorgungsbedarf erhöht und ursächlich ist für die Aufnahme in das Programm der NVF.

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

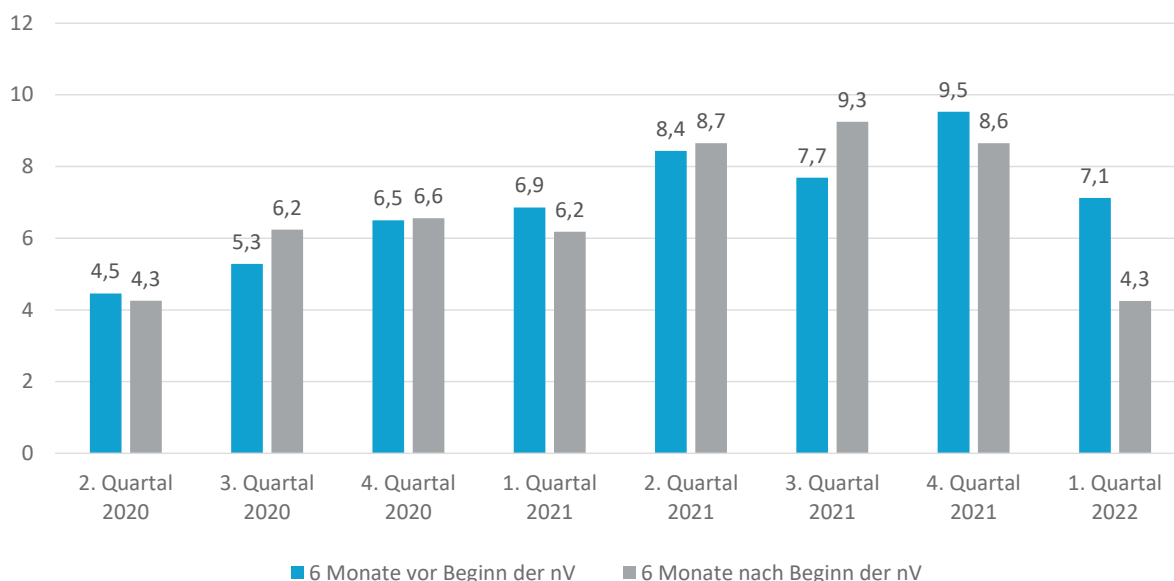
Abbildung 14: Verlauf der Hausarztbesuche



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

Auch im Falle der Hausarztbesuche zeigen sich Variationen in Abhängigkeit, wann die Intervention für einzelne Personen begonnen hat (Abbildung 15). Allerdings sind diese Unterschiede sehr viel geringer ausgeprägt als bei den Krankenhauseinweisungen. Die Veränderungen zwischen Vor-Periode und Treatment-Phase variieren zwischen -40% und +20%.

Abbildung 15: Verlauf der Hausarztbesuche nach Start der NVF



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

Tabelle 10 stellt die Regressionsergebnisse für Hausarztbesuche dar. Die Regressionsergebnisse zeigen eine minimale Reduktion der Hausarztbesuche, die in keiner Spezifikation signifikant ist. Es lässt sich daher keine Evidenz für eine Veränderung der Hausarztbesuche zwischen Vor-Periode und Interventionsphase finden. Der Vergleich mit dem Baseline-Wert von 0,93 Hausarztbesuchen sechs Monate vor Interventionsbeginn zeigt, dass die Punktschätzer auch in ihrer Größe insignifikant sind.

Tabelle 10: Regressionsergebnisse Hausarztbesuche

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

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

Die Ergebnisse des DiD nach Matching sind in Tabelle 11 dargestellt. Sowohl für die Kontrollgruppe als auch für die Interventionsgruppe zeigt sich eine Reduktion der Hausarztbesuche. Die Reduktion innerhalb der Kontrollgruppe ist etwas größer, allerdings lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen feststellen.

Tabelle 11: DiD nach Matching Ergebnisse Hausarztbesuche

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

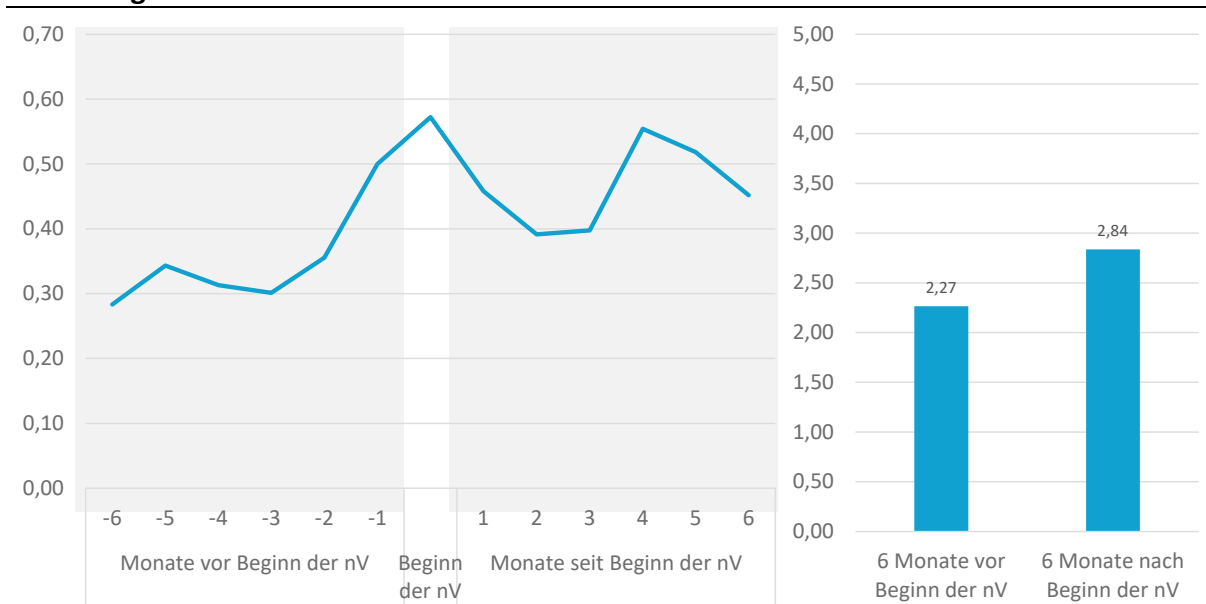
Quelle: RWI; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Ergebnis des Primärziels Hausbesuche

Nachdem im vorherigen Schritt die Hausarztbesuche – ausgenommen der Hausbesuche durch den Hausarzt bei Patientinnen und Patienten – betrachtet wurden, werden nun die Hausbesuche analysiert. Dabei wird zwischen Hausbesuchen differenziert, die durch den Arzt durchgeführt wurden und jenen, die von einer medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. einer nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPA) durchgeführt wurden. Gemäß der Arbeitshypothese wird eine Reduktion der Hausbesuche durch den Arzt um 10% erwartet.

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

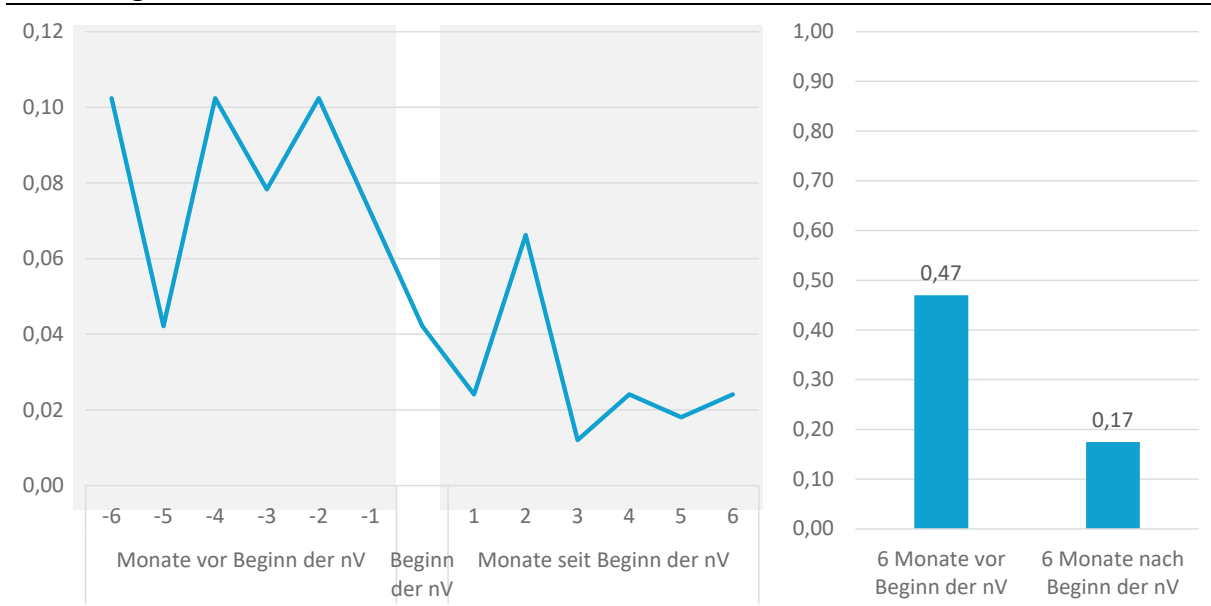
Abbildung 16: Verlauf der Hausbesuche durch den Hausarzt



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

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

Abbildung 17: Verlauf der Hausbesuche durch die Assistenz



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

Tabelle 12 stellt die Regressionsergebnisse für Hausbesuche sowohl durch den Arzt als auch durch die Assistenz dar. Die Regressionsergebnisse zeigen keine eindeutige Reduktion der Hausbesuche durch den Arzt. Betrachtet man die Veränderung der Patienten auf Monatsbasis (Spalte IV) zeigt sich eine Reduktion, die allerdings verschwindet, sobald für veränderliche Kontrollvariablen kontrolliert wird. Zudem ist dieser Wert im Vergleich zum Baseline-Wert von 0,28 relativ klein. Im Falle der Hausbesuche durch die Assistenz ist eine signifikante Reduktion zu sehen. Dieser Effekt ist erwartbar, da die Pflegeexperten einen Großteil der Aufgaben übernehmen, die vormals durch MFA oder NÄPa durchgeführt wurden. Der Vergleich zum Baseline-Wert von 0,10 Hausbesuchen sechs Monate vor der Intervention zeigt, dass der Punktschätzer auch von relevanter Größe ist.

Tabelle 12: Regressionsergebnisse Hausbesuche durch den Arzt und durch die Assistenz

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

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

Wie Tabelle 13 zeigt, gibt es sowohl für die Hausbesuche durch Arzt als auch durch Assistenz keine statische Evidenz für eine signifikante Reduktion der Primärziele gegenüber der Kontrollgruppe auf Basis des DiD nach Matching.

Tabelle 13: DiD nach Matching Ergebnisse Hausarztbesuche

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

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

In der Analyse der Primärziele ergeben sich unterschiedliche Trends in den Krankenhaustagen zwischen der Interventionsgruppe, bei der die Anzahl der Krankenhaustage leicht ansteigt, und der Kontrollgruppe, bei denen die Anzahl leicht sinkt. Außerdem sinkt die Anzahl der Krankenhauseinweisungen und der Hausbesuche unterschiedlich stark ab. Bei den Krankenhauseinweisungen ergibt sich eine stärkere Reduktion für die Kontrollgruppe, bei den Hausbesuchen für die Interventionsgruppe. Wir finden jedoch insgesamt keine signifikanten Unterschiede in Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustagen sowie der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.

3.1.2. Sekundärziele

Datenbasis

Für die Analyse des Sekundärziels „Verbesserung der Gesundheitssituation“ vergleichen wir mithilfe des in Abschnitt 2.1.5 erläuterten Differenzen-in-Differenzen Ansatzes die Veränderung innerhalb des Interventionszeitraums der Interventionsgruppe mit der Veränderung innerhalb der gleichen Zeitspanne der Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe bilden in diesem Fall Befragte des SOEP, die die Einschlusskriterien erfüllen und mit der Interventionsgruppe auch in den anderen Matchingvariablen⁵ vergleichbar sind. Für eine verlässliche Kausalanalyse berücksichtigen wir hier einige Besonderheiten, die im Folgenden kurz dargestellt sind.

Bei den Sekundäroutcomes handelt es sich um ordinalskalierte Variablen. Ordinalskalen werden dem Rang bzw. der Größe nach geordnet, über die Abstände zwischen den Rangplätzen lässt sich aber keine Aussage treffen. Dies gilt im Besonderen für den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand, bei dem die Interventionsgruppe eine Angabe auf der Skala „Sehr Gut“, „Gut“, „Zufriedenstellend“, „Weniger Gut“ oder „Schlecht“ machen sollen. Wir umgehen diese Problematik, in dem wir die Skala in eine binäre Variable umformen und als Hauptspezifikation nutzen. Diese binäre Variable unterscheidet dann nur noch zwischen gut = 1 und schlecht = 0. So lässt sich das Ergebnis im Hinblick auf die Wirksamkeit der NVF sinnvoll interpretieren. Für die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und dem Leben, die in ihrer Ursprungsform eine Skala von 0 bis 10 abbilden ist diese Problematik aufgrund der numerischen Werte deutlich weniger ausgeprägt. Hier wird die Skala in ihrer ursprünglichen Form genutzt und eine binäre Variable als Robustheitstest verwendet.

⁵ Die Matching-Variablen sind: Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl Kinder, Haushaltsgröße, Schulabschluss, Gemeindegrößenklasse des Wohnortes, selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Diagnosen chronischer Krankheiten, Zufriedenheit mit der Gesundheit und dem Leben, Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten und Anzahl der Hausarztbesuche in den letzten drei Monaten.

Zudem war das Einzugsgebiet der NVF im Interventionszeitraum von einem Hochwasser betroffen, welches die Rahmenbedingungen der Intervention beeinflusste. Hierzu wurden Informationen in Versorgungskomplexe (VK) „Flut“ kodiert (Tabelle 14). Insgesamt wurde für 35% der Patientinnen und Patienten mindestens ein VK-Flut codiert. Bei 23% der Patientinnen und Patienten fand eine telefonische Ermittlung zum Verbleib sowie ein Ausfindigmachen von Angehörigen statt. Die Durchführung eines persönlichen Besuches in einem Katastrophengebiet oder in der Nähe eines solchen Gebietes (aufwendige Organisation und/oder Anreise) wurde bei 14% der Patientinnen und Patienten unternommen. Bei fast 7% der Patientinnen und Patienten fand Telefonkontakt zur Aufrechterhaltung der Betreuung statt. Informationen zur Hygiene, wie die Aufklärung und Anleitung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen hinsichtlich besonderer Hygieneaspekte in Folge der Flutkatastrophe (Salmonellengefahr, Tetanus(-impfung), Nahrungsmittellagerung usw.) erhielten fast 3%. Die vorrangig telefonische Organisation von Rezepten, Verordnungen, Überweisungen, Hilfsgütern und Nahrungsmitteln sowie die Übermittlung von Befunden im kleinen Rahmen umfasste 3% (VK-Flut-Orga-Klein), während die vorrangig persönliche Organisation von Rezepten, Verordnungen, Überweisungen, Hilfsgütern und Nahrungsmitteln sowie die Übermittlung von Befunden im größeren Rahmen und die Hilfestellungen durch sonstige Einsatzkräfte (VK-Flut-Orga-Groß) fast 5% der Patientinnen und Patienten umfasste.

Tabelle 14: Versorgungskomplexe Flut

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

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

Für unsere Analyse benötigen wir für die Interventions- als auch für die Vergleichsgruppe eine Erst- und eine Zweitbeobachtung. Nach Berücksichtigung aller Dropouts können Beobachtungen von 380 Personen der Interventionsgruppe berücksichtigt werden, die Beobachtungen in allen relevanten Variablen aufweisen (Abbildung 6). Die Erstbeobachtung stellt den Wert vor Interventionsstart dar. Die Zweitbeobachtung bildet für die Interventionsgruppe den Wert nach der Behandlung ab und für die Vergleichsgruppe den Wert ohne Behandlung nach der gleichen Zeitspanne. Die Abstände zwischen Erst- und Zweitbeobachtungen unterscheiden sich jedoch zwischen der Interventionsgruppe und den Befragten des SOEP. Innerhalb der Interventionsgruppe vergingen im Durchschnitt 178 Tage zwischen Erstinterview und dem Interview nach sechs Monaten, in dem die Daten zum letzten Mal erhoben wurden. Bei den Befragten des SOEP vergingen zwischen den zwei zur Auswertung genutzten Interviews im Durchschnitt 327 Tage (Tabelle 15).

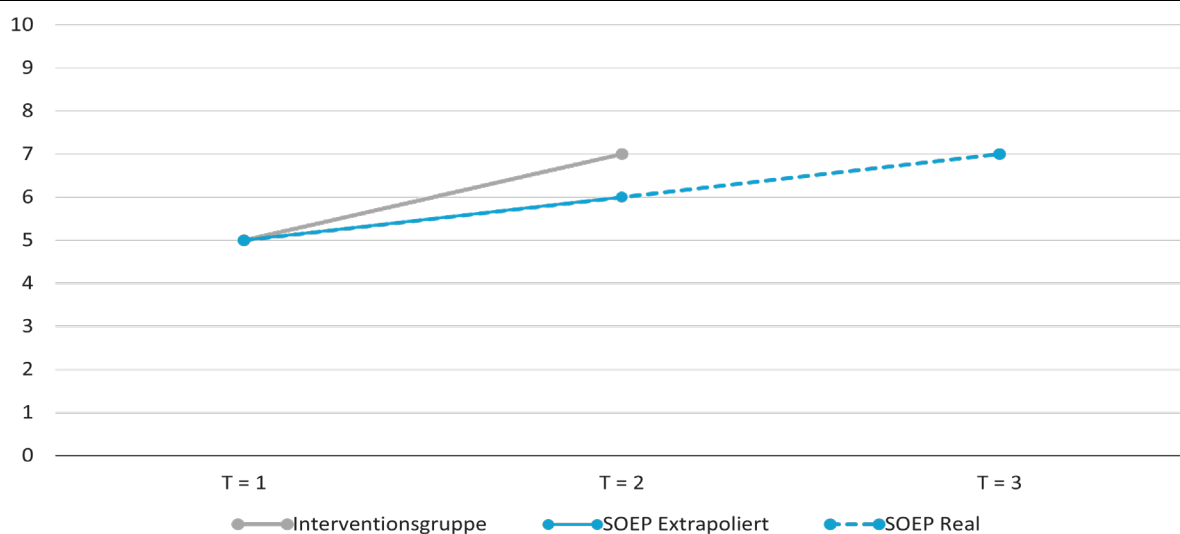
Tabelle 15: Zeitliche Abstände zwischen Erst- und Letztinterview

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

Quelle: RWI; Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand. Stand der Daten: 11. April 2023. Datenexport am 4. Juli 2023; Daten des SOEP.

Wir nehmen an, dass sich die Werte der Variablen linear entwickelt haben. Dies erlaubt es uns, für die Vergleichsgruppe einen Wert zu extrapolieren, der die Situation nach 6 Monaten bzw. 178 Tagen widerspiegelt. In Abbildung 18 ist die Extrapolation für ein hypothetisches Beispiel dargestellt. Die Outcomes aus der ePA werden dabei zu den Zeitpunkten T=1 und T=2 erfasst, die des SOEPs zu den Zeitpunkten T=1 und T=3. Würde nicht berücksichtigt, dass die Abstände zwischen den Beobachtungen „vor der Intervention“ und „nach der Intervention“ jeweils unterschiedlich sind, ergäbe sich für die Differenz der Differenzen der Wert: (Nachher ePA – Vorher ePA) – (Nachher SOEP – Vorher SOEP) = (7–5) – (7–5)=0. Die Schlussfolgerung wäre, dass die Intervention keinen Effekt hat. Wird nun angenommen, dass sich die Ergebnisvariablen im Zeitverlauf linear entwickeln, ist es möglich, den Wert der Ergebnisvariablen des SOEP zum Zeitpunkt T=2 zu berechnen. Bei Verwendung dieses extrapolierten Wertes ergibt sich als Effekt: (Nachher ePA – Vorher ePA) – (Nachher extrapoliert SOEP – Vorher SOEP) = (7–5) – (6–5)=1, was dem tatsächlichen Effekt entspricht.

Abbildung 18: Hypothetisches Beispiel zur Extrapolation



Quelle: RWI.

Für die Analyse des Sekundärziels „Erhöhung der Patientensicherheit und -eigenständigkeit“ betrachten wir in der ePA erhobenen Daten der SMASc (Self-Management Assessment Scale; Skala zur Bewertung des Selbstmanagements) über die Zeit. Die SMASc wird eingesetzt, um den Unterstützungsbedarf beim Selbstmanagement von insbesondere chronisch kranken Patientinnen und Patienten zu messen und bewertet fünf Themenbereiche, die für ein effektives Selbstmanagement im Laufe der Zeit wichtig sind. Bei den Themenbereichen handelt es sich um Wissen, Ziele für die Zukunft, tägliche Routinen, emotionale Anpassung und soziale Unterstützung.

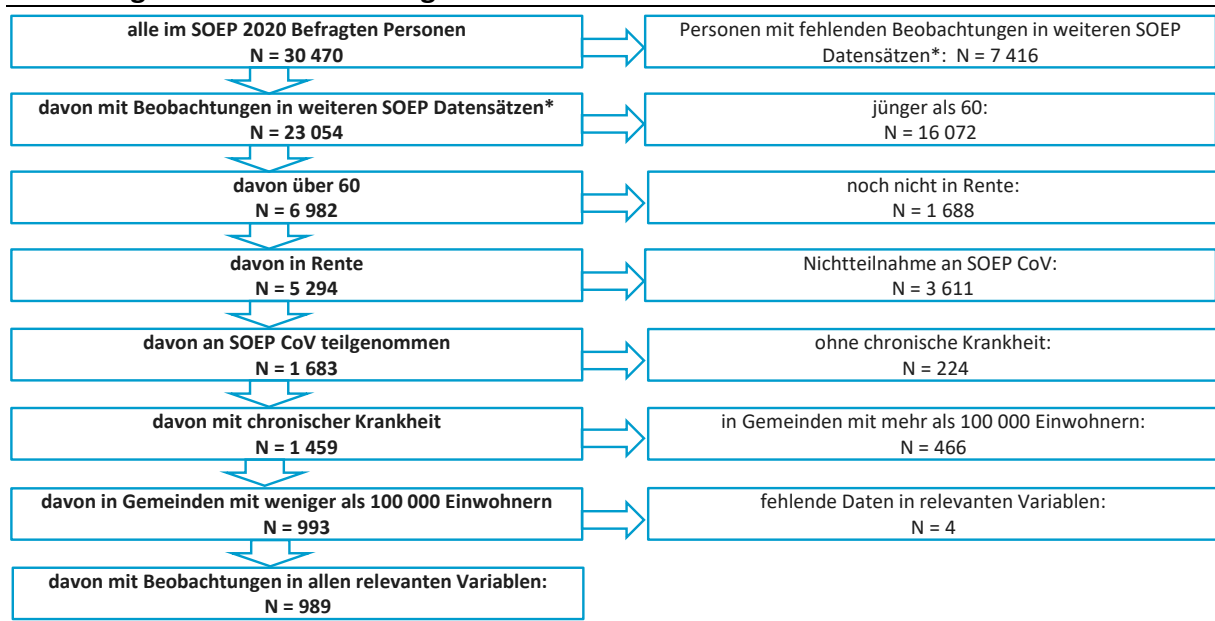
Identifikation der Kontrollgruppe

Die Identifikation der Kontrollgruppe erfolgt wie bei der Analyse der Primärziele zweistufig. Zunächst werden Befragte des SOEP⁶ identifiziert, für die eine Erst- und Zweitbefragung hinsichtlich der drei zu analysierenden Gesundheitsindikatoren vorliegt, welche die Einschlusskriterien der NVF erfüllen und die in einer Gemeinde mit weniger als 100 000 Einwohnern wohnen, um der Ländlichkeit der Behandlungsregion Rechnung zu tragen. Aus dieser Gruppe werden durch ein Matching-Verfahren statistische Zwillinge für die Interventionsgruppe gebildet.

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

Von den 30 470 Befragten des SOEP erfüllen 3% (n=989) die notwendigen Bedingungen und können für das Matching-Verfahren verwendet werden (Abbildung 19).

Abbildung 19: Consort-Flussdiagramm SOEP



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

In Tabelle 16 sind die zum Matching herangezogenen Variablen für die Behandlungs- und Kontrollgruppe gegenübergestellt. Die Interventionsgruppe ist im Schnitt elf Jahre älter als die SOEP-Befragten. Ein größerer Anteil der Interventionsgruppe ist weiblich und verwitwet. Ein größerer Anteil der Befragten des SOEPs hat die Hochschulreife und ein geringerer Anteil einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss als die Interventionsgruppe. Die Personen der Interventionsgruppe gaben an, im Jahr vor Projektbeginn häufiger im Krankenhaus gewesen zu sein als die Befragten des SOEP. In einem Zeitraum von drei Monaten vor der Befragung gaben Befragte des SOEP an, seltener bei einem Hausarzt als die Interventionsgruppe gewesen zu sein. Letztere schätzen zudem ihren Gesundheitszustand schlechter ein als die Befragten des SOEP. Insgesamt zeigt sich beim Vergleich der Interventionsgruppe mit den SOEP-Daten ein ähnliches Bild wie beim Vergleich innerhalb der AOK-Daten: die Interventionsgruppe scheint bei schlechterer Gesundheit zu sein und mehr Gesundheitsleistungen zu beanspruchen als die Kontrollgruppe.

Tabelle 16: Deskriptive Ergebnisse – Interventionsgruppe und Befragte des SOEP

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

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

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

Ergebnis des Sekundärziels Verbesserung der Gesundheitssituation

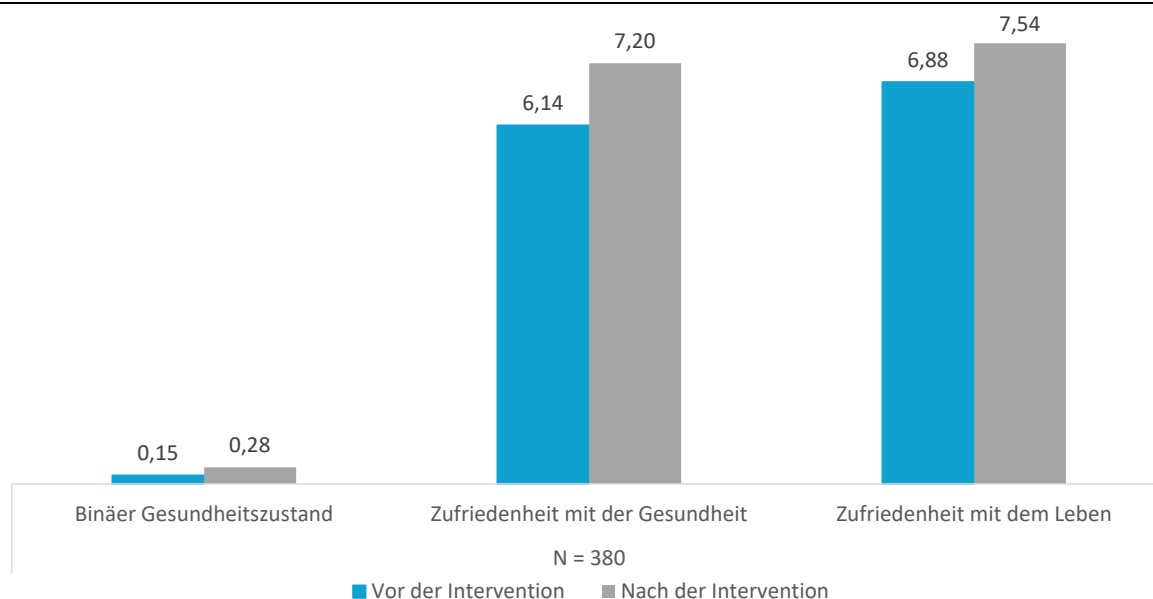
Zunächst betrachten wir die subjektiven Indikatoren zur Gesundheitssituation, wie den selbst-eingeschätzten Gesundheitszustand, die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und die Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen der Interventionsgruppe vor und nach der Intervention.

In Abbildung 20 wird der Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter der für die Auswertung genutzten ePA-Daten dargestellt. Die Werte der Balken „vor der Intervention“ stammen aus den Erstinterviews, die Werte der Balken „nach der Intervention“ aus den Folgeinterviews. Pro Person liegen mehrere lange und kurze Folgeinterviews vor, von denen aber nur eines genutzt werden soll. Zunächst werden nur Folgeinterviews berücksichtigt, welche 140 bis 220 Tage nach dem Erstinterview stattfanden, um das Ende des Behandlungszeitraumes zu erfassen. Kommen nach dieser Einschränkung noch immer mehrere Interviews in Frage, wird dasjenige gewählt, welches die wenigsten fehlenden Werte in den relevanten Variablen aufweist. Die Beobachtungen nach der Intervention wurden im Schnitt 178 Tage nach den Beobachtungen vor der Intervention erhoben.

Anhang 8 im Anhang zeigt eine Verbesserung des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes; die Patientinnen und Patienten gaben 13 Prozentpunkte öfter an, bei guter oder sehr guter Gesundheit zu sein (t-Wert = 4,56, P-Wert = 0,000). Die Zufriedenheit mit der Gesundheit hat sich um 1,06 Punkte verbessert, dies entspricht einem Anstieg von 17,3% (t-Wert = 7,78, P-Wert = 0,000). Die Verbesserung der Zufriedenheit mit dem Leben entspricht mit 0,66 Punkten gut 9,6% (t-Wert = 5,19, P-Wert = 0,000). Die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ist um einen Punkt gestiegen, was einer Verbesserung von 12,5% entspricht (t-Wert = 8,95, P-Wert = 0,000). In Bezug auf ungedeckte medizinische Bedarfe in der ambulanten Versorgung kann keinerlei Veränderung beobachtet werden (t-Wert = 0,00, P-Wert = 1,000), wobei zu beachten ist, dass sie sich bereits vor der Intervention auf einem sehr geringen Niveau bewegte; nur 2% der Personen gaben an, Bedarf an einer hausärztlichen Behandlung gehabt, diese aber nicht beansprucht zu haben. Auch wenn all diese Differenzen statistisch hoch signifikant sind, berücksichtigt dieser Vergleich nicht die Entwicklung der Ergebnisvariablen ohne das Projekt, sodass diese Ergebnisse nicht als kausal betrachtet werden können. Hierzu ist die Verwendung einer Kontrollgruppe notwendig.

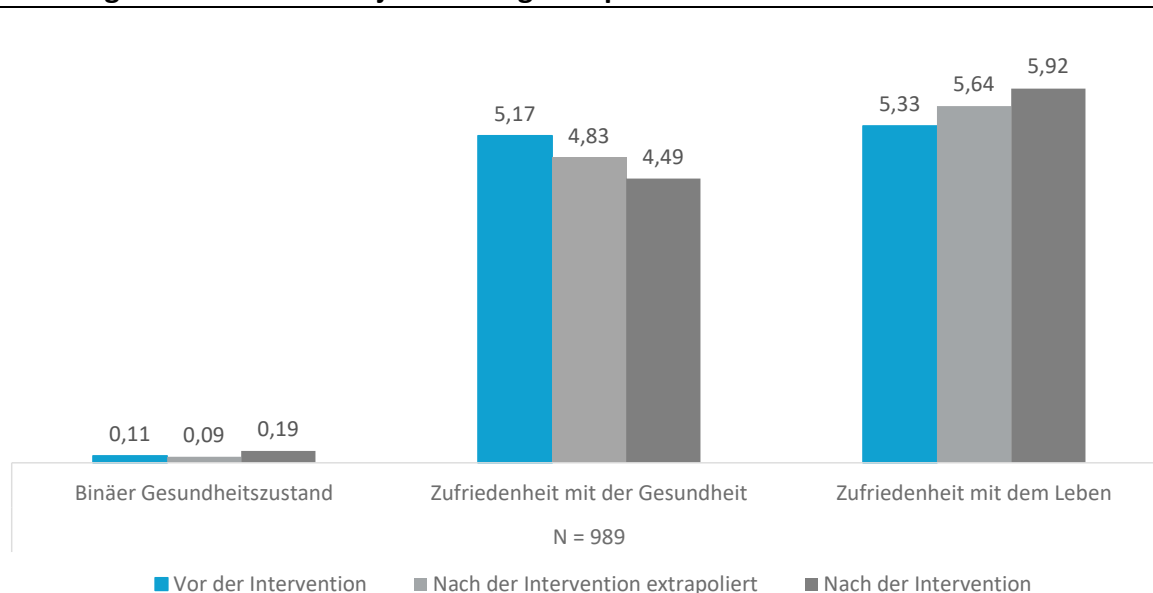
Die Werte der Kontrollgruppe für die Analyse werden in Abbildung 21 dargestellt und stammen aus dem SOEP. Auch hier sind die Daten in „vor der Intervention“ und „nach der Intervention“ unterteilt, wobei zu beachten ist, dass die Befragten des SOEPs nicht von der Intervention betroffen waren. Die Werte der Balken „vor der Intervention“ stammen aus der 2020er Personenbefragung, wohingegen die Werte der Balken „nach der Intervention“ aus der zweiten SOEP-CoV Befragung stammen. Letztere fand im Schnitt 327 Tage nach der 2020er Befragung statt und nicht wie die Folgeinterviews in den ePA Daten nach sechs Monaten. Wir nehmen an, dass sich die Werte der Variablen linear entwickelt haben und extrapolieren, wie in Abschnitt 0 beschrieben, einen Wert, der das Outcome nach sechs Monaten widerspiegelt. Diese Werte sind in Abbildung 21 als „Nach der Intervention extrapoliert“ ausgewiesen. Zu beachten ist hier, dass im SOEP keine Fragen zur Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung oder zu ungedeckten medizinischen Bedarfen enthalten sind, weswegen diese Outcomes nicht mit einer Kontrollgruppe verglichen werden können.

Abbildung 20: Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter – ePA



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

Abbildung 21: Verlauf der subjektiven Ergebnisparameter – SOEP



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

Schlussendlich wird in Tabelle 17 die Verteilung der relevanten Variablen der Vergleichsgruppe nach dem Matching dargestellt. Die angegebenen Differenzen geben zusammen mit den P-Werten die Größe und Signifikanz der Änderungen durch die Gewichtung an. Da im Matching-Prozess für jede Beobachtung der Behandlungsgruppe entsprechende Beobachtungen aus der Kontrollgruppe zugewiesen und neu gewichtet werden, entspricht die Verteilung der ePA Daten nach dem Matching der in Tabelle 16 dargestellten. Die Verteilung der ermittelten Gewichte ist stark rechtsschief, d.h. es liegen viele Beobachtungen mit einer geringen Teilnahmewahrscheinlichkeit vor, und nur wenige Beobachtungen mit hoher Teilnahmewahrscheinlichkeit. Es gibt also viele Beobachtungen, denen ein sehr kleines Gewicht zugeschrieben wird. Zu

diesen gibt es nur wenige ähnliche Beobachtungen der Behandlungsgruppe. Die Personen im SOEP mit hoher Teilnahmewahrscheinlichkeit sind die, die besser zu der Mehrheit der Teilnahmewahrscheinlichkeiten der Interventionsgruppe (ePA-Beobachtungen) passen und deswegen stärker berücksichtigt werden. Unter Verwendung der Matching Gewichte ist die Kontrollgruppe Älter, häufiger alleine lebend und hat häufiger bestimmte Erkrankungen als vor dem Matching und ist dadurch der Interventionsgruppe ähnlicher.

Im Folgenden werden die Ergebnisse unter Verwendung verschiedener Spezifikationen dargestellt. In der ersten Spezifikation (I) werden die Daten ohne vorheriges Matching genutzt, ansonsten sind die Spezifikationen mit „Gematcht“ gekennzeichnet. In der dritten Spezifikation (III) werden die extrapolierten Werte der SOEP-Daten genutzt. In der vierten Spezifikation (IV) werden nur diejenigen Patienten der NVF berücksichtigt, die nicht von der Flut betroffen waren, gekennzeichnet dadurch, dass für sie keine „VK-Flut“ erfasst worden sind. In der fünften Spezifikation (V) wird ein binäres Outcome verwendet. Die Spezifikationen (I) und (II) sind als Hauptergebnisse anzusehen, wohingegen die Spezifikationen (III) bis (V) als Robustheitstests dienen. Angegeben werden die Koeffizienten „Nach Intervention“, der den Vorher-Nachher-Effekt abbildet, „Interventionsgruppe“, der den Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe erfasst, die Interaktion aus „Nach Intervention“ und „Interventionsgruppe“, die den eigentlichen Differenzen-in-Differenzen-Effekt und damit das relevante Ergebnis – den Effekt der auf die Intervention zurückzuführen ist – abbildet und die Konstante, die das Basis-Level darstellt. Im Falle des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes ist das Outcome bei sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand als 1 kodiert und sonst als 0. Bei den beiden Outcomes zur Zufriedenheit mit der Gesundheit und zur Lebenszufriedenheit ist die binäre Variable gleich 1, wenn der angegebene Wert größer als 5 ist.

Tabelle 17: Deskriptive Ergebnisse Matching Subjektive Ergebnisvariablen – Befragte des SOEP – nach dem Matching

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

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

Tabelle 18 und Tabelle 19 zeigen die Ergebnisse der Auswertung des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes. Da es sich hierbei um eine ordinal skalierte Variable handelt, werden in den Spezifikationen (I) bis (IV) die Outcomes als binäre Variable genutzt. Nur in Spezifikation (V) wird das Outcome in seiner ursprünglichen Kodierung in einem linearen Modell verwendet, was jedoch einen stetigen Verlauf unterstellt. Lediglich in den Spezifikationen (II) und (III) sind die geschätzten Koeffizienten statistisch signifikant und deuten auf einen positiven Effekt hin, wonach im Zuge der Projektteilnahme der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand 6 bis 15

Prozentpunkte häufiger als Gut oder Sehr gut beschrieben wird. Diese Werte müssen relativ zum Baseline-Wert von 14,7% betrachtet werden und befinden sich damit in einer ökonomisch relevanten Größenordnung.

Tabelle 18: DiD Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand – Hauptergebnisse

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

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

Tabelle 19: DiD Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand – weitere Ergebnisse

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

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

Tabelle 20 und Tabelle 21 zeigen die Ergebnisse für das Outcome der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. In allen Spezifikationen werden für die relevante Variable zum 1% Niveau signifikante Effekte geschätzt. Innerhalb der ungewichteten Beobachtungen (I) erhöht demnach die Projektteilnahme die Zufriedenheit mit der Gesundheit um 0,76 Punkte. Werden die Gewichte berücksichtigt (II), erhöht sich dieser Wert auf 1,74 Punkte. Das Extrapolieren hat einen geringen Einfluss auf die Ergebnisse (III), in diesem Fall wird die Zufriedenheit mit der Gesundheit durch die Projektteilnahme um 1,41 Punkte erhöht. Werden die von der Flut betroffenen Patienten von der Analyse ausgeschlossen (IV), beträgt der Wert 1,61. Da dieser Wert sehr nahe dem aus Spezifikation (II) liegt, sehen wir dies als Hinweis, dass es durch die Flutkatastrophe nicht zu Verzerrungen kommt. Unter Verwendung des binären Outcomes (V) zeigt sich erneut ein positiver Effekt, die Projektteilnahme hat demnach die Wahrscheinlichkeit, die Zufriedenheit mit der Gesundheit mit 6 oder mehr zu bewerten um 19 Prozentpunkte

erhöht. Dies ist relativ zum Baseline-Wert von 69% auch als ökonomisch signifikant zu betrachten, genauso wie die Koeffizienten der nicht-binären Spezifikation, wenn sie mit dem Baseline-Wert von 6,1 Punkten verglichen werden.

Tabelle 20: DiD Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand – Hauptergebnisse

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

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

Tabelle 21: DiD Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand – weitere Ergebnisse

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

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

Zuletzt betrachten wir die Ergebnisse bezüglich der Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen, dargestellt in Tabelle 22 und Tabelle 23. Unter Verwendung der ungewichteten Daten (I) zeigt sich ein statistisch signifikanter, positiver Effekt. Demnach erhöht die Projektteilnahme die Lebenszufriedenheit um einen Punkt. Werden die Gewichte genutzt (II), ist der Effekt nicht länger signifikant und deutlich kleiner. Unter Verwendung der extrapolierten Werte (III), zeigt sich ein signifikanter Effekt, wonach die Projektteilnahme die Lebenszufriedenheit um 0,35 Punkte erhöht. Werden die von der Flut betroffenen Patientinnen und Patienten nicht berücksichtigt (IV), ist kein Effekt auf die Lebenszufriedenheit zu beobachten. Unter Verwendung des binären Outcomes (V) zeigt sich wieder ein positiver Effekt, nach dem die Projektteilnahme die Wahrscheinlichkeit eine Lebenszufriedenheit von mehr als 5 anzugeben um 7 Prozentpunkte erhöht. Die Baseline-Werte des Outcomes liegen bei 6,9 Punkten, bzw. 80% im Falle des binären Outcomes.

Tabelle 22: DiD Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen – Hauptergebnisse

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

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

Tabelle 23: DiD Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen – weitere Ergebnisse

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

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

Ergebnis des Sekundärziels Erhöhung der Patientensicherheit und -eigenständigkeit

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

Das Instrument kann keine Gesamtbewertung des Selbstmanagements berechnen. Jedoch wird für jeden Bereich ein Mittelwert gebildet. Die hierdurch errechneten Punktzahlen werden folgendermaßen interpretiert (Öberg et al. 2018):

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

Zu Beginn der Intervention ergab sich für die Patientinnen und Patienten ein durchschnittlicher SMASc-Score von 48,1 und für jedes der fünf Items lag ein durchschnittlicher Wert von über 9 vor – es bestand also in keinem Item Bedarf an Selbstmanagement-Unterstützung (Tabelle 24). Für die Items „Ziele für die Zukunft“ und „Emotionale Ausgeglichenheit“ war der Mittelwert am geringsten und betrug jeweils 9,1, für das Item „Unterstützung aus dem Umfeld“ mit 10,4 am höchsten. Am Projektende ergab sich für die Patientinnen und Patienten ein durchschnittlicher Score von 51,8, das Selbstmanagement verbesserte sich also über die Zeit der Intervention. Die größte Verbesserung konnte im Item „Wissen“ mit durchschnittlich einem Punkt erreicht werden. Diese Verbesserung ist insgesamt und für jedes Item signifikant.

Tabelle 24: Deskriptive Ergebnisse SMASc; Vergleich zu Projektbeginn und Projektende

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

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

Insgesamt wird der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der Interventionsgruppe 6 bis 15 Prozentpunkte häufiger als Gut oder Sehr gut beschrieben, wobei im Mittel 29,5% der Interventionsgruppe ihren Gesundheitszustand als Gut oder Sehr Gut einschätzen. Diese Ergebnisse sind zum 5% Niveau (gematcht) bzw. 1% Niveau (extrapoliert, gematcht) signifikant. Ohne den von der Flut betroffenen Teil der Interventionsgruppe ist der Effekt nicht mehr zu beobachten, was an der geringeren Beobachtungszahl liegen kann; oder daran, dass insbesondere von der Flut Betroffene von der Intervention profitiert haben. In allen Spezifikationen werden für die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand zum 1% Niveau signifikante Effekte geschätzt, wonach sich der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand leicht zwischen 0,76 und 1,74 Punkten auf einer Skala von 1-10 bei einem Mittelwert von 6,2 erhöht. Unter Verwendung des binären Outcomes (V) zeigt sich erneut ein positiver Effekt, die Projektteilnahme hat demnach die Wahrscheinlichkeit, die Zufriedenheit mit der Gesundheit mit 6 oder mehr zu bewerten um 19 Prozentpunkte erhöht. Für die Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen zeigen sich leicht positive Effekte der NVF, wobei die Effekte bei Nutzung der extrapolierten Werte für die Kontrollgruppe auf dem 5% Niveau signifikant sind (ein leichter Anstieg der Skala um 0,35 Punkte bei einem Mittelwert von 7,8). Ebenso führt die Teilnahme an der NVF zu einer 7 Prozentpunkte höheren Wahrscheinlichkeit eine Lebenszufriedenheit von mehr als 5 anzugeben (signifikant auf dem 5% Niveau).

3.2. Ergebnisse der Prozessevaluation

3.2.1. Übersicht Datenerhebungen

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

a. Befragungen

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

b. Interviews

Es wurden n=125 von n=166 geplanten Interviews durchgeführt. Die Interviewdauer betrug im Durchschnitt 35 Minuten. Weitere Daten zur Interviewdauer sind in Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Dauer der Interviews

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

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

c. Fokusgruppen

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

3.2.2. Soziodemographische Angaben der Beteiligten

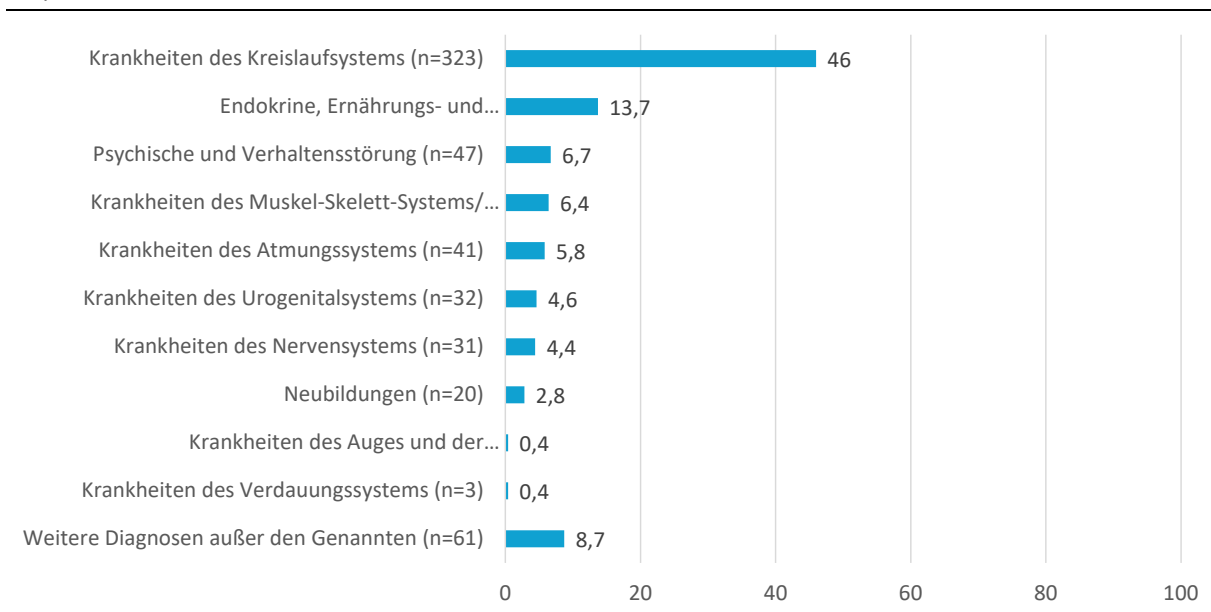
Charakteristika der Patientinnen und Patienten

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

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

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

Abbildung 22: Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten in %



Quelle: RWI und UniK/UniL – Anmerkung: n=702; Werte werden angegeben in relativen Häufigkeiten.

b. Charakteristika der PE

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

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

c. Charakteristika der Teilnehmenden der Interviews

Tabelle 26 beschreibt die Charakteristika der Teilnehmenden der Interviews.

Tabelle 26: Charakteristika der Teilnehmenden der Interviews

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

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

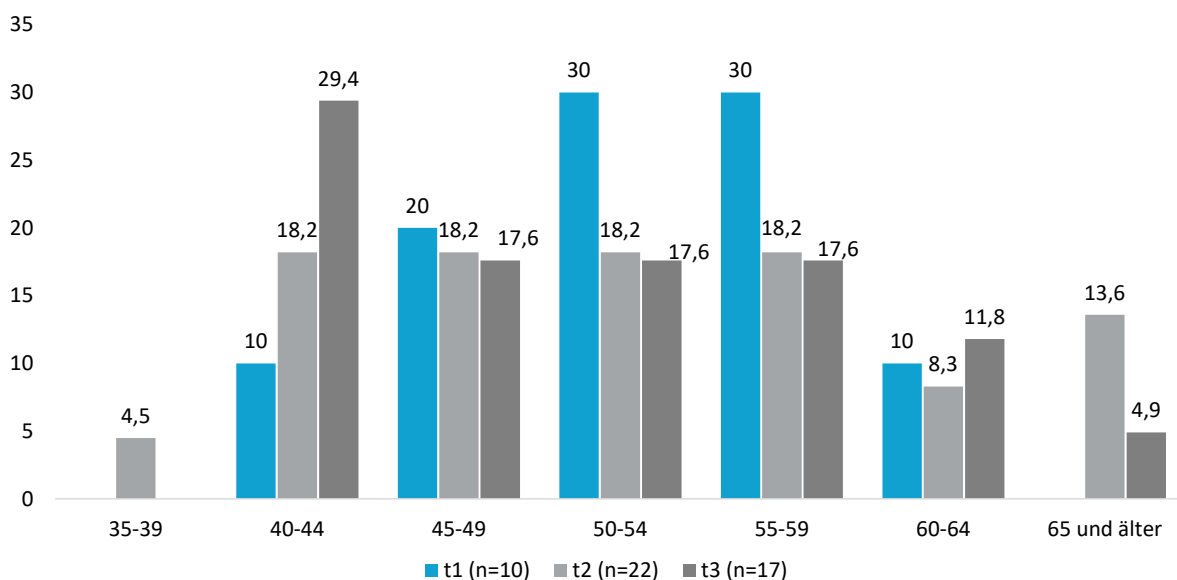
d. Charakteristika der Hausärztinnen und Hausärzte der Fragebogenerhebung

Insgesamt sind 46 HÄ dem Projekt beigetreten, verteilt auf 30 Praxen. Ein HÄ hat durch die Zerstörung seiner Praxis durch die Flutkatastrophe die Projektteilnahme beendet. Von den 46 HÄ haben 42 insgesamt 734 Patientinnen für das Projekt rekrutiert, d.h. durchschnittlich wurden 17 Patienten/Patientinnen pro HÄ an das PEC überwiesen.

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

Insgesamt wurden zu t1 n=24, t2 n=43 und zu t3 n=45 HÄ z.T. mehrfach angeschrieben, um an der Befragung teilzunehmen. Zum Messzeitpunkt t1 haben n=10, zu t2 n=23 und zu t3 n=17 HÄ an der Befragung teilgenommen. Die Mehrheit der teilnehmenden Befragten war zwischen 40 und 60 Jahren alt (Abbildung 23). Bei der Frage nach der Anzahl der Jahre der Tätigkeit als HÄ zeigten sich keine Besonderheiten (Tabelle 27).

Abbildung 23: Altersklassen der teilnehmenden HÄ, relative Häufigkeiten



Quelle: UniK/UniL.

Tabelle 27: Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt in Jahren

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

Quelle: UniK/UniL – Anmerkung: Werte werden angegeben in absoluten Häufigkeiten (relative Häufigkeiten).

3.2.3. Aktuelle, nicht vorhersehbare Kontextfaktoren

COVID-19 Pandemie

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

Im Zuge des Infektionsschutzes war die Bevölkerung aufgefordert, Abstand zu anderen Personen zu wahren, Hygieneregeln einzuhalten, Masken zu tragen, die Corona-Warn-App zu nutzen, regelmäßig zu lüften und Testungen auf das Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 (SARS-CoV-2) in Verdachtsfällen bzw. regelmäßig vorzunehmen. Die Isolation von infizierten Personen sowie Quarantäne von Kontaktpersonen sollte die Verbreitung des Virus zusätzlich verlangsamen. Ältere Menschen, Personen mit Vorerkrankungen (z.B. Lungen-, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen) oder einem geschwächten Immunsystem haben ein besonders hohes Risiko sich zu infizieren oder nach einer Infektion einen schweren Krankheitsverlauf zu erleiden (Koppe et al. 2021). Mit dem Ziel vulnerable Gruppen, z.B. Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen besonders schützen zu wollen, galten hier z.T. besondere Regelungen. Dazu gehörte ein zeitweise strenges Besuchsverbot, bei Genehmigungen die Vorlage eines negativen Tests und die Verpflichtung zum Tragen einer Maske, wobei letzteres auch für die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Patientinnen und Patienten der Einrichtung galt.

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

Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die Implementierung

(1) Erschwerte Öffentlichkeitsarbeit

Aufgrund der COVID-19 Pandemie und damit einhergehende Kontaktbeschränkungen konnten zahlreiche geplante Maßnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nicht stattfinden. Dazu zählten Informationsveranstaltungen in der Region sowie im PEC (Tag der offenen Tür) und persönliche Treffen und Gespräche, um verschiedene Zielgruppen anzusprechen (HÄ, Pat., Angehörige, politische Entscheidungstragende in Kommunen). Darüber hinaus konnten keine Vernetzungstreffen mit anderen gesundheitsbezogenen Versorgenden in der Region (z.B. Ambulante Dienste, Pflegeheime, Pflegestützpunkte) durchgeführt werden, um die Aufgaben und Rolle der PE sowie die Kooperationsmöglichkeiten zu besprechen. Da gerade zu Beginn der inhaltliche Schwerpunkt der lokalen Zeitungen auf Informationen rund um die Pandemie gelegt wurde, war ein Platzieren von Presstexten in diesen Medien ebenfalls erschwert.

(2) Anpassungen zur Umsetzung des Fortbildungs- und Einarbeitungskonzepts

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

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

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

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

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

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

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

Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die Wirkmechanismen

(1) Struktur

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

(2) Kommunikation

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

Die Kommunikation zwischen PE und Patienten und Patientinnen wurde aufgrund des Tragens eines Mund-Nasen-Schutzes von den PE als erschwerend wahrgenommen, weil es zu Verständigungsproblemen aufgrund fehlender Mimik und erschwertem Verstehen insbesondere bei höreingeschränkten Personen kam. Von den PE wurde angenommen, dass dadurch der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den Patientinnen und Patienten z.T. erschwert wurde.

(3) Kooperation und Zusammenarbeit

Maßnahmen im Rahmen des Teambuildings und auch der Rollenentwicklung (Workshops, Betriebsausflüge, Weihnachtsfeiern) konnten nicht wie geplant stattfinden. Es konnten keine passenden Alternativen gefunden werden. Dies wird von vom PEC-Team bedauert und auch als Grund genannt, warum die PE als Team keine Möglichkeit hatten zusammenzuwachsen. Dies

ist vor dem Hintergrund, dass das Team als ein förderlicher Faktor in Bezug auf die Rollenfindung genannt wird (Torrens et al. 2020), wichtig zu betonen.

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

(4) Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten

Die PE waren durch die Pandemie emotional belastet und äußerten Angst vor Ansteckung der eigenen Person, Angehörige der eigenen Familie anzustecken, aber vor allem die Sorge Patientinnen und Patienten als vulnerable Gruppe zu gefährden. Es herrschten Unsicherheiten im Umgang mit COVID-19 bei gleichzeitig hohem Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten und Angehörigen. Erschwerend wurde auch der Umgang mit Menschen wahrgenommen, die davon ausgingen, dass COVID-19 nicht existiert, Verschwörungstheorien anhängen, das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ablehnten oder die Erwartung bestand, dass auch die PE den Mund-Nasen-Schutz während der Versorgung abnahmen.

(5) Studium

Die Vorlesungen und Veranstaltungen des Studiums haben anders als geplant vorwiegend online stattgefunden. Dies wurde von den Vertretenden der Universität als hinderlich wahrgenommen, weil somit weniger Diskurs unter den Studierenden stattfand. Die Inhalte des Studiums wurden in kürzeren Einheiten vermittelt, da wahrgenommen wurde, dass die Konzentrationsfähigkeit der Studierenden online schwierig zu halten war. Zusätzlich wurden asynchrone Angebote vorgehalten, um die Möglichkeit zu bieten, Studieninhalte nachzuarbeiten. Des Weiteren wurden regelmäßige Sprechstunden (sogenannte Notfallsprechstunden; Supervisionen; online) von der Universität speziell für die PE angeboten.

(6) Patientinnen und Patienten, Angehörige

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

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

b. Flutkatastrophe

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

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

Unmittelbar nach dem Hochwasser begannen die PE mit dem Versuch der Kontaktaufnahme zu den Patientinnen und Patienten in den betroffenen Gebieten. Dies gestaltete sich aufgrund der massiven Beschädigungen der Infrastruktur als schwierig, Angehörige wussten zunächst

ebenfalls nicht, wohin Patientinnen und Patienten evakuiert wurden. Die Recherche nach dem Verbleib von Patientinnen und Patienten beschäftigte Mitarbeiterinnen des PEC bis Mitte Oktober.

In der Zeit nach der Flutkatastrophe suchte ein Teil der PE die Patientinnen und Patienten zu Fuß auf und übernahm die Akutversorgung dieser und anderer Menschen mit durch die Überschwemmung oder damit in zusammenhängenden akutem Versorgungsbedarf in den betroffenen Gebieten. Gleichzeitig unterstützten sie Ärztinnen und Ärzte vor Ort durch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Am Projekt teilnehmende HÄ, Patientinnen und Patienten sowie PE konnten sich über einige Wochen gegenseitig nicht erreichen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sechs (t2, n=23) bzw. vier (t3, n=16) HÄ gaben an, dass ihre Praxen von der Flutkatastrophe betroffen waren. Als Auswirkungen wurden die totale Zerstörung der Praxis (t2, n=2), kein

Wasser bzw. Strom (t2, n=1) und keine Helferinnen sowie eine zerstörte Straße (t2, n=1) genannt. HÄ (t2 n=1, t3, n=2) berichtete von der Übernahme anderer Patientinnen und Patienten von betroffenen Praxen bzw. der Versorgung von Flutopfern.

3.2.4. Intervention

Interventionsbeschreibung und Entwicklungsprozess

Die prozesshafte Entwicklung der Intervention erfolgte innerhalb der PEC-Steuerungsgruppe, des Forschungsteams und in Absprache mit dem Projektbeirat mit Hilfe des TIDieR Instrumentes (Hoffmann et al. 2014) (Anlage 05 Interventionsbeschreibung). Anhand der Checkliste des Instruments wurde die Intervention detailliert beschrieben, Sie umfasste einen ersten Konsens über die Intervention mit einer Verfeinerung nach vier Monaten der Interventionsdurchführung, die zur endgültigen Beschreibung der Intervention führte. Dieser Schritt war notwendig, um eine weitere Spezifizierung der einzelnen Interventionskomponenten an die klinischen und soziodemografischen Merkmale der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten anzupassen. Die Modifikationen stellten somit eine Konkretisierung dar, in denen festgehalten wurden, dass (1) die Stärkung und Stabilisierung des Versorgungsarrangements im Vordergrund steht, (2) die Identifikation von Bedarfen über die ärztlich verordneten Tätigkeiten hinausgeht, (3) Vernetzungsarbeit und Koordination einen Schwerpunkt in der Arbeit der PE bilden und (4) die Stärkung des Symptom- und Selbstmanagements vielfach auch durch andere an der Versorgung Beteiligte geschieht.

Die Anpassungen sind in der Beschreibung der Intervention entsprechend kenntlich gemacht (Anlage 05 Interventionsbeschreibung nach TIDier).

3.2.5. Implementierung

Anwendungstreue

a. Fortbildungs- und Einarbeitungskonzept

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

Das Einarbeitungskonzept basierte auf dem Curriculumkonstruktionsprozess nach Siebert (1974) und Knigge-Demal (2001) und der prospektiven Handlungsfeldanalyse. Formal ist es in Bezug auf Themenbereiche und Stundenumfang an die Delegationsrichtlinie der BÄK angelehnt. Das Einarbeitungskonzept wurde regelmäßig durch die Rückmeldungen in den Feedbackgesprächen und entsprechend den Anforderungen aus der Praxis überarbeitet.

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

b. Geplante und durchgeführte Tätigkeiten

Für die Überweisung der Patientinnen und Patienten haben 46% der HÄ den projektbezogenen Überweisungsschein genutzt und von diesen wurden 44% der Patientinnen mit einem Überweisungsgrund, 53% zwei oder drei Gründe und 3% mit mehr als drei Gründen überwiesen (Tabelle 28). Häufigste Überweisungsgründe waren der Unterstützungsbedarf bei der Krankheitsbewältigung und die nicht vorhandene Möglichkeit für Patientinnen und Patienten, die HÄ-Praxis selbst aufzusuchen.

Tabelle 28: Überweisungsgründe und Aufträge

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

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

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

Jede Intervention, die im Dokumentationssystem vermerkt wurde, beruhte auf einer SOP, die projektbezogen erstellt worden sind. Die häufigsten durchgeführten Interventionen sind unter den Begriffen Bewegung, Chronische Herzkrankheiten, Sturz und Schmerz erfasst worden (Tabelle 29).

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

Tabelle 29: Interventionen

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

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

Reichweite

a. Rekrutierungsmaßnahmen und -mechanismen

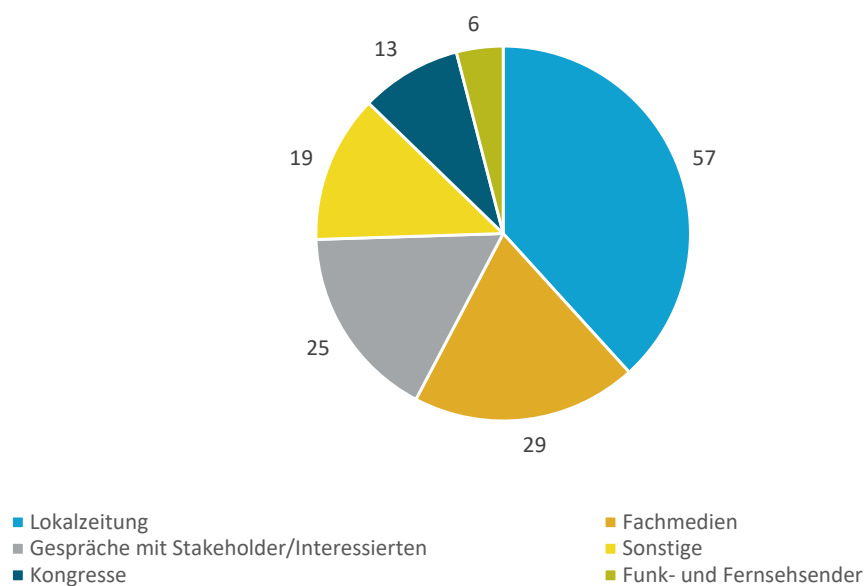
Das vom PEC erstellte Marketing-Konzept diente als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit primär dem Ziel, die neue Versorgungsform in der Region bekannt zu machen und HÄ und damit auch die angestrebte Anzahl von Patientinnen und Patienten zu rekrutieren. Die im Konzept beschriebenen Maßnahmen sind zielgruppenspezifisch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

Die Auflistung der durchgeführten Maßnahmen zur öffentlichkeitswirksamen Darstellung von HiH lag in der Fassung von Januar 2023 vor. Die Maßnahmen waren chronologisch aufgeführt und wurden thematisch geclustert. Insgesamt wurden 149 Maßnahmen durch die Projektleitung dokumentiert. Bei Sichtung der Auflistung wurde deutlich, dass diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhob. Der größte Anteil an Maßnahmen entfiel auf Beiträge in Lokalmedien (n=57), die aus 9 aufgelisteten Pressemitteilungen erstellt wurden. Als Lokalmedien wurden die kostenlos an alle Haushalte im Projektgebiet verteilten Zeitungen beschrieben, in denen Beiträge über HiH veröffentlicht wurden. Daneben wurden n=29 Beiträge in Fachmedien publiziert. Die Beiträge wurden größtenteils in Fachzeitschriften für Pflegefachpersonen veröffentlicht, wobei auch einige Beiträge in Fachzeitschriften für Ärztinnen und Ärzte gelistet wurden. Die dritte Kategorie bilden Gespräche, die im Rahmen mit relevanten Stakeholdern und Interessierten geführt wurden (n=25). In der Kategorie Gespräche mit Stakeholdern/Interessierten (n = 25) wurden Gespräche erfasst, die mit politischen Vertreterinnen und Vertretern (z.B. Landrat Ministerpräsidentin des Landes Rheinland-Pfanz), Mitgliedern des Ärztenetzes und anderen am Projekt interessierten Personen geführt wurden. Die Auflistung der Maßnahmen enthält auch die Teilnahme an n=13 nationalen sowie internationalen Kon-

gessen, auf denen Mitarbeiterinnen des PEC oder des Forschungsteams der UniK/UniL vertreten waren. Ein kleiner Teil der Öffentlichkeitsarbeit entfiel auf Beiträge in und bei Funk- und Fernsehsendern (n=6). Weitere 19 Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden zusammengefasst als sonstige Maßnahmen. Darunter gefasst sind Informationen für bestimmte Zielgruppen, unter anderem für Mitglieder der AOK, Angehörige der Marienhaus Holding oder Mitglieder im Ärztenetz Ahrweiler, sowie Maßnahmen, die sich keiner anderen Kategorie zuordnen ließen. Anzahl und Art der Öffentlichkeitsarbeit sind in Abbildung 24 dargestellt.

Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit, die geplant, aber nicht in der Listung der durchgeführten Maßnahmen als durchgeführt angegeben wurden, beziehen sich vorrangig auf Informationsveranstaltungen.

Abbildung 24: Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit



Quelle: UniK/UniL – Anmerkung: n=149.

b. Rekrutierung von Hausärztinnen und Hausärzten

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

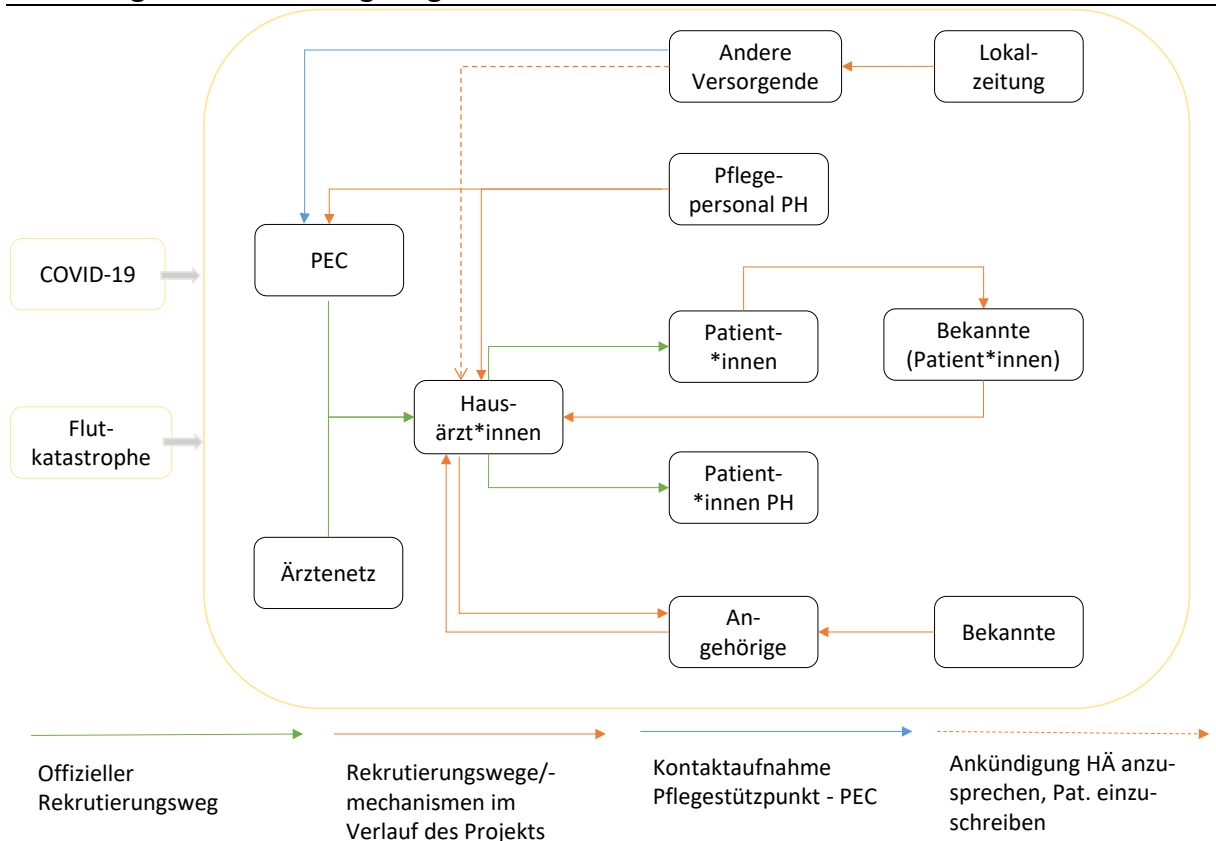
Durch die Auswertung ließen sich hinderliche und förderliche Faktoren hinsichtlich der Rekrutierung von HÄ identifizieren und in unterschiedliche Kategorien einteilen: (1) Individuelle Einstellungen und Erwartungen an die Intervention/das Projekt, (2) praxis-, (3) projekt- und (4) kontextbezogene Faktoren sowie (5) Rekrutierungsstrategien. Hinderliche Faktoren überwiegen und bezogen sich u.a. auf die individuellen Einstellungen und Erwartungen der HÄ, die Vorbehalte gegenüber der neuen Versorgungsform äußerten und haftungsrechtliche Bedenken angaben. Förderliche Faktoren im Hinblick auf die Rekrutierungsstrategien sind die persönliche Ansprache durch die Studienleitung oder andere Kolleginnen und Kollegen sowie die Nutzung unterschiedlicher Medien zur Öffentlichkeitsarbeit.

c. Rekrutierung von Patientinnen und Patienten

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

Die Auswertung der qualitativen Daten bestätigte, dass Patientinnen und Patienten und Angehörige hauptsächlich von ihren HÄ von der Studie erfuhren. Im Laufe des Projektes hat es sich durch den offenbar vermehrten Bekanntheitsgrad auch ergeben, dass potenzielle Patientinnen und Patienten oder Angehörige sich direkt beim PEC gemeldet haben, oder Patientinnen und Patienten durch Bekannte und Freunde auf das Projekt aufmerksam wurden. Auch andere an der Versorgung Beteiligte, z.B. Pflegende in stationären Langzeiteinrichtungen haben Patienten und Patientinnen und auch HÄ auf das Projekt aufmerksam gemacht. In Abbildung 25 sind die Rekrutierungswege dargestellt, die sich aufgrund der Interviewauswertungen identifizieren ließen.

Abbildung 25: Rekrutierungswege



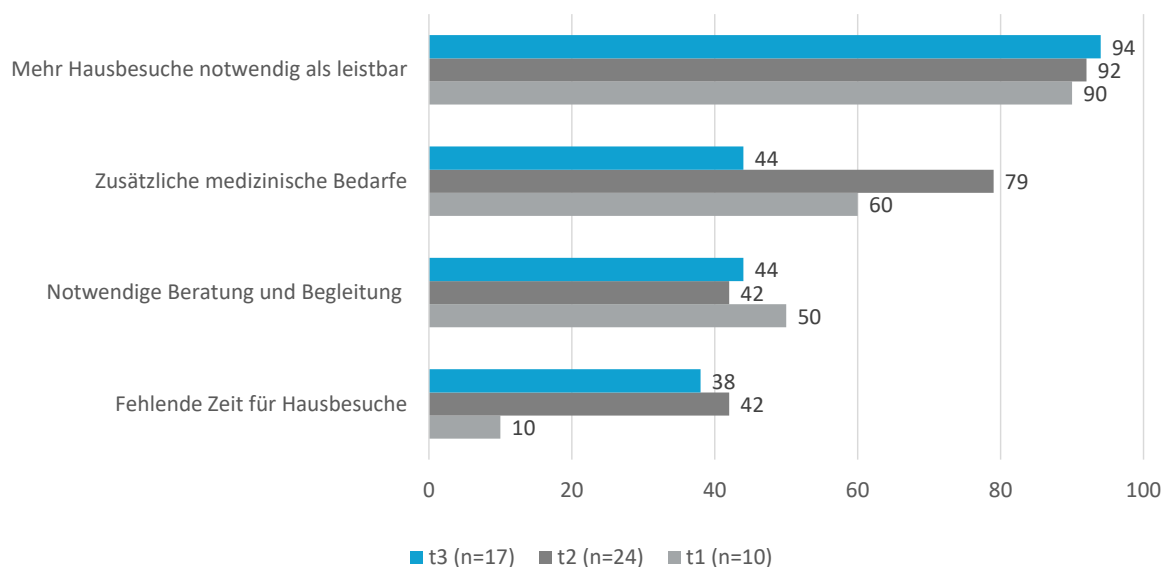
Quelle: UniK/UniL – Anmerkung: Interviews mit allen am Projekt Teilnehmenden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf (2020-2022).

d. Ein-/Ausschlussgründe

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

Ein bis zwei HA-Praxen hatten zu den jeweiligen Messzeitpunkten keine Patientinnen und Patienten an das PEC überwiesen. Folgende Gründe wurden hierfür angegeben: (1) fehlende Zeit für Rekrutierung (t2 n=1), (2) keine Patientinnen und Patienten, die durch das PEC betreut werden können (t1 n=2; t2, t3 jeweils n=1) sowie (3) zu hoher bürokratischer Aufwand (t1 n=2; t2, t3 jeweils n=1). Keine HA-Praxis gab an, dass sie Patientinnen und Patienten angesprochen haben, diese dann aber einer Teilnahme nicht zugestimmt hätten. Ebenso gab es keine Einwände von Angehörigen, die eine Teilnahme an der Studie verhindert hätten.

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



Quelle: UniK/UniL – Anmerkung: Darstellung der Werte in relativen Häufigkeiten.

Wenn Patientinnen und Patienten prinzipiell für die Studie in Frage kamen, eine Teilnahme aber dennoch nicht stattfand, lag in den meisten Fällen keine Einwilligung vor (t1 n= 7; t2 n=10; t3 n=7). Bei einigen Patienten und Patientinnen erfolgte die Behandlung durch den HÄ ausschließlich aufgrund einer akuten Erkrankung und wenige Patientinnen und Patienten wurden zum Zeitpunkt der Studie stationär behandelt oder weitere Arztkontakte waren nicht notwendig. Als sonstige Gründe für ein nicht erfolgtes Einschließen wurden mit jeweils einer Nennung folgende genannt: (1) Patientinnen und Patienten fühlten sich durch die Angehörigen angemessen betreut, (2) sie sahen keine Notwendigkeit, (3) Privatversicherung oder (4) der Zeitaufwand für die Aufklärung.

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

Menge

a. Frequenz und Dauer der Versorgung

Patientinnen und Patienten erhielten im Interventionszeitraum (Zeitraum von 183 Tagen nach Erstkontakt) im Durchschnitt sieben Hausbesuche durch eine PE. Patientinnen und Patienten, die länger als sechs Monate betreut wurden (Nachbehandlungsphase), wurden durchschnittlich weitere vier Mal aufgesucht. Die PE besuchten am Tag im Schnitt drei Patientinnen und Patienten (Tabelle 30).

Tabelle 30: Menge – Anzahl Patientinnen und Patienten pro PE und Besuche pro Patientin oder Patient

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

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

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

Tabelle 31: Dauer der Hausbesuche, Dokumentations- und Kommunikationsaufwand

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

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

Adaptionen

Eine systematische Erhebung der individuellen Adaptionen war im Rahmen der Prozessevaluation nicht möglich, da ein Abgleich zwischen geplanten Tätigkeiten laut Versorgungsplan und tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten sich durch das Dokumentationssystem nicht abbilden ließen.

Förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung des PEC

Die Einordnung der Ergebnisse der Datenanalyse erfolgte mit Hilfe des Consolidated Frameworks for Implementation Research (CFIR) (Anhang 18) (Damschroder et al. 2009). Insgesamt konnten mehr förderliche als hinderliche Faktoren identifiziert werden.

a. Äußeres Setting

Grundsätzlich förderlich war die gesicherte Finanzierung und damit die Möglichkeit der Durchführung des Projekts. Hilfreich für die Implementierung waren dabei bestehende Netzwerke

in der Region und das Ärztenetz als Konsortialpartner. Hinderlich für die Implementierung war die mangelhafte digitale Infrastruktur sowohl auf struktureller als auch auf Ebene der Organisation (des PEC).

b. Charakteristika der Intervention

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

c. Inneres Setting

PE empfanden es als hilfreich sich mit theoretischen Inhalten z.B. bei der Erstellung verschiedener SOP zu beschäftigen sowie die Praktika der PE in den HÄ-Praxen, um Abläufe und Personen kennenzulernen und fachlichen Input zu erhalten. Hinderlich für die Implementierung ist, wenn PE z.B. von Mitarbeitenden anderer Einrichtungen oder MFA als Konkurrenz gesehen wurde. Die Fort- und Weiterbildungen galten als förderlich, weil sie die PE auf ihr Tätigkeitsfeld vorbereiteten, aber sie hätten noch weitere Aspekte wie z.B. mehr Training im Bereich der klinischen Kompetenzen aufgreifen sollen.

d. Charakteristika der Individuen

Für die Implementierung der neuen Versorgungsform war die hohe Motivation der PE hilfreich. Dies gilt auch für HÄ, wenn sie die Implementierung durch ihre Teilnahme, Überweisung von Patientinnen und Patienten sowie wirksame Kooperation unterstützen. Wenn HÄ dies nicht taten, erschwerte das entsprechend den Implementierungsprozess. Wenn an der Versorgung Beteiligten die Rolle der PE klar war, war dies förderlich, weil damit auch das Handlungsfeld definiert war und Grenzen und Überschneidungen deutlich wurden. Die Ausgestaltung der Rolle fiel auch einigen PE schwer und damit musste das Profil der Rolle im Verlauf entwickelt werden.

e. Prozesse

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

3.2.6. Wirkmechanismen

Wirkmechanismus Struktur

a. Strukturelle Ressourcen

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

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

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

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

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

Außerhalb des PEC wäre eine bessere digitale Ausstattung wünschenswert.

b. Kommunikationsstrukturen

Innerhalb des PEC waren unterschiedliche, regelhafte Kommunikationsstrukturen angelegt, die sich in der Kommunikationsmatrix abbilden (Tabelle 32).

Tabelle 32: Kommunikationsmatrix des PEC

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

Quelle: UniK/UniL.

Die Auswertung der Interviews legt nahe, dass diese Strukturen wie geplant genutzt wurden.

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

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

Darüber hinaus haben PE sich untereinander informell ausgetauscht, z.B. telefonisch oder über einen Messenger Dienst.

(1) Patientenbezogene Kommunikationsstrukturen zwischen PE und HÄ

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

Um Patienten und Patientinnen an das PEC zu überweisen, nutzten HÄ den projektbezogenen Überweisungsschein, einen kassenärztlichen Überweisungsschein oder Patientinnen und Patienten wurden telefonisch angekündigt und PE erhielten unterschiedliche Dokumente (z.B. Medikationsplan, Arztbriefe). PE sendeten nach jedem Hausbesuch bei Patienten und Patientinnen einen ausführlichen Statusbericht meist via Fax an die HÄ. Wenn dies aus technischen

Gründen nicht funktionierte, erfolgte der Versand per Post oder die PE haben den Bericht persönlich in der Praxis abgegeben. Rückmeldungen auf die Berichte durch die HÄ erfolgten selten, häufig durch die MFA und dies meist erst nach mehrmaligem Nachfragen durch die PE.

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

(2) Kommunikationsstrukturen zwischen PE und Patienten und Patientinnen

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

(3) Kommunikationsstrukturen zwischen PE/PEC und AV

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

c. Dokumentation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Benutzerunfreundlichkeit, keine bedienerfreundliche Oberfläche, sehr unübersichtliche Masken, viele Arbeitsschritte notwendig, um Diagnosen und Inhalte einzupflegen bzw. Patientenakte anzulegen; System wird als arbeitsbehindernd, Benutzung als eher zeitintensiv empfunden, führte zu Überstunden und zur Frustration bei PE
- Keine stabile Einspeisung von Dokumentation möglich, Synchronisierungen wurden z. T. nicht übernommen; keine Dokumentation bei Erstgesprächen möglich, da nicht mobil und offline einsetzbar; Erstgespräche mussten häufig retrospektiv angelegt und dokumentiert werden, führte zur Doppeldokumentation, da PE vor Ort papierbasiert arbeiteten; Informationen über Patientinnen und Patienten musste vor Hausbesuch notiert werden, da vor Ort eine Einsicht in die Akte häufig nicht möglich war; wenn das System zusammengebrochen war, waren bereits getätigte Eingaben nicht gespeichert und mussten wiederholt eingegeben werden.
- Nicht kompatibel mit anderen Systemen; keine Möglichkeit der Informationsübermittlung direkt an den HA, Informationen mussten ausgedruckt und im Nachgang per Fax übermittelt werden
- Programm ist für ein Krankenhaus-Informationssystem ausgerichtet und schwer auf das ambulante System/Setting und die Versorgungsbedarfe übertragbar

Wirkmechanismus Zwischenmenschliche und (inter)professionelle Beziehungen

a. Kooperation und Zusammenarbeit

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

Als förderliche Faktoren bei der Kooperation und Zusammenarbeit wurde von den HÄ geäußert, dass sie durch die PE und den damit verbundenen Hausbesuchen ausreichend und zeitnahe Informationen u.a. über die Statusberichte der PE erhalten haben. Dies wurde als gute Ergänzung zur Befundung empfunden. Die Einschätzung der Versorgungssituation wurde außerdem als gut empfunden, da dadurch Therapiepläne angepasst und Bedarfe der Patientinnen und Patienten abgeleitet werden konnten. Die HÄ äußerten die Zusammenarbeit mit den PE auf Augenhöhe erlebt zu haben. Insgesamt wurden das Arbeitsverhältnis und die Zusam-

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

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

MFA haben als förderliche Faktoren einen freundlichen Umgang miteinander, zeitnahe Erledigen von Aufgaben und guten Absprachen untereinander hervorgehoben. MFA äußert auch, dass die Zusammenarbeit mit den PE als zusätzliche Belastung empfunden wurde, da mit dem Projekt verbundene administrative und organisatorische Aufgaben Mehrarbeit für MFA bedeutet haben. MFA gaben an, dass feste PE als Ansprechpartner förderlich für die Zusammenarbeit sei.

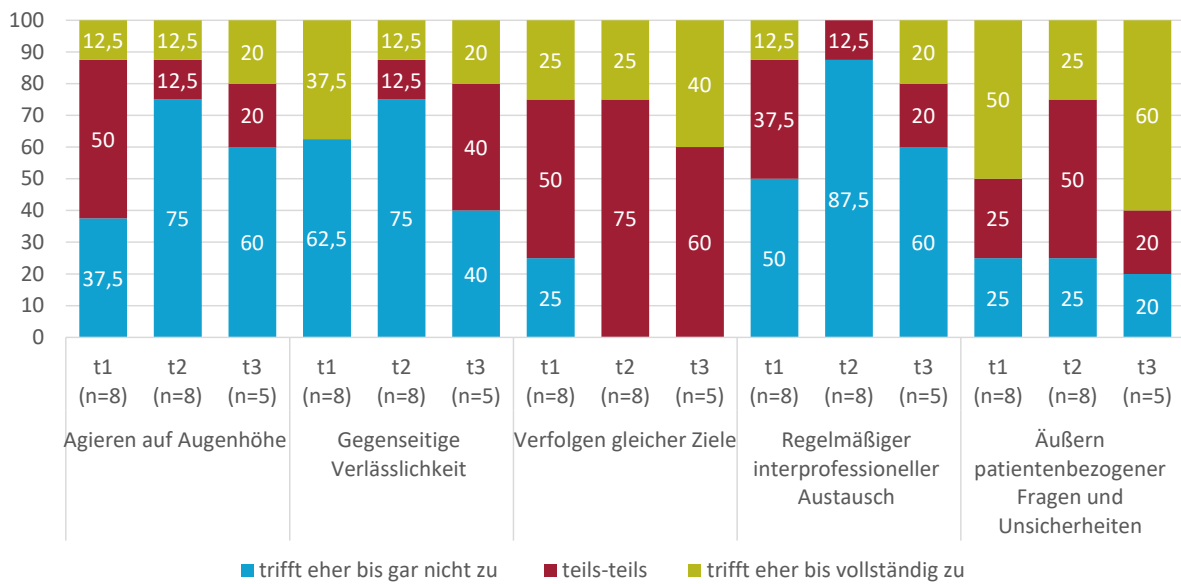
Zusammenfassend äußerten sowohl PE und HÄ als auch MFA, den Wunsch nach mehr persönlichem Austausch und Kontakt zueinander. In diesem Zusammenhang wurde im Verlauf eine positive Entwicklung wahrgenommen, da regelhaft Austauschtermine zwischen PE und HÄ etabliert werden konnten.

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

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

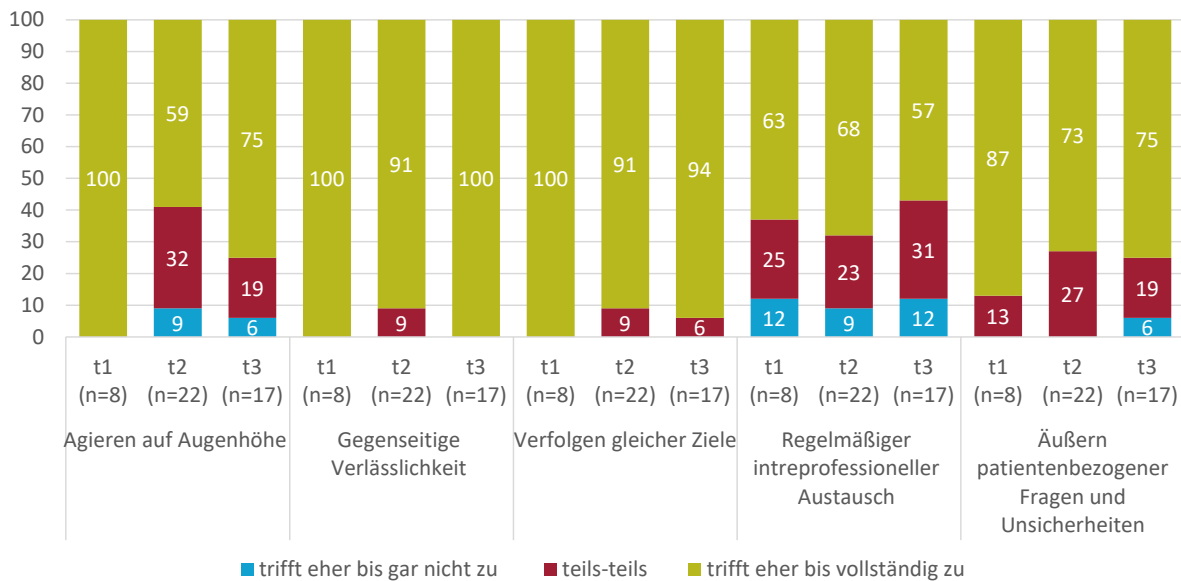
Im Verlauf hat sich die Einschätzung der PE in Bezug auf die Kooperation und die Zusammenarbeit verändert. Die PE empfanden zunehmend, dass sie mit den HÄ auf Augenhöhe agieren (Abbildung 27). Aus Sicht der HÄ wurde die Zusammenarbeit und Kooperation überwiegend positiv bewertet (Abbildung 28). Der regelmäßige interprofessionelle Austausch wurde von den PE und HÄ unterschiedlich eingeschätzt, aus Sicht der HÄ fand der Austausch regelmäßig statt, wohingegen die PE dies überwiegend nicht bestätigten.

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



Quelle: UniK/UniL – Anmerkung: Darstellung der Werte in relativen Häufigkeiten.

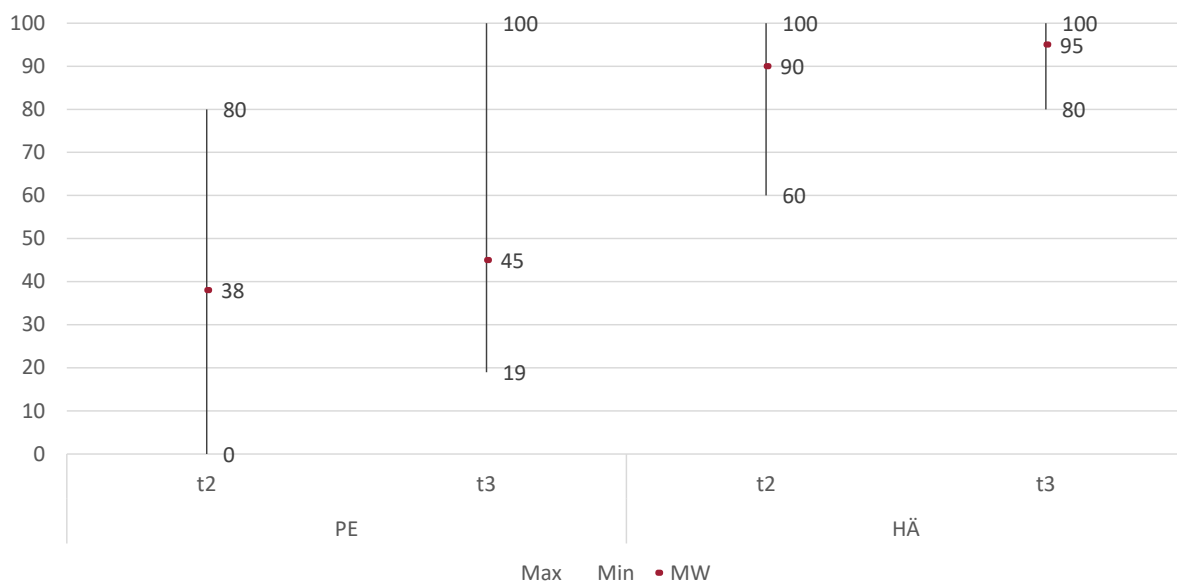
Abbildung 28: Einschätzung der Kooperation und Zusammenarbeit aus Sicht der HÄ
 in %



Quelle: UniK/UniL – Anmerkung: Darstellung der Werte in relativen Häufigkeiten.

Die Zusammenarbeit im Allgemeinen wurde von PE und HÄ unterschiedlich bewertet. Die PE bewerteten die Qualität der Zusammenarbeit deutlich geringer auf einer Skala von 0 bis 100. Sie bewerteten diese im Mittel zu t2 mit 38 und zu t3 mit 45 Punkten ein. Dagegen bewerteten die HÄ die Zusammenarbeit im Mittel mit 90 (t2) bzw. 95 (t3) Punkten. Die durchschnittliche Bewertung der Zusammenarbeit hat sich bei den PE um sieben bzw. fünf Punkte bei den HÄ verbessert (Abbildung 29).

Abbildung 29: Einschätzung der Zusammenarbeit



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

Die interprofessionelle Versorgung wird auf dem Papier zwar geplant, in der alltäglichen Praxis fand diese jedoch nicht statt. Dieser Aussage stimmten fünf der acht PE zu t1 bzw. drei von acht zu t2 sowie zwei von fünf zu t3 zu. Die anderen PE waren hinsichtlich dieser Einschätzung unsicher oder stimmten dieser nicht zu. Die meisten PE äußerten das Gefühl, dass sie patientenbezogene Fragen und Unsicherheiten mit den Team-Kolleginnen besprechen konnten und wussten bei fachlichen Fragen oder Unsicherheiten, an wen sie sich wenden könnten.

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

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

b. Kommunikation

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

(1) Erleben der PE und HÄ

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

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

- papierbasierte Kommunikationswege

fehlende regelhafte Kommunikationsstrukturen Folgende förderliche Faktoren ließen sich identifizieren:

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

Wenn PE trotz mehrfacher Anfragen keine Rückmeldungen zu Versorgungsempfehlungen in den Statusberichten erhielten, werteten sie dies häufig als Zustimmung, um in der Versorgung der Patientinnen und Patienten fortfahren zu können. Neben den Herausforderungen in der Behandlung und Betreuung der Patienten und Patientinnen aufgrund fehlender Informationen, äußerten die PE zudem Gefühle der Enttäuschung und Resignation und versuchten sich mit den Umständen zu arrangieren. Die Kommunikation zwischen HÄ/MFA und PE wird als personen- und praxisabhängig beschrieben. Von einigen MFA fühlten sich die PE abgewiesen und nicht ernst genommen, von anderen MFA erhielten sie schnell und unkompliziert Unterlagen und benötigte Informationen. Einige HÄ gaben zeitnah Rückmeldungen, viele HÄ wirkten bei den PE den Eindruck, kein Interesse an einem Austausch zu haben.

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

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

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

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

Die PE gaben überwiegend an, dass die HÄ für sie schwer erreichbar waren, die PE waren für die HÄ hingegen stets gut erreichbar.

Während die PE die Qualität der Kommunikation auf einer Skala von 0 bis 100 mit den HÄ zu t3 im Mittel auf 45 (33,7) einschätzten, wurde diese aus Sicht der Hausärzte deutlich höher eingeschätzt und hat sich von t2 zu t3 im Mittel von 87,3 (13,7) auf 92,3 (8,5) leicht verbessert.

Zu t1 und t2 fühlten sich jeweils mehr als die Hälfte der PE ausreichend kompetent, mit den HÄ in einen fachlichen Dialog über die Notwendigkeit delegierter Leistungen zu treten, zu t3 stimmten dem zwei der fünf PE zu.

(2) Kommunikation innerhalb des PEC-Teams

Die Qualität der Kommunikation innerhalb des PEC-Teams wurde unterschiedlich wahrgenommen. Kritisch angemerkt wurde, dass die formellen Strukturen der Regelkommunikation häufig ausschließlich genutzt wurden, um organisatorische Belange aus der Steuerungsgruppe zu besprechen und der fachliche Austausch fehlte. Der Austausch der PE untereinander zu pflege-

und medizinisch relevanten Themen wird als gut bewertet ebenso die Möglichkeit sich ein Gespräch mit der PEC-Leitung einfordern zu können. Die PEC-Leitung konnte zur Unterstützung in der Kommunikation zwischen PE und HÄ hinzugezogen werden. In den Befragungen gab die Mehrheit der PE zu t1, t2 und t3 an, sich bei Fragen und Unsicherheiten gegenüber ihren Teamkolleginnen äußern zu können.

(3) Kommunikation – Erleben der Patientinnen und Patienten und Angehörigen

Die Kommunikation zwischen PE und Patientinnen und Patienten also auch zwischen PE und Angehörigen wurde als insgesamt gut erlebt. Patientinnen und Patienten und Angehörige beschreiben, dass sie mit den PE auf einer anderen, persönlicheren Ebene sprechen konnten. Als positiv wird auch die sehr gute telefonische Erreichbarkeit und zeitnahe Beantwortung von Fragen durch die PE bewertet, dies hat sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörigen Sicherheit vermittelt. Der im Vergleich zu Hausarztbesuchen deutlich längere zeitliche Rahmen, der für Gespräche, Untersuchung und Behandlung zur Verfügung stand, wird insbesondere von Patientinnen und Patienten wertgeschätzt. Die Kommunikation der PE wurde von den Patientinnen und Patienten als einfühlsam, freundlich, aufmerksam, vertraut, kompetent und professionell wahrgenommen.

(4) Kommunikation – Erleben der AV

Die Kommunikation zwischen PE und AV wurde als bereichernd erlebt, AV nahmen die PE als kompetente Partnerinnen in der Versorgungslandschaft wahr. Der Austausch wurde als respektvoll und durch Akzeptanz geprägt wahrgenommen.

(5) Verlauf und Entwicklung der Kommunikation

Grundsätzlich zeigen die Ergebnisse bei allen Herausforderungen eine tendenziell positive Entwicklung in der Kommunikation. Die PE haben teilweise aufgrund ihrer Erfahrungen und der Entwicklung ihrer Rolle ihre Kommunikation gegenüber den HÄ so verändert und angepasst, dass sie schneller Rückmeldungen erhielten und Vorschläge zur Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten schneller umsetzen konnten. Mit der Zeit und zunehmenden Vertrauen in die Rolle der PE hat sich eine routinierte Versorgungssituation zwischen PE und einzelnen HÄ und Hausarztpraxen eingespielt, die auch durch einen verbesserten telefonischen Kontakt untereinander gekennzeichnet war.

c. Leitung/Leadership

An die Leitung des PEC wurden unterschiedliche Anforderungen und Aufgaben gestellt. Es ließen sich zudem Faktoren identifizieren, die für die Ausübung der Leitungsrolle als förderlich erlebt wurden, sowie Herausforderungen in der Ausübung der Rolle. PE nannten unterschiedliche Aspekte, die sie als positiv im Erleben der Leitung bewerteten und äußerten Kritik und Erwartungen an die Rolle der Leitung.

Die PEC-Leitung benannte folgende Anforderungen und Aufgaben:

- Projektbezogenen Herausforderungen
 - Öffentlichkeitsarbeit
 - Bekanntmachung des Projektes bei anderen Versorgenden und Institutionen
 - Networking
 - Gestaltung des Handlungsfeldes der PE/Intervention entwickeln
 - Projektmanagement (z.B. Controlling Teilnahme HÄ/Patientinnen und Patienten, Berichterstattung Projektleitung)
- Mitarbeiterführung
 - Bedarfe der Mitarbeitenden erkennen und Maßnahmen zur fachlichen/emotionalen Unterstützung einleiten und umsetzen
 - Fortbildungskonzept umsetzen und anpassen
 - (gleichberechtigte) Befähigung und Förderung der PE

- Team-bildende Maßnahmen planen und umsetzen
- Delegation von Aufgabenbereichen (Dokumentation, Hygiene)
- Konfliktbewältigung zwischen PE und anderen Versorgenden/HÄ
- Gutes ausreichendes Equipment für Patientenversorgung zur Verfügung stellen
- Personalmanagement
 - Einstellungsverfahren begleiten
 - Personalkoordination (Zuweisung von Patientinnen und Patienten, Dienst- und Urlaubsplangestaltung)
 - Mitarbeitergespräche führen
 - Beurteilung der PE
 - Erstellung von Arbeitszeugnissen
 - Einhaltung von Arbeitsschutzrichtlinien
- Erarbeitung und Etablierung von unterstützenden Strukturen
 - Erstellung eines Qualitätsmanagement Handbuchs
 - Risikomanagements
 - Koordinierung der Medizinproduktebestimmung
 - Beschwerdemanagement regeln
- Patientenversorgung
 - Erstgespräche führen bzw. bei Erstgesprächen unterstützen
 - Patientenversorgung durchführen

(1) Förderliche Faktoren in der Ausübung der Leitungsrolle

Als förderlich für die Ausübung der Leitungsrolle benannte die PEC-Leitung die Motivation der PE, die Zusammenarbeit im Leitungs- und Steuerungsteam, persönliche Stärken (z.B. Sicherheit in der Kommunikation, resilienter Umgang mit Herausforderungen und Stress), formale Qualifikationen sowie Berufs- und Lebenserfahrung. Die Bekanntheit in der Region sowie der Expertise der Leitung wurde ebenfalls als förderlich für die Ausübung der Rolle wahrgenommen.

(2) Herausforderungen in der Rolle der PEC-Leitung

Als zeitweise herausfordernd wurde die Kommunikation mit PE beschrieben, wenn diese selber stärker belastet waren. Dies war insbesondere während der Kontaktbeschränkungen der COVID-19 Pandemie und nach der Flutkatastrophe der Fall. Zusätzlich wurde angegeben, dass es individuelle Belastungsspitzen durch z.B. hohe und gleichzeitig auftretende Anforderung in Studium und Patientenversorgung gab. Verstärkte Betreuung und Förderung einzelner PE, um diese zu befähigen in ihrer Rolle als PE arbeiten zu können, wurde in der Wahrnehmung der Leitung im Team kritisch bewertet und bedurfte einer angemessenen Kommunikation mit allen Teammitgliedern, um Konflikte zu vermeiden.

Als weitere Herausforderungen wurde das Bemühen beschrieben, einzelne PE im Projekt zu halten. Es wurden unterschiedliche Strategien entwickelt (z.B. individuelle Förderung, zur Verfügung stellen einer Wohnung, um lange Anfahrtswege zu vermeiden), die jedoch nicht zum Erfolg führten.

Wahrgenommen wurde auch ein im Vergleich zur Projektleitung geringes Ansehen und Akzeptanz der Leitungsrolle durch HÄ. Vermutet wurde hier die berufliche Qualifikation der Projektleitung als Kriterium für mehr Akzeptanz.

(3) Erleben von Leitung/Leadership der PE

Als positiv wurden von PE die gute Erreichbarkeit der Leitungen beschrieben. In der quantitativen Befragung wurde von rund der Hälfte der PE bestätigt, dass die PEC-Leitung stets schnell erreichbar war. Zudem wurde die Unterstützung in der Stärkung der eigenen Kompetenzen

sowie die Beteiligung an internen Entwicklungsprozessen des PEC (z.B. Erstellung von SOP) als hilfreich erlebt.

Kritisch bewertet wurden von einigen PE ein fehlender fachlicher Austausch und fehlende Rückmeldungen, da dies auch im Hinblick auf die Entwicklung der Rolle und des Lernerfolgs hinderlich wahrgenommen wurde. Verspätete und ungenügende Informationsweitergabe sowie das Nichteinhalten unterschiedlicher organisatorischer Absprachen waren weitere Kritikpunkte. In der Erwartung, dass die PEC-Leitung das Aufgabengebiet der PE definiert, äußerten PE, dass dies nicht eindeutig und klar beschrieben wurde. Zudem hätten sich einige PE mehr Stringenz auf Leitungsebene und klare Regelungen z.B. in Bezug auf Urlaubs- und Vertretungsregelungen gewünscht. Einige PE äußerten, dass von Seiten der Leitung Unzufriedenheit im Team nicht erkannt wurde und hätten erwartet, dass die Führungspersonen während der Kontaktbeschränkungen aufgrund der COVID-19 Pandemie und auch danach den Austausch und die Austauschmöglichkeiten innerhalb des Teams mehr fördern.

Wirkmechanismus Motivation zur Teilnahme an der Studie

a. Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten benannten folgende Beweggründe für die Teilnahme an der Studie: (1) Entlastung, da sie durch die regelmäßigen Besuche der PE die Hausarztpraxis nicht selber aufsuchen müssen. Dies wird als Belastung empfunden, wenn die Anfahrt lang bzw. bedingt durch Einschränkungen in der Mobilität als beschwerlich beschrieben wird. (2) Gesicherte Versorgung/Sicherheit, da durch die PE regelmäßige Untersuchungen (z.B. Quick-Wertkontrollen) stattfinden bzw. klinische Parameter erhoben werden können und bei bestehender Krankheit die PE Sicherheit vermitteln. (3) Entlastung der Angehörigen, die sonst die Hausarztbesuche koordinieren müssen. (4) Sonstige Motive: Interesse/Neugier an der Studie bzw. an medizinischen Themen; Empfehlung der Teilnahme am Projekt durch Freunde.

b. Angehörige

Angehörigen äußerten z.T. ähnliche Gründe wie Patientinnen und Patienten. (1) Entlastung durch das Wegfallen des Aufsuchens der hausärztlichen Praxis, weil der damit einhergehende Aufwand (Koordination, Organisation des Besuchs/Begleitung der Patientinnen und Patienten) entfällt. Dies stellt gerade bei langen Anfahrtswegen und Patientinnen und Patienten mit Einschränkungen in der Mobilität und kognitiven Einschränkungen eine große Belastung dar. Des Weiteren äußerten Angehörigen, dass sie durch die Teilnahme die Hausarztpraxen entlasten. (2) Gesicherte und verbesserte Versorgung, da angenommen wird, dass sich durch die Betreuung der PE die Versorgung verbessert bzw. intensiviert und notwendige regelmäßige Kontrollen (Vitalparameter, Blutentnahmen) ohne Aufsuchen der Hausarztpraxis gewährleistet sind. (3) Unterstützung in der Versorgung: Angehörige erhoffen sich durch die Teilnahme am Projekt mehr Unterstützung in der Versorgung, da sie sich überlastet fühlen und geben als Motivation zudem an, dass sie kurzfristig Versorgungsfragen und Anliegen mit PE besprechen können, die sie nicht mit HÄ besprechen würden. (4) Sonstige Motive: Teilnahme am Projekt wurde von HÄ empfohlen, die einen Bedarf nach Krankenhausaufenthalt gesehen haben, oder eine persönliche Überzeugung/Interessen am Projekt hatten.

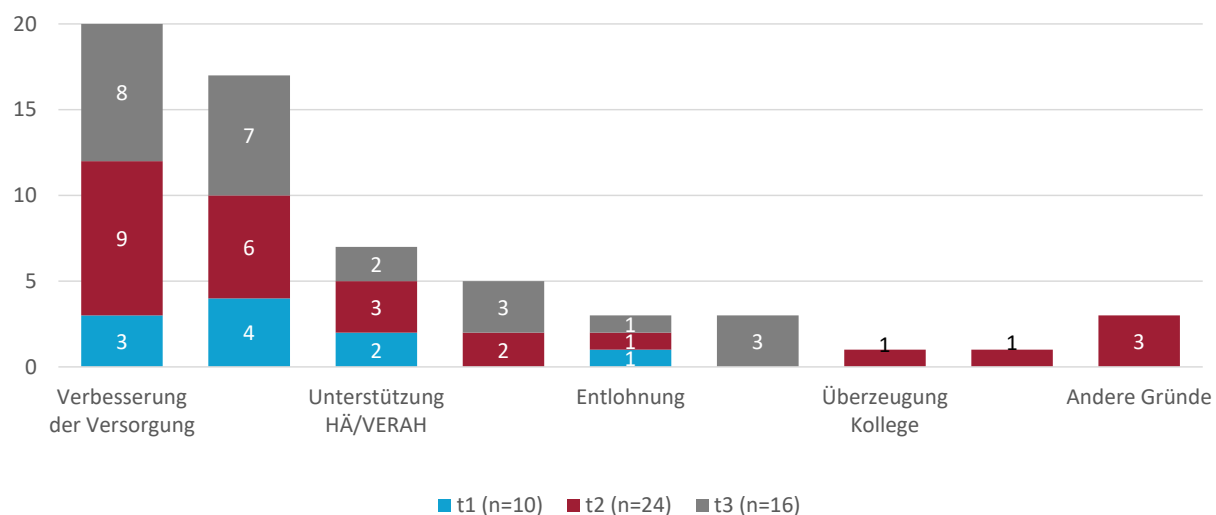
c. Hausärztinnen und Hausärzte

HÄ äußerten folgende Beweggründe für die Teilnahme an der Studie. (1) Verbesserungen der Patientinnen und Patientenversorgung durch eine engmaschigere Versorgung der Patientinnen und Patienten, Gewährleistung von Hausbesuchen durch Unterstützung der PE und Vermeidung von Krankenhauseinweisungen. (2) Entlastung im Arbeitsalltag, da PE z.B. Blutentnahmen übernehmen könnten. (3) Persönliche Überzeugung, da es sich um ein gutes Projekt handelt, um dem HÄ-Mangel zu begegnen und die Arbeit auf mehrere kompetenten Schultern zu verteilen. (4) Kurzfristige Unterstützung durch PE während der Flutkatastrophe aufgrund einer erhöhten Patientinnen- und Patientenzahl. (5) Finanzieller Anreiz. (6) Sonstige Motive:

Neugier/ Interesse etwas Neues in der Region auszuprobieren und Interesse an der Umsetzbarkeit des Projektes; Übernahme des Projektes bei Übernahme der Praxis.

Die Ergebnisse decken sich größtenteils mit den Ergebnissen der Befragungen (Abbildung 30). Ergänzend sind die Annahmen der Projektleitung, die als motivierende Aspekte die Wahrnehmung des Trägers der Konsortialführung als verlässlichen Partner erwähnt, die persönlichen Kontakte zwischen Ärztenetz und Träger sowie den bestehenden Mangel in der hausärztlichen Versorgungsstruktur.

Abbildung 30: Motivation der HÄ an der Studie teilzunehmen



Quelle: UniK/UniL.

d. Pflegeexpertinnen und -experten

Die Motivation der PE lässt sich in folgende Kategorien einteilen: (1) Verbesserung der Versorgung; insbesondere die Motivation, die Versorgung von älteren Menschen im ländlichen Raum zu gewährleisten, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und HÄ zu entlasten. (2) Neue Herausforderung/Wunsch nach Veränderung. Es wird eine andere Arbeitsweise als im bekannten Krankenhaus-Setting erwartet mit der Möglichkeit ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen; es besteht der Wunsch nach einem Arbeitsplatz, der den direkten Patientinnen und Patientenkontakt ermöglicht, die Tätigkeit der Körperpflege aber ausschließt; Annahme, dass dem Pflegeverständnis entsprechend gearbeitet werden kann, eigenständiges Arbeiten im interdisziplinären Team möglich ist und als ein wichtiges Mitglied des interdisziplinären Teams wahrgenommen zu werden. (3) Fachliche Weiterentwicklung durch Weiterbildung, Studium und Ausbau des medizinischen Fachwissens. (4) Studium. Möglichkeit ein finanziertes Studium absolvieren zu können. (5) Rahmenbedingungen. Hier werden geregelte Arbeitszeiten, kein Schichtdienst, die geografische Lage des Einzugsgebiets sowie die Möglichkeit durch die befristete Arbeitsstelle Einblicke in das Projekt zu erhalten, genannt. (6) Persönliche Überzeugung/Interesse am Projekt.

e. PEC-Leitungen

Die PEC-leitungen nannten als Motivation: (1) Zukunftsweisendes Handlungsfeld akademisierter Pflegefachpersonen entwickeln und etwas Neues aufbauen. (2) Arbeiten in der direkten Versorgung der Patientinnen und Patienten als akademisierte Pflegefachperson. (3) Arbeiten in einer leitenden Position. (4) Wunsch nach Veränderung im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit.

f. Vertreterinnen und Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen

Die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen äußerten drei Gründe: (1) Möglichkeit partnerschaftlich neue Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum auszuprobieren, (2) Erfordernis von Delegationsprojekten aufgrund veränderter Versorgungslage und (3) Gemeinsame Ziele; die Ziele des Projektes decken sich mit den gesamtgesellschaftlichen, sozialen und gesundheitspolitischen Aufgaben der Krankenkasse, eine Stärkung der Versorgung im ländlichen Raum zu etablieren.

Wirkmechanismus Bedarfe

Insgesamt stellten die Befragten zunächst fest, dass sich unterschiedliche Bedarfe in der Versorgungssituation von insbesondere älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen aufgrund unterschiedlicher Faktoren ergeben: Einschränkungen in der Mobilität und/oder kognitive Einschränkungen erschweren für Patientinnen und Patienten und Angehörige einen Besuch in der Hausarztpraxis. Eine Überlastung der HÄ geht mit (zu) wenig Zeit für einzelne Patientinnen und Patienten sowie Angehörige einher. Zudem gibt es HÄ, die keine bzw. wenige Hausbesuche machen und dadurch der Bedarf an notwendigen Hausbesuchen bei vulnerabler Bevölkerungsgruppe nicht gedeckt werden kann. Die Gegebenheiten der regionalen gesundheitsbezogenen Versorgungssituation im ländlichen Raum geht für Patientinnen und Patienten mit langen und aufwendigen Anfahrten einher. Patientinnen und Patienten als auch Angehörigen fehlen Kenntnisse über gesundheitsbezogene und damit assoziierte Themen (z.B. Finanzierung von pflegerischer Versorgung). (Pflegerische) Angehörige sind belastet durch die zeitaufwendige und herausfordernde Organisation der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten bei z.T. gleichzeitiger Berufstätigkeit. Immer mehr Patientinnen und Patienten leben allein.

Folgende Bedarfe wurden in diesem Zusammenhang benannt:

(1) Beratung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen.

- Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung, finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten, Pflegehilfsmitteln
- individuelle Beratung, Schulung und Anleitung zu gesundheits-/krankheitsbezogenen Fragestellungen
- Einschätzung der Versorgungssituation und Maßnahmenplanungen, insbesondere nach Krankenhausaufenthalten
- Gesprächsbedarf insbesondere bei alleinlebenden Patientinnen und Patienten
- Emotionale Unterstützung
- barrierefreie Hausarztpraxen

(2) Entlastung von Angehörigen durch

- Gespräche und Möglichkeiten der Reflexion der Situation
- Übernahme der Koordination der Versorgungssituation und Kommunikation mit Hausarztpraxis
- Informationen zum Gesundheitszustand und zur Versorgungssituation

(3) Unterstützung und Entlastung von HÄ durch

- Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten
- regelmäßige Kontrollen medizinisch relevanter Parameter (z.B. EKG)
- kompetente Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten
- Hausbesuche bei akuter Verschlechterung der Patientinnen und Patienten
- ergänzende Versorgungsstruktur durch PE

(4) Optimierung der Versorgungsstrukturen (AV):

- breitere, differenziertere Aufstellung von Versorgungsstrukturen
- Verbesserung der Versorgungsabläufe
- Schnittstelle zur Koordination der Gesundheitsdienstleistungen

(5) Fachliche Entwicklung zur Anpassung an die Anforderungen des:

- Bedarf an Fortbildungen und Austausch, um mehr Sicherheit in der Versorgung (auch Notfallversorgung) zu erhalten
- Bedarf an Wissen zu medizinisch geprägten Inhalten im Studium, um Beratungsanfragen der Patientinnen und Patienten und Angehörigen zu bestimmten Krankheitsbildern gerecht werden zu können
- Bedarf an Stärkung der eigenen Kommunikation und der Kompetenz in Beratung
- Bedarf an Ausbau von Wissen über sozialrechtlich relevante Fragestellungen und Kompetenz im Bereich klinischer Untersuchungen.

(6) Die PEC-Leitung sah einen Bedarf, die PE engmaschig zu begleiten, in besonderem Maße bedingt durch die Umstände der COVID-19 Pandemie und Bedarfe zur Förderung kommunikativer Kompetenzen.

Die Auswertung der quantitativen Befragung ergab ergänzend, dass PE teilweise Versorgungsbedarfe feststellten, die den HÄ nicht bekannt waren und dass die damit verbundenen Aufgaben aus Sicht der PE an sie hätten delegiert werden können. Die Häufigkeit variierte überwiegend von gelegentlich bis immer. Als Versorgungsbedarfe wurden nicht ausreichende physiotherapeutische Maßnahmen, soziale Bedarfe wie z.B. Optimierung der hauswirtschaftlichen Versorgung, krankheits- und altersspezifische Symptomkontrolle, Schmerzmanagement, Wundtherapie genannt. Die mit den Bedarfen einhergehenden Tätigkeiten sahen die PE fast alle (t1 n=7 (88%), t2 n=7 (88%), t3 n=3 (75%)) in ihrem Aufgabengebiet, eine PE stimmte dem nicht zu. Die Hälfte (t1 n=4 (50%); t2 n=4 (50%)) der PE gaben an, dass die HÄ diese Tätigkeiten übernehmen könnten.

Jeweils eine PE zu t2 und t3 empfand die von den HÄ delegierten Aufgaben für die Gesundheitsversorgung nicht notwendig. Die anderen PE unterstützten diese Aussage zu allen drei Messzeitpunkten nicht oder nur teilweise (t1 n=8 (100%); t2 n=7 (87,5%); t3 n=4 (80%)). Als Beispiele für nicht notwendige Aufgaben wurden mit jeweils einer Nennung eine vierwöchentliche Blutentnahme bei Marcumareinnahme bzw. allgemein unnötige Blutentnahmen, Vit-B12-Injektionen für Selbstzahler, aus Sicht der Patienten und Patientinnen unnötige Beratungen oder das Einholen einer Delegationsvereinbarung oder Kooperationsverträgen, wenn die Praxis diese nicht selbst versenden konnte/wollte. Nach Ansicht der PE hätte die Blutentnahme auch durch eine MFA erfolgen können. Nach Einschätzung einer PE wurde häufig die Vitalzeichenkontrolle oder die Kontrolle der Medikamentenadhärenz als Delegationsaufgaben gewünscht, aus Sicht der PE hätte der Fokus eher auf komplexe Probleme wie z.B. die Früherkennung einer Dekompensation der Erkrankung oder die Wundtherapie gelegt werden sollen.

a. Gründe für die Ausweitung der Betreuungsphase

Ursprünglich wurde die Behandlung von Patienten und Patientinnen durch PE für einen Zeitraum von sechs Monaten geplant, eine Ausweitung des Versorgungszeitraums wurde vorgenommen, wenn ein Bedarf festgestellt und Kapazitäten vorhanden waren. PE, HÄ, Patientinnen und Patienten, Angehörige und die PEC-Leitung wurden gezielt nach Gründen für die Verlängerung der Behandlung befragt. Die Beteiligten nannten eine Vielzahl von Aspekten, die für eine dauerhafte und kontinuierliche Betreuung durch PE sprechen anstatt den Zeitraum auf sechs Monate zu begrenzen.

Zum einen handelte es sich bei dem Großteil der Patienten und Patientinnen, um ältere, gebrechliche, geriatrische Patienten und Patientinnen, die mehrheitlich über 70 Jahre alt waren. Sie werden als chronisch krank und z.T. multimorbid beschrieben und benötigten teilweise eine palliative Versorgung. Viele Patienten und Patientinnen waren immobil, sturzgefährdet und pflegeintensiv. Häufig wurde eine zunehmend instabile Versorgungssituation und keinerlei Unterstützung durch An- oder Zugehörige oder eines Pflegedienstes wahrgenommen. Patientinnen und Patienten befanden sich in sozial isolierten Situationen und wiesen medizinische und pflegerische Bedarfe auf, die z. T. von den Patienten selbst oder den Angehörigen bei den PE angemeldet wurden. Ein weiterer Grund für die Weiterbehandlung ist der von den zuständigen HA-Praxen weit entfernte Wohnort, insbesondere, wenn kontinuierliche Kontrolluntersuchungen notwendig waren, die Hausarztbesuche mit großem organisatorischem Aufwand für die Patienten und Patientinnen selbst verbunden waren oder HÄ keine Hausbesuche durchführten.

Es wurden verschiedene Bedarfe der Patienten und Patientinnen von den PE und PEC-Leitungen identifiziert, die zu einer Weiterbehandlung nach den sechs Monaten führte. Sie führten an, dass die Patienten und Patientinnen eine kontinuierliche Ansprechperson benötigen, die kurzfristig erreichbar, zuverlässig und vertrauensvoll ist. Es wurde ein großer Bedarf an Sicherheit und Unterstützung für die Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen identifiziert. Es wurde darüber hinaus wahrgenommen, dass Patienten und Patientinnen die PE in Anspruch nahmen, um die Versorgungssituation zu reflektieren und existenzielle Fragestellungen in diesem Zusammenhang zu besprechen. Wenn PE als etablierte und ergänzende Versorgungsstruktur aufrechterhalten wurde, konnte z.B. ein Umzug in die vollstationäre Langzeitpflege verhindert werden.

Die HÄ nannten als Gründe lebenslange, dauerhafte Bedarfe, die eine kontinuierliche Betreuung und Versorgung notwendig machten, um z.B. die Selbständigkeit zu erhalten. Durch kontinuierliche Besuche durch die PE sollte zudem eine Isolation der Patienten und Patientinnen verhindert werden. Darüber hinaus wurde eine Versorgung über den Zeitraum von sechs Monaten fortgeführt, wenn noch keine vollständige Regeneration eines Akutzustandes erreicht wurde. Auch der Bedarf an Sicherheit und kontinuierlicher Unterstützung waren Gründe für die Weiterbehandlung durch die PE.

Die Patienten und Patientinnen und deren Angehörige äußerten z.T. ähnliche Gründe der Notwendigkeit der Weiterbehandlung länger als sechs Monate. Neben der Sicherheit, der regelmäßigen Besuche vor Ort und einem anhaltenden Bedarf die Versorgungssituation und den Gesundheitszustand zu verbessern, äußerten die Angehörigen eine kontinuierliche Unterstützung in der Versorgung der Patienten und Patientinnen zu benötigen, um dadurch Entlastung zu erfahren. Als weiterer Grund wurde benötigte, akute Unterstützung bei z.B. Schmerzen aufgeführt. Des Weiteren bestand bei Angehörigen ein anhaltender Bedarf an Informationen über die Versorgungssituation.

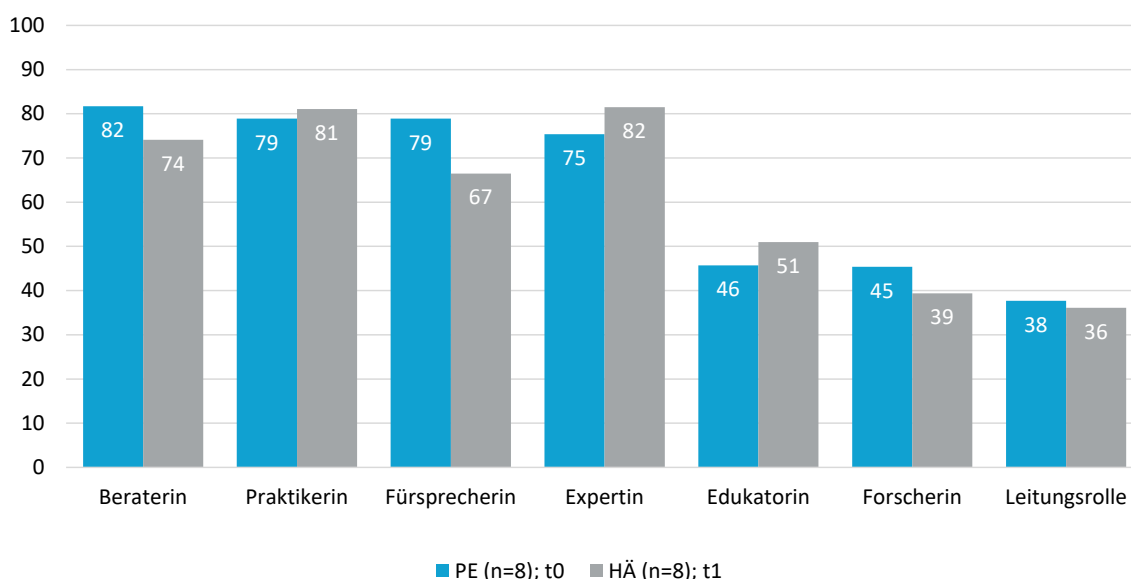
Viele Bedarfe der Patienten und Patientinnen wurden erst im Verlauf der PE-Hausbesuche sichtbar. Die Annahme von PE und PEC-Leitung war, dass zunächst eine professionelle Beziehung und Vertrauen aufgebaut werden mussten, damit Patienten und Patientinnen ihre Bedarfe entsprechend formulieren. Darüber hinaus veränderten sich über den Verlauf die Schwerpunkte der Bedarfe, so dass eine Beendigung der Betreuung nach sechs Monaten nicht dem Ziel der Stabilisierung der Versorgungssituation entsprach.

Wirkmechanismus Rolle der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten

a. Rollenverständnis

Sowohl HÄ als auch PE sahen die PE zu t1 vornehmlich in der Rolle der Beraterin, Praktikerin, Fürsprecherin und Expertin, weniger in der Rolle der Edukatorin, Forscherin oder Leitungsrolle (Abbildung 31).

Abbildung 31: Wahrnehmung der Rollen der PE



Quelle: UniK/UniL – Anmerkung: Bewertung, welche Rollen mit der Tätigkeit als PE verbunden wird auf einer Skala von 1=trifft nicht zu bis 100=trifft zu; Darstellung der Werte als Mittelwert (MW).

Nach Ansicht der HÄ veränderten sich im Verlauf der Studie insbesondere die Leitungs- und die Edukatorenrolle. Diese wurden zunehmend mit den Tätigkeiten der PE verbunden: Leitungsrolle t1 36 (SD 31,5), t2 50 (SD 33,6), t3 50 (27); Edukatorenrolle t1 51 (SD 31,3), t2 72 (SD 21,8), t3 68 (SD 20,3).

PE gaben mehrheitlich an, zu wissen, wie sie ihre Rolle Patientinnen und Patienten, Angehörigen und HÄ erklären können, wie sie Schnittstellen zu anderen Rollen wie z.B. zu ärztlichen oder anderen pflegerischen Rollen beschreiben können und wie sie sich von weitergebildeten MFA (VERAh, NÄPa) abgrenzen. Fünf der neun PE (56%) konnten die Rolle zu t0 noch nicht von anderen Rollen unterscheiden und abgrenzen.

Vier der fünf PE zu t3 empfanden ihre Tätigkeiten als unabhängigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dies bestätigten die HÄ teilweise bis vollständig.

Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung ergaben, dass die Ausgestaltung der Rolle und das Verständnis über die Rolle sich innerhalb der Projektlaufzeit bei den PE entwickelten. Es gab Hinweise, dass die PE ihre Rolle in Teilen sehr individuell ausgestalteten, abhängig davon, wo sie ihre eigenen Stärken sahen.

Die Auswertung der Interviews zeigte auch, dass das Verständnis der Rolle sowohl bei den PE als auch bei HÄ, MFA und Patientinnen und Patienten/Angehörigen unterschiedlich war. Einige HÄ verglichen PE teilweise mit (weitergebildeten) MFA und sahen keinen Unterschied zwischen dem Personal in ihrer Praxis und den PE. Einige HÄ beschrieben die PE als fachlich versierter und hoben das Studium, fundiertes Wissen und mehr Kompetenzen als Unterscheidungsmerkmal – auch zu anderen Pflegenden – hervor. PE konnten aus Sicht der HÄ besser beurteilen, wann z.B. HÄ gebraucht werden oder eine Krankenseinweisung notwendig ist.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten gab es in Bezug auf die Tätigkeiten keine großen Unterschiede zwischen HÄ und PE. Angemerkt wurde aber, dass PE keine Entscheidungen bezüglich der medizinischen Diagnostik und Therapie treffen können. Oft wurde als Unterscheidungsmerkmal die Dauer der Hausbesuche und die Zeit, die PE sich für die Versorgung und Untersuchung genommen haben, genannt. Dies wurde teilweise als Argument für eine bessere Versorgung formuliert. Auch die gute Erreichbarkeit im Gegensatz zum HÄ/zur HA-Praxis unterscheidet die Versorgung durch PE. Mit den PE konnten Patientinnen und Patienten andere

Gespräche führen oder anders mit ihnen sprechen. HÄ merkten diesbezüglich an, dass PE auch die menschliche Betreuung übernahmen und mehr Nähe zu den Patientinnen und Patienten haben. Des Weiteren wurde aufgeführt, dass PE einen weiteren Blick haben, der das häusliche und soziale Umfeld miteinschließt.

HÄ sahen die Rolle des PE vor allem in der Erfüllung der ärztlich delegierten Tätigkeiten. Sie erkannten an, dass PE in der Lage sind die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten zu erfassen und auf fachlich hohem Niveau arbeiteten.

b. Handlungsautonomie

Mehr als die Hälfte der PE (n=5 (56%) von n=9) sahen zu t0 kein hohes Maß an Handlungsautonomie. Dies änderte sich im Verlauf leicht, zu t3 gaben vier von fünf PE an ein hohes Maß an Handlungsautonomie zu haben. PE fühlten sich in ihrer Handlungsautonomie vor allem dadurch eingeschränkt, dass sie auf Rückmeldungen durch HÄ hinsichtlich ihrer Empfehlungen angewiesen waren, um weiter handeln zu können. Zu allen Erhebungszeitpunkten traf für alle PE die Aussage zu, innerhalb ihres Kompetenzbereichs eigenständig Entscheidungen treffen zu können. Als Beispiele für eigenständige Entscheidungen wurden (1) Entscheidungen über Beratungsbedarf, Schulung und Anleitung, Symptommanagement (2) über die Erstellung des Versorgungsplanes, (2) Netzwerkarbeit, und (4) Entscheidungen über Wundtherapie, EKG, Erstmaßnahmen, Blutentnahmen genannt. Alle PE (n=5) gaben zu t3 an, dass sie gerne mehr Verantwortung in der Versorgung der Patientinnen und Patienten übernommen hätten.

Die Auswertung der Interviews bestätigte, dass PE gern mehr Verantwortung übernommen hätten. Dies nicht nur aus dem Selbstverständnis der Rolle heraus, sondern auch im Sinne einer verbesserten Versorgung der Patientinnen und Patienten, wenn z.B. Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel notwendig waren. Hier hätten PE gern selbständiger agiert und sahen sich im Hinblick auf ihre Kompetenzen dazu auch in der Lage. In Bezug auf die Handlungsautonomie konnten PE ihren Bereich abgrenzen und gaben an, bei Unsicherheiten und Notfällen, HÄ zu informieren. HÄ äußerten sich hinsichtlich der Zuschreibung von mehr Handlungsautonomie mehrheitlich verhalten. Insgesamt fehlt es vielen HÄ an Kenntnissen über die Qualifikationen von Pflegefachpersonen, so war einigen nicht bekannt, dass es vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachpersonen gibt und dass pflegerische Tätigkeiten nicht von ihnen delegiert werden müssen. Auch wenn einige feststellten, dass PE z.T. dieselben Tätigkeiten durchführen wie HÄ, betonten sie, dass die Verantwortung und letzten Entscheidungen für die Behandlung der Patientinnen und Patienten bei ihnen liegen.

c. Rollenakzeptanz

Von den Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen wurde der Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung zu allen Messzeitpunkten aus Sicht der PE und HÄ wertgeschätzt.

Andere Pflegenden außerhalb des PEC und HÄ baten PE unterschiedlich häufig um eine patientenbezogene Einschätzung, die Häufigkeit reichte von 3-4mal wöchentlich bis niemals. Die Häufigkeit der Anfragen um Rat bezüglich gesundheitsbezogener Themen von Seiten der Patienten und Patientinnen außerhalb der regelhaften Besuche kam von einmal in der Woche bis einmal alle drei Monate vor. Beispielsweise benötigten die Patienten und Patientinnen Hilfestellung bei organisatorischen Problemen wie die Beantragung von Pflegegeld, das Verfassen von Patientenverfügungen, die Organisation von Arztbefunden/-briefen, hinzukamen Medikamenten- und Schmerzmanagement oder anderen pflegerischen Fragen, wenn HÄ keine Zeit hatten.

PE stellten fest, dass die Akzeptanz ihrer Rolle im Projektverlauf wächst, insbesondere in der Zusammenarbeit mit HÄ.

3.2.7. Ergebnisparameter der Prozessevaluation

Ergebnisparameter Rollen- und Kompetenzentwicklung

Laut den Befragungen fühlten sich die PE im Verlauf der Studie sicher darin, individuelle Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ermitteln zu können und die Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen dabei einzubeziehen. Sie konnten die Patientinnen und Patienten auf Basis von pflegefachlichem Wissen informieren und beraten und entsprechende Versorgungspläne erstellen.

Grundsätzlich fühlten sich die PE sicher in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten/ggfls. Angehörigen in Bezug auf das Symptommanagement, die Bewältigung des Alltags und über Themen wie Sorgen, Verluste, Niedergeschlagenheit, Wut und Trauer. Jeweils zwei PE gaben zu t1, t2 und t3 hinsichtlich der Kommunikation mit HÄ in Bezug auf das Symptommanagement an, dass diese Aussage teils-teils zutreffend ist.

Im Verlauf von t1 bis t3 haben sich die Kompetenzen, wissenschaftliche Studien in Datenbanken zu recherchieren und Schlussfolgerungen für die klinische Praxis abzuleiten, verbessert. Zu t1 fühlten sie sich alle (n=8) teilweise oder eher dazu in der Lage, zu t3 fühlten sich alle (n=5) sicher, Fachliteratur für die Praxis nutzen zu können.

Tendenziell fühlten sich die PE im Verlauf der Studie in ihrer Rolle immer sicherer. Auf einer Skala von 0=sehr unsicher bis 100=sehr sicher ergab sich zu t1 (n=8) ein Mittelwert von 68,75 (SD 15,97) und zu t2 (n=8) ein Wert von 77 (SD 9,62). Zu t3 (n=5) erhöhte sich der Mittelwert nochmals leicht auf 79,2 (SD 22,62).

Auf der Grundlage der Auswertungsergebnisse wurde zur Einschätzung, inwieweit PE des HiH Projekts den Anforderungen der erweiterten Pflegepraxis im Sinne des Advanced Nursing Practice (ANP) entsprechen, ein Abgleich vorgenommen, der die Kriterien und Kompetenzen den ANP Anforderungen gegenüberstellt (Tabelle 33). Hier ist zu erkennen, dass sich die PE bereits in vielen Aspekten der ANP angenähert haben.

Tabelle 33: Gegenüberstellung ANP Kriterien nach Hamric und HiH PE

ANP	HIH PE	ZENTRALE ERGEBNISSE
PRIMÄRKRITERIEN		
AUSBILDUNG AUF MASTERNIVEAU	-	Bachelor während des Projekts; projektspezifische Fortbildungen
ZERTIFIZIERUNG	-	
FOKUSSIERUNG DER TÄTIGKEIT AUF PAT./FAMILIE	✓	Zielgruppe chronisch, kranke Menschen über 60 in der Häuslichkeit
ZENTRALE KOMPETENZ		
DIREKTE KLINISCHE PRAXIS	(✓)	PE führen vertiefte Assessments durch, ermitteln Probleme, leiten Ziele ab, erstellen Versorgungspläne, leiten pflegerische Interventionen ab, evaluieren und adaptieren; Weitere APN Merkmale: Ganzheitlichen Perspektive und Entwicklung einer therapeutischen Beziehung Fehlende Kompetenzen aufgrund fehlender Qualifizierung, Studium nicht passend; Qualifikationen (formale/nicht formale) abhängig vom bisherigen beruflichen Weg; eingeschränkte Handlungsautonomie in den Bereichen Verordnung von Therapien, Verordnung von Hilfsmitteln, Änderung der Medikation, Behandlung leichter Verletzungen, Wundversorgung
KERNKOMPETENZEN		
FÄHIGKEIT, BERATUNG DURCHFÜHREN (CONSULTATION)	(✓)	Beratung von Patient*innen, Angehörigen, mit dem Ziel das Selbst- und Symptommanagement zu fördern und zu stärken; wenig Beratung von Pflegefachpersonen; kaum Beratung von HÄ
COACHING- UND FÜHRUNGSQUALITÄTEN (GUIDANCE AND COACHING)	(✓)	Anleitung und Schulung von Pat. Und Angehörigen; hohe Handlungsautonomie, Expertise z.T. individuell von PE abhängig, breites Wissensspektrum notwendig
FORSCHUNGSFERTIGKEITEN (EVIDENCE-BASED PRACTICE)	((✓))	Erstellung von leitlinien-basierten SOP, Beteiligung am Forschungsprojekt; wenig Hinweise auf eigene Ideen/Ansätze/Notwendigkeiten von Forschungstätigkeiten über die projektbezogenen Tätigkeiten; Forschungsfertigkeiten im Studium erst erlernt
KLINISCHES UND BERUFPOLITISCHE FÜHRUNGSQUALITÄTEN (LEADERSHIP)	((✓))	PE sehen sich wenig in der Rolle und haben wenig Gelegenheiten, in dieser Rolle zu agieren; tun dies z.T. im Rahmen der Wundversorgung (fachliche Führung); Definition der Leitungsrolle evtl. nicht klar
TEAMFÄHIGKEIT (COLLABORATION)	(✓)	Zusammenarbeit mit Pat./Angehörigen gelingt gut, Kommunikation der Beobachtungen etc. mit HÄ und anderen Versorgenden Teil der tägl. Arbeit; hinderliche Faktoren: fehlende Rückmeldungen, schlechte Erreichbarkeit von HÄ, fehlende Akzeptanz der Rolle, fehlende etablierte Strukturen des Austausches
FÄHIGKEIT, ETHISCHE ENTSCHEIDUNGEN ZU TREFFEN (ETHICAL DECISION MAKING)	(✓)	Komplexe Entscheidungen werden im Team bzw. mit Leitung besprochen; wird als (benötigte) Kompetenz nicht benannt, anhand der case reports/narrative lässt sich erkennen, dass PE damit konfrontiert sind und Lösungen finden

Quelle: UniK/UniL – Anmerkung: – / ✓ Kriterium nicht erfüllt/erfüllt; (✓) Kriterium weit möglichst erfüllt; ((✓)) Kriterium vereinzelt/in Ansätzen erfüllt.

Ergebnisparameter Erleben der Beteiligten

HÄ und PE wurden befragt, was die wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der PE für Patientinnen und Angehörige sind.

Als besonders wichtige Ergebnisse wurden u.a. folgende Aspekte benannt:

- Sicherheit für Patientinnen und Patienten
- Verbesserung der Versorgungssituation und Versorgungssicherheit durch kontinuierliche und regelmäßige Versorgung
- zusätzlicher, erreichbarer, zuverlässiger Ansprechpartner für Patienten und Patientinnen/Angehörige
- Vertrauensperson und Gesprächspartner für Patientinnen und Patienten
- Vermeidung von KH-Aufenthalten und Umzug ins Pflegeheim
- Schaffung eines Versorgungsnetzwerks

- Entlastung für Angehörige

a. Erleben der HÄ

Zu t3 wurden die teilnehmenden HÄ befragt, ob sie in ihrer Arbeit als HÄ entlastet wurden. Alle Befragten (n=17) stimmten dieser Aussage zu. Die Entlastung fand statt, indem Hausbesuche übernommen wurden und Patientinnen und Patienten, insbesondere mit chronischen Erkrankungen regelmäßig gesehen wurden, delegierte Tätigkeiten wie Blutentnahmen oder EKGs durchgeführt werden konnten und Untersuchungsbefunde erhoben wurden. Es wurde ergänzend geäußert, dass es ein gutes Gefühl sei, wenn chronisch kranke Patientinnen und Patienten in sicheren Händen seien und eine Beruhigung, über gewisse Patientinnen und Patienten Bescheid zu wissen, ohne selbst anwesend sein zu müssen. Es wurde auch angegeben, dass die Sicherheit, die PE den Patientinnen und Patienten gaben, zu einer Reduzierung des zeitlichen Aufwands der HÄ geführt hat.

b. Erleben der PE

Der Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten wurde aus der Perspektive der PE nur teilweise wertgeschätzt, ein/eine PE empfand keine Wertschätzung und eine/einer nur teilweise.

Die Belastung in der Rolle als PE variierte zu t3 sehr stark. Auf einer Skala von 0 = gar nicht belastet bis 100 sehr belastet gaben die PE im Mittel 55 (SD 28,7) an. Der Median lag bei 70 (Min: 7; Max: 75). Als Gründe wurden mit jeweils einer Nennung die nicht klar definierte Rolle der PE gegenüber den HÄ, mangelnde Zusammenarbeit und Kommunikation, fehlende Autonomie und schlechte Erreichbarkeit der HÄ, mangelnde Vertretungsregelungen im Falle von Urlaub oder Krankheit, hoher Gesprächsbedarf auf Seiten der Patientinnen und Patienten sowie ein hoher Zeitaufwand für die Dokumentation genannt.

c. Erleben der Patientinnen und Patienten und Angehörigen

Durch das RWI wurden Patientinnen und Patienten nach drei (t1) und sechs Monaten (t2) zu ihren hausarztkontakten, zur medizinischen Versorgungssituation sowie zum Erleben und Zufriedenheit mit der Versorgung befragt. Der Gesamtrücklauf betrug 250 Fragebögen, dabei nahmen zu t1 n = 121 und zu t2 n = 51 Patientinnen und Patienten teil, n = 57 ließen sich zu keinem Zeitpunkt zuordnen. Insgesamt gaben 70 % an, seltener Kontakt zu ihren HÄ zu haben und 71 %, dass sich ihre medizinische Versorgungssituation durch die Besuche der PE verbessert hat. Die Zufriedenheit wurde anhand einer Skala von 0-10 ermittelt. Für die Frage nach der Versorgung durch die PE insgesamt, ergab sich ein Mittelwert von 9,4 (SD 1,1; n=241). Bei der Frage nach der Betreuung durch die PE im Alltag liegt der Durchschnitt bei 9,14 (SD 1,34; n=230). Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung durch die PE zeigte sich mit einem Mittelwert von 9,09 (SD 1,30; n=232) ebenfalls eine hohe Zufriedenheit. Der Wert für die Zufriedenheit allgemein mit der medizinischen Versorgung liegt mit 8,79 (SD 1,40; n=247) ebenfalls hoch.

83 % der Teilnehmenden gaben an, dass ihnen an der Versorgung besonders gut gefällt, dass sie mit der PE über ihre Probleme sprechen können. 80 % gefällt besonders gut, dass sie sich die Besuche beim HA ersparen und 75%, dass sie regelmäßig zu Fragen ihrer Gesundheit beraten werden. 63 % fühlen sich durch die regelmäßige Anwesenheit der PE sicherer und 56 % freuten sich über zusätzlich Gesellschaft.

Die Auswertungsergebnisse der qualitativen Erhebungen bestätigen diese Ergebnisse und die hohe Zufriedenheit mit den PE. Patientinnen und Patienten erwähnten, dass vor allem die Zeit, die sich PE nehmen wertschätzen und sie das Gefühl bekommen, nicht allein zu sein. Die Regelmäßigkeit der Besuche und die Möglichkeit, alles mit den PE besprechen zu können wurde ebenfalls als positiv bewertet.

Insbesondere in den letzten Interviews mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen, aber auch HÄ wurde deutlich gemacht, dass alle Beteiligten es sehr bedauern, dass die Versorgung durch die PE endet.

3.2.8. Spezielle Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Intervention der Beteiligten der Datenerhebungen im Rahmen der Prozessevaluation

Grundsätzlich befürwortet die große Mehrheit der befragten Beteiligten die neue Versorgungsform und wünscht sich eine (nahtlose) Fortführung. Ein Großteil der interviewten Personen hat eine Teilnahme am Projekt Bekannten, Freundinnen und Freunden, anderen HÄ sowie Kolleginnen und Kollegen in anderen Gesundheitsinstitutionen und Netzwerkpartnern weiterempfohlen. Die neue Versorgungsform sei unter anderem deshalb wichtig, um Belastungen und Überlastungen der Berufsgruppen in der Primärversorgung zu vermeiden.

a. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Intervention

Empfohlen wurde, dass die neue Versorgungsform PE ermöglicht, unabhängig von HÄ und selbständig Leistungen anbieten zu können.

Bei der Begleitung von Patientinnen und Patienten sollte im Sinne der Bezugspflege eine PE/ein festes PE-Team für einen festen Stamm von Patientinnen und Patienten zuständig sein. Dabei wurde das Kriterium der Kontinuität gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen als bedeutsam erachtet. Ebenso ist die Zuständigkeit einer bestimmten PE für eine HA-Praxis empfohlen worden.

Es sollte über die Möglichkeit nachgedacht werden, eine Rufbereitschaft der PE/des PEC einzurichten, um auch am Wochenende PE bei Gesundheitsfragen kontaktieren zu können.

Die Intervention sollte nicht auf sechs Monate begrenzt sein, um den längerfristigen Bedarfen der Zielgruppen gerecht zu sein. Dabei sollte die Frequenz der Besuche an die Bedarfe der Zielgruppe bzw. individuell angepasst werden.

Die Versorgungsform sollte insbesondere alleinlebende Personen bzw. Personen ohne An- und Zugehörige in ländlichen Regionen in den Fokus nehmen sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen, die jünger als 60 Jahre (30 – 50jährige) sind mitdenken. Bei letztgenannter Zielgruppe ist die Annahme, dass diese Inhalte von Beratungen im Sinne des Selbst- und Symptommanagements besser umsetzen (können).

b. Empfehlungen zur Rolle der PE

Es wurde die Weiterentwicklung des Pflegeberufs, vornehmlich der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen und ihres Aufgabengebiets empfohlen.

Als Mindest-Qualifikation für PE sollte ein Bachelorabschluss angestrebt werden. Darüber hinaus sollte sich die neue Versorgungsform und die damit verbundene Rollenausrichtung der PE an bestehende internationale Modelle anlehnen. Hierfür sei eine Schärfung der Rolle im Sinne der Advanced Nursing Practice (ANP) und der damit verbundenen Kompetenzen notwendig. Gleichfalls wurde eine Abgrenzung zu anderen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten Tätigen wie z.B. Pflegehilfspersonen, nicht-akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen sowie zur Laienpflege empfohlen. Es wurde vorgeschlagen, das Tätigkeitsfeld im Sinne des Community Health nursings zu entwickeln. Hierzu passt auch der Hinweis, dass möglichst hochqualifizierte PE mit breitem Kompetenzspektrum eingesetzt werden sollten.

Insgesamt wurde von vielen Beteiligten eine klare Definition der Rolle inklusive der Aufgabendefinition der PE in einem multidisziplinären und -professionellen Team empfohlen, dabei wurden bereits bestimmte Tätigkeiten/Tätigkeitsfelder der PE benannt, die sich besonders eignen von ihnen übernommen zu werden (z.B. Wundversorgung, Impfungen).

Ebenfalls wurde empfohlen die klinischen Kompetenzen von PE auszuweiten, zu verbessern und gezielt weiterzuentwickeln. Die Inhalte eines Studiums sollten passend(er) für das Handlungsfeld gestaltet werden und ergänzend Qualifizierungsmaßnahmen gemeinsam mit HÄ gestaltet werden. Mögliche Schulungs-/Fort- und Weiterbildungsthemen, die genannt wurden, waren Kommunikationstraining (gemeinsam mit anderen Berufsgruppen), Umgang mit herausfordernden und psychisch kranken Menschen und Krisenmanagement.

Es wurde angeregt, dass die Handlungsautonomie von PE ausgeweitet wird, in dem sie eigenverantwortlich Hilfsmittel verordnen können. Die Themen Substitution und Delegation wurden jedoch unterschiedlich bewertet. Während einige Befragte mehr Entscheidungskompetenzen durch Substitution für förderlich hielten, plädierten andere dafür, das gelebte Modell der Delegation aufrecht zu halten bei Ausweitung der ärztlich delegierten Tätigkeiten. Zusätzlich wurde geäußert, dass ärztliche Aufgaben von HÄ aufgrund des erhöhten Versorgungsbedarfs vermehrt den akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen übertragen werden sollten, ohne näher zu beschreiben, welches Modell bevorzugt würde, und dass PE eigenständig heilkundliche Aufgaben übernehmen sollten. Grundsätzlich sollte das Thema der Handlungsautonomie auf politischer Ebene verstärkt vorangetrieben werden.

Zur individuellen Förderung und Entwicklung der Rolle wurde als Maßnahme interkollegiale Beratung und Begleitung durch Vorgesetzte vorgeschlagen.

Um in der Rolle der PE möglichst ein hohes Maß an Akzeptanz und Vertrauen zu erfahren, sollten PE angemessen (nicht näher spezifiziert) Berufs- bzw. Lebenserfahrung vorweisen können. Zudem sollten sie über ein hohes Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein sowie ausgeprägte kommunikative Kompetenzen verfügen.

PE empfanden Rückmeldungen von Praktikantinnen und Praktikanten, die die PE begleiteten, als wertvoll und regten an, Praktikumsplätze zukünftig mitzudenken, damit tätige PE als Rollenvorbilder fungieren können.

PE sollten ein attraktives (nicht näher spezifiziertes) Gehalt bekommen bzw. entsprechend ihres akademischen Grades tariflich eingruppiert werden.

c. Empfehlungen zur Struktur des PEC

Dringend empfohlen wurde ein Patienten-Dokumentationssystem, das den Anforderungen der Versorgung durch PE in ländlichen Regionen entspricht. Insbesondere sollte das System offline verfügbar sein und so aufgebaut werden, dass PE direkt einen Überblick über die wesentlichen Informationen erhalten. Bei Problemen mit dem System sollte eine gute Erreichbarkeit einer Hotline o.ä. sichergestellt werden.

Die Ausstattung der PE sollte ergänzt werden mit einem Notfallkoffer, der einen Ambubeutel und Beatmungshilfen enthält.

Für die Regelversorgung sollte zudem überlegt werden, inwiefern Laborgeräte z.B. zur Bestimmung des Quickwertes oder Hb-Wertes zur Verfügung gestellt werden könnten.

Bei der Gestaltung oder Auswahl von Räumlichkeiten für ein PEC sollte es einen Lagerraum, insgesamt mehr Material sowie Umkleidemöglichkeiten incl. Unterbringungsmöglichkeiten persönlicher Gegenstände geben. Für einige Tätigkeiten innerhalb des PEC (z.B. das Ausfüllen der Materiallager) sollte über weiteres Personal nachgedacht werden, das nicht auf Bachelor- oder Masterniveau qualifiziert sein müsste.

Bei der Etablierung eines PEC wurde empfohlen, darauf zu achten, dass ein gutes Qualitätsmanagementsystem implementiert sowie ein wertschätzender Umgang untereinander gepflegt wird und Mitarbeiterführung auf Augenhöhe geschieht.

d. Empfehlungen zur Implementierung

Es wurde geäußert, dass HA-Praxen ausreichend Zeit zur Auseinandersetzung mit der neuen Versorgungsform brauchen, um diese im Praxisalltag integrieren zu können. HÄ sollten andere an der Versorgung beteiligte Personen über die Versorgungsform informieren.

Die neue Versorgungsform sollte in bereits bestehende Strukturen integriert werden, denkbar ist die Anknüpfung des PEC an eine Sozialstation oder an Primärversorgungseinrichtungen mit bereits bestehenden multidisziplinären Teams. Die Implementierung der neuen Versorgungsform wird von den befragten Beteiligten insbesondere im ländlichen Raum empfohlen.

e. Empfehlungen zu gesetzlichen Rahmenbedingungen

Gefordert wurde, dass gesetzliche und Finanzierungshürden überwunden werden müssen bzw. entsprechende Änderungen in der Sozialgesetzgebung vorzunehmen sind, um eine Restrukturierung im Gesundheitswesen und eine Neuverteilung der Aufgaben zu schaffen. Empfohlen wurde einerseits eine gesetzliche Verortung anknüpfend an § 64d SGB V, andere Befragte plädierten für die Weiterführung der Versorgungsform gemäß § 140a SGB V.

f. Empfehlungen zur Kooperation und Zusammenarbeit

Es wurde die Erarbeitung gemeinsamer, d.h. berufsgruppenübergreifender Behandlungskonzepte für Patienten und Patientinnen empfohlen. Zudem sollten keine doppelten Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Zu Verbesserung der Zusammenarbeit wurde dafür plädiert, dass PE und HÄ wenn möglich direkt miteinander kommunizieren (statt über andere Mitarbeitende/Kolleginnen des PEC bzw. die MFA). In diesem Zusammenhang wurde eine gemeinsam nutzbare Kommunikations-App für PE und HÄ vorgeschlagen. Von Bedeutung war, dass es ein einheitliches gemeinsames Dokumentationssystem für alle an der Versorgung Beteiligten gibt oder die Integration der Elemente, die für die neue Versorgungsform gebraucht werden, in bestehende Dokumentationsstrukturen.

3.2.9. Förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung in die Regelversorgung

a. Hinderliche Faktoren

Als hinderlich wurden die bestehenden Strukturen genannt, die einer Überführung in die Regelversorgung entgegenstehen. Dazu gehörten auch die unklaren Möglichkeiten der Finanzierung eine PEC, insbesondere, weil Pflegefachpersonen keine Möglichkeit haben, Leistungen, die zum Aufgabenprofil einer PE gehören, selbständig abzurechnen. In diesem Zusammenhang wurde als erschwerender Faktor benannt, dass eine angemessene Finanzierung für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen nicht geklärt sei.

Als weiterer hinderlichen Aspekt, wird die fehlende Rollenklarheit der PE benannt. Wenn die Aufgaben der PE in Abgrenzung zu anderen Pflegenden und weitergebildeten MFA nicht klar definiert sind, würde es schwer werden, dass PE als Ergänzung im Versorgungssystem von an der Versorgung Beteiligten und Patientinnen und Patienten anerkannt werden. Dies wurde auch vor dem Hintergrund benannt, dass bei fehlender Rollenklarheit PE als Konkurrenz wahrgenommen werden könnten.

Die Berufsgruppe der Pflegenden als solches wurde als hinderlich betrachtet, weil sie sich in Fragen der Akademisierung und Weiterentwicklung des Berufsbilds als sehr heterogen zeigt und es Vorbehalte gegenüber erweiterten Rollen gibt.

Ebenso würde der Implementierung in die Regelversorgung die berufsständischen Vertretungen der HÄ entgegenstehen. Hier wurde wahrgenommen, dass diese die Weiterentwicklung und damit auch die Emanzipation des Pflegeberufs sehr kritisch betrachten. Auf Bachelor- oder Masterniveau qualifizierte Pflegefachpersonen würden als Konkurrenz betrachtet und eine Einrichtung wie das PEC sei nicht gewollt.

Hinderlich für die Implementierung in die Regelversorgung wäre, wenn nach der Durchführung des Projekts kein Mehrwert für Patientinnen und Patienten dargestellt werden kann.

b. Förderliche Faktoren

Als fördernde Faktoren wurden die bestehenden Versorgungsbedarfe aufgrund der zunehmenden Anzahl an Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie die abnehmende Anzahl an HÄ in ländlichen Regionen genannt. Dabei könnten existierende Modelle aus dem Ausland als Vorbild dienen.

Hilfreich für die Implementierung seien engagierte Personen und Institutionen, die aus der Pflege kommen und dabei von Ärztinnen und Ärzten sowie der Politik unterstützt werden. In diesem Zusammen wurden gesetzliche Rahmenbedingung als Grundvoraussetzung benannt, die die Aufgabenverteilung und Verantwortung regeln und haftungsrechtliche Fragen klären.

Für eine erfolgreiche Implementierung sollte ein regelhafter, standardisierter, digitaler Austausch etabliert werden, der alle Versorgenden über die Sektorengrenzen hinaus einbindet und die Patientin/den Patienten in den Mittelpunkt stellt. Gesetzliche Voraussetzungen aber auch technische Infrastruktur muss dafür vorhanden sein.

Wenn mit dem Ende des Projektes eine bessere Versorgung nachgewiesen werden kann und die neue Versorgungsform zu einer Entlastung der HÄ durch die PE geführt hat, wurde dies als förderlicher Faktor betrachtet. Befragte halten es in diesem Zusammenhang für förderlich, wenn auf der Grundlage der Ergebnisse ein Diskurs in der Gesellschaft über Versorgungsformen vorangetrieben wird. Gleichzeitig braucht es politische Unterstützung. Politische Lobbyarbeit sollte deshalb von Unterstützenden der neuen Versorgungsform betrieben werden.

Für eine Implementierung in die Regelversorgung ist Offenheit für Veränderungen durch die neue Versorgungsform notwendig. Es braucht zudem eine gute Öffentlichkeitsarbeit, um die Versorgungsform bekannt zu machen, damit diese von allen Patienten und Patientinnen mit entsprechenden Bedarfen genutzt werden kann.

3.3. Kostenevaluation

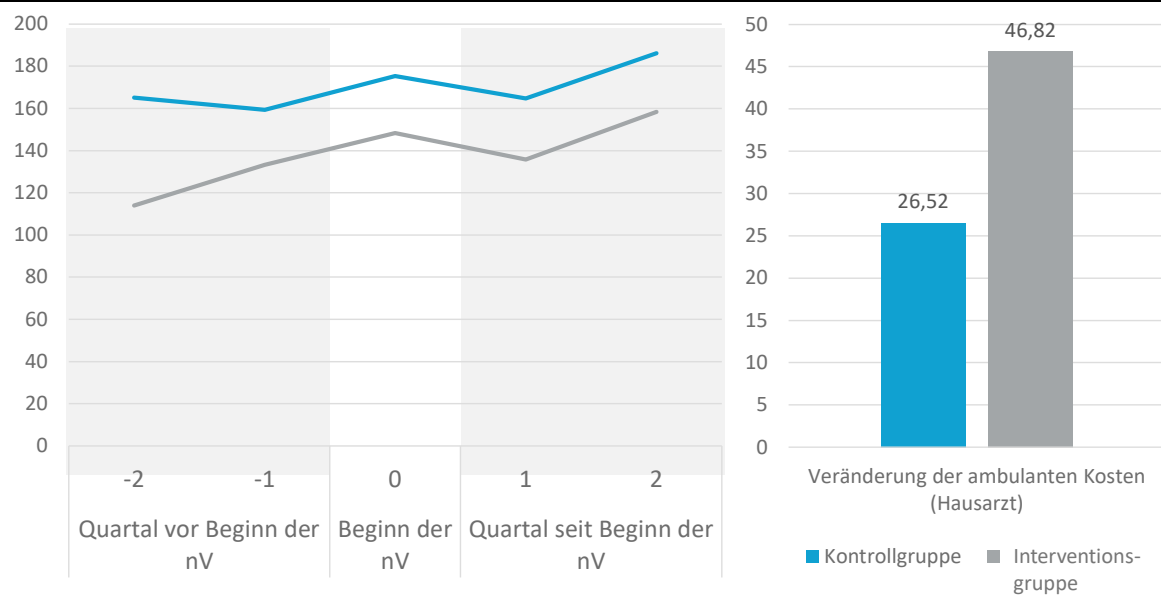
3.3.1. Datenbasis

Für die Kostenevaluation in Form der eingeschränkten Kosten-Nutzen-Analyse nutzen wir zum einen Routinedaten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Hier können wir im ersten Schritt die Entwicklung der Kosten für Krankenhausaufenthalte sowie hausärztliche Leistungen in der Praxis und im Rahmen von Hausbesuchen über die Zeit für die Behandlungsgruppe analysieren. Im nächsten Schritt können wir die Behandlungskosten der Behandlungs- und der Kontrollgruppe identifizieren. Zum anderen nutzen wir Angaben zu den im Projekt angefallenen Kosten der PE-Versorgung, um die Zusatzkosten der NVF, die über die Regelversorgung hinausgehen, abzubilden. Diese Kostenpositionen werden dann gegenübergestellt. Mit Hilfe der Ergebnisse der Effektevaluation wird abschließend das Einsparungspotenzial ermittelt.

3.3.2. Ergebnisse der Kostenevaluation

Wie in Abbildung 32 bis Abbildung 34 dargestellt, steigen die mittleren Kosten der Interventionsgruppe für alle Kosten, die in Verbindung zu den Primärzielen stehen zwischen Vor-Periode und Treatment-Periode an. Die Kosten steigen zwischen 11% und 38% Prozent an.

Abbildung 32: Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (in der Praxis)

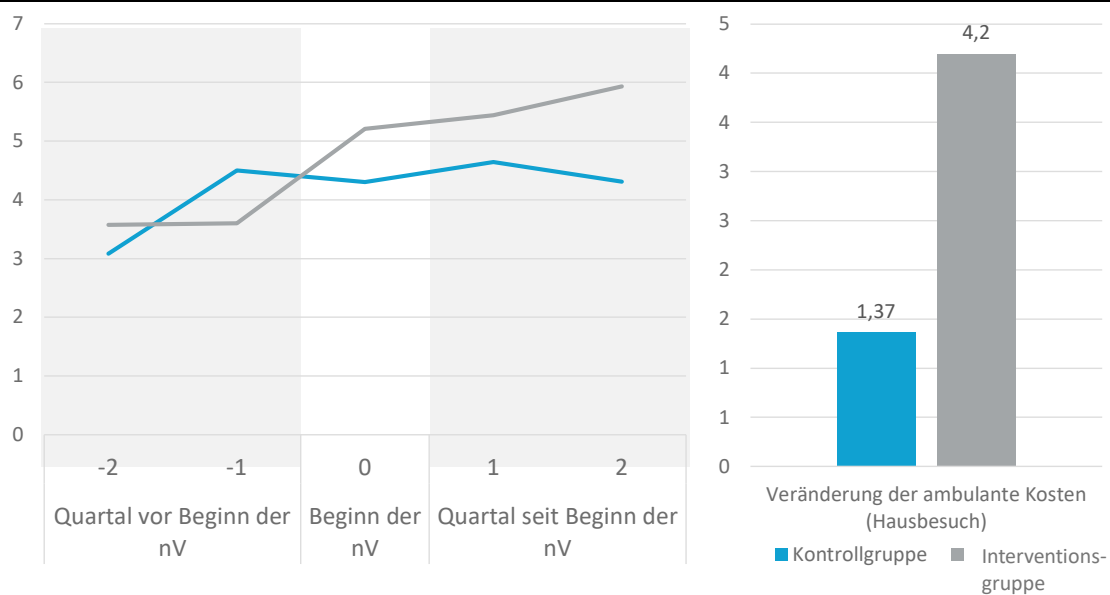


Quelle: RWI; Anmerkung: P-Wert der Differenz nach Zweistichproben-t-Test: 0,31; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

In der Kostenevaluation wird der Zeitraum zwei Quartale vor bis zwei Quartale nach Start der Intervention betrachtet. In diesem Zeitraum stiegen die Kosten für hausärztliche Leistungen in der Praxis der Hausärztin bzw. des Hausarztes für die Interventions- als auch die Kontrollgruppe kontinuierlich an, wobei die durchschnittlichen Kosten der Interventionsgruppe durchweg unter denen der Kontrollgruppe lagen. Im Durchschnitt fielen für die Interventionsgruppe in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn 46,82 € mehr Kosten an als in den zwei Quartalen vor Interventionsbeginn. Für die Kontrollgruppe fielen im gleichen Zeitraum durchschnittlich 26,52 € mehr an. Der Kostenanstieg für die Interventionsgruppe übertraf den für die Kontrollgruppe um 20,30 €. Jedoch ist anzumerken, dass die Differenz der Kostenänderungen, ausgewertet mittels Zweistichproben-t-Test, statistisch nicht signifikant ist.

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

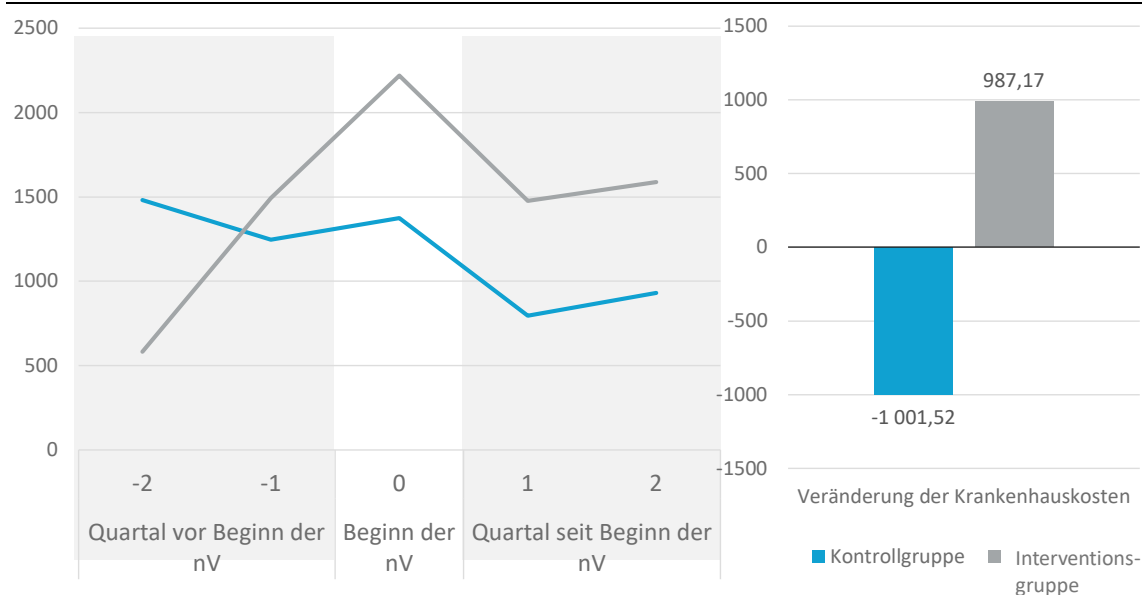
Abbildung 33: Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (Hausbesuche)



Quelle: RWI; Anmerkung: P-Wert der Differenz nach Zweistichproben-t-Test: 0,02; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Für Krankenhausaufenthalte entwickelten sich die Kosten nach Interventionsbeginn für die beiden Gruppen ähnlich, wobei das Kostenlevel der Interventionsgruppe über dem der Kontrollgruppe lag. Vor Beginn der Intervention stiegen die Kosten für die Interventionsgruppe allerdings deutlich an, die Kosten für die Kontrollgruppe blieben nahezu stabil. Im Durchschnitt fielen in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn für die Interventionsgruppe 987,17 € mehr an als in den zwei Quartalen vor Interventionsbeginn an. Für die Kontrollgruppe fielen im gleichen Zeitraum durchschnittlich 1 001,52 € weniger an als vor Interventionsbeginn. Die Kostenzunahme für die Interventionsgruppe überstieg die Kostenzunahme für die Kontrollgruppe damit um 1 988,69 €, was laut Zweistichproben-t-Test auch statistisch signifikant ist.

Abbildung 34: Kosten für die stationäre Versorgung



Quelle: RWI; Anmerkung: P-Wert der Differenz nach Zweistichproben-t-Test: 0,01; Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2023. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Die Gesamtkosten der PE-Versorgung belaufen sich im Interventionszeitraum auf 3 270 943,16 €. Diese setzen sich zusammen aus Personal- und Sachausgaben sowie Investitionen. Umgelegt auf 712 Patientinnen und Patienten, für die mindestens eine Pflegeanamnese vorliegt, betragen die durchschnittlichen Kosten der PE-Versorgung 4 594 €.

Insgesamt stiegen in den zwei Quartalen nach Interventionsbeginn die Kosten für alle drei untersuchten Parameter (Krankenhausaufenthalte und hausärztliche Leistungen) in der Behandlungsgruppe mehr als in der Kontrollgruppe. Besonders stark ausgeprägt ist dieses Bild bei den Kosten für Krankenhausaufenthalte, die in der Kontrollgruppe gesunken, in der Behandlungsgruppe hingegen angestiegen sind. Zusätzlich zu den gestiegenen Behandlungskosten der medizinischen Leistungen fielen im Interventionszeitraum für die Behandlungsgruppe auch die Kosten für die PE-Versorgung an.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

4.1. Schlussfolgerungen

In der Bevölkerung ländlicher Regionen steigt der Anteil älterer Menschen mit einem hohen medizinischen Versorgungsbedarf bei gleichzeitig sinkender Zahl der (Haus-)Ärztinnen und Ärzte. Dies kann dazu führen, dass gesundheitliche Probleme nicht rechtzeitig behandelt werden, sich verschlechtern und dadurch zu einem weiteren Anstieg ihres medizinischen Bedarfs in Form von komplexen Therapien oder Hospitalisierungen führen. Das Projekt HandinHand sollte dieser Entwicklung mit Hilfe akademisch ausgebildeter Pflegeexpertinnen und -experten entgegenwirken, Bedarfe frühzeitig erkennen und die Selbstmanagementkompetenz und Eigenständigkeit der Patientinnen und Patienten erhöhen. Laut den zu Beginn des Projektes aufgestellten Hypothesen sorgt die Arbeit der PEs dadurch für eine Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und der Selbstmanagementkompetenzen der Patientinnen und Patienten.

Auf Basis der Primäroucomes, also der Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in der Praxis und im Rahmen von Hausbesuchen, kann

jedoch gemäß unserer Auswertung keine Verbesserung der Versorgung gegenüber der Regelversorgung nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse der Sekundäroutcomes weisen jedoch zum einen darauf hin, dass sich die subjektive Einschätzung der Gesundheitssituation und die Zufriedenheit mit dem Leben und der Gesundheit verbessert hat. Zum anderen erhöhte sich die Sicherheit und Eigenständigkeit der Patientinnen und Patienten im Interventionszeitraum: Der SMASc-Score zur Selbstmanagement-Unterstützung zeigt einen höheren Score zu Projektende als zu Projektbeginn. Das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten verbesserte sich leicht in allen Bereichen des Selbstmanagements. Allerdings wurde der SMASc-Score nicht mit einer Kontrollgruppe verglichen.

Die Prozessevaluation zeigt, dass mit der NVF eine unterstützende und ergänzende Versorgungsstruktur erfolgreich implementiert werden konnte. Die Versorgung durch PE ging dabei über die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten hinaus, da PE mit pflegfachlichem Wissen und einem vertieften Verständnis der Versorgungssituation und Kontexte aufgrund des Studiums die Bedarfe der Patientinnen und Patienten und ggf. der Angehörigen identifizieren, bewerten und entsprechende Maßnahmen einleiten können. Während Patientinnen und Patienten sich besser versorgt fühlen, Angehörige ein Gefühl von Sicherheit empfinden und in der Versorgung unterstützt werden, werden HÄ durch den Einsatz der PE entlastet. Im Vergleich zur Regelversorgung liegt die Stärke der NVF insbesondere in der Schaffung von individuellen Versorgungsnetzwerken rund um die Patientinnen und Patienten durch akademisch qualifizierte PE. Es ist anzunehmen, dass die fundierten Kenntnisse und Fähigkeiten der PE, die Versorgungsbedarfe einzuschätzen, die Passgenauigkeit der Netzwerke fördert und damit die Versorgungssituation langfristig stabilisiert.

Die Kostenevaluation zeigt ein klares Bild. Neben den entstandenen Kosten der PE-Versorgung, übersteigen die Kosten für die Krankenhaus- und die hausärztliche Versorgung der Interventionsgruppe die der Kontrollgruppe. Es kommt somit zu keinen Einsparungen durch die neue Versorgungsform.

Die Evaluation der NVF hat mehrere Limitationen: Die geringe erreichte Beobachtungszahl führt zu einer geringen statistischen Präzision in den Auswertungen der Primäroutcomes. Die fehlende Signifikanz der Ergebnisse lässt somit keine Schlussfolgerung zu, ob die Intervention zu einer Reduktion der primären Endpunkte (Reduktion Krankenhausaufenthalte, Reduktion Hausarztbesuche und Reduktion Hausbesuche) geführt hat. Zudem fand die Versorgung innerhalb des Projektes durch die COVID-19 Pandemie und die Flutkatastrophe unter erschwerten Bedingungen statt. Hierdurch sind die Schlüsse, die für eine Versorgung unter gewöhnlichen Umständen gezogen werden können, eingeschränkt.

4.2. Empfehlungen

Die Mitglieder des Projektbeirats diskutierten während der Projektlaufzeit auf der Grundlage von Ergebnissen, welche Implikationen für die Implementierung in die Regelversorgung ableitbar sind.

Zunächst wurde festgehalten, dass die Beurteilung der Effektivität des Projekts nicht nur anhand der quantitativen Ergebnisse der primären Ergebnisparameter beurteilt werden sollte, sondern dass der Nachweis, dass eine Implementierung der neuen Versorgungsform möglich ist und viele Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden konnten, als wichtiger Erfolg bewertet werden kann.

Darüber hinaus hat der Beirat bereits in der zweiten Beiratssitzung vermutet, dass durch die Arbeit der PE mehr Patientinnen und Patienten-Bedarfe aufgedeckt werden als durch die bisherige Versorgung bekannt waren. Dies führt dazu, dass die Versorgungsform zunächst mehr Kosten verursacht als einspart. Auf Grundlage der Auswertungsergebnisse wurde im Verlauf der Studie diskutiert, dass HÄ durch die Unterstützung der PE eine Entlastung erfahren, die

Beiratsmitglieder nahmen jedoch an, dass gleichzeitig eine Erhöhung der Kosten entstehen könnte, wenn z.B. über die PE mehr gezielte Diagnostik und Therapie für Patientinnen und Patienten erfolgte. Um einen kostensparenden Effekt zu erhalten, müsste die Versorgungsform zum einen langfristig durchgeführt werden, zum anderen müsste detaillierter untersucht werden, welche Konsequenzen sich in Bezug auf die hausärztlichen Leistungen daraus ergeben.

Auf Basis der Effektevaluation der Primärhypothesen und der Kostenevaluation kann keine Empfehlung für die Implementierung der neuen Versorgungsform ausgesprochen werden. Gegenüber der Regelversorgung kann keine Reduktion der Beanspruchung der untersuchten medizinischen Leistungen beobachtet werden, was sich auch in den gestiegenen durchschnittlichen Kosten, die in direkten Zusammenhang mit den Primäroucomes stehen, widerspiegelt. Jedoch ist hier zu bedenken, dass dies wahrscheinlich ein Effekt des Aufholens ungedeckter Bedarfe ist und anhand der vorliegenden Evaluation keine Aussagen über die langfristige Kostenentwicklung gemacht werden können. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen dennoch nach jetzigem Kenntnisstand die mit der NVF verbundenen Kosten den resultierenden Nutzen im Rahmen des Projektes. Positiv zu erwähnen ist die in der Effektevaluation der Sekundäroucomes aufgedeckte deutliche Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten. Insbesondere ist dies in Anbetracht der erschwerten Situation (COVID-19 Pandemie, Flutkatastrophe) nennenswert. Anhand der Studie lassen sich keine Aussagen über langfristige Auswirkungen der NVF machen, die sich insbesondere durch die Tätigkeit der PEs im Bereich der Prävention von den hier ermittelten kurzfristigen Auswirkungen unterscheiden können. Es ist eine weitere Untersuchung der Versorgungsform mit entsprechend hoher Fallzahl zu empfehlen.

Anhand des vorliegenden Berichts lassen sich dennoch Handlungsempfehlungen ableiten, sollte die neue Versorgungsform weiterentwickelt werden:

Ein Diskussionspunkt des Projektbeirats war die dezentrale Anstellung der PE in einem PEC im Gegensatz zu einer lokalen Anstellung z.B. einer Hausarztpraxis. Dies wird vor dem Hintergrund der Aspekte Zugehörigkeitsgefühl, Konkurrenz und Kommunikation besprochen. Zu bedenken ist hier, dass mit zunehmendem Mangel an hausärztlichen Praxen auch keine PE in der Region arbeiten können, wenn diese ausschließlich als bei den HÄ Angestellte arbeiten würden. In diesem Zusammenhang wurde unabhängig vom Versorgungsmodell empfohlen, dass PE in den Hausarztpraxen feste Ansprechpartnerinnen und -partner haben sollten. In Bezug auf die Zusammenarbeit wurde darauf verwiesen, dass sich alle Berufsgruppen für neue Formen der Zusammenarbeit öffnen sollten, um den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden. Die Beiratsmitglieder diskutierten, inwieweit die Möglichkeit besteht, dass die Aufgaben der PE durch akademisch qualifizierte MFA übernommen werden können. Hier gilt es zu bedenken, dass es sich um zwei unterschiedliche Berufe mit divergierenden Ausbildungs-/Studieninhalten und Kompetenzprofilen handelt. Der Pflegeberuf ist ein anerkannter Heilberuf mit vorbehaltenen Tätigkeiten und eigenständigem Aufgabenprofil. Unstrittig ist, dass bestimmte Tätigkeiten wie z.B. Vitalzeichenkontrollen, Blutentnahmen von unterschiedlichen Berufsgruppen übernommen werden können. Darüber hinaus muss der Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Region und dem jeweiligen Setting ausschlaggebend sein für das jeweilige Versorgungsangebot. Es wurde ein guter Skill-Mix als vorteilhaft angesehen und somit schließen sich (akademisch) weitergebildete MFA und Pflegefachpersonen in der gleichen Versorgungslandschaft nicht aus.

Die für die Hausbesuche der PE veranschlagte Zeit (15 -75 Minuten) wurde im Durchschnitt überschritten. Die wichtigsten Einflussfaktoren waren dabei der zeitliche Aufwand für Anfahrt, Dokumentation sowie das Erheben von Forschungsdaten. In dem Zusammenhang befand der Beirat, dass die Dauer der Hausbesuche und damit vor allem die für Patientinnen und Patienten aufgewendete Zeit, eine große Stärke der NVF ist und eine Befassung mit Patientinnen und Patienten in der beobachteten Intensität in der Hausarztpraxis nicht geleistet werden kann.

Außerdem ist davon auszugehen, dass sich der zeitliche Gesamtaufwand pro Besuch in der Regelversorgung durch effizientere Dokumentationssysteme, geringe Anfahrtszeiten bei höherer Patientendichte und intakter Infrastruktur, geregelte Zuständigkeiten der PE und damit weniger Aufwand in der Absprache mit HÄ und den Wegfall des Erhebens von Forschungsdaten und projektbezogenen organisatorischen Absprachen verringert.

Es wird in der Diskussion zudem hervorgehoben, dass es wichtig sei, den zeitlichen Aufwand für direkte Pflege (Zeit bei Patientinnen und Patienten) und indirekte Pflege (z.B. Administration, Dokumentation) in den Kontext der erweiterten Pflegepraxis zu stellen, denn direkte und indirekte Pflege gelten als gleichberechtigt notwendig, um die Rolle von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen auszufüllen. In diesem Zusammenhang wird auch die pro PE versorgte Anzahl der Patientinnen und Patienten, diskutiert, die auch im Kontext der Flutkatastrophe, des berufsbegleitenden Vollzeitstudiums, der schleppenden Entwicklung der Anzahl der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten sowie der zeitaufwendigen Dokumentation gesehen werden muss. Zudem weist der Projektbeirat darauf hin, dass eine Überführung in die Regelversorgung in Deutschland besser gelingen würde, wenn die Digitalisierung im Gesundheitssystem deutlich vorangeschritten sei.

Auf der Grundlage der Zuordnung der Tätigkeiten und Aufgaben der PE zu den Primärkriterien, Zentral- und Kernkompetenzen von ANP nach dem Modell von Hamric und Tracy (2019) spricht sich der Beirat dafür aus, die identifizierten Unterschiede zwischen PE und Advanced Practice Nurses in einem entsprechend spezifischen Masterstudiengang zu adressieren. Außerdem wird empfohlen, die koordinierende und vernetzende Tätigkeit als Stärke von PE deutlicher in der Intervention zu verankern. Dies sollte PE auch davor schützen, alle notwendigen Versorgungsprozesse selber durchzuführen und die Rolle klarer zu definieren. Bisher ohne Ergebnis wurde im Beirat diskutiert, inwieweit das HiH-Konzept für Kommunen interessant sein könnte, da diese mit in der Verantwortung stehen, die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen oder als Modell für die verpflichtend durchzuführenden Projekte im Rahmen von SGB V §64d genutzt werden könnte.

Aufgrund der reichhaltigen Ergebnisse der Prozessevaluation, hält der Projektbeirat es für angemessen, im Rahmen eines formalen Verfahrens mit Hilfe einer Delphi-Befragung, weitere Empfehlungen zu formulieren, bestehende zu konkretisieren und diese anschließend zu konsentieren. Das Verfahren soll Ende 2023 abgeschlossen sein, alle Empfehlungen sollen anschließend veröffentlicht werden.

5. Literaturverzeichnis

- Benner, P. (2012), Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber.
- Brault, I., K. Kilpatrick, D. D'Amour, D. Contandriopoulos, V. Chouinard, C.-A. Dubois, M. Perroux und M.-D. Beaulieu (2014), Role Clarification Processes for Better Integration of Nurse Practitioners into Primary Healthcare Teams: A Multiple-Case Study. *Nursing Research and Practice* 2014: 1-9. doi: 10.1155/2014/170514.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR] (Hrsg.) (o.D.), Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzungen. Internet: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp.html>, abgerufen am 13.06.2023.
- Counsell, S. R., C. M. Callahan, D. O. Clark, W. Tu, A. B. Buttar, T. E. Stump und G. D. Ricketts (2007), Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 298 (22): 2623-2633.

Akronym: HandinHand
Förderkennzeichen: 01NVF17047

- Creswell, J. W. und V. L. P. Clark (2017), *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Damschroder, L. J., D. C. Aron, R. E. Keith, S. R. Kirsh, J. A. Alexander und J. C. Lowery (2009), Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 4 (1): 50, abgerufen 2022-10-17 16:17:14. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023), Gemeindeverzeichnis-Informationssystem GV-ISys. Internet: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/inhalt.html>, abgerufen am 13.06.2023.
- DIW Berlin (Hrsg.) (2022), Sozio-oekonomisches Panel, Daten der Jahre 1984-2020, (SOEP-Core, v37, EU Edition). Internet: https://www.diw.de/de/diw_01.c.838578.de/edition/soep-core_v37eu_daten_1984-2020_eu-edition.html, abgerufen am 13.06.2023.
- Faraz, A. (2016), Novice Nurse Practitioner Workforce Transition Into Primary Care: A Literature Review. *Western Journal of Nursing Research* 38 (11): 1531-1545, abgerufen 2020-10-01 08:40:58. doi: 10.1177/0193945916649587.
- Fox, S., I. Gaboury, F. Chiocchio und B. Vachon (2021), Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice. *Health Communication* 36 (2): 125-135, abgerufen 2021-12-13 10:38:00. doi: 10.1080/10410236.2019.1666499.
- Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA] (Hrsg.) (o.D.), HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region. Projektbeschreibung. Internet: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192>, abgerufen am 15.12.2021.
- Gysin, S., B. Sottas, M. Odermatt und S. Essig (2019), Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 20 (1): 163, abgerufen 2021-05-12 15:23:25. doi: 10.1186/s12875-019-1055-z.
- Hamric, A. B. und M. F. Tracy (2019), A Definition of Advanced Practice Nursing. In: Tracy, Mary Fran und O'Grady Eileen T, Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. St. Louis Missouri: Elsevier Saunders.
- Hoffmann, T. C., et al. (2014), Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ* 348 (mar07 3): g1687-g1687, abgerufen 2020-10-01 09:56:35. doi: 10.1136/bmj.g1687.
- Imbens, G. W. und J. M. Wooldridge (2009), Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. *Journal of Economic Literature* 47: 5-86.
- Jones, M. L. (2005), Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 49 (2): 191-209, abgerufen 2021-05-09 14:23:42. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03279.x.
- Kellogg, W. K. (2004), Using Logic Models to Bring Together Planning. *Evaluation, and Action: Logic Model Development Guide*.
- Knigge-Demal, B. (2001), Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In: Sieger, M., Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Bern: Huber, 39-55.
- Koppe, U., H. Wilking, T. Harder, W. Haas, U. Rexroth und O. Hamouda (2021), COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Deutschland: Expositionsrisiken und assoziierte Faktoren für Hospitalisierungen und schwere Krankheitsverläufe. *Bundesgesundheitsblatt* -

- Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 64 (9): 1107-1115, abgerufen 2023-07-15 13:27:59. doi: 10.1007/s00103-021-03391-0.
- Levine, S., B.A. Steinman, K. Attaway, T. Jung und u. S. Enguidanos (2012), Home care program for patients at high risk of hospitalization. *The American Journal of Managed Care* 18 (p.e269).
- Mayring, P. (2015), Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- McCormack, B. und T. V. McCance (2006), Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56 (5): 472-479, abgerufen 2020-10-01 08:42:22. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- Mergenthal, K., M. Beyer, F. M. Gerlach und C. Guethlin (2016), Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLOS ONE* 11 (6): e0157248, abgerufen 2021-08-16 15:05:32. doi: 10.1371/journal.pone.0157248.
- Moore, G. F., S. Audrey, M. Barker, L. Bond, C. Bonell, W. Hardeman, L. Moore, A. O’Cathain, T. Tinati, D. Wight und J. Baird (2015), Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 350 (mar19 6): h1258-h1258, abgerufen 2020-10-01 08:31:04. doi: 10.1136/bmj.h1258.
- Neumann, M., M. Wirtz, E. Bollschweiler, M. Warm, J. Wolf und H. Pfaff (2008), Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Messinstruments "Consultation and Relational Empathy" (CARE) am Beispiel von Krebs- patienten. (58): 5-15. doi: 10.1055/s-2007-970791.
- Öberg, U., Å. Hörnsten und U. Isaksson (2018), The Self-Management Assessment Scale: Development and psychometric testing of a screening instrument for person-centred guidance and self-management support. *Nursing open* 6 (2): 504-513.
- Opendatasoft (Hrsg.) (2022), Internet: <https://public.opendatasoft.com/explore/dataset/georef-germany-postleitzahl/information/> abgerufen am 02.12.2022.
- Pflegeexperten-Center [PE-C] (Hrsg.) (o.D.), Projekt HandinHand: Ärzte und Pflegeexperten für Ihre Gesundheit in der Region Ahrweiler. Internet: https://www.pflegeexperten-center.de/fileadmin/user_upload/Sonstige/HandInHand/Flyer_HandinHand-20-05-07.pdf, abgerufen am 15.12.2021.
- Riegel, B., C. Barbaranelli, K. A. Sethares, M. Daus, D. K. Moser, J. L. Miller, C. A. Haedtke, J. L. Feinberg, S. Lee, A. Stromberg und T. Jaarsma (2018), Development and initial testing of the self-care of chronic illness inventory. *Journal of Advanced Nursing* 74 (10): 2465-2476, abgerufen 2021-02-05 15:31:23. doi: 10.1111/jan.13775.
- Ritchie, J. und L. Spencer (2002), Qualitative data analysis for applied policy research. *The qualitative researcher’s companion* 573 (2002): 305-29.
- Schober, M., D. Lehwaldt, M. Rogers, M. Steinke, S. Turale, J. Pulcini, J. Roussel und D. Stewart (2020), Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. Genf: International Council of Nurses.
- Siebert, H. (1974), Curricula für die Erwachsenenbildung. Braunschweig: Westermann.
- Torrens, C., P. Campbell, G. Hoskins, H. Strachan, M. Wells, M. Cunningham, H. Bottone, R. Polson und M. Maxwell (2020), Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International journal of nursing studies* 104: 103443, abgerufen 2020-10-01 09:54:13. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103443.
- Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. (Hrsg.) (2011), Positionspapier: Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse – "Die kopernikanische Wende". Witten.

Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel (Hrsg.) (2021), SHURP 2018–Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Basel.

Zwerink, M., M. Brusse-Keizer, P. D. van der Valk, G. A. Zielhuis, E. M. Monninkhof, J. van der Palen, P. A. Frith und T. Effing (2014), Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3): CD002990. doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub3.

6. Anhang

Anhang 1:	Legende – Regionale Verteilung der Patientinnen und Patienten
Anhang 2:	Auflistung der Matching-Variablen AOK
Anhang 3:	Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhauseinweisungen
Anhang 4:	Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhaustage
Anhang 5:	Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausarztbesuche
Anhang 6:	Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Arzt
Anhang 7:	Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Assistenz
Anhang 8:	Deskriptive Ergebnisse Übersicht Outcome Variablen ePA Daten
Anhang 9:	Operationalisierung der Endpunkte der Effektevaluation
Anhang 10:	Operationalisierung der Endpunkte der Kostenevaluation
Anhang 11:	Gantt Chart
Anhang 12:	Anpassungen der Datenerhebungen
Anhang 13:	Datenerhebungen in der Domäne Implementierung
Anhang 14:	Datenerhebungen in der Domäne Wirkmechanismen
Anhang 15:	Datenerhebungen in der Domäne Kontext
Anhang 16:	Datenerhebungen in der Domäne Ergebnisparameter
Anhang 17:	Datenerhebungen (quantitativ)
Anhang 18:	Hinderliche und förderliche Faktoren der Implementierung

7. Anlagen

Anlage 1:	Fragebogen der Erstinterviews
Anlage 2:	Fragebogen der kurzen Folgeinterviews
Anlage 3:	Fragebogen der ausführlichen Folgeinterviews
Anlage 4:	Patientenfragebogen
Anlage 5:	Interventionsbeschreibung nach TIDieR
Anlage 6:	Fragebögen und Leitfäden der Prozessevaluation

Anhang 1: Legende – Regionale Verteilung der Patientinnen und Patienten

Tabelle A 01: Legende – Regionale Verteilung der Patientinnen und Patienten

Nr.	PLZ	PLZ-5-Steller-Region	Gemeinde Klassifikation
1	53518	Adenau, Kottenborn u.a.	Kleine Kleinstadt
2	53506	Ahrbrück, Heckenbach, Hönningen, Kesseling, Rech	Landgemeinde
3	53505	Altenahr, Berg, Kalenborn, Kirchsahr	Landgemeinde
4	56626	Andernach	Kleine Mittelstadt
5	53533	Antweiler, Aremberg, Dorsel, Eichenbach, Aremberg, Fuchshofen und Müsch	Kleine Kleinstadt
6	53498	Bad Breisig, Waldorf, Gönnersdorf	Kleine Kleinstadt
7	53902	Bad Münstereifel	Größere Kleinstadt
8	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Kleine Mittelstadt
9	53534	Barweiler, Bauler, Hoffeld, Pomster, Wiesemscheid, Wirft	Kleine Kleinstadt
10	53945	Blankenheim	Landgemeinde
11	53572	Bruchhausen, Unkel	Landgemeinde
12	53949	Dahlem	Landgemeinde
13	53507	Dernau	Landgemeinde
14	56729	Ettringen	Landgemeinde
15	53879	Euskirchen	Größere Mittelstadt
16	53501	Grafschaft	Größere Kleinstadt
17	56642	Krufft	Kleine Kleinstadt
18	56599	Leutesdorf	Kleine Kleinstadt
19	53508	Mayschoß	Landgemeinde
20	56743	Mendig	Kleine Kleinstadt
21	56753	Mertloch, Welling u.a.	Kleine Kleinstadt
22	53947	Nettersheim	Kleine Kleinstadt
23	56564	Neuwied	Größere Mittelstadt
24	56645	Nickenich	Kleine Kleinstadt
25	56751	Polch	Kleine Kleinstadt
26	53520	Reifferscheid, Kaltenborn, Wershofen u.a.	Kleine Kleinstadt
27	53424	Remagen	Größere Kleinstadt
28	56598	Rheinbrohl	Kleine Kleinstadt
29	53426	Schalkenbach, Königfeld, Dedenbach	Landgemeinde
30	53489	Sinzig	Größere Kleinstadt
31	54579	Üxheim	Kleine Kleinstadt
32	53343	Wachtberg	Kleine Mittelstadt

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 1 im Anhang / Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR] (o.D.); Destatis (2023); Opendatasoft (2022); Daten der elektronischen Patientenakte HandinHand – Anmerkung: Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 15. Juni 2023.

Tabelle A 02: Auflistung der Matching-Variablen AOK

Alter

Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage

Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen

Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen

Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen

Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen

Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen

Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen

Weiblich

Wohnort (Landkreis)

Dummy : Kein Pflegegrad

Dummy : Pflegegrad 1,2

Dummy : Pflegegrad 3

Dummy : Pflegegrad 4

Dummy : Pflegegrad 5

Wohnort : Pflegeheim

Demenz

Chronische Erkrankungen

DMP: Diabetes Mellitus 2

DMP: Brustkrebs

DMP: Koronare Herzkrankheit

DMP: Diabetes Mellitus 1

Asthma Bronchiale

DMP: COPD

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 2 im Anhang.

Anhang 3: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhauseinweisungen

Tabelle A 03: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhauseinweisungen

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	83,96	-4,4	-0,4	0,687
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	11,10	25	2,28	0,023
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,80	11,8	1,07	0,285
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 682,40	1,4	0,13	0,898
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 932,70	9,9	0,9	0,368
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	7,61	6,2	0,57	0,571
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,44	13	1,19	0,236
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,51	12,2	1,11	0,268
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00	,	,	,
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00	,	,	,
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00	,	,	,
Asthma Bronchiale	0,00	0,00	,	,	,
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	- 0,01	0,02	-7,3	-0,67	0,506

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 3 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 4: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhaustage

Tabelle A 04: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Krankenhaustage

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	84,08	-6,2	-0,56	0,573
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	11,22	23,1	2,11	0,036
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,77	14,8	1,35	0,178
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 617,90	2,5	0,23	0,821
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 596,50	13,6	1,24	0,216
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	6,99	11,4	1,03	0,302
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,49	12	1,09	0,276
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,49	13,1	1,19	0,235
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00			
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00			
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00			
Asthma Bronchiale	0,00	0,00			
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	0,45	0,11	13,5	1,23	0,22

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 4 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 5: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausarztbesuche

Tabelle A 05: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausarztbesuche

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	84,03	-5,3	-0,48	0,628
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	10,82	28,6	2,6	0,01
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,80	12,1	1,11	0,269
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 526,90	4	0,37	0,715
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 568,90	13,2	1,21	0,229
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	7,39	8	0,73	0,469
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,11	18,7	1,7	0,09
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,49	13	1,18	0,237
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00	-		
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00	-		
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00	-		
Asthma Bronchiale	0,00	0,00	-		
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	0,23	0,13	7,2	0,66	0,511

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 5 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 6: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Arzt

Tabelle A 06: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Arzt

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	83,92	-3,8	-0,35	0,729
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	10,91	26,9	2,45	0,015
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,82	10,5	0,96	0,34
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 612,40	2,6	0,24	0,814
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 474,40	14,5	1,32	0,188
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	7,40	7,9	0,72	0,472
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,46	12,3	1,12	0,263
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,33	22,3	2,03	0,043
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00	,	,	,
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00	,	,	,
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00	,	,	,
Asthma Bronchiale	0,00	0,00	,	,	,
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	0,23	0,12	13,1	1,19	0,234

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 6 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 7: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Assistenz

Tabelle A 07: Ergebnisse des Matching-Verfahrens – Hausbesuche Assistenz

	Mittelwert			Teststatistik	P-Wert
	Inventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Standardi- sierte % – Verzerrung		
Alter	83,67	83,75	-1,3	-0,11	0,909
Hausarztbesuche in den letzten 365 Tage	12,89	11,06	24,9	2,27	0,024
Krankenhauseinweisungen in den letzten 365 Tagen	0,95	0,81	11,2	1,02	0,307
Pflegekosten in den letzten 4 Quartalen	5 766,90	5 454,90	5,2	0,48	0,635
Krankenversicherungskosten in den letzten 4 Quartalen	9 899,10	8 556,80	14	1,27	0,205
Krankenhaustage in den letzten 365 Tagen	8,44	7,52	7	0,64	0,525
Hausbesuche (Arzt) in den letzten 365 Tagen	4,26	3,38	13,9	1,26	0,208
Hausbesuche (Assistenz) in den letzten 365 Tagen	0,83	0,39	18,8	1,72	0,087
Weiblich	0,63	0,63	0	0	1
Wohnort (Landkreis)	7 133,10	7 133,10	0	0	1
Dummy : Kein Pflegegrad	0,26	0,26	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 1/2	0,27	0,27	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 3	0,31	0,31	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 4	0,11	0,11	0	0	1
Dummy : Pflegegrad 5	0,05	0,05	0	0	1
Wohnort : Pflegeheim	0,12	0,12	0	0	1
Demenz	0,19	0,19	0	0	1
Chronische Erkrankungen	1,00	1,00			
DMP: Diabetes Mellitus 2	0,20	0,20	0	0	1
DMP: Brustkrebs	0,00	0,00			
DMP: Koronare Herzkrankheit	0,19	0,19	0	0	1
DMP: Diabetes Mellitus 1	0,00	0,00			
Asthma Bronchiale	0,00	0,00			
DMP: COPD	0,01	0,01	0	0	1
Vorhergehende Entwicklung der Abhängigen Variablen	0,00	- 0,01	2	0,19	0,853

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 7 im Anhang / Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Datenexport am 11. Juni 2022. Daten umfassen den Zeitraum bis 30. September 2022 (Datenstand: 11.06.2023).

Anhang 8: Deskriptive Ergebnisse Übersicht Outcome Variablen ePA Daten

Tabelle A 08: Deskriptive Ergebnisse Übersicht Outcome Variablen ePA Daten

	Vor der Intervention: Mittelwert	Nach der Intervention: Mittelwert	Änderung Vorher zu Nachher: Mittelwert	t-Wert: Zweistichproben t-Test	Beobachtungen
Binärer selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (1 = „Gut“ oder „Sehr Gut“; 0 = „Zufriedenstellend“, „Weniger Gut“ oder „Schlecht“) (in %)	14,7	28,2	13,5	4,56 (0,000)	380
Zufriedenheit mit Gesundheit (0-10)	6,1	7,2	1,1	7,78 (0,000)	380
Zufriedenheit mit Leben (0-10)	6,9	7,5	0,6	5,19 (0,000)	380
Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (0-10)	7,7	8,7	1,0	8,95 (0,000)	374
Ungedeckter medizinischer Bedarf an Hausarztbesuchen (in %)	2,1	2,1	0,0	0,00 (1,000)	374

Quelle: RWI; Evaluationsbericht, dort Tabelle A 8 im Anhang / Anmerkung: P-Werte in Klammern; Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) HandinHand. Stand der Daten: 11. April 2023. Export am: 21. Juni 2023. Durchschnittlicher Abstand zwischen Erstinterview und Folgeinterview liegt bei 177,9 Tagen.

Anhang 9: Operationalisierung der Endpunkte der Effektevaluation

Tabelle A 09: Operationalisierung der Endpunkte der Effektevaluation

Zielparameter	Maß	Einheit	Quelle
Krankenhausaufenthalte	Krankenhauseinweisungen	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
	Krankenhaustage	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
Arztkontakte	Hausarztbesuche	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
	Hausbesuche durch Hausarzt	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
	Hausbesuche durch Assistenz	Anzahl in definiertem Zeitraum	AOK-Daten
Gesundheitssituation	Gesundheitszustand	Binär (1 = „Gut“ oder „Sehr Gut“; 0 = „Zufriedenstellend“, „Weniger Gut“ oder „Schlecht“)	ePA / SOEP
	Zufriedenheit mit der Gesundheit	Ordinal (0 = „Ganz und gar unzufrieden“ bis 10 = „Ganz und gar zufrieden“)	ePA / SOEP
	Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen	Ordinal (0 = „Ganz und gar unzufrieden“ bis 10 = „Ganz und gar zufrieden“)	ePA / SOEP
Patientensicherheit und -eigenständigkeit	SMASc	Score (1-4 = „Unmittelbarer Bedarf an Selbstmanagement-Unterstützung“, 5-8 = „Kein akuter Bedarf an Selbstmanagement-Unterstützung“, 9-12 = „Kein Bedarf an Selbstmanagement-Unterstützung“)	ePA

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 9 im Anhang.

Anhang 10: Operationalisierung der Endpunkte der Kostenevaluation

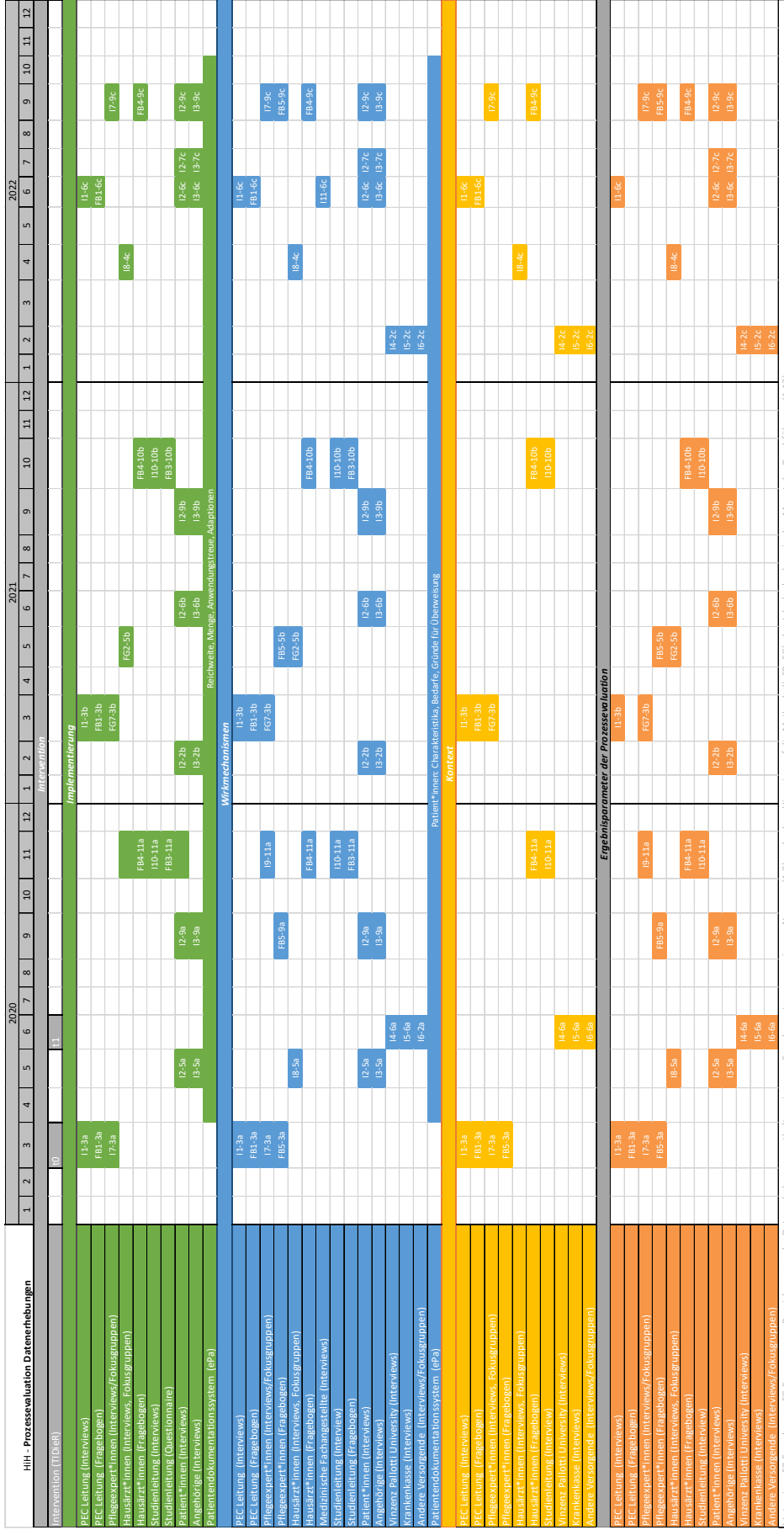
Tabelle A 10: Operationalisierung der Endpunkte der Kostenevaluation

Zielparameter	Maß	Einheit	Quelle
Kosten für medizinische Versorgung	Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (in der Praxis)	Euro	AOK-Daten
	Kosten für die ambulante Versorgung durch den Hausarzt (Hausbesuche)	Euro	AOK-Daten
	Kosten für die stationäre Versorgung	Euro	AOK-Daten
	Kosten für die PE-Versorgung	Euro	PE-Center

Quelle: RWI, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 10 im Anhang.

Anhang 11: Gantt Chart

Tabelle A 11: Gantt Chart



Quelle: Unik/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 11 im Anhang.

Anhang 12: Anpassungen der Datenerhebungen

Tabelle A 12: Anpassungen der Datenerhebungen

Nr.	Zielgruppe	Code lt. Gantt-Chart	Anpassung	Begründung der Anpassung
0			Anstelle von persönlichen Interviews oder Fokusgruppen wurden individuelle Telefoninterviews oder Fokusgruppen per Telefon oder Videokonferenz durchgeführt.	COVID-19 Pandemie
1	PE	FG7-3a → I7-3a	Individuelle Telefoninterviews anstelle einer Fokusgruppe	COVID-19 Pandemie
2	AV	FG3-9b	Gestrichen	Neue Erkenntnisse sind durch eine zusätzliche zu den Einzelinterviews durchgeführte Fokusgruppe nicht zu erwarten
3	PEC Leitung	I1-3c → I1-6c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 06/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
4	PEC Leitung	Fb1-3c → FB1-6c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 06/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
5	PE	FG7-3c → I7-9c	Individuelle Telefoninterviews anstelle einer Fokusgruppe;	COVID-19 Pandemie;
6	PE	FB5-3c → FB5-9c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 09/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
7	HÄ	FG2-3c → I8-4c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 09/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
8	HÄ	FB4-9c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 04/23 verschoben	COVID-19 Pandemie;
9	Pat.	I2-3c → I2-6c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung
10	Angehörige	I3-3c → I3-6c	Termin der Datenerhebung vom 03/23 auf 06/23 verschoben	Projektlaufzeitverlängerung
11	MFA	I11-4c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung
12	Pat.	I2-7c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung
13	Angehörige	I3-7c	Ergänzt	MFA als zusätzlich relevante Zielgruppe identifiziert
12	Pat.	I2-9c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung; ergänzendes Erkenntnisinteresse an Teilnehmenden, die über die sechs Monate hinaus die Intervention erhalten
13	Angehörige	I3-9c	Ergänzt	Projektlaufzeitverlängerung; ergänzendes Erkenntnisinteresse an Teilnehmenden, die über die sechs Monate hinaus die Intervention erhalten
12	Pat.	I2-9c	Ergänzt	Empfehlung der Beiratsmitglieder zur Durchführung von Interviews 4 Wochen nach Beendigung des Erhalts der Intervention
13	Angehörige	I3-9c	Ergänzt	Empfehlung der Beiratsmitglieder zur Durchführung von Interviews 4 Wochen nach Beendigung des Erhalts der Intervention

PE Pflegeexpertinnen und -experten, AV Andere Versorgende, Hausärztinnen und -ärzte, PEC Pflegeexperten-Center, Pat. Patientinnen und Patienten, MFA Medizinische Fachangestellte; FG Fokusgruppe, I Interview, FB Fragebogen

Quelle: Unik/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 12 im Anhang.

Anhang 13: Datenerhebungen in der Domäne Implementierung

Tabelle A 13: Datenerhebungen in der Domäne Implementierung

Domäne	Thema	Datenquelle/-basis	Methode	Parameter
Anwendungstreue	Einarbeitung/Schulung und kontinuierliche Fortbildung	PEC Leitung	Fragebogen Interview	Inhalt und Häufigkeit der Einarbeitung/Schulung und Fortbildung
	Kompetenzen	Dokumentation des HIH-Projektteams	Dokumentenanalyse	Erforderliche Kompetenzen und wie diese erworben werden
	Angeforderte/geplante und durchgeführte Interventionen	ePA	Patientendokumentationssystem	Inhalt und Anzahl der Überweisungsanträge Anzahl und Art der festgestellten zusätzlichen Bedarfe Inhalt und Anzahl der durchgeführten Interventionen
	Etablierung des PEC	PE, PEC Leitung, Studienleitung	Interview	Hinderliche und förderliche Faktoren für die Etablierung eines PEC
Reichweite	Rekrutierungsstrategien und -mechanismen	Studienleitung, PEC Leitung, HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Methoden der Rekrutierung einschließlich hinderlicher und förderlicher Faktoren
		HIH Rekrutierungskonzept	Dokumentenanalyse	Rekrutierungsstrategien
		Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Wie werden Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige auf die Studie und die Möglichkeit der Teilnahme aufmerksam
	Auswahl der Patientinnen und Patienten	HÄ	Fragebogen	Anzahl der potentiellen Patientinnen und Patienten, wie viele wurden ausgeschlossen und warum
Menge	Frequenz der Versorgung	ePA (alle Patientinnen und Patienten)	Patientendokumentationssystem	Anzahl der Hausbesuche der PE
	Dauer der Versorgung	ePA (alle Patientinnen und Patienten)	Patientendokumentationssystem	Dauer der - direkten Patientenversorgung - indirekten Patientenversorgung - Fahrzeit
Adaptionen	Personen-zentrierte Anpassungen der Intervention	ePA (alle Patientinnen und Patienten) Narratives	Patientendokumentationssystem Fallbeispiele	Inhalt und Anzahl der Anpassungen mit Begründung Kontext, in dem die Intervention angepasst wurde

PE Pflegeexpertinnen und -experten, ePA [elektronische Patientenakte] Patientendokumentationssystem, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, PEC Pflegeexperten-Center

Quelle: Unik/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 13 im Anhang.

Anhang 14: Datenerhebungen in der Domäne Wirkmechanismen

Tabelle A 14: Datenerhebungen in der Domäne Wirkmechanismen

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
a.	Struktur	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Teamarbeit und Vernetzung
	Sicherheit	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Bewertung von Sicherheitsaspekten bei der Durchführung von Hausbesuchen Verfügbarkeit von Supervision und Mentoring Notfallmanagement
	Einzugsgebiet und evtl. geografische Besonderheiten	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Beschreibung des Einzugsgebiets Geografische Besonderheiten (z.B. Mobilfunkabdeckung)
		ePA	Patientendokumentationssystem	Entfernung PEC und Wohnstätte der Patientinnen und Patienten
	Dokumentation und Kommunikation	Studienleitung, PEC Leitung, PE HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe Fragebogen	Merkmale der Kommunikationsstrukturen innerhalb des Teams und nach außen Kommunikationsstrukturen mit PE
b.	Hauptteilnehmende			
	Patientinnen und Patienten	ePA (alle Patientinnen und Patienten) Patientinnen und Patienten, Angehörige, PE, HÄ ePA (alle Patientinnen und Patienten)	Patientendokumentationssystem Interview, Fragebogen Patientendokumentationssystem	Alter, Geschlecht, Lebenssituation, Diagnosen usw. Selbstberichtete (Patienten-)Bedarfe, unerfüllte Bedarfe Gründe für Überweisung an PE Bedarfe der Patienten aus Perspektive der PE und HÄ
	Erwartungen und Vorlieben	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Erwartungen und Präferenzen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und die Versorgung durch die PE
	Akzeptanz	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Hinweise darauf, inwieweit die Rolle der PE als ergänzende Rolle im Pflegesystem anerkannt wird
	Ressourcen	ePA (alle Patientinnen und Patienten) Patientinnen und Patienten	Patientendokumentationssystem Interview	Andere beteiligte Gesundheitsdienste und Hilfsdienste Individuelle Ressourcen und Bewältigungsstrategien

noch: Tabelle A 14

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
PE	Fertigkeiten und Kompetenzen	PE, PEC Leitung, HÄ, Vinzenz Pallotti Uni., Krankenkasse	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Wahrnehmungen der Fähigkeiten und Kompetenzen der PE
	Autonomie	PE, HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Wahrnehmung der Autonomie der PE
	Mentoring & Supervision	PE, PEC Leitung	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Bedürfnisse und Wahrnehmung von Mentoring und Supervision Strategien für Mentoring und Supervision
	Team	PE, PEC Leitung	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Team als Ressource, Teamarbeit, Teambildungsstrategien
	Networking	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Art und Struktur der Vernetzung Hinderliche und förderliche Faktoren für Vernetzung
HÄ	Motivation	HÄ	Fragebogen, Interview	Gründe für die Teilnahme an der Studie
	Vorherige Erfahrungen	HÄ	Fragebogen, Interview	Erfahrungen in der Arbeit Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben
	Erwartungen & Erfahrungen	HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit und Kompetenzen der PE
	Delegation	HÄ	Interview	Delegierte Aufgaben, Veränderungen in Bezug auf die Delegation delegierter Aufgaben
AV	Erwartungen	AV	Interview	Erwartungen in Bezug auf die Zusammenarbeit
	Aktive Förderung und Behinderung	AV	Interview	Inwieweit wird das Projekt/die Teilnahme an dem Projekt anderen Patientinnen und Patienten/HÄ/Angehörigen empfohlen Umgang mit Schnittstellen
	Schnittstellen	AV	Interview	

noch: Tabelle A 14

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
c. Zwischenmenschliche und (inter)professionelle Beziehungen	Rollenverständnis	PE, PEC Leitung, HÄ, Patientinnen und Patienten, Angehörige, AV, Vinzenz Pallotti Uni.	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Verständnis der Rollenausübung, der Verantwortlichkeiten und Aufgaben sowie der erforderlichen Kompetenzen Unterschiede zu anderen Fachpersonen des Gesundheitswesens Unterschiede zu anderen Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben/zu ANP/zu anderen Gesundheitsfachpersonen
	Befähigung und Förderung von PE	PEC Leitung, Vinzenz Pallotti Uni.	Interview, Fragebogen	Maßnahmen für die berufliche Entwicklung der PE Erforderliche PE-Kompetenzen Maßnahmen zur Unterstützung der Rollenfindung
		HÄ	Fragebogen, Interview	Unterstützung der PE bei der Durchführung/Übernahme delegierter Tätigkeiten
		PE	Interview, Fragebogen	Wahrgenommene Förderung/Befähigung durch HÄ, PEC Leitung, andere PE, Vinzenz Pallotti Uni.
	Befähigung und Förderung von Patientinnen und Patienten/Angehörige	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Beschreibung, ob und wie sich Patientinnen und Patienten durch die PE bei der Bewältigung von krankheitsbedingten Herausforderungen im Alltag unterstützt fühlen Beschreibung, ob und wie sich Angehörige durch die PE bei der Betreuung unterstützt fühlen
		PE	Fokusgruppe, Fragebogen	Wahrgenommener Beitrag der PE zum Selbst- und Symptommanagement der Patienten
	Shared decision making	Patient, Angehörige	Interview	Beschreibung, ob und wie sich Patientinnen und Patienten/Angehörige in die Planung und Durchführung der pflegerischen Versorgung einbezogen fühlen
		PE	Fragebogen, Interview	Inwieweit die PE sich sicher fühlen, Patientinnen und Patienten/Angehörige in die Ermittlung des Pflegebedarfs und die Entwicklung individueller Pflegepläne einzubeziehen
	Empathie	Alle Patientinnen und Patienten	Fragebogen (RWI)	Wahrgenommene Empathie

noch: Tabelle A 14

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
	Kooperation und Zusammenarbeit	PE, HÄ	Fragebogen, Interview, Fokusgruppe	Erwartungen, Erfahrungen Förderliche und hinderliche Faktoren
	Erreichbarkeit	PEC Leitung	Interview, Fragebogen	Maßnahmen zur Unterstützung der internen und externen Kooperation/Zusammenarbeit Erreichbarkeit der HÄ/PE
	Kommunikation	PE, HÄ, Patientinnen und Patienten, Angehörige PE	Interview, Fokusgruppe, Fragebogen	Erlebte Kommunikation zwischen PE und HÄ, PE und PEC Leitung, innerhalb des PE-Teams sowie zwischen PE und Patientinnen und Patienten/Angehörigen Inwieweit fühlen sich PE sicher in der Kommunikation mit HÄ bezüglich <ul style="list-style-type: none"> - Symptommanagement - Bedarf an delegierten Leistungen Inwieweit fühlen sich PE sicher in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten/Angehörigen bezüglich <ul style="list-style-type: none"> - Symptom-Management - Bewältigung des täglichen Lebens - Emotionen (z.B. Wut, Trauer) Inwieweit erleben HÄ PE in der Kommunikation in Bezug auf <ul style="list-style-type: none"> - Fachlichkeit - Patientenzentriertheit - interprofessionelle Kommunikation - Lösungsorientierung

Noch: Tabelle A 14

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
		Studienleitung	Interview	Erfahrungen hinsichtlich der internen und externen Kommunikation; hinderliche und förderliche Faktoren
		Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Erfahrungen hinsichtlich der Kommunikation
		AV	Interview	Erfahrungen hinsichtlich der Kommunikation mit den PE/dem PEC; Wege der Kommunikation
Vertrauen		PE, HÄ	Interview, Fokusgruppe, Fragebogen	Hinweise für eine vertrauensvolle interprofessionelle Beziehung zwischen PE und HÄ
		Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Hinweise für eine vertrauensvolle interprofessionelle Beziehung zwischen PE und Patientinnen und Patienten, Angehörigen

PE Pflegeexpertinnen- und experten, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, AV Andere Versorgende, ePA [elektronische Patientenakte] Patientendokumentationssystem, PEC Pflegeexperten-Center

Quelle: Unik/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 14 im Anhang.

Tabelle A 15: Datenerhebungen in der Domäne Kontext

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
a. Macro Level	Deutsches Gesundheitssystem	Ministerium für Gesundheit, Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Dokumentenanalyse	Struktur des deutschen Gesundheitswesens
	Gesetzlicher Rahmen	Rechtsvorschriften hinsichtlich der Ausübung des Pflegeberufs und der Versorgungsstrukturen	Dokumentenanalyse	Zusammenfassung der wichtigsten Merkmale und Rechtsvorschriften im Bereich der pflegerischen Berufsausübung in der Primärversorgung
	Struktureller Kontext	Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, Gesetzliche Krankenkassen, Ärzte- und Pflegekammer	Dokumentenanalyse	Strukturen des Gesundheitswesens und der Ausbildung von Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz <ul style="list-style-type: none"> - Merkmale von Krankenhäusern, Pflegeheimen, Arztpraxen und ambulanten Pflegediensten - Anzahl der pflegerischen/medizinischen Studiengänge; Anzahl der Berufsfachschulen für Krankenpflege - Zahl der praktizierenden Pflegefachpersonen und Hausärztinnen und -ärzte
	Relevante Literatur		Literaturrecherche	Mögliche Integration neuer Versorgungsmodelle in bestehende Strukturen, einschließlich Best-Practice-Beispiele, förderliche und hinderliche Faktoren
	Studienleitung, PEC Leitung, PE, HÄ, Krankenkasse, Vinzenz Pallotti Uni., AV		Interview	Mögliche Integration des HandinHand-Modells in bestehende Strukturen; hinderliche und förderliche Faktoren
	PEC Leitung		Fragebogen	Merkmale des Einzugsgebiets
Interprofessionelle Kultur	Relevante Literatur		Literaturrecherche	Merkmale, die die Zusammenarbeit zwischen HÄ und Pflegefachpersonen im Allgemeinen beeinflussen
	AV		Interview	Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung

noch: Tabelle A 15

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
b. Meso Level	PEC	PEC Leitung	Fragebogen, Interview	Personelle und materielle Ausstattung des PEC
	Setting	PE	Interview	Beschreibung besonderer Merkmale des Settings
		Narratives	E-Mail Korrespondenz, Fallstudien	Beschreibung besonderer Merkmale des Settings/der Region
		Relevante Literatur	Literaturrecherche	Beschreibung besonderer Merkmale des Settings/der Region
	Haus-/Facharztpraxis	HÄ	Fragebogen	Merkmale der teilnehmenden Arztpraxen - Anzahl der Patientinnen und Patienten in jeder Praxis - Personalausstattung und Qualifikationsmix
		Kassenärztliche Vereinigung, Gesetzliche Krankenversicherung, Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Dokumentenanalyse	Aktuelle Herausforderungen für Hausarztpraxen - Mangel an HÄ - Demografische Entwicklungen - Alternde Gesellschaft mit zunehmend mehr Menschen mit komplexem Pflegebedarf
		Relevante Literatur	Literaturrecherche	Strategien zur Bewältigung der Herausforderungen einer alternden Gesellschaft, Auswirkungen auf HÄ und die pflegerische Versorgung
	Krankenhäuser	Statistisches Bundesamt Landesamt Rheinland-Pfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, Andere relevante Datenquellen	Dokumentenanalyse	Zahl der Krankenhausaufenthalte, der Wiedereinweisungen und der potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalte bei Menschen mit chronischen Krankheiten
	Kommunale Unterstützungsdienste	PEC Leitung	Fragebogen	Art und Verfügbarkeit von gemeindenahen Unterstützungsdiensten (z. B. Hospizbetreuung, Essen auf Rädern, Selbsthilfegruppen)

noch: Tabelle A 15

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
	Bachelor	Vinzenz Pallotti University	Interview	<p>Perspektive der Vinzenz Pallotti Uni. im Hinblick auf Rollenentwicklung von Pflegefachpersonen im Allgemeinen und im Kontext des Projekts im Besonderen</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Einrichtung des PEC im Besonderen und die HIH-Intervention im Allgemeinen - Ausmaß, in dem das Studium/Lehrende die Rollenentwicklung unterstützt (z. B. klinische Reflexion, Supervision)
	Krankenkasse	Krankenkasse	Interview	<p>Motivation zur Teilnahme</p> <p>Perspektiven auf innovative Versorgungsmodelle im Hinblick auf die Strukturen der Primärversorgung im Allgemeinen und die Projektintervention im Besonderen</p>
c.	Micro Level Patientinnen und Patienten	Relevante Literatur	Literaturrecherche	<p>Beschreibung der Erwartungen an die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen</p> <p>Einstellungen und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung durch HÄ im Vergleich zur Gesundheitsversorgung durch Pflegefachpersonen</p>
	Angehörige	Relevante Literatur	Literaturrecherche	<p>Beschreibung der</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientinnen/Patienten-Angehörigen-Dyade - Bedarf an Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige - Einstellungen und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung durch HÄ im Vergleich zur Gesundheitsversorgung durch Pflegefachpersonen
	PE	PE	Interview, Fragebogen	<p>Merkmale der PE</p> <p>Berufserfahrung</p> <p>Beschreibung der Erwartungen an das Projekt/die Stelle</p>

noch: Tabelle A 15

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
		Arbeitsplatzbeschreibung	Dokumentenanalyse	Beschreibung der formalen Anforderungen
	PEC Leitung	PEC Leitung	Interview	Einstellung und Erwartungen an das Projekt
		Relevante Literatur	Literaturrecherche	Herausforderungen für Führungskräfte bei der Bewältigung von Veränderungen im Gesundheitswesen Herausforderungen bei der Implementierung einer neuen Rolle
	HÄ	Relevant Literatur	Literaturrecherche	Zusammenfassung der wichtigsten Herausforderungen der HÄ in Deutschland
	VERAh/NäPa	Bundesärztekammer/ Kassenärztliche Bundesvereinigung	Dokumentenanalyse	Rollenbeschreibung und Qualifikationen Überschneidung mit PE
	AV	Andere Versorgende, die in die Versorgung der HIH-Patientinnen und Patienten involviert sind	Interview	Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Etablierung neuer pflegerischer Rollen
COVID-19	Einfluss der COVID-19-Pandemie	PE, PEC Leitung, Studienleitung, HÄ, Patientinnen und Patienten, Angehörige, Vinzenz Pallotti Uni., Krankenkasse, AV	Interview	Einfluss auf die PE-Rolle, das PEC und sein Management, die Gesundheits- und Pflegesituation der Patientinnen und Patienten, den Studiengang, das Projekt, die Zusammenarbeit
				<i>PE Pflegeexpertinnen- und experten, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, AV Andere Versorgende, ePA [elektronische Patientenakte] Patientendokumentationssystem, PEC Pflegeexperten-Center</i>

Quelle: UniK/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 15 im Anhang.

Tabelle A 16: Datenerhebungen in der Domäne Ergebnisparameter

Domäne	Thema	Datenquelle	Methode	Parameter
Rollen- und Kompetenzentwicklung der PE	Entwicklung im Laufe der Zeit	PE	Interview, Fragebogen, Fokusgruppe	Beschreibung, ob und wie die Rollen- und Kompetenzentwicklung stattgefunden Retrospektive Wahrnehmung der Rolle und Rollenentwicklung
				Vorherrschende Themen der PE zu verschiedenen Zeiten
				Annahmen der PE, wie sich die Rolle entwickeln wird
				Veränderungen in der Wahrnehmung der PE-Kompetenzen und der Rollenklarheit
Förderliche und hinderliche Faktoren	Krankenkasse	PEC Leitung, HÄ, Vinzenz Pallotti Uni., AV, Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview, Fragebogen, Fokusgruppe	Delegation von Aufgaben, Wahrnehmung der EN-Rolle
				Wahrgenommene hinderliche und förderliche Faktoren bei der Entwicklung/Förderung von Rollen und Kompetenzen
				Hinderliche und förderliche Faktoren hinsichtlich der Entwicklung neuer pflegerischer Rollen im Allgemeinen
Erfahrungen der Hauptteilnehmende	Studienleitung	Vinzenz Pallotti Uni.	Interview	Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Vermittlung erforderlicher Fähigkeiten und der Unterstützung der Rollen- und Kompetenzentwicklung
				Herausforderungen der Rollen- und Kompetenzentwicklung
Patientinnen und Patienten Angehörige	Wahrnehmung der Versorgung durch PE	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Gesamtwahrnehmung, Aspekte des Vertrauens, gemeinsame Entscheidungsfindung, Befähigung
				Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe
				Wahrgenommene Veränderungen des Gesundheitszustands
HÄ	Vorteile und Nachteile der Versorgung	Patientinnen und Patienten, Angehörige	Interview	Wahrgenommene Vor- und Nachteile der PE-Versorgung
				Empathie
HÄ, Studienleitung, PE	Vorteile und Nachteile der Versorgung	HÄ, Studienleitung	Interview, Fokusgruppe, Fragebogen	Wahrgenommene Empathie (Befähigung, gemeinsame Entscheidungsfindung)
				Gesamtwahrnehmung, einzigartiger Beitrag der PE, gemeinsame Entscheidungsfindung
PE Pflegeexpertinnen und -experten, HÄ Hausärztinnen und -ärzte, AV Andere Versorgende (Gesundheitsdienstleister, die in die Patientenversorgung eingebunden sind)	Vorteile und Nachteile der Versorgung	HÄ, Studienleitung	Interview, Fokusgruppe	Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit anderen Gesundheitsberufen
				Wahrgenommene Vor- und Nachteile für sich selbst, Patientinnen und Patienten & Angehörige, weitere Personen, die Region, das Gesundheitssystem als Ganzes

Quelle: Unik/Unil, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 16 im Anhang.

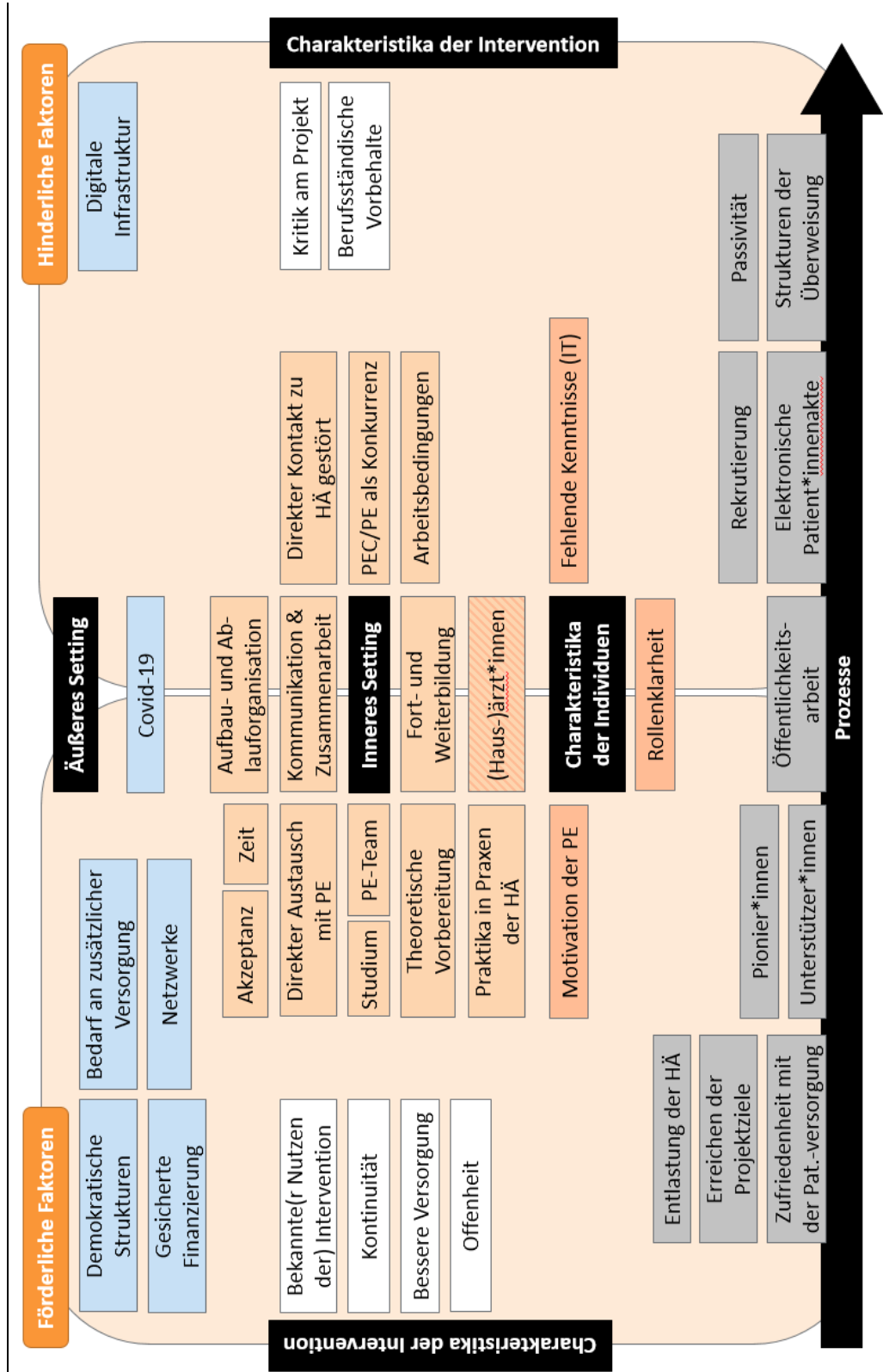
Anhang 17: Datenerhebungen (quantitativ)

Tabelle A17: Datenerhebungen (quantitativ)

	PE		PECLtg.		Stud.-Htg.		HÄ		Pat.		Ang.		VPU		KK		Andere V		MFA		Ist gesamt	Soll gesamt	
	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll			
Fragebogen (FB)																							
t0	9	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t1	8	9	1	1	1	1	10	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t2	8	9	1	1	1	1	23	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t3	5	8	1	1	1	1	17	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FB gesamt/Gruppe	30	36	3	3	2	2	50	112	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85
Interviews (I)																							
t1	10	10	2	2	1	1	4	13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	4	4	5
t2	9	9	2	2	1	1	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	5	5	-
t3	-	-	2	2	-	-	22	46	3	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t4	4	8	-	-	-	-	-	-	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t5	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t8	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I gesamt/Gruppe	23	27	6	6	2	2	26	59	22	24	25	25	4	4	4	4	4	4	9	10	4	4	5
Fokusgruppe (FG)																							
t2	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	166
t3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FG gesamt/Gruppe	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2

Quelle: UniK/UniL, Evaluationsbericht, dort Tabelle A 17 im Anhang.

Abbildung A 18: Hinderliche und förderliche Faktoren der Implementierung



Quelle: UniK/Unil, Evaluationsbericht, dort Abbildung A 1 im Anhang./ Darstellung nach Damschroder et al. (2009).

ERSTINTERVIEW

ABSCHNITT A: ANGABEN DURCH PE AUSZUFÜLLEN	
Datum:	Name: Vorname: Geb. Datum:
Beginn des Interviews (Uhrzeit)	[S S] [MM] [] []
In was für einem Haustyp oder Unterkunft wohnt die befragte Person?	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliches Wohngebäude <input type="checkbox"/> Freistehendes Ein- / Zweifamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnhaus mit 3 und mehr Wohnungen <input type="checkbox"/> Altenheim / Pflegeheim / Seniorenresidenz / Altenwohnheim
EINLEITUNG (VORLESEN):	
<p>Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, regelmäßig Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Ihre Antworten helfen uns sehr, die medizinische Versorgung in Deutschland einzuschätzen. Ihre Antworten werden ausschließlich anonymisiert ausgewertet. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst ehrlich zu beantworten. Wenn Ihnen einzelne Fragen unangenehm sind, dann ist es auch immer möglich eine Frage zu überspringen oder die Befragung abzubrechen.</p>	
<p>Welchen Familienstand haben Sie? Mit Familienstand meinen wir, ob sie z.B. verheiratet oder ledig sind.</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend / Eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft zusammenlebend <input type="checkbox"/> Verheiratet, dauernd getrennt lebend / Eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft getrennt lebend <input type="checkbox"/> Ledig, war nie verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden / eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> Verwitwet / Lebenspartner/-in aus eingetragener gleichgeschlechtlicher Partnerschaft verstorben <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wie viele Personen wohnen in Ihrem Haushalt? <i>Erklärung: Ein Haushalt ist eine Wirtschaftsgemeinschaft, wie z.B. eine Familie oder eine Wohngemeinschaft. Abfrage nur, wenn nicht im Pflegeheim</i></p>	[] Personen im Haushalt

Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → WEITER ZU SCHULABSCHLUSS <input type="checkbox"/> Keine Antwort → WEITER ZU SCHULABSCHLUSS
Wie viele Kinder haben Sie?	[] [] Kinder
Wie weit weg wohnt Ihr Kind, das bei Bedarf am ehesten kontaktiert wird? <i>Hinweis: Antworten 1 - 6 vorlesen.</i>	<input type="checkbox"/> Im selben Haushalt <input type="checkbox"/> In einer Wohnung im selben Haus <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 10 km oder weniger <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 50 km oder weniger <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 100 km oder weniger <input type="checkbox"/> Mehr als 100 km weit weg <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
Ist dies das Kind, das am nächsten wohnt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Enkelkinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben → WEITER ZU SCHULABSCHLUSS
Wie viele Enkelkinder haben Sie?	[] [] Enkelkinder
Welchen Schulabschluss haben Sie gemacht? <i>Erklärung: Hochschulabschlüsse oder Ausbildungen sind nicht gemeint.</i> <i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i>	<input type="checkbox"/> Schule ohne Abschluss verlassen <input type="checkbox"/> Volks- / Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse) <input type="checkbox"/> Realschulabschluss / Mittlere Reife (DDR: 10. Klasse) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) <input type="checkbox"/> Abitur / Hochschulreife <input type="checkbox"/> Sonstiger Abschluss <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben

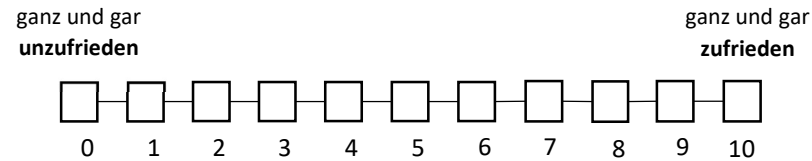
<p>Welchen Beruf haben Sie einmal ausgeübt? <i>Hinweis: Wenn Sie mehr als eine berufliche Tätigkeit ausübten, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte nur für Ihre damalige berufliche Haupttätigkeit.</i></p>	<p>_____</p>
<p>Mit welchem Fortbewegungsmittel erreichen Sie Ihren Hausarzt normalerweise? <i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem eigenen Auto <input type="checkbox"/> Durch Bezugsperson/Angehörige mit dem Auto gebracht <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Öffentlicher Nahverkehr / Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/> Hausarzt kommt ins Pflegeheim / zu mir → WEITER ZUR NÄCHSTEN FRAGE! <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben </p>
<p><u>Wenn Hausarzt ins Pflegeheim / nach Hause kommt:</u> Kommt der Hausarzt regelmäßig in das Pflegeheim / nach Hause?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja </p>
<p>Wie viele Minuten brauchen Sie normalerweise, um mit diesem Fortbewegungsmittel von Ihrem Zuhause aus zu Ihrem Hausarzt zu gelangen?</p>	<p>[] [] [] Minuten</p>
<p>Mit welchem Fortbewegungsmittel erreichen Sie das nächstgelegene Krankenhaus normalerweise? <i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem eigenen Auto <input type="checkbox"/> Durch Bezugsperson/Angehörige mit dem Auto gebracht <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Öffentlicher Nahverkehr / Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben </p>

<p>Wie viele Minuten brauchen Sie normalerweise, um mit diesem Fortbewegungsmittel von Ihrem Zuhause aus zum nächstgelegenen Krankenhaus zu gelangen?</p>	<p>[][] Minuten</p>
<p>Wie bekommen Sie üblicherweise Ihre Rezepte?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ich hole die Rezepte selbst in der Arztpraxis ab <input type="checkbox"/> Über den Pflegedienst <input type="checkbox"/> Jemand anderes (außer Pflegedienst) holt die Rezepte für mich in der Arztpraxis ab <input type="checkbox"/> Rezept wird direkt an die Apotheke geliefert <input type="checkbox"/> Rezept wird an die Hausanschrift gesendet <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben </p>
<p>Beginn des Kognitionstest (Uhrzeit)</p>	<p>[][] [][]</p>
<p>ABSCHNITT AB: Kognitive Fähigkeiten EINLEITUNG ABSCHNITT AB (VORLESEN): <i>Ein Teil dieser Studie beschäftigt sich mit dem Gedächtnis UND der Fähigkeit, über Dinge nachzudenken. Ich werde Ihnen jetzt eine Liste von Wörtern vorlesen. Wir haben absichtlich eine lange Liste gemacht, so dass es für jeden schwierig sein wird, sich an alle Wörter zu erinnern. Die meisten Menschen erinnern sich nur an einige Wörter. Hören Sie bitte genau zu, denn ich kann die Liste nicht wiederholen. Wenn ich mit dem Vorlesen fertig bin, werde ich Sie bitten, möglichst viele dieser Wörter laut zu wiederholen. Auf die Reihenfolge kommt es dabei nicht an. Haben Sie alles verstanden?</i></p>	
<p> Hotel Fluss Baum Haut Gold Markt Papier Kind König Buch <i>Hinweis: Kreuzen Sie alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.</i> </p>	<p> <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Fluss <input type="checkbox"/> Baum <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Markt <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> König <input type="checkbox"/> Buch <input type="checkbox"/> Keine von diesen </p>

<p>Jetzt möchte ich Sie bitten, so viele verschiedene Tiere zu nennen, wie Ihnen einfallen. Sie haben eine Minute Zeit.</p> <p>Fertig, los!</p> <p><i>Anmerkung:</i> <i>Geben Sie genau eine Minute Zeit. Hört die Zielperson auf, bevor die Zeit abgelaufen ist, ermuntern Sie sie zum Weitermachen. Schweigt sie 15 Sekunden lang, so wiederholen Sie die Anweisung ('Nennen Sie mir alle Tiere, die Ihnen einfallen.'). Das Zeitlimit wird nach der Wiederholung der Anweisung nicht verlängert.</i></p> <p><i>Hinweis:</i> <i>Im Falle, dass Patienten nach dem Kognitionstest um eine Rückmeldung bezüglich ihrer Leistung bitten, könne sie sagen: „Jeder findet es schwierig, Sie haben sich gut geschlagen“. Spezifisches Feedback sollte jedoch nicht gegeben werden. Für Befragte, die Bestätigung brauchen, kann es hilfreich sein, noch einmal zu betonen, dass die Tests so konzipiert sind, dass sie schwierig sind.</i></p>	<p>Anzahl Tiernamen</p>
<p>ABSCHNITT - SUBJEKTIVE GESUNDHEITSINDIKATOREN / LEBENSZUFRIEDENHEIT</p>	
<p>Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?</p> <p><i>Hinweis: Antworten Sehr gut - Schlecht vorlesen.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> Gut</p> <p><input type="checkbox"/> Zufriedenstellend</p> <p><input type="checkbox"/> Weniger gut</p> <p><input type="checkbox"/> Schlecht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben</p>
<p>Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen einer schwerwiegenden Erkrankung eine hausärztliche Behandlung unbedingt benötigt?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nein, ich hatte keinen Bedarf → WEITER ZU Krankenhauseinweisung</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf und habe eine Behandlung in Anspruch genommen → WEITER ZU Krankenhauseinweisung</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf, habe aber keine Behandlung in Anspruch genommen</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht → WEITER ZU Krankenhauseinweisung</p> <p><input type="checkbox"/> keine Antwort gegeben → WEITER ZU Krankenhauseinweisung</p>

<p>Was war für Sie der wichtigste Grund, eine hausärztliche Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?</p> <p><i>Hinweis: Nur eine Antwort möglich. Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. <input type="checkbox"/> Der Weg war mir zu weit. / Ich hatte keine Fahrgelegenheit. <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. <input type="checkbox"/> Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern. <input type="checkbox"/> Ich kenne keine gute Ärztin / keinen guten Arzt. <input type="checkbox"/> Ich hatte sonstige Gründe. <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen einer schwerwiegenden Erkrankung eine Krankenhauseinweisung unbedingt benötigt?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein, kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung → WEITER Zur Frage med. Versorg. <input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf und habe eine Behandlung in Anspruch genommen → WEITER ZUR Frage med. Versorg <input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf, habe aber keine Behandlung in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> weiß nicht → WEITER ZUR Frage med. Versorg. <input type="checkbox"/> keine Antwort gegeben → WEITER ZU Frage med. Versorg.
<p>Was war für Sie der wichtigste Grund dafür, eine Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus nicht in Anspruch zu nehmen?</p> <p><i>Hinweis: Nur eine Antwort möglich. Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. <input type="checkbox"/> Der Weg war mir zu weit. / Ich hatte keine Fahrgelegenheit. <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. <input type="checkbox"/> Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern. <input type="checkbox"/> Ich kenne keine gute Ärztin / keinen guten Arzt. <input type="checkbox"/> Ich hatte sonstige Gründe. <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p style="text-align: center;">Wie zufrieden sind Sie allgemein mit Ihrer medizinischen Versorgung?</p> <p style="text-align: center;">Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".</p>	

Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.

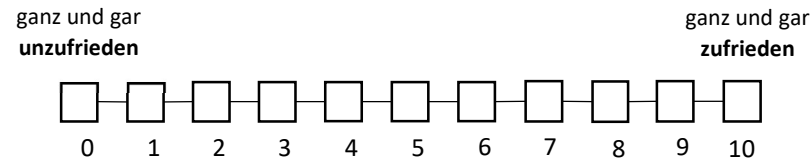


- weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Wie **zufrieden** sind Sie **gegenwärtig mit Ihrer Gesundheit?**

Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".

Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.



- weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

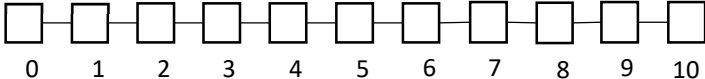
Im letzten Monat, wie stand es da mit Ihrem Interesse an Ihrem Umfeld?

Hinweis: Nachfragen, wenn Antwortkategorien nicht zuordenbar

- Mehr** Interesse als üblich
- Keine Veränderung** im Ausmaß des Interesses
- Weniger Interesse** als üblich beschrieben
- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen.
Wie oft kam es in dieser Zeit vor, dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten?

- Nie
- Sehr selten

<p><i>Hinweis: Antworten 1-6 vorlesen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Sehr oft <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Hatten Sie in den letzten vier Wochen Schlafstörungen oder ein verändertes Schlafverhalten zum Zeitraum davor?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen oder Veränderungen des Schlafverhaltens in der letzten Zeit <input type="checkbox"/> Kein Problem mit dem Schlafen <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?</p> <p>Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".</p> <p><i>Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.</i></p>	
<div style="text-align: center;"> <p>ganz und gar unzufrieden ganz und gar zufrieden</p>  <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> </div> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben</p>	
<p>Beginn des Kognitionstest (Uhrzeit)</p>	<p>[][] [][]</p>
<p>Vor einer Weile hatte ich Ihnen eine Liste mit Wörtern vorgelesen und Sie haben die Wörter wiederholt, an die Sie sich erinnern konnten. Nennen Sie mir bitte alle Wörter, an die Sie sich jetzt noch erinnern können.</p>	<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Fluss <input type="checkbox"/> Baum

<p><i>Anmerkung:</i> Die Zielperson hat eine Minute Zeit, sich an die Wörter zu erinnern. Kreuzen Sie im Testprotokoll alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.</p> <p><i>Hinweis:</i> Im Falle, dass Patienten nach dem Kognitionstest um eine Rückmeldung bezüglich ihrer Leistung bitten, könne sie sagen: „Jeder findet es schwierig, Sie haben sich gut geschlagen“. Spezifisches Feedback sollte jedoch nicht gegeben werden. Für Befragte, die Bestätigung brauchen, kann es hilfreich sein, noch einmal zu betonen, dass die Tests so konzipiert sind, dass sie schwierig sind.</p>	<input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Markt <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> König <input type="checkbox"/> Buch <input type="checkbox"/> Keine von diesen
<p>VON PE AUSZUFÜLLEN: LEISUTNGSBEEINTRÄCHTIGUNG <i>Gab es irgendwelche Faktoren, die die Leistung der Patientin/des Patienten bei den Tests behindert haben könnten?</i></p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Was hat die Leistung des Kognitionstests behindert: Freitext: _____
<p>Wer hat die im Fragebogen gestellten Fragen mehrheitlich beantwortet?</p>	<input type="checkbox"/> Pflegeexperte/In <input type="checkbox"/> Patient/In <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Andere
<p>Gründe für die mehrheitliche Beantwortung durch die angegebene Personengruppe?</p>	<p>Freitext: _____</p>
<p>Ende des Interviews (Uhrzeit)</p>	<p>[][] [][]</p>
<p>ENDE DES MÜNDLICHEN INTERVIEWS (VORLESEN): Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Sie haben uns damit sehr geholfen.</p>	

Folgeinterview kurz (nach 4 Wochen)

ABSCHNITT A: ANGABEN DURCH PE AUSZUFÜLLEN			
Datum:	Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Uhrzeit des Interviews	[][] [][]		
<p>EINLEITUNG (VORLESEN): Sie haben sich bereit erklärt regelmäßig Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Ihre Antworten helfen uns sehr, um die medizinische Versorgung in Deutschland einzuschätzen. Dritte Personen werden die Antworten nicht mit Ihnen in Verbindung bringen können. D.h. Ihre Antworten werden ausschließlich anonymisiert ausgewertet. Wenn Sie keine Einwände haben, werden wir jetzt beginnen, Ihnen Fragen zu stellen, die Sie möglichst ehrlich beantworten sollten. Wenn Ihnen einzelne Fragen unangenehm sind, dann ist es auch immer möglich eine Frage zu überspringen oder die Befragung abzubrechen.</p>			
ABSCHNITT D: SUBJEKTIVE GESUNDHEITSINDIKATOREN / LEBENSZUFRIEDENHEIT			
<p>Wie zufrieden sind sie allgemein mit Ihrer <u>medizinischen Versorgung</u>? Wenn sie ganz und gar unzufrieden sind, geben sie den Wert „0“ an, wenn sie ganz und gar zufrieden sind , den Wert „10“</p> <p style="text-align: center;"><i>Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.</i></p>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> ganz und gar unzufrieden ganz und gar zufrieden </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin: 10px auto;"> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center;">□</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div>			
<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben			
<p>Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrer Gesundheit? Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".</p> <p style="text-align: center;"><i>Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.</i></p>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> ganz und gar unzufrieden ganz und gar zufrieden </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin: 10px auto;"> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center; margin-right: 5px;">□</div> <div style="text-align: center;">□</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div>			
<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben			

Im letzten Monat, wie stand es da mit Ihrem Interesse an Ihrem Umfeld?

Hinweis: Nachfragen, wenn Antwortkategorien nicht zuordenbar.

- Mehr Interesse** als üblich
- Keine Veränderung** im Ausmaß des Interesses
- Weniger Interesse** als üblich beschrieben
- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten?

Hinweis: Antworten 1-6 vorlesen.

- Nie
- Sehr selten
- Selten
- Manchmal
- Oft
- Sehr oft
- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Hatten Sie in den letzten vier Wochen Schlafstörungen oder ein verändertes Schlafverhalten als im Zeitraum davor?

Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.

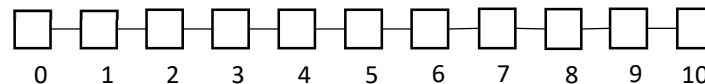
- Schlafstörungen oder Veränderungen des Schlafverhaltens** in der letzten Zeit
- Kein Problem** mit dem Schlafen
- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Wie **zufrieden** sind Sie **gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben**? Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".

Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.

ganz und gar
unzufrieden

ganz und gar
zufrieden



- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

VON PE AUSZUFÜLLEN:

Wer hat die im Fragebogen gestellten Fragen mehrheitlich beantwortet?

- Pflegeexperte/In
- Patient/In
- Angehörige/r
- Andere

Gründe für die mehrheitliche Beantwortung durch die in A05 angegebene Personengruppe?

Freitext: _____

Ende des Interviews (Uhrzeit)

[][] [][]

ENDE DES MÜNDLICHEN INTERVIEWS (VORLESEN):

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Sie haben uns damit sehr geholfen.

Folgeinterview (nach 3 oder 6 Monaten)

ABSCHNITT - ANGABEN DURCH PE AUSZUFÜLLEN	
Datum:	Name: Vorname: Geb. Datum:
Frage	Antwort
Beginn des Interviews (Uhrzeit)	[][] [][]
EINLEITUNG (VORLESEN): Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, regelmäßig Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Ihre Antworten helfen uns sehr, die medizinische Versorgung in Deutschland einzuschätzen. Ihre Antworten werden ausschließlich anonymisiert ausgewertet. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst ehrlich zu beantworten . Wenn Ihnen einzelne Fragen unangenehm sind, dann ist es auch immer möglich eine Frage zu überspringen oder die Befragung abubrechen.	
ABSCHNITT – VERÄNDERUNG DER WOHN-SITUATION	
Hat sich die Wohnsituation in den vergangenen 3 Monaten verändert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → WENN NEIN, WEITER ZU Familienstand
In was für einem Haustyp oder Unterkunft wohnt die befragte Person?	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliches Wohngebäude <input type="checkbox"/> Freistehendes Ein- / Zweifamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnhaus mit 3 und mehr Wohnungen <input type="checkbox"/> Altenheim / Pflegeheim / Seniorenresidenz / Altenwohnheim
Wann hat sich die Wohnsituation verändert?	Datum: [][] [][] [][][][]
ABSCHNITT - VERÄNDERUNGEN DES PERSÖNLICHEN HINTERGRUNDES	
Hat sich Ihr Familienstand in den vergangenen drei Monaten geändert? Mit Familienstand meinen wir, ob Sie z.B. verheiratet oder ledig sind. <i>Hinweis: Antworten brauchen nicht zu vorgelesen zu werden.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → weiter zu Wohnsituation <input type="checkbox"/> Weiß nicht → weiter zu Wohnsituation <input type="checkbox"/> Keine Antwort → weiter zu Wohnsituation

<p>Wie hat er sich verändert?</p> <p><i>Hinweis: Antworten 1 - 5 vorlesen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Trennung von der/dem Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in ist verstorben <input type="checkbox"/> Neue Partnerschaft <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wann hat er sich verändert?</p>	<p>Datum: [] [] [] []</p>
<p>ABSCHNITT – WEITERE VERÄNDERUNG</p>	
<p>Abfrage nur wenn <u>nicht</u> im Pflegeheim</p> <p>Wie viele Personen wohnen in Ihrer derzeitigen Wohnsituation in Ihrem Haushalt? <i>Erklärung: Ein Haushalt ist eine Wirtschaftsgemeinschaft, wie z.B. eine Familie oder eine Wohngemeinschaft.</i></p>	<p>[] [] Personen</p>
<p>Abfrage nur wenn Kinder vorhanden</p> <p>Wie weit weg wohnt Ihr Kind, das am nächsten zu Ihnen wohnt? <i>Hinweis: Antworten 1 - 6 vorlesen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Im selben Haushalt <input type="checkbox"/> In einer Wohnung im selben Haus <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 10 km oder weniger <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 50 km oder weniger <input type="checkbox"/> Im Umkreis von 100 km oder weniger <input type="checkbox"/> Mehr als 100 km weit weg <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Mit welchem Fortbewegungsmittel erreichen Sie Ihren Hausarzt in Ihrer derzeitigen Wohnsituation normalerweise?</p>	<input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem eigenen Auto <input type="checkbox"/> Durch Bezugsperson/Angehörige mit dem Auto gebracht <input type="checkbox"/> Taxi

<p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Öffentlicher Nahverkehr / Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Hausarzt kommt ins Pflegeheim / zu mir (8) <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wenn Hausarzt ins Pflegeheim/ nach Hause kommt: Kommt der Hausarzt regelhaft in das Pflegeheim/ nach Hause?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Wie viele Minuten brauchen Sie normalerweise, um von Ihrem Zuhause aus zu Ihrem Hausarzt zu gelangen?</p>	<p>[][] Minuten</p>
<p>Mit welchem Fortbewegungsmittel erreichen Sie das nächstgelegene Krankenhaus in Ihrer derzeitigen Wohnsituation normalerweise?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem eigenen Auto <input type="checkbox"/> Durch Bezugsperson/Angehörige mit dem Auto gebracht <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Öffentlicher Nahverkehr / Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Wie viele Minuten brauchen Sie normalerweise, um von Ihrem Zuhause aus zum nächstgelegenen Krankenhaus zu gelangen?</p>	<p>[][] Minuten</p>
<p>Beginn des Kognitionstest</p>	<p>Uhrzeit: [][] [][]</p>
<p>Ist dies das Folgeinterview nach <u>3 Monaten</u> oder nach <u>6 Monaten</u>?</p>	<input type="checkbox"/> Nach 3 Monaten → WEITER ZU 1 <input type="checkbox"/> Nach 6 Monaten → WEITER ZU 2

ABSCHNITT AB: Kognitive Fähigkeiten**EINLEITUNG ABSCHNITT AB (VORLESEN):**

Ein Teil dieser Studie beschäftigt sich mit dem Gedächtnis UND der Fähigkeit, über Dinge nachzudenken.

Ich werde Ihnen jetzt eine Liste von Wörtern von meinem Computerbildschirm vorlesen. Wir haben absichtlich eine lange Liste gemacht, so dass es für jeden schwierig sein wird, sich an alle Wörter zu erinnern. Die meisten Menschen erinnern sich nur an einige Wörter. Hören Sie bitte genau zu, denn ich kann die Liste nicht wiederholen. Wenn ich mit dem Vorlesen fertig bin, werde ich Sie bitten, möglichst viele dieser Wörter laut zu wiederholen. Auf die Reihenfolge kommt es dabei nicht an. Haben Sie alles verstanden?

1

Himmel
Ozean
Fahne
Dollar
Frau
Maschine
Heim
Erde
Schule
Butter

Hinweis: Kreuzen Sie alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.

- Himmel
- Ozean
- Fahne
- Dollar
- Frau
- Maschine
- Heim
- Erde
- Schule
- Butter
- Keine von diesen

2

Wasser
Kirche
Doktor
Palast
Feuer
Garten
Meer
Dorf
Baby
Tisch

Hinweis: Kreuzen Sie alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.

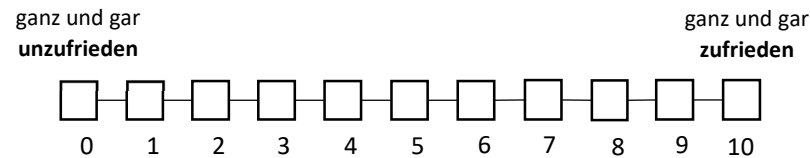
- Wasser
- Kirche
- Doktor
- Palast
- Feuer
- Garten
- Meer
- Dorf
- Baby
- Tisch
- Keine von diesen

<p>Jetzt möchte ich Sie bitten, so viele verschiedene Tiere zu nennen, wie Ihnen einfallen. Sie haben eine Minute Zeit.</p> <p>Fertig, los!</p> <p><i>Hinweis:</i> Geben Sie genau eine Minute Zeit. Hört die Zielperson auf, bevor die Zeit abgelaufen ist, ermuntern Sie sie zum Weitermachen. Schweigt sie 15 Sekunden lang, so wiederholen Sie die Anweisung ('Nennen Sie mir alle Tiere, die Ihnen einfallen.'). Das Zeitlimit wird nach der Wiederholung der Anweisung nicht verlängert.</p>	<p>Anzahl Tiernamen</p>
<p><i>Im Falle, dass Patienten nach dem Kognitionstest um eine Rückmeldung bezüglich ihrer Leistung bitten, könne sie sagen: „Jeder findet es schwierig, Sie haben sich gut geschlagen“. Spezifisches Feedback sollte jedoch nicht gegeben werden. Für Befragte, die Bestätigung brauchen, kann es hilfreich sein, noch einmal zu betonen, dass die Tests so konzipiert sind, dass sie schwierig sind.</i></p>	
<p>ABSCHNITT - SUBJEKTIVE GESUNDHEITSINDIKATOREN / LEBENSZUFRIEDENHEIT</p>	
<p>Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?</p> <p><i>Hinweis: Antworten Sehr gut - Schlecht vorlesen.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> Gut</p> <p><input type="checkbox"/> Zufriedenstellend</p> <p><input type="checkbox"/> Weniger gut</p> <p><input type="checkbox"/> Schlecht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben</p>
<p>Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen einer schwerwiegenden Erkrankung eine hausärztliche Behandlung unbedingt benötigt?</p> <p><i>Hinweis: Antworten vorlesen</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nein , ich hatte keinen Bedarf → WEITER ZU Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf und habe eine Behandlung in Anspruch genommen → WEITER ZU Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf, habe aber <u>keine</u> Behandlung in Anspruch genommen</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht → WEITER ZU Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben → WEITER ZU Krankenhaus</p>

<p>Was war für Sie der wichtigste Grund, eine hausärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?</p> <p><i>Hinweis: Nur eine Antwort möglich. Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. (1) <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. <input type="checkbox"/> Der Weg war mir zu weit. / Ich hatte keine Fahrgelegenheit. <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. <input type="checkbox"/> Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern. <input type="checkbox"/> Ich kenne keine gute Ärztin / keinen guten Arzt. <input type="checkbox"/> Ich hatte sonstige Gründe. <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen einer schwerwiegenden Erkrankung eine Behandlung im Krankenhaus unbedingt benötigt?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein, ich hatte keinen Bedarf → WEITER ZU medizinischen Versorgung <input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf und habe eine Behandlung in Anspruch genommen → WEITER ZU medizinischen Versorgung <input type="checkbox"/> Ja, ich hatte Bedarf, habe aber keine Behandlung in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> Weiß nicht → WEITER ZU medizinischen Versorgung <input type="checkbox"/> keine Antwort gegeben → WEITER ZU medizinischen Versorgung
<p>Was war für Sie der wichtigste Grund dafür, eine Behandlung im Krankenhaus nicht in Anspruch zu nehmen?</p> <p><i>Hinweis: Nur eine Antwort möglich. Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. <input type="checkbox"/> Der Weg war mir zu weit. / Ich hatte keine Fahrgelegenheit. <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. <input type="checkbox"/> Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern. <input type="checkbox"/> Ich kenne keine gute Ärztin / keinen guten Arzt. <input type="checkbox"/> Ich hatte sonstige Gründe. <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben

Wie **zufrieden** sind Sie allgemein mit Ihrer **medizinischen Versorgung**?
Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".

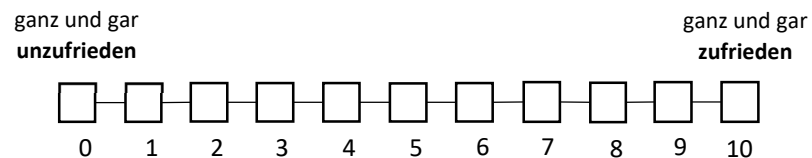
Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.



- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Wie **zufrieden** sind Sie **gegenwärtig mit Ihrer Gesundheit**?
Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".

Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.

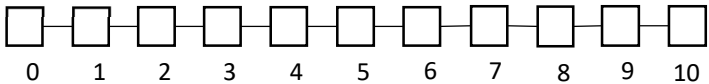


- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

Im letzten Monat, wie stand es da mit Ihrem Interesse an Ihrem Umfeld?

Hinweis: Nachfragen, wenn Antwortkategorie nicht zuordenbar

- Mehr Interesse** als üblich beschrieben
- Keine Veränderung** im Ausmaß des Interesses
- Weniger Interesse** als üblich beschrieben
- Weiß nicht
- Keine Antwort gegeben

<p>Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten?</p> <p><i>Hinweis: Antworten 1-6 vorlesen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Nie (1) <input type="checkbox"/> Sehr selten <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Sehr oft <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p>Hatten Sie in den letzten vier Wochen Schlafstörungen oder ein verändertes Schlafverhalten zum Zeitraum davor?</p> <p><i>Hinweis: Antworten brauchen nicht vorgelesen zu werden.</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen oder Veränderungen des Schlafverhaltens in der letzten Zeit <input type="checkbox"/> Kein Problem mit dem Schlafen <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben
<p style="text-align: center;">Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?</p> <p style="text-align: center;">Wenn Sie ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie den Wert "0" an, wenn Sie ganz und gar zufrieden sind, den Wert "10".</p> <p style="text-align: center;"><i>Hinweis: Hier soll nun die Skala zur Einordnung der Zufriedenheit gezeigt werden.</i></p>	
<div style="text-align: center;"> <p>ganz und gar unzufrieden ganz und gar zufrieden</p>  </div> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Antwort gegeben</p>	
<p>Nachfrage Kognitionstests (Uhrzeit)</p>	<p>Uhrzeit: [][] [][]</p>
<p>Ist dies das Folgeinterview nach 3 Monaten oder nach 6 Monaten?</p>	<input type="checkbox"/> Nach 3 Monaten → WEITER ZU 1 <input type="checkbox"/> Nach 6 Monaten → WEITER ZU 2

1

Vor einer Weile habe ich Ihnen eine Liste mit Wörtern vorgelesen und Sie haben die Wörter wiederholt, an die Sie sich erinnern konnten. Nennen Sie mir bitte alle Wörter, an die Sie sich jetzt noch erinnern können.

Hinweis:

Die Zielperson hat eine Minute Zeit, sich an die Wörter zu erinnern. Kreuzen Sie im Testprotokoll alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.

- Himmel
- Ozean
- Fahne
- Dollar
- Frau
- Maschine
- Heim
- Erde
- Schule
- Butter
- Keine von diesen

2

Vor einer Weile habe ich Ihnen eine Liste mit Wörtern vorgelesen und Sie haben die Wörter wiederholt, an die Sie sich erinnern konnten. Nennen Sie mir bitte alle Wörter, an die Sie sich jetzt noch erinnern können.

Hinweis:

Die Zielperson hat eine Minute Zeit, sich an die Wörter zu erinnern. Kreuzen Sie im Testprotokoll alle Wörter an, an die sich die Zielperson erinnert.

- Wasser
- Kirche
- Doktor
- Palast
- Feuer
- Garten
- Meer
- Dorf
- Baby
- Tisch
- Keine von diesen

Im Falle, dass Patienten nach dem Kognitionstest um eine Rückmeldung bezüglich ihrer Leistung bitten, könne sie sagen: „Jeder findet es schwierig, Sie haben sich gut geschlagen“. Spezifisches Feedback sollte jedoch nicht gegeben werden. Für Befragte, die Bestätigung brauchen, kann es hilfreich sein, noch einmal zu betonen, dass die Tests so konzipiert sind, dass sie schwierig sind.

VON PE AUSZUFÜLLEN:		
Gab es irgendwelche Faktoren, die die Leistung des Patienten/der Patientin bei den Tests behindert haben könnten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Freitext: _____	
Wer hat die im Fragebogen gestellten Fragen mehrheitlich beantwortet?	<input type="checkbox"/> Pflegeexperte/In <input type="checkbox"/> Patient/In <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Andere	
Gründe für die mehrheitliche Beantwortung durch die angegebene Personengruppe?	Freitext: _____	
Ende des Interviews (Uhrzeit)	Uhrzeit: [] [] [] []	
<p>ENDE DES MÜNDLICHEN INTERVIEWS (VORLESEN): Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Sie haben uns damit sehr geholfen. Ich möchte Sie zusätzlich bitten, noch einen kurzen Fragebogen auszufüllen. Darin geht es darum, die Versorgung durch die Pflegeexperten zu beurteilen. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen oder Ihnen die Beantwortung unangenehm ist, dann können Sie die Frage auslassen. Es ist auch hier wichtig, dass Sie ehrlich in Ihren Antworten sind. Ihre Antworten werden anonym gespeichert. ÜBERREICHEN SIE DER/DEM BEFRAGTEN DEN FRAGEBOGEN „E“, NACH DEM AUSFÜLLEN WIRD DIESER IN DEN DAFÜR VORGESEHENEN SEPARATEN UMSCHLAG GESTECKT. BEACHTEN SIE, DASS SIE DIE ANONYMISIERTE ID ÜBERPRÜFEN.</p>		
Patientenfragebogen zur Zufriedenheit wurde ausgeteilt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nur wenn Nein: Grund, warum Patientenfragebogen zur Zufriedenheit nicht ausgeteilt wurde.	<input type="checkbox"/> Verweigerung <input type="checkbox"/> Akute Krankheit <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Bezugsperson war nicht da <input type="checkbox"/> sonstiges	

Pseudonym Befragte/r	[]
Pseudonym der Interviewführer/in	[]
Befragung #	<input type="checkbox"/> Erste Befragung <input type="checkbox"/> Zweite Befragung

Frage	Antwort
-------	---------

Ausfüllhinweis: Falls Sie eine Antwort korrigieren müssen, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor:

Ja

Nein

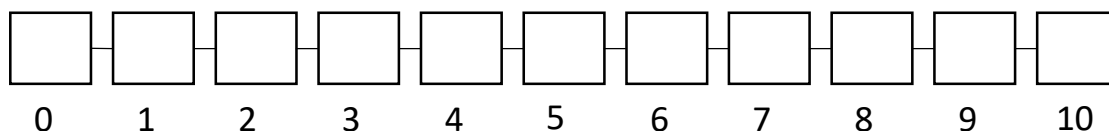
BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN

Auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“), wie zufrieden sind Sie **allgemein** mit Ihrer **medizinischen Versorgung**?

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

ganz und gar
unzufrieden

ganz und gar
zufrieden



Weiß nicht

Haben Sie **häufiger oder seltener Kontakt zu Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin**, seit Sie regelmäßig von einer/m Pflegeexpertin/en besucht werden?

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

Keine Veränderung

Ich habe **seltener** Kontakt zum Arzt / zur Ärztin

Ich habe **häufiger** Kontakt zum Arzt / zur Ärztin

Weiß nicht

Hat sich Ihre medizinische Versorgung durch die Besuche des/der Pflegeexperten/in...

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

Verbessert

Nicht verändert

Verschlechtert

Weiß nicht

Pseudonym Befragte/r	[]
Pseudonym der Interviewführer/in	[]
Befragung #	<input type="checkbox"/> Erste Befragung <input type="checkbox"/> Zweite Befragung

Was gefällt Ihnen besonders gut an der Betreuung durch die Pflegeexpert/innen?

Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.

- Dass ich mit den Pflegeexpert/innen **über meine Probleme sprechen** kann.
- Dass die Pflegeexpert/innen mir **Besuche beim Arzt ersparen**.
- Dass ich regelmäßig **zu Fragen meiner Gesundheit beraten** werde.
- Dass **Freunden und/oder Familienangehörigen**, die sich ansonsten um mich kümmern **Arbeit abgenommen** wird.
- Ich freue mich über die zusätzliche **Gesellschaft**.
- Ich **fühle mich** durch die regelmäßige Anwesenheit der Pflegeexpert/innen **sicherer**.
- Mir gefällt **nichts** besonders gut.
- Weiß nicht.

Pseudonym Befragte/r	[]
Pseudonym der Interviewführer/in	[]
Befragung #	<input type="checkbox"/> Erste Befragung <input type="checkbox"/> Zweite Befragung

Denken Sie an die **pflegerische Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in, d.h. die **Beobachtung des Gesundheitszustandes, Beratung bei gesundheitlichen Themen, der Planung der Behandlungen, etc.**

Wie zufrieden sind Sie mit der **pflegerischen Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in? Wenn Sie **ganz und gar unzufrieden** sind, geben Sie den Wert "**0**" an, wenn Sie **ganz und gar zufrieden** sind, den Wert "**10**".

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

ganz und gar
unzufrieden

ganz und gar
zufrieden

<input type="checkbox"/>	<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Weiß nicht

Denken Sie an die **Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in **im Alltag**, d.h. die **Unterstützung bei alltäglichen Problemen, Hilfe bei Sorgen und Ängsten, etc.**

Wie **zufrieden** sind Sie mit der **Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in **im Alltag**? Wenn Sie **ganz und gar unzufrieden** sind, geben Sie den Wert "**0**" an, wenn Sie **ganz und gar zufrieden** sind, den Wert "**10**".

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

ganz und gar
unzufrieden

ganz und gar
zufrieden

<input type="checkbox"/>	<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Weiß nicht

Pseudonym Befragte/r	[]
Pseudonym der Interviewführer/in	[]
Befragung #	<input type="checkbox"/> Erste Befragung <input type="checkbox"/> Zweite Befragung

Denken Sie **insgesamt** an die **Betreuung** durch den/die Pflegeexperten/in.

Wie **zufrieden** sind Sie **insgesamt** mit Ihrer Versorgung durch den/die Pflegeexperten/in? Wenn Sie **ganz und gar unzufrieden** sind, geben Sie den Wert "**0**" an, wenn Sie **ganz und gar zufrieden** sind, den Wert "**10**".

Bitte eine zutreffende Antwort ankreuzen.

ganz und gar
unzufrieden

ganz und gar
zufrieden

<input type="checkbox"/>	<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Weiß nicht

Hat der/die Pflegeexperte/in Ihnen alles **verständlich erklärt**?

(Er/Sie hat Ihre Fragen vollständig beantwortet und alles eindeutig erklärt. Er/Sie gab Ihnen ausreichende Informationen und hat Sie nicht im Unklaren gelassen.)

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat der/die Pflegeexperte/in Ihnen geholfen, einen Weg zu finden **mit Ihrer Krankheit umzugehen**?

(Er/Sie hat gemeinsam mit Ihnen erkundet, wie Sie selbst Ihren Gesundheitszustand verbessern können. Dabei hat er/sie Sie ermutigt, anstatt Sie zu belehren.)

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat der/die Pflegeexperte/in mit Ihnen zusammen einen **Versorgungsplan** erstellt?

(Er/Sie hat mit Ihnen die Versorgungsmöglichkeiten diskutiert und Sie in Entscheidungen, soweit Sie dies gewünscht haben, einbezogen. Dabei hat er/sie Ihre Sichtweise nicht ignoriert.)

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Wer hat die Fragen **mehrheitlich** beantwortet?

- Ich selbst – ohne Hilfe
 Ich selbst – mit Hilfe
 Angehörige/r
 Bekannte/r
 Andere

Item-Nr.	Item
Bezeichnung	
1	HandinHand: Hausarzt und Pflegeexperten Hand in Hand zur Sicherung der Basisversorgung von chronisch kranken Menschen
Warum	
2	<p>2.1 Hintergründe¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anstieg Anteil älterer Menschen mit hohem medizinischen Versorgungsbedarf in ländlichen Regionen. b) Zugleich sinkt die Anzahl an niedergelassenen Ärzt*innen im ländlichen Raum. c) Nachwuchsärzte fehlen, um den steigenden Versorgungsbedarf sicher zu stellen. d) Die Wege zu den wenigen Praxen sind häufig zu weit, um von älteren Menschen selbstständig bewältigt zu werden. Dadurch kommt es zu medizinisch nicht indizierten Hausbesuchen, die die Praxen belasten. e) Die Überlastung der Praxen führt zu unnötigen Krankenhauseinweisungen. f) Das Projekt „HandinHand“ soll dieser Entwicklung entgegenwirken. Es überträgt ärztliche Tätigkeiten auf praktisch und akademisch ausgebildete Pflegeexpert*innen. In einer ausgewählten, ländlichen Region sollen diese Pflegeexpert*innen (PE) die Hausärzt*innen (HA) bei der zeitintensiven Begleitung chronisch kranker Menschen entlasten. <p>2.2 Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verbesserung der Gesundheitssituation der Zielgruppe b) Kontinuität und Sicherstellung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung c) Nachweis einer 15%igen Reduktion der Krankenhauseinweisungen in der Interventionsgruppe d) Reduktion der Hausbesuche durch den Hausarzt e) Steigerung der Zufriedenheit mit der eigenen Situation der Interventionsgruppe f) Förderung der Selbstmanagementkompetenzen der Zielgruppe g) Stabilisierung/Optimierung der Versorgungsarrangements der Zielgruppe
Was	
3	<ul style="list-style-type: none"> a) Screening des Patientenstamms und Auswahl geeigneter Patient*innen durch den HA, Zuweisung durch den HA mit einem Überweisungsdokument mit der ärztlichen Verordnung der delegierten Maßnahmen (vgl. Dokument Ärztliche Verordnung) b) Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation des Versorgungsprozesses von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen unter Berücksichtigung von wissenschaftlich fundierten Ansätzen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration durch die PE

¹ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192>, letzter Aufruf 23.04.2020

	<p>c) Durchführung und Evaluation spezieller delegierter diagnostischer sowie therapeutischer Maßnahmen wie z. B. Applikation von Medikamenten mittels intramuskulärer bzw. subkutaner Injektionen, Blutentnahmen, Wundversorgung, Wechsel Blasenkatheter mit entsprechenden Materialien und den angeordneten Medikamenten</p> <p>d) Durchführung gemeinsam geplanter Interventionen wie z. B. Sturzprophylaxe, Einüben von Fertigkeiten, Information über Erkrankungen, Beratung zu aktuell im Alltag aufgetretenen gesundheitlichen Fragestellungen unter Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse (Leitlinien), Modelle und Konzepte</p> <p>e) Individuelle und stetig aktuelle Erfassung der Versorgungsbedarfe, Koordination der Versorgung</p> <p>f) Erhebung und Beurteilung des individuellen Versorgungsbedarfs, potentieller Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen akuten und chronischen Versorgungssituationen unter Nutzung wissenschaftsorientierter Assessmentverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuierliche klinische Überwachung und Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Patient*innen unter Nutzung standardisierter Assessments, nach Beurteilung der Ergebnisse Evaluation der Patientensituation und Dokumentation in elektronische Patientenakte (ePA) ▪ Flankierende Nutzung von Medizingeräten wie RR, SPO2-Messung, BZ-Gerät, EKG-Gerät, strukturierte Intervention nach SOP und Strukturen in ePA <p>g) Förderung der Entwicklung und Autonomie der Zielgruppe der älteren chronisch kranken Menschen unter Einbeziehung ihrer familialen Kontexte, Lebenslagen und Lebenswelten auf der Basis eines breiten pflege- und bezugswissenschaftlichen Wissens</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung des Selbst- und Symptommanagements durch Patientenedukation und Beratung: Nutzung diverser Schulungsbausteine, die in SOP und ePA hinterlegt sind. ▪ Förderung des Selbst- und Symptommanagements durch Edukation und Beratung der Bezugspersonen und anderer Akteure im Netzwerk: Nutzung diverser Schulungsbausteine, die in SOP und ePA hinterlegt sind. ▪ Beratung und Unterstützung pflegender Angehöriger <p>h) Kollegiale Anleitung und Beratung weiterer Akteure der Gesundheitsversorgung vor Ort z. B. Bezugspflegekräfte der ambulanten Pflegedienste oder der Langzeitpflegeeinrichtungen, Mitarbeiter*innen Hospizdienst, Laienpflegekräfte</p> <p>i) Vernetzung mit weiteren Institutionen wie z. B. Selbsthilfegruppen: Vermittlung von Kontakten über Flyer oder Internet</p>
4	<p>a) Regelmäßiges systematische Assessment und klinische Überwachung: Vor dem Hintergrund der Grunderkrankungen der Patient*innen und dem aktuellen Gesundheitszustand werden die Parameter und Assessments wissenschaftlich begründet festgelegt und regelmäßig sowie systematisch erfasst.</p> <p>b) Förderung des Selbst- und Symptommanagements: Erhebung der objektiven Bedarfe mit einem standardisierten Instrument (SMASc). Individuell, gemeinsam mit den Patient*innen sowie deren Bezugspersonen herausarbeiten, in welchem Bereich das Selbst- und Symptommanagement gefördert werden soll. Gemeinsames Festlegen der Maßnahmen bzw. Themen, Durchführung von Anleitung, Schulung und Beratungssequenzen innerhalb der Hausbesuche; Evaluation und Entscheidung wie prospektiv weiter verfahren wird.</p> <p>c) Vernetzung mit weiteren Institutionen: Im Erstassessment wird untersucht, welche über die ärztliche Verordnung hinausgehenden Versorgungsbedarfe bestehen, ob und welche Unterstützung es aus dem Umfeld (Personen und Institutionen) gibt. Im Anschluss wird</p>

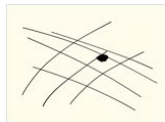
	<p>gemeinsam mit den Patient*innen besprochen, welche Unterstützung hilfreich sein könnte. Die Vernetzung mit anderen Institutionen geschieht in Absprache mit und auf Wunsch der Patient*innen. Danach werden durch die PE Kontakte wie z. B. zu Hospizdiensten, Selbsthilfegruppen etc. vermittelt. Im Rahmen des Versorgungsprozesses wird regelmäßig abgefragt, wie die Unterstützung wahrgenommen wird (SMASc-Instrument).</p> <p>d) Bei Erst- und ggf. Folgebesuchen: Erstellung eines Versorgungsplans in Absprache mit Patient*innen und HA. Ggf. bedarfsorientierte Anpassung des Versorgungsplans im Verlauf.</p>
Wer intervenierte	
5	<p>Pflegeexpert*innen, d. h. nach dem KrPflG ausgebildete Personen, mit mind. 2 Jahren Berufserfahrung, die zum Zeitpunkt der Intervention einen Bachelorstudiengang Klinische Pflegeexpertise absolvieren und zum Teil über pflegespezifische Fort- und Weiterbildungen verfügen. Vor unmittelbaren Beginn der Intervention haben die Personen eine Zusatzqualifikation nach 300 Stunden spezifischer Fortbildung erworben, in denen zusätzliche Kompetenzen erworben wurden, die im Rahmen der Intervention erforderlich sind.</p> <p>Siehe Kompetenztable als Anlage</p> <p>Hausärzte (HA), Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte Innere Medizin</p>
Wie	
6	<p>Einzelintervention im persönlichen Kontakt innerhalb der regelmäßigen Hausbesuche. Es handelt sich um Bezugspflegefachpersonen, die im gesamten Prozess konstant ihren Patient*innen zugeordnet bleiben.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HA rekrutiert Pat und verordnet Intervention. 2. PE sucht Pat auf und führt Assessment durch. 3. PE stellt auch pflegerische Bedarfe und Bedürfnisse fest, die ggf. über die vom HA festgestellten Bedarfe hinaus gehen und plant entsprechende Interventionen. 4. PE erstellt in Absprache mit den Patient*innen einen Versorgungsplan, der sowohl die vom HA ursprünglich delegierten Interventionen als auch die von der PE geplanten Interventionen enthält. 5. PE legt Versorgungsplan HA zur Genehmigung vor. (Auch bei Veränderung) 6. PE besucht Patient*innen mind. einmal im Monat für max. 6 Monate. 7. PE sucht Patient*innen in festgelegten kürzeren Intervallen auf, wenn delegierte Maßnahmen dies erforderlich machen. Dies betrifft regelmäßige Applikation von intramuskulären und subkutanen Injektionen, Blutentnahmen, Wundversorgung etc. 8. PE ist darüber hinaus telefonisch erreichbar. 9. Optional verabredete Telefonvisiten (vor allem durch die Covid-Pandemie bedingt) 10. Gemeinsame Besuche mit Netzwerkpartnern wie z. B. Hospizdienst, HA, Physiotherapeut*innen
Wo	
7	<p>Im häuslichen Umfeld der Patient*innen, in der Langzeitpflegeeinrichtung</p> <p>Die Fahrt zu den Patient*innen findet mit einem Dienstwagen statt. Jede*r PE ist mit einem mobilen EKG-Gerät, einem Blutdruckgerät, einem Thermometer, einem Blutzuckermessgerät, einem Stethoskop, einem SPO2-Messgerät sowie einem Sortiment an</p>

	<p>Verbandmaterialien und Hygieneartikeln wie z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Abwurf für Kanülen ausgestattet. Ferner Labormaterial wie Monovetten, spezielles Verbandsmaterial für postoperativen Verbandwechsel, Medikamente, die im Einzelfall von den HA mitgegeben werden z. B. Vitaminpräparate, Impfstoffe, Nitrospray</p> <p>Im Pflegeexperten-Center gibt es einen großen Besprechungsraum, in denen die PE die Besuche vor-und nachbereiten, z. B. Einträge in die ePA vornehmen, Statusberichte an die teilnehmenden HA faxen.</p>
Wann und wieviel	
8	<p>a) Hausbesuche über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten</p> <p>b) Dauer der Hausbesuche zwischen 15 Minuten und 1,5 Stunden</p> <p>c) Häufigkeit nach individuellem Versorgungsplan, zu Beginn wöchentlich, im Verlauf mindestens monatlich</p> <p>d) Regelmäßige Besuche, die an delegierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen geknüpft sind. Z. B. Applikation von Medikamenten, Blutentnahmen etc., die außerhalb der im Versorgungsplan geplanten Besuche stattfinden. Diese Besuche ergeben sich durch den Verlauf und in der Zusammenarbeit mit den HA.</p> <p>e) Bei Bedarf telefonische Kontakte</p> <p>f) Verabredete Telefonvisiten (vor allem durch die Covid-Pandemie bedingt)</p> <p>g) Gemeinsame Besuche mit Netzwerkpartnern wie z. B. Hospizdienst, Hausärzt*innen, Physiotherapeuten</p> <p>h) Jede PE hat im Schnitt einen laufenden Patientenstamm von 40-60 (Anzahl) Patient*innen. Pro Monat kommen im Schnitt pro PE 8-10 neue Überweisungen hinzu, 10 Patient*innen werden im Schnitt pro Monat entlassen.</p> <p>i) Die Intervention endet nach 6 Monaten in der Annahme (vgl. Ziele), dass sich das Versorgungsarrangement bzw. der Zustand der/des Patient*in stabilisiert hat.</p>
Anpassung	
9	<p>a) Die Maßnahmen zur Förderung der Selbst-und Symptommanagementkompetenzen werden individuell mit den Patient*innen festgelegt.</p> <p>b) Maßnahmen zur Koordination anderer Versorgungsbedarfe werden individuell mit den Patient*innen festgelegt</p> <p>c) Durch Anordnung spezieller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, die sich aus dem Verlauf ergeben.</p> <p>d) Auf Grund von fehlendem G3 Netz kann die ePA nicht überall genutzt werden, daher wird eine Papierversion der ePA genutzt und die Daten werden nachgetragen.</p> <p>e) Spezielle Anordnungen wie Injektionen, Wundversorgungen, Laboruntersuchungen fließen in die Intervention je nach Verlauf mit ein, so dass die Besuchsintervalle dadurch erhöht werden.</p>
Modifikation	
10	<p>Nach drei Monaten wurde die Intervention im Hinblick auf die Zielgruppe evaluiert. Insbesondere die Ziele der Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen stehen im Bezug zur Stärkung von Versorgungsarrangements Es stellte sich heraus, dass die Patientinnen und Patienten, oft über die medizinischen Bedarfe der ärztlichen Verordnung hinaus Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse aufweisen, die durch die delegierten Maßnahmen nicht abgedeckt werden</p>

	<p>können. Durch die durchgeführten Assessments wird deutlich, dass Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheitsprozesse im Alter einer hohen Vernetzungsleistung bedürfen, die durch die Pflegeexperten erbracht wird. Demzufolge wird die Intervention dahingehend erweitert, dass Versorgungsbedarfe stetig evaluiert und gedeckt werden, um die Situation innerhalb von 6 Monaten zu stabilisieren. Durch den hohen Anteil hochbetagter Menschen, die zum Teil bereits einen Pflegegrad haben und in diesem Rahmen, körperlich, sensorisch oder kognitiv eingeschränkt sind kann eine Förderung des Symptom- und Selbstmanagements der Patient*innen nicht mehr direkt sondern alternativ unterstützend über das Netzwerk an Bezugspersonen oder Professionellen erfolgen, dass um die Patient*innen im Rahmen dieser Intervention gestärkt und ausgebaut wird. Beispiele: Medikamentenmanagement erfolgt über Bezugspersonen oder Pflegedienst und Symptom und Selbstmanagement erfolgt mit direkter Unterstützung der Bezugspersonen, die durch die PE geschult, angeleitet oder Beraten wurden.</p>
Wie gut	
11 (geplant)	<p>Zu Beginn wurden die PE auf die Versorgung der Zielgruppe in einer modularisierten Fortbildung von 300 Stunden vorbereitet. ES wurde sich gezielt mit Leitlinien und aktueller Literatur auseinandergesetzt. Gemeinsam wurden SOP zur Förderung des Selbstmanagements diverser chronischer Erkrankungen erarbeitet, die jederzeit für die PE einsehbar sind. In diesem Rahmen wurden bereits Kontakte zu Netzwerkpartnern geknüpft. Die in der Intervention genutzte ePA inkl. der relevanten Dokumente für die Kommunikation mit den HA wie Ärztliche Verordnung, Versorgungsplan und Statusbericht wurde von den PE entwickelt. Alle Prozesse wurden in einem Qualitätsmanagementsystem beschrieben und mit der ePA weitgehend synchronisiert. Kommunikationswege zwischen PE und HA wurden festgelegt.</p> <p>Komplexe patientenbezogene Fragestellungen werden in Teamsitzungen diskutiert und in Fallbesprechungen evaluiert. Im Verlauf der Studie wächst die Erfahrung bei den PE und die Vernetzungsarbeit gewinnt an Qualität.</p>
12	

Abkürzungsverzeichnis:

ePA	elektronische Patientenakte
HA	Hausärzte und Hausärztinnen
PE	Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen



Übersicht der Fragebögen und Leitfäden der Prozessevaluation (Uni Köln/Uni Lübeck)

Fragebögen

	Code des Fragebogens	Anzahl
Leitung des PflegeExpert*innenCenters	FB1-3a, FB1-3b, FB1-11c	3
Pflegeexpert*innen (PE)	FB5-3a, FB5-9a, FB5-5b, FB5-9c	4
Hausärzt*innen	FB4-11a, FB4-10b, FB4-9c	3
Studienleitung	FB3-11a, FB3-10b	2

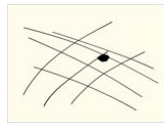
Legende FB: Fragebogen

Leitfäden für Interviews und Fokusgruppen

	Code des Leitfadens	Anzahl
Leitung des PflegeExpert*innenCenters	I1-3a, I1-3b, I1-6c	3
Pflegeexpert*innen (PE)	I7-3a, I9-11a, FG7-3b, I7-9c	4
Hausärzt*innen	I8-5a, FG2-5b, I8-4c	3
Medizinische Fachangestellte	I11-6c	1
Studienleitung	I10-11a, I10-10b	2
Patient*innen	I2-5a_2b_9b_M1, I2-9a_6b_6c_M3, I2-2b_6b_9b_6c_M6, I2-7c_M6+	4
Angehörige	I3-5a_2b_9b_M1, I3-9a_6b_6c_M3, I3-2b_6b_9b_6c_M6, I3-7c_M6+	4
Vinzenz Pallotti Universität	I4-6a, I4-2c	2
Krankenkasse	I5-6a, I5-2c	2
Andere Versorgende	I6-6a, I6-2c	2

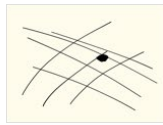
Legende I: Interview; FG: Fokusgruppe; M: Monat

Die Codes der Dokumente ergeben sich aus der Erhebungsmethode (FB, I, FG), einer Zahl zwischen 1-11 sowie dem Monat (1-12) und dem Jahr der Erhebung (a=2020, b=2021, c=2022). Ergänzend wird den Leitfäden der Patient*innen- und Angehörigeninterviews eine Kombination aus M (=Monat) und Zahl hinzugefügt, die Aufschluss über die Länge der Inanspruchnahme der Intervention gibt. (M1/M3/M6/M6+: Es werden Patient*innen/Angehörige interviewt, die seit max. 4 Wochen (M1), seit 3 Monaten (M3), seit 6 Monaten (M6) oder länger als 6 Monate (M6+) von PE betreut werden.)

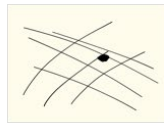


Inhalt

FB1-3a Fragebogen PEC Leitung online.....	4
FB1-3b Fragebogen PEC Leitung online.....	8
FB1-11c Fragebogen PEC Leitung online.....	13
FB5-3a Fragebogen PE Online.....	18
FB5-9a Fragebogen PE Online.....	19
FB5-5b Fragebogen PE Online.....	23
FB5-9c Fragebogen PE Online - in Entwicklung.....	27
FB4-11a Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert.....	31
FB4-10b Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert.....	35
FB4-9c Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert.....	39
FB3-11a Fragebogen Studienleitung Online.....	43
FB3-10b Fragebogen Studienleitung Online.....	45
I1-3a Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview.....	48
I1-3b Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview.....	49
I1-6c Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview.....	51
I7-3a Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview.....	54
I9-11a Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview.....	55
FG7-3b Leitfaden Pflegeexpert*innen Fokusgruppe (Videotelefonie).....	56
I7-9c Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview.....	57
I8-5a Leitfaden Hausärzt*innen Telefoninterview.....	59
FG2-5b Leitfaden Hausärzt*innen Fokusgruppe (telefonisch).....	60
I8-4c Leitfaden Hausärzt*innen Telefoninterview.....	61
I11-6c Leitfaden Medizinische Fachangestellte Telefoninterview.....	63
I10-11a Leitfaden Studienleitung Telefoninterview.....	64
I10-11b Leitfaden Studienleitung Telefoninterview.....	65
I2-5a_2b_9b_M1 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview.....	67
I2-9a_6b_6c_M3 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview.....	69
I2-2b_6b_9b_6c_M6 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview.....	71
I2-6c_M6+ Leitfaden Patient*innen Telefoninterview.....	73
I3-5a_2b_9b_M1 Leitfaden Angehörige Telefoninterview.....	75
I3-9a_6b_6c_M3 Leitfaden Angehörige Telefoninterview.....	77
I3-2b_6b_9b_6c_M6 Leitfaden Angehörige Telefoninterview.....	79
I3-6c_M6+ Leitfaden Angehörige Telefoninterview.....	81



I4-6a Leitfaden Vinzenz Palotti Universität Telefoninterview.....	83
I4-2c Leitfaden Vinzenz Palotti Universität Telefoninterview.....	85
I5-6a Leitfaden Krankenkasse Telefoninterview	87
I5-2c Leitfaden Krankenkasse Telefoninterview	89
I6-6a Leitfaden Andere Versorgende Telefoninterview	91
I6-2c Leitfaden Andere Versorgende Telefoninterview	93

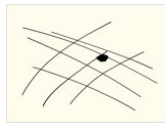


FB1-3a Fragebogen PEC Leitung online

Ressourcen

In diesem Abschnitt fragen wir nach den Ressourcen, die Ihnen und den Pflegeexpert*innen für die Arbeit innerhalb und außerhalb des Pflegeexperten-Centers zur Verfügung stehen.

1. Welche Ressourcen stehen Ihnen als PEC Leitung für die Arbeit im PEC zur Verfügung?
Mehrfachnennungen sind möglich.
 Arbeitsplatz Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen
 Drucker Laptop Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum Weitere: *Freitext*
2. Für meinen Arbeitsplatz im Büro benötige ich außerdem ... *Freitext*
3. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
4. Welche Ressourcen stehen den **Pflegeexpert*innen** für die Arbeit im PE Center zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Arbeitsplatz Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen
 Drucker Laptop Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum Weitere: *Freitext*
5. Für ihren Arbeitsplatz im Büro benötigen **die Pflegeexpert*innen** außerdem ... *Freitext*
6. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung des Arbeitsplatzes den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
7. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als Leitung** für die Arbeit außerhalb des PE Centers zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 PKW Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG
 Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial
 Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Händedesinfektionsmittel
 Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
8. Für meinen mobilen Arbeitsplatz benötige ich außerdem: *Freitext*
9. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung Ihres mobilen Arbeitsplatzes Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
10. Welche Ressourcen stehen **den Pflegeexpert*innen** für die Arbeit außerhalb des PE Centers zur Verfügung?
 PKW Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG
 Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial
 Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Händedesinfektionsmittel
 Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
11. Für ihre mobilen Arbeitsplätze benötige die Pflegeexpert*innen außerdem: *Freitext*
12. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung des mobilen Arbeitsplatzes den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*



Kommunikation und strukturelle Unterstützung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie zu beschreiben, welche Kommunikationsstrukturen und weiteren Maßnahmen aus Ihrer Sicht dazu beitragen, die Pflegeexpert*innen bei ihrer Arbeit innerhalb und außerhalb des Pflegeexperten-Centers zu unterstützen.

13. Gibt es **regelmäßige** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen? Nein/Ja/ Wenn ja, wie oft
Freitext
14. Gibt es **anlassbezogene** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen? Nein/Ja/ Wenn ja, was sind die Anlässe? *Freitext*
15. Gibt es geplante Mitarbeiter*innengespräche? Nein/Ja/ Wenn ja, wie oft *Freitext*
16. Planen Sie **regelmäßige** Fallbesprechungen? Nein/Ja/ Wenn ja, wie oft *Freitext*
17. Gibt es **anlassbezogene** Fallbesprechungen? Nein/Ja
18. Wie ist der Informationsaustausch außerhalb der geplanten und anlassbezogenen Besprechungen **zwischen Leitung und Pflegeexpert*innen** geregelt? *Freitext*
19. Wie ist der **regelmäßige** Informationsaustausch zwischen den **teilnehmenden Ärzt*innen und den Pflegeexpert*innen** geregelt? Mehrfachnennungen sind möglich.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Andere/Weitere
Freitext
20. Wie ist der anlassbezogene Informationsaustausch zwischen den **teilnehmenden Ärzt*innen und den Pflegeexpert*innen** geregelt? Mehrfachnennungen sind möglich.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Andere/Weitere *Freitext*
21. Welche weiteren Kommunikationsstrukturen tragen zur Sicherheit und Unterstützung der Pflegeexpert*innen bei Ihrer Arbeit bei? *Freitext*
22. Welche weiteren Maßnahmen unterstützen die Pflegeexpert*innen bei Ihrer Arbeit?
Freitext

Einarbeitung

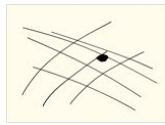
In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zum Einarbeitungskonzept zu beantworten.

23. Wurde dies eigens für die Arbeit der Pflegeexpert*innen im Rahmen des HiH Projekts erstellt? Ja / Nein
24. Ist das Einarbeitungskonzept ggf. übertragbar auf die Regelversorgung? Ja, weil... *Freitext*
Nein, weil... *Freitext*
25. Wird das Einarbeitungskonzept regelmäßig evaluiert und überarbeitet? Ja/ Nein
Wenn ja, erläutern Sie bitte die Evaluation/Überarbeitung (Wie oft? Von wem? etc) ... *Freitext*
Wenn nein, erläutern Sie bitte kurz die Gründe: *Freitext*
26. Welche inhaltlichen Schwerpunkte werden in dem Einarbeitungskonzept gesetzt? *Freitext*

SOP und Verfahrensanweisungen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den SOP und Verfahrensanweisungen zu beantworten.

27. Auf welchen Grundlagen beruhen die SOPs und Verfahrensanweisungen?
Mehrfachnennungen sind möglich.
 Expertenstandards Internationale Leitlinien Einrichtungs-interne Leitlinien
 Fachliteratur Expert*innen (z. B. Wundexpert*innen, Fachärzt*innen, ...) Weitere:
Freitext
28. Werden die SOPs/Verfahrensanweisungen **regelmäßig** evaluiert? Nein/Ja/ Wenn ja, wie oft
Freitext



29. Werden die SOPs/Verfahrensanweisungen **anlassbezogen** evaluiert? Nein/Ja/ Wenn ja, was sind die Anlässe? *Freitext*
30. Welche weiteren nationalen und internationalen Leitlinien kommen darüber hinaus zur Anwendung? *Freitext*

Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und Fortbildung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und zu Aspekten der Fortbildung zu beantworten.

31. Welche Kompetenzen werden für die Tätigkeit als Pflegeexpert*in im Projekt HiH benötigt?
Likert Skala (stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu/teils-teils/stimme eher zu/stimme voll und ganz zu
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen
32. Wie werden die Kompetenzen der einzelnen PE eingeschätzt und von wem? *Freitext*
33. Gibt es ein Fortbildungskonzept? Ja/Nein/ Wenn ja, wie ist diese strukturiert?
34. Welche Lehr-/Lernmethoden werden angewendet, um die Inhalte zu vermitteln?

Geographie

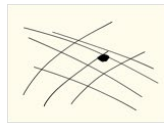
Die Fragen in diesem Abschnitt zielen darauf ab, zu erfassen, in wie weit die gegebene Infrastruktur Einfluss auf die Arbeit der Pflegeexpert*innen hat, was das geographische Einzugsgebiet des HiH Projekts ist und welche Aspekte hier zu erwähnen sind.

35. Wie ist das Einzugsgebiet definiert? *Freitext*
36. Erwarten Sie, dass der Wohnort der Patient*innen einen Einfluss auf die Anzahl der Hausbesuche durch Pflegeexpert*innen hat? Nein / Ja / Wenn ja, welchen? *Freitext*
37. Erwarten Sie, dass der Wohnort der Patient*innen einen Einfluss auf die Frequenz der Hausbesuche durch die Pflegeexpert*innen hat? Nein / Ja / Wenn ja, welchen? *Freitext*
38. Gibt es Gebiete ohne Mobilfunkempfang? Nein / Ja / Wenn ja, wie gehen Sie damit um? *Freitext*
39. Gibt es Gebiete mit limitierter Infrastruktur (z. B. Straßenverhältnisse)? Nein / Ja/ Wenn ja, wie gehen Sie damit um? *Freitext*
40. Gibt es weitere geografischen Besonderheiten? Nein /Ja/ Wenn ja, bitte beschreiben sie diese kurz.

Rekrutierung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu beantworten, wie potenzielle Projektteilnehmende (Patient*innen, Ärzt*innen) von dem Projekt erfahren haben und wer konkret Patient*innen und Ärzt*innen für die Teilnahme rekrutiert. Des Weiteren fragen wir, in wie weit Rekrutierungsprozesse dokumentiert werden.

41. Welche Strategien werden eingesetzt, um die Studie bei Haus- und Fachärzt*innen bekannt zu machen? Mehrfachnennung sind möglich.
- Öffentlichkeitsarbeit Netzwerke(n) Eigene persönliche Kontakte Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen Persönliche Kontakte der Studienleitung



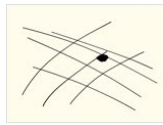
- Informationen an Kollegen*innen/ Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen
Verbreitung im Ärztenetz Weitere Strategien: *Freitext*
42. Welche Strategien werden eingesetzt, um die Studie bei potenziellen Patient*innen bekannt zu machen? Mehrfachnennung sind möglich.
 Öffentlichkeitsarbeit Netzwerke(n) Informationsbroschüren/Flyer in Arztpraxen
Informationen an Patient*innen durch Krankenkassen Informationen an Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen Eigene persönliche Kontakte Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen Persönliche Kontakte der Studienleitung Weitere Strategien: *Freitext*
43. Wer spricht **Patient*innen** an, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen
Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen¹ Krankenkassen/Pflegekassen Weitere: *Freitext*
44. Wer spricht **Haus- und Fachärzt*innen** an, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung Pflegeexpert*innen
Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen* Krankenkassen/Pflegekassen Weitere: *Freitext*
45. Wie werden Rekrutierungsmaßnahmen und Effekte dokumentiert? *Freitext*
46. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme **von Patient*innen** dokumentiert? *Freitext*
47. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme von **Ärzt*innen** dokumentiert? *Freitext*

Zusammenarbeit im und mit Netzwerk(en)

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu eventuell bestehenden und zukünftigen Netzwerken im Rahmen der Patient*innenversorgung zu beantworten.

48. Gibt es bereits ein Netzwerk aller an der Patient*innenversorgung beteiligten Personen?
Ja / Nein / Wenn ja, wie sieht dieses aus und wer ist beteiligt? *Freitext*
49. Gibt es regelmäßige Treffen mit diesem Netzwerk? Ja / Nein / Wenn ja, wie oft? *Freitext*
50. Gibt es andere regelmäßige Kommunikation mit diesem Netzwerk? Ja / Nein / Wenn ja, wie oft findet diese statt und wie sieht die Kommunikation aus? *Freitext*
51. Gibt es einen Austausch mit anderen Netzwerken? Ja, und zwar mit ...*Freitext*
Nein, weil ... *Freitext*
52. Der Austausch mit welchen weiteren Netzwerken könnte Ihrer Einschätzung nach sinnvoll sein und warum? *Freitext*

¹ Andere Versorger*innen: Personen anderer Berufsgruppen oder Einrichtungen der (Gesundheits-) versorgung (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden, etc.)

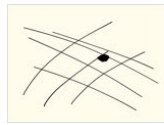


FB1-3b Fragebogen PEC Leitung online

Ressourcen

In diesem Abschnitt fragen wir nach den Ressourcen, die Ihnen und den Pflegeexpert*innen für die Arbeit innerhalb und außerhalb des Pflegeexperten-Centers zur Verfügung stehen.

1. Welche Ressourcen stehen Ihnen als **PEC Leitung** für die Arbeit **im PEC** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere: *Freitext*
2. Für meinen Arbeitsplatz **im PEC** benötige ich außerdem ... *Freitext*
3. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes **im PEC** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
4. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als PEC Leitung** für die **Arbeit im Homeoffice** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere: *Freitext*
5. Für meinen **Arbeitsplatz im Homeoffice** benötige ich außerdem ... *Freitext*
6. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres **Arbeitsplatzes im Homeoffice** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
7. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als Leitung** für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Mundnasenschutz FFP2-Masken Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
8. Für meine Arbeit **außerhalb des PE Centers** benötige ich außerdem ... *Freitext*
9. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes **außerhalb des PE Centers** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
10. Welche Ressourcen zur Fortbewegung stehen Ihnen zur Verfügung?
 Eigener Dienstwagen Dienstwagen aus Dienstwagenpool Eigener PKW Öffentliche Transportmittel Weitere: *Freitext*
11. Welche Ressourcen stehen den **Pflegeexpert*innen** für die **Arbeit im PE Center** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Laptop mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum WLAN/stabile Internetverbindung Weitere: *Freitext*

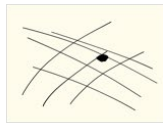


12. Für ihre Arbeit im PE Center benötigen **die Pflegeexpert*innen** außerdem ... *Freitext*
13. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung des Arbeitsplatzes im PE Center den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
14. Welche Ressourcen werden den Pflegeexpert*innen für die **Arbeit im Homeoffice** zur Verfügung gestellt? Mehrfachnennungen sind möglich.
- Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office- Programmen Drucker
 Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflege-
wissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken WLAN/stabile Internetverbindung
 Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere:
Freitext
15. Für ihren **Arbeitsplatz im Homeoffice** benötigen die Pflegeexpert*innen außerdem ... *Freitext*
16. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung des **Arbeitsplatzes im Homeoffice** den Bedarfen der Pflegeexpert*innen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
17. Welche Ressourcen stehen **den Pflegeexpert*innen** für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** zur Verfügung?
- Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG
Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial
 Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Mundnasenschutz
FFP2-Masken Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
18. Für ihre Arbeit **außerhalb des PE Centers** benötigen die **Pflegeexpert*innen** außerdem:
Freitext
19. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
20. Welche Ressourcen zur Fortbewegung stehen den Pflegeexpert*innen zur Verfügung?
- Eigener Dienstwagen Dienstwagen aus Dienstwagenpool Eigener PKW Öffentliche
Transportmittel Weitere: *Freitext*

Kommunikationsstrukturen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Aussagen zu den Kommunikationsstrukturen zu machen.

21. Fanden **regelmäßige** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen wie geplant statt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht *Freitext*
22. Fanden **anlassbezogene** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen statt? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
23. Wie wurden die Dienstbesprechungen/Teamsitzungen hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/also Telefonkonferenz
24. Fanden **regelmäßige** Fallbesprechungen wie geplant statt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
25. Fanden **anlassbezogene** Fallbesprechungen statt? Nein/Ja/Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
26. Wie wurden die **Fallbesprechungen** hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/also Telefonkonferenz
27. Wurden Mitarbeiter*innengespräche wie geplant durchgeführt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*



28. Fanden anlassbezogene Mitarbeiter*innengespräche statt? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
29. Wie wurden die **Mitarbeiter*innengespräche** hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/als Telefonkonferenz
30. Wie findet der Informationsaustausch außerhalb der geplanten und anlassbezogenen Besprechungen **zwischen Leitung und Pflegeexpert*innen** statt? *Freitext*
31. Gibt es weitere Kommunikationsstrukturen zwischen **Leitung und Pflegeexpert*innen**?
Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*
32. Wie findet der regelmäßige Informationsaustausch zwischen den **Pflegeexpert*innen und den teilnehmenden Ärzt*innen** hauptsächlich statt? Bitte gewichten Sie.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Messenger Dienst
 Videotelefonie Andere/Weitere *Freitext*
33. Sind Ihnen weitere Kommunikationsstrukturen zwischen Pflegeexpert*innen und Ärzt*innen bekannt? Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*
34. Wie findet der Informationsaustausch innerhalb des **Pflegeexpert*innen-Teams** Ihres Wissens nach hauptsächlich statt? Bitte gewichten Sie.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Messenger Dienst
 Videotelefonie Andere/Weitere *Freitext*
35. Sind Ihnen weitere Kommunikationsstrukturen zwischen den Pflegeexpert*innen bekannt?
Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*

Einarbeitung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zur Anwendung des Einarbeitungskonzepts zu beantworten.

36. Wurde das Einarbeitungskonzept wie geplant umgesetzt? Ja/Nein/ Wenn nein, welche Gründe gibt es dafür? *Freitext*

SOP und Verfahrensanweisungen

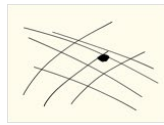
In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den SOP und Verfahrensanweisungen zu beantworten.

37. Wurden die SOPs/Verfahrensanweisungen **regelmäßig** wie geplant evaluiert? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
38. Wurden die SOPs/Verfahrensanweisungen **anlassbezogen** evaluiert? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*

Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und Fortbildung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und zu Aspekten der Fortbildung zu beantworten.

1. Welche Kompetenzen werden für die Tätigkeit als Pflegeexpert*in im Projekt HiH benötigt?
Likert Skala (stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu/teils-teils/stimme eher zu/stimme voll und ganz zu
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen

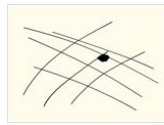


39. Konnten die Kompetenzen der Pflegeexpert*innen wie geplant individuell eingeschätzt werden? Ja/Nein/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
40. Wie hoch ist aus Ihrer Perspektive der Bedarf an Fortbildung für folgende Kompetenzen? Bitte setzen Sie den Schieber an die entsprechend Stelle. (*Schieber: kein Bedarf – sehr hoher Bedarf*)
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen
41. Folgende sieben Rollen werden für spezialisierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen beschrieben:
Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit Sie die Pflegexpert*innen jeweils in den Rollen sehen und ziehen den Regler auf einen Punkt auf die Linie.
In der Rolle der Praktiker*in/ des Praktikers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Expert*in/ des Experten sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Berater*in/ des Beraters sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Lehrer*in/ des Lehrers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Forscher*in/ des Forschers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Leitungsperson sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Fürsprecher*in/ des Fürsprechers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.

Rekrutierung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu beantworten, wie das Projekt bekannt gemacht und wie dies dokumentiert wird.

42. Inwieweit sind die folgenden Strategien geeignet, um die Studie bei Haus- und Fachärzt*innen bekannt zu machen? *Schieber ungeeignet ... sehr geeignet*
Öffentlichkeitsarbeit
Netzwerke(n), Eigene persönliche Kontakte, Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen
Persönliche Kontakte der Studienleitung, Informationen an Kollegen*innen/ Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen; Verbreitung im Ärztenetz; Weitere Strategien. *Freitext*
43. Inwieweit sind die folgenden Strategien geeignet, um die Studie bei Patient*innen bekannt zu machen? *Schieber ungeeignet ... sehr geeignet*
Öffentlichkeitsarbeit; Netzwerke(n); Informationsbroschüren/Flyer in Arztpraxen;
Informationen an Patient*innen durch Krankenkassen; Informationen an Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen; Eigene persönliche Kontakte; Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen; Persönliche Kontakte der Studienleitung; Weitere Strategien. *Freitext*
44. Wer spricht **Patient*innen** an, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.



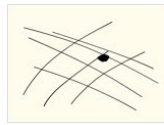
- Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen² Krankenkassen/Pflegekassen Weitere. *Freitext*
45. Wer spricht **Haus- und Fachärzt*innen** an, um an der Studie teilzunehmen?
Mehrfachnennungen sind möglich.
 Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen Krankenkassen/Pflegekassen Weitere. *Freitext*
46. Wie werden Rekrutierungsmaßnahmen und Effekte dokumentiert? *Freitext*
47. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme **von Patient*innen** dokumentiert? *Freitext*
48. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme von **Ärzt*innen** dokumentiert?
Freitext

Netzwerke

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu eventuell bestehenden und zukünftigen Netzwerken im Rahmen der Patient*innenversorgung zu beantworten.

49. Gibt es ein Netzwerk aller an der Patient*innenversorgung beteiligten Personen? Ja / Nein
/Wenn ja, wie sieht dieses aus und wer ist beteiligt? *Freitext*
50. Gibt es regelmäßige Treffen mit diesem Netzwerk? Ja / Nein / Wenn ja, wie oft? *Freitext*
51. Besteht weiterhin ein Austausch mit anderen Netzwerken? Ja, und zwar mit ...*Freitext*
Nein, weil ... *Freitext*
52. Sollte aus Ihrer Sicht eine Kommunikation mit weiteren Netzwerken aufgebaut werden?
Ja/Nein/wenn ja, mit welchen?

² Andere Versorger*innen: Personen anderer Berufsgruppen oder Einrichtungen der (Gesundheits-) versorgung (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden, etc.)

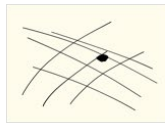


FB1-11c Fragebogen PEC Leitung online

Ressourcen

In diesem Abschnitt fragen wir nach den Ressourcen, die Ihnen und den Pflegeexpert*innen für die Arbeit innerhalb und außerhalb des Pflegeexperten-Centers zur Verfügung stehen.

1. Welche Ressourcen stehen Ihnen als **PEC Leitung** für die Arbeit **im PEC** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Drucker
 Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere: *Freitext*
2. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes **im PEC** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
3. Für meinen Arbeitsplatz **im PEC** hätte ich außerdem folgendes benötigt: *Freitext*
4. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als PEC Leitung** für die **Arbeit im Homeoffice** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen
 Drucker Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset
 Webcam Weitere: *Freitext*
5. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres **Arbeitsplatzes im Homeoffice** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
6. Für meinen **Arbeitsplatz im Homeoffice** hätte ich außerdem folgendes benötigt: *Freitext*
7. Welche Ressourcen stehen **Ihnen als Leitung** für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Mundnasenschutz FFP2-Masken Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*
8. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes **außerhalb des PE Centers** Ihren Bedarfen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*
9. Für meine Arbeit **außerhalb des PE Centers** hätte ich außerdem folgendes benötigt: *Freitext*
10. Welche Ressourcen zur Fortbewegung stehen Ihnen zur Verfügung?
 Eigener Dienstwagen Dienstwagen aus Dienstwagenpool Eigener PKW Öffentliche Transportmittel Weitere: *Freitext*
11. Welche Ressourcen stehen den **Pflegeexpert*innen** für die **Arbeit im PE Center** zur Verfügung? Mehrfachnennungen sind möglich.
 Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Laptop mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Tablet Zugang zu pflege-



wissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken Sozialraum Küche Besprechungsraum WLAN/stabile Internetverbindung Weitere: *Freitext*

12. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung des Arbeitsplatzes im PE Center den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*

13. Für ihre Arbeit im PE Center hätten **die Pflegeexpert*innen** außerdem folgendes benötigt: *Freitext*

14. Welche Ressourcen werden den Pflegeexpert*innen für die **Arbeit im Homeoffice** zur Verfügung gestellt? Mehrfachnennungen sind möglich.

Schreibtisch Telefon Faxgerät PC mit gängigen Office-Programmen Drucker Scanner Laptop mit gängigen Office-Programmen Tablet Zugang zu pflegewissenschaftlichen/berufsrelevanten Datenbanken WLAN/stabile Internetverbindung Programm für Online Konferenzen/Videotelefonie Headset Webcam Weitere: *Freitext*

15. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit die Ausstattung des **Arbeitsplatzes im Homeoffice** den Bedarfen der Pflegeexpert*innen entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*

16. Für ihren **Arbeitsplatz im Homeoffice** hätten die Pflegeexpert*innen außerdem folgendes benötigt: *Freitext*

17. Welche Ressourcen stehen **den Pflegeexpert*innen** für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** zur Verfügung?

Smartphone (incl. Navi) Tankkarte Laptop Tablet Mobiles EKG Blutzuckermessgerät incl. Material Blutdruckgerät Stethoskop Verbandmaterial Thermometer Pulsoxymeter Handschuhe Schutzkittel Mundnasenschutz FFP2-Masken Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel Weitere: *Freitext*

18. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, in wie weit die Ausstattung für die Arbeit **außerhalb des PE Centers** den Bedarfen **der Pflegeexpert*innen** entspricht. *Schieber: gar nicht bis vollkommen*

19. Für ihre Arbeit **außerhalb des PE Centers** hätten die **Pflegeexpert*innen** außerdem folgendes benötigt: *Freitext*

20. Welche Ressourcen zur Fortbewegung stehen den Pflegeexpert*innen zur Verfügung?

Eigener Dienstwagen Dienstwagen aus Dienstwagenpool Eigener PKW Öffentliche Transportmittel Weitere: *Freitext*

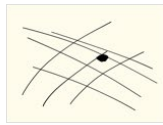
Kommunikationsstrukturen – Teil 1

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Aussagen zu den geplanten Kommunikationsstrukturen in den letzten 12 Monaten zu machen.

21. Fanden **regelmäßige** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen wie geplant statt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht *Freitext*

22. Fanden **anlassbezogene** Dienstbesprechungen/Teamsitzungen statt? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*

23. Wie wurden die Dienstbesprechungen/Teamsitzungen hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/als Telefonkonferenz



24. Fanden **regelmäßige** Fallbesprechungen wie geplant statt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
25. Fanden **anlassbezogene** Fallbesprechungen statt? Nein/Ja/Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
26. Wie wurden die **Fallbesprechungen** hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/als Telefonkonferenz
27. Wurden Mitarbeiter*innengespräche wie geplant durchgeführt? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
28. Fanden anlassbezogene Mitarbeiter*innengespräche statt? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*
29. Wie wurden die **Mitarbeiter*innengespräche** hauptsächlich durchgeführt? In Präsenz/als Videokonferenz/als Telefonkonferenz

Kommunikationsstrukturen - Teil 2

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Aussagen zu den fortlaufenden **Kommunikationsstrukturen** zu machen.

30. Wie findet der Informationsaustausch außerhalb der geplanten und anlassbezogenen Besprechungen **zwischen Leitung und Pflegeexpert*innen** statt? *Freitext*
31. Gibt es weitere Kommunikationsstrukturen zwischen **Leitung und Pflegeexpert*innen**?
Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*
32. Wenn die Pflegeexpert*innen uns brauchen, sind wir stets schnell für sie erreichbar.
5-Punkt-Likert, trifft nicht zu - trifft zu.
33. Wie findet der regelhafte Informationsaustausch zwischen den **Pflegeexpert*innen und den teilnehmenden Ärzt*innen** hauptsächlich statt? Bitte gewichten Sie.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Messenger Dienst
 Videotelefonie Andere/Weitere *Freitext*
34. Sind Ihnen weitere Kommunikationsstrukturen zwischen Pflegeexpert*innen und Ärzt*innen bekannt? Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*
35. Wie findet der Informationsaustausch innerhalb des **Pflegeexpert*innen-Teams** Ihres Wissens nach hauptsächlich statt? Bitte gewichten Sie.
 E-Mail Persönlicher Kontakt Fax Telefonischer Kontakt Messenger Dienst
 Videotelefonie Andere/Weitere *Freitext*
36. Sind Ihnen weitere Kommunikationsstrukturen zwischen den Pflegeexpert*innen bekannt?
Nein/Ja/Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese. *Freitext*

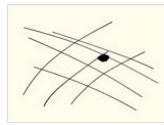
Einarbeitung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zur Anwendung des Einarbeitungskonzepts zu beantworten.

37. Wurde das Einarbeitungskonzept wie geplant umgesetzt? Ja/Nein/ Wenn nein, welche Gründe gibt es dafür? *Freitext*

SOP und Verfahrensanweisungen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den SOP und Verfahrensanweisungen zu beantworten.



38. Wurden die SOPs/Verfahrensanweisungen **regelmäßig** wie geplant evaluiert? Nein/Ja/ Wenn nein, warum nicht *Freitext*
39. Wurden die SOPs/Verfahrensanweisungen **anlassbezogen** evaluiert? Nein/Ja/ Wenn ja, was waren die Anlässe? *Freitext*

Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und Fortbildung

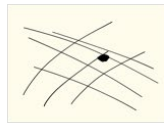
In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Fragen zu den Kompetenzen der Pflegeexpert*innen und zu Aspekten der Fortbildung zu beantworten.

53. Welche Kompetenzen werden für die Tätigkeit als Pflegeexpert*in im Projekt HiH benötigt?
Likert Skala (stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu/teils-teils/stimme eher zu/stimme voll und ganz zu
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen
54. Konnten die Kompetenzen der Pflegeexpert*innen wie geplant individuell eingeschätzt werden? Ja/Nein/ Wenn nein, warum nicht? *Freitext*
55. Wie hoch ist aus Ihrer Perspektive der Bedarf an Fortbildung für folgende Kompetenzen? Bitte setzen Sie den Schieber an die entsprechend Stelle. (*Schieber: kein Bedarf – sehr hoher Bedarf*)
Klinische Kompetenz (direkte klinische Praxis); Coachingkompetenzen; Fähigkeit, Beratungen durchzuführen; Fähigkeit, evidenzbasierte Pflege durchzuführen; Führungs- und Koordinationskompetenz; Teamfähigkeit; Fähigkeit zur Zusammenarbeit; Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen
56. Folgende sieben Rollen werden für spezialisierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen beschrieben: Praktiker*in, Expert*in, Berater*in, Lehrende, Forscher*in, Leitungsperson, Fürsprecher*in
Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit Sie die Pflegeexpert*innen jeweils in den Rollen sehen und ziehen den Regler auf eine einen Punkt auf die Linie.
In der Rolle der Praktiker*in/ des Praktikers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Expert*in/ des Experten sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Berater*in/ des Beraters sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Lehrer*in/ des Lehrers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Forscher*in/ des Forschers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Leitungsperson sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.
In der Rolle der Fürsprecher*in/ des Fürsprechers sehe ich die PE gar nicht ... uneingeschränkt.

Rekrutierung

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu beantworten, wie das Projekt bekannt gemacht und wie dies dokumentiert wird.

57. Inwieweit sind die folgenden Strategien geeignet, um die Studie bei Haus- und Fachärzt*innen bekannt zu machen? *Schieber ungeeignet ... sehr geeignet*



Öffentlichkeitsarbeit; Netzwerke(n); Eigene persönliche Kontakte; Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen; Persönliche Kontakte der Studienleitung; Informationen an Kollegen*innen/ Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen; Verbreitung im Ärztenetz
Weitere Strategien. *Freitext*

58. Inwieweit sind die folgenden Strategien geeignet, um die Studie bei Patient*innen bekannt zu machen? *Schieber ungeeignet ... sehr geeignet*

Öffentlichkeitsarbeit; Netzwerke(n); Informationsbroschüren/Flyer in Arztpraxen; Informationen an Patient*innen durch Krankenkassen; Informationen an Patient*innen durch teilnehmende Ärzt*innen; Eigene persönliche Kontakte; Persönliche Kontakte der PE-Mitarbeiter*innen; Persönliche Kontakte der Studienleitung; Weitere Strategien. *Freitext*

59. Wer hat in den letzten 12 Monaten **Patient*innen** angesprochen, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.

Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen^{3*} Krankenkassen/Pflegekassen Weitere. *Freitext*

60. Wer hat in den letzten 12 Monaten **Haus- und Fachärzt*innen** an, um an der Studie teilzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.

Teilnehmende Ärzt*innen Studienleitung PE Leitung PE Patient*innen Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen (KH, Pflegeheime, ambulante Dienste) Andere Versorger*innen Krankenkassen/Pflegekassen Weitere. *Freitext*

61. Wie werden Rekrutierungsmaßnahmen und Effekte dokumentiert? *Freitext*

62. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme **von Patient*innen** dokumentiert? *Freitext*

63. Wie werden Gründe für eine Teilnahme und Nicht-Teilnahme von **Ärzt*innen** dokumentiert?

Netzwerke

In diesem Abschnitt bitten wir Sie Fragen zu eventuell bestehenden und zukünftigen Netzwerken im Rahmen der Patient*innenversorgung zu beantworten.

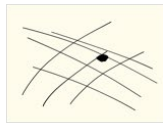
64. Gibt es ein Netzwerk aller an der Patient*innenversorgung beteiligten Personen? Ja / Nein
/Wenn ja, wie sieht dieses aus und wer ist beteiligt? *Freitext*

65. Gibt es regelmäßige Treffen mit diesem Netzwerk? Ja / Nein / Wenn ja, wie oft? *Freitext*

66. Besteht weiterhin ein Austausch mit anderen Netzwerken? Ja, und zwar mit ...*Freitext*
Nein, weil ... *Freitext*

67. Sollte aus Ihrer Sicht eine Kommunikation mit weiteren Netzwerken aufgebaut werden?
Ja/Nein/wenn ja, mit welchen?

³ Andere Versorger*innen: Personen anderer Berufsgruppen oder Einrichtungen der (Gesundheits-) versorgung (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden, etc.)



FB5-3a Fragebogen PE Online

Abschnitt A

1. Alter
2. Geschlecht. *weiblich, männlich divers*
3. Berufsqualifikation. *Zum Ankreuzen Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Andere/Weitere (bitte angeben). Freitext*
4. Pflegerische Berufserfahrung in Jahren (ohne Ausbildungszeit).
5. Beschäftigung im PE-Center seit *(MM/JJJJ)*
6. Abgeschlossenes Studium? *(Wenn ja, bitte angeben welcher Abschluss) Freitext*
7. Laufendes Studium? *(Wenn ja, bitte Studiengang und Semester angeben.) Freitext*

Abschnitt B

Folgende sieben Rollen werden für spezialisierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Tätigkeiten beschrieben: Praktiker*in, Expert*in, Berater*in, Lehrer*in, Forscher*in, Leitungsperson, Fürsprecher*in. Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, inwieweit Sie sich als Pflegeexpert*in jeweils in dieser Rolle sehen und ziehen den Regler auf einen Punkt auf die Linie. *Schieber gar nicht bis uneingeschränkt*

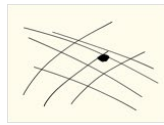
8. In der Rolle der Praktikerin/des Praktikers sehe ich mich ...
9. In der Rolle der Expertin/des Experten sehe ich mich ...
10. In der Rolle der Beraterin/des Beraters sehe ich mich ...
11. In der Rolle der Lehrerin/des Lehres sehe ich mich ...
12. In der Rolle der Forscherin/des Forschers sehe ich mich ...
13. In der Rolle der Leitungsperson sehe ich mich ...
14. In der Rolle der Fürsprecherin/des Fürsprechers sehe ich mich

Abschnitt C

15. Bitte geben Sie in diesem Abschnitt an, in welchem Maß Sie den folgenden Aussagen zustimmen. *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
Mir ist klar, welche Rolle ich als Pflegeexpert*in habe.
Ich weiß, wie ich meine Rolle als Pflegeexpert*in erklären kann.
Ich weiß, wie ich Schnittstellen zu anderen Rollen (z.B. die von ärztlichen oder anderen pflegerischen Rollen) beschreiben kann.
Ich weiß, wie meine Rolle sich von anderen Rollen (z. B. die von ärztlichen oder anderen pflegerischen Rollen) unterscheidet und abgrenzt.
Als Pflegeexpert*in habe ich ein hohes Maß an Handlungsautonomie.
Der Einsatz von Pflegeexpert*innen führt zu einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit.

Abschnitt D

16. Abschließend würden wir gerne von Ihnen wissen, was Sie momentan gedanklich in Bezug auf Ihre Rolle als Pflegeexpert*in am meisten beschäftigt. Bitte nennen Sie die wichtigsten Aspekte in Stichworten oder als Fließtext. *Freitext*



FB5-9a Fragebogen PE Online

Rolle und Kompetenzen

1. Wenn Sie die nachstehenden Definitionen der Stufen zur Pflegekompetenz nach Patricia Benner lesen, wie bewerten Sie Ihre eigene Expertise als Pflegeexpert*in?

Definitionen der fünf Stufen zu Kompetenz (in Anlehnung an Benner)

Neuling

- hat keine Erfahrung mit realen Alltagssituationen als Pflegeexpert*in
- arbeitet regelgeleitet

Fortgeschrittene*r Anfänger*in

- verfügt über Erfahrungen
- erkennt wiederkehrende, bedeutsame Aspekte

Kompetente*r

- handelt zielgerichtet
- plant bewusst und überlegt
- setzt Prioritäten
- betrachtet Probleme abstrakt und analytisch

Erfahrene*r

- nimmt Situationen intuitiv als Ganzes auf
- plant auf längerfristige Ziele hin
- nimmt Nuancen von Veränderungen wahr
- handelt nach Maximen
- begreift Situationen spontan und stößt zum Kern des Problems vor

Expert*in

- erfasst Situationen intuitiv
- stößt direkt zum Kern des Problems vor
- handelt auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation
- verfügt über eine hohe Sicherheit im Wahrnehmen von Nuancen
- hat den Blick fürs Machbare

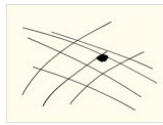
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

Neuling, Fortgeschrittene*r Anfänger*in, Kompetente*r, Erfahrene*r, Expert*in

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu:

Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu

2. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären.
3. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den teilnehmenden Hausärzt*innen erklären.
4. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine klinische Rolle (direkte Patientenversorgung ein)? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
5. Wie oft nehmen im beruflichen Alltag eine Rolle als Expert*in ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*



6. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine Rolle als Berater*in ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
7. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine Bildungsrolle/ Edukator*innenrolle ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
8. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine als Forscher*in ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
9. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine Leitungsrolle/Führungsrolle ein? *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
10. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag eine Rolle als Fürsprecher*in ein *nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
Wenn manchmal bis sehr oft: Bitte beschreiben Sie im Kommentarfeld in Stichworten ein Beispiel aus dem beruflichen Alltag.
11. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in? (Slider - *Sehr unsicher bis sehr sicher*)

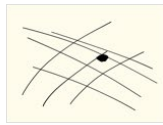
Patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung

12. Wie oft bitten andere Pflegende außerhalb des PEC Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (
13. *niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*
Wenn Sie um eine Einschätzung gebeten werden, zu welchen Themen werden Sie gefragt?
(Freitext)
14. Wie oft fragen Patient*innen Sie außerhalb der regelhaften Besuche um Rat bzgl. gesundheitsbezogener Themen? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Wenn Sie um eine Einschätzung gebeten werden, zu welchen Themen werden Sie gefragt?
(Freitext)
15. Wie oft bitten Hausärzt*innen Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Wenn Sie um eine Einschätzung gebeten werden, zu welchen Themen werden Sie gefragt?
(Freitext)

Ausübung der PE Rolle

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu: *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

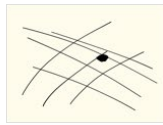
16. Ich fühle mich sicher, die individuellen Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen ermitteln zu können.
17. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und ggf. Angehörige in die Ermittlung individueller Versorgungsbedarfe einzubeziehen.
18. Ich fühle mich sicher, individuelle Versorgungspläne zu erstellen.
19. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und Angehörige in die Erstellung der Versorgungsplanung mit einzubeziehen.
20. Ich kann Patient*innen und ggf. Angehörige auf Basis von pflegefachlichem Wissen umfassend informieren und beraten.



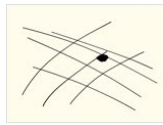
21. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Symptommanagement.
22. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Hausarzt*innen über Symptommanagement.
23. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über die Bewältigung ihres Alltags.
24. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Themen wie Sorgen, Verluste, Niedergeschlagenheit, Wut, Trauer.
25. Ich bin in der Lage, wissenschaftliche Studien/Fachliteratur in Datenbanken zu recherchieren.
26. Ich bin in der Lage, aus wissenschaftlichen Studien/Fachliteratur Schlussfolgerungen für meine klinische Praxis abzuleiten.
27. Ich kann, innerhalb meines Kompetenzbereichs, eigenständig Entscheidungen treffen. *Wenn teils-teils oder mehr, dann: Bitte nennen Sie ein oder mehrere Beispiele für eigenständige Entscheidungen innerhalb Ihres Kompetenzbereichs. Freitext*
28. Als Pflegeexpert*in habe ich ein hohes Maß an Handlungsautonomie.
Bitte nennen Sie ein oder mehrere Beispiele, das/die Ihre Antwort(en) unterstreicht(en).
Freitext
29. Ich weiß, wo meine Verantwortung als Pflegeexpert*in liegt.
30. Ich möchte mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
31. Ich bekomme Aufgaben von Hausarzt*innen delegiert, die meiner Einschätzung nach für die Gesundheitsversorgung der Patient*innen **nicht** notwendig sind. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu. Wenn ja, können Sie dafür Beispiele nennen? Freitext*
32. Ich fühle mich kompetent, mit den Hausarzt*innen in einen fachlichen Dialog über die Notwendigkeit **delegierter** Leistungen zu treten. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu. Wenn trifft nicht zu/trifft eher nicht zu, dann: Was würde Ihnen helfen, solch einen Dialog zu führen?*
33. Ich stelle bei meinen Patient*innen zusätzliche Versorgungsbedarfe fest, die von Hausarzt*innen delegiert werden könnten. *Immer, oft, gelegentlich, selten, nie. Wenn gelegentlich bis immer, dann: Welche Bedarfe stellen Sie am häufigsten fest?*
34. Wer kann die damit einhergehenden Tätigkeiten übernehmen? Pflegeexpert*in, Hausarzt*in, Andere (Mehrfachantworten möglich)
35. Ich habe die Möglichkeit, Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf meine Rollenfindung und Ausübung der Rolle mit anderen zu reflektieren. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu

36. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber meinen Team-Kolleg*innen äußern zu können.
37. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber den Hausarzt*innen äußern zu können.
38. Bei fachlichen Fragen und Unsicherheiten weiß ich, an wen ich mich wenden kann.
39. Es findet regelmäßig ein interprofessioneller Austausch zu einzelnen Patient*innen statt.
40. Wenn ich Sie brauche, sind die Hausarzt*innen für mich erreichbar.



41. Die interprofessionelle Versorgung ist auf dem Papier geplant, findet in der alltäglichen Praxis jedoch nicht statt.
42. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird im interprofessionellen Team wertgeschätzt.
43. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von den Patient*innen und ggf. ihren Angehörigen wertgeschätzt.
44. Die Kommunikation mit den Hausarzt*innen erlebe ich als partnerschaftlich.
45. Ich agiere als Pflegeexpert*in auf gleicher Augenhöhe mit den Hausarzt*innen.
46. Ich kann mich auf die Hausarzt*innen verlassen.
47. Die Hausarzt*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.
48. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für die Patient*innen und ihre Angehörigen. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis:* Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.
49. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für das interprofessionelle Team. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis:* Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.



FB5-5b Fragebogen PE Online

Rolle und Kompetenzen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer Rolle und Ihren Kompetenzen als Pflegeexpert*in zu machen.

1. Wenn Sie die nachstehenden Definitionen der Stufen zur Pflegekompetenz nach Patricia Benner lesen, wie bewerten Sie Ihre eigene Expertise als Pflegeexpert*in?

Definitionen der fünf Stufen zu Kompetenz (in Anlehnung an Benner)

Neuling

- hat keine Erfahrung mit realen Alltagssituationen als Pflegeexpert*in
- arbeitet regelgeleitet

Fortgeschrittene*r Anfänger*in

- verfügt über Erfahrungen
- erkennt wiederkehrende, bedeutsame Aspekte

Kompetente*r

- handelt zielgerichtet
- plant bewusst und überlegt
- setzt Prioritäten
- betrachtet Probleme abstrakt und analytisch

Erfahrene*r

- nimmt Situationen intuitiv als Ganzes auf
- plant auf längerfristige Ziele hin
- nimmt Nuancen von Veränderungen wahr
- handelt nach Maximen
- begreift Situationen spontan und stößt zum Kern des Problems vor

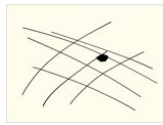
Expert*in

- erfasst Situationen intuitiv
- stößt direkt zum Kern des Problems vor
- handelt auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation
- verfügt über eine hohe Sicherheit im Wahrnehmen von Nuancen
- hat den Blick fürs «Machbare»

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

Neuling, Fortgeschrittene*r Anfänger*in, Kompetente*r, Erfahrene*r, Expert*in

2. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
3. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den teilnehmenden Hausärzt*innen erklären. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
4. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag folgende Rollen ein? *jeweils zum Ankreuzen: nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*
 - Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
 - Expert*in
 - Berater*in
 - Bildungsrolle/ Edukator*innenrolle



- Forscher*in
- Leitungsrolle/ Führungsrolle
- Fürsprecher*in

Bitte geben Sie für jede Rolle, die Sie einnehmen, wenn möglich mindestens ein Beispiel
Freitext

5. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in? (*Slider - Sehr unsicher bis sehr sicher*)

Patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung

In diesem Abschnitt fragen wir Sie, inwieweit andere Personen Sie um eine patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung der Patient*innen bitten und zu welchen Themen Sie dabei konsultiert werden.

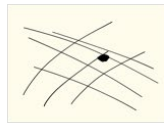
6. Wie oft bitten andere Pflegende außerhalb des PEC Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)
7. Wie oft fragen Patient*innen Sie außerhalb der regelhaften Besuche um Rat bzgl. gesundheitsbezogener Themen? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)
8. Wie oft bitten Hausärzt*innen Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)
Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)

Ausübung der PE Rolle

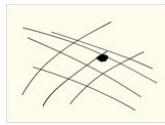
In diesem Abschnitt geht es um Ihre Erfahrungen als Pflegeexpert*in im beruflichen Alltag.

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu: *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

9. Ich fühle mich sicher, die individuellen Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen ermitteln zu können.
10. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und ggf. Angehörige in die Ermittlung individueller Versorgungsbedarfe einzubeziehen.
11. Ich fühle mich sicher, individuelle Versorgungspläne zu erstellen.
12. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und Angehörige in die Erstellung der Versorgungsplanung mit einzubeziehen.
13. Ich kann Patient*innen und ggf. Angehörige auf Basis von pflegfachlichem Wissen umfassend informieren und beraten.
14. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Symptommanagement.
15. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Hausärzt*innen über Symptommanagement.



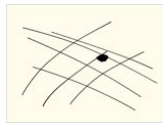
16. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über die Bewältigung ihres Alltags.
17. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Themen wie Sorgen, Verluste, Niedergeschlagenheit, Wut, Trauer.
18. Ich bin in der Lage, wissenschaftliche Studien/Fachliteratur in Datenbanken zu recherchieren.
19. Ich bin in der Lage, aus wissenschaftlichen Studien/Fachliteratur Schlussfolgerungen für meine klinische Praxis abzuleiten.
20. Ich kann, innerhalb meines Kompetenzbereichs, eigenständig Entscheidungen treffen.
21. Als Pflegeexpert*in habe ich ein hohes Maß an Handlungsautonomie.
Wenn teils-teils oder mehr, dann: Bitten nennen Sie ein oder mehrere Beispiele. (Freitext)
22. Ich weiß, wo meine Verantwortung als Pflegeexpert*in liegt.
23. Ich möchte mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
24. Ich bekomme Aufgaben von Hausarzt*innen delegiert, die meiner Einschätzung nach für die Gesundheitsversorgung der Patient*innen **nicht** notwendig sind. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu; wenn teils-teils und mehr, dann:*
Welche Beispiele können Sie dafür nennen?
25. Ich fühle mich kompetent, mit den Hausarzt*innen in einen fachlichen Dialog über die Notwendigkeit **delegierter** Leistungen zu treten. *wenn trifft nicht zu/trifft eher nicht zu, dann:*
Was würde Ihnen helfen, solch einen Dialog zu führen?
26. Ich stelle bei meinen Patient*innen zusätzliche Versorgungsbedarfe fest, die von Hausarzt*innen delegiert werden könnten. *Immer, oft, gelegentlich, selten, nie; wenn gelegentlich bis immer, dann:*
Welche Bedarfe stellen Sie am häufigsten fest?
Wer kann die damit einhergehenden Tätigkeiten übernehmen? Pflegeexpert*in, Hausarzt*in, Andere (Mehrfachantworten möglich)
Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu
27. Ich habe die Möglichkeit, Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf meine Rollenfindung und Ausübung der Rolle mit anderen zu reflektieren.
28. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber meinen Team-Kolleg*innen äußern zu können.
29. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber den Hausarzt*innen äußern zu können.
30. Bei fachlichen Fragen und Unsicherheiten weiß ich, an wen ich mich wenden kann.
31. Es findet regelmäßig ein interprofessioneller Austausch zu einzelnen Patient*innen statt.
32. Wenn ich Sie brauche, sind die Hausarzt*innen für mich erreichbar.
33. Wenn ich Sie brauche, ist die PEC-Leitung für mich erreichbar.
34. Der Austausch mit den Kolleg*innen des PEC in Fallbesprechungen ist in Bezug auf die Entwicklung meiner Rolle als Pflegeexpert*in förderlich.
35. Die interprofessionelle Versorgung ist auf dem Papier geplant, findet in der alltäglichen Praxis jedoch nicht statt.
36. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird im interprofessionellen Team wertgeschätzt.
37. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von den Patient*innen und ggf. ihren Angehörigen wertgeschätzt.
38. Die Kommunikation mit den Hausarzt*innen erlebe ich als partnerschaftlich.



39. Ich agiere als Pflegeexpert*in auf gleicher Augenhöhe mit den Hausarzt*innen.
40. Ich kann mich auf die Hausarzt*innen verlassen.
41. Die Hausarzt*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.

Matrix mit stimme nicht zu, stimme eher nicht zu, unsicher, stimme eher zu, stimme zu

42. Die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen schätze ich folgendermaßen ein:
Schieber sehr gut – überhaupt nicht gut
43. Bitte geben Sie an, wie belastet Sie sich in der Rolle der Pflegeexpert*in fühlen:
Schieber gar nicht belastet – sehr belastet
44. Wenn Sie sich belastet fühlen, benennen Sie bitte die wichtigsten Faktoren, die dazu führen.
Freitext.
45. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für die Patient*innen und ihre Angehörigen. (Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist)
46. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für das interprofessionelle Team (Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist)



FB5-9c Fragebogen PE Online - in Entwicklung

Rolle und Kompetenzen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer Rolle und Ihren Kompetenzen als Pflegeexpert*in zu machen.

47. Wenn Sie die nachstehenden Definitionen der Stufen zur Pflegekompetenz nach Patricia Benner lesen, wie bewerten Sie Ihre eigene Expertise als Pflegeexpert*in?

Definitionen der fünf Stufen zu Kompetenz (in Anlehnung an Benner)

Neuling

- hat keine Erfahrung mit realen Alltagssituationen als Pflegeexpert*in
- arbeitet regelgeleitet

Fortgeschrittene*r Anfänger*in

- verfügt über Erfahrungen
- erkennt wiederkehrende, bedeutsame Aspekte

Kompetente*r

- handelt zielgerichtet
- plant bewusst und überlegt
- setzt Prioritäten
- betrachtet Probleme abstrakt und analytisch

Erfahrene*r

- nimmt Situationen intuitiv als Ganzes auf
- plant auf längerfristige Ziele hin
- nimmt Nuancen von Veränderungen wahr
- handelt nach Maximen
- begreift Situationen spontan und stößt zum Kern des Problems vor

Expert*in

- erfasst Situationen intuitiv
- stößt direkt zum Kern des Problems vor
- handelt auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation
- verfügt über eine hohe Sicherheit im Wahrnehmen von Nuancen
- hat den Blick fürs «Machbare»

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

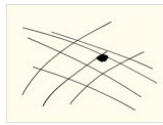
Neuling, Fortgeschrittene*r Anfänger*in, Kompetente*r, Erfahrene*r, Expert*in

48. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

49. Ich kann meine Rolle als Pflegeexpert*in den teilnehmenden Hausärzt*innen erklären. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

50. Wie oft nehmen Sie im beruflichen Alltag folgende Rollen ein? *jeweils zum Ankreuzen: nie, selten, manchmal, oft, sehr oft*

- Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
- Expert*in
- Berater*in
- Bildungsrolle/ Edukator*innenrolle



- Forscher*in
- Leitungsrolle/ Führungsrolle
- Fürsprecher*in

Bitte geben Sie für jede Rolle, die Sie einnehmen, wenn möglich mindestens ein Beispiel
Freitext

51. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in? (*Slider - Sehr unsicher bis sehr sicher*)

Patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung

In diesem Abschnitt fragen wir Sie, inwieweit andere Personen Sie um eine patient*innen- bzw. gesundheitsbezogene Einschätzung der Patient*innen bitten und zu welchen Themen Sie dabei konsultiert werden.

52. Wie oft bitten andere Pflegende außerhalb des PEC Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)

Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)

53. Wie oft fragen Patient*innen Sie außerhalb der regelhaften Besuche um Rat bzgl. gesundheitsbezogener Themen? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)

Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)

54. Wie oft bitten Hausarzt*innen Sie um eine patient*innenbezogene Einschätzung? (*niemals, einmal alle 3 Monate, einmal im Monat, einmal in der Woche, 3-4 mal in der Woche, einmal am Tag, mehr als einmal am Tag*)

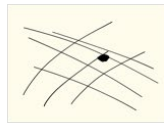
Ergänzung (wenn einmal alle 3 Monate oder öfter, dann): Zu welchen Themen werden Sie um eine Einschätzung gebeten? (*Freitext*)

Ausübung der PE Rolle

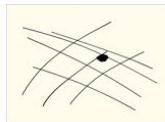
In diesem Abschnitt geht es um Ihre Erfahrungen als Pflegeexpert*in im beruflichen Alltag.

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu: *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

55. Ich fühle mich sicher, die individuellen Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen ermitteln zu können.
56. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und ggf. Angehörige in die Ermittlung individueller Versorgungsbedarfe einzubeziehen.
57. Ich fühle mich sicher, individuelle Versorgungspläne zu erstellen.
58. Ich fühle mich sicher, Patient*innen und Angehörige in die Erstellung der Versorgungsplanung mit einzubeziehen.
59. Ich kann Patient*innen und ggf. Angehörige auf Basis von pflegfachlichem Wissen umfassend informieren und beraten.
60. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Symptommanagement.
61. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Hausarzt*innen über Symptommanagement.



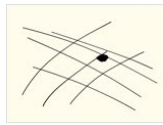
62. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über die Bewältigung ihres Alltags.
63. Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Patient*innen und ggf. Angehörigen über Themen wie Sorgen, Verluste, Niedergeschlagenheit, Wut, Trauer.
64. Ich bin in der Lage, wissenschaftliche Studien/Fachliteratur in Datenbanken zu recherchieren.
65. Ich bin in der Lage, aus wissenschaftlichen Studien/Fachliteratur Schlussfolgerungen für meine klinische Praxis abzuleiten.
66. Ich kann, innerhalb meines Kompetenzbereichs, eigenständig Entscheidungen treffen.
67. Als Pflegeexpert*in habe ich ein hohes Maß an Handlungsautonomie.
Wenn teils-teils oder mehr, dann: Bitten nennen Sie ein oder mehrere Beispiele. (Freitext)
68. Ich weiß, wo meine Verantwortung als Pflegeexpert*in liegt.
69. Ich möchte mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
70. Ich bekomme Aufgaben von Hausarzt*innen delegiert, die meiner Einschätzung nach für die Gesundheitsversorgung der Patient*innen **nicht** notwendig sind. *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu; wenn teils-teils und mehr, dann:*
Welche Beispiele können Sie dafür nennen?
71. Ich fühle mich kompetent, mit den Hausarzt*innen in einen fachlichen Dialog über die Notwendigkeit **delegierter** Leistungen zu treten. *wenn trifft nicht zu/trifft eher nicht zu, dann:*
Was würde Ihnen helfen, solch einen Dialog zu führen?
72. Ich stelle bei meinen Patient*innen zusätzliche Versorgungsbedarfe fest, die von Hausarzt*innen delegiert werden könnten. *Immer, oft, gelegentlich, selten, nie; wenn gelegentlich bis immer, dann:*
Welche Bedarfe stellen Sie am häufigsten fest?
Wer kann die damit einhergehenden Tätigkeiten übernehmen? Pflegeexpert*in, Hausarzt*in, Andere (Mehrfachantworten möglich)
Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu
73. Ich habe die Möglichkeit, Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf meine Rollenfindung und Ausübung der Rolle mit anderen zu reflektieren.
74. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber meinen Team-Kolleg*innen äußern zu können.
75. Ich habe das Gefühl, patient*innenbezogene Fragen und Unsicherheiten gegenüber den Hausarzt*innen äußern zu können.
76. Bei fachlichen Fragen und Unsicherheiten weiß ich, an wen ich mich wenden kann.
77. Es findet regelmäßig ein interprofessioneller Austausch zu einzelnen Patient*innen statt.
78. Wenn ich Sie brauche, sind die Hausarzt*innen für mich erreichbar.
79. Wenn ich Sie brauche, ist die PEC-Leitung für mich erreichbar.
80. Der Austausch mit den Kolleg*innen des PEC in Fallbesprechungen ist in Bezug auf die Entwicklung meiner Rolle als Pflegeexpert*in förderlich.
81. Die interprofessionelle Versorgung ist auf dem Papier geplant, findet in der alltäglichen Praxis jedoch nicht statt.
82. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird im interprofessionellen Team wertgeschätzt.
83. Mein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von den Patient*innen und ggf. ihren Angehörigen wertgeschätzt.
84. Die Kommunikation mit den Hausarzt*innen erlebe ich als partnerschaftlich.



85. Ich agiere als Pflegeexpert*in auf gleicher Augenhöhe mit den Hausarzt*innen.
86. Ich kann mich auf die Hausarzt*innen verlassen.
87. Die Hausarzt*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.

Matrix mit Stimme nicht zu, Stimme eher nicht zu, unsicher, Stimme eher zu, Stimme zu

88. Die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen schätze ich folgendermaßen ein:
Schieber sehr gut – überhaupt nicht gut
89. Bitte geben Sie an, wie belastet Sie sich in der Rolle der Pflegeexpert*in fühlen:
Schieber gar nicht belastet – sehr belastet
90. Wenn Sie sich belastet fühlen, benennen Sie bitte die wichtigsten Faktoren, die dazu führen.
Freitext.
91. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für die Patient*innen und ihre Angehörigen. (Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist)
92. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse Ihrer Rolle für das interprofessionelle Team (Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist)



FB4-11a Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert

Motivation zur Studienteilnahme

1. Wie haben Sie von der Studie HiH erfahren? Mehrfachantworten möglich. Kolleg*in, Ärztenetz, Patient*innen/Angehörige, Studienleiter, Pflegeexpert*innen, Zeitungsartikel/ Infobroschüre, Anders und zwar: _____
2. Was war Ihre Hauptmotivation, an der Studie teilzunehmen? *Freitext. Bitte nennen Sie mindestens einen Grund:*

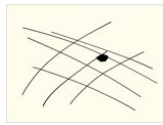
Allgemeine Angaben zur Praxis

3. Wie groß ist Ihr derzeitiger Patient*innenstamm? Unter 500, 500-1000, 1000-1500, 1500-2000, mehr als 2000
4. Gibt es in Ihrer Praxis Medizinische Fachangestellte bzw. VERAH[®]/NäPa⁴, die Patient*innen in der Häuslichkeit aufsuchen? Ja, Nein, keine Angabe
5. Haben Sie bereits vor diesem Projekt mit Pflegeexpert*innen oder Advanced Practice Nurses zusammengearbeitet? Ja, Nein, Unsicher

Auswahl und Rekrutierung von Patient*innen

6. Liegen in Ihrer Praxis Infobroschüren zum Projekt HiH aus? Ja, Nein, keine Angabe
7. Welche Gründe gibt es, die dazu führen, dass Sie Patient*innen an das PEC überweisen bzw. überweisen würden? *Mehrfachnennungen möglich.*
 - Mir fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*in benötigt mehr Hausbesuche als ich leisten kann.
 - Patient*in wohnt zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*in hat zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*in benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
8. Haben Sie bereits Patient*innen überwiesen? Ja, weiter zu Frage 10. Nein, weiter zu Frage 9.
9. Aus welchen Gründen haben Sie bisher keine Patient*innen an das PEC überwiesen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Ich habe keine Zeit, mich um die Rekrutierung von Patient*innen zu kümmern.
 - Ich habe keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Mir ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*
 - a. Ich habe Patient*innen angesprochen, diese haben aber einer Teilnahme nicht zugestimmt aus folgendem Grund bzw. aus folgenden Gründen: *Mehrfachnennungen möglich*
 - Pat. möchten lieber nur von mir als HA behandelt werden.

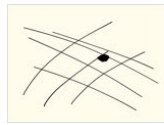
⁴ VERAH[®]: Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis/ NäPa: Nichtärztliche Praxisassistentin



- Pat. möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.
 - Pat. sehen keinen Mehrwert für sich.
 - Pat. finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Pat. möchten nicht, dass ihre Daten weitergegeben werden.
Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
 - b. Patient*in hätte teilgenommen, aber die Angehörigen haben eine Teilnahme abgelehnt. Welche Gründe nennen die Angehörigen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Angehörige möchten, dass Patient*in lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Angehörige möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.
 - Angehörige sehen für sich und den/die Patient*in keinen Mehrwert durch die Pflegeexpert*in.
 - Angehörige finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Angehörige möchten nicht, dass die Daten des/der Patient*in weitergegeben werden.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
10. Wenn Patient*innen prinzipiell in Frage kommen: Was sind die häufigsten Gründe, die eine Teilnahme an der Studie verhindern? *Bitte max. zwei Gründe nennen*
- Ausschließlich akute Erkrankung (z.B. grippaler Infekt)
 - Keine chronische Erkrankung
 - Aktuelle stationäre Krankenhausbehandlung
 - Wiederholte Arztkontakte unwahrscheinlich
 - Fehlende Einwilligung
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
11. Welche Gründe gibt es, Patient*innen, die die Einschlusskriterien formal erfüllen, die Teilnahme an der Studie **nicht** zu empfehlen? *Mehrfachnennungen möglich*
- Behandlung der/des Patient*in ist zu komplex, sollte nur von mir als Arzt/Ärztin behandelt werden.
 - Patient*in hat keinen Bedarf an zusätzlicher Versorgung durch Pflegeexpert*innen.
 - Zusätzlicher Versorgungsbedarf wird bereits durch Verah/NäPa abgedeckt.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
12. Wer informiert die Patient*innen/Angehörige hauptsächlich über die Studie?
- Ich als Hausärztin/Hausarzt
 - Die Mitarbeiter*innen in meiner Praxis
 - Die Pflegeexpert*innen
 - Mitarbeiter*innen in den Pflegeheimen
 - Andere, und zwar: *Freitext*

Rolle und Rollenausübung der Pflegeexpert*innen

13. Welche Rollen verbinden Sie mit der Tätigkeit der Pflegeexpert*innen? Bitte bewerten Sie die einzelnen Rollen auf einer Skala von 1-100 (1= trifft nicht zu, 100 trifft zu)
- Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
 - Rolle der Expert*in
 - Rolle der Berater*in
 - Bildungsrolle/ Edukatorenrolle
 - Rolle der Forscher*in



- Leitungsrolle/ Führungsrolle
- Rolle der Fürsprecher*in

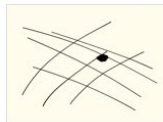
Fragen 14-18 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

14. Ich kann die Rolle der Pflegeexpert*innen den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären.
15. Die Pflegeexpert*innen haben einen eigenständigen Kompetenzbereich.
16. Ich weiß, wo die Verantwortung der Pflegeexpert*in liegt.
17. Die Pflegeexpert*innen sollten mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
18. Die Pflegeexpert*innen haben ein hohes Maß an Handlungsautonomie. Bitten nennen Sie ggf. ein oder mehrere Beispiel/e (Freitext)

Einschätzung der Erfahrungen im Arbeitsalltag

Fragen 19-35 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

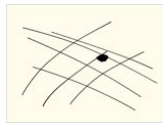
19. Ich empfinde die Einschätzung der Pflegeexpert*innen bzgl. individueller Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen als hilfreich.
20. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als fachlich kompetent.
21. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als lösungsorientiert.
22. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen personen-zentriert.
23. Die Pflegeexpert*innen leisten einen unabhängigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen.
24. Die Pflegeexpert*innen sind in der Lage, Vorschläge für die Versorgung/Behandlung der Patient*innen zu machen, die fachlich fundiert sind.
25. In der Zusammenarbeit schätze ich die pflegfachliche Expertise und Fähigkeit der Pflegeexpert*innen, Entscheidungen über die Versorgung der Patient*innen treffen zu können.
26. Die Pflegeexpert*innen stellen bei meinen Patient*innen Versorgungsbedarfe fest, die mir nicht bekannt waren.
 - a. Wenn teils-teils, trifft eher zu und trifft zu: Welche Bedarfe stellen die Pflegeexpert*innen am häufigsten fest?
27. Ich kann mich bei patient*innenbezogenen pflegfachlichen Fragen und Unsicherheiten an die Pflegeexpert*innen wenden.
28. Ich tausche mich regelmäßig mit den Pflegeexpert*innen zu einzelnen Patient*innen aus.
29. Ich bin für die Pflegeexpert*innen stets schnell erreichbar.
30. Die Pflegeexpert*innen sind für mich stets schnell erreichbar.
31. Die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen erlebe ich als partnerschaftlich.
32. Ich agiere auf gleicher Augenhöhe mit den Pflegeexpert*innen.
33. Ich kann mich auf die Pflegeexpert*innen verlassen.
34. Die Pflegeexpert*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.



35. Ich reflektiere mit den Pflegeexpert*innen Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf ihre Rollenfindung und Ausübung dieser Rolle.
36. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für die Patient*innen und ihre Angehörigen. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.*
37. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für alle an der Versorgung Beteiligten? *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist*

Soziodemografische Angaben

38. Angabe des Alters als Spanne. 25-30, 30-35, 35-40, 40-45, 45-50, 50-55, 55-60, 60-65, 65 und älter
39. Geschlecht. Männlich, weiblich, divers
40. Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt seit 0-10 Jahren, 10-20 Jahren, 20-30 Jahren, 30 Jahren und länger



FB4-10b Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert

Motivation zur Studienteilnahme

1. Wie haben Sie von der Studie HiH erfahren? Mehrfachantworten möglich. Kolleg*in, Ärztenetz, Patient*innen/Angehörige, Studienleiter, Pflegeexpert*innen, Zeitungsartikel/ Infobroschüre, Anders und zwar: *Freitext*
2. Was war Ihre Hauptmotivation, an der Studie teilzunehmen? *Freitext. Bitte nennen Sie mindestens einen Grund:*

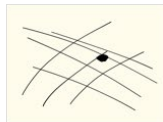
Allgemeine Angaben zur Praxis

3. Wie groß ist Ihr derzeitiger Patient*innenstamm? Unter 500, 500-1000, 1000-1500, 1500-2000, mehr als 2000
4. Gibt es in Ihrer Praxis Medizinische Fachangestellte bzw. VERAH[®]/NäPa⁵, die Patient*innen in der Häuslichkeit aufsuchen? Ja, Nein, keine Angabe
5. Haben Sie bereits vor diesem Projekt mit Pflegeexpert*innen oder Advanced Practice Nurses zusammengearbeitet? Ja, Nein, Unsicher

Auswahl und Rekrutierung von Patient*innen

6. Liegen in Ihrer Praxis Infobroschüren zum Projekt HiH aus? Ja, Nein, keine Angabe
7. Welche Gründe gibt es, die dazu führen, dass Sie Patient*innen an das PEC überweisen bzw. überweisen würden? *Mehrfachnennungen möglich.*
 - Mir fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*in benötigt mehr Hausbesuche als ich leisten kann.
 - Patient*in wohnt zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*in hat zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*in benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
8. Haben Sie bereits Patient*innen überwiesen? Ja, weiter zu Frage 10. Nein, weiter zu Frage 9.
9. Aus welchen Gründen haben Sie bisher keine Patient*innen an das PEC überwiesen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Ich habe keine Zeit, mich um die Rekrutierung von Patient*innen zu kümmern.
 - Ich habe keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Mir ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*
 - a. Ich habe Patient*innen angesprochen, diese haben aber einer Teilnahme nicht zugestimmt aus folgendem Grund bzw. aus folgenden Gründen: *Mehrfachnennungen möglich*
 - Pat. möchten lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Pat. möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.

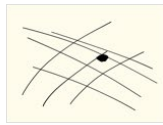
⁵ VERAH[®]: Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis/ NäPa: Nichtärztliche Praxisassistentin



- Pat. sehen keinen Mehrwert für sich.
 - Pat. finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Pat. möchten nicht, dass ihre Daten weitergegeben werden.
Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
 - b. Patient*in hätte teilgenommen, aber die Angehörigen haben eine Teilnahme abgelehnt. Welche Gründe nennen die Angehörigen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Angehörige möchten, dass Patient*in lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Angehörige möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.
 - Angehörige sehen für sich und den/die Patient*in keinen Mehrwert durch die Pflegeexpert*in.
 - Angehörige finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Angehörige möchten nicht, dass die Daten des/der Patient*in weitergegeben werden.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
10. Wenn Patient*innen prinzipiell in Frage kommen: Was sind die häufigsten Gründe, die eine Teilnahme an der Studie verhindern? *Bitte max. zwei Gründe nennen*
- Ausschließlich akute Erkrankung (z.B. grippaler Infekt)
 - Keine chronische Erkrankung
 - Aktuelle stationäre Krankenhausbehandlung
 - Wiederholte Arztkontakte unwahrscheinlich
 - Fehlende Einwilligung
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
11. Welche Gründe gibt es, Patient*innen, die die Einschlusskriterien formal erfüllen, die Teilnahme an der Studie **nicht** zu empfehlen? *Mehrfachnennungen möglich*
- Behandlung der/des Patient*in ist zu komplex, sollte nur von mir als Arzt/Ärztin behandelt werden.
 - Patient*in hat keinen Bedarf an zusätzlicher Versorgung durch Pflegeexpert*innen.
 - Zusätzlicher Versorgungsbedarf wird bereits durch Verah/NäPa abgedeckt.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
12. Wer informiert die Patient*innen/Angehörige hauptsächlich über die Studie?
- Ich als Hausärztin/Hausarzt
 - Die Mitarbeiter*innen in meiner Praxis
 - Die Pflegeexpert*innen
 - Mitarbeiter*innen in den Pflegeheimen
 - Andere, und zwar: *Freitext*

Rolle und Rollenausübung der Pflegeexpert*innen

13. Welche Rollen verbinden Sie mit der Tätigkeit der Pflegeexpert*innen? Bitte bewerten Sie die einzelnen Rollen auf einer Skala von 1-100 (1= trifft nicht zu, 100 trifft zu)
- Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
 - Rolle der Expert*in
 - Rolle der Berater*in
 - Bildungsrolle/ Edukatorenrolle
 - Rolle der Forscher*in
 - Leitungsrolle/ Führungsrolle



- Rolle der Fürsprecher*in

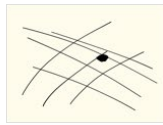
Fragen 14-22 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

14. Ich kann die Rolle der Pflegeexpert*innen den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären.
15. Ich weiß, wie sich die Rolle der*des Pflegeexpert*in von anderen pflegerischen Rollen abgrenzt.
16. Ich weiß, wie sich die Rolle der*des Pflegeexpert*in von der Rolle der weitergebildeten Medizinischer Fachangestellten (VERAH/NäPa) abgrenzt.
17. Die Pflegeexpert*innen haben einen eigenständigen Kompetenzbereich.
18. Ich weiß, wo die Verantwortung der Pflegeexpert*in liegt.
19. Die Pflegeexpert*innen sollten mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
20. Die Pflegeexpert*innen haben ein hohes Maß an Handlungsautonomie. Bitte nennen Sie ggf. ein oder mehrere Beispiel/e (Freitext)
21. Ich reflektiere mit den Pflegeexpert*innen Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf ihre Rollenfindung und Ausübung dieser Rolle.
22. Durch die Flutkatastrophe hat sich der Bedarf an Pflegeexpert*innen als ergänzende Rolle im Gesundheitssystem erhöht

Einschätzung der Erfahrungen im Arbeitsalltag

Fragen 23-37 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

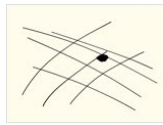
23. Nach der Flutkatastrophe hat sich die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen verändert. Wenn trifft zu/ trifft eher zu/teils-teils, dann 23a Freitext
 - a. Bitte beschreiben Sie kurz, was sich verändert hat.
24. Ich empfinde die Einschätzung der Pflegeexpert*innen bzgl. individueller Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen als hilfreich.
25. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als fachlich kompetent.
26. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als lösungsorientiert.
27. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen personen-zentriert.
28. Die Pflegeexpert*innen leisten einen unabhängigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen.
29. Die Pflegeexpert*innen sind in der Lage, Vorschläge für die Versorgung/Behandlung der Patient*innen zu machen, die fachlich fundiert sind.
30. In der Zusammenarbeit schätze ich die pflegfachliche Expertise und Fähigkeit der Pflegeexpert*innen, Entscheidungen über die Versorgung der Patient*innen treffen zu können.
31. Der Beitrag der Pflegeexpert*innen zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von Patient*innen und ggf. Angehörigen wertgeschätzt.
32. Die Pflegeexpert*innen stellen bei meinen Patient*innen Versorgungsbedarfe fest, die mir nicht bekannt waren.
 - a. *Wenn teils-teils, trifft eher zu und trifft zu:* Welche Bedarfe stellen die Pflegeexpert*innen am häufigsten fest?



33. Ich kann mich bei patient*innenbezogenen pflegefachlichen Fragen und Unsicherheiten an die Pflegeexpert*innen wenden.
 34. Ich tausche mich regelmäßig mit den Pflegeexpert*innen zu einzelnen Patient*innen aus.
 35. Ich bin für die Pflegeexpert*innen stets schnell erreichbar.
 36. Die Pflegeexpert*innen sind für mich stets schnell erreichbar.
 37. Die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen erlebe ich als partnerschaftlich.
 38. Ich schätze die Qualität der Kommunikation mit den PE folgendermaßen ein: *Skala 1-100 überhaupt nicht gut - sehr gut*
- Fragen 39-41 Matrix mit *trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
39. Ich agiere auf gleicher Augenhöhe mit den Pflegeexpert*innen.
 40. Ich kann mich auf die Pflegeexpert*innen verlassen.
 41. Die Pflegeexpert*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.
 42. Die Zusammenarbeit mit der*dem Pflegeexpert*in schätze ich folgendermaßen ein: *Skala 1-100 überhaupt nicht gut - sehr gut*
 43. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für die Patient*innen und ihre Angehörigen. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.*
 44. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für alle an der Versorgung Beteiligten? *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist*

Soziodemografische Angaben

45. Angabe des Alters als Spanne. 25-30, 30-35, 35-40, 40-45, 45-50, 50-55, 55-60, 60-65, 65 und älter
46. Geschlecht. Männlich, weiblich, divers
47. Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt seit 0-10 Jahren, 10-20 Jahren, 20-30 Jahren, 30 Jahren und länger



FB4-9c Fragebogen Hausärzt*innen Online/papier-basiert

Motivation zur Studienteilnahme

1. Wie haben Sie von der Studie HiH erfahren? Mehrfachantworten möglich. Kolleg*in, Ärztenetz, Patient*innen/Angehörige, Studienleiter, Pflegeexpert*innen, Zeitungsartikel/ Infobroschüre, Anders und zwar: *Freitext*
2. Was war Ihre Hauptmotivation, an der Studie teilzunehmen? *Freitext*. Bitte nennen Sie mindestens einen Grund:

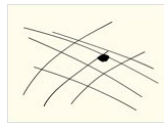
Allgemeine Angaben zur Praxis

3. Wie groß ist Ihr derzeitiger Patient*innenstamm? Unter 500, 500-1000, 1000-1500, 1500-2000, mehr als 2000
4. Gibt es in Ihrer Praxis Medizinische Fachangestellte bzw. VERAH⁶/NäPa⁶, die Patient*innen in der Häuslichkeit aufsuchen? Ja, Nein, keine Angabe
5. Haben Sie bereits vor diesem Projekt mit Pflegeexpert*innen oder Advanced Practice Nurses zusammengearbeitet? Ja, Nein, Unsicher

Auswahl und Rekrutierung von Patient*innen

6. Liegen in Ihrer Praxis Infobroschüren zum Projekt HiH aus? Ja, Nein, keine Angabe
7. Welche Gründe gibt es, die dazu führen, dass Sie Patient*innen an das PEC überweisen bzw. überweisen würden? *Mehrfachnennungen möglich*.
 - Mir fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*in benötigt mehr Hausbesuche als ich leisten kann.
 - Patient*in wohnt zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*in hat zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*in benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
8. Haben Sie bereits Patient*innen überwiesen? Ja, weiter zu Frage 10. Nein, weiter zu Frage 9.
9. Aus welchen Gründen haben Sie bisher keine Patient*innen an das PEC überwiesen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Ich habe keine Zeit, mich um die Rekrutierung von Patient*innen zu kümmern.
 - Ich habe keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Mir ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*
 - c. Ich habe Patient*innen angesprochen, diese haben aber einer Teilnahme nicht zugestimmt aus folgendem Grund bzw. aus folgenden Gründen: *Mehrfachnennungen möglich*
 - Pat. möchten lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Pat. möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.

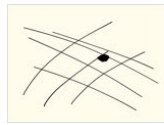
⁶ VERAH[®]: Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis/ NäPa: Nichtärztliche Praxisassistentin



- Pat. sehen keinen Mehrwert für sich.
 - Pat. finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Pat. möchten nicht, dass ihre Daten weitergegeben werden.
Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
 - d. Patient*in hätte teilgenommen, aber die Angehörigen haben eine Teilnahme abgelehnt. Welche Gründe nennen die Angehörigen? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Angehörige möchten, dass Patient*in lieber nur von mir als HA behandelt werden.
 - Angehörige möchten keine neue Person in die Behandlung involviert haben.
 - Angehörige sehen für sich und den/die Patient*in keinen Mehrwert durch die Pflegeexpert*in.
 - Angehörige finden den bürokratischen Aufwand zu hoch.
 - Angehörige möchten nicht, dass die Daten des/der Patient*in weitergegeben werden.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
10. Wenn Patient*innen prinzipiell in Frage kommen: Was sind die häufigsten Gründe, die eine Teilnahme an der Studie verhindern? *Bitte max. zwei Gründe nennen*
- Ausschließlich akute Erkrankung (z.B. grippaler Infekt)
 - Keine chronische Erkrankung
 - Aktuelle stationäre Krankenhausbehandlung
 - Wiederholte Arztkontakte unwahrscheinlich
 - Fehlende Einwilligung
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
11. Welche Gründe gibt es, Patient*innen, die die Einschlusskriterien formal erfüllen, die Teilnahme an der Studie **nicht** zu empfehlen? *Mehrfachnennungen möglich*
- Behandlung der/des Patient*in ist zu komplex, sollte nur von mir als Arzt/Ärztin behandelt werden.
 - Patient*in hat keinen Bedarf an zusätzlicher Versorgung durch Pflegeexpert*innen.
 - Zusätzlicher Versorgungsbedarf wird bereits durch Verah/NäPa abgedeckt.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
12. Wer informiert die Patient*innen/Angehörige hauptsächlich über die Studie?
- Ich als Hausärztin/Hausarzt
 - Die Mitarbeiter*innen in meiner Praxis
 - Die Pflegeexpert*innen
 - Mitarbeiter*innen in den Pflegeheimen
 - Andere, und zwar: *Freitext*

Rolle und Rollenausübung der Pflegeexpert*innen

13. Welche Rollen verbinden Sie mit der Tätigkeit der Pflegeexpert*innen? Bitte bewerten Sie die einzelnen Rollen auf einer Skala von 1-100 (1= trifft nicht zu, 100 trifft zu)
- Klinische Rolle (direkte Patientenversorgung)
 - Rolle der Expert*in
 - Rolle der Berater*in
 - Bildungsrolle/ Edukatorenrolle
 - Rolle der Forscher*in
 - Leitungsrolle/ Führungsrolle



- Rolle der Fürsprecher*in

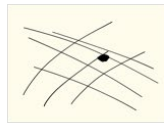
Fragen 14-22 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

14. Ich kann die Rolle der Pflegeexpert*innen den Patient*innen und ggf. deren Angehörigen erklären.
15. Ich weiß, wie sich die Rolle der*des Pflegeexpert*in von anderen pflegerischen Rollen abgrenzt.
16. Ich weiß, wie sich die Rolle der*des Pflegeexpert*in von der Rolle der weitergebildeten Medizinischer Fachangestellten (VERAH/NäPa) abgrenzt.
17. Die Pflegeexpert*innen haben einen eigenständigen Kompetenzbereich.
18. Ich weiß, wo die Verantwortung der Pflegeexpert*in liegt.
19. Die Pflegeexpert*innen sollten mehr Verantwortung in der Versorgung der Patient*innen übernehmen.
20. Die Pflegeexpert*innen haben ein hohes Maß an Handlungsautonomie. Bitte nennen Sie ggf. ein oder mehrere Beispiel/e (Freitext)
21. Ich reflektiere mit den Pflegeexpert*innen Herausforderungen oder Konflikte in Bezug auf ihre Rollenfindung und Ausübung dieser Rolle.
22. Durch die Flutkatastrophe hat sich der Bedarf an Pflegeexpert*innen als ergänzende Rolle im Gesundheitssystem erhöht

Einschätzung der Erfahrungen im Arbeitsalltag

Fragen 23-37 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*

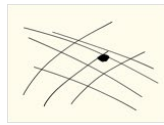
23. Nach der Flutkatastrophe hat sich die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen verändert. Wenn trifft zu/ trifft eher zu/teils-teils, dann 23a Freitext
 - a. Bitte beschreiben Sie kurz, was sich verändert hat.
24. Ich empfinde die Einschätzung der Pflegeexpert*innen bzgl. individueller Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen als hilfreich.
25. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als fachlich kompetent.
26. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen als lösungsorientiert.
27. Ich erlebe die Pflegeexpert*innen in der Kommunikation über Patient*innen personen-zentriert.
28. Die Pflegeexpert*innen leisten einen unabhängigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen.
29. Die Pflegeexpert*innen sind in der Lage, Vorschläge für die Versorgung/Behandlung der Patient*innen zu machen, die fachlich fundiert sind.
30. In der Zusammenarbeit schätze ich die pflegfachliche Expertise und Fähigkeit der Pflegeexpert*innen, Entscheidungen über die Versorgung der Patient*innen treffen zu können.
31. Der Beitrag der Pflegeexpert*innen zur gesundheitlichen Versorgung der Patient*innen wird von Patient*innen und ggf. Angehörigen wertgeschätzt.
32. Die Pflegeexpert*innen stellen bei meinen Patient*innen Versorgungsbedarfe fest, die mir nicht bekannt waren.
 - a. *Wenn teils-teils, trifft eher zu und trifft zu:* Welche Bedarfe stellen die Pflegeexpert*innen am häufigsten fest?



33. Ich kann mich bei patient*innenbezogenen pflegefachlichen Fragen und Unsicherheiten an die Pflegeexpert*innen wenden.
34. Ich tausche mich regelmäßig mit den Pflegeexpert*innen zu einzelnen Patient*innen aus.
35. Ich bin für die Pflegeexpert*innen stets schnell erreichbar.
36. Die Pflegeexpert*innen sind für mich stets schnell erreichbar.
37. Die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen erlebe ich als partnerschaftlich.
38. Ich schätze die Qualität der Kommunikation mit den PE folgendermaßen ein: *Skala 1-100 überhaupt nicht gut - sehr gut*
- Fragen 39-41 *Matrix mit trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, teils-teils, trifft eher zu, trifft zu*
39. Ich agiere auf gleicher Augenhöhe mit den Pflegeexpert*innen.
40. Ich kann mich auf die Pflegeexpert*innen verlassen.
41. Die Pflegeexpert*innen und ich verfolgen hinsichtlich der Patient*innenversorgung die gleichen Ziele.
42. Die Zusammenarbeit mit der*dem Pflegeexpert*in schätze ich folgendermaßen ein: *Skala 1-100 überhaupt nicht gut - sehr gut*
43. Durch die Pflegeexpert*innen werde ich in meiner Arbeit als Hausärzt*in entlastet.
- Wenn teils-teils, trifft eher zu und trifft zu* Bitte beschreiben Sie, inwiefern die Pflegeexpert*in Sie entlastet.
 - Wenn trifft eher nicht zu, trifft nicht zu* Bitte erläutern Sie.
44. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für die Patient*innen und ihre Angehörigen. *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist.*
45. Nennen Sie die drei wichtigsten positiven Ergebnisse des Einsatzes der Pflegeexpert*innen für alle an der Versorgung Beteiligten? *Drei Freitext-Felder mit folgendem Hinweis: Bitte listen Sie die Antworten der Wichtigkeit nach auf, wobei Nr. 1. am wichtigsten ist*

Soziodemografische Angaben

46. Angabe des Alters als Spanne. 25-30, 30-35, 35-40, 40-45, 45-50, 50-55, 55-60, 60-65, 65 und älter
47. Geschlecht. Männlich, weiblich, divers
- Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt seit 0-10 Jahren, 10-20 Jahren, 20-30 Jahren, 30 Jahren und länger



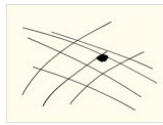
FB3-11a Fragebogen Studienleitung Online

Implementierung - Angaben zur Anzahl von Hausärzt*innen

1. Wie viele Hausärzt*innen gibt es in dem Einzugsgebiet, das zu Beginn der Studie definiert wurde?
2. Wie viele Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
3. Wie viele Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
4. Wie viele Hausärzt*innen gibt es im aktuell erweiterten Einzugsgebiet?
5. Wie viele Hausärzt*innen des erweiterten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
6. Wie viele der Hausärzt*innen des erweiterten Einzugsgebiets haben Patient*innen überwiesen?
7. Wenn teilnehmende Ärzt*innen bis jetzt keine Patient*innen an das PEC überwiesen haben, welche Gründe nennen werden dafür genannt? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Hausärzt*innen haben grundsätzlich keine Zeit für die Rekrutierung von Patient*innen
 - Hausärzt*innen haben aufgrund der COVID-19 Pandemie keine Zeit für die Rekrutierung von Patient*innen.
 - Hausärzt*innen haben keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Den Hausärzt*innen ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*

Teilnahme- und Nichtteilnahmegründe

8. Welche Gründe geben Ärzt*innen an, warum Sie an der Studie teilnehmen? Nennen Sie die drei häufigsten Gründe.
 - Den Hausärzt*innen fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*innen benötigt mehr Hausbesuche als Hausärzt*innen leisten können.
 - Patient*innen wohnen zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*innen haben zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*innen benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
9. Welche Gründe geben Ärzt*innen an, warum sie nicht teilnehmen? Nennen Sie die drei häufigsten Gründe.
 - Hausärzt*innen haben grundsätzlich kein Interesse an einer Studie teilzunehmen.
 - Hausärzt*innen finden den bürokratischen Aufwand für die Teilnahme an dieser Studie zu hoch.
 - Hausärzt*innen beschäftigen VERAH/NäPa.
 - Hausärzt*innen haben kein Interesse an einer Studie teilzunehmen, in der es um Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen geht.



- Hausärzt*innen sehen keinen Bedarf für zusätzliche Versorgungsstrukturen.
- Hausärzt*innen können den Mehrwert für Patient*innen nicht erkennen.
- Hausarztpraxis ist mit den Umständen der COVID-19 Pandemie ausgelastet und hat keine zeitlichen Ressourcen für eine Studienteilnahme.

Angaben zur potenziellen Patient*innenanzahl

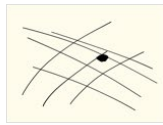
10. Wie viele potentielle Patient*innen leben in dem Einzugsgebiet, das zu Beginn der Studie definiert wurde?
11. Wie viele Patient*innen aus dem zum Studienbeginn definierten Einzugsgebiet sind überwiesen worden?
12. Wie viele potentielle Patient*innen leben im aktuell erweiterten Einzugsgebiet?
13. Wie viele Patient*innen des erweiterten Einzugsgebiets sind überwiesen worden?

Stationäre Pflegeeinrichtungen

14. Wie viele stationäre Pflegeeinrichtungen gibt es in dem Einzugsgebiet, das zu Beginn der Studie definiert wurde?
15. Haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen, die in stationären Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets leben? Ja → 16 und 17, Nein → 18
16. Aus wie vielen Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen?
17. Wie viele Patient*innen wurden aus den Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets überwiesen?
18. Wie viele stationäre Pflegeeinrichtungen gibt es im aktuell erweiterten Einzugsgebiet?
19. Haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen, die in stationären Pflegeeinrichtungen des erweiterten Einzugsgebiets leben? Ja → 20 und 21, Nein → 22
20. Aus wie vielen stationären Pflegeeinrichtungen des erweiterten Einzugsgebiets haben Hausärzt*innen Patient*innen an das PEC überwiesen?
21. Wie viele Patient*innen wurden aus Einrichtungen des erweiterten Einzugsgebiets überwiesen?

Andere Einrichtungen (z.B. Hospizverein, Pflegestützpunkt, ambulante Dienste)

22. Gibt es andere Einrichtungen/Institutionen, auf deren Initiative hin Patient*innen überwiesen wurden? Ja → weiter mit 23 und 24, Nein → Ende
23. Um welche Art von Einrichtung(en)/Institution(en) handelte es sich dabei?
24. Wie viele Patient*innen wurden jeweils überwiesen?



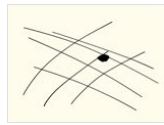
FB3-10b Fragebogen Studienleitung Online

Implementierung - Angaben zur Anzahl von Hausärzt*innen

1. Wie viele Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
2. Wie viele der teilnehmenden Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben Patient*innen überwiesen? Wie viele Hausärzt*innen des zu Beginn definierten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
3. Wie oft wurde das zu Beginn definierte Einzugsgebiet erweitert?
4. Wie viele Hausärzt*innen gibt es im gesamten erweiterten Einzugsgebiet?
5. Wie viele Hausärzt*innen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets haben sich bis jetzt bereit erklärt an der Studie teilzunehmen?
6. Wie viele der teilnehmenden Hausärzt*innen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets haben Patient*innen überwiesen?
7. Wenn teilnehmende Ärzt*innen bis jetzt keine Patient*innen an das PEC überwiesen haben, welche Gründe nennen werden dafür genannt? *Mehrfachnennungen möglich*
 - Hausärzt*innen haben grundsätzlich keine Zeit für die Rekrutierung von Patient*innen
 - Hausärzt*innen haben aufgrund der COVID-19 Pandemie keine Zeit für die Rekrutierung von Patient*innen.
 - Hausärzt*innen haben keine Patient*innen, die durch die Pflegeexpert*innen betreut werden können.
 - Den Hausärzt*innen ist der bürokratische Aufwand zu hoch.
 - Andere Gründe: *Freitext*

Teilnahme- und Nichtteilnahmegründe

8. Welche Gründe geben Ärzt*innen an, warum Sie an der Studie teilnehmen? Nennen Sie die drei häufigsten Gründe.
 - Den Hausärzt*innen fehlt generell die Zeit für Hausbesuche.
 - Patient*innen benötigt mehr Hausbesuche als Hausärzt*innen leisten können.
 - Patient*innen wohnen zu weit von der Praxis entfernt.
 - Patient*innen haben zusätzlich zur medizinischen Behandlung Bedarfe, die durch die Pflegeexpert*innen gedeckt werden können.
 - Patient*innen benötigt Beratung und Begleitung in Bezug auf spezielle gesundheitliche Themen.
 - Andere Gründe, nämlich: *Freitext*
9. Welche Gründe geben Ärzt*innen an, warum sie nicht teilnehmen? Nennen Sie die drei häufigsten Gründe.
 - Hausärzt*innen haben grundsätzlich kein Interesse an einer Studie teilzunehmen.
 - Hausärzt*innen finden den bürokratischen Aufwand für die Teilnahme an dieser Studie zu hoch.
 - Hausärzt*innen beschäftigen VERAH/NäPa.
 - Hausärzt*innen haben kein Interesse an einer Studie teilzunehmen, in der es um Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen geht.
 - Hausärzt*innen sehen keinen Bedarf für zusätzliche Versorgungsstrukturen.



- Hausärzt*innen können den Mehrwert für Patient*innen nicht erkennen.
- Hausarztpraxis ist mit den Umständen der COVID-19 Pandemie ausgelastet und hat keine zeitlichen Ressourcen für eine Studienteilnahme.

Angaben zur potenziellen Patient*innenanzahl

10. Wie viele Patient*innen aus dem zum Studienbeginn definierten Einzugsgebiet sind überwiesen worden?
11. Wie viele potentielle Patient*innen leben im gesamten erweiterten Einzugsgebiet?
12. Wie viele Patient*innen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets sind überwiesen worden?

Stationäre Pflegeeinrichtungen

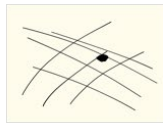
13. Aus wie vielen Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen?
14. Wie viele Patient*innen wurden aus den Pflegeeinrichtungen des zu Studienbeginn definierten Einzugsgebiets überwiesen?
15. Wie viele stationäre Pflegeeinrichtungen gibt es im gesamten erweiterten Einzugsgebiet?
16. Haben Hausärzt*innen Patient*innen überwiesen, die in stationären Pflegeeinrichtungen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets leben? Ja → 17 und 18, Nein → 19
17. Aus wie vielen stationären Pflegeeinrichtungen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets haben Hausärzt*innen Patient*innen an das PEC überwiesen?
18. Wie viele Patient*innen wurden aus Einrichtungen des gesamten erweiterten Einzugsgebiets überwiesen?

Andere Einrichtungen (z.B. Hospizverein, Pflegestützpunkt, ambulante Dienste)

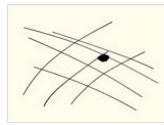
19. Gibt es andere Einrichtungen/Institutionen, auf deren Initiative hin Patient*innen überwiesen wurden? Ja → weiter mit 20, Nein → weiter mit 23
20. Um welche Art von Einrichtung(en)/Institution(en) handelte es sich dabei?
21. Wie viele Einrichtungen/Institutionen sind das?
22. Wie viele Patient*innen wurden jeweils überwiesen?

Kontext Flutkatastrophe

23. Waren Hausarztpraxen von der Hochwasserkatastrophe betroffen, so das ein regelhafter Praxisbetrieb für mind. zwei Wochen oder länger nicht gewährleistet werden konnte? Wenn ja, wie viele Hausarztpraxen waren von der Hochwasserkatastrophe betroffen? Bitte beschreiben Sie kurz, wie die Hausarztpraxen betroffen waren.
24. Sind Hausärzt*innen als Folge der Hochwasserkatastrophe dem Projekt beigetreten? Wenn ja, wie viele?
25. Sind Hausärzt*innen aufgrund der Hochwasserkatastrophe aus dem Projekt ausgetreten? Wenn ja, wie viele?
26. Waren Patient*innen von der Hochwasserkatastrophe betroffen? Wenn ja, wie viele Pat. waren von der Hochwasserkatastrophe betroffen? Bitte beschreiben Sie kurz, wie die Patient*innen betroffen waren.
27. Sind Patient*innen als Folge der Hochwasserkatastrophe von Hausärzt*innen überwiesen worden? Wenn ja, wie viele?
28. Gab es Patient*innen, die als Folge der Hochwasserkatastrophe innerhalb der ersten vier Wochen nach dieser **keinen Kontakt** zu den PE hatte? Wenn ja, wie viele?



29. Gab es Patient*innen, die als Folge der Hochwasserkatastrophe innerhalb der ersten vier Wochen nach dieser **mehr Kontakt** mit den Pflegeexpert*innen hatten als ursprünglich geplant? Wenn ja, wie viele?
30. Sind Patient*innen aufgrund der Hochwasserkatastrophe aus dem Projekt ausgeschieden? Wenn ja, wie viele? Wenn ja, was waren die Gründe.



I1-3a Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview

Motivation und Rolle

1. Was hat Sie dazu motiviert, sich auf die die Rolle der PE Teamleitung im HiH Projekt zu bewerben und die Stelle anzutreten?

Befähigung und Förderung

2. Welche Anforderungen erleben und erwarten Sie als Teamleitung der Pflegeexpert*innen?
3. Welche Anforderungen erleben und erwarten Sie für die Rolle der Pflegeexpert*innen?
4. Was braucht es, damit die PEs die neue Rolle annehmen und entsprechend handeln können?

Kommunikation

5. Welche Aspekte zur Kommunikation innerhalb und außerhalb des PE Teams erscheinen Ihnen wichtig?
6. Welche Kommunikationsstrategien und Strukturen existieren *innerhalb* des internen HiH Projekt-Teams bzw. sind geplant?
7. Welche Kommunikationsstrategien und Strukturen existieren *außerhalb* des internen HiH Projekt-Teams bzw. sind geplant?

Formelle und informelle Unterstützungsstrategien/ Strukturen

8. Welche Erwartungen zum Thema formelle Unterstützungsstrategien und Strukturen für die PE haben Sie und für sich selber? Was haben Sie etabliert, bzw. ist geplant?
9. Welche Erwartungen zum Thema informelle Unterstützungsstrategien und Strukturen für die PE haben Sie? Was haben Sie etabliert, bzw. ist geplant?

Netzwerken

10. Welche Aspekte tragen dazu bei, dass ein erfolgreiches Netzwerken stattfindet, welche Aspekte behindern dieses?

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Zusammenarbeit im Team

11. Über die bereits genannten Aspekte hinaus, welche Maßnahmen planen Sie, die zur Förderung **interprofessioneller** Zusammenarbeit beitragen?
12. Über die bereits genannten Aspekte hinaus, welche Maßnahmen planen Sie, die zur Förderung der **internen** Zusammenarbeit beitragen?

Implementierung in die Regelversorgung

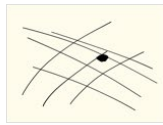
13. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren sehen Sie zu diesem Zeitpunkt im Hinblick auf die mögliche Implementierung in die Regelversorgung?

Aktuelle Kontextfaktoren

14. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre Arbeit und das PEC?

Abschließende Fragestellung

15. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I1-3b Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview

Einstieg

1. Wie geht es Ihnen gerade als (stellvertretende) Leitung des PEC?

Rolle, Leitung

2. Welche Anforderungen erleben Sie als (stellvertretende) Teamleitung der Pflegeexpert*innen?
3. Welche hinderlichen/ förderlichen Faktoren gibt es in der Ausübung Ihrer Rolle?
4. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie Ihre Arbeit als (stellvertretende) Leitung?

Formelle und informelle Unterstützungsstrategien/ Strukturen

5. Wie geht es den Pflegeexpert*innen
6. Welche Herausforderungen sehen Sie in der täglichen Arbeit der Pflegeexpert*innen?
7. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Arbeit der Pflegeexpert*innen?
8. Wie unterstützen Sie die Pflegeexpert*innen?
9. Welche formellen und informellen Unterstützungsstrategien haben sich etabliert?
10. Was hilft den Pflegeexpert*innen noch? Was könnte darüber hinaus helfen?

Befähigung und Förderung, Rollenentwicklung PE

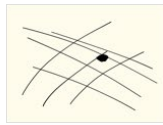
11. Welche Anforderungen erleben Sie für die Rolle der Pflegeexpert*innen?
12. Welche Entwicklungen haben Sie bei den Pflegeexpert*innen in Bezug auf die Rolle wahrgenommen?
13. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren haben Sie bei der Entwicklung der Rolle wahrgenommen?
14. Welche Bedeutung hat dabei aus Ihrer Sicht das Bachelorstudium?

Kommunikation

15. Was läuft im Hinblick auf die Kommunikation **innerhalb** des PE-Centers gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
16. Welche Faktoren (positiv/negativ) beeinflussen die Kommunikation?
17. Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen?
18. Was läuft im Hinblick auf die Kommunikation **außerhalb** des PE-Centers gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
19. Welche Faktoren (positiv/negativ) beeinflussen die Kommunikation?
20. Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen?

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Zusammenarbeit im Team

21. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen? Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren nehmen Sie wahr?
22. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten? Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren nehmen Sie wahr?
23. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe der Pflegeexpert*innen? Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren nehmen Sie wahr?



Netzwerken

24. Welche Netzwerke haben sich etabliert?

- auf Ebene des PEC/der Leitung
- auf Ebene der Pflegeexpert*innen

25. Welche Faktoren tragen zu einem erfolgreichen Netzwerk(en) bei? Was sind hinderliche Faktoren?

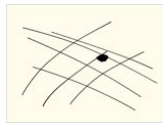
Implementierung in die Regelversorgung

26. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren sehen Sie zu diesem Zeitpunkt im Hinblick auf die mögliche Implementierung in die Regelversorgung?

27. Welche Maßnahmen können zu einer erfolgreichen Implementierung beitragen?

Abschließende Fragestellung

28. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



11-6c Leitfaden PEC Leitung Telefoninterview

Einstieg

1. Wie geht es Ihnen gerade als (stellvertretende) Leitung des PEC?

Erfahrungen, Zwischenmenschliche & Professionelle Beziehungen

2. Manche Patient:innen werden bzw. wurden über den eigentlichen Behandlungszeitraum von 6 Monaten hinaus weiter von den PE betreut. Was waren Gründe hierfür? Was unterscheidet die Versorgung dieser Patient:innen von Patient:innen, die höchstens 6 Monate betreut wurden.
3. Wie erleben Sie die Beendigung der Betreuungszeit der Patient*innen durch Sie und die Pflegeexpert*innen?

Rolle, Leitung; Kontextfaktoren

4. Welche Anforderungen erleben Sie als (stellvertretende) Teamleitung der Pflegeexpert*innen?
5. Welche hinderlichen/ förderlichen Faktoren gibt es in der Ausübung Ihrer Rolle?
6. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie Ihre Arbeit als (stellvertretende) Leitung?
7. Rückblickend betrachtet, wie hat die Flutkatastrophe Ihre Arbeit beeinflusst? Wie beeinflussen die Folgen der Flutkatastrophe Ihre Arbeit?

Formelle und informelle Unterstützungsstrategien/ Strukturen; Kontextfaktoren

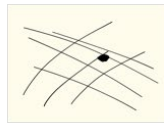
8. Wie geht es den Pflegeexpert*innen?
9. Welche Herausforderungen sehen Sie in der täglichen Arbeit der Pflegeexpert*innen?
10. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Arbeit der Pflegeexpert*innen?
11. Inwieweit beeinflusste und beeinflusst die Flutkatastrophe die Arbeit der Pflegeexpert*innen?
12. Wie unterstützen Sie die Pflegeexpert*innen?
13. Welche formellen und informellen Unterstützungsstrategien haben sich etabliert?
14. Was hilft den Pflegeexpert*innen noch?
15. Was könnte darüber hinaus helfen

Befähigung und Förderung, Rollenentwicklung PE

16. Welche Anforderungen erleben Sie für die Rolle der Pflegeexpert*innen?
17. Welche Entwicklungen haben Sie bei den Pflegeexpert*innen in Bezug auf die Rolle wahrgenommen?
18. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren haben Sie bei der Entwicklung der Rolle wahrgenommen?
19. Welche Bedeutung hat dabei aus Ihrer Sicht das Bachelorstudium?

Kommunikation & Dokumentation

20. Was läuft im Hinblick auf die Kommunikation **innerhalb** des PE-Centers gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
21. Welche F Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen? Welche Faktoren (positiv/negativ) beeinflussen die Kommunikation?



22. Was läuft im Hinblick auf die Kommunikation **außerhalb** des PE-Centers gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
23. Welche Faktoren (positiv/negativ) beeinflussen die Kommunikation?
24. Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen?
25. Was läuft im Hinblick auf die Dokumentation gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
26. Welche Faktoren beeinflussen die Dokumentation?
27. Wer oder was könnte (wie) zur Verbesserung beitragen?

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Zusammenarbeit im Team

28. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen?
29. Haben Sie im Laufe des Projekts Veränderungen dahingehend wahrgenommen?
30. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen nehmen Sie wahr?
31. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten?
32. Haben Sie im Laufe des Projekts Veränderungen dahingehend wahrgenommen?
33. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten nehmen Sie wahr?
34. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe der Pflegeexpert*innen?
35. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren nehmen Sie wahr?

Netzwerken

36. Welche Netzwerke haben sich etabliert?
 - auf Ebene des PEC/der Leitung
 - auf Ebene der Pflegeexpert*innen
37. Welche Faktoren tragen zu einem erfolgreichen Netzwerk(en) bei? Was sind hinderliche Faktoren?

Geografische Besonderheiten

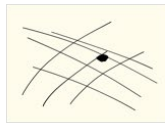
38. Welche geografischen Besonderheiten lassen sich für das Einzugsgebiet des PEC **vor der Flutkatastrophe** beschreiben?
39. Welche geografischen Besonderheiten lassen sich für das Einzugsgebiet des PEC **nach der Flutkatastrophe** beschreiben?

Implementierung in die Regelversorgung

40. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren sehen Sie zu diesem Zeitpunkt im Hinblick auf die mögliche Implementierung in die Regelversorgung?
41. Welche Maßnahmen können zu einer erfolgreichen Implementierung beitragen?

Resümee

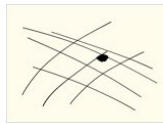
42. Zusammenfassend: Welchen Nutzen hat/hatte das Projekt
 - für Pat./Angehörige?
 - für PE/die berufliche Pflege?
 - für Hausärzt*innen?
 - für Pflegeheime?
 - für die Region?



- für das Gesundheitssystem als Ganzes?
43. Welches Resümee ziehen Sie aus dem HiH Projekt?
44. Würden Sie nach Ende des Projekts weiterhin als Leitung des PEC arbeiten wollen?
Warum/Warum nicht?

Abschließende Fragestellung

45. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



17-3a Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview

Motivation; Rolle, Rollenverständnis und Klarheit

1. Was hat Sie motiviert, sich auf die Rolle der Pflegeexpertin/ des Pflegeexperten im Projekt HandinHand zu bewerben?
2. Wie sehen Sie Ihre Rolle als Pflegeexpert*in?
 - Wie würden Sie die Rolle in einigen wenigen Sätzen jemandem erklären, der nicht mit dem Thema PE vertraut ist?
 - Gibt es bestimmte Erwartungen/Befürchtungen?
 - Was hilft Ihnen, sich in die Rolle der PE einzufinden?
 - Wie unterscheidet sich Ihre Rolle von anderen pflegerischen Rollen?
3. Wie beurteilen Sie Ihre Handlungsautonomie?
 - Wie groß ist Ihre Handlungsautonomie?
 - Wie bewerten Sie das (für sich/für das Projekt)?
4. Was sind Ihrer Meinung nach, die Erwartungen anderer Berufsgruppen an Sie als Pflegeexpert*in? z. B. Ärzt*innen aber auch MFAs, Physios, etc., auch Erwartungen Pflegenden in anderen Rollen (z. B. ambulanter Dienst, im KH, etc.)

Erwartungen der Kooperation und interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten/Einrichtungen

5. Welche Erwartungen haben Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (z. B. Pflegediensten) und Berufsgruppen?
 - Welche Erwartungen haben Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit teilnehmenden Ärzt*innen?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

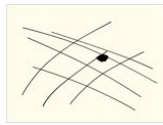
6. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig?
 - Was sind aus Ihrer Sicht mögliche Barrieren?
 - Was denken Sie, welche hinderlichen und förderlichen Faktoren gibt es in der Ausübung Ihrer Rolle als PE?
 - Welche Rolle spielt die ePA?
 - Welche Rolle spielt das PE Team?

Aktuelle Kontextfaktoren

7. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre Arbeit und das PflegeexpertenCenter?

Abschließende Fragestellung

8. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I9-11a Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview

Einstieg

1. Wie geht es Ihnen gerade im Projekt als Pflegeexpert*in?

Kompetenzen, Mentoring und Supervision, Befähigung und Förderung

2. Wie haben sich Ihre Erwartungen an das Projekt verändert?
3. Welche Kompetenzen brauchen Sie in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in?
 - Haben Sie diese Kompetenzen?
 - Gibt es Lücken in Ihren Kompetenzen und Fähigkeiten?
 - Was waren Ihre Erwartungen hinsichtlich der Befähigung und Förderung?
 - Wie bewerten Sie die Maßnahmen hinsichtlich der Befähigung und Förderung Ihrer Rolle?
 - Was hilft Ihnen darüber hinaus?

Akzeptanz, Zusammenarbeit mit HA, Tätigkeiten, Delegation, Handlungsautonomie, Kommunikation, Verantwortung

4. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den HA?
5. Woran liegt das? Welche Faktoren beeinflussen die Zusammenarbeit?
6. Welche konkreten Vorschläge können Sie zur Verbesserung der Zusammenarbeit machen?
7. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei den Hausärzt*innen ein?
8. Welche Aufgaben/Patient*innen sind aus Ihrer Sicht besonders geeignet von Ihnen übernommen zu werden?
9. In welchen Bereichen könnten Sie mehr Verantwortung übernehmen?
10. Wo sehen Sie Ihre Grenzen? Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einem Arzt/einer Ärztin übernommen werden?
11. Gab es Veränderungen, welche Aufgaben bzw. Patient*innen Ihnen übertragen wurden?
12. Was bedeutet für Sie Handlungsautonomie?
13. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei Patient*innen/Angehörigen ein?
14. Was sind die beeinflussenden Faktoren?
15. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei anderen Beteiligten ein? z.B.:
 - Medizinische Fachangestellten/MA der HA-Praxis?
 - Anderen Berufsgruppen/Kolleg*innen
 - Bevölkerung
16. Was sind die beeinflussenden Faktoren?

Rolle - Förderliche und hinderliche Faktoren

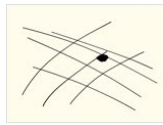
17. Was hilft Ihnen sich in die Rolle einzufinden?
18. Was ist dabei schwierig?
19. Wie sehen Sie Ihre Rolle in einem Jahr?

Aktuelle Kontextfaktoren

20. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre Arbeit und das PflegexpertenCenter?

Abschließende Fragestellung

21. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



FG7-3b Leitfaden Pflegeexpert*innen Fokusgruppe (Videotelefonie)

Einstieg

1. Erzählen Sie uns wie es Ihnen gerade in der Rolle der*des Pflegeexpert*in im Projekt geht.

Fähigkeiten, Kompetenzen, Scope of Practice

2. Was sind Ihre täglichen Aufgaben? Fühlen Sie sich denen gewachsen?
 - Was würden Sie gerne tun, dürfen es aber nicht?
 - Erleben Sie Überschneidungen in den Verantwortungsbereichen? Wie gehen Sie damit um?

Rollenentwicklung, Befähigung und Förderung

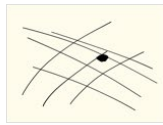
3. Wie hat sich seit Beginn der Patient*innenkontakte Ihre Rolle entwickelt? Welche Faktoren beeinflussen die Rollenentwicklung?
 - Was hätten Sie noch gebraucht?
 - Was bereitet Ihnen Schwierigkeiten?
 - Welche Rolle spielt die PE Leitung?
 - Wie beeinflusst COVID-19 die Rollenentwicklung?

Team

4. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit im PE-Team?
 - Wovon profitieren Sie? Was fehlt Ihnen? Über welche Themen tauschen Sie sich aus?

Abschließende Fragestellung

5. Welche abschließenden Gedanken haben Sie?



17-9c Leitfaden Pflegeexpert*innen Telefoninterview

Einstieg und Resümee

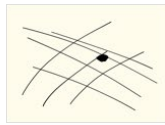
1. *Wenn noch angestellt im PEC: Wie geht es Ihnen gerade im Projekt als Pflegeexpert*in?*

Kompetenzen und Rolle

2. Welche Kompetenzen brauchten Sie in Ihrer Rolle als Pflegeexpert*in?
 - Hatten Sie diese Kompetenzen bzw. konnten Sie diese im Laufe der Zeit erwerben?
 - Wie bewerten Sie die Maßnahmen hinsichtlich der Befähigung und Förderung Ihrer Rolle?
 - Sind Ihre Erwartungen hinsichtlich der Befähigung und Förderung erfüllt worden?
 - Was hat Ihnen darüber hinaus geholfen?
3. Wie sehen Sie Ihre Rolle als Pflegeexpert*in?
 - Wie würden Sie die Rolle in einigen wenigen Sätzen jemandem erklären, der nicht mit dem Thema PE vertraut ist?
 - Was hat Ihnen geholfen, sich in die Rolle der PE einzufinden?
 - Wie unterscheidet sich Ihre Rolle von anderen pflegerischen Rollen?
4. Welche Aufgaben/Patient*innen sind aus Ihrer Sicht besonders geeignet gewesen von Ihnen übernommen zu werden?
5. In welchen Bereichen könnten Sie mehr Verantwortung übernehmen?
6. Wo sehen Sie Grenzen?
 - Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einem/einer PE übernommen werden?
 - Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einem Arzt/einer Ärztin übernommen werden?
7. Gab es im Laufe des Projekts Veränderungen, welche Aufgaben bzw. Patient*innen Ihnen übertragen wurden?
8. Was bedeutet für Sie Handlungsautonomie?
9. Haben Sie Handlungsautonomie in Ihrer Rolle als PE? Bitte begründen Sie ihre Antwort.
10. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei Patient*innen/Angehörigen ein? Was sind die beeinflussenden Faktoren?
11. Manche Patient:innen werden/wurden über den eigentlichen Behandlungszeitraum von 6 Monaten weiter von Ihnen betreut.
 - Was sind Gründe hierfür?
 - Was zeichnet die Versorgung dieser Patient:innen aus?
 - Wie erleben Sie die Beendigung der Betreuungszeit der Patient*innen durch Sie?
12. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei anderen Beteiligten ein? z.B.:
 - Medizinische Fachangestellten/MA der HA-Praxis?
 - Anderen Berufsgruppen/Kolleg*innen
 - Bevölkerung
 - Was sind die beeinflussenden Faktoren?

Zusammenarbeit mit HA und Akzeptanz

13. Wie erleben/erlebten Sie die Zusammenarbeit mit den HA?
 - Gab/Gibt es Herausforderungen? Wenn ja, welche?
 - Was läuft/lief gut?
 - *Wenn Zusammenarbeit als nicht ausschließlich positiv bewertet wird: Welche konkreten Vorschläge können Sie zur Verbesserung der Zusammenarbeit machen?*
14. Wie schätzen Sie die Akzeptanz Ihrer Rolle bei den Hausärzt*innen ein?



Aktuelle Kontextfaktoren

15. Inwieweit beeinflusst/e die COVID-19 Pandemie Ihre Arbeit und das PflegeexpertenCenter?
16. Inwieweit hat die Flutkatastrophe Ihre Arbeit und das PflegeexpertenCenter beeinflusst?

Implementierung in die Regelversorgung

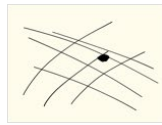
17. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig?
 - Förderliche Faktoren/Barrieren

Resümee

18. Zusammenfassend: Welchen Nutzen hat/hatte das Projekt
 - für Pat./Angehörige?
 - für PE/die berufliche Pflege?
 - für Hausarzt*innen?
 - für Pflegeheime?
 - für die Region?
 - für das Gesundheitssystem als Ganzes?
19. Wenn Sie sich an Ihre Erwartungen und Hoffnungen für Ihre Rolle von vor einem Jahr erinnern – haben sich diese erfüllt?
Wenn ja, was hat das möglich gemacht? Wenn nein, was hat das verhindert?
20. Welches Resümee ziehen Sie aus Ihrer Rolle und Arbeit und PE?
21. Würden Sie nach Ende des Projekts weiterhin als PE arbeiten wollen? Wenn ja/ nein, warum?

Abschließende Fragestellung

22. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I8-5a Leitfaden Hausärzt*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Was war/ist Ihre Motivation, an der Studie teilzunehmen?
2. Welche Erwartung haben Sie an die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
 - Gibt es Dinge, von denen Sie erwarten, dass sie problematisch sein könnten?

Erfahrungen, Zwischenmenschliche & Professionelle Beziehungen

3. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
 - Gibt es Herausforderungen? Was läuft gut?

Delegation

4. Welche Tätigkeiten delegieren Sie an den/die Pflegeexpert*in? Welche nicht?

Rollenklarheit und Rollenverständnis

5. Wie würden Sie die Rolle einer/eines Pflegeexpert*in beschreiben?
6. Wie unterscheiden sich die Aufgaben der Pflegeexpert*innen von denen anderer an der Versorgung beteiligter Personen?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

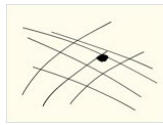
7. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig? (Förderliche Faktoren/Barrieren)

Kontextfaktoren

8. Wie beeinflusst die COVID-19 Pandemie aus Ihrer Sicht das gesamte Projekt (inkl. den Einsatz /die Arbeit der Pflegeexpert*innen)?

Abschließende Fragestellungen

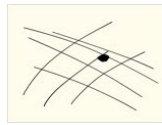
9. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



FG2-5b Leitfaden Hausärzt*innen Fokusgruppe (telefonisch)

Zusammenarbeit, Kommunikation, COVID-19 Pandemie

1. Bitte erzählen Sie uns, wie Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen erleben.
Beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
2. Wie erleben Sie die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen?
3. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und den Pflegeexpert*innen beschreiben?



I8-4c Leitfaden Hausärzt*innen Telefoninterview

Motivation

1. Was war/ist Ihre Motivation, an der Studie teilzunehmen?

Erfahrungen, Zwischenmenschliche & Professionelle Beziehungen

2. Wie ist Ihr Gesamteindruck von der Versorgung der Patient*innen durch die PE?
3. Manche Patient:innen werden bzw. wurden über den eigentlichen Behandlungszeitraum von 6 Monaten hinaus weiter von den PE betreut.
 - Was waren Gründe hierfür?
 - Was unterscheidet die Versorgung dieser Patient:innen von Patient:innen, die höchstens 6 Monate betreut wurden?
 - Wie erleben Sie die Beendigung der Betreuungszeit der Pat. durch die PE?

Rollenklarheit und Rollenverständnis

4. Wie würden Sie die Rolle einer/eines Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Wie unterscheiden sich die Aufgaben der Pflegexpert*innen von denen anderer an der Versorgung beteiligter Personen?
5. Welche Aufgaben bzw. Patient*innen sind aus Ihrer Sicht besonders geeignet von PEs übernommen zu werden?
6. In welchen Bereichen hätten die PE mehr Verantwortung übernehmen können?
7. Wo sehen Sie die Grenzen des Einsatzes von PE?
 - Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einer PE übernommen werden?
 - Welche Aufgaben sollten ausschließlich von einem Arzt/einer Ärztin übernommen werden?

Handlungsautonomie

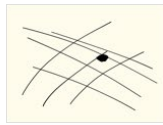
8. Was bedeutet für Sie Handlungsautonomie?
9. Haben die PE Handlungsautonomie in Ihrer Rolle als HiH PE?
Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

10. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegexpert*innen?
 - Gibt es Herausforderungen?
 - Was läuft gut?
 - *Wenn Zusammenarbeit als nicht ausschließlich positiv bewertet wird: Welche konkreten Vorschläge können Sie zur Verbesserung der Zusammenarbeit machen?*

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

11. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig? (Förderliche Faktoren/Barrieren)



Kontextfaktoren

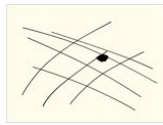
12. Wie beeinflusst die COVID-19 Pandemie aus Ihrer Sicht das gesamte Projekt (inkl. den Einsatz /die Arbeit der Pflegeexpert*innen?
13. Wie beeinflusste die Flutkatastrophe das Projekt und die Zusammenarbeit mit den PE?

Resümee

14. Zusammenfassend: Welchen Nutzen hat/hatte das Projekt
 - für Pat./Angehörige?
 - für PE/die berufliche Pflege?
 - für Hausarzt*innen?
 - für Pflegeheime?
 - für die Region?
 - für das Gesundheitssystem als Ganzes?
15. Welches Resümee ziehen Sie aus der Teilnahme am Projekt?
16. Würden Sie nach Ende des Projekts weiterhin mit PEs zusammenarbeiten wollen? Warum?

Abschließende Fragestellungen

17. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



111-6c Leitfaden Medizinische Fachangestellte Telefoninterview

Erwartungen

1. Welche Erwartungen hatten Sie an das Projekt?
2. Inwiefern haben sich diese Erwartungen erfüllt oder nicht erfüllt?

Erfahrungen, Zwischenmenschliche & Professionelle Beziehungen

3. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen? Wie waren Ihre bisherigen Erfahrungen? Gibt es Dinge, die problematisch sind? Was läuft gut?
4. Ihr Praxisteam erhält regelmäßig Statusberichte zu Patient*innen. Können Sie beschreiben, wie Sie damit umgehen?
5. Können Sie beschreiben, wie der Ablauf ist, wenn ein*e Pflegeexpert*in anruft/ in Ihre Praxis kommt?
6. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und den Pflegeexpert*innen beschreiben?
7. Wie erleben Sie die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen? Auf welche Weise kommunizieren Sie hauptsächlich mit den Pflegeexpert*innen? Was läuft gut? Was könnte besser sein?

Rollenklarheit und Rollenverständnis

8. Wie würden Sie die Rolle einer/eines Pflegeexpert*in beschreiben?
9. Wie unterscheiden sich die Aufgaben der PE von Ihren Aufgaben?
10. Wie unterscheiden sich die Aufgaben der PE von denen anderer an der Versorgung beteiligter Personen (inkl. Ärzt*innen)?

Delegation

11. Welche Tätigkeiten werden an die PE delegiert?
12. Gibt es darüber hinaus Aufgaben/Tätigkeiten, die die Pflegeexpert*innen Ihrer Meinung nach übernehmen sollten?
13. Gibt es Aufgaben/Tätigkeiten, die die Pflegeexpert*innen nicht machen sollten?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

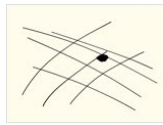
14. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig? (Förderliche Faktoren/Barrieren)

Kontextfaktoren

15. Wie beeinflusst(e) die COVID-19 Pandemie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen/ mit dem PEC?
16. Wie beeinflusst(e) die Pandemie die Überweisung von Patient*innen?
17. Welchen Einfluss hatte die Flutkatastrophe auf die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen/ mit dem PEC?
18. Wie beeinflusst(e) die Flutkatastrophe die Überweisung von Patient*innen?

Abschließende Fragestellungen

19. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I10-11a Leitfaden Studienleitung Telefoninterview

Erwartungen

1. Welche Erwartungen hatten Sie im Allgemeinen an das Projekt HandinHand?
2. Wie haben sich diese Erwartungen verändert?

Implementierung

3. Was ist notwendig, damit das Projekt erfolgreich ist?
 - Was sind Herausforderungen und Schwierigkeiten für die Etablierung neuer Versorgungsstrukturen in der Primärversorgung im Allgemeinen?
 - Welche förderlichen Faktoren gibt es?
 - Was sind Herausforderungen und Schwierigkeiten für die Etablierung des PEC im Besonderen? Was sind förderliche Faktoren?
 - Was sind Herausforderungen bei der Rekrutierung von HA-Praxen? Was sind förderliche Faktoren?
 - Was sind Herausforderungen und Schwierigkeiten für die Implementierung der Rolle der Pflegeexpert*innen? Was sind förderliche Faktoren?

Kommunikation

4. Wie erleben Sie die interne und externe Kommunikation?
5. Was sind die beeinflussenden Faktoren?
6. Was könnte verbessert werden

Restrukturierung Gesundheitswesen

7. Welche Rahmenbedingungen sind für die Restrukturierung von Aufgabenverteilung und Verantwortung im Gesundheitswesen notwendig?
 - *Mikro: vor Ort*
 - *Meso: Krankenhaus, Primärversorgung, Hochschulen, Kassen*
 - *Makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch*

Nutzen des Projekts

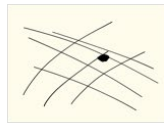
8. Was ist der Nutzen des Projekts?
 - Für Patient*innen und Angehörige?
 - Für Pflegeexpert*innen (die berufliche Pflege)?
 - Für Hausärzt*innen?
 - Für für die Pflegeheime?
 - Für die Region?
 - Für das Gesundheitssystem als Ganzes?

Kontextfaktoren

9. Wie beeinflusst COVID-19 Pandemie das Projekt und die Arbeit der Pflegeexpert*innen?

Abschließende Fragestellung

10. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



110-11b Leitfaden Studienleitung Telefoninterview

Erwartungen

1. Haben sich Ihre Erwartungen an das Projekt HandinHand verändert? Wenn ja, können Sie beschreiben, was sich verändert hat und was die Gründe dafür sind?
2. Vor einem Jahr hatten Sie außerdem folgende Erwartungen:
 - Realisierung eines Anschlussprojektes
 - Überführung in die Regelversorgung
 - Benefit für die Marienhaus

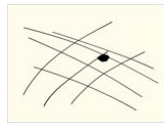
Wie stehen Sie heute zu diesen Aspekten?

Implementierung, Rekrutierung, förderliche und Hinderliche Faktoren

3. Ab wann hat sich die Routineversorgung eingestellt? Zu welchem Zeitpunkt hat das Projekt seinen „Pilotcharakter“ verloren? Woran machen Sie das fest?
4. Was waren Erfolgsfaktoren, die dazu geführt haben, dass sich eine Routineversorgung einstellen konnte?
5. Was waren die Herausforderungen und wie wurden diese gelöst?
6. Welche Faktoren sind förderlich für eine langfristige Integration des HandinHand Modells in das Gesundheitssystem? Welche Faktoren sind hinderlich?
7. Was sind Herausforderungen und Schwierigkeiten für die Etablierung neuer Versorgungsstrukturen in der Primärversorgung im Allgemeinen? Welche förderlichen Faktoren gibt es?
8. Wie hat sich die Rekrutierung von weiteren Hausärzt*innen entwickelt? Was sind dabei förderliche Faktoren gewesen? Was war hinderlich?
9. Wie hat sich die Rekrutierung von Patient*innen entwickelt? Was waren förderliche Faktoren? Was war hinderlich?

Rolle der PE, Interprofessionelle Zusammenarbeit, Kommunikation, Akzeptanz

10. Wie hat sich die Rolle der Pflegeexpert*innen entwickelt?
11. Was sind aus Ihrer Sicht förderliche Faktoren für die Kompetenzentwicklung der Pflegeexpert*innen und der Entwicklung der Rolle? Welche Faktoren behindern die Entwicklung?
12. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzt*innen und den Pflegeexpert*innen? Was sind beeinflussende Faktoren?
13. Woran merken Sie, dass die Zusammenarbeit funktioniert?
14. Wie erleben Sie die Kommunikation zwischen Hausärzt*innen und Pflegeexpert*innen? Was sind beeinflussende Faktoren?
15. Welche Veränderungen haben Sie hinsichtlich der externen und internen Kommunikation erlebt bzw. gab/gibt es? Was könnte verbessert werden?
16. Wie hat sich die Arbeit mit der ePa verändert?



17. Welchen Eindruck haben Sie von der Akzeptanz der Pflegeexpert*innen und des Pflegeexperten-Centers bei

- Hausärzt*innen (innerhalb/außerhalb des Projekts)
- teilnehmenden Patient*innen/Angehörigen
- anderen Pflegenden

Warum ist das so, wie Sie es beschrieben haben?

Nutzen des Projekts

18. Was ist der Nutzen des Projekts?

- Für Patient*innen und Angehörige?
- Für Pflegeexpert*innen (die berufliche Pflege)?
- Für Hausärzt*innen?
- Für die Pflegeheime?
- Für die Region?
- Für das Gesundheitssystem als Ganzes?

Kontextfaktoren

19. Welchen Einfluss hatte und hat die Flutkatastrophe auf das Projekt und die Arbeit der Pflegeexpert*innen?

20. Inwieweit beeinflusst die COVID-19 Pandemie noch das Projekt und die Arbeit der Pflegeexpert*innen?

21. Welche Veränderungen gab es innerhalb der Marienhaus GmbH, die einen Einfluss auf das Projekt haben/hatten?

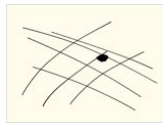
22. Wie ist die Einstellung der Marienhaus GmbH gegenüber Folgeprojekten bzw. einer langfristigen Etablierung eines Pflegeexperten-Centers?

23. Im Zusammenhang mit den letzten Entwicklungen an der PTHV (*Schließung* des pflegewissenschaftlichen Studiengangs), wo sollen Pflegeexpert*innen zukünftig ausgebildet

Abschließende Fragestellungen

24. Wenn Sie das Projekt nochmal starten würden, welche Bedingungen würden Sie sich wünschen? Was würden Sie anders machen?

25. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I2-5a_2b_9b_M1 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren? (Können Sie mir sagen, was Sie bisher über die Studie gehört haben?)
2. Was hat Sie motiviert, an der Studie teilzunehmen?
3. Was erhoffen Sie sich von der Teilnahme an der Studie?
4. Was erwarten Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in?

Erfahrungen, Einstellung, Akzeptanz, Zwischenmenschliche Beziehungen

5. Uns interessiert welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
6. Was ist für Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
7. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
8. Hat die/ der Pflegeexpert*in mit Ihnen zusammen einen Versorgungsplan erstellt?
 - wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
9. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
10. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen?
 - Hat Sie etwas davon überrascht?
 - War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
11. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
12. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
13. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis und Rollenklarheit

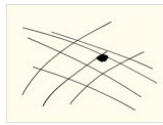
14. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
15. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
16. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

17. Wenn Sie an Ihre Gesundheit denken, was fällt Ihnen besonders schwer?
18. Womit denken Sie, können die Pflegeexpert*in Ihnen helfen?

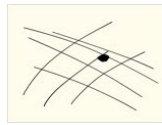
Kontextfaktoren

19. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre med.-pflegerische Versorgung?
Wie die Rolle der Pflegeexpert*in?



Abschließende Fragestellung

20. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
21. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I2-9a_6b_6c_M3 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren? (Können Sie mir sagen, was Sie bisher über die Studie gehört haben?)
2. Was hat Sie motiviert, an der Studie teilzunehmen?

Erleben, Erfahrungen, Einstellung, Akzeptanz, Zwischenmenschliche Beziehungen

3. Uns interessiert welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
4. Was ist für Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
5. Hat die/ der Pflegeexpert*in mit Ihnen zusammen einen Versorgungsplan erstellt?
 - wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
6. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen können?
7. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
8. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
9. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
10. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen?
 - Hat Sie etwas davon überrascht?
 - War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
11. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
12. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?

Rollenverständnis und Rollenklarheit

13. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
14. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
15. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

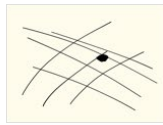
Umfeld, individuelle Ressourcen

16. Wenn Sie an Ihre Gesundheit denken, was fällt Ihnen besonders schwer?
17. Womit denken Sie, können die Pflegeexpert*in Ihnen helfen?

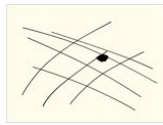
Kontextfaktoren

18. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*
19. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre med.-pflegerische Versorgung?
Wie die Rolle der Pflegeexpert*in?

Abschließende Fragestellung



20. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
21. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I2-2b_6b_9b_6c_M6 Leitfaden Patient*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Sie motiviert, an der Studie teilzunehmen?
3. Sie hatten zu Beginn Ihrer Teilnahme bestimmte Erwartungen. Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt? Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen verändert?

Erfahrungen, Einstellung, Akzeptanz, Zwischenmenschliche Beziehungen

4. Uns interessiert welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
5. Was ist für Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
6. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
7. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
8. Hat die/ der Pflegeexpert*in mit Ihnen zusammen einen Versorgungsplan erstellt?
 - wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
9. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
10. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen?
 - Hat Sie etwas davon überrascht?
 - War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
11. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
12. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
13. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis und Rollenklarheit

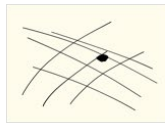
14. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
15. Haben sich die Aufgaben/Fähigkeiten/Zuständigkeiten der/des Pflegeexpert*in im Verlauf der letzten sechs Monate verändert?
16. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
17. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

18. Würden Sie jetzt nach sechs Monaten Behandlung durch die/den Pflegeexpert*in auch ohne sie/ihn zurechtkommen?

Kontextfaktoren

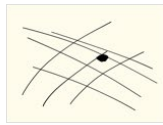
19. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*



20. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre med.-pflegerische Versorgung?
Wie die Rolle der Pflegeexpert*in?

Abschließende Fragestellung

21. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegeexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen?
Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
22. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I2-6c_M6+ Leitfaden Patient*innen Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Sie motiviert, an der Studie teilzunehmen?
3. Sie hatten zu Beginn Ihrer Teilnahme bestimmte Erwartungen. Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt? Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen verändert?

Erfahrungen, Einstellung, Akzeptanz, Zwischenmenschliche Beziehungen

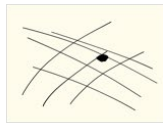
4. Uns interessiert welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
5. Was ist für Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
6. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
7. Die*der Pflegeexpert*in ist länger als die im Projekt vorgesehenen Monate zu Ihnen gekommen. Was sind die Gründe dafür?
8. Was ist, wenn der die Pflegeexpert*in nicht mehr kommt? Was wird Ihnen am meisten fehlen?
9. Wer übernimmt die Aufgaben der*des Pflegeexpert*in?
10. Hat die/ der Pflegeexpert*in mit Ihnen zusammen einen Versorgungsplan erstellt?
 - wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
11. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
12. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen?
 - Hat Sie etwas davon überrascht?
 - War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
13. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen sich und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
15. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis und Rollenklarheit

16. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
17. Haben sich die Aufgaben/Fähigkeiten/Zuständigkeiten der/des Pflegeexpert*in im Verlauf der letzten sechs Monate verändert?
18. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
19. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Kontextfaktoren

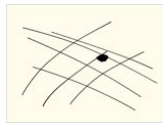
20. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*



21. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) Ihre med.-pflegerische Versorgung?
Wie die Rolle der Pflegeexpert*in?

Abschließende Fragestellung

22. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegeexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen?
Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
23. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I3-5a_2b_9b_M1 Leitfaden Angehörige Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Ihren Angehörigen motiviert, an der Studie teilzunehmen? Haben Sie im Vorfeld mit Ihrem Angehörigen darüber gesprochen? Was haben Sie geraten?
3. Was erhoffen Sie sich von der Teilnahme Ihres/Ihrer Angehörigen an der Studie?
4. Was erwarten Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in?

Erfahrungen, Einstellung, Vertrauen, Akzeptanz

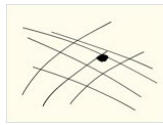
5. Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
6. Was finden Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
7. Was denken Sie nimmt Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige mit aus den Besuchen? Was denken Sie ist für ihn/sie hilfreich? Was nicht?
8. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
9. Wie erleben Sie, die Einbeziehung Ihres/Ihrer Angehörigen in die Versorgungsplanung?
10. Wie werden Sie in die Planung der Versorgung durch die/den Pflegeexpert*in miteinbezogen?
11. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
12. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen? Hat Sie etwas davon überrascht? War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
13. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
15. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihrem/Ihrer Angehörigen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
16. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis, Rollenklarheit

17. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
18. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
19. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

20. Wenn Sie an die Versorgung Ihres Angehörigen denken, wobei brauchen Sie selber Unterstützung?
21. Womit denken Sie, können die Pflegeexpert*in Ihnen helfen?

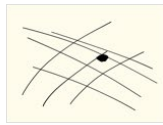


Kontextfaktoren

22. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) die med.-pflegerische Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen?

Abschließende Fragestellung

23. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegeexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
24. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I3-9a_6b_6c_M3 Leitfaden Angehörige Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Ihren Angehörigen motiviert, an der Studie teilzunehmen? Haben Sie im Vorfeld mit Ihrem Angehörigen darüber gesprochen? Was haben Sie geraten?

Erleben, Erfahrungen, Einstellung, Vertrauen, Akzeptanz

3. Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
4. Was finden Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
5. Was ist für Ihren/Ihre Angehörigen hilfreich?
6. Werden Sie in die Planung der Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen mit einbezogen? Wenn ja/nein, wie ist das für Sie/wie haben Sie das erlebt?
7. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der PE erzählen können?
8. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
9. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
10. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
11. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen? Hat Sie etwas davon überrascht? War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
12. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
13. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihrem/Ihrer Angehörigen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?

Rollenverständnis, Rollenklarheit

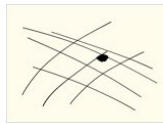
15. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
16. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
17. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

18. Wenn Sie an die Versorgung Ihres Angehörigen denken, wobei brauchen Sie selbst Unterstützung? Was würden Sie sich wünschen?

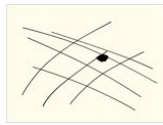
Kontextfaktoren

19. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*
20. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) die med.-pflegerische Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen?



Abschließende Fragestellung

21. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
22. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I3-2b_6b_9b_6c_M6 Leitfaden Angehörige Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Ihren Angehörigen motiviert, an der Studie teilzunehmen? Haben Sie im Vorfeld mit Ihrem Angehörigen darüber gesprochen? Was haben Sie geraten?
3. Sie hatten zu Beginn der Teilnahme Ihres Angehörigen bestimmte Erwartungen. Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt? Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen verändert?

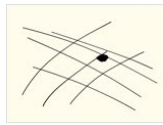
Erleben, Erfahrungen, Einstellung, Vertrauen, Akzeptanz

4. Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
5. Was finden Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
6. Was denken Sie nimmt Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige mit aus den Besuchen? Was denken Sie ist für ihn/sie hilfreich? Was nicht?
7. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
8. Was hätten Sie sich sonst noch gewünscht? Gibt es weitere Dinge, die die/der Pflegeexpert*in hätte machen können?
9. Wie erleben Sie, die Einbeziehung Ihres/Ihrer Angehörigen in die Versorgungsplanung?
10. Wie werden Sie in die Planung der Versorgung durch die/den Pflegeexpert*in miteinbezogen?
11. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
12. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen? Hat Sie etwas davon überrascht? War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
13. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
15. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihrem/Ihrer Angehörigen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
16. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der PE erzählen können?

Rollenverständnis, Rollenklarheit

17. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
18. Haben sich die Aufgaben/Fähigkeiten/Zuständigkeiten im Verlauf der letzten sechs Monate verändert?
19. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
20. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen



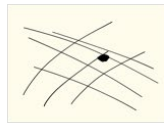
21. Würden Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige nach sechs Monaten Behandlung durch die/den Pflegeexpert*in auch ohne sie/ihn zurechtkommen?
22. Wie wäre das für Sie, wenn die/der Pflegeexpert*in nicht mehr kommt?

Kontextfaktoren

23. *Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?*
24. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) die med.-pflegerische Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen?

Abschließende Fragestellung

25. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
26. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I3-6c_M6+ Leitfaden Angehörige Telefoninterview

Motivation und Erwartungen

1. Wie haben Sie von der Studie erfahren?
2. Was hat Ihren Angehörigen motiviert, an der Studie teilzunehmen? Haben Sie im Vorfeld mit Ihrem Angehörigen darüber gesprochen? Was haben Sie geraten?
3. Sie hatten zu Beginn der Teilnahme Ihres Angehörigen bestimmte Erwartungen. Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt? Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen verändert?

Erfahrungen, Einstellung, Vertrauen, Akzeptanz

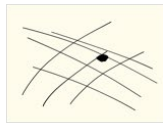
4. Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie bisher gemacht haben. Können Sie mir erzählen, wie Sie den letzten Besuch der/des Pflegeexpert*in erlebt haben?
5. Was finden Sie hilfreich? Was nicht? Was nehmen Sie mit aus den Besuchen?
6. Was denken Sie nimmt Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige mit aus den Besuchen? Was denken Sie ist für ihn/sie hilfreich? Was nicht?
7. Können Sie beschreiben, was sich durch die Besuche der/des Pflegeexpert*in verändert hat?
8. Wie erleben Sie, die Einbeziehung Ihres/Ihrer Angehörigen in die Versorgungsplanung?
9. Wie werden Sie in die Planung der Versorgung durch die/den Pflegeexpert*in miteinbezogen?
10. Wie erleben Sie die Kommunikation mit dem/der Pflegeexpertin? Was läuft gut? Was könnte besser sein?
11. Worüber haben Sie mit ihr/ihm gesprochen? Hat Sie etwas davon überrascht? War etwas unangenehm oder nicht passend für Sie?
12. Gibt es weitere Dinge, über die Sie gerne gesprochen hätten?
13. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
14. Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihrem/Ihrer Angehörigen und der/dem Pflegeexpert*in beschreiben?
15. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie von den Besuchen der/des Pflegeexpert*in erzählen möchten?

Rollenverständnis, Rollenklarheit

16. Wie würden Sie die Rolle der/des Pflegeexpert*in beschreiben?
 - Aufgaben, Fähigkeiten, Zuständigkeiten
17. Haben sich die Aufgaben/Fähigkeiten/Zuständigkeiten im Verlauf der letzten sechs Monate verändert?
18. Inwieweit können Sie Unterschiede beschreiben in der Behandlung durch den/die Pflegeexpert*in im Vergleich zur Behandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt?
19. Inwieweit unterscheidet sich die Rolle der/des Pflegeexpert*in von der anderer Mitarbeiter*innen (z.B. VERAH, MFA, Diabetesberater*in) der Hausarztpraxis?

Umfeld, individuelle Ressourcen

20. Die*der Pflegeexpert*in ist länger als die im Projekt vorgesehen sechs Monate zu Ihrem*Ihrer Angehörigen gekommen. Was sind die Gründe dafür?



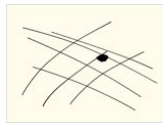
21. Wie ist das für Sie, wenn die*der Pflegeexpert*in nicht mehr kommt? Was wird Ihnen am meisten fehlen?
22. Wie ist das für Ihren*Ihre Angehörige, wenn die*der Pflegeexpert*in nicht mehr kommt? Was wird ihm*ihr am meisten fehlen?
23. Wer übernimmt die Aufgaben der*des Pflegeexpert*in?

Kontextfaktoren

24. Wie beeinflusste die Flutkatastrophe Ihre med.-pflegerische Versorgung?
25. Inwieweit beeinflusst die aktuelle Situation (COVID-19) die med.-pflegerische Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen?

Abschließende Fragestellung

26. Würden Sie die Versorgung/Behandlung durch „Ihre/Ihren“ Pflegexpert*in einem Freund/einer Freundin empfehlen? Wenn ja oder nein, was würden Sie ihm/ihr erzählen? Wenn nein, was sind die Gründe, die dagegensprechen?
27. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



14-6a Leitfaden Vinzenz Palotti Universität Telefoninterview

Rolle, Rollenverständnis, Rollenklarheit

Unabhängig vom Projekt HiH:

1. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in beschreiben?
2. Welche Aufgaben haben Pflegeexpert*innen im Vergleich zu Pflegefachpersonen ohne erweiterte Kompetenzen?
3. Unterscheidet sich die Rolle einer Pflegeexpert*in von der Rolle einer Advanced Practice Nurse (APN)? Wenn ja, wie?

Projektbezogen:

4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt HiH?
5. Wie grenzen sich Rolle und Aufgaben der/des Pflegeexpert*in von denen anderer an der Versorgung Beteiligter ab? (Ärzt*innen, VERAH etc., andere pflegerische Rollen)
6. Wie bewerten Sie das Thema der Delegation im Projekt?

Unabhängig vom Projekt HiH:

7. Wie bewerten Sie die Themen Delegation, Substitution, Ergänzung (supplementation) in Bezug auf die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen?
8. Welche Empfehlungen haben Sie für die Erforschung und Implementierung von Rollen, in denen Pflegeexpert*innen die Ausübung heilkundlicher Aufgaben im Sinne einer Substitution übertragen werden

Bewertung der Gesamt-Intervention und der PE-Intervention

9. Wie bewerten Sie den möglichen Einfluss des Projekts HandinHand auf die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland?
10. Wie bewerten Sie die Intervention PEC in Bezug auf
 - die Pflegepraxis in Deutschland?
 - die Akademisierung der Pflege in Deutschland?
 - die Versorgungsqualität allgemein?
 - die interprofessionelle Zusammenarbeit?

Fähigkeiten und Kompetenzen; Befähigung und Förderung

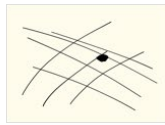
11. Welche Kompetenzen brauchen Pflegeexpert*innen?
12. Welche Kompetenzen vermitteln Sie an der PTHV, welche nicht?
 - Welche klinischen (direkte klinische Praxis) Kompetenzen werden vermittelt?
 - Welche anderen Kompetenzen werden vermittelt?
13. Welche Maßnahmen werden an der PTHV ergriffen, um die Pflegeexpert*innen in ihrer Rolle zu stärken? Welche Maßnahmen zur Unterstützung in der Rollenfindung?

Rahmenbedingungen

Unabhängig vom Projekt:

14. Welche Rahmenbedingungen sind für eine Restrukturierung von Aufgabenverteilungen und Verantwortung im Gesundheitswesen von Bedeutung?
 - mikro: vor Ort
 - meso: Krankenhaus (?), Primärversorgung, Hochschulen
 - makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch

Projektbezogen:



15. Welche Rahmenbedingungen sind für eine mögliche Implementierung der HiH Intervention von Bedeutung?

Förderliche und hinderliche Faktoren

Projektbezogen:

16. Was sind förderliche Faktoren für die Implementierung in die Regelversorgung bzgl. Etablierung des PEC und die Implementierung der PE Rolle?

- Was können Sie beitragen?

17. Welche Hürden sehen Sie?

- Was können Sie beitragen?

18. Welche Rahmenbedingungen sind von Bedeutung für eine mögliche Implementierung in die Regelversorgung?

- mikro: vor Ort
- meso: Krankenhaus (?), Primärversorgung, Hochschulen
- makro: Gesundheitssystem

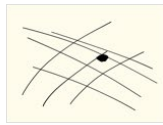
Kontextfaktoren

19. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf das Studium der Pflegeexpert*innen?

20. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf die Tätigkeit der Pflegeexpert*innen?

Abschließend Fragestellung

21. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



14-2c Leitfaden Vinzenz Palotti Universität Telefoninterview

Rolle, Rollenverständnis, Rollenklarheit

Unabhängig vom Projekt HiH:

1. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in beschreiben?
2. Welche Aufgaben haben Pflegeexpert*innen im Vergleich zu Pflegefachpersonen ohne erweiterte Kompetenzen?
3. Unterscheidet sich die Rolle einer Pflegeexpert*in von der Rolle einer Advanced Practice Nurse (APN)? Wenn ja, wie?

Projektbezogen:

4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt HiH?
5. Wie grenzen sich Rolle und Aufgaben der/des Pflegeexpert*in von denen anderer an der Versorgung Beteiligter ab? (Ärzt*innen, VERAH etc., andere pflegerische Rollen)
6. Wie bewerten Sie das Thema der Delegation im Projekt?

Unabhängig vom Projekt HiH:

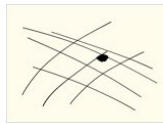
7. Wie bewerten Sie die Themen Delegation, Substitution, Ergänzung (supplementation) in Bezug auf die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen?
8. Welche Empfehlungen haben Sie für die Erforschung und Implementierung von Rollen, in denen Pflegeexpert*innen die Ausübung heilkundlicher Aufgaben im Sinne einer Substitution übertragen werden?

Bewertung der Gesamt-Intervention und der PE Intervention

9. Wie bewerten Sie den möglichen Einfluss des Projekts HandinHand auf die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland?
10. Wie bewerten Sie die Intervention PEC in Bezug auf
 - die Pflegepraxis in Deutschland?
 - die Akademisierung der Pflege in Deutschland?
 - die Versorgungsqualität allgemein?
 - die interprofessionelle Zusammenarbeit?

Fähigkeiten und Kompetenzen; Befähigung und Förderung

11. Welche Kompetenzen brauchen Pflegeexpert*innen?
12. Welche Kompetenzen vermitteln Sie an der PTHV, welche nicht?
 - Welche klinischen (direkte klinische Praxis) Kompetenzen werden vermittelt?
 - Welche anderen Kompetenzen werden vermittelt?
 - Welche anderen Kompetenzen werden vermittelt?
 - Welche Kompetenzen sind einfach zu vermitteln und warum? Welche Kompetenzen sind schwierig zu vermitteln und warum?
 - Was ist bei der Kompetenzvermittlung hilfreich? Was ist schwierig?
13. Welche Maßnahmen werden an der PTHV ergriffen, um die Pflegeexpert*innen in ihrer Rolle zu stärken? Welche Maßnahmen zur Unterstützung in der Rollenfindung und Rollenentwicklung?
14. Was ist hierbei hilfreich? Was ist schwierig?



15. Wie haben sich die angewendeten Kompetenzen der PE im Laufe des Projekts verändert?
16. Wie hat sich die Rollenklarheit der PE im Laufe des Projekts verändert?

Rahmenbedingungen

Unabhängig vom Projekt:

17. Welche Rahmenbedingungen sind für eine Restrukturierung von Aufgabenverteilungen und Verantwortung im Gesundheitswesen von Bedeutung?
- mikro: vor Ort
 - meso: Krankenhaus, Primärversorgung, Hochschulen
 - makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch

Projektbezogen:

18. Welche Rahmenbedingungen sind für eine mögliche Implementierung der HiH Intervention in die Regelversorgung von Bedeutung?

Förderliche und hinderliche Faktoren

Projektbezogen:

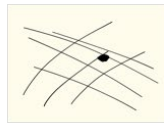
19. Was sind förderliche Faktoren für die Implementierung in die Regelversorgung bzgl. Etablierung des PEC und die Implementierung der PE Rolle? Was können Sie beitragen?
20. Welche Hürden sehen Sie? Was können Sie beitragen?
21. Welche Rahmenbedingungen sind von Bedeutung für eine mögliche Implementierung in die Regelversorgung?
- mikro: vor Ort
 - meso: Krankenhaus (?), Primärversorgung, Hochschulen
 - makro: Gesundheitssystem

Kontextfaktoren

22. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf das Studium der Pflegeexpert*innen?
23. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf die Tätigkeit der Pflegeexpert*innen?
24. Welchen Einfluss hatte die Flutkatastrophe auf das Studium der Pflegeexpert*innen?
25. Welchen Einfluss hat die Schließung der pflegewissenschaftlichen Fakultät an der PTHV auf das Studium der Pflegeexpert*innen?

Abschließende Fragestellung

26. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



I5-6a Leitfaden Krankenkasse Telefoninterview

Motivation

1. Was hat Sie motiviert als Krankenkasse an dem Projekt HiH teilzunehmen?

Rolle, Rollenverständnis, Rollenklarheit

Unabhängig vom Projekt HiH:

2. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in beschreiben?
3. Welche Aufgaben haben Pflegeexpert*innen im Vergleich zu Pflegefachpersonen ohne erweiterte Kompetenzen?

Projektbezogen:

4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt HiH?

Unabhängig vom Projekt HiH:

5. Welche einzigartigen/besonderen Beiträge (unique contributions) können Pflegeexpert*innen im Gesundheitswesen leisten? Welche Merkmale grenzen Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen von anderen Akteuren im Gesundheitswesen ab?
6. Wie bewerten Sie die Themen Delegation, Substitution, Ergänzung (supplementation) in Bezug auf die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen?

Projektbezogen:

7. Wie bewerten Sie das Thema der Delegation im Projekt?

Unabhängig vom Projekt HiH:

8. Wie bewerten Sie im Allgemeinen die Implementierung von Rollen, in denen Pflegefachpersonen mit erweiterten pflegerischen Kompetenzen die Ausübung heilkundlicher Aufgaben im Sinne einer Substitution übertragen werden?

Erwartungen bzgl. der Intervention PEC

9. Welche Bedeutung hat die Intervention für die Versorgungsqualität?
10. Welche Bedeutung hat die Intervention für die interprofessionelle Zusammenarbeit?
11. Haben Sie Erfahrungen mit ähnlichen Projekten? Wenn ja, können Sie mir davon erzählen? (Herausforderungen/Unterschiede & Gemeinsamkeiten)

Rahmenbedingungen

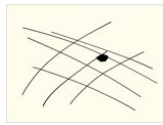
Unabhängig vom Projekt

12. Welche Rahmenbedingungen sind für eine Restrukturierung von Aufgabenverteilungen und Verantwortung im Gesundheitswesen von Bedeutung?

- mikro: vor Ort
- meso: Krankenhaus, Primärversorgung, Hochschulen
- makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch

Projektbezogen:

13. Welche Rahmenbedingungen sind für eine mögliche Implementierung der HiH Intervention von Bedeutung?



Förderliche und hinderliche Faktoren

Projektbezogen:

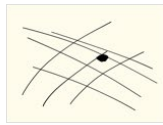
14. Was sind förderliche Faktoren für die Implementierung in die Regelversorgung bzgl. Etablierung des PEC und die Implementierung der PE Rolle? Was können Sie beitragen?
15. Welche Hürden sehen Sie? Was können Sie beitragen?

Kontextfaktoren

16. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf das Projekt insgesamt?

Abschließend Fragestellung

17. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



15-2c Leitfaden Krankenkasse Telefoninterview

Motivation

1. Was hat Sie motiviert als Krankenkasse an dem Projekt HiH teilzunehmen?

Rolle, Rollenverständnis, Rollenklarheit

Unabhängig vom Projekt HiH:

2. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in beschreiben?
3. Welche Aufgaben haben Pflegeexpert*innen im Vergleich zu Pflegefachpersonen ohne erweiterte Kompetenzen?

Projektbezogen:

4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt HiH?
5. Welche Kompetenzen brauchen die Pflegeexpert*innen für diese Aufgaben? Haben die Pflegeexpert*innen diese Kompetenzen?

Unabhängig vom Projekt HiH:

6. Welche einzigartigen/besonderen Beiträge (unique contributions) können Pflegeexpert*innen im Gesundheitswesen leisten? Welche Merkmale grenzen Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen von anderen Akteuren im Gesundheitswesen ab?
7. Wie bewerten Sie die Themen Delegation, Substitution, Ergänzung (supplementation) in Bezug auf die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen?

Projektbezogen:

8. Wie bewerten Sie das Thema der Delegation im Projekt?

Unabhängig vom Projekt HiH:

9. Wie bewerten Sie im Allgemeinen die Implementierung von Rollen, in denen Pflegefachpersonen mit erweiterten pflegerischen Kompetenzen die Ausübung heilkundlicher Aufgaben im Sinne einer Substitution übertragen werden?

Erwartungen bzgl. der Intervention PEC

10. Welche Bedeutung hat die Intervention für die Versorgungsqualität?
11. Welche Bedeutung hat die Intervention für die interprofessionelle Zusammenarbeit?
12. Haben Sie Erfahrungen mit ähnlichen Projekten? Wenn ja, können Sie mir davon erzählen? (Herausforderungen/Unterschiede & Gemeinsamkeiten)

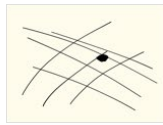
Rahmenbedingungen

Unabhängig vom Projekt

13. Welche Rahmenbedingungen sind für eine Restrukturierung von Aufgabenverteilungen und Verantwortung im Gesundheitswesen von Bedeutung?
 - mikro: vor Ort
 - meso: Krankenhaus, Primärversorgung, Hochschulen
 - makro: rechtlich, strukturell, gesundheitspolitisch

Projektbezogen:

14. Welche Rahmenbedingungen sind für eine mögliche Implementierung der HiH Intervention von Bedeutung?



Förderliche und hinderliche Faktoren

Projektbezogen:

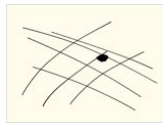
15. Was sind förderliche Faktoren für die Implementierung in die Regelversorgung bzgl. Etablierung des PEC und die Implementierung der PE Rolle? Was können Sie beitragen?
16. Welche Hürden sehen Sie? Was können Sie beitragen?

Kontextfaktoren

17. Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf das Projekt insgesamt?

Abschließend Fragestellung

18. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



16-6a Leitfaden Andere Versorgende Telefoninterview

Intervention

1. Können Sie mir sagen, wie Sie von der Studie erfahren haben?
2. Was haben Sie bisher über die Inhalte und Ziele der Studie gehört?

Rolle der PE

3. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in generell beschreiben?
4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt?
5. Wie grenzen sich Rolle und Aufgaben der/des Pflegeexpert*in von denen anderer an der Versorgung Beteiligter ab? (Ärzt*innen, VERAH etc., andere pflegerische Rollen)

Erwartungen, Kooperation, Zusammenarbeit und Schnittstellen

6. Welche Erwartungen haben Sie an die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
 - Gibt es Aspekte, von denen Sie erwarten, dass sie problematisch sein könnten?
7. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen? (*optional, wenn noch keine Zusammenarbeit stattgefunden hat*)
 - Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und den Pflegeexpert*innen beschreiben?
 - Wie erleben Sie die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen? Auf welche Weise kommunizieren Sie hauptsächlich mit den Pflegeexpert*innen?
 - Wie waren Ihre Erfahrungen mit der PEC Leitung?
 - Insgesamt: Was läuft gut? Was könnte besser sein?
8. Welche Bedarfe und ggf. Lücken in Bezug auf mögliche Schnittstellen sehen Sie in der Versorgung chronisch kranker Menschen in der Häuslichkeit/ bzw. in Einrichtungen?
9. Welche dieser Bedarfe und Lücken könnten Pflegeexpert*innen Ihrer Meinung nach decken bzw. füllen?

Aktive Förderung oder Behinderung

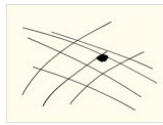
10. Würden Sie anderen Einrichtungen/Pflegediensten/Kolleginnen von dem Projekt erzählen? Wenn ja/nein, was würden Sie erzählen?
11. Würden Sie Patient*innen/Bewohner*innen/Angehörigen, die bisher nicht am Projekt teilnehmen eine Teilnahme empfehlen? Wenn ja/nein, warum?
12. Würden Sie Hausarzt*innen, die bisher nicht am Projekt teilnehmen von dem Projekt erzählen/eine Teilnahme empfehlen? Wenn ja/nein, warum?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

13. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig?
 - Was sind aus Ihrer Sicht mögliche Barrieren? Was sind förderliche Faktoren? (sowohl Etablierung PEC als auch Rolle PE)

Kontextfaktoren

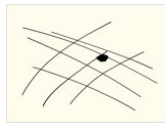
14. Was ist Ihr Eindruck von der interprofessionellen Zusammenarbeit in der hausärztlichen Versorgung? (Ärzt*innen, Pflegende, Physios, Ergos, Sozialarbeiter*innen, etc.)



15. Wie beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
(*optional, wenn noch keine Zusammenarbeit stattgefunden hat*)

Abschließend Fragestellung

16. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?



16-2c Leitfaden Andere Versorgende Telefoninterview

Intervention

1. Können Sie mir sagen, wie Sie von der Studie erfahren haben?
2. Was haben Sie bisher über die Inhalte und Ziele der Studie gehört?

Rolle und Kompetenzen der PE

3. Wie würden Sie die Rolle einer Pflegeexpert*in generell beschreiben?
4. Welche Aufgaben haben die Pflegeexpert*innen im Projekt?
5. Welche Kompetenzen brauchen die Pflegeexpert*innen für diese Aufgaben? Haben die Pflegeexpert*innen diese Kompetenzen?
6. Wie grenzen sich Rolle und Aufgaben der/des Pflegeexpert*in von denen anderer an der Versorgung Beteiligter ab? (Ärzt*innen, VERAH etc., andere pflegerische Rollen)

Erwartungen, Kooperation, Zusammenarbeit und Schnittstellen

7. Welche Erwartungen hatten Sie an die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
 - Gab es Aspekte, von denen Sie erwarten, dass sie problematisch sein könnten?
8. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen? (*optional, wenn noch keine Zusammenarbeit stattgefunden hat*)
 - Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und den Pflegeexpert*innen beschreiben?
 - Wie erleben Sie die Kommunikation mit den Pflegeexpert*innen? Auf welche Weise kommunizieren Sie hauptsächlich mit den Pflegeexpert*innen?
 - Wie waren Ihre Erfahrungen mit der PEC Leitung?
 - Insgesamt: Was läuft gut? Was könnte besser sein?
9. Welche Bedarfe und ggf. Lücken in Bezug auf mögliche Schnittstellen sehen Sie in der Versorgung chronisch kranker Menschen in der Häuslichkeit/ bzw. in Einrichtungen?
10. Welche dieser Bedarfe und Lücken könnten Pflegeexpert*innen Ihrer Meinung nach decken bzw. füllen?

Aktive Förderung oder Behinderung

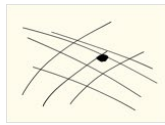
11. Würden Sie anderen Einrichtungen/Pflegediensten/Kolleginnen von dem Projekt erzählen? Wenn ja/nein, was würden Sie erzählen?
12. Würden Sie Patient*innen/Bewohner*innen/Angehörigen, die bisher nicht am Projekt teilnehmen eine Teilnahme empfehlen? Wenn ja/nein, warum?
13. Würden Sie Hausärzt*innen, die bisher nicht am Projekt teilnehmen von dem Projekt erzählen/eine Teilnahme empfehlen? Wenn ja/nein, warum?

Förderliche und hinderliche Faktoren insgesamt

14. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für die erfolgreiche Etablierung des PEC allgemein notwendig?
 - Was sind aus Ihrer Sicht mögliche Barrieren? Was sind förderliche Faktoren? (sowohl Etablierung PEC als auch Rolle PE)

Kontextfaktoren

15. Was ist Ihr Eindruck von der interprofessionellen Zusammenarbeit in der hausärztlichen Versorgung? (Ärzt*innen, Pflegendе, Physios, Ergos, Sozialarbeiter*innen, etc.)



16. Wie beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpert*innen?
(*optional, wenn noch keine Zusammenarbeit stattgefunden hat*)
17. Wie hat die Flutkatastrophe die Zusammenarbeit mit den PE beeinflusst?

Abschließend Fragestellung

18. Was möchten Sie abschließend noch ergänzen?