

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	AOK Baden-Württemberg
Förderkennzeichen:	01NVF17024
Akronym:	VESPEERA
Projekttitel:	Versorgungskontinuität sichern: Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassungsmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern
Autoren:	Johanna Forstner (AMED), Wolfram Günther (aQua), Nicola Litke (AMED), Maximilian Pilz (IMBI), Janina Schubert (aQua), Joachim Szecsenyi (AMED), Michel Wensing (AMED)
Förderzeitraum:	01. Oktober 2017 - 30. September 2020

Inhalt

- 1. Ausgangslage und Ziele 6
- 2. Darstellung der neuen Versorgungsform 7
 - 2.1 Darstellung der Intervention 7
 - 2.2 Darstellung der Implementierungsstrategien 11
- 3. Darstellung des Evaluationsdesigns 15
 - 3.1 Studiendesign 15
 - 3.2 Setting und Studienpopulation 15
 - 3.2.1 Intervention und Ergebnisevaluation 15
 - 3.2.2 Prozessevaluation 18
 - 3.3 Rekrutierung 18
 - 3.3.1 Intervention und Ergebnisevaluation 18
 - 3.3.2 Prozessevaluation 19
 - 3.4 Endpunkte 20
 - 3.4.1 Ergebnisevaluation 20
 - 3.4.2 Prozessevaluation 21
 - 3.5 Fallzahlplanung 22
 - 3.5.1 Ergebnisevaluation 22
 - 3.5.2 Prozessevaluation 23
 - 3.6 Datenquellen und -erhebung 25
 - 3.6.1 Intervention und Ergebnisevaluation 25
 - 3.6.2 Prozessevaluation 26
 - 3.7 Datenaufbereitung 27
 - 3.8 Auswertung 29
 - 3.8.1 Ergebnisevaluation 29
 - 3.8.2 Prozessevaluation 33
 - 3.9 Abweichungen vom ursprünglichen Evaluationskonzept 34

3.10	Methodendiskussion	35
4.	Ergebnisse der Evaluation.....	38
4.1	Ergebnisevaluation.....	38
4.1.1	Deskription	38
4.1.2	Primäre Analyse: Rehospitalisierungen wegen derselben Indikation innerhalb von 90 Tagen nach Krankenhausentlassung	44
4.1.3	Sensitivitätsanalysen	45
4.1.4	Subgruppenanalysen.....	47
4.1.5	Sekundäre Analysen	53
4.1.6	Patientenbefragung	60
4.2	Prozessevaluation	74
4.2.1	Deskription	74
4.2.2	Umsetzungstreue	79
4.2.3	Erreichte Ergebnisse	88
4.2.4	Wirkmechanismus	95
4.2.5	Aufwand der Umsetzung des Programms	101
4.2.6	Attraktivität und Akzeptanz	102
4.2.7	Determinanten und Kontextfaktoren	104
4.2.8	Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements in nicht-teilnehmenden Krankenhäusern	138
4.2.9	Dose-Response-Associations.....	140
5.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	141
5.1	Diskussion der Ergebnisse der Ergebnisevaluation.....	141
5.2	Diskussion der Ergebnisse der Prozessevaluation	144
5.3	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	146
6.	References.....	148
7.	Anhang.....	151

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: VESPEERA Interventionskomponenten [11]..... 8

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: VESPEERA Studienarme16
Tabelle 2: Fallzahlplanung Interviews24
Tabelle 3: Fallzahlplanung Fragebögen.....24
Tabelle 4: Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser und Hausarztpraxen38
Tabelle 5: In die Analyse eingegangene Fall- und Patientenzahl nach Studienarmen39
Tabelle 6: Aufteilung der Fallzahl auf die Studienarme bei Kombination mehrerer Arme39
Tabelle 7: Deskriptive Ergebnisse auf Patientenebene.....40
Tabelle 8: Deskriptive Ergebnisse auf Fallebene41
Tabelle 9: Deskriptive Ergebnisse der Endpunkte42
Tabelle 10: Ergebnisse der primären Analyse44
Tabelle 11 Difference-in-Difference Modelle für die Rehospitalisierung nach 90 Tagen.....45
Tabelle 12: Interrupted-Time-Series Modelle für die Rehospitalisierung nach 90 Tagen.....46
Tabelle 13: Fallzahlen in den einzelnen Subgruppen47
Tabelle 14: Ergebnisse der Evaluation des HOSPITAL-Scores47
Tabelle 15: Rehospitalisierung nach 90 Tagen zwischen VESPEERA-Patienten ohne
Telefonmonitoring und Kontrollen48
Tabelle 16: Rehospitalisierung nach 90 Tagen zwischen VESPEERA-Patienten mit
Telefonmonitoring und Kontrollen48
Tabelle 17: Subgruppenanalyse bei Patienten mit geringem CCI (≤ 2).....50
Tabelle 18: Subgruppenanalyse bei Patienten mit mittlerem CCI (3 oder 4)50
Tabelle 19: Subgruppenanalyse bei Patienten mit hohem CCI (≥ 5).....51
Tabelle 20: Subgruppenanalyse bei Patienten mit geringem Alter (< 65).....52
Tabelle 21: Subgruppenanalyse bei Patienten mit hohem Alter (≥ 65).....52
Tabelle 22: Ergebnisse für die Rehospitalisierung innerhalb von 30 Tagen53
Tabelle 23: Ergebnisse für die Hospitalisierungen wegen ambulant sensitiver Diagnosen ...54
Tabelle 24: Ergebnisse für die verspätete Verschreibung von Arzneimitteln.....55
Tabelle 25: Ergebnisse für die verspätete Verschreibung von Hilfsmitteln56
Tabelle 26: Ergebnisse für die verspätete Verschreibung von Heilmitteln.....57
Tabelle 27: Ergebnisse zu "Rettungseinsätzen oder Notfallbehandlungen"58
Tabelle 28: Ergebnisse zu den direkten Versorgungskosten (in Euro).....59
Tabelle 29: Soziodemographische Charakteristika Patientenbefragung64
Tabelle 30: Deskriptive Ergebnisse EQ-5D.....66
Tabelle 31: Deskription EQ-5D Index67
Tabelle 32: Deskription EQ-5D VAS67
Tabelle 33: EQ-5D im Gruppenvergleich67
Tabelle 34: PEACS: Haus- und fachärztliche Behandlung vor Krankenhausaufenthalt.....68
Tabelle 35: PEACS: Gesamtbewertung der Behandlung vor Krankenhausaufnahme68
Tabelle 36: PEACS: Entlassung aus dem Krankenhaus I.....69
Tabelle 37: PEACS: Entlassung aus dem Krankenhaus II.....70
Tabelle 38: PEACS: Entlassung aus dem Krankenhaus III.....70
Tabelle 39: PEACS: Entlassung aus dem Krankenhaus IV71
Tabelle 40: PEACS: Gesamtbewertung der Krankenhausbehandlung71

Tabelle 41: PEACS: Schmerztherapie und Medikation nach Entlassung I.....	72
Tabelle 42: PEACS: Schmerztherapie und Medikation nach Entlassung II.....	72
Tabelle 43: PEACS: Gesamtbewertung von Entlassung und Nachsorge.....	72
Tabelle 44: PEACS: Ergebnis der Behandlung I.....	73
Tabelle 45: PEACS: Ergebnis der Behandlung II.....	73
Tabelle 46: PEACS: Ergebnis der Behandlung III.....	73
Tabelle 47: Fallzahlen Interviews mit Leistungserbringern.....	74
Tabelle 48: Soziodemographie der Teilnehmer der Interviews mit Leistungserbringern.....	75
Tabelle 49: Soziodemographie der Teilnehmer der Interviews mit Patienten.....	76
Tabelle 50: Soziodemographie der Teilnehmer an der Fragebogenbefragung der Leistungserbringer der Prozessevaluation	77
Tabelle 51: Soziodemographie der Teilnehmer an der Fragebogenbefragung der Patienten der Prozessevaluation	78
Tabelle 52: Fallzahlen und Rücklaufquoten der Fragebogenbefragung	79
Tabelle 53: Nutzung der Interventionskomponenten gemäß den Angaben in der Fragebogenbefragung	83
Tabelle 54: Umsetzungstreue bei Einweisung aus Patientensicht	84
Tabelle 55: Umsetzungstreue vor Entlassung aus Patientensicht.....	84
Tabelle 56: Umsetzungstreue nach Entlassung aus Patientensicht.....	85
Tabelle 57: Informationen zur Krankenhausbehandlung.....	86
Tabelle 58: Persönliche Erfahrungen mit der Medikation.....	86
Tabelle 59: Wahrgenommene Ergebnisse der VESPEERA-Intervention – Ergebnisse der Fragebogenbefragung	94
Tabelle 60: Wirkmechanismus der VESPEERA-Interventionskomponenten.....	97
Tabelle 61: Attraktivität und Akzeptanz von VESPEERA	103
Tabelle 62: Kontextfaktoren zur Umsetzung der VESPEERA-Intervention	136

Abkürzungsverzeichnis

AMED	Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
AOK	AOK Baden-Württemberg
BSNR	Betriebsstättennummer
CCI	Charlson Comorbidity Index
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CI	Konfidenzintervall (engl. confidence interval)
HÄVG	Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Regionaldirektion Süd
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
ICC	Intraklassen Korrelationskoeffizient (engl. intraclass correlation coefficient)
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modification
IMBI	Institut für Medizinische Biometrie und Informatik, Universitätsklinikum Heidelberg
LANR	Lebenslange Arztnummer
MFA	Medizinische Fachangestellte
OR	Odds Ratio
PEACS	Patient Experiences Across Care Sectors
SD	Standardabweichung (engl. standard deviation)
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

1. Ausgangslage und Ziele

Versorgungsbrüche zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor haben verschiedene Auswirkungen auf alle am Versorgungsprozess Beteiligten. Neben Kosten durch vermeidbare Rehospitalisierungen für die Krankenhäuser und die Versichertengemeinschaft gefährden sie den Versorgungs- und Gesundheitsprozess und mindern die (Gesundheits-) Zufriedenheit der Patienten¹. Trotz verschiedener gesetzlicher Initiativen, zum Beispiel im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, zur Verankerung nahtloser, sektorenübergreifender Übergänge, insbesondere bei Krankenhausentlassung (§ 39 SGB V), erfolgt die Versorgung meist sektorenspezifisch. Patienten werden vielfach unvorbereitet aus dem stationären Bereich entlassen, ohne dass sie, ihre Angehörigen oder der weiterbehandelnde Hausarzt ausreichend informiert sind und die Weiterversorgung abgestimmt ist [1, 2]. Aus Patientensicht liegen die Defizite vor allem im Bereich der Koordination zwischen ambulantem und stationärem Sektor und im Informations- und Kommunikationsfluss [3]. Hinzu kommen unterschiedliche Kulturen und Ziele der Versorgung zwischen Krankenhäusern und Praxen [4] oder in interprofessionellen Teams [5]. Für eine optimale, sektorenübergreifende Versorgung sind Einweisungs- und Entlassmanagement (n.B. wir verwenden hier den Begriff aus dem SGB V synonym zu dem oft verwendeten Begriff des *Entlassungsmanagements*) unverzichtbare, untrennbare Bestandteile der Gesundheitsversorgung. Neben arbeits- und kostenökonomischen Vorteilen reduziert ein strukturelles Einweisungs- und Entlassmanagement vermeidbare Rehospitalisierungen und verkürzt die Krankenhausaufenthaltsdauer bei älteren Patienten [6, 7]. Bislang gibt es in Deutschland jedoch wenig etablierte Standards für die Einweisungs- und Entlassplanung sowie die wechselseitige sektorenübergreifende Kommunikation bei Einweisung, Aufnahme und Entlassung. Im Rahmen des von 2009-2011 nach § 140a SGB V geförderten Projekts *HeiCare* der AOK Baden-Württemberg zur Harmonisierung von Einweisungs- und Entlassmedikation [5] in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Heidelberg und umliegenden Hausarztpraxen zeigten sich bereits erste Ansatzpunkte zur besseren Informationsvermittlung bezüglich der prä- und poststationären Medikation und für ein strukturiertes Medikationsgespräch nach Entlassung. In diesem Projekt konnten jedoch nur Teilaspekte des Einweisungs- und Entlassprozesses bearbeitet und nicht in die Routine überführt werden, da unter anderem die Intervention wesentlich auf Hausärzte und wenig auf das Praxispersonal beziehungsweise Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) fokussierte und ein vertraglicher Vergütungsrahmen fehlte. Zur weiteren Exploration der Probleme und möglichen Lösungen hinsichtlich der Schnittstellenproblematik führten die Kooperationspartner dieses Projektes bereits im Frühjahr 2016 vorbereitende Fokusgruppen mit Vertretern beider

¹ Im Sinne einer besseren Lesbarkeit des Textes wird in diesem Bericht entweder die männliche oder weibliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung der anderen Geschlechter. Frauen und Männer sowie Personen, die sich einem anderen Geschlecht oder keinem Geschlecht zugehörig fühlen, sind von den Inhalten dieses Berichts gleichermaßen angesprochen.

Sektoren in Baden-Württemberg durch. Neben der Unvollständigkeit und fehlenden Aktualität des Medikationsplans wurden auch hier der fehlende Informationsfluss zwischen den Einrichtungen untereinander und gegenüber den Patienten sowie die mangelnde pro-aktive Vorbereitung der Patienten und Leistungserbringer bei Einweisung und Entlassung als wesentliche Probleme identifiziert. Dies deckt sich mit nationaler und internationaler Literatur [2, 6, 8]. Vor diesem Hintergrund wurde bereits im Sommer 2017 der Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V in Kraft gesetzt [9], der verbindliche Regelungen für ein standardisiertes Entlassmanagement der Krankenhäuser vorsah.

2. Darstellung der neuen Versorgungsform

2.1 Darstellung der Intervention

Bei der neuen Versorgungsform VESPEERA handelt es sich um ein Maßnahmenbündel, das darauf abzielt, die sektorenübergreifende Versorgung zwischen Hausarztpraxen und Krankenhäusern zu verbessern. In Ergänzung zu den gesetzlichen Maßnahmen, die sich an die Krankenhäuser richten, bindet VESPEERA auch Hausärzte mit ein und stellt somit durch die vor- sowie nachstationäre Versorgung eine sektorenübergreifende Klammer um den Krankenhausaufenthalt dar.

Die Intervention richtet sich auf Leistungserbringerebene an Krankenhäuser beziehungsweise Krankenhausabteilungen, ungeachtet der Versorgungsstufe und Fachdisziplin, sowie an hausärztlich tätige niedergelassene Ärzte, die an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (HZV) teilnehmen [10]. Auf Patientenebene richtet sich VESPEERA an AOK-Versicherte, die an der HZV teilnehmen, 18 Jahre und älter sind und ins Krankenhaus eingewiesen beziehungsweise aus dem Krankenhaus entlassen werden. Detaillierte Ein- und Ausschlusskriterien sind in Kapitel 3.2.1 zu finden.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die einzelnen Komponenten der VESPEERA-Intervention. Im Folgenden werden diese detailliert beschrieben.

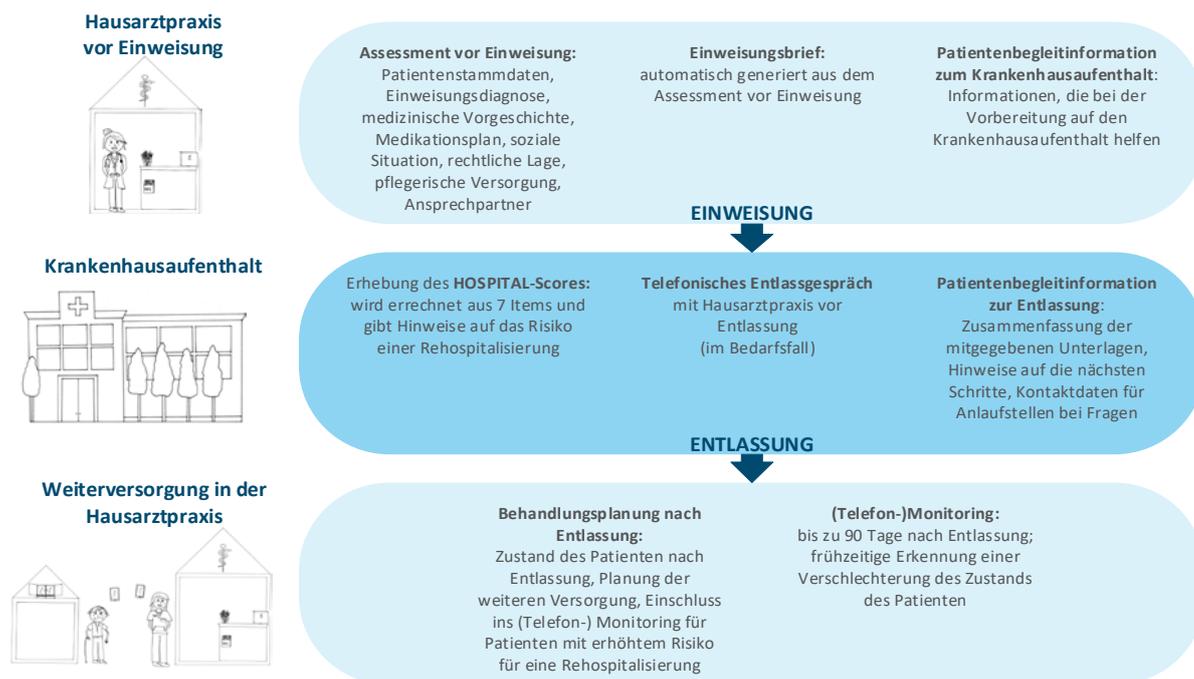


Abbildung 1: VESPEERA Interventionskomponenten [11]

Assessment zur Erstellung des Einweisungsbriefs: Das Assessment zur Erstellung des Einweisungsbriefs wird bei Patienten mit geplanten Krankenseinweisungen vor dem Krankenhausaufenthalt in der Hausarztpraxis durchgeführt. Inhalte sind Patientenstammdaten, die Einweisungsdiagnose, die medizinische Vorgeschichte, Angaben zur pflegerischen und sozialen Situation, die rechtliche Lage, Ansprechpartner, der Medikationsplan sowie weitere relevante Anlagen. Das Einweisungsassessment wird überwiegend durch die VERAH durchgeführt, der Arzt ergänzt die Fragestellung. Aus den Angaben des Patienten wird automatisch ein Einweisungsbrief generiert, der dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden soll. Für die Durchführung wurde mit einer Dauer von fünf bis zehn Minuten gerechnet. Das Assessment soll bei jeder Einweisung in ein Krankenhaus neu durchgeführt werden, um möglichst aktuelle Daten zu erheben. Ziel des Assessments sowie des Einweisungsbriefs ist es, dem Krankenhaus möglichst detaillierte Informationen über die medizinische, pflegerische und soziale Situation des Patienten zu liefern, sodass diese bei der Behandlung im Krankenhaus sowie der Planung der Behandlung nach Entlassung berücksichtigt werden können.

Patientenbegleitinformation zum Krankenhausaufenthalt (Einweisungsbroschüre): Patienten mit geplantem Krankenhausaufenthalt erhalten von der Hausarztpraxis vor Einweisung eine Broschüre, die sie auf den Krankenhausaufenthalt vorbereiten soll. Inhalte der Broschüre sind die Rechte und Pflichten eines Patienten im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts, Hinweise auf Ansprechpartner sowie eine Checkliste, die zur Vorbereitung genutzt werden kann. Die Broschüren

wurden den Hausarztpraxen bereitgestellt, die Mitgabe an den Patienten ist mit keinem weiteren Zeitaufwand verbunden.

Erhebung des HOSPITAL-Scores: Zunächst sollen Krankenhäuser VESPEERA-Patienten anhand des Einweisungsbrieft als solche identifizieren. Jedes teilnehmende Krankenhaus sollte hier eigene Maßnahmen treffen, um dies sicherzustellen. Vor Entlassung des Patienten wird im Krankenhaus der für den deutschen Kontext leicht adaptierte HOSPITAL-Score [12] erhoben, der aus sieben Items berechnet wird und Hinweise auf das Risiko einer Rehospitalisierung gibt. Der HOSPITAL-Score soll der Hausarztpraxis im Entlassbrief mitgeteilt werden. Die verschiedenen Items (letzter Hämoglobinwert vor Entlassung, Entlassung aus einer onkologischen Einrichtung, letzter Natriumwert vor Entlassung, Durchführung einer Operation oder Prozedur, Art der Einweisung (elektiv vs. notfallmäßig/dringlich), Anzahl der Krankenhauseinweisungen in den letzten 12 Monaten, Länge des Krankenhausaufenthalts), sollten im Krankenhaus bekannt sein beziehungsweise vorab im Einweisungsbrief mitgeteilt worden sein. Die Einteilung in die Kategorien niedriges Risiko (Score von 0-4 Punkten), mittleres Risiko (Score von 5-6 Punkten) und hohes Risiko (Score von 7 oder mehr Punkten) erfolgte gemäß den Vorgaben von Donzé et al [12]. Die Umsetzung der Erhebung sollte krankenhausespezifisch festgelegt werden. Möglichkeiten waren die Integration in das Krankenhausinformationssystem, eine papierbasierte Erhebung oder die Erhebung mittels beschreibbarer PDF. Auch die Festlegung von Verantwortlichkeiten war den Krankenhäusern überlassen. Je nach Umsetzung war somit auch der damit verbundene Zeitaufwand individuell.

Telefonisches Entlassgespräch mit der Hausarztpraxis vor Entlassung: Im Bedarfsfall soll vor der Entlassung ein telefonisches Entlassgespräch mit der Hausarztpraxis geführt werden. Ziel dieses Telefonats ist es, Maßnahmen zu erläutern, komplexe Sachverhalte zu schildern und gegebenenfalls die Behandlung nach Entlassung gemeinsam zu planen. Den Krankenhäusern wurde eine Liste zur Verfügung gestellt, in welchen Fällen ein solches Telefonat sinnvoll ist (zum Beispiel bei komplexen Patienten, bei Komplikationen, bei Entlassung vor dem Wochenende, bei Versterben des Patienten) und was mögliche Inhalte sein können (zum Beispiel veränderter Zustand des Patienten, Begründung von Entscheidungen, ergänzende Erläuterung zum Entlassbrief). Auch an dieser Stelle wurden keine Vorgaben gemacht, wer dieses Telefonat führen soll, da es je nach Fall und Anliegen unterschiedliche Berufsgruppen sein können. Ebenso ist der Zeitaufwand fallindividuell und somit nicht festlegbar.

Patientenbegleitinformation bei Entlassung: Auch bei Entlassung sollten Patienten eine Information erhalten, die sie auf die weitere Versorgung vorbereitet. Die Information, verfasst in patientenfreundlicher Sprache, soll somit eine Ergänzung zum Entlassbrief darstellen. Inhalte sind eine Übersicht über die mitgegebenen Dokumente, Hinweise auf die nächsten Schritte (zum

Beispiel Termine zur Nachkontrolle) sowie eine Übersicht über Ansprechpartner bei Fragen (zum Beispiel Hinweise auf Selbsthilfe, aber auch klinikinterne Telefonnummern). Den Krankenhäusern wurde eine Vorlage zur Verfügung gestellt. Sofern bereits eigene Dokumente implementiert wurden, beispielsweise im Rahmen der Umsetzung der Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagements, konnten auch diese genutzt werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Bereits vorhandene Dokumente sollten jedoch gegebenenfalls um die Inhalte der VESPEERA-Vorlage ergänzt werden. Auch hier sind die Berufsgruppe, die die Leistung erbringt, sowie der damit verbundene Zeitaufwand krankenhausesindividuell.

Behandlungsplanung nach Entlassung: Mit den Patienten soll, möglichst am nächsten Werktag nach Entlassung, in der Hausarztpraxis eine Behandlungsplanung stattfinden. Diese bietet eine strukturierte Erfassung des Gesundheitszustandes des Patienten nach Entlassung (u.a. Schmerz, Wunden), die Sichtung der Medikation, die Planung der weiteren Versorgung (u.a. Termine bei Hausarzt und Fachärzten, Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel etc.), gegebenenfalls die Erhebung des HOSPITAL-Scores (für Patienten aus nicht an VESPEERA teilnehmenden Krankenhäusern oder Patienten mit ungeplanter Krankenhausaufnahme), sowie die Festlegung des Einschlusses in ein anschließendes Telefonmonitoring für Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Rehospitalisierung, basierend auf dem HOSPITAL-Score. Die Behandlungsplanung nach Entlassung wird durch die VERAH durchgeführt, kann aber je nach Anforderung der Praxis, auch vom Hausarzt durchgeführt werden. Der Zeitaufwand wurde auf fünf Minuten geschätzt. Eine Zusammenfassung inkl. vereinbarter Termine für das Telefonmonitoring können dem Patienten mitgegeben werden.

Telefonmonitoring: Für Patienten mit einem erhöhten Risiko (HOSPITAL-Score: mittleres oder hohes Risiko) für eine Rehospitalisierung wird ein über drei Monate angelegtes Telefonmonitoring durchgeführt. Inhalte sind die Abfrage von Alarmsymptomen, die auf eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustands hinweisen (zum Beispiel Schmerzen, Atemnot, Durchfall) sowie die Überprüfung, ob zuvor veranlasste Behandlungen, wie beispielsweise Heilmittel in Anspruch genommen werden konnten. Durch das Telefonmonitoring soll ein rechtzeitiges Einschreiten bei Verschlechterung des Gesundheitszustands ermöglicht werden, um somit beispielsweise vermeidbare Rehospitalisierungen zu verhindern. Zudem soll eine Sicherstellung der geplanten Versorgung ermöglicht werden. Das Telefonmonitoring soll mindestens zwei Termine umfassen, einen in den ersten 14 Tagen nach Entlassung sowie einen weiteren nach Abschluss der 90 Tage. Die Frequenz dazwischenliegender Termine ist vom Hausarzt festzulegen und kann bei jedem Termin angepasst werden. Die Durchführung der Telefonmonitorings findet durch die VERAH statt, bei akuten Symptomen ist der Arzt zu informieren. Hat der Patient zu ähnlichen Zeiten Termine in der Praxis beziehungsweise Hausbesuchstermine, muss das Monitoring nicht in einem separaten

Telefonat stattfinden. Der Zeitaufwand pro Telefontermin wurde auf fünf bis zehn Minuten geschätzt.

2.2 Darstellung der Implementierungsstrategien

Zur Implementierung von VESPEERA in die Versorgung wurden diverse Implementierungsstrategien angewendet. Diese werden im Folgenden beschrieben.

Workshops zur Spezifizierung der Interventionskomponenten: In der Vorbereitungsphase der Intervention wurden in zwei gemeinsamen Workshops mit Vertretern der Leistungserbringer sowie den Konsortialpartnern AOK Baden-Württemberg (AOK), Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg (AMED) und Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Regionaldirektion Süd (HÄVG) durchgeführt. In diesen Workshops wurden die zuvor ausgearbeiteten Interventionskomponenten hinsichtlich ihrer Machbarkeit, Relevanz (einzelner Items) und der weiteren Spezifizierung diskutiert. Im Anschluss wurden die Interventionskomponenten mit Patientenvertretern des Konsortialpartners Gesundheitstreffpunkt Mannheim hinsichtlich ihrer Patientenorientierung diskutiert. Ziel dieser Workshops war durch die Beteiligung der Nutzer die spätere Akzeptanz und somit auch Nutzung der Intervention zu erhöhen. Nicht immer waren die Beteiligten einer Meinung, z.B. bezüglich der Ausführlichkeit der einzelnen Interventionselemente. Die Interventionskomponenten wurden schlussendlich dahingehend finalisiert, dass möglichst viele Interessen berücksichtigt werden konnten.

Implementierungspläne der Krankenhäuser: Für die Interventionskomponenten, die im Krankenhaus umgesetzt werden, wurden wenige bis keine Vorgaben zur Implementierung gegeben. Hintergrund ist, dass die Abläufe in den Häusern sowie vorhandene Ressourcen (Personal, EDV-Ausstattung, ec.) sehr unterschiedlich sind und starre Vorgaben wenig erfolgsversprechend schienen. Die Integrierbarkeit in interne Prozesse und somit die Akzeptanz und Umsetzungstreue sollten somit erhöht werden. Dennoch sollte sichergestellt werden und das Konsortium wollte Einblicke erhalten, wie die Krankenhäuser die Intervention umsetzen. Daher sollten Implementierungspläne erstellt werden, in denen die Umsetzung beschrieben ist. Konkret beinhalten diese die Identifizierung von VESPEERA-Patienten anhand des Einweisungsbriefs, die Sicherstellung, dass der Einweisungsbrief während des Behandlungszeitraums durch alle potenziellen Nutzer einsehbar ist, die Sicherstellung der Durchführung des telefonischen Entlassgesprächs mit der Hausarztpraxis, die Sicherstellung, dass alle Patienten bei Entlassung eine Begleitinformation erhalten, die die VESPEERA-Vorgaben erfüllt und die Sicherstellung, dass der Dokumentationsbogen für die Prozessevaluation inkl. des HOSPITAL-Scores für jeden Patienten ausgefüllt und übermittelt wird (siehe Kapitel 3.6 zur Beschreibung der Datenquellen). Alle teilnehmenden Krankenhäuser haben einen ausgefüllten Implementierungsplan eingereicht.

Weiterentwicklung des PraCMan-Cockpits zum CareCockpit zur Umsetzung der Interventionskomponenten in den Hausarztpraxen: das PraCMan-Cockpit ist eine Software für IT-gestütztes Case Management [13], das von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung entwickelt, evaluiert und im Rahmen der HZV in Baden-Württemberg angeboten wird. Die Software unterstützt dabei die Terminverwaltung, das Assessment, die Dokumentation des Krankheitsverlaufes und das Telefonmonitoring von Patienten, die durch Case Management unterstützt werden sollen. Zum Zeitpunkt der VESPEERA Antragstellung wurde das PraCMan-Cockpit bereits in 690 Hausarztpraxen in Baden-Württemberg eingesetzt. Aufgrund der breiten Anwendung schien eine Einbindung der VESPEERA-Interventionskomponenten in das PraCMan-Cockpit eine geeignete Implementierungsstrategie. Es erfolgte daher eine Weiterentwicklung zum CareCockpit und ein modularer Aufbau der einzelnen Komponenten (PraCMan und VESPEERA) [14]. Durch die elektronische Umsetzung und bereits bestehende Wege zur Datenübermittlung über die Abrechnungsschnittstelle der (HÄVG) konnte das VESPEERA-Modul im CareCockpit außerdem als electronic Case Report Form für die Datenerhebung verwendet werden. Durch die Implementierung in diese bestehenden Strukturen wurde mit einer erhöhten Akzeptanz der VESPEERA-Intervention und weniger Schulungsaufwand für die Hausarztpraxen gerechnet.

Schulungen: Alle teilnehmenden Hausarztpraxen mussten an einer Einsteigerschulung teilnehmen. Inhalte der Schulung waren die Software CareCockpit, die Umsetzung der VESPEERA-Interventionskomponenten im CareCockpit im Rollenspiel sowie Studienmaßnahmen wie Rekrutierung und Aufklärung von geeigneten Patienten. Die Schulungen wurden im Train-the-trainer Format durchgeführt. Daher wurden zuerst drei Trainerteams, bestehend aus Hausarzt und VERAH, die auch regelmäßig PraCMan-Schulungen anbieten, geschult. Die drei Trainerteams haben im weiteren Projektverlauf die Schulungen der Praxisteams, ebenfalls bestehend aus Hausarzt und VERAH, übernommen. Die Schulungen dauerten ca. 2,5 Stunden.

Informationsmaterial und kontinuierliche Betreuung der Hausarztpraxen und Krankenhäuser: Den Krankenhäusern wurde angeboten, sie bei der Umsetzung der Interventionskomponenten zu unterstützen. Darüber hinaus erhielten die Krankenhäuser alle notwendigen Informationen zur Umsetzung. Hausarztpraxen erhielten mit ihrem Prüfzentrumsordner diverse Materialien (wie u.a. Flow-Charts, Anleitungen zur Installation und Inbetriebnahme der Software). Im weiteren Projektverlauf wurden zudem kurze Videotutorials zur Nutzung des CareCockpits gedreht und den Praxen zur Verfügung gestellt. Außerdem wurden die Praxen durch die Studienzentrale (AMED) kontinuierlich betreut. Alle Praxen erhielten Telefonanrufe jeweils eine, ggf. zwei und vier Wochen nach Erhalt des Prüfzentrumsordners. Es wurde erfragt, ob die Installation bereits erfolgte und gegebenenfalls durch den First-Level-Support (AMED) unterstützt werden sollte. Zudem wurde

erfragt, ob die Praxis schon Patienten in VESPEERA einschließen konnte und an welchen Stellen Fragen aufkamen beziehungsweise wo die Studienzentrale noch weiter unterstützen kann. Sofern erforderlich wurden die Praxen auch weiterhin kontinuierlich telefonisch betreut. In Q1/2019 wurde durch die Studienzentrale zudem ein strukturiertes und standardisiertes Telefonmonitoring aller teilnehmenden Hausarztpraxen durchgeführt. Inhalte waren: der Rekrutierungsstatus, Erfassung von Problemen bei Rekrutierung, Studieneinschluss und Umsetzung der Intervention, die Kommunikation aktueller Informationen zum Projekt, die Teilnahme an und Rekrutierung von Patienten für Interviews der Prozessevaluation sowie die Notwendigkeit und das Angebot einer erneuten und individuellen Schulung der Praxis. Dieses Angebot wurde von 17 Praxen angenommen und wurde durch die Studienzentrale bis Ende Mai 2019 telefonisch beziehungsweise wo möglich im Rahmen eines Praxisbesuchs durchgeführt. Durch die kontinuierliche Betreuung der Hausarztpraxen sollten die Akzeptanz und Umsetzungstreue erhöht werden. Die Hausarztpraxen bewerteten in den Interviews und Fragebögen der Prozessevaluation (s.u.) die Betreuung durch die Studienzentrale als sehr positiv.

Feedbackberichte und Feedbacktreffen: An VESPEERA teilnehmende Hausarztpraxen und Krankenhäuser erhielten im Projektverlauf drei Feedbackberichte, zudem fanden zwei Runden regionaler Feedbacktreffen statt. Folgendes waren die Inhalte der Feedbackberichte: 1) wissenschaftlicher Hintergrund zur Intervention, 2) Ergebnisse der T0-Patientenbefragung (Hausarztpraxen, die mindestens 10 Patienten eingeschlossen haben, erhielten zudem ein Einlegeblatt mit praxisindividuellen Ergebnissen), 3) Ergebnisse der Ergebnisevaluation (Hausarztpraxen erhielten zudem ein Einlegeblatt mit praxisindividuellen Ergebnissen). Die Feedbackberichte wurden im September 2018, September 2019 und Juni 2020 versandt. Im Herbst 2018 und im Herbst 2019 fanden jeweils vier regionale Feedbacktreffen statt. Eingeladen waren sowohl Hausarztpraxen als auch Krankenhäuser. Die Feedbacktreffen dauerten jeweils ca. 2,5 Stunden. Inhalte des ersten Treffens waren eine Übersicht über den aktuellen Stand des Projekts, zudem wurde ein Einblick in erste Ergebnisse der T0-Patientenbefragung gegeben. In Kleingruppenarbeit konnten die Teilnehmer sich über Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und bei der Umsetzung von VESPEERA austauschen. An der ersten Runde der Feedbacktreffen nahmen insgesamt 26 Hausärzte, 28 VERAHs und 4 Krankenhausvertreter teil. Die Teilnehmer empfanden den Austausch als bereichernd. Inhalte des zweiten Treffens war eine Vorstellung erster Ergebnisse der Interviews der Prozessevaluation. In Workshops wurden zudem die drei Interventionskomponenten, die im CareCockpit umgesetzt wurden, kritisch diskutiert. Die Teilnehmer sollten Modifikationswünsche (inhaltlich und technisch) für eine potenzielle Weiterentwicklung der Software erarbeiten. An der zweiten Runde der Feedbacktreffen nahmen insgesamt 19 Hausärzte, 20 VERAHs und 7 Krankenhausvertreter teil. Die Rückmeldungen der Teilnehmer waren teilweise kongruent, an einigen Stellen gab es jedoch

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

auch konkurrierende Meinungen. Als Anreiz zur Teilnahme konnten die ärztlichen Teilnehmer Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg sammeln. Durch die Feedbackelemente wurde eine erhöhte Umsetzungstreue erhofft.

Vergütung: Für die Durchführung gesundheitsbezogener Versorgungsleistungen erhielten die Hausarztpraxen und Krankenhäuser eine Vergütung. Die Abrechnung erbrachter Leistungen durch die Hausarztpraxen erfolgte zum Quartalsende im Rahmen des üblichen Abrechnungsprozesses der HZV und setzte sich wie folgt zusammen: pro erbrachtem Assessment zur Erstellung eines Einweisungsbriefts 10,00 EUREUR, pro erbrachter Behandlungsplanung nach Entlassung 10,00 EUR, pro erbrachtem Telefonmonitoring über einen Zeitraum von drei Monaten 75,00 EUR. Die Abrechnung der durch Krankenhäuser erbrachte Leistungen erfolgte ebenfalls zum Quartalsende durch Rechnungstellung an die AOK Baden-Württemberg und umfasste 35,00 EUR pro Patient, der die Interventionskomponenten im Krankenhaus erhalten hat. Krankenhäuser erhielten zudem 1.000,00 EUR pro Kalenderjahr als Aufwandsentschädigung für die eigenständige hausinterne Umsetzung der Interventionskomponenten und Teilnahme an den Feedbacktreffen. Die Auszahlung dieser Aufwandsentschädigung war mit der Teilnahme an einem Feedbacktreffen verbunden und erfolgte per Rechnungsstellung an die AMED. Die Einzelleistungsvergütung stellt einen Anreiz zur Durchführung der verschiedenen Interventionskomponenten dar und sollte dadurch dazu beitragen, die Umsetzungstreue zu erhöhen.

3. Darstellung des Evaluationsdesigns

3.1 Studiendesign

Bei VESPEERA handelt es sich um eine quasi-experimentelle, prospektive, multizentrische, unverblindete Studie. VESPEERA wurde im Zeitraum vom 01.10.2017 bis 30.09.2020 durchgeführt und in Krankenhäusern und Hausarztpraxen in Baden-Württemberg implementiert. Patienten wurden von ihrer jeweiligen Hausarztpraxis vor beziehungsweise nach Krankenhausaufenthalt rekrutiert. Die Interventionsphase startete am 01.05.2018 und dauerte bis zum 30.09.2019 und erstreckte sich somit über einen Zeitraum von 17 Monaten [15]. Begleitet wurde die Implementierung der Intervention durch eine explorative Prozessevaluation mit mixed-methods Ansatz [16].

3.2 Setting und Studienpopulation

3.2.1 Intervention und Ergebnisevaluation

Es wurden Hausärzte sowie Krankenhäuser in neun Stadt- und Landkreisen rund um Heidelberg und im Großraum Stuttgart (=Interventionsregion) rekrutiert (Stadt- und Landkreise Heidelberg, Rhein-Neckar, Stuttgart, Esslingen, Ludwigsburg, Böblingen, Calw, Reutlingen und Tübingen). Die Definition der Interventionsregion erfolgte basierend auf Interessensbekundungen von Seiten der Krankenhäuser vor Projektbeginn (siehe Kapitel 3.3.1).

Hausärzte mit Teilnahme an der HZV der AOK Baden-Württemberg konnten teilnehmen, sofern sie mindestens eine VERAH beschäftigten und an der VESPEERA-Einsteigerschulung teilnahmen. VERAHs wurden in die Interventionsdurchführung eingebunden, da sie patientennahe Aufgaben, insbesondere im Bereich der Versorgung von chronisch Kranken, übernehmen können. Dadurch tragen sie zu einer Arztentlastung bei. Darüber hinaus können im Hausarztpraxisteam durchgeführte Interventionen zu einer Verbesserung der Patientenversorgung beitragen [17]. Voraussetzung für die Krankenhäuser war der Beitritt zu einem Vertrag der Besonderen Versorgung nach §140a SGB V. Eingeschlossen wurden bei der AOK Baden-Württemberg versicherte Patienten ab einem Alter von 18 Jahren, die in einer teilnehmenden Hausarztpraxis in der Interventionsregion in die HZV nach §73b SGB V der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben sind, in die Teilnahme am Projekt schriftlich einwilligten und im Interventionszeitraum mindestens einmal stationär aufgenommen wurden. Patienten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen waren von einer Teilnahme ausgeschlossen. Patienten, die zur Bildung der Kontrollgruppe selektiert wurden, mussten ebenfalls in die HZV der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben sein, älter als 18 Jahre sein und im Interventionszeitraum mindestens einmal stationär aufgenommen wurden. Patienten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen waren ebenfalls ausgeschlossen. Insgesamt gab es vier Interventionsgruppen und zwei Kontrollgruppen (siehe Tabelle 1). Konkret sind diese wie folgt definiert:

1. Intervention: Geplante Einweisung in ein teilnehmendes Krankenhaus

2. Intervention: Geplante Einweisung in ein nicht-teilnehmendes Krankenhaus
3. Intervention: Ungeplante Einweisung in ein teilnehmendes Krankenhaus
4. Intervention: Ungeplante Einweisung in ein nicht-teilnehmendes Krankenhaus
5. Kontrolle: Patienten aus der Interventionsregion, jedoch außerhalb von VESPEERA-Praxen
6. Kontrolle: Patienten außerhalb der Interventionsregion

Tabelle 1: VESPEERA Studienarme

	Arm 1: geplante Einweisung in teilnehmendes Krankenhaus	Arm 2: geplante Einweisung in nicht-teilnehm. Krankenhaus	Arm 3: ungeplante Aufnahme in teilnehmendes Krankenhaus	Arm 4: ungeplante Aufnahme in nicht-teilnehm. Krankenhaus	Arm 5: Kontrolle, keine Teilnahme an VESPEERA, aus nicht- VESPEERA- praxen aus der Interventions- region	Arm 6: Kontrolle, keine Teilnahme an VESPEERA, aus Praxen außerhalb der Interventions- region
Interventionen vor Einweisung in der Hausarztpraxis: <ul style="list-style-type: none"> • Assessment zur Erstellung des Einweisungsbriefs • Einweisungsbrief • Einweisungsbroschüre 	X	X				
Interventionen im Krankenhaus: <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung des HOSPITAL- Scores • telefonisches Entlassgespräch mit der Hausarztpraxis • Patientenbegleitinformation bei Entlassung 	X					
Interventionen nach Entlassung in der Hausarztpraxis: <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsplanung nach Entlassung • Telefonmonitoring für Risikopatienten 	X	X	X	X		

Die Zuordnung zu den Studienarmen erfolgte folgendermaßen: Vom aQua-Institut wurden die in den Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg enthaltenen Patienten im Rahmen der Datenaufbereitung in drei Gruppen eingeteilt. Diese waren:

- Gruppe 1A: Interventionsgruppe, d.h. VESPEERA-Patienten (Identifikation anhand der CareCockpit-Daten, siehe Kapitel 3.6)
- Gruppe 1B: Nicht-VESPEERA-Patient aus der Interventionsregion
- Gruppe 2: Nicht-VESPEERA-Patient außerhalb der Interventionsregion

Aus den Interventionspatienten, also der Gruppe 1A, wurden vier Studienarme auf Fallebene gebildet. Es wurde zwischen geplanten und ungeplanten Einweisungen in teilnehmende und nicht-teilnehmende Krankenhäuser unterschieden. Eine geplante Einweisung war dabei definiert als Hospitalisierung, der ein Assessment in der Hausarztpraxis zur Erstellung eines

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

Einweisungsbriefes voranging. Fälle der Gruppe 1A, die entsprechend dieser Definition nicht geplant eingewiesen wurden, wurden somit den Studienarmen 3 oder 4 zugeordnet.

Für die Ergebnisevaluation wurden die Gruppe 1B als Studienarm Nummer 5 und die Gruppe 2 als Studienarm Nummer 6 als Kontrollgruppen verwendet, da beide keine VESPEERA-Intervention erhielten. Um herauszufinden, ob es Unterschiede zwischen Landkreisen mit beziehungsweise ohne VESPEERA-Praxen gab, wurden zwei verschiedene Kontrollgruppen definiert. Dies erlaubt die Untersuchung von potenziellen Effekten, welche durch die Kommunikation zwischen VESPEERA- und nicht-VESPEERA-Praxen innerhalb derselben Landkreise entstehen könnten sowie durch eine erhöhte Sensibilisierung für die Thematik aufgrund der Werbung für das Projekt. Die Kontrollgruppen wurden mittels Propensity Score Matching [18, 19] aus Routinedaten der AOK Baden-Württemberg gebildet. Die Variablen Alter, Geschlecht, und Charlson Comorbidity Index (CCI) [20] wurden für die Kontrollgruppenbildung verwendet. Zusätzliche Informationen über die einweisenden Praxen konnten nur verwendet werden, falls die Hospitalisierung geplant erfolgte. Andernfalls konnte keine Praxisinformation zugeordnet werden. In den Fällen, bei denen Praxisinformationen verwendet werden konnten, wurden die Variablen Alter, Geschlecht, Fachgruppe und Landkreis (städtisch/ ländlich) genutzt, um die Kontrollgruppe auf Praxislevel zu bilden.

Es ist zu beachten, dass das Matching auf Patientenebene und nicht auf Fallebene erfolgte. Der Grund dafür ist, dass der Krankheitsverlauf der Patienten mit und ohne VESPEERA verglichen werden sollte. Dies ist nur möglich, wenn Patienten mit ähnlichen Charakteristika (deshalb das Matching) über den gesamten Interventionszeitraum miteinander verglichen werden. Außerdem ist anzumerken, dass es sich bei den Kontrollgruppen aufgrund obiger Definition einer geplanten Einweisung ausschließlich um ungeplante Einweisungen handelt.

Für eine Patientenbefragung wurden Patienten für die Kontrollgruppe in Hausarztpraxen außerhalb der definierten Interventionsregion rekrutiert. Die Ein- und Ausschlusskriterien waren dieselben, wie für Praxen und Patienten der Interventionsgruppe.

3.2.2 Prozessevaluation

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden Interviews und Fragebogenbefragungen durchgeführt. Alle Patienten, die an der Interventionsstudie teilnahmen, konnten auch an der Prozessevaluation teilnehmen. Leistungserbringer aus teilnehmenden Hausarztpraxen (Hausärzte, VERAHs) und Krankenhäusern (Management, Ärzte, Pflege) waren für eine Studienteilnahme geeignet, sofern sie an der Interventionserbringung beziehungsweise an der Konzeption der Umsetzung in der Klinik beteiligt waren. Um einen Überblick über Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements sowie Kontextfaktoren in Einrichtungen, die nicht an der Intervention teilnehmen, zu bekommen, wurden darüber hinaus im Rahmen der Interviews Leistungserbringer derselben Gruppen aus Einrichtungen befragt, die außerhalb der Interventionsregion lagen und nicht an der Intervention teilnahmen. Personen waren für eine Studienteilnahme geeignet, sofern sie Einblicke in Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements sowie die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern in der sektorenübergreifenden Versorgung geben konnten. Alle Patienten und Probanden mussten einwilligungsfähig und volljährig sein sowie die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.

3.3 Rekrutierung

3.3.1 Intervention und Ergebnisevaluation

Die Rekrutierung von Krankenhäusern startete im April 2016, und somit vor Projektbeginn, mittels einer öffentlichen Auftragsbekanntmachung der AOK Baden-Württemberg im Staatsanzeiger Baden-Württemberg zur Teilnahme an einem Vertrag der Besonderen Versorgung nach §140a SGB V zum Einweisungs- und Entlassmanagement. Krankenhäuser, die ihr Interesse an einem Beitritt zum Vertrag der Besonderen Versorgung nach §140a SGB V bis zum 13. Juni 2016 geäußert haben, wurden im Rahmen eines Treffens mit Vertretern der AOK und AMED über eine Teilnahme an VESPEERA und den Beitritt zum Vertrag informiert. Sofern die Krankenhäuser nach wie vor Interesse an einer Teilnahme hatten, haben sie eine vorläufige Teilnahmeerklärung unterschrieben. Alle Krankenhäuser, für die diese vorlag, wurden daraufhin von der AOK zum Beitritt zum Vertrag der Besonderen Versorgung nach §140a SGB V eingeladen. Ein weiteres Krankenhaus äußerte nach Projektbeginn Interesse an einer Teilnahme. Der zugehörige Landkreis wurde daraufhin als Interventionsregion mit aufgenommen.

Alle Hausarztpraxen, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden von der HÄVG via Fax über das Projekt informiert und zu einer Schulung eingeladen. Das Angebot an Schulungen entwickelte sich im Projektverlauf dynamisch, bei weiterem Bedarf wurden weitere Schulungen geplant. Einladungen und Reminder erfolgten per Fax durch die HÄVG mithilfe gebündelter Einladungen für die kommenden Veranstaltungen der HÄVG. Diese wurden jeweils ca. einen Monat vor der nächsten stattfindenden Veranstaltung versendet, bei noch verfügbaren Teilnehmerplätzen 14 Tage vor der Veranstaltung wurde nochmals eine Erinnerung versendet. Über die Homepage der

HÄVG konnten sich interessierte Praxen zu einer Schulung anmelden und im Anschluss an die Schulung eine unterschriebene Teilnahmeerklärung abgeben. Die teilnehmenden Praxen erhielten im Anschluss die Studienunterlagen von der Studienzentrale.

Die Rekrutierung von Praxen für die Kontrollgruppe erfolgte ebenfalls über die HÄVG mittels eines Einladungsschreibens der AMED. Hierzu wurden 500 willkürlich ausgewählte HZV-Ärzte außerhalb der VESPEERA-Interventionsregion per Fax angeschrieben. Die Rekrutierung von Patienten der Interventionsgruppe erfolgte durch die Prüfpraxen. Die Praxen prüften bei Patienten mit bevorstehendem geplantem Krankenhausaufenthalt beziehungsweise nach Entlassung aus dem Krankenhaus bei ungeplanter Krankenhausaufnahme die Einschlusskriterien und klärten geeignete Patienten über die Studienteilnahme auf. Die Rekrutierung von Patienten der Kontrollgruppe erfolgte durch die Prüfpraxen der Kontrollgruppe. Die Praxen prüften nach Entlassung aus dem Krankenhaus die Einschlusskriterien und klärten geeignete Patienten über die Studienteilnahme auf.

3.3.2 Prozessevaluation

Interviews

Die Rekrutierung der Patienten und Probanden für die Interviewstudie erfolgte mittels eines kurzen Einladungsschreibens und einer integrierten Abfrage zum Teilnahmeinteresse, das per Mail, Fax oder Post an die Studienzentrale zurückgeschickt werden konnte. Nach einem anschließenden Telefonat und Aufklärungsgespräch wurden Informationsschriften und Einwilligungserklärungen postalisch an die Interessierten verschickt.

Die Rekrutierung von geeigneten Patienten erfolgte durch die Hausarztpraxen, die den Patienten das Einladungsschreiben zukommen ließen. Teilnehmende Hausarztpraxen erhielten das Einladungsschreiben auf dem Postweg. Reminder wurden zweimalig an die Praxen versendet, aus denen noch kein Mitarbeiter an einem Interview teilgenommen hatte erfolgte. Die Rekrutierung von Probanden aus teilnehmenden Krankenhäusern erfolgte über die für das Projekt benannte Ansprechperson, die gebeten wurde, das Einladungsschreiben an geeignete Personen weiterzuleiten. Die Rekrutierung von Probanden aus nicht-teilnehmenden Hausarztpraxen erfolgte zielgerichtet zunächst über Mitarbeiter der Studienzentrale. Die gewonnenen Probanden wurden daraufhin gebeten, das Einladungsschreiben an andere Praxen beziehungsweise Personen weiterzuleiten, die die Einschlusskriterien erfüllen. Die Rekrutierung von Probanden aus nicht-teilnehmenden Krankenhäusern erfolgte per Einladungsschreiben an die Geschäftsführungen beziehungsweise Sekretariate von n=59 Krankenhäusern beziehungsweise Krankenhausverbänden außerhalb der Interventionsregion (außer Fachkliniken; für die ein

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

Ansprechpartner auf der Homepage gefunden wurde; pro Klinikverbund mit einem Ansprechpartner nur ein Anschreiben).

Für die Teilnahme an einem Interview erhielten Leistungserbringer eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50,00 EUR, Patienten in Höhe von 20,00 EUR.

Fragebögen

Die Rekrutierung der Patienten und Probanden für die Fragebogenbefragung erfolgte mittels eines kurzen Einladungsschreibens, der Unterlagen zu Information und Einwilligung (für Leistungserbringer) sowie des Fragebogens selbst. Bei Bereitschaft zur Teilnahme wurden die unterschriebene Einwilligungserklärung, wo notwendig, sowie der ausgefüllte Fragebogen per Post in einem vorfrankierten Briefumschlag an die Studienzentrale verschickt.

Alle Hausärzte und VERAHs sowie die Ansprechpartner in den Krankenhäusern erhielten ein personalisiertes Anschreiben, alle übrigen Leistungserbringer ein allgemein formuliertes Anschreiben. Zur Verteilung der Einladungsschreiben wurden verschiedene Wege gewählt. Hausarztpraxen, die mehr als drei VESPEERA-Patienten eingeschrieben haben, wurden durch Mitarbeiter der Studienzentrale in der Praxis besucht und haben ihre Befragungsunterlagen persönlich erhalten. Zudem wurden die Hausarztpraxen beim Versand der Befragungsunterlagen an die Patienten unterstützt. Auch Krankenhäuser wurden bis auf vereinzelte Ausnahmen persönlich von Mitarbeitern der Studienzentrale besucht. Die Befragungsunterlagen wurden Ärzten und Pflegekräften auf den in Frage kommenden Stationen persönlich überreicht beziehungsweise in die persönlichen Postfächer gelegt. Krankenhäuser, die keinen Besuch gewünscht haben, haben eine ausreichende Anzahl an Befragungsunterlagen zum Verteilen erhalten.

3.4 Endpunkte

3.4.1 Ergebnisevaluation

Der primäre Endpunkt der Ergebnisevaluation von VESPEERA war die Anzahl von Rehospitalisierungen wegen derselben Indikation (Hauptdiagnose, erste drei Ziffern der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM Code, ICD)) innerhalb von 90 Tagen nach Krankenhausentlassung. Dieser Endpunkt wurde auf Basis von Versicherungsdaten auf Fallebene erhoben. Das bedeutet, dass jeder Patient mehr als eine Rehospitalisierung haben kann, welche alle als Fälle in der Analyse berücksichtigt werden.

Überdies wurden die folgenden sekundären Endpunkte erhoben:

1. Anzahl der Rehospitalisierungen wegen derselben Indikation innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausentlassung
2. Anzahl von Hospitalisierungen wegen ambulant sensitiver Diagnosen [21]
3. Anzahl an Patienten mit Krankenhausentlassung, deren zugehörige Arzneimittelverschreibung (falls notwendig) verspätet ausgestellt wird
4. Anzahl an Patienten mit Krankenhausentlassung, deren zugehörige Heilmittelverschreibung (falls notwendig) verspätet ausgestellt wird
5. Anzahl an Patienten mit Krankenhausentlassung, deren zugehörige Hilfsmittelverschreibung (falls notwendig) verspätet ausgestellt wird
6. Anzahl an Patienten mit Krankenhausentlassung bei denen ein Rettungseinsatz oder eine Notfallbehandlung innerhalb von 90 Tagen notwendig wird
7. Durchschnittliche direkte Versorgungskosten pro Jahr
8. Patientenberichtete Erfahrungen und gesundheitsbezogenes Ergebnis der sektorübergreifenden Versorgung (deutsche Version des Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS) Instruments) [22]
9. Gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen mit dem EQ-5D [23]

3.4.2 Prozessevaluation

Folgende Forschungsfragen dienen der explorativen Evaluation mittels Interviews und Fragebögen:

1. Wurde das Programm wie geplant umgesetzt ("intervention fidelity", Umsetzungstreue)?
 - a) In welchem Umfang wurden die einzelnen Komponenten tatsächlich angeboten und
 - b) in Anspruch genommen durch Leistungserbringer und Patienten?
 - c) Wie war die Adhärenz bezüglich der empfohlenen Maßnahmen?
 - d) Wurden alle geplanten Patientengruppen erreicht?
2. Welche Ergebnisse wurden aus Sicht von Patienten und Leistungserbringern
 - a) beabsichtigt?
 - b) ungeplant positiv erzielt?
 - c) ungeplant negativ erzielt?
3. Welche Komponenten des Programms oder Kontextfaktoren trugen aus der Sicht der Leistungserbringer dazu bei, die Ergebnisse zu erzielen?
4. Wie aufwendig war die Umsetzung des Programms für die Leistungserbringer?
5. Wie akzeptabel und attraktiv war das Programm für die Leistungserbringer? Welche Barrieren und fördernden Faktoren gibt es für die Implementierung des Programms?
6. Welche Kontextfaktoren auf System-, Krankenhaus- und Praxisebene nehmen Einfluss auf die Durchführung und Ergebnisse des Programms?

7. Welche Maßnahmen bezüglich des Einweisungs- und Entlassmanagements wurden im Interventionszeitraum (zum Beispiel als Folge des Rahmenvertrages Entlassmanagement) in nicht-teilnehmenden Kliniken eingeführt?
8. Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Endpunkten der Ergebnisevaluation und der Prozessevaluation?

Für die Messung der Umsetzungstreue wurden zudem die folgenden Outcomes definiert:

- Anteil der von teilnehmenden Praxen in teilnehmende Krankenhäuser eingewiesenen HZV-Versicherten, die im Care-Cockpit angelegt wurden und für die ein vollständiger Einweisungsbefehl (inkl. Medikationsplan) erzeugt und mitgegeben wurde, an allen HZV-Versicherten der teilnehmenden Praxen mit geplanter Einweisung
- Anteil der von teilnehmenden Krankenhäusern in die ambulante hausärztliche Versorgung entlassenen Patienten, bei denen bei Entlassung der HOSPITAL-Score [12] erhoben und im Entlassbrief mitgeteilt wurde.

3.5 Fallzahlplanung

3.5.1 Ergebnisevaluation

Da bei VESPEERA eine flächendeckende Einführung der Intervention geplant war, wurde keine formale Fallzahlplanung durchgeführt. Stattdessen wurde versucht, in der Interventionsregion so viele Patienten wie möglich während des Interventionszeitraums für VESPEERA zu rekrutieren, um eine möglichst hohe statistische Power zu erzielen [7]. Um allerdings eine Abschätzung der zu zeigenden Effekte geben zu können, wurde im Vorlauf zu VESPEERA eine Schätzung der möglichen Fallzahlen durchgeführt.

Hintergrund der initialen Fallzahlabeschätzung (auch im Zuge der Antragstellung) waren Auswertungen der Routinedaten aus 2016. Zunächst wurden alle Krankenhausaufenthalte von HZV-Versicherten über 18 Jahre, die bei einem HZV-Arzt mit einer angestellten VERAH in Behandlung waren, nach Interventionsregionen selektiert. Als Grundgesamtheit dienten geplante Krankenhausaufenthalte, welche aufgrund einer Einweisung durch einen HZV-Hausarzt erfolgten. In den Interventionsregionen waren insgesamt 250 HZV-Praxen ansässig. Ein hoher Anteil von Krankenhausaufenthalten fand jedoch ohne Einweisung statt. Im Jahr 2016 waren dies in den Interventionsregionen insgesamt 50,5%. Als versichert galten Personen mit mindestens einem Versicherungstag im Untersuchungsjahr. Als HZV-versichert galten Versicherte, die an mind. einen Tag in die HZV eingeschrieben waren.

Nach Analyse der Routinedaten nahmen in den Interventionsregionen insgesamt ca. 55.000 AOK-Versicherte (mindestens 18 Jahre alt) an der HZV teil. Für die Folgejahre 2018 auf 2019 wurde eine Steigerungsrate von 0,455 Prozent angenommen (2500 Versicherte). Es wurde davon ausgegangen, dass ca. 15 Prozent der HZV-Versicherten hospitalisiert werden. Es zeigte sich im Projektverlauf, dass diese Annahme nicht zutraf und die Hospitalisierungsrate deutlich geringer

ausfiel. Aufgrund der Analyse der Routinedaten wurde festgestellt, dass 50 Prozent der Einweisungsfälle als geplant und davon 56 Prozent mit Einweisung durch den Hausarzt erfolgten. Für das Entlassmanagement wurde angenommen, dass die Behandlungsplanung nach Entlassung bei 80 Prozent Krankenhausaufenthalten (unabhängig ob geplant oder ungeplant, und unabhängig des Einweisers) durchgeführt werden könnten. Es wurde weiterhin angenommen, dass 60 Prozent der Fälle nach dem Entlassmanagement in das Telefonmonitoring überführt werden könnten.

Für die konkrete Abschätzung der zu zeigenden Effekte unter einer statistischen Power von 80% wurden die Annahmen einer Rehospitalisierungsrate von 23% in der Kontrollgruppe und 9% bis 15% in den jeweiligen VESPEERA-Armen sowie einer Fallzahl von 1,6 Hospitalisierungen pro Patient mit einem Intraklassen-Korrelations-Koeffizienten (ICC) von 0,3 und 120 Patienten pro Krankenhausabteilung bei einem ICC von 0,03 getroffen. Ein Chi-Quadrat-Test würde unter diesen Annahmen eine Fallzahl von 1.720 Hospitalisierungen in Studienarm 1, 1.905 Hospitalisierungen in Studienarm 2, 3.266 Hospitalisierungen in Studienarm 3 und 4.899 Hospitalisierungen in Studienarm 4 benötigen, um eine Power von 80% bei einem globalen Signifikanzniveau von 5% zu erreichen.

Diese Planung basiert auf dem ersten Änderungsantrag beim Projektträger. Initial wurden noch größere Fallzahlen (10.376 Hospitalisierungen in Arm 1 bzw. 2 und 4.447 Hospitalisierungen in Arm 3 bzw. 4) angenommen. Diese Planung basierte auf Rehospitalisierungsraten von 40% in der Kontrollgruppe und 26% bis 32% in den VESPEERA-Armen. Da sich diese Raten als zu hoch angenommen herausstellten, wurde eine überarbeitete Fallzahlplanung im ersten Änderungsantrag präsentiert und genehmigt. Eine weitere Anpassung der Fallzahlplanung aufgrund von geringerer Rekrutierung als erwartet wurde im Änderungsantrag vom 06.12.2019 beantragt und mit dem Änderungsbescheid vom 28.01.2020 genehmigt.

Diese Fülle an Annahmen machte eine konkrete Fallzahlplanung sehr volatil. Darüber hinaus konnten auch bezüglich der Rekrutierungsrate nur Annahmen getroffen werden.

Aufgrund der Datenquelle der Routinedaten wurden keine Drop-Outs erwartet. Drop-outs auf Praxisebene hatten keinen Einfluss auf die Auswertung von Patientendaten.

3.5.2 Prozessevaluation

Eine Fallzahlplanung anhand einer zu messenden Effektstärke wurde aufgrund des explorativen Charakters der Prozessevaluation nicht durchgeführt. Dennoch wurden für die Interviews und Fragebögen Fallzahlen festgelegt, die ausreichend sein sollten, um die Fragestellungen zu beantworten. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die geplanten Fallzahlen für Interviews. Diese

basieren auf der Größe der zugrundeliegenden Zielgruppe sowie Annahmen zur Fallzahlplanung in der qualitativen Forschung [24].

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die geplanten Fallzahlen für die Fragebogenbefragung. Die geplante Anzahl stellt annähernd eine Vollerhebung bei den Leistungserbringern, basierend auf der Zahl der teilnehmenden Einrichtungen, dar. Die geplante Fallzahl für Patienten orientierte sich an der Fallzahl der Ergebnisevaluation.

Tabelle 2: Fallzahlplanung Interviews

		Geplante Anzahl (n)
Teilnehmende Krankenhäuser	Pflege	10
	Management	10
	Ärzte	10
Nicht-teilnehmende Krankenhäuser	Pflege	5
	Management	5
	Ärzte	5
Teilnehmende Hausarztpraxen	Hausärzte	10
	VERAHs	10
Nicht-Teilnehmende Hausarztpraxen	Hausärzte	10
	VERAHs	10
Patienten	Patienten	10
Gesamt		95

Tabelle 3: Fallzahlplanung Fragebögen

		Geplante Anzahl (n)
Teilnehmende Krankenhäuser	Pflege	25
	Management	25
	Ärzte	25
Teilnehmende Hausarztpraxen	Hausärzte	100
	VERAHs	100
Patienten	Patienten	200
Gesamt		475

3.6 Datenquellen und -erhebung

3.6.1 Intervention und Ergebnisevaluation

Für die Beantwortung der Fragestellungen der Ergebnisevaluation wurden Primär- sowie Sekundärdaten aus verschiedenen Datenquellen herangezogen. Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg wurden mit Primärdaten verknüpft, die in den teilnehmenden Hausarztpraxen und Krankenhäusern erhoben wurden.

Die Routinedaten wurden für den Interventionszeitraum sowie für sieben Monate vor und drei Monate nach dem Interventionszeitraum zur Verfügung gestellt (01.10.2017 bis 31.12.2019). Der Datensatz beinhalten Angaben zum Versicherten, zur Betriebsstätte, zu ambulanten Leistungen, zu Verordnungen, Diagnosen, akutstationären Behandlungen, Pflegeleistungen (inkl. häuslicher Krankenpflege), Heil- und Hilfsmitteln sowie Rettungseinsätzen. Sekundärdaten wurden nicht für wissenschaftliche Zwecke erhoben und verschiedene Angaben sind insofern eingeschränkt valide [25].

In der Hausarztpraxis erhobene Daten entstammten der zur Interventionserbringung eingesetzten CareCockpit Software und enthielten die folgenden Informationen: Patientenpseudonym, Diagnosen, medizinische Fragestellung zur Krankenhauseinweisung, Information über Antibiotikaeinnahme vor Krankenhausaufenthalt, Wohnsituation, Informationen zur Langzeitpflege (u.a. (instrumentelle) Aktivitäten des täglichen Lebens), medizinische Informationen (Schmerz, Wunden, Alarmsymptome für medizinische Notfälle, Depression), Adhärenz, Items des validierten HOSPITAL-Scores (Hämoglobin, Natrium, Länge des Krankenhausaufenthalts, Art der Aufnahme (geplant vs. notfallmäßig), Entlassung aus einer onkologischen Abteilung, Durchführung von Operationen oder Prozeduren, Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten) sowie Prozessdaten zur Interventionserbringung (Aushändigung der Einweisungsbroschüre, etc.). Daten in der CareCockpit-Software wurden im Interventionszeitraum erhoben und quartalsweise an das aQua-Institut übermittelt. Die Datenerhebung erfolgte primär zu Dokumentationszwecken. Die Übermittlung der inhaltvaliden Daten erfolgte basierend auf dem Prinzip der Datensparsamkeit explorativ und in Ergänzung zu den Routinedaten, die die für die Evaluation relevanten Daten enthalten.

Krankenhäuser erhielten einen Dokumentationsbogen in verschiedenen Formaten zur Verfügung gestellt: papierbasiert, ausfüllbare PDF-Datei sowie eine Datensatzbeschreibung mit der Option, die Datenerhebung ins Krankenhausinformationssystem zu integrieren. Dieser sollte für jeden VESPEERA-Patienten, der entlassen wird, ausgefüllt werden und beinhaltet explorative Fragen für die Prozessevaluation sowie die Items und Berechnung des validierten HOSPITAL-Scores (siehe oben). Die Inhalte zur Prozessevaluation umfassen inhaltvaliden Fragen zur Messung der Aspekte Umsetzung und Nutzung der Interventionskomponenten im Krankenhaus sowie Fragen inwiefern

diese als hilfreich empfunden wurden. Gemeinsam mit den Implementierungsplänen wurden die Dokumentationsbögen zur Auswertung der Umsetzungstreue in den Krankenhäusern genutzt. Papierbögen wurden postalisch ans aQua-Institut übermittelt, elektronische Daten via SFTP-Verbindung.

Der in der Patientenbefragung eingesetzte Fragebogen enthielt Fragen zur Erfassung der Soziodemographie der Patienten. Darüber hinaus wurde zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der validierte generische Fragebogen EQ-5D-3L eingesetzt [23]. Zur Erfassung der Zufriedenheit mit der sektorenübergreifenden Versorgung wurden einzelne Items aus dem generischen und validierten PEACS-Instrument eingesetzt [22]. Die Patientenbefragung wurde in den Interventions- und Kontrollpraxen zu Beginn und am Ende des praxisindividuellen Interventionszeitraums (nicht alle Praxen nahmen 17 Monate an der Intervention teil, da Schulungen fortlaufend angeboten wurden und Praxen auch fortlaufend in die Intervention einsteigen konnten) durchgeführt. Vorgesehen war für T0 und T1 ein Erhebungszeitraum von jeweils drei Monaten. Der Erhebungszeitraum T0 wurde aufgrund der fortlaufenden Rekrutierung um fünf Monate verlängert. Der Erhebungszeitraum T1 wurde aus administrativen Gründen verschoben und startete am 15.02.2020. Aufgrund der einsetzenden COVID-19-Pandemie und dem damit verbundenen Rückgang an Krankenhausaufnahmen wurde auch dieser Erhebungszeitraum verlängert. Die Datenerhebung endete am 30.06.2020. Patienten erhielten bei ihrem ersten Besuch in der Hausarztpraxis nach Krankenhausentlassung einen papierbasierten Fragebogen. Patienten zum Zeitpunkt T1 waren nicht dieselben Patienten wie zum Zeitpunkt T0. Ausgefüllte Fragebögen wurden in einer verschlossenen Box in der Hausarztpraxis gesammelt und am Ende des jeweiligen Erhebungszeitraums per Post an das aQua-Institut verschickt.

3.6.2 Prozessevaluation

Für die Beantwortung der Fragestellungen der Prozessevaluation wurden ebenfalls Primär- sowie Sekundärdaten aus verschiedenen Datenquellen herangezogen.

Qualitative Interviews wurden mittels eines selbst entwickelten semi-standardisierten Interviewleitfadens erhoben. Es wurden separate Leitfäden für Krankenhäuser, Hausarztpraxen und Patienten entwickelt. Weiter wurde zwischen an der Intervention teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Leistungserbringern differenziert. Alle Leitfäden sind inhaltsvalide und adressieren die Aspekte Umsetzung der Intervention, wahrgenommene Effekte, Barrieren und Förderfaktoren zur Umsetzung der Intervention sowie die Akzeptanz und Attraktivität. Die Interviews wurden vereinzelt persönlich, größtenteils jedoch telefonisch durchgeführt und per Audiorekorder aufgenommen. Die Interviews wurden nach vereinfachten Transkriptionsregeln, also wortwörtlich und ohne dabei auf Dialekt oder Umgangssprache/Slang zu achten, gemäß dem in der AMED

gebräuchlichen Standard transkribiert. Die Transkription erfolgte durch wissenschaftliche Mitarbeiter sowie entsprechend geschulte wissenschaftliche Hilfskräfte.

Fragebögen wurden basierend auf den Interviews selbst entwickelt und sind somit inhaltssvalid [26]. Prominente sowie wiederkehrende Themen der Interviews wurden hierbei zu Aussagen formuliert. Die Zustimmung zu diesen Aussagen wurde anhand einer 5-Punkt-Likert-Skala erfragt. Der Fragebogen für Leistungserbringer umfasste den Wirkmechanismus und die Akzeptanz der einzelnen Interventionskomponenten, verschiedene Kontextfaktoren, wahrgenommene Ergebnisse, Attraktivität und Akzeptanz der Intervention sowie soziodemographische Angaben. Die Datenerhebung bei Leistungserbringern erfolgte pseudonymisiert mittels papierbasierter Fragebögen. Patientenfragebögen umfassten die Themenkomplexe „persönliche Erfahrungen mit Krankenhauseinweisungen und -entlassungen“, „wahrgenommene Situation in der Hausarztpraxis“, „wahrgenommene Situation im Krankenhaus“ sowie soziodemographische Angaben. Beide Fragebögen wurden vorab auf Verständlichkeit und Vollständigkeit pilotisiert (zwei Patienten, zwei Hausärzte, zwei Personen aus dem Krankenhausmanagement, ein Krankenhausarzt, zwei Pflegekräfte). Die Datenerhebung bei Patienten erfolgte anonym mittels papierbasierter Fragebögen.

Für die Auswertung der Umsetzungstreue in Hausarztpraxen sowie die Zusammenhänge zwischen Ergebnissen der Ergebnis- und der Prozessevaluation wurde zudem der in den Datenquellen der Ergebnisevaluation beschriebene Datensatz, bestehend aus Routinedaten und CareCockpit-Daten, genutzt.

3.7 Datenaufbereitung

In den Hausarztpraxen erhobene Daten (Abrechnungsdaten und CareCockpit-Daten) enthielten zum Zweck der Datenverknüpfung die Versichertennummer, lebenslange Arztnummer (LANR) und Betriebsstätten (BSNR) als Klardaten. Die Daten wurden über die HÄVG an den IT-Dienstleister der AOK Baden-Württemberg übermittelt und dort pseudonymisiert. Anschließend erfolgte die Datenaufbereitung durch das aQua-Institut. Diese beinhaltete Plausibilitätsprüfungen, die Berechnung des CCI gemäß Sundararajan et al. [15] unter Verwendung ambulant gesicherter Diagnosen sowie stationärer Haupt- und Nebendiagnosen, die Bezeichnung von städtischer oder ländlicher Region (Zuordnung nach Postleitzahlen und Einwohnerzahl (städtisch größer als 20 000 Einwohner), adaptiert nach Angaben des Bundesamt für Statistik des Jahres 2012), die Kennzeichnung der VESPEERA-Patienten in den Routinedaten anhand der CareCockpit-Daten, sowie eine anschließende erneute Pseudonymisierung der Versichertennummer.

Das Datenlinkage von Routinedaten und CareCockpit-Daten erfolgte anhand der pseudonymisierten Versichertennummer sowie über den Abgleich von Aufnahme- und

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

Entlassdatum in den jeweiligen Datenquellen. Das Datenlinkage des Dokumentationsbogens erfolgte anhand eines im CareCockpit vergebenen Pseudonyms, das den Krankenhäusern per Einweisungsbrief mitgeteilt wurde.

Krankenhausaufenthalte wurden definiert als akut- und vollstationäre Aufenthalte. Aufenthalte, die in einer Verlegung in eine andere stationäre Einrichtung (akutstationär, Rehabilitation, Pflegeeinrichtung) resultierten, wurden nicht berücksichtigt.

Krankenhausaufnahmen wurden als notfallmäßig definiert, sofern in den Abrechnungsdaten der Aufnahmegrund „Notfall“ vorlag. Alle anderen Krankenhausaufenthalte wurden als Aufenthalte mit geplanter Aufnahme definiert.

Rehospitalisierungen aufgrund derselben Indikation wurden definiert als Krankenhausaufenthalte, welche in einem definierten Zeitfenster aufgetreten sind und bei denen die stationäre Hauptdiagnose (ICD, 3-stellig) identisch ist. Der Zeitraum zwischen zwei Krankenhausaufenthalten wurde als Differenz zwischen dem Aufnahmedatum des zweiten Aufenthalts und des Entlassdatums des ersten Aufenthalts berechnet.

Für die sekundären Endpunkte 3, 4 und 5 (verspätete Verschreibungen von Arzneimitteln, Heilmitteln beziehungsweise Hilfsmitteln) der Ergebnisevaluation wurden jeweils nur Krankenhausaufenthalte betrachtet, auf welche eine solche Verschreibung folgte. Hierbei wurde eine Verschreibung zu einem bestimmten Krankenhausaufenthalt zugeordnet, falls sie innerhalb der ersten 90 Tage nach Krankenhausentlassung und vor der nächsten Hospitalisierung verschrieben wurde. Eine verspätete Verschreibung wurde als „mehr als 7 Tage nach Krankenhausentlassung“ definiert.

Rettungseinsätze beziehungsweise Notfallbehandlungen wurden definiert als: Krankenhausaufnahme, die als Notfall gekennzeichnet ist oder Einsatz des Rettungsdienstes/ Notarztes/ Luftrettung oder ambulante Notfallbehandlung, gekennzeichnet über EBM.

Krankenhausaufenthalte aufgrund ambulant sensitiver Diagnosen [21] wurden anhand der stationären Hauptdiagnosen als solche identifiziert. Die Liste der berücksichtigten Diagnosen findet sich im Anhang dieses Berichts.

Die durchschnittlichen direkten Versorgungskosten setzten sich zusammen aus Kosten für hausärztliche und fachärztliche Behandlung, Arzneimittelverordnungskosten, Krankenhauskosten,

Kosten für Hochschulambulanzen, Pflegekosten, Hilfsmittelkosten, Heilmittelkosten, Kosten für die häusliche Krankenpflege und Kosten für Rettungseinsätze und Krankentransporte.

3.8 Auswertung

3.8.1 Ergebnisevaluation

Design und Analyse der Ergebnisevaluation lehnen sich an eine US-amerikanische Studie zur Reduktion stationärer Wiederaufnahmeraten in Risikopopulationen an [7].

Für viele Analysen ist das Odds Ratio (zu Deutsch in etwa „Chancenverhältnis“) das wesentliche Maß zur Evaluation der Intervention. Deshalb soll dieses und seine Interpretation kurz am Beispiel des Hospitalisierungsrisikos beschrieben werden. Das Odds Ratio vergleicht zwei Gruppen und gibt an, wie hoch das Verhältnis des Risikos, hospitalisiert zu werden, zwischen den beiden Gruppen ist. Damit kann das Odds Ratio Werte von 0 bis Inf („infinity“, deutsch: „unendlich“) annehmen, wobei ein Wert von 1 bedeutet, dass das Risiko in beiden Gruppen gleich groß ist. In diesem Bericht ist das Odds Ratio durchgehend so definiert, dass ein Wert kleiner als 1 impliziert, dass das Risiko im jeweiligen VESPEERA-Interventionsarm geringer ist als in der Kontrollgruppe. Folglich bedeutet ein Wert größer als 1, dass die Kontrollgruppe ein niedrigeres Risiko hat. Zusammengefasst sprechen Odds Ratios kleiner als 1 für einen positiven Effekt der VESPEERA-Intervention. Um die Unsicherheit in der Schätzung dieser Odds Ratios adäquat widerzuspiegeln, werden sie zusammen mit ihren 95%-Konfidenzintervallen und mit einem p-Wert angegeben. Diese p-Werte erlauben nur in der Analyse des primären Endpunkts die Verwendung des Begriffs „signifikant“, um ein multiples Testproblem zu vermeiden. In allen anderen Analysen sind die p-Werte rein deskriptiver Natur und können nicht mit einem Signifikanzniveau verglichen werden [27].

Alle Auswertungen der Ergebnisevaluation wurden mit der statistischen Software R, Version 4.0.3, oder der statistischen Software SPSS durchgeführt. Konkret wurden die deskriptiven Auswertungen der sekundären Endpunkte 8 und 9 mit IBM SPSS Statistics Version 25 durchgeführt.

Deskriptive Analyse

Alle Baselinevariablen wurden deskriptiv analysiert. Diese Analyse umfasste die Berechnung von absoluten und relativen Häufigkeiten für kategorielle Variablen und von Mittelwert, Standardabweichung, Median, Interquartilsabstand, Minimum und Maximum für stetige Parameter. Diese Werte wurden separat für jeden Studienarm und gemeinsam für die gesamte Studienpopulation berichtet.

Primäre Analyse

Als primäre Analyse wurde ein Difference-in-difference Modell angewendet. Dies ist eine etablierte Methode für die Analyse von zeitveränderlichen Effekten zwischen zwei Gruppen [28]. Die Änderung des primären Endpunkts (vor vs. nach der Intervention) in der Interventionsgruppe wurde paarweise mit der jeweiligen Kontrollgruppe verglichen. In anderen Worten bedeutet das, dass die Änderung in der Anzahl der Rehospitalisierungen der Interventions- und der Kontrollgruppe zwischen vor und nach der Intervention verglichen wurde.

Das folgende mathematische Modell wurde verwendet:

$$\begin{aligned} \text{Rehospitalisierung}_{t,i} \\ = \beta_0 + \beta_T \times \text{Zeit}_{t,i} + \beta_I \times \text{Intervention}_i + \beta_{I \times T} \times (\text{Intervention: Zeit})_{t,i} + \epsilon_{t,i}. \end{aligned}$$

Der Index t beschreibt den Zeitpunkt, i ist der Index der jeweiligen Observation. Die Variable "Zeit" ist dichotomisiert in "vor/nach Beginn von VESPEERA". Die folgenden Parameter beziehungsweise Effekte werden modelliert:

β_0 : Achsenabschnitt

β_T : Effekt der Zeit; generelle Veränderung von vor zu nach Beginn der Intervention

β_I : Unterschied zwischen den Gruppen zu Baseline

$\beta_{I \times T}$: Unterschied zwischen der Veränderung (vor/nach Beginn der Intervention) in der Kontroll- und der interventionsgruppe; Hauptparameter für die Evaluation des Outcomes

$\epsilon_{t,i}$: Residuum

Der Parameter $\beta_{I \times T}$ ist der Hauptparameter, um die Effektivität der Intervention zu beurteilen. Er beschreibt die Änderungen der beiden Gruppen über die Zeit. Dieser Parameter beschreibt den Effekt der Intervention in Hinblick auf den primären Endpunkt.

Der primäre Endpunkt ist binär. Daher wurden logistische Regressionsmodelle eingesetzt. Zudem liegt den Daten eine Clusterstruktur zugrunde. Es sind also verschiedene „Ebenen“ vorhanden. Eine Aufnahme ist in einem Patienten „geclustert“, dieser ist wiederum einer Praxis beziehungsweise einem Krankenhaus zuzuordnen. Diese Struktur wurde durch die Hinzunahme von zufälligen Effekten (crossed random intercepts) berücksichtigt. Aus der Kombination aus zufälligen und festen Effekten entstehen gemischte logistische Regressionsmodelle mit den in obiger Gleichung definierten Variablen.

Für die primäre Analyse wurde ein Modell pro Interventionsarm angewendet. Dies impliziert, dass die Testprozedur für multiples Testen adjustiert werden musste. Um das globale Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ einzuhalten, wurde das folgende Verfahren angewendet: Zunächst wurden die Studienarme 1 und 2 (geplante Einweisungen) gemeinsam gegen Studienarm 6 (Kontrollen aus Landkreisen ohne VESPEERA Praxis) getestet, wobei das volle Niveau von 5% verwendet wurde. Falls die Nullhypothese („kein Interventionseffekt“) hätte verworfen werden können, wären die Studienarme 3 und 4 gleichzeitig gegen Studienarm 6 getestet worden, wobei das Signifikanzniveau in gleichen Teilen nach Bonferroni zu je 2,5% auf die beiden Tests aufgeteilt würde.

Sensitivitätsanalysen

Zunächst wurden alle vier VESPEERA Studienarme gemeinsam gegen Kontrollgruppe 5, Kontrollgruppe 6 und beide Kontrollgruppen kombiniert verglichen. Hier kam dasselbe Modell wie in der primären Analyse zum Einsatz. Überdies wurden alle experimentellen Arme mit allen Kontrollarmen separat und gemeinsam mit dem oben definierten Difference-in-difference Modell verglichen.

Zusätzlich wurde ein Interrupted-time-series Modell [29] für alle oben beschriebenen Vergleiche verwendet. Hierbei ist das Modell wie folgt definiert:

$$\begin{aligned} \text{Rehospitalisierung}_{t,i} &= \beta_0 + \beta_T \times \text{Interventionsmonat}_{t,i} + \beta_I \times \text{Intervention}_i + \beta_{I \times T} \\ &\times (\text{Intervention}_i : \text{Interventionsmonat}_{t,i}) + \epsilon_{t,i}. \end{aligned}$$

Die Parameter sind wie oben definiert. Das Modell ist ähnlich dem Modell der primären Analyse. Allerdings bezieht sich der Hauptparameter ($\beta_{I \times T}$) hier nicht ausschließlich auf den Vorher/Nachher-Vergleich, sondern berücksichtigt auch die Dauer der Intervention und einen historischen oder natürlichen Trend in Hinblick auf die Veränderung des Outcomes. Es wurden wieder gemischte logistische Regressionsmodelle eingesetzt.

Subgruppenanalysen

Das Rehospitalisierungsrisiko wurde durch den HOSPITAL-Score ausschließlich für die VESPEERA-Patienten gemessen. Da es folglich nicht für die Kontrollgruppen vorliegt, konnte es nicht für eine klassische Subgruppenanalyse verwendet werden. Stattdessen wurde ein gemischtes logistisches Regressionsmodell angepasst, welches untersucht, ob ein erhöhter HOSPITAL-Score eine Aussage über das Risiko einer Rehospitalisierung wegen derselben Indikation innerhalb von 90 Tagen erlaubt.

In Abhängigkeit ihres individuellen HOSPITAL-Scores erhielten VESPEERA-Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Rehospitalisierung (HOSPITAL-Score ≥ 5) ein zusätzliches Telefonmonitoring. Dieses kann als zusätzlicher Interaktionsterm zum Interventionsarm zur primären Analyse hinzugefügt werden. Das erlaubte die Untersuchung dahingehend, ob das Telefonmonitoring als Zusatz zur Intervention VESPEERA einen positiven Einfluss auf den primären Endpunkt hat.

Der CCI (Charlson Comorbidity Index) erlaubte die Klassifikation der Komorbidität in (nach Huang et al. [30]):

- Patienten mit geringer Komorbidität (CCI ≤ 2)
- Patienten mit mittlerer Komorbidität (CCI = 3 oder CCI = 4)
- Patienten mit hoher Komorbidität (CCI ≥ 5)

Der CCI liegt pro Quartal vor und wurde zum jeweiligen Quartal der Hospitalisierung zugeordnet. Da der CCI für alle Patienten vorliegt, wurde die primäre Analyse für alle drei oben durch den CCI definierten Subgruppen durchgeführt.

Das Alter der Patienten wurde verwendet, um zwischen Älteren (65 Jahre oder älter) und Jüngeren (jünger als 65 Jahre) zu unterscheiden. Innerhalb beider Gruppen wurde die primäre Analyse durchgeführt.

Es ist zu beachten, dass es in Subgruppen zu verringerten Fallzahlen kommen kann. Dies kann dazu führen, dass die oben beschriebenen gemischten logistischen Regressionsmodelle für die Vergleiche einzelner Studienarme nicht konvergieren. In diesem Fall wurde zunächst der zufällige Effekt für den Patienten weggelassen. Sollten auch diese Modelle nicht konvergieren, werden Rückschlüsse anhand der Modelle, welche aus kombinierten Studienarmen entstehen, gezogen.

Sekundäre Analysen

Alle sekundären Endpunkte wurden deskriptiv ausgewertet. Für alle sekundären Endpunkte wurde die Studienarme 1 und 2 gemeinsam, alle experimentellen Arme separat und alle experimentellen Arme gemeinsam gegen Studienarm 5, Studienarm 6 und beide Kontrollarme gemeinsam getestet, sofern die Fallzahlen konvergente Modelle erlaubten.

Dasselbe Modell wie in der primären Analyse wurde für die sekundären Endpunkte 1 bis 6 verwendet, da diese alle binär sind. Also wurden gemischte logistische Regressionsmodelle angewendet mit denselben Adjustierungen wie in der primären Analyse.

Der sekundäre Endpunkt 7 ("Durchschnittliche Versorgungskosten pro Jahr") ist stetig und liegt nur auf Jahresbasis vor. Deshalb wurden die verschiedenen Behandlungs- und Kontrollgruppen für jedes Jahr und für alle Jahre kombiniert verglichen. Da die Variable „Kosten“ stetig ist, wurden t-Tests gerechnet.

Für die sekundären Endpunkte 8 und 9 wurden zunächst alle Items des PEACS und des EQ-5D deskriptiv analysiert. Diese Analyse umfasst die Berechnung von absoluten und relativen Häufigkeiten für kategoriale Variablen und von Mittelwert und Standardabweichung stetige Parameter. Zur Berechnung der Unterschiede zwischen T1 und T0 sowie zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wurde aus den Items des EQ-5D zunächst der EQ-5D Index gemäß Greiner et al. [23] berechnet. Da die Stichprobe T1 und T0 nicht dieselbe ist, wurden für den EQ-5D Index sowie den EQ-5D VAS Score (vom Befragten in die visuelle Analogskala eingetragener Wert) im Anschluss Beta-Regressionsmodelle berechnet.

3.8.2 Prozessevaluation

Die Datenanalyse in der Prozessevaluation war explorativ. Qualitative Interviews der Leistungserbringer wurden transkribiert und in Bezug auf die o.g. Forschungsfragen mittels Framework-Analyse (Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [20]) analysiert. Das CFIR ist ein weit verbreitetes systematisches Framework, das Faktoren beinhaltet, die den Erfolg einer Implementierung beeinflussen können. Aussagen der Teilnehmer wurden deduktiv in die fünf Überkategorien (Charakteristika der Intervention, äußeres Setting, inneres Setting, Charakteristika von Individuen und Prozess) und entsprechenden Unterkategorien des CFIR einsortiert. In einem nächsten Schritt wurden in jeder CFIR-Kategorie induktiv projektspezifische Themen identifiziert.

Qualitative Interviews der Patienten wurden transkribiert und in einem induktiv-deduktiven Vorgehen in Anlehnung an Emerson [31] ausgewertet. Auf Basis der ersten inhaltlichen Eindrücke wurde zunächst ein initiales Kategoriensystem erstellt und die Interviews auf Basis dieses

Kategoriensystems anschließend deduktiv codiert. Dabei wurden die Kategorien geprüft, angepasst und neue ergänzende literaturgestützte Kategorien, welche sich an den Patient Empowerment-Dimensionen nach Loukanova et al. [32] orientieren, generiert. Die Transkripte wurden mit dem finalen Kategoriensystem erneut codiert. Eine Überprüfung der zugeordneten Inhalte in die jeweilige Kategorie wurde nach Abschluss der Codierungen durchgeführt. Qualitative Daten wurden mit Hilfe von MAXQDA 2018 und MAXQDA 2020 ausgewertet.

Die Fragebogendaten sowie die Indikatoren der Umsetzungstreue wurden quantitativ-deskriptiv ausgewertet. Zusammenhänge zwischen den Outcomes der Prozessevaluation und der Ergebnisevaluation werden mittels logistischer Regressionsmodelle (für binäre Outcomes) beziehungsweise linearer Regressionsmodelle (für stetige Outcomes) weiter untersucht. Fragebogendaten wurden mit IBM SPSS Statistics Version 25 ausgewertet.

Die Selektion der Fälle für die Bildung der Indikatoren für die Umsetzungstreue erfolgte in dbForge Studio for MySQL 6.0.441 auf einem MariaDB Server 10.3.14 (64 Bit).

3.9 Abweichungen vom ursprünglichen Evaluationskonzept

Da die Fallzahlen niedriger ausfielen als erwartet, wurden die Studienarme für die Analysen teilweise zusammengelegt. Anstatt die vier VESPEERA-Arme einzeln mit den Kontrollgruppen zu vergleichen, wurden zusätzlich auch Vergleiche der Kombinationen Studienarme 1 und 2 (geplante Einweisungen), Studienarme 3 und 4 (ungeplante Einweisungen) und aller Interventionsarme mit den Kontrollarmen berechnet.

In der ursprünglichen Planung war es beabsichtigt, eine Kontrollgruppe aus Patienten aus Praxen ohne VESPEERA zu bilden, die aber in Landkreisen mit VESPEERA-Praxen liegen (Studienarm 5 in diesem Bericht). Dies wurde im Verlauf des Projektes angepasst zu Praxen, die in Landkreisen ohne VESPEERA-Praxen liegen (Studienarm 6 in diesem Bericht). Um den größtmöglichen Erkenntnisgewinn zu gewährleisten, wurden schließlich beide genannten Kontrollgruppen gebildet und getrennt voneinander sowie gemeinsam mit den Interventionsarmen verglichen.

Das als ein Element der Patientenbefragung vorgesehene Instrument PAM zur Messung der Patientenaktivierung wurde im Rahmen der Fragebogenentwicklung aus Machbarkeitsgründen ersatzlos gestrichen.

Für die Patientenbefragung war für die beiden Zeitpunkte T0 und T1 jeweils ein Zeitraum von drei Monaten zu Beginn sowie vor Ende des Interventionszeitraums vorgesehen. Aufgrund von nur schrittweiser Rekrutierung der Hausarztpraxen, verzögertem Interventionsstart in vielen Praxen sowie nur geringer Rekrutierung von Patienten durch die Praxen wurde der Zeitraum T0 um fünf

auf insgesamt acht Monate erhöht. Aufgrund der verlängerten T0-Befragung wurde die T1-Befragung verschoben. Sie startete ca. fünf Monate nach Interventionsende Mitte Februar 2020. Aufgrund des Rückgangs vermeidbarer Krankenhausaufenthalte sowie Überlastung der Hausarztpraxen durch die COVID-19-Pandemie wurde auch der T1-Befragungszeitraum um 1,5 auf insgesamt 4,5 Monate erhöht.

Mit der Anpassung der Fallzahlen der Ergebnisevaluation wurden auch die Fallzahlen für Interviews und Fragebogenbefragungen der Prozessevaluation reduziert, da diese an den Fallzahlen der Ergebnisevaluation ausgerichtet waren. Da die Rekrutierung von Hausärzten und VERAHs zunächst nur eine geringe Rücklaufquote erbrachte, wurden ergänzend und äquivalent zu den Krankenhäusern auch Hausärzte und VERAHs aus nicht an VESPEERA teilnehmenden Hausarztpraxen in die Prozessevaluation miteingeschlossen.

Darüber hinaus war im ursprünglichen Evaluationskonzept zur Messung der Umsetzungstreue auch ein Indikator zur Messung der Häufigkeit von im CareCockpit erstellten Entlassbriefen vorgesehen. Noch vor Projektbeginn äußerten Krankenhäuser Bedenken gegenüber der Implementierung des CareCockpits in ihren Software-Systemen, wegen des damit verbundenen Aufwandes und der Dringlichkeit anderer Themen, womit dieser Teil der Intervention gestrichen werden musste. Somit wurde auch die Auswertung des entsprechenden Indikators für die Umsetzungstreue hinfällig.

3.10 Methodendiskussion

Die teils geringen Fallzahlen in der Ergebnisevaluation sorgen für eine gewisse Unsicherheit in der Schätzung. Um diese angemessen darzustellen und somit einen Überblick über die statistische Präzision der Ergebnisse zu geben, werden alle Odds Ratios in den Ergebnissen zusammen mit ihrem jeweiligen 95%-Konfidenzintervall berichtet. Dies erlaubt es, Aussagen über die Genauigkeit der Ergebnisse zu treffen sowie zu evaluieren, wie genau beobachtete Tendenzen sind.

Die Aufteilung der VESPEERA-Fälle auf vier Studienarme für die primäre Analyse erscheint sehr komplex. Da die primäre Analyse zunächst nur auf den Studienarmen 1 und 2 basiert, werden somit viele Patienten für den ersten Test im primären Endpunkt nicht berücksichtigt. Andererseits war in den Studienarmen 1 und 2 (geplante Einweisungen) ein höherer Effekt zu erwarten, sodass mit deutlicheren Unterschieden in diesem Vergleich gerechnet wurde. Insgesamt könnten statt einer Aufteilung der Studienarme für die primäre Analyse auch alle Studienarme gemeinsam für einen Vergleich „Intervention vs. Kontrolle“ genutzt werden. Anschließend könnten die Studienarme in einer Subgruppenanalyse gegen die Kontrollgruppen getestet werden, um mögliche Effekte der einzelnen Interventionskomponenten (geplante vs. ungeplante Einweisung in

teilnehmendes bzw. nicht- teilnehmendes Krankenhaus) zu untersuchen. Um all diese Fragestellungen beantworten zu können, werden im Ergebnisteil sowohl die Vergleiche der einzelnen Studienarme als auch aller Studienarme mit den Kontrollgruppen berichtet.

Die Kontrollgruppen der Ergebnisevaluation wurden durch Propensity Score Matching gebildet. Dieses Vorgehen hatte zum Ziel, Kontrollgruppen an Patienten zu bilden, welche den VESPEERA-Teilnehmenden in wesentlichen Charakteristika ähneln. Somit konnte rückblickend verglichen werden, wie sich die Gruppen mit und ohne VESPEERA entwickelt haben, wobei demografische Unterschiede als Auslöser für unterschiedliche Entwicklungen minimiert wurden. Folglich lassen sich potenzielle Unterschiede in den Endpunkten zwischen den Gruppen auf die Intervention mit VESPEERA zurückführen. Wie in Kapitel 4.1.1 dargestellt, gelang es mittels des Propensity Score Matchings, homogene Interventions- und Kontrollgruppen hinsichtlich der Matching-Kriterien zu bilden.

Der Auswertung liegt ein Datensatz zugrunde, der durch die Verknüpfung von Sekundärdaten (Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg) mit Primärdaten (CareCockpit-Daten) erzeugt wurde. Grundsätzlich ist ein solches Datenlinkage mit Herausforderungen verbunden. In diesem Fall konnten CareCockpit-Daten nicht über die stationäre Fallnummer eindeutig einem Krankenhausaufenthalt zugeordnet werden, da diese den Hausärzten nicht bekannt ist. Die Zuordnung erfolgte über die pseudonymisierte Versichertennummer sowie Datumsangaben (Abgleich des Datums der Erstellung des Einweisungsbriefts mit einem nachfolgenden Aufnahme datum sowie Abgleich des Datums des Krankenhausaufenthalts in beiden Datenquellen (identisch bzw. mit hoher Ähnlichkeit). Somit besteht immer die Möglichkeit einer falsch-positiven Zuordnung. Eine Pilotierung dieses Datenlinkages war in der Vorbereitungsphase des Projekts aufgrund des zeitlichen Verzugs bei der Übermittlung von Routinedaten nicht möglich. Dennoch ist die Verwendung eines solchen Datensatzes mit Vorteilen verbunden. Insbesondere die für die hier verwendeten Outcomes benötigten Daten (u.a. Feststellung von Rehospitalisierungen, Rettungsdiensteinsätzen) ist in den Hausarztpraxen oder bei Patienten mit einem enormen Aufwand verbunden und birgt Verzerrungspotenzial (bspw. Recall Bias).

Die Datenerhebung in der Patientenbefragung erfolgte zu zwei Zeitpunkten (jeweils zu Beginn der praxisindividuellen Interventionsphase sowie zum Ende des Gesamtinterventionszeitraums). Patienten wurden nach Entlassung aus dem Krankenhaus von ihrer Hausarztpraxis zur Studienteilnahme eingeladen. Da nicht beeinflussbar war, dass Patienten in beiden Zeiträumen hospitalisiert werden, war eine Follow-up Befragung nicht möglich. Beobachtete Unterschiede zwischen den Gruppen und Zeitpunkten sind somit (ohne Berücksichtigung von Störfaktoren) eher Veränderungen in der Hausarztpraxis zuzuschreiben.

Insgesamt sind im Projekt in beiden Evaluationsteilen geringe Rücklaufquoten festzustellen, insbesondere von Seiten der Krankenhäuser (Fragebögen und Interviews Prozessevaluation). Dies ist auf die geringe Umsetzungstreue und die niedrigen Fallzahlen der Ergebnisevaluation zurückzuführen. Dies wurde sowohl von den Ansprechpartnern der Krankenhäuser als auch den Hausarztpraxen zurückgespiegelt. Auch intensive Rekrutierungsbemühungen von Seiten der Studienzentrale mit Hinweisen, dass eine Teilnahme auch ohne Erfahrung mit den Interventionskomponenten sinnvoll sei und insbesondere Barrieren zur Teilnahme aufzeigen kann, bewirkten keine hohen Rücklaufquoten.

Überdies haben nicht alle Hausarztpraxen Daten aus dem CareCockpit übermittelt. Diese haben am Projekt teilgenommen und waren keine Drop-Outs, sondern Nicht-Rekrutierer. Auch hier konnten intensive Bemühungen der Studienzentrale nicht dafür sorgen, dass alle Praxen Patienten in die Studie eingeschlossen haben. Die Bemühungen beinhalteten insbesondere eine intensive Betreuung der Praxen durch die Studienzentrale, wie regelmäßige telefonische Betreuung, umfangreiche Studienunterlagen, Videotutorials und Auffrischungsschulungen zur Studiendurchführung und Nutzung des CareCockpits (siehe hierzu auch die Beschreibung der Implementierungsstrategien in Kapitel 2.2).

An verschiedenen Stellen war die Studienzentrale bei Rekrutierungsbemühungen auf die Unterstützung der Hausarztpraxen und Krankenhäuser angewiesen. Dies betrifft die Rekrutierung von Interviewpartnern aus Krankenhäusern (die Weitergabe der Einladung zum Interview an geeignete Personen erfolgte durch die Ansprechpartner der Krankenhäuser), die Rekrutierung von Patienten für Interviews (die Weitergabe der Einladung zum Interview an geeignete Patienten erfolgte durch die Hausarztpraxen) sowie die Rekrutierung von Patienten für die Teilnahme an der Patientenbefragung (jeder teilnehmende Hausarzt erhielt zu T0 n=30 Fragebögen und zu T1 n=20 Fragebögen). Die Rückmeldung von Seiten der Leistungserbringer zum hohen Aufwand in der Studiendurchführung führte dazu, dass von einer Dokumentation der Rekrutierung in den Praxen und Krankenhäusern aus Machbarkeitsgründen abgesehen wurde.

Die Rekrutierung der Krankenhäuser über eine öffentliche Ausschreibung und deren Interessensbekundung zur Projektteilnahme, die auch für die Fallzahlplanung zugrunde gelegt wurde, erfolgte lange vor Projektbeginn. Dieser zeitliche Verzug sowie die Überschneidung mit dem Inkrafttreten des Rahmenvertrages Entlassmanagement führten dazu, dass letztlich deutlich weniger Krankenhäuser am Projekt teilnahmen und die teilnehmenden Krankenhäuser weniger Kapazitäten für das Projekt bereithalten konnten.

4. Ergebnisse der Evaluation

4.1 Ergebnisevaluation

4.1.1 Deskription

Fallzahlen

Insgesamt haben 7 Krankenhäuser und 72 Hausarztpraxen an VESPEERA teilgenommen. Im Laufe der Interventionsphase haben n=13 Praxen ihre Teilnahmeerklärung widerrufen, sodass n=59 Praxen die Studie bis Ende durchgeführt haben. Insgesamt wurden CareCockpit-Daten aus n=37 Hausarztpraxen übermittelt. In Tabelle 4 sind die Anzahlen der teilnehmenden Krankenhäuser und Hausarztpraxen aufgeführt.

Tabelle 4: Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser und Hausarztpraxen

Einrichtung	Anzahl teilgenommen	Anzahl Daten übermittelt
Krankenhäuser	7	0
Hausarztpraxen	72, nach Drop-out 59	37

In der folgenden Tabelle 5 ist dargestellt, wie sich die Fallzahlen (auf Patientenebene und auf Fallebene) auf die Studienarme aufteilen. Wie oben beschrieben beinhalten die Studienarme 1 bis 4 VESPEERA-Patienten und die Studienarme 5 und 6 Kontrollpatienten. Überdies gab es VESPEERA-Patienten, welche im Interventionszeitraum nicht hospitalisiert wurden (beispielsweise wurde ein Einweisungserbrief erstellt und es folgte keine stationäre Aufnahme oder es wurde eine Behandlungsplanung nach Entlassung durchgeführt, der Patient wurde aber aus einer Reha-Klinik entlassen) und folglich keinem Studienarm zugeordnet werden konnten. Es ist zu beachten, dass ein Patient mehrere Fälle (also mehrere Hospitalisierungen) haben kann, weshalb die Fallzahlen auf Fallebene höher sind als diejenigen auf Patientenebene. Auf Patientenebene gab es keine Drop-outs.

Tabelle 5: In die Analyse eingegangene Fall- und Patientenzahl nach Studienarmen

Studienarm	Definition	Erreichte Fallzahl Fälle	Erreichte Fallzahl Patienten
1	Geplante Einweisung in teilnehmendes Krankenhaus	46	39
2	Geplante Einweisung in nicht-teilnehmendes Krankenhaus	76	69
3	Ungeplante Einweisung in teilnehmendes Krankenhaus	203	110
4	Ungeplante Einweisung in nicht-teilnehmendes Krankenhaus	661	259
5	Kontrollen aus Landkreisen mit mindestens einer VESPEERA-Praxis	1019	371
6	Kontrollen aus Landkreisen ohne VESPEERA-Praxis	985	371
Keiner	VESPEERA-Patienten ohne Hospitalisierung	0	38
GESAMT (Arme 1-6):		2990	1219

Da ein Patient mehrfach hospitalisiert werden konnte, konnte er auch verschiedenen Studienarmen zugeordnet werden. Dies ist zum Beispiel möglich, wenn ein Patient zunächst in ein teilnehmendes, bei einem nächsten Krankenhausaufenthalt aber in ein nicht-teilnehmendes Krankenhaus eingewiesen wurde. Folgende Tabelle 6 zeigt die Anzahl der doppelten Patienten pro Studienarmkombination. Es ist zu beachten, dass die Kontrollpatienten so definiert sind, dass eine solche Dopplung nicht möglich war.

Tabelle 6: Aufteilung der Fallzahl auf die Studienarme bei Kombination mehrerer Arme

Armkombination	Anzahl Patienten in beiden Armen
1 und 2	0
1 und 3	26
1 und 4	6
2 und 3	8
2 und 4	34
3 und 4	43

Unter Berücksichtigung dieser Dopplungen ergab sich eine Gesamtfallzahl von 409 VESPEERA-Patienten, von denen 371 hospitalisiert wurden. Entsprechend wurden durch das Propensity Score Matching 371 Patienten pro Kontrollarm ermittelt.

Tabelle 7: Deskriptive Ergebnisse auf Patientenebene

Studienarm	1	2	3	4	5	6	Total
	(N=39)	(N=69)	(N=110)	(N=259)	(N=371)	(N=371)	(N=1219)
Alter							
Mittelwert	72	68	71	69	71	70	70
Standardabweichung	15	18	13	17	15	16	16
Median	78	74	74	73	76	72	74
1.Quartil – 3. Quartil	58 -- 83	54 -- 82	60 -- 80	59 -- 82	61 -- 82	60 -- 82	60 -- 82
Minimum - Maximum	31 -- 92	21 -- 93	26 -- 94	18 -- 96	17 -- 97	17 -- 99	17 -- 99
Geschlecht							
männlich	19 (49%)	36 (52%)	59 (54%)	130 (50%)	176 (47%)	183 (49%)	603 (49%)
weiblich	20 (51%)	33 (48%)	51 (46%)	129 (50%)	195 (53%)	188 (51%)	616 (51%)
Hospitalisierungen							
Mittelwert	1.2	1.1	1.8	2.6	2.7	2.7	2.5
Standardabweichung	0.45	0.35	1.4	2.3	2.1	2.2	2.1
Median	1	1	1	2	2	2	2
1. Quartil – 3. Quartil	1 -- 1	1 -- 1	1 -- 2	1 -- 3	1 -- 3	1 -- 3	1 -- 3
Minimum - Maximum	1 -- 3	1 -- 3	1 -- 8	1 -- 17	1 -- 19	1 -- 15	1 -- 19

Es zeigt sich, dass durch das Matching eine relativ homogene Struktur der Patienten bezüglich Alter und Geschlecht erreicht werden konnte. Die Patienten in Studienarm 4 und den beiden Kontrollarmen 5 und 6 wurden im Mittel etwas häufiger hospitalisiert als die Patienten in den Studienarmen 1, 2 und 3 (siehe Tabelle 7).

Tabelle 8: Deskriptive Ergebnisse auf Fallebene

Studienarm	1	2	3	4	5	6	Total
	(N=46)	(N=76)	(N=203)	(N=661)	(N=1019)	(N=985)	(N=2990)
Charlson Comorbidity Index							
Mittelwert	4.2	3.6	4.7	4.5	4.3	4.3	4.3
Standardabweichung	3	2.7	2.8	3.1	3	3	3
Median	4	3.5	5	4	4	4	4
1. Quartil – 3. Quartil	2 -- 6	2 -- 5	2 -- 7	2 -- 7	2 -- 6	2 -- 6	2 -- 6
Minimum - Maximum	0 -- 13	0 -- 10	0 -- 11	0 -- 13	0 -- 15	0 -- 16	0 -- 16
Stadt/Land							
Land	39 (85%)	61 (80%)	172 (86%)	525 (81%)	880 (86%)	856 (87%)	2533 (85%)
Stadt	7 (15%)	15 (20%)	27 (14%)	122 (19%)	138 (14%)	123 (13%)	432 (15%)
Fehlend	0	0	4	14	1	6	25
Aufnahmegrund							
Notfallaufnahme	16 (35%)	30 (39%)	99 (49%)	392 (59%)	548 (54%)	548 (56%)	2006 (67%)
Reguläre Aufnahme	30 (65%)	46 (61%)	104 (51%)	269 (41%)	471 (46%)	437 (44%)	984 (33%)

Auch bezüglich der Fallcharakteristika CCI und Stadt/Land-Aufteilung erzeugte das Matching eine gleichmäßige Verteilung auf die Studienarme. Bei den geplanten Einweisungen (Studienarme 1 und 2) gibt es mehr reguläre Aufnahmen als Notfallaufnahmen (gemäß den in den Routinedaten vom Krankenhaus dokumentierten Angaben). In den Kontrollarmen 5 und 6 gibt es jeweils etwas mehr Notfallaufnahmen als reguläre Aufnahmen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 9: Deskriptive Ergebnisse der Endpunkte

Studienarm	1	2	3	4	5	6	Total
	(N=46)	(N=75)	(N=178)	(N=611)	(N=895)	(N=865)	(N=2670)
Rehosp-90 prä							
ja	0	0	3 (8%)	17 (18%)	6 (7%)	9 (9%)	36 (11%)
nein	0	0	35 (92%)	77 (82%)	86 (93%)	86 (91%)	284 (89%)
Rehosp-90 post							
nein	44 (96%)	68 (93%)	119 (86%)	433 (85%)	682 (85%)	669 (87%)	2015 (86%)
ja	2 (4%)	5 (7%)	19 (14%)	76 (15%)	116 (15%)	100 (13%)	318 (14%)
Rehosp-30 prä							
nein	0	0	38 (100%)	88 (94%)	89 (97%)	90 (95%)	306 (96%)
ja	0	0	0 (0%)	6 (6%)	3 (3%)	5 (5%)	14 (4%)
Rehosp-30 post							
nein	45 (98%)	71 (97%)	128 (93%)	469 (92%)	745 (93%)	729 (95%)	2187 (94%)
ja	1 (2%)	2 (3%)	10 (7%)	40 (8%)	53 (7%)	40 (5%)	146 (6%)
Sensitiv prä							
nein	0	0	36 (95%)	90 (96%)	88 (96%)	92 (97%)	307 (96%)
ja	0	0	2 (5%)	4 (4%)	4 (4%)	3 (3%)	13 (4%)
Sensitiv post							
ja	3 (7%)	3 (4%)	3 (2%)	21 (4%)	25 (3%)	31 (4%)	86 (4%)
nein	43 (93%)	71 (96%)	137 (98%)	496 (96%)	777 (97%)	739 (96%)	2263 (96%)
Arznei verspätet prä							
nein	0	0	26 (72%)	60 (71%)	68 (77%)	67 (79%)	222 (76%)
ja	0	0	10 (28%)	24 (29%)	20 (23%)	18 (21%)	72 (24%)
Arznei verspätet post							
nein	35 (78%)	51 (77%)	106 (81%)	379 (81%)	545 (74%)	538 (76%)	1654 (77%)
ja	10 (22%)	15 (23%)	25 (19%)	89 (19%)	194 (26%)	170 (24%)	503 (23%)
Hilfsmittel verspätet prä							
ja	0	0	13 (76%)	22 (65%)	25 (71%)	25 (74%)	86 (71%)
nein	0	0	4 (24%)	12 (35%)	10 (29%)	9 (26%)	35 (29%)

Fortsetzung Tabelle9: Deskriptive Ergebnisse der Endpunkte

Studienarm	1	2	3	4	5	6	Total
	(N=46)	(N=75)	(N=178)	(N=611)	(N=895)	(N=865)	(N=2670)
Hilfsmittel verspätet post							
Nein	5 (25%)	9 (45%)	25 (49%)	86 (43%)	113 (37%)	101 (34%)	339 (38%)
ja	15 (75%)	11 (55%)	26 (51%)	112 (57%)	194 (63%)	194 (66%)	552 (62%)
Heilmittel verspätet prä							
ja	0	0	6 (86%)	20 (71%)	15 (75%)	17 (77%)	58 (75%)
nein	0	0	1 (14%)	8 (29%)	5 (25%)	5 (23%)	19 (25%)
Heilmittel verspätet post							
ja	14 (74%)	14 (88%)	23 (72%)	87 (73%)	146 (67%)	119 (69%)	403 (70%)
nein	5 (26%)	2 (12%)	9 (28%)	32 (27%)	71 (33%)	54 (31%)	173 (30%)
Notfall prä							
ja	0	0	9 (24%)	33 (35%)	24 (26%)	28 (29%)	95 (30%)
nein	0	0	29 (76%)	61 (65%)	68 (74%)	67 (71%)	225 (70%)
Notfall post							
nein	37 (80%)	61 (84%)	101 (73%)	335 (66%)	573 (72%)	508 (66%)	1615 (69%)
ja	9 (20%)	12 (16%)	37 (27%)	174 (34%)	226 (28%)	261 (34%)	719 (31%)

Die deskriptive Darstellung der Endpunkte (siehe Tabelle 9) zeigt, dass die Rehospitalisierungsraten deutlich niedriger lagen als ursprünglich erwartet. Während in der ursprünglichen Planung von Rehospitalisierungsraten von bis zu 40% ausgegangen wurde, zeigten sich in VESPEERA Raten von maximal 18%. Möglicherweise zeigen sich hier überlagernde Effekte durch den zwischenzeitlich in Kraft getretenen Rahmenvertrag Entlassmanagement oder durch die breite Implementierung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach §73b SGB V in Baden-Württemberg [33]. Darüber hinaus ist zu beachten, dass es sich um Rehospitalisierungen wegen derselben Indikation handelt, was die Raten im Vergleich zu allgemeinen Rehospitalisierungen (also unabhängig von der Indikation) verringert.

Hospitalisierungen wegen ambulant sensitiver Diagnosen (in der Tabelle kurz „Sensitiv“) treten über alle Studienarme hinweg nur selten auf. Während die Rate der verspätet verschriebenen Arzneimittel insgesamt bei gut 20% liegt, werden Hilfsmittel in über 60% der Fälle und Heilmittel sogar in mindestens 70% der Fälle verspätet verschrieben (jeweils Betrachtung der Gesamtpopulation). Diese Zahlen liegen in den einzelnen Studienarmen in ähnlichen Bereichen.

Vergleiche der Studienarme folgen in der Analyse der sekundären Endpunkte. In knapp einem Drittel der Krankenhausaufenthalte kam es zu einer anschließenden Notfallbehandlung oder einem Rettungseinsatz (kurz „Notfall“ in Tabelle 9).

4.1.2 Primäre Analyse: Rehospitalisierungen wegen derselben Indikation innerhalb von 90 Tagen nach Krankenhauserlassung

Tabelle 10: Ergebnisse der primären Analyse

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-2 vs. 6	1,000	[0; Inf]	0,96013
3 vs. 6	1,383	[0,305; 6,274]	0,67437
4 vs. 6	0,509	[0,159; 1,629]	0,25534

Für diese und die folgenden Tabellen wird die folgende Nummerierung der Studienarme verwendet (vgl. Tabelle 5):

1. Geplante Einweisungen in ein teilnehmendes Krankenhaus
2. Geplante Einweisungen in ein nicht-teilnehmendes Krankenhaus
3. Ungeplante Einweisungen in ein teilnehmendes Krankenhaus
4. Ungeplante Einweisungen in ein nicht-teilnehmendes Krankenhaus
5. Kontrollen aus Landkreisen mit mindestens einer VESPEERA-Praxis
6. Kontrollen aus Landkreisen ohne VESPEERA-Praxis

Der p-Wert für den Vergleich der Interventionsarme 1 und 2 (geplante Krankenseinweisungen) gegen die Kontrollgruppe 6 (Kontrollpatienten aus Praxen außerhalb der Interventionsregion) liegt bei 0,96013 und ist damit größer als das Signifikanzniveau von 0,05 (siehe Tabelle 10). Die Nullhypothese kann also nicht abgelehnt werden und die hierarchische Testprozedur endet hier. Eine statistisch signifikante Überlegenheit von VESPEERA im primären Endpunkt (Anzahl von Rehospitalisierungen wegen derselben Indikation (Hauptdiagnose, erste drei Ziffern der ICD-10-GM) innerhalb von 90 Tagen nach Krankenhauserlassung kann somit nicht festgestellt werden. Die geringen Fallzahlen in den Studienarmen 1 und 2 führen zu einem enorm großen Konfidenzintervall. Um mögliche Tendenzen zu analysieren, werden in den Sensitivitätsanalysen Vergleiche von kombinierten Studienarmen präsentiert.

4.1.3 Sensitivitätsanalysen

Difference-in-Difference Modelle

Tabelle 11 *Difference-in-Difference Modelle für die Rehospitalisierung nach 90 Tagen*

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,398	[0,157; 1,008]	0,05197
1-4 vs. 5	0,398	[0,144; 1,101]	0,07597
1-4 vs. 6	0,662	[0,261; 1,68]	0,38518
1-2 vs. 5-6	1,000	[0; Inf]	0,98812
1-2 vs. 5	1,000	[0; Inf]	0,96013
1-2 vs. 6	1,000	[0; Inf]	0,85789
3-4 vs. 5-6	0,474	[0,17; 1,324]	0,15430
3-4 vs. 5	0,784	[0,306; 2,006]	0,61131
3-4 vs. 6	0,506	[0,201; 1,27]	0,14656
3 vs. 5-6	0,765	[0,162; 3,604]	0,73494
3 vs. 5	1,383	[0,305; 6,274]	0,67437
3 vs. 6	0,915	[0,183; 4,565]	0,91360
4 vs. 5-6	0,423	[0,145; 1,231]	0,11439
4 vs. 5	0,509	[0,159; 1,629]	0,25534
4 vs. 6	0,444	[0,168; 1,178]	0,10292
5 vs. 6	1,701	[0,472; 6,123]	0,41646

Die Tabelle 11 zeigt den Vergleich verschiedener Kombinationen von Studienarmen in Bezug auf den primären Endpunkt „Rehospitalisierung wegen derselben Indikation innerhalb von 90 Tagen nach Krankenhausentlassung“. Werden alle VESPEERA-Arme kombiniert und diese mit den unterschiedlichen Kontrollgruppen verglichen, so ergeben sich Odds Ratios im Bereich von 0,398 bis 0,662, wobei der obere Rand des Konfidenzintervalls teilweise nur knapp über 1 liegt. Die VESPEERA-Interventionsarme schneiden also besser ab als die Kontrollgruppen. Ähnliche, wenn auch nicht so starke, Tendenzen lassen sich für die Kombination der Arme 3 und 4 (ungeplante Einweisungen) beobachten. Hier liegen die Odds Ratios zwischen 0,474 und 0,784. Dass sich die Ergebnisse durch die Hinzunahme der Studienarme 1 und 2 (geplante Einweisungen) verdeutlichen, ist ein Indiz für die Verringerung des Rehospitalisierungsrisikos in diesen Armen. Insgesamt lassen sich durch die kombinierte Analyse aller Interventionsarme Tendenzen beobachten, dass die Intervention VESPEERA das Rehospitalisierungsrisiko innerhalb von 90 Tagen senken konnte, wenngleich in der primären Analyse kein statistisch signifikantes Ergebnis beobachtet werden konnte.

Beim Vergleich der beiden Kontrollarme 5 und 6 ergibt sich ein Odds Ratio von 1,701 mit einem Konfidenzintervall von 0,472 bis 6,123. Dies lässt keine möglichen Spillover-Effekte, also eine verringertes Rehospitalisierungsrisiko aufgrund einer erhöhten Sensibilisierung für die Thematik in nicht-VESPEERA-Praxen der Interventionsregion, vermuten.

Interrupted-Time-Series Modelle

Tabelle 12: Interrupted-Time-Series Modelle für die Rehospitalisierung nach 90 Tagen

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,987	[0,946; 1,030]	0,54837
1-4 vs. 5	1,002	[0,955; 1,052]	0,92549
1-4 vs. 6	0,972	[0,924; 1,022]	0,26539
1-2 vs. 5-6	0,949	[0,806; 1,117]	0,53034
1-2 vs. 5	0,866	[0,712; 1,053]	0,14915
1-2 vs. 6	0,927	[0,780; 1,103]	0,39474
3-4 vs. 5-6	1,012	[0,964; 1,063]	0,62687
3-4 vs. 5	0,983	[0,934; 1,035]	0,50922
3-4 vs. 6	0,997	[0,954; 1,042]	0,88790
1 vs. 5-6	0,990	[0,673; 1,458]	0,95988
1 vs. 5	0,904	[0,577; 1,416]	0,65840
1 vs. 6	0,959	[0,629; 1,463]	0,84728
2 vs. 5-6	0,957	[0,789; 1,162]	0,65973
2 vs. 5	0,862	[0,707; 1,051]	0,14294
2 vs. 6	0,917	[0,762; 1,103]	0,35646
3 vs. 5-6	1,060	[0,970; 1,159]	0,20101
3 vs. 5	1,030	[0,944; 1,124]	0,50414
3 vs. 6	1,023	[0,925; 1,131]	0,65896
4 vs. 5-6	1,024	[0,961; 1,091]	0,46382
4 vs. 5	0,971	[0,908; 1,038]	0,38545
4 vs. 6	0,983	[0,937; 1,031]	0,47760
5 vs. 6	0,943	[0,889; 1,000]	0,04821

In den Interrupted-time-series Modellen zum primären Endpunkt sind kaum Unterschiede zwischen VESPEERA-Patienten und Kontrollen zu erkennen (siehe Tabelle 12). Im Vergleich zu den Difference-in-Difference Modellen schätzen die Interrupted-time-series Modelle deutlich engere Konfidenzintervalle für das Odds Ratio. Eine deutliche Abweichung des Odds Ratios von 1 ist nicht zu beobachten.

4.1.4 Subgruppenanalysen

Fallzahlen

Tabelle 13: Fallzahlen in den einzelnen Subgruppen

	Arm 1	Arm 2	Arm 3	Arm 4	Arm 5	Arm 6
Kein Telefonmonitoring	24	44	45	112	890	864
Telefonmonitoring	17	17	17	121	0	0
CCI \leq 2	17	32	45	183	279	282
CCI = 3 oder 4	10	19	37	151	213	196
CCI \geq 5	19	23	94	269	398	386
Alter < 65	15	28	56	192	251	273
Alter \geq 65	31	46	120	411	639	591

Die Tabelle 13 zeigt die Fallzahlen für die einzelnen Subgruppenanalysen. Es ist zu beachten, dass in der Subgruppenanalysen zum Telefonmonitoring alle Kontrollpatienten eingehen, um ein Vergleichskollektiv für die VESPEERA-Patienten mit Telefonmonitoring zu haben. Die Kontrollpatienten erhielten allesamt kein Telefonmonitoring. Durch die geringe Fallzahl in manchen Subgruppen kommt es in manchen Analysen zu sehr breiten Konfidenzintervallen für das Odds Ratio, welche eine Interpretation erschweren. Darauf wird in den jeweiligen Analysen genauer eingegangen.

HOSPITAL-Score

Tabelle 14: Ergebnisse der Evaluation des HOSPITAL-Scores

Mittlerer HOSPITAL-Score bei nicht-rehosp. Patienten	Mittlerer HOSPITAL-Score bei rehosp. Patienten	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
4.21	5.46	1.29331	[1.0668, 1.5679]	0.00883

VESPEERA-Patienten, die innerhalb von 90 Tagen rehospitalisiert wurden, hatten im Mittel einen deutlich höheren HOSPITAL-Score als Patienten, die nicht rehospitalisiert wurden (Odds Ratio 1,29) (siehe Tabelle 14). Werden die Mittelwerte mit der Risikoeinteilung gemäß den Vorgaben der Originalautoren (niedriges Risiko bei einem Score von 0-4 Punkten, mittleres Risiko bei einem Score von 5-6 Punkten und hohes Risiko bei einem Score von 7 oder mehr Punkten) verglichen, haben nicht-rehospitalisierte Patienten ein niedriges, rehospitalisierte Patienten ein mittleres Risiko für eine Rehospitalisierung. Ein erhöhter HOSPITAL-Score ist also ein Indiz für ein erhöhtes Risiko einer Rehospitalisierung nach 90 Tagen wegen derselben Indikation.

*Telefonmonitoring**Tabelle 15: Rehospitalisierung nach 90 Tagen zwischen VESPEERA-Patienten ohne Telefonmonitoring und Kontrollen*

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,430	[0,196; 0,945]	0,03562
1-4 vs. 5	0,325	[0,117; 0,903]	0,03112
1-4 vs. 6	0,553	[0,218; 1,406]	0,21344
3-4 vs. 5-6	0,381	[0,136; 1,066]	0,06606
3-4 vs. 5	0,645	[0,252; 1,653]	0,36138
3-4 vs. 6	0,444	[0,174; 1,131]	0,08874
3 vs. 5-6	0,614	[0,127; 2,972]	0,54439
3 vs. 5	0,943	[0,162; 5,492]	0,94754
3 vs. 6	0,733	[0,144; 3,742]	0,70884
4 vs. 5-6	0,267	[0,078; 0,912]	0,03508
4 vs. 5	0,464	[0,146; 1,476]	0,19340
4 vs. 6	0,397	[0,147; 1,073]	0,06858
5 vs. 6	1,701	[0,472; 6,123]	0,41646

Tabelle 16: Rehospitalisierung nach 90 Tagen zwischen VESPEERA-Patienten mit Telefonmonitoring und Kontrollen

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,613	[0,219; 1,712]	0,35023
1-4 vs. 5	0,594	[0,201; 1,751]	0,34462
1-4 vs. 6	0,695	[0,204; 2,367]	0,56057
3-4 vs. 5-6	0,798	[0,264; 2,412]	0,68889
3-4 vs. 5	0,937	[0,269; 3,262]	0,91896
3-4 vs. 6	0,835	[0,292; 2,384]	0,73609
3 vs. 5-6	2,251	[0,356; 14,241]	0,38856
3 vs. 5	3,752	[0,414; 33,989]	0,23966
3 vs. 6	3,045	[0,386; 24,011]	0,29068
4 vs. 5-6	0,587	[0,185; 1,863]	0,36620
4 vs. 5	0,701	[0,187; 2,633]	0,59887
4 vs. 6	0,614	[0,199; 1,894]	0,39594
5 vs. 6	1,701	[0,472; 6,123]	0,41646

Manche VESPEERA-Patienten erhielten (unabhängig von ihrem Studienarm) ein Telefonmonitoring, während keine der Kontrollpatienten ein Telefonmonitoring erhielten. Das Telefonmonitoring wurde bei Patienten mit einem erhöhten Rehospitalisierungsrisiko (gemessen durch den HOSPITAL-Score) eingesetzt.

Tabelle 15 zeigt den Vergleich der VESPEERA-Patienten ohne Telefonmonitoring mit allen Kontrollgruppen. VESPEERA-Patienten ohne Telefonmonitoring werden seltener innerhalb von 90

Tagen erneut ins Krankenhaus aufgenommen als Patienten der Kontrollgruppe (siehe Tabelle 15). Diese Aussage zeigt sich besonders deutlich bei der Kombination aller VESPEERA-Arme, mit der Odds Ratios zwischen 0,325 und 0,553 im Vergleich mit der jeweiligen Kontrollgruppe erzielt werden können. Die Beobachtung bestätigt sich für alle Vergleiche von VESPEERA-Interventionsarmen mit Kontrollarmen.

Tabelle 16 stellt die Ergebnisse des Vergleichs der VESPEERA-Patienten mit Telefonmonitoring mit den Kontrollpatienten dar. Auch hier zeigt sich, dass die VESPEERA-Patienten seltener rehospitalisiert werden. Beim Vergleich aller kombinierten VESPEERA-Arme mit den Kontrollarmen ergeben sich Odds Ratios zwischen 0,594 und 0,695, welche alle deutlich kleiner als 1 sind. Dies ist eine interessante Beobachtung, da Patienten mit Telefonmonitoring per Definition ein erhöhtes Rehospitalisierungsrisiko haben. Die Intervention mit VESPEERA zeigt also Tendenzen, auch bei Patienten mit einem vorab erhöhtem Rehospitalisierungsrisiko die tatsächliche Rate an Wiederaufnahmen zu senken.

Insgesamt zeigt sich somit, dass die Aufnahme von Patienten in VESPEERA mit einer gegenüber der Kontrollgruppe verringerten Rehospitalisierungsrate verbunden ist. Werden Patienten mit hohem Rehospitalisierungsrisiko dann in ein Telefonmonitoring aufgenommen, zeigen sich ebenfalls niedrigere Krankenhaus-Wiederaufnahmeraten. Diese Effekte können als additiv zu den schon positiven Effekten der Einschreibung in die HZV in Baden-Württemberg bei Hochrisikopatienten beschrieben werden [34].

Eine Ausnahme bildet der Studienarm 3 (ungeplante Einweisung in teilnehmendes Krankenhaus), in welchem das Rehospitalisierungsrisiko der Patienten mit Telefonmonitoring gegenüber den Kontrollgruppen erhöht zu sein scheint (Odds Ratios zwischen 2,251 und 3,752).

*Charlson Comorbidity Index (CCI)**Tabelle 17: Subgruppenanalyse bei Patienten mit geringem CCI (≤ 2)*

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	2,021	[0,486; 8,409]	0,33341
1-4 vs. 5	2,057	[0,064; 66,143]	0,68389
1-4 vs. 6	3,808	[0,730; 19,859]	0,11261
3-4 vs. 5-6	0,644	[0,054; 7,699]	0,72827
3-4 vs. 5	10,912	[0,619; 192,399]	0,10262
3-4 vs. 6	2,326	[0,553; 9,777]	0,24935
3 vs. 5-6	0,410	[0,013; 12,668]	0,61050
3 vs. 5	447,710	[0,097; 2059620,142]	0,15603
3 vs. 6	95,750	[0,059; 155126,909]	0,22635
4 vs. 5-6	0,712	[0,056; 9,08]	0,79400
4 vs. 5	4,554	[0,792; 26,195]	0,08948
4 vs. 6	2,431	[0,532; 11,112]	0,25183
5 vs. 6	6,740	[0,639; 71,095]	0,11246

Tabelle 18: Subgruppenanalyse bei Patienten mit mittlerem CCI (3 oder 4)

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,808	[0,156; 4,18]	0,79933
1-4 vs. 5	0,892	[0,141; 5,628]	0,90290
1-4 vs. 6	0,712	[0,093; 5,475]	0,74407
3-4 vs. 5-6	1,037	[0,162; 6,629]	0,96974
3-4 vs. 5	0,841	[0,108; 6,538]	0,86822
3-4 vs. 6	0,935	[0,18; 4,871]	0,93659
3 vs. 5-6	0,549	[0,057; 5,259]	0,60331
3 vs. 5	0,432	[0,036; 5,137]	0,50626
3 vs. 6	0,509	[0,06; 4,294]	0,53461
4 vs. 5-6	2,041	[0,168; 24,748]	0,57517
4 vs. 5	1,713	[0,12; 24,539]	0,69194
4 vs. 6	1,822	[0,176; 18,913]	0,61512
5 vs. 6	0,782	[0,101; 6,072]	0,81408

Tabelle 19: Subgruppenanalyse bei Patienten mit hohem CCI (≥ 5)

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,156	[0,038; 0,634]	0,00937
1-4 vs. 5	0,181	[0,035; 0,931]	0,04074
1-4 vs. 6	0,113	[0,013; 0,997]	0,04974
3-4 vs. 5-6	0,219	[0,042; 1,14]	0,07119
3-4 vs. 5	0,135	[0,015; 1,203]	0,07272
3-4 vs. 6	0,188	[0,046; 0,776]	0,02090
4 vs. 5-6	0,138	[0,025; 0,747]	0,02152
4 vs. 5	0,082	[0,009; 0,768]	0,02841
4 vs. 6	0,084	[0,017; 0,421]	0,00259
5 vs. 6	0,528	[0,038; 7,347]	0,63484

Aufgrund der geringen Fallzahl in den Subgruppen „Patienten mit geringem CCI“ (Tabelle 17) und „Patienten mit mittlerem CCI“ (Tabelle 18) kommt es zu sehr breiten Konfidenzintervallen. Es sind daher bei Patienten mit niedriger oder mittlerer Komorbidität keine Tendenzen für oder gegen VESPEERA in Bezug auf Rehospitalisierungen innerhalb von 90 Tagen zu erkennen.

VESPEERA-Patienten mit hoher Komorbidität (also einem CCI von mindestens 5) hingegen zeigen ein deutlich verringertes Risiko für eine Rehospitalisierung innerhalb von 90 Tagen als Patienten der Kontrollgruppe mit hoher Komorbidität. Dies resultiert in teilweise äußerst kleinen p-Werten und Odds Ratios, die deutlich kleiner als 1 sind (siehe Tabelle 19). Beim Vergleich aller VESPEERA-Arme mit den jeweiligen Kontrollarmen werden Odds Ratios zwischen 0,113 und 0,181 beobachtet. Da bei Patienten mit einer hohen Komorbidität schon an sich von einem erhöhten Risiko für eine Rehospitalisierung ausgegangen werden kann, ist es eine interessante Beobachtung, dass die Intervention VESPEERA bei diesen Patienten die Krankenhaus-Wiederaufnahmerate senken kann. Dies deckt sich mit den Beobachtungen aus dem Telefonmonitoring, wo ebenfalls die Patienten mit Telefonmonitoring (also potenziell erhöhtem Rehospitalisierungsrisiko) seltener rehospitalisiert wurden als die Patienten in der Kontrollgruppe.

Alter

Tabelle 20: Subgruppenanalyse bei Patienten mit geringem Alter (< 65)

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,931	[0,261; 3,324]	0,91266
1-4 vs. 5	1,152	[0,162; 8,193]	0,88775
1-4 vs. 6	0,661	[0,125; 3,488]	0,62596
3-4 vs. 5-6	1,415	[0,296; 6,767]	0,66375
3-4 vs. 5	0,872	[0,158; 4,817]	0,87494
3-4 vs. 6	1,222	[0,328; 4,55]	0,76488
3 vs. 5-6	1,645	[0,124; 21,889]	0,70642
3 vs. 5	0,835	[0,055; 12,737]	0,89697
3 vs. 6	1,385	[0,12; 15,98]	0,79416
4 vs. 5-6	1,262	[0,24; 6,636]	0,78328
4 vs. 5	0,972	[0,162; 5,83]	0,97554
4 vs. 6	1,168	[0,285; 4,784]	0,82877
5 vs. 6	0,893	[0,157; 5,072]	0,89850

Tabelle 21: Subgruppenanalyse bei Patienten mit hohem Alter (≥ 65)

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,318	[0,112; 0,896]	0,03027
1-4 vs. 5	0,174	[0,036; 0,845]	0,03005
1-4 vs. 6	0,464	[0,129; 1,662]	0,23782
3-4 vs. 5-6	0,196	[0,040; 0,957]	0,04403
3-4 vs. 5	0,535	[0,150; 1,900]	0,33324
3-4 vs. 6	0,309	[0,100; 0,953]	0,04107
3 vs. 5-6	0,413	[0,049; 3,454]	0,41425
3 vs. 5	1,313	[0,174; 9,896]	0,79173
3 vs. 6	0,768	[0,113; 5,231]	0,78709
4 vs. 5-6	0,162	[0,032; 0,823]	0,02819
4 vs. 5	0,409	[0,108; 1,541]	0,18641
4 vs. 6	0,242	[0,073; 0,797]	0,01962
5 vs. 6	3,441	[0,56; 21,147]	0,18230

In dem Kollektiv von Patienten, die jünger als 65 Jahre sind, lassen sich keine deutlichen Unterschiede zwischen VESPEERA- und Kontrollpatienten hinsichtlich des primären Endpunkts erkennen (siehe Tabelle 20). So liegt beim Vergleich aller Interventionsarme mit den jeweiligen Kontrollarmen das Odds Ratio zwischen 0,661 und 1,152. Dies zeigt sich auch, wenn nur die Arme 3 und 4 (ungeplante Einweisungen) kombiniert werden (Odds Ratio zwischen 0,872 und 1,415).

Ältere VESPEERA-Patienten, die mindestens 65 Jahre alt sind, werden jedoch deutlich seltener innerhalb von 90 Tagen rehospitalisiert als die Kontrollgruppen im selben Altersbereich. Die Odds Ratios sind teilweise deutlich kleiner als 1 (siehe Tabelle 21). So zeigt der Vergleich aller Interventionsarme mit den jeweiligen Kontrollarmen Odds Ratios zwischen 0,174 und 0,464.

Dies deckt sich wieder mit den Beobachtungen aus der Analyse des Telefonmonitorings und des CCI. Da ältere Patienten ein höheres Rehospitalisierungsrisiko als jüngere aufzeigen, zeigt VESPEERA deutliche Tendenzen, gerade in dieser Population das Risiko einer Rehospitalisierung wegen derselben Indikation innerhalb von 90 Tagen senken zu können.

4.1.5 Sekundäre Analysen

Rehospitalisierung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Tabelle 22: Ergebnisse für die Rehospitalisierung innerhalb von 30 Tagen

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	1,468	[0,452; 4,769]	0,52326
1-4 vs. 5	0,988	[0,220; 4,424]	0,98698
1-4 vs. 6	2,129	[0,547; 8,285]	0,27568
3-4 vs. 5-6	1,087	[0,242; 4,879]	0,91351
3-4 vs. 5	2,346	[0,601; 9,156]	0,21960
3-4 vs. 6	1,620	[0,497; 5,280]	0,42376
4 vs. 5-6	0,898	[0,194; 4,157]	0,89088
4 vs. 5	1,462	[0,244; 8,763]	0,67744
4 vs. 6	0,891	[0,160; 4,971]	0,89500
5 vs. 6	2,120	[0,434; 10,354]	0,35314

Naturgemäß ist die Rate an Rehospitalisierungen nach 90 Tagen größer als die nach 30 Tagen (jede Rehospitalisierung innerhalb von 30 Tagen ist auch eine innerhalb von 90 Tagen). Deshalb fallen die Raten hier noch geringer aus (vgl. Tabelle 9) und es zeigen sich über alle Analysen hinweg so breite Konfidenzintervalle, dass keine Unterschiede zwischen den VESPEERA- und Kontrollgruppen festgestellt werden können (siehe Tabelle 22).

Hospitalisierungen wegen ambulant sensitiver Diagnosen

Tabelle 23: Ergebnisse für die Hospitalisierungen wegen ambulant sensitiver Diagnosen

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,244	[0,055; 1,080]	0,06314
1-4 vs. 5	0,699	[0,207; 2,356]	0,56296
1-4 vs. 6	0,467	[0,156; 1,399]	0,17406
1-2 vs. 5-6	1,186	[0,175; 8,015]	0,86112
1-2 vs. 5	0,789	[0,123; 5,077]	0,80309
1-2 vs. 6	0,901	[0,153; 5,321]	0,90882
3-4 vs. 5-6	0,604	[0,168; 2,167]	0,43913
3-4 vs. 5	0,401	[0,125; 1,286]	0,12418
3-4 vs. 6	0,221	[0,045; 1,090]	0,06373
1 vs. 5-6	1,524	[0,106; 21,859]	0,75645
1 vs. 5	1,052	[0,077; 14,464]	0,96963
1 vs. 6	1,224	[0,095; 15,741]	0,87663
2 vs. 5-6	0,771	[0,055; 10,733]	0,84635
2 vs. 5	0,492	[0,036; 6,784]	0,59588
2 vs. 6	0,575	[0,045; 7,389]	0,67101
3 vs. 5-6	1,171	[0,149; 9,204]	0,88061
3 vs. 5	0,813	[0,111; 5,981]	0,83904
3 vs. 6	0,941	[0,138; 6,407]	0,95019
4 vs. 5-6	0,289	[0,035; 2,408]	0,25132
4 vs. 5	0,335	[0,096; 1,173]	0,08720
4 vs. 6	0,405	[0,131; 1,251]	0,11623
5 vs. 6	0,682	[0,191; 2,433]	0,55510

Tabelle 23 zeigt die Ergebnisse der Hospitalisierungen wegen ambulant sensitiver Diagnosen. Werden alle VESPEERA-Arme gemeinsam mit den Kontrollen verglichen, ergeben sich Odds Ratios zwischen 0,244 und 0,699. Dies weist darauf hin, dass VESPEERA-Patienten ein geringeres Risiko haben, mit einer ambulant sensitiven Diagnose hospitalisiert zu werden, als die Patienten in den Kontrollarmen. Eine geringe Anzahl an Krankenhausaufnahmen aufgrund ambulant sensitiver Diagnosen sind ein Indikator für eine gute Primärversorgung. VESPEERA scheint dazu beizutragen, die Primärversorgung additiv zur HZV weiter zu stärken.

Diese Ergebnisse werden in den Analysen der einzelnen Arme größtenteils bestätigt. Allerdings können für die Einzelanalysen der Arme 1 und 2 breite Konfidenzintervalle beobachtet werden. Dies liegt an den geringen Raten an Hospitalisierungen wegen ambulant sensitiver Diagnosen (vgl. Tabelle 9) in diesen Armen.

Verspätete Verschreibung von Arzneimitteln

Tabelle 24: Ergebnisse für die verspätete Verschreibung von Arzneimitteln

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,481	[0,260; 0,891]	0,02001
1-4 vs. 5	0,492	[0,241; 1,004]	0,05123
1-4 vs. 6	0,530	[0,263; 1,068]	0,07571
3-4 vs. 5-6	0,464	[0,226; 0,953]	0,03644
3-4 vs. 5	0,505	[0,249; 1,025]	0,05857
3-4 vs. 6	0,457	[0,244; 0,854]	0,01408
3 vs. 5-6	0,474	[0,169; 1,330]	0,15614
3 vs. 5	0,521	[0,190; 1,433]	0,20675
3 vs. 6	0,511	[0,201; 1,299]	0,15837
4 vs. 5-6	0,470	[0,216; 1,023]	0,05717
4 vs. 5	0,499	[0,233; 1,067]	0,07320
4 vs. 6	0,459	[0,229; 0,917]	0,02754
5 vs. 6	1,035	[0,482; 2,223]	0,93016

Die Ergebnisse hinsichtlich des sekundären Endpunkts „verspätete Verschreibung von Arzneimitteln“ (mehr als 7 Tage nach Entlassung) sind in Tabelle 24 berichtet. Es ist ein verringertes Risiko für eine verspätete Arzneimittelverschreibung in den VESPEERA-Armen zu beobachten. Im Vergleich aller VESPEERA-Arme gegen die Kontrollgruppen werden Odds Ratios zwischen 0,481 und 0,530 beobachtet. Auch die p-Werte sind in dieser Analyse sehr klein (0,020001 bis 0,07571 zu den gegebenen Odds Ratios). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch für die Vergleiche der Gruppen 3 und 4 gegen die Kontrollgruppen. Die aktuelle Medikation des Patienten wurde sowohl in den Interventionskomponenten vor Einweisung (dem Einweisungsbrief wird immer ein Überblick über die aktuelle Medikation mitgegeben), als auch nach Entlassung in der Hausarztpraxis (strukturierte Sichtung der Entlassmedikation) berücksichtigt. Es ist anzunehmen, dass sich diese positiv auf das Verordnungsgeschehen von Arzneimitteln auswirken.

Verspätete Verschreibung von Hilfsmitteln

Tabelle 25: Ergebnisse für die verspätete Verschreibung von Hilfsmitteln

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,846	[0,365; 1,963]	0,69754
1-4 vs. 5	0,851	[0,291; 2,488]	0,76801
1-4 vs. 6	0,843	[0,304; 2,337]	0,74311
3-4 vs. 5-6	0,824	[0,280; 2,429]	0,72588
3-4 vs. 5	0,822	[0,295; 2,291]	0,70765
3-4 vs. 6	0,825	[0,353; 1,926]	0,65642
3 vs. 5-6	0,439	[0,092; 2,092]	0,30147
3 vs. 5	0,463	[0,105; 2,036]	0,30811
3 vs. 6	0,464	[0,119; 1,819]	0,27095
4 vs. 5-6	1,059	[0,327; 3,431]	0,92369
4 vs. 5	1,027	[0,342; 3,089]	0,96176
4 vs. 6	1,030	[0,402; 2,637]	0,95143
5 vs. 6	0,993	[0,328; 3,011]	0,99026

Auch für die „verspäteten Verschreibungen von Hilfsmitteln“ (mehr als 7 Tage nach Entlassung) schneiden die kombinierten VESPEERA-Arme etwas besser ab als die Kontrollarme (siehe Tabelle 25). Die Odds Ratios sind etwas kleiner als 1 (0,843 bis 0,851). Allerdings liegen die zugehörigen p-Werte zwischen 0,69 und 0,77, sodass von keinen deutlichen Tendenzen gesprochen werden kann. Der Interventionsarm 4 schneidet sogar marginal schlechter ab als die Kontrollen (p-Wert allerdings in allen Vergleichen größer als 0,9). Insgesamt scheint es bezüglich dieses Endpunktes keine großen Unterschiede zwischen den Interventions- und den Kontrollarmen zu geben.

Verspätete Verschreibung von Heilmitteln

Tabelle 26: Ergebnisse für die verspätete Verschreibung von Heilmitteln

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	1,502	[0,495; 4,558]	0,47240
1-4 vs. 5	1,472	[0,364; 5,961]	0,58761
1-4 vs. 6	1,535	[0,404; 5,830]	0,52874
3-4 vs. 5-6	1,364	[0,352; 5,279]	0,65319
3-4 vs. 5	1,433	[0,374; 5,483]	0,59937
3-4 vs. 6	1,402	[0,458; 4,293]	0,55418
3 vs. 5-6	0,621	[0,052; 7,465]	0,70757
3 vs. 5	0,657	[0,055; 7,883]	0,74049
3 vs. 6	0,643	[0,060; 6,889]	0,71507
4 vs. 5-6	1,625	[0,398; 6,644]	0,49899
4 vs. 5	1,678	[0,418; 6,741]	0,46579
4 vs. 6	1,642	[0,506; 5,327]	0,40929
5 vs. 6	1,013	[0,215; 4,780]	0,98725

In Tabelle 26 sind die Ergebnisse des sekundären Endpunktes „verspätete Verschreibung von Heilmitteln“ (mehr als 7 Tage nach Entlassung) dargestellt. Insgesamt schneiden die VESPEERA-Arme hier leicht schlechter ab als die Kontrollarme. So liegt das Odds Ratios der Vergleiche aller kombinierten VESPEERA-Arme gegen die Kontrollarme zwischen 1,472 und 1,535. Die breiten Konfidenzintervalle lassen allerdings keine endgültigen Aussagen zu. Das lässt insgesamt schlussfolgern, dass zumindest keine große Unterlegenheit von VESPEERA gegenüber den Kontrollen in diesem Endpunkt vorliegt und es sich möglicherweise um zufällige Unterschiede handelt.

Rettungseinsätze oder Notfallbehandlungen

Tabelle 27: Ergebnisse zu "Rettungseinsätzen oder Notfallbehandlungen"

Vergleich	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Wert
1-4 vs. 5-6	0,742	[0,434; 1,269]	0,27563
1-4 vs. 5	0,815	[0,428; 1,553]	0,53356
1-4 vs. 6	0,696	[0,328; 1,478]	0,34541
3-4 vs. 5-6	0,871	[0,411; 1,847]	0,71953
3-4 vs. 5	0,807	[0,375; 1,737]	0,58386
3-4 vs. 6	0,846	[0,448; 1,598]	0,60618
3 vs. 5-6	1,086	[0,409; 2,884]	0,86892
3 vs. 5	1,130	[0,353; 3,617]	0,83683
3 vs. 6	1,037	[0,414; 2,597]	0,93740
4 vs. 5-6	0,784	[0,348; 1,768]	0,55819
4 vs. 5	0,714	[0,310; 1,648]	0,43017
4 vs. 6	0,759	[0,375; 1,538]	0,44490
5 vs. 6	0,891	[0,444; 1,786]	0,74432

Die Ergebnisse des sekundären Endpunktes „Rettungseinsätze oder Notfallbehandlungen“ finden sich in Tabelle 27. Odds Ratios zwischen 0,696 und 0,815 beim Vergleich der kombinierten VESPEERA-Arme mit den Kontrollarmen lassen auf ein etwas verringertes Risiko der VESPEERA-Patienten für einen Rettungseinsatz oder eine Notfallbehandlung im Vergleich zu den Kontrollpatienten schließen. Da die zugehörigen p-Werte allerdings zwischen 0,27 und 0,54 liegen, sind diese Effekte nicht deutlich. Der Studienarm 3 schneidet sogar marginal schlechter ab als die Kontrollgruppen (Odds Ratio zwischen 1,037 und 1,130). Insgesamt lassen sich in diesem Endpunkt keine großen Unterschiede zwischen Intervention und Kontrolle, mit leichter Tendenz für die Intervention, beobachten.

Direkte Versorgungskosten pro Patient

Tabelle 28: Ergebnisse zu den direkten Versorgungskosten (in Euro)

Vergleich	Kosten geringer in Gruppe	p-Wert
1 vs. 5	1	0,0001
1 vs. 6	1	<0,0001
1 vs. 5-6	1	<0,0001
2 vs. 5	2	0,0002
2 vs. 6	2	0,0005
2 vs. 5-6	2	0,0002
3 vs. 5	3	0,5357
3 vs. 6	3	0,6955
3 vs. 5-6	3	0,5928
4 vs. 5	5	0,0105
4 vs. 6	6	0,0073
4 vs. 5-6	5-6	0,003
1-2 vs. 5	1-2	<0,0001
1-2 vs. 6	1-2	<0,0001
1-2 vs. 5-6	1-2	<0,0001
3-4 vs. 5	5	0,683
3-4 vs. 6	6	0,4917
3-4 vs. 5-6	5-6	0,519
1-4 vs. 5	5	0,5425
1-4 vs. 6	6	0,8128
1-4 vs. 5-6	5-6	0,6229
5 vs. 6	6	0,7546

Bei den direkten Versorgungskosten pro Patient (siehe Tabelle 28) zeigen sich nicht nur Unterschiede zwischen den VESPEERA- und den Kontrollarmen, sondern auch zwischen den einzelnen VESPEERA-Armen. So lagen die durchschnittlichen Versorgungskosten in den Studienarmen 1 (geplante Einweisungen in teilnehmendes Krankenhaus) und 2 (geplante Einweisungen in nicht-teilnehmendes Krankenhaus) deutlich niedriger als in den Studienarmen 3 (ungeplante Einweisungen in teilnehmendes Krankenhaus) und 4 (ungeplante Einweisungen in nicht-teilnehmendes Krankenhaus). Diese Diskrepanz ist möglicherweise damit zu erklären, dass es sich bei den geplanten Einweisungen weniger um akute Notfälle (aus der Praxis heraus) als bei den ungeplanten Einweisungen handelt. Grundsätzlich sind auch in der Regelversorgung Notfälle mit höheren Kosten verbunden als elektive Aufnahmen. Da die Kontrollarme durchschnittliche Versorgungskosten von im Bereich der Kosten der ungeplanten Einweisungen zeigen, lassen sich deutliche Unterschiede zwischen geplanten Einweisungen (Arme 1 und 2) und Kontrollen feststellen. Zwischen ungeplanten Einweisungen (Arme 3 und 4) und Kontrollen gibt es keine solch deutlichen Unterschiede, wobei Studienarm 4 sogar höhere durchschnittliche Versorgungskosten

als die Kontrollgruppen aufweist. Aus Datenschutzgründen werden die konkreten Werte der Kosten hier nicht öffentlich gemacht.

4.1.6 Patientenbefragung

An der Patientenbefragung nahmen zum Zeitpunkt T0 insgesamt n=359 Personen teil, davon konnten n=111 der Interventionsgruppe zugeordnet werden. Zum Zeitpunkt T1 nahmen n=117 Personen teil, davon n=26 aus der Interventionsgruppe. Die Rücklaufquote konnte nicht berechnet werden, da nicht bekannt ist, wie viele Fragebögen die Hausarztpraxen insgesamt an Patienten ausgegeben haben. Die Geschlechterverteilung war zu beiden Zeitpunkten und in beiden Gruppen jeweils recht ausgeglichen, zum Zeitpunkt T1 fiel in der Interventionsgruppe der Anteil an weiblichen Personen mit 61,5% höher aus als in der Kontrollgruppe. Die Patienten waren im Durchschnitt zwischen 56 und 69 Jahren alt. Zum Zeitpunkt T0 waren die Patienten der Interventionsgruppe nur geringfügig älter als die der Kontrollgruppe, zu T1 waren die Patienten der Interventionsgruppe im Durchschnitt 13 Jahre älter als die der Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe gab zu beiden Zeitpunkten mehr Krankenhausaufenthalte für die vorangegangenen 12 Monate an als die Interventionsgruppe (ca. 3,8 vs. ca. 1,6). In beiden Gruppen war die Dauer des Krankenhausaufenthaltes zu T0 länger als die zu T1 (ca. 10 vs. ca. 7). Zu beiden Zeitpunkten und in beiden Gruppen war das Verhältnis zwischen Patienten mit notfallmäßiger und geplanter Krankenhausaufnahme ausgeglichen. Tabelle 29 bietet einen Überblick über die soziodemographischen Charakteristika der Studienpopulation der Patientenbefragung.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels des EQ-5D umfasst die fünf Bereiche: Beweglichkeit/Mobilität, für sich selbst sorgen, alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden, sowie Angst/Niedergeschlagenheit (siehe Tabelle 30).

Beweglichkeit/Mobilität: Bezüglich der Mobilität zeigten sich die Antworten der Probanden über beide Erhebungszeitpunkte und beide Probandengruppen ausgeglichen. So gaben zwar zum Zeitpunkt T0 im Vergleich zur Kontrollgruppe (51%) mehr Teilnehmer der Interventionsgruppe (60,4%) an, keine Probleme dabei zu haben, herumzugehen, jedoch gaben 5,4% an, an ihr Bett gebunden zu sein, im Gegensatz zu 0,8% der Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt T1 gaben 69% der Kontrollgruppe an, keine Probleme beim Herumgehen zu haben, im Vergleich zu 50% der Interventionsgruppe. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe zeigten mit 50% der Interventionsgruppe deutlich mehr als in der Kontrollgruppe (28,7%) Probleme beim Umhergehen an. An das Bett gebunden sein, wählte kein Proband der Interventionsgruppe, in der Kontrollgruppe gaben dies 2,3% an.

Für sich selbst sorgen: Zum Zeitpunkt T0 gab die Mehrheit aller Probanden (73%) an, keine Probleme dabei zu haben, für sich selbst zu sorgen. Zum Zeitpunkt T1 gaben dies mit 86,5% mehr Probanden der Kontrollgruppe an, im Vergleich zur Interventionsgruppe, in der 57,7% zustimmten, keine Probleme damit zu haben, für sich selbst zu sorgen. Zum Zeitpunkt T0 gaben 23,8% der Kontrollgruppe und 18,8% der Interventionsgruppe an, einige Probleme damit zu haben, sich zu waschen oder sich anzuziehen. Zum Zeitpunkt T1 lag der Anteil der Probanden der Interventionsgruppe (38,5%) deutlich über dem der Kontrollgruppe (9%). Nur ein geringer Anteil der Probanden gab an, nicht in der Lage zu sein, sich selbst zu waschen oder anzuziehen. Dies betrifft zum Zeitpunkt T0 2,8% der Kontrollgruppe und 8% der Interventionsgruppe, sowie zum Zeitpunkt T1 4,5% der Kontrollgruppe und 3,8% der Interventionsgruppe.

Alltägliche Tätigkeiten: Bezogen auf die Ausübung alltäglicher Tätigkeiten gaben zum Zeitpunkt T0 Probanden der Interventionsgruppe zu einem höheren Anteil (60%) an, keine Probleme damit zu haben, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen, im Vergleich zur Kontrollgruppe (49,2%). Dementsprechend zeigte sich der Anteil der Kontrollpatienten, die einige Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen, angaben (41,8%) im Vergleich zur Interventionsgruppe (28,2%). Zum Zeitpunkt T1 zeigte sich diese Verteilung genau entgegengesetzt, sodass mehr Probanden der Kontrollgruppe angaben, keine Probleme bei der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten zu haben. Der Anteil der Probanden, die angaben, nicht in der Lage zu sein, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen, zeigte sich bei beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten am niedrigsten.

Schmerzen/körperliche Beschwerden: Zum Zeitpunkt T0 gaben 23,9% der Kontrollpatienten an, keine Schmerzen oder Beschwerden zu haben. In der Interventionsgruppe lag der Anteil der Probanden mit 43,1% deutlich darüber. Folglich gaben mehr Probanden der Kontrollgruppe (63,2%) an, mäßige Schmerzen oder Beschwerden zu haben, im Vergleich zur Interventionsgruppe, in der der Anteil bei 46,8% lag. Extreme Schmerzen oder Beschwerden gaben zum Zeitpunkt T0 13% der Kontrollgruppe und 10,1% der Interventionsgruppe, sowie zum Zeitpunkt T1 5,7% der Kontrollgruppe und deutlich darüber liegende 19,2% der Interventionsgruppe an.

Angst/Niedergeschlagenheit: Der Anteil der Probanden, die angaben, nicht ängstlich oder deprimiert zu sein, lag zum Zeitpunkt T0 bei der Interventionsgruppe (79,4%) höher als bei der Kontrollgruppe. Folglich gaben mehr Probanden der Kontrollgruppe (34,3%) an, mäßig ängstlich oder deprimiert zu sein im Vergleich zu 17,8% der Interventionsgruppe. Zum Zeitpunkt T1 zeigte sich diese Verteilung entgegengesetzt. Der Anteil der Probanden, der angab, extrem ängstlich oder deprimiert zu sein, war in beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten am niedrigsten.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen am EQ 5D-Index, betrug zwischen 0,7 und 0,84. Das Minimum war am niedrigsten in der Kontrollgruppe, in der zu beiden Erhebungszeitpunkten Werte von <0 gemessen wurde. In beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten lag das Maximum bei 1 (siehe Tabelle 31). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen an der visuellen Analogskala, lag zwischen ca. 57 (Interventionsgruppe, T1) und ca. 70 (Kontrollgruppe, T1). Der niedrigste Wert von 1 wurde in der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt T1 gemessen, der höchste Wert von 100, ebenfalls in der Kontrollgruppe zu den Zeitpunkten T0 und T1 (siehe Tabelle 32).

Die Regressionsanalyse ergab zudem, dass die Patienten der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt T1 eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität hatten als zum Zeitpunkt T0 und als die Patienten der Interventionsgruppe. Diese hatten zu T0 eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität als zu T1 und als die Kontrollgruppe. Dies wird besonders deutlich gemessen am EQ-5D Index, der aus den Antwortmöglichkeiten der fünf Items des EQ-5D erstellt wird, weniger jedoch gemessen an der Angabe auf der visuellen Analogskala durch die Patienten (siehe Tabelle 33).

Patientenzufriedenheit mit der sektorenübergreifenden Versorgung (PEACS)

Die individuelle Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt wurde von der Mehrzahl aller Probanden zufriedenstellend eingeschätzt, was sich in einer ähnlichen Verteilung in der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe ohne relevanten Unterschied zeigt. So gaben nur vereinzelte Probanden an, nicht aufgeklärt worden zu sein, obwohl sie dies wünschten beziehungsweise sich nicht gut vorbereitet gefühlt zu haben. Bezüglich der Maßnahmen im Rahmen der Behandlung im Krankenhaus stimmten jeweils deutlich mehr Probanden der Interventionsgruppe zu, dass der eigene Beitrag zur Genesung nach Entlassung sowie der Ablauf der Entlassung mit ihnen besprochen wurde und sie sich beim Übergang in die häusliche Situation vom Krankenhaus unterstützt fühlten. Auffällig zeigte sich ebenfalls, dass Probanden der Interventionsgruppe mit mehr als 30% häufiger zustimmten, es sei ihnen angeboten worden, ihre Angehörigen mit in Gespräche der Weiterversorgung einzubeziehen. Auch zum Entlassgespräch selbst zeigte sich in der Interventionsgruppe eine höhere Zustimmung dazu, es seien alle wichtigen Fragen geklärt worden, welche Maßnahmen nach Entlassung folgen würden und welche körperlichen Anzeichen eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes bedeuten können. Bezüglich des Vorliegens konkreter Kontaktdaten, an die sich die Patienten nach Entlassung wenden können, falls Komplikationen auftauchen, stimmten zwar die Mehrheit der Patienten (>61,9%) zu, hier zeigte sich jedoch kein relevanter Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionspatienten. Auch die Zusammenarbeit und der Austausch innerhalb eines

Krankenhauses wurde von beiden Gruppen mehrheitlich als gut beziehungsweise sehr gut eingeschätzt.

Im Rahmen der Medikamentenbehandlung stimmten Probanden der Interventionsgruppe zu beiden Zeitpunkten jeweils zu einem deutlich höheren Anteil zu, über die Medikamenteneinnahme, beispielsweise bezüglich deren Wirkung, aufgeklärt worden zu sein und nach Entlassung aus dem Krankenhaus mit Schmerzmedikamenten versorgt worden zu sein.

Zwar zeigt sich in der Einschätzung der Verbesserung des Gesundheitszustandes nach dem Krankenhausaufenthalt kein Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionspatienten, jedoch gaben zum Zeitpunkt T0 Patienten der Interventionsgruppe mit 3,8% seltener an, es seien Komplikationen infolge der Krankenhausbehandlung aufgetreten, als Probanden der Kontrollgruppe (10,7%). Die Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Krankenhausbehandlung war zum Zeitpunkt T0 in beiden Gruppen gleich hoch. Zum Zeitpunkt T1 lag die Anzahl der Probanden, die angaben, mit dem Ergebnis der Krankenhausbehandlung voll und ganz zufrieden zu sein, in der Interventionsgruppe mit 68% höher als bei Probanden der Kontrollgruppe (51,8%). Auch der Aussage, „aus heutiger Sicht war die Entscheidung zur Durchführung der Krankenhausbehandlung richtig“ stimmten Patienten der Interventionsgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten etwas häufiger zu, als Probanden der Kontrollgruppe (siehe Tabelle 34 bis Tabelle 46).

Tabelle 29: Soziodemographische Charakteristika Patientenbefragung

	Messzeitpunkt	Ausprägungen		Mittelwert (SD)		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG
Geschlecht	T0	Männlich: 125 (50,4%) Weiblich: 123 (49,6%)	Männlich: 57 (51,4%) Weiblich: 54 (48,6%)			248	111
	T1	Männlich: 49 (53,8%) Weiblich: 42 (46,2%)	Männlich: 10 (38,5%) Weiblich: 16 (61,5%)			91	26
Alter	T0	Min: 18 Max: 91	Min: 26 Max: 90	64,92 (16,45)	68,45 (16,31)	247	111
	T1	Min: 14 Max: 86	Min: 27 Max: 91	56,11 (18,89)	69,38 (17,01)	91	26
Muttersprache	T0	Deutsch: 223 (92,1%) Andere: 19 (7,9%)	Deutsch: 92 (86,8%) Andere: 14 (13,2%)			242	106
	T1	Deutsch: 79 (86,8%) Andere: 12 (13,2%)	Deutsch: 21 (80,8%) Andere: 5 (19,2%)			91	26
derzeitige Erwerbssituation	T0	Schule/Studium: 4 (1,6%) Hausfrau/-mann: 6 (2,4%) Berufsausbildung: 4 (1,6%) Arbeitslos: 11 (4,4%) Erwerbstätig Vollzeit: 62 (25%) Rentner*in: 146 (58,9%) Erwerbstätig Teilzeit: 15 (6%)	Schule/Studium: 0 Hausfrau/-mann: 5 (4,6%) Berufsausbildung: 1 (0,9%) Arbeitslos: 4 (3,7%) Erwerbstätig Vollzeit: 15 (13,9%) Rentner*in: 77 (71,3%) Erwerbstätig Teilzeit: 6 (5,6%)			248	108
	T1	Schule/Studium: 2 (2,4%) Hausfrau/-mann: 2 (2,4%) Berufsausbildung: 2 (2,4%) Arbeitslos: 6 (7,2%) Erwerbstätig Vollzeit: 27 (32,5%) Rentner*in: 37 (44,6%) Erwerbstätig Teilzeit: 7 (8,4%)	Schule/Studium: 0 Hausfrau/-mann: 1 (3,8%) Berufsausbildung: 2 (7,7%) Arbeitslos: 0 Erwerbstätig Vollzeit: 1 (3,8%) Rentner*in: 16 (61,5%) Erwerbstätig Teilzeit: 5 (19,2%) keine Angaben: 1 (3,8%)			83	26
derzeitige Lebenssituation	T0	Alleinlebend: 65 (28%) Mit x Personen: 32 (13,8%) Mit dem*der Partner*in: 130 (56%) Sonstiges: 5 (2,2%)	Alleinlebend: 32 (33%) Mit x Personen: 10 (10,3%) Mit dem*der Partner*in: 54 (55,7%) Sonstiges: 1 (1%)			232	97
	T1	Alleinlebend: 16 (18,8%) Mit x Personen: 18 (21,2%) Mit dem*der Partner*in: 48 (56,5%) Sonstiges: 3 (3,5%)	Alleinlebend: 7 (28%) Mit x Personen: 1 (4%) Mit dem*der Partner*in: 14 (56%) Sonstiges: 2 (8%) keine Angaben: 1 (3,8%)			85	26

Fortsetzung Tabelle 29: Soziodemographische Charakteristika Patientenbefragung

	Messzeitpunkt	Ausprägungen		Mittelwert (SD)		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG
Höchster Schulabschluss	T0	Noch kein Abschluss: 2 (0,9%) Ohne Abschluss: 10 (4,3%) Hauptschulabschluss: 132 (57,1%) Realschulabschluss: 51 (22,1%) Fachhochschulreife: 21 (9,1%) Abitur: 15 (6,5%)	Noch kein Abschluss: 1 (1,2%) Ohne Abschluss: 1 (1,2%) Hauptschulabschluss: 42 (50,6%) Realschulabschluss: 33 (39,8%) Fachhochschulreife: 5 (6%) Abitur: 1 (1,2%)			231	83
	T1	Noch kein Abschluss: 1 (1,2%) Ohne Abschluss: 3 (3,7%) Hauptschulabschluss: 36 (44,4%) Realschulabschluss: 23 (28,4%) Fachhochschulreife: 6 (7,4%) Abitur: 12 (14,8%)	Noch kein Abschluss: 0 Ohne Abschluss: 5 (22,7%) Hauptschulabschluss: 10 (45,5%) Realschulabschluss: 6 (27,3%) Fachhochschulreife: 1 (4,5%) Abitur: 0			81	22
Chronische Erkrankung	T0	Ja: 150 (63,3%) Nein: 87 (36,7%)	Ja: 75 (70,8%) Nein: 31 (29,2%)			237	106
	T1	Ja: 43 (51,8%) Nein: 40 (48,2%)	Ja: 17 (65,4%) Nein: 9 (34,6%)			83	26
Anzahl Stationärer Behandlungen der letzten 12 Monate	T0	Min: 0 Max: 31	Min: 0 Max: 10	2,32 (3,83)	1,66 (1,66)	220	97
	T1	Min: 0 Max: 34	Min: 0 Max: 5	1,75 (3,87)	1,58 (1,5)	79	24
Dauer der Krankenhausbehandlung (in Tagen)	T0	Min: 0 Max: 121	Min: 0 Max: 195	10,28 (14,9)	10,66 (19,85)	240	106
	T1	Min: 1 Max: 22	Min: 2 Max: 17	6,84 (4,74)	6,67 (4,24)	82	24
Geplante Aufnahme (vs. Notfall)	T0	106 (43,4%)	54 (50,5%)			244	107
	T1	37 (44,0%)	12 (48,0%)			84	25

Tabelle 30: Deskriptive Ergebnisse EQ-5D

	Messzeitpunkt	Ich habe keine Probleme herumzugehen		Ich habe einige Probleme herumzugehen		Ich bin ans Bett gebunden		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Beweglichkeit/Mobilität	T0	127 (51%)	67 (60,4%)	120 (48,2%)	38 (34,2%)	2 (0,8%)	6 (5,4%)	249	111
	T1	60 (69%)	13 (50%)	25 (28,7%)	13 (50%)	2 (2,3%)	0	87	26
Für sich selbst sorgen	T0	Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen		Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen		Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen		gültige n	
	T1	182 (73,4%)	82 (73,2%)	59 (23,8%)	21 (18,8%)	7 (2,8%)	9 (8%)	248	112
Alltägliche Tätigkeiten	T0	77 (86,5%)	15 (57,7%)	8 (9%)	10 (38,5%)	4 (4,5%)	1 (3,8%)	89	26
	T1	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen		Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen		Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen		gültige n	
Schmerzen/ körperliche Beschwerden	T0	120 (49,2%)	66 (60%)	102 (41,8%)	31 (28,2%)	22 (9%)	13 (11,8%)	244	110
	T1	60 (67,4%)	13 (50%)	24 (27%)	11 (42,3%)	5 (5,6%)	2 (7,7%)	89	26
Angst/ Niedergeschlagenheit	T0	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden		Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden		Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden		gültige n	
	T1	59 (23,9%)	47 (43,1%)	156 (63,2%)	51 (46,8%)	32 (13%)	11 (10,1%)	247	109
	T0	44 (50,6%)	6 (23,1%)	38 (43,7%)	15 (57,7%)	5 (5,7%)	5 (19,2%)	87	26
	T1	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert		Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert		Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert		gültige n	
	T0	145 (59,2%)	85 (79,4%)	84 (34,3%)	19 (17,8%)	16 (6,5%)	3 (2,8%)	245	107
	T1	67 (77%)	14 (53,8%)	18 (20,7%)	11 (42,3%)	2 (2,3%)	1 (3,8%)	87	26

Tabelle 31: Deskription EQ-5D Index

Gruppe	Zeitpunkt	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Kontrolle	T0	238	0.736	0.264	-0.055	1
Intervention	T0	106	0.782	0.294	0.023	1
Kontrolle	T1	81	0.844	0.245	-0.142	1
Intervention	T1	26	0.707	0.291	0.11	1

Tabelle 32: Deskription EQ-5D VAS

Gruppe	Zeitpunkt	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Kontrolle	T0	225	60.676	21.244	5	100
Intervention	T0	106	59.557	18.859	10	98
Kontrolle	T1	81	70.185	22.552	1	100
Intervention	T1	23	57.87	21.739	30	90

Tabelle 33: EQ-5D im Gruppenvergleich

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
EQ-5D VAS	-10.657	[-21.954; 0.639]	0.0652473
EQ-5D Index	-1.084	[-1.618; -0.551]	0.0000679

Tabelle 34: PEACS: Haus- und fachärztliche Behandlung vor Krankenhausaufenthalt

	Messzeitpunkt	Ja, ausführlich/voll und ganz		Ja, teilweise		Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte		Nein, ich wollte/brauchte nicht über diese Möglichkeit sprechen		nicht beantwortet		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Wurde mit Ihnen besprochen, ob es auch die Möglichkeit gibt, die Krankenhausbehandlung nicht durchzuführen und was das für Sie bedeuten würde?	T0	98 (70,5%)	53 (75,7%)	26 (18,7%)	8 (11,4%)	15 (10,8%)	9 (12,9%)	0	0	0	0	139	70
	T1	37 (75,5%)	11 (73,3%)	8 (16,3%)	2 (13,3%)	4 (8,2%)	0	0	0	0	2 (13,3%)	49	15
Wurden Sie an der Entscheidung, die Krankenhausbehandlung durchzuführen, beteiligt?	T0	135 (77,6%)	70 (85,4%)	28 (16,1%)	6 (7,3%)	11 (6,3%)	6 (7,3%)	0	0	0	0	174	82
	T1	43 (76,8%)	13 (65,0%)	12 (21,4%)	5 (25,0%)	1 (1,8%)	0	0	0	0	2 (10,0%)	56	20

Tabelle 35: PEACS: Gesamtbewertung der Behandlung vor Krankenhausaufnahme

	Messzeitpunkt	trifft voll und ganz zu		trifft eher zu		teils/ teils		trifft eher nicht zu		trifft ganz und gar nicht zu		nicht beantwortet		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Meine Behandlung im Vorfeld der Krankenhausbehandlung war sehr gut.	T0	105 (61,4%)	49 (58,3%)	33 (19,3%)	23 (27,4%)	19 (11,1%)	7 (8,3%)	10 (5,8%)	3 (3,6%)	4 (2,3%)	2 (2,4%)	0	0	171	84
	T1	32 (53,3%)	14 (63,6%)	14 (23,3%)	5 (22,7%)	10 (16,7%)	1 (4,5%)	3 (5,0%)	0	1 (1,7%)	0	0	2 (9,1%)	60	22
Ich fühlte mich sehr gut darauf vorbereitet was im behandelnden Krankenhaus auf mich zukommt.	T0	103 (60,6%)	39 (50,6%)	28 (16,5%)	24 (31,2%)	19 (11,2%)	5 (6,5%)	11 (6,5%)	4 (5,2%)	9 (5,3%)	5 (6,5%)	0	0	170	77
	T1	32 (54,2%)	13 (61,9%)	12 (20,3%)	4 (19,0%)	9 (15,3%)	2 (9,5%)	4 (6,8%)	0	2 (3,4%)	0	0	2 (9,5%)	59	21

Tabelle 36: PEACS: Entlassung aus dem Krankenhaus I

	Messzeitpunkt	Ja, ausführlich/voll und ganz		Ja, teilweise		Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte		Nein, ich wollte/brauchte nicht über diese Möglichkeit sprechen		nicht beantwortet		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welches Verhalten nach der Entlassung erlaubt ist und welches nicht?	T0	104 (45,6%)	67 (66,3%)	81 (35,5%)	21 (20,8%)	43 (18,9%)	13 (12,9%)	0	0	0	0	228	101
	T1	48 (56,5%)	14 (58,3%)	20 (23,5%)	8 (33,3%)	17 (20,0%)	2 (8,3%)	0	0	0	0	85	24
Wurde mit Ihnen besprochen, was Sie nach der Entlassung selbst zu Ihrer Gesundheit beitragen können?	T0	91 (40,8%)	59 (60,2%)	83 (37,2%)	26 (26,5%)	49 (22,0%)	13 (13,3%)	0	0	0	0	223	98
	T1	36 (43,4%)	12 (50,0%)	36 (43,4%)	10 (41,7%)	11 (13,3%)	2 (8,3%)	0	0	0	0	83	24
Haben die Ärzte offen und ehrlich mit Ihnen über den zu erwartenden Verlauf Ihrer Erkrankung nach der Krankenhausbehandlung gesprochen?	T0	115 (51,8%)	72 (69,2%)	67 (30,2%)	21 (20,2%)	40 (18,0%)	11 (10,6%)	0	0	0	0	222	104
	T1	44 (53,7%)	15 (62,5%)	21 (25,6%)	5 (20,8%)	17 (20,7%)	4 (16,7%)	0	0	0	0	82	24
Wurden Sie beim Übergang in die häusliche Situation vom Krankenhaus unterstützt?	T0	62 (44,0%)	35 (58,3%)	49 (34,8%)	11 (18,3%)	30 (21,3%)	14 (23,3%)	0	0	0	0	141	60
	T1	29 (48,3%)	11 (55,0%)	17 (28,3%)	6 (30,0%)	14 (23,3%)	3 (15,0%)	0	0	0	0	60	20
Wurde Ihnen das Angebot gemacht, Ihre Angehörigen in Gespräche zu Ihrer Weiterversorgung einzubeziehen?	T0	65 (48,1%)	52 (70,3%)	36 (26,7%)	14 (18,9%)	34 (25,2%)	8 (10,8%)	0	0	0	0	135	74
	T1	12 (30,8%)	12 (63,2%)	14 (35,9%)	5 (26,3%)	13 (33,3%)	2 (10,5%)	0	0	0	0	39	19
Wurden Sie bei der Organisation einer Rehabilitationsmaßnahme durch das behandelnde Krankenhaus unterstützt?	T0	47 (49,0%)	18 (60,0%)	28 (29,2%)	3 (10,0%)	21 (21,9%)	9 (30,0%)	0	0	0	0	96	30
	T1	18 (54,5%)	5 (71,4%)	4 (12,1%)	1 (14,3%)	11 (33,3%)	1 (14,3%)	0	0	0	0	33	7

Tabelle 37: PEACS: Entlassung aus dem Krankenhaus II

	Messzeitpunkt	Ja, ausführlich/voll und ganz		Ja, teilweise		Nein		Es gab kein Entlassungsgespräch		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Wurden beim Entlassungsgespräch im Krankenhaus alle Fragen, die Ihnen wichtig waren, geklärt?	T0	103 (46,8%)	73 (70,9%)	66 (30,0%)	16 (15,5%)	35 (15,9%)	10 (9,7%)	16 (7,3%)	4 (3,9%)	220	103
	T1	39 (48,8%)	12 (50,0%)	20 (25,0%)	10 (41,7%)	15 (18,8%)	1 (4,2%)	6 (7,5%)	1 (4,2%)	80	24
Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, welche körperlichen Anzeichen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes bedeuten können?	T0	98 (41,5%)	72 (66,7%)	72 (30,5%)	18 (16,7%)	66 (28,0%)	18 (16,7%)			236	108
	T1	39 (44,8%)	15 (62,5%)	27 (31,0%)	4 (16,7%)	21 (24,1%)	5 (20,8%)			87	24
Waren Sie darüber informiert, welche weiteren Maßnahmen nach der Entlassung folgen?	T0	118 (55,1%)	64 (69,6%)	67 (31,3%)	19 (20,7%)	29 (13,6%)	9 (9,8%)			214	92
	T1	49 (62,0%)	18 (72,0%)	21 (26,6%)	3 (12,0%)	9 (11,4%)	4 (16,0%)			79	25

Tabelle 38: PEACS: Entlassung aus dem Krankenhaus III

	Messzeitpunkt	Ja, ich hatte konkrete Kontaktdaten		Ja, aber nicht ganz eindeutig		Nein		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Wussten Sie nach Ihrer Entlassung, an wen Sie sich wenden können, falls Komplikationen auftreten?	T0	146 (61,9%)	79 (72,5%)	55 (23,3%)	19 (17,4%)	35 (14,8%)	11 (10,1%)	236	109
	T1	61 (69,3%)	16 (64,0%)	16 (18,2%)	6 (24,0%)	11 (12,5%)	3 (12,0%)	88	25

Tabelle 39: PEACS: Entlassung aus dem Krankenhaus IV

	Messzeitpunkt	Ja, der Bogen wurde mir gegeben		Ja, der Bogen wurde dem Pflegedienst/ der Sozialstation zugestellt		Nein		nicht beantwortet		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
		Falls eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. eine Sozialstation notwendig war: Wurde diesem vom behandelnden Krankenhaus ein Pflegeüberleitungsbogen übermittelt?	T0	11 (20,0%)	7 (19,4%)	3 (5,5%)	6 (16,7%)	41 (74,5%)	23 (63,9%)	0	0
	T1	3 (16,7%)	3 (37,5%)	4 (22,2%)	0	11 (61,1%)	4 (50,0%)	0	1 (12,5%)	18	8

Tabelle 40: PEACS: Gesamtbewertung der Krankenhausbehandlung

	Messzeitpunkt	trifft voll und ganz zu		trifft eher zu		teils/ teils		trifft eher nicht zu		trifft ganz und gar nicht zu		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
		Ich hatte den Eindruck, dass die einzelnen Stellen und Abteilungen im Krankenhaus sehr gut zusammenarbeiten.	T0	100 (46,5%)	50 (49,5%)	57 (26,5%)	35 (34,7%)	38 (17,7%)	13 (12,9%)	13 (6,0%)	3 (3,0%)	7 (3,3%)	0
	T1	30 (39,5%)	13 (50,0%)	22 (28,9%)	5 (19,2%)	16 (21,1%)	4 (15,4%)	3 (3,9%)	2 (7,7%)	5 (6,6%)	1 (3,8%)	76	26
Ich hatte den Eindruck, dass der Informationsaustausch zwischen den Ärzten und den Pflegekräften sehr gut funktioniert.	T0	112 (51,4%)	50 (50,0%)	52 (23,9%)	36 (36,0%)	30 (13,8%)	10 (10,0%)	14 (6,4%)	3 (3,0%)	10 (4,6%)	1 (1,0%)	218	100
	T1	29 (37,2%)	14 (53,8%)	23 (29,5%)	4 (15,4%)	16 (20,5%)	6 (23,1%)	7 (9,0%)	2 (7,7%)	3 (3,8%)	0	78	26
Ich fühlte mich im Krankenhaus sehr gut aufgehoben.	T0	126 (55,8%)	53 (49,1%)	50 (22,1%)	38 (35,2%)	25 (11,1%)	11 (10,2%)	16 (7,1%)	3 (2,8%)	9 (4,0%)	3 (2,8%)	226	108
	T1	42 (50,6%)	16 (61,5%)	15 (18,1%)	4 (15,4%)	16 (19,3%)	5 (19,2%)	5 (6,0%)	1 (3,8%)	5 (6,0%)	0	83	26
Ich kann meinen Freunden und Angehörigen dieses Krankenhaus empfehlen.	T0	122 (56,2%)	50 (46,7%)	37 (17,1%)	43 (40,2%)	36 (16,6%)	9 (8,4%)	9 (4,1%)	3 (2,8%)	13 (6,0%)	2 (1,9%)	217	107
	T1	35 (42,2%)	13 (54,2%)	19 (22,9%)	5 (20,8%)	17 (20,5%)	5 (20,8%)	6 (7,2%)	0	6 (7,2%)	1 (4,2%)	83	24

Tabelle 41: PEACS: Schmerztherapie und Medikation nach Entlassung I

	Messzeitpunkt	Ja, ausführlich/voll und ganz		Ja, teilweise		Nein		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
War Ihre Schmerztherapie auch nach der Entlassung sichergestellt?	T0	57 (46,7%)	52 (73,2%)	40 (32,8%)	13 (18,3%)	25 (20,5%)	6 (8,5%)	122	71
	T1	23 (46,0%)	13 (76,5%)	20 (40,0%)	3 (17,6%)	7 (14,0%)	1 (5,9%)	50	17
Wurde Ihnen erklärt, warum Sie diese Medikamente nehmen sollen? (Wirkung der Medikamente)	T0	78 (48,1%)	60 (72,3%)	47 (29,0%)	12 (14,5%)	37 (22,8%)	11 (13,3%)	162	83
	T1	37 (59,7%)	16 (69,6%)	18 (29,0%)	5 (21,7%)	7 (11,3%)	2 (8,7%)	62	23

Tabelle 42: PEACS: Schmerztherapie und Medikation nach Entlassung II

	Messzeitpunkt	Ja, ausführlich/voll und ganz		Ja, teilweise		Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Erhielten Sie schriftliche Informationen darüber, wie Sie diese Medikamente einnehmen sollen? (z.B. wann, wie oft, wie lange)	T0	103 (70,5%)	61 (79,2%)	22 (15,1%)	8 (10,4%)	21 (14,4%)	8 (10,4%)	146	77
	T1	39 (78,0%)	17 (85,0%)	6 (12,0%)	2 (10,0%)	5 (10,0%)	1 (5,0%)	50	20

Tabelle 43: PEACS: Gesamtbewertung von Entlassung und Nachsorge

	Messzeitpunkt	trifft voll und ganz zu		trifft eher zu		teils/ teils		trifft eher nicht zu		trifft ganz und gar nicht zu		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Der Übergang aus dem Krankenhaus nach Hause bzw. in die Weiterbehandlung hat reibungslos funktioniert.	T0	139 (60,2%)	66 (63,5%)	52 (22,5%)	29 (27,9%)	25 (10,8%)	7 (6,7%)	9 (3,9%)	2 (1,9%)	6 (2,6%)	0	231	104
	T1	49 (62,0%)	17 (68,0%)	15 (19,0%)	6 (24,0%)	8 (10,1%)	2 (8,0%)	6 (7,6%)	0	1 (1,3%)	0	79	25
Für meine Behandlung und Betreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus war sehr gut gesorgt.	T0	120 (57,1%)	65 (64,4%)	51 (24,3%)	28 (27,7%)	24 (11,4%)	4 (4,0%)	11 (5,2%)	2 (2,0%)	4 (1,9%)	2 (2,0%)	210	101
	T1	48 (62,3%)	15 (65,2%)	14 (18,2%)	6 (26,1%)	9 (11,7%)	1 (4,3%)	3 (3,9%)	1 (4,3%)	3 (3,9%)	0	77	23

Tabelle 44: PEACS: Ergebnis der Behandlung I

	Messzeitpunkt	Deutlich verbessert		Etwas verbessert		In etwa gleich geblieben		Etwas verschlechtert		Deutlich verschlechtert		gültige n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
		Hat sich Ihr Gesundheitszustand im Vergleich zur Situation vor der Krankenhausbehandlung bis zum jetzigen Zeitpunkt verbessert?	T0	86 (39,1%)	42 (39,6%)	71 (32,3%)	44 (41,5%)	40 (18,2%)	19 (17,9%)	13 (5,9%)	1 (0,9%)	10 (4,5%)	0
	T1	38 (50,0%)	13 (54,2%)	19 (25,0%)	7 (29,2%)	12 (15,8%)	3 (12,5%)	4 (5,3%)	0	3 (3,9%)	1 (4,2%)	76	24

Tabelle 45: PEACS: Ergebnis der Behandlung II

	Messzeitpunkt	Ja		Nein, keine Komplikationen		Gesamt n	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG
		Sind bei Ihnen infolge der Krankenhausbehandlung gesundheitliche Komplikationen aufgetreten?	T0	25 (10,7%)	4 (3,8%)	208 (89,3%)	100 (96,2%)
	T1	5 (5,9%)	1 (4,2%)	80 (94,1%)	23 (95,8%)	85	24

Tabelle 46: PEACS: Ergebnis der Behandlung III

	Messzeitpunkt	trifft voll und ganz zu		trifft eher zu		teils/ teils	
		KG	IG	KG	IG	KG	IG
		Mit dem Ergebnis der Krankenhausbehandlung bin ich zum jetzigen Zeitpunkt sehr zufrieden.	T0	116 (50,0%)	52 (49,1%)	58 (25,0%)	39 (36,8%)
	T1	44 (51,8%)	17 (68,0%)	16 (18,8%)	1 (4,0%)	17 (20,0%)	6 (24,0%)
Aus heutiger Sicht war die Entscheidung zur Durchführung der Krankenhausbehandlung richtig.	T0	161 (69,1%)	77 (73,3%)	44 (18,9%)	21 (20,0%)	19 (8,2%)	6 (5,7%)
	T1	55 (65,5%)	17 (70,8%)	16 (19,0%)	6 (25,0%)	8 (9,5%)	1 (4,2%)

4.2 Prozessevaluation

Ziel der Prozessevaluation war es, einen Einblick in die Umsetzung der VESPEERA-Intervention in den teilnehmenden Hausarztpraxen und Krankenhäusern zu bekommen und zu explorieren, durch welche Faktoren diese Umsetzung beeinflusst wird. Die Darstellung der Ergebnisse der Prozessevaluation erfolgt je nach Fragestellung und getrennt nach Datenquellen. Um Dopplungen zu vermeiden, werden zur Darstellung der Ergebnisse der Interviews jeweils die Ergebnisse der Kategorie des CFIR herangezogen, die am meisten Aussagen zur entsprechenden Fragestellung beinhalten.

4.2.1 Deskription

Interviews Leistungserbringer

Insgesamt nahmen n=69 Leistungserbringer an einem Interview teil. Tabelle 47 gibt einen Überblick über die Aufteilung auf die verschiedenen Gruppen. Die Interviews mit Leistungserbringern dauerten zwischen 16 und 78, im Mittel 40 Minuten. Die Teilnehmer waren durchschnittlich 47 Jahre alt und überwiegend weiblich (72%).

Tabelle 48 gibt einen Überblick über soziodemographische Charakteristika der Teilnehmer.

Tabelle 47: Fallzahlen Interviews mit Leistungserbringern

		Anzahl (n)
Teilnehmende Krankenhäuser	Pflege	6
	Management	10
	Ärzte	3
Nicht-teilnehmende Krankenhäuser	Pflege	5
	Management	5
	Ärzte	3
Teilnehmende Hausarztpraxen	Hausärzte	6
	VERAHs	11
Nicht-Teilnehmende Hausarztpraxen	Hausärzte	11
	VERAHs	9
Gesamt		69

Tabelle 48: Soziodemographie der Teilnehmer der Interviews mit Leistungserbringern

	Hausarztpraxen		Krankenhäuser			Gesamt
	Hausärzte	VERAHs	Management	Ärzte	Pflegekräfte	
Alter	53 (33-78)* n=17	42 (25-67) n=20	50 (29-60) n=15	54 (34-67) n=6	41 (21-61) n=11	47 (21-78) n=69
Geschlecht (männlich)	6 (35%)** n=17	0 (0%) n=20	7 (47%) n=15	5 (83%) n=6	1 (9%) n=11	19 (28%) n=69
städtischer Landkreis	8 (47%) n=17	10 (53%) n=19	10 (66%) n=15	2 (33%) n=6	7 (64%) n=11	37 (54%) n=69
Berufserfahrung in der Praxis in Jahren	15 (1-48) n=17	15 (2-38) n=19				15 (1-48) n=36
Berufserfahrung in dem Bereich im Krankenhaus in Jahren			12 (2-22) n=15	18 (7-32) n=6	11 (0,25-32) n=11	13 (0,25-32) n=32
Praxisart (Einzelpraxis)	6 (35%) n=17	9 (47%) n=19				15 (42%) n=36
Praxisgröße (Patienten pro Quartal)	2082 (850-4000) n=17	1812 (900-3000) n=16				1951 (850-4000) n=16
Krankenhausgröße (Grund- und Regelversorgung)			6 (40%) n=15	4 (67%) n=6	7 (64%) n=11	17 (53%) n=32

*Mittelwert (Min-Max)

** Häufigkeiten (prozentual)

Interviews Patienten

Insgesamt nahmen n=8 VESPEERA-Patienten an einem Interview teil. Die Interviews dauerten zwischen 21 und 63, im Mittel 36 Minuten. Der Großteil der Teilnehmer (87,5%) war weiblich, die Teilnehmer waren zwischen 50 und 87 und im Durchschnitt ca. 74 Jahre alt. Zwei Drittel der Teilnehmer wurden notfallmäßig in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung aufgenommen. Tabelle 49 bietet einen Überblick über weitere soziodemographische Charakteristika der Patienten, die an einem Interview teilnahmen.

Tabelle 49: Soziodemographie der Teilnehmer der Interviews mit Patienten

	Häufigkeit (%)	Mittelwert (SD)	Min/Max
Alter (in Jahren)		73,5 (12,8)	50/ 87
Geschlecht (männlich)	1 (12,5%)		
Muttersprache (Deutsch)	8 (100%)		
Höchster Bildungsabschluss			
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	7 (87,5%)		
Realschulabschluss	1 (12,5%)		
derzeitige Erwerbssituation			
erwerbstätig in Teilzeit	2 (25%)		
Rentner/ Pensionär	6 (75%)		
Derzeitige Wohnsituation			
alleinlebend	4 (50%)		
mit einer oder mehreren Personen zusammenlebend	3 (37,5%)		
in einer Einrichtung lebend	1 (12,5%)		
Familienstand			
ledig	1 (12,5%)		
verheiratet/ Lebenspartnerschaft	4 (50%)		
verwitwet	3 (37,5%)		
mindestens eine chronische Erkrankung	7 (87,5%)		
Häufigkeit eines KH-Aufenthaltes der letzten 12 Monate		2,3 (1,5)	1/5
Art des Krankenhausaufenthaltes (geplant)	3 (37,5%)		
Unterstützung durch einen Pflegedienst nach Krankenhausaufenthalt			
ja	2 (25%)		
nein, da keinen benötigt	4 (50%)		
nein, obwohl benötigt	2 (25%)		
Anzahl Medikamente		7,13 (4,73)	0/13
Landkreis, in dem die Hausarztpraxis liegt (städtisch)	2 (25%)		
Dauer als Patient in der Hausarztpraxis in Jahren		17,25 (14,24)	1/45
Größe des Krankenhauses (Grund- und Regelversorgung)	7 (87,5%)		

Fragebögen Leistungserbringer

An der Fragebogenbefragung haben insgesamt n=68 Leistungserbringer teilgenommen, davon ca. drei Viertel aus Hausarztpraxen und ein Viertel aus Krankenhäusern. Insbesondere in den Krankenhäusern fiel die Teilnahmequote aufgrund der geringen Umsetzung von VESPEERA gering aus (siehe Tabelle 52). Der Großteil der Befragten (75,8%) ist weiblich. Die Befragten sind im Durchschnitt 48 Jahre alt, haben im Durchschnitt ca. 23 Jahre Berufserfahrung und durchschnittlich 9 VESPEERA-Patienten betreut. Tabelle 50 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Charakteristika der befragten Leistungserbringer.

Tabelle 50: Soziodemographie der Teilnehmer an der Fragebogenbefragung der Leistungserbringer der Prozessevaluation

	Mittelwert (SD*)	n(%)	gültige n
Geschlecht (männlich)		16 (24,2)	66
Alter	48 (11,4)		63
Berufserfahrung (in Jahren)	22,8 (11)		62
Landkreis der Einrichtung (städtisch)		29 (43,9)	66
Einrichtung, der der Befragte angehört ist (HA)		50 (73,5)	68
Größe der Einrichtung (HA in Pat./ Quartal)	1660,4 (640,1)		48
Größe der Einrichtung (KH in Betten/ Abteilung)	378,3 (536,4)		17
betreute VESPEERA-Patienten	9,1 (21)		62

*SD: Standardabweichung

Fragebögen Patienten

An der Fragebogenbefragung haben insgesamt n=110 Patienten teilgenommen. Die Patienten waren zwischen 27 und 90 und im Durchschnitt ca. 71 Jahre alt, mit ausgeglichenem Geschlechterverhältnis. Zum Zeitpunkt der Befragung waren die Patienten bei ihrem derzeitigen Hausarzt zwischen 1 und 54 und im Durchschnitt ca. 18 Jahre (Standardabweichung 10,9) in Behandlung. Der Großteil der Hausarztpraxen (81,7%) lag in eher ländlichen Landkreisen. Die Patienten wurden überwiegend von Praxen betreut, in denen ein oder zwei Ärzte arbeiteten. Ca. zwei Drittel der Patienten wurden notfallmäßig im Krankenhaus aufgenommen, zu 79% in Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung und in nur 8,5% der Fälle in einem an VESPEERA teilnehmenden Krankenhaus. Tabelle 51 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Charakteristika der Studienpopulation.

Tabelle 51: Soziodemographie der Teilnehmer an der Fragebogenbefragung der Patienten der Prozessevaluation

	Häufigkeiten	Mittelwert (SD*)	Minimum	Maximum	gültige n
Alter		71,11	27	90	105
Geschlecht					105
	weiblich	50 (47,6%)			
	männlich	55 (52,4%)			
Muttersprache					105
	deutsch	92 (87,6%)			
	eine andere Sprache	13 (12,4%)			
Bildungsabschluss					105
	kein formeller Abschluss	7 (6,7%)			
	Hauptschulabschluss/ Volksschulabschluss	68 (64,8%)			
	Realschulabschluss (Mittlere Reife)	20 (19,0%)			
	Fachhochschulreife/ Abschluss einer Fachoberschule	2 (1,9%)			
	Abitur/ Hochschulreife	2 (1,9%)			
	Fachhochschulabschluss	4 (3,8%)			
	Universitätsabschluss	1 (1,0%)			
	Sonstiges	1 (1,0%)			
Dauer als Patient in Hausarztpraxis in Jahren		17,8 (10,92)	1	54	103
Landkreis der Hausarztpraxis					104
	eher städtisch	19 (18,3%)			
	eher ländlich	85 (81,7%)			
Größe der Hausarztpraxis					104
	1-2 Ärzte	67 (64,4%)			
	3-5 Ärzte	37 (35,6%)			
	mehr als 5 Ärzte	0			
Art des Krankenhausaufenthaltes (von Pat. ausgefüllt)					106
	geplant	41 (38,7%)			
	notfallmäßig	65 (61,3%)			
Art des Krankenhausaufenthaltes (von Praxis ausgefüllt)					94
	geplant	33 (35,1%)			
	notfallmäßig	61 (64,9%)			
Größe des Krankenhauses					105
	Grund- und Regelversorgung	83 (79,0%)			
	Maximalversorger	22 (21,0%)			

Fortsetzung Tabelle 51: Soziodemographie der Teilnehmer an der Fragebogenbefragung der Patienten der Prozessevaluation

	Häufigkeiten	Mittelwert (SD*)	Minimum	Maximum	gültige n
Anzahl Medikamente		6,45 (3,53)	0	16	99
1-3 Medikamente	30 (27,5%)				109
4-5 Medikamente	23 (21,1%)				109
6-7 Medikamente	20 (18,3%)				109
8-10 Medikamente	22 (20,2%)				109
11 und mehr Medikamente	14 (12,8%)				109
bis 5 Medikamente	54 (49,5%)				109
5 und mehr Medikamente	55 (50,5%)				109
Studienarm					94
teilnehmendes Krankenhaus	8 (8,5%)				
nicht-teilnehmendes Krankenhaus	86 (91,5%)				

*SD: Standardabweichung

Tabelle 52: Fallzahlen und Rücklaufquoten der Fragebogenbefragung

	Geplante Fallzahl	Aktuelle Fallzahl	Verteilte Fragebögen	Rücklaufquote
Hausärzte	100	21	74*	28 %
VERAHs	100	29	69*	42%
Patienten	200	110	336	32,7%
KH-Ärzte	25	3	348	5,2 %
KH-Management	25	10		
KH-Pflege	25	5		

*Alle Teilnehmer wurden angeschrieben (Vollerhebung)

4.2.2 Umsetzungstreue

Wurde das Programm wie geplant umgesetzt ("intervention fidelity", Umsetzungstreue)?

- In welchem Umfang wurden die einzelnen Komponenten tatsächlich angeboten und
- in Anspruch genommen durch Leistungserbringer und Patienten?
- Wie war die Adhärenz bezüglich der empfohlenen Maßnahmen?
- Wurden alle geplanten Patientengruppen erreicht?

Interviews - Leistungserbringer

Prozess > Durchführung

Die Umsetzung der VESPEERA-Komponenten unterscheidet sich stark zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen. Interviewteilnehmer in an VESPEERA teilnehmenden Krankenhäusern beschrieben, dass sich die Umsetzung von VESPEERA in verschiedenen Stadien befindet. Manche Häuser hatten die Umsetzung bereits konkret geplant und organisiert sowie Verantwortliche dafür benannt und zum Beispiel ein System zur Identifikation

von VESPEERA-Patienten entwickelt. Andere Häuser beschrieben, dass sie die Umsetzung von VESPEERA zum Zeitpunkt des Eintreffens des ersten Patienten planten. Da jedoch kein VESPEERA-Patient bei Aufnahme identifiziert wurde, konnten die Komponenten hier in der klinischen Praxis nicht umgesetzt werden.

Es ist jedoch zu beobachten, dass weitere, vereinzelte VESPEERA-Komponenten, wie beispielsweise die Patientenbegleitinformationen bei Entlassung im Rahmen der Implementierung des Rahmenvertrages Entlassmanagement eingeführt und bereits etabliert wurden. Die Umsetzung variierte hierbei jedoch ebenfalls stark und gibt keine Hinweise auf die Umsetzung von VESPEERA. Die Probanden betonten jedoch, dass das Entlassmanagement für sie mit der Aufnahme der Patienten in der Klinik, beziehungsweise mit vor der Aufnahme vorliegenden Informationen über die kommenden Patienten, beginnt und dieser Prozess für ein gutes Entlassmanagement als unerlässlich gesehen wird. Generell wurde eine elektronische Lösung, die diesen gesamten Prozess begleitet, von den Teilnehmern als sinnvoll und unterstützend erachtet.

Auf Seiten der Hausarztpraxen konnte die Umsetzung der VESPEERA-Komponenten konkreter beschrieben werden. Jedoch variiert der Grad der Umsetzung auch hier von Praxis zu Praxis. Manche Praxen konnten verhältnismäßig viele Patienten einschließen, andere eher weniger. Die Probanden beschrieben, dass, bezogen auf den Einweisungsprozess, zwischen einer geplanten Einweisung und einer ungeplanten Einweisung unterschieden werden muss². Bei einer ungeplanten Einweisung werden zwar dieselben Informationen benötigt, es wurde jedoch betont, dass der Einweisungsprozess hier deutlich schneller durchgeführt werden muss als bei geplanten Einweisungen. Das Einweisungsassessment wurde vor allem von VERAHS als unterstützend aber zeitintensiv beschrieben und auch die Studienmaterialien, wie Einwilligungserklärungen, wurden als sehr umfangreich und zeitaufwendig empfunden. Es wurde jedoch beschrieben, dass Krankenhauseinweisungen bei elektiven Einweisungen zu einem großen Teil durch Fachärzte vorgenommen werden, was Hinweise auf die erreichte Fallzahl geben könnte. Im Rahmen der Interviews beschrieben die Probanden, dass die Patienten, deren Angehörige oder auch der Rettungsdienst als Medium zur Weitergabe des Einweisungsbriefs an das Krankenhaus dienten. Daher konnte nicht geprüft werden, ob dieser auch tatsächlich dem Krankenhaus übermittelt wurde. Zur Bewertung und Mitgabe der Einweisungsbrochure konnten in den Interviews kaum Aussagen identifiziert werden. Wenn die Einweisungsbrochure thematisiert wurde, gaben die Praxismitarbeiter an, den Patienten eine Broschüre ausgehändigt zu haben.

² In den Interviews der Prozessevaluation entspricht die Definition einer geplanten Einweisung nicht der, die für die Bildung der Studienarme in der Ergebnisevaluation herangezogen wurde.

Der Informationsgrad der Praxismitarbeiter und der Patienten über ihren Krankenhausaufenthalt ist davon abhängig, in welchem Krankenhaus die Patienten behandelt wurden und variiert auch hier von Krankenhaus zu Krankenhaus. Diese Varianz ist auch darin zu beobachten, ob die Patienten einen Entlassbrief mitbringen und wie dieser aufgebaut ist. Telefonate zwischen Hausärzten und Krankenhausmitarbeitern sind aufgrund der mangelnden Identifikation von VESPEERA-Patienten nach wie vor von der persönlichen Beziehung zueinander und dem individuellen Engagement der jeweiligen Leistungserbringer abhängig. Da Interventionskomponenten im Krankenhaus, wie der HOSPITAL-Score und die Aushändigung der Begleitinformation bei Entlassung an Patienten, nicht umgesetzt werden konnten, wurde die Ermittlung des Scores in der Hausarztpraxis nachgeholt und durch die Akteure in der Hausarztpraxis aufgefangen.

Hausärzte beschrieben vereinzelt, dass sie teilweise erst von der Entlassung der Patienten erfahren haben, als diese bei ihnen in der Praxis auftauchten. Vor allem Änderungen der Medikation und Unstimmigkeiten im Medikationsplan wurden zur Planung der weiteren Behandlung thematisiert.

Die VERAHs waren vor allem dafür verantwortlich, die Informationen für die Besprechung mit dem Hausarzt vorzubereiten und den Unterstützungsbedarf der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt zu ermitteln.

Vor allem Patienten, beispielsweise mit chronischen Wunden, sowie chronisch kranke Patienten wurden in eine engmaschige Betreuung zur Weiterbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt einbezogen. Im Rahmen von VESPEERA wurde das Telefonmonitoring unterschiedlich umgesetzt. Manche Praxen beschrieben, sie haben es bisher nicht geschafft, das Telefonmonitoring zum Zeitpunkt der Befragung durchzuführen, manche Praxen konnten es wie geplant umsetzen. Teilweise wurde beschrieben, dass der Einschluss der Patienten in das Telefonmonitoring über den HOSPITAL-Score nicht komplett mit ihrer fachlichen Einschätzung übereinstimmt. So wurden teilweise Patienten nicht in das Monitoring eingeschlossen, die es nach Meinung der Experten jedoch benötigt hätten, und umgekehrt.

Teilweise wurde in den Praxen eine zeitliche Verzögerung zwischen der Schulung zur Studienteilnahme und dem tatsächlichen Studienstart beobachtet, was den Umgang mit dem CareCockpit und den Studienunterlagen zu Beginn etwas erschwerte.

Grundsätzlich wurde bei der Umsetzung von VESPEERA in Hausarztpraxen beschrieben, dass der jeweiligen VERAH eine Schlüsselrolle zukam. So wurden die VERAHs beispielsweise als Ansprechpartner für Patienten ernannt und übernahmen Aufgaben im Einweisungsprozess und zur Weiterbehandlung nach Entlassung, in die sie vorher bisher nicht involviert waren. Insgesamt wurde dies als Aufwertung des Berufs gesehen und von allen Beteiligten als sehr positiv erachtet.

Interviews – Patienten

Administrative Abläufe

Diese Kategorie beinhaltet Beschreibungen des Ablaufs vom ambulanten in den stationären Sektor und wieder zurück, bei geplanten und ungeplanten Krankenhausaufenthalten. Im Rahmen von VESPEERA erfolgte bei geplanten Krankenhausaufenthalten in der Hausarztpraxis ein Einweisungsassessment, ein Gespräch über den bevorstehenden Krankenhausaufenthalt sowie eine schriftliche Einweisung. Bei ungeplanten Krankenhausaufenthalten erfolgte die Aufnahme in der Regel über einen notärztlichen Dienst oder mit einem Rettungswagen. Patienten wurden größtenteils zwei bis drei Tage vor Entlassung über den Entlassungszeitpunkt informiert, ein Entlassungsgespräch erfolgte am Tag der Entlassung mit Ärzten, zum Teil mit Pflegekräften. Ein vorläufiger Entlassbericht inklusive Medikationsplan für den Hausarzt und den Patienten wurde von den Patienten selbst an den Hausarzt übermittelt.

Fragebögen - Leistungserbringer

Neben den beschriebenen Ergebnissen im Rahmen der Interviews wurde in der Fragebogenbefragung zu jeder Interventionskomponente gefragt, ob die Leistungserbringer diese mindestens einmal genutzt haben beziehungsweise mit den Inhalten vertraut sind (bei der Einweisungsbrochure). Aus diesen Angaben wurde ein Score zur Darstellung der Umsetzungstreue erstellt. Die maximale Anzahl an potenziell nutzbaren Komponenten wird pro Einrichtung auf 1 (=100%) gesetzt, die individuelle Nutzung wurde daran bemessen. Teilnehmer aus Hausarztpraxen konnten insgesamt sieben Interventionskomponenten nutzen (Einweisungsassessment, Einweisungsbrief, Einweisungsbrochure, telefonisches Entlassgespräch, HOSPITAL-Score, Behandlungsplanung nach Entlassung, Telefonmonitoring), Teilnehmer aus Krankenhäusern vier Interventionskomponenten (Einweisungsbrief, HOSPITAL-Score, telefonisches Entlassgespräch, Begleitinformation bei Entlassung). Über alle Teilnehmer hinweg ergab sich somit eine Umsetzungstreue von 40%. Tabelle 53 gibt weitere Informationen zur Nutzung der einzelnen Interventionskomponenten.

Tabelle 53: Nutzung der Interventionskomponenten gemäß den Angaben in der Fragebogenbefragung

Interventionskomponente	n (%)	gültige n
Assessment zur Erstellung des Einweisungsbriefs wurde mindestens einmal genutzt	33 (49,3)	67
Einweisungsbrief wurde mindestens einmal genutzt	32 (47,8)	67
Einweisungsbroschüre wurde mindestens einmal ausgeteilt (nur HA)	31 (68,9)	45
mit den Inhalten der Einweisungsbroschüre vertraut	34 (77,3)	44
HOSPITAL-Score wurde mindestens einmal erhoben	29 (44,6)	65
Telefonisches Entlassgespräch wurde mindestens einmal durchgeführt	11 (16,9)	65
Es ist mindestens ein Fall bekannt, in dem die Patienten-Begleitinformation bei Entlassung verwendet wurde (nur KH)	2 (8,7)	23
Behandlungsplanung nach Entlassung wurde mindestens einmal durchgeführt (nur HA)	38 (77,6)	49
Telefonmonitoring wurde mindestens einmal durchgeführt (nur HA)	34 (70,8)	48
Umsetzungstreue (Score zw. 0 und 1); Mittelwert (SD)).	0,4 (40)	68

Fragebögen - Patienten

Die Durchführung der Patienteninterviews zeigte, dass Patienten mit dem Begriff VESPEERA oder den Namen der Interventionskomponenten nicht immer vertraut waren. Daher wurde in der Fragebogenbefragung von der konkreten Nennung der Interventionskomponenten abgesehen und diese stattdessen umschrieben.

Der Großteil der Patienten mit geplantem Krankenhausaufenthalt gab an, vom Hausarzt eine Verordnung für den Krankenhausaufenthalt (90%) sowie relevante Dokumente für die Aufnahme im Krankenhaus (85%) erhalten zu haben. Ebenfalls wurden mehr als zwei Drittel der Patienten Fragen zu ihrem Gesundheitszustand und ihrer Lebenssituation gestellt und die Krankenhausaufnahme wurde den Patienten erläutert (siehe Tabelle 54).

Nur wenige Patienten gaben an, nicht frühzeitig über den Entlasstermin informiert worden zu sein und keine hilfreichen Informationen erhalten zu haben. Voll zustimmen konnten jedoch nur etwas mehr als die Hälfte der Patienten. Der Großteil der Patienten wurde über die Weitergabe von Informationen an den Hausarzt informiert (siehe Tabelle 55).

Tabelle 54: Umsetzungstreue bei Einweisung aus Patientensicht

	trifft nicht zu	teils/teils	trifft zu	Mittelwert (SD)	gültige n
Vor meinem letzten Krankenhausaufenthalt wurde mir die bevorstehende Aufnahme ins Krankenhaus von meiner Hausärztin/ meinem Hausarzt erläutert.	2 (4,9%)	3 (7,3%)	36 (87,8%)	2,83 (0,50)	41
Vor meinem letzten Krankenhausaufenthalt erhielt ich von meiner Hausarztpraxis eine schriftliche Überweisung ins Krankenhaus („Verordnung für Krankenhausbehandlung“).	4 (10,0%)	0	36 (90,0%)	2,80 (0,61)	40
Vor meinem letzten Krankenhausaufenthalt wurden mir in meiner Hausarztpraxis verschiedene Fragen zu meinem Gesundheitszustand und meiner Lebenssituation gestellt.	6 (15,0%)	6 (15,0%)	28 (70,0%)	2,55 (0,75)	40
Vor meinem letzten Krankenhausaufenthalt erhielt ich vorab in meiner Hausarztpraxis alle Dokumente, die für die Aufnahme ins Krankenhaus wichtig waren.	3 (7,5%)	3 (7,5%)	34 (85%)	2,78 (0,58)	40

*SD: Standardabweichung

Tabelle 55: Umsetzungstreue vor Entlassung aus Patientensicht

	trifft nicht zu	teils/teils	trifft zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Vor meiner Entlassung aus dem Krankenhaus wurde ich von den Ärzten/dem Pflegepersonal im Krankenhaus frühzeitig über den Entlassungstermin informiert.	11 (10,2%)	34 (31,5%)	63 (58,3%)	2,48 (0,68)	108
Vor meiner Entlassung aus dem Krankenhaus erhielt ich von den Ärzten/dem Pflegepersonal Informationen, die für mich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus hilfreich waren.	7 (6,4%)	40 (36,7%)	62 (56,9%)	2,5 (0,62)	109
Vor meiner Entlassung aus dem Krankenhaus wurde ich darüber informiert, dass die behandelnden Ärzte im Krankenhaus alle relevanten Informationen an meinen Hausarzt weitergegeben haben.	11 (10,2%)	10 (9,3%)	87 (80,6%)	2,7 (0,65)	108

*SD: Standardabweichung

Ca. zwei Drittel der Patienten waren innerhalb eines Werktags nach Entlassung in der Hausarztpraxis vorstellig. In ebenfalls ca. zwei Drittel der Fälle hatten die Patienten den Eindruck, dass ihr Hausarzt gut informiert war. Nahezu 80% konnten dann ausführlich mit ihrem Hausarzt über ihren Gesundheitszustand sprechen und die weitere Behandlung gemeinsam besprechen. Etwas weniger als die Hälfte der Patienten wurde von Medizinischen Fachangestellten (MFA) nach der Entlassung telefonisch betreut. Die Patienten wussten, wen sie bei Komplikationen in der Hausarztpraxis ansprechen können. Bei Fragen oder Problemen war weniger der Facharzt und fast nie das Krankenhaus der gewählte Ansprechpartner (siehe Tabelle 56).

Tabelle 56: Umsetzungstreue nach Entlassung aus Patientensicht

	trifft nicht zu	teils/teils	trifft zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus hatte ich am nächsten Werktag nach Entlassung einen Termin bei meinem Hausarzt.	26 (24,1%)	6 (5,6%)	76 (70,4%)	2,46 (0,86)	108
Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus hatte ich das Gefühl, dass mein Hausarzt bereits gut über meine Krankenhausbehandlung informiert war.	13 (12,0%)	21 (19,4%)	74 (68,5%)	2,56 (0,7)	108
Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus habe ich mit meinem Hausarzt ausführlich über meinen Gesundheitszustand nach der Entlassung gesprochen.	9 (8,3%)	13 (12,0%)	86 (79,6%)	2,71 (0,61)	108
Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus habe ich gemeinsam mit meinem Hausarzt besprochen, wie meine weitere Behandlung ablaufen soll.	9 (8,3%)	14 (12,8%)	86 (78,9%)	2,71 (0,61)	109
Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus wurde ich noch für einige Wochen regelmäßig von der Medizinischen Fachangestellte („Arzthelferin“) meines Hausarztes telefonisch kontaktiert, um über meinen Gesundheitszustand zu sprechen.	41 (38,3%)	16 (15,0%)	50 (46,7%)	2,08 (0,92)	107
Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus wusste ich, an wen ich mich in meiner Hausarztpraxis wenden kann, wenn Komplikationen auftreten.	4 (3,7%)	4 (3,7%)	100 (92,6%)	2,89 (0,42)	108
Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus habe ich mich bei Fragen oder Problemen an das Krankenhaus gewendet.	78 (72,9%)	8 (7,5%)	21 (19,6%)	1,47 (0,81)	107
Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus habe ich mich bei Fragen oder Problemen an einen Facharzt (z.B. Kardiologe, Orthopäde) gewendet.	45 (42,9%)	20 (19,0%)	40 (38,1%)	1,95 (0,90)	105

*SD: Standardabweichung

Ein Viertel der Patienten mit geplantem Krankenhausaufenthalt gab an, vor der Einweisung in der Hausarztpraxis eine Informationsbroschüre erhalten zu haben. Lediglich jeweils ein Viertel der Patienten hat sich diese Broschüre angeschaut und empfand sie als hilfreich. Bei Entlassung hat ca. ein Drittel der Patienten einen Entlassplan erhalten. Jeweils die Hälfte der Patienten hat sich diesen angeschaut und für hilfreich empfunden (siehe Tabelle 57).

Tabelle 57: Informationen zur Krankenhausbehandlung

	trifft nicht zu	Weiß nicht	trifft zu	Mittelwert (SD*)	gültige n	erlaubte missings
Vor Krankenseinweisung habe ich in der Arztpraxis eine Informationsbroschüre zum bevorstehenden Krankenhausaufenthalt erhalten.	21 (53,8%)	8 (20,5%)	10 (25,6%)	1,72 (0,86)	39	
Falls ja: Die Informationsbroschüre habe ich angeschaut.	12 (48,0%)	6 (24,0%)	7 (28,0%)	1,8 (0,87)	25	11
Falls ja: Die Informationsbroschüre empfand ich als hilfreich.	12 (46,2%)	7 (26,9%)	7 (26,9%)	1,81 (0,85)	26	11
Vor meiner Entlassung habe ich im Krankenhaus einen Entlassplan für Patienten erhalten.	44 (47,8%)	14 (15,2%)	34 (37,0%)	1,89 (0,92)	92	
Falls ja: Den Entlassplan habe ich angeschaut.	25 (36,8%)	9 (13,2%)	34 (50,0%)	2,13 (0,93)	68	29
Falls ja: Den Entlassplan empfand ich als hilfreich.	19 (33,3%)	9 (15,8%)	29 (50,9%)	2,18 (0,91)	57	30

*SD: Standardabweichung

Der Großteil der Patienten musste im Rahmen der Krankenhausbehandlung Medikamente einnehmen. Ein Drittel dieser Patienten erhielt bei Entlassung Verordnungen für Medikamente, zwei Drittel wurden direkt mit Medikamenten versorgt. Der Großteil erhielt für notwendige Medikamente Verordnungen von der Hausarztpraxis. Einen Medikationsplan haben bei Entlassung etwas mehr als zwei Drittel der Patienten erhalten (siehe Tabelle 58).

Tabelle 58: Persönliche Erfahrungen mit der Medikation

	trifft nicht zu	Weiß nicht	trifft zu	Mittelwert (SD*)	gültige n	erlaubte missings
Im Rahmen meiner Behandlung im Krankenhaus muss(te) ich Medikamente einnehmen.	8 (7,7%)	1 (1,0%)	95 (91,3%)	2,84 (0,54)	104	
Falls ja: Im Krankenhaus erhielt ich vor Entlassung ein Rezept für dieses Medikament.	62 (63,3%)	6 (6,1%)	30 (30,6%)	1,67 (0,92)	98	5
Falls ja: Im Krankenhaus erhielt ich einen angemessenen Vorrat an Medikamenten für die Überbrückung der ersten Zeit nach der Entlassung.	24 (24,0%)	7 (7,0%)	69 (69,0%)	2,45 (0,86)	100	5
Falls ja: Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus erhalte ich bei Bedarf Rezepte in meiner Hausarztpraxis.	15 (14,9%)	0	86 (85,1%)	2,70 (0,72)	101	5
Bei Entlassung aus dem Krankenhaus wurde mir ein aktueller Medikationsplan ausgehändigt.	26 (24,5%)	5 (4,7%)	75 (70,8%)	2,46 (0,86)	106	

*SD: Standardabweichung

CareCockpit-Daten

Im Rahmen der Analyse der Umsetzungstreue wurden zwei Indikatoren herangezogen. Keine der teilnehmenden Krankenhäuser haben Daten zu VESPEERA-Patienten übermittelt, da sie diese nicht anhand von VESPEERA-Einweisungsbriefen identifizieren konnten. Somit wurden auch für keine teilnehmenden Patienten der HOSPITAL-Score erhoben. Der "Anteil der von teilnehmenden Krankenhäusern in die ambulante hausärztliche Versorgung entlassenen Patienten, bei denen bei Entlassung der HOSPITAL-Score erhoben und im Entlassbrief mitgeteilt wurde, in Bezug auf alle teilnehmenden Patienten, die von einer teilnehmenden Klinik entlassen wurden" entspricht also null Prozent.

Bezüglich der erstellten Einweisungsbriefe konnte Folgendes ausgewertet werden: Insgesamt wurde für n=171 VESPEERA-Patienten ein vollständiger Einweisungsbrief erstellt. Davon waren n=87 (50,9%) mit bundeseinheitlichem Medikationsplan, n=67 (39,2%) mit praxiseigenem Medikationsplan und n=17 (9,9%) ohne Medikationsplan, da der Patient keine Medikation einnahm. Ob der Einweisungsbrief mitgegeben wurde, ist anhand der Daten nicht zu prüfen. Zu diesen n=171 dokumentierten Assessments zur Erstellung des Einweisungsbriefs Krankenseinweisungen konnten in den Routinedaten n=121 zugehörige Krankenhausaufenthalte identifiziert werden (nicht alle eingewiesenen Patienten wurden letztlich stationär aufgenommen), wovon n=43 in einem der teilnehmenden Krankenhäuser waren. Insgesamt wurden von den teilnehmenden Hausärzten n=340 VESPEERA-Patienten geplant eingewiesen. Insofern entspricht der "Anteil der von teilnehmenden HZV-Ärzten in teilnehmende Krankenhäuser eingewiesenen HZV-Versicherten, die im CareCockpit angelegt wurden und für die ein vollständiger Einweisungsbrief (inkl. Medikationsplan) erzeugt und mitgegeben wurde, in Bezug auf alle teilnehmenden HZV-Versicherten der teilnehmenden HZV-Ärzte mit geplanter Einweisung" 12,6 %.

4.2.3 Erreichte Ergebnisse

Welche Ergebnisse wurden aus Sicht von Patienten und Leistungserbringern

- a) beabsichtigt?
- b) ungeplant positiv erzielt?
- c) ungeplant negativ, erzielt?

Interviews - Leistungserbringer

Charakteristika der Innovation > relative Vorteile

Die Befragten berichteten von vielen Vorteilen, die sie sich durch die VESPEERA-Intervention vorstellen könnten beziehungsweise welche Ergebnisse sie sich erhofften.

Durch den Einweisungsbrief erhofften sich die Interviewpartner aus den Hausarztpraxen, dass den Krankenhäusern mehr Informationen über die Patienten zur Verfügung stehen würden, insbesondere zur sozialen Situation des Patienten, zur Versorgungssituation des Patienten vor Krankenhausaufenthalt sowie Kontaktdaten von Angehörigen. Außerdem wurde der Einweisungsbrief als gute Möglichkeit gesehen, die Komplexität von Patienten darzustellen. Interviewpartner aus Krankenhäusern würden insbesondere von Informationen zur Medikation, sozialen und pflegerischen Versorgung des Patienten sowie Informationen über den Zustand des Patienten vor Krankenhausaufenthalt profitieren. Somit wäre es leichter einzuschätzen, welcher Zustand nach Krankenhausaufenthalt realistischerweise wieder erreicht werden sollte. Es zeigte sich, dass die Erfassung der für den Krankenhausaufenthalt notwendigen Informationen im Krankenhaus durch die Ausnahmesituation für die Patienten sich oft schwierig gestaltete und oftmals nur unvollständig erfolgen konnte. Auch erhofften sie sich Vorteile für den Patienten sowie eine Arbeitsentlastung, indem Doppeluntersuchungen vermieden werden könnten. Außerdem könnte die Einleitung nächster und sinnvoller Schritte, wie beispielsweise diagnostischer Maßnahmen, schneller erfolgen. Personen aus dem Krankenhausmanagement sahen in VESPEERA mehr Vorteile als im Rahmenvertrag Entlassmanagement, ein Interviewpartner sagte: „die Lücke, die der Rahmenvertrag eigentlich lässt, nämlich Einweiserdaten, die in die Klinik reingehen um hinterher dann vielleicht auch die Entlassung leichter zu machen. Die Lücke, die würde dann durch so ein System geschlossen.“ (KHM). Befragte aus Krankenhäusern wünschen sich eine verpflichtende Einführung eines Einweisungsbriefs für alle Patienten. Idealerweise würde auch für Notfallpatienten ein Einweisungsbrief erstellt, wobei insbesondere hier Schwierigkeiten in der Umsetzung gesehen werden.

Der HOSPITAL-Score wurde von den VERAHs als objektive Validierung der eigenen Einschätzung gesehen. Andere VERAHs jedoch berichteten, dass sie eigene Tools haben, wieder andere könnten Patienten selbst besser einschätzen beziehungsweise berichteten,

dass sie manche Patienten gerne ins Telefonmonitoring eingeschlossen hätten, der Score jedoch nicht ausreichend war.

Insgesamt berichteten die Befragten, dass sie sich durch VESPEERA die Vermeidung von „Drehtüreffekten“ erhofften. Darüber hinaus wurden Erwartungen bezüglich des Informationsaustauschs mit anderen Leistungserbringern geäußert: Informationen könnten vollständiger sein, die Kommunikation verbessert werden und intensiver (im Sinne auch von mehr Abstimmung in der Planung der Versorgung) sein und der Patient somit weniger wichtig sein als Informationsträger.

Interviewpartner berichteten auch von Vorteilen der Einweisungs- und Entlassbroschüre für die Patienten: Patienten sind besser informiert, fühlen sich versorgt und aufgehoben, v.a. die Patienten mit erhöhtem Unterstützungsbedarf, und sind insgesamt zufriedener. Im Rahmen der Behandlungsplanung nach Entlassung und des Telefonmonitorings wird Patienten zudem Raum zum Sprechen gegeben, Patienten werden involviert und empowert, Patienten können Versorgungsdefizite aufzeigen und fühlen sich nicht allein gelassen. Auch der Hausarzt kann dadurch Versorgungsbedarfe frühzeitig erkennen und Krankenhausaufenthalte können vermieden werden.

Auch von positiven Ergebnissen, die nicht geplant waren, berichteten die Befragten. So war die Rückmeldung aus Hausarztpraxen, dass die Assessments die Möglichkeit bieten würden, wichtige Dinge anzusprechen, die sonst untergehen, wie zum Beispiel die Themen Patientenverfügung oder Betreuung. Für Praxen, in denen Einweisungen und Entlassungen bisher weniger strukturiert abliefen, kann die Intervention als Reminder für alle wichtigen Bestandteile des Einweisungs- und Entlassmanagements gesehen werden. Durch das Telefonmonitoring erhalten Hausärzte aktiv eine Rückmeldung über den Gesundheitszustand ihrer Patienten, beispielsweise, dass es ihren Patienten gut geht. Eine Befragte aus einem Krankenhaus berichtete zudem, dass Patienten durch die bessere Überleitung länger in der Häuslichkeit bleiben können.

VESPEERA bietet die Möglichkeit der Aufwertung des Berufsbild VERAH. Sie übernimmt mehr Aufgaben, betreut Patienten intensiver, versteht vieles rund um Patienten besser, v.a. die soziale Lage, kann Patienten besser einschätzen, kann eigenverantwortlich arbeiten. Außerdem berichteten VERAHs, dass manche Patienten ihnen mehr erzählen als dem Arzt, da Patienten oft den Eindruck haben, dass der Hausarzt keine Zeit hat und sie ihn nicht weiter belasten wollen.

Von negativen Ergebnissen berichtete keiner der Befragten. Teilweise wurden jedoch Bedenken aus den Hausarztpraxen formuliert, beispielsweise ob Einweisungsbriefe im Krankenhaus gelesen werden. Einige VERAHS berichteten konkret, dass sie sich keine negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung vorstellen können. Insgesamt bewerteten alle die Idee gut, einige hatten jedoch Schwierigkeiten, die Vorteile beziehungsweise Ergebnisse abzuschätzen. Einige Befragte äußerten, dass sie keine Veränderung beobachten können, da VESPEERA dem bisherigen Vorgehen entspreche.

Interviews – Patienten

Informiertheit der Patienten

Diese Kategorie beinhaltet Aussagen der Patienten rund um ihre Informiertheit in Bezug auf ihre Erkrankung, die Behandlung, Medikamente, empfohlene Verhaltensweisen sowie zu Abläufen in der Hausarztpraxis und im Krankenhaus sowie die Übergänge zwischen den Einrichtungen. Die Patienten berichteten, dass sie sich abhängig vom Leistungserbringer unterschiedlich informiert fühlen. Sie beschrieben, dass sie Informationen über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten sowie unterschiedliche Meinungen von verschiedenen Leistungserbringern erhalten hatten, sodass sie „ausreichend“ informiert waren, um informierte Entscheidungen treffen zu können: *„Ich habe da unterschiedliche Empfehlungen bekommen und konnte dann für mich entscheiden.“* (Pat). Was ihre Medikation betrifft, berichteten die meisten Patienten, dass sie gut über ihre alltäglichen Medikamente sowie Bedarfsmedikamente informiert waren. Im Krankenhaus war den Patienten zum Teil unklar, welche Medikamente aus welchen Gründen eingenommen werden sollten. Informationen wurden Patienten überwiegend in mündlicher, seltener in schriftlicher Form übermittelt.

Wissensweitergabe

Diese Kategorie beinhaltet Beschreibungen der Patienten wie, wann und zwischen welchen Stakeholdern aus ihrer Sicht eine Wissensweitergabe erfolgte. Gemäß den Beobachtungen der Patienten erfolgte die Wissensweitergabe zwischen den Leistungserbringern überwiegend schriftlich (v.a. Einweisungs- oder Entlassungsbericht, Medikamentenplan), mit Patienten überwiegend mündlich. Die Übermittlung von Dokumenten sowie teilweise auch Informationen zwischen den Leistungserbringer erfolgte häufig über den Patienten.

Einbezug von Patienten in die Entscheidungsfindung

Die Patienten beschrieben, wie und inwiefern sie in Entscheidungen bzgl. ihrer Gesundheitsversorgung einbezogen wurden und wie eine gemeinsame Entscheidungsfindung erfolgte. Patienten berichteten, dass sie dann informierte Entscheidungen treffen konnten,

wenn sie zuvor ausreichend Informationen, ggf. unterschiedliche Meinungen, erhalten hatten und Bedenken zur Therapie äußern konnten, die dann mit den Leistungserbringern besprochen wurden. Die Patienten berichteten zudem, dass sie sich bei Bedarf Dokumente und Sachverhalte von ihrer Hausarztpraxis erklären lassen konnten, die sich für solche Bedürfnisse auch Zeit nahm. Ein Patient berichtete: *„alles, was entschieden worden ist, habe ich persönlich entschieden, also mir wurde geraten oder empfohlen, aber entschieden habe ich es [...] aber es wurde immer alles mit mir besprochen und ich wusste bei jeder OP was passiert.“* (Pat). Die Patienten betonten zudem, dass eine kontinuierliche Aufklärung über den aktuellen Gesundheitszustand für sie wichtig sei. Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann durch die körperliche Verfassung des Patienten negativ beeinflusst werden. Beispielsweise berücksichtigten Leistungserbringer zum Teil nicht, wenn Patienten schlecht hörten.

Patientenzufriedenheit

Die Patienten beschrieben verschiedene Faktoren, die ihre Zufriedenheit in Bezug auf den Versorgungsprozess, die eigene Informiertheit, das medizinische Ergebnis, die Anschlussbehandlung und den Krankenhausaufenthalt beeinflussen. Förderfaktoren waren ausreichend Zeit für die medizinische Behandlung und Zwischenmenschlichkeit, ausreichend Informationen zum Gesundheitszustand und zur Behandlung nach Entlassung (zum Beispiel Reha oder Medikation), und fachlich kompetente Leistungserbringer. Patienten waren zufrieden, wenn sie das Gefühl hatten, dass sich um sie gekümmert wird: *„Also dieses Gefühl, dass sich jemand um mich kümmert [...] das ist schon wichtig.“* (Pat). Ebenfalls wurde die Zufriedenheit beeinflusst durch die physische und psychische Konstitution des Patienten, Wartezeiten, den bürokratischen Aufwand, die Erreichbarkeit des Hausarztes sowie den Einbezug des Patienten und seiner Angehörigen.

Kommunikation

Die Interviews ergaben Einblicke in die Kommunikation und die Beziehung zwischen den Stakeholdern Hausarztpraxis, Krankenhaus und Patient sowie deren Einflussfaktoren. Die Patienten bezeichneten die Hausarztpraxis als ersten Ansprechpartner, bei dem sie auf offene Türen stoßen, die jederzeit erreichbar ist und wo sich für Patienten Zeit genommen wird. Die Patienten berichteten von einem regelmäßigen Austausch zwischen Patienten und der Hausarztpraxis über den Gesundheitszustand und bezeichneten es als „die wissen über mich Bescheid“. Die regelmäßige telefonische Nachbetreuung im Rahmen der VESPEERA-Intervention wurde von den Patienten als sehr hilfreich empfunden. Die Patienten empfanden eine regelmäßige Aufklärung, auch ihrer Angehörigen, zum aktuellen Gesundheitszustand durch das Krankenhaus sowie die Möglichkeit, jederzeit Fragen stellen zu können, als sehr

positiv. Patienten fühlten sich bei einem Leistungserbringer dann gut aufgehoben, wenn dort alle Gesundheitsinformationen vorhanden waren und der Patient das Gefühl hatte „die kennen mich“. Dieses Gefühl einer persönlichen Ebene zum Leistungserbringer beeinflusste die Beziehung und Kommunikation positiv: *„wenn du wieder daheim bist und der Hausarzt weiß man, man kennt ihn, man kann auch jeder Zeit mit ihm kommunizieren.“* (Pat).

Wie die Kommunikation zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis erfolgte, war häufig für die Patienten nicht ersichtlich, sie nahmen lediglich die überwiegend schriftliche Kommunikation über Einweisungs- und Entlassungsberichte wahr.

Anschlussbehandlung

Diese Kategorie beinhaltet die Beschreibung der Versorgung von Patienten nach Entlassung sowie deren Einflussfaktoren. In der Regel werden Patienten einen Tag nach Entlassung in der Hausarztpraxis vorgestellt, welche auch erster Ansprechpartner ist und die Anschlussbehandlung primär organisiert. Falls notwendig, finden auch Hausbesuche statt. Je nach Erkrankungsbild findet nach Entlassung eine Rehabilitation statt. Patienten berichteten, dass sie es als beruhigend empfinden, wenn sie wissen, welcher Leistungserbringer bei Bedarf wie erreichbar ist und dass Fragen jederzeit gestellt werden können. Die telefonische Nachbetreuung von Patienten durch die VERAH wurde von den Patienten als sehr positiv empfunden, sie haben das Gefühl, dass sich um sie gekümmert wird.

Verbesserungsvorschläge

In den Interviews haben die Patienten auch Verbesserungsvorschläge zu ihrer Versorgung und ihrem Versorgungsprozess geäußert. So wünschten sich die Patienten mehr Zeit bei den Leistungserbringern, zeitnahe Arzttermine und kürzere Wartezeiten. Darüber hinaus wünschten sich Patienten eine nahtlose Versorgung zwischen Krankenhausentlassung und Anschlussbehandlung, insbesondere die Anpassung und Übergabe von Hilfsmitteln sollte bereits im Krankenhaus stattfinden:

„Weil, normalerweise (1) kriegen sie [...] wie so eine Arzneibescheinigung und können das im Reha-Haus holen. Dort wiederum brauchen sie dann ja auch wieder einen Termin, bis sie dann ihre Ware haben müssen sie dann was weiß ich, ich wohne jetzt in STADT muss ich dann nach STADT fahren, mir das da holen, wieder zurückfahren und dann muss ich aber quittieren, wenn die Kasse das eh nicht zahlt muss ich es selber zahlen. Das fand ich jetzt sehr umständlich.“ (Pat)

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

Ebenfalls wünschten sich Patienten eine Vereinfachung von administrativen Abläufen in der sektorenübergreifenden Versorgung (zum Beispiel Abschaffung der Einweisungs- und Überweisungsscheine).

Fragebögen - Leistungserbringer

Einige der Aussagen der Interviewteilnehmer zu wahrgenommenen beziehungsweise erhofften Ergebnissen der VESPEERA-Intervention wurden in die Fragebogenbefragung aufgenommen (siehe Tabelle 59). Nahezu die Hälfte der Befragten stimmte zu, dass durch VESPEERA der Kontakt zu den Patienten intensiviert werden konnte. Der Aussage, dass engerer Kontakt zu den einweisenden Ärzten beziehungsweise den entlassenden Kliniken aufgebaut werden konnte, stimmte jedoch mehr als die Hälfte der Befragten explizit nicht zu. Auch die Zustimmung zu anderen Aussagen, die sich auf die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung bezogen, fielen eher gering aus. Nach Ansicht der Befragten hatten Patienten durch VESPEERA tendenziell ein besseres Verständnis über ihre Versorgung als bisher. Auch wurden die Befragten teilweise für die Relevanz der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern sensibilisiert.

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

Tabelle 59: Wahrgenommene Ergebnisse der VESPEERA-Intervention – Ergebnisse der Fragebogenbefragung

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Durch VESPEERA konnte der Kontakt zu Patienten intensiviert werden.	12 (21,9%)	4 (7,1%)	14 (25%)	17 (30,4%)	9 (16,1%)	3,1 (1,4)	56
Durch VESPEERA konnte engerer Kontakt zu den einweisenden Ärzten/ den entlassenden Kliniken aufgebaut werden.	19 (33,9%)	12 (21,4%)	15 (26,8%)	9 (16,1%)	1 (1,8%)	2,3 (1,2)	56
Durch VESPEERA sind die VERAHs besser in die Versorgung eingebunden als bisher.	5 (8,9%)	6 (10,7%)	19 (33,9%)	25 (44,6%)	1 (1,8%)	3,2 (1)	56
Durch VESPEERA konnten Patienten besser in Entscheidungen bzgl. der weiteren Versorgung eingebunden werden als bisher.	4 (7%)	15 (26,3%)	24 (42,1%)	13 (22,8%)	1 (1,8%)	2,9 (0,9)	57
Durch VESPEERA hatten Patienten ein besseres Verständnis über ihre eigene Versorgung als bisher.	5 (9,1%)	3 (5,5%)	27 (49,1%)	19 (34,5)	1 (1,8%)	3,1 (0,9)	55
Durch VESPEERA wurden Patienten auf an VESPEERA teilnehmende Krankenhausabteilungen hingewiesen.	21 (38,2%)	11 (20%)	9 (16,4%)	13 (23,6%)	1 (1,8%)	2,3 (1,3)	55
Die VESPEERA-Feedbacktreffen haben die Vernetzung zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen unterstützt.	7 (13,2%)	18 (34%)	7 (13,2%)	18 (34%)	3 (5,7%)	2,9 (1,2)	53
Durch VESPEERA arbeiten teilweise Hausarztpraxen/ Krankenhäuser zusammen, die vorher nicht zusammengearbeitet hätten.	24 (43,6%)	17 (30,9%)	8 (14,5%)	4 (7,3%)	2 (3,6%)	2 (1,1)	55
Durch VESPEERA fand ein besserer Informationsaustausch zwischen Hausarztpraxis und Klinik statt.	15 (27,3%)	19 (34,5%)	6 (10,9%)	13 (23,6%)	2 (3,6%)	2,4 (1,2)	55
Durch VESPEERA wurde die Zusammenarbeit über die Sektoren hinweg verbessert.	13 (23,6%)	16 (29,1%)	11 (20%)	13 (23,6%)	2 (3,6%)	2,6 (1,2)	55
Durch VESPEERA wurde mein Bewusstsein gefördert, dass Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern wichtig ist.	9 (16,1%)	4 (7,1%)	17 (30,4%)	21 (37,5%)	5 (8,9%)	3,1 (1,2)	56

*SD: Standardabweichung

4.2.4 Wirkmechanismus

Welche Komponenten des Programms oder Kontextfaktoren trugen aus der Sicht der Leistungserbringer dazu bei, die Ergebnisse zu erzielen?

Interviews – Leistungserbringer

Prozess > Reflexion und Evaluation

Im Rahmen der Interviews beschrieben die Befragten in Hausarztpraxen, dass sie sich selbst eine Schlüsselrolle und koordinierende Position in der Behandlung und Betreuung von Patienten vor und nach einem Krankenhausaufenthalt zuordnen würden, was sich mit dem Grundgedanken von VESPEERA deckt. Grundsätzlich wurden auch die VESPEERA-Komponenten an sich als sinnvoll erachtet. Was vor allem den Akteuren in den Hausarztpraxen fehlte, war die mangelnde Resonanz aus teilnehmenden Krankenhäusern auf Patientenebene. Sie beschrieben beispielsweise, dass sie die Einweisungsbriefe mitgaben, aber dann nicht mehr nachvollziehen konnten, ob dieser Brief das Krankenhaus erreicht hatte und ob es den Krankenhausmitarbeitern bei der Aufnahme und Behandlung der Patienten half. Grundsätzlich wurden die Komponenten jedoch als sinnvoll und zielführend erachtet. Auch Idealvorstellungen, die vor allem Probanden in nicht-teilnehmenden Einrichtungen äußerten, decken sich mit den VESPEERA-Komponenten. Dies bezog sich beispielsweise auf das Telefonat zwischen Hausarztpraxen und Krankenhäusern, zwischen denen sich generell mehr Austausch gewünscht wurde, eine feste Sprechzeit, in der das jeweilige Gegenüber telefonisch erreichbar ist. Zudem wurde beschrieben, dass Krankenhäuser vor beziehungsweise bei der Aufnahme Informationen über den Patienten generell als sinnvoll erachteten, um den Aufnahmeprozess zu beschleunigen und Doppeldokumentationen zu vermeiden. Auch wurde beschrieben, dass die Standardisierung der Einweisung als positiv erachtet wird. Daraus folgend könnten auch die Informationen, die an das Krankenhaus beziehungsweise vom Krankenhaus an die Hausarztpraxis übermittelt werden, dadurch immer gleich aufgebaut und gleich ausführlich sein. Dieser gewünschte Standard an Informationen wird jedoch nicht als Ersatz für den persönlichen Austausch gesehen. Die persönliche, telefonische Kommunikation über feste Ansprechpartner und Zeiten wird zusätzlich gewünscht, was ebenfalls der Konzeption von VESPEERA entspricht und diese bestärkt.

Fragebögen - Leistungserbringer

In der Fragebogenbefragung wurden die Teilnehmer gefragt, inwieweit sie intendierte Wirkmechanismen der einzelnen Interventionskomponenten als zutreffend empfinden (siehe Tabelle 60). Laut den Befragten trugen das Einweisungsassessment beziehungsweise der Einweisungsbrief teilweise dazu bei, relevante Informationen über den Patienten zu erhalten. Der Entlassbrief enthalte wichtige Informationen für Ärzte, Pflegepersonal und insbesondere für den Sozialdienst. Mehr als zwei Drittel der Befragten stimmten zu, dass durch den Einweisungsbrief die Indikation für den Krankenhausaufenthalt klarer kommuniziert wird.

Nahezu drei Viertel der Befragten stimmten außerdem zu, dass trugen das Einweisungsassessment beziehungsweise der Einweisungsbrief helfen, ein besseres Verständnis für die soziale Situation des Patienten vor Krankenhausaufenthalt zu bekommen. Die Befragten stimmten tendenziell weniger zu, dass Aufnahmeprozesse in der Klinik durch einen vorhandenen Einweisungsbrief beschleunigt werden.

Über die Hälfte bis drei Viertel der Befragten stimmte zu, dass die Einweisungsbrochüre Patienten motiviert und hilft, sich auf den Krankenhausaufenthalt vorzubereiten.

Jeweils ca. die Hälfte der Befragten stimmte außerdem zu, dass der HOSPITAL-Score geeignet ist, um Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Rehospitalisierung, geeignete Patienten für das Telefonmonitoring sowie Patienten mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf zu identifizieren.

Drei Viertel der Befragten sahen ein telefonisches Entlassgespräch zwischen Hausarztpraxis und Krankenhaus als förderlich für die Zusammenarbeit. Ca. 80% der Befragten empfanden ein solches Telefonat hilfreich für komplexe beziehungsweise vulnerable Patienten.

Jeweils zwischen der Hälfte und drei Viertel der 17 Befragten aus Krankenhäusern stimmten zu, dass die Begleitinformation bei Entlassung geeignet ist, um dem Patienten Informationen zu vermitteln und ergänzend zum Entlassgespräch eingesetzt werden kann.

Die Behandlungsplanung nach Entlassung kann zum einen dem Patienten Raum geben, von seinem Krankenhausaufenthalt zu berichten. Darüber hinaus hilft es Hausärzten und VERAHS, sich einen Überblick über die Medikation zu verschaffen, an die Einleitung aller Maßnahmen zu denken sowie weitere Versorgungs- und Behandlungsbedarfe zu erkennen. Alle dieser Items haben Zustimmungsraten von 80% und mehr.

Auch das Telefonmonitoring hilft dabei, Unterstützungsbedarfe zu erkennen, wie Zustimmungsraten von ca. 80% zeigen. Ca. 86% der Befragten sahen das Telefonmonitoring außerdem als geeignetes Instrument, um die Therapietreue des Patienten zu überprüfen. Der Großteil der Befragten stimmte, zumindest teilweise, zu, dass das Telefonmonitoring auch für Patienten geeignet wäre, die keinen erhöhten HOSPITAL-Score haben.

Tabelle 60: Wirkmechanismus der VESPEERA-Interventionskomponenten

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Einweisungsassessment/ -brief							
Einweisungsassessment/ -brief hilft, neue relevante Informationen über die Patienten zu bekommen.	3 (5,3%)	3 (5,3%)	13 (22,8%)	27 (47,4%)	11 (19,3%)	3,7 (1)	57
Einweisungsassessment/ -brief hilft, die Dokumentation der Patientendaten in meiner Praxis/ Klinik zu vervollständigen.	3 (5,3%)	5 (8,8%)	16 (28,15%)	25 (43,9%)	8 (14%)	3,5 (1)	57
Einweisungsassessment/ -brief führt dazu, dass die Indikation für den Krankenhausaufenthalt klarer kommuniziert wird.	3 (5,2%)	4 (6,9%)	13 (22,4%)	27 (46,6%)	11 (19%)	3,7 (1)	58
Einweisungsassessment/ -brief hilft, ein besseres Verständnis über die soziale Situation des Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt zu bekommen.	2 (3,4%)	3 (5,2%)	7 (12,1%)	31 (53,4%)	15 (25,9%)	3,9 (1)	58
Einweisungsassessment/ -brief führt zu einer Beschleunigung des Aufnahmeprozesses in der Klinik.	6 (10,2%)	22 (37,3%)	20 (33,9%)	8 (13,6%)	3 (5,1%)	2,7 (1)	59
Einweisungsassessment/ -brief enthält Informationen, die für die Entlassplanung des Patienten relevant sind.	0	6 (10,5%)	23 (40,4%)	22 (38,6%)	6 (10,5%)	3,5 (0,8)	57
Einweisungsassessment/ -brief enthält wichtige Informationen für das Pflegepersonal.	2 (3,4%)	1 (1,7%)	18 (31%)	32 (55,2%)	5 (8,6%)	3,6 (0,8)	58
Einweisungsassessment/ -brief enthält wichtige Informationen für Klinikärzte.	2 (3,4%)	0	16 (27,6%)	32 (55,2%)	8 (13,8%)	3,8 (0,8)	58
Einweisungsassessment/ -brief enthält wichtige Informationen für den Sozialdienst/ das Case Management.	2 (3,4%)	1 (1,7%)	6 (10,3%)	40 (69%)	9 (15,5%)	3,9 (0,8)	58
Insgesamt übersteigt der Nutzen des Einweisungsbriefs den Aufwand.	4 (6,8%)	8 (13,6%)	18 (30,5%)	23 (39%)	6 (10,2%)	3,3 (1,1)	59

*SD: Standardabweichung

Fortsetzung Tabelle 60: Wirkmechanismus der VESPEERA-Interventionskomponenten

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Einweisungsbroschüre							
Einweisungsbroschüre hilft, Patienten zu motivieren, ihre Rechte während des Krankenhausaufenthalts einzufordern.	2 (6,1%)	4 (12,1%)	7 (21,2%)	18 (54,5%)	2 (6,1%)	3,4 (1)	33
Einweisungsbroschüre hilft, Patienten dazu zu motivieren, aktiv - im Rahmen ihrer Möglichkeiten, zu ihrem Genesungsprozess beizutragen.	2 (6,1%)	4 (12,1%)	4 (12,1%)	20 (60,6%)	3 (9,1%)	3,6 (1)	33
Insgesamt hilft die Einweisungsbroschüre, Patienten auf einen Krankenhausaufenthalt vorzubereiten.	3 (8,8%)	2 (5,9%)	6 (17,6%)	15 (44,1%)	8 (23,5%)	3,7 (1,2)	34
HOSPITAL-Score							
HOSPITAL-Score ist einfach zu erheben.	2 (3,8%)	5 (9,6%)	21 (40,4%)	22 (42,3%)	2 (3,8%)	3,3 (0,9)	52
HOSPITAL-Score hilft, Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Rehospitalisierung zu identifizieren.	2 (3,8%)	7 (13,2%)	18 (34%)	20 (37,7%)	6 (11,3%)	3,4 (1)	53
HOSPITAL-Score hilft, Patienten mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf zu identifizieren.	1 (1,9%)	9 (17%)	15 (28,3%)	24 (45,3%)	4 (7,5%)	3,4 (0,9)	53
HOSPITAL-Score hilft, Patienten für den Einschluss ins Telefonmonitoring zu identifizieren.	1 (1,9%)	5 (9,6%)	19 (36,5%)	22 (42,3%)	5 (9,6%)	3,5 (0,9)	52
Insgesamt übersteigt der Nutzen des HOSPITAL-Score den Aufwand.	3 (5,6%)	7 (13%)	24 (44,4%)	16 (29,6%)	4 (7,4%)	3,2 (1)	54
Telefonisches Entlassgespräch							
Telefonisches Entlassgespräch fördert die allgemeine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis.	1 (1,7%)	5 (8,3%)	9 (15%)	31 (51,7%)	14 (23,3%)	3,9 (0,9)	60
Telefonisches Entlassgespräch ist hilfreich für komplexe oder vulnerable Patienten.	1 (1,7%)	2 (3,4%)	8 (13,6%)	32 (54,2%)	16 (27,1%)	4 (0,8)	59
Telefonisches Entlassgespräch sollte generell für alle Patienten durchgeführt werden/ ist für alle Patienten hilfreich.	5 (8,5%)	10 (16,9%)	20 (33,9%)	18 (30,5%)	6 (10,2%)	3,2 (1,1)	59
Insgesamt übersteigt der Nutzen des telefonischen Entlassgesprächs den Aufwand.	3 (5,4%)	5 (8,9%)	22 (39,3%)	19 (33,9%)	7 (12,5%)	3,4 (1)	56

*SD: Standardabweichung

Fortsetzung Tabelle 60: Wirkmechanismus der VESPEERA-Interventionskomponenten

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Begleitinformation bei Entlassung							
Die Patienten-Begleitinformation hilft, Patienten darüber zu informieren, was sie selbst zu einer effektiven Anschlussbehandlung beitragen können.	0	1 (5,9%)	5 (29,4%)	9 (52,9%)	2 (11,8%)	3,7 (0,8)	17
Die Patienten-Begleitinformation hilft, Patienten auf die ersten Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus vorzubereiten.	0	1 (5,9%)	2 (11,8%)	13 (76,5%)	1 (5,9%)	3,8 (0,6)	17
Die Patienten-Begleitinformation ist eine sinnvolle Ergänzung zum Entlassgespräch.	0	1 (5,9%)	4 (23,5%)	8 (47,1%)	4 (23,5%)	3,9 (0,9)	17
Die Patienten-Begleitinformation vermittelt die richtigen Ansprechpartner an den Patienten.	0	1 (5,9%)	5 (29,4%)	7 (41,2%)	4 (23,5%)	3,8 (0,9)	17
Insgesamt übersteigt der Nutzen der Patienten-Begleitinformation des VESPEERA-Projekts den Aufwand.	0	1 (5,9%)	6 (35,3%)	8 (47,1%)	2 (11,8%)	3,7 (0,8)	17
Behandlungsplanung nach Entlassung							
Die Behandlungsplanung nach Entlassung hilft, dem Patienten Raum zu geben, von seinem Krankenhausaufenthalt zu berichten.	1 (2,9%)	1 (2,9%)	5 (14,3%)	15 (42,9%)	13 (37,1%)	4,1 (1)	35
Die Behandlungsplanung nach Entlassung hilft, mir einen Überblick über die Medikation des Patienten nach Entlassung zu verschaffen.	1 (2,9%)	1 (2,9%)	4 (11,4%)	18 (51,4%)	11 (31,4%)	4,1 (0,9)	35
Die Behandlungsplanung nach Entlassung hilft, an alle Maßnahmen zu denken, die nach Entlassung eingeleitet werden müssen.	0	1 (2,9%)	3 (8,6%)	21 (60%)	10 (28,6%)	4,1 (0,7)	35
Die Behandlungsplanung nach Entlassung hilft, weitere Versorgungs- und Behandlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen.	0	2 (5,7%)	5 (14,3%)	20 (57,1%)	8 (22,9%)	4 (0,8)	35
Insgesamt übersteigt der Nutzen der Behandlungsplanung nach Entlassung den Aufwand.	2 (5,6%)	4 (11,1%)	11 (30,6%)	14 (38,9%)	5 (13,9%)	3,5 (1,1)	36

*SD: Standardabweichung

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

Fortsetzung Tabelle 60: Wirkmechanismus der VESPEERA-Interventionskomponenten

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Telefonmonitoring							
Das Telefonmonitoring hilft, die Therapietreue des Patienten zu überprüfen.	1 (2,8%)	3 (8,3%)	1 (2,8%)	27 (75%)	4 (11,1%)	3,8 (0,9)	36
Das Telefonmonitoring hilft, weitere Versorgungs- und Behandlungsbedarfe zu erkennen.	1 (2,8%)	1 (2,8%)	5 (13,9%)	24 (66,7%)	5 (13,9%)	3,9 (0,8)	36
Das Telefonmonitoring hilft, frühzeitige Wiederaufnahmen im Krankenhaus zu vermeiden.	1 (2,8)	3 (8,3%)	12 (33,3%)	18 (50%)	2 (5,6%)	3,5 (0,8)	36
Das Telefonmonitoring hilft bei komplexen oder vulnerablen Patienten.	1 (2,9%)	1 (2,9%)	10 (28,6%)	19 (54,3%)	4 (11,4%)	3,7 (0,8)	35
Das Telefonmonitoring wäre auch für Patienten ohne erhöhten HOSPITAL-Score hilfreich.	1 (2,8%)	4 (11,1%)	11 (30,6%)	15 (41,7%)	5 (13,9%)	3,5 (1)	36
Insgesamt übersteigt der Nutzen des Telefonmonitorings den Aufwand.	1 (2,7%)	4 (10,8%)	11 (29,7%)	17 (45,9%)	4 (10,8%)	3,5 (0,9)	37

*SD: Standardabweichung

4.2.5 Aufwand der Umsetzung des Programms

Wie aufwendig war die Umsetzung des Programms für die Leistungserbringer?

Interviews - Leistungserbringer

Charakteristika der Innovation > Komplexität

Innerhalb der Kategorie „Complexity“ wurden Aussagen der Befragten zum Aufwand der Umsetzung der Intervention und Studie gesammelt.

Einige Befragte äußerten, dass VESPEERA insgesamt zu bürokratisch sei. Einige Unterlagen, wie beispielsweise die Einwurfbox für Fragebögen der Patientenbefragung, wirkten für die Hausarztpraxen „erschlagend“ (HA).

Befragte aus Hausarztpraxen merkten an, dass VESPEERA zu kompliziert, zu umfangreich und detailliert sei. Insbesondere die Tatsache, dass die Informationen für jeden Einweisungsbefehl neu erhoben werden müssten, wurde als aufwendig empfunden. Krankenhäuser äußerten, dass VESPEERA zu groß und komplex sei und daher nicht in allen Häusern umgesetzt werden konnte. Auch gäbe es bisher noch Medienbrüche, die aufwendig sind und Arbeit machen. Personen aus dem Krankenhausmanagement gaben an, dass Neuerungen und Pilotprojekte vor allem zu Beginn immer Zusatzarbeit bedeuten würde.

Insgesamt gab es von Interviewpartnern aus Hausarztpraxen sehr viele Anmerkungen, dass VESPEERA zu zeitaufwendig sei, mit besonderem Verweis auf die Aufklärung und Einholung der Einwilligung zur Studienteilnahme, die Erstellung des Einweisungsassessment, aber auch die eigene Einarbeitung. Sie merkten an, dass VESPEERA Patienten auch eine Plattform zu Reden und Erzählen biete, was auch genutzt wird. Die Befragten wünschten sich, dass einzelne Assessments nicht länger als fünf Minuten dauern sollten. Die Konsequenz des hohen Zeitaufwands sind blockierte Behandlungszimmer und Überstunden. Der hohe Aufwand im Verhältnis zum Nutzen wurde nicht überall gesehen, wie beispielsweise die Erfassung sozialer Angaben, da es im Krankenhaus hierfür den Sozialdienst gibt.

Als für zu komplex und umfangreich für Patienten befanden die Befragten die Unterlagen zu Information und Einwilligung sowie die im Rahmen der Studie eingesetzten Fragebögen. Diese seien zu kompliziert und müssen erläutert werden, der Zeitaufwand hierfür zu hoch. Auch die Informationen rund um den Datenschutz wurden für zu viel befunden, jedoch äußerten die Befragten auch, dass sie wissen, dass es gemacht werden muss.

4.2.6 Attraktivität und Akzeptanz

Wie akzeptabel und attraktiv war das Programm für die Leistungserbringer?

Fragebögen - Leistungserbringer

Tendenziell wünschten sich die Befragten eine flächendeckendere Umsetzung von VESPEERA in allen Hausarztpraxen, Krankenhäusern und bei allen Krankenkassen (siehe Tabelle 61). Über zwei Drittel der Befragten stimmen jeweils zu, dass VESPEERA die Rolle des Hausarztes und der VERAH stärkt. Zwar lässt sich die Durchführung teilweise delegieren, jedoch sieht die Hälfte bis drei Viertel der Befragten die Umsetzung als sperrig (zu bürokratisch, mit Doppeldokumentation verbunden und nur schwer in interne Prozesse integrierbar).

Tabelle 61: Attraktivität und Akzeptanz von VESPEERA

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Eine Teilnahme an VESPEERA würde ich Kolleginnen empfehlen.	3 (4,9%)	13 (21,3%)	19 (31,3%)	23 (37,7%)	3 (4,9%)	3,2 (1)	61
Eine Teilnahme an VESPEERA würde ich allen meinen Patienten empfehlen.	7 (10,9%)	8 (12,5%)	17 (26,6%)	26 (40,6%)	6 (9,4%)	3,3 (1,1)	64
Eine Teilnahme an VESPEERA würde ich mir für alle Hausarztpraxen wünschen.	4 (6,7%)	7 (11,7%)	11 (18,3%)	31 (51,7%)	7 (11,7%)	3,5 (1,1)	60
Eine Teilnahme an VESPEERA würde ich mir für alle Krankenhäuser wünschen.	4 (6,3%)	4 (6,3%)	9 (14,3%)	31 (49,2%)	15 (23,8%)	3,8 (1,1)	63
Eine Teilnahme an VESPEERA würde ich mir für alle Krankenkassen wünschen.	4 (6,3%)	7 (11,1%)	11 (17,5%)	24 (38,1%)	17 (27%)	3,7 (1,2)	63
Eine Teilnahme an VESPEERA stärkt die Rolle der Hausarztmedizin.	3 (4,8%)	2 (3,2%)	14 (22,2%)	31 (49,2%)	13 (20,6%)	3,8 (1)	63
Eine Teilnahme an VESPEERA stärkt die Rolle der VERAH.	3 (4,9%)	2 (3,3%)	12 (19,7%)	25 (41%)	19 (31,1%)	3,9 (1)	61
Die Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen kann in weiten Teilen an VERAHS/ Pflegekräfte delegiert werden.	2 (3,2%)	4 (6,3%)	17 (27%)	29 (46%)	11 (17,5%)	3,7 (0,9)	63
Die Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen ist zu bürokratisch.	0	4 (6,6%)	18 (29,5%)	22 (36,1%)	17 (27,9%)	3,9 (0,9)	61
Die Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen führt zu Doppeldokumentation.	1 (1,6%)	4 (6,3%)	13 (20,6%)	26 (41,3%)	19 (30,2%)	3,9 (1)	63
Die Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen lässt sich gut in interne Prozesse integrieren.	13 (20,6%)	18 (28,6%)	24 (38,1%)	6 (9,5%)	2 (3,2%)	2,5 (1)	63

*SD: Standardabweichung

4.2.7 Determinanten und Kontextfaktoren

Welche Barrieren und fördernden Faktoren gibt es für die Implementierung des Programms?

Welche Kontextfaktoren auf System-, Krankenhaus- und Praxisebene nehmen Einfluss auf die Durchführung und Ergebnisse des Programms?

Interviews - Leistungserbringer

Charakteristika der Innovation > Innovationsquelle

Die Befragten aus Krankenhäusern schätzten die Möglichkeit, sich an der Gestaltung der Intervention zu beteiligen. Sie sahen dies als Möglichkeit, die Versorgung direkt bei den Krankenkassen mitzugestalten in einer Art und Weise, dass diese in der Umsetzung später auch funktionieren.

Charakteristika der Innovation > Anpassungsfähigkeit

Die Befragten äußerten sich zur Anpassungsfähigkeit von VESPEERA. Befragte aus Hausarztpraxen äußerten, dass die Einschlusskriterien zu eng definiert waren, sodass die Praxis oft gar nicht genug potenzielle Patienten betreuen würde. Sie regten an, die Intervention auch für Patienten nach stationärer Reha, Notfälle, Patienten anderer Krankenkassen sowie für Patienten außerhalb der HZV zu öffnen. Auch wurde der HOSPITAL-Score als Einschlusskriterium für das Telefonmonitoring von einigen als zu streng beziehungsweise ungeeignet bezeichnet. Außerdem merkten die Befragten an, dass viele geplante Einweisungen über Fachärzte laufen. Die Einschätzungen rund um die Einschlusskriterien wurden von Befragten aus Krankenhäusern bestätigt.

Auch Wünsche bezüglich der Flexibilität der Interventionskomponenten wurden geäußert: Das Einweisungsassessment sollte auch in Kurzfassung für Notfallpatienten möglich sein. Außerdem äußerten die Befragten den Wunsch nach mehr Flexibilität in den Inhalten, da die Assessments für einige Patienten zu standardisiert seien.

Befragte aus Krankenhäusern merkten an, dass sie grundsätzlich gegen Insellösungen sind.

Charakteristika der Innovation > Erprobbarkeit

Auch die Tatsache, dass es sich um eine Studie handelte, wurde als Determinante zur Umsetzung genannt. Die Teilnehmer sahen die Intervention als Testphase, einige machten vor allem mit, um für wissenschaftliche Erkenntnisse Patienten zu rekrutieren.

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

Die Studienmaßnahmen erschwerten jedoch auch die Umsetzung: beispielsweise waren Fragebögen, die nach der Entlassung ausgefüllt werden sollen, für Patienten zum umfangreich, da der Zeitpunkt der Entlassung für Patienten herausfordernd sei.

Ein Befragter aus einem Krankenhaus berichtete, dass sie noch Schwierigkeiten hatten, den Benefit des Rahmenvertrages Entlassmanagement abzuschätzen und sahen die Testphase von VESPEERA als Option zu schauen, wo sich die Organisation in Bezug auf das Entlassmanagement hin entwickeln will.

Charakteristika der Innovation > Qualität des Designs und der Präsentation

Auch das Design und die Präsentation der Intervention beeinflussten die Umsetzung. So äußerten sich Befragte aus Hausarztpraxen zur Bedienbarkeit des CareCockpits. Einige gaben an, dass sich die Software von selbst erschließe. Andere sagten, dass es ähnlich sei wie PraCMan und sie daher bei der Bedienung keine Probleme hatten. Wieder andere berichteten, dass sie das Programm nicht verstehen, da es nicht intuitiv sei. Sie wünschten sich, dass die Software besser leiten würde. Auch berichtete eine Person, dass es Probleme bei der Softwareinstallation gab und sie die Hilfe des zuständigen EDV-Beauftragten brauchte.

Weiter berichteten VERAHs und Hausärzte von Problemen beim Druck des Einweisungsbriefs. Nicht in allen Internetbrowsern hatte dies funktioniert: die Befragten berichteten von Formatierungsproblemen und Briefen, die lediglich als leeres Blatt gedruckt wurden. Diese Probleme waren mit einem hohen Zeitaufwand verbunden.

Außerdem wünschten sich die Befragten aus Hausarztpraxen eine Schnittstelle zwischen CareCockpit und Arztpraxissoftware, um Diagnosen, Medikation, Stammdaten und Notizen automatisch zu übernehmen und somit Doppeldokumentation zu vermeiden. Jedoch wurde auch Verständnis dafür geäußert, dass dies während der Studienphase nicht möglich ist. Auch der Wunsch nach kompatibler Software zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis wurde geäußert.

Zur digitalen beziehungsweise papierbasierten Umsetzung der Intervention gab es unterschiedliche Meinungen. Ein Befragter aus dem Krankenhaus kritisierte die papierbasierte Umsetzung. Andere, sowohl aus Krankenhäusern als auch aus Hausarztpraxen, arbeiten jedoch nach wie vor am liebsten mit Papier, vor allem in Notfallsituationen.

Charakteristika der Innovation > Kosten

Eine Person aus dem Krankenhausmanagement äußerte, dass eine Integration der VESPEERA-Komponenten in das Krankenhausinformationssystem zu teuer sei.

Äußeres Setting > Bedürfnisse und Ressourcen der Patienten

Die Interviews ergaben diverse Bedürfnisse und Ressourcen der Patienten, die einen Einfluss auf die Umsetzung von VESPEERA beziehungsweise grundsätzlich Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements hatten.

Hausärzte berichteten, dass Patienten nicht gut aufgeklärt aus dem Krankenhaus kommen und haben den Eindruck, dass im Krankenhaus keine Entlassgespräche stattfinden. Ein Hausarzt jedoch sah auch die Verantwortung für das Führen eines Entlassgesprächs eher beim Hausarzt. Auch sahen die Interviewpartner Entlassgespräche nur bedingt als sinnvoll, da Patienten zum Entlasszeitpunkt oft nicht aufnahmefähig seien für die Informationen, die ihnen vermittelt würde. Befragte aus Hausarztpraxen sahen darüber hinaus Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Aufklärung des Patienten über Alternativen und sahen Krankenhäuser hier in der Verantwortung. Befragte aus Krankenhäusern berichteten, dass Patienten beim Hausarzt besser über den Grund des Krankenhausaufenthalts aufgeklärt werden müssten. Auch berichteten die Teilnehmer, dass Hausärzte und Krankenhäuser oft unterschiedliche Theorien über Diagnosen sowie Behandlungsschemata hatten, die jedoch nicht abgestimmt waren, was letztlich zu schlechter Compliance auf Seiten der Patienten führte. Auch abrechnungsbasierte Diagnoselisten in Entlassbriefen, die die Erkrankung des Patienten schlimmer darstellten, führten zu Verunsicherung bei Patienten. Darüber hinaus wussten Patienten nicht über Zuständigkeiten Bescheid, beispielsweise wer eine Liegebescheinigung ausfüllt oder an wen sie sich nach Entlassung wenden können.

Bei Entlassungen außerhalb der Sprechstundenzeiten, also beispielsweise am Freitagnachmittag, können die Bedürfnisse der Patienten bzgl. Medikation oder Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst, nicht erfüllt werden.

Die Befragten betonten die Relevanz einer ganzheitlichen Versorgung des Patienten. So sollte das soziale und familiäre Umfeld des Patienten berücksichtigt werden, außerdem welche Weiterversorgung sinnvoll und vom Patienten gewünscht ist. Auch Angst und Unsicherheit rund um den Krankenhausaufenthalt sollten beachtet werden, die Befragten betonten, wie wichtig in der Hausarztpraxis das Zuhören ist. Besonders zu beachten seien Patienten, bei denen die Versorgung bei Entlassung nicht gewährleistet ist, beispielsweise weil sie keine Angehörigen haben, die Angehörige selbst alt und/ oder krank sind und dann gegebenenfalls auch versorgt werden müssen. Der Fokus sei, dass der Patient gut versorgt ist.

VERAHs berichteten von Unterschieden, je nachdem, ob Patienten an der HZV teilnehmen oder nicht. Nicht-HZV-ler empfänden der Beobachtung der VERAHs nach die HZV als Kontrollverlust und bestünden auf ihrem Recht, die Notaufnahme ohne vorherige Rücksprache mit anderen Leistungserbringern aufzusuchen. Andere VERAHs nahmen in der Versorgung keine Unterschiede wahr.

Auch nicht geklärt Zuständigkeiten in Behandlung und Versorgung beeinflussen Einweisungen und Entlassungen. So erfahren Hausarztpraxen bei Rückverlegungen in Pflegeheime nichts von der Entlassung des Patienten. Für Patienten war nach Wahrnehmung der Befragten oft unklar, ob sie sich nach Entlassung an den Haus- oder Facharzt wenden müssen. Befragte aus dem Krankenhaus sehen das Organisieren von Rezepten als Eigenverantwortung des Patienten. Befragte aus Krankenhäusern berichteten, dass an vielen Stellen die hausärztliche Versorgung und ambulante Notfallversorgung nicht gesichert ist, was zu einer Überlastung der Notaufnahmen von Patienten in „Notlagen“ (KHntA) führte, beobachtet wurde dies insbesondere an Mittwochen und Freitagen. Auch wurde die Versorgung in Pflegeheimen als nicht gut bezeichnet, wodurch viele der Bewohner in Krankenhäusern aufgenommen werden müssen.

Die Interviewpartner berichteten außerdem, dass es verschiedene diagnoseunabhängige Patientengruppen gibt, bei denen es häufiger zu einer Krankenhauseinweisung kommt. So sind dies vor allem chronisch Kranke mit Polypharmazie und Multimorbidität, vor allem wenn es zu einer Dekompensation kommt. Ein Hausarzt jedoch hatte den Eindruck, dass dies im Vergleich zur Vergangenheit weniger geworden sei. Bei Alleinstehenden, die keine fremde Hilfe haben beziehungsweise bei denen es Betreuungs- und Versorgungsprobleme gibt, kommt es zu Einweisungen aufgrund einer sozialen Indikation. Auch hier berichtete ein Hausarzt, dass die Anzahl dieser abnehme und die Patienten eher in eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung eingewiesen würden. Darüber hinaus öfter eingewiesen werden Patienten mit kognitiven Einschränkungen, Patienten mit einer potenziellen Verschlechterung vor dem Wochenende, Patienten aus Altersheimen, phobische beziehungsweise hypochondrische Patienten, anstrengende und fordernde Patienten. Auch berichteten Hausärzte und VERAHs, dass Patienten aus Osteuropa, die vom Setting Poliklinik geprägt sind, häufiger eigenständig die Notaufnahme des Krankenhauses aufsuchen. Darüber hinaus wiesen Hausärzte Patienten aus organisatorischen Gründen ein, wenn viel Diagnostik hintereinander erfolgen muss (beispielsweise im Rahmen einer Tumordiagnostik) oder wenn dies ambulant nicht schnell erfolgen kann (beispielsweise eine Blutentnahme am Nachmittag). Andere Interviewpartner aus Hausarztpraxen konnten keine Patientengruppen identifizieren

beziehungsweise Krankenhauseinweisungen nur diagnosebedingt erklären. Aus Sicht der Befragten aus Krankenhäusern finden sich vor allem in den inneren Abteilungen viele Notfälle, geplante Einweisungen eher in der Orthopädie oder in der Neurologie, dann aber vom Facharzt.

Die Befragten machten zudem an der medizinischen Fachdisziplin fest, ob eine Entlassung gut funktioniert. Gute Erfahrungen wurden aus der Geriatrie berichtet, da dort viel mit Assessments gearbeitet wird und Funktionalität und Versorgungsstrukturen eine wichtige Rolle spielen, auch wenn die Organisation der Weiterversorgung oft eine Herausforderung sei. Auch in onkologischen Abteilungen funktioniert es gut. Dort müssen Therapieschemata kommuniziert werden und Abläufe sind oft klar. In der Orthopädie funktionieren Entlassungen außerdem oft gut, da die weiteren Abläufe, wie zum Beispiel Reha, dort standardisiert sind. Somit kann die Entlassung früher geplant werden als beispielsweise bei internistischen Patienten, bei denen es um eine Differentialdiagnose geht. Gut funktionieren Entlassungen, wenn das Case Management ein grobes, beispielsweise anhand der mittleren Verweildauer berechnetes, Entlassdatum weiß. Dies ist bei geplanten Aufnahmen häufiger der Fall.

Auch die Art und Weise, wie ein Patient mit seiner Erkrankung umgeht, beeinflusst Krankenhausaufnahmen und -entlassungen. Viele Patienten werden selbst aktiv und gehen ohne Rücksprache mit dem Hausarzt eigenständig zum Facharzt. Andere Patienten wiederum sind nachlässig, kommen nicht regelmäßig zur Vorsorge oder melden sich nach Entlassung nicht beim Hausarzt.

Dies wird auch deutlich, wenn das Patientenkontinuum in Notaufnahmen betrachtet wird. Dort finden sich, neben akuten Notfällen, unter anderem Patienten, die diese auf Anraten ihres Hausarztes und bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufsuchen. Vieles sind jedoch keine Notfälle und es ist ersichtlich, dass diese Patienten die Notaufnahme ohne vorherigen Rat eines ambulanten Arztes aufgesucht haben.

Darüber hinaus hat die Organisation der Weiterversorgung nach Entlassung einen Einfluss auf Krankenhausentlassungen. Die Befragten berichteten, dass insbesondere Kurzzeitpflege oder die Versorgung zu Hause, wenn es keine Angehörigen in der Nähe gibt, schwer zu organisieren seien. Dieselben Probleme werden über die Akutgeriatrie berichtet: *„Kann schon sein, dass wir einen Stau produzieren, gell einfach - ja dadurch, dass wir halt irgendwie den Patienten nicht rausverlegt kriegen, gell. Also wir haben durchaus ein Abschlussproblem auch Richtung Akutgeriatrie.“* (KHM). Darüber hinaus können Patienten mit multiresistenten Keimen nicht in die stationäre Anschlussversorgung entlassen werden, was zu einer Verlängerung des

stationären Aufenthalts oder Verlegung in die Kurzzeitpflege, sofern möglich, führt. Die Befragten berichteten zudem, dass die ärztliche Versorgung, die nach Entlassung benötigt wird, in stationären Pflegeeinrichtungen nicht gewährleistet ist. Was die ambulante ärztliche Versorgung betrifft, berichteten Interviewpartner aus Krankenhäusern, dass viele Patienten keinen festen Hausarzt hätten, was zu Rehospitalisierungen führt. Die Organisation von Facharztterminen funktioniert in den Disziplinen, in denen es nicht viele niedergelassene Ärzte gibt, gut.

Verschiedene Umstände beeinflussen die Versorgung von Patienten mit Medikation oder Hilfsmitteln nach der Entlassung. Hausärzte berichteten, dass sie zunächst damit beschäftigt sind, die Medikation des Patienten neu zu sortieren. Andere Befragte aus Praxen berichteten, dass Patienten ohne Rezepte entlassen werden und vom Krankenhaus auf den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung verwiesen werden, wenn die Hausarztpraxis geschlossen hat. Darüber hinaus werden Patienten im Krankenhaus nicht über die Anwendung der Medikamente aufgeklärt. Andere berichteten, dass die Versorgung von Medikation nach Entlassung sichergestellt sei. Darüber hinaus berichtete eine VERAH, dass sie insbesondere wenn es um die Organisation von Hilfsmitteln geht, den sozialen Dienst im Krankenhaus als gut einschätzt. Personen aus dem Krankenhausmanagement hingegen berichteten von Problemen bei der Lieferung von Hilfsmitteln. So erhalten sie von den Krankenkassen keine Rückmeldung zu Kostenübernahmen oder die Lieferung dauert sehr lange, sodass Patienten aufgrund der nicht möglichen Bereitstellung von Hilfsmitteln nicht entlassen werden können. Darüber hinaus empfinden Befragte aus Krankenhäusern die Möglichkeit, N1-Packungen zu verordnen, als unzureichend. Bei Medikation mit häufiger Einnahme wie zum Beispiel Schmerzmittel ist eine N1-Packung nicht ausreichend und die Zuzahlungen für Patienten somit erhöht. Auch äußerten Befragte aus Krankenhäusern, dass die in der Klinik organisierte Versorgung (zum Beispiel Ernährung, Wundversorgung) ambulant nicht fortgeführt würde. Die Befragten sahen VESPEERA insgesamt nur für einen Teil der Patienten geeignet, basierend auf ihren Bedürfnissen. Insgesamt wird VESPEERA als für Patienten mit chronischen Erkrankungen geeignet gesehen. Einweisungsbriefe werden insbesondere für Notfälle gewünscht.

Äußeres Setting > Kosmopolitismus (Vernetztheit mit externen Organisationen)

Die Befragten beschrieben ausführlich, wie die Kommunikation mit dem jeweils anderen Leistungserbringer abläuft.

Die Kommunikation im Rahmen von geplanten Einweisungen läuft überwiegend schriftlich ab und beinhaltet die Verordnung für Krankenhausbehandlung, Arztbriefe vorangegangener Krankenhausaufenthalte oder Facharztbesuche, Medikationspläne, Diagnosen,

Laborergebnisse sowie weitere diagnostische Befunde. Übermittelt werden die Unterlagen in der Regel über den Patienten. Manche Hausarztpraxen geben bei dringlichen Einweisungen dieselben Unterlagen mit wie bei geplanten Einweisungen, andere weniger bis hin zu lediglich der Verordnung mit einer Verdachtsdiagnose. Bei Notfällen werden Unterlagen auch direkt an das Krankenhaus gefaxt. Zusätzlich finden bei geplanten Aufnahmen häufig Telefonate zwischen Hausarzt und Arzt im Krankenhaus statt, um den Fall im Vorfeld detailliert zu besprechen. In Notfällen wird telefoniert, um ein Krankenhaus zu finden, das den Patienten aufnehmen kann. Auch Entlassinformationen werden in der Regel schriftlich übermittelt und ebenfalls dem Patienten zur Übergabe in der Hausarztpraxis mitgegeben. Wie auch Informationen bei Einweisung, variieren Entlassbriefe in der Ausführlichkeit. VERAHs berichten, dass von einigen Krankenhäusern die Entlassungen per Fax angekündigt werden, was positiv bewertet wird. Anrufe durch Krankenhausärzte in der Hausarztpraxis vor der Entlassung finden lediglich bei komplexeren Patienten statt, beispielsweise wenn es darum geht, komplexe Interventionen zu erläutern oder um die weitere Versorgung des Patienten nach Entlassung unter Berücksichtigung der Kenntnis des Patienten durch den Hausarzt zu planen. Darüber hinaus berichteten die Interviewpartner, dass viele Telefonate zwischen MFA und dem Krankenhaus organisatorischer Natur sind. Dabei geht es meist darum, Arztbriefe, Medikationspläne oder Laborergebnisse anzufordern. Diese werden dann im Nachgang meist per Fax übermittelt. Andere Kommunikationswege, wie E-Mail oder der Informationsaustausch über eine gemeinsame digitale Plattform, werden nur sehr vereinzelt genutzt. Ein Arzt aus dem Krankenhaus fasste dies folgendermaßen zusammen: *"Aber ich sage mal die Kommunikation, die Kommunikation läuft vorsintflutlich [...] ja ist einfach Telefon und Fax. [...]. Email funktioniert, ja, nur sehr eingeschränkt mit ausgewählten, quasi wo man das extra vereinbart, dass man diesen Kommunikationsweg geht"* (KHA).

Die Befragten bewerten diese Zusammenarbeit sehr unterschiedlich. Einige sehen Verbesserungen in den letzten Jahren, wie zum Beispiel die Mitgabe von vorläufigen Entlassbriefen. Einige VERAHs berichteten, dass sich die Anzahl der Anrufe ans Krankenhaus für Nachforderungen reduziert habe und bezeichneten die Kommunikation hier als gut. Krankenhausärzte berichteten, dass sich die Kommunikation bei Einweisung von Seiten der Hausärzte verbessert habe.

Grundsätzlich hatte die Etablierung von neuen Berufsgruppen, wie Stationsassistenten oder Physician Assistants sowie die Implementierung von konkreten Ansprechpartnern zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern beigetragen.

Dennoch beschrieben die Interviewpartner diese als Informationsaustausch und nicht als Zusammenarbeit im Sinne von einer gemeinsamen Behandlungsplanung. Auch wird weiter gewünscht, dass einweisende Ärzte detailliertere Einweisungsinformationen mitgeben. Auch Entlassbriefe werden von einigen Befragten nach wie vor als unvollständig beschrieben, was telefonische Nachfragen nach sich zieht. Hausärzte wünschen sich, dass sie von den Krankenhäusern informiert werden, wenn einer ihrer Patienten während eines stationären Aufenthalts verstirbt.

Grundsätzlich wünschen sich die Interviewpartner mehr telefonischen Austausch, von beiden Seiten wird jedoch beschrieben, dass dies aufgrund der Unterschiede zwischen Praxis- und Klinikorganisation schwer zu erreichen ist. Eine Lösung könnten Zeitslots sein, die Hausarztpraxen für Telefonate mit anderen Leistungserbringern einrichten.

Darüber hinaus werden gewünscht: eine Definition von Standards für den Informationsaustausch bei Einweisung und Entlassung, verpflichtende Einweisungsbriefe, Informationsübermittlung mit gewährleisteter Medienkontinuität. Insbesondere Krankenhäuser präferieren digitale Kommunikation, haben aber den Eindruck, dass Hausarztpraxen weiterhin gerne per Fax kommunizieren würden. Auch gewünscht werden Ankündigungen von Einweisungen und Entlassungen. Hierzu können sich die Befragten die Verwendung eines Messenger-Systems vorstellen, welches im Gegensatz zum Telefonat die aktuelle Tätigkeit nicht unterbricht. Auch die Verwendung von gemeinsamen Plattformen oder Zugang zum Krankenhausinformationssystem durch Hausärzte werden als geeignete Informationswege gesehen.

Häufig sind Hausärzte nicht informiert, wenn ihre Patienten durch einen Facharzt eingewiesen werden und erfahren erst nach Entlassung vom Krankenhausaufenthalt. Wenn sie früher informiert werden, dann meist durch den Patienten oder Angehörige und nur in seltenen Fällen durch den einweisenden Facharzt. Befragte aus Krankenhäusern empfinden dies als problematisch, da sie in diesen Fällen keinen Kontakt zum Hausarzt aufnehmen können und keine Informationen über den Patienten haben.

Im Rahmen der Interviews wurde nicht nur über die Kommunikation zwischen Leistungserbringern, sondern auch über die Kommunikation von Leistungserbringern mit Krankenkassen gesprochen. Insgesamt funktioniert diese am besten mit großen Krankenkassen (beispielsweise AOK) oder regionalen Krankenkassen. Teilweise wird berichtet, dass es bei Entlassungen zu Verzögerungen kommt, da der Sozialdienst/ das Case Management von der Krankenkasse wenig Unterstützung bei Eilanträgen (beispielsweise Pflegegrad, Rehabilitation) oder der Organisation von Hilfsmitteln erfährt. Als problematisch

wird auch die Erreichbarkeit am Wochenende und außerhalb der üblichen Bürozeiten empfunden.

Grundsätzlich berichten die Interviewpartner, dass die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern besser funktioniert, wenn diese sich persönlich kennen und eine Wertschätzungskultur gelebt wird. Insbesondere Telefonate werden eher durchgeführt, wenn man das Gegenüber kennt und im besten Fall schon mal gesehen hat.

Gemeinsame Kooperationstreffen (beispielsweise jährlich), Fortbildungen oder Qualitätszirkel können ein geeignetes Instrument sein, um sich kennenzulernen, Verständnis für die Tätigkeiten des jeweils anderen herzustellen und die Zusammenarbeit zu reflektieren und planen.

Äußeres Setting > Gruppenzwang

Teilnehmer aus Krankenhäusern äußerten auch Peer Pressure Effekte, wie die Befürchtung, von Einweisungsströmen abgeschnitten zu sein, wenn alle Hausärzte am Projekt VESPEERA teilnehmen würden, da das Projekt VESPEERA in der Fläche wohl gut bekannt war.

Äußeres Setting > Außenpolitik und Anreize

Als einschränkend wird der Facharztvorbehalt empfunden, da Hausärzte bei bestimmten Indikationen den Patienten nicht direkt einweisen können, sondern der Patient immer den „Umweg“ (HAnt) über den Facharzt gehen muss.

Einige Befragte sahen Schwierigkeiten bei anderen Leistungserbringern, wie beispielsweise, dass Krankentransporte lange Wartezeiten haben, Qualitätsmängel bei niedergelassenen Ärzten und unzureichende Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen durch niedergelassene Ärzte.

Viele Interviewpartner äußerten sich zum Thema Datenschutz als Einflussfaktor und empfinden, dass Datenschutzvorgaben der Patientenversorgung manchmal im Weg stehen. Als konkrete Beispiele, in denen Datenschutzvorgaben die Versorgung der Patienten beeinflusst, äußerten die Teilnehmer: der Adressat des Entlassbriefs ist der Patient und nicht der Hausarzt, Rezepte für Bewohner dürfen nicht an Apotheke gefaxt werden, Ärzte in Krankenhäusern dürfen Befunde im Krankenhausinformationssystem aus anderen hausinternen Fachabteilungen nicht einsehen, telefonische Auskunft über Patienten erfordert eine Identifikation via Fax, Auskunft über Patienten bei Krankenkassen für die zuvor Anträge (zum Beispiel auf Einstufung in einen Pflegegrad) gestellt wurden, Übermittlung von Informationen via Fax.

Außerdem wurden als Einflussfaktoren für die Durchführungen des Einweisungs- und Entlassmanagements wie auch VESPEERA genannt: Gesetze, wie beispielsweise das Terminservice- und Versorgungsgesetz, die Budgetierung niedergelassener Ärzte, die Verpflichtung zur Einholung der Einwilligung des Patienten zu Maßnahmen des Entlassmanagements, bereits bekannte Vorgaben aus dem Expertenstandard Entlassmanagement, die Tatsache, ob ein Patient gesetzlich oder privat versichert ist, die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern, zu viele Inselprojekte, die Unterstützung der Krankenkassen bei der Hilfsmittelverordnung (Krankenkassen haben Vertragspartner für bestimmte Hilfsmittel, keine Ansprechpartner bei den Krankenkassen) und insgesamt zu viele Neuerungen (rund um Software, Abrechnung, Qualitätssicherung inkl. Zertifizierungen und Audits, Dokumentation, Anforderungen des Medizinischen Diensts der Krankenkassen, sowie immer weitere Papierformulare, Implementierung der Telematikinfrastruktur).

Auch der Rahmenvertrag Entlassmanagement hat die Umsetzung und Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen in den Krankenhäusern beeinflusst. Eine Herausforderung für die Krankenhäuser war der zeitgleiche Start von VESPEERA mit dem Inkrafttreten des Rahmenvertrags. Außerdem hat der Rahmenvertrag Entlassmanagement auch die Öffentlichkeit für das Thema sensibilisiert und die Teilnehmer berichten davon, dass Patienten zunehmend Maßnahmen einfordern, auch wenn diese teilweise nicht berechtigt waren. Positiv gesehen wird, dass die Krankenhäuser nun auch Verordnungen ausstellen dürfen.

Für einige Krankenhäuser war die Teilnahme an VESPEERA eine strategische Entscheidung, da die AOK Baden-Württemberg einen hohen Marktanteil hat, was als Grundlage für vertragliche Verhandlungen aber auch als Mitgestaltungsmöglichkeit gesehen wird.

Die Vergütung der VESPEERA-Maßnahmen wurde von Hausärzten und VERAHs auch als Einflussfaktor genannt, die Meinungen fallen jedoch unterschiedlich aus. Einig waren sich die Befragten, dass es eine Vergütung für alle Interventionskomponenten geben soll. Einige empfanden die Vergütung als „bescheiden“ (HA), andere als „adäquat“ (HA). Insgesamt äußerten einige, dass die Vergütung in der Form keinen Anreiz zur Durchführung darstellt. Ein Hausarzt äußerte, dass er die Vergütung an die VERAH weitergibt, um ihre Arbeit somit zu honorieren, andere VERAHs berichten, dass sie von der Vergütung nichts hätten. Bei der Frage nach dem Wunsch für die Zeit der Fortführung nach Studienende äußerte ein Hausarzt, dass er eine Quartalspauschale von ca. 80,00 EUR, ähnlich dem Vergütungsmodell in PraCMan, für angemessen halte. Ansonsten gab es wenig konkrete Vorstellungen wie eine ideale Vergütung aussehen könnte. Darüber hinaus äußerten die Teilnehmer den Wunsch nach einer höheren Aufwandsentschädigung für die Durchführung der Studienmaßnahmen.

Auch über VESPEERA hinaus haben Abrechnung und Vergütung Auswirkungen auf Krankenhauseinweisungen und -entlassungen. So berichteten Hausärzte von einem wahrgenommenen Einfluss von Abrechnungsmechanismen auf Information, da Diagnoselisten im Entlassbrief eine „Tendenz zur Übertreibung“ (HA) aufweisen. Auch erhöht eine Entgeltrelevanz den Durchführungsdruck auch auf Maßnahmen des Entlassmanagements, um Fallzusammenlegung zu vermeiden. Dennoch werden Entlassungen häufig auf Basis von DRG-Gruppierungen getroffen. Zudem äußerten mehrere Befragte aus dem Krankenhausmanagement Unmut darüber, dass Budgetkürzungen bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer zustande kamen, da Patienten aufgrund von Weiterversorgungsproblemen nicht entlassen werden konnte, Nachweise über frühzeitig in die Wege geleitetes Entlassmanagement hatte keinen Einfluss auf die Budgetkürzungen. Darüber hinaus werden stationär eingeleitete Therapien im ambulanten Setting aufgrund von Budgetgrenzen nicht fortgeführt beziehungsweise Niedergelassene weisen Patienten zur Durchführung ins Krankenhaus ein.

Veränderungen in Settings der stationären Langzeitpflege, wie die Umwandlung von Zwei- zu Einbettzimmern, haben laut Befragten aus dem Krankenhausmanagement zudem Einfluss auf das Entlassmanagement in den Krankenhäusern.

Einige Aussagen zu Kontextfaktoren konnten nicht gut bewertet werden, da es bei einigen Hausärzten und VERAHs zu einer Vermischung von Innovation, also der VESPEERA-Intervention, und Studienmaßnahmen, also beispielsweise Aufklärung oder Datenerhebung, kam.

Inneres Setting > Strukturelle Charakteristika

Der Anteil an geplanten und notfallmäßigen Einweisungen unterscheidet sich in den Hausarztpraxen: einige haben kaum geplante Einweisungen, andere berichteten, dass dringliche Einweisungen in ihrer Praxis quasi nicht vorkämen. Die Interviewpartner aus Hausarztpraxen berichteten von einem großen Durchlauf an Patienten pro Tag (ca. 100), bei einer Praxisgröße von beispielsweise 3000 Patienten pro Quartal. Damit verbunden sind 15-20 Briefe pro Tag, die vom Arzt gelesen werden müssen. Im ländlichen Raum kommen viele Haus- und Heimbefuche dazu. Oft sind im Umkreis nur wenige andere Hausärzte tätig. Es gibt große Praxen, die über mehrere Stockwerke verteilt sind und beispielsweise Praxismanagerinnen haben oder VERAHs, die gesonderte Bürotage haben. Andere sind Einzelpraxen mit nur zwei MFA und einer VERAH, die nur in Teilzeit arbeitet. Je nach Praxis haben VERAHs nur VERAH-Tätigkeiten, andere übernehmen auch noch viele reine MFA-Tätigkeiten. Eine VERAH berichtete, dass in der Praxis viele türkische Patienten seien. Andere

berichteten, dass sie viele ältere Patienten haben, die weniger bei der AOK versichert sind oder an der HZV teilnehmen.

Die Krankenhäuser haben eine unterschiedliche Bettenauslastung, die zwischen 68% und 98% (in der Psychiatrie) liegt, vor allem in den Wintermonaten ist diese erhöht. Die Häuser haben oft ein großes Einzugsgebiet und hauptsächlich notfallmäßige Aufnahmen, nur wenige der Zuweiser sind Hausärzte. Die Befragten berichteten, dass sich die Organisationsstrukturen intern zwischen den Stationen und Kliniken unterscheiden beziehungsweise dass der Strukturierungsgrad abhängig ist vom Chefarzt. Andere berichteten zudem, dass sich das Vorgehen von Arzt zu Arzt unterscheidet, je nach Vorlieben. Auch sind die Abteilungen intern teilweise nicht gut im Austausch und elektronisch vernetzt. Auch die Visiten werden von vielen als nicht interprofessionell beschrieben, es wird nicht als eine Einheit zusammengearbeitet, was zur Folge hat, dass im Anschluss viele Informationen zusammengetragen werden müssen und Zeit verloren geht.

Die Befragten berichteten, vor allem aus kleineren Häusern, dass vieles leichter zu organisieren ist, da es oft nur kurze Wege sind. Jedoch haben auch kleine Häuser mit Problemen zu kämpfen, sie haben beispielsweise keine eigene Rechtsabteilung oder kein Bettenmanagement. So wird in kommunalen Häusern oft nicht wirtschaftlich gearbeitet. Befragte aus einem kleinen Haus berichten, dass erst mit der kürzlichen Einführung einer neuen Geschäftsführung die Organisationsstruktur komplett neu organisiert wird.

Der Umsetzungsgrad der digitalen Dokumentation ist sehr heterogen. Einige Befragte berichteten von Papierdokumentation, die überhandnähme. Andere sind bereits überwiegend digital beziehungsweise derzeit an der Umsetzung und nur einige letzte Projekte sind noch papierbasiert. Trotzdem wird häufig noch mit Parallelsystemen gearbeitet.

Darüber hinaus berichteten Befragte aus Krankenhäusern von einer hohen Fluktuation beim Personal durch wechselnde Assistenzärzte und Schwangerschaftsausfälle bei einem hohen Frauenanteil. Dies beeinflusst die Umsetzung unterschiedlichster Maßnahmen, da alle paar Monate neues Personal geschult und eingearbeitet werden muss.

Inner Setting > Netzwerke & Kommunikation

Die Befragten berichteten, dass auch organisationsinterne Netzwerke und Kommunikationsstrukturen einen Einfluss auf die Umsetzung der Intervention sowie Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements hatten.

So wurde berichtet, dass überall interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit benötigt wird. Zwar hat der Arzt die Verantwortung für Entlassung, beteiligt sollten jedoch alle Berufsgruppen sein. Einige Befragte aus Krankenhäusern berichteten an dieser Stelle davon, wie hilfreich interprofessionelle Visiten mit allen beteiligten Berufsgruppen, v.a. auch dem Sozialdienst, sind. Die Informationsweitergabe erfolgt intern meist im Rahmen von Übergaben.

Die Befragten aus Krankenhäusern schilderten, dass die interne Kommunikation oft unzureichend sei. Häufig gäbe es hierfür keine klaren Regeln und es komme oft zu Informationsverlust, so sind beispielsweise Informationen aus der Notaufnahme nicht einsehbar beziehungsweise werden nicht weitergegeben. Auch Lösungsvorschläge wurden hierfür genannt, wie ein internes sicheres Messengersystem, die Nutzung des Terminkalenders als wichtiges Instrument für die Kommunikation von Neuzugängen, sowie den Zugriff aller Berufsgruppen inklusive Sozialdienst und Case Management auf Patientenakten. Auch wird berichtet, dass es wichtig sei zu dokumentieren, wenn es zu Verzögerungen bei der Entlassung komme. Andere Befragte berichten an dieser Stelle nicht von Problemen, da sie durch die digitale Akte intern gut vernetzt sind.

Auch die informelle Kommunikation und kurze Wege spielen eine wichtige Rolle. Gut funktioniert dies beispielsweise, wenn sich die Büros des Case Management direkt auf den Stationen befinden. Kurze Wege funktionieren in kleinen Häusern besser.

Aus den Hausarztpraxen wird häufig von internem Informationsverlust berichtet. Nur eine VERAH sagte, dass sie ein gutes Team hat und die anderen MFA mitdenken. VERAHS betonten zudem, dass sie die Rücksprache mit dem Arzt sowie Rückendeckung der anderen MFA brauchen, um ihren Aufgaben gerecht werden zu können. Auch können sie beispielsweise in Teambesprechungen auf Besonderheiten wie VESPEERA hinweisen, sodass auch andere mitdenken können und zum Beispiel auf potenziell geeignete Patienten hinweisen können.

Inneres Setting > Organisationskultur

In den Organisationen wurde von unterschiedlichen Organisationskulturen berichtet. So gibt es teilweise eine Haltung der „Arbeitsvermeidung“ (KHM), was aber meist nur Aufschieben bedeutet. Andere berichteten von sehr motivierten Mitarbeitern oder dass sie in einer für den Patienten serviceorientierten Praxis arbeiteten.

Darüber hinaus wurde von unterschiedlichen Haltungen gegenüber dem Umgang mit Medikation bei Entlassung berichtet. In einigen Krankenhäusern wird dies intern besprochen und sich auf eine einheitliche Handhabung geeinigt. Andere beobachteten, dass es Unterschiede sogar zwischen Ärzten gibt, wenn diese sich uneinig sind.

Auch gegenüber dem Prozessmanagement gibt es verschiedene Haltungen. Ein Hausarzt berichtete, dass es in seiner Praxis keine Struktur gäbe und alles arztabhängig sei. Jedoch braucht auch eine Praxis einen gewissen Grad an Organisation, um mit Unvorhersehbarem umzugehen. Ein Befragter aus einem kleinen Krankenhaus berichtete, dass es bisher gar kein Prozessmanagement gab. Andere berichteten, dass Prozesse zwar geplant seien, aber nicht so durchgeführt werden und Abläufe eher unkoordiniert seien.

Ein anderer Aspekt, der angesprochen wurde, ist die Rolle der VERAH in der Hausarztpraxis. In den Praxen wird die Rolle der VERAH unterschiedlich gelebt. In einigen Praxen übernimmt die VERAH lediglich VERAH-Aufgaben wie Case Management, während sie in anderen Praxen weiterhin „klassische“ MFA-Tätigkeiten übernimmt. Grundsätzlich wird die VERAH als Ansprechpartnerin für Patienten gesehen. Die Übertragung der Durchführung der VESPEERA-Intervention wird zudem als Zeichen der Wertschätzung gesehen. Aus einer nicht an VESPEERA teilnehmenden Praxis kam der Vorschlag, dass das Entlassmanagement ein Bereich sei, in dem sich die VERAH gut einbringen könnte.

Auch ein Aspekt der Organisationskultur ist die Sicht auf die Patienten. Die Befragten berichteten einstimmig, dass es wichtig sei, sich Zeit zu nehmen, mit dem Patienten zu sprechen und auch Familiengespräche zu führen. Insgesamt und trotz allem anderen sollte das Ziel, nämlich den Patienten gut zu versorgen, nicht aus den Augen verloren werden.

Die Befragten berichteten von unterschiedlichen Sichtweisen auf Weiterentwicklung und Verbesserung generell. Einige berichteten, dass das ganze Team an Weiterentwicklung und Verbesserung interessiert sei. Andere berichteten, dass es oft an einzelnen Personen hänge und nicht von der gesamten Organisation gelebt würde.

Inneres Setting > Implementierungsklima > Druck für eine Veränderung

Die Interviewpartner berichteten von verschiedenen Situationen beziehungsweise Zuständen, die sie als veränderungsbedürftig empfinden und die somit die Implementierung und Umsetzung von Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements beeinflussen.

So wird berichtet, dass der Zustand des Patienten vor Krankenhausaufnahme, wenn möglich (in Notfallsituationen nicht immer möglich) mehr berücksichtigt werden sollte. Dies beinhaltet den Zustand des Patienten, das Ziel der Krankenhausbehandlung sowie Informationen zur sozialen und pflegerischen Lage, die dann wiederum in die Entlassplanung mit eingebunden werden sollten. Idealerweise sollten die Informationen digital übermittelt werden.

Auch der Stand der Digitalisierung organisationsintern beeinflusst die Umsetzung. Digitale Dokumentation birgt die Gefahr, dass Informationen in unkontrollierter Weise übernommen werden. Papier hingegen kann nicht parallel von mehreren Personen bearbeitet werden, was bei dem anstehenden Dokumentationsaufwand eigentlich keine Option ist. Zudem können Papierdokumente verloren gehen.

Entlassdokumente sind nach wie vor häufig nicht vollständig (beispielsweise fehlen Wundüberleitungsbögen, wichtige Medikamente sind im Medikationsplan nicht aufgeführt, Laborwerte fehlen) oder nicht korrekt. Änderungen am Entlassbericht finden teilweise keinen Eingang in die Post. Diese Schwierigkeit wird vor allem bei Informationen zu den Tätigkeiten des Sozialdienst gesehen, da diese erst kurz vor der Entlassung zur Verfügung stehen. Von den Interviewpartnern wird als Lösung direkt vorgeschlagen, hierfür ein separates Dokument zu führen, in dem aufgelistet ist, was bereits erfolgt ist und welche Maßnahmen noch offen sind. Als Schwierigkeit wird außerdem gesehen, dass der Patient Informationsträger ist und dem Hausarzt Informationen aus dem Krankenhaus nicht vorliegen, wenn der Patient vergisst, dem Hausarzt den Entlassbrief zu übergeben.

Auch der Zeitpunkt der Entlassung wird als verbesserungsdürftig beschrieben. Nach wie vor finden Entlassungen am Freitagnachmittag, abends, nachts, am Wochenende und/ oder spontan statt.

Ein Interviewpartner berichtet auch davon, dass mehr Kapazitäten benötigt werden, um auf Unerwartetes (wie beispielsweise die COVID-19-Pandemie) reagieren zu können.

Hausärzte berichteten, dass die Bettenauslastung der Krankenhäuser sie vor Herausforderungen stelle, wenn es darum geht, für Notfälle freie Betten zu finden.

Aus den Krankenhäusern wird bzgl. des Personals berichtet, dass Personen sich vor Belastung wegducken sowie dass die ärztliche Kompetenz in der Notaufnahme unzureichend ist, wenn dort junge Assistenzärzte ohne Erfahrung eingesetzt werden.

Bezüglich des Prozessmanagements wird berichtet, dass eingeführte Prozesse auch regelmäßig hinterfragt und ggf. reorganisiert werden müssen. Als Positivbeispiel wird von einer Notaufnahme berichtet, die gut organisiert ist und wo alle Mitarbeiter Wert darauflegen, dass die Prozesse eingehalten werden. Dort funktioniert die Umsetzung des Geplanten im Arbeitsalltag gut. Eine Stationsassistentin berichtet als verbesserungswürdig, dass sie keinen Einblick in die Dienstpläne der Ärzte hat und nicht weiß, wann welcher Arzt da ist.

Viele Interviewpartner berichteten von Zuständen in der Steuerung der Patientenwege beziehungsweise im Belegungsmanagement, die sie als verbesserungswürdig beschreiben, da unter anderem Entlassungen häufig aus organisatorischen Gründen verzögert stattfinden. Ein Hausarzt berichtete, dass die Unterbringung von psychiatrischen Patienten schwierig sei. Zudem haben Patienten lange Wege, bis sie in der richtigen Abteilung ankommen. Auch sollten andere Zugangswege für dringliche Aufnahmen gefunden werden, um die Notaufnahmen zu entlasten. Einige Befragte aus Krankenhäusern berichteten, dass das zentrale Patientenmanagement häufig übergangen werde und Oberärzte geplante Aufnahmen selbst planen, ohne, dass die entsprechende Station hierfür Kapazitäten hätte. Andere berichteten, dass sie ein Steuerungsmittel benötigten, um stark pflegebedürftige Patienten bei Aufnahme identifizieren und somit die Belegung der Stationen besser planen zu können. Interviewpartner aus dem Krankenhausmanagement berichteten, dass sie keine Verbindung zwischen Aufnahme und Entlassung hätten. Teilweise könnte jedoch schon prästationär mit der Organisation der Entlassung begonnen werden. Auch wird der Wunsch nach einer besseren Entlassterminierung und Kommunikation an alle Berufsgruppen geäußert. Diese sollte frühzeitig bei Aufnahme, in Form einer Kombination aus DRG und ärztlicher Einschätzung, erfolgen und kontinuierlich hinterfragt und angepasst werden. Da Notfälle schwer zu lenken sind, wird eine proaktive Planung gewünscht. Auch sollten elektive Aufnahmen besser geplant werden und Aufklärung, Prämedikationssprechstunde etc. prästationär gemacht werden. Aufnahmestationen könnten eine Lösung zur Vermeidung von Flurbetten und Wartezeiten sein. Darüber hinaus wurde berichtet, dass Patienten kurzfristig entlassen werden müssten, da die Betten für neue Aufnahmen benötigt werden, was keine Zeit für Entlassgespräche lässt. Auch wird der Wunsch nach einer zentralen Bettenplanung über die ganze Einrichtung hinweg gewünscht.

Aus Hausarztpraxen wird der Wunsch geäußert, dass Patienten so entlassen werden, dass sie für zwei bis drei Tage versorgt sind. So könnten sie in der Praxis einen Termin für den Patienten planen und sich entsprechend vorbereiten. Derzeit werden Patienten nach Entlassung in der Praxis spontan vorstellig, was zu Verzögerungen im Praxisablauf führt.

Inneres Setting > Implementierungsklima > Kompatibilität

Viele Befragte machten Aussagen, die verdeutlichen, dass die Passung der Intervention mit der Praxis-/ Krankenhausorganisation die Umsetzung von VESPEERA beziehungsweise Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements beeinflusst.

Bei Patienten mit dringlicher Krankenhauseinweisung ist nicht immer ein Sprechzimmer frei, sodass die VESPEERA-Interventionskomponenten an der Anmeldung durchgeführt werden, was ein Problem in Bezug auf Datenschutz und Schweigepflicht darstellt.

Einige Befragte aus Hausarztpraxen berichteten, dass die Einbindung von VESPEERA kein Problem war, da es bisher schon ähnlich gehandhabt wurde, neu war lediglich die Umsetzung im CareCockpit. Auch berichteten VERAHs, dass sie in der Praxis mit PraCMan arbeiten und die Umsetzung von VESPEERA kein Problem darstellte, da das Programm und die Arbeitsweise ähnlich seien. Neben der Bekanntheit des Programms wurde auch die Kompatibilität der Software angesprochen. Eine VERAH berichtete, dass sie aus technischen Gründen entweder die CareCockpit-Software oder ihr Mailprogramm nutzen konnte. Auch eine Integration von Software, beispielsweise auch für die Erstellung des bundeseinheitlichen Medikationsplans in die Praxissoftware, wurde angesprochen. Einige Befragte hatten Wünsche zur CareCockpit-Software geäußert, die machbar, den Interviewpartnern jedoch unbekannt waren (beispielsweise die Installation der Software auf mehreren Computern).

Auch aus den Krankenhäusern berichteten einige Interviewpartner, dass die Vorgaben des Rahmenvertrages Entlassmanagement dem bisherigen Vorgehen entspräche und lediglich die Formalia neu wären. In vielen Häusern musste lediglich in Prozessen definiert werden, was bisher gemacht wurde, sowie die digitale Dokumentation angepasst werden, wofür die Softwarehersteller Lösungen bereitstellten. Andere Häuser waren vor Herausforderungen gestellt, insbesondere bei der Umsetzung der Verordnungserstellung, da in vielen Bereichen Ärzte nicht zur Verfügung standen, um Verordnungen zu unterschreiben (beispielsweise da sie im Operationssaal beschäftigt sind). VESPEERA-Einweisungsbriefe wurden gehandhabt wie andere papierbasierte Dokumente auch und stellten keinen absoluten Sonderfall dar. Andere berichteten, dass „*Pilotsachen immer extra*“ (KHM) seien. Die Krankenhäuser berichteten zudem von einer guten Passung, da sie in die Interventionsentwicklung in

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

VESPEERA eingebunden waren, anders als beim Rahmenvertrag Entlassmanagement. Grundsätzlich gelänge die Umsetzung am besten, wenn der Workflow für alle Patienten/ Betroffenen der gleiche sei, sich möglichst gut integrieren lasse und nicht parallel laufen muss. Auch die Passung zum Grad der internen digitalen Umsetzung müsse passen, nicht in allen Krankenhäusern war dies möglich. Zudem passe VESPEERA zum grundsätzlichen Trend Entlassmanagement, in den letzten Jahren hatte sich diesbezüglich einiges verbessert. Einige Krankenhäuser hatten zwar keine Vorüberlegungen zum Thema, andere hingegen waren bereits dabei, ihr Entlassmanagement zu verbessern. Insbesondere in der Pflege war das Thema nichts Neues, da es dort den Expertenstandard Entlassmanagement gibt.

Grundsätzlich berichteten die Befragten von der Problematik, Neues im Alltag umzusetzen. Dies brauche Eingewöhnung und Zeit. Wenn Events zu selten auftreten, könne keine Routine entstehen. Neue Dinge werden oft nicht umgesetzt, da das Alte aus Gewohnheit weitergeführt wird. Zu Beginn sei eine aktive Auseinandersetzung gefordert, erst wenn Dinge eingeübt und routiniert sind, funktioniert die Umsetzung besser.

Inneres Setting > Implementierungsklima > Relative Priorität

Die Befragten berichteten, dass Administratives und Dokumentation keine Priorität habe und es nicht als ihre Aufgabe gesehen wird: „Also, weil, der normale Assistenzarzt, der hat in diesen administrativen-organisatorischen Dingen, das ist nicht sein Kernbereich.“ (KHM). Sie berichteten, dass die Dokumentation mehr Zeit einnehme als die Kernaufgabe „am Patienten“ (KHM). Befragte aus Hausarztpraxen berichteten, dass der Praxisalltag Priorität vor Neuem habe und dass im „Verwaltungsbottich [...] das Menschliche geht dann einfach unter so ein bisschen“ (HA-V). Aus den Krankenhäusern wird jedoch auch berichtet, dass sie zwar viel zu tun haben, aber dass VESPEERA ein „cooles Projekt“ (KHM) sei und sie mitmachen wollten.

Inneres Setting > Implementierungsklima > Ziele und Feedback

Ein Befragter aus dem Krankenhaus berichtete, dass sie das einzige Krankenhaus in der Region seien und daher grundsätzliches direktes Feedback von den niedergelassenen Ärzten und vom Landrat bekämen. Was VESPEERA betrifft, wird von wenig bis keinem Feedback von Patienten zur Intervention berichtet.

Inneres Setting > Bereitschaft zur Implementierung > Engagement von Führungskräften

In den Aussagen der Befragten konnten verschiedene Charaktere von Führungskräften identifiziert werden, die die Implementierung von VESPEERA beziehungsweise Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements beeinflussten.

Einige berichteten von einer Führungskraft mit eher hemmendem Charakter, die kurz angebunden sei und keine Hilfe darstellte. Die Befragten waren in Folge dessen auf sich alleine gestellt. Eine befragte Person berichtete davon, dass es derzeit viele „Baustellen“ (KHntA) gäbe, die die alte Geschäftsführung nicht angegangen hätte. Ein Befragter äußerte den Wunsch nach mehr interner Unterstützung durch Führungskräfte und die Aufforderung, Entlassmanagement als Priorität zu sehen. Befragte berichteten von einem Chefarzt, „*der nicht mit der Zeit gegangen ist*“ (KHP) sowie davon, dass der Chefarzt eben Arzt und kein Manager sei.

Einige der Befragten nahmen ihre Führungskräfte als motivierend wahr. Eine VERAH berichtete von einem jungen Hausarzt, der „ *kreativ*“ (HA-V) sei und „*viele gute neue Ideen*“ (HA-V) habe. Eine andere VERAH wurde von ihrem Chef dazu motiviert, beim Interview mitzumachen, als sie selbst unsicher war. Aus Krankenhäusern wurde berichtet, dass das Entlassmanagement von „*unserer Geschäftsführung gepusht*“ (KHntA) wurde sowie, dass Führungskräfte sich an der Umsetzung am untersten Ende mit eingebracht haben.

Einige der Befragten empfinden sich selbst als motivierende Führungskräfte. Eine Person empfindet sich selbst als treibenden Motor, eine andere berichtete, dass sie VESPEERA immer wieder angesprochen habe. Eine Führungskraft berichtete, dass sie selbst mit auf die Stationen gegangen sei, um die Einführung des Entlassmanagements zu unterstützen. Eine Person aus dem Krankenhausmanagement berichtete, dass sie Bereitschaft aufbringe, die notwendige Überzeugungsarbeit im „*Weißkittelbereich*“ (KHP) zu leisten.

Grundsätzlich waren sich die Befragten über die Notwendigkeit einer motivierenden Führungskraft einig. Nur dann, wenn Führungskräfte auf die Umsetzung von Maßnahmen Wert legen, wird dies auch an die Mitarbeiterschaft transportiert. Grundsätzlich sollten Führungskräfte Mitarbeiter für die Umsetzung nicht nur benennen, sondern für die neuen Tätigkeiten auch freistellen.

Inneres Setting > Bereitschaft zur Implementierung > Verfügbarkeit von Ressourcen

Die Verfügbarkeit verschiedener Ressourcen in den Hausarztpraxen und Krankenhäusern hatte Einfluss auf die Umsetzung von Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements, inklusive der VESPEERA-Intervention.

So berichteten viele Befragte sowohl aus Hausarztpraxen als auch aus Krankenhäusern, dass sie keine Scanner haben, um Bundesmedikationspläne einzuscannen. Aus Hausarztpraxen wurde berichtet, dass die CareCockpit-Software häufig nur auf einem Computer installiert ist.

Auch sind in den Hausarztpraxen oft nicht ausreichend Räume beziehungsweise mit Computern ausgestattet. Dies wurde ebenfalls aus den Krankenhäusern berichtet. Einige VERAHs berichteten, dass sie beispielsweise ein eigenes Büro haben, das Labor für VERAH-Aufgaben nutzen können oder das Sprechzimmer für ihre Tätigkeiten freigehalten werden. In diesen Fällen berichteten die VERAHs, dass dies die Umsetzung der VESPEERA-Maßnahmen erleichtert hatte.

Ist der einzige mit dem CareCockpit ausgestattete Computer belegt, können in dieser Zeit keine VESPEERA-Patienten betreut werden. Die Krankenhäuser, die die VESPEERA-Interventionskomponenten individuell umsetzten, berichteten, dass sie, um Neues ins Krankenhausinformationssystem zu integrieren, auf den Softwarehersteller angewiesen waren. Nur teilweise haben die Häuser die Möglichkeit, Änderungen und Anpassungen selbst vorzunehmen.

Die Anpassung der Software ist meist mit hohen Kosten verbunden. Insbesondere für kleine Häuser oder kleine Projekte ist dies zu teuer. Auch die Freistellung von Personal zur Umsetzung der Maßnahmen ist mit Kosten verbunden.

Grundsätzlich hat auch das vorhandene Personal in Menge und Skills Mix Einfluss auf die Umsetzung. Das vorhandene Personal muss für eine gelungene Umsetzung gut geplant werden. Laut den Befragten war dies sehr heterogen. Als Barriere in den Hausarztpraxen wird genannt, wenn es nur wenige MFAs oder nur eine VERAH gibt. VERAHs haben zudem den Eindruck, dass in den Krankenhäusern zu wenig Personal vorhanden ist. Auch Befragte aus Krankenhäusern berichteten, dass sie Probleme hatten, wenn Personal an anderen Stellen eingesetzt wird, da sie dann nicht mehr in der Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Auch die hohe Fluktuation von Personal wurde von Befragten aus Hausarztpraxen als herausfordernd beschrieben. Befragte aus Krankenhäusern berichteten jedoch auch von Personaleinsatz, der sich positiv auf die Umsetzung auswirke. So wurden vielerorts neue Berufsgruppen implementiert, wie beispielsweise MFA oder Stationsassistentinnen mit anderem beruflichen Hintergrund, Physician Assistants oder Teamassistenten. Laut den Befragten seien diese Berufsgruppen gut geeignet, um organisatorische Aufgaben oder Dokumentation übernehmen. Auch wurden Studierende zum Telefonieren eingesetzt. Grundsätzlich wurde berichtet, dass die Umsetzung sämtlicher Maßnahmen dort gut funktioniert, wo es ein Case Management, einen Sozialdienst o.ä. gibt. Ein Befragter berichtete zudem, dass sie neue Positionen als Entlassmanager geschaffen haben.

Auch Zeit als benötigte Ressource wurde von den Befragten angesprochen. Nicht immer war in den Einrichtungen die Zeit vorhanden, um Maßnahmen umzusetzen. Von einem Befragten aus dem Krankenhausmanagement wurde berichtet, dass die Zeitressourcen, die in die Konzeption der Umsetzung von VESPEERA eingesetzt wurden, als vergeudet gesehen werden. Insgesamt summierten sich viele Aufgaben. Als eine Möglichkeit, um eine übermäßige Verwendung von Zeitressourcen zu vermeiden, wurde die Vermeidung von Doppeldokumentation genannt.

Inneres Setting > Bereitschaft zur Implementierung > Zugang zu Informationen und Wissen

In den Interviews wurde über den Zugang zu Informationen berichtet, der die Umsetzung, insbesondere der VESPEERA-Maßnahmen, beeinflusste.

Befragte aus Hausarztpraxen erzählten insbesondere über die verpflichtende Schulung. Der Großteil fühlte sich durch die Schulung, in Kombination mit den im Prüfzentrumsordner enthaltenen Informationen, ausreichend informiert. Auch wurde berichtet, dass die Betreuung und Anlaufstelle bei Fragen in der Studienzentrale sowie auch der technischen Hotline des CareCockpits hilfreich waren. Die Praxen wussten zudem über diese Anlaufstellen Bescheid und haben bei Problemen dort angerufen. Positiv wurde hervorgehoben, dass die Studienzentrale proaktiv regelmäßig in den Praxen anrief und sich nach dem aktuellen Stand und Problemen erkundigte. Andere berichteten jedoch, dass sie die Schulung für nicht gut befunden haben, da die Moderatoren keine Erfahrung mit dem Programm hatten. Außerdem wurde von einigen Praxen berichtet, dass die Dauer zwischen der Schulung und dem Erhalt des Prüfzentrumsordners zu lang war, sodass nicht direkt mit der Umsetzung begonnen werden konnte. Als hemmend wurde zudem empfunden, dass die Umsetzung der VESPEERA-Intervention durch die Notwendigkeit der Schulung an eine einzelne VERAH gebunden war. Die Interviewpartner aus Hausarztpraxen äußerten den Wunsch nach Videoanleitungen, nach mehr praktischer Übung in der Schulung sowie nach individuellen Schulungen in der Praxis.

Befragte aus Krankenhäusern berichteten, dass sie die Möglichkeit haben, die Mitarbeiter über das Intranet zu informieren, sehen aber auch die Schwierigkeit, dass Mitarbeiter die Informationen dort auch proaktiv aufrufen müssen. Darüber hinaus wurden Mitarbeiter, insbesondere zum Rahmenvertrag Entlassmanagement, über Routinekommunikationsschienen informiert (zum Beispiel Teambesprechungen, über die Geschäftsführung und Pflegedirektion). Teilweise wurden auch Schulungen angeboten, nicht überall waren diese jedoch gut besucht. Auch Informationsmaterial wurde eingesetzt, in dem die Informationen jedoch nicht zu kompliziert dargestellt werden dürfen. Eine Pflegekraft aus

einem nicht an VESPEERA teilnehmenden Krankenhaus äußerte den Wunsch nach mehr Unterstützung sowie mehr Hintergrundwissen über Dinge, die derzeit umgesetzt werden.

Die Feedbacktreffen wurden von den Befragten als gute Möglichkeit genannt, um sich mit anderen auszutauschen.

Insgesamt sagten die Befragten, dass die eigene Auseinandersetzung mit den Informationen notwendig war, was insbesondere zu Beginn viel Zeit in Anspruch nahm. Einige VERAHs sehen es als eigenen Fehler, dass sie sich nicht im Anschluss an die Schulung selbst weiter damit auseinandergesetzt hatten, was die Umsetzung der Maßnahmen schließlich verzögerte und erschwerte.

Charakteristika von Individuen > Wissen und Einstellungen bezüglich der Intervention

Generell erachteten die Probanden es als wichtig für die Motivation zur Mitarbeit und Durchführung von VESPEERA an, dass die Mitarbeiter einen Benefit durch die Intervention sehen. Der Effekt, der durch den Einsatz des HOSPITAL-Scores beschrieben wurde, wurde dabei eher als gering geschätzt. Während wenige Probanden eher einen geringen Effekt durch die Implementierung von VESPEERA erwarteten, beschrieb die Mehrheit der Teilnehmer, dass sie den Grundgedanken von VESPEERA als gut bewerten. Hervorgehoben wurde dabei das Ziel, die Kommunikation und den Informationsaustausch zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen zu verbessern. Dies wurde als besonders sinnvoll erachtet, da dies ein wichtiger Aspekt sei, an dem es im Einweisungs- und Entlassmanagement noch hake. Auch das Ziel der Standardisierung wird als sehr sinnvoll erachtet, da es nicht in allen Einrichtungen reibungsfrei verlaufe und so eine gewisse Struktur und Qualität vorgegeben werden könnte. Diese Sinnhaftigkeit und positive Einstellung zu VESPEERA wurde bei Krankenhausmitarbeitern und in Hausarztpraxen gleichermaßen beobachtet. Durch diese positive Haltung zu VESPEERA generell erwartete die Mehrheit der Teilnehmer einen Effekt durch die Umsetzung der Komponenten. Einige beschrieben, dass sie bereits einen Effekt durch die Umsetzung wahrnehmen konnten und in der Umsetzung positive Erfahrungen machen konnten. So beschrieben VERAHs beispielsweise, dass sie sich durch VESPEERA nun mehr Zeit für die Patienten nehmen könnten, zum Beispiel im Rahmen des Telefonmonitorings und der Assessments, wofür die Patienten ihnen Dankbarkeit entgegenbrachten. Einige Praxen beschrieben, dass sie mit der bisherigen Situation unzufrieden waren und durch VESPEERA nun einen strukturierten Einweisungsprozess einführen konnten. Weiterhin wurde berichtet, dass Praxismitarbeiter das Gefühl hatten, dass die Rolle der VERAH durch die Umsetzung von VESPEERA aufgewertet und gestärkt wird.

Als Barriere zur Implementierung von VESPEERA wurde beschrieben, dass vor allem in Kliniken Probleme bei der Umsetzung auftauchten. So müsse sehr viel Personal geschult und zur Identifizierung von VESPEERA-Patienten informiert werden, um wirklich sichergehen zu können, dass die Patienten auch identifiziert werden können. Auf die Sensibilisierung der Mitarbeiter wurde in einigen Häusern sehr viel Wert gelegt und diese als angemessen beschrieben. In anderen Häusern konnte dies weniger gut umgesetzt werden. Als Hauptbarrieren wurden Zeitmangel und eine erhöhte Fluktuation des Personals beschrieben. In Hausarztpraxen wurde der Umgang mit dem Studiensetting teilweise als kompliziert angesehen. Auch die Eingabe der Daten, wie zum Beispiel der Medikation in das CareCockpit wurde teilweise als umständlich beschrieben. Aus einigen Praxen wurde von Doppeldokumentationen berichtet, da die Informationen nicht aus dem Praxisverwaltungssystem in das CareCockpit übertragen werden konnten oder umgekehrt.

Manche Praxen und vor allem Krankenhausmitarbeiter beschrieben, dass sie zum Zeitpunkt des Interviews eher wenig oder sogar keine Erfahrung mit der Umsetzung von VESPEERA machen konnten. In Praxen wurde zudem beschrieben, dass manche Prozesse falsch verstanden wurden. Dies bezog sich auf den Einschlusskriterien für Patienten und die Funktion der Terminvergabe im Rahmen des Telefonmonitorings. Andere Teilnehmer wiederum beschrieben ein sehr gutes Hintergrundwissen zu Einweisungen und Entlassungen und zu VESPEERA. Teilweise beschrieben Probanden, dass sie auch vor der Teilnahme an VESPEERA bereits Lösungen für die empfundenen Schwierigkeiten im Einweisungs- und Entlassmanagement etabliert hatten, die den VESPEERA-Komponenten und dem Rahmenvertrag Entlassmanagement sehr ähnelten. Weiterhin hatte auch das Studiensetting an sich motiviert und die Teilnehmer zeigten großes Interesse daran, das Einweisungs- und Entlassmanagement durch die Teilnahme an einer Studie zu verbessern und an dieser Verbesserung aktiv mitwirken zu können.

Charakteristika von Individuen > Selbstwirksamkeit

Neben dem Wissen und der Haltung der Teilnehmer konnte die Implementierung auch durch die Selbstwirksamkeit der teilnehmenden Akteure beeinflusst werden. Vor allem unter den VERAHs und bei Krankenhausmitarbeitern wurde teilweise eine Unsicherheit beobachtet. Diese Unsicherheit bezog sich beispielsweise auf den Umgang mit dem Patienteneinschluss, die Terminvergabe im Rahmen des Telefonmonitorings und auf das Hintergrundwissen über Einweisungen und Entlassungen. In Krankenhäusern wurde zudem beschrieben, dass sehr viele junge und unerfahrene Ärzte in den Entlassprozess eingebunden wären, die sich schwertäten, Entscheidungen zum Entlasszeitpunkt zu treffen und bei der Ausstellung von Rezepten zur Überbrückung der Zeit zwischen Entlassung und Weiterbehandlung in der

Hausarztpraxis. Letzteres wurde durch die Einführung des Rahmenvertrages Entlassmanagement geregelt. Die verschiedenen Teilnehmer gingen mit ihrer Unsicherheit und eventuellen Wissenslücken unterschiedlich um. Manche suchten externe Hilfe auf, beispielsweise über die VESPEERA-Hotline, andere nahmen sich VESPEERA-Komponenten, wie das Einweisungsassessment, gezielt vor und übten diese aktiv. Wieder andere beschrieben eine Gelassenheit in der Umsetzung von VESPEERA und lernten den Umgang im alltäglichen Praxisbetrieb, wenn Patienten eingeschlossen wurden. Die Mehrheit der Teilnehmer aber zeigte sich selbstsicher im Umgang mit VESPEERA, beziehungsweise zuversichtlich, die Umsetzung auch mit weniger Erfahrung stemmen zu können. Generell konnte auch ein Streben nach Verbesserung der eigenen Fähigkeiten beobachtet werden, was für einen gewissen Ehrgeiz und Motivation der Teilnehmer sprechen könnte.

Charakteristika von Individuen > Individuelle Phase der Veränderung

Zur Umsetzung von VESPEERA wurde ebenfalls ein gewisser Ehrgeiz bei vielen Teilnehmern beobachtet. Die Teilnehmer zeigten sich engagiert, die aktuelle Situation und die Probleme, die sie im Rahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements sehen, zu verbessern und diesen Veränderungsprozess aktiv mitzugestalten. Durch diese aktive Mitgestaltung erhofften sich viele Teilnehmer, dass die Umgestaltung der Prozesse die Punkte aufgreifen würde, die ihnen persönlich als wichtig erschienen und sie so zukünftig zufriedener mit den Prozessen sein könnten. Viele äußerten auch den Wunsch, dadurch ihren eigenen Anteil zur Verbesserung der Einweisungen und Entlassungen leisten zu können. Diese Teilnehmer beschrieben sich im Rahmen der Interviews als offen für Neues und als neugierig, neue Interventionen ausprobieren zu können. Auf der anderen Seite beschrieben die Teilnehmer, dass die Umstellung von Prozessen bei Mitarbeitern und Kollegen oftmals eher schleppend voranginge. Vor allem das Komfortgefühl in bisherigen Gewohnheiten und das Beharren auf Bewährtem wurden hier als Hauptbarrieren zur Implementierung von Innovationen beschrieben. So wurde eine gewisse Trägheit beschrieben, die die Umsetzung von VESPEERA anfangs etwas verlangsamt haben könnte. Eine klare Ablehnung Neuem gegenüber wurde jedoch nur in Einzelfällen beobachtet. Meist hing eine mangelnde Motivation mit einem hohen Workload und mangelnden zeitlichen und personellen Ressourcen zusammen. Allerdings konnte durch den weiter oben beschriebenen Benefit und dessen Erkenntnis bei den Akteuren ein Umdenken und eine nachhaltigere Implementierung erreicht werden.

Charakteristika von Individuen > Individuelle Identifikation mit der Organisation

Einige Teilnehmer beschrieben zudem die intrinsische Motivation zur Umsetzung von VESPEERA, ihre Patienten dadurch gut versorgen zu können und die jeweilige Versorgungssituation zu verbessern. Auch konnte eine hohe Wertschätzung der Akteure untereinander beobachtet werden, welche stets mit dem Ziel verbunden war, die Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen und die Situation für das jeweilige Gegenüber zu verbessern. Hausärzte beschrieben zudem, dass sie die Arbeit der VERAHs im Rahmen von VESPEERA sehr schätzten und dankbar für deren Umsetzung und auch für die Entlastung der Ärzte durch die VERAHs seien. In diesem Zusammenhang konnte generell ein gutes Arbeitsklima und ein förderliches Teamwork festgestellt werden.

Charakteristika von Individuen > Weitere individuelle Attribute

Die Teilnehmer beschrieben sich gegenseitig oder sich selbst überwiegend als tolerant, ambitioniert, zuverlässig und empathisch. Die beschriebene Empathie wurde deutlich, in dem die Hausärzte schilderten, die Prozesse und Probleme in Kliniken noch aus der eigenen Zeit dort zu kennen und sie deshalb ihre eigenen Prozesse anpassten, um das Klinikpersonal zu entlasten und zu unterstützen. Weiterhin beschrieben die Teilnehmer sich als strukturliebend. Nur vereinzelt konnte eine Gleichgültigkeit oder Ablehnung bezüglich der Umsetzung von VESPEERA und zum Einweisungs- und Entlassmanagement generell beobachtet werden. Ein Teilnehmer beschrieb, dass er teilweise unfreundliche Kommunikationspartner in den Kliniken am Telefon erreiche, was die Kommunikation etwas erschwere.

Prozess > Planung

Die Interviewpartner berichteten von verschiedenen Maßnahmen in der Planungsphase der Implementierung, die sich später auch auf die Umsetzung der VESPEERA-Intervention auswirkte.

In einem Krankenhaus wurde zur Planung zu Beginn beispielsweise ein runder Tisch mit allen Beteiligten durchgeführt. Zudem wurden zu Beginn strategische Entscheidungen darüber getroffen, welche Abteilungen für VESPEERA geeignet wären. Hierbei war die Idee, Abteilungen zu wählen, in denen möglichst viele Patienten der Zielgruppe aufgenommen werden. Darüber hinaus wurde die Option gesehen, die Umsetzung auf andere Abteilungen auszuweiten, wenn die Erfahrungswerte der ersten Patienten dies zulassen. Die Häuser berichteten teilweise von viel Vorarbeit durch die IT, um die Dokumentationsbögen in das Krankenhausinformationssystem zu integrieren.

Auch von Maßnahmen, um Mitarbeiter zu informieren, wurde für die Planungsphase berichtet. Ein Hausarzt berichtete beispielsweise, dass er VESPEERA in der Teamsitzung

angesprochen hatte, um das ganze Praxisteam zu informieren. In einigen Krankenhäusern wurden kurze Schulungen in der Teambesprechung durchgeführt, andere hatten extra Termine organisiert. Ein Befragter aus dem Krankenhausmanagement berichtete, dass, solange nicht klar war, wie „groß“ (KHM) VESPEERA wird, nur die erste Instanz, mit der ein Patient bei Aufnahme in Kontakt kommt, geschult wurde, „*um die Leute nicht aufzuscheuchen*“ (KHM).

Prozess > Engagement > Formell ernannte interne Implementierungsleiter

Die Interviewpartner berichteten, dass das konkrete Benennen eines Verantwortlichen gut beziehungsweise notwendig war für eine erfolgreiche Implementierung. Von einigen Personen wurde jedoch Unsicherheit geäußert, wer benannt werden könnte beziehungsweise ob sie selbst geeignet sind, wenn sie zuvor als Verantwortlicher benannt wurden.

Die Befragten aus Krankenhäusern berichteten, dass die Verantwortung für die Umsetzung von VESPEERA sowie den Maßnahmen des Rahmenvertrages Entlassmanagement häufig im Case Management angesiedelt wurde. Andere Verantwortliche waren im zentralen Patientenmanagement, als neu eingeführte Entlassmanagementbeauftragte oder als Stationssekretärinnen beschäftigt. Die Befragten berichteten zudem, dass der Erfolg der Umsetzung abhängig von der Implementierung des Case Managements war.

Aus den Hausarztpraxen gab es zu diesen Aspekten keine Aussagen.

Prozess > Engagement > Champions

Einige Befragte aus Krankenhäusern, nicht jedoch aus den Hausarztpraxen, benannten, dass es Individuen gab, die sich der Implementierung besonders angenommen haben. So berichtete eine Person aus dem Krankenhausmanagement, dass sie bezüglich VESPEERA „*einen gewissen Hype produziert*“ (KHM) hat. Auch wurde berichtet, dass die Case Manager die Umsetzung aus „*goodwill*“ (KHM) machen und immer wieder Ärzte auf ihre Pflicht hingewiesen haben. Eine andere Person aus dem Krankenhausmanagement erzählte, dass sie immer wieder nachgefragt hat, direkt bei den Umsetzenden war und „*learning on the job gemacht*“ (KHM) hat.

Akronym: VESPEERA

Förderkennzeichen: 01NVF17024

Prozess > Engagement > Zentrale Akteure

Insgesamt wurden von den Interviewpartnern viele Stakeholder benannt, die für eine gelungene Implementierung eine zentrale Rolle spielten.

Die IT ist verantwortlich für die digitale Umsetzung von Dokumenten.

Das zentrale Patientenmanagement beziehungsweise Belegungsmanagement ist verantwortlich für die Patientenaufnahme und Zuweisung auf Station. Teilweise wurde dort die Identifikation von VESPEERA-Patienten, aber auch andere Maßnahmen des Rahmenvertrages Entlassmanagement angesiedelt.

Die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme und im Zuge dessen auch die Festlegung des Entlasstermins ist bei den Klinikärzten angesiedelt. Es wurde berichtet, dass häufig Oberärzte entscheiden sollen beziehungsweise, dass sich Assistenzärzte nicht trauten, eine Entscheidung zu treffen. Als Forum soll die Oberarztbesprechung dienen, um fragliche Fälle zu diskutieren, allerdings können diese laut den Interviewpartnern aus Zeitgründen häufig gar nicht stattfinden. Die Rezeptausstellung sollte außerdem möglichst nur durch Oberärzte erfolgen.

Auch das Qualitätsmanagement spielt eine wichtige Rolle, da die Entlassentscheidung häufig auch fallpauschalenbasiert ist. Zudem ist das Qualitätsmanagement verantwortlich für die Erstellung von Formularen für das Entlassmanagement.

Die Pflege beziehungsweise Pflegedienstleitung war mitbeteiligt an der Planung der Implementierung. Im Rahmen des Entlassmanagements ist die Pflege verantwortlich für die Durchführung der initialen Assessments nach Aufnahme, teilweise für die Entlasskoordination und Planung des Entlassdatums. In einigen Häusern wurde das Entlassmanagement in der Pflege angesiedelt. Pflegeschüler spielen in der Dokumentation häufig eine wichtige Rolle.

Sekretariate beziehungsweise die Stationsassistenzen sind teilweise verantwortlich für die Entlassplanung. Zudem findet dort die Terminplanung elektiver Aufnahmen statt, Rezepte werden ausgestellt und Termine mit ambulanten Ärzten vereinbart, der Dokumentationsbogen für VESPEERA ausgefüllt, die administrative Aufnahme durchgeführt, Informationen von anderen Leistungserbringern werden eingeholt, die VESPEERA-Patientenidentifikation und das VESPEERA-Entlasstelefonat durchgeführt.

Die Aufgaben von Sozialdienst, Pflegeüberleitung und Case Management wurden zusammengefasst, da diese Gruppen nicht trennscharf und teilweise synonym sind. Hier liegt die Verantwortung für die Organisation der poststationären Versorgung und Erfassung des Entlassbedarfs, insbesondere, wenn die Entlassung ins häusliche Umfeld schwierig ist. Dies beinhaltet die Organisation von Hilfsmitteln, Kurzzeitpflege, Anschlussheilbehandlung, Reha sowie die Entlassung in ein Pflegeheim. Teilweise liegt hier auch die komplette Verantwortung für Aufnahmen, das Belegungsmanagement sowie Entlassungen. Mitarbeitende sind zudem teilweise Ansprechpartner für andere Leistungserbringer, sind verantwortlich für die Abrechnung und Rechtfertigung der Kosten vor dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen sowie für die grundsätzliche Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Teilweise berichteten die Interviewpartner, dass der Sozialdienst etc. angefordert wird, wenn das initiale Assessment einen erhöhten Bedarf anzeigt. Eine Pflegekraft berichtete, dass sie durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement keine Veränderungen spürte, da bei ihr im Haus der Sozialdienst alles abfange. In einem Haus gibt es auch Überlegungen, die Verantwortung für die Durchführung von Fallkonferenzen an das Case Management zu übergeben.

Alle Interviewpartner berichteten, dass die Planung und Umsetzung von VESPEERA und dem Rahmenvertrag Entlassmanagement multiprofessionell unter Einbindung des Qualitätsmanagements, der Apotheke, des zentralen Patientenmanagements, der Oberärzte, der Pflegedienstleitung, des Sozialdiensts, der IT sowie der Stationsleitungen und Assistenzärzte erfolgte.

Hausärzte spielten sowohl in VESPEERA als auch im Einweisungs- und Entlassmanagement generell eine zentrale Rolle. Die Interviewpartner beschrieben sie als Betreuer, Berater, Kümmerer, Lenker und Lotse, erste Anlaufstelle oder Seelsorger. Sie kennen den Patienten und seine Familie, teilweise bereits seit vielen Jahren. Sie sind verantwortlich für die Koordination, Planung, Versorgung und Nachsorge. Ein Hausarzt sagte: *„Wir Allgemeinmediziner sind in der Regel der Dreh- Wende- und Angelpunkt des Ganzen in der Versorgung des Patienten und insofern hier eigentlich die wichtigsten Teamplayer“* (HA).

In einigen Praxen übernahmen VERAHs den Großteil der Umsetzung der VESPEERA-Maßnahmen, Hausärzte waren daher oft gar nicht im Bilde. In anderen Praxen machten das meiste die Ärzte und VERAHs druckten nur aus und organisierten Transporte. Eine VERAH begründete dies damit, dass der Hausarzt Dinge nicht gut abgeben könne. Darüber hinaus erklärten VERAHs den Patienten das Projekt VESPEERA. Sie sind zudem Koordinator zwischen Patienten und Hausarzt sowie zwischen Hausarzt und Krankenhaus. Sie wissen zudem oft als Erste über Entlassungen Bescheid. Sie sehen sich als Hauptbetreuung für

Patienten, zum Beispiel im Rahmen von Hausbesuchen und der Wundversorgung und haben häufig eine intensivere Beziehung zum Patienten als der Arzt. Sie sehen ihre Rolle als Entlastung für den Hausarzt, dennoch erfolgte alles stets in Absprache mit dem Arzt. Andere VERAHs sahen sich eher in einer unterstützenden Funktion.

Prozess > Engagement > Innovationsteilnehmer

Die Interviewpartner äußerten sich dazu, inwiefern die Teilnehmer der VESPEERA-Intervention einbezogen wurden. Dies beinhaltet zum einen Aussagen über Patienten, jedoch zum anderen auch über Krankenhäuser und Hausarztpraxen.

Zum Zeitpunkt der Interviews unterschied sich die Anzahl der eingeschlossenen Patienten zwischen den Einrichtungen. Einige Hausarztpraxen konnten bereits Patienten vor und nach Krankenhausaufenthalt in die Studie einschließen sowie Patienten im Rahmen des Telefonmonitorings betreuen, andere hatten noch keine Patienten eingeschlossen beziehungsweise nur einzelne Interventionskomponenten durchgeführt. Die Krankenhäuser, aus denen Personen an den Interviews teilnahmen, konnten zum Zeitpunkt der Interviews keine VESPEERA-Patienten identifizieren: „*und dann war es nur schade, dass kein Patient kam*“ (KHM).

Befragte aus Hausarztpraxen berichteten von Schwierigkeiten bei der Patientenrekrutierung. Durch den Austausch bei den Feedbacktreffen konnten Vertreter aus Krankenhäusern diese Schwierigkeiten nachvollziehen. Sofern Patienten eingeschlossen werden konnten, war die Umsetzung jedoch insbesondere bei alten und/oder kranken Patienten schwierig, da die Assessments lange dauerten und die Patienten oftmals unkonzentriert, abschweifend oder überfordert waren. Ein Krankenhausarzt sagte, dass VESPEERA-Patienten bei der Aufnahme nicht als solche zu übersehen seien. Eine VERAH beispielsweise jedoch sagt, dass sie Patienten nur nach Entlassung einschließen und das Krankenhaus insofern gar nicht wissen kann, dass es VESPEERA-Patienten sind beziehungsweise sein könnten. VERAHs berichteten zudem, dass es oft schwer sei einzuschätzen, ob sich Patienten mit VESPEERA auseinandersetzten. Von vielen Patienten bekamen sie keine Rückmeldungen, unter anderem, da viele vor einem Krankenhausaufenthalt aufgeregt waren. Andere erzählten, dass Patienten VESPEERA zwar nicht benennen könnten, aber positiv überrascht waren, dass jemand sich meldet und sich kümmert. Eine VERAH berichtete von einer Patientin, die sich sehr über den Einweisungsbrief gefreut hatte. Im Nachgang jedoch war sie enttäuscht, da diesem im Krankenhaus keine Beachtung geschenkt wurde.

Insgesamt äußerten sich viele Befragte aus den Hausarztpraxen zum Einfluss des Patientenverhaltens und der Compliance auf die Umsetzung der Maßnahmen. So ist beispielsweise der Umgang mit Medikationsplänen sehr unterschiedlich. Laut den an den Interviews teilnehmenden VERAHs nutzten viele Patienten die Medikationspläne gewissenhaft, fragten nach einem zweiten Plan oder schreiben ihn für das eigene Verständnis um und ergänzen eigene Notizen. Andere Patienten hingegen nutzen den Medikationsplan nicht, gehen schludrig und unvorsichtig damit um: *„der ist dann irgendwie mal abhandengekommen oder Kaffee drüber oder sonst irgendwas“* (HA). Hausärzte berichteten zudem von uninteressierten Patienten *„und dann gibt's halt einfach Patienten, die machen was sie wollen“* (HA). Die Meinung dieses Hausarztes war, dass die Verhaltensweise der Patienten sich auch durch eine Intervention nicht ändern würde. Um die Compliance zu erhöhen, müsste die Praxis zwei Mal die Woche anrufen, was nicht machbar sei. Andere Praxen berichteten, dass bei unverlässlichen Patienten die Unterlagen direkt ans Krankenhaus verschickt wurden. Auch nahmen die Interviewpartner wahr, dass in vielen Entlassbriefen steht, dass der Patient nicht am Entlassmanagement teilnehme. Eine VERAH berichtete zudem, wie die Sozialisierung von Patienten deren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflusst: *„Ich denke, dass es daher kommt, dass in den Ostblockländern - ich bin ursprünglich aus [LAND] - und da gab es diese Polykliniken und egal was war, man ist in die Klinik. [...] Da gab es auch diese Hausärzte nicht“* (HAntV).

Darüber hinaus äußerten sich die Interviewpartner auch über die Teilnahme von Krankenhäusern beziehungsweise Hausarztpraxen. Befragte aus Hausarztpraxen empfanden es als Problem, dass die umliegenden Krankenhäuser nicht beziehungsweise nur mit einer oder wenigen Abteilungen an VESPEERA teilnahmen. Interviewpartner aus Krankenhäusern hingegen kritisierten, dass zu wenige ihrer Zuweiser an VESPEERA teilnahmen.

Interviews - Patienten

Compliance

Diese Kategorie beinhaltet Beschreibungen der Compliance und Adhärenz in Bezug auf die Versorgung und den Versorgungsprozess. Die Aussagen der Patienten verdeutlichen, dass die Compliance beziehungsweise Adhärenz vor allem vom Patienten selbst sowie seiner Informiertheit abhängig sind. Dies bezieht sich beispielsweise auf die Medikamenteneinnahme, die Einhaltung von Vorsorge- oder Kontrollterminen, oder die Einhaltung von empfohlenen Maßnahmen wie beispielsweise der Besuch von Sportkursen. Ein Patient berichtete: *„also wie stark hält man sich an die Spielregeln, die man wirklich kriegt und ja- da muss man sich halt auch dran halten.“* (Pat).

Patienteninitiative

Hier werden die Initiative und der Einsatz von Patienten bei der Informationsbeschaffung sowie das kritische Hinterfragen von Behandlungen beschrieben. Patienten fragen aktiv bei Leistungserbringern nach, um Informationen zum Beispiel zur weiteren Behandlung oder um Medikation zu erhalten. Patienten notieren sich vor oder nach einer Visite Fragen und Unklarheiten, welche sie mit dem ärztlichen Personal besprechen wollen. Beim Auftreten von Symptomen suchen Patienten ärztliches Personal aktiv auf. Zudem berichteten Patienten, dass sie wichtige Gesundheitsinformationen (zum Beispiel Medikationsplan, Entlassberichte) im Alltag bei sich tragen. Ein Patient berichtete: „*wo ich dann zu ihm gesagt habe, ja und was soll ich mit den vielen Schmerztabletten? [...] Dann hat er gesagt "Ja das ist nur bei Bedarf." [...] ich mache meine Klappe auf und kann das sagen*“ (Pat).

Ressourcen der Patienten

Die Patienten beschrieben, welche Ressourcen die Gesundheitsversorgung sowie die Krankheitsverarbeitung unterstützen. Zu den Ressourcen zählen: das familiäre Umfeld (Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben, Organisation, Begleitung und Fahren zu Arztterminen, Informationsweitergabe, Unterstützung bei administrativen Aufgaben), Leistungserbringer (kennen Patienten, wissen über gesundheitlichen und privaten Status der Patienten Bescheid, nehmen sich für Patienten und ihre Fragen Zeit, persönliche und vertrauensvolle Beziehung, gute Erreichbarkeit auch außerhalb der regulären Öffnungszeiten), Peers (Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung (gemeinsames Schicksal tragen), gemeinsame Aktivitäten/ Sport treiben, sich für den anderen vor Leistungserbringern einsetzen) und sonstiges, wie Patienten und ihre intrinsische Motivation, schriftliche Informationen und Dokumente, Hilfsmittel, Hilfe im Alltag durch Sozial- und Pflegedienst, unterstützende Krankenkasse bei administrativen Aufgaben, gut erreichbare örtliche Gegebenheiten. Ein Patient beschrieb es so: „*ich habe einen großen Freundeskreis und auch die Familie hat sich um mich gekümmert. Die sind immer wieder gekommen und haben nach mir geschaut, wie es mir geht.*“ (Pat).

Fragebögen - Leistungserbringer

Ein betrachteter Kontextfaktor war die Vernetzung von Hausarztpraxen und Krankenhäusern. Über die Hälfte der Befragten gab an, dass der Großteil der Patienten in der Region in dasselbe Krankenhaus gehe. In den meisten Fällen ist dieses Krankenhaus jedoch nicht das einzige Krankenhaus in der Region. Über zwei Drittel der Befragten arbeitet mit dem Krankenhaus beziehungsweise den Hausärzten in der Region schon lange zusammen. Jeweils ca. die Hälfte der Befragten gab an, Angebote zum Austausch wahrzunehmen sowie auch persönliche Kontakte zu den jeweils anderen Leistungserbringern zu pflegen (siehe Tabelle 62).

Die Vergütung für Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements empfanden die Befragten nur teilweise als angemessen. Vorhandene Ressourcen im Krankenhaus beziehungsweise in der Praxis stellten die Befragten vor Herausforderungen: zwischen der Hälfte und zwei Drittel der Befragten gaben an, nicht ausreichend Personal und Arbeitsplätze für die Umsetzung von VESPEERA zur Verfügung zu haben.

Ca. die Hälfte der Befragten gaben an, dass externe Vorgaben wie der Rahmenvertrag Entlassmanagement sowie die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union die Umsetzung der VESPEERA-Maßnahmen erschwerten. Über ein Viertel der Befragten gab an, dass die Teilnahme an VESPEERA eine strategische Maßnahme aufgrund des hohen Marktanteils der AOK war, weitere 42% stimmten dem zumindest teilweise zu.

Ungefähr drei Viertel der Befragten gaben an, das Projekt VESPEERA umfassend verstanden zu haben. Mit 85% hat auch ein Großteil der Befragten Vertrauen in mindestens einen der beteiligten Projektpartner. Nahezu allen Befragten war zudem bewusst, dass es sich bei VESPEERA um eine Studie mit begrenzter Laufzeit handle.

Die Befragten waren insgesamt eher uneinig darüber, wie einfach die Identifikation von geeigneten Patienten sowie deren Rekrutierung zur Teilnahme war.

Tabelle 62: Kontextfaktoren zur Umsetzung der VESPEERA-Intervention

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Vernetzung							
Der Großteil der Patienten in der Region geht in dasselbe Krankenhaus.	0	12 (18,5%)	15 (23,1%)	29 (44,6%)	9 (13,8%)	3,5 (1)	65
Das Krankenhaus, in das der Großteil der Patienten geht, ist das einzige Krankenhaus in der Region.	25 (38,5%)	27 (41,5%)	8 (12,3%)	5 (7,7%)	0	1,9 (0,9)	65
Mit dem ortsansässigen Krankenhaus/ den Hausärzten in der Region arbeite ich bereits seit sehr vielen Jahren zusammen.	3 (4,7%)	1 (1,6%)	17 (26,6%)	20 (31,3%)	23 (35,9%)	3,9 (1,1)	64
Ich nehme Angebote zum Austausch zwischen Hausarztpraxen und Krankenhäusern wahr.	6 (9,4%)	10 (15,6%)	15 (23,4%)	23 (35,9%)	10 (15,6%)	3,3 (1,2)	64
Ich habe persönliche Kontakte mit einigen Hausärzten in der Region/ in der Klinik (QZ, Weiterbildung).	12 (18,8%)	6 (9,4%)	13 (20,3%)	17 (26,6%)	16 (25%)	3,3 (1,4)	64
Ressourcen							
Die Vergütung für Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements empfinde ich als angemessen.	8 (13,6%)	16 (27,1%)	22 (37,3%)	7 (11,9%)	6 (10,2%)	2,8 (1,1)	59
Die Abrechnungsziffern und -modalitäten in VESPEERA waren gut verständlich.	4 (6,9%)	9 (15,5%)	13 (22,4%)	23 (39,7%)	9 (15,5%)	3,4 (1,1)	58
Für die Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen ist in meiner Klinik/ Praxis ausreichend Personal vorhanden.	11 (18%)	30 (49,2%)	12 (19,7%)	5 (8,2%)	3 (4,9%)	2,3 (1)	61
Für die Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen sind in meiner Klinik/ Praxis ausreichend Arbeitsplätze vorhanden.	8 (13,6%)	20 (33,9%)	20 (33,9%)	5 (8,5%)	6 (10,2%)	2,7 (1,1)	59
Externe Politik und externe Vorgaben							
Die Umsetzung der Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement erschwert die Umsetzung der VESPEERA-Maßnahmen.	4 (8,2%)	6 (12,2%)	19 (38,8%)	16 (32,7%)	4 (8,2%)	3,2 (1)	49
Die EU DS-GVO erschwert einrichtungs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit.	2 (3,7%)	5 (9,3%)	19 (35,2%)	16 (29,6%)	12 (22,2%)	3,6 (1,1)	54

*SD: Standardabweichung

Fortsetzung Tabelle 62: Kontextfaktoren zur Umsetzung der VESPEERA-Intervention

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mittelwert (SD*)	gültige n
Die EU DS-GVO erschwert die Umsetzung der VESPEERA-Maßnahmen.	2 (3,7%)	7 (13%)	16 (29,6%)	18 (33,3%)	11 (20,2%)	3,5 (1,1)	54
Die Entscheidung zur Teilnahme war eine strategische Entscheidung aufgrund des hohen Marktanteils der AOK Baden-Württemberg.	5 (10,2%)	8 (16,3%)	21 (42,9%)	12 (24,5%)	3 (6,1%)	3 (1)	49
Projektmanagement in VESPEERA							
Ich habe das Gefühl, dass ich das Projekt VESPEERA mit seinen Zielen und Inhalten komplett verstanden habe.	2 (3,1%)	3 (4,7%)	10 (15,6%)	29 (45,3%)	20 (31,3%)	4 (1)	64
Die Zuständigkeiten der einzelnen Projektpartner waren klar verständlich.	2 (3,2%)	4 (6,5%)	13 (21%)	26 (41,9%)	17 (27,4%)	3,8 (1)	62
Von Seiten der Projektpartner hatte ich ausreichend Information und Unterstützung, die ich zur Durchführung von VESPEERA brauche.	2 (3,2%)	2 (3,2%)	11 (17,5%)	31 (49,2%)	17 (27%)	3,9 (0,9)	63
Ich vertraue einem oder mehreren an der Projektorganisation beteiligten Institutionen.	0	2 (3,2%)	7 (11,1%)	30 (47,6%)	24 (38,1%)	4,2 (0,8)	63
Mir war von Anfang an bewusst, dass es sich bei VESPEERA um eine Studie handelt.	0	2 (3,1%)	1 (1,6%)	13 (20,3%)	48 (75%)	4,7 (0,7)	64
Mir war von Anfang an bewusst, dass das Projekt VESPEERA eine begrenzte Laufzeit hat.	0	2 (3,1%)	1 (1,6%)	12 (18,8%)	49 (76,6%)	4,7 (0,7)	64
Einschluss von VESPEERA-Patienten							
Es ist schwierig, geeignete Patienten für eine Teilnahme an VESPEERA zu identifizieren.	4 (8,2%)	14 (28,6%)	17 (34,7%)	6 (12,2%)	8 (16,3%)	3 (1,2)	49
Es ist schwierig, geeignete Patienten erfolgreich zu einer Teilnahme an VESPEERA zu motivieren.	1 (2,1%)	13 (27,7%)	19 (40,4%)	11 (23,4%)	3 (6,4%)	3 (0,9)	47
Es fällt mir leicht, geeigneten Patienten die Ziele und Inhalte von VESPEERA verständlich zu vermitteln.	2 (4,3%)	7 (14,9%)	17 (36,2%)	18 (38,3%)	3 (6,4%)	3,3 (1)	47
Die VESPEERA-Maßnahmen entsprechen den Bedürfnissen meiner Patienten.	1 (2,1%)	3 (6,4%)	26 (55,3%)	15 (31,9%)	2 (4,3%)	3,3 (0,7)	47

*SD: Standardabweichung

4.2.8 Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements in nicht-teilnehmenden Krankenhäusern

Welche Maßnahmen bezüglich des Einweisungs- und Entlassmanagement wurden im Interventionszeitraum (z.B. als Folge des Rahmenvertrags Entlassmanagements) in nicht-teilnehmenden Kliniken eingeführt?

Prozess > Durchführung

Während des Interventionszeitraums wurde in Kliniken der Rahmenvertrag Entlassmanagement, der Ende 2017 in Kraft trat, umgesetzt. Der Grad der Umsetzung variiert hierbei stark von Krankenhaus zu Krankenhaus. Einige Häuser haben eine Softwarelösung eingeführt, durch die sie bereits das Pflegeassessment zur Aufnahme des Patienten begleiten und hierbei bereits den Entlassprozess planen. Hierfür wurden oftmals Case Manager oder das Zentrale Patientenmanagement als Verantwortliche benannt, die den Patienten während seines Krankenhausaufenthaltes begleiten und den Entlassprozess planen und strukturieren. Grundsätzlich wurde beschrieben, dass das Entlassmanagement nicht perfekt abläuft, die Akteure der Krankenhäuser sich jedoch bemühen und bereits Verbesserungen in den Abläufen und der Umsetzung des Rahmenvertrags Entlassmanagement festgestellt hatten. Trotzdem ist die Umsetzung vor allem von personellen und zeitlichen Ressourcen abhängig. Die Planung des Entlasstages kann teilweise nicht ausreichend vorbereitet und gewissenhaft durchgeführt werden, da teilweise Betten für Notfallpatienten und neue Einweisungen gebraucht werden, sodass Patienten doch noch kurzfristig entlassen werden müssen. Das Bettenmanagement wurde in vielen Fällen als komplex und überlastet beschrieben, was die Umsetzung einer strukturierten und angemessenen Entlassplanung erschwert. Das Eingangsassessment durch die Pflege wurde als gut umsetzbar beschrieben. Vor allem in Häusern, die eine entsprechende Softwarelösung etabliert haben, scheint auch die Weitergabe der im Verlauf des Krankenhausaufenthalts erhobenen Patientendaten zufriedenstellend zu sein. Als problematisch wird die Ausstellung von Rezepten zur Überbrückung der Zeit zwischen der Entlassung und der Weiterbehandlung in der Hausarztpraxis gesehen. Vor allem von jungen und unerfahrenen Ärzten werden teilweise Rezepte fehlerhaft oder gar nicht ausgestellt.

Manche Häuser berichteten, dass sie das Beiblatt Entlassmanagement als Entlassplan ausgelegt haben und dieses in Kombination mit einem Sozialdienstformular verwenden. Andere Häuser berichteten von Checklisten, die sie zur Einhaltung des Entlassplans einsetzen. Zudem berichteten Häuser von Bemühungen und Prozessumstellungen zum Entlassmanagement, die sie bereits vor der Einführung des Rahmenvertrages Entlassmanagement etabliert hatten, sodass sich für sie durch die Einführung des Rahmenvertrages keine großen Änderungen mehr ergaben. Andere führten die einzelnen Komponenten des Rahmenvertrages stufenweise ein und setzten diese nach und nach um

oder führten sie zunächst auf einer Station ein und weiteten die Prozesse dann auf weitere Stationen aus. Nur vereinzelt gaben die Teilnehmer an, noch nichts von den Maßnahmen im Rahmen des Rahmenvertrages Entlassmanagement gehört zu haben.

Auch Akteure in Hausarztpraxen berichteten aus ihrer Perspektive nur wenig bis keine Änderungen des Entlassprozesses seit Einführung des Rahmenvertrages Entlassmanagement wahrgenommen zu haben. Das Entlassmanagement hänge noch immer stark von den jeweiligen Häusern ab, sodass manche Patienten einen Entlassbrief mitbringen und manche nicht. Generell stellten Hausärzte jedoch fest, dass die Information und der Einbezug der Patienten in den Entlassprozess nur geringfügig stattfinden. Hausärzte sehen sich daher in der Verantwortung, die Patienten nach Entlassung in ihrer Praxis über den Krankenhausaufenthalt rückwirkend zu informieren und das weitere Vorgehen zu besprechen. Hier wurde zudem berichtet, dass durch großen empfundenen Zeitmangel in Kliniken die Aufklärung der Patienten dort nicht adäquat durchgeführt werden könne. Teilweise erhalten die Akteure in den Hausarztpraxen vorerst einen vorläufigen Entlassbrief, erhalten dann aber keinen finalen Entlassbrief oder erst nach langer, zeitlicher Verzögerung. In anderen Häusern wiederum konnte festgestellt werden, dass Patienten nun häufiger einen Entlassbrief ausgestellt bekommen als vor der Einführung des Rahmenvertrages.

Weiterhin wurde beschrieben, dass Patienten bei Entlassung teilweise nicht ausreichend versorgt, in anderen Fällen sogar überversorgt sind. Beispielsweise werden Versorgungsprozesse eingeleitet (zum Beispiel Pflegedienste), die nicht mit den Hausärzten abgesprochen sind, sodass diese mit dem weiteren Prozess nicht einverstanden sind und diesen wieder umorganisieren müssen.

Des Weiteren bewerten Akteure in Hausarztpraxen den mitgegebenen Entlassbrief oftmals als mangelhaft. Als Gründe hierfür wurden beispielsweise unvollständige oder fehlerhafte Medikamentenpläne beschrieben. Den Hausärzten ist oftmals nicht ersichtlich, wieso eine Medikation verändert wurde und was genau während des Krankenhausaufenthaltes besprochen wurde.

Generell variiert die Umsetzung der Maßnahmen im Rahmen des Rahmenvertrages Entlassmanagement somit von Haus zu Haus. Hierbei ist ein sehr breites Spektrum zu beobachten, das von einer strukturierten Umsetzung aller Anforderungen bis hin zur Einstellung, dass die Anforderungen in der Praxis nicht umzusetzen sind.

Neben dem Rahmenvertrag Entlassmanagement wurde auch der bundeseinheitliche Medikationsplan umgesetzt. Teilweise beschrieben Hausarztpraxen, dass ein Medikationsplan

in den Entlassbrief integriert sei, teilweise wird der bundeseinheitliche Medikationsplan verwendet. Vereinzelt verwenden Hausärzte den dafür vorgesehenen Scanner, um die Medikationspläne zu aktualisieren. Andere wiederum besitzen keinen Scanner. Ein Hausarzt beschrieb, dass sie einen Scanner gekauft hatten, jedoch der bundeseinheitliche Medikationsplan von den Kliniken nicht genutzt würde und sie den Scanner daher nicht verwenden könnten. Vereinzelt beschrieben Hausärzte, dass sie den bundeseinheitlichen Medikationsplan konsequent verwendeten und dieser bei jedem Patienten angelegt und stets aktualisiert würde. Teilweise beschrieben Hausärzte aber, dass sie den bundeseinheitlichen Medikationsplan nicht nutzen konnten beziehungsweise parallel doch einen eigenen Medikamentenplan nutzten, da der bundeseinheitliche Plan nicht mit der Praxissoftware kompatibel sei und somit eine Doppeldokumentation notwendig wäre. Auch hier ist die Umsetzung also sehr variabel, grundsätzlich kann jedoch festgestellt werden, dass vor allem Krankenhäuser den bundeseinheitlichen Medikationsplan nur sehr selten verwenden. Hausärzte wünschten sich daher, dass dieser von Krankenhäusern öfter verwendet würde, damit sie den Medikationsplan einscannen können und somit das als sehr zeitaufwendig beschriebene Abtippen der Medikamente umgangen werden kann.

4.2.9 Dose-Response-Associations

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Endpunkten der Ergebnisevaluation und der Prozessevaluation?

Bei einer nachgewiesenen Wirksamkeit einer Intervention ist von Interesse, inwiefern ein „Mehr“ an Intervention (also in diesem Fall die Durchführung mehrerer der Interventionskomponenten) den Effekt erhöhen (also in diesem Fall zu weniger Krankenhaus-Wiederaufnahmen führen). Da die Auswertung des primären Endpunktes jedoch kein signifikantes Ergebnis ergab, wurde von der Berechnung von Zusammenhängen zwischen den Ergebnissen der Ergebnisevaluation und der Prozessevaluation (sogenannte Dose-Response-Associations) abgesehen.

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

5.1 Diskussion der Ergebnisse der Ergebnisevaluation

Das Ziel der Ergebnisevaluation war die Untersuchung des Effekts der VESPEERA-Intervention auf die Rehospitalisierung aufgrund derselben Indikation innerhalb von 90 Tagen sowie weiterer sekundärer Endpunkte.

Im **primären Endpunkt** „Rehospitalisierung wegen derselben Indikation innerhalb von 90 Tagen nach Krankenhausentlassung“ konnte kein, entsprechend der a priori festgelegten Teststrategie, statistisch signifikantes Ergebnis erzielt werden. Allerdings zeigten sich einige Tendenzen, dass die VESPEERA-Gruppen hier besser abschneiden als die Kontrollgruppen. Insbesondere in den Subgruppen der Patienten mit erhöhter Komorbidität ($CCI \geq 5$) und der Älteren (≥ 65 Jahre) waren in den VESPEERA-Studienarmen tendenziell deutlich bessere Ergebnisse zu beobachten als in den Kontrollarmen. Beim Vergleich aller VESPEERA- gegen alle Kontrollpatienten zeigte sich ein Odds Ratio von 0,318 (95% KI [0,112; 0,896]) für die Patienten mit mindestens 65 Jahren und ein Odds Ratio von 0,156 (95% KI [0,038; 0,634]) für die Patienten mit erhöhter Komorbidität. Da insbesondere bei diesen Populationen von einem erhöhtem Rehospitalisierungsrisiko auszugehen ist, ist es eine vielversprechende Beobachtung, dass gerade diese Subgruppen von VESPEERA profitiert zu haben scheinen.

Die Tatsache, dass Patienten der Subgruppe ohne Telefonmonitoring seltener rehospitalisiert wurden als Patienten der Kontrollgruppe, ist wenig überraschend. Diese Subgruppe hat per definitionem ein geringes Risiko für eine Rehospitalisierung. Zudem erfolgte in der Kontrollgruppe keine Risikostratifizierung, für diese Gruppe ist also von einem im Mittel höheren Risiko auszugehen. Jedoch wurden auch VESPEERA-Patienten, die ein Telefonmonitoring erhalten haben, seltener rehospitalisiert, als Patienten der Kontrollgruppe (die potenziell ein im Mittel geringeres Risiko hat). Es ist folglich anzunehmen, dass eine engmaschige Betreuung nach Entlassung durch die Hausarztpraxis potenziell Rehospitalisierungen vermeiden kann.

Potenzielle Gründe für die fehlende Signifikanz in der primären Analyse sind vielfältig. Zum einen fielen die beobachteten Rehospitalisierungsraten sowohl in der Interventions- als auch der Kontrollgruppe geringer aus als ursprünglich erwartet. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass grundsätzlich ein Trend zur stärkeren Fokussierung auf das Entlassmanagement beobachtet werden kann, wie auch in den Interviews der Prozessevaluation betont wurde. Konkret wird dies durch die im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) verankerte Verpflichtung für Krankenhäuser, allen Patienten ein Entlassmanagement anzubieten. Die konkrete Ausarbeitung dieser Anforderung erfolgte im Rahmenvertrag Entlassmanagement, der am 01.10.2017 und somit zeitgleich mit Projektstart in Kraft trat. Die umfangreichen

Forderungen des Rahmenvertrags stellten die Krankenhäuser in Deutschland vor enorme Herausforderungen, die insbesondere personelle Ressourcen beanspruchten. Dies führte potenziell dazu, dass in den an VESPEERA teilnehmenden Krankenhäusern weniger Ressourcen und Kapazitäten für die Umsetzung von VESPEERA zur Verfügung standen und könnte eine mögliche Erklärung dafür sein, dass die Krankenhäuser keine VESPEERA-Patienten identifizieren konnten. Darüber hinaus ist anzunehmen und zu hoffen, dass die Maßnahmen des Rahmenvertrages Entlassmanagement sich positiv auf die Gesundheitsversorgung auswirken und zu weniger Rehospitalisierungen führen. Dieser Trend konnte in der Difference-in-Difference Analyse durch den gewählten Zeitraum, für den Daten in die Analyse einfließen (ab 01.10.2017), nicht berücksichtigt werden. Die VESPEERA-Intervention wird von den beteiligten Leistungserbringern, wie in der Prozessevaluation deutlich wurde, als positiv bewertet und als wertvoller empfunden als der Rahmenvertrag Entlassmanagement. Um unter den oben beschriebenen Umständen jedoch einen potenziellen Effekt nachweisen zu können, wäre somit eine deutlich höhere Fallzahl notwendig gewesen.

Hinsichtlich der **sekundären Endpunkte** sorgte das geordnete Einweisungs- und Entlassmanagement im Rahmen von VESPEERA dafür, dass sich die Rate an verspäteten Arzneimittelverschreibungen unter VESPEERA-Patienten im Vergleich zu den Kontrollpatienten deutlich verringerte. So scheinen sowohl die Interventionskomponenten vor Einweisung (dem Einweisungsbrief wird immer ein Überblick über die aktuelle Medikation mitgegeben), als auch nach Entlassung in der Hausarztpraxis (strukturierte Sichtung der Entlassmedikation) sich positiv auf das Verordnungsgeschehen von Arzneimitteln auszuwirken. Darüber hinaus scheint VESPEERA die Primärversorgung auch über die HVZ hinaus weiter zu stärken, was sich auch dadurch zeigt, dass VESPEERA-Patienten seltener aufgrund ambulant sensitiver Diagnosen ins Krankenhaus aufgenommen werden.

Hinsichtlich der Versorgungskosten wird beobachtet, dass diese bei geplanten VESPEERA-Einweisungen deutlich geringer liegen als bei Kontrollpatienten. Bei ungeplanten VESPEERA-Einweisungen liegen die Versorgungskosten im Mittel etwas höher als bei den Kontrollen. Dies kann jedoch damit erklärt werden, dass Notfalleinweisungen grundsätzlich höhere Folgekosten mit sich bringen als reguläre Krankenhausaufnahmen. Bei den weiteren sekundären Endpunkten ließen sich keine deutlichen Unterschiede zwischen VESPEERA-Patienten und Kontrollen beobachten. Dies impliziert jedoch auch, dass die VESPEERA-Patienten in keinem Endpunkt deutlich schlechter abschnitten als die Kontrollpatienten.

Die neu hinzugefügte Kontrollgruppe 5 (Kontrollpatienten aus der Interventionsregion) zeigte über alle Endpunkte hinweg keine großen Unterschiede zur Kontrollgruppe 6

(Kontrollpatienten außerhalb der Interventionsregion). Untersucht wurden Spill-Over-Effekte durch eine verstärkte Sensibilisierung für das Thema. So wurde regelmäßig über die Kommunikationskanäle der AOK und der HÄVG über das Projekt informiert und zu Schulungen eingeladen. Darüber hinaus waren insbesondere VERAHs, wie in den Interviews der Prozessevaluation deutlich wurde, im Austausch mit anderen VERAHs. Solche Spill-Over-Effekte konnten jedoch nicht beobachtet werden.

Überdies konnte das Projekt VESPEERA dazu genutzt werden, den HOSPITAL-Score, welcher ein in den USA entwickeltes Tool ist, auch in Deutschland zu evaluieren. Hierbei konnte gezeigt werden, dass der HOSPITAL-Score auch in Deutschland geeignet ist, um ein erhöhtes Risiko für eine Rehospitalisierung vorherzusagen. Da dies im Rahmen einer Subgruppenanalyse geschah, wäre eine Validierung anhand einer größeren Stichprobe empfehlenswert.

Im Rahmen der Patientenbefragung hatten Patienten der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt T1 eine bessere **Lebensqualität** als die Patienten der Interventionsgruppe, die zudem schlechter abschnitten als die Patienten der T0-Befragung. Aus den Hausarztpraxen wurde berichtet, dass eine Vorselektion der Patienten erfolgte und insbesondere diejenigen Patienten in VESPEERA eingeschlossen wurden, die nach Einschätzung von Hausarzt und VERAH am ehesten von der Intervention profitieren würden. Insofern ist anzunehmen, dass in der Interventionsgruppe eher ältere und kränkere Patienten waren als in der Kontrollgruppe, was wiederum Einfluss auf die Lebensqualität hat. Zudem fiel der Befragungszeitraum zu T1 in die erste Welle der COVID-19-Pandemie, was eine Verschlechterung zum Zeitpunkt T1 erklären kann, jedoch auch eine Interpretation der Ergebnisse erschwert. Die Ergebnisse des **PEACS** zeigen, dass in der Interventionsgruppe Patienten und ihre Angehörigen eher mit einbezogen wurden, die Entlassung besser besprochen wurde, die Patienten besser über ihre Medikation aufgeklärt waren und diese eher mit dem Ergebnis der Krankenhausbehandlung zufrieden waren.

Um einen Überblick über die statistische Präzision der Ergebnisse zu geben, wurden für jede Auswertung die Konfidenzintervalle für das Odds Ratio angegeben. Diese spiegeln also die Unsicherheit in der Auswertung wieder. Aufgrund der breiten Ein- und Ausschlusskriterien bilden die Ergebnisse die Versorgungsrealität eines breiten Patientenspektrums in Baden-Württemberg gut ab. Allerdings ist die Beschränkung auf ein Bundesland auch eine Limitation der Beobachtungen. Die Verwendung von Routinedaten für wissenschaftliche Zwecke ist mit Einschränkungen verbunden und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Versicherte anderer Krankenkassen nur bedingt möglich. Allerdings deckt die AOK ca. 45% der Bevölkerung in

Baden-Württemberg ab, zudem gewährleistet die Prüfung der Datenqualität durch alle beteiligten Akteure eine hohe Vertrauenswürdigkeit der Daten. Zudem ist sowohl auf Praxis- als auch auf Patientenebene von einem Selektionsbias auszugehen. Es ist anzunehmen, dass Praxen mit einem Interesse an der Verbesserung der Versorgung vor und nach Krankenhausaufenthalt an der Studie teilgenommen haben und weniger diejenigen Praxen, bei denen ein Verbesserungspotenzial besteht. Zudem wurde aus den Praxen berichtet, dass bei der Ansprache der Patienten auf die Studienteilnahme bereits eine Vorauswahl getroffen wurde.

5.2 Diskussion der Ergebnisse der Prozessevaluation

Was die **Umsetzungstreue** betrifft ist zu berichten, dass der Umsetzungsgrad der VESPEERA-Intervention in den teilnehmenden Hausarztpraxen und Krankenhäusern sehr unterschiedlich ausfiel und im Durchschnitt niedrig war, was eine Erklärung der Abwesenheit von Effekten sein könnte. Von den teilnehmenden Krankenhäusern wurden Konzepte zur Implementierung der einzelnen Komponenten erarbeitet. Da jedoch keines der Krankenhäuser einen VESPEERA-Patienten identifizieren konnte, wurde die geplante Patientengruppe (Patienten mit geplantem Krankenhausaufenthalt) hier nicht erreicht. Die Hausarztpraxen haben nicht allen Patienten alle Interventionskomponenten angeboten. Insbesondere gab es Praxen, die Patienten nur nach dem Krankenhausaufenthalt in VESPEERA eingeschlossen haben. Dies wurde in den Interviews berichtet und durch die Auswertung der Patientendaten bestätigt. Darüber hinaus wurde in den Hausarztpraxen bzgl. der einzuschließenden Patienten vom Protokoll abgewichen und vorselektiert gemäß der Einschätzung des Personals, welche Patienten von den Maßnahmen profitieren könnten. Patienten selbst konnten mit den konkreten Namen der VESPEERA-Interventionskomponenten wenig anfangen. Ihre Aussagen deuteten jedoch darauf hin, dass einige von ihnen Einweisungsbriefe, -broschüren und ein Telefonmonitoring bewusst erhalten haben.

Die Teilnehmer der Prozessevaluation berichteten zudem von erzielten **Ergebnissen** und den zugrundeliegenden **Wirkmechanismus**. Der Einweisungsbrief wird von allen Beteiligten als geeignetes Instrument gesehen, um Informationen über den Zustand des Patienten vor Krankenhausaufenthalt standardisiert zu übermitteln. Dies wurde in den Interviews berichtet und durch die Ergebnisse der Fragebogenbefragung bestätigt. Praxen verwendeten VESPEERA für eine strukturierte Behandlung ihrer Patienten und sahen in den Assessments eine Reminderfunktion, sodass keine Versorgungsschritte ausgelassen werden. Durch die proaktive Einweisung und die Nachbetreuung nach Entlassung durch die Hausarztpraxis wird diese aktiv in den Einweisungs- und Entlassprozess eingebunden und stärkt somit sowohl die Rolle des Hausarztes als auch die der VERAH. Für eine Anwendung im Versorgungsalltag

sollten die Interventionskomponenten gemäß den Rückmeldungen der Teilnehmer der Feedbacktreffen angepasst werden, sodass diese sich besser in den Praxisalltag integrieren lassen und es nicht zu Doppeldokumentationen kommt. Durch an den Patienten gerichtetes Informationsmaterial sowie die intensive Betreuung in der Hausarztpraxis konnten darüber hinaus Versorgungsdefizite aufgezeigt und Patienten besser involviert und in Ihrer Rolle gestärkt werden („Empowerment“) werden. Die intensive Betreuung sowie das Gefühl, als Patient mit einer Krankheitsgeschichte bekannt zu sein, wird auch von den Patienten als fördernd für die eigene Zufriedenheit beschrieben. Insbesondere Interviewteilnehmer aus Krankenhäusern beschrieben, dass VESPEERA eine sinnvolle Ergänzung zum Rahmenvertrag Entlassmanagement ist und mehr Vorteile als dieser mit sich bringt. Konkret werden diese im Einweisungsbrief sowie im Austausch im Rahmen eines telefonischen Entlassgesprächs mit der Hausarztpraxis gesehen. Dadurch wurde sich erhofft, dass Doppeluntersuchungen und Drehtüreffekte vermieden und die Entlassplanung beschleunigt werden können. Zwar konnte in der Interventionsphase von VESPEERA der Kontakt zwischen den Leistungserbringern nicht im gewünschten Ausmaß intensiviert werden, die Teilnehmer wurden jedoch weiter für die Relevanz der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sensibilisiert. Die Ergebnisse der Interviews betonen zudem die Relevanz persönlicher Kontakte zur Verbesserung der Zusammenarbeit. Organisierte Veranstaltungen können hierfür einen Rahmen bieten. Die in VESPEERA angebotenen Feedbacktreffen könnten solche Veranstaltungen sein, deren Evaluation war jedoch nicht Bestandteil von VESPEERA.

Die Umsetzung der Intervention wurde durch ein vielfältiges Spektrum an **Determinanten** bedingt, die letztlich auch die erreichte Fallzahl mitbedingten. Diese können organisationsinternen Gegebenheiten, externen Faktoren, Charakteristika der beteiligten Personen sowie Eigenschaften der Intervention selbst und dem Studiensetting zugeordnet werden. So wurde die Intervention als sehr aufwendig beschrieben, zusätzlich erschwert das Studiensetting (mit Aufklärung und Datenerhebung) die Umsetzung. Förderlich wird bewertet, dass die Endnutzer in die Interventionsentwicklung involviert wurden. Die Intervention wird insgesamt als positiv bewertet und die Standardisierung wird für positiv empfunden, allerdings wird ein Wunsch nach mehr Flexibilität geäußert. Die Umsetzung im CareCockpit stellte sich als richtiger Ansatz heraus. Die Intervention muss zur Organisation passen und die Praxis bzw. das Krankenhaus muss ausreichend Ressourcen zur Verfügung haben. Dazu gehören insbesondere Zeit, Arbeitsplätze mit der entsprechenden Ausstattung, Personal mit der entsprechenden Qualifikation sowie eine angemessene Vergütung der Maßnahmen. Darüber hinaus waren Einflussfaktoren die Kommunikation im Team, Medienbrüche beziehungsweise der unterschiedliche Grad der Digitalisierung in verschiedenen Einrichtungen, engagierte Führungskräfte, Offenheit für Neues, der organisationsinterne Einbezug aller relevanter

Akteure von Beginn an sowie die Tatsache, dass trotz vieler Bemühungen nach wie vor Verbesserungspotenzial im Einweisungs- und Entlassmanagement gesehen wird. Grundsätzlich wird gesehen, dass der Hausarztpraxis bei Einweisungen und Entlassungen eine zentrale Rolle zukommt beziehungsweise zukommen sollte.

Da die primäre Analyse kein statistisch signifikantes Ergebnis ergab, wurden jedoch **keine Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der Ergebnis- und der Prozessevaluation hergestellt.**

5.3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Erprobung der neuen Versorgungsform VESPEERA ist das unseres Wissens erste größere Projekt in Deutschland, das darauf abzielte, sektorenübergreifend und indikationsübergreifend den kompletten Kreislauf zwischen ambulanter hausärztlicher Versorgung, stationärer Versorgung, ambulanter Nachbetreuung in der Hausarztpraxis und gegebenenfalls notwendiger Rehospitalisierung durch eine komplexe Intervention zu beeinflussen und damit die Problematik der unzureichenden Abstimmung über Schnittstellen [35] im Versorgungssystem mit jeweils eigenen Interventionsbausteinen aufzugreifen. Durch ein strukturiertes Einweisungsmanagement durch die Hausarztpraxis vor stationärer Aufnahme als auch durch ein verbessertes Entlassmanagement aus dem Krankenhaus und strukturiertes IT-gestütztes Telefonmonitoring bei Risikopatienten durch die Hausarztpraxis sollte die Rehospitalisierungsrate innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung gesenkt sowie weitere sekundäre Endpunkte bei Patienten, die in die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach §73b SGB V in Baden Württemberg eingeschrieben sind, positiv beeinflusst werden.

Vor dem Hintergrund einer Rehospitalisierungsrate, die schon vor Intervention in der HZV niedriger lag als erwartet (möglicherweise durch überlagernde Effekte der HZV [36] und des zum 01.10.2017 in Kraft getretenen Rahmenvertrages Entlassmanagement [9]) und einer deutlich geringeren Fallzahl als erwartet, konnte im Rahmen der Ergebnisevaluation hinsichtlich des primären Endpunktes kein statistisch signifikanter Effekt beobachtet werden. Eine Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung bezogen auf diesen Endpunkt kann daher aus wissenschaftlicher Sicht nicht gegeben werden.

Die Sensitivitätsanalyse des primären als auch die Analyse mehrerer sekundärer Endpunkte weisen aufgrund der beobachteten Effekte jedoch Trends auf, dass die Intervention bei Hochrisikopatienten günstige Effekte gegenüber der bisherigen Implementierung der HZV hat. Ein Vergleich gegenüber der Regelversorgung außerhalb der HZV hat nicht stattgefunden, es

ist jedoch ausreichend dokumentiert, dass die Wiederaufnahmeraten hier deutlich höher sind [33, 34].

Im Rahmen der Studie erfolgte eine umfangreiche Ergebnis- und Prozessevaluation mit einem breiten Spektrum an Fragestellungen, die die Blickwinkel aller relevanten Akteure beinhaltet und sich auf verschiedene Datenquellen stützt. Daraus resultierend können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Ein Einweisungs- und Entlassmanagement nach dem VESPEERA-Konzept kann zu geringeren Rehospitalisierungsraten führen. Ein Einsatz wäre denkbar insbesondere bei älteren Patienten, Patienten mit hoher Komorbidität und Patienten mit erhöhtem Risiko für Rehospitalisierung.
- Das Einweisungs- und Entlassmanagement darf dabei nicht auf die Zeitpunkte der Einweisung und der Entlassung reduziert werden. Der Hausarzt sollte bereits während des stationären Aufenthalts informiert werden, wenn sich die Prognose von Patienten während des Krankenhausaufenthalts deutlich verschlechtert oder eine komplexe und vor allem nahtlose Anschlussbehandlung benötigt wird. Hierfür sind Austauschformate oder Schnittstellen zu definieren, die eine zeitunabhängige Kommunikation zwischen Krankenhaus und Arztpraxis ermöglichen.
- Die Bereitstellung von mehr Informationen durch Niedergelassene bei Einweisung, beispielsweise anhand eines Einweisungsbriefs, sollte gefördert werden. Zudem sollten Hausärzte verstärkt in die Nachbetreuung eingebunden werden. Einweisungs- und Entlassmanagement sollte zu einer gemeinsamen sektorenübergreifenden Aufgabe aus einem Stück werden.
- Ein Risikoassessment sollte nicht nur bei Krankenhausaufnahme, sondern auch bei Entlassung erfolgen (beispielsweise mittels des HOSPITAL-Scores), um ein Risiko für ungeplante Wiederaufnahmen rechtzeitig zu erkennen.
- Eine Kürzung des Assessments zur Erstellung des Einweisungsbriefs dahingehend, dass dieser auch in Notfallsituationen erstellbar oder bereits im CareCockpit abrufbar ist, wäre für dringliche Einweisungen denkbar. Dies fand in der Evaluation von VESPEERA keine Anwendung, insofern sollten Analysen zur Wirksamkeit durchgeführt werden.
- Die weitere Vernetzung von Krankenhäusern und Hausärzten, auch auf individueller Ebene, beispielsweise im Rahmen gemeinsamer Veranstaltungen, sollte ausgebaut werden.
- Bei der sektorenübergreifenden Kommunikation sollte die Medienkontinuität sichergestellt sein. Zudem sollte eine klare Festlegung erfolgen, welcher

Kommunikationsweg für welche Information geeignet ist. Datenschutzvorgaben dürfen der Patientenversorgung nicht im Weg stehen.

- Es sollte eine ausreichende Vergütung für Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements erfolgen.
- Patienten sollten verstärkt in den Prozess des Sektorenüberganges eingebunden, darüber informiert und aufgeklärt werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Quality & Safety*;2012:21 Suppl 1:i39-49. doi:10.1136/bmjqs-2012-001165.
2. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Entlassungsmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Göttingen; 2015.
3. Ludt S, Heiss F, Glassen K, Noest S, Klingenberg A, Ose D, Szecsenyi J. Die Patientenperspektive jenseits ambulant-stationärer Sektorengrenzen - Was ist Patientinnen und Patienten in der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig? *Gesundheitswesen*;2014:76:359–65. doi:10.1055/s-0033-1348226.
4. Sampson R, Barbour R, Wilson P. The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*;2016:17:45. doi:10.1186/s12875-016-0442-y.
5. Goldman J, Reeves S, Wu R, Silver I, MacMillan K, Kitto S. A sociological exploration of the tensions related to interprofessional collaboration in acute-care discharge planning. *Journal of Interprofessional Care*;2016:30:217–25. doi:10.3109/13561820.2015.1072803.
6. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*;2016:CD000313. doi:10.1002/14651858.CD000313.pub5.
7. Jenq GY, Doyle MM, Belton BM, Herrin J, Horwitz LI. Quasi-Experimental Evaluation of the Effectiveness of a Large-Scale Readmission Reduction Program. *JAMA Intern Med*;2016:176:681–90. doi:10.1001/jamainternmed.2016.0833.
8. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2.Aufl. Osnabrück; 2019.
9. Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung. Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement); 2016.
10. Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg - Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*;2013:107:365–71. doi:10.1016/j.zefq.2013.07.002.
11. Forstner J, Straßner C, Peters-Klimm F, Freund T, Wensing M, El-Kurd N, et al. Versorgungskontinuität sichern: Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern (VESPEERA). Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2019.

12. Donzé JD, Williams MV, Robinson EJ, Zimlichman E, Aujesky D, Vasilevskis EE, et al. International Validity of the HOSPITAL Score to Predict 30-Day Potentially Avoidable Hospital Readmissions. *JAMA Intern Med*;2016;176:496–502. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8462.
13. Freund T, Kayling F, Miksch A, Szecsenyi J, Wensing M. Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials CRD32009100316. *BMC Health Serv Res*;2010;10:112. doi:10.1186/1472-6963-10-112.
14. Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. CareCockpit. Hausarztpraxis-basiertes Case Management [abgerufen 08.03.2021]. Verfügbar unter: www.carecockpit.org.
15. Forstner J, Straßner C, Kunz A, Uhlmann L, Freund T, Peters-Klimm F, et al. Improving continuity of patient care across sectors: study protocol of a quasi-experimental multi-centre study regarding an admission and discharge model in Germany (VESPEERA). *BMC Health Serv Res*;2019;19:206. doi:10.1186/s12913-019-4022-4.
16. Forstner J, Kunz A, Straßner C, Uhlmann L, Kuemmel S, Szecsenyi J, Wensing M. Improving Continuity of Patient Care Across Sectors: Study Protocol of the Process Evaluation of a Quasi-Experimental Multi-Centre Study Regarding an Admission and Discharge Model in Germany (VESPEERA). *BMJ Open* 2019. doi:10.1136/bmjopen-2019-031245.
17. Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*;2013;107:386–93. doi:10.1016/j.zefq.2013.07.003.
18. Austin PC. An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. *Multivariate Behav Res*;2011;46:399–424. doi:10.1080/00273171.2011.568786.
19. Rosenbaum PR, Rubin DB. The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. *Biometrika*;1983;70:41. doi:10.2307/2335942.
20. Sundararajan V, Henderson T, Perry C, Muggivan A, Quan H, Ghali WA. New ICD-10 version of the Charlson comorbidity index predicted in-hospital mortality. *J Clin Epidemiol*;2004;57:1288–94. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.03.012.
21. Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C. Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. München; 2015.
22. Noest S, Ludt S, Klingenberg A, Glassen K, Heiss F, Ose D, et al. Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). *Int J Qual Health Care*;2014;26:240–9. doi:10.1093/intqhc/mzu044.
23. Greiner W, Claes C, Busschbach JJV, Schulenburg J-MG von der. Validating the EQ-5D with time trade off for the German population. *Eur J Health Econ*;2005;6:124–30. doi:10.1007/s10198-004-0264-z.
24. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research*;2016;27:591–608. doi:10.1177/1049732316665344.
25. Swart E, Ihle P, Gothe H. Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2.Aufl. Bern: Huber; 2014.
26. Friedrichs J. Methoden empirischer Sozialforschung. 14.Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 1990.

27. Victor A, Elsässer A, Hommel G, Blettner M. Judging a plethora of p-values: how to contend with the problem of multiple testing—part 10 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int*;2010;107:50–6. doi:10.3238/arztebl.2010.0050.
28. Dimick JB, Ryan AM. Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. *JAMA*;2014;312:2401–2. doi:10.1001/jama.2014.16153.
29. Kontopantelis E, Doran T, Springate DA, Buchan I, Reeves D. Regression based quasi-experimental approach when randomisation is not an option: interrupted time series analysis. *BMJ*;2015;350:h2750. doi:10.1136/bmj.h2750.
30. Huang Y-q, Gou R, Diao Y-s, Yin Q-h, Fan W-x, Liang Y-p, et al. Charlson comorbidity index helps predict the risk of mortality for patients with type 2 diabetic nephropathy. *J. Zhejiang Univ. Sci. B*;2014;15:58–66. doi:10.1631/jzus.B1300109.
31. Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. *Writing ethnographic fieldnotes*. 8.Aufl. Chicago: The University of Chicago Press; 20]07.
32. Loukanova S, Molnar R, Bridges JF. Promoting patient empowerment in the healthcare system: highlighting the need for patient-centered drug policy. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*;2007;7:281–9. doi:10.1586/14737167.7.3.281.
33. Wensing M, Szecsenyi J, Laux G. Continuity in general practice and hospitalization patterns: an observational study. *BMC Fam Pract*;2021;22:21. doi:10.1186/s12875-020-01361-0.
34. Sawicki OA, Mueller A, Klaaßen-Mielke R, Glushan A, Gerlach FM, Beyer M, et al. Strong and sustainable primary healthcare is associated with a lower risk of hospitalization in high risk patients. *Sci Rep*;2021;11:4349. doi:10.1038/s41598-021-83962-y.
35. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung: Sondergutachten 2012*. Bonn; 2012.
36. Laux G, Pohl M, Schubert J, Kaufmann Kolle P, Roth C, Szecsenyi J. *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 bis 2016). Studienphase 2017 bis 2018: Evaluation auf der Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg*. Heidelberg; 2019.

7. Anhang

1. Liste mit ambulant-sensitiven Diagnosen	152
2. Dokumentationsbogen Krankenhaus.....	153
3. Fragebogen Patientenbefragung	155
4. Interviewleitfaden nicht-teilnehmende Krankenhäuser.....	165
5. Interviewleitfaden teilnehmende Krankenhäuser	172
6. Fragebogen Soziodemographie Krankenhäuser	181
7. Interviewleitfaden nicht-teilnehmende Hausarztpraxen.....	183
8. Interviewleitfaden teilnehmende Hausarztpraxen	188
9. Fragebogen Soziodemographie Hausarztpraxen.....	195
10. Interviewleitfaden Patienten	197
11. Fragebogen Soziodemographie Patienten	202
12. Codebuch CFIR.....	204
13. Fragebogen Prozessevaluation Leistungserbringer.....	219
14. Fragebogen Prozessevaluation Patienten	229

Anhang 1: Liste mit ambulant-sensitiven Diagnosen

Supplement 1

Supplemental Table 1. List of ICD 10-GM Codes Used to Identify Hospitalizations for Ambulatory Care–Sensitive Conditions	
<i>Ambulatory Care Sensitive Condition</i>	<i>ICD10-GM Code</i>
Angina	I20, I24.0, I24.8, I24.9
Asthma	J45, J46
Cellulitis	L03, L04, L08.0, L08.8, L08.9, L88, L98.0
Congestive heart failure	I11.0, I50, J81
Convulsion and epilepsy	G40, G41, R56, O15
Chronic obstructive pulmonary disease	J20, J41, J42, J43, J47
Dehydration and gastroenteritis	E86, K52.2, K52.8, K52.9
Dental conditions	A69.0, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K09.8, K09.9, K12, K13
Diabetes complications	E10.0–E10.8, E11.0–E11.8, E12.0–E12.8, E13.0–E13.8, E14.0–E14.8
Ear, nose and throat infections	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2
Gangrene	R02
Hypertension	I10, I11.9
Influenza and pneumonia	J10, J11, J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.9, J16.8, J18.1, J18
Iron-deficiency anemia	D50.1, D50.8, D50.9
Nutritional deficiency	E40, E41, E42, E43, E55.0, E64.3
Other vaccine preventable diseases	A35, A36, A37, A80, B05, B06, B16.1, B16.9, B18.0, B18.1, B26, G00.0, M01.4
Pelvic inflammatory disease	N70, N73, N74
Perforated/bleeding ulcer	K25.0–K25.2, K25.4–K25.6, K26.0–K26.2, K26.4–K26.6, K27.0–K27.2, K27.4–K27.6, K280–282, K284–K286
Pyelonephritis	N10, N11, N12, N13.6
Alcohol-related diseases	F10
Atrial fibrillation and flutter	I47.1, I47.9, I49.5, I49.8, I49.9, R00.0, R002, R00.8
Constipation	K59.0
Fractured proximal femur	S72.0, S72.1, S72.2
Dyspepsia and other stomach function disorders	K30, K21
Hypokalemia	E87.6
Migraine/acute headache	G43, G44.0, G44.1, G44.3, G44.4, G44.8, R51x
ICD-10-GM = International Classification of Diseases-, 10 th Revision – German Modification.	



Anhang 2: Dokumentationsbogen Krankenhaus



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

VESPEERA

Dokumentationsbogen für die Prozessevaluation

Dieser Bogen ist für jeden VESPEERA-Patienten nur einmal auszufüllen!

Datum der Dokumentation	
Pseudonym des Patient / der Patientin (siehe Einweisungsbrief):	

1. Angaben zur Klinik

1.1 In welcher Klinik/ welchem Klinikverbund arbeiten Sie?	
1.2 Bei Klinikverbänden: An welchem Standort arbeiten Sie?	
1.3 Welcher medizinischen Fachdisziplin sind Sie zugehörig?	

2. Angaben zu Ihrer Person

2.1 In welcher Funktion waren Sie an der Versorgung der/des o.g. Patienten / Patientin beteiligt?	<input type="checkbox"/> Stationsarzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/> Case-Manager <input type="checkbox"/> Pflegekraft <input type="checkbox"/> Sonstiges
2.2 In welchem Jahr sind Sie geboren?		
2.3 Ihr Geschlecht?	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

3. Identifikation der VESPEERA-Patienten

3.1 Wann haben Sie davon erfahren, dass der Patient an dem Projekt VESPEERA teilnimmt?	<input type="checkbox"/> Bei/ kurz nach Aufnahme <input type="checkbox"/> Im Laufe des stationären Aufenthalts <input type="checkbox"/> Kurz vor Entlassung
3.2 Wie haben Sie davon erfahren, dass der Patient an dem Projekt VESPEERA teilnimmt? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Durch den Einweisungsbrief <input type="checkbox"/> Durch den Patient / die Patientin <input type="checkbox"/> Durch Angehörige <input type="checkbox"/> Durch den Sozialdienst / Case Manager <input type="checkbox"/> Durch das Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Sonstiges

4. Nutzung des VESPEERA-Einweisungsbriefs

4.1 Wie schwer oder einfach war es für Sie, auf den VESPEERA-Einweisungsbrief zuzugreifen?	1 - 2 - 3 - 4 - 5 Sehr einfach – einfach – unentschieden – schwer – sehr schwer
4.2 Wie häufig haben Sie den VESPEERA-Einweisungsbrief genutzt?	1 - 2 - 3 - 4 - 5 Sehr oft – oft – gelegentlich – selten – nie
4.3 Wie hilfreich fanden Sie den VESPEERA-Einweisungsbrief für die Versorgung des Patienten / der Patientin?	1 - 2 - 3 - 4 - 5 Sehr hilfreich – hilfreich – unentschieden – wenig hilfreich – nicht hilfreich

5. Telefonisches Entlassgespräch mit der Hausarztpraxis

5.1 Haben Sie während des stationären Aufenthalts mit der Hausarztpraxis des Patienten / der Patienten telefoniert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein → weiter zu Block 5
Falls ja:	
5.2 Mit wem haben Sie telefoniert? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="radio"/> Mit dem behandelnden Hausarzt <input type="radio"/> Mit einer MFA <input type="radio"/> Sonstige
5.3 Wie lange hat das Telefonat in etwa gedauert?	___ Minuten
5.4. Wie schwer oder einfach war es für Sie, den gewünschten Ansprechpartner in der Hausarztpraxis zu erreichen?	1 - 2 - 3 - 4 - 5 Sehr einfach – einfach – unentschieden – schwer – sehr schwer
5.5. Wie hilfreich war das Telefonat insgesamt für die Versorgung des Patienten / der Patientin?	1 - 2 - 3 - 4 - 5 Sehr hilfreich – hilfreich – unentschieden – wenig hilfreich – nicht hilfreich

6. Erhebung des Hospital-Scores

6.1. Was war der letzte Hämoglobinwert vor Entlassung?	___ g/dl <input type="checkbox"/> kein Wert erhoben
6.2 Wurde der Patient aus einer onkologischen Einrichtung entlassen bzw. wurde eine stationäre onkologische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.3 Was war der letzte Natriumwert vor Entlassung?	___ mmol/l <input type="checkbox"/> kein Wert erhoben
6.4 Wurde während des Aufenthalts eine Prozedur (nach OPS) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.5 Handelt es sich um eine notfallmäßige oder Aufnahme?	<input type="checkbox"/> ja (dringlich oder notfallmäßig) <input type="checkbox"/> nein
6.6 Wie viele stationäre Aufenthalte hatte der Patient im letzten Jahr? (s. Einweisungsbrief ODER falls nicht vorhanden: Patienten befragen, der aktuelle Krankenhausaufenthalt wird NICHT mitgezählt)	___ stationäre Aufenthalte
6.7 Wie viele Tage war der Patient stationär? (Tag der Aufnahme und Tag der Entlassung zählen als ganze Tage)	___ Tage
6.8 Gesamtpunktzahl (Auswertung siehe unten)	

Auswertung des HOSPITAL Scores:

6.1 Hb < 12 g/dl → 1 Punkt, Hb ≥ 12 g/dl → 0 Punkte, kein Wert erhoben → 0 Punkte

6.2 ja → 2 Punkte, nein → 0 Punkte

6.3 <135 mmol/l → 1 Punkt, ≥135 mmol/l → 0 Punkte, kein Wert erhoben → 0 Punkte

6.4 ja → 1 Punkt, nein → 0 Punkte

6.5 ja → 1 Punkt, nein → 0 Punkte

6.6 0-1 → 0 Punkte, 2-5 → 2 Punkte, 6 und mehr → 5 Punkte

6.7 5 und mehr Tage → 2 Punkte

Hinweise zur Gesamtpunktzahl

0-4 Punkte: geringes Risiko für Wiedereinweisung

5-6 Punkte: mittleres Risiko für Wiedereinweisung

≥7 Punkte: hohes Risiko für Wiedereinweisung

Anhang 3: Fragebogen Patientenbefragung



«Praxisname»

«Straße»

«PLZ» «ORT»

Praxis-ID: «ID_Praxis»

Fragebogen für Patientinnen/Patienten

„Versorgungskontinuität sichern: Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern (VESPEERA)“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie an der Studie „Versorgungskontinuität sichern: Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern (VESPEERA)“ teilnehmen. Im Rahmen dieser Studie erhalten Sie diesen Fragebogen, der an Sie persönlich gerichtet ist. Wir möchten Sie bitten, sich 10 bis 15 Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen in Ihrer Hausarztpraxis auszufüllen.

Kreuzen Sie diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihnen spontan in den Sinn kommt. Sie können sich jederzeit entscheiden, einzelne Fragen im Fragebogen nicht zu beantworten. Bitte bedenken Sie jedoch, dass eine vollständige Beantwortung aller Fragen für die wissenschaftliche Auswertung von großer Bedeutung ist. Die Angaben stehen ausschließlich den an der Studie beteiligten Wissenschaftlern in anonymer* Form zu Verfügung.

[*Anonym bedeutet, dass die erhobenen Daten nicht Ihrer Person zugeordnet werden können und Ihre Identität für die auswertenden Wissenschaftler nicht erkennbar ist.]

Sollten Sie beim Lesen der Fragen Schwierigkeiten haben, stellt Ihnen Ihre Hausarztpraxis gerne eine Lesebrille zur Verfügung.

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in die in Ihrer Hausarztpraxis bereitgestellte versiegelte Box.

Bei Fragen oder Problemen beim Ausfüllen des Bogens wenden Sie sich bitte an das Studienteam, Frau Johanna Forstner (Tel. 06221/56-35559).

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung! Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Verwenden Sie nur Kugelschreiber.
- Bitte geben Sie Freitextangaben in Druckbuchstaben an.
- Zum Ausfüllen des Fragebogens:
 - Bitte kreuzen Sie jeweils die aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort an.
 - Bitte machen Sie das Kreuz direkt im Kästchen, nicht neben dem Kästchen: ☒
 - Wenn Sie eine Angabe rückgängig machen wollen, füllen Sie das Kästchen ganz aus ■ und kreuzen Sie die aus Ihrer Sicht richtige Auswahl an ☒.

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand¹

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

1. Beweglichkeit/Mobilität	
Ich habe keine Probleme herumzugehen	<input type="checkbox"/>
Ich habe einige Probleme herumzugehen	<input type="checkbox"/>
Ich bin ans Bett gebunden	<input type="checkbox"/>
2. Für sich selbst sorgen	
Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen	<input type="checkbox"/>
Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	<input type="checkbox"/>
3. Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="checkbox"/>
Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="checkbox"/>
4. Schmerzen/körperliche Beschwerden	
Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	<input type="checkbox"/>
5. Angst/Niedergeschlagenheit	
Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/>
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/>
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/>
6. Verglichen mit meinem allgemeinen Gesundheitszustand während der <u>vergangenen 12 Monate</u> ist mein heutiger Gesundheitszustand	
Besser	<input type="checkbox"/>
Im Großen und Ganzen etwa gleich	<input type="checkbox"/>
Schlechter	<input type="checkbox"/>

¹ Diese Fragen entsprechen dem EQ-5D-Standard der EuroQol Group.

7. Ihr heutiger Gesundheitszustand²

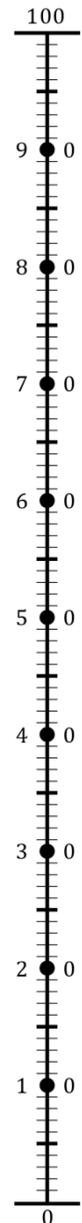
Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der denkbar beste Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.

Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

Ihr heutiger
Gesundheitszustand

Best denkbarer
Gesundheitszustand



Schlechtest denkbarer
Gesundheitszustand

² © EuroQol Group: Diese Fragen entsprechen dem EQ-5D-Standard der EuroQol Group.

Angaben zu Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre letzte Krankenhausbehandlung in einem Akutkrankenhaus. Auch wenn Sie im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt wurden, beziehen sich die Fragen auf die Behandlung im Akutkrankenhaus.

8. In welchem Krankenhaus und in welcher Fachabteilung wurden Sie bei Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt behandelt?

(Bitte entnehmen Sie diese Informationen dem Entlassbrief, den Sie im Krankenhaus erhalten haben)

Name des Krankenhauses:	
Ort des Krankenhauses:	
Name der Fachabteilung:	

9. Was war der Grund für Ihren letzten Krankenhausaufenthalt?

(Mehrfachantworten möglich)

- Abklärung
- Therapie
- Operation
- Chemotherapie
- Notfall
- Sonstiges und zwar: _____

Allgemeine Fragen zur Krankenhausbehandlung

Zunächst bitten wir Sie, einige allgemeine Fragen zu beantworten

10. Wenn die Krankenhausbehandlung stationär (mit Übernachtung) durchgeführt wurde: Wie viele Tage waren Sie im Krankenhaus (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag)?

Anzahl der Tage

11. War die Krankenhausbehandlung im Voraus geplant oder wurden Sie als Notfall aufgenommen?

- Die Krankenhausbehandlung war im Voraus geplant (d.h. mehrere Tage, Wochen oder Monate zuvor)
- Ich wurde als Notfall aufgenommen → bitte weiter zu Frage 16

Ihre hausärztliche und fachärztliche Behandlung vor der Krankenhausbehandlung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung bei Ihrem Haus- oder Facharzt **vor** Durchführung der Krankenhausbehandlung.

12. Wurde mit Ihnen besprochen, ob es auch die Möglichkeit gibt, die Krankenhausbehandlung nicht durchzuführen und was das für Sie bedeuten würde?

- Ja, ausführlich
- Ja, teilweise
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte nicht über diese Möglichkeit sprechen

13. Wurden Sie an der Entscheidung, die Krankenhausbehandlung durchzuführen, beteiligt?

- Ja, voll und ganz
- Ja, teilweise
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte auch nicht an der Entscheidung beteiligt werden

Gesamtbewertung Ihrer Behandlung bis zur Aufnahme in das Krankenhaus, das die Krankenhausbehandlung durchgeführt hat		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft ganz und gar nicht zu	Weiß ich nicht
14.	Meine Behandlung im Vorfeld der Krankenhausbehandlung (Untersuchungen, Diagnostik, Informationen, Entscheidungsfindung) war sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15.	Ich fühlte mich sehr gut darauf vorbereitet, was im behandelnden Krankenhaus auf mich zukommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus

Entlassung bezieht sich im Folgenden auf das Verlassen des Krankenhauses, in dem die Krankenhausbehandlung stattgefunden hat.

Informationsvermittlung zur Entlassung

16. Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welches Verhalten nach der Entlassung erlaubt ist und welches nicht? (z.B. Bewegung, Ernährung)

- Ja, ausführlich
- Ja, teilweise
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte diese Informationen nicht

17. Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, welche körperlichen Anzeichen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes bedeuten könnten? (z.B. Blutungen oder Schmerzen)

- Ja, ausführlich
- Ja, teilweise
- Nein

18. Wussten Sie nach Ihrer Entlassung, an wen Sie sich wenden können, falls Komplikationen auftreten?

- Ja, ich hatte konkrete Kontaktdaten (z.B. Telefonnummer, Name einer Ansprechperson)
- Ja, aber nicht ganz eindeutig
- Nein

19. Wurde mit Ihnen besprochen, was Sie nach der Entlassung selbst zu Ihrer Gesundheit beitragen können?

- Ja, ausführlich
- Ja, teilweise
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte diese Informationen nicht

20. Waren Sie darüber informiert, welche weiteren Maßnahmen nach der Entlassung folgen? (z.B. Fäden ziehen, weitere Therapien oder Untersuchungen, Nachsorge etc.)

- Ja, ausführlich
- Ja, teilweise
- Nein
- Es gab keine weiteren Maßnahmen

21. Haben die Ärztinnen/Ärzte offen und ehrlich mit Ihnen über den zu erwartenden Verlauf Ihrer Erkrankung nach der Krankenhausbehandlung gesprochen?

- Ja, sehr offen
- Ja, teilweise
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte nicht darüber sprechen

22. Wurden beim Entlassungsgespräch im Krankenhaus alle Fragen, die Ihnen wichtig waren, geklärt?

- Ja, voll und ganz
- Ja, teilweise
- Nein
- Ich hatte keine Fragen
- Es gab kein Entlassungsgespräch

Hilfe und Unterstützung bei der Organisation der Weiterversorgung nach der Entlassung

23. Wurden Sie beim Übergang in die häusliche Situation vom Krankenhaus unterstützt?

- Ja, voll und ganz
- Ja, teilweise
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte keine Unterstützung von der Einrichtung

24. Wurde Ihnen das Angebot gemacht, Ihre Angehörigen in Gespräche zu Ihrer Weiterversorgung einzubeziehen?

- Ja, voll und ganz
- Ja, teilweise
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Es war nicht notwendig, meine Angehörigen einzubeziehen
- Ich habe keine Angehörigen

25. Wurden Sie bei der Organisation einer Rehabilitationsmaßnahme durch das behandelnde Krankenhaus unterstützt?

- Ja, voll und ganz
- Ja, teilweise
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Ich wollte bzw. brauchte keine Unterstützung von der Einrichtung
- Ich hatte nach diesem Eingriff keine anschließende Rehabilitationsmaßnahme

26. Falls eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. eine Sozialstation notwendig war: Wurde diesem vom behandelnden Krankenhaus ein Pflegeüberleitungsbogen übermittelt?

- Ja, der Bogen wurde mir mitgegeben
- Ja, der Bogen wurde dem Pflegedienst/der Sozialstation auf anderem Wege zugestellt
- Nein
- Weiß ich nicht
- Ich benötigte keinen Pflegedienst/keine Sozialstation

Bitte bewerten Sie die Zusammenarbeit im Krankenhaus sowie Ihre Behandlung insgesamt

Trifft voll und ganz zu Trifft her zu Teils/teils Trifft eher nicht zu Trifft ganz und gar nicht zu Weiß ich nicht

27.	Ich hatte den Eindruck, dass die einzelnen Stellen und Abteilungen im Krankenhaus sehr gut zusammenarbeiten.	<input type="checkbox"/>					
28.	Ich hatte den Eindruck, dass der Informationsaustausch zwischen den Ärztinnen/Ärzten und den Pflegekräften sehr gut funktioniert.	<input type="checkbox"/>					
29.	Ich fühlte mich im Krankenhaus sehr gut aufgehoben.	<input type="checkbox"/>					
30.	Ich kann meinen Freunden oder Angehörigen dieses Krankenhaus sehr empfehlen.	<input type="checkbox"/>					

Ihre ambulante Weiterversorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Wenn Sie eine Schmerztherapie benötigten

31. War Ihre Schmerztherapie auch nach der Entlassung sichergestellt?

- Ja, voll und ganz
- Ja, teilweise
- Nein
- Ich wollte/brauchte nach der Entlassung keine Schmerztherapie

Wenn Sie infolge der Krankenhausbehandlung andere bzw. neue Medikamente verordnet bekamen

32. Wurde Ihnen erklärt, warum Sie diese Medikamente nehmen sollen? (Wirkung der Medikamente)

- Ja, ausführlich
- Ja, teilweise
- Nein
- Mir wurden keine anderen oder neuen Medikamente verordnet

33. Erhielten Sie schriftliche Informationen darüber, wie Sie diese Medikamente einnehmen sollen? (z.B. wann, wie oft, wie lange)

- Ja, gut verständliche Informationen
- Ja, aber eher schlecht verständliche Informationen
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte
- Nein, ich wollte/brauchte keine schriftlichen Informationen
- Mir wurden keine anderen oder neuen Medikamente verordnet

Gesamtbewertung von Entlassung und Nachsorge		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft ganz und gar nicht zu	Weiß ich nicht
34.	Der Übergang aus dem Krankenhaus nach Hause bzw. in die Weiterbehandlung hat reibungslos funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
35.	Für meine Behandlung und Betreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus war sehr gut gesorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Das Ergebnis Ihrer Behandlung

36. Hat sich Ihr Gesundheitszustand im Vergleich zur Situation vor der Krankenhausbehandlung bis zum jetzigen Zeitpunkt verbessert?

- Deutlich verbessert
- Etwas verbessert
- In etwa gleich geblieben
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Ich hatte vor der Krankenhausbehandlung keine spürbaren Beschwerden

37. Sind bei Ihnen infolge der Krankenhausbehandlung gesundheitliche Komplikationen aufgetreten?

- Ja und zwar: _____
- Nein, keine Komplikationen

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft ganz und gar nicht zu	Weiß ich nicht
38.	Mit dem Ergebnis der Krankenhausbehandlung bin ich zum jetzigen Zeitpunkt sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
39.	Aus heutiger Sicht war die Entscheidung zur Durchführung der Krankenhausbehandlung richtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Weitere Angaben zu Ihrer Person

Abschließend möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

40. Ihr Alter: Jahre

41. Ihr Geschlecht: männlich weiblich

42. Ihre Muttersprache: Deutsch Eine andere Sprache

43. Wie ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schule, Studium | <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann |
| <input type="checkbox"/> Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> Arbeitslos |
| <input type="checkbox"/> Erwerbstätig Vollzeit (35 Std. pro Woche oder mehr) | <input type="checkbox"/> Rentner/in |
| <input type="checkbox"/> Erwerbstätig Teilzeit (weniger als 35 Std. pro Woche) | |

44. Wie ist Ihre derzeitige Lebenssituation?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allein lebend | <input type="checkbox"/> Mit _____ Personen in einem Haushalt lebend |
| <input type="checkbox"/> Mit Partner/in zusammen lebend | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

45. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Noch kein Schulabschluss (Schüler/in)
- Ich habe die Schule ohne Abschluss verlassen
- Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss/Abschluss Polytech. Oberschule DDR (8./9. Klasse)
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)/Abschluss Polytech. Oberschule DDR (10. Klasse)
- Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule, Meister-, Technikerschule
- Abitur/Hochschulreife
- Anderes

46. Haben Sie eine ernste (chronische) Erkrankung, die schon länger als 3 Monate andauert?

Ja Nein

47. Wie häufig waren Sie in den vergangenen 12 Monaten stationär (d.h. mit Übernachtung) in diesem oder einem anderen Krankenhaus?

_____ Mal

48. Gibt es sonstige Anmerkungen oder Hinweise, die Sie uns gerne mitteilen möchten?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

VESPEERA-Prozessevaluation

Leitfaden zum Interview mit Mitarbeitern aus dem Management nicht-teilnehmender Krankenhäuser

Vorbereitung

- Einleitende Worte:

„Derzeit führen wir das Projekt VESPEERA durch, dass es sich zum Ziel gesetzt hat, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen im Rahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements zu verbessern. Um die Ergebnisse der Studie besser interpretieren zu können und einen Einblick in die Umsetzung zu bekommen, führen wir begleitend eine Prozessevaluation durch. Um vergleichen zu können, möchten wir auch Personen befragen, deren Einrichtung nicht an VESPEERA teilnimmt.

Bitte erzählen Sie doch alles, was Ihnen zu den einzelnen Fragen einfällt. Nehmen Sie sich dafür so viel Zeit wie Sie möchten.“

- Hinweis auf Aufzeichnung (Audio), Datenschutz: pseudonymisierte Auswertung, keine Weitergabe der Namen der Teilnehmer, die Tonaufnahmen werden nicht an Personen außerhalb der Forschergruppe weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden die Tonaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.
- Freiwilligkeit der Teilnahme, Möglichkeit das Gespräch jederzeit zu beenden; Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Nachfrage: Ist noch etwas unklar?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Darstellung der umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

1. Erzählen Sie doch mal, wie in Ihrem (Kranken-)Haus mit Einweisungen und Entlassungen umgegangen wird.

Backup

- Welche konkreten Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements gibt es denn in Ihrem Haus?
- Wer ist zuständig für die Koordination der Aufnahme und Entlassung?
- Was sind die Aufgaben dieser Personen?
- Wie ist Ihre Einschätzung: unterscheiden sich Prozesse und Zuständigkeiten zwischen einzelnen Abteilungen?
- Wie klappt es mit der Umsetzung im Arbeitsalltag?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Wahrgenommene Auswirkungen der Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement / Bezug zu VESPEERA-Studienkomponenten

2. Sie wissen vielleicht, dass sich in den vergangenen Jahren gesetzlich einiges getan hat. Inwiefern haben sich denn diese geänderten Rahmenbedingungen auf die Abläufe in Ihrem Haus ausgewirkt?

Backup

- Falls es nicht von selbst angesprochen wird, bitte gezielt nachfragen (Bezug zu Interventionskomponenten in VESPEERA):
 - (Wie) haben Sie den geforderten Entlassplan umgesetzt?
 - (Falls ja,) Wie sieht dieser aus?
 - Was beinhaltet er?
 - Wie haben Sie das geforderte Eingangsassessment umgesetzt?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Ausgangssituation und Unterstützung

- **3. Wie fühlten Sie sich für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben gewappnet?**

Backup

- Gab es in Ihrem Hause im Vorfeld bereits Vorüberlegungen zu den Themen Einweisungs- und Entlassmanagement?
- An welcher Stelle hätten Sie sich mehr Unterstützung oder weiterführende Informationen gewünscht?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

**Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern,
z.B. im ambulanten Sektor, und mit Kostenträgern**

4a. Beschreiben Sie doch mal Ihre Zusammenarbeit mit anderen Leistungsbringern, z.B. des ambulanten Sektors. Hat sich hier in den vergangenen Jahren etwas verändert? Bitte erzählen Sie, welche Entwicklungen es aus Ihrer Sicht gab.

4b. Und wenn Sie nun an die Zusammenarbeit mit Kostenträgern denken - hat sich hier etwas getan?

Backup

- Von woher werden Patienten eingewiesen bzw. aufgenommen?
- Wohin werden Sie entlassen?
- Wer sind die Leistungserbringer, die in die Behandlung Ihrer Patienten involviert sind?
- Wie läuft die Kommunikation mit diesen ab? Wer kommuniziert?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf die umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

5. Was wünschen Sie sich denn im Hinblick auf Einweisungs- und Entlassprozesse für die Zukunft?

Backup

- Wenn man nun an EDV-basierte Lösungen denkt, die die Kommunikation rund um den Einweisungs- und Entlassprozess in den Blick nehmen: Wie stellen Sie sich die optimale Lösung vor?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Schlussfragen

Fällt Ihnen noch etwas ein, was wichtig zu erwähnen ist und heute noch nicht angesprochen wurde?

Was hat Sie denn dazu motiviert an dieser Studie teilzunehmen?

Und wie haben Sie dieses Interview empfunden?

Backup

- Verwendung der Daten erläutern
- Fragen ob Interesse besteht nach Beendigung der Studie Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen.
- Für die Teilnahme bedanken und Wertschätzung entgegenbringen für die gewonnenen Einblicke.

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

VESPEERA-Prozessevaluation

Leitfaden zum Interview mit Mitarbeitern aus dem Management teilnehmender Krankenhäuser

Vorbereitung

- Einleitende Worte:

„Derzeit führen wir das Projekt VESPEERA durch, dass es sich zum Ziel gesetzt hat, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen im Rahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements zu verbessern. Um die Ergebnisse der Studie besser interpretieren zu können und einen Einblick in die Umsetzung zu bekommen, führen wir begleitend eine Prozessevaluation durch.

Bitte erzählen Sie doch alles, was Ihnen zu den einzelnen Fragen einfällt. Nehmen Sie sich dafür so viel Zeit wie Sie möchten.“

- Hinweis auf Aufzeichnung (Audio), Datenschutz: pseudonymisierte Auswertung, keine Weitergabe der Namen der Teilnehmer, die Tonaufnahmen werden nicht an Personen außerhalb der Forschergruppe weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden die Tonaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.
- Freiwilligkeit der Teilnahme, Möglichkeit das Gespräch jederzeit zu beenden; Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Nachfrage: Ist noch etwas unklar?
- Hinweis: zu Beginn wird die Screening-Nummer genannt

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Darstellung der umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

1. Erzählen Sie doch mal, wie in Ihrem (Kranken-)Haus Einweisungen und Entlassungen organisiert werden (unabhängig von VESPEERA).

Backup

- Welche konkreten Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements gibt es denn in Ihrem Haus?
- Wer ist zuständig für die Koordination der Aufnahme und Entlassung?
- Was sind die Aufgaben dieser Personen?
- Wie ist Ihre Einschätzung: unterscheiden sich Prozesse und Zuständigkeiten zwischen einzelnen Abteilungen?
- Wie gut kann das Konzept, das Sie eben geschildert haben, im Arbeitsalltag umgesetzt werden? Was klappt gut, was klappt schlecht?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Wahrgenommene Auswirkungen der Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement / Bezug zu VESPEERA-Studienkomponenten

2. Sie wissen vielleicht, dass Krankenhäuser seit Oktober 2017 dazu verpflichtet sind, allen Patienten ein Entlassmanagement anzubieten wie im Rahmenvertrag Entlassmanagement beschrieben. Inwiefern haben sich denn diese geänderten Rahmenbedingungen auf die Abläufe in Ihrem Haus ausgewirkt?

Backup

- Falls es nicht von selbst angesprochen wird, bitte gezielt nachfragen (Bezug zu Interventionskomponenten in VESPEERA):
 - (Wie) haben Sie den geforderten Entlassplan umgesetzt? (*siehe Info RV*)
 - (Falls ja,) Wie sieht dieser aus?
 - Was beinhaltet er?
 - Wie haben Sie das geforderte Eingangsassessment umgesetzt? (*siehe Info RV*)

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Ausgangssituation und Unterstützung

3. Wie fühlten Sie sich für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben gewappnet?

Backup

- Gab es in Ihrem Hause im Vorfeld bereits Vorüberlegungen zu den Themen Einweisungs- und Entlassmanagement?
- An welcher Stelle hätten Sie sich mehr Unterstützung oder weiterführende Informationen gewünscht?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Umsetzung VESPEERA

4. Nun setzen Sie ja seit einigen Monaten VESPEERA um. Wie haben Sie denn die Einführung von VESPEERA in Ihrem Haus erlebt?

Backup

- Wer ist verantwortlich für die Umsetzung? Wer war darüber hinaus involviert? Wie haben Sie Ihre Mitarbeiter auf VESPEERA vorbereitet?
- In welchen Abteilungen wird VESPEERA umgesetzt? Wie wurde diese Entscheidung gefällt?
- Wie haben Sie die Vorgaben umgesetzt? (Identifikation von VESPEERA-Patienten, Aufbewahrung des Einweisungsbriefts, Durchführung des Telefonats mit der Hausarztpraxis, Ausfüllen des Dokumentationsbogens)
- Was hat gut geklappt bei der Umsetzung?
- An welcher Stelle hätten Sie sich mehr Informationen und Unterstützung gewünscht?
- Wie erleben Sie die Durchführung von VESPEERA im Klinikalltag?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

**Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern,
z.B. im ambulanten Sektor, und mit Kostenträgern**

5a. Beschreiben Sie doch mal Ihre Zusammenarbeit mit anderen Leistungsbringern, z.B. des ambulanten Sektors. Hat sich hier in den vergangenen Jahren etwas verändert? Bitte erzählen Sie, welche Entwicklungen es aus Ihrer Sicht gab.

5b. Und wenn Sie nun an die Zusammenarbeit mit Kostenträgern denken - hat sich hier etwas getan?

Backup

- Wer sind die Leistungserbringer, die in die Behandlung Ihrer Patienten involviert sind?
- Wie läuft die Kommunikation mit diesen ab? Wer kommuniziert?
- Hat sich durch VESPEERA etwas an der Kommunikation verändert?
- Welchen Einfluss hat der VESPEERA-Einweisungsbrief auf die Kommunikation mit anderen Leistungserbringern?
- Welchen Einfluss hat das VESPEERA-Telefonat auf die Kommunikation mit der Hausarztpraxis?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf die umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

6. Welche Auswirkungen hat VESPEERA Ihrer Einschätzung nach auf die Versorgung Ihrer Patienten?

Backup

- Was können positive Auswirkungen sein?
- Was können negative Auswirkungen sein?
- Warum?
- Welche Maßnahmen tragen dazu bei?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf die umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

7. Was wünschen Sie sich denn im Hinblick auf Einweisungs- und Entlassprozesse für die Zukunft?

Backup

- Welche Rolle könnte VESPEERA aus Ihrer Sicht an dieser Stelle spielen?
- Was würden Sie sich für eine langfristige Implementierung von VESPEERA in die Regelversorgung wünschen?
- Für welche Patienten würden Sie VESPEERA in der Regelversorgung am geeignetsten sehen?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Motivation

9. Was war Ihre Motivation an VESPEERA teilzunehmen?

Backup

- Würden Sie anderen Kolleginnen und Kollegen eine Teilnahme an VESPEERA empfehlen?
- Warum? / Warum nicht?

Schlussfragen

Fällt Ihnen noch etwas ein, was wichtig zu erwähnen ist und heute noch nicht angesprochen wurde?

Was hat Sie denn dazu motiviert an dieser Studie teilzunehmen?

Und wie haben Sie dieses Interview empfunden?

Backup

- Verwendung der Daten erläutern
- Fragen ob Interesse besteht nach Beendigung der Studie Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen.
- Für die Teilnahme bedanken und Wertschätzung entgegenbringen für die gewonnenen Einblicke.

Anhang 6: Fragebogen Soziodemographie Krankenhäuser



Soziodemografische Daten

1. Ihr Alter:	_ _ _ Jahre	
2. Ihr Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
3. Ihre Muttersprache	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> eine andere Sprache
4. Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule <input type="checkbox"/> Abitur/Hochschulreife <input type="checkbox"/> Anderes	
5. Welcher ist Ihr höchster Berufsabschluss?	<input type="checkbox"/> Noch in beruflicher Ausbildung (einschließlich Auszubildende/r, Praktikant/-in, Student/-in) <input type="checkbox"/> Schüler/-in und besuche eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o. Ä. <input type="checkbox"/> Berufsausbildung abgeschlossen <input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs-, Fachakademie abgeschlossen <input type="checkbox"/> Bachelor an Fachhochschule abgeschlossen <input type="checkbox"/> Bachelor an Universität abgeschlossen <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss (z. B. Diplom, Master) <input type="checkbox"/> Universitätsabschluss (z. B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Master) <input type="checkbox"/> Einen anderen beruflichen Abschluss / Sonstiges: _____	
6. Wie ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?	<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit Vollzeit (35 Std. pro Woche oder mehr) <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit Teilzeit (weniger als 35 Std. pro Woche)	

7. Ist der Landkreis, in dem das Krankenhaus, in dem Sie arbeiten, liegt, eher ländlich oder eher städtisch?	<input type="checkbox"/> städtisch <input type="checkbox"/> ländlich
8. Welcher Versorgungsstufe ist Ihr Krankenhaus zuzuordnen?	<input type="checkbox"/> Grund- und Regelversorgung <input type="checkbox"/> Maximalversorgung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
9. In welchem Bereich sind Sie tätig?	<input type="checkbox"/> Krankenhausmanagement <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
10. Wie lange sind Sie schon in diesem Bereich tätig?	_ _ _ Jahre

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:	
Screening-Nr.:	_____
Datum:	_____

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

VESPEERA-Prozessevaluation

Leitfaden zum Interview mit Hausärzten und VERAHs nicht- teilnehmender Hausarztpraxen

Vorbereitung

- Einleitende Worte:

„Derzeit führen wir das Projekt VESPEERA durch, das es sich zum Ziel gesetzt hat, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen im Rahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements zu verbessern. Um die Ergebnisse der Studie besser interpretieren zu können und einen Einblick in die Umsetzung zu bekommen, führen wir begleitend eine Prozessevaluation durch. Um vergleichen zu können, möchten wir auch Personen befragen, deren Praxis nicht an VESPEERA teilnimmt.

Bitte erzählen Sie doch alles, was Ihnen zu den einzelnen Fragen einfällt. Nehmen Sie sich dafür so viel Zeit wie Sie möchten.“

- Hinweis auf Aufzeichnung (Audio), Datenschutz: pseudonymisierte Auswertung, keine Weitergabe der Namen der Teilnehmer, die Tonaufnahmen werden nicht an Personen außerhalb der Forschergruppe weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden die Tonaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.
- Freiwilligkeit der Teilnahme, Möglichkeit das Gespräch jederzeit zu beenden; Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Zu Beginn wird kurz die Screening-Nummer genannt, um das Interview später zuordnen zu können
- Nachfrage: Ist noch etwas unklar?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Darstellung der umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

1. Erzählen Sie doch mal, wie Sie in der Praxis mit Einweisungen umgehen.

Backup

- Was machen Sie in der Praxis vor einer geplanten Einweisung, um den Patienten sowie die weiterbehandelnden Leistungserbringer zu informieren und vorzubereiten?
- Was machen Sie in der Praxis bei einer dringlichen/ notfallmäßigen Einweisung? Wie läuft das in Ihrer Praxis ab?
 - Wie sehen Einweisungsscheine/ -briefe aus?
 - Welche Information geben Sie dem Patienten mit?
 - Wie oft kommt so etwas in etwa pro Jahr vor?
- Was ist die Rolle des Patienten an dieser Stelle? Wann ist er derjenige, der Informationen übermittelt/ überbringt?

Nun erzählen Sie doch bitte, wie Sie mit Entlassungen umgehen.

- Wie sieht die Weiterbehandlung nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus in Ihrer Praxis aus?
 - Sprechen Sie mit behandelnden Krankenhausärzten? Wann/ Bei welchen Patienten? Wer ruft an? Wie erfolgt die weitere Planung der Behandlung?
 - Gibt es Patienten, die Sie dann auch engmaschiger betreuen? Welche Patienten sind das? Wie sieht diese Betreuung aus?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Krankenhauseinweisungen

2. Gerne möchte ich nun Krankenhauseinweisungen nochmal genauer in den Blick nehmen.

Welche sind in Ihrer Praxis die Patiententypen, die häufig ins Krankenhaus eingewiesen werden, unabhängig von der Diagnose?

Backup

- Gibt es besondere Begleitumstände, z.B. soziale, pflegerische oder finanzielle, die zu einer Krankenhauseinweisung führen?

Wie unterscheiden sich Notfälle/ dringliche Einweisungen/ geplante Einweisungen?

Backup

- Welche Patienten weisen Sie geplant ins Krankenhaus ein?
- Wann raten Sie Ihren Patienten, sich in der Notaufnahme eines Krankenhauses vorzustellen?
- Welche dieser Patienten sind reale Notfälle, welche eher „kurzfristige“ geplante Einweisungen?

Viele Krankenhauseinweisungen scheinen über Fachärzte zu laufen. Wie ist das aus Ihrer Sicht? Stehen sie mit den fachärztlichen Kollegen hinsichtlich geplanter Einweisungen im Austausch oder wie erfahren Sie davon?

Backup

- Wann überweisen Sie Patienten zum Facharzt, wann ins Krankenhaus?
- Inwiefern bzw. sind Sie involviert, wenn Fachärzte Ihre Patienten ins Krankenhaus einweisen? Wann weist der Facharzt ein, wann weisen Sie ein?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Wahrgenommene Auswirkungen der Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

- 3. Sie wissen vielleicht, dass sich in den vergangenen Jahren gesetzlich einiges getan hat. Krankenhäuser sind seit Oktober 2017 dazu verpflichtet, verschiedene Maßnahmen des Entlassmanagements anzubieten. Haben Sie seitdem Veränderungen feststellen können? Welche?**

Backup

- In der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern?
- In der Versorgung Ihrer Patienten?
- Im Rahmen von Klinikaufenthalten wird die Medikation von Patienten häufig geändert. Die Änderungen sind für Hausärzte oft schwer nachvollziehbar. Haben Sie den Eindruck, dass sich der Umgang mit der Medikation in den Kliniken seit Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement verändert hat? Wie?
- Haben sich die Informationen im Entlassbrief, z.B. zur Medikation, verändert?
- Haben Sie den Eindruck, dass die Patienten besser oder schlechter über ihre Medikation informiert sind als zuvor?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf die umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

5. Was wünschen Sie sich denn im Hinblick auf Einweisungs- und Entlassprozesse für die Zukunft?

Backup

- Welche Rolle spielen EDV-basierte Lösungen in einem optimalen Einweisungs- und Entlassprozess? Wie stellen Sie sich diese vor?
- *Falls schwerpunktmäßig nur ein Themenaspekt (Einweisung ODER Entlassung) angesprochen wurde, bitte noch einmal gezielt nachhaken:*
Nun haben wir ja schon sehr viel über das Thema Entlassung / Einweisung gesprochen. Wie sieht es denn mit den Einweisungen / Entlassungen aus?

Schlussfragen

Fällt Ihnen noch etwas ein, was wichtig zu erwähnen ist und heute noch nicht angesprochen wurde?

Backup

- Verwendung der Daten erläutern
- Fragen ob Interesse besteht nach Beendigung der Studie Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen.
- Für die Teilnahme bedanken und Wertschätzung entgegenbringen für die gewonnenen Einblicke.

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

VESPEERA-Prozessevaluation

Leitfaden zum Interview mit Hausärzten und VERAHs teilnehmender Hausarztpraxen

Vorbereitung

- Einleitende Worte:

„Derzeit führen wir das Projekt VESPEERA durch, das es sich zum Ziel gesetzt hat, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen im Rahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements zu verbessern. Um die Ergebnisse der Studie besser interpretieren zu können und einen Einblick in die Umsetzung zu bekommen, führen wir begleitend eine Prozessevaluation durch. Uns interessiert heute Ihre Erfahrungen, sowohl positiv als auch negativ.

Bitte erzählen Sie doch alles, was Ihnen zu den einzelnen Fragen einfällt. Nehmen Sie sich dafür so viel Zeit wie Sie möchten.“

- Hinweis auf Aufzeichnung (Audio), Datenschutz: pseudonymisierte Auswertung, keine Weitergabe der Namen der Teilnehmer, die Tonaufnahmen werden nicht an Personen außerhalb der Forschergruppe weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden die Tonaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.
- Freiwilligkeit der Teilnahme, Möglichkeit das Gespräch jederzeit zu beenden; Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Zu Beginn wird kurz die Screening-Nummer genannt, um das Interview später zuordnen zu können
- Nachfrage: Ist noch etwas unklar?

[HINWEIS: Falls Fragen kommen, die nicht Teil des Interviews sein sollen:

Ich notiere mir Ihre Frage, gerne können wir im Anschluss an das Interview über Fragen zur Umsetzung/ zum CareCockpit/ ... sprechen. Mich würde noch interessieren ...]

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Darstellung der umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

1. Erzählen Sie doch mal, wie Sie in der Praxis mit Einweisungen und Entlassungen umgehen. (unabhängig von VESPEERA)

Backup

- Was machen Sie in der Praxis vor einer geplanten Einweisung, um den Patienten sowie die weiterbehandelnden Leistungserbringer zu informieren und vorzubereiten?
- Was machen Sie in der Praxis bei einer dringlichen/ notfallmäßigen Einweisung? Wie läuft das in Ihrer Praxis ab?
 - Wie sehen Einweisungsscheine/ -briefe aus?
 - Welche Information geben Sie dem Patienten mit?
- Wie sieht die Weiterbehandlung nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus in Ihrer Praxis aus?
 - Sprechen Sie mit behandelnden Krankenhausärzten? Wann/ Bei welchen Patienten? Wer ruft an? Wie erfolgt die weitere Planung der Behandlung?
 - Gibt es Patienten, die Sie dann auch engmaschiger betreuen? Welche Patienten sind das? Wie sieht diese Betreuung aus?

2. Bei einer Einweisung ist es sehr wichtig, dem Krankenhaus die Medikation des Patienten zu übermitteln.

a. In welcher Form machen Sie das üblicherweise?

b. Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Bundesmedikationsplan gemacht?

Backup

- Nutzen Sie den Bundesmedikationsplan? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht? Nutzen die Patienten ihn? Ist er hilfreich?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Darstellung der Meinung zu den VESPEERA-Maßnahmen

- 3. In VESPEERA gibt es ja auch verschiedene Maßnahmen vor der Einweisung und nach der Entlassung, die durchgeführt werden sollen. Wie haben Sie diese umgesetzt? Was ist neu / unterscheidet sich von der bisherigen Umsetzung in Ihrer Praxis? Was davon halten Sie für sinnvoll?**

Backup

- Wie sind Sie mit der Software (CareCockpit) zurechtgekommen?
- Wie haben die Patienten auf die Einweisungsbroschüre reagiert?
- Welche Rückmeldungen haben Sie von Patienten oder den Kliniken zum Einweisungsbrief erhalten? Was ist Ihre Meinung zum Einweisungsbrief?
- Haben Sie telefonische Entlassgespräche für VESPEERA-Patienten mit Kliniken geführt? Wenn ja, wie sind die Telefonate abgelaufen? Waren sie hilfreich?
- War die Behandlungsplanung nach Entlassung hilfreich für die strukturierte Planung der weiteren Versorgung des Patienten?
- War der HOSPITAL-Score hilfreich, um geeignete Patienten für das Telefonmonitoring zu finden?
- Welche Erfahrungen haben Sie beim Telefonmonitoring gemacht?
- Wie haben Sie die Medikation im Rahmen von VESPEERA übermittelt?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Wahrgenommene Auswirkungen der Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement / Bezug zu VESPEERA-Studienkomponenten

4. Welche Auswirkungen von VESPEERA auf die Versorgung Ihrer Patienten stellen Sie sich vor (positiv/ negativ)? Warum? Welche Maßnahmen tragen dazu bei?

5. Sie wissen vielleicht, dass sich in den vergangenen Jahren gesetzlich einiges getan hat. Krankenhäuser sind seit Oktober 2017 dazu verpflichtet, verschiedene Maßnahmen des Entlassmanagements anzubieten. Haben Sie seitdem Veränderungen feststellen können? Welche?

Backup

- In der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern?
- In der Versorgung Ihrer Patienten?
- Im Rahmen von Klinikaufenthalten wird die Medikation von Patienten häufig geändert. Die Änderungen sind für Hausärzte oft schwer nachvollziehbar. Haben Sie den Eindruck, dass sich der Umgang mit der Medikation in den Kliniken seit Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement verändert hat? Wie?
- Haben sich die Informationen im Entlassbrief, z.B. zur Medikation, verändert?
- Haben Sie den Eindruck, dass die Patienten besser oder schlechter über ihre Medikation informiert sind als zuvor?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Determinanten

6. Wie haben Sie die Einführung von VESPEERA in Ihrer Praxis erlebt? Gibt es Dinge, die die Umsetzung von VESPEERA im Praxisalltag erleichtern oder erschweren? Welche?

Backup

- Was hat gut geklappt bei der Einführung?
- An welcher Stelle hätten Sie sich mehr Unterstützung und Information gewünscht?
- Wie sind Sie bei der Einführung vorgegangen?
- Wie erleben Sie die Durchführung im Praxisalltag?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

VESPEERA-Patienten

7. Welche sind in Ihrer Praxis die Patiententypen, die häufig ins Krankenhaus eingewiesen werden, unabhängig von der Diagnose?

Backup

- Gibt es besondere Begleitumstände, z.B. soziale, pflegerische oder finanzielle, die zu einer Krankenhauseinweisung führen?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Schlussfragen

9. Wo sehen Sie in VESPEERA speziell bzw. im Entlassmanagement ganz allgemein die Rolle der Allgemeinmedizin/ der VERAH? Wohin sollte sich Ihrer Meinung nach die Hausarztmedizin an dieser Stelle weiterentwickeln?

Fällt Ihnen noch etwas ein, was wichtig zu erwähnen ist und heute noch nicht angesprochen wurde?

Was hat Sie denn dazu motiviert an dieser Studie teilzunehmen?

Und wie haben Sie dieses Interview empfunden?

Backup

- Verwendung der Daten erläutern
- Fragen ob Interesse besteht nach Beendigung der Studie Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen.
- Für die Teilnahme bedanken und Wertschätzung entgegenbringen für die gewonnenen Einblicke.
- Um Patientenrekrutierung bitten

Anhang 9: Fragebogen Soziodemographie Hausarztpraxen



Soziodemografische Daten

1. Ihr Alter:	_ _ _ Jahre	
2. Ihr Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
3. Ihre Muttersprache	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> eine andere Sprache
4. Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule <input type="checkbox"/> Abitur/Hochschulreife <input type="checkbox"/> Anderes	
5. Welcher ist Ihr höchster Berufsabschluss?	<input type="checkbox"/> Noch in beruflicher Ausbildung (einschließlich Auszubildende/r, Praktikant/-in, Student/-in) <input type="checkbox"/> Schüler/-in und besuche eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o. Ä. <input type="checkbox"/> Berufsausbildung abgeschlossen <input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs-, Fachakademie abgeschlossen <input type="checkbox"/> Bachelor an Fachhochschule abgeschlossen <input type="checkbox"/> Bachelor an Universität abgeschlossen <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss (z. B. Diplom, Master) <input type="checkbox"/> Universitätsabschluss (z. B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Master) <input type="checkbox"/> Einen anderen beruflichen Abschluss / Sonstiges: _____	
6. Wie ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?	<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit Vollzeit (35 Std. pro Woche oder mehr) <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit Teilzeit (weniger als 35 Std. pro Woche)	

7. Ist der Landkreis, in dem die Praxis, in der Sie arbeiten, liegt, eher ländlich oder eher städtisch?	<input type="checkbox"/> städtisch <input type="checkbox"/> ländlich
8. Wie viele Patienten werden ca. in Ihrer Praxis versorgt?	_ _ _ Patienten
9. Welcher Berufsgruppe Sind Sie zugehörig?	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> VERAH <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
10. Welcher Verwaltungsform ist Ihre Praxis zuzuordnen?	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
11. Wie lange sind Sie schon in dieser Praxis tätig?	_ _ _ Jahre

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:	
Screening-Nr.:	_____
Datum:	_____

VESPEERA-Prozessevaluation

Leitfaden zum Interview mit Patienten

Vorbereitung

- Einleitende Worte:

„Derzeit führen wir das Projekt VESPEERA durch, dass es sich zum Ziel gesetzt hat, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen im Rahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements zu verbessern. Um die Ergebnisse der Studie besser interpretieren zu können und einen Einblick in die Umsetzung zu bekommen, führen wir begleitend eine Prozessevaluation durch.

Bitte erzählen Sie doch alles, was Ihnen zu den einzelnen Fragen einfällt. Nehmen Sie sich dafür so viel Zeit wie Sie möchten.“

- Hinweis auf Aufzeichnung (Audio), Datenschutz: pseudonymisierte Auswertung, keine Weitergabe der Namen der Teilnehmer, die Tonaufnahmen werden nicht an Personen außerhalb der Forschergruppe weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden die Tonaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.
- Freiwilligkeit der Teilnahme, Möglichkeit das Gespräch jederzeit zu beenden; Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Nachfrage: Ist noch etwas unklar?
- Hinweis: zu Beginn wird die Screening-Nummer genannt

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Darstellung der umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

1. Sie waren kürzlich im Krankenhaus. Erzählen Sie doch mal, wie es dazu kam und wie das alles nacheinander abgelaufen ist.

Backup

- Wurden Sie eingewiesen oder handelte es sich um einen Notfall? Falls eingewiesen, von wem wurden Sie eingewiesen?
- Was war der Grund für die Einweisung?
- Welche Unterlagen wurden mitgegeben?
- Wurde die Klinik telefonisch/ schriftlich vom Einweiser informiert?
- Was waren die ersten Schritte, als Sie im Krankenhaus ankamen? Mit wem haben Sie bei der Aufnahme gesprochen?
- Wie wurden Sie entlassen? Wann wurde der Entlasstermin kommuniziert? Was wurde im Entlassgespräch besprochen? Welche Unterlagen haben Sie bei Entlassung bekommen?
- Wie sah die weitere Versorgung durch Ihren Hausarzt aus? Wann haben Sie die Hausarztpraxis nach Entlassung wieder aufgesucht?
- Wie lief die Weiterversorgung nach Krankenhausaufenthalt ab? Haben Sie alle Maßnahmen erhalten, die notwendig waren? (Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel)
- Bei einer Einweisung ist es sehr wichtig, dem Krankenhaus bzw. der Hausarztpraxis die Medikation des Patienten zu übermitteln. Haben Sie vom Hausarzt vor Einweisung bzw. vom Krankenhaus nach Entlassung einen Medikationsplan erhalten? Nutzen Sie ihn? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht? Ist er hilfreich?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Auswirkungen / Ergebnis der Behandlung

2. Waren Sie mit dem Ergebnis des Krankenhausaufenthalts zufrieden?

Backup

- Falls ja, inwiefern?
- Falls nein, was hatten Sie sich stattdessen erhofft oder gewünscht?
- Lief irgendetwas anders ab, als Sie das erwartet hatten?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Betreuung durch VESPEERA

3. Sie nehmen an einer Versorgungsform teil, die sich VESPEERA nennt. Was wissen Sie denn über VESPEERA? – ggfs. erläutern!! Wie empfanden Sie die Betreuung im Rahmen von VESPEERA?

Backup

- Zu welchem Zeitpunkt wurden Sie über VESPEERA informiert (vor/ nach KH)?
- Gespräch mit der VERAH (Arzthelferin) vor dem Krankenhausaufenthalt, inkl. Einweisungsbrief und –broschüre
- Wie wurde im Krankenhaus auf den Einweisungsbrief reagiert?
- Entlassplan im Krankenhaus mit Info über was gemacht wurde und was als nächstes zu tun ist
- Gespräch in der Hausarztpraxis nach Entlassung über die weitere Planung der Behandlung
- Telefonische Nachbetreuung
- Waren Sie in der Vergangenheit bereits schon Mal im Krankenhaus? Was war an diesem Krankenhausaufenthalt anders im Vergleich zum jetzigen?
- Wie empfanden Sie die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Klinik?
- Wie haben Sie sich als Patient in den Einweisungs- und Entlassprozess eingebunden gefühlt?
- Warum haben Sie sich entschlossen, an VESPEERA teilzunehmen? Wurde das rückblickend erfüllt?
- Wie könnte man VESPEERA zukünftig verbessern?
- Welche Art von Unterstützung sollte ein Programm zur Verbesserung der Krankenhauseinweisungen und Entlassungen bieten?

Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:

Screening-Nr.: _____

Datum: _____

Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf die umgesetzten Maßnahmen im Einweisungs- und Entlassmanagement

4. Was würden Sie sich für einen zukünftigen Krankenhausaufenthalt wünschen?

Backup

- Hätte Ihr Hausarzt bei der Einweisung noch etwas tun können, um den Krankenhausaufenthalt zu erleichtern?
- Hätte das Krankenhaus noch etwas tun können, um Ihnen die Zeit im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt zu erleichtern?
- Hätte Ihr Hausarzt nach der Entlassung noch etwas tun können, um Sie zu unterstützen?

Schlussfragen

Fällt Ihnen noch etwas ein, was wichtig zu erwähnen ist und heute noch nicht angesprochen wurde?

Was hat Sie denn dazu motiviert an dieser Studie teilzunehmen?

Und wie haben Sie dieses Interview empfunden?

Backup

- Verwendung der Daten erläutern
- Fragen ob Interesse besteht nach Beendigung der Studie Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen.
- Für die Teilnahme bedanken und Wertschätzung entgegenbringen für die gewonnenen Einblicke.

Anhang 11: Fragebogen Soziodemographie Patienten



Soziodemografische und Versorgungsdaten

1. Ihr Geburtsjahr:	_ _ _ _	
2. Ihr Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
3. Haben Sie eine oder mehrere chronische Erkrankungen, die schon länger als 3 Monate andauert/andauern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4. Wie häufig waren Sie in den vergangenen 12 Monaten stationär (d.h. mit Übernachtung) im Akutkrankenhaus?	_ _ _ _ Mal	
5. War die letzte Krankenhausbehandlung im Voraus geplant oder wurden Sie als Notfall aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Die Krankenhausbehandlung war im Voraus geplant (d.h. mehrere Tage, Wochen oder Monate zuvor) <input type="checkbox"/> Ich wurde als Notfall aufgenommen	
6. Wie groß ist das Krankenhaus, aus dem Sie zuletzt entlassen wurden?	<input type="checkbox"/> Grund- und Regelversorgung (z.B. ein Kreiskrankenhaus) <input type="checkbox"/> Maximalversorger (z.B. ein Universitätsklinikum) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
7. Haben Sie nach Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt Unterstützung durch einen Pflegedienst erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, ich habe aber auch keinen Pflegedienst benötigt <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es benötigt hätte	
8. Wie viele Medikamente nehmen Sie derzeit ein?	_ _ _ _	
9. Ist der Landkreis, in dem Ihre Hausarztpraxis liegt, eher ländlich oder eher städtisch?	<input type="checkbox"/> städtisch <input type="checkbox"/> ländlich	
10. Wie lange sind Sie schon Patient bei Ihrem aktuellen Hausarzt?	_ _ _ _ Jahre <i>(Hier ist ein Schätzwert völlig ausreichend)</i>	
11. Ihre Muttersprache	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> eine andere Sprache

<p>12. Welcher ist Ihr höchster Bildungsabschluss?</p>	<input type="checkbox"/> Kein formeller Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule <input type="checkbox"/> Abitur/Hochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Universitätsabschluss <input type="checkbox"/> Sonstiges
<p>13. Wie ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?</p>	<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit Vollzeit (35 Std. pro Woche oder mehr) <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit Teilzeit (weniger als 35 Std. pro Woche) <input type="checkbox"/> in Ausbildung (Lehrling, Schüler/in, Student/in, Umschüler/in, ...) <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> Pensionär/in, Rentner/in (früher voll berufstätig) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (Hausfrau/ Hausmann) <input type="checkbox"/> Mutterschafts-/Erziehungsurlaub/ sonstige Beurlaubung
<p>14. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?</p>	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit einer oder mehreren Personen zusammenlebend <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung (z.B. Betreutes Wohnen) lebend
<p>15. Wie ist Ihr Familienstand? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet

<p>Vom Studienmitarbeiter auszufüllen:</p>	
<p>Screening-Nr.:</p>	<p>_____</p>
<p>Datum:</p>	<p>_____</p>

Anhang 12: Codebuch CFIR

CFIR Codebook

Note: This template provides inclusion and exclusion criteria for most constructs. Please post additional inclusion and exclusion criteria, guidance, or questions to the [CFIR Wiki](#) discussion tab in order to help improve the CFIR.

This template only includes CFIR definitions and coding criteria; codebooks may include other information, such as examples of coded text, rating guidelines, and related interview questions.

I. Innovation Characteristics

A. Innovation Source Definition: Perception of key stakeholders about whether the innovation is externally or internally developed.

Inclusion Criteria: Include statements about the source of the innovation and the extent to which interviewees view the change as internal to the organization, e.g., an internally developed program, or external to the organization, e.g., a program coming from the outside. Note: May code and rate as "I" for internal or "E" for external.

Exclusion Criteria: Exclude or double code statements related to who participated in the decision process to implement the innovation to [Engaging](#), as an indication of early (or late) engagement. Participation in decision-making is an effective engagement strategy to help people feel ownership of the innovation.

B. Evidence Strength & Quality Definition: Stakeholders' perceptions of the quality and validity of evidence supporting the belief that the innovation will have desired outcomes.

Inclusion Criteria: Include statements regarding awareness of evidence and the strength and quality of evidence, as well as the absence of evidence or a desire for different types of evidence, such as pilot results instead of evidence from the literature.

Exclusion Criteria: Exclude or double code statements regarding the receipt of evidence as an engagement strategy to [Engaging](#): Key Stakeholders.

Exclude or double code descriptions of use of results from local or regional pilots to [Trialability](#).

C. Relative Advantage Definition: Stakeholders' perception of the advantage of implementing the innovation versus an alternative solution.

Inclusion Criteria: Include statements that demonstrate the innovation is better (or worse) than existing programs.

Exclusion Criteria: Exclude statements that demonstrate a strong need for the innovation and/or that the current situation is untenable

	and code to Tension for Change .
D. Adaptability	<p><u>Definition</u>: The degree to which an innovation can be adapted, tailored, refined, or reinvented to meet local needs.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Include statements regarding the (in)ability to adapt the innovation to their context, e.g., complaints about the rigidity of the protocol. Suggestions for improvement can be captured in this code but should not be included in the rating process, unless it is clear that the participant feels the change is needed but that the program cannot be adapted. However, it may be possible to infer that a large number of suggestions for improvement demonstrates lack of compatibility, see exclusion criteria below.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>: Exclude or double code statements that the innovation did or did not need to be adapted to Compatibility.</p>
E. Trialability	<p><u>Definition</u>: The ability to test the innovation on a small scale in the organization, and to be able to reverse course (undo implementation) if warranted.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Include statements related to whether the site piloted the innovation in the past or has plans to in the future, and comments about whether they believe it is (im)possible to conduct a pilot.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>: Exclude or double code descriptions of use of results from local or regional pilots to Evidence Strength & Quality.</p>
F. Complexity	<p><u>Definition</u>: Perceived difficulty of the innovation, reflected by duration, scope, radicalness, disruptiveness, centrality, and intricacy and number of steps required to implement.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Code statements regarding the complexity of the innovation itself.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>: Exclude statements regarding the complexity of implementation and code to the appropriate CFIR code, e.g., difficulties related to space are coded to Available Resources and difficulties related to engaging participants in a new program are coded to Engaging: Innovation Participants.</p>
G. Design Quality & Packaging	<p><u>Definition</u>: Perceived excellence in how the innovation is bundled, presented, and assembled.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Include statements regarding the quality of the materials and packaging.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>: Exclude statements regarding the presence or</p>

absence of materials and code to [Available Resources](#).

Exclude statements regarding the receipt of materials as an engagement strategy and code to [Engaging](#).

H. Cost

Definition: Costs of the innovation and costs associated with implementing the innovation including investment, supply, and opportunity costs.

Inclusion Criteria: Include statements related to the cost of the innovation and its implementation.

Exclusion Criteria: Exclude statements related to physical space and time, and code to [Available Resources](#). In a research study, exclude statements related to costs of conducting the research components (e.g., funding for research staff, participant incentives).

II. Outer Setting

A. Needs & Resources of Those Served by the Organization

Definition: The extent to which the needs of those served by the organization (e.g., patients), as well as barriers and facilitators to meet those needs, are accurately known and prioritized by the organization.

Inclusion Criteria: Include statements demonstrating (lack of) awareness of the needs and resources of those served by the organization. Analysts may be able to infer the level of awareness based on statements about: 1. Perceived need for the innovation based on the needs of those served by the organization and if the innovation will meet those needs; 2. Barriers and facilitators of those served by the organization to participating in the innovation; 3. Participant feedback on the innovation, i.e., satisfaction and success in a program. In addition, include statements that capture whether or not awareness of the needs and resources of those served by the organization influenced the implementation or adaptation of the innovation.

Exclusion Criteria: Exclude statements that demonstrate a strong need for the innovation and/or that the current situation is untenable and code to [Tension for Change](#).

Exclude statements related to engagement strategies and outcomes, e.g., how innovation participants became engaged with the innovation, and code to [Engaging: Innovation Participants](#).

B. Cosmopolitanism

Definition: The degree to which an organization is networked with other external organizations.

Inclusion Criteria: Include descriptions of outside group memberships and networking done outside the organization.

Exclusion Criteria: Exclude statements about general networking, communication, and relationships in the organization, such as descriptions of meetings, email groups, or other methods of keeping people connected and informed, and statements related to team formation, quality, and functioning, and code to [Networks & Communications](#).

C. Peer Pressure

Definition: Mimetic or competitive pressure to implement an innovation, typically because most or other key peer or competing organizations have already implemented or are in a bid for a competitive edge.

Inclusion Criteria: Include statements about perceived pressure or motivation from other entities or organizations in the local geographic area or system to implement the innovation.

Exclusion Criteria:

D. External Policy & Incentives

Definition: A broad construct that includes external strategies to spread innovations including policy and regulations (governmental or other central entity), external mandates, recommendations and guidelines, pay-for-performance, collaboratives, and public or benchmark reporting.

Inclusion Criteria: Include descriptions of external performance measures from the system.

Exclusion Criteria:

III. Inner Setting

A. Structural Characteristics

Definition: The social architecture, age, maturity, and size of an organization.

Inclusion Criteria:

Exclusion Criteria:

B. Networks & Communications

Definition: The nature and quality of webs of social networks, and the nature and quality of formal and informal communications within an organization.

Inclusion Criteria: Include statements about general networking, communication, and relationships in the organization, such as descriptions of meetings, email groups, or other methods of keeping people connected and informed, and statements related to team formation, quality, and functioning.

Exclusion Criteria: Exclude statements related to implementation leaders' and users' access to knowledge and information regarding

	<p>using the program, i.e., training on the mechanics of the program and code to Access to Knowledge & Information.</p> <p>Exclude statements related to engagement strategies and outcomes, e.g., how key stakeholders became engaged with the innovation and what their role is in implementation, and code to Engaging: Key Stakeholders.</p> <p>Exclude descriptions of outside group memberships and networking done outside the organization and code to Cosmopolitanism.</p>
C. Culture	<p><u>Definition</u>: Norms, values, and basic assumptions of a given organization.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Inclusion criteria, and potential sub-codes, will depend on the framework or definition used for “culture.” For example, if using the Competing Values Framework (CVF), you may include four sub-codes related to the four dimensions of the CVF and code statements regarding one or more of the four dimension in an organization.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>:</p>
D. Implementation Climate	<p><u>Definition</u>: The absorptive capacity for change, shared receptivity of involved individuals to an innovation, and the extent to which use of that innovation will be rewarded, supported, and expected within their organization.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Include statements regarding the general level of receptivity to implementing the innovation.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>: Exclude statements regarding the general level of receptivity that are captured in the sub-codes.</p>
1. Tension for Change	<p><u>Definition</u>: The degree to which stakeholders perceive the current situation as intolerable or needing change.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Include statements that (do not) demonstrate a strong need for the innovation and/or that the current situation is untenable, e.g., statements that the innovation is absolutely necessary or that the innovation is redundant with other programs. Note: If a participant states that the innovation is redundant with a preferred existing program, (double) code lack of Relative Advantage, see exclusion criteria below.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>: Exclude statements regarding specific needs of individuals that demonstrate a need for the innovation, but do not necessarily represent a strong need or an untenable status quo, and</p>

	code to Needs and Resources of Those Served by the Organization .
	Exclude statements that demonstrate the innovation is better (or worse) than existing programs and code to Relative Advantage .
2. Compatibility	<p><u>Definition</u>: The degree of tangible fit between meaning and values attached to the innovation by involved individuals, how those align with individuals' own norms, values, and perceived risks and needs, and how the innovation fits with existing workflows and systems.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Include statements that demonstrate the level of compatibility the innovation has with organizational values and work processes. Include statements that the innovation did or did not need to be adapted as evidence of compatibility or lack of compatibility.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>: Exclude or double code statements regarding the priority of the innovation based on compatibility with organizational values to Relative Priority, e.g., if an innovation is not prioritized because it is not compatible with organizational values.</p>
3. Relative Priority	<p><u>Definition</u>: Individuals' shared perception of the importance of the implementation within the organization.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Include statements that reflect the relative priority of the innovation, e.g., statements related to change fatigue in the organization due to implementation of many other programs.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>: Exclude or double code statements regarding the priority of the innovation based on compatibility with organizational values to Compatibility, e.g., if an innovation is not prioritized because it is not compatible with organizational values.</p>
4. Organizational Incentives & Rewards	<p><u>Definition</u>: Extrinsic incentives such as goal-sharing, awards, performance reviews, promotions, and raises in salary, and less tangible incentives such as increased stature or respect.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Include statements related to whether organizational incentive systems are in place to foster (or hinder) implementation, e.g., rewards or disincentives for staff engaging in the innovation.</p> <p><u>Exclusion Criteria</u>:</p>
5. Goals & Feedback	<p><u>Definition</u>: The degree to which goals are clearly communicated, acted upon, and fed back to staff, and alignment of that feedback with goals.</p> <p><u>Inclusion Criteria</u>: Include statements related to the (lack of) alignment of implementation and innovation goals with larger</p>

organizational goals, as well as feedback to staff regarding those goals, e.g., regular audit and feedback showing any gaps between the current organizational status and the goal. Goals and Feedback include organizational processes and supporting structures independent of the implementation process. Evidence of the integration of evaluation components used as part of “Reflecting and Evaluating” into **on-going or sustained** organizational structures and processes may be (double) coded to Goals and Feedback.

Exclusion Criteria: Exclude statements that refer to the implementation team’s (lack of) assessment of the progress toward and impact of implementation, as well as the interpretation of outcomes related to implementation, and code to [Reflecting & Evaluating](#). Reflecting and Evaluating is part of the implementation process; it likely ends when implementation activities end. It does not require goals be explicitly articulated; it can focus on descriptions of the current state with real-time judgment, though there may be an implied goal (e.g., we need to implement the innovation) when the implementation team discusses feedback in terms of adjustments needed to complete implementation.

6. Learning
Climate

Definition: A climate in which: 1. Leaders express their own fallibility and need for team members’ assistance and input; 2. Team members feel that they are essential, valued, and knowledgeable partners in the change process; 3. Individuals feel psychologically safe to try new methods; and 4. There is sufficient time and space for reflective thinking and evaluation.

Inclusion Criteria: Include statements that support (or refute) the degree to which key components of an organization exhibit a “learning climate.”

Exclusion Criteria:

E. Readiness for
Implementation

Definition: Tangible and immediate indicators of organizational commitment to its decision to implement an innovation.

Inclusion Criteria: Include statements regarding the general level of readiness for implementation.

Exclusion Criteria: Exclude statements regarding the general level of readiness for implementation that are captured in the sub-codes.

1. Leadership
Engagement

Definition: Commitment, involvement, and accountability of leaders and managers with the implementation of the innovation.

Inclusion Criteria: Include statements regarding the level of engagement of organizational leadership.

	<p><u>Exclusion Criteria:</u> Exclude or double code statements regarding leadership engagement to Engaging: Formally Appointed Internal Implementation Leaders or Champions if an organizational leader is also an implementation leader, e.g., if a director of primary care takes the lead in implementing a new treatment guideline. Note that a key characteristic of this Implementation Leader/Champion is that s/he is also an Organizational Leader.</p>
2. Available Resources	<p><u>Definition:</u> The level of resources organizational dedicated for implementation and on-going operations including physical space and time.</p> <p><u>Inclusion Criteria:</u> Include statements related to the presence or absence of resources specific to the innovation that is being implemented.</p> <p><u>Exclusion Criteria:</u> Exclude statements related to training and education and code to Access to Knowledge & Information.</p> <p>Exclude statements related to the quality of materials and code to Design Quality & Packaging.</p> <p>In a research study, exclude statements related to resources needed for conducting the research components (e.g., time to complete research tasks, such as IRB applications, consenting patients).</p>
3. Access to Knowledge & Information	<p><u>Definition:</u> Ease of access to digestible information and knowledge about the innovation and how to incorporate it into work tasks.</p> <p><u>Inclusion Criteria:</u> Include statements related to implementation leaders' and users' access to knowledge and information regarding use of the program, i.e., training on the mechanics of the program.</p> <p><u>Exclusion Criteria:</u> Exclude statements related to engagement strategies and outcomes, e.g., how key stakeholders became engaged with the innovation and what their role is in implementation, and code to Engaging: Key Stakeholders.</p> <p>Exclude statements about general networking, communication, and relationships in the organization, such as descriptions of meetings, email groups, or other methods of keeping people connected and informed, and statements related to team formation, quality, and functioning, and code to Networks & Communications.</p>
IV. Characteristics of Individuals	
1. Knowledge & Beliefs about	<p><u>Definition:</u> Individuals' attitudes toward and value placed on the innovation, as well as familiarity with facts, truths, and principles</p>

the Innovation	related to the innovation. <u>Inclusion Criteria:</u> <u>Exclusion Criteria:</u> Exclude statements related to familiarity with evidence about the innovation and code to Evidence Strength & Quality .
2. Self-efficacy	<u>Definition:</u> Individual belief in their own capabilities to execute courses of action to achieve implementation goals. <u>Inclusion Criteria:</u> <u>Exclusion Criteria:</u>
3. Individual Stage of Change	<u>Definition:</u> Characterization of the phase an individual is in, as s/he progresses toward skilled, enthusiastic, and sustained use of the innovation. <u>Inclusion Criteria:</u> <u>Exclusion Criteria:</u>
4. Individual Identification with Organization	<u>Definition:</u> A broad construct related to how individuals perceive the organization, and their relationship and degree of commitment with that organization. <u>Inclusion Criteria:</u> <u>Exclusion Criteria:</u>
5. Other Personal Attributes	<u>Definition:</u> A broad construct to include other personal traits such as tolerance of ambiguity, intellectual ability, motivation, values, competence, capacity, and learning style. <u>Inclusion Criteria:</u> <u>Exclusion Criteria:</u>
V. Process	
A. Planning	<u>Definition:</u> The degree to which a scheme or method of behavior and tasks for implementing an innovation are developed in advance, and the quality of those schemes or methods. <u>Inclusion Criteria:</u> Include evidence of pre-implementation diagnostic assessments and planning, as well as refinements to the plan. <u>Exclusion Criteria:</u>
B. Engaging	<u>Definition:</u> Attracting and involving appropriate individuals in the implementation and use of the innovation through a combined

strategy of social marketing, education, role modeling, training, and other similar activities.

Inclusion Criteria: Include statements related to engagement strategies and outcomes, i.e., if and how staff and innovation participants became engaged with the innovation and what their role is in implementation. Note: Although both strategies and outcomes are coded here, the outcome of engagement efforts determines the rating, i.e., if there are repeated attempts to engage staff that are unsuccessful, or if a role is vacant, the construct receives a negative rating. In addition, you may also want to code the "quality" of staff - their capabilities, motivation, and skills, i.e., how good they are at their job, and this data affects the rating as well.

Exclusion Criteria: Exclude statements related to specific sub constructs, e.g., [Champions](#) or [Opinion Leaders](#).

Exclude or double code statements related to who participated in the decision process to implement the innovation to [Innovation Source](#), as an indicator of internal or external innovation source.

1. Opinion Leaders

Definition: Individuals in an organization that have formal or informal influence on the attitudes and beliefs of their colleagues with respect to implementing the innovation.

Inclusion Criteria: Include statements related to engagement strategies and outcomes, e.g., how the opinion leader became engaged with the innovation and what their role is in implementation. Note: Although both strategies and outcomes are coded here, the outcome of efforts to engage staff determines the rating, i.e., if there are repeated attempts to engage an opinion leader that are unsuccessful, or if the opinion leader leaves the organization and this role is vacant, the construct receives a negative rating. In addition, you may also want to code the "quality" of the opinion leader here - their capabilities, motivation, and skills, i.e., how good they are at their job, and this data affects the rating as well.

Exclusion Criteria:

2. Formally Appointed Internal Implementation Leaders

Definition: Individuals from within the organization who have been formally appointed with responsibility for implementing an innovation as coordinator, project manager, team leader, or other similar role.

Inclusion Criteria: Include statements related to engagement strategies and outcomes, e.g., how the formally appointed internal implementation leader became engaged with the innovation and what their role is in implementation. Note: Although both strategies

and outcomes are coded here, the outcome of efforts to engage staff determines the rating, i.e., if there are repeated attempts to engage an implementation leader that are unsuccessful, or if the implementation leader leaves the organization and this role is vacant, the construct receives a negative rating. In addition, you may also want to code the "quality" of the implementation leader here - their capabilities, motivation, and skills, i.e., how good they are at their job, and this data affects the rating as well.

Exclusion Criteria: Exclude or double code statements regarding leadership engagement to [Leadership Engagement](#) if an implementation leader is also an organizational leader, e.g., if a director of primary care takes the lead in implementing a new treatment guideline.

3. Champions

Definition: "Individuals who dedicate themselves to supporting, marketing, and 'driving through' an [implementation]", overcoming indifference or resistance that the innovation may provoke in an organization.

Inclusion Criteria: Include statements related to engagement strategies and outcomes, e.g., how the champion became engaged with the innovation and what their role is in implementation. Note: Although both strategies and outcomes are coded here, the outcome of efforts to engage staff determines the rating, i.e., if there are repeated attempts to engage a champion that are unsuccessful, or if the champion leaves the organization and this role is vacant, the construct receives a negative rating. In addition, you may also want to code the "quality" of the champion here - their capabilities, motivation, and skills, i.e., how good they are at their job, and this data affects the rating as well.

Exclusion Criteria: Exclude or double code statements regarding leadership engagement to [Leadership Engagement](#) if a champion is also an organizational leader, e.g., if a director of primary care takes the lead in implementing a new treatment guideline.

4. External
Change Agents

Definition: Individuals who are affiliated with an outside entity who formally influence or facilitate innovation decisions in a desirable direction.

Inclusion Criteria: Include statements related to engagement strategies and outcomes, e.g., how the external change agent (entities outside the organization that facilitate change) became engaged with the innovation and what their role is in implementation, e.g., how they supported implementation efforts. Note: Although both strategies and outcomes are coded here, the outcome of efforts to engage staff determines the rating, i.e., if there

are repeated attempts to engage an external change agent that are unsuccessful, or if the external change agent leaves their organization and this role is vacant, the construct receives a negative rating. In addition, you may also want to code the "quality" of the external change agent here - their capabilities, motivation, and skills, i.e., how good they are at their job, and this data affects the rating as well.

Exclusion Criteria: Note: It is important to clearly define what roles are external and internal to the organization. Exclude statements regarding facilitating activities, such as training in the mechanics of the program, and code to [Access to Knowledge & Information](#) if the change agent is considered internal to the study, e.g., a staff member at the national office. If the study considers this staff member internal to the organization, it should be coded to [Access to Knowledge & Information](#), even though their support may overlap with what would be expected from an External Change Agent.

5. Key Stakeholders

Definition: Individuals from within the organization that are directly impacted by the innovation, e.g., staff responsible for making referrals to a new program or using a new work process.

Inclusion Criteria: Include statements related to engagement strategies and outcomes, e.g., how key stakeholders became engaged with the innovation and what their role is in implementation. Note: Although both strategies and outcomes are coded here, the outcome of efforts to engage staff determines the rating, i.e., if there are repeated attempts to engage key stakeholders that are unsuccessful, the construct receives a negative rating.

Exclusion Criteria: Exclude statements related to implementation leaders' and users' access to knowledge and information regarding using the program, i.e., training on the mechanics of the program, and code to [Access to Knowledge & Information](#).

Exclude statements about general networking, communication, and relationships in the organization, such as descriptions of meetings, email groups, or other methods of keeping people connected and informed, and statements related to team formation, quality, and functioning, and code to [Networks & Communications](#).

6. Innovation Participants

Definition: Individuals served by the organization that participate in the innovation, e.g., patients in a prevention program in a hospital.

Inclusion Criteria: Include statements related to engagement strategies and outcomes, e.g., how innovation participants became engaged with the innovation. Note: Although both strategies and outcomes are coded here, the outcome of efforts to engage

participants determines the rating, i.e., if there are repeated attempts to engage participants that are unsuccessful, the construct receives a negative rating.

Exclusion Criteria: Exclude statements demonstrating (lack of) awareness of the needs and resources of those served by the organization and whether or not that awareness influenced the implementation or adaptation of the innovation and code to [Needs & Resources of Those Served by the Organization](#).

C. Executing

Definition: Carrying out or accomplishing the implementation according to plan.

Inclusion Criteria: Include statements that demonstrate how implementation occurred with respect to the implementation plan. Note: Executing is coded very infrequently due to a lack of planning. However, some studies have used fidelity measures to assess executing, as an indication of the degree to which implementation was accomplished according to plan.

Exclusion Criteria:

D. Reflecting & Evaluating

Definition: Quantitative and qualitative feedback about the progress and quality of implementation accompanied with regular personal and team debriefing about progress and experience.

Inclusion Criteria: Include statements that refer to the implementation team's (lack of) assessment of the progress toward and impact of implementation, as well as the interpretation of outcomes related to implementation. Reflecting and Evaluating is part of the implementation process; it likely ends when implementation activities end. It does not require goals be explicitly articulated; it can focus on descriptions of the current state with real-time judgment, though there may be an implied goal (e.g., we need to implement the innovation) when the implementation team discusses feedback in terms of adjustments needed to complete implementation.

Exclusion Criteria: Exclude statements related to the (lack of) alignment of implementation and innovation goals with larger organizational goals, as well as feedback to staff regarding those goals, e.g., regular audit and feedback showing any gaps between the current organizational status and the goal, and code to [Goals & Feedback](#). Goals and Feedback include organizational processes and supporting structures independent of the implementation process. Evidence of the integration of evaluation components used as part of "Reflecting and Evaluating" into **on-going or sustained** organizational structures and processes may be (double) coded to

 Goals and Feedback.

Exclude statements that capture reflecting and evaluating that participants may do during the interview, for example, related to the success of the implementation, and code to [Knowledge & Beliefs about the Innovation](#).

VI. Additional Codes

 A. Code Name Definition:
Inclusion Criteria:
Exclusion Criteria:

 B. Code Name Definition:
Inclusion Criteria:
Exclusion Criteria:

General Coding Rules:

When two codes are in question for a passage, consider the primary meaning of the passage to assign code; consider what the participant is truly saying. Analysts may wish to err on the side of inclusion or double coding.

General Rating Rules:

Ratings						
M	-2	-1	0	X	+1	+2

In general, ratings are determined based on two factors: 1) valence and 2) strength.

Valence: positive or negative influence on implementation

Rating component: X, 0, +, -

The valence component of a rating is determined by the influence the coded data has on the implementation process, i.e., contextual factors that facilitate or hinder implementation. Due to limited data, analysts may have to infer the influence on implementation based on simple presence or absence of a construct. For example, if a participant states that the intervention has advantages over existing programs, but does not state how this has influenced implementation, the analyst can infer that the presence of relative advantage facilitated implementation. However, whenever the data allows, the analysts should apply ratings based on the influence the construct has on implementation, not the presence or absence of a construct; presence or absence of a positive construct (e.g. relative advantage) does not always constitute a matching positive or negative influence on implementation.

In the event that comments are mixed, i.e., some comments are negative and some comments are positive, try to tip the rating to a weak positive or weak negative, based on the aggregate of the comments. However, if you feel the comments are equally positive and negative, apply a mixed (X) rating. Some users of the CFIR have denoted level of agreement among participants in their

rating by adding a * to the rating if comments were mixed. For example, if the aggregate of mixed comments was positive, the rating was +1*. Some users feel it's important to record discord among participants because it indicates a negative influence on implementation.

In the event that the comments are neutral, i.e., comments are related to a construct but have no bearing on the implementation, apply the neutral (0) rating.

Strength: weak or strong influence on implementation

Rating component: 1, 2

The strength component of a rating is determined by a number of factors, including: level of agreement among participants, strength of language, and use of concrete examples. However, sometimes analysts may choose to apply relative ratings, versus absolute ratings, in order to differentiate between organization in the study.

Einrichtungs-/Teilnehmer-ID: _____	Datum: __/__/_____
------------------------------------	--------------------

Fragebogen für Leistungserbringer

zur Prozessevaluation der Studie

„Versorgungskontinuität sichern: Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern (VESPEERA)“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

mit Hilfe dieses Fragebogens möchten wir gerne mehr über Ihre persönlichen Erlebnisse und Eindrücke erfahren, welche Sie im Rahmen Ihrer Teilnahme an der VESPEERA-Studie gemacht haben. Darüber hinaus interessieren uns Ihre Erfahrungen im Rahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements. Wir möchten Sie bitten, sich 15 bis 20 Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen auszufüllen.

Bitte beachten Sie die Übersicht über die VESPEERA-Komponenten auf Seite 2 dieses Fragebogens.

Bitte kreuzen Sie diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihnen spontan in den Sinn kommt. Sie können sich jederzeit entscheiden, einzelne Fragen im Fragebogen nicht zu beantworten. Bitte bedenken Sie jedoch, dass eine vollständige Beantwortung aller Fragen für die wissenschaftliche Auswertung von großer Bedeutung ist. Die Angaben stehen ausschließlich den an der Studie beteiligten Wissenschaftlern in pseudonymisierter* Form zu Verfügung. [*Pseudonym bedeutet, dass Ihr Name und alle anderen Identifikationsmerkmale, die auf Ihre Person schließen lassen, durch ein Kennzeichen ersetzt werden.]

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in das beiliegende, vorfrankierte Rücksendekuvert und verschließen Sie dieses. Das verschlossene Kuvert geben Sie bitte in die Post.

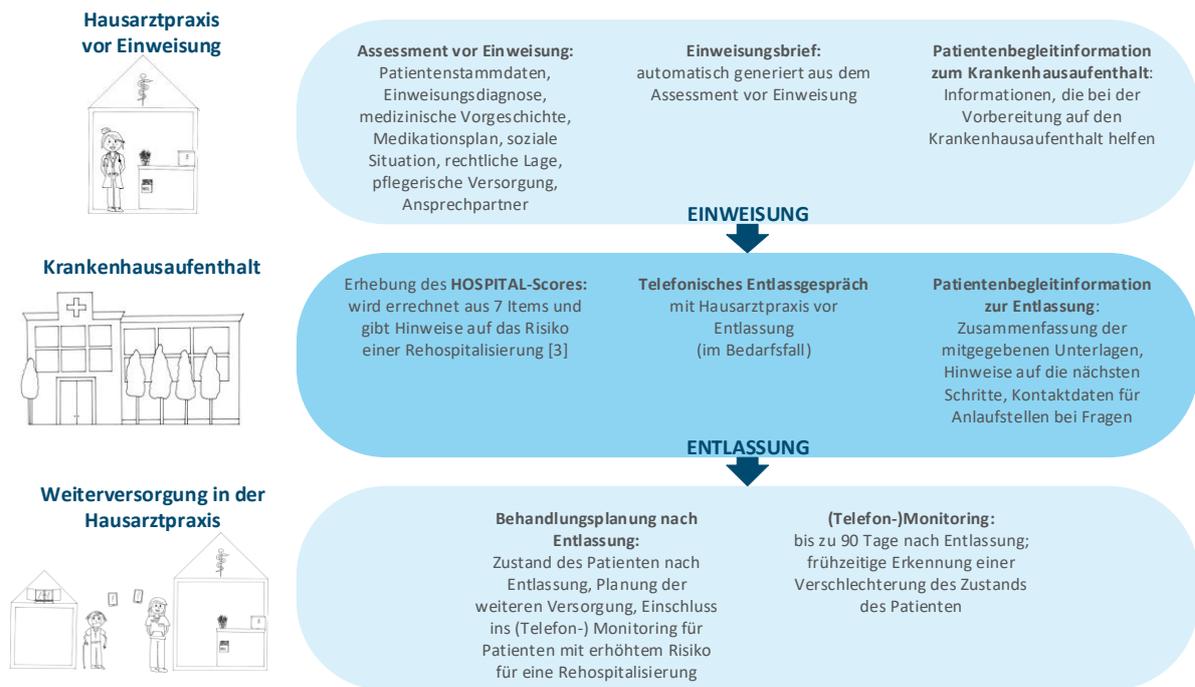
Bei Fragen oder Problemen beim Ausfüllen des Bogens wenden Sie sich bitte an das Studienteam, Frau Johanna Forstner (Tel.: 06221/56-35559, E-Mail: vespeera.amed@med.uni-heidelberg.de).

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Bitte beachten Sie folgende **Hinweise**:

- Verwenden Sie bitte nur Kugelschreiber.
- Bitte geben Sie Freitextangaben in Druckbuchstaben an.
- Zum Ausfüllen des Fragebogens:
 - Bitte machen Sie das Kreuz direkt im Kästchen, nicht neben dem Kästchen: ☒
 - Wenn Sie eine Angabe rückgängig machen wollen, füllen Sie das Kästchen ganz aus ■ und kreuzen Sie die aus Ihrer Sicht richtige Auswahl an ☒.

Übersicht über die VESPEERA-Komponenten



Der Fragebogen deckt den hier aufgezeigten Gesamtprozess ab und richtet sich an alle involvierten Leistungserbringer. Aus diesem Grund kann es vorkommen, dass einige Fragen nicht direkt auf Sie zutreffen. Wir bitten Sie, in diesen Fällen dennoch eine Antwort abzugeben. Bitte nehmen Sie hierfür eine Einschätzung vor, welche Ihre Erwartung an das Projekt abbildet. Fragen, die sich explizit an eine Zielgruppe (Hausarztpraxis/Krankenhaus) richten, sind als solche gekennzeichnet und dürfen übersprungen werden.

A. Maßnahmen der VESPEERA-Studie

Haben Sie das Assessment zur Erstellung des VESPEERA-Einweisungsbriefs mindestens einmal genutzt?

Ja Nein

Haben Sie den VESPEERA-Einweisungsbrief mindestens einmal genutzt?

Ja Nein

Falls nein: Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen dennoch gemäß Ihrer Einschätzung.

A-1: Das Assessment zur Erstellung des VESPEERA-Einweisungsbriefs sowie der VESPEERA-Einweisungsbrief...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... hilft, neue relevante Informationen über die Patienten zu bekommen.	<input type="checkbox"/>				
... hilft, die Dokumentation der Patientendaten in meiner Praxis/ Klinik zu vervollständigen.	<input type="checkbox"/>				
... führt dazu, dass die Indikation für den Krankenhausaufenthalt klarer kommuniziert wird.	<input type="checkbox"/>				
... hilft, ein besseres Verständnis über die soziale Situation des Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt zu bekommen.	<input type="checkbox"/>				

Fortsetzung A-1: Das Assessment zur Erstellung des VESPEERA-EinweisungsbrieFs sowie der VESPEERA-Einweisungsbrief...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... führt zu einer Beschleunigung des Aufnahmeprozesses in der Klinik.	<input type="checkbox"/>				
... enthält Informationen, die für die Entlassplanung des Patienten relevant sind.	<input type="checkbox"/>				
... enthält wichtige Informationen für das Pflegepersonal.	<input type="checkbox"/>				
... enthält wichtige Informationen für die Klinikärzte.	<input type="checkbox"/>				
... enthält wichtige Informationen für den Sozialdienst / das Case Management.	<input type="checkbox"/>				
Insgesamt übersteigt der Nutzen des EinweisungsbrieFs den Aufwand.	<input type="checkbox"/>				

Haben Sie den HOSPITAL-Score mindestens einmal erhoben?
 Ja Nein
Falls nein: Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen dennoch gemäß Ihrer Einschätzung.

A-3: Der HOSPITAL-Score...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... ist einfach zu erheben.	<input type="checkbox"/>				
... hilft, Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Rehospitalisierung zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>				
... hilft, Patienten mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>				
... hilft, Patienten für den Einschluss ins Telefonmonitoring zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>				
Insgesamt übersteigt der Nutzen des HOSPITAL-Scores den Aufwand.	<input type="checkbox"/>				

Haben Sie das telefonische Entlassgespräch zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis mindestens einmal durchgeführt?
 Ja Nein
Falls nein: Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen dennoch gemäß Ihrer Einschätzung.

A-4: Das telefonische Entlassgespräch des Krankenhauses mit der Hausarztpraxis...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... fördert die allgemeine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis.	<input type="checkbox"/>				
... empfinde ich als hilfreich für komplexe oder vulnerable Patienten	<input type="checkbox"/>				
... sollte generell für alle Patienten durchgeführt werden/ ist für fast alle Patienten hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
Insgesamt übersteigt der Nutzen des telefonischen Entlassgesprächs den Aufwand.	<input type="checkbox"/>				

Nur für Kliniken:

Ist Ihnen mindestens ein Fall bekannt, in dem die Patienten-Begleitinformation bei Entlassung verwendet wurde?

- Ja Nein

Falls ja: In welcher Form wurde die Patienten-Begleitinformation verwendet?

- Vorlage des VESPEERA-Projekts
 Eine abgewandelte Version der Vorlage
 Ein eigenes Dokument

Sind Sie mit den Inhalten der Patienten-Begleitinformation bei Entlassung des VESPEERA-Projekts vertraut?

- Ja Nein

Falls nein: Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen dennoch gemäß Ihrer Einschätzung.

A-5: Die VESPEERA-Patienten-Begleitinformation bei Entlassung...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... hilft, Patienten darüber zu informieren, was sie selbst zu einer effektiven Anschlussbehandlung beitragen können.	<input type="checkbox"/>				
... hilft, Patienten auf die ersten Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus vorzubereiten.	<input type="checkbox"/>				
... ist eine sinnvolle Ergänzung zum Entlassgespräch.	<input type="checkbox"/>				
... vermittelt die richtigen Ansprechpartner an den Patienten.	<input type="checkbox"/>				
Insgesamt übersteigt der Nutzen der Patienten-Begleitinformation bei Entlassung des VESPEERA-Projekts den Aufwand.	<input type="checkbox"/>				

Nur für Hausärzte/ -ärztinnen und VERAHS:

Haben Sie die Einweisungsbroschüre mindestens einmal ausgeteilt?

- Ja Nein

Sind Sie mit den Inhalten der Einweisungsbroschüre vertraut?

- Ja Nein

Falls nein: Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen dennoch gemäß Ihrer Einschätzung.

A-2: Die Einweisungsbroschüre...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... hilft, Patienten zu motivieren, ihre Rechte während des Krankenhausaufenthalts einzufordern.	<input type="checkbox"/>				
... hilft, Patienten dazu zu motivieren, aktiv - im Rahmen ihrer Möglichkeiten - zu ihrem Genesungsprozess beizutragen.	<input type="checkbox"/>				
Insgesamt hilft die Einweisungsbroschüre, Patienten auf einen Krankenhausaufenthalt vorzubereiten	<input type="checkbox"/>				

Nur für Hausärzte/ -ärztinnen und VERAHS:

Haben Sie die Behandlungsplanung nach Entlassung mindestens einmal durchgeführt?

Ja Nein

Falls nein: Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen dennoch gemäß Ihrer Einschätzung.

A-6: Die Behandlungsplanung nach Entlassung...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... hilft, dem Patienten Raum zu geben, von seinem Krankenhausaufenthalt zu berichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hilft, mir einen Überblick über die Medikation des Patienten nach Entlassung zu verschaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hilft, an alle Maßnahmen zu denken, die nach Entlassung eingeleitet werden müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hilft, weitere Versorgungs- und Behandlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insgesamt übersteigt der Nutzen der Behandlungsplanung nach Entlassung den Aufwand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur für Hausärzte/ -ärztinnen und VERAHS:

Haben Sie das Telefonmonitoring für Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Rehospitalisierung mindestens einmal durchgeführt?

Ja Nein

Falls nein: Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen dennoch gemäß Ihrer Einschätzung.

A-7: Das Telefonmonitoring für Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Rehospitalisierung...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... hilft, die Therapietreue des Patienten zu überprüfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hilft, weitere Versorgungs- und Behandlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hilft, frühzeitige Wiederaufnahmen im Krankenhaus zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hilft bei komplexen oder vulnerablen Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wäre auch für Patienten ohne erhöhten HOSPITAL-Score hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insgesamt übersteigt der Nutzen des Telefonmonitorings den Aufwand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Kontextfaktoren

Die folgenden Fragen bitte:

aus Sicht der Hausarztpraxen: Bitte immer in Bezug auf Krankenhäuser anwenden
aus Krankenhaussicht: Bitte immer in Bezug auf Hausarztpraxen anwenden

B-1: Vernetzung	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Der Großteil der Patienten in der Region geht in dasselbe Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>				
Das Krankenhaus, in das der Großteil der Patienten geht, ist das einzige Krankenhaus in der Region.	<input type="checkbox"/>				
Mit dem ortsansässigen Krankenhaus/ den Hausärzten/ -ärztinnen in der Region arbeite ich bereits seit vielen Jahren zusammen.	<input type="checkbox"/>				
Ich nehme Angebote zum Austausch zwischen Hausarztpraxen und Krankenhäusern wahr.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe persönliche Kontakte mit einigen Hausärzten in der Region/ in der Klinik (z.B. über Qualitätszirkel, Weiterbildung, etc.).	<input type="checkbox"/>				

B-2: Ressourcen	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Die Vergütung für Maßnahmen des Einweisungs- und Entlassmanagements empfinde ich als angemessen.	<input type="checkbox"/>				
Die Abrechnungsziffern und -modalitäten in VESPEERA waren gut verständlich.	<input type="checkbox"/>				
Für die Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen ist in meiner Klinik/Praxis ausreichend Personal vorhanden.	<input type="checkbox"/>				
Für die Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen sind in meiner Klinik/Praxis ausreichend Arbeitsplätze vorhanden.	<input type="checkbox"/>				

B-3: Externe Politik und externe Vorgaben.	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Die Umsetzung der Vorgaben des Rahmenvertrag Entlassmanagement erschwert die Umsetzung der VESPEERA-Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>				
Die EU DS-GVO* erschwert einrichtungs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit.	<input type="checkbox"/>				
Die EU DS-GVO* erschwert die Umsetzung der VESPEERA-Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>				
Die Entscheidung zur Teilnahme war eine strategische Entscheidung aufgrund des hohen Marktanteils der AOK Baden-Württemberg.	<input type="checkbox"/>				

* Europäische Datenschutz-Grundverordnung

B-4: Projektmanagement in VESPEERA	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich habe das Gefühl, dass ich das Projekt VESPEERA mit seinen Zielen und Inhalten komplett verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zuständigkeiten der einzelnen Projektpartner waren klar verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Seiten der Projektpartner hatte ich ausreichend Information und Unterstützung, die ich zur Durchführung von VESPEERA brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertraue einem oder mehreren der an der Projektorganisation beteiligten Institutionen (z.B. HÄVG, Uniklinikum Heidelberg, AOK, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir war von Anfang an bewusst, dass es sich bei VESPEERA um eine Studie handelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir war von Anfang an bewusst, dass das Projekt VESPEERA eine begrenzte Laufzeit hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur für Hausärzte/ -ärztinnen und VERAHs:

Wie sind Sie beim Einschluss von VESPEERA-Patienten vorgegangen?

- Ich habe eine Teilnahme an VESPEERA allen Patienten vor bzw. nach einem Krankenhausaufenthalt angeboten
- Ich habe bei der Ansprache von Patienten eine Vorauswahl getroffen
- Ich habe eine Teilnahme an VESPEERA nur auf Nachfrage von Patienten angeboten
- Ich habe keinem meiner Patienten eine Teilnahme an VESPEERA angeboten

B-5: Einschluss von VESPEERA-Patienten	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Es ist schwierig, geeignete Patienten für eine Teilnahme an VESPEERA zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist schwierig, geeignete Patienten erfolgreich zu einer Teilnahme an VESPEERA zu motivieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht, geeigneten Patienten die Ziele und Inhalte von VESPEERA verständlich zu vermitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die VESPEERA-Maßnahmen entsprechen den Bedürfnissen meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Wahrgenommene Ergebnisse

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Durch VESPEERA konnte der Kontakt zu Patienten intensiviert werden.	<input type="checkbox"/>				
Durch VESPEERA konnte engerer Kontakt zu den einweisenden Ärzten/ den entlassenden Kliniken aufgebaut werden.	<input type="checkbox"/>				
Durch VESPEERA sind die VERAHs besser in die Versorgung eingebunden als bisher.	<input type="checkbox"/>				
Durch VESPEERA konnten Patienten besser in Entscheidungen bezüglich der weiteren Versorgung eingebunden werden als bisher.	<input type="checkbox"/>				
Durch VESPEERA hatten Patienten ein besseres Verständnis über ihre eigene Versorgung als bisher.	<input type="checkbox"/>				
Durch VESPEERA wurden Patienten auf an VESPEERA teilnehmende Krankenhausabteilungen hingewiesen.	<input type="checkbox"/>				
Die VESPEERA-Feedbacktreffen haben die Vernetzung zwischen Krankenhäusern und Hausärzten unterstützt.	<input type="checkbox"/>				
Durch VESPEERA arbeiten teilweise Hausarztpraxen/ Krankenhäuser zusammen, die vorher nicht zusammengearbeitet hätten.	<input type="checkbox"/>				
Durch VESPEERA fand ein besserer Informationsaustausch zwischen Hausarztpraxis und Klinik statt.	<input type="checkbox"/>				
Durch VESPEERA wurde die Zusammenarbeit über die Sektoren hinweg verbessert.	<input type="checkbox"/>				
Durch VESPEERA wurde mein Bewusstsein gefördert, dass Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern wichtig ist.	<input type="checkbox"/>				

Während der Umsetzung von VESPEERA war ich mit folgenden Schwierigkeiten konfrontiert:

In folgenden Bereichen hätte ich mir mehr Unterstützung für die Umsetzung von VESPEERA gewünscht:

D. Attraktivität und Akzeptanz

D-1: Eine Teilnahme an VESPEERA...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... würde ich Kolleginnen und Kollegen empfehlen	<input type="checkbox"/>				
... würde ich allen meinen Patientinnen und Patienten empfehlen	<input type="checkbox"/>				
... würde ich mir für alle Hausarztpraxen wünschen	<input type="checkbox"/>				
... würde ich mir für alle Krankenhäuser wünschen	<input type="checkbox"/>				
... würde ich mir für alle Krankenkassen wünschen	<input type="checkbox"/>				
... stärkt die Rolle der Hausarztmedizin	<input type="checkbox"/>				
... stärkt die Rolle der VERAH	<input type="checkbox"/>				

D-2: Die Durchführung der VESPEERA-Maßnahmen...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... kann in weiten Teilen an VERAHS/Pflegekräfte delegiert werden.	<input type="checkbox"/>				
... ist zu bürokratisch.	<input type="checkbox"/>				
... führt zu Doppeldokumentation.	<input type="checkbox"/>				
... lässt sich gut in interne Prozesse integrieren.	<input type="checkbox"/>				

Sonstige Kommentare/Anmerkungen:

E. Allgemeine Angaben zur Person und Organisation

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?	Hausarztpraxis <input type="checkbox"/> Arzt/ Ärztin <input type="checkbox"/> VERAH <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: <hr/>	Krankenhaus <input type="checkbox"/> Management <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Arzt/ Ärztin in Weiterbildung <input type="checkbox"/> Facharzt/ -ärztin <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: <hr/> Abteilung: <hr/>
Berufserfahrung in Jahren		
Ist der Landkreis, in dem Ihre Einrichtung liegt, eher städtisch oder ländlich?	<input type="checkbox"/> eher städtisch <input type="checkbox"/> eher ländlich	
Wie groß ist die Einrichtung, in der Sie arbeiten?	Hausarztpraxis <hr/> Patienten pro Quartal <i>(geschätzte Angabe)</i>	Krankenhaus <hr/> Betten in meiner Abteilung <i>(geschätzte Angabe)</i>
Wie viele VESPEERA-Patienten hatten Sie in Ihrer Einrichtung insgesamt?		
Ihr Geburtsjahr?		
Ihr Geschlecht?	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 14: Fragebogen Prozessevaluation Patienten



Vorab vom Praxispersonal auszufüllen:

- Geplante Einweisung** (Einweisungsassessment mit Einweisungsbrief erstellt)
- Notfallmäßige Einweisung**

Fragebogen für Patienten

zur Prozessevaluation der Studie

„Versorgungskontinuität sichern: Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern (VESPEERA)“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Hilfe dieses Fragebogens möchten wir gerne mehr über Ihre persönlichen Erlebnisse und Eindrücke erfahren, welche Sie im Rahmen Ihrer Teilnahme an der VESPEERA-Studie gemacht haben. Darüberhinaus interessieren uns Ihre Erfahrungen im Hinblick auf Krankhauseinweisungen und Entlassungen. Wir möchten Sie bitten, sich 10 bis 15 Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen auszufüllen.

Bitte kreuzen Sie diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihnen spontan in den Sinn kommt. Sie können sich jederzeit entscheiden, einzelne Fragen im Fragebogen nicht zu beantworten. Bitte bedenken Sie jedoch, dass eine vollständige Beantwortung aller Fragen für die wissenschaftliche Auswertung von großer Bedeutung ist. Die Angaben stehen ausschließlich den an der Studie beteiligten Wissenschaftlern in anonymisierter* Form zu Verfügung. [*Anonym bedeutet, dass Ihr Name und alle anderen Identifikationsmerkmale, die auf Ihre Person schließen lassen, so verändert werden, dass Sie durch diese Daten nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Kosten- oder Zeitaufwand identifiziert werden können.]

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden, vorfrankierten Rücksendeumschlag und verschließen Sie diesen. Den verschlossenen Umschlag geben Sie bitte in die Post.

Bei Fragen oder Problemen beim Ausfüllen des Bogens wenden Sie sich bitte an das Studienteam, Frau Johanna Forstner (Tel.: 06221/56-35559, Email: vespeera.amed@med.uni-heidelberg.de).

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Bitte beachten Sie folgende **Hinweise**:

- Verwenden Sie bitte nur Kugelschreiber.
- Bitte geben Sie Freitextangaben in Druckbuchstaben an.
- Zum Ausfüllen des Fragebogens:
 - Bitte machen Sie das Kreuz direkt im Kästchen, nicht neben dem Kästchen: ☒
 - Wenn Sie eine Angabe rückgängig machen wollen, füllen Sie das Kästchen ganz aus ■ und kreuzen Sie die aus Ihrer Sicht richtige Auswahl an ☒.

A. Persönliche Erfahrungen mit Krankenhauseinweisungen und -entlassungen

A-1: Vor meinem letzten Krankenhausaufenthalt...	Trifft nicht zu	Teils / teils	Trifft zu
... wurde mir die bevorstehende Aufnahme ins Krankenhaus von meiner Hausärztin/meinem Hausarzt erläutert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erhielt ich von meiner Hausarztpraxis eine schriftliche Überweisung ins Krankenhaus („Verordnung für Krankenhausbehandlung“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurden mir in meiner Hausarztpraxis verschiedene Fragen zu meinem Gesundheitszustand und meiner Lebenssituation gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... enthielt ich vorab in meiner Hausarztpraxis alle Dokumente, die für die Aufnahme ins Krankenhaus wichtig waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A-2: Vor meiner Entlassung aus dem Krankenhaus...	Trifft nicht zu	Teils / teils	Trifft zu
... wurde ich von den Ärzten/dem Pflegepersonal im Krankenhaus frühzeitig über den Entlassungstermin informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erhielt ich von den Ärzten/dem Pflegepersonal Informationen, die für mich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus hilfreich waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich darüber informiert, dass die behandelnden Ärzte im Krankenhaus alle relevanten Informationen an meinen Hausarzt weitergegeben haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A-3: Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus...	Trifft nicht zu	Teils / teils	Trifft zu
... hatte ich am nächsten Werktag nach Entlassung einen Termin bei meinem Hausarzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich das Gefühl, dass mein Hausarzt bereits gut über meine Krankenhausbehandlung informiert war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mit meinem Hausarzt ausführlich über meinen Gesundheitszustand nach der Entlassung gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich gemeinsam mit meinem Hausarzt besprochen, wie meine weitere Behandlung ablaufen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich noch für einige Wochen regelmäßig von der Medizinischen Fachangestellten („Arzthelferin“) meines Hausarztes telefonisch kontaktiert, um über meinen Gesundheitszustand zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A-3: Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus...	Trifft nicht zu	Teils / teils	Trifft zu
... wusste ich, an wen ich mich in meiner Hausarztpraxis wenden kann, wenn Komplikationen auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich bei Fragen oder Problemen an das Krankenhaus gewendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich bei Fragen oder Problemen an einen Facharzt (z.B. Kardiologe, Orthopäde) gewendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A-4: Informationen zur Behandlung	Trifft nicht zu	Weiß nicht	Trifft zu
Vor Krankenhauseinweisung habe ich in der Arztpraxis eine Informationsbroschüre zum bevorstehenden Krankenhausaufenthalt erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja: Die Informationsbroschüre habe ich angeschaut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Informationsbroschüre empfand ich als hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor meiner Entlassung habe ich im Krankenhaus einen Entlassplan für Patienten erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja: Den Entlassplan habe ich angeschaut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Entlassplan empfand ich als hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A-5: Persönliche Erfahrungen mit der Medikation	Trifft nicht zu	Weiß nicht	Trifft zu
Im Rahmen meiner Behandlung im Krankenhaus muss(te) ich Medikamente einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja: Im Krankenhaus erhielt ich vor Entlassung ein Rezept für diese Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Krankenhaus erhielt ich einen angemessenen Vorrat an Medikamenten für die Überbrückung der ersten Zeit nach der Entlassung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus erhalte ich bei Bedarf Rezepte in meiner Hausarztpraxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Entlassung aus dem Krankenhaus wurde mir ein aktueller Medikationsplan ausgehändigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Wahrgenommene Situation in der Hausarztpraxis

B-1: In meiner Hausarztpraxis...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... fühlte ich mich vor und nach meinem Krankenhausaufenthalt gut versorgt.	<input type="checkbox"/>				
... kennt man mich und meine Lebenssituation.	<input type="checkbox"/>				
... wirkt das Personal oftmals gestresst.	<input type="checkbox"/>				
... haben mein Hausarzt und die medizinischen Fachangestellten einen freundlichen Umgang untereinander.	<input type="checkbox"/>				
... sind alle relevanten Informationen zu meinem Gesundheitszustand vorhanden und können bei Bedarf an andere Fachärzte oder ans Krankenhaus weitergegeben werden.	<input type="checkbox"/>				
... nimmt man sich die Zeit, auf mich und meine Bedürfnisse einzugehen.	<input type="checkbox"/>				
... werde ich in alle Entscheidungen zu meiner Gesundheitsversorgung mit eingebunden.	<input type="checkbox"/>				
... erhalte ich Empfehlungen für geeignete Fachärzte und Krankenhäuser.	<input type="checkbox"/>				
... erhalte ich schnell und unkompliziert Überweisungen zu Fachärzten oder ins Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>				

C. Wahrgenommene Situation im Krankenhaus

C-1: In dem Krankenhaus, in dem ich zuletzt stationär behandelt wurde...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... fühlte ich mich gut versorgt.	<input type="checkbox"/>				
... kannte man mich und meine Lebenssituation.	<input type="checkbox"/>				
... wirkte das Personal oftmals gestresst.	<input type="checkbox"/>				
... waren alle relevanten Informationen zu meinem Gesundheitszustand vorhanden und wurden an mich weitergegeben.	<input type="checkbox"/>				

C-1: In dem Krankenhaus, in dem ich zuletzt stationär behandelt wurde...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... waren alle relevanten Informationen zu meinem Gesundheitszustand vorhanden und wurden an meinen Hausarzt weitergegeben.	<input type="checkbox"/>				
... nahm man sich die Zeit, auf mich und meine Bedürfnisse einzugehen.	<input type="checkbox"/>				
... wurde ich in alle Entscheidungen zu meiner Gesundheitsversorgung mit eingebunden.	<input type="checkbox"/>				

D. Soziodemografische Daten

1. Ihr Geburtsjahr:	_ _ _ _		
2. Ihr Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
3. Ihre Muttersprache	<input type="checkbox"/> Deutsch		<input type="checkbox"/> eine andere Sprache
4. Welcher ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	<input type="checkbox"/> Kein formeller Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule <input type="checkbox"/> Abitur/Hochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Universitätsabschluss <input type="checkbox"/> Sonstiges		
5. Wie lange sind Sie schon Patient bei Ihrem aktuellen Hausarzt?	_ _ Jahre <i>(Hier ist ein Schätzwert völlig ausreichend)</i>		
6. Ist der Landkreis, in dem Ihre Hausarztpraxis liegt, eher ländlich oder eher städtisch?	<input type="checkbox"/> eher städtisch <input type="checkbox"/> eher ländlich		
7. Wie groß schätzen Sie Ihre Hausarztpraxis?	<input type="checkbox"/> 1-2 Ärzte <input type="checkbox"/> 3-5 Ärzte <input type="checkbox"/> mehr als 5 Ärzte		

8. War die letzte Krankenhausbehandlung im Voraus geplant oder wurden Sie als Notfall aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Die Krankenhausbehandlung war im Voraus geplant (d.h. mehrere Tage, Wochen oder Monate zuvor) <input type="checkbox"/> Ich wurde als Notfall aufgenommen
9. Wie groß ist das Krankenhaus, aus dem Sie zuletzt entlassen wurden?	<input type="checkbox"/> Grund- und Regelversorgung (z.B. ein Kreiskrankenhaus) <input type="checkbox"/> Maximalversorger (z.B. ein Universitätsklinikum) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
10. In welches Krankenhaus und welche Abteilung wurden Sie eingewiesen?	Krankenhausname: _____ _____ Abteilung: _____
11. Wie viele Medikamente nehmen Sie derzeit ein?	_ _ _

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!