

<b>Konsortialführung:</b>	Gesundheit für Billstedt/Horn UG (GfBH UG)
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF16025
<b>Akronym:</b>	INVEST Billstedt/Horn
<b>Projekttitle:</b>	Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen
<b>Autoren:</b>	Prof. Dr. Eva-Maria Wild, Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Veronika Golubinski, Vanessa Ress, Henrike Schmidt
<b>Förderzeitraum:</b>	1. Januar 2017 – 30. September 2020

1. Ausgangslage und Ziele .....	8
2. Darstellung der neuen Versorgungsform .....	12
3. Darstellung des Evaluationsdesigns .....	18
4. Ergebnisse der Evaluation.....	75
5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators .....	121
6. Anhang.....	123
7. Literaturverzeichnis .....	125

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Ausgangslage und Ziele .....</b>	<b>8</b>
1.1. Aktuelle Situation in der Versorgung .....	8
1.2. Ziele und Teilziele der neuen Versorgungsform .....	9
1.3. Beschreibung der Zielgruppen der neuen Versorgungsform .....	10
<b>2. Darstellung der neuen Versorgungsform .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Darstellung des Evaluationsdesigns .....</b>	<b>18</b>
3.1. Evaluationsdesign Teilstudie 1.....	21
3.1.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen .....	21
3.1.2. Studiendesign .....	23
3.1.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente) .....	23
3.1.4. Analysestrategie.....	25
3.2. Evaluationsdesign Teilstudie 2.....	26
3.2.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen .....	26
3.2.2. Studiendesign .....	29
3.2.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente) .....	29
3.2.4. Analysestrategie.....	30
3.3. Evaluationsdesign Teilstudie 3.....	31
3.3.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen .....	31
3.3.2. Studiendesign .....	35
3.3.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente) .....	36
3.3.4. Analysestrategie.....	40
3.4. Evaluationsdesign Teilstudie 4.....	41
3.4.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen .....	41
3.4.2. Studiendesign .....	45
3.4.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente) .....	46
3.4.4. Analysestrategie.....	49
3.5. Evaluationsdesign Teilstudie 5.....	50
3.5.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen .....	50
3.5.2. Studiendesign .....	54
3.5.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente) .....	56
3.5.4. Analysestrategie.....	59
3.6. Evaluationsdesign Teilstudie 6.....	60

3.6.1.	Forschungsfragen und Arbeitshypothesen .....	60
3.6.2.	Studiendesign .....	64
3.6.3.	Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente) .....	65
3.6.4.	Analysestrategie.....	70
3.7.	Evaluationsdesign Teilstudie 7.....	71
3.7.1.	Forschungsfrage und Arbeitshypothesen .....	71
3.7.2.	Studiendesign .....	72
3.7.3.	Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente) .....	72
3.7.4.	Analysestrategie.....	74
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse der Evaluation.....</b>	<b>75</b>
4.1.	Ergebnisse Teilstudie 1.....	75
4.2.	Ergebnisse Teilstudie 2.....	82
4.3.	Ergebnisse Teilstudie 3.....	87
4.4.	Ergebnisse Teilstudie 4.....	93
4.5.	Ergebnisse Teilstudie 5.....	98
4.6.	Ergebnisse Teilstudie 6.....	106
4.7.	Ergebnisse Teilstudie 7.....	117
<b>5.</b>	<b>Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....</b>	<b>121</b>
<b>6.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>123</b>
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>125</b>

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Leitfragen der Evaluation und Teilstudiengliederung .....	20
<b>Tabelle 2:</b> Zielvariablen, Forschungsfragen und Datenquellen Teilstudie 1 .....	23
<b>Tabelle 3:</b> Zielvariablen und Erhebungsinstrumente Teilstudie 2 .....	30
<b>Tabelle 4:</b> Übersicht zu den Befragungswellen Teilstudie 3 .....	37
<b>Tabelle 5:</b> Zielvariablen und Erhebungsinstrumente Teilstudie 3 .....	38
<b>Tabelle 6:</b> Zielvariablen und Erhebungsinstrumente Teilstudie 4 .....	47
<b>Tabelle 7:</b> Zielvariablen und Operationalisierung Teilstudie 5 .....	59
<b>Tabelle 8:</b> Zielvariablen, Forschungsfragen, Erhebungsinstrumente, Datenquellen .....	67
<b>Tabelle 9:</b> Datenquellen und Datentyp Teilstudie 7 .....	73
<b>Tabelle 10:</b> Ergebnisse zur Forschungsfrage 1 .....	76
<b>Tabelle 11:</b> Ergebnisse zur Forschungsfrage 2 .....	79
<b>Tabelle 12:</b> Ergebnisse patientenbezogenen Faktoren und Patientenzufriedenheit .....	85
<b>Tabelle 13:</b> Ergebnisse patientenbezogenen Faktoren und Patientenaktivierung .....	86
<b>Tabelle 14:</b> Ergebnisse aus den Panelregressionen für die Forschungsfrage E.1 .....	91
<b>Tabelle 15:</b> Deskriptiver Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe .....	93
<b>Tabelle 16:</b> Ergebnisse der DiD Analysen zum Zugang zur Gesundheitsversorgung .....	94
<b>Tabelle 17:</b> Ergebnisse der DiD Analysen zur Gesundheitskompetenz .....	95
<b>Tabelle 18:</b> Ergebnisse der DiD Analysen zum Gesundheitszustand .....	96
<b>Tabelle 19:</b> Schätzer der DiD Analysen der ASK-Rate .....	99
<b>Tabelle 20:</b> Schätzer der DiD Analysen des Einweisungsverhaltens .....	100
<b>Tabelle 21:</b> Schätzer der DiD Analysen der Leistungsausgaben je Versicherten je Quartal .....	102
<b>Tabelle 22:</b> Erfolgsfaktoren bei der Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST .....	117



## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Ziele der neuen Versorgungsform INVEST .....	10
<b>Abbildung 2:</b> Zielgruppen der neuen Versorgungsform INVEST .....	11
<b>Abbildung 3:</b> Projektstruktur INVEST Billstedt/Horn .....	12
<b>Abbildung 4:</b> Interventionsfelder und Instrumente der Versorgungsform INVEST .....	13
<b>Abbildung 5:</b> Zugangswege und Aufgaben des Gesundheitskiosks .....	16
<b>Abbildung 6:</b> Forschungsfragen Teilstudie 1 .....	22
<b>Abbildung 7:</b> Rahmenkonzept Teilstudie 2 .....	28
<b>Abbildung 8:</b> Rahmenkonzept Teilstudie 3 .....	35
<b>Abbildung 9:</b> Rahmenkonzept Teilstudie 4 .....	44
<b>Abbildung 10:</b> Definition der Interventions- und Kontrollgruppen .....	46
<b>Abbildung 11:</b> Rahmenkonzept Teilstudie 5 .....	53
<b>Abbildung 12:</b> Studiendesign zur Messung des Effekts von INVEST .....	54
<b>Abbildung 13:</b> Definition der Interventions- und Kontrollgruppen .....	56
<b>Abbildung 14:</b> Leistungs- und Kooperationspartner:innen im Projekt INVEST .....	61
<b>Abbildung 15:</b> Rahmenkonzept Teilstudie 6 .....	64
<b>Abbildung 16:</b> Verlauf des Kodierungsprozesses .....	74
<b>Abbildung 17:</b> Anlässe und Motive zur Nutzung des Gesundheitskiosks .....	77
<b>Abbildung 18:</b> Merkmale von Nutzer:innen des Beratungs- und Kursangebots .....	77
<b>Abbildung 19:</b> Zufriedenheit mit dem Gesundheitskiosk .....	80
<b>Abbildung 20:</b> Bewertung der Beratung im Gesundheitskiosk .....	80
<b>Abbildung 21:</b> Bewertung der Kurse im Gesundheitskiosk .....	81
<b>Abbildung 22:</b> Ergebnisse aus dem Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich .....	83
<b>Abbildung 23:</b> Merkmale von INVEST-Versicherten .....	88
<b>Abbildung 24:</b> Aufmerksamkeitsquellen für die Einschreibung in INVEST .....	89
<b>Abbildung 25:</b> Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich Zufriedenheit Gesundheitsversorgung .....	90
<b>Abbildung 26:</b> Entwicklung der ASK-Rate .....	99
<b>Abbildung 27:</b> Entwicklung der durchschnittlichen Leistungsausgaben .....	101
<b>Abbildung 28:</b> Erwartungen und Erfahrungen mit dem INVEST Projekt .....	107
<b>Abbildung 29:</b> Erwartete Herausforderungen und wahrgenommene Herausforderungen .....	108
<b>Abbildung 30:</b> Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich der Koordination und Vernetzung .....	109
<b>Abbildung 31:</b> Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich der Arbeitsbelastung .....	110
<b>Abbildung 32:</b> Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich der Arbeitszufriedenheit .....	110
<b>Abbildung 33:</b> Bewertung des Gesundheitskiosks .....	113

Akronym: INVEST Billstedt/Horn  
Förderkennzeichen: 01NVF16025

**Abbildung 34:** Projektzufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen .....114

**Abbildung 35:** Weiterempfehlungsabsicht der Leistungs- und Kooperationspartner:innen .....114

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ASK	Ambulant sensitiver Krankenhausfall
BSNR	Betriebsstättennummer
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CHN	Community Health Nurse
DiD	Difference-in-Differences
DMP	Disease Management Programm
DSB	Datenschutzbeauftragte:r
FORTA-Score	Fit FOR The Aged-Score
GfBH UG	Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ID	Identifikator
IG	Interventionsgruppe
IK	Institutionskennzeichen
INVEST	Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für Integrierte Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen
KG I	Erste Kontrollgruppe
KG II	Zweite Kontrollgruppe
KG III	Dritte Kontrollgruppe
LANR	Lebenslange Arztnummer
NHS	National Health Service
PAM-13-D	Patient Activation Measure 13 – Deutsche Version
PEIC	Patient Experience of Integrated Care
PLZ	Postleitzahl
Q	Quartal
T0	Erstbefragung
T1	Zweitbefragung

## 1. Ausgangslage und Ziele

### 1.1. Aktuelle Situation in der Versorgung

Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt und verfügt über umfassende Systeme der sozialen Sicherung und der medizinischen Versorgung. Gleichzeitig sind erhebliche soziale Ungleichheiten festzustellen. Diese sozialen Ungleichheiten spiegeln sich auch in der Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung wider. Zahlreiche Studien zeigen, dass Menschen mit niedrigem sozialen Status, Bildungsniveau und berufliche Stellung, vermehrt von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und ein erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko haben (Bopp & Mackenbach, 2019; Finger et al., 2019; Hoebel et al., 2017; Knesebeck, Lüschen, Cockerham, & Siegrist, 2003; Kroll & Lampert, 2011; Lampert, Hoebel, & Kroll, 2019; Lampert, Hoebel, Kuntz et al., 2019; Lampert, Kroll, Kuntz, & Hoebel, 2018; Voigtländer, Berger, & Razum, 2010). Auch in Hamburg zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Gesundheitsstatus (Wollesen, Dahlke, & Stehr, 2014). Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen konzentrieren sich dabei häufig in abgegrenzten urbanen Regionen bzw. Stadtteilen. Die Stadtteile Billstedt und Horn gehören zu den ärmsten Stadtteilen Hamburgs und liegen mit 23.247 Euro in Billstedt und mit 21.685 Euro in Horn in ihrem Durchschnittseinkommen etwa 40.5 Prozent bzw. 44.5 Prozent unter dem Hamburger Durchschnitt von 39.054 Euro (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2017). Die beiden Stadtteile charakterisiert eine überdurchschnittlich hohe Anzahl sozioökonomisch benachteiligte Bewohnerschaft wie z. B. Arbeitslose, ALG-II-Empfangende, Migrant:innen, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Kinder (unter 15 Jahren) in Mindestsicherung und Menschen mit niedrigeren Schulabschlüssen (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2017). Die soziale Benachteiligung stellt einen wesentlichen Risikofaktor für das Auftreten chronisch-somatischer und psychischer Erkrankungen schon im mittleren Alter dar. Gesundheitliche Probleme der Bewohnerschaft in Billstedt und Horn reduzieren die Möglichkeit ihrer Integration in den Arbeitsmarkt. Zudem besteht ein Trend zu ungesunder Ernährung, mangelnder körperlicher Aktivität und einem stärkeren Risikoverhalten bei Männern. Insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zeigen Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen (Fischer et al., 2015).

Verschärft werden diese Probleme durch Defizite in der medizinischen Versorgung („inverse care law“) (Watt, 2002). Die Verknappung von wohnortnahen, ambulanten Versorgungsangeboten in sozial benachteiligten urbanen Gebieten kann zur Folge haben, dass immer mehr Patient:innen inadäquate Versorgungsebenen wie zum Beispiel stationäre Notaufnahmen in Anspruch nehmen. Hierdurch kann es zu Ineffizienzen in der Versorgung und steigenden Leistungsausgaben kommen. Für die 49.365 AOK-BARMER-DAK Versicherten in Billstedt und Horn entstehen jährlich mehr als 8,1 Mio. € an zusätzlichen Leistungsausgaben im Vergleich zu den Kosten der Versicherten im Rest von Hamburg, betrachtet über alle Sektoren der Versorgung. Dies entspricht ca. 165 € an zusätzlichen Leistungsausgaben pro Versichertem pro Jahr (standardisiert nach Alter und Geschlecht).<sup>1</sup>

Eine weitere Verschärfung der Problemlage besteht in der mangelnden Ausrichtung der Leistungsangebote im deutschen Gesundheitssystem auf die Bedürfnisse sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Die Diskrepanz zwischen empfohlener Versorgung und der Versorgungsrealität, die

---

<sup>1</sup> Berechnungen basieren auf den GKV Routinedaten der AOK-RH, BARMER und DAK für den Zeitraum 01/2015 – 12/2019.

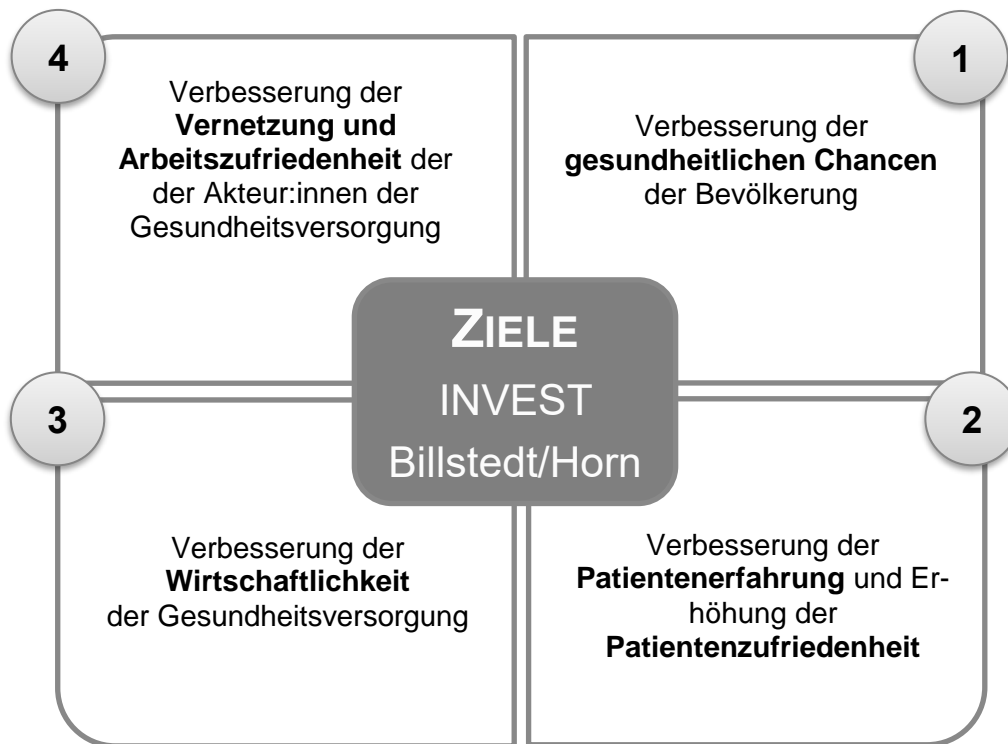
international als „Gaps in Care“ bezeichnet werden, können zu einer systematischen Unterversorgung in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen führen (Kern et al., 2020; Pearce, Witten, Hiscock, & Blakely, 2007).

Die Potenziale und Chancen für die Verbesserung der skizzierten Problemlage bestehen insbesondere in der Entwicklung und Implementierung eines Versorgungsangebotes, welches wohnortnah und ohne Sprachbarrieren eine niedrighschwellige Versorgung sicherstellt, die auf chronische Erkrankungen mit Komorbiditäten ausgerichtet ist. Eine Verbesserung der aktuellen Situation in der Versorgung kann zudem durch eine stärkere Integration der Versorgung erreicht werden. Studien zeigen, dass durch integrierte sektorenübergreifende Versorgungsansätze eine Verbesserung der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsstatus erreicht werden kann (Banfield, Jowsey, Parkinson, Douglas, & Dawda, 2017; Baxter et al., 2018; Borgermans et al., 2017; Goodwin, 2015). Auch lassen sich durch eine bessere Integration der Versorgung Ineffizienzen reduzieren, der Ressourceneinsatz optimieren und die Arbeitsbelastung der Akteur:innen im Gesundheitswesen reduzieren (Baxter et al., 2018; Huber, Reich, Früh, & Rosemann, 2016; Paulus, van Raak, van Merode, & Adang, 2000; Reich, Rapold, & Flatscher-Thöni, 2012). Gerade in deprivierten großstädtischen Regionen wird einer integrierten Vollversorgung großes Potenzial zur Verbesserung der Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung und der Versorgungsqualität beigemessen (Broeder, Uiters, Hofland, Wagemakers, & Schuit, 2018; Kringos, van den Broeke, van der Lee, Plochg, & Stronks, 2016).

## 1.2. Ziele und Teilziele der neuen Versorgungsform

Ziel der neuen Versorgungsform ist die im § 70 SGB V formulierten Ziele - Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit – in der sozial benachteiligten Großstadtregion Billstedt/Horn zu erreichen. Die Problemstellungen in den Stadtteilen Billstedt und Horn adressierend, soll die neue Versorgungsform damit auch einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit in den Chancen auf Gesundheit leisten. Die neue Versorgungsform **„Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für Integrierte Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen“ (INVEST)** versteht sich als ein regionales, integriertes und populationsorientiertes Versorgungsmodell.

Die Teilziele der neuen Versorgungsform INVEST orientieren sich dabei am Triple Aim-Modell, wonach ein nachhaltiges Gesundheitssystem drei sich wechselseitig beeinflussende Ziele verfolgen sollte: (1) Verbesserung der gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung, (2) Verbesserung der Patientenerfahrung und Erhöhung der Patientenzufriedenheit, sowie (3) Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008). Diese Ziele können jedoch nur durch effektive, produktive und engagierte Leistungserbringende im Gesundheitswesen erreicht werden (Sikka, Morath, & Leape, 2015). Um die essentielle Rolle der Leistungserbringenden in der Transformation von Gesundheitssystemen anzuerkennen, wird in der aktuellen Literatur vermehrt eine Erweiterung des Triple Aim Modells gefordert und ein Quadruple Aim Modell benannt, welches ein viertes Ziel hinzufügt: die Verbesserung des Wohles der Leistungserbringenden (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Sikka et al., 2015). Dem Quadruple Aim Modell folgend, strebt die neue Versorgungsform INVEST als vierte Teilzieldimension eine (4) Verbesserung der Vernetzung und Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn an. Durch eine bessere Vernetzung soll darüber hinaus, das Thema Prävention stärker in den Vordergrund gebracht werden. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Ziele der neuen Versorgungsform INVEST.



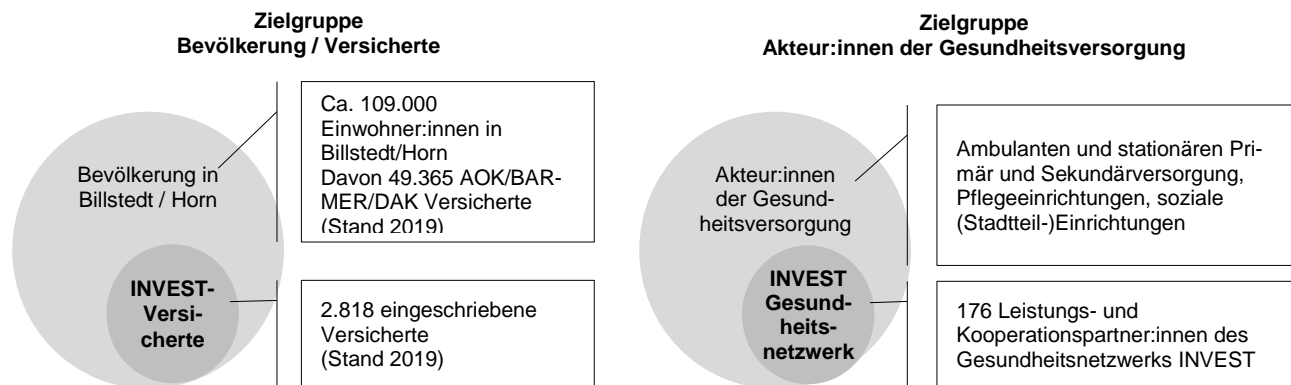
**Abbildung 1:** Ziele der neuen Versorgungsform INVEST, Quelle: eigene Darstellung

### 1.3. Beschreibung der Zielgruppen der neuen Versorgungsform

Die neue Versorgungsform INVEST verfolgt einen **regionalen und populationsorientierten** Ansatz und adressiert damit als Zielgruppe **alle Versicherten** in Billstedt und Horn. Die Interventionen beziehen sich damit anders als spezifisch fokussierte krankheitsbezogene Interventionsmodelle auf alle Sektoren und alle Versicherte in Billstedt/Horn (PLZ 22111, 22115, 22117 und 22119). Die Zielgruppe der Versicherten in Billstedt/Horn erfordert jedoch eine weitere Differenzierung, um die Wirkweise der neuen Versorgungsform angemessen untersuchen und bewerten zu können. Obgleich des populationsorientierten Ansatzes ist davon auszugehen, dass nicht alle Versicherten in gleichem Maße durch die im Rahmen der neuen Versorgungsform implementierten Interventionen erreicht werden und sich damit Unterschiede in der Wirkweise und Effektivität der Interventionen ergeben. Versicherte, welche sich in INVEST eingeschrieben haben (diese werden im Folgenden als INVEST-Versicherte bezeichnet), sind als eine Teilmenge der Versichertenpopulation in Billstedt/Horn zu betrachten, die durch die implementierten Interventionsfelder spezifischer adressiert und gesteuert werden können. Von den 109.000 Einwohnern in Billstedt/Horn, davon 49.365 AOK/BARMER/DAK Versicherte, waren im Beobachtungszeitraum (01.01.2017-31.12.2019) 2.818 Versicherte in die neue Versorgungsform (INVEST-Versicherte) eingeschrieben (davon 2.119 AOK, 320 BARMER, 379 DAK).

Eine weitere Zielgruppe der neuen Versorgungsform bilden **alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Bereiche, Einrichtungen und Berufsgruppen** in Billstedt und Horn: Leistungserbringende der ambulanten und stationären Primär und Sekundärversorgung, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, soziale (Stadtteil-)Einrichtungen und Mitarbeitende des im Rahmen der neuen Versorgungsform etablierten Gesundheitskiosks (siehe Kapitel 2). Auch diese Zielgruppe lässt sich

weiter differenzieren, da nicht alle in Billstedt/Horn tätigen Leistungserbringenden sich an dem im Rahmen der neuen Versorgungsform etablierten regionalen Gesundheitsnetzwerk (siehe Kapitel 2) beteiligten. Demnach sind die Netzmitglieder als Teilmenge aller an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringenden in Billstedt/Horn zu verstehen. Das Gesundheitsnetzwerk umfasste folgende Akteur:innen: 102 soziale (Stadtteil-)Einrichtungen, Gesundheitskiosk (2 Standorte), Primärversorger und Sekundärversorger (61 Ärzt:innen des Ärztenetzes und 27 Kooperationen mit Praxen), 3 Krankenhäuser, und 10 ambulante und stationäre Pflegeanbieter (Angabe der Gesundheit für Billstedt Horn UG). Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Zielgruppen der neuen Versorgungsform INVEST.

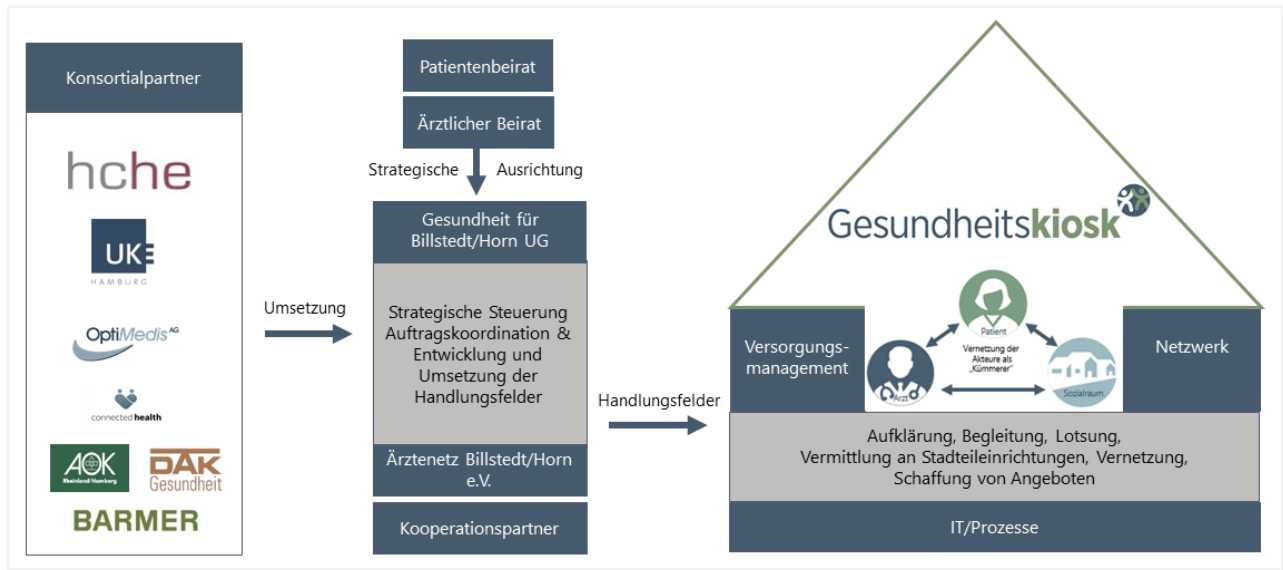


**Abbildung 2:** Zielgruppen der neuen Versorgungsform INVEST, Quelle: eigene Darstellung (basierend auf Angaben der GfBH UG)



## 2. Darstellung der neuen Versorgungsform

Die neue Versorgungsform INVEST ist ein regionales, integriertes und populationsorientiertes Versorgungsmodell, welches den Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und –erhaltung richtet. Zur Erreichung der in Kapitel 1.2 genannten Ziele wurde ein patientenorientiertes und sektorenübergreifendes **Gesundheitsnetzwerk** aufgebaut, das alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Bereiche, Einrichtungen und Berufsgruppen einbezieht. Abbildung 3 visualisiert die organisationale Projektstruktur der neuen Versorgungsform INVEST.



**Abbildung 3:** Projektstruktur INVEST Billstedt/Horn, Quelle: GfBH UG

Die neue Versorgungsform umfasst dabei drei Interventionsfelder in deren Rahmen verschiedene Instrumente zur Erreichung der Projektziele (siehe 1.2) eingesetzt wurden. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Interventionsfelder und zugehörigen Instrumente der Versorgungsform INVEST. Die Interventionen wirken dabei systemisch, d.h. in gegenseitiger Wechselwirkung, und tragen damit als sich gegenseitig ergänzendes Bundle zur Erreichung der Ziele der neuen Versorgungsform bei. Die Managementgesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn (im Folgenden: GfBH UG) verantwortete und steuerte die Umsetzung aller Interventionen vor Ort.



INTERVENTIONSFELDER	INSTRUMENTE <sup>1)</sup>
<p><b>A</b></p> <p><b>Gesundheitsnetzwerk:</b>            regional,            populationsorientiert und            sektorenübergreifend</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GfBH UG als Netzwerkmanager</li> <li>▪ Kooperationsverträge zur Formalisierung des Netzwerks</li> <li>▪ Interdisziplinäre Qualitätszirkel, Fortbildungen und Fallbesprechungen</li> </ul>
<p><b>B</b></p> <p><b>Gesundheitskiosk</b>            als „Point-of-Care“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärztliche Überweisungsscheine (Social Prescribing)</li> <li>▪ Schulung und Einsatz von Community Health Nurses (CHN) zur Gesundheitsberatung</li> <li>▪ Informationsveranstaltungen, Kampagnen und Kurse</li> </ul>
<p><b>C</b></p> <p><b>Behandlungs- bzw. Versorgungspfade für vulnerable und Hochrisiko Patient:innen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versorgungsprogramme für vulnerable und chronische Patient:innen</li> <li>▪ Digitaler Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Leistungserbringenden und Patient:in</li> <li>▪ Versorgungskordinator:innen im stationären und ambulanten Sektor</li> </ul>

1) In der Abbildung werden nur Instrumente gelistet, die im Förderzeitraum auch implementiert werden konnten und damit in die Evaluation eingehen. Geplante Instrumente, welche nicht implementiert werden konnten werden hier nicht gelistet (eine vollständige Darstellung aller Instrumente findet sich im Ergebnisbericht des Projektes).

**Abbildung 4:** Interventionsfelder und Instrumente der Versorgungsform INVEST, Quelle: eigene Darstellung

Im Folgenden werden die drei Interventionsfelder kurz anhand wesentlicher Charakteristika beschrieben. Für eine detaillierte Darstellung der Interventionen und Instrumente sowie deren Umsetzungstreue und Implementierungsgrad sei an dieser Stelle auf den Ergebnisbericht verwiesen.

### A. Regionales Gesundheitsnetzwerk

Mit dem Aufbau eines **regionalen Gesundheitsnetzwerks** sollte eine Netzwerkstruktur geschaffen werden, die eine Fokussierung auf eine patientenzentrierte und wirtschaftliche Versorgung im Netzwerk ermöglicht. Die Ziele des Netzwerkes wurden dabei in einem partizipativen Prozess mit allen interessierten Akteur:innen erarbeitet und mittels Kooperationsverträgen vertraglich vereinbart. Die klare Zieldefinition sollte ein ergebnisorientiertes Arbeiten ermöglichen. Durch die vertragliche Bindung sollte zudem die Kooperation innerhalb des Netzwerks formalisiert und institutionalisiert werden, sowie Verbindlichkeit und Vertrauen geschaffen werden. Kooperationsverträge wurden mit folgenden Akteur:innen / Sektoren geschlossen.

- Kooperationsverträge Prävention (n= 102): Die GfBH UG kooperierte mit 102 Einrichtungen aus dem Sozialraum, um Patient:innen langfristig im Sozialraum anzubinden.
- Kooperationsverträge Primärversorgung (n= 27): Das Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. ist von 7 auf 61 Ärzt:innen angewachsen, 27 Praxen haben einen Kooperationsvertrag geschlossen. Darin sind der regelmäßige Austausch sowie die Versorgung der Patient:innen im Netzwerk und im ambulanten Bereich festgelegt.

- Kooperationsverträge Stationäre Versorgung (n= 3): Durch die Kooperationsverträge mit drei Krankenhäusern (Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Marienkrankenhaus und Stadtteilklinik Hamburg) konnte das Vernetzungskonzept im stationären Sektor etabliert werden. Kernelement war der Einsatz von Versorgungskoordinator:innen in den Krankenhäusern sowie die Beschreibung von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden.
- Kooperationsverträge Pflege (n= 10): Eine vertragliche Zusammenarbeit konnte mit zehn stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Billstedt/Horn vereinbart werden. Die Kooperation umfasste Qualitätszirkel, Schulungen, Vorträge und interdisziplinäre Visiten vor Ort.

Im Rahmen des Netzwerkaufbaus und der Vernetzung dessen Mitglieder wurde dabei ein partizipativer Ansatz verfolgt. Damit wurden Akteur:innen aus dem medizinischen und sozialen Sektor aktiv in die Entwicklung und Umsetzung der neuen Versorgungsform INVEST einbezogen. So wurde das **Ärztenez Billstedt-Horn e.V.** ausgebaut, ein Ärztlicher sowie ein Patientenbeirat geschaffen, und regelmäßige Fachgespräche mit Akteur:innen aus dem Sozialraum geführt. Mit der Durchführung von fünf Stadtteil- und Fachgesprächen zur Gesundheitsversorgung wurden insgesamt 218 Multiplikatoren aus Stadtteileinrichtungen erreicht. Von Beginn an begleitete ein vierköpfiger Ärztlicher Beirat, Vorstand des Ärztenetzes Billstedt/Horn e.V., die Arbeit der GfBH UG. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Entscheidungen der GfBH UG zur Versorgung der Patient:innen in enger Abstimmung mit den Ärzt:innen vor Ort getroffen und legitimiert werden. Der aus sechs Personen bestehende Patientenbeirat hatte sich zum Ziel gesetzt, die Perspektive der Patient:innen im Stadtteil zu thematisieren.

Das Ärztenetz Billstedt-Horn e.V wurden von anfangs 7 Mitglieder auf 61 Mitglieder im Rahmen der Projektlaufzeit vergrößert und sollte an allen Versorgungsprozessen beteiligt werden. Auf interdisziplinären und professionsspezifischen **Fortbildungen und Fallbesprechungen** sowie **Qualitätszirkeln** wurden Themen zu bspw. Versorgung für vulnerable Patient:innen, Wundmanagement, Arzneimitteltherapie nach FORTA, und Pflege diskutiert und Lösungsansätze erarbeitet. Ebenso wurden regelmäßige **Vernetzungstreffen** der Ärzteschaft, Pflegeanbietern, Krankenhäusern sowie Stadtteileinrichtungen durch die GfBH UG organisiert, um die Zusammenarbeit in der wohnortnahen Versorgung zu initiieren und zu stärken.

## B. Gesundheitskiosk

Der **Gesundheitskiosk** bildet einen bundesweit einmaligen Schwerpunkt der neuen Versorgungsform INVEST und versteht sich als eine **populationsorientierte, niedrigschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution**. Die Leistungen des Gesundheitskiosks können dabei von allen Bewohner:innen in Anspruch genommen werden. Durch das niedrigschwellige Konzept des Gesundheitskiosks soll der Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie die Prävention und Gesundheitsförderung verbessert werden. Das auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtete Angebot sollte den Gesundheitsstatus der Bewohnerschaft in Billstedt und Horn fördern.

Auf der Systemebene fungiert der Gesundheitskiosk als **organisatorische Kooperationschnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem Sozialraum** sowie als regionale Institution, die Gesundheitswissen (insb. Prävention und Gesundheitsförderung) vorhält. Der Gesundheitskiosk stellt eine zentrale Anlaufstelle für alle regionalen ärztlichen Leistungserbringenden und sozialen Einrichtungen dar, die bei Schwierigkeiten z.B. in der Patientenkommunikation Entlastung durch den Gesundheitskiosk suchen können. Das Konzept des Gesundheitskiosks wurde in dieser

Form erstmalig in Deutschland etabliert und hat seine Ursprünge in den USA (Retail Clinics) und Finnland (Terveyskiosk).

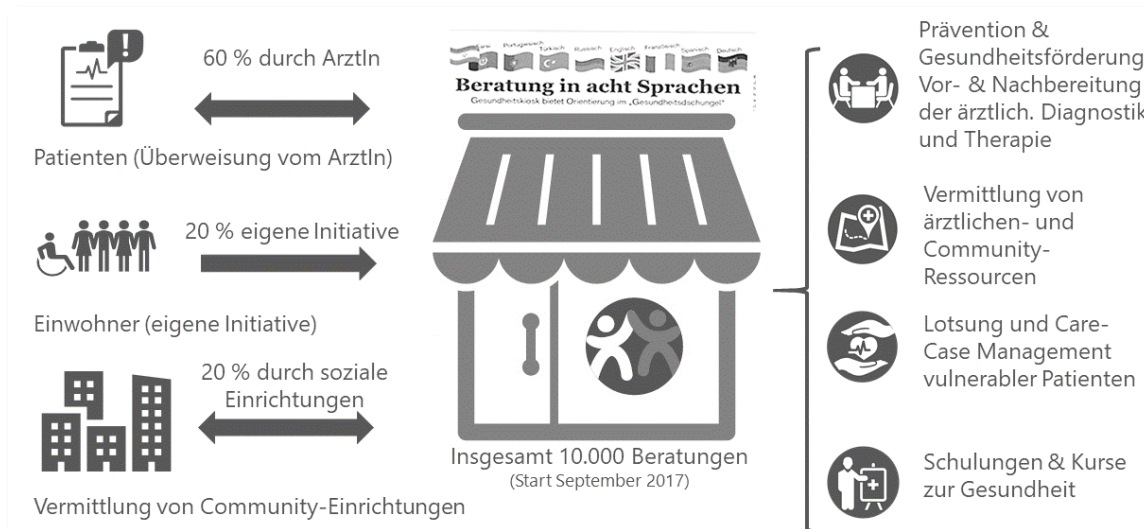
Der Gesundheitskiosk liegt zentral am Marktplatz Billstedt und wurde am 26. September 2017 eröffnet. Zudem existiert eine Außenstelle in der Praxisklinik Mümmelmannsberg. Auf Grundlage des umfassenden Vernetzungskonzeptes wurde eine Einrichtung aufgebaut, die eine bedarfsorientierte und kontinuierliche gesundheitliche Betreuung in der **jeweiligen Muttersprache** sicherstellt und die Gesundheit der Bewohnerschaft durch eine **multiprofessionelle, integrierte und präventive Versorgung** verbessert und fördert. Das multilinguale und multiprofessionelle Team des Gesundheitskiosks, bestehend aus Pflegewissenschaftler:innen, Pflegefachkräften, Arzthelfenden, Gesundheitswissenschaftler:innen und Case Managern, arbeitet im Sinne des neu geschaffenen Berufsbildes der „**Community Health Nurse**“ (**CHN**). CHN sind hoch qualifizierte Pflegefachpersonen, die autonom in definierten Handlungsfeldern (Krankheits-, Bevölkerungsabhängig) tätig sind und zentrale Koordinations-, Steuerungs- und Leitungsfunktionen übernehmen. Die Etablierung der CHN erweitert das Aufgabengebiet in der Primärversorgung, insb. Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Mehrfacherkrankungen, junge Familien mit Kindern werden beraten, angeleitet, begleitet und gezielt in Einrichtungen eines sozialen Gesundheitsnetzwerkes vermittelt. Die CHN stammen aus verschiedenen Kulturen und können entsprechend kultursensibel auf die jeweiligen Patient:innen eingehen, sodass viele der Menschen mit Migrationshintergrund (über 50 % der Bewohner:innen) auch in ihrer Muttersprache begleitet werden können.

Die Leistungen und Maßnahmen im Gesundheitskiosk wurden am Bedarf des Klientels ausgerichtet und umfassen Gesundheitsberatungen (z.B. zu Prävention und Ernährung), den Einbezug von Angehörigen, Vor- und Nachbereitung von ärztlichen Gesprächen, Medikamentenanamnese, Aufklärung, Erarbeitung von Versorgungsplänen, Unterstützung beim Verstehen und Ausfüllen von Formularen (z.B. Einschreibung in Versorgungsprogramme, Pflege- und Rehaanträge), Weiterleitung an ärztliches Personal oder auch an Hilfs- und Community-Einrichtungen (z. B. Pflegeberatung, Integrationskurse, Familien- und Erziehungsberatung) sowie ggf. die Übernahme eines Case-Managements. Die Leistungen stellen eine begleitende und unterstützende Maßnahme zur ärztlichen Heilbehandlung dar. Die Beratungen enthalten keine Sicherungs- und Risikoaufklärung und keine ärztliche oder therapeutische Beratung (Diagnose, Therapie). Unterstützend zu der Beratung bietet der Gesundheitskiosk regelmäßige Informationsveranstaltungen, Themenwochen, Schulungen und Kurse zu Gesundheitsthemen an. Eine detaillierte Darstellung der Leistungen und Angebote des Gesundheitskiosks sind im Ergebnisbericht aufgeführt. Insgesamt wurden im Beobachtungszeitraum 3.976 Besuchende und Patient:innen betreut und 7.933 Beratungsgespräche geführt.

Dabei bestehen **unterschiedliche Zugangswege** für die Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitskiosks (siehe Abbildung 5). Versicherte können den Gesundheitskiosk entweder auf eigene Initiative aufsuchen (ca. 20%), durch soziale (Stadtteil-) Einrichtungen auf die Angebote des Gesundheitskiosks aufmerksam gemacht und zu deren Nutzung veranlasst werden (ca. 20%), oder durch den behandelnden Arzt bzw. Ärztin mittels eines Überweisungsscheins an den Gesundheitskiosk überwiesen werden (ca. 60%). Die Überweisung von Patient:innen an (soziale) Gemeindeeinrichtung wird dabei in der internationalen Literatur als **Social Prescribing** bezeichnet (Bickerdike, Booth, Wilson, Farley, & Wright, 2017; Drinkwater, Wildman, & Moffatt, 2019; Husk et al., 2020). Das Instrument hat seinen Ursprung im staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien und Nordirland [eng: National Health Service (NHS)] und verfolgt die Grundidee der kollaborativen Versorgung zwischen ärztlichem und sozialem Sektor (Husk et al., 2020). Ein wesentlicher Impuls für die Implemen-

tierung von Social Prescribing in Billstedt/Horn war die Erkenntnis, dass die hohen sozialen Bedürfnisse bzw. Belastungen von Patient:innen einen wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit haben, diese aber in der regionalen Gesundheitsversorgung nur unzureichend thematisiert werden konnten. Durch die ärztliche Überweisung sollten Patient:innen in lokale, soziale Hilfsangebote vermittelt werden und soziale Bedürfnisse bzw. Belastungen von Patient:innen in Kooperation mit dem Gesundheitskiosk adressiert und gelöst werden. Die strukturierte Anbindung von vulnerablen Patient:innen an den Gesundheitskiosk sollte zu einer Steigerung der Compliance, der Zufriedenheit und letztendlich zu einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitszustandes führen. Ein weiteres Ziel der Implementierung der Überweisungsmöglichkeit von Patient:innen in den Gesundheitskiosk bestand in der Entlastung der Ärzteschaft in Billstedt und Horn. Bei Feststellung eines nicht-medizinischen Bedarfs konnten die Netzmitglieder, vulnerablen und betreuungsintensiven Patient:innen (z. B. chronische und psychische Erkrankungen, multimorbide Patient:innen), in den Gesundheitskiosk überweisen. Auf Basis der ärztlichen Überweisung erhielten die überweisenden Ärzt:innen im Anschluss an die erfolgte Beratung eine schriftliche Rückmeldung (Gesundheitskioskbrief in Anlehnung an einen fachärztlichen Brief) zum Beratungsprozess und zu den erbrachten Leistungen im Gesundheitskiosk, sodass Fallbesprechungen ermöglicht wurden. Die Evidenzlage zu Wirksamkeit von Social Prescribing-Interventionen ist allerdings bis heute heterogen (siehe Teilstudie 1, 3 und 6).

Abbildung 5 veranschaulicht die Zugangswege zum Gesundheitskiosk sowie die zentralen Aufgaben des Gesundheitskiosks.



**Abbildung 5:** Zugangswege und Aufgaben des Gesundheitskiosks, Quelle: GfBH UG

### **C. Behandlungs- bzw. Versorgungspfade** für vulnerable und Hochrisiko Patient:innen

Mit der Implementierung von **Behandlungs- bzw. Versorgungspfaden für vulnerable und Hochrisiko Patient:innen** sollte die Versorgung stärker auf vulnerablen Patient:innen ausgerichtet werden, Über- Unter und Fehlversorgung (u.a. Gaps in care) reduziert und die Effektivität der Versorgung verbessert werden. Wichtige Instrumente zur Identifikation und Ansprache vulnerabler Patient:innen waren dabei **ärztliche Anamnesen und Zielvereinbarungen**. Insgesamt wurden 1.039 Anamnesen und Zielvereinbarungsgespräche durchgeführt. Grundlage für die Versorgungsprogramme bildeten Leitkonzepte wie das „Chronic Care Modell“ oder „Shared Decision Making“. Dabei sollten Patient:innen aktiv an der Anamnese und insbesondere der Zielvereinbarung beteiligt werden.

Als vulnerable Patient:innen wurden dabei Versicherte identifiziert, bei denen aufgrund von sprachlichen Barrieren oder aufgrund von erhöhtem Bildungsbedarf komplexe Versorgungsbedarfe aus mindestens zwei der folgenden Indikationsbereiche vorlagen: (1) Medizinische Indikationen (z.B. Multimorbidität), (2) soziale/persönliche Indikationen (z.B. sprachliche Beeinträchtigung), (3) ökonomische Indikationen (z.B. häufige Klinikaufenthalte).

Diese Patient:innen sollten über **Versorgungsprogramme, Case und Care-Management** strukturiert, bedarfs- und prozessorientiert versorgt werden. Im Rahmen der Projektlaufzeit wurden auf Basis einer datengestützten Versorgungsplanung und in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzt:innen sieben Programme für vulnerable und chronische kranke Patient:innen (aus den Kapitel II, V, XIX, XXI; J40.-44.-; J47.-; E10.- E14.-; E66.-; I20.-I25; I50.-; M54.-; O24.-O26.-; O99.-; P92.-; L89.) entwickelt (z.B. Versorgungsprogramm "Patienten im Blick"). Die einzelnen Programme folgten einem einheitlichen modularen Aufbau und enthielten jeweils Expertenberatungen, Gruppenschulungselemente, Bewegungs- und E-Health-Angebote. Zudem sollte durch die Implementierung von interdisziplinären Visiten zur Wundversorgung in Pflegeheimen, die Versorgung von Heimbewohnenden mit der Diagnose Diabetes mellitus und diabetischem Fuß verbessert und vermeidbare Krankenhausfälle, Transportkosten und Fußamputationen reduziert werden. Die interdisziplinäre Visite beinhaltete einen interdisziplinären Gesundheitscheck, der quartalsweise in der jeweiligen Pflegeeinrichtung durchgeführt wurde.

Zur Verbesserung der Versorgung vulnerabler Patient:innen über die sektoralen Schnittstellen hinweg, wurden im Rahmen der neuen Versorgungsform **Versorgungskoordinator:innen**, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung, eingesetzt. Die Versorgungskoordinator:innen wurden dabei insbesondere zur Verbesserung des Entlassmanagements im stationären Sektor eingesetzt (in n= 3 Krankenhäusern). Die Aufgaben der Versorgungskoordinator:innen umfassten, die Patientenaufklärung, die Ermittlung der Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit mittels des Hospital-Scores, die Terminvereinbarung mit dem Gesundheitskiosk sowie für die Koordination aller relevanten Entlassungsberichte. Der Einsatz der Versorgungskoordinator:innen in den haus- und fachärztlichen Praxen (n=6) beinhaltete ein Case Management mit insgesamt zwei Hausbesuchen und sechs Telefonaten sowie die Sicherstellung der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitskiosk. Insgesamt wurden 45 Patient:innen durch die Versorgungskoordinator:innen betreut.

Der Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Praxen (n=17), Gesundheitskiosk (n=2) und Patient:in sollte dabei durch die **mHealth-Anwendung LifeTime** vereinfacht werden. Patient:innen sollten überall und jederzeit auf die verschlüsselten digitalisierten Gesundheitsdaten zugreifen können. Informationen zur Nutzung der mHealth-Anwendung LifeTime durch die Versicherten liegen nicht vor.



### 3. Darstellung des Evaluationsdesigns

Die Konzeption der wissenschaftlichen Begleitevaluation orientiert sich an den Zielen der neuen Versorgungsform INVEST (siehe Kapitel 1.2) und erfolgte in einem iterativen Abstimmungsprozess mit dem Projektverlauf sowie dem Implementierungsfortschritt der Interventionen. Hierdurch sollte sichergestellt werden, dass die Evaluation alle im Förderzeitraum umgesetzten Interventionen (inkl. Abweichung von ursprünglich geplanten Interventionen) entsprechend berücksichtigt. Der iterative Abstimmungsprozess erhöht zudem die Spezifität des Evaluationsdesigns und damit die Wahrscheinlichkeit belastbare Erkenntnisse zu erzielen.

Das Evaluationsdesign kombiniert qualitative und quantitative Forschungsmethoden und Analysen auf Basis derer der Zielerreichungsgrad und Erfolg der neuen Versorgungsform INVEST bewertet werden. Die Hauptfragestellungen der auf verschiedenen Primär- und Sekundärdaten basierenden Analysen leitet sich aus dem Quadruple Aim Zielansatz des Projektes ab (siehe Abbildung 1). Dabei wird ein multiperspektivischer, mehrdimensionaler Evaluationsansatz gewählt und der Zielerreichungsgrad und Erfolg des Projektes aus den Perspektiven aller Zielgruppen (siehe Abbildung 2) evaluiert.

Eine erkenntnismaximierende Evaluation der unterschiedlichen Zieldimensionen und Zielgruppenperspektiven erfordert ein differenziertes und multi-methodisches Vorgehen. Folglich wurde die Gesamtevaluation in **sieben Teilstudien** untergliedert. Die Teilstudien basieren auf unterschiedlichen Primär- und Sekundärdatensätzen, welche jeweils anhand geeigneter Analysemethoden ausgewertet werden. Durch die Triangulation von unterschiedlichen Forschungsmethoden und Datensätzen soll eine Maximierung der Validität der Daten und des Erkenntnisgewinns der Ergebnisse erreicht werden (Kelle, 2014). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die in den jeweiligen Teilstudien untersuchten Leitfragen.

Die in Kapitel 1.2 genannten Ziele können nur realisiert werden, wenn die Interventionen erfolgreich implementiert und durch die jeweiligen Zielgruppen auch entsprechend akzeptiert und genutzt werden. Die Evaluation verfolgt daher neben einer **Ergebnisevaluation** auch Ansätze einer **Prozessevaluation**. Auch für eine aussagekräftige Erfolgsbewertung und Wirksamkeitsprüfung des Projektes ist die Akzeptanz und Nutzung der Interventionen von zentraler Bedeutung (Fischer et al., 2015). Zudem liefert die Prozessevaluation wichtige Informationen und Erkenntnisse zu den Faktoren, welche die erfolgreiche Implementierung der neuen Versorgungsform beeinflussen und bei deren Übertragung und Skalierung auf andere Regionen zu beachten sind (siehe Teilstudie 7).

Prozessevaluation und Ergebnisevaluation sind dabei zusammen zu betrachten, denn die Umsetzungstreue und Nutzungsintensität der Interventionen, beeinflusst die Effektstärke der zu erwartenden Ergebnisse. Im Rahmen von Subgruppenanalysen wird demnach untersucht, inwieweit sich die Ergebnisse in Abhängigkeit der Nutzungsintensität unterscheiden.

- ➔ Fragestellungen zur Implementierung und Nutzungsintensität der neuen Versorgungsform werden in den Teilstudien 1,2,3, und 6 beantwortet.
- ➔ Subgruppenanalysen zur Analyse des Einflusses der Nutzungsintensität auf die Zielerreichung werden in den Teilstudien 3, 6 und 5 durchgeführt.

Das Evaluationsdesign berücksichtigt die systemische Grundidee der Wirkweise der im Rahmen der neuen Versorgungsform implementierten Interventionen und Instrumente. Die Interventionen und Instrumente beeinflussen sich dabei wechselseitig und tragen damit als sich gegenseitig ergänzen-

des Bundle zur Erreichung der Ziele der neuen Versorgungsform bei. Folglich werden in den einzelnen Teilstudien keine interventionsspezifischen Analysen durchgeführt, d.h. die Effekte der einzelnen Interventionen werden nicht isoliert voneinander analysiert. Um jedoch möglichst spezifische Erkenntnisse zu generieren, welche auch Hinweise zur Weiterentwicklung und Verbesserung der neuen Versorgungsform bereitstellen, werden in der Herleitung der Arbeitshypothesen die Wirkweise einzelner für die untersuchte Zieldimension im Vordergrund stehenden Interventionen basierend auf dem aktuellen Stand der Forschung genauer erläutert und im Rahmen von Subgruppenanalysen, die Auswirkung der Nutzungsintensität einzelner Interventionen genauer untersucht. In den folgenden Unterkapiteln (3.1 bis 3.7) werden die Evaluationsdesigns der einzelnen Teilstudien detailliert vorgestellt. Für jede Teilstudie werden dabei Forschungsfragen und Arbeitshypothesen, Studiendesign, Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente), und Analysestrategie dargestellt und erläutert.

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

**Tabelle 1:** Leitfragen der Evaluation und Teilstudiengliederung



### 3.1. Evaluationsdesign Teilstudie 1

#### 3.1.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen

Einen bundesweit einmaligen Schwerpunkt des Projektes bildet der Gesundheitskiosk – eine populationsorientierte, niedrighschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution. Der Gesundheitskiosk als Strukturinnovation und Organisationsschnittstelle zwischen Medizin und Gemeinwesen, hat zum Ziel die Gesundheit der Bewohnerschaft durch eine multiprofessionelle, integrierte und präventive Versorgung und Beratung in der jeweiligen Muttersprache zu verbessern (siehe Kapitel 2).

Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die Angebote des Gesundheitskiosks auch durch die Bewohnerschaft von Billstedt und Horn (regelmäßig) in Anspruch genommen werden. Im Fokus dieser Teilstudie stehen demnach die prozessevaluationsorientierten Fragestellungen „Wer nutzt den Gesundheitskiosk?“ (**Nutzungswahrscheinlichkeit**) und „Wie lässt sich das Nutzungsverhalten der Versicherten beschreiben und erklären?“ (**Nutzungsverhalten**)<sup>2</sup>.

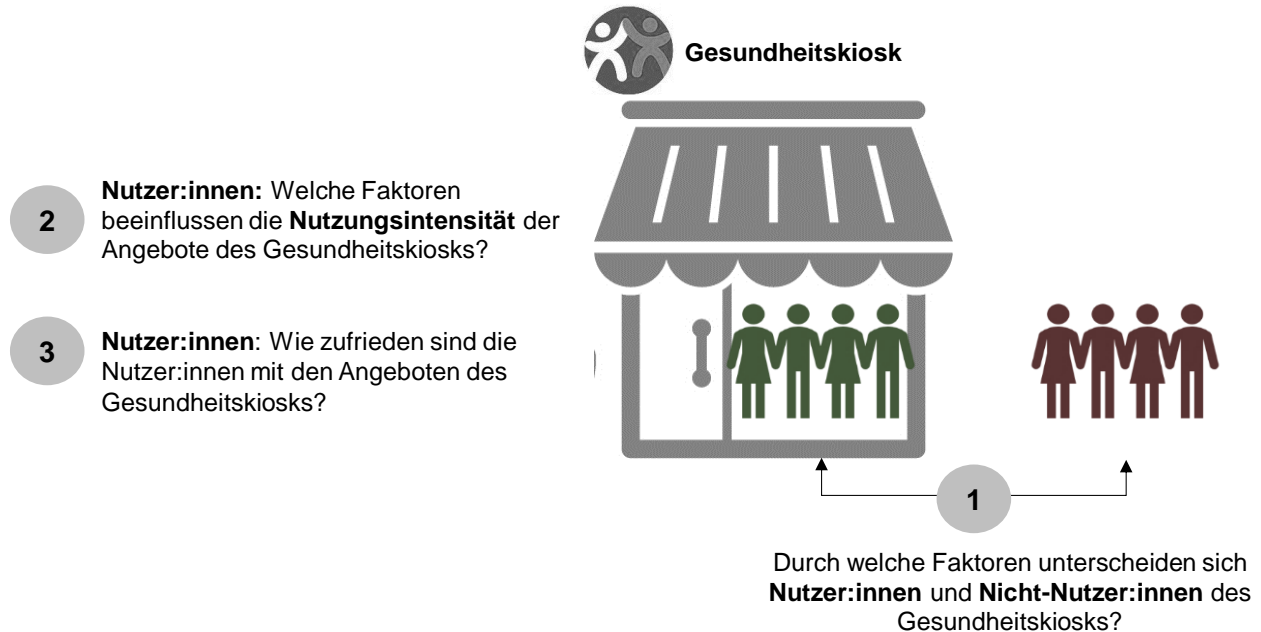
Die Innovation des Konzepts des Gesundheitskiosks spiegelt sich auch in der aktuellen Studienlage wider. Demnach existieren bis dato keine Studien, welche die Ableitung von Hypothesen hinsichtlich Nutzungswahrscheinlichkeit und Nutzungsverhalten der Angebote des Gesundheitskiosks ermöglichen. Verhaltenstheoretische Modelle zur Erklärung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen legen jedoch die Annahme individueller Unterschiede in der Inanspruchnahme nahe. Diese Unterschiede lassen sich dabei durch prädisponierende, ermöglichende oder befähigende Faktoren sowie Bedarfsfaktoren erklären (Andersen, 1995). Als prädisponierende Faktoren werden dabei die gegebenen Umstände, die das Gesundheitsverhalten direkt und indirekt beeinflussen (z.B. demographischen Merkmale, sozialer Status und Überzeugungen zur Wirksamkeit von Behandlungen) klassifiziert. Ermöglichende oder befähigende Faktoren begünstigen oder behindern die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z.B. Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem, Zugang zur Krankenversicherung, familiäre Unterstützung, individuelle Ressourcen zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen). Bedarfsfaktoren umfassen auf individueller Ebene die subjektive Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes sowie den objektiv gemessenen Gesundheitszustand (Andersen R.M., Davidson P.L. & Baumeister S.E., 2014).

Empirische Studien, welche mit dem Konzept des Gesundheitskiosk vergleichbare Formate, wie beispielsweise Retail Clinics, Walk-in Clinics oder Community Health Centers, beforschen, zeigen, dass Alter, Geschlecht, Gesundheitsstatus, das Vorliegen einer chronischen Erkrankung sowie die Entfernung zur angebotenen Gesundheitsleistung die Leistungsanspruchnahme beeinflussen können (Angstman, Bernard, Rohrer, Garrison, & Maclaughlin, 2012).

Abbildung 6 gibt einen Überblick über die in Teilstudie 1 untersuchten Forschungsfragen.

---

<sup>2</sup> Weiterführende Analysen zum Gesundheitskiosk mit Fokus auf eine Erfolgsbewertung und Wirksamkeitsprüfung (Ergebnisevaluation) erfolgen in den Teilstudien 4,5 und 6.



**Abbildung 6:** Forschungsfragen der Teilstudie 1, Quelle: eigene Darstellung

Anknüpfend an die bisherige Evidenz untersucht diese Teilstudie demnach die Forschungsfrage, durch welche Faktoren sich **Nutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen** des Gesundheitskiosks unterscheiden (**Forschungsfrage 1**).

Neben der Nutzungswahrscheinlichkeit spielt die **Nutzungsintensität** der Angebote des Gesundheitskiosks eine entscheidende Rolle für die Wirksamkeit und den zu erwartenden Erfolg der komplexen Intervention. In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass positiven Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der Nutzer:innen nur bei einer regelmäßigen, kontinuierlichen Nutzung eintreten können (Bertotti, Frostick, Tong, & Netuveli, 2017; Husk et al., 2020). Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit der Verbesserung des Gesundheitszustandes mit der Nutzungshäufigkeit von Angeboten gemeindebasierter, sozialer und nicht-medizinischer Einrichtungen steigt (Fischer, Owen, & Cuffel, 1996; Hanson, Allin, Ellis, & Dodd-Reynolds, 2013; Logan, Ahern, Gladman, & Lincoln, 1997; Ruble & McGrew, 2007). Dabei verweisen bisherige Studien insbesondere auf die zentrale Rolle der ärztlichen Überweisung (Social Prescribing) zur Erklärung der Nutzungswahrscheinlichkeit der Angebote (Husk et al., 2020; Moore, Moore, & Murphy, 2011; Pescheny, Randhawa, & Pappas, 2018; Reder, Hedrick, Guihan, & Miller, 2009; Schmidt, Absalah, Nierkens, & Stronks, 2008; Stathi, McKenna, & Fox, 2003). Bisher wurde jedoch nicht beforscht, ob die ärztliche Überweisung (Social Prescribing) die Nutzungsintensität von nicht-medizinischen sozialen Gesundheitsleistungen erhöht. In einer weiteren Analyse untersucht Teilstudie 1 demnach welche Faktoren die **Nutzungsintensität** der Angebote des Gesundheitskiosks beeinflussen (**Forschungsfrage 2**).

Abschließend wurde untersucht, wie zufrieden die Nutzer:innen mit den Angeboten des Gesundheitskiosks sind (**Forschungsfrage 3**). Die **Zufriedenheit der Nutzer:innen mit dem bestehenden Angebot** ist ein wichtiger Indikator für die zukünftige Nutzung des Gesundheitskiosks sowie für die Weiterempfehlungswahrscheinlichkeit und damit für das langfristige Bestehen des Gesundheitskiosks (Fan, Burman, McDonell, & Fihn, 2005; Ng & Luk, 2019). Zudem führt eine höhere Zufriedenheit

zu einer verbesserten Wirksamkeit der Behandlung und sowie einer höheren Wahrscheinlichkeit für gesundheitsbezogenes Verhalten (Linn, Linn, & Stein, 1982).

### 3.1.2. Studiendesign

Die Teilstudie folgt dem Design einer **explorativen Querschnittstudie**, d.h. die Nutzer:innen bzw. Nicht-Nutzer:innen des Gesundheitskiosks, wurden im Querschnitt zu einem Zeitpunkt untersucht. Dabei sind Nutzer:innen so definiert, dass sie sich, innerhalb der Projektlaufzeit (01.01.2017-31.12.2019), mindestens einmal im Gesundheitskiosk beraten haben lassen oder an einem Kurs im Rahmen des Kursprogramms des Gesundheitskiosks teilgenommen haben. Nicht-Nutzer:innen dagegen haben, innerhalb der Projektlaufzeit, weder eine Beratung noch das Kursangebot des Gesundheitskiosks in Anspruch genommen. Die Forschungsfragen wurden durch die Analyse von Primär- und Sekundärdaten (Gesundheitskioskbefragung, INVEST-Versichertenbefragung, Administrative Daten der GfBH UG, GKV-Routinedaten) beantwortet. Durch die Triangulation von unterschiedlichen Datensätzen soll eine Maximierung der Validität von Daten und Ergebnissen erreicht werden (Kelle, 2014). Die Aufbereitung und Zusammenführung der Sekundärdaten erfolgte anhand einer pseudonymisierten ID durch die evaluierende Institution. Die Analysen erfolgten ausschließlich auf Basis des pseudonymisierten Analysedatensatzes.

### 3.1.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente)

Eine Übersicht über die Zielvariablen der Teilstudie sowie der zugehörigen Forschungsfragen, Datenquellen und Datenverfügbarkeit, findet sich in Tabelle 2.

Zielvariablen	Forschungsfragen	Datenquellen	Datenverfügbarkeit: Daten liegen nur für Nutzer:innen vor
Nutzung des Gesundheitskiosks Nutzungsmotive bzw. Beratungsanlässe	(1) Durch welche Faktoren unterscheiden sich Nutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen des Gesundheitskiosks?	Administrative Daten der GfBH UG	
		GKV-Routinedaten	
		INVEST-Versichertenbefragung	X
		Gesundheitskioskbefragung	X
Anzahl der Beratungen im Gesundheitskiosk	(2) Welche Faktoren beeinflussen die Nutzungsintensität der Angebote des Gesundheitskiosks?	Administrative Daten der GfBH UG	
Zufriedenheit mit dem Gesundheitskiosk Bewertung der Angebote (Beratungen und Kurse) im Gesundheitskiosk	(3) Wie zufrieden sind die Nutzer:innen mit den Angeboten des Gesundheitskiosks?	Gesundheitskioskbefragung	X
		INVEST-Versichertenbefragung	X

**Tabelle 2:** Zielvariablen, Forschungsfragen und Datenquellen Teilstudie 1

## Administrative Daten der GfBH UG

Zur Beantwortung der **Forschungsfrage 1 und 2** wurden der evaluierenden Institution administrative Daten in pseudonymisierter Form durch die Gesundheit für Billstedt Horn UG (GfBH UG) für Evaluationszwecke zur Verfügung gestellt. Die administrativen Daten erfassen alle INVEST-Versicherten, die den Gesundheitskiosk im Zeitraum vom 01/2018 – 12/2019 besucht (Nutzer:innen) oder nicht besucht haben (Nicht-Nutzer:innen) und enthalten Informationen zur Einschreibung der INVEST Versicherten in das Projekt, zu den im Gesundheitskiosk eingegangenen ärztlichen Überweisungsscheinen (Social Prescribing), den im Gesundheitskiosk erfolgten Beratungsterminen, soziodemographische Merkmale von INVEST-Versicherten (Nutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen des Gesundheitskiosks) wie Alter, Geschlecht, geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn. Aus diesen Daten wurde die Zielvariable „**Nutzung des Gesundheitskiosks**“ als eine binäre Variable generiert, die den Wert „1“ annimmt, wenn ein INVEST-Versicherter mindestens einen Beratungstermin im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen hat. Zudem wurden die administrativen Daten der GfBH UG zur Untersuchung der Nutzungsintensität des Beratungsangebots im Gesundheitskiosks herangezogen. Hierbei wurde über das Zählen der individuellen Beratungstermine im Gesundheitskiosk die Zielvariable „**Anzahl der Besuche im Gesundheitskiosk**“ von der evaluierenden Institution generiert.

### **GKV-Routinedaten**

Zur Beantwortung der **Forschungsfrage 1** wurden zusätzlich ergänzend und validierend die GKV-Routinedaten aller in Billstedt und Horn Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen herangezogen. Zur Erfassung von soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen von Nutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen des Gesundheitskiosks wurden folgende Informationen aus den GKV-Routinedaten genutzt: Alter, Geschlecht und objektiver Gesundheitsstatus. Dabei wurde der objektive Gesundheitsstatus durch den Elixhauser Komorbiditätscore gemessen, der anhand der dokumentierten Diagnosen berechnet wurde (van Walraven, Austin, Jennings, Quan, & Forster, 2009). Eine detaillierte Datensatzbeschreibung der GKV-Routinedaten findet sich in Teilstudie 5.

### **Gesundheitskioskbefragung**

Zur Beantwortung der **Forschungsfrage 3** wurden die Nutzer:innen des Gesundheitskiosks mithilfe eines standardisierten Fragebogens in schriftlicher Form zur **Zufriedenheit mit dem Gesundheitskiosk** und zur **Bewertung der Beratung** im Gesundheitskiosk befragt (siehe Anhang TS1\_A1). Der Fragebogen wurde von einem nach DIN EN 15038, ISO 9001:2015 zertifizierten Übersetzungsinstitut in 3 verschiedene Sprachen übersetzt (Türkisch, Polnisch und Farsi). Nach Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein waren die Türkei, Polen, Afghanistan und Syrien die häufigsten Herkunftsländer von Ausländern in Hamburg (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2018). Falls ein Kurs im Gesundheitskiosk besucht wurde, haben die Kursteilnehmenden den angepassten Fragebogen zur **Bewertung der Kurse** im Gesundheitskiosk erhalten (siehe Anhang TS1\_A2). Dieser Fragebogen wurde lediglich in der deutschen Version ausgegeben. Die Befragung erfolgte im Zeitraum vom 12/2017 – 12/2019. Die Befragung erfolgte anonym und ermöglicht keinerlei Verknüpfung mit anderen Datensätzen. Der Fragebogen wurde bei Anmeldung durch die Mitarbeitenden des Gesundheitskiosks ausgegeben und anschließend im Gesundheitskiosk ausgefüllt und dort wieder abgegeben. Die inhaltliche Konzeption sowie die Pilotierung und Validierung des Fragebogens erfolgte durch die evaluierende Institution. Zur Entwicklung des Fragebogens wurden Items zur Erhebung forschungskontext-spezifischer Aspekte selbst entwi-

ckelt. Der Fragebogen umfasst unterschiedliche Bewertungs- bzw. Zufriedenheitsaspekte zum Gesundheitskiosk allgemein sowie zum genutzten Angebot (Beratung oder Kurs) im Gesundheitskiosk. Die Aussagen wurden von den Befragungsteilnehmern auf einer dreistufigen Skala mit den Antwortoptionen „ja“, „vielleicht / teilweise“, „nein“ bzw. „sehr zufrieden“, „neutral“, „weniger zufrieden“ bewertet. Weiterhin wurden soziodemographische Merkmale der Befragungsteilnehmenden wie Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Migrationshintergrund (über die Frage „Sind Sie in Deutschland geboren?“ gemessen) und Wohngebiet (über die Postleitzahl gemessen) erfasst. Im Rahmen der Gesundheitskioskbefragung haben 263 Nutzer:innen an der Befragung zur Bewertung der Beratung und 129 Nutzer:innen an der Befragung zur Bewertung der Kurse teilgenommen.

### **INVEST-Versichertenbefragung**

Zudem wurden Daten aus der Folgebefragung der INVEST-Versicherten in den Analysen herangezogen. Die Befragung erfolgte im Zeitraum 07/2020 – 11/2020. Zur Beantwortung der **Forschungsfragen 3** wurde im Rahmen der Befragung die Bewertung der Angebote im Gesundheitskiosks durch die Nutzer:innen anhand von drei Items bzw. Indikatoren erfasst<sup>3</sup>: Hilfe beim Verständnis von Behandlungsgesprächen, Hilfe zur Selbsthilfe, Vermittlung an soziale Einrichtungen. Die entsprechenden Aussagen wurden von den Befragten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet. Zur Beantwortung der **Forschungsfrage 1** wurde außerdem abgefragt, ob folgende Beratungsanlässen bzw. Nutzungsmotiven zum Gesundheitskiosk auf die Nutzer:innen zutreffen: gesundheitliche Fragen, Hilfe bei Amtsangelegenheiten sowie der Fall, dass der Arzt bzw. die Ärztin nicht weiterhelfen kann. Die Aussagen wurden von den Befragten auf einer fünfstufigen Skala von „trifft genau zu“ bis hin zu „trifft nicht zu“ beantwortet. Im Rahmen der Folgebefragung der INVEST-Versicherten wurden von den 665 versendeten Fragebögen 302 an das evaluierende Institut zurückgeschickt; dies entspricht eine Rücklaufquote von 45.41 %. Eine detaillierte Übersicht zum Befragungsrücklauf aus den INVEST-Versichertenbefragung findet sich in Teilstudie 3.

#### *3.1.4. Analysestrategie*

Zunächst wurden deskriptive Statistiken in Form von Mittelwertanalysen für die Anzahl, Art und das Thema der Beratung im Gesundheitskiosk ermittelt.

Zur Beantwortung der **Forschungsfrage 1** wurden logistische Regressionsanalysen durchgeführt, um den Einfluss von soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk) sowie dem objektiven Gesundheitsstatus (Elixhauser Komorbiditätscore) auf die Nutzung des Gesundheitskiosks zu untersuchen (LOGIT Regression). Dabei wurde ermittelt, durch welche Faktoren sich Nutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen des Gesundheitskiosks in der Gesamtstichprobe aller Versicherten in Billstedt/Horn unterscheiden. Die Variable geografischen Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk konnte nur im Rahmen einer Subgruppenanalyse für die INVEST-Versicherten untersucht werden, da nur für diese Teilstichprobe die Information aus den administrativen Daten der GfBH UG vorlag.

Des Weiteren wurden zur Beantwortung der Fragestellung „Aus welchen Gründen suchen Versicherte den Gesundheitskiosk auf?“ die Mittelwerte für die Anlässe und Motive zur Nutzung des Gesundheitskiosks ermittelt. Abschließend wurde ein **Nutzungsprofil** der Versicherten erstellt, welche entweder eine Beratung in Anspruch genommen haben oder einen Kurs besucht haben. Zu diesem

---

<sup>3</sup> Zur Erhöhung der Validität der Aussagen, wurden die Befragten in einem einleitenden Satz darauf hingewiesen, die Fragen zur Nutzung des Gesundheitskiosks nur zu beantworten, wenn sie im Gesundheitskiosk schon einmal eine Beratung oder einen Kurs/Schulung in Anspruch genommen haben.



Zweck wurden die Mittelwerte von Nutzer:innen für die soziodemografischen Merkmale (Geschlecht, Alter, Erwerbstätigkeit, Wohngebiet) ermittelt.

Zur Beantwortung der **Forschungsfrage 2** wurden Regressionsanalysen auf Basis einer negativen Binomialverteilung durchgeführt. Dabei wurde untersucht, ob das Vorliegen einer ärztlichen Überweisung in den Gesundheitskiosk (Social Prescribing) die Anzahl der Besuche der Patient:innen im Gesundheitskiosk beeinflusst. Um eine Vergleichbarkeit hinsichtlich des Beobachtungszeitraums für alle Nutzer:innen sicherzustellen, wurde die Anzahl der Besuche während der 3 Monate nach dem ersten Besuch untersucht (standardisierter Beobachtungszeitraum). Zusätzlich wurde die Robustheit der Ergebnisse mit der Anwendung verschiedener Beobachtungszeiträumen von 1, 2, 4, 5 und 6 Monaten getestet. Die Ergebnisse dieser Sensitivitätsanalysen sind im Anhang TS1\_A3 dargestellt. In Anlehnung an bisherige Forschung, wurden außerdem noch folgende Faktoren als Kontrollvariablen in das Modell aufgenommen: Geschlecht (Alkema, Reyes, & Wilber, 2006; Greenfield & Mauldin, 2017; Hanson et al., 2013; South, Higgins, Woodall, & White, 2008), Alter (Dugdill, Graham, & McNair, 2005; Gidlow, Johnston, Crone, & James, 2005; Hanson et al., 2013), geografische Entfernung zum Gesundheitskiosk (Husk et al., 2020) und Grund für die Inanspruchnahme (Übergewicht oder psychologische Beschwerden) (Horevitz, Organista, & Arian, 2015; Zantinge, Verhaak, & Bensing, 2005).

Zur Beantwortung der **Forschungsfrage 3** wurden für die Nutzer:innen des Gesundheitskiosks die Mittelwerte für die Ausprägungen in den Variablen zu den Bewertungs- bzw. Zufriedenheitsaspekten zum Gesundheitskiosk ermittelt.

Zur Datenanalyse wurde das Statistikprogramm STATA Version 16.1 verwendet.

## 3.2. Evaluationsdesign Teilstudie 2

### 3.2.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen

Im Fokus dieser Teilstudie steht die Evaluation des Projektziels **Patientenorientierung der Versorgung**. Demnach wird die primäre Forschungsfrage untersucht, ob und inwieweit die neue Versorgungsform INVEST eine Verbesserung des Grades der **Patientenaktivierung** und der **Patientenzufriedenheit** der Population im Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. bewirken konnte. Zudem wird im Rahmen einer sekundären Forschungsfrage untersucht, welche patientenbezogenen Faktoren (1) die Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung sowie (2) die Patientenaktivierung der Population im Ärztenetz Billstedt/Horn e.V., beeinflussen. Ziel dieser weiterführenden Analyse ist die Identifikation von patientenbezogenen Faktoren, die bei der Weiterentwicklung und Verbesserung der Interventionen zu berücksichtigen sind.

### **Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung**

Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung beschreibt die subjektive Qualitätsbewertung der medizinischen Leistungen und Leistungserbringenden durch Patient:innen (Sitzia & Wood, 1997; Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983). Dabei umfasst Patientenzufriedenheit die Bewertung verschiedener Dimensionen bzw. Aspekte der ärztlichen Versorgung, darunter zwischenmenschliche Beziehung, fachliche Qualität, Barrierefreiheit, Finanzierung, Wirksamkeit, Kontinuität, physische Umgebung und Verfügbarkeit (Ware et al., 1983). Die Berücksichtigung der Patientenzufriedenheit in der Analyse und Bewertung der Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Gründe ergeben sich gleichermaßen aus Überlegungen zur Rolle der Patient:innen im Gesundheitssystem (oft wird ihnen schon die Rolle von Kund:innen zugeschrieben

(Sitzia & Wood, 1997) und aus ethischen und rechtlichen Gründen (der Kontakt als Beziehung gleichberechtigter Individuen). Zudem zeigen Studien einen positiven Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und der Effektivität des medizinischen Behandlungsprozesses sowie der Adhärenz der Patient:innen (Barbosa, Balp, Kulich, Germain, & Rofail, 2012; Fenton, Jerant, Bertakis, & Franks, 2012; Lewis, 1994). Zufriedene Patient:innen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit zur erneuten Leistungsanspruchnahme (Zastowny, Roghmann, & Cafferata, 1989) und zeigen eine höhere Weiterempfehlungsbereitschaft (positive Mundpropaganda) (Klinkenberg et al., 2011). Vor diesem Hintergrund gewinnt Patientenzufriedenheit auch zunehmend an Bedeutung als Steuerungskennzahl einer langfristig erfolgreichen Leistungserbringung.

Um das Ziel einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung zu erreichen, wurde der Aufbau eines regionalen Gesundheitsnetzwerks, das **Ärztenez Billstedt/Horn e.V.**, vergrößert und ist von 7 auf 61 Ärzt:innen angewachsen. Die Ziele des Netzwerkes wurden dabei in einem partizipativen Prozess erarbeitet und mittels Kooperationsverträgen vertraglich vereinbart. 27 Praxen haben einen Kooperationsvertrag geschlossen. Darin sind der regelmäßige Austausch sowie die Versorgung der Patient:innen im Netzwerk und im ambulanten Bereich festgelegt. Durch das Ärztenetz sollte eine bessere Vernetzung der Ärzt:innen untereinander sowie eine gemeinsame Abstimmung populationsbezogener Gesundheitsziele erreicht werden. Ein zentrales Instrument zur Vernetzung bilden die **Vernetzungs- und Fortbildungsveranstaltungen** der Leistungs- und Kooperationspartner:innen, die in Kapitel 2 näher beschrieben werden. Bisherige Studien haben gezeigt, dass die Vernetzung und Kooperation zwischen Ärzt:innen zu einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit führen kann (Baxter et al., 2018; Bruin et al., 2012; Cameron, Bostock, & Lart, 2014). Darüber hinaus, konnte in bisherigen Studien gezeigt werden, dass Fortbildungsveranstaltungen für Ärzt:innen mit Fokus auf die Arzt- Patienten Kommunikation einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben können (Boissy et al., 2016; Stein, Frankel, & Krupat, 2005). Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes, wird daher angenommen, dass die im Rahmen des Projektes implementierten Interventionen eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit bewirken. Die zu untersuchende Arbeitshypothese lautet demnach:

*Im Vergleich zur Ausgangslage (Baseline) bewirkt das Projekt INVEST Billstedt/Horn eine signifikante Verbesserung der Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung ( $p < 0.1$ ).*

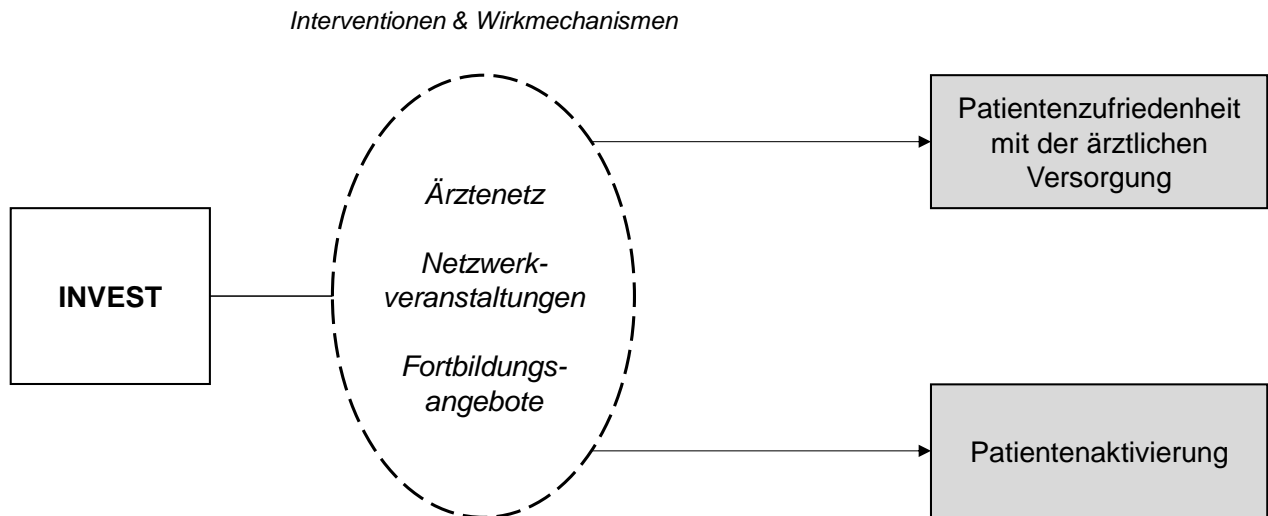
## **Patientenaktivierung**

Patientenaktivierung umfasst das Wissen, die Fähigkeiten und das Selbstvertrauen von Patient:innen zum Management der eigenen Gesundheitsversorgung (Hibbard, Mahoney, Stockard, & Tusler, 2004, 2005). Entsprechend des aktuellen Standes der Literatur, stellt die Aktivierung der Patient:innen einen wichtigen Prädiktor weiterer gesundheitsbezogener Ergebnisindikatoren dar. So konnte gezeigt werden, dass eine Steigerung der Patientenaktivierung die Adhärenz von Patient:innen, die gesundheitsbezogene Ergebnisse wie beispielsweise Medikamentenadhärenz, Lebensqualität und das Gesundheitsverhalten sowie auch die Patientenzufriedenheit verbessern (Hibbard, Mahoney, Stock, & Tusler, 2007; Kinney, Lemon, Person, Pagoto, & Saczynski, 2015; Mosen et al., 2007; Parchman, Zeber, & Palmer, 2010), sowie die Kosten der Versorgung senken kann (Greene, Hibbard, Sacks, Overton, & Parrotta, 2015; Hibbard & Greene, 2013). Demnach gewinnt Patientenaktivierung zunehmend an Bedeutung in der Messung und Bewertung von Versorgungsqualität (Etingen, Miskevics, & LaVela, 2016; McAllister, Dunn, Payne, Davies, & Todd, 2012).

Um das Ziel einer Verbesserung der Patientenaktivierung zu erreichen, wurden **Fortbildungsangebote** im Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. mit einem besonderen Fokus auf die Befähigung und Aktivierung von vulnerablen Patientengruppen implementiert. Durch die Erarbeitung und Umsetzung von Versorgungsprogrammen sowie eines Case und Care-Managements mit Einbindung der behandelnden Ärzt:innen und des Gesundheitskiosks, sollten insbesondere vulnerable und chronische Patient:innen strukturiert, bedarfs- und prozessorientiert versorgt werden und zum Management der eigenen Gesundheitsversorgung aktiviert werden. Bisherige Studien haben gezeigt, dass Ansätze zur Verbesserung und Intensivierung der Kommunikation zwischen Patient:innen und Leistungserbringenden, zu einer Steigerung der Patientenaktivierung führen können (Alegría et al., 2008; Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009). Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes, wird daher angenommen, dass die im Rahmen des Projektes implementierten Interventionen eine Verbesserung der Patientenaktivierung bewirken. Die zu untersuchende Arbeitshypothese lautet demnach:

*Im Vergleich zur Ausgangslage (Baseline) bewirkt das Projekt INVEST Billstedt/Horn eine signifikante Verbesserung der Patientenaktivierung (PAM) ( $p < 0.1$ ).*

Abbildung 7 gibt einen Überblick über die im Rahmen dieser Teilstudie untersuchten Zusammenhänge.



**Abbildung 7:** Rahmenkonzept Teilstudie 2, Quelle: eigene Darstellung



### 3.2.2. Studiendesign

Die Analysen der primären Forschungsfragen basieren auf einer **Trendstudie mit Prätest-Posttest** (Schnell, Hill, & Esser, 2011). Mithilfe des Prätest-Posttest Befragungsdesigns können Unterschiede vor und nach Einführung des Projekts gemessen und die wissenschaftlichen Fragestellungen zu zeitlichen Trends und Veränderungen beantwortet werden. Die Differenz der gemessenen Werte vor und nach der Intervention (neue Versorgungsform INVEST) stellt den Effekt der Intervention dar. Die Analysen der sekundären Forschungsfrage folgen dem Design einer **Querschnittstudie**. Hierbei wurden die Datensätze der Erst- und Zweitbefragung der Patientenbefragung zusammengeführt (gepoolte Daten). Die Aufbereitung und Zusammenführung der Befragungsdatensätze erfolgte durch die evaluierende Institution. Die Analysen erfolgten ausschließlich auf Basis des anonymisierten Analysedatensatzes.

### 3.2.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente)

Die Patient:innen in den Arztpraxen des Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. wurden zu zwei Zeitpunkten befragt. Zu Gewährleistung der Anonymität und zur Minimierung des sozialen Erwünschtheiteffekts bei der Beantwortung der Fragen, wurde eine anonyme und standardisierte Befragung in schriftlicher Form mithilfe eines Papierfragebogens (siehe Anhang TS2\_A1 und TS2\_A2) als Befragungskanal gewählt. Die Erstbefragung (T0) erfolgte zu Projektbeginn im Q3/2017, die Zweitbefragung (T1) erfolgte im Q2 – Q3/2020. Der Befragungszeitraum wurde ursprünglich für jeweils 3 Monate angesetzt, was in der Erstbefragung umgesetzt werden konnte. Die Zweitbefragung wurde planmäßig im März 2020 gestartet werden, musste allerdings aufgrund von COVID-19 pandemiebedingt unterbrochen und letztendlich abgebrochen werden, da eine Umwandlung der Präsenzbefragungen in eine telefonische Befragung datenschutzrechtlich nicht möglich war.

Im Rahmen eines Anschreibens wurden die Befragungsteilnehmenden über das Ziel der Befragung, den Ablauf, sowie datenschutzrechtliche Bestimmungen informiert (siehe Anhang TS2\_A3). Der Fragebogen wurde von einem nach DIN EN 15038, ISO 9001:2015 zertifizierten Übersetzungsinstitut in 3 verschiedene Sprachen übersetzt (Türkisch, Polnisch und Farsi). Nach Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein sind die Türkei, Polen, Afghanistan und Syrien die häufigsten Herkunftsländer von Ausländern in Hamburg (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2018). Die Patient:innen füllten den Fragebogen im Wartezimmer aus. Im Wartezimmer wurden zwei Plakate zur Aufklärung über die Befragung und deren Ablauf aufgehängt (siehe Anhang TS2\_A4 und TS2\_A5). Die Rückläufe wurden in verschlossenen Sammelboxen gesammelt.

Die inhaltliche Konzeption sowie die Pilotierung des Fragebogens erfolgten durch die evaluierende Institution. Der Fragebogen umfasste die Themengebiete Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung (Patientenzufriedenheit mit dem Besuch der ärztlichen Sprechstunde und mit der integrierten Versorgung in Billstedt/Horn), Patientenaktivierung sowie soziodemographische und psychologische Charakteristika der Patient:innen. Zur Entwicklung des Fragebogens wurden etablierte Skalen aus einschlägiger Fachliteratur herangezogen sowie einzelne Fragestellungen zur Erhebung forschungskontext-spezifischer Aspekte selbst entwickelt. Eine Übersicht der Zielvariablen findet sich in Tabelle 3.

Zielvariablen	Erhebungsinstrumente
Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung	

Patientenzufriedenheit mit dem Arztbesuch	Weisse Liste-Ärzte (Weisse Liste gGmbH, 2010a, b)
Patientenzufriedenheit mit der Integrierten Versorgung in Billstedt/Horn	Selbstentwickelte Items in Anlehnung an PEIC (Patient Experience of Integrated Care) (Walker, Stewart, & Grumbach, 2016)
<b>Patientenaktivierung</b>	
Patientenaktivierung	PAM-13-D (Patient Activation Measure 13 – Deutsche Version) (Brenk-Franz et al., 2013)

**Tabelle 3:** Zielvariablen und Erhebungsinstrumente Teilstudie 2

### Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung

Die Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung wurde über die Variablen „Patientenzufriedenheit mit dem Arztbesuch“ und „Patientenzufriedenheit mit der Integrierten Versorgung in Billstedt/Horn“ erfasst.

Die **Patientenzufriedenheit mit dem Arztbesuch** wurde mithilfe des Weisse Liste-Ärzte Fragebogens (Weisse Liste gGmbH, 2010a, 2010b) anhand vier unterschiedlicher Dimensionen der Zufriedenheit gemessen: (1) Praxis und Personal, (2) Arztkommunikation, (3) Behandlung, (4) Weiterempfehlungsrate. Die Aussagen wurden von den Patient:innen auf einer vierstufigen Skala von „trifft voll und ganz zu“ bis hin zu „trifft überhaupt nicht zu“ beantwortet. Bei Aussagen, die sich auf Aspekte des ärztlichen Kontakts beziehen, die nicht unbedingt durch jeden Patient:innen bewertbar sind, wurde zusätzlich eine fünfte Antwortkategorie „kann ich nicht beurteilen“ gegeben (Weisse Liste gGmbH, 2010b). Für die Dimensionen (1) Praxis und Personal, (2) Arztkommunikation und (3) Behandlung wurden jeweils drei Items zu einem Faktor mit hoher interner Konsistenz aggregiert (Cronbach's Alpha = 0.74 - 0.88). Darüber hinaus wurde die Bereitschaft der Patient:innen ihren Arzt bzw. Ärztin weiterzuempfehlen mithilfe eines Items auf einer fünfstufigen Skala von „bestimmt“ bis hin zu „bestimmt nicht“ erfasst.

Die **Patientenzufriedenheit mit der Integrierten Versorgung in Billstedt/Horn** wurde mithilfe 6 selbstentwickelter Fragen, welche sich in Inhalt und Umfang an dem Patient Experience of Integrated Care (PEIC) Fragebogen von Walker et al. (2016) orientiert, erfasst. Hierbei wurden Patient:innen zu ihren Erfahrungen mit der allgemeinen Koordination der Gesundheitsversorgung sowie der Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden befragt. Die Fragen wurden von den Patient:innen auf einer sechsstufigen Skala von „immer“ bis hin zu „nie“ beantwortet und zu einem Faktor zusammengefasst

### Patientenaktivierung

Die Patientenaktivierung wurde mithilfe des PAM-13-D Fragebogens (Brenk-Franz et al., 2013) erfasst. Die 13 Items bzw. Aussagen wurden von den Patient:innen auf einer vierstufigen Skala von „stimmt genau“ bis „stimmt nicht“ beantwortet. Die 13 Items wurden zu einem Faktor mit hoher interner Konsistenz aggregiert (Cronbach's Alpha = 0.85).

#### 3.2.4. Analysestrategie

Ein beim auswertenden Institut eingehender Fragebogen galt als „auswertbar“, wenn mindestens die Hälfte der Fragen beantwortet wurde. Zur Beantwortung der primären Forschungsfragen wurden die Zielvariablen univariat für die Gesamtstichprobe ausgewertet. Bei der Datenanalyse wurden die

Gesamtmittelwerte aus der Erstbefragung (T0) mit den Gesamtmittelwerten aus der Zweitbefragung (T1) verglichen und auf statistisch signifikante Unterschiede untersucht<sup>4</sup>.

Zur Analyse der sekundären Forschungsfrage wurden lineare Regressionsanalysen (OLS Regressionen) durchgeführt. Hierbei wurde der Einfluss von soziodemographischen Patientencharakteristika (Alter, Geschlecht, Bildung, Beschäftigung, Wohnsituation, Migrationshintergrund, sprachliche Akkulturation, Gesundheitsstatus, chronische Erkrankung) sowie psychologische Patientencharakteristika (Selbstwirksamkeit, Optimismus) auf die abhängigen Variablen Patientenzufriedenheit mit dem Arztbesuch, Patientenzufriedenheit mit der Integrierten Versorgung und Patientenaktivierung untersucht. Die pseudonymisierte Praxis-ID wurde als Kontrollvariable in die Regression aufgenommen, um Effekte unbeobachteter Varianz zwischen den Arztpraxen zu isolieren.

Zur Datenanalyse wurde das Statistikprogramm STATA Version 16.1 verwendet.

### 3.3. Evaluationsdesign Teilstudie 3

#### 3.3.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen

Im Fokus dieser Teilstudie steht die Evaluation der Ziele der neuen Versorgungsform **Patientenorientierung der Versorgung** und **Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität** im Hinblick auf die in das Projekt INVEST eingeschriebenen Versicherten (diese werden im Folgenden als **INVEST-Versicherte** bezeichnet). Obgleich die neue Versorgungsform grundsätzlich einen populationsorientierten Ansatz verfolgt und damit auf eine Verbesserung der Patientenorientierung sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der gesamten Bevölkerung in Billstedt/Horn anstrebt, sind die in das Projekt INVEST eingeschriebenen Versicherten als eine Teilmenge der Versichertenpopulation in Billstedt/Horn zu betrachten, die durch die implementierten Interventionsfelder spezifischer adressiert und gesteuert werden können. Hierdurch sind für die Gruppe der INVEST-Versicherten stärkere Effekte hinsichtlich der genannten Ziele zu erwarten (siehe Kapitel 2 sowie weitere Analysen zu den INVEST-Versicherten in Teilstudie 7). Um den Zielerreichungsgrad und Erfolg der neuen Versorgungsform für die INVEST-Versicherten spezifisch zu untersuchen, fokussiert diese Teilstudie auf die Teilpopulation der INVEST-Versicherten sowie die Evaluation von INVEST-Versicherten-spezifischen Interventionen und Instrumenten.

Die genannten Ziele der neuen Versorgungsform können nur realisiert werden, wenn die angebotenen Interventionen durch die INVEST-Versicherten entsprechend genutzt werden. So zeigen bisherige Studien, dass die Wahrscheinlichkeit zur Erzielung positiver gesundheitsbezogener Ergebnisse mit der **Nutzungsintensität** (bzw. Häufigkeit, mit der die Patient:innen die Intervention nutzen) steigt (Fischer et al., 1996; Hanson et al., 2013; Logan et al., 1997; Ruble & McGrew, 2007). Auch für eine aussagekräftige Erfolgsbewertung und Wirksamkeitsprüfung der neuen Versorgungsform ist die Akzeptanz und Nutzung der Interventionen von zentraler Bedeutung (Fischer et al., 1996). Diese Teilstudie umfasst daher sowohl eine Prozess- als auch eine Ergebnisevaluation.

---

<sup>4</sup> Auswertungen auf Patientenebene waren nicht vorgesehen, da die Daten von teilweise unterschiedlichen Personen vor und nach der Intervention erhoben wurden oder die Daten gleicher Personen nicht zuordenbar sind (d.h. es lag kein Patientenpanel vor). Auswertungen auf Praxisebene waren aufgrund der hohen Panelsterblichkeit im Praxispanel nicht möglich (d.h. ein Großteil der Praxen aus der Erstbefragung hat nicht an der Zweitbefragung teilgenommen, siehe Kapitel 4.2).

Die Innovation der neuen Versorgungsform INVEST spiegelt sich auch in der aktuellen Studienlage wider. Demnach existieren bis dato keine Studien, welche die Ableitung von belastbaren Hypothesen hinsichtlich der zu erwartenden Effekte der neuen Versorgungsform auf die hier untersuchten Zielgrößen ermöglichen. Folglich wurde ein **exploratives Vorgehen** in dieser Teilstudie gewählt.

Im Rahmen der **Prozessevaluation** untersucht diese Teilstudie die Forschungsfragen,

- welche Versicherten werden durch die neue Versorgungsform INVEST erreicht (**Merkmale von INVEST-Versicherten**) (Forschungsfrage **P.1**),
- wie werden Versicherte auf die neue Versorgungsform INVEST aufmerksam (**Aufmerksamkeitsquellen für die Einschreibung in die neue Versorgungsform INVEST**) (Forschungsfrage **P.2**),
- wie intensiv werden die **INVEST-Versicherten-spezifischen Interventionen** durch die INVEST-Versicherten genutzt (Forschungsfrage **P.3**).

Bei der letzten Forschungsfrage **P.3** wird die Nutzungsintensität folgender INVEST-Versicherten-spezifischen Interventionen identifiziert (diese werden im Folgenden als zielgruppenspezifische Interventionen bezeichnet):

- Gesundheitskiosk
- Versorgungsprogramme
- Vereinbarung von Gesundheitszielen (Zielvereinbarung)

Im Rahmen der **Ergebnisevaluation** untersucht diese Teilstudie, ob die neue Versorgungsform eine Stärkung der Patientenorientierung der Versorgung und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Hinblick auf die INVEST-Versicherten erzielen konnte. Demnach wird untersucht, ob und inwieweit die neue Versorgungsform eine Verbesserung des Grades der primären Zielgrößen **Patientenzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, Patientenaktivierung** sowie **gesundheitsbezogene Lebensqualität** der INVEST-Versicherten bewirken konnte.

Zur Verbesserung der Zielgrößen<sup>5</sup> wurden unterschiedliche Interventionen und Instrumente eingesetzt.

Zentraler Interventionsansatz zur Verbesserung der Patientenorientierung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bildet der **Gesundheitskiosk**, eine populationsorientierte, niedrighschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution (siehe Kapitel 2). Basierend auf den Erkenntnissen bisheriger Studien, lässt sich vermuten, dass der Gesundheitskiosk als Strukturinnovation zwischen Gesundheits- und Gemeinwesen einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit (Randall, Crawford, Currie, River, & Betihavas, 2017), die Patientenaktivierung (Bertotti et al., 2017; Elston et al., 2019; Health Connection Mendip, 2016), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Grant, Goodenough, Harvey, & Hine, 2000; Mossabir, Morris, Kennedy, Blickem, & Rogers, 2015) sowie das Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, physische Aktivität, Compliance mit klinischen Leitlinien) (Goldschmidt & Goodrich, 2004; Hanson et al., 2013; Moffatt, Steer, Lawson, Penn, & O'Brien, 2017) bewirken kann.

Darüber hinaus werden den INVEST-Versicherten die Teilnahme an **Versorgungsprogramme** angeboten, die in Kapitel 2 näher beschrieben werden. Bisherige Studien weisen darauf hin, dass Versorgungsprogramme einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit (Steuten, Vrijhoef, van

---

<sup>5</sup> Auf die Definition, Relevanz und den aktuellen Stand der Literatur zu den Zielgrößen Patientenzufriedenheit und Patientenaktivierung wird in den Teilstudien 2 und 4 bereits näher eingegangen. Zur Vermeidung von Redundanzen und Maximierung der Stringenz der Ausführungen wird an dieser Stelle auf eine erneute Darstellung verzichtet.

Merode, Wesseling, & Spreeuwenberg, 2006), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Martínez-González, Berchtold, Ullman, Busato, & Egger, 2014; Ose et al., 2011; Ose et al., 2009) und das Gesundheitsverhalten (Brady et al., 2013) haben können.

Eine weitere zielgruppenspezifische Intervention ist die Vereinbarung von Gesundheitszielen (**Zielvereinbarung**) zwischen INVEST-Versicherten und Ärzt:innen. Entsprechend dem aktuellen Stand der Literatur, lässt sich vermuten, dass eine stärkere Einbindung von Patient:innen in den Therapieprozess durch Zielvereinbarungen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit (Rice et al., 2017), die Patientenaktivierung (Langford, Sawyer, Giomo, Brownson, & O'Toole, 2007), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Bennett, Fuertes, Keitel, & Phillips, 2011; Williams et al., 2009) und das Gesundheitsverhalten (Ries et al., 2014) haben können.

Auch der Aufbau eines regionalen Gesundheitsnetzwerks und die Stärkung des **Ärztetzes Billstedt/Horn e.V.** sollte zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit, Patientenaktivierung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der INVEST-Versicherten beitragen. Ein zentrales Instrument bildeten hier die Vernetzungs- und Fortbildungsveranstaltungen der Leistungs- und Kooperationspartner:innen. Studien zeigen, dass Vernetzungsveranstaltungen (Baxter et al., 2018; Bruin et al., 2012; Cameron et al., 2014) sowie Fortbildungen bzw. Schulungen von Ärzt:innen (insbesondere mit Fokus auf die Arzt-Patienten Kommunikation) (Boissy et al., 2016; Stein et al., 2005) einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben können. Auch deutet bisherige Evidenz darauf hin, dass Schulungen von Ärzt:innen das Gesundheitsverhalten (Tavakoly Sany, Behzad, Ferns, & Peyman, 2020) und die Selbstwirksamkeit (Boissy et al., 2016; Tavakoly Sany et al., 2020) von Patient:innen verbessern können.

Anknüpfend an die bisherige Evidenz werden in der Ergebnisevaluation demnach die primären Forschungsfragen untersucht,

- welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung der INVEST-Versicherten (Forschungsfrage **E.1**),
- welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die Patientenaktivierung der INVEST-Versicherten (Forschungsfrage **E.2**) und
- welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der INVEST-Versicherten (Forschungsfrage **E.3**).

Zudem werden in der Ergebnisevaluation die sekundären Forschungsfragen untersucht,

- welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf das **Gesundheitsverhalten** (Forschungsfrage **E.4**) und
- welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform im Hinblick auf das **gesundheitsrelevante Wissen** (Forschungsfrage **E.5**).

Ziel dieser im Rahmen der sekundären Forschungsfragen vertiefenden Analyse ist die Identifikation von intermediären verhaltens- und wissensbasierten Mechanismen (Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevantes Wissen), die bei der Weiterentwicklung und Verbesserung der Interventionen zu berücksichtigen sind. So haben bisherige Studien gezeigt, dass Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevantes Wissen einen positiven Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011; Lee & Oh, 2020; Stellefson et al., 2019; Zheng et al., 2018).



Die **Prozess- und Ergebnisevaluation** sind dabei zusammen zu betrachten, denn die Patientenorientierung der Versorgung und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann nur realisiert werden, wenn die zielgruppenspezifischen Interventionen durch die INVEST-Versicherten auch entsprechend genutzt werden. In der Tat zeigen bisherige Studien, dass die Wahrscheinlichkeit zur Erzielung positiver gesundheitsbezogener Ergebnisse mit der Nutzungsintensität (bzw. Häufigkeit, mit der die Patienten die Intervention nutzen) steigt (Fischer et al., 1996; Hanson et al., 2013; Logan et al., 1997; Ruble & McGrew, 2007). Demnach sind die **Nutzer:innen der zielgruppenspezifischen Interventionen** (Gesundheitskiosk, Versorgungsprogramme, Zielvereinbarung) als Teilmengen der INVEST-Versicherten zu betrachten, die durch die implementierten Interventionsfelder spezifischer adressiert und gesteuert werden können und eine höhere Nutzungsintensität der Interventionen aufweisen. Hierdurch sind für die Nutzer:innen der einzelnen zielgruppenspezifischen Interventionen größere Effekte in Hinblick auf die Verbesserung der untersuchten Zielgrößen (Patientenzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, Patientenaktivierung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Gesundheitsverhalten, gesundheitsrelevantes Wissen) zu erwarten. Um dieser Differenzierung in der Steuerungsmöglichkeit und Nutzungsintensität entsprechend Rechnung zu tragen, wird im Rahmen von **Subgruppenanalysen** untersucht, inwieweit sich die Ergebnisse in Abhängigkeit der **Nutzungsintensität der zielgruppenspezifischen Interventionen** unterscheiden (Forschungsfrage **E.6**).

Dabei wird untersucht, ob sich die Effekte in den untersuchten Zielgrößen zwischen folgenden Nutzergruppen der zielgruppenspezifischen Interventionen unterscheiden: (a) Kiosknutzer:innen, (b) Nutzer:innen der Versorgungsprogramme und (c) Nutzer:innen der Zielvereinbarung. Dabei besteht die Möglichkeit, dass INVEST-Versicherte mehrere zielgruppenspezifische Interventionen in Anspruch nehmen.

*(a) Kiosknutzer:innen (Teilmenge der INVEST-Versicherten)*

Die Interventionsgruppe der Kiosknutzer:innen umfasst alle INVEST-Versicherten, die sich innerhalb des Beobachtungszeitraums (01.01.2017-31.12.2019), mindestens einmal im Gesundheitskiosk beraten haben lassen.

*(b) Nutzer:innen der Versorgungsprogramme (Teilmenge der INVEST-Versicherten)*

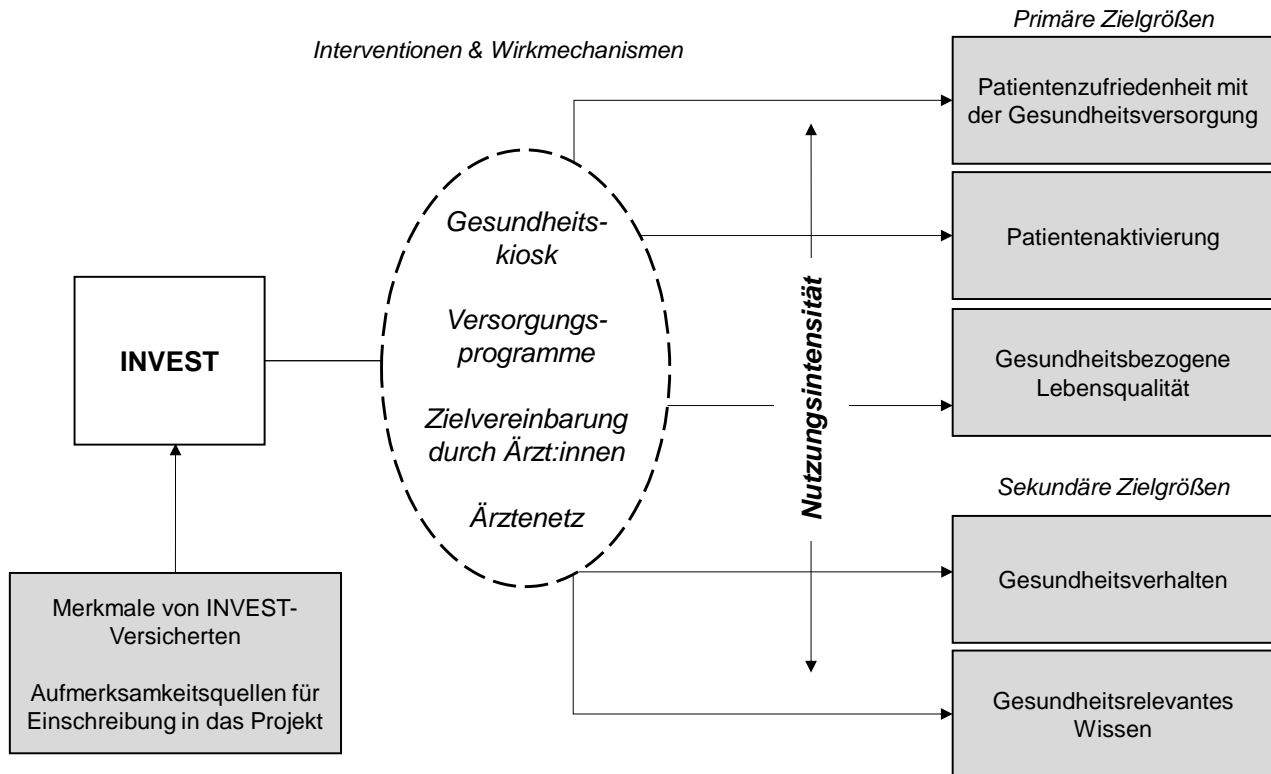
Die Interventionsgruppe der Nutzer:innen der Versorgungsprogramme umfasst alle INVEST-Versicherten, die sich in das Versorgungsprogramm „Patienten im Blick“ eingeschrieben haben.

*(c) Nutzer:innen der Zielvereinbarung (Teilmenge der INVEST-Versicherten)*

Die Interventionsgruppe der Nutzer:innen der Zielvereinbarung umfasst alle INVEST-Versicherten, die mit ihrem Arzt bzw. Ärztin Gesundheitsziele vereinbart haben (Zielvereinbarung).

Des Weiteren wird in der Ergebnisevaluation untersucht, inwiefern INVEST-Versicherte, die **Gesundheitsziele**, die sie im Rahmen der Zielvereinbarung mit dem Arzt bzw. Ärztin formuliert haben, **erreichen** konnten (Forschungsfrage **E.7**).

Abbildung 8 gibt einen Überblick über die im Rahmen dieser Teilstudie explorativ untersuchten Zusammenhänge.



**Abbildung 8:** Rahmenkonzept Teilstudie 3, Quelle: eigene Darstellung

### 3.3.2. Studiendesign

Die **Prozessevaluation** folgt dem Design einer **explorativen Querschnittsstudie**. Dabei wurde die Interventionsgruppe, d.h. die INVEST-Versicherten, im Querschnitt zu einem Zeitpunkt hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale, ihrer Aufmerksamkeitsquellen für die Einschreibung in die neue Versorgungsform und ihrer Nutzungsintensität der zielgruppenspezifischen Interventionen untersucht.

Die **Ergebnisevaluation** folgt dem Design einer quasi-experimentellen Panelstudie. Hierfür wurden die Beobachtungen aus der Erstbefragung (kurz nach der Einschreibung in die neue Versorgungsform) mit den Beobachtungen derselben Individuen aus der Folgebefragung (zum Ende der neuen Versorgungsform bzw. Q3/2020) miteinander verknüpft. INVEST-Versicherte, für die Beobachtungen zu beiden Messzeitpunkten vorlagen, stellen dabei das Befragungspanel dar. Mithilfe des Vergleichs zweier Messzeitpunkte (Prätest-Posttest Befragungsdesigns) können Unterschiede vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform INVEST gemessen und die wissenschaftlichen Fragestellungen zu zeitlichen Trends und Veränderungen beantwortet werden. Die Differenz der gemessenen Werte vor und nach der Intervention (INVEST) stellt den Effekt der Intervention dar.

### 3.3.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente)

Die Forschungsfragen der Prozess- und Ergebnisevaluation basieren auf Analyse von Primär- und Sekundärdaten. Durch die Triangulation von unterschiedlichen Datensätzen soll eine Maximierung der Validität von Daten und Ergebnissen erreicht werden (Kelle, 2014). Zum einen wurden **Primärdaten** der INVEST-Versicherten mittels einer Befragung durch die evaluierende Institution erhoben (INVEST-Versichertenbefragung). Zum anderen wurden folgende **Sekundärdaten** herangezogen:

- GKV-Routinedaten aller in Billstedt und Horn Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen (für detaillierte Datenbeschreibung siehe Teilstudie 5, Kapitel 3.5.3)
- Administrative Daten der GfBH UG inkl. Einschreibformulare in die neue Versorgungsform, Form-IDs von Teilnehmer des Versorgungsprogramms „Patienten im Blick“ und Beratungen im Gesundheitskiosk (für detaillierte Datenbeschreibung siehe Teilstudie 1, Kapitel 3.1.3)

Die Aufbereitung und Zusammenführung der pseudonymisierten Primärdaten aus der INVEST-Versichertenbefragung mit den unterschiedlichen Sekundärdaten erfolgte anhand einer pseudonymisierten ID durch die evaluierende Institution. Die Analysen erfolgten ausschließlich auf Basis des pseudonymisierten Analysedatensatzes.

### INVEST-Versichertenbefragung

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung wurden die INVEST-Versicherten zu zwei Zeitpunkten befragt. Zu Gewährleistung der Anonymität und zur Minimierung des sozialen Erwünschtheiteffekts bei der Beantwortung der Fragen, wurde eine standardisierte postalische Befragung als Befragungskanal mit Hilfe eines Papierfragebogens gewählt (siehe Anhang TS3\_A1 und TS3\_A2).

Die **Erstbefragung** (T0) erfolgte unmittelbar nach Einschreibung in die neue Versorgungsform (ab Q2/2018) und verlief laufend nach Einschreibedatum der INVEST-Versicherten. In Form von fünf Befragungswellen nach dem Einschreibedatum wurden dabei alle 3.571 INVEST-Versicherten angeschrieben. Alle Versicherten, die sich bis einschließlich 31.12.2019 in die neue Versorgungsform eingeschrieben haben, erhielten den T0 Fragebogen. Die panelbasierte **Folgebefragung** (T1) erfolgte für alle INVEST-Versicherten, welche bereits in der Erstbefragung teilgenommen hatten im Q3/2020. Dabei wurden 665 INVEST-Versicherte angeschrieben.

Im Rahmen eines **Anschreibens** wurden die Befragungsteilnehmer über das Ziel der Befragung, den Ablauf, sowie datenschutzrechtliche Bestimmungen und die Verwendung der Daten zu Forschungszwecken informiert (siehe Anhang TS3\_A3 und TS3\_A4). Zur Vermeidung einer sprachbedingten Antwortverzerrung (Response Bias), wurde zusätzlich im Anschreiben ein Hinweis eingefügt, dass die Versicherten sich bei sprachlichen Verständnisproblemen an die Mitarbeiter des Gesundheitskiosks wenden können.

Zur Gewährleistung des Datenschutzes wurde die Befragung durch die GfBH UG administriert. Die Befragungsteilnehmer füllten ihren Fragebogen aus und schickten diesen an die evaluierende Institution zurück. Zur Verknüpfung der Befragungsdaten mit den Sekundärdaten sowie der Verknüpfung der beiden Messzeitpunkte, enthielt jeder Fragebogen eine pseudonymisierten Form-ID, welche von der GfBH UG für jeden INVEST-Versicherten erstellt wurde. Somit konnte sichergestellt werden, dass die evaluierende Institution keine personenbezogenen Angaben über INVEST-Versicherten durch die Befragung erhielt.

Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurde in jeder Befragungswelle der Erstbefragung sowie in der Folgebefragung jeweils eine **Reminder-Aktion** durchgeführt. Die Reminder-Aktion wurde nur an die INVEST-Versicherten administriert, welche noch nicht an der Befragung teilgenommen hatten (Non-



Responder). Demnach wurden eine schriftliche Erinnerung und der Fragebogen den Non-Respondern nochmals zugeschickt. Darüber hinaus wurden keine weiteren Maßnahmen zur Erhöhung des Rücklaufs unternommen.

Bei der Erstbefragung wurden von den 3.571 versendeten Fragebögen 665 an das evaluierende Institut zurückgeschickt; dies entspricht eine Rücklaufquote von 18.62 %. Bei der Folgebefragung wurden von den 665 versendeten Fragebögen 302 an das evaluierende Institut zurückgeschickt; dies entspricht eine Rücklaufquote von 45.41 %. Eine Übersicht über den Zeitraum der Befragungswellen, die verschickten und ausgefüllten Fragebögen und die zugrundeliegenden Rücklaufquoten vor und nach der Reminderaktion findet sich in Tabelle 4. Ein beim evaluierenden Institut eingehender Fragebogen gilt als „auswertbar“, wenn mindestens die Hälfte der Fragen beantwortet wurden.

	Befragungswelle	Befragungszeitraum	Anzahl verschickter Fragebögen	Rücklaufquote vor Reminder	Rücklaufquote nach Reminder	Anzahl ausgefüllter Fragebögen
<b>T0</b>	1	02/2018-10/2018	691	12.59%	19.10%	132
	2	11/2018-01/2019	844	10.78%	18.36%	155
	3	02/2019-06/2019	430	18.14%	23.95 %	103
	4	07/2019-01/2020	577	11.79%	17.50%	101
	5	02/2020-06/2020	1.029	12.63%	16.91%	174
	<b>Alle</b>	<b>02/2018-06/2020</b>	<b>3.571</b>	<b>-</b>	<b>18.62%</b>	<b>665</b>
<b>T1</b>	-	07/2020-11/2020	665	33.68%	45.41%	302

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle sind adjustiert um INVEST-Versicherte die nicht an der Befragung teilnehmen konnten, weil sie im zugrundeliegenden Befragungszeitraum verzogen oder verstorben sind.

**Tabelle 4:** Übersicht zu den Befragungswellen Teilstudie 3

Die inhaltliche Konzeption sowie die Pilotierung des Fragebogens erfolgten durch die evaluierende Institution. Der Fragebogen umfasste die Themengebiete Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, Patientenaktivierung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Gesundheitsverhalten sowie gesundheitsrelevantes Wissen. Weiterhin wurden soziodemographische Merkmale wie Studienabschluss, Erwerbstätigkeit, Familiensituation und Migrationshintergrund der INVEST-Versicherten erfragt. Zur Entwicklung des Fragebogens wurden etablierte Skalen aus einschlägiger Fachliteratur herangezogen sowie einzelne Fragestellungen zur Erhebung forschungskontext-spezifischer Aspekte selbst entwickelt. Eine Übersicht der Zielvariablen findet sich in Tabelle 5.

Zielvariablen	Erhebungsinstrumente
<b>Primäre Zielgrößen</b>	
Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allgemeine gesundheitliche Versorgung</li> <li>▪ Wissen, wo man bei Problemen Hilfe erhält</li> <li>▪ Ärztliche Betreuung</li> </ul>	Selbstentwickelte Items
Zufriedenheit mit Gesundheit für Billstedt/Horn <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheitliche Betreuung</li> <li>▪ Bereitschaft zur erneuten Einschreibung</li> <li>▪ Weiterempfehlungsbereitschaft</li> </ul>	
Patientenaktivierung	PAM-13-D (Patient Activation Measure – Deutsche Version) (Brenk-Franz et al. 2013)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ-5D-3L (Schulenburg et al. 1998)
<b>Sekundäre Zielgrößen</b>	
Gesundheitsverhalten	Selbstentwickelte Items
Gesundheitsrelevantes Wissen	

**Tabelle 5:** Zielvariablen und Erhebungsinstrumente Teilstudie 3

### Zufriedenheit der INVEST-Versicherten mit der Gesundheitsversorgung

Die **Zufriedenheit** der INVEST-Versicherten **mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn** wurde mithilfe drei selbstentwickelter Items erfasst. Die Befragten bewerteten ihren Gesamteindruck mit der gesundheitlichen Versorgung in Billstedt/Horn auf einer fünfstufigen Skala von (1) „sehr schlecht“ bis (5) „sehr gut“. Darüber hinaus machten die Befragten Angaben zu ihrem Wissen, wo man bei Problemen Hilfe erhalten kann. Als weiterer Aspekt der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung wurde erfasst, ob sich die INVEST-Versicherten durch den behandelnden Arzt bzw. Ärztin gut betreut fühlen. Auch diese Aussage wurde von den INVEST-Versicherten auf einer fünfstufigen Skala von „trifft genau zu“ bis hin zu „trifft nicht zu“ beantwortet.

In einem weiteren Abschnitt des Fragbogens wurde **die Zufriedenheit der INVEST-Versicherten mit dem Projekt INVEST** mithilfe von drei selbstentwickelten Items erfasst. Dies wurde zum einen über die Frage „Wie fühlen Sie sich insgesamt gesundheitlich betreut, seit Sie bei Gesundheit für Billstedt/Horn Mitglied geworden sind?“ erfasst. Die Frage wurde von den Befragten auf einer fünfstufigen Skala von (1) „ich fühle mich deutlich schlechter betreut“ bis hin zu (5) „ich fühle mich deutlich besser betreut“ beantwortet. Zum anderen wurden die Versicherten nach ihrer Bereitschaft, sich

erneut in die neue Versorgungsform einzuschreiben und die Einschreibung weiterzuempfehlen gefragt. Beide Fragen konnten von den Befragten auf einer vierstufigen Skala von „ja, bestimmt“ bis „nein, auf keinen Fall“ beantwortet werden.

### **Patientenaktivierung**

Mithilfe des PAM-13-D Fragebogens (Brenk-Franz et al., 2013) wurde die **Patientenaktivierung** der INVEST-Versicherten erfasst. Die 13 Aussagen bzw. Items wurden von den Befragten auf einer vierstufigen Skala von „stimmt genau“ bis „stimmt nicht“ beantwortet. Die 13 Items wurden zu einem Faktor mit hoher interner Konsistenz aggregiert (Cronbach's Alpha = 0.86).

### **Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Mithilfe des EQ-5D-3L (Schulenburg, Claes, Greiner, & Uber, 1998) wurde die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** der INVEST-Versicherten erfasst. Dabei wurden fünf unterschiedliche Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gemessen: Mobilität, Selbstversorgung Allgemeine Tätigkeiten, Schmerz/Körperliche Beschwerden, Angst/Niedergeschlagenheit. Die Aussagen wurden von den Befragten anhand 3 Antwortmöglichkeiten beantwortet: (1) Extreme Probleme, (2) Einige Probleme, (3) Keine Probleme. Zur Auswertung wurde das Summenmodell gewählt.<sup>6</sup>

### **Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevantes Wissen**

Veränderungen des **Gesundheitsverhaltens** wurden über die selbstentwickelte Frage „Wie haben Sie Ihr persönliches Gesundheitsverhalten verändert, seit Sie bei Gesundheit für Billstedt/Horn Mitglied geworden sind?“ erfasst. Die Frage wurde von den INVEST-Versicherten auf einer dreistufigen Skala von (1) „ich lebe jetzt insgesamt weniger gesund“ bis hin zu (3) „ich lebe jetzt insgesamt gesünder“ beantwortet.

Veränderungen des **gesundheitsrelevanten Wissens** wurden über die selbstentwickelte Frage „Wie hat sich Ihr Wissen darüber, wie Sie sich gesund erhalten können, verändert, seit Sie Mitglied bei Gesundheit für Billstedt/Horn sind?“ erfasst. Die Frage wurde von den INVEST-Versicherten auf einer fünfstufigen Skala von (1) „deutlich verschlechtert“ bis hin zu (5) „deutlich verbessert“ beantwortet.

### **Zielvereinbarung**

Die **Vereinbarung von Gesundheitszielen** (Zielvereinbarung) zwischen INVEST-Versicherten und Ärzt:innen wurde über die Frage „Haben Sie mit Ihrem behandelnden Arzt bestimmte Gesundheitsziele vereinbart, die Sie in einem bestimmten Zeitraum erreichen wollten?“ erfasst. Die Frage wurde von den INVEST-Versicherten mit „ja“, „nein“ oder „weiß nicht / kann mich nicht mehr erinnern“ beantwortet. Das **Erreichen der vereinbarten Gesundheitsziele** wurde über die Aussage „Ich konnte die vereinbarten Gesundheitsziele erreichen.“ erfasst. Die Aussage wurde von den INVEST-Versicherten auf einer fünfstufigen Skala von „trifft genau zu“ bis hin zu „trifft nicht zu“ beantwortet.

---

<sup>6</sup> Entsprechend der in der Testkonstruktion verbreiteten Praxis wurden die Antwortstufen als gleich abständig und die Items als gleichwertig betrachtet. Zunächst wurden die drei Antwortstufen mit Zahlen von 1 - 3 kodiert; diese entsprechen Summenwerten zwischen 5 und 15. Der Vergleich des Summenmodells mit anderen Modellen präferenzbasierter Indexmessung zeigt, dass das Summenmodell den anderen Modellen aus psychometrischer Sicht insgesamt ebenbürtig ist (Hinz et al. 2006).

## GKV-Routinedaten

Zusätzlich wurden für diese Teilstudie GKV-Routinedaten aller in Billstedt und Horn Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen herangezogen. Zur Erfassung von soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen der INVEST-Versicherten wurden folgende Informationen aus den GKV-Routinedaten genutzt: Alter, Geschlecht, Elixhauser Score, Vorliegen einer Adipositas Erkrankung im Zeitraum 01.01.2017-31.12.2019 (Eintrag von ICD-Codes für Adipositas E65, E66, E67 oder E68), Einschreibung in ein weiteres Versorgungsprogramm im Zeitraum 01.01.2017-31.12.2019. Eine detaillierte Datensatzbeschreibung der GKV-Routinedaten findet sich in Teilstudie 5.

## Administrative Daten der GfBH UG

Zur Erfassung der Nutzungsintensität hinsichtlich des Beratungsangebots im Gesundheitskiosk wurden die administrative Daten der GfBH UG genutzt. Speziell wurden aus diesem Datensatz

- (1) die **Einschreibeformulare in die neue Versorgungsform** genutzt, um die IDs aller INVEST-Versicherten zu erfassen,
- (2) die Informationen zu den **Beratungen im Gesundheitskiosk** im Beobachtungszeitraum 01.01.2018-31.12.2019 genutzt, um die IDs aller INVEST-Versicherten, die eine Beratungen im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen haben zu erfassen und
- (3) die pseudonymisierten Form-IDs von INVEST-Versicherten genutzt, die Leistungen aus dem **Versorgungsprogramm „Patienten im Blick“** in Anspruch genommen haben, um die Nutzungsintensität dieses Versorgungsprogramms zu erfassen.

### 3.3.4. Analysestrategie

## Prozessevaluation

Zur Beantwortung der prozessevaluationsorientierten Forschungsfrage P.1 wurde ein Profil von INVEST-Versicherten erstellt. Zu diesem Zweck wurden die **Mittelwerte** von INVEST-Versicherten für die soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Merkmale (Alter, Geschlecht, Studienabschluss, Erwerbstätigkeit, Familiensituation, Migrationshintergrund, Vorliegen einer Adipositas Erkrankung, Einschreibung in ein weiteres Versorgungsprogramm) ermittelt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage P.2 wurden die Mittelwerte für die Aufmerksamkeitsquellen für die Einschreibung in die neue Versorgungsform ermittelt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage P.3 wurden die Mittelwerte von INVEST-Versicherten für die Nutzung (0/1) der einzelnen zielgruppenspezifischen Interventionen (Gesundheitskiosk, Versorgungsprogramm „Patienten im Blick“, Zielvereinbarung) ermittelt.

## Ergebnisevaluation

Zur Beantwortung der ergebnisevaluationsorientierten Forschungsfragen E.1 – E.5, welche Unterschiede die neue Versorgungsform im Hinblick auf die primären und sekundären Zielgrößen (Patientenzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, Patientenaktivierung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevantes Wissen) bewirkt, wurden die Zielvariablen zunächst univariat für die Stichprobe des Befragungspanels ausgewertet. Dabei wurden die Gesamtmittelwerte aus der Erstbefragung (T0) mit den **Gesamtmittelwerten** aus der panelbasierten Folgebefragung (T1) **verglichen** und auf statistisch signifikante Unterschiede untersucht. Anschließend wurde eine **lineare Panelregression** mit fixen Effekten geschätzt (sog. Fixed-Effects-Modell), in der für unbeobachtete zeitkonstante Unterschiede zwischen den Individuen kontrolliert wurde.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage E.6 wurden Subgruppenanalysen für die zielgruppenspezifischen Interventionen (Gesundheitskiosk, Versorgungsprogramm „Patienten im Blick“, Zielvereinbarung) durchgeführt. Dabei wurde im Rahmen der Panelregressionsmodelle **Interaktionsanalysen** untersucht, ob der Effekt in den primären und sekundären Zielgrößen (Patientenzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, Patientenaktivierung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevantes Wissen) in Abhängigkeit der Nutzung der zielgruppenspezifischen Interventionen variiert.

Die Analysestrategie zur Beantwortung der Forschungsfrage E.7 „Inwiefern konnten INVEST-Versicherte, die Gesundheitsziele, die sie im Rahmen der Zielvereinbarung mit dem Arzt formuliert haben, erreichen?“, unterscheidet sich zu den Analysestrategien der Forschungsfragen E.1 – E.5. Hier wurde im Rahmen der Erst- und Folgebefragung nicht dasselbe Item erfasst, wodurch ein Vergleich der Beobachtungen aus der Erst- und Folgebefragung nicht möglich ist. Daher wurden für INVEST-Versicherte, die eine Zielvereinbarung vereinbart haben, die **Mittelwerte** zum Erreichen der vereinbarten Gesundheitsziele (Frage aus der Folgebefragung) ermittelt.

Zur Datenanalyse wurde das Statistikprogramm STATA Version 16.1 verwendet.

### 3.4. Evaluationsdesign Teilstudie 4

#### 3.4.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen

Im Fokus dieser Teilstudie steht die Evaluation des Projektziels „**Verbesserung der gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung in Billstedt und Horn**“. Die Verbesserung der gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung ist ein komplexes Ziel, welches verschiedene Dimensionen umfasst. In Einklang mit der Literatur zur Evaluation integrierter Versorgungsmodelle (Hendriks et al., 2016; Rutten-van Mölken et al., 2018; Schubert et al., 2019; World Health Organization, 2015), wird dieses Projektziel daher anhand mehrerer Zieldimensionen, d.h. anhand der Verbesserung (1) des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, (2) der Gesundheitskompetenz und (3) des Gesundheitszustandes evaluiert.

Die Analyse der untersuchten Zieldimensionen gliedert sich in folgende Forschungsfragen:

- (1) Bewirkt die neue Versorgungsform INVEST eine Verbesserung des **Zugangs zur Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung in Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in den anderen Hamburger Stadtteilen?
- (2) Bewirkt die neue Versorgungsform INVEST eine Verbesserung der **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung in Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in den anderen Hamburger Stadtteilen?
- (3) Bewirkt die neue Versorgungsform INVEST eine Verbesserung des **Gesundheitszustandes** der Bevölkerung in Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in den anderen Hamburger Stadtteilen?

### Zugang zur Gesundheitsversorgung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung beschreibt die Möglichkeit, Gesundheitsdienstleistungen aufzusuchen, zu erreichen und in Anspruch zu nehmen, um dadurch den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu decken (Levesque, Harris, & Russel, 2013). Der Zugang zur Gesund-

heitsversorgung wird in der bestehenden Literatur häufig durch die *Anzahl und Art der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen* definiert (Andersen, 1995; Araya, Zitko, Markkula, Rai, & Jones, 2018; Shengelia, Tandon, Adams, & Murray, 2005). Die Art der Inanspruchnahme kann unterschieden werden in die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der ambulanten Versorgung, z.B. Hausarzt bzw. Hausärztin, Facharzt bzw. Fachärztin, und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der stationären Versorgung, z.B. Notaufnahme im Krankenhaus. Sowohl die Anzahl der ambulanten Arztbesuche als auch die Anzahl der Krankenhausaufenthalte sind wichtige Aspekte zur Erfassung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung (Andersen, Rice, Kominski, Afifi, & Rosenstock, 2011), weshalb im Rahmen dieser Teilstudie beide Aspekte abgebildet werden sollen. Ein substantieller Anteil von 27% der stationären Gesundheitsleistungen in Deutschland sind sogenannte ambulant-sensitive Krankenhaufälle (ASKs), d.h. potentiell vermeidbare Krankenhaufälle (Sundmacher et al., 2015) (siehe auch Teilstudie 5). Es wird angenommen, dass ASKs durch frühzeitige und effektive Behandlungen im ambulanten Sektor vermieden werden können (Caminal, Starfield, Sánchez, Casanova, & Morales, 2004). Die ASK-Rate wird deshalb auch als Maß für Qualität und Zugang zur ambulanten Versorgung genutzt (van Loenen, van den Berg, Westert, & Faber, 2014). Die ASK-Rate berechnet sich aus der Anzahl ambulant-sensitiver Krankenhaufälle im Verhältnis aller Krankenhausaufenthalte. Eine niedrige ASK-Rate indiziert dabei einen erfolgreichen Zugang zur ambulanten Versorgung (van Loenen et al., 2014). In der vorliegenden Teilstudie wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung daher nicht nur über die Anzahl der ärztlichen Kontakte und Krankenhausaufenthalte, sondern auch über die ASK-Rate abgebildet.

Im Hinblick auf patientenspezifische Merkmale wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung unter anderem beeinflusst durch den Bildungsgrad (Araya et al., 2018), die wirtschaftlichen Verhältnisse (Araya et al., 2018; Hong et al., 2019) und Sprachkenntnisse (Binder-Fritz & Rieder, 2014). Verständnisprobleme, Informationsdefizite, ein niedriges Einkommen sowie ein geringer Bildungsgrad wurden auch im Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn (Fischer et al., 2015) als ausschlaggebende Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung identifiziert.

Die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn sollte insbesondere durch die Implementierung des **Gesundheitskiosks**, eine populationsorientierte, niedrighschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution, erreicht werden. Das multilinguale und multiprofessionelle Team im Gesundheitskiosk arbeitet im Sinne des neu geschaffenen Berufsbildes der „Community Health Nurse“ (CHN). CHNs sind hoch qualifizierte Pflegefachpersonen, die autonom in definierten Handlungsfeldern (krankheits-, bevölkerungsabhängig) tätig sind und zentrale Koordinationsaufgaben sowie Steuerungs- und Leitungsfunktionen übernehmen (siehe Kapitel 2). Der Einsatz von CHNs wurde bereits in anderen Gesundheitssystemen als erfolgreiche Maßnahme zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung identifiziert (Delaney et al., 2018; Rosenthal et al., 2010; Swider, 2002). Die zu untersuchenden Hypothesen lauten demnach:



*Im Vergleich zur Ausgangslage bewirkt die neue Versorgungsform INVEST eine signifikante Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in den anderen Hamburger Stadtteilen, im Sinne*

- (a) einer Steigerung der Anzahl ambulanter Arztbesuche ( $p < 0.1$ ),*
- (b) einer Reduktion der Krankenhausaufenthalte ( $p < 0.1$ ),*
- (c) einer Reduktion der ASK-Rate ( $p < 0.1$ ).*

## **Gesundheitskompetenz**

Gesundheitskompetenz wird definiert als *die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden* (Sørensen et al., 2012). In der bestehenden Literatur zeigt sich ein Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen und demographischen Merkmalen und der Ausprägung der individuellen Gesundheitskompetenz (Messer, Vogt, Quenzel, & Schaeffer, 2016; Sørensen et al., 2015). Weiterhin stellt die Gesundheitskompetenz einen wichtigen Prädiktor weiterer gesundheitsbezogener Dimensionen dar. So ist eine höhere Gesundheitskompetenz tendenziell mit einem besseren Gesundheitszustand (Berkman et al., 2011; Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden, 2008; DeWalt & Hink, 2009) und einer geringeren Nutzung der Notfallversorgung assoziiert (Berkman et al., 2011; DeWalt & Hink, 2009). Aufgrund dieser in der Literatur beobachteten Zusammenhänge wird im Rahmen der Analysen untersucht, ob und wie die Gesundheitskompetenz auch im Setting Billstedt/Horn mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung und dem Gesundheitszustand in Zusammenhang steht.

Die Gesundheitskompetenz sollte durch die Angebote des Gesundheitskiosks verbessert werden. Entsprechende Schulungen und fachliche Kompetenzentwicklungen sollten die Mitarbeiter:innen des Gesundheitskiosks (CHNs) befähigen die Gesundheitskompetenz der Klient:innen und Patient:innen zu verbessern. Zudem wurden für Klient:innen und Patient:innen entsprechende Kurs- und Schulungsangebote sowie Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen geschaffen. Das zentrale Wirkelement dieser Interventionen besteht in der zielgerichteten und adressatengerechten Vermittlung von Gesundheitsinformationen, wodurch sprachliche Barrieren und Verständnisprobleme abgebaut werden sollen. Studien zeigen, dass der Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen eine essentielle Grundlage für das Treffen informierter Entscheidungen über Vorsorge, Prävention und Behandlung von Krankheiten bildet (Hone, Palladino, & Filippidis, 2016; Pieper et al., 2015) und damit zu einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz beiträgt. Die zu untersuchende Hypothese lautet demnach:

*Im Vergleich zur Ausgangslage bewirkt die neue Versorgungsform INVEST eine signifikante Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in den anderen Hamburger Stadtteilen ( $p < 0.1$ ).*

## **Gesundheitszustand**

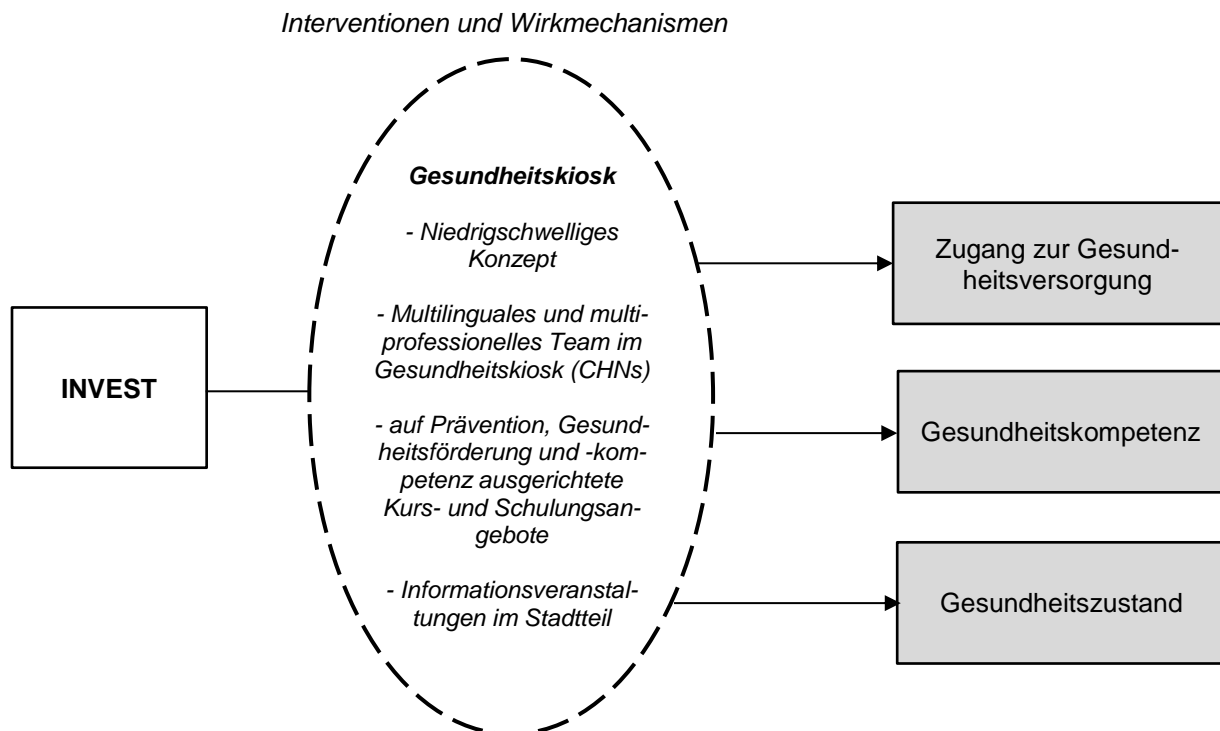
Der Gesundheitszustand beschreibt die individuelle *physische und psychische Gesundheit* (Rutten-van Mölken et al., 2018; World Health Organization, 2015). Sowohl aus der Literatur als auch aus Billstedt/Horn ist bekannt, dass sozio-ökonomische und demographische Faktoren wie Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund einen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand haben (Braveman & Gottlieb, 2014; Fischer et al., 2015; Rapp, Huijts, Eikemo, & Stathopoulou, 2018; World

Health Organization, 2010). Dieser Effekt entsteht unter anderem durch Unterschiede im zur Verfügung stehenden Gesundheitswissen (Braveman & Gottlieb, 2014) sowie durch Unterschiede im Gesundheitsverhalten (World Health Organization, 2010).

Zentraler Interventionsansatz zur Verbesserung des Gesundheitszustandes bilden die Angebote des Gesundheitskiosks. Mit den zahlreichen Informationsveranstaltungen und Kampagnen sollte Gesundheitswissen an die Bewohnerschaft in Billstedt/Horn vermittelt werden. Das kostenlose Kurs- und Schulungsangebot gab der Bewohnerschaft darüber hinaus die Möglichkeit ihre Gesundheit aktiv zu fördern. Die Informationsvermittlung, Aufklärung, Befähigung und Aktivierung der Patient:innen für einen gesunden Lebensstil sollte zu einer Verminderung bzw. Vermeidung von Risikofaktoren beitragen. Studien zeigen, dass eine effektive Steuerung der Risikofaktoren sowie eine Stärkung des Präventionsfokus wichtige Prädiktoren für einen gesunden Lebensstil und damit für einen verbesserten Gesundheitszustand darstellen (Hoffman & Driscoll, 2000; McCabe et al., 2018; Record et al., 2015). Ebenso lässt sich anhand der bisherigen Evidenz belegen, dass durch die Vermittlung von Gesundheitswissen ein erfolgreiches Patient:innen-Selbstmanagement erzielt werden kann, welches wiederum zu einem besseren Gesundheitszustand beiträgt (Camerini, Schulz, & Nakamoto, 2012; Greene et al., 2015). Die zu untersuchende Hypothese lautet demnach:

*Im Vergleich zur Ausgangslage bewirkt die neue Versorgungsform INVEST eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in den anderen Hamburger Stadtteilen ( $p < 0.1$ ).*

Abbildung 9 gibt einen Überblick über die im Rahmen dieser Teilstudie untersuchten Zusammenhänge.



**Abbildung 9:** Rahmenkonzept Teilstudie 4, Quelle: eigene Darstellung

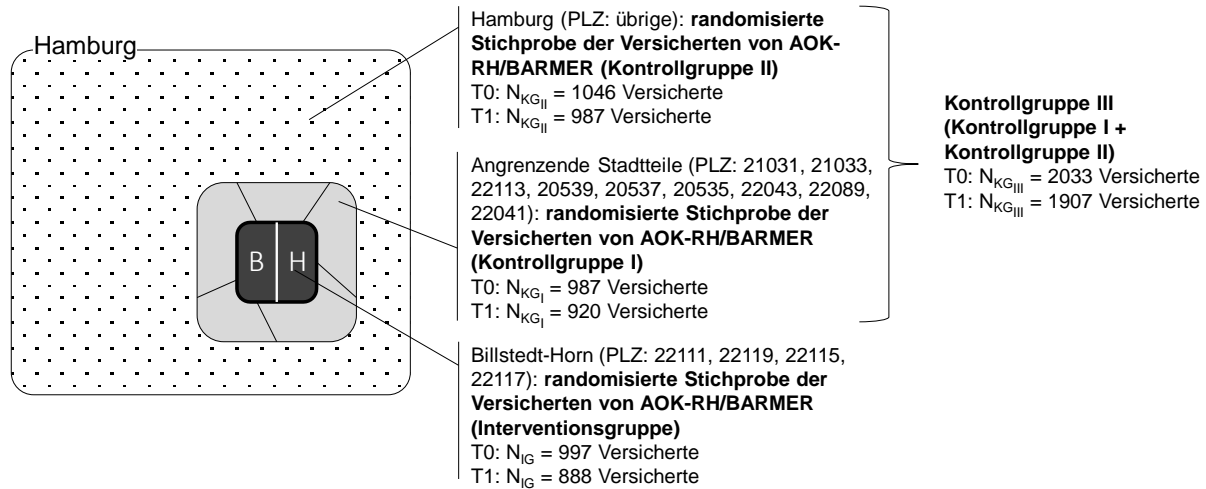
### 3.4.2. Studiendesign

Die Teilstudie folgt dem Design einer quasi-experimentellen Studie mit Kontrollgruppe und Prätest-Posttest (Schnell et al., 2011). Mithilfe des Prätest-Posttest Designs können Unterschiede vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform INVEST gemessen und die wissenschaftlichen Fragestellungen zu Veränderungen in den Zieldimensionen durch die neue Versorgungsform beantwortet werden. Hierfür wurde zu zwei Erhebungszeitpunkten (T0: Q3/2017 und T1: Q3/2019) eine schriftliche Versichertenbefragung durchgeführt. Eine Längsschnittbetrachtung (Panel) der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe zu zwei Messzeitpunkten ermöglicht die Analyse der zeitlichen Entwicklung bestimmter Merkmale. Die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach der Einführung der neuen Versorgungsform stellt dabei den Effekt der neuen Versorgungsform dar. Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe, die vor der Einführung der neuen Versorgungsform bestanden, müssen bestmöglich quantifiziert werden, um Unterschiede nach der Einführung der neuen Versorgungsform eindeutig auf den zu untersuchenden Kausalzusammenhang zurückzuführen. Mithilfe des Prätest-Vergleichs zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe können mögliche Unterschiede ausgeschlossen werden, die bereits vor der Einführung der neuen Versorgungsform bestanden.

Die Interventionsgruppe (IG) besteht aus allen Versicherten der AOK-RH/BARMER, die über den Evaluationszeitraum durchgehend versichert und in den Postleitzahlenbezirken 22111, 22115, 22117 und 22119 wohnhaft waren. Das offene Setup von Billstedt/Horn ließ es zu, dass Patient:innen aus den umliegenden Stadtteilen die neu geschaffene Gesundheitsinfrastruktur nutzten, aber auch, dass eingeschriebene Patient:innen aus Billstedt/Horn zusätzlich Angebote in den angrenzenden Stadtteilen in Anspruch nahmen. Daher wurde eine erste Kontrollgruppe (KG<sub>I</sub>) definiert, die die Bevölkerung angrenzender Stadtteile (PLZ-Bereiche 21031, 21033, 22113, 20539, 20537, 20535, 22043, 22089, 22041) umfasst. Die zweite Kontrollgruppe (KG<sub>II</sub>) wurde aus den Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen gebildet, die im Raum Hamburg (ohne die PLZ-Bereiche der Interventionsgruppe und der ersten Kontrollgruppe) wohnhaft waren. Für die Hauptanalysen wurde eine dritte Kontrollgruppe (KG<sub>III</sub>) generiert, welche aus der Summe der Kontrollgruppen KG<sub>I</sub> und KG<sub>II</sub> besteht. Die verschiedenen Gruppen sind in Abbildung 10 grafisch dargestellt (siehe unten).

Zur Baseline (T0) wurde aus der Interventions- und den Kontrollgruppen KG<sub>I</sub> und KG<sub>II</sub> jeweils eine Stichprobe von n=5.000 Personen, also insgesamt 15.000, gezogen, die dann mithilfe eines standardisierten Fragebogens zu Beginn und Ende des Projektes (T0 und T1) befragt wurde. In die neue Versorgungsform INVEST eingeschriebene Versicherte wurden dabei zu beiden Erhebungszeitpunkten (T0 und T1) vollständig befragt. Aufgrund der erwarteten Panelsterblichkeit wurden die Stichproben in T1 wieder auf n = 5.000 ergänzt. Gezogen wurde die ungeschichtete/einfache Zufallsstichprobe von der AOK-RH und BARMER aus deren Mitgliederdatei (Versicherte zwischen 18 bis 79 Jahren). Die AOK-RH und BARMER erstellten für die Zufallsstichprobe eine Liste mit der Versichertennummer sowie einer pseudonymisierten Form-ID. Die Liste mit der Verknüpfung aus Versichertennummer und pseudonymisierter Form-ID verblieb bei den Krankenkassen. Die pseudonymisierte Form-ID wurde von der AOK-RH und BARMER generiert und auf den Fragebogen gedruckt. Die Form-ID diente (1) der Identifikation von in INVEST eingeschriebenen Versicherten, (2) der Identifikation der Kontrollgruppe KG<sub>I</sub> und KG<sub>II</sub> sowie (3) der Identifikation von Non-Respondern, welche in einer einmaligen Reminder-Aktion erneut angeschrieben wurden und (4) der Verknüpfung

der Befragungsdaten mit den GKV-Routinedaten<sup>7</sup>. Die Form-ID ermöglichte damit den datenschutzkonformen Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und der evaluierenden Institution. Die GKV-Routinedaten für die in der Zufallsstichprobe enthaltenen Versicherten wurden inklusive der Form-ID an die evaluierende Institution übermittelt, um dieser die Verknüpfung aus Fragebogen- und Routinedaten zu ermöglichen.



**Abbildung 10:** Definition der Interventions- und Kontrollgruppen, Quelle: eigene Darstellung

### 3.4.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente)

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden sowohl Primärdaten (Befragungsdaten) als auch Sekundärdaten (GKV-Routinedaten) genutzt (siehe Kapitel 3.4.2). Durch die Triangulation von unterschiedlichen Datensätzen soll eine Maximierung der Validität von Daten und Ergebnissen erreicht werden (Kelle, 2014). Die Verknüpfung der Befragungsdaten mit den Routinedaten ermöglichte den Abgleich zwischen den subjektiven Angaben der Befragten mit objektiven Messdaten. Des Weiteren ermöglichte der Einbezug von Routinedaten die Adjustierung für Vorerkrankungen.

Die Aufbereitung und Zusammenführung des pseudonymisierten Befragungsdatensatzes mit den Routinedaten erfolgte durch die evaluierende Institution. Die Analysen erfolgten ausschließlich auf Basis der pseudonymisierten Analysedaten. Eine Übersicht der Zielvariablen und zugrundeliegenden Erhebungsinstrumente findet sich in Tabelle 6.

<sup>7</sup> Für 11 Versicherte konnten die Befragungsdaten nicht mit den GKV-Routinedaten verknüpft werden, da die Versicherten über den Evaluationszeitraum nicht durchgehend bei der AOK-RH/BARMER versichert oder nicht durchgehend in Hamburg wohnhaft waren.

Zielvariablen	Datenquelle	Erhebungsinstrument
<b>Zugang zur Gesundheitsversorgung</b>		
Anzahl Arztbesuche	GKV-Routinedaten	Zahl der Arztbesuche innerhalb eines Jahres (Andersen et al., 2011)
Anzahl Krankenhausaufenthalte	GKV-Routinedaten	Zahl aller Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Jahres (Andersen et al., 2011)
ASK-Rate	GKV-Routinedaten	Anteil ASKs an allen Krankenhausaufenthalten innerhalb eines Jahres (Sundmacher et al., 2015)
<b>Gesundheitskompetenz</b>		
Gesundheitskompetenz	Versichertenbefragung	HLS-EU-Q16 (European Health Literacy Consortium, 2012; Messer et al., 2016)
<b>Gesundheitszustand</b>		
Subjektiver Gesundheitszustand	Versichertenbefragung	Selbsteinschätzung zum allgemeinen Gesundheitszustand (Messer et al., 2016)
Objektiver Gesundheitszustand	GKV-Routinedaten	Elixhauser Score (van Walraven et al., 2009)

**Tabelle 6:** Zielvariablen und Erhebungsinstrumente Teilstudie 4

### Befragungsdaten (Versichertenbefragung)

Zur Beantwortung der **Forschungsfragen 2 und 3** wurde eine Versichertenbefragung durchgeführt (siehe Kapitel 3.4.2). Die inhaltliche Konzeption sowie die Pilotierung des Fragebogens erfolgten durch die evaluierende Institution. Der Fragebogen wurde auf Deutsch entwickelt und anschließend von einem nach DIN EN ISO 9001 und ISO 17100 zertifizierten Übersetzungsinstitut in die türkische und polnische Sprache übersetzt. Nach Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein sind die Türkei und Polen die beiden häufigsten Herkunftsländer von Ausländern in Hamburg (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2018). Die Pilotierung erfolgte in allen drei Sprachen. Der Fragebogen umfasste die Themengebiete Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz. Weiterhin wurden soziodemographische Merkmale wie Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, Familiensituation, Migrationshintergrund und Deutschkenntnisse erfragt (siehe Anhänge TS4\_A1 und TS4\_A2).

Zur Entwicklung des Fragebogens wurden etablierte Skalen aus einschlägiger Fachliteratur herangezogen. Im Rahmen der Erstbefragung (T0) im Jahr 2017 wurden von den 15.000 versendeten Fragebögen 3034 an das evaluierende Institut zurückgeschickt; dies entspricht einer Rücklaufquote von 20.2 %. Bei der Folgebefragung 2019 (T1) wurden von den 15.000 versendeten Fragebögen 2.802 an das evaluierende Institut zurückgeschickt; dies entspricht einer Rücklaufquote von 18.7 %. Angaben zur Fragebogenrücklaufquote innerhalb der Interventionsgruppe sowie innerhalb der Kontrollgruppen befinden sich im Anhang TS4\_A3.

### Gesundheitszustand

Der **Gesundheitszustand** wurde über die Variablen „subjektiver Gesundheitszustand“ und „objektiver Gesundheitszustand“ erfasst. Der subjektiv gemessene Gesundheitszustand wurde dabei anhand der Selbsteinschätzung der Befragten abgebildet, während der objektiv gemessene Gesundheitszustand anhand der in den Routinedaten vorliegenden medizinischen Diagnosen untersucht



wurde (siehe unten). Der subjektiv gemessene Gesundheitszustand bietet gegenüber dem objektiven Maß den Vorteil, dass auch (noch) nicht diagnostizierte Krankheiten oder Einflussfaktoren wie soziale Isolation berücksichtigt werden (Richter & Hurrelmann, 2006).

Um den Einfluss der neuen Versorgungsform auf den **subjektiven Gesundheitszustand** zu messen, wurde ein Item zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes im Fragebogen angewandt (Messer et al., 2016). Es wurde danach gefragt, wie die Versicherten ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben würden. Auf einer fünfstufigen Skala waren die Antwortoptionen „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ gegeben. Für die Analyse wurden die Antwortoptionen mit den Werten 1 bis 5 kodiert, wobei die Antwortoption „sehr schlecht“ dem Wert 1 entspricht und die Antwortoption „sehr gut“ dem Wert 5 entspricht.

### **Gesundheitskompetenz**

Zur Messung der **Gesundheitskompetenz** wurde auf das standardisierte und validierte EU-Instrument HLS-EU-Q16 zurückgegriffen (European Health Literacy Consortium, 2012; Messer et al., 2016). Das Instrument gliedert sich in drei Dimensionen: Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung und umfasst insgesamt 16 Items. Dabei beinhaltet die Dimension Krankheitsbewältigung 7 Items, die Dimension Prävention 5 Items und die Dimension Gesundheitsförderung 4 Items. Die Aussagen zu jedem Item wurden von den Versicherten auf einer vierstufigen Skala von (1) „sehr schwierig“ über (2) „schwierig“ und (3) „einfach“ bis hin zu (4) „sehr einfach“ beantwortet. Zusätzlich waren die zwei weiteren Antwortkategorien „weiß nicht“ und „keine Angabe“ gegeben. Anhand der Beantwortung des HLS-EU-Q16 wurde für jeden Versicherten ein individueller Gesundheitskompetenz-Index ermittelt, welcher den Maßgaben von Sørensen et al. (2015) entspricht und eine hohe interne Konsistenz aufweist (Cronbach's Alpha = 0.90). Der Gesundheitskompetenz-Index kann Werte von 0 (inadäquate Gesundheitskompetenz) bis 50 (exzellente Gesundheitskompetenz) annehmen.

### **GKV-Routinedaten**

Zur Beantwortung der **Forschungsfragen 1 und 3** wurden die Befragungsdaten der Versichertenbefragung mit den GKV-Routinedaten der AOK-RH/BARMER der Versicherten verknüpft, die an der Befragung teilgenommen haben (siehe Kapitel 3.4.2). Die GKV-Routinedaten lagen für den Zeitraum 01.01.2015 bis 31.12.2019 vor. Zur Erfassung von soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen der Versicherten wurden folgende Informationen aus den GKV-Routinedaten genutzt: Alter, Geschlecht und der aus den ambulanten und stationären Diagnosen berechnete Elixhauser Komorbiditätsscore (van Walraven et al., 2009). Eine detaillierte Datensatzbeschreibung der GKV-Routinedaten findet sich in Teilstudie 5.

### **Zugang zur Gesundheitsversorgung**

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wurde durch die **Anzahl der Arztbesuche** und die **Anzahl der Krankenhausaufenthalte** (Andersen et al., 2011) sowie die **ASK-Rate** operationalisiert (Sundmacher et al., 2015). Hierfür wurden Daten zur Nutzung der ambulanten Versorgung (ICD und Zeitpunkt/Quartal) sowie Hauptdiagnosen (ICD und Zeitpunkt) der stationären Versorgung mit den Daten der Versichertenbefragung verknüpft. Die Berechnung der ASK-Rate folgte dem Vorgehen nach Sundmacher et al. (2015). Demnach wurden alle Krankenhausaufenthalte von Versicherten in



den Jahren 2017 und 2019 in Abhängigkeit der durch ICD-10 Codes erfassten stationären Hauptdiagnose als ASK oder nicht-ASK kategorisiert (siehe auch Teilstudie 5). Der Anteil an ASKs an allen Krankenhausfällen bildet die ASK-Rate und wurde als Zielindikator genutzt.

## Gesundheitszustand

Der **objektive Gesundheitszustand** wurde anhand folgender Variablen aus den Routinedaten ermittelt: Diagnosen der ambulanten Versorgung (ICD-10 und Zeitpunkt/Quartal) sowie Haupt- und Nebendiagnosen der stationären Versorgung (ICD-10 und Zeitpunkt). Für den Elixhauser Komorbiditätsscore wurde für jeden Versicherten ein Profil aus 31 Diagnosegruppen erstellt und diese zu einem gewichteten Index kombiniert (van Walraven et al., 2009). Für T0 wurden hierzu die Diagnosen aus dem Kalenderjahr 2017 und für T1 die Diagnosen aus dem Kalenderjahr 2019 herangezogen.

### 3.4.4. Analysestrategie

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde der Effekt der neuen Versorgungsform INVEST mittels Difference-in-Differences (DiD) Regressionsmodellen geschätzt. Beim DiD Ansatz handelt es sich um einen Prätest-Posttest mit Interventions- und Kontrollgruppe (Wing, Simon, & Bello-Gomez, 2018). Der Unterschied in der Differenz der Zielindikatoren zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der Intervention (INVEST) stellt den Effekt der Intervention (INVEST) dar (siehe auch Teilstudie 5).

Aus der Gesamtzahl der Beobachtungen (siehe Abbildung 10) wurden in den Hauptmodellen alle Versicherten aus IG und KG<sub>III</sub> einbezogen, die zu beiden Erhebungszeitpunkten (T0 und T1) an der Befragung teilgenommen haben (balanced panel: N IG<sub>Panel T0;T1</sub>=460; N KG<sub>III Panel T0;T1</sub>=992). Zur Berechnung der Standardfehler wurde die cluster-Option genutzt um die Abhängigkeit von Beobachtungen einer Person (Intra-Gruppen Korrelation) zu berücksichtigen.

Um Unterschiede in der Gesundheitskompetenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nach der Intervention eindeutig auf die Intervention zurück führen zu können, wurde für Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Deutschkenntnisse, Bildung, Berufstätigkeit, Familienstand und Gesundheitsstatus (gemessen durch den Elixhauser Komorbiditätsscore) der Versicherten kontrolliert (Jordan & Hoebel, 2015; Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohman, & Rudd, 2005; Schaeffer, Berens, & Vogt, 2017; Sørensen et al., 2015). In den Analysen mit Zielindikator Zugang zur Gesundheitsversorgung und Zielindikator Gesundheitszustand wurde zusätzlich für die Gesundheitskompetenz der Versicherten kontrolliert. Zur Datenanalyse wurde das Statistikprogramm STATA/MP Version 15.1 verwendet.

### 3.5. Evaluationsdesign Teilstudie 5

#### 3.5.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen

Im Fokus dieser Teilstudie steht die Evaluation des Projektziels **Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung**. Die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung umfasst dabei verschiedene Dimensionen und Aspekte und erfordert daher einen multidimensionalen Evaluationsansatz (Hollingsworth & Peacock, 2008). Folglich werden im Rahmen dieser Teilstudie verschiedene Zielindikatoren zur Untersuchung und Bewertung dieses Projektziels herangezogen.

Zum einen wird die **Rate ambulant sensativer Krankenhausfälle (ASKs)** (Purdy, Griffin, Salisbury, & Sharp, 2009; Sundmacher et al., 2015) als Zielindikator für die Erfassung der Wirtschaftlichkeit genutzt. Dem Konzept der ASKs (Purdy et al., 2009; Sundmacher et al., 2015) liegt die Annahme zugrunde, dass ein substantieller Anteil der Krankenhausfälle bestimmter Diagnosen durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen vermieden werden können (Caminal et al., 2004). Eine Reduzierung der ASKs steigert die Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung (McWilliams, Tapp, Barker, & Dulin, 2011; Shi, Samuels, Pease, Bailey, & Corley, 1999). Von der ASK-Rate werden demnach in der bestehenden Literatur häufig Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung gezogen (Barker, Steventon, & Deeny, 2017; Bindman, Chattopadhyay, Osmond, Huen, & Bacchetti, 2005; Muench et al., 2019).

Als weiterer Zielindikator für die Erfassung der Wirtschaftlichkeit werden die **Leistungsausgaben** der Versicherten herangezogen. Die Leistungsausgaben der Versicherten erfassen die ökonomische Auswirkung der neuen Versorgungsform INVEST und sind ein in der Literatur gemeinhin verwendeter Indikator (Bernabei et al., 1998; Rosenthal et al., 2016), um die Wirtschaftlichkeit eines Gesundheitssystems zu messen und Interventionen hinsichtlich möglicher Einsparungen zu evaluieren.

Im Rahmen dieser Teilstudie werden folgende **primäre Forschungsfragen** untersucht:

- (1) Bewirkt die neue Versorgungsform INVEST eine Reduktion der ASK-Rate in Billstedt und Horn (Interventionsgruppe) im Vergleich zu der ASK-Rate in anderen Hamburger Stadtteilen (Kontrollgruppe)?
- (2) Bewirkt die neue Versorgungsform INVEST eine Reduktion der Leistungsausgaben in Billstedt und Horn (Interventionsgruppe) im Vergleich zu den Leistungsausgaben in anderen Hamburger Stadtteilen (Kontrollgruppe)?

Zudem wird im Rahmen einer **sekundären Forschungsfrage** untersucht, ob und in welcher Weise die im Projekt implementierten Interventionen das Einweisungsverhalten von ASK-relevanten Fällen der Ärzt:innen im Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. verändern. Das Einweisungsverhalten, d.h. ob ein Arzt bzw. eine Ärztin ASK-Patient:innen in ein Krankenhaus einweist oder nicht, stellt einen wichtigen Frühindikator zur Bewertung der Effektivität der implementierten Interventionen (z.B. Ärzteschulungen, Vernetzung, Gesundheitskiosk, Impfkampagnen) in der Reduktion von ASKs dar.

- (3) Bewirkt die neue Versorgungsform INVEST eine Veränderung des Einweisungsverhaltens von ASK-relevanten Fällen der Ärzt:innen im Ärztenetz Billstedt-Horn e.V.?

### Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASKs)

Dem Konzept der ambulant sensitiven Diagnosen (Purdy et al., 2009; Sundmacher et al., 2015) liegt die Annahme zugrunde, dass ein substantieller Anteil der Krankenhausfälle bestimmter Diagnosen durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen vermieden werden können (Caminal et al., 2004). ASKs werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Studien haben gezeigt, dass sowohl patientenbezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, soziale Bindungen und der Gesundheitszustand, als auch Determinanten des Gesundheitssystems, z.B. die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen, Koordination und Integration im ambulanten Sektor und die Erfahrung des Arztes, sowie Umweltfaktoren, Einfluss auf die ASK-Rate nehmen können (Freund et al., 2013; Laditka, Laditka, & Probst, 2005; Muenchberger & Kendall, 2008).

Um das Ziel einer Reduktion der ASK-Rate zu erreichen, wurde im Rahmen des Aufbaus eines regionalen Gesundheitsnetzwerks das **Ärztetz Billstedt-Horn e.V.** vergrößert. Die Ziele des Netzwerks wurden dabei in einem partizipativen Prozess erarbeitet und mittels Kooperationsverträgen vertraglich vereinbart. 27 Praxen haben einen Kooperationsvertrag geschlossen. Darin sind der regelmäßige Austausch sowie die Versorgung der Patient:innen im Netzwerk und im ambulanten Bereich festgelegt. Durch das Ärztenetz sollte eine bessere Vernetzung der Ärzt:innen untereinander sowie eine gemeinsame Abstimmung populationsbezogener Gesundheitsziele erreicht werden. Ein zentrales Instrument zur Vernetzung bilden die **Vernetzungs- und Fortbildungsveranstaltungen** der Leistungs- und Kooperationspartner:innen, die in Kapitel 2 näher beschrieben werden. Bisherige Evidenz deutet darauf hin, dass durch eine Steigerung der Kooperation und Vernetzung unter den Ärzt:innen, die ASK-Rate reduziert werden kann (Casalino et al., 2015).

Weiter sollte eine Reduzierung der ASK-Rate durch den **Einsatz von Versorgungskordinator:innen**, examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung, in den haus- und fachärztlichen Praxen erreicht werden. Die Evidenzlage zur Effektivität von Case Managern und Versorgungskordinator:innen im Hinblick auf die Reduzierung der ASK-Rate ist unklar. Eine Studie aus den USA konnte zeigen, dass durch Behandlungscoordination und Unterstützung der Patient:innen durch Sozialarbeiter:innen die ASK-Rate um bis zu 7 Krankenhausweisungen je 1000 Versicherten im Quartal gesenkt werden konnte (Berkowitz et al., 2018). Studien aus Australien fanden hingegen, dass der Einsatz von Versorgungskordinator:innen eine Steigerung der Zahl an ASKs bewirkte (Billot, Corcoran, McDonald, Powell-Davies, & Feyer, 2016; Gordon et al., 2019). Ein Erklärungsansatz für die gestiegene ASK-Rate durch den Einsatz von Versorgungskordinator:innen könnte die Adressierung von Unterversorgung und Zugangsschwierigkeiten zum Gesundheitssystem sein (Gordon et al., 2019).

Der im Rahmen des Aufbaus eines regionalen Gesundheitsnetzwerks implementierte **Gesundheitskiosk** (siehe Kapitel 2) soll zum Ziel der Reduktion der ASK-Rate beitragen. Insbesondere durch die niedrigschwelligen Angebote im Gesundheitskiosks und durch die Beratungsmöglichkeit in der Muttersprache der Klient:innen sollte der Zugang zur Versorgung verbessert (siehe auch Teilstudie 4) und die Patientensteuerung effizienter werden. Denn multilingualen Angeboten wird das Potenzial zugesprochen, ASK-Raten zu reduzieren (Anderson, Karliner, & Lin, 2020). Evidenz aus den USA belegt, dass die Sprachkompetenz die Inanspruchnahme der Notaufnahme für ASK-relevante Erkrankungen beeinflusst. So suchten Personen mit geringer Sprachkompetenz (in der genannten Studie: Sprachkompetenz Englisch) häufiger die Notaufnahme für ASK-relevante Erkrankungen auf (Anderson et al., 2020). Ursächlich erscheint der schlechtere Zugang zur Primärversorgung für Personen mit geringer Sprachkompetenz.

Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes wird daher angenommen, dass die im Rahmen der neuen Versorgungsform INVEST implementierten Interventionen eine Reduktion der ASK-Rate bewirken. Die zu untersuchende Hypothese lautet demnach:

*Die neue Versorgungsform INVEST bewirkt eine signifikante Reduktion der ASK-Rate ( $p < 0.05$ ) im Vergleich zu der Kontrollgruppe.*

Im Rahmen der sekundären Forschungsfrage (3) wird in diesem Zusammenhang zudem explorativ untersucht, ob und in welchem Ausmaß die im Rahmen der neuen Versorgungsform INVEST implementierten Interventionen das Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen der im Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. organisierten Ärzt:innen veränderte. Das Einweisungsverhalten, also die Entscheidung der Ärzt:innen, determiniert, ob Patient:innen in den stationären Sektor übertreten (Evans, 1993). Daher versucht INVEST durch ASK-Fortbildungsangebote und Qualitätszirkel, die Ärzt:innen zu sensibilisieren und schulen, um letztendlich eine ASK-Reduktion zu erreichen. Die Verhaltensänderung der Ärzt:innen ist ein zentraler Frühindikator zur Bewertung der Effektivität der implementierten Interventionen in Hinblick auf die ASK-Rate. In der Tat ist basierend auf der bisherigen Evidenzlage anzunehmen, dass das Einweisungsverhalten von Ärzt:innen durch Schulungen beeinflusst werden kann. Eine systematische Literaturrecherche zum Einfluss von Weiterbildungsmaßnahmen von Ärzt:innen zeigt einen positiven Effekt von interaktiven Interventionen wie Konferenzen, Workshops und Lehrgängen auf die Arbeitspraxis der Ärzt:innen (Davis et al., 1999). Eine portugiesische Studie zeigt, dass Ärzt:innen, die sich durch den gemeinsamen Austausch in Telekonsultationen – Beratungen zwischen Ärzt:innen über die Behandlung eines Patient:innen mithilfe von Videotelefonaten (Feussner, Etter, & Siewert, 1998) – weiterbildeten, weniger Krankenseinweisungen ausstellen (Cravo Oliveira, Barlow, & Bayer, 2015).

## Leistungsausgaben

Die Leistungsausgaben umfassen die Kosten für Gesundheitsleistungen der Versicherten aus Krankenkassensicht (Swart, Ihle, & Gothe, 2014). Eine Reduktion der Leistungsausgaben sollte durch den Aufbau des **regionalen Gesundheitsnetzwerks** erreicht werden. Durch die Vernetzung und Kooperation von Akteur:innen und Leistungserbringenden aus dem sozialen und medizinischen Bereich (siehe Kapitel 2) soll eine Über-/Unter- und Fehlversorgung vermieden werden und die Kosteneffektivität und damit die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert werden.

Basierend auf der aktuellen Studienlage zur Evaluation integrierter, populationsorientierte Versorgungsmodelle, kann die Annahme abgeleitet werden, dass durch die Integration und Vernetzung die Kosten der Gesundheitsversorgung mittelfristig gesenkt werden können, indem Über- und Unterversorgung vermieden und die Qualität der Versorgung verbessert werden (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013; Reiss-Brennan et al., 2016; Veet et al., 2020). Eine aktuelle systematische Literaturrecherche und Meta-Analyse von Studien zur Kosteneffizienz von Programmen integrierter Versorgung unterstreicht weiter das Potenzial dieser Programme in der Reduktion von Leistungsausgaben (Rocks et al., 2020). Durchschnittlich konnten in den eingeschlossenen Studien die Kosten in den Interventionsgruppen um 5.6% im Vergleich zu den Kontrollgruppen reduziert werden. Die Beobachtungszeiträume der Studien umfassten 3 Monate bis 5 Jahre. Mit zunehmender Länge des Beobachtungszeitraums konnte eine größere Kostenreduktion beobachtet werden. Einschränkend ist allerdings zu beachten, dass neben der Heterogenität der Beobachtungszeiträume auch die Heterogenität der

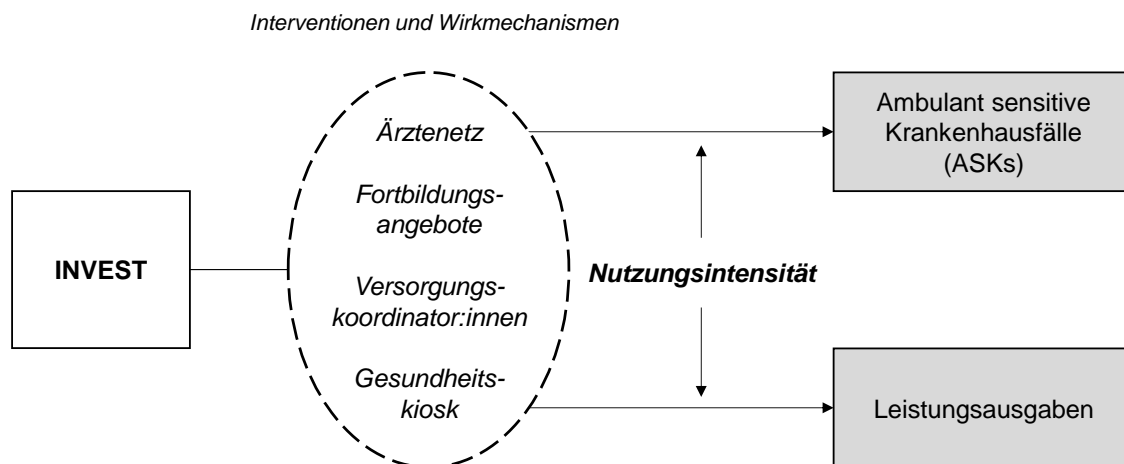
Effekte sehr groß war und einige Interventionen zu höheren Leistungsausgaben in der Interventionsgruppe führten. Zudem soll durch die **Ausrichtung der Versorgung auf vulnerable Patientengruppen** eine Reduzierung der Über-/Unter- und Fehlversorgung (u.a. Gaps in care) und damit eine Verbesserung der Kosteneffektivität erreicht werden. Entsprechend der aktuellen Studienlage ist die zunehmende Zahl an Versicherten, die an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden, ein zentraler Treiber steigender Leistungsausgaben (Wang, Si, Cocker, Palmer, & Sanderson, 2018). Interventionen, die chronisch erkrankten Patient:innen Unterstützung im Umgang mit ihren Krankheiten bieten, z.B. durch Schulungen, Selbsthilfegruppen oder Hilfe im Selbstmanagement, können nicht nur die Lebensqualität der Patient:innen erhöhen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen senken, sondern auch die Leistungsausgaben für diese Patient:innen reduzieren (Ahn et al., 2013; Stenberg et al., 2018).

Neben Patient:innen, die an chronischen Krankheiten leiden, wird das Gesundheitssystem vermehrt durch Personen mit niedrigem Einkommen (Kroll & Lampert, 2013) sowie von Personen mit psychosozialen Problemen beansprucht (Popay, Kowarzik, Mallinson, Mackian, & Barker, 2007). Eine Studie, welche ein Programm zur Verbesserung der Koordination und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in einem sozial deprivierten Bezirk in den USA evaluierte, konnte eine Reduktion der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie der Kosten der Gesundheitsversorgung nachweisen (Berkowitz et al., 2018). Basierend auf der bisherigen Evidenz, lässt sich daher postulieren, dass auch der **Gesundheitskiosk**, eine populationsorientierte, niedrighschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution (siehe Kapitel 2), zu einer Reduktion der Leistungsausgaben beitragen kann.

Zusammenfassend wird daher unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes angenommen, dass die im Rahmen der neuen Versorgungsform INVEST implementierten Interventionen eine Reduktion der Leistungsausgaben bewirken. Die zu untersuchende Hypothese lautet demnach:

*Die neue Versorgungsform INVEST bewirkt eine signifikante Reduktion der Leistungsausgaben ( $p < 0.05$ ) im Vergleich zu der Kontrollgruppe.*

Abbildung 11 gibt einen Überblick über die im Rahmen dieser Teilstudie untersuchten Zusammenhänge.

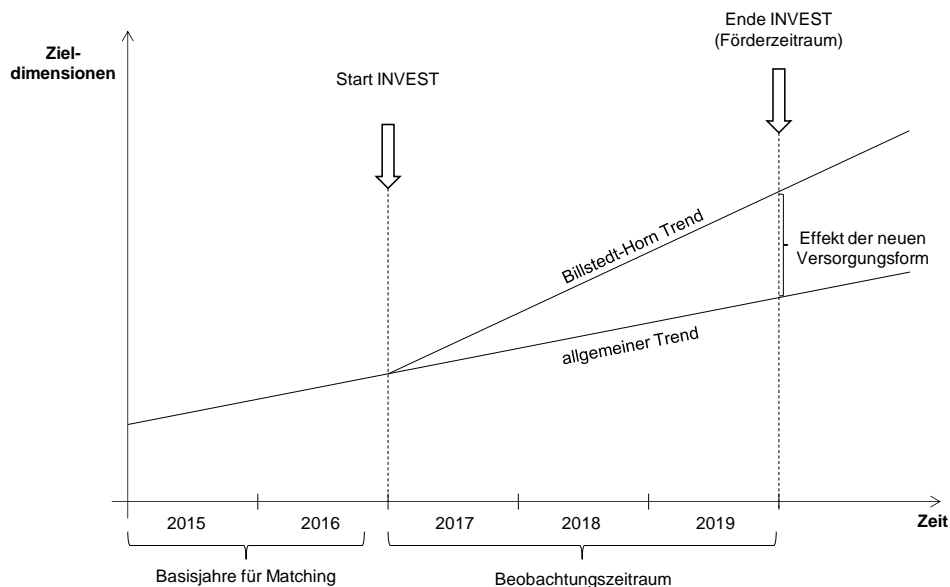


**Abbildung 11:** Rahmenkonzept Teilstudie 5, Quelle: eigene Darstellung



### 3.5.2. Studiendesign

Die Teilstudie folgt dem Design einer quasi-experimentellen Studie mit Kontrollgruppe und Prätest-Posttest. Mithilfe des Prätest-Posttest Designs können Unterschiede vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform INVEST gemessen und die wissenschaftlichen Fragestellungen zu Veränderungen in den Zieldimensionen durch die neue Versorgungsform beantwortet werden. Der Unterschied in der Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppen vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform stellt den Effekt der neuen Versorgungsform dar, siehe Abbildung 12.



**Abbildung 12:** Studiendesign zur Messung des Effekts von INVEST, Quelle: eigene Darstellung

#### Definition der Interventionsgruppen

Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung im Sinne einer Reduktion der ASK-Rate sowie einer Reduktion der Leistungsausgaben kann nur realisiert werden, wenn die im Rahmen der neuen Versorgungsform INVEST implementierten Interventionen durch die Bevölkerung in Billstedt und Horn auch entsprechend genutzt werden. In der Tat zeigen bisherige Studien, dass die Wahrscheinlichkeit zur Erzielung positiver gesundheitsbezogener Ergebnisse mit der **Nutzungsintensität** (bzw. Häufigkeit, mit der die Patient:innen die Intervention nutzen) steigt (Fischer et al., 1996; Hanson et al., 2013; Logan et al., 1997; Ruble & McGrew, 2007). Obgleich die neue Versorgungsform grundsätzlich einen **populationsorientierten Ansatz** verfolgt und damit eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung in Billstedt/Horn anstrebt, sind die in die Versorgungsform INVEST eingeschriebenen Versicherten als eine Teilmenge der Versichertenpopulation in Billstedt/Horn zu betrachten, die durch die implementierten Interventionsfelder spezifischer adressiert und angesteuert werden können und somit eine höhere **Nutzungsintensität** der Interventionen aufweisen. Hierdurch sind für die Interventionsgruppe der in INVEST eingeschriebenen Versicherten stärkere Effekte hinsichtlich der untersuchten Zielgrößen (ASK-Rate und Leistungsausgaben) zu erwarten. Die Gruppe, der in INVEST eingeschriebenen Versicherten, wird im Folgenden als **INVEST-Versicherte** bezeichnet (siehe auch Teilstudie 3).



Eine weitere Differenzierung im Hinblick auf die Nutzungsintensität und damit auf die zu erwartende Effektstärken ist für die Subgruppe der INVEST-Versicherten erforderlich, welche Beratungen im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen haben (im Folgenden als Subgruppe **Kiosknutzer:innen** bezeichnet). Die Kiosknutzer:innen können durch die implementierten Interventionen am intensivsten gesteuert werden und die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung ist damit am größten. Folglich sind für die Subgruppe der Kiosknutzer:innen die größten Effekte im Hinblick auf die Reduktion der ASK-Rate und Leistungsausgaben zu erwarten. Um dieser Differenzierung in der Steuerungsmöglichkeit und Nutzungsintensität entsprechend Rechnung zu tragen, wird im Rahmen von **Subgruppenanalysen** untersucht, ob sich die Effekte in den untersuchten Zielindikatoren (ASK-Rate und Leistungsausgaben) zwischen den folgenden Interventionsgruppen unterscheiden: (IG<sub>A</sub>) Versicherte in Billstedt/Horn (populationsorientierte Interventionsgruppe), (IG<sub>B</sub>) INVEST-Versicherte, (IG<sub>C</sub>) Kiosknutzer:innen (Abbildung 13).

*(IG<sub>A</sub>) Versicherte in Billstedt/Horn (populationsorientierte Interventionsgruppe)*

Das Projekt verfolgt grundsätzlich einen populationsorientierten Ansatz, die populationsorientierte Interventionsgruppe besteht demnach aus allen Versicherten, die über den Evaluationszeitraum durchgehend bei der AOK-RH/BARMER/DAK versichert (Ausnahme Tod) und in Billstedt/Horn (Postleitzahlenbezirke 22111, 22119, 22115 und 22117) wohnhaft waren.<sup>8</sup>

*(IG<sub>B</sub>) INVEST-Versicherte (Teilmenge der populationsorientierten Interventionsgruppe)*

Die Interventionsgruppe der INVEST-Versicherten stellt eine Teilmenge der populationsorientierten Interventionsgruppe (IG<sub>A</sub>) dar und umfasst alle in INVEST eingeschriebene und in Billstedt/Horn lebende Versicherte.

*(IG<sub>C</sub>) Kiosknutzer:innen (Teilmenge der INVEST-Versicherten)*

Die Interventionsgruppe der Kiosknutzer:innen stellt eine Teilmenge der Interventionsgruppe der INVEST-Versicherten (IG<sub>B</sub>) dar und umfasst alle INVEST-Versicherten, die sich im Zeitraum vom 01/2018 – 12/2019 mindestens einmal im Gesundheitskiosk beraten haben lassen<sup>9</sup>.

## Definition der Kontrollgruppen

Das offene Setup von Billstedt/Horn lässt es zu, dass Versicherte aus den umliegenden Stadtteilen die neu geschaffene Gesundheitsinfrastruktur nutzen, aber auch, dass eingeschriebene Versicherte aus Billstedt/Horn zusätzlich Angebote in den angrenzenden Stadtteilen in Anspruch nehmen. Die Beantwortung der Frage, inwiefern es zu Spillover-Effekten zwischen der Bevölkerung Billstedt/Horns und der Bevölkerung der angrenzenden Stadtteile kommt, sollte daher eine Analyse klären. Dazu wurde eine Kontrollgruppe (KG<sub>I</sub>) definiert, die die Bevölkerung angrenzender Stadtteile (PLZ-Bereiche 21031, 21033, 22113, 20539, 20537, 20535, 22043, 22089, 22041) umfasst. Die zweite Kontrollgruppe (KG<sub>II</sub>) wurde aus den Versicherten der AOK-RH/BARMER/DAK, die im Raum

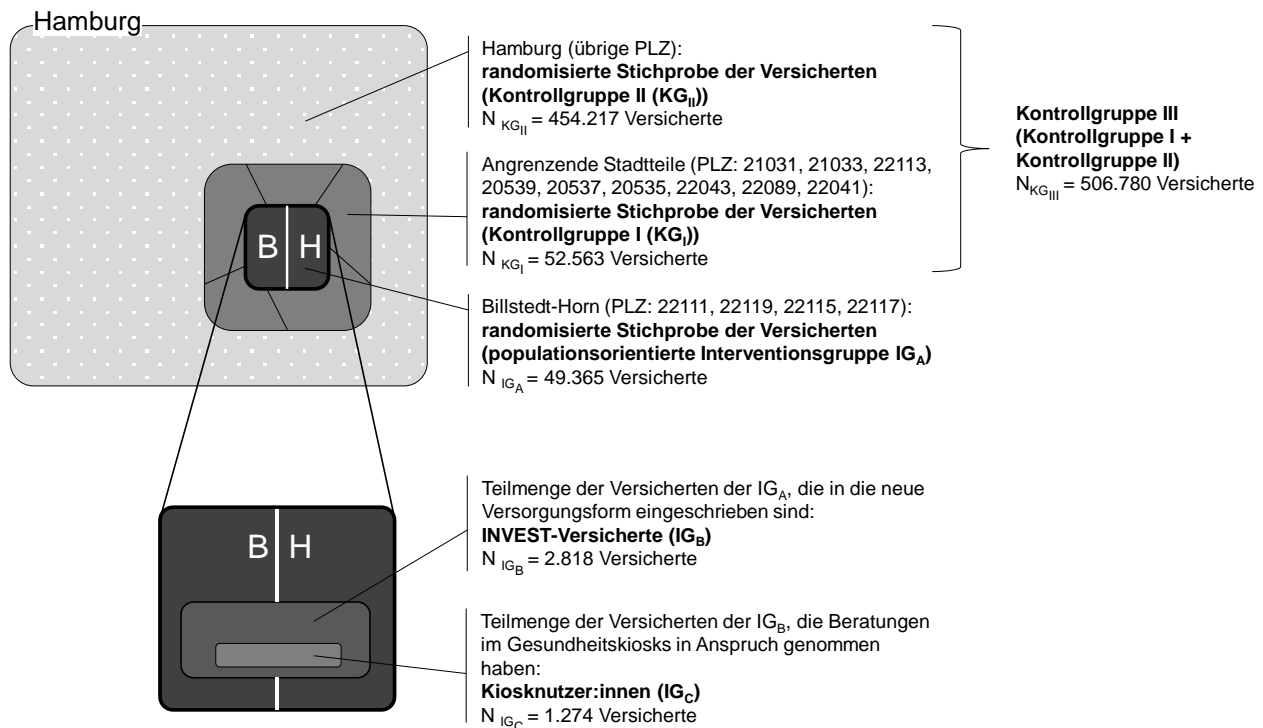
---

<sup>8</sup> Da aus datenschutzrechtlichen Gründen die 5-stelligen Postleitzahlen der evaluierenden Institution nicht zur Verfügung gestellt werden konnte, erfolgte die Einteilung in die Interventionsgruppe anhand der Postleitzahl durch die AOK-RH/BARMER/DAK.

<sup>9</sup> Aus Daten der GfBH UG konnten nur Nutzer:innen von Beratungen identifiziert werden. Versicherte, welche Kurse im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen haben, sind daher in der Subgruppe Kiosknutzende nicht erfasst.

Hamburg (ohne die Stadtteile Billstedt/Horn und ohne die Stadtteile der ersten Kontrollgruppe) wohnhaft sind, gebildet.<sup>10</sup> Für die Hauptmodelle wurden  $KG_I$  und  $KG_{II}$  zu einer Kontrollgruppe  $KG_{III}$  zusammengefasst.

Eine Übersicht über die definierten Interventions- und Kontrollgruppen findet sich in Abbildung 13.



**Abbildung 13:** Definition der Interventions- und Kontrollgruppen, Quelle: eigene Darstellung

### 3.5.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente)

Die Forschungsfragen wurden durch die Analyse von Sekundärdaten, GKV-Routinedaten und administrative Daten der Gesundheit für Billstedt Horn UG (GfBH UG), beantwortet. Durch die Triangulation von unterschiedlichen Datensätzen soll eine Maximierung der Validität von Daten und Ergebnissen erreicht werden (Kelle, 2014). Die Aufbereitung und Zusammenführung der Sekundärdaten erfolgte anhand einer pseudonymisierten ID durch die evaluierende Institution oder zur Gewährleistung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch die teilnehmenden Krankenkassen. Die Analysen erfolgten ausschließlich auf Basis des pseudonymisierten Analysedatensatzes.

<sup>10</sup> Die Einteilung der Versicherten in die Kontrollgruppen anhand der PLZ-Bereiche erfolgte ebenfalls durch die teilnehmenden Krankenkassen. Individuen, die die AOK-RH/BARMER/DAK im Beobachtungszeitraum verlassen haben oder umgezogen sind wurden nicht berücksichtigt.

## Routinedaten

Die primäre Datengrundlage dieser Teilstudie bilden pseudonymisierte Abrechnungsdaten der Versicherten von AOK-RH, BARMER und DAK in Hamburg (Routinedaten). Sowohl für die Interventionsgruppen als auch für die Kontrollgruppen wurden folgende Informationen geliefert: Stammdaten (Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, Zuteilung in Interventionsgruppe IG<sub>A</sub>/Kontrollgruppe KG<sub>I</sub>/Kontrollgruppe KG<sub>II</sub> (s.o.), Daten zur Teilnahme an der neuen Versorgungsform „INVEST Billstedt/Horn“, welche die Identifikation der Subgruppe der INVEST-Versicherten IG<sub>B</sub> ermöglichten, Daten zur Teilnahme der betrachteten Versicherten an weiteren Versorgungsprogrammen (Disease-Management-Programme (DMP) und Verträge zur integrierten Versorgung), Daten zu Arbeitsunfähigkeit, ambulante und stationäre Diagnosen und Prozeduren, Krankenhausaufenthalte, Leistungsanspruchnahme von Pflegeleistungen, Arzneimittelverschreibungen und Leistungsausgaben (stationär, ambulant, Arzneimittel, Arbeitsunfähigkeit, Pflege). Ein Überblick der in den Routinedaten enthaltenen Datenfelder findet sich in Anhang TS5\_A1.

Die Daten wurden für den Zeitraum 01.01.2015 bis 31.12.2019 für alle Versicherten der Krankenkassen, die in Hamburg ihren Wohnsitz haben und über den Evaluationszeitraum durchgehend bei der AOK-RH/BARMER/DAK versichert waren (Ausnahme: Tod) oder sich in die neue Versorgungsform INVEST eingeschrieben haben, an die evaluierende Institution geliefert. Der Datensatz umfasst insgesamt  $N_{\text{gesamt}} = 556.912$  Versicherte, davon  $N_{\text{IG}_A} = 49.365$  Versicherte in Billstedt/Horn.

Zudem liegen für Lebenslange Arztnummern (LANRs), Betriebsstättennummern (BSNRs) und Institutionskennzeichen (IKs) die Zuordnung in Interventions- und Kontrollgruppen sowie Informationen zur Teilnahme am Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. vor. LANRs, BSNRs und Apotheken IKs wurden dabei mit kassenübergreifend einheitlichen Pseudonymen verschlüsselt<sup>11</sup>. Dies ermöglicht die Identifizierung einer LANR/BSNR/IK über alle beteiligten Krankenkassen hinweg.

## ASK-Rate

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 1 wurden alle Krankenhausaufenthalte von Versicherten aus Interventions- und Kontrollgruppen in Abhängigkeit von der durch ICD-10 Codes erfassten stationären Hauptdiagnose als ASK oder nicht-ASK kategorisiert. Der Anteil an ASKs an allen Krankenhausaufenthalten bildet die ASK-Rate und wurde als Zielindikator genutzt.

Zur Klassifikation der ASK Diagnosen wurden zwei unterschiedliche Ansätze gewählt. Zum einen wurde die von Sundmacher et al. (2015) für den deutschen Versorgungskontext entwickelte Kernliste von ASK-Diagnosen zur Klassifizierung verwendet. Diese umfasst 22 Diagnosegruppen und deckt damit 90% der ASKs ab, durchschnittlich sind 75% der Krankenhausaufenthalte für diese Diagnosen vermeidbar (Sundmacher et al., 2015).

Zudem erfolgte die Klassifizierung der Krankenhausaufenthalte in ambulant sensitiv und nicht ambulant sensitiv durch eine für den Kontext „INVEST Billstedt/Horn“ entwickelte ASK-Liste (INVEST-ASK-Liste). Denn aus der Forschung ist bekannt, dass die Definition und Abgrenzung von ASK-Diagnosen stark kontextabhängig ist (Kurte & Blankart, 2019). Für eine faire Erfolgsbewertung von Versorgungsprogrammen ist daher eine Anpassung an den jeweiligen Versorgungskontext hilfreich. Für den Versorgungskontext Billstedt/Horn erfolgte dies mittels der Methode einer leitfadengestützten Fokusgruppe zum Thema „Ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte in Billstedt/Horn“ im August 2018, an dem insgesamt 16 Ärzt:innen (15 ambulant, 1 stationär) teilnahmen (vertretene Fachrichtungen

---

<sup>11</sup> Die IK Nummern für Krankenhäuser wurden als Klarnamen zur Verfügung gestellt. Beim Krankenhaus-IK handelt es sich um juristische Personen, eine Verschlüsselung ist nicht erforderlich, weil kein Personenbezug besteht.

waren Allgemeinmedizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Gastroenterologie, Innere Medizin (Kardiologie), Neurochirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Orthopädie/Rheumatologie, Psychiatrie und Psychotherapie). Die Teilnehmenden diskutierten ihre Erfahrungen mit ASKs sowie Ursachen und Ansätze zur Vermeidung von ASKs. Für die Kontextvalidierung wurde den Teilnehmenden Listen mit ICD-Diagnosen zur Verfügung gestellt, die auf den 40 für den deutschen Kontext definierten ASK-Diagnosegruppen (Sundmacher et al., 2015) beruhten. Dabei konnten die Teilnehmenden selbst entscheiden, für welche Auswahl an Diagnosen sie, entsprechend ihrer Fachkenntnisse, eine Einschätzung abgeben wollten. Für jede der in den Listen aufgeführten ICD-Diagnose wurden die Teilnehmenden gebeten zu bewerten, ob ein Krankenhausfall mit der genannten ICD-Diagnose durch eine rechtzeitige und/oder effektive ambulante Behandlung vermieden werden kann (ja/nein/keine Meinung). Eine Diagnose wurde als relevant gewertet, falls sie von mindestens 70% der Einschätzungen als vermeidbar eingestuft wurde.

Um das Einweisungsverhalten von ASK-relevanten Fällen der am Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. teilnehmenden Ärzt:innen zu untersuchen (Forschungsfrage 3), wurden alle Krankenhausfälle von Versicherten herangezogen, die aufgrund einer Einweisung durch einen in Billstedt/Horn ansässigen Arzt bzw. Ärztin in stationärer Behandlung waren. Anhand der in pseudonymisierter Form vorliegenden Information zur Teilnahme der einweisenden Ärzt:innen am Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. wurden Interventions- (am Ärztenetz teilnehmenden Ärzt:innen) und Kontrollgruppe (nicht am Ärztenetz teilnehmende Ärzt:innen in Billstedt/Horn) gebildet. Das Einweisungsverhalten wurde durch den Anteil an Krankenhausfällen operationalisiert, für die die Hauptdiagnose im Krankenhaus eine ASK-Indikation nach Sundmacher et al. (2015) bzw. nach der INVEST-ASK-Liste war.

### **Leistungsausgaben**

Leistungsausgaben der Versicherten der Interventions- und Kontrollgruppen wurden auf Basis der stationären und ambulanten Kosten, der Arzneimittelkosten, Kosten der Arbeitsunfähigkeit sowie der Kosten der sozialen Pflegeversicherung aus Krankenkassensicht quartalsweise berechnet. Zuzahlungen wurden nicht berücksichtigt. Im Verhältnis zu den anfallenden Kosten sind die Zuzahlungen in Deutschland vernachlässigbar, insbesondere in sozial schwachen Gebieten in denen viele Individuen auf Grund ihrer Einkommenssituation von der Zuzahlung befreit sind. Es wurden neben den (1) Gesamtleistungsausgaben auch die einzelnen Leistungsbereiche betrachtet, diese umfassen (2) ambulante Leistungsausgaben, (3) stationäre Leistungsausgaben, (4) Leistungsausgaben für Arzneimittel, (5) Leistungsausgaben für Arbeitsunfähigkeit und (6) Leistungsausgaben der Pflege.

Eine Übersicht der Zielvariablen sowie deren Operationalisierung findet sich in Tabelle 7.

Zielvariable	Datenquelle/Operationalisierung
ASK-Rate nach Sundmacher	Routinedaten (Anteil ASKs an allen Krankenhausaufenthalten nach (Sundmacher et al., 2015))
INVEST-ASK-Rate	Routinedaten (Anteil ASKs an allen Krankenhausaufenthalten nach der INVEST-ASK-Liste)
Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach Sundmacher	Routinedaten (Anteil ASKs an allen Krankenseinweisungen nach (Sundmacher et al., 2015))
Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach der INVEST-ASK-Liste	Routinedaten (Anteil ASKs an allen Krankenseinweisungen nach der INVEST-ASK-Liste)
Leistungsausgaben	Routinedaten (Leistungsausgaben je Versicherten und Quartal)

**Tabelle 7:** Zielvariablen und Operationalisierung Teilstudie 5

### Administrative Daten der GfBH UG

Zur Identifikation der Subgruppe der Kiosknutzer:innen ( $IG_C$ ) wurden der evaluierenden Institution administrative Daten in pseudonymisierter Form durch die GfBH UG für Evaluationszwecke zur Verfügung gestellt. Die administrativen Daten erfassen alle INVEST-Versicherten, die den Gesundheitskiosk im Zeitraum vom 01/2018 – 12/2019 besucht haben (siehe Teilstudie 1). Aus diesen Daten wurden für die Subgruppenanalyse die Kiosknutzer:innen ( $IG_C$ ) identifiziert, INVEST-Versicherte, die mindestens einen Beratungstermin im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen haben.

#### 3.5.4. Analysestrategie

### Matching

Um eine möglichst ähnliche Versichertenstruktur zwischen Interventions- und Kontrollgruppen herzustellen, wurden mithilfe des Propensity Score Matchings (Rosenbaum & Rubin, 1983; Rubin, 1997) statistische Zwillinge gebildet. Hierfür wurde basierend auf den Basisjahren des Matchings (Jahre 2015 und 2016) für jeden Versicherten ein Profil erstellt, welches für die Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Gruppen relevante und verfügbare Faktoren beinhaltet. Dies sind im stationären und ambulanten Bereich kodierte Diagnosen der 31 Elixhauser Morbiditätsgruppen (Elixhauser, Steiner, Harris, & Coffey, 1998; Quan et al., 2005), demographische Daten inkl. Alter und Geschlecht, sowie das Gesundheitsinanspruchnahmeverhalten im ambulanten, Arzneimittel- und stationären Bereich in den Jahren 2015 und 2016. Zur Erhöhung der wissenschaftlichen Qualität und der Wahrscheinlichkeit belastbare Evaluationsergebnisse zu erzielen, wurde das Matching kassenübergreifend durchgeführt. Dabei wurden folgende Gruppen als Kontrollgruppen herangezogen:

- 1) Im populationsorientierten Matching wurden für Versicherte, die in Billstedt-Horn wohnen (Interventionsgruppe  $IG_A$ ), eine Kontrollgruppe aus Versicherten, die in Hamburg ohne Billstedt/Horn wohnen (Kontrollgruppe  $KG_{III}$ ), gebildet.
- 2) Die Subgruppe der INVEST-Versicherten ( $IG_B$ ) wurde mit Versicherten gematcht, die ebenfalls in Billstedt/Horn wohnen, jedoch nicht in die neue Versorgungsform „INVEST Billstedt/Horn“ eingeschrieben sind.
- 3) Die Subgruppe der Kiosknutzer:innen ( $IG_C$ ) wurde mit Versicherten aus Billstedt/Horn gematcht, welche keine Beratungen im Kiosk in Anspruch genommen haben.



Darüber hinaus wurden weitere Kontrollgruppen für Sensitivitätsanalysen definiert, um zu untersuchen, ob es zu Spillover-Effekten kam. Weitere Informationen zum Vorgehen im Matching und zur Definition der in den Sensitivitätsanalysen genutzten Gruppen gibt es im Anhang TS5\_A2.

Aufgrund des Matchings wurden Versicherte, für die kein statistischer Zwilling gefunden werden konnte, aus den Analysen ausgeschlossen (siehe Anhang TS5\_A2). Die populationsorientierte Interventionsgruppe der in Billstedt-Horn Versicherten ( $IG_A$ ) umfasste nach dem Matching insgesamt  $N_{IG_A} = 49.045$  Versicherte, die Subgruppe der INVEST-Versicherten ( $IG_B$ )  $N_{IG_B} = 2.281$  Versicherte und die Subgruppe der Kiosknutzer:innen ( $IG_C$ )  $N_{IG_C} = 1.270$  Versicherte.

### **Difference-in-Differences Regressionsanalysen**

Die Untersuchung der Forschungsfragen erfolgte durch einen Difference-in-Differences (DiD)-Ansatz, der es erlaubt, einen kausalen Effekt festzustellen und zu bewerten. Beim DiD Ansatz handelt es sich um einen Prätest-Posttest mit Interventions- und Kontrollgruppe (Wing et al., 2018). Der Effekt der Intervention ist definiert als die Differenz in der entsprechenden Zielvariablen zwischen den beiden Gruppen vor Beginn der Intervention gegenüber der Differenz in den Gruppen nach Einführung der Intervention, siehe auch Abbildung 12.

Die Jahre 2015 und 2016 liegen vor dem Beginn der Einflussnahme durch „INVEST Billstedt/Horn“ und bilden somit den Vergleichszeitraum, um den Effekt der neuen Versorgungsform zu schätzen. Der Beobachtungszeitraum beginnt mit dem ersten Quartal im Jahr 2017 und endet mit dem vierten Quartal in 2019. Da sich ohne die Information zu der Teilnahme der betrachteten Versicherten an weiteren Versorgungsprogrammen der Effekt von „INVEST Billstedt/Horn“ nicht isoliert abbilden lässt, wurde in den DiD Modellen für die Teilnahme der Versicherten an weiteren Versorgungsprogrammen (DMP-Programme und Verträge zur integrierten Versorgung), kontrolliert. Zur Berechnung der Standardfehler wurde die cluster-Option genutzt um die Abhängigkeit von Beobachtungen einer Person (Intra-Gruppen Korrelation) zu berücksichtigen.

Zur Untersuchung der sekundären Forschungsfrage, ob sich das Einweisungsverhalten von ASK-relevanten Fälle der am Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. teilnehmenden Ärzt:innen ändert, wurden DiD Analysen mit den am Ärztenetz teilnehmenden Ärzt:innen als Interventionsgruppe und den nicht teilnehmenden Ärzt:innen in Billstedt/Horn als Kontrollgruppe berechnet. Für die unterschiedliche Versichertenstruktur der beiden Gruppen wurde kontrolliert, indem die für das Matching genutzten Versichertencharakteristika (Alter, Geschlecht, Morbiditätsprofil und Leistungsanspruchnahmeverhalten) sowie die Teilnahme der betrachteten Versicherten an weiteren Versorgungsprogrammen (DMPs und Verträge zur integrierten Versorgung) als Kontrollvariablen genutzt wurden. Die cluster-Option zur Berechnung der Standardfehler wurde auf Arzt- und Versichertenebene eingesetzt.

Krankenhausfälle, für die kein Aufnahmedatum in das Krankenhaus vorlag, wurden aus allen Analysen mit Zielindikator ASK-Rate ausgeschlossen, da die Zuordnung dieser Fälle zu Vergleichs- bzw. Beobachtungszeitraum nicht möglich war.

Zur Datenanalyse wurde das Statistikprogramm STATA/MP Version 15.1 verwendet.

## **3.6. Evaluationsdesign Teilstudie 6**

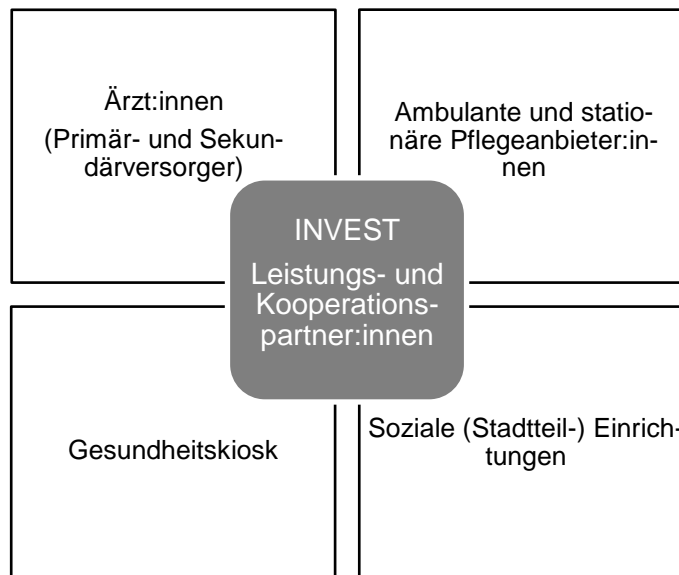
### *3.6.1. Forschungsfragen und Arbeitshypothesen*

Im Fokus dieser Teilstudie steht die Evaluation des Projektes aus Perspektive der Akteur:innen der Gesundheitsversorgung, d.h. der an INVEST teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner:innen in Billstedt und Horn (siehe Abbildung 14). Die Problemstellungen im Stadtteil adressierend



(siehe Kapitel 1.2) verfolgt das Projekt hinsichtlich der Leistungs- und Kooperationspartner:innen zwei wesentliche Zielsetzungen: (1) Steigerung der **Kooperation und Vernetzung**, um eine koordinierte und effiziente Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und (2) Verbesserung der **Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit**, wodurch einer Abwanderung vorgebeugt bzw. die Niederlassungsbereitschaft junger Ärzt:innen erhöhen werden soll. Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des Projektes Leistungs- und Kooperationspartner:innen spezifische Interventionen und Instrumente entwickelt und eingesetzt (siehe Kapitel 2).

Im Kern der Leistungs- und Kooperationspartner:innen spezifischer Interventionen steht der Aufbau eines regionalen Gesundheitsnetzwerks mit dem Ziel eine Netzwerkstruktur zu schaffen, die eine Fokussierung auf eine patientenzentrierte und wirtschaftliche Versorgung im Netzwerk ermöglicht. Als Teilverbund des regionalen Gesundheitsnetzwerks, wurde das Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. zudem vergrößert und weiterentwickelt mit dem Ziel eine bessere Vernetzung der Ärzt:innen untereinander zu erreichen und jenseits der einzelwirtschaftlichen Interessen ein gemeinsames Sprachrohr und Vertretungsorgan für die populationsbezogenen Gesundheitsziele zu entwickeln. Das Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. ist von 7 auf 61 Ärzt:innen angewachsen, 27 Arztpraxen haben einen Kooperationsvertrag geschlossen.



**Abbildung 14:** Leistungs- und Kooperationspartner:innen im Projekt INVEST, Quelle: eigene Darstellung

Wie in Kapitel 1.1 beschrieben, stellt die hohe Arbeitsbelastung der Ärzteschaft sowie die unzureichende Vernetzung zwischen medizinischem und sozialem Sektor eine zentrale Herausforderung in Billstedt und Horn dar. Studien zeigen, dass durch eine Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringenden im Gesundheitswesen eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit bewirkt sowie die Wahrscheinlichkeit von Burnout reduziert werden kann (Gittell et al., 2020; Havens, Gittell, & Vasey, 2018; Mundt & Zakletskaia, 2019; Wallace, Lemaire, & Ghali, 2009). Durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit der Leistungserbringende lassen sich zudem Abwanderungsintentionen begrenzen (Williams & Skinner, 2003). Auch zeigen aktuelle Studien, dass eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit der Leistungserbringende die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung erhöhen kann (Gittell et al., 2020; Linzer

et al., 2009; Moen & Bynum, 2019). Ein zentrales Instrument zur Vernetzung bilden dabei die **Netzwerkveranstaltungen** für Leistungs- und Kooperationspartner:innen. Darüber hinaus dienen **Fortbildungsangebote** der Weiterqualifizierung der Leistungs- und Kooperationspartner:innen, wodurch die Koordination und Qualität in der Patientenversorgung gesteigert werden soll. Bisherige Evidenz weist auf einen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sowie einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Reduktion von Burnout (Bovier & Perneger, 2003; Janus, Amelung, Gaitanides, & Schwartz, 2007; Kushnir, Cohen, & Kitai, 2000). Ein weiteres zentrales Instrument zur Reduktion der Arbeitsbelastung der Leistungserbringende und zur Stärkung der Integration der medizinischen und sozialen Patientenversorgung, stellt die **Überweisungsmöglichkeit von Patient:innen in den Gesundheitskiosk (Social Prescribing)** dar (siehe Kapitel 2). Die bisherige Studienlage zu den Auswirkungen von Social Prescribing auf die Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit von Ärzt:innen ist allerdings nicht eindeutig. Loftus, McCauley, and McCarron (2017) konnten in ihrer Studien in Irland keine Reduktion in der Arbeitsbelastung der Ärzt:innen durch die Nutzung von Social Prescribing feststellen. Eine Studie aus Großbritannien konnte jedoch zeigen, dass für 60 Prozent der an der Studie teilnehmenden Patient:innen, die eine Überweisung an eine soziale Einrichtungen erhalten hatten, die Anzahl der Arztbesuche 12 Monate nach der Überweisung signifikant geringer war im Vergleich zu der Anzahl an Arztkontakten 12 Monaten davor (Kimberlee, 2016). Eine Studie, die Ärzt:innen in einem sozial benachteiligten Stadtteil in Schottland zu ihren Erfahrungen mit Social Prescribing befragte, zeigte, dass Ärzt:innen die Möglichkeit Patient:innen in soziale Einrichtungen überweisen zu können, als wertvolle Unterstützung wahrnehmen und die Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und sozialen Einrichtungen zu einer Verbesserung in der Patientenversorgung führt (Cawston, 2011). Die befragten Ärzt:innen wiesen zudem darauf hin, dass viele soziale und persönliche Probleme vom Hausarzt nicht effektiv behandelt werden können und soziale Ressourcen erfordern (Cawston, 2011). Auch in einer qualitativen Studie aus Großbritannien zeigte sich, dass die befragten Ärzt:innen den Nutzen von Social Prescribing insbesondere bei der Adressierung und Bewältigung von psychosozialen Bedürfnissen der Patient:innen sehen (Aughterson, Baxter, & Fancourt, 2020). Gleichzeitig gaben die befragten Ärzt:innen an, dass ihnen die Kapazitäten und die formale Ausbildung fehlt, um effektiv mit sozialen (Stadtteil-)Einrichtungen zusammenzuarbeiten und betonten die Notwendigkeit eines „Link Workers“ (in Billstedt/Horn ist die Rolle des Link Workers vergleichbar mit der Funktion und Aufgaben des Gesundheitskiosks). Auch wiesen die Ärzt:innen darauf hin, dass der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen an verschiedenen Punkten des Social Prescribing-Pfades entscheidend ist. Die Patient:innen müssen den Ärzt:innen vertrauen, damit sie zustimmen, einen „Link Workers“ zu konsultieren und an entsprechenden Angeboten teilzunehmen. Hierzu benötigen die Ärzt:innen ausgeprägte zwischenmenschlichen Fähigkeiten, um das Vertrauen der Patient:innen zu gewinnen und sie entsprechend zu motivieren (Aughterson et al., 2020).

Die oben genannten Ziele können nur realisiert werden, wenn die angebotenen Interventionen durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen auch entsprechend akzeptiert und genutzt werden. Auch für eine aussagekräftige Erfolgsbewertung und Wirksamkeitsprüfung des Projektes ist die Akzeptanz und Nutzung der Interventionen von zentraler Bedeutung (Fisher, Shortell, & Savitz, 2016). Die Evaluation aus Sicht der Leistungs- und Kooperationspartner:innen umfasst daher sowohl eine **Prozess-** als auch eine **Ergebnisevaluation**.

Im Rahmen der **Prozessevaluation** wird die Akzeptanz und Nutzung der Interventionen durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen untersucht. Zudem liefert die Prozessevaluation Informationen zu den Erwartungen der Leistungs- und Kooperationspartner:innen an das Projekt, sowie zu wahrgenommen Herausforderungen bei der Umsetzung und Implementierung des Projektes. Im Rahmen der Prozessevaluation werden folgende primäre Forschungsfragen beantwortet:

1. In welcher Intensität werden die im Rahmen des Projektes Leistungs- und Kooperationspartner:innen spezifische Interventionen durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen genutzt? Dabei wird die **Nutzungsintensität** der folgenden Teilinterventionen analysiert:
  - a. Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen
  - b. Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
  - c. Nutzung der Überweisungsmöglichkeit von Patient:innen in den Gesundheitskiosk (Social Prescribing)
2. Welche **Erwartungen** haben die Leistungs- und Kooperationspartner:innen zu Projektbeginn (T0) an das Projekt und welche **Erfahrungen** haben die Leistungs- und Kooperationspartner:innen zum Projektende (T1) gemacht?
3. Welche **Herausforderungen erwarten** die Leistungs- und Kooperationspartner:innen zu Projektbeginn bei der Umsetzung und Implementierung des Projektes (T0) und welche **Herausforderungen** wurden zum Projektende **tatsächlich wahrgenommen** (T1)?

Im Rahmen der **Ergebnisevaluation** wird untersucht, ob und in welchem Ausmaß das Projekt eine Verbesserung der **Vernetzung und Zusammenarbeit**, sowie eine Verbesserung der **Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit** der Leistungs- und Kooperationspartner:innen bewirken konnte. Im Rahmen der Ergebnisevaluation werden folgende primäre Forschungsfragen beantwortet:

4. Welche Unterschiede bewirkt das Projekt im Hinblick auf die **Koordination und Vernetzung** zwischen den Leistungs- und Kooperationspartner:innen?
5. Welche Unterschiede bewirkt das Projekt im Hinblick auf die **Arbeitsbelastung** der Leistungs- und Kooperationspartner:innen?
6. Welche Unterschiede bewirkt das Projekt im Hinblick auf die **Arbeitszufriedenheit** der Leistungs- und Kooperationspartner:innen?

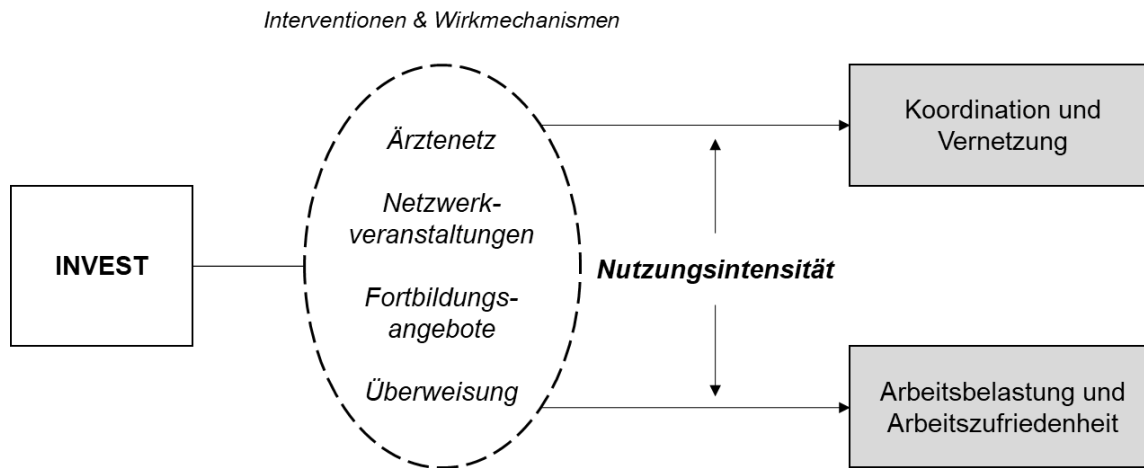
Die Prozessevaluation und Ergebnisevaluation sind dabei zusammen zu betrachten, denn die Nutzungsintensität der Interventionen durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen, beeinflusst die Effektstärke der zu erwartenden Ergebnisse. Folglich werden im Rahmen von **Subgruppenanalysen** untersucht, inwieweit sich die Ergebnisse in Abhängigkeit der Nutzungsintensität der Interventionen durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen unterscheiden. Die zugrundeliegende Arbeitshypothese lautet: Je höher die Nutzungsintensität, desto stärker der zu erwartende Effekt. So ist beispielsweise zu erwarten, dass je mehr ein Arzt bzw. Ärztin von der Möglichkeit Patient:innen in den Gesundheitskiosk zu überweisen Gebrauch macht (Social Prescribing), desto größer der Entlastungseffekt und damit die erwartete Reduktion der Arbeitsbelastung ist (ceteris paribus, d.h. unter sonst gleichen Bedingungen).

Zudem werden folgende sekundäre Forschungsfragen beantwortet.

7. Wie bewerten die Leistungs- und Kooperationspartner:innen die einzelnen Interventionen des Projektes?
8. Wie bewerten die Leistungs- und Kooperationspartner:innen den Gesamterfolg des Projektes?

Die sekundären Forschungsfragen liefern damit wichtige Hinweise zu Verbesserungspotenzialen des Projektes aus Sicht der Leistungs- und Kooperationspartner:innen, die bei der Weiterentwicklung der Interventionen zu berücksichtigen sind.

Abbildung 15 gibt einen Überblick über die im Rahmen dieser Teilstudie untersuchten Zusammenhänge.



**Abbildung 15:** Rahmenkonzept Teilstudie 6, Quelle: eigene Darstellung

### 3.6.2. Studiendesign

Die **Prozessevaluation** folgt dem Design einer explorativen Querschnittstudie. Die Nutzungsintensität der Interventionen durch die unterschiedlichen Leistungs- und Kooperationspartnergruppen wird für den Beobachtungszeitraum (01.01.2017-31.12.2019) untersucht. Die Erwartungen und Herausforderungen, werden jeweils zu einem festen Untersuchungszeitpunkt erfasst und zwischen den unterschiedlichen Leistungs- und Kooperationspartnergruppen verglichen.

Die Analysen der primären Forschungsfragen der **Ergebnisevaluation** folgen dem Design einer Trendstudie mit Prätest-Posttest (Schnell et al., 2011). Mithilfe des Prätest-Posttest Befragungsdesigns können Unterschiede vor und nach Einführung des Projekts INVEST Billstedt/Horn gemessen und die wissenschaftlichen Fragestellungen zu zeitlichen Trends beantwortet werden. Die Differenz der gemessenen Werte vor und nach der Intervention stellt den Effekt der Intervention dar. Die Analysen der sekundären Forschungsfragen zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen sowie Bewertung des Gesamterfolges des Projektes aus Sicht der Leistungs- und Kooperationspartner:innen folgen dem Design einer explorativen Querschnittstudie (s.o.).

Alle Auswertungen in Teilstudie 6 erfolgen dabei nicht auf Individual- sondern aggregiert auf Leistungs- und Kooperationspartnergruppenebene.

### 3.6.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente)

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden verschiedene Primär- und Sekundärdaten miteinander verknüpft und quantitativ ausgewertet (siehe 1 und 2). Durch die Triangulation von unterschiedlichen Datensätzen soll eine Maximierung der Validität von Daten und Ergebnissen erreicht werden (Kelle, 2014). Die Aufbereitung und Zusammenführung der Datensätze erfolgte anhand einer pseudonymisierten ID durch die evaluierende Institution. Die Analysen erfolgten ausschließlich auf Basis des pseudonymisierten Analysedatensatzes.

### **Befragungsdaten (Leistungs- und Kooperationspartnerbefragung)**

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung wurden die Leistungs- und Kooperationspartner:innen zu Beginn und Ende des Projektes befragt. Die Adressatengruppen waren die am Projekt teilnehmenden Ärzt:innen, Pflegeeinrichtungen, sozialen (Stadtteil-)Einrichtungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitskiosks (siehe Abbildung 14). Aufgrund der Verzögerung bei der Projektimplementierung erfolgte die Erstbefragung im Q1 2018, die Zweitbefragung im Q3 2020. Die in dem Zeitraum zwischen der Erst- und Zweitbefragung hinzukommenden oder ausgeschiedene Kooperations- und Leistungspartner wurden in die Befragung entsprechend aufgenommen bzw. ausgeschlossen. Die inhaltliche Konzeption sowie die Pilotierung und Validierung des Fragebogens erfolgte durch die evaluierende Institution. Zu Gewährleistung der Anonymität und zur Minimierung des sozialen Erwünschtheiteffekts bei der Beantwortung der Fragen, wurde eine standardisierte postalische Befragung als Befragungskanal gewählt. In einem Anschreiben wurden die Befragungsteilnehmer über das Ziel der Befragung, den Ablauf, sowie datenschutzrechtliche Bestimmungen informiert. Die Befragungsteilnehmer füllten ihren Fragebogen aus und schickten diesen dann anonym und kostenlos an die evaluierende Institution. Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurde 4 Wochen nach Aussendung des Fragebogens eine einmalige Reminder-Aktion (nur an Non-Responder) durchgeführt. Darüber hinaus wurden keine weiteren Maßnahmen zur Erhöhung des Rücklaufs unternommen.

Um die unterschiedlichen Positionen und Problemstellungen der verschiedenen Kooperations- und Leistungspartnergruppen spezifisch zu erfassen und gruppenspezifische Forschungsfragen zu beantworten, erfolgte eine Differenzierung in vier verschiedene Fragebogenversionen. Die Ausfüllzeit der Fragebögen betrug im Durchschnitt 12 Minuten. Die verschiedenen Fragebogenversionen umfassten zwischen 110 und 67 Fragen zu den Themengebieten (1) Vernetzung und Zusammenarbeit, (2) Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit, (3) Erwartungen (T0) und Erfahrungen (T1) mit dem Projekt INVEST, sowie (4) Angaben zur Person. Zur Entwicklung der Fragebögen wurden etablierte Skalen aus einschlägiger Fachliteratur herangezogen sowie Items zur Erhebung forschungskontextspezifischer Aspekte selbst entwickelt. Alle Fragebogenversionen stehen im Anhang zur Verfügung (siehe TS6\_A1 und TS6\_A2). Ein beim evaluierenden Institut eingehender Fragebogen galt als „auswertbar“, wenn mindestens die Hälfte der Fragen beantwortet wurde.

Für die Befragung inkl. der gewählten Befragungsinstrumente wurde eine ethische Prüfung durch das Forschungsdekanat der WISO-Fakultät der Universität Hamburg beantragt und positiv beschieden. Für die geplante Umfrage wurde zudem eine Verfahrensbeschreibung mit dem Datenschutzbeauftragten (DSB) der Universität Hamburg abgestimmt und eine Begleitung des Verfahrens durch den DSB verabredet, vorgelegt und unter Supervision gestellt.

### **Administrative Daten der GfBH UG**

Akronym: INVEST Billstedt/Horn  
Förderkennzeichen: 01NVF16025

Zur Beantwortung der Forschungsfragen im Hinblick auf die *Nutzungsintensität* der leistungs- und kooperationspartner:innen-spezifischen Interventionen wurden der evaluierenden Institution administrative Daten zu den Kooperations- und Leistungspartnern, Teilnahmestatistiken an Fortbildungen sowie Anzahl der im Gesundheitskiosk eingegangenen Überweisungen in pseudonymisierter Form durch die GfBH UG für Evaluationszwecke zur Verfügung gestellt. Die administrativen Daten der GfBH UG dienen insbesondere der Ergänzung bzw. Validierung der mittels der Befragung erhobenen Informationen.

Eine Übersicht über die Zielvariablen der Teilstudie 6 sowie der zugehörigen Forschungsfragen und Datenquellen, findet sich in Tabelle 8.



Variablen	Forschungsfragen (PE = Prozessevaluation; EE = Ergebnisevaluation)	Erhebungsinstrument	Daten-quelle
<b>Nutzungs-Intensität (T1)</b>	<b>PE 1:</b> In welcher Intensität werden die Interventionen  a. Netzwerkveranstaltungen b. Fortbildungsveranstaltungen c. Social Prescribing  durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen genutzt?	selbstentwickelte Fragen + Teilnahme-statistik und Überwei-sungsstatistik der GfBH UG	Befragung;  administra-tive Daten der GfBH UG
<b>Erwartungen (T0) und Erfahrungen (T1)</b>	<b>PE 2:</b> Welche Erwartungen (T0) haben die Leistungs- und Kooperationspartner:innen an das Projekt und welche Erfahrungen (T1) haben die Leistungs- und Kooperationspartner:innen gemacht?	11 selbstentwickelte Fragen in Anlehnung an Mühlbacher et al. (2006)	Befragung
<b>Herausforderungen (erwartet T0 und wahrgenommen T1)</b>	<b>PE 3:</b> Welche Herausforderungen erwarten die Leistungs- und Kooperationspartner:innen bei der Umsetzung und Implementierung des Projektes (T0) und welche Herausforderungen wurden tatsächlich wahrgenommen (T1)?	6 selbstentwickelte Fragen in Anlehnung an Mühlbacher et al. (2006)	Befragung
<b>Koordination und Vernetzung (T0 und T1)</b>	<b>EE 4:</b> Welche Unterschiede bewirkt das Projekt im Hinblick auf die Koordination und Vernetzung zwischen den Leistungs- und Kooperationspartner:innen?	7 Fragen in Anlehnung an Relational coordination nach Gittel et al. 2008 und 2011, 2016	Befragung
<b>Arbeitsbelastung (T0 und T1)</b>	<b>EE 5:</b> Welche Unterschiede bewirkt das Projekt im Hinblick auf die Arbeitsbelastung der Leistungs- und Kooperationspartner:innen?	13 Fragen aus Copenhagen Burnout Inventory (angepasst an Studienkontext)	Befragung
<b>Arbeitszufriedenheit (T0 und T1)</b>	<b>EE 6:</b> Welche Unterschiede bewirkt das Projekt im Hinblick auf Arbeitszufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen?	5 Fragen in Anlehnung an Judge et al. 2001 + 1 selbstentwickeltes Item zur Abwanderungsintention (Version Ärzten)	Befragung
<b>Bewertung der Interventionen (T1)</b>	<b>EE 7:</b> Wie bewerten die Leistungs- und Kooperationspartner:innen die einzelnen Interventionen des Projektes?	selbstentwickelte Fragen	Befragung
<b>Bewertung des Gesamterfolges (T1)</b>	<b>EE 8:</b> Wie bewerten die Leistungs- und Kooperationspartner:innen den Gesamterfolg des Projektes?	2 selbstentwickelte Fragen zu Zufriedenheit und Weiterempfehlungsabsicht	Befragung

**Tabelle 8:** Zielvariablen, Forschungsfragen, Erhebungsinstrumente, Datenquellen

### **Nutzungsintensität der leistungs- und kooperationspartner:innen-spezifischen Interventionen (PE 1)**

Die im Rahmen der Prozessevaluation analysierten Variablen zur *Nutzungsintensität* der Netzwerkveranstaltungen, Fortbildungsveranstaltungen und der Überweisungsmöglichkeit von Patient:innen in den Gesundheitskiosk (Social Prescribing) wurden mittels selbstentwickelter Fragen im Rahmen der Befragungen erhoben (siehe Anhang TS6\_A2) und durch administrative Daten der GfBH UG ergänzt bzw. validiert.

Die Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen und Fortbildungsveranstaltungen (Versionen Ärzt:innen, soziale (Stadtteil-)Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen) (nur T1) wurde jeweils anhand eines selbstentwickelten Items auf einer vierstufigen Skala von 1 (Nie) bis 4 (Oft) gemessen. Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (Version Gesundheitskiosk) wurde anhand 4 selbstentwickelter Items auf einer fünfstufigen Skala von 1 (Nie/fast nie) bis 5 (Immer) gemessen. Die vier Items wurden zu einem Faktor mit hoher interner Konsistenz aggregiert (Cronbachs Alpha = 0,89).

Die Nutzungsintensität von Social Prescribing durch die Ärzt:innen wird dabei mithilfe zweier unterschiedlicher Messansätze erfasst<sup>12</sup>. Zum einen wurden die Ärzt:innen im Rahmen der Befragung gefragt, wie viele Überweisungsscheine sie durchschnittlich pro Monat an den Gesundheitskiosk ausstellen (Selbstbericht zur Anzahl der *ausgestellten* Überweisungen) (nur T1). Hierzu gaben die Ärzt:innen auf einer kategorialen Skala die Anzahl der ausgestellten Überweisungen an: 1= 0 Überweisungen, 2= 1-5 Überweisungen, 3= 6-10 Überweisungen, 4=11-30 Überweisungen, 5= >30 Überweisungen und 6= >50 Überweisungen. Zweitens wurden die administrativen Daten der GfBH UG genutzt, um die Anzahl der im Gesundheitskiosk eingegangene Überweisungen pro Arzt bzw. Ärztin pro Monat zu erfassen (objektive Anzahl der *eingegangenen* Überweisungen). Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit werden aus den administrativen Daten der GfBH UG nur die Überweisungen der Ärzt:innen berücksichtigt, zu denen auch Daten zur Anzahl der *ausgestellten* Überweisungen (Selbstbericht) vorlagen.

### **Erwartungen und Erfahrungen (PE 2)**

Die Erwartungen der Leistungs- und Kooperationspartner:innen an das Projekt (nur T0) sowie Erfahrungen in dem Projekt (nur T1) wurden anhand 11 Fragen in Anlehnung an Mühlbacher et al. (2006) mithilfe einer fünfstufigen Skala von 1 (sehr gering) bis 5 (sehr groß) erfasst.

### **Herausforderungen (PE 3)**

Die erwarteten Herausforderungen der Leistungs- und Kooperationspartner:innen an das Projekt (nur T0) sowie wahrgenommenen Herausforderungen in dem Projekt (nur T1) wurden anhand 6 selbstentwickelter Items in Anlehnung an Mühlbacher et al. (2006) mithilfe einer fünfstufigen Skala von 1 (sehr gering) bis 5 (sehr groß) erfasst.

---

<sup>12</sup> Diese Differenzierung ermöglicht die Untersuchung der Diskrepanz zwischen ausgestellten und eingegangenen Überweisungsscheinen.

### **Koordination und Vernetzung (EE 4)**

Die Koordination und Vernetzung zwischen den Leistungs- und Kooperationspartner:innen wurde mithilfe des „Relational coordination“-Konstruktes erfasst (Gittell, 2011, 2016; Gittell, Weinberg, Bennett, & Miller, 2008). Das Konstrukt umfasst dabei 7 Fragen zu verschiedenen Aspekten der Zusammenarbeit, welche auf fünfstufigen Skalen (1 schwach – 5 stark) bewertet werden. Basierend auf einer Faktoranalyse und in Einklang mit der Originalskala wurden die 7 Fragen zu einem Faktor mit hoher interner Konsistenz zusammengefasst (Cronbachs Alpha = 0,97).

### **Arbeitsbelastung (EE 5)**

Die Arbeitsbelastung der Leistungs- und Kooperationspartner:innen wurde mithilfe des Copenhagen Burnout Inventory (CBI) erfasst (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005). Das CBI fokussiert auf den Faktor Erschöpfung und besteht aus drei Sub-Skalen. Fragen zu generellen Symptomen von Erschöpfung, zur Erschöpfung am Arbeitsplatz und zu patienten-/klientenbezogener Erschöpfung. Die 13 Aussagen wurden von den Befragten auf einer fünfstufigen Skala von 1 (nie/fast nie) bis 5 (immer) bewertet. Für die nachfolgenden Analysen wurde ein Gesamtkonstrukt über alle 13 Aussagen gebildet und zu dem Faktor „Arbeitsbelastung“ zusammengefasst (Cronbachs Alpha = 0,94).

### **Arbeitszufriedenheit (EE 6)**

Die Arbeitszufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen wurde mit 5 Fragen (Zufriedenheit mit der Tätigkeit, den Kollegen, den Entwicklungschancen, den Weiterbildungsmöglichkeiten und der Entscheidung zur Teilnahme an dem Projekt INVEST) auf einer fünfstufigen Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden) erfasst (Judge, Parker, Colbert, Heller, & ILIES, 2009). Basierend auf einer Faktoranalyse und in Einklang mit der Originalskala wurden die 5 Aussagen zu einem Faktor mit hoher interner Konsistenz aggregiert (Cronbachs Alpha = 0,78). Als weiterer Aspekt der Arbeitszufriedenheit wird in der Gruppe der Ärzt:innen zusätzlich die Abwanderungsintention mit einem selbstentwickelten Item auf einer fünfstufigen Skala, von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) erhoben.

### **Bewertung der Interventionen durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen (EE 7)**

Die *Bewertung des Angebotes Gesundheitskiosks* (Versionen Ärzt:innen, soziale (Stadtteil-)Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen) erfolgte in T1 anhand von 11 Fragen in der Version der Ärzt:innen und mit 8 Fragen in der Version soziale (Stadtteil-)Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen, die jeweils auf einer fünfstufigen Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) beantwortet wurden. Die *Bewertung der Qualität von Fortbildungen, Hospitationen und Supervisionen* (Version Gesundheitskiosk) (nur T1) erfolgte anhand 4 selbstentwickelter Items auf einer vierstufigen Skala von 1 (überhaupt nicht wichtig) bis 4 (sehr wichtig). Die *Bewertung der Überweisungsmöglichkeit von Patient:innen in den Gesundheitskiosk* (Version Ärzt:innen) (nur T1) erfolgte anhand 4 selbstentwickelter Items auf einer fünfstufigen Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu). Die *Bewertung der Inhalte aus den Fortbildungen und Qualitätszirkeln sowie das Informieren zu relevanten Themen durch die GfBH UG* (Versionen Ärzt:innen, soziale (Stadtteil-)Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen) (nur T1) erfolgte anhand 2 selbstentwickelter Items auf einer fünfstufigen Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu). In der Version Ärzt:innen wurde zusätzlich anhand eines Items ebenfalls auf der fünfstufigen Skala abgefragt, wie gut sich diese durch die Praxisfahrten betreut fühlen.

### **Bewertung des Gesamterfolges durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen (EE 8)**

Die Bewertung des Gesamterfolges des Projektes erfolgte anhand von zwei Fragen. Die *Zufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen mit dem Projekt* (alle Gruppen, T1) wurde mithilfe folgender Frage „Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Stand des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“?“ auf einer fünfstufigen Skala von 1 (gar nicht zufrieden) bis 5 (sehr zufrieden) gemessen. Zudem wurden alle Leistungs- und Kooperationspartnergruppen zu ihrer *Weiterempfehlungsabsicht* des Projektes (alle Gruppen, T1) auf einer vierstufigen Skala von 1 (sicher nein) bis 4 (sicher ja) befragt.

#### *3.6.4. Analysestrategie*

Zur Beantwortung der Fragestellungen der **Prozessevaluation** wurde die *Nutzungsintensität* der verschiedenen Interventionen gruppenübergreifend für Ärzt:innen, soziale (Stadtteil-) Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen deskriptiv ausgewertet. Die Nutzungsintensität von Social Prescribing wurde nur für die Gruppe der Ärzt:innen analysiert.

Zur Analyse der Projekt *Erwartungen (T0) und Erfahrungen (T1)* der Leistungs- und Kooperationspartner:innen wurde gruppenübergreifend für alle vier Leistungs- und Kooperationspartnergruppen die Werte aus der Erst- und Folgebefragung gegenübergestellt. Zur Analyse wurde ein gepaarter t-Test genutzt, bei dem die Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Erwartungen aus der T0 Befragung und den Mittelwerten der Erfahrungen aus der T1 Befragung auf Signifikanz geprüft werden.

Zur Analyse der *erwarteten (T0) und tatsächlich wahrgenommenen (T1) Herausforderungen* der Leistungs- und Kooperationspartner:innen bei der Umsetzung und Implementierung des Projektes wurde ebenfalls gruppenübergreifend für alle vier Leistungs- und Kooperationspartnergruppen mithilfe eines gepaarter t-Test Unterschiede zwischen den Mittelwerten der erwarteten Herausforderungen aus der T0 Befragung und den Mittelwerten der wahrgenommenen Herausforderungen aus der T1 Befragung auf Signifikanz geprüft.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen der **Ergebnisevaluation**, welche Unterschiede das Projekt im Hinblick auf die Koordination und Vernetzung sowie Arbeitsbelastung und die Arbeitszufriedenheit bewirkt, wurden diese Zielvariablen univariat mithilfe eines Prä-Post Vergleichs ausgewertet. Dabei wurden die Mittelwerte aus der Erstbefragung (T0) mit den Mittelwerten aus der Zweitbefragung (T1) verglichen und auf statistisch signifikante Unterschiede untersucht. Die Auswertungen erfolgten dabei sowohl Leistungs- und Kooperationspartnerübergreifend (gepaarter t-Test) als auch gruppenspezifisch, d.h. getrennt für die einzelnen Leistungs- und Kooperationspartnergruppen (Wilcoxon-Test für gepaarte Stichproben) (Bortz & Schuster, 2010).

Um zu untersuchen, inwieweit sich die Ergebnisse der Zielvariablen in Abhängigkeit der Nutzungsintensität unterscheiden, wurden **Subgruppenanalysen** durchgeführt. Hierzu erfolgte eine Einteilung der befragten Leistungs- und Kooperationspartner:innen in Abhängigkeit ihrer Nutzungsintensität der Netzwerk- und Fortbildungsveranstaltungen in zwei Gruppen: (I) Seltene Nutzer:innen und (II) Häufige Nutzer:innen. Sofern angegeben wurde, dass die jeweilige Intervention „nie“, „selten“ und „manchmal“ genutzt wurde, erfolgte eine Zuteilung zur Gruppe (I) Seltene Nutzer:innen. Bei „oft“ bzw. „immer“ (nur in der Version Gesundheitskiosk) wurde die jeweilige Beobachtung der Gruppe (II) Häufige Nutzer:innen zugeteilt. Anschließend wurde anhand von Mittelwertvergleichen analysiert, ob die Nutzungsintensität einen signifikanten Unterschied im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit, Arbeitsbelastung sowie Koordination und Vernetzung bewirkt (Mann-Whitney-U Test) (Bortz

& Schuster, 2010). Für die Subgruppenanalysen der Nutzungsintensität von Social Prescribing erfolgte die Gruppeneinteilung in (I) Nutzer:innen und (II) Nicht-Nutzer:innen. Als Nutzer:innen (I) wurden dabei Ärzt:innen definiert, die mindestens eine Überweisung ausgestellt haben bzw. von diesen mindestens eine Überweisung im Gesundheitskiosk eingegangen ist. Als Nicht-Nutzer:innen wurden Ärzt:innen definiert, von denen keine Überweisung ausgestellt oder im Gesundheitskiosk eingegangen ist. Die unterschiedlichen Nutzergruppen wurden anschließend hinsichtlich ihrer Koordination und Vernetzung, Arbeitsbelastung sowie Arbeitszufriedenheit anhand von Mann-Whitney-U Tests miteinander verglichen.

Die Analysen der sekundären Forschungsfrage der Ergebnisevaluation „Wie bewerten die Leistungs- und Kooperationspartner:innen die einzelnen Interventionen des Projektes?“ erfolgte aufgrund der gruppenspezifischen Interventionen getrennt für die einzelnen Leistungs- und Kooperationspartnergruppen mittels deskriptiver Statistik. Zur Beantwortung der Forschungsfrage „Wie bewerten die Leistungs- und Kooperationspartner:innen den Gesamterfolg des Projektes?“ wurde die Gesamtzufriedenheit mit dem Projekt und die Weiterempfehlungsabsicht des Projektes sowohl gruppenübergreifend als auch gruppenspezifisch mittels deskriptiver Statistik ausgewertet.

Zur Datenanalyse wurde das Statistikprogramm STATA Version 16.1 verwendet.

### **3.7. Evaluationsdesign Teilstudie 7**

#### *3.7.1. Forschungsfrage und Arbeitshypothesen*

Die flächendeckende Verbreitung integrierter Versorgungsformen verspricht, messbare und nachhaltige Gesundheitswirkungen auf allen Bevölkerungsebenen in Deutschland zu erzielen. Ziel der Teilstudie 7 ist es daher, Faktoren zu identifizieren, welche die Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST beeinflusst haben, um allgemeine Schlüsse für die Implementierung dieser Versorgungsform in anderen Regionen abzuleiten. Die Teilstudie folgt damit dem Ansatz der Implementierungsforschung. Die Ergebnisse liefern wichtige Hinweise zur Übertragbarkeit und Skalierung der neuen Versorgungsform INVEST und leisten damit einen Beitrag zur Beantwortung der Frage, wie die neue Versorgungsform einer Vielzahl von Menschen zugänglich gemacht werden kann.

Die Implementierungsforschung erweist sich im Kontext des Projektes INVEST von besonderer Bedeutung, da sich das Projekt durch eine interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit kennzeichnet, welche spezifische Herausforderungen beinhaltet (Maguire & Hardy, 2005; Villani & Phillips, 2020). Mit interprofessioneller und intersektoraler Zusammenarbeit ist die integrative Zusammenarbeit von Akteur:innen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Organisationen bzw. Sektoren gemeint (Antoni, 2010) - im Projekt INVEST sind dies z.B. ambulante und stationäre Ärzt:innen, Mitarbeiter:innen von Krankenkassen, Mitarbeiter:innen der Management-Gesellschaft und Mitarbeiter:innen sozialer (Stadtteil-) Einrichtungen. Aufgrund unterschiedlicher Organisationskulturen, Hierarchien und Ziele ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und erfolgreiche Implementierung gemeinsamer Projekte über verschiedene Berufsgruppen, Organisationen und Sektoren hinweg besonders herausfordernd (Antoni, 2010; Bromley et al., 2018; Noble & Jones, 2006).

Die in dieser Teilstudie untersuchten Faktoren orientieren sich am Rahmenprogramm für die Implementierungsforschung (CFIR) (Damschroder et al., 2009; Fisher et al., 2016). Faktoren, welche die Implementierung neuer Versorgungsformen beeinflussen, lassen sich dabei fünf Dimensionen zuordnen, welche im Folgenden gemäß des CFIR definiert werden.

(1) *Externes Umfeld*: Bedürfnisse und Ressourcen von Versicherten, die durch die neue Versorgungsform erreicht werden sollen, ebenso wie politische Entscheidungen und Anreize;



- (2) *Internes Umfeld*: Merkmale der Organisationsstruktur, der sozialen Netzwerke und der Kommunikation zwischen den beteiligten Projektpartner:innen;
- (3) *Charakteristika der beteiligten Akteur:innen*: Persönliche Merkmale wie Toleranz, Motivation und Kompetenz;
- (4) *Charakteristika der neuen Versorgungsform (allg. Intervention)*: Komplexität der Intervention und Eigenschaften z.B. im Hinblick auf die adressierten Versichertenbedürfnisse;
- (5) *Implementierungsprozess*: Das Planen und Entwickeln eines gemeinsamen Handlungskurses, das Einbeziehen von Interessensvertretern und die Ausführung und Evaluation der vereinbarten Schritte.

In Bezug auf die fünf verschiedenen Dimensionen des CFIR wird folgende Forschungsfrage beantwortet: *Welche Faktoren (1) des externen Umfelds, (2) des internen Umfelds, (3) der Akteur:innen, (4) der neuen Versorgungsform, (5) des Implementierungsprozesses waren bei der Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST entscheidend und sind bei deren Übertragung und Skalierung auf andere Regionen zu beachten?*

### 3.7.2. Studiendesign

Zur Untersuchung der Forschungsfrage wurde eine qualitative Fallstudie unter Verwendung mehrerer Datenquellen durchgeführt (Yin, 2014). Die primäre Datenquelle bildeten leitfadengestützte Interviews. Die Interviews wurden zu zwei Zeitpunkten, zu Beginn des Projektes (Q3/2017) und am Ende des Projektes (Q4/2019), durchgeführt. Daneben wurden die Interviewdaten durch fallbezogene Dokumente ergänzt, um die subjektiven Erfahrungen der Befragten mit objektiven Angaben zu validieren und zu vergleichen. Weiter gingen Beobachtungsprotokolle zu Pressekonferenzen und Konsortialpartnertreffen in die Analyse mit ein. Die Kombination unterschiedlicher Datenquellen diente der Datentriangulation, welche es ermöglicht, verschiedene Facetten des zu erforschenden Phänomens zu beleuchten, eine umfassende Analyse zu ermöglichen und dadurch den Erkenntnisgewinn zu maximieren (Tracy, 2010).

### 3.7.3. Datenerhebung (inkl. Erhebungsinstrumente)

Der Leitfaden zur Durchführung der Interviews wurde durch die evaluierende Institution entwickelt und pilotiert. Der Leitfaden für die Interviews im Jahr 2017 (Erstbefragung) umfasste zwei Themengebiete: (1) Treiber und Barrieren in der Entwicklung des Projektes und (2) Faktoren des gemeinsamen Strategie- und Implementierungsprozesses (siehe Anhang TS7\_A1). Der Leitfaden für die Folgeinterviews im Jahr 2019 (Folgebefragung) umfasste: (1) Einschätzung zum Erfolg des Projektes und zum Umsetzungsgrad der geplanten Maßnahmen, (2) Entwicklungen im gemeinsamen Strategie- und Implementierungsprozess seit 2017 (siehe Anhang TS7\_A2). In den Folgeinterviews wurden gleichzeitig die Ergebnisse der Erstbefragung den Befragten vorgestellt. Die Befragten erhielten dabei die Möglichkeit, die Ergebnisse zu reflektieren, zu kritisieren, über verschiedene Interpretationsmöglichkeiten zu diskutieren oder zu bestätigen. Hierdurch konnten die Erkenntnisse aus der Erstbefragung validiert werden (Tracy, 2010). Die Interviewleitfäden wurden vorab pilotiert.

Die Auswahl der Befragten in der Interviewdurchführung orientierte sich an den am Konsortialpartnervertrag und an der Implementierung beteiligten Akteur:innen der verschiedenen Berufsgruppen. Hierzu zählten Ärzt:innen, Mitarbeiter:innen von OptiMedis und der Gesundheit für Billstedt/Horn UG, Mitarbeiter:innen der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (seit Juli 2020: Behörde



für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration), der Krankenkassen, des Universitätsklinikums Eppendorf sowie der sozialen Stadtteileinrichtungen. Im Jahr 2017 wurden insgesamt 28 Intervieweinladungen versandt. 21 Personen aus 11 verschiedenen Organisationen nahmen an einem Interview teil. Zu Beginn jedes Interviews wurde eine schriftliche Einwilligungserklärung der Interviewpartner:innen zur Aufzeichnung, Transkription und wissenschaftlichen Auswertung eingeholt. Die durchschnittliche Interviewlänge betrug 60 Minuten. Für die zweite Interviewrunde (Q4/2019) wurde eine Einladung an alle Personen, die 2017 an einem Interview teilgenommen hatten sowie an weitere Akteur:innen, die im Laufe des Projektes hinzukamen (z.B. aus der stationären Versorgung und dem Gesundheitskiosk), versandt. 19 Personen folgten der Einladung und nahmen an einem Interview teil.

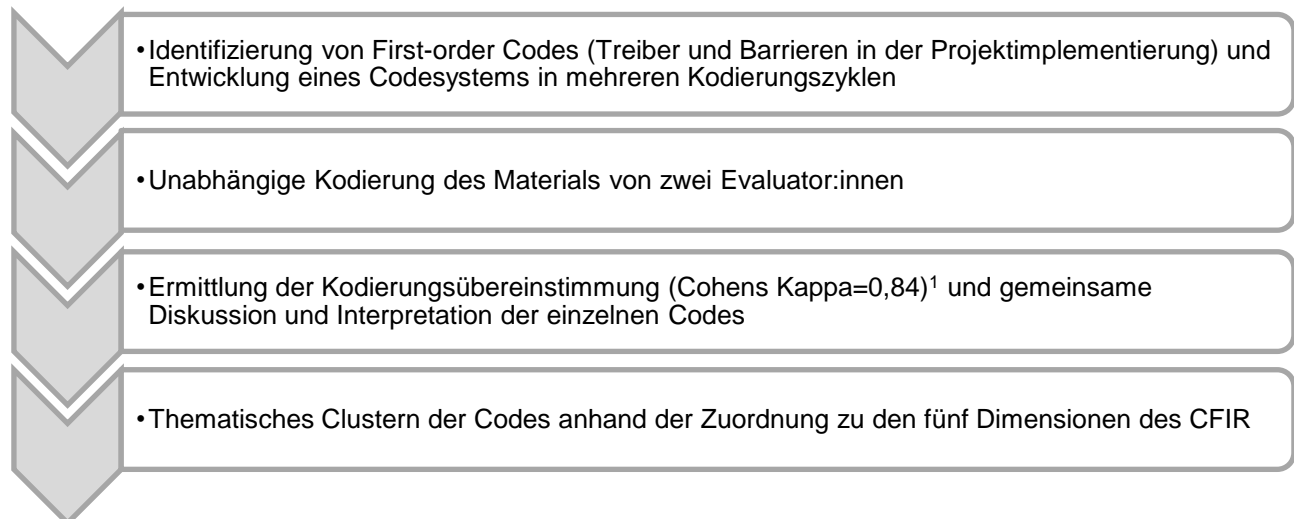
Alle in der Analyse verwendeten Dokumente wurden dem evaluierenden Institut zu Evaluationszwecken zur Verfügung gestellt oder waren frei zugänglich. Ebenso war das evaluierende Institut als Konsortialpartner an den Veranstaltungen anwesend, von denen Beobachtungsprotokolle in die Analyse einfließen. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die in Teilstudie 7 verwendeten Daten.

Datenquelle	Datentyp
Interviews (N=40)	21 Erstinterviews (2017) 19 Folgeinterviews (2019)
Dokumente (N=64)	17 Presseclippings 15 Protokolle der Lenkungskreistreffen 10 (Zwischen-)berichte 6 Emailverläufe 5 Stellungnahmen 4 Protokolle strategischer Treffen 4 Formulare / Verträge 2 Protokolle der Fachgespräche 1 Handlungsplan
Beobachtungsprotokolle (N=9)	2 Pressekonferenzen 7 Besprechungsteilnahmen

**Tabelle 9:** Datenquellen und Datentyp Teilstudie 7

### 3.7.4. Analysestrategie

Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte anhand einer thematischen qualitativen Textanalyse (Kuckartz, 2014), welcher mehrere Kodierungszyklen vorausgingen (Saldaña, 2013). Die Kodierung qualitativer Daten dient der Entwicklung von Ordnungskategorien für Texte und damit der Verkürzung und Verallgemeinerung von Gesagtem (Kelle, 2014). Hierzu wurde eine computergestützte Kodierung der qualitativen Daten durch MAXQDA angewendet (VERBI Software, 2018). Der Verlauf des Kodierungsprozesses wird in Abbildung 16 dargestellt.



Anmerkung: <sup>1</sup> Cohens Kappa misst den Anteil der Übereinstimmung zweier Kodierer:innen, bereinigt um die Übereinstimmung durch Zufall (Cohen 1960). Ab einem Kappa-Koeffizient  $>0,8$  gilt die Übereinstimmung als hoch (Saldaña 2013).

**Abbildung 16:** Verlauf des Kodierungsprozesses, Quelle: eigene Darstellung

Nach der Kodierung wurden mittels einer thematischen Textanalyse Muster identifiziert, welche Kategorien thematisch zusammenfassen und theoretische Schlussfolgerungen ermöglichen (Herzog, Handke, & Hitters, 2019; Kuckartz, 2014). Die Zusammenfassung und Zuordnung der Kategorien vor dem Hintergrund der fünf Dimensionen des CFIR orientierte sich an der Definition der Dimensionen gemäß Damschroder et al. (2009) (siehe Kapitel 3.7.1). Hierbei wurden alle Charakteristika einbezogen, für welche im Rahmen dieser Teilstudie ein erkennbarer Bezug zum Implementierungserfolg bestand und welche somit im Zusammenhang mit der eingangs genannten Forschungsfrage stehen.

## 4. Ergebnisse der Evaluation

### 4.1. Ergebnisse Teilstudie 1

Insgesamt haben im Beobachtungszeitraum 2.182 der 3.837 INVEST-Versicherten den Gesundheitskiosk für eine Beratung aufgesucht. Dabei wurden durchschnittlich pro INVEST-Versicherten im Beobachtungszeitraum 3 Beratungen im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen. Hinsichtlich der Art der Beratung im Gesundheitskiosk zeigen die Analysen, dass 49% der Beratungen Erstgespräche sind, 21 % Folgegespräche, 17 % Kurzberatungen, 8% Beratungen mit einem Diätassistenten und 5 % Sonstige Beratungen.

Hinsichtlich des Themas der Beratung im Gesundheitskiosk zeigen die Analysen, dass 40% der Beratungen zum Thema „Übergewicht“, 14% zum Thema „Navigation durch das Gesundheitssystem“ (z.B. Anträge, Arztsuche und Vermittlung an andere Einrichtungen), 7% zum Thema „Diabetes“, 6% „Psyche und Sucht“ und 33% zu Sonstigem erfolgten.

Die Analysen zur **Forschungsfrage 1** „Wodurch unterscheiden sich Nutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen des Gesundheitskiosks?“ zeigen für die Gesamtstichprobe aller Versicherten in Billstedt/Horn, dass die Wahrscheinlichkeit den Gesundheitskiosk zu nutzen mit **sinkendem Gesundheitsstatus** (höherer Elixhauser Komorbiditätscore) ( $p < 0.10$ ) signifikant steigt (siehe Tabelle 10). Zudem zeigt die Analysen mit der Gesamtstichprobe aller Versicherten in Billstedt/Horn, dass die Chance den Gesundheitskiosk zu nutzen um das 1.011-fache steigt, wenn das Alter um 1 Jahr ansteigt ( $p < 0.01$ ). Außerdem spielt das Geschlecht eine wichtige Rolle. So zeigen die Analysen, dass die Chance den Gesundheitskiosk zu nutzen für Männer um das 0.493-fache geringer ist als für Frauen ( $p < 0.01$ ). Auch die Analysen für die Subgruppe der INVEST-Versicherten zeigen, dass Männer eine geringere Nutzungswahrscheinlichkeit als Frauen haben; so ist die Chance den Gesundheitskiosk zu nutzen für Männer um das 0.695-fache geringer ist als für Frauen ( $p < 0.01$ ).

Im Gegensatz zu den Analysen mit der Gesamtstichprobe aller Versicherten in Billstedt/Horn zeigen die Analysen für die **Subgruppe der INVEST-Versicherten**, dass die Wahrscheinlichkeit den Gesundheitskiosk zu nutzen mit einem **besseren Gesundheitsstatus** (niedrigeren Elixhauser Komorbiditätscore) signifikant steigt ( $p < 0.10$ ), was dadurch erklärt werden könnte, dass sich eher gesündere Versicherte in das Programm einschreiben (siehe Teilstudie 3 und 7). Für das Alter konnte kein signifikanter Einfluss auf die Nutzung des Gesundheitskiosks für die Subgruppe der INVEST-Versicherten festgestellt werden. Hinsichtlich der **geografischen Entfernung** vom Wohnort zu Gesundheitskiosk zeigen die Analysen, dass die Chance den Gesundheitskiosk zu nutzen um das 0.966-fache sinkt, wenn die geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk um 1 km ansteigt ( $p < 0.05$ ).

Variablen	Chancenverhältnis für die Nutzung des Gesundheitskiosks	
	Versicherte in Billstedt/Horn	Subgruppe INVEST-Versicherte
Alter	1.011*** (.001)	.998 (.003)
Geschlecht (1=männlich)	.493*** (.031)	.695*** (.061)
Elixhauser Komorbiditätscore	1.006* (.003)	.992* (.004)
Geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk	-	.966** (.013)
Beobachtungen (N)	49.049	2.436
Pseudo R <sup>2</sup>	0.021	0.009

Anmerkung: Die Tabelle zeigt die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe aller Versicherten in Billstedt/Horn (linke Seite) sowie für die Subgruppe der INVEST-Versicherten (rechte Seite). Aufgrund von fehlenden Werten in den Routinedaten entspricht die Stichprobe von 2.436 INVEST-Versicherten in der rechten Spalte nicht der Gesamtzahl von 3.837 INVEST-Versicherten. Die fehlende Werte in den Routinedaten sind darauf zurückzuführen, dass Versicherte die Kasse gewechselt haben oder nicht durchgängig versichert waren, bei einer anderen Kasse außer der AOK/BARMER/DAK versichert waren oder aus Hamburg weggezogen sind. Die Koeffizienten wurden in Chancenverhältnisse (Odds Ratios) umgewandelt. Das Chancenverhältnis stellt das Verhältnis für die Chancen den Gesundheitskiosk zu nutzen bei einem Anstieg der unabhängigen Variablen um eine Einheit dar. Die Variable „geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk“ liegt nur für INVEST-Versicherte vor und wurde entsprechend auch nur in die Regression für die Subgruppe aller INVEST-Versicherten aufgenommen. Standardfehler werden in Klammern angegeben. Statistische Signifikanzniveaus: \*p < 0.10, \*\*p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

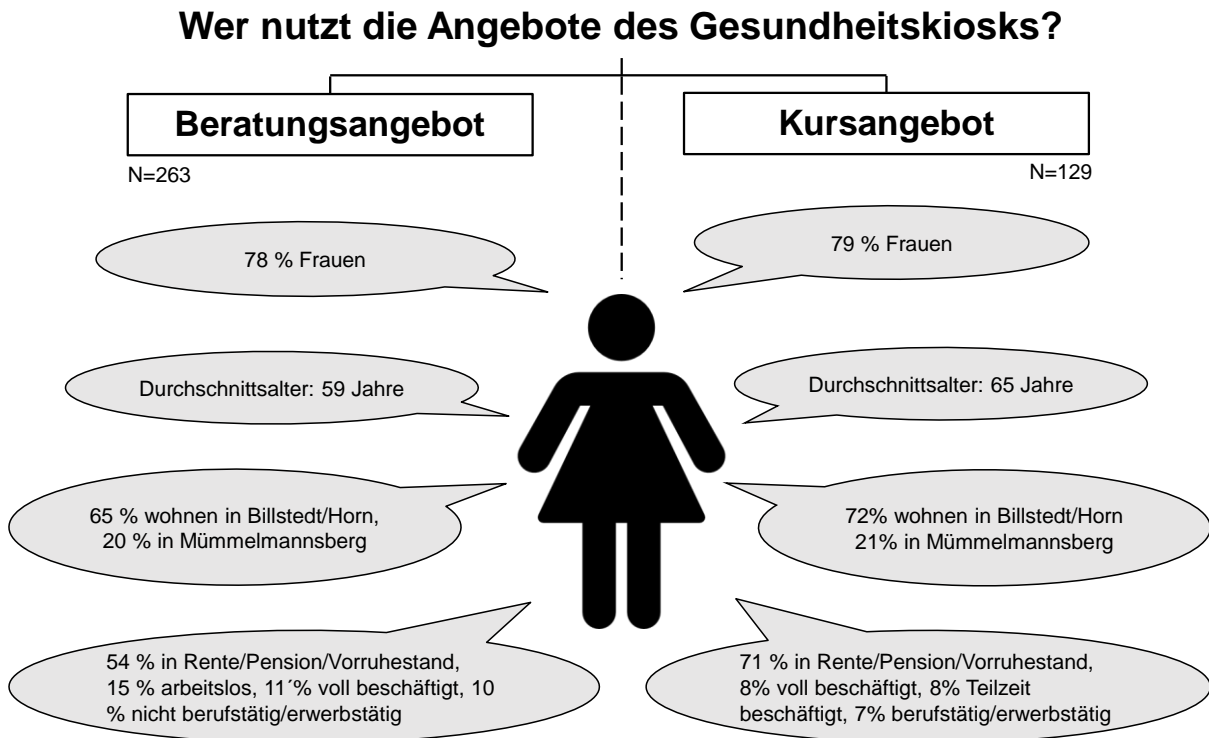
**Tabelle 10:** Ergebnisse zur Forschungsfrage 1 "Wodurch unterscheiden sich Nutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen des Gesundheitskiosks?"

Hinsichtlich der Anlässe und Motive zur Nutzung des Gesundheitskiosks, zeigen die Ergebnisse der INVEST-Versichertenbefragung, dass der Gesundheitskiosk insbesondere zur Klärung gesundheitlicher Fragen aufgesucht wurde (siehe Abbildung 17).



**Abbildung 17:** Anlässe und Motive zur Nutzung des Gesundheitskiosks (N = 302), Quelle: eigene Darstellung

Anhand der Befragungsdaten der Nutzer:innen des Gesundheitskiosks wurde ein Nutzerprofil der Versicherten, welche entweder eine Beratung in Anspruch genommen haben oder einen Kurs besucht haben, erstellt (siehe Abbildung 18).



**Abbildung 18:** Merkmale von Nutzer:innen des Beratungs- und Kursangebots des Gesundheitskiosks, Quelle: eigene Darstellung

Die Analysen zur **Forschungsfrage 2** „Welche Faktoren beeinflussen die Nutzungsintensität der Angebote des Gesundheitskiosks?“ zeigen, dass die ärztliche Überweisung (Social Prescribing) ( $p < 0.05$ ) sowie Übergewicht als Beratungsanlass ( $p < 0.01$ ) einen positiven Einfluss auf die Nutzungsintensität der Beratungsangebote im Gesundheitskiosk haben (siehe Tabelle 11). Das Inzidenzratenverhältnis von 1.166 für Social Prescribing bedeutet, dass die Inzidenzrate der Anzahl der Besuche im Gesundheitskiosk mit einer ärztlichen Überweisung das 1.166-fache der Inzidenzrate für Individuen ohne ärztliche Überweisung beträgt. Mit anderen Worten, die Inzidenzrate der Anzahl der Besuche ist für Individuen mit ärztlicher Überweisung um 16.6 Prozentpunkte höher als für Individuen ohne ärztliche Überweisung ( $p < 0.05$ ). Die Inzidenzrate der Anzahl der Besuche im Gesundheitskiosk beträgt für Individuen, die sich zu Übergewicht beraten lassen, das 1.251-fache der Inzidenzrate für Individuen, die sich nicht zu Übergewicht beraten lassen. Mit anderen Worten, die Inzidenzrate der Anzahl der Besuche ist für Individuen mit Übergewicht als Beratungsanlass um 25.1 Prozentpunkte höher als für Individuen ohne Übergewicht als Beratungsanlass ( $p < 0.01$ ). Die geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk hat einen negativen Einfluss auf die Nutzungsintensität der Beratungsangebote im Gesundheitskiosk ( $p < 0.05$ ), d.h. je weiter die Versicherten vom Gesundheitskiosk entfernt wohnen, desto geringer die Nutzungsintensität. Genau genommen, sinkt die Inzidenzrate der Anzahl der Besuche im Gesundheitskiosk um das 0.978-fache, wenn die geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk um 1 km ansteigt ( $p < 0.05$ ). In anderen Worten, die Inzidenzrate der Anzahl der Besuche sinkt um 2.2 Prozentpunkte, wenn die geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk um 1 km ansteigt ( $p < 0.05$ ).



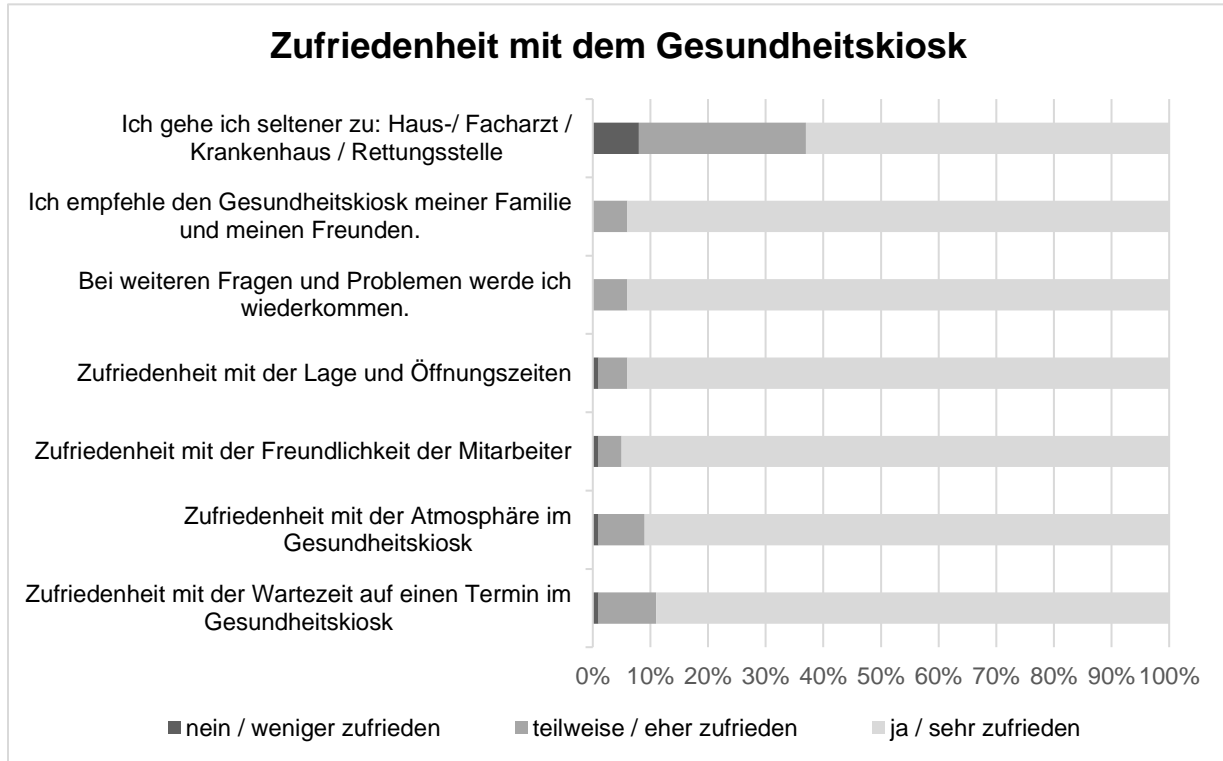
Variable	Inzidenzratenverhältnis für die Anzahl der Besuche im Gesundheitskiosk
Ärztliche Überweisung zum Gesundheitskiosk (=1)	1.166** (0.074)
Männlich (=1)	0.897 (0.064)
Alter (in Jahren)	0.997 (0.002)
Geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk (in km)	0.978** (0.008)
Beratungsanlass Übergewicht (=1)	1.251*** (0.082)
Beratungsanlass psychologische Beschwerden (=1)	1.003 (0.173)
Beobachtungen (N)	1.734

Anmerkung: Die Koeffizienten wurden in Inzidenzratenverhältnisse (Incidence Rate Ratios) umgewandelt. Das Inzidenzratenverhältnis stellt die durchschnittliche Anzahl der Besuche im Gesundheitskiosk bei einem Anstieg der unabhängigen Variablen um eine Einheit dar. Standardfehler werden in Klammern angegeben. Es wurden ausschließlich Individuen in die Analyse eingeschlossen, für die ein Beobachtungszeitraum von mindestens 3 Monaten vorlag. Statistische Signifikanzlevels: \*p < 0.10, \*\*p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

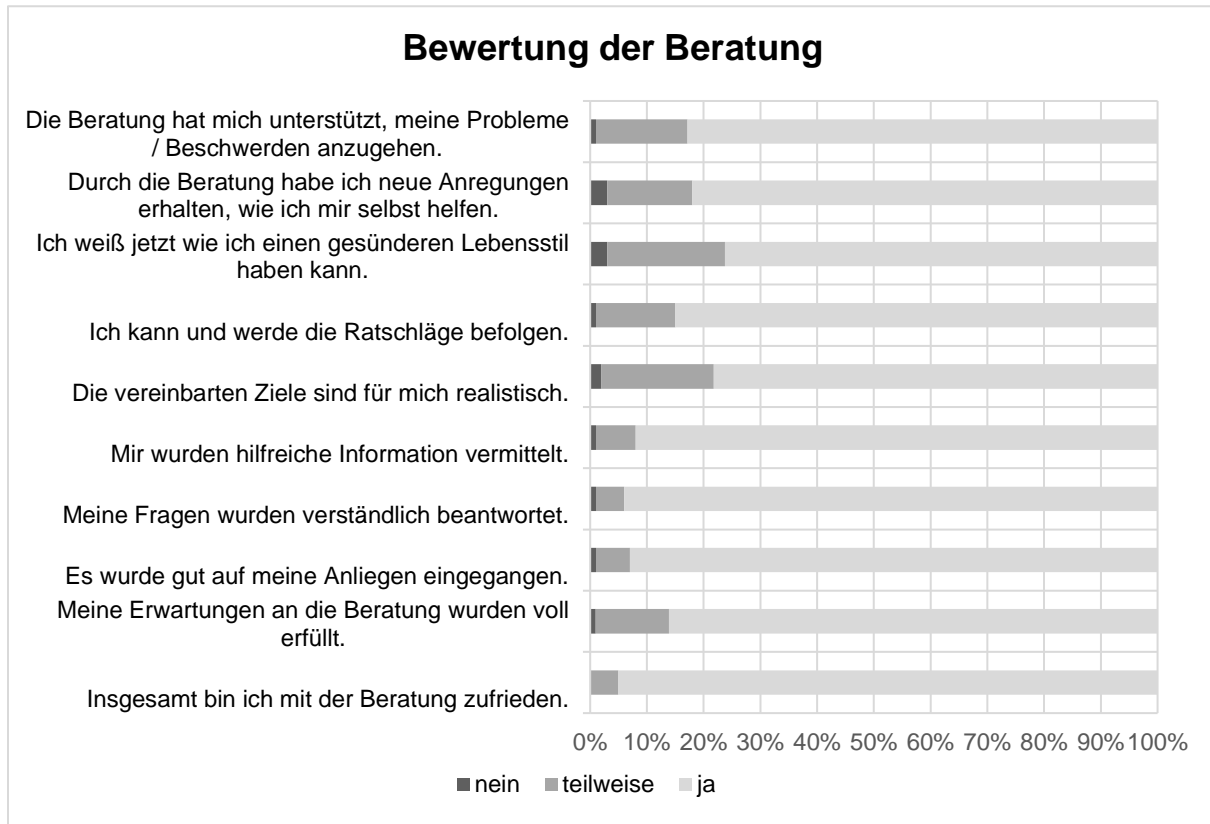
**Tabelle 11:** Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 "Welche Faktoren beeinflussen die Nutzungsintensität der Angebote des Gesundheitskiosks?"

Im Hinblick auf die **Forschungsfrage 3** „Wie zufrieden sind die Nutzer:innen mit den Angeboten des Gesundheitskiosks (Beratungen und Kurse)?“ zeigen die Ergebnisse der INVEST-Versichertenbefragung, dass 80% der befragten Nutzer:innen durch die Beratung/den Kurs im Gesundheitskiosk verstanden haben, was der Arzt bzw. Ärztin zu ihnen gesagt hat. 83% der befragten Nutzer:innen haben neue Informationen erhalten, wie sie sich selbst helfen können und 22% der befragten Nutzer:innen wurden an soziale Einrichtungen vermittelt.

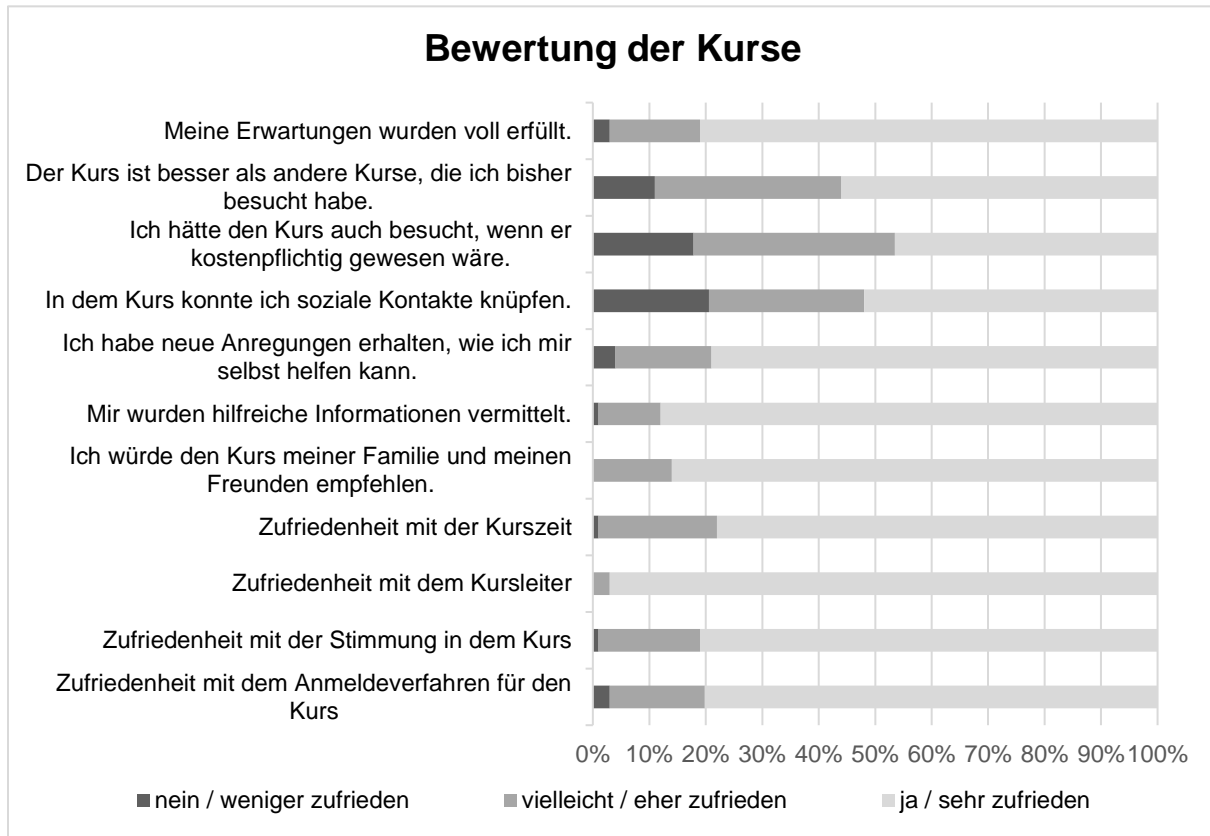
Die Ergebnisse aus der Gesundheitskioskbefragung zeigen, dass ein Großteil der Befragten sehr zufrieden mit dem **Gesundheitskiosk** ist (siehe Abbildung 19). Hinsichtlich der Bewertung der Angebote im Gesundheitskiosk zeigen die Ergebnisse, dass ein Großteil der Befragten die **Beratung** (siehe Abbildung 20) sowie **Kurse** (siehe Abbildung 21) positiv bewertet. Auffällig ist hierbei, dass lediglich 47% der Befragten, die Kurse auch nutzen würden, wenn sie kostenpflichtig wären, was möglicherweise an dem relativ niedrigen Durchschnittseinkommen in Billstedt/Horn liegen könnte.



**Abbildung 19:** Zufriedenheit mit dem Gesundheitskiosk (N=263), Quelle: eigene Darstellung



**Abbildung 20:** Bewertung der Beratung im Gesundheitskiosk (N=263), Quelle: eigene Darstellung



**Abbildung 21:** Bewertung der Kurse im Gesundheitskiosk (N=129), Quelle: eigene Darstellung

### Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser prozessevaluationsorientierten Teilstudie zum Gesundheitskiosk zeigen, dass der typische Nutzer:innen des Gesundheitskiosks weiblich ist, Rentner und in Billstedt/Horn wohnt. Eine wichtige Rolle für die Nutzung des Gesundheitskiosks durch Versicherten spielen Alter, Geschlecht, Gesundheitsstatus und geographische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk. Während ein Großteil der Beratungen im Gesundheitskiosk Erstgespräche sind und im Durchschnitt 3 Beratungen pro Versicherten in Anspruch genommen werden, zeigen die Ergebnisse, dass die ärztliche Überweisung in den Gesundheitskiosk (Social Prescribing) die Nutzungsintensität der Angebote des Gesundheitskiosks steigern kann. Ein Großteil der Nutzer:innen ist mit den Angeboten des Gesundheitskiosks zufrieden.

Durch die Triangulation von Datensätzen in dieser Teilstudie konnte die Validität von Daten und Ergebnissen maximiert werden. Allerdings sind die einzelnen Ergebnisse aus der Analyse der Befragungsdaten aufgrund der teilweise sehr geringen Stichprobengrößen nur eingeschränkt repräsentativ für die Gruppe der Nutzer:innen des Gesundheitskiosks und damit hinsichtlich Aussagekraft und Belastbarkeit limitiert. Die INVEST-Versichertenbefragung repräsentiert lediglich 14% und die Gesundheitskioskbefragung jeweils 12% (Befragung zur Beratung) und 6% (Befragung zum Kursangebot) der 2.182 Nutzer:innen des Gesundheitskiosks. Des Weiteren liegen in den Daten der GfBH UG keine Informationen zur Nutzung des Kursangebots vor, demnach können hierzu keine weiteren Aussagen generiert werden.

Eine weitere Limitation, welche bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen ist, besteht in möglichen Selektionseffekten durch sprachliche Verständnisschwierigkeiten, da

der Fragebogen zur Bewertung der Kurse im Gesundheitskiosk nicht in andere Sprachen übersetzt wurde. Die Gefahr von Selektionseffekten durch sprachliche Verständnisschwierigkeiten wird basierend auf bisheriger Erfahrung im Rahmen der Patientenbefragung (Teilstudie 2) und Versichertenbefragung (Teilstudie 4) jedoch als gering eingeschätzt. Bei beiden Befragungen wurde trotz Vorliegen des Fragebogens auf Türkisch, Polnisch und Farsi, überwiegend auf die deutsche Version zurückgegriffen.

## 4.2. Ergebnisse Teilstudie 2

### Befragungsrücklauf

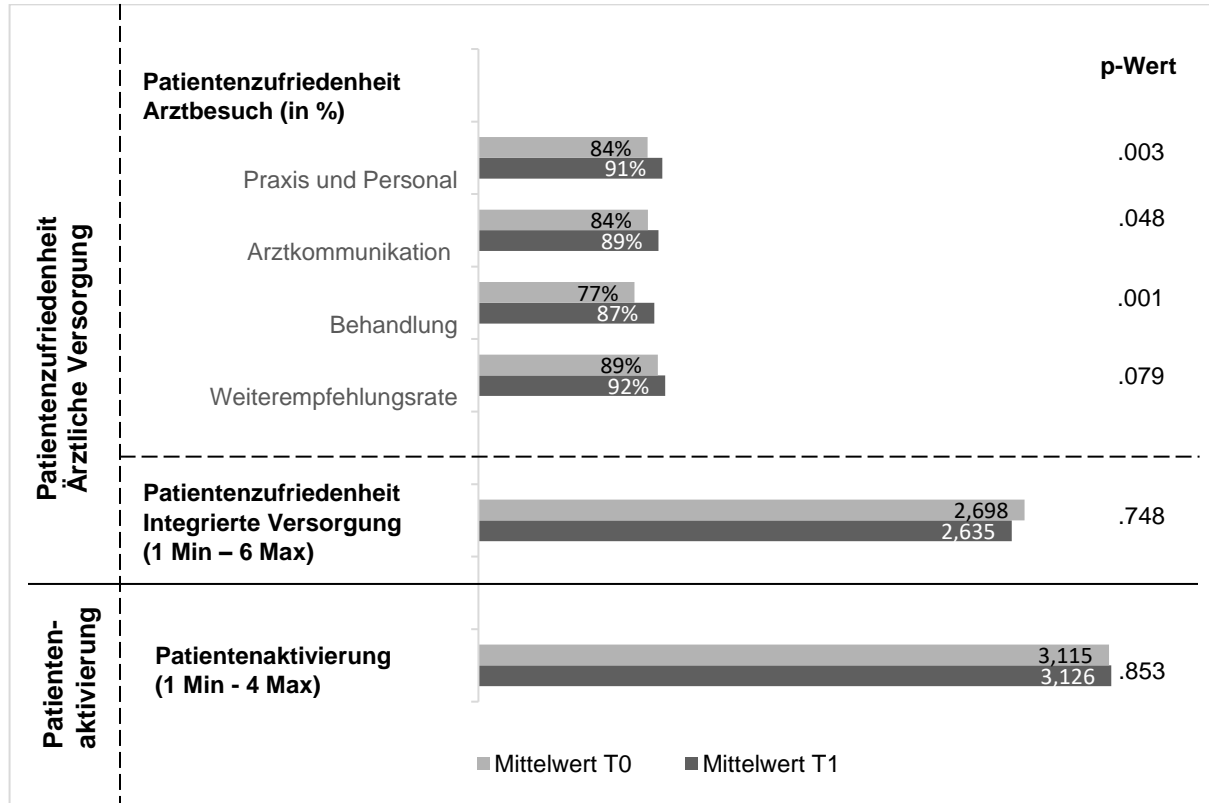
Im Rahmen der Patientenbefragung haben 1.221 Patient:innen aus 18 Arztpraxen (Durchschnitt von 68 Befragungsteilnehmern pro Arztpraxis, SD = 51.56) an der Erstbefragung (T0) teilgenommen und 98 Patient:innen aus 7 Arztpraxen an der Zweitbefragung (T1) (Durchschnitt von 14 Befragungsteilnehmern pro Arztpraxis, SD = 4.07).

### Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung

Die Analysen zur primären Forschungsfrage „Bewirkt das Projekt eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung im Vergleich zur Ausgangslage?“ zeigen, dass das Projekt INVEST Billstedt/Horn eine signifikante Verbesserung der **Patientenzufriedenheit mit dem Arztbesuch** im Vergleich zur Ausgangslage (T0) bewirkt. So ist die Patientenzufriedenheit mit dem Arztbesuch in den Dimensionen Praxis und Personal ( $p < 0.01$ ), Arztkommunikation ( $p < 0.05$ ), Behandlung ( $p < 0.01$ ) und Weiterempfehlungsrate ( $p < 0.10$ ) signifikant gestiegen (siehe Abbildung 22). Im Hinblick auf die **Patientenzufriedenheit mit der Integrierten Versorgung** im Vergleich zur Ausgangslage (Baseline) konnte keine signifikante Verbesserung festgestellt werden (siehe Abbildung 22).

### Patientenaktivierung

Die Analysen zur Forschungsfrage „Bewirkt das Projekt eine Verbesserung der Patientenaktivierung im Vergleich zur Ausgangslage?“ zeigen, dass keine signifikante Verbesserung der Patientenaktivierung in T1 im Vergleich zur Ausgangslage (T0) festgestellt werden konnte (siehe Abbildung 22).



Anmerkung: N(T0)=1.221; N(T1)=98

**Abbildung 22:** Ergebnisse aus dem Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich, Quelle: eigene Darstellung

Die Analysen zu den sekundären Forschungsfragen zeigen, dass Patientencharakteristika die **Patientenzufriedenheit** (Tabelle 12) und die **Patientenaktivierung** (Tabelle 13) beeinflussen.

So zeigt sich ein signifikanter Einfluss von Alter, Migrationshintergrund, sprachlicher Akkulturation und Gesundheitsstatus auf die **Patientenzufriedenheit**. Dabei zeigen Patient:innen mit zunehmendem Alter eine höhere Patientenzufriedenheit in den Dimensionen Arztkommunikation ( $p < 0.05$ ) und Weiterempfehlungsrate ( $p < 0.01$ ). Patient:innen mit einem Migrationshintergrund zeigen eine höhere Patientenzufriedenheit in den Dimensionen Praxis und Personal ( $p < 0.01$ ), Arztkommunikation ( $p < 0.05$ ) und Behandlung ( $p < 0.01$ ). Patient:innen mit einer höheren sprachlichen Akkulturation zeigen eine höhere Patientenzufriedenheit in den Dimensionen Praxis und Personal ( $p < 0.01$ ), Arztkommunikation ( $p < 0.05$ ) und Behandlung ( $p < 0.05$ ). Patient:innen mit einem besseren Gesundheitsstatus zeigen eine höhere Patientenzufriedenheit in den Dimensionen Arztkommunikation ( $p < 0.05$ ) und Behandlung ( $p < 0.05$ ).

Für **Patientenaktivierung** zeigte sich ein signifikanter Einfluss von Alter, Gesundheitsstatus und Selbstwirksamkeit. So zeigen Patient:innen mit zunehmendem Alter ( $p < 0.05$ ), einer höheren Selbstwirksamkeit ( $p < 0.01$ ) und einem besseren Gesundheitsstatus ( $p < 0.01$ ) eine höhere Patientenaktivierung.

Der Einfluss dieser Patientencharakteristika ist bei der Weiterentwicklung des Projekts zu berücksichtigen, beispielsweise in Form von zielgruppenspezifischen Interventionen, welche auf eine Steigerung der Patientenzufriedenheit und / oder Patientenaktivierung abzielen.

Variablen	(a) Praxis und Personal	(b) Arztkommunikation	(c) Behandlung	(d) Aggregierte Dimensionen (a)-(c)	(e) Weiterempfehlungsrate	(f) Integrierte Versorgung
<b>Alter</b>	0.005 (0.003)	0.008** (0.003)	0.006 (0.004)	0.006* (0.003)	0.010*** (0.003)	-0.020 (0.027)
<b>Alter<sup>2</sup></b>	-0.000 (0.000)	-0.000* (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000*** (0.000)	0.000 (0.000)
<b>Geschlecht (Referenz:männlich)</b>	0.045** (0.019)	0.022 (0.020)	0.040* (0.022)	0.036** (0.018)	0.020 (0.017)	-0.031 (0.154)
<b>Bildung (Referenz: kein Universitätsabschluss)</b>	0.022 (0.022)	0.008 (0.023)	-0.003 (0.025)	0.008 (0.021)	0.014 (0.019)	0.028 (0.176)
<b>Beschäftigung (Referenz: Voll beschäftigt)</b>						
Teilzeit beschäftigt	-0.013 (0.026)	-0.001 (0.028)	0.013 (0.030)	-0.011 (0.025)	0.017 (0.023)	-0.311 (0.220)
In Kurzarbeit	-0.143* (0.080)	-0.024 (0.084)	-0.111 (0.091)	-0.088 (0.077)	0.013 (0.078)	0.846 (0.618)
Elternzeit/Mutterschutz	0.014 (0.055)	-0.014 (0.058)	0.023 (0.063)	0.010 (0.053)	0.045 (0.048)	-0.879* (0.530)
Arbeitslos	0.002 (0.038)	-0.055 (0.040)	-0.038 (0.043)	-0.032 (0.036)	0.010 (0.033)	-0.408 (0.317)
Rente, Pension, Vorruhestand	0.021 (0.035)	0.040 (0.037)	0.038 (0.040)	0.030 (0.033)	0.039 (0.030)	0.062 (0.274)
In Ausbildung / (Hoch-) Schule	0.050 (0.044)	0.032 (0.047)	0.030 (0.050)	0.036 (0.042)	0.048 (0.040)	-0.464 (0.362)
Nicht berufstätig/nicht erwerbstätig/ Hausfrau/Hausmann	0.019 (0.043)	0.018 (0.045)	0.003 (0.048)	0.010 (0.041)	0.061 (0.038)	-0.494 (0.328)
<b>Wohnsituation (Referenz: mit 1 oder &gt;1 Person im Haushalt)</b>	0.002 (0.023)	-0.007 (0.024)	-0.004 (0.026)	-0.004 (0.022)	0.006 (0.020)	-0.055 (0.181)
<b>Migrationshintergrund (Referenz: in Deutschland geboren)</b>	0.079*** (0.027)	0.069** (0.028)	0.116*** (0.031)	0.092*** (0.026)	0.028 (0.023)	0.094 (0.220)



Tabelle 12 (Fortsetzung)

<b>Sprachliche Akkulturation</b> (Referenz: sprechen häufig, selten, nie Deutsch zu Hause)	0.109*** (0.027)	0.063** (0.029)	0.072** (0.031)	0.092*** (0.026)	0.033 (0.024)	-0.211 (0.219)
<b>Gesundheitsstatus (EQ-VAS)</b>	0.000 (0.000)	0.001** (0.001)	0.001** (0.001)	0.001** (0.000)	0.000 (0.000)	-0.000 (0.004)
<b>Chronische Erkrankung</b>	-0.011 (0.010)	-0.007 (0.011)	-0.000 (0.012)	-0.007 (0.010)	0.002 (0.009)	-0.127 (0.083)
<b>Selbstwirksamkeit</b>	0.012 (0.012)	0.020 (0.013)	0.019 (0.014)	0.013 (0.012)	0.027** (0.011)	-0.256*** (0.098)
<b>Optimismus</b>	0.007 (0.016)	0.002 (0.017)	0.011 (0.019)	0.009 (0.016)	-0.007 (0.014)	-0.097 (0.131)
<b>Für Praxis kontrolliert</b>	Ja					
<b>Beobachtungen</b>	606	607	605	609	576	478
<b>R<sup>2</sup></b>	0.152	0.165	0.154	0.176	0.153	0.099

Anmerkung: Die grün markierten Felder stellen die Koeffizienten zu patientenbezogenen Faktoren mit einem signifikant positivem Einfluss auf die jeweiligen abhängigen Variable (a-f) dar. Die rot markierten Felder stellen die Koeffizienten zu patientenbezogenen Faktoren mit einem signifikant negativem Einfluss auf die jeweiligen abhängigen Variable (a-f) dar. Standardfehler sind in Klammern dargestellt. Statistische Signifikanzniveaus: \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

**Tabelle 12:** Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage „Welche patientenbezogenen Faktoren beeinflussen die **Patientenzufriedenheit** mit der ärztlichen Versorgung?“

Variablen	Patienten-aktivierung
<b>Alter</b>	<b>0.013**</b>
	(0.006)
<b>Alter<sup>2</sup></b>	<b>-0.000</b>
	(0.000)
<b>Geschlecht (Referenz:männlich)</b>	<b>0.052</b>
	(0.037)
<b>Bildung (Referenz: kein Universitätsabschluss)</b>	<b>0.021</b>
	(0.043)
<b>Beschäftigung (Referenz: Voll beschäftigt)</b>	
Teilzeit beschäftigt	0.009
	(0.051)
In Kurzarbeit	-0.088
	(0.157)
Elternzeit/Mutterschutz	0.060
	(0.108)
Arbeitslos	-0.012
	(0.074)
Rente, Pension, Vorruhestand	0.070
	(0.068)
In Ausbildung / (Hoch-) Schule	0.039
	(0.087)
Nicht berufstätig/nicht erwerbstätig/ Hausfrau/Hausmann	<b>0.217***</b>
	(0.082)
<b>Wohnsituation (Referenz: mit einer oder mehr als einer Person im Haushalt lebend)</b>	<b>0.014</b>
	(0.044)
<b>Migrationshintergrund (Referenz: in Deutschland geboren)</b>	<b>-0.032</b>
	(0.052)
<b>Sprachliche Akkulturation (Referenz: sprechen häufig, selten oder nie Deutsch zu Hause)</b>	<b>0.086</b>
	(0.053)
<b>Gesundheitsstatus (EQ-VAS)</b>	<b>0.003***</b>
	(0.001)
<b>Chronische Erkrankung</b>	<b>-0.015</b>
	(0.020)
<b>Selbstwirksamkeit</b>	<b>0.289***</b>
	(0.024)
<b>Optimismus</b>	<b>0.032</b>
	(0.032)
Für Praxis kontrolliert	Ja
<b>Beobachtungen</b>	<b>617</b>
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0.389</b>

Anmerkung: Die grün markierten Felder stellen die Koeffizienten zu patientenbezogenen Faktoren mit einem signifikant positivem Einfluss auf die jeweiligen abhängigen Variable (a-f) dar. Die rot markierten Felder stellen die Koeffizienten zu patientenbezogenen Faktoren mit einem signifikant negativem Einfluss auf die jeweiligen abhängigen Variable (a-f) dar. Standardfehler sind in Klammern dargestellt. Statistische Signifikanzniveaus: \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

**Tabelle 13:** Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage „Welche patientenbezogenen Faktoren beeinflussen die **Patientenaktivierung**?“

## Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Teilstudie zeigen, dass das Projekt INVEST zumindest in Ansätzen eine Verbesserung der Patientenorientierung der Versorgung zu bewirken scheint. So konnte eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit mit dem Arztbesuch festgestellt werden. Im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit mit der Integrierten Versorgung und auch auf die Patientenaktivierung konnten keine signifikanten Veränderungen basierend auf den vorliegenden Analysen festgestellt werden. Die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs im Hinblick auf die Zielgrößen sind jedoch im Hinblick auf statistische Präzision und Belastbarkeit als kritisch zu bewerten und sollten damit mit großer Vorsicht interpretiert werden. Bedingt durch Covid-19 Pandemie, ist die Stichprobengröße in der Zweitbefragung (T1) im Vergleich zur Erstbefragung (T0) stark reduziert. Da ein Großteil der Praxen aus der Erstbefragung nicht an der Zweitbefragung teilgenommen hat, waren keine praxisspezifischen Analysen zur Evaluation von Interventionen auf Praxisebene möglich. Voraussetzung für die statistische Aussagekraft von praxisspezifischen Ergebnissen ist die Mindestanzahl an 30 rückläufigen Fragebögen pro Arztpraxis (statische Daumenregel) (Bortz & Schuster, 2010). Da diese Mindestanzahl in der Zweitbefragung nicht erreicht werden konnte und weniger als die Hälfte der Arztpraxen aus der Erstbefragung nicht an Zweitbefragung teilgenommen haben, sind die Ergebnisse der praxisspezifischen Substichproben nicht belastbar und werden daher hier nicht ausgewiesen. Da auf Praxisebene jedoch keine spezifischen Interventionen implementiert wurden, ist diese Analyseebene für die Aussagekraft der Gesamtevaluation als vernachlässigbar einzustufen. Grundsätzlich können auf Basis der vorliegenden Analysen und Ergebnisse nur bedingt belastbare Rückschlüsse zur Zielerreichung und Erfolgsbewertung gezogen werden.

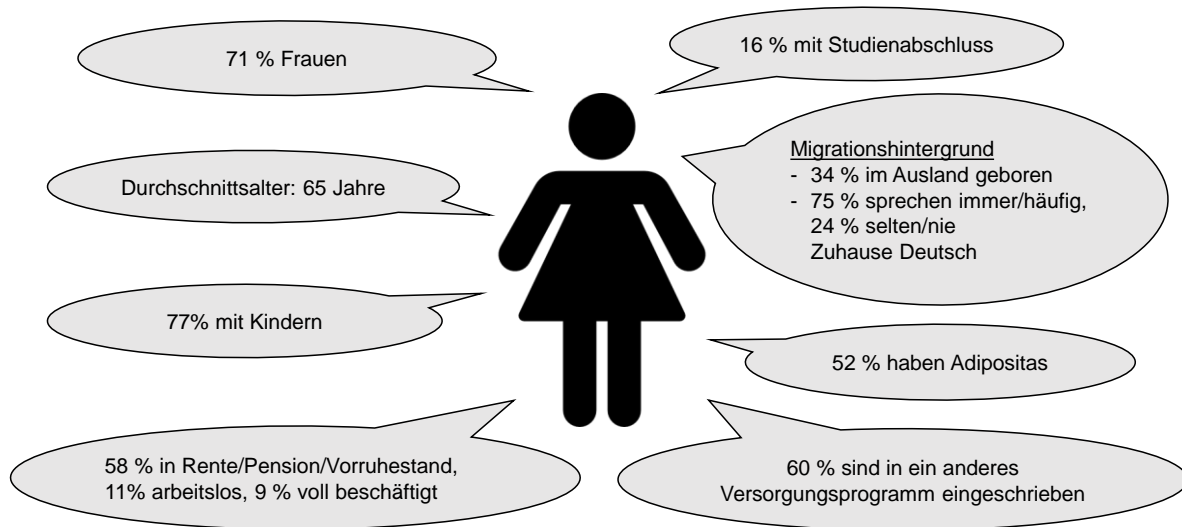
Die Ergebnisse zur sekundären Forschungsfrage sind von den genannten Limitationen nicht betroffen. So liefern diese Ergebnisse wichtige Hinweise zur Weiterentwicklung der Interventionen zur Steigerung der Patientenorientierung der Versorgung. Eine Steigerung der Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung scheint insbesondere durch die Implementierung zielgruppenspezifischer Interventionen mit Fokus auf jüngere Patient:innen, Patient:innen ohne Migrationshintergrund, Patient:innen mit geringer sprachlicher Akkulturation und Patient:innen mit einem niedrigen Gesundheitsstatus aussichtsreich. Patientenaktivierung hingegen lässt sich basierend auf den vorliegenden Ergebnissen insbesondere durch zielgruppenspezifische Interventionen mit Fokus auf jüngere Patient:innen, Patient:innen mit einer niedrigen Selbstwirksamkeit und Patient:innen mit einem niedrigen Gesundheitsstatus verbessern.

### 4.3. Ergebnisse Teilstudie 3

#### Prozessevaluation

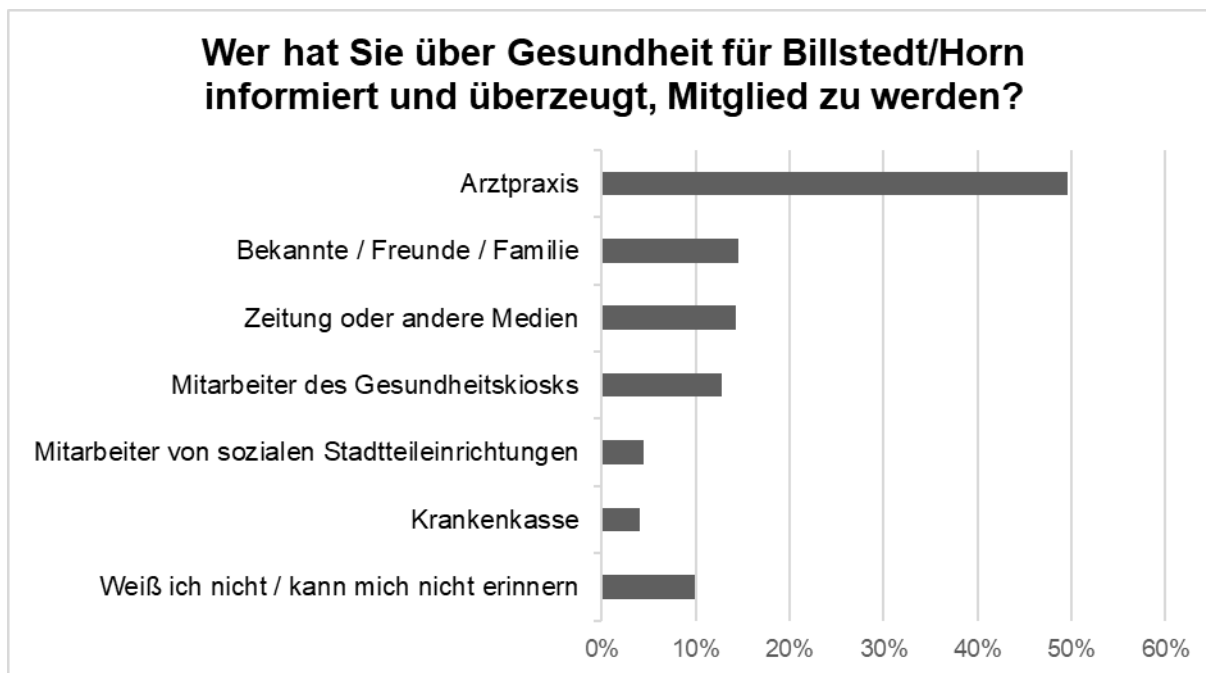
Die Analysen zur Forschungsfrage P.1 „**Welche Versicherten werden durch die neue Versorgungsform INVEST Billstedt/Horn erreicht?**“ zeigen, dass mehrheitlich Frauen, mit einem Durchschnittsalter von 65 Jahren, mit Kindern, in Rente/Pension/Vorruhestand, ohne Studienabschluss, mit einer Adipositas Erkrankung sich in die neue Versorgungsform eingeschrieben haben. Der überwiegende Anteil der INVEST-Versicherten ist bereits in ein weiteres Versorgungsprogramm eingeschrieben, was auf eine Präventionsorientierung der INVEST-Versicherten hindeutet. Hinsichtlich des Migrationshintergrunds zeigen die Analysen, dass 34% der INVEST-Versicherten im Ausland geboren sind und mehrheitlich immer oder häufig Deutsch Zuhause spricht (siehe Abbildung 23). Diese soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Merkmale sind bei der zielgruppenorientierten Weiterentwicklung von Interventionen in der neuen Versorgungsform INVEST zu berücksichtigen. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse zu den Merkmalen von INVEST-Versicherten befindet sich im Anhang TS3\_A5.

## Welche Versicherten werden durch die neue Versorgungsform INVEST erreicht?



**Abbildung 23:** Merkmale von INVEST-Versicherten (N(T0)=665), Quelle: eigene Darstellung

Die Analysen zur Forschungsfrage P.2 „**Wie werden Versicherte auf die neue Versorgungsform INVEST aufmerksam?**“ zeigen, dass die wichtigste Aufmerksamkeitsquelle für die Einschreibung in die neue Versorgungsform die Arztpraxis ist. Demnach wurden 50% der im Rahmen der INVEST-Versichertenbefragung befragten INVEST-Versicherte von der Arztpraxis über die neue Versorgungsform informiert und überzeugt, sich in die neue Versorgungsform einzuschreiben. Weitere Aufmerksamkeitsquelle für die neue Versorgungsform ist das soziale Umfeld (15% der befragten INVEST-Versicherten wurden von Bekannten, Freunden oder der Familie über die neue Versorgungsform informiert und überzeugt, Mitglied zu werden), Zeitungen oder andere Medien (14%), Mitarbeiter:innen des Gesundheitskiosks (13%), Mitarbeiter:innen von sozialen Stadtteileinrichtungen (4%) und Krankenkassen (4%) (siehe Abbildung 24). Diese Ergebnisse sind bei der Wahl von Informationskanälen zum Erreichen potenzieller INVEST-Versicherter für die neue Versorgungsform zu berücksichtigen. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse zu den Aufmerksamkeitsquellen für die neue Versorgungsform INVEST befindet sich im Anhang TS3\_A6.



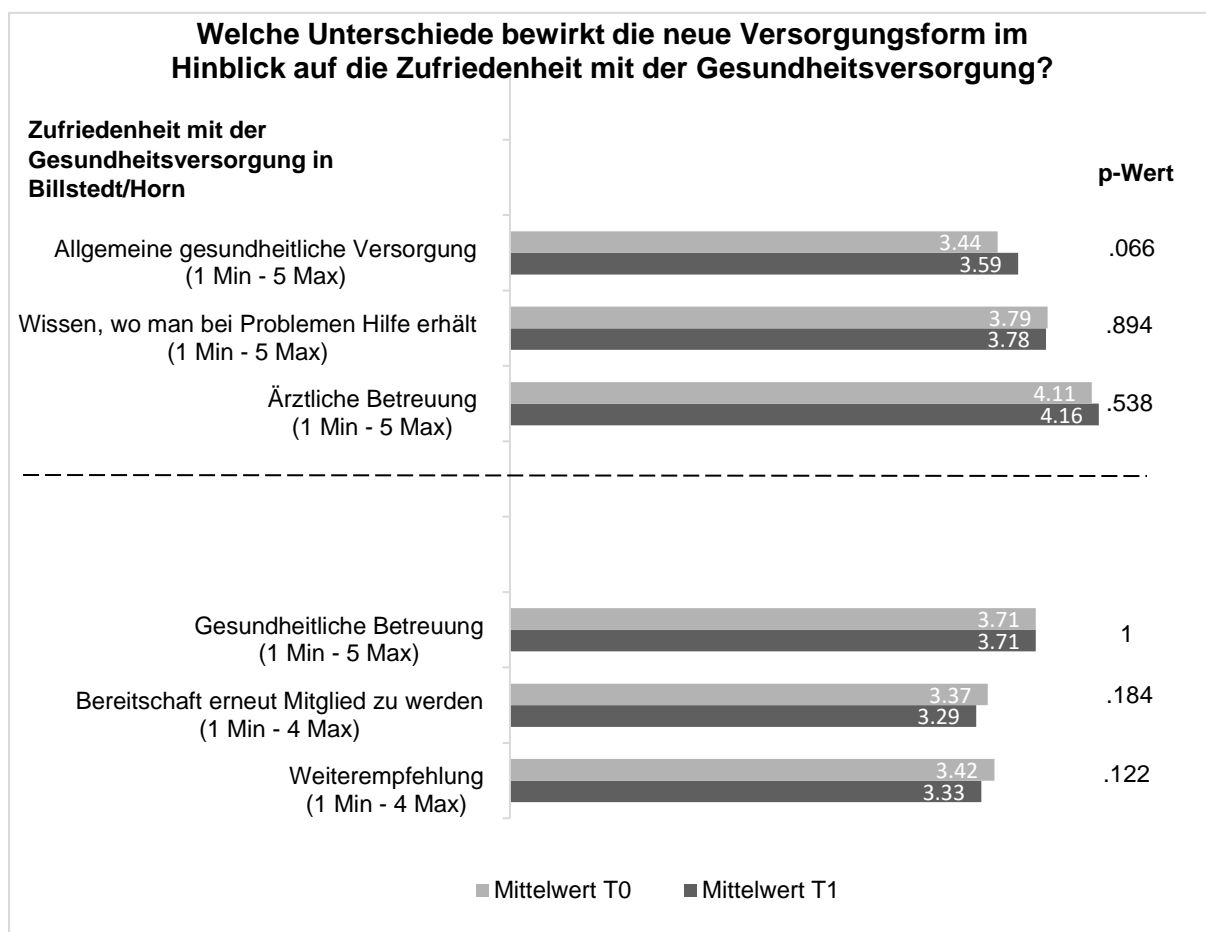
**Abbildung 24:** Aufmerksamkeitsquellen für die Einschreibung in INVEST (N(T0)=665), Quelle: eigene Darstellung

Die Analysen zur Forschungsfrage P.3 „**Wie intensiv werden die zielgruppenspezifischen Interventionen durch die INVEST-Versicherten genutzt?**“ zeigen, dass 57% der INVEST-Versicherten das Beratungsangebot im Gesundheitskiosk mindestens einmal genutzt haben. Dabei wurden durchschnittlich pro INVEST-Versicherten im Beobachtungszeitraum 3 Beratungen im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen. Leistungen aus dem Versorgungsprogramm „Patienten im Blick“ wurden lediglich von 12% der INVEST-Versicherten in Anspruch genommen. 32% der befragten INVEST-Versicherten haben mit ihrem Arzt bzw. Ärztin Gesundheitsziele vereinbart (Zielvereinbarung).

### Ergebnisevaluation

Hinsichtlich der primären Forschungsfrage E.1 „**Welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn der INVEST-Versicherten?**“ zeigen die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Mittelwertvergleichs, dass die befragten INVEST-Versicherten die gesundheitliche Versorgung in Billstedt/Horn zum Ende der neuen Versorgungsform (Folgebefragung T1) signifikant ( $p < 0.1$ ) besser beurteilen im Vergleich zur Erstbefragung T0.

Hinsichtlich des Wissens, wo man bei Problemen Hilfe erhält, hinsichtlich der ärztlichen Betreuung und hinsichtlich der Zufriedenheit mit der neuen Versorgungsform INVEST lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Werten der Erst- und Folgebefragung feststellen. Basierend auf den der Analyse zugrundeliegenden Daten, kann demnach keine signifikante Verbesserung in dieser Zielgröße durch die neue Versorgungsform angenommen werden (siehe Abbildung 25).



**Abbildung 25:** Ergebnisse aus dem Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich Zufriedenheit Gesundheitsversorgung (N(T0;T1)=302), Quelle: eigene Darstellung

Hinsichtlich der primären Forschungsfragen E.2 „Welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die **Patientenaktivierung**?“ und E.3 „Welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform im Hinblick auf die **gesundheitsbezogene Lebensqualität**?“ sowie sekundären Forschungsfragen E.4 „Welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform im Hinblick auf das **Gesundheitsverhalten**?“ und E.5 „Welche Unterschiede bewirkt die neue Versorgungsform im Hinblick auf das **gesundheitsrelevante Wissen**?“ zeigen die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Mittelwertvergleichs, dass die neue Versorgungsform keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf diese Zielgrößen bewirken konnte. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse des Vorher-Nachher-Mittelwertvergleichs befindet sich im Anhang TS3\_A7.

Die Ergebnisse den linearen Panelregressionen decken sich weitestgehend mit den oben beschriebenen Ergebnissen des Vorher-Nachher-Mittelwertvergleichs. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt ceteris paribus, d.h. unter Konstanthaltung aller unbeobachtbaren zeitkonstanter Charakteristika der befragten INVEST-Versicherten.

Hinsichtlich der Forschungsfrage E.1 lässt sich für die Zielvariable **Zufriedenheit mit der allgemeinen Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn** ein signifikanter Anstieg ( $p < 0.05$ ) für die Folgebefragung T1 im Vergleich zur Erstbefragung T0 feststellen (siehe Tabelle 14). Das bedeutet, dass die befragten INVEST-Versicherten die gesundheitliche Versorgung in Billstedt/Horn zum Ende der neuen Versorgungsform (Folgebefragung T1) im Vergleich zur Erstbefragung T0 besser beurteilen.



### Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn

Variablen	Allgemeine gesundheitliche Versorgung	Wissen, wo man bei Problemen Hilfe erhält	Ärztliche Betreuung
T1:Folgebefragung (Referenz = T0)	.143** (.059)	-.011 (.063)	.050 (.057)
Konstante	.443*** (.042)	3.794*** (.044)	4.107*** (.040)
Beobachtungen / Individuen	546 / 273	564 / 282	560 / 280

### Zufriedenheit mit Gesundheit für Billstedt/Horn

Variablen	Gesundheitliche Betreuung	Bereitschaft erneut Mitglied zu werden	Weiterempfehlung
T1:Folgebefragung (Referenz = T0)	.000 (.056)	-.082* (.043)	-.092** (.040)
Konstante	3.712 (.039)	3.372*** (.043)	3.419*** (.028)
Beobachtungen / Individuen	528 / 264	538 / 269	544 / 272

Anmerkung: Die Gesamtstichprobe umfasst das INVEST-Versichertenpanel (Befragungsteilnehmer der Erst- und Folgebefragung) und liegt insgesamt bei 302 Beobachtungen. Schwankungen bei den Beobachtungen zu den einzelnen Variablen sind auf fehlende Antworten in den einzelnen Fragen zurückzuführen (Missing values). Statistische Signifikanzniveaus: \*p < 0.10, \*\*p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

**Tabelle 14:** Ergebnisse aus den Panelregressionen für die Forschungsfrage E.1 (N(T0;T1)=302)

Hinsichtlich der weiteren Zielgrößen zur Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn, d.h. dem **Wissen, wo man bei Problemen Hilfe erhält** und der **ärztlichen Betreuung**, lassen sich keine signifikanten Veränderungen zwischen der Erst- (T0) und Folgebefragung (T1) feststellen. In Bezug auf die Zielvariablen zur Zufriedenheit mit der neuen Versorgungsform INVEST deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sowohl die **Bereitschaft erneut Mitglied** ( $p < 0.1$ ) als auch die **Weiterempfehlungsbereitschaft** ( $p < 0.05$ ) in der Folgebefragung (T1) im Vergleich zur Erstbefragung (T0) signifikant niedriger ist. Das bedeutet, dass zum Ende der neuen Versorgungsform die Bereitschaft der befragten INVEST-Versicherten die neue Versorgungsform weiterzuempfehlen und erneut Mitglied zu werden sinken. Die Ergebnisse der Panelregressionsanalysen zu den Forschungsfragen E.2, E.3, E.4 und E.5 zeigen, dass die neue Versorgungsform keine signifikanten Veränderungen im Hinblick auf die **Patientenaktivierung**, die **gesundheitsbezogene Lebensqualität**, das **Gesundheitsverhalten** und das **gesundheitsrelevante Wissen** von INVEST-Versicherten bewirken konnte. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse der Panelregressionen befindet sich im Anhang TS3\_A8.

Hinsichtlich der Forschungsfrage E.6 „Inwieweit unterscheiden sich die Ergebnisse in Abhängigkeit der **Nutzungsintensität der zielgruppenspezifischen Interventionen?**“ zeigen die Interaktionsanalysen, dass Unterschiede in den Zielgrößen (E.1 – E.5) zwischen der Erstbefragung T0 und Folgebefragung T1 entgegen der eingangs postulierter Erwartungen nicht signifikant durch die Nutzung der zielgruppenspezifischen Maßnahmen (Gesundheitskiosk, Versorgungsprogramme, Zielvereinbarung) beeinflusst wird. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse der Interaktionsanalysen befindet sich im Anhang TS3\_A9.

Die Analysen zur Forschungsfrage E.7 „Inwiefern konnten INVEST-Versicherte die Gesundheitsziele, die sie im Rahmen der **Zielvereinbarung** mit dem Arzt formuliert haben, erreichen?“ zeigen, dass 17% der befragten INVEST-Versicherten ihre vereinbarten Gesundheitsziele nicht oder eher nicht erreichen konnten, während ein Großteil der INVEST-Versicherten die vereinbarten Gesundheitsziele teilweise (36%) oder eher (35%) erreichen konnte. 12% der befragten INVEST-Versicherten konnten die vereinbarten Gesundheitsziele genau erreichen.

## Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Prozessevaluation in dieser Teilstudie zeigen, dass die neue Versorgungsform INVEST mehrheitlich weibliche Rentner, ohne Studienabschluss und mit einer Adipositas-Erkrankung erreicht, die mehrheitlich immer oder häufig Deutsch Zuhause sprechen und bereits in ein anderes Versorgungsprogramm eingeschrieben sind. Dabei ist die wichtigste Aufmerksamkeitsquelle für die Einschreibung in die neue Versorgungsform die Arztpraxis. Während über die Hälfte der INVEST-Versicherten den Gesundheitskiosk schon mindestens einmal genutzt haben, wurden andere zielgruppenspezifischen Interventionen wie Versorgungsprogramme (32%) und Zielvereinbarungen mit dem Arzt bzw. Ärztin (12%) vergleichsweise wenig genutzt.

Die Ergebnisse der Ergebnisevaluation in dieser Teilstudie zeigen, dass die neue Versorgungsform INVEST Billstedt/Horn zumindest in Ansätzen eine Verbesserung der Patientenorientierung der Versorgung im Hinblick auf die INVEST-Versicherten zu bewirken scheint. So konnte eine Verbesserung der Zufriedenheit mit der allgemeinen Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn festgestellt werden. Im Hinblick auf die Patientenaktivierung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie sekundäre Zielgrößen wie das Gesundheitsverhalten und das gesundheitsrelevante Wissen der INVEST-Versicherten konnten keine oder keine eindeutigen signifikanten Veränderungen basierend auf den vorliegenden Analysen festgestellt werden. Die Ergebnisse hinsichtlich der Zielgrößen wurden durch die Nutzung zielgruppenspezifischer Maßnahmen (Gesundheitskiosk, Versorgungsprogramme, Zielvereinbarung) nicht signifikant beeinflusst.

Folgende Limitationen, welche die statistische Präzision und Belastbarkeit der Ergebnisevaluation einschränken sind jedoch bei der Interpretation und Ableitung von Schlussfolgerungen der vorliegenden Ergebnisse zu berücksichtigen. Die Folgebefragung T1 der INVEST-Versichertenbefragung erfolgte nach Ausbruch der Corona Pandemie (COVID-19) von Juli bis November 2020. Mögliche Auswirkungen der Pandemie auf die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und die Gesundheit der Befragungsteilnehmer, können damit eine Verzerrung der Ergebnisse der Folgebefragung bewirkt haben. Demnach ist der Vorher-Nachher-Vergleich für das INVEST-Befragungspanel im Hinblick auf die Zielgrößen nur begrenzt belastbar.

Des Weiteren kann nicht ausgeschlossen werden, dass die nicht signifikanten Ergebnisse in den Vorher-Nachher-Mittelwertvergleichen sowie Panel- und Interaktionsanalysen durch die relativ geringe Anzahl an Beobachtungen und die daraus resultierende geringe Teststärke (statistische Power) der Analysen zustande kommen. Längere Beobachtungszeiträume und die damit verbundene Vergrößerung der Stichprobe wären empfehlenswert, um die Wahrscheinlichkeit belastbare Ergebnisse zu erzielen zu erhöhen.

Eine weitere Limitation, welche bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen ist, besteht in möglichen Selektionseffekten durch sprachliche Verständnisschwierigkeiten, da der Fragebogen der INVEST-Versichertenbefragung nicht in andere Sprachen übersetzt wurde. Die Gefahr von Selektionseffekten durch sprachliche Verständnisschwierigkeiten wird basierend auf bisheriger Erfahrung im Rahmen der Patientenbefragung (Teilstudie 2) und Versichertenbefragung (Teilstudie 4) jedoch als gering eingeschätzt. Bei beiden Befragungen wurde trotz Vorliegen des Fragebogens auf Türkisch, Polnisch und Farsi, überwiegend auf die deutsche Version zurückgegriffen.

#### 4.4. Ergebnisse Teilstudie 4

##### Deskriptiver Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe zu Beginn und Ende des Projektes

Das Panel der Versicherten, die zu beiden Zeitpunkten (T0 und T1) an der Befragung teilgenommen haben, umfasst in der Interventionsgruppe 460 Personen und in der Kontrollgruppe 992 Personen, ein deskriptiver Vergleich der Gruppen hinsichtlich der in dieser Teilstudie genutzten Variablen ist in Tabelle 15 gegeben.

Variablen	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	T0	T1	T0	T1
<b>Anzahl der Beobachtungen (n)</b>	460	460	992	992
<b>Alter (Mittelwert)</b>	57.89	59.89	57.53	59.53
<b>Geschlecht (Referenz: weiblich; in %)</b>	52.6	52.6	55.7	55.7
<b>Migrationshintergrund (Referenz: Versicherte: oder Eltern nicht in Deutschland geboren; in %)</b>	46.5	47.3	43.3	42.6
<b>Deutschkenntnisse (Referenz: gute Deutschkenntnisse; in %)</b>	75.0	71.5	75.6	76.5
<b>Bildung (Referenz: Abitur und/oder Studium; in %)</b>	25.6	26.1	30.9	30.4
<b>Berufstätigkeit (Referenz: berufstätig; in %)</b>	38.9	37.6	40.4	40.2
<b>Familienstand (Referenz: verheiratet; in %)</b>	56.1	56.3	55.0	54.5
<b>Arztbesuche pro Jahr (Mittelwert)</b>	18.04	19.25	16.65	16.53
<b>Krankenhausaufenthalte pro Jahr (Mittelwert)</b>	0.34	0.33	0.32	0.32
<b>ASK-Rate pro Jahr (Mittelwert)</b>	0.26	0.19	0.22	0.24
<b>Gesundheitskompetenz-Index (Mittelwert)</b>	31.47	31.68	31.77	31.82
<b>Subjektiver Gesundheitszustand (Mittelwert)</b>	3.37	3.34	3.45	3.45
<b>Objektiver Gesundheitszustand (Elixhauser Score; als Mittelwert)</b>	3.43	4.07	2.71	3.29

Anmerkung: Detaillierte Informationen zur Messung der Kontrollvariablen finden sich in Anhang TS4\_A4. In der Interventionsgruppe unterschieden sich die Angaben zum Migrationshintergrund zwischen den Befragungszeitpunkten T0 und T1 bei 13 Versicherten, in der Kontrollgruppe bei 25 Versicherten. Der Ausschluss dieser Versicherten aus den Hauptanalysen führte zu keiner Änderung von Effektstärke, -Richtung und Signifikanz.

**Tabelle 15:** Deskriptiver Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe für T0 (2017) und T1 (2019)

##### Zugang zur Gesundheitsversorgung

Zur Beantwortung der **Forschungsfrage 1** wurde zunächst die Zahl der Arztbesuche pro Jahr untersucht. Die DiD Analyse (Tabelle 16) zeigt, dass die Anzahl der Arztbesuche in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe um durchschnittlich 1.9 Besuche pro Versicherte:n pro Jahr zugenommen hat ( $\beta_{DiD}=1.923$ ,  $p=0.042$ ). Dieses Ergebnis ist signifikant auf dem 5% Niveau.<sup>13</sup> Da die Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Dimensionen steht, wurde der Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die Anzahl der Arztbesuche untersucht. Eine Steigerung der Gesundheitskompetenz um einen Punkt geht mit einer Reduktion um 0.176 Arztbesuche pro Versicherte:n pro Jahr einher. Dieser Zusammenhang ist signifikant auf dem 1% Niveau ( $\beta =-0.176$ ,  $p<0.001$ ; siehe Tabelle 16).

<sup>13</sup> Das bedeutet, die Wahrscheinlichkeit eine Differenz von 1.9 Arztbesuchen in dem Datensatz zu beobachten, obwohl sich die Zahl der Arztbesuche in Wirklichkeit nicht verändert hat, ist kleiner als 5%.

Variablen	Arztbesuche	Krankenhaus- Aufenthalte	ASK-Rate
<b>DiD Schätzer</b>	1.923** (0.947)	-0.038 (0.067)	-0.188** (0.084)
<b>Alter</b>	0.072** (0.030)	-0.001 (0.001)	0.002 (0.002)
<b>Geschlecht</b> (Referenz: weiblich)	4.797*** (0.695)	-0.012 (0.038)	-0.090* (0.050)
<b>Migrationshintergrund</b> (Referenz: Versicherte:r oder Eltern nicht in Deutschland geboren)	0.126 (0.818)	-0.045 (0.041)	0.021 (0.054)
<b>Deutschkenntnisse</b> (Referenz: gute Deutschkenntnisse)	-0.769 (0.351)	-0.061 (0.054)	0.061 (0.052)
<b>Bildung</b> (Referenz: Abitur und/oder Studium)	-0.235 (0.805)	0.003 (0.040)	0.017 (0.048)
<b>Familienstand</b> (Referenz: verheiratet)	-0.162 (0.720)	0.055 (0.037)	-0.047 (0.046)
<b>Berufstätigkeit</b> (Referenz: berufstätig)	-4.390*** (0.850)	-0.269*** (0.044)	-0.038 (0.047)
<b>Gesundheitskompetenz-Index</b>	-0.176*** (0.047)	-0.006** (0.003)	-0.005* (0.003)
<b>Objektiver Gesundheitszustand</b> (Elixhauser Score)	0.648*** (0.062)	0.019*** (0.004)	-0.001 (0.003)
R <sup>2</sup>	0.201	0.070	0.050

Anmerkung: Cluster-robuste Standardfehler in Klammer, detaillierte Informationen zur Messung der Kontrollvariablen finden sich in Anhang TS4\_A4, statistische Signifikanzniveaus: \* p<0.1, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01. Der DiD Schätzer stellt die Differenz in der Zielvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform dar.

**Tabelle 16:** Ergebnisse der DiD Analysen zum Zugang zur Gesundheitsversorgung

Mit Blick auf die Zahl der Krankenhausaufenthalte pro Jahr zeigt die DiD Analyse keine signifikante Reduktion der Krankenhausaufenthalte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Tabelle 16). Eine höhere Gesundheitskompetenz wird in der Literatur mit einer geringeren Nutzung der Notfallversorgung assoziiert. Auch in den vorliegenden Daten zeigt sich für die Gesundheitskompetenz ein signifikanter negativer Zusammenhang mit der Zahl der Krankenhausaufenthalte, d.h. eine Steigerung der Gesundheitskompetenz führt zu einer Reduktion der Anzahl an Krankenhausaufenthalten (siehe Tabelle 16).

Die DiD Analyse mit Zielindikator ASK-Rate zeigt eine Reduktion der ASK-Rate in der Interventionsgruppe um 18.8 Prozentpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $\beta_{DiD}=-0.188$ ,  $p=0.026$ ; siehe Tabelle 16). Während in der Interventionsgruppe eine Reduktion der ASK-Rate beobachtet werden kann, steigt die ASK-Rate in der Kontrollgruppe hingegen leicht an (siehe Anhang TS4\_A5). Auch in der Analyse mit Zielindikator ASK-Rate kann ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und ASK-Rate beobachtet werden (siehe Tabelle 16).

Zusammenfassend können damit basierend auf den vorliegenden Daten die eingangs formulierten Arbeitshypothesen hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung teilweise bestätigt werden. Demnach bewirkte die neue Versorgungsform INVEST eine signifikante Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Billstedt und Horn im Vergleich zu

der Bevölkerung in den anderen Hamburger Stadtteilen, im Sinne einer Steigerung der Anzahl ambulanter Arztbesuche und einer Reduktion der ASK-Rate. Die in der Arbeitshypothese (b) formulierte Erwartung einer Reduktion der Krankenhausaufenthalte in der Bevölkerung von Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in anderen Stadtteilen Hamburgs kann nicht mit dem geforderten Signifikanzniveau von maximal 0.1 bestätigt werden.

### Gesundheitskompetenz

Im Hinblick auf die Beantwortung der **Forschungsfrage 2** zeigt die DiD Analyse unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen keine signifikante Veränderung der Gesundheitskompetenz in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (siehe Tabelle 17). Die postulierte Hypothese einer Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung von Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in anderen Stadtteilen Hamburgs kann damit nicht mit dem geforderten Signifikanzniveau von maximal 0.1 bestätigt werden.

Variablen	Gesundheitskompetenz
<b>DiD Schätzer</b>	0.224 (0.498)
<b>Alter</b>	0.012 (0.016)
<b>Geschlecht</b> (Referenz: weiblich)	-0.254 (0.395)
<b>Migrationshintergrund</b> (Referenz: Versicherte:r oder Eltern nicht in Deutschland geboren)	-1.095** (0.428)
<b>Deutschkenntnisse</b> (Referenz: gute Deutschkenntnisse)	2.044*** (0.492)
<b>Bildung</b> (Referenz: Abitur und/oder Studium)	2.116*** (0.430)
<b>Familienstand</b> (Referenz: verheiratet)	0.744* (0.403)
<b>Berufstätigkeit</b> (Referenz: berufstätig)	0.598 (0.446)
<b>Objektiver Gesundheitszustand</b> (Elixhauser Score)	-0.041 (0.029)
R <sup>2</sup>	0.044

Anmerkung: Detaillierte Informationen zur Messung der Kontrollvariablen finden sich in Anhang TS4\_A4, Cluster-robuste Standardfehler in Klammer, statistische Signifikanzniveaus: \* p<0.1, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01. Der DiD Schätzer stellt die Differenz in der Zielvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform dar.

**Tabelle 17:** Ergebnisse der DiD Analysen zur Gesundheitskompetenz

### Gesundheitszustand

Die Analysen zur Beantwortung der Forschungsfrage 3 zeigen keine signifikante Verbesserung des objektiven Gesundheitszustandes und des subjektiven Gesundheitszustandes in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Tabelle 18). Die Arbeitshypothese, dass die neue Versorgungsform INVEST eine Verbesserung des objektiven und subjektiven Gesundheitszustandes der Bevölkerung von Billstedt und Horn bewirkt, kann nicht mit dem geforderten Signifikanzniveau von maximal 0.1 bestätigt werden. Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand zeigen die Analysen, dass eine Steigerung der Gesundheitskompetenz mit einer signifikanten Steigerung des subjektiven Gesundheitszustandes assoziiert ist ( $\beta = 0.029$ ,  $p < 0.001$ ) (siehe Tabelle 18).



Variablen	Subjektiver Gesundheitszustand	Objektiver Gesundheitszustand
<b>DiD Schätzer</b>	-0.013 (0.056)	0.326 (0.411)
<b>Alter</b>	-0.008*** (0.002)	0.099*** (0.013)
<b>Geschlecht</b> (Referenz: weiblich)	-0.006 (0.041)	-0.874** (0.372)
<b>Migrationshintergrund</b> (Referenz: Versicherte:r oder Eltern nicht in Deutschland geboren)	-0.092* (0.047)	-0.710* (0.387)
<b>Deutschkenntnisse</b> (Referenz: gute Deutschkenntnisse)	0.114** (0.051)	0.398 (0.398)
<b>Bildung</b> (Referenz: Abitur und/oder Studium)	0.093** (0.045)	-0.144 (0.384)
<b>Familienstand</b> (Referenz: verheiratet)	0.120*** (0.042)	0.272 (0.378)
<b>Berufstätigkeit</b> (Referenz: berufstätig)	0.278*** (0.049)	-1.178 (0.361)
<b>Gesundheitskompetenz-Index</b>	0.029*** (0.003)	0.034 (0.024)
R <sup>2</sup>	0.170	0.112

Anmerkung: Detaillierte Informationen zur Messung der Kontrollvariablen finden sich in Anhang TS4\_A4, Cluster-robuste Standardfehler in Klammer, statistische Signifikanzniveaus: \* p<0.1, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01. Der DiD Schätzer stellt die Differenz in der Zielvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform dar.

**Tabelle 18:** Ergebnisse der DiD Analysen zum Gesundheitszustand

Bei der Untersuchung des objektiven Gesundheitszustandes gemessen durch den Elixhauser Komorbiditätsscore ist keine signifikante Veränderung des Scores in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu beobachten (siehe Tabelle 18; Anhang TS4\_A5). Ein signifikanter Zusammenhang der Gesundheitskompetenz mit dem objektiven Gesundheitszustand kann nicht beobachtet werden (siehe Tabelle 18).

Basierend auf den vorliegenden Analysen kann damit die in der Arbeitshypothese formulierte Erwartung einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in den anderen Hamburger Stadtteilen durch die neue Versorgungsform nicht mit dem geforderten Signifikanzniveau von maximal 0.1 bestätigt werden.

### Sensitivitätsanalysen

Um die Robustheit der Ergebnisse zu überprüfen, wurden mehrere Sensitivitätsanalysen durchgeführt. In einer ersten Sensitivitätsanalyse wurden die DiD Modelle mit alternativen Maßen für den objektiven Gesundheitszustand erneut geschätzt, um Verzerrungen der Ergebnisse durch die Adjustierung für den Gesundheitszustand anhand des Elixhauser Scores nach van Walraven et al. (2009) (van Walraven et al., 2009) auszuschließen. Als alternative Maße wurden (1) die einzelnen Elixhauser Gruppen sowie (2) die Summe der Elixhauser Gruppen als Kontrollvariablen in die Modelle aufgenommen. Sensitivitätsanalyse (1) zeigt einen schwächeren und nicht signifikanten Effekt auf den Zielindikator ASK-Rate im Vergleich zum Hauptmodell, die weiteren Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen weisen eine hohe Konsistenz im Hinblick auf Effektstärke, - Richtung, und Signifikanz auf und bestätigen damit die Robustheit der Ergebnisse der Hauptmodelle (siehe Anhang TS4\_A6, Modell (1) und (2)).

In den in der Versichertenbefragung erhobenen Daten zur Gesundheitskompetenz wurde eine hohe Rate fehlender Werte (engl.: missing values) festgestellt. Für 29.4% der im balancierten



Panel eingeschlossenen Beobachtungen konnte der Gesundheitskompetenz-Index aufgrund fehlender Werte nicht berechnet werden. Diese Beobachtungen wurden daher aus den DiD Analysen ausgeschlossen. Die fehlenden Werte in den Daten zur Gesundheitskompetenz sind dabei nicht zufällig verteilt, sondern fehlen vermehrt bei Versicherten mit Migrationshintergrund und niedriger Bildung, sodass die Gefahr von Verzerrungen der Ergebnisse besteht (Bias durch fehlende Daten). Um mehr Versicherte in die Analysen einzuschließen und die Repräsentativität der Stichprobe zu erhöhen, wurde in einer weiteren Sensitivitätsanalyse bereits bei einer Beantwortung von mindestens 60% der Befragungssitems zur Gesundheitskompetenz der Gesundheitskompetenz-Index einer Person berechnet. Die Ergebnisse weisen eine hohe Konsistenz im Hinblick auf Effektstärke, -Richtung, und Signifikanz auf und bestätigen damit die Robustheit der Ergebnisse der Hauptmodelle (siehe Anhang TS4\_A6, Modell (3)).

Um zu überprüfen, dass der Ausschluss von Versicherten mit nur einem Beobachtungszeitpunkt die nicht Ergebnisse verzerrt, wurden in einer weiteren Sensitivitätsanalyse die DiD Modelle basierend auf dem unbalancierten Panel (eng: unbalanced panel) erneut geschätzt (Unbalanced (UB) Panel:  $N_{IG_{T_0}}=997$ ;  $N_{IG_{T_1}}=888$ ;  $N_{KG_{III_{T_0}}}=2033$ ;  $N_{KG_{III_{T_1}}}=1907$  (siehe Abbildung 10). Demnach wurde die gesamte Stichprobe in die Analysen einbezogen, d.h. auch Personen, für die nur zu einem der Befragungszeitpunkte (T0 oder T1) Daten vorlagen. Die Ergebnisse zeigen für den Zielindikator ASK-Rate einen schwächeren und nicht signifikanten Effekt, der jedoch in die gleiche Richtung zeigt wie in den Hauptmodellen. Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen für die weiteren Zielindikatoren weisen eine hohe Konsistenz im Hinblick auf Effektstärke, -richtung, und Signifikanz auf und bestätigen damit die Robustheit der Ergebnisse der Hauptmodelle (siehe Anhang TS4\_A6, Modell (4)).

### **Bewertung der Ergebnisse**

Im Fokus dieser Teilstudie stand die Evaluation des Projektziels „Verbesserung der gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung in Billstedt und Horn“. Hierzu wurde in einem multidimensionalen Evaluationsansatz untersucht, ob die neue Versorgungsform INVEST eine Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Billstedt und Horn im Vergleich zu der Bevölkerung in den anderen Hamburger Stadtteilen bewirken konnte. Die neue Versorgungsform INVEST bewirkte eine Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Versorgung in Billstedt und Horn. Dies zeigt sich in der steigenden Anzahl an ambulanten Arztbesuchen sowie in der Reduktion der ASK-Rate. Bei der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten konnte keine signifikante Veränderung festgestellt werden. Im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Billstedt und Horn konnte keine signifikante Veränderung durch die neue Versorgungsform beobachtet werden. Es sind damit keine Aussagen möglich, ob die neue Versorgungsform INVEST einen Einfluss auf den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung von Billstedt und Horn hat. Auch die Hypothese, dass die neue Versorgungsform INVEST keine Verbesserung der Gesundheitskompetenz bewirken konnte, kann basierend auf den Analysen weder abgelehnt noch bestätigt werden.

Die geringen Effekte der Intervention auf die Gesundheitskompetenz und den Gesundheitszustand der Bevölkerung könnten damit zusammenhängen, dass diesbezüglich ein signifikanter Effekt erst langfristig, d.h. nach mehreren Jahren Projektlaufzeit, zu erwarten ist. Veränderungen hinsichtlich Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand treten in der Tat häufig erst mit zeitlicher Verzögerung auf. Dies gilt insbesondere bei chronischen Erkrankungen (Sachverständigenrat zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012).

In Bezug auf die den Analysen zugrundeliegenden Daten sind Limitationen zu beachten, welche die Belastbarkeit der Ergebnisse einschränken können und damit bei der Interpretation und Ableitung von Schlussfolgerungen berücksichtigt werden müssen. Weiterhin kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere Interventionen in den Stadtteilen Billstedt und Horn einen Effekt auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Gesundheitskompetenz oder den Gesundheitszustand der Bevölkerung hatten. Die vorliegenden Ergebnisse können somit neben der Einführung der neuen Versorgungsform INVEST auch durch weitere Faktoren beeinflusst worden sein, für die im Rahmen dieser Teilstudie aufgrund von fehlenden Daten nicht kontrolliert werden konnte. Dies gilt zum Beispiel für individuelle Faktoren wie die Motivation und Mitwirkung der Versicherten bei den Interventionsmaßnahmen (siehe auch Sachverständigenrat zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012). Diese Einschränkungen sind bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

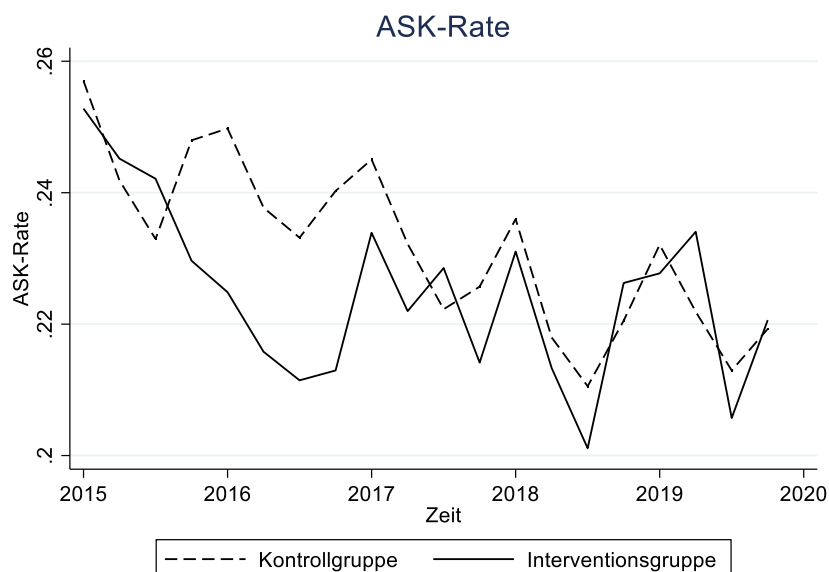
#### 4.5. Ergebnisse Teilstudie 5

##### Ambulant sensitive Krankenhausaufenthalte (ASKs)

Die Analysen zur Forschungsfrage, inwieweit das Projekt eine Reduzierung der ASK-Rate bewirken konnte, zeigen für die populationsorientierte Interventionsgruppe der in Billstedt/Horn lebenden Versicherten (IG<sub>A</sub>) eine auf dem 5% Niveau statistisch signifikant<sup>14</sup> um 0.9 Prozentpunkte gestiegene Rate ambulant sensitiven Krankenhausaufenthalte nach Sundmacher et al. (2015) gegenüber der Kontrollgruppe KG<sub>III</sub> ( $\beta_{DID}=0.009$ ,  $p=0.020$ ), siehe Tabelle 19. Die im Vergleich zur Kontrollgruppe gestiegene ASK-Rate der Interventionsgruppe bildet eine Angleichung der ASK-Raten ab. Im Vergleichszeitraum vor Beginn der neuen Versorgungsform liegt die ASK-Rate in Billstedt/Horn 1.2 Prozentpunkte unter der Rate der nicht an Billstedt und Horn angrenzenden Stadtteilen, im Beobachtungszeitraum liegt die Rate noch 0.3 Prozentpunkte unter der der Kontrollgruppe KG<sub>III</sub>, siehe Abbildung 26 und die ausführlichen Analyseergebnisse in Anhang TS5\_A3. Bei Klassifizierung der Krankenhausaufenthalte anhand der für den Kontext INVEST Billstedt/Horn entwickelten ASK-Liste veränderte sich die Rate zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nicht signifikant (Tabelle 19). Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu der in Teilstudie 4 beobachteten signifikanten Reduktion der ASK-Rate von Versicherten aus Billstedt/Horn im Vergleich zu Versicherten anderer Stadtteile Hamburgs. Eine mögliche Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse könnte sein, dass in Teilstudie 4 für sozioökonomische Merkmale sowie die Gesundheitskompetenz der Versicherten kontrolliert werden konnte. Darüber hinaus wurde in Teilstudie 4 nur eine Stichprobe der Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen einbezogen, die an der Versichertenbefragung teilgenommen hatten und als Vergleichszeitraum das Jahr 2017 und als Beobachtungsjahr das Jahr 2019 genutzt.

---

<sup>14</sup> Das bedeutet, die Wahrscheinlichkeit, eine Änderung der ASK-Rate um 0.9 Prozentpunkte im Datensatz zu beobachten, obwohl sich die ASK-Rate in Wirklichkeit nicht verändert hat, ist kleiner als 5%.



**Abbildung 26:** Entwicklung der ASK-Rate der Versicherten in Billstedt/Horn (Interventionsgruppe IG<sub>A</sub>) und der Versicherten in anderen Stadtteilen Hamburgs (Kontrollgruppe KG<sub>III</sub>) von 01/2015 bis 12/2019, Quelle: eigene Darstellung

In den Analysen der INVEST-Versicherten sowie der Kiosknutzer:innen zeigen sich im Beobachtungszeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den ASK-Raten in Interventions- und Kontrollgruppen (Versicherte in Billstedt/Horn, die nicht in die neue Versorgungsform eingeschrieben sind bzw. den Kiosk nicht genutzt haben) im Vergleich zum Vergleichszeitraum vor Beginn von „INVEST Billstedt/Horn“. Dies gilt sowohl für die ASK-Rate nach Definition von Sundmacher als auch für die ASK-Rate nach der INVEST-ASK-Liste (Tabelle 19).

Zielindikator	Populationsorientierte Interventionsgruppe (IG <sub>A</sub> )	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )
ASK-Rate nach Sundmacher	0.009** (0.004)	-0.003 (0.014)	0.014 (0.018)
INVEST-ASK-Rate	0.006 (0.004)	-0.004 (0.013)	0.010 (0.017)

Anmerkung: Cluster-robuste Standardfehler in Klammern, \*p<0.1, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01. Der DiD Schätzer stellt die Differenz in der Zielvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform dar.

**Tabelle 19:** Schätzer der DiD Analysen der ASK-Rate

Zusammenfassend kann basierend auf den vorliegenden Daten die in der Arbeitshypothese formulierte Erwartung einer signifikanten Reduktion der ASK-Rate der Bevölkerung in Billstedt und Horn (IG<sub>A</sub>) im Vergleich zu der Bevölkerung in anderen Stadtteilen Hamburgs (KG<sub>III</sub>) weder bestätigt noch abgelehnt werden. Mit Blick auf den Zielindikator ASKs kann darüber hinaus auch die Hypothese der gesteigerten Nutzungsintensität und damit einhergehenden stärkeren Reduktion der ASK-Rate in den Subgruppen der INVEST-Versicherten (IG<sub>B</sub>) und Kiosknutzer:innen (IG<sub>C</sub>) nicht bestätigt noch abgelehnt werden.

Die Analyse der sekundären Forschungsfrage, ob und in welcher Weise die im Projekt implementierten Interventionen das Einweisungsverhalten von ASK-relevanten Fällen der am Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. teilnehmenden Ärzt:innen verändern, zeigt keine signifikante Veränderung des Einweisungsverhaltens der teilnehmenden Ärzt:innen im Vergleich zu den Ärzt:innen der Kontrollgruppe bezüglich der Klassifikation von ASKs nach Sundmacher (siehe Tabelle 20 und ausführliche Ergebnisse in Anhang TS5\_A3). Wird die Klassifikation von Krankenhausfällen anhand der INVEST-ASK-Liste vorgenommen, zeigt sich in Interventions- sowie Kontrollgruppe eine Reduktion des Anteils an Einweisungen von ASK-relevanten Fällen. Dieser Trend ist in der Kontrollgruppe jedoch stärker ausgeprägt, sodass sich in der Interventionsgruppe insgesamt eine Erhöhung des Anteils an Einweisungen für ASKs um 2.6 Prozentpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $\beta_{DiD}=0.026$ ,  $p=0.028$ ) ergibt (siehe Tabelle 20 und Anhang TS5\_A3).

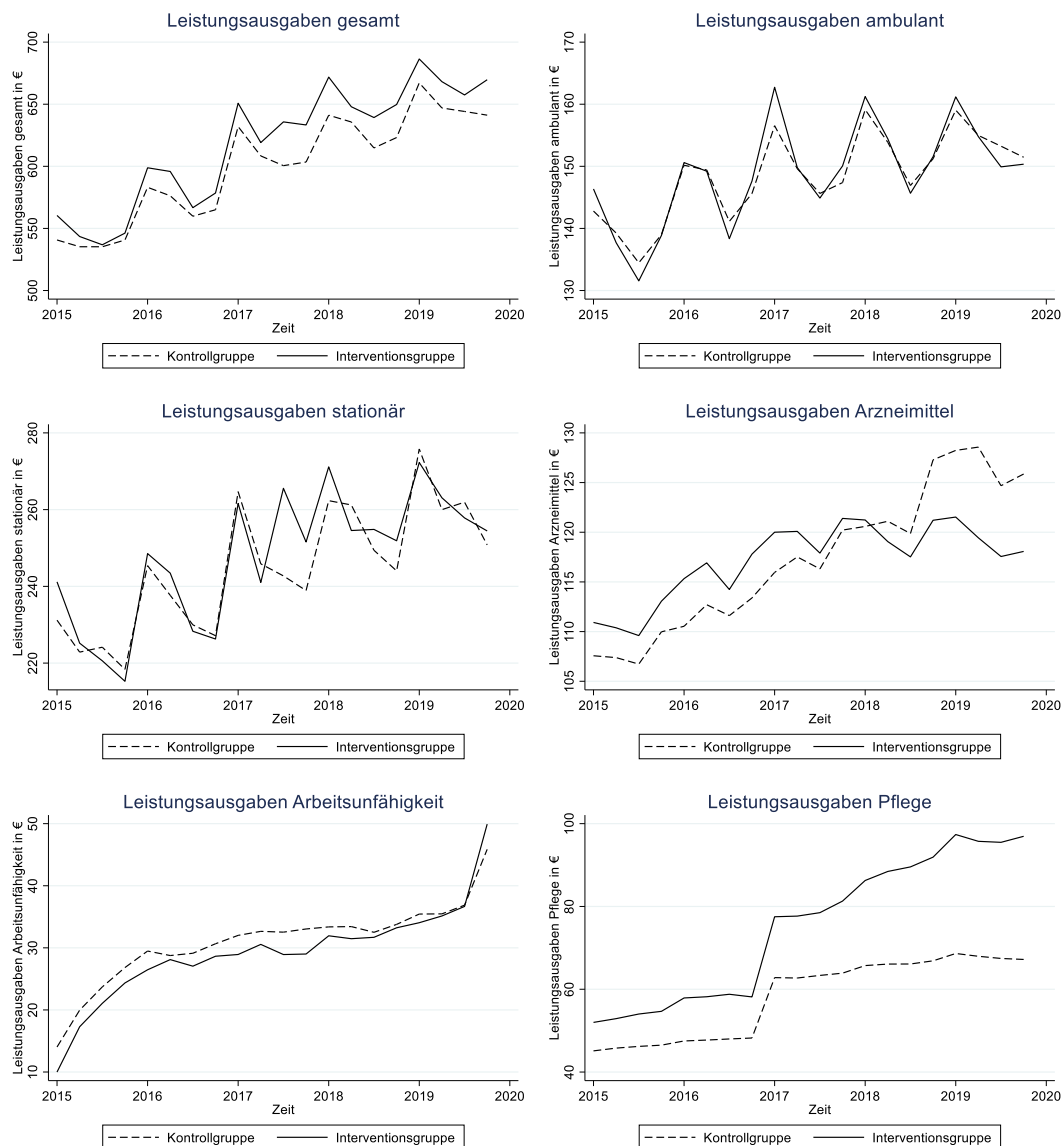
Zielindikator	Teilnehmende am Ärztenetz Billstedt-Horn e.V.
<b>Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach Sundmacher</b>	0.016 (0.013)
<b>Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach der INVEST-ASK-Liste</b>	0.026** (0.012)

Anmerkung: Cluster-robuste Standardfehler in Klammern, \*  $p<0.1$ , \*\* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.01$ . Der DiD Schätzer stellt die Differenz in der Zielvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform dar.

**Tabelle 20:** Schätzer der DiD Analysen des Einweisungsverhaltens ASK-relevanter Diagnosen

### Leistungsausgaben

Die Untersuchung der Forschungsfrage, ob durch die neue Versorgungsform eine Reduktion der Leistungsausgaben der Versicherten in Billstedt/Horn erzielt werden konnte, zeigt keinen signifikanten Unterschied in der Entwicklung der Gesamtleistungsausgaben zwischen den Versicherten in Billstedt/Horn ( $IG_A$ ) und den in Hamburg, aber nicht Billstedt/Horn, lebenden Versicherten ( $KG_{III}$ ). Die Unterschiede sind ebenfalls nicht signifikant für die Entwicklung der ambulanten Leistungsausgaben, der stationären Leistungsausgaben sowie der Leistungsausgaben aufgrund von Arbeitsunfähigkeit. Die Leistungsausgaben für Arzneimittel sind in der Interventionsgruppe ( $IG_A$ ) im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $KG_{III}$ ) signifikant um 6.21 € je Quartal gesunken ( $\beta_{DiD}=-6.211$ ,  $p<0.001$ ), die Ausgaben für Pflegeleistungen hingegen sind mit durchschnittlich 8.68 € je Quartal im Vergleich zur Kontrollgruppe  $KG_{III}$  signifikant gestiegen ( $\beta_{DiD}=8.676$ ,  $p<0.001$ ), siehe Tabelle 21 und Anhang TS5\_A4. Die Ergebnisse zeigen demnach eine geringe Effektstärke der neuen Versorgungsform INVEST auf die Leistungsausgaben der Versicherten in Billstedt/Horn. Insbesondere für die Gesamtleistungsausgaben der Versicherten in Billstedt/Horn konnte kein signifikanter Effekt der neuen Versorgungsform beobachtet werden. In Abbildung 27 ist die Entwicklung der Leistungsausgaben der Versicherten der Interventions- und Kontrollgruppe dargestellt.



**Abbildung 27:** Entwicklung der durchschnittlichen Leistungsausgaben in € je Quartal je Versicherten für Versicherte in Billstedt/Horn (Interventionsgruppe IG<sub>A</sub>) und anderer Stadtteile Hamburgs (Kontrollgruppe KG<sub>III</sub>) von 01/2015 bis 12/2019, Quelle: eigene Darstellung

In der Subgruppenanalyse der INVEST-Versicherten (IG<sub>B</sub>) zeigt sich ein steigender Trend der Leistungsausgaben. Die Gesamtleistungsausgaben stiegen in der Gruppe der in das Programm Eingeschriebenen gegenüber der Kontrollgruppe (nicht in INVEST eingeschriebene Versicherte in Billstedt/Horn) um durchschnittlich 186.45 € je Quartal im Vergleich zum Vergleichszeitraum an ( $p < 0.001$ ), siehe Tabelle 21. Werden die einzelnen Leistungsbereiche betrachtet, zeigt sich eine signifikante Steigerung der ambulanten ( $\beta_{DiD} = 53.412$ ,  $p < 0.001$ ) und der stationären Leistungsausgaben ( $\beta_{DiD} = 53.680$ ,  $p = 0.019$ ), der Leistungsausgaben für Arzneimittel ( $\beta_{DiD} = 17.622$ ,  $p = 0.012$ ) sowie der Leistungsausgaben der Pflege ( $\beta_{DiD} = 55.455$ ,  $p < 0.001$ ). Die Steigerung der Leistungsausgaben in der Interventionsgruppe IG<sub>B</sub> hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe ist nicht signifikant ( $\beta_{DiD} = 9.816$ ,  $p = 0.128$ ). In der Analyse der Subgruppe der Kiosknutzer:innen (IG<sub>C</sub>) ist eine signifikante Steigerung der Leistungsausgaben der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Versicherte in Billstedt/Horn, die den Kiosk nicht genutzt haben) gegenüber dem Vergleichszeitraum zu se-

hen. Die Gesamtleistungsausgaben der Kiosknutzer:innen stiegen gegenüber der Kontrollgruppe (eingeschriebene Versicherten in Billstedt/Horn, die den Kiosk nicht genutzt haben) um durchschnittlich 204.98 € je Quartal im Vergleich zum Vergleichszeitraum an ( $p < 0.001$ ). Die Steigerung kann für alle einzelnen Leistungsbereiche beobachtet werden, so stiegen ambulante ( $\beta_{DiD} = 57.932$ ,  $p < 0.001$ ), stationäre ( $\beta_{DiD} = 79.858$ ,  $p = 0.007$ ), Arzneimittel- ( $\beta_{DiD} = 26.496$ ,  $p = 0.004$ ), Arbeitsunfähigkeits- ( $\beta_{DiD} = 20.100$ ,  $p = 0.020$ ) und Pflegeleistungsausgaben ( $\beta_{DiD} = 24.528$ ,  $p = 0.023$ ), siehe Tabelle 21. Im Vergleich zu den INVEST-Versicherten fällt die Steigerung der Gesamtleistungsausgaben bei den Kiosknutzer:innen um durchschnittlich ca. 18.54 € je Quartal höher aus. Die höheren Leistungsausgaben der Kiosknutzer:innen im Vergleich zu den INVEST-Versicherten sind auch für die einzelnen Leistungsbereiche ausgenommen der Leistungsausgaben für Pflege zu beobachten, siehe Tabelle 21.

Zielindikator	Populationsorientierte Interventionsgruppe (IG <sub>A</sub> )	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )
<b>Leistungsausgaben gesamt</b>	2.631 (4.117)	186.448*** (30.246)	204.983*** (38.210)
<b>Leistungsausgaben ambulant</b>	-0.436 (0.422)	53.412*** (3.675)	57.932*** (4.607)
<b>Leistungsausgaben stationär</b>	-0.241 (2.970)	53.680** (22.929)	79.858*** (29.848)
<b>Leistungsausgaben Arzneimittel</b>	-6.211*** (1.050)	17.622** (7.007)	26.496*** (9.258)
<b>Leistungsausgaben Arbeitsunfähigkeit</b>	0.165 (0.908)	9.816 (6.455)	20.100** (8.656)
<b>Leistungsausgaben Pflege</b>	8.676*** (1.300)	55.455*** (10.472)	24.528** (10.772)

Anmerkung: Cluster-robuste Standardfehler in Klammer, \*  $p < 0.1$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.01$ . Der DiD Schätzer stellt den Unterschied in der Zielvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform dar.

**Tabelle 21:** Schätzer der DiD Analysen der Leistungsausgaben je Versicherten je Quartal

Die eingangs formulierte Erwartung einer Reduktion der Leistungsausgaben in Billstedt und Horn (IG<sub>A</sub>) im Vergleich zu den Leistungsausgaben in anderen Hamburger Stadtteilen (KG<sub>III</sub>) kann basierend auf den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Die neue Versorgungsform bewirkte lediglich eine signifikante Reduktion der Leistungsausgaben für Arzneimittel. Die Leistungsausgaben für Pflege stiegen hingegen signifikant an, in den weiteren Leistungsbe-reichen sowie für die Gesamtleistungsausgaben konnte keine signifikante Veränderung beobachtet werden. Für die Subgruppen der INVEST-Versicherten (IG<sub>B</sub>) und Kiosknutzer:innen (IG<sub>C</sub>) wurde eine Steigerung der Leistungsausgaben im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollgruppen (Versicherte aus Billstedt/Horn, die nicht in INVEST eingeschrieben sind bzw. den Kiosk nicht genutzt haben) beobachtet.

### Sensitivitätsanalysen

Um die Robustheit der Ergebnisse zu überprüfen, wurden weitere Analysen als Sensitivitätsanalysen durchgeführt. In der ersten Sensitivitätsanalyse sollte die Robustheit der Ergebnisse hinsichtlich des Beginns des Beobachtungszeitraums untersucht werden, denn Anfang des Jahres 2017 waren noch nicht alle Interventionen des Projekts implementiert. Beispielsweise



öffnete der Gesundheitskiosk erst am 26.09.2017. Um diesen Umstand zu berücksichtigen, wurde im Rahmen einer ersten Sensitivitätsanalyse das vierte Quartal des Jahres 2017 als Beginn des Beobachtungszeitraums definiert. Die Sensitivitätsanalysen mit Zielindikator ASK-Rate weisen eine hohe Konsistenz im Hinblick auf Effektstärke, -richtung, und Signifikanz auf, siehe Anhang TS5\_A5. Die Effekte zum Einweisungsverhalten der Ärzt:innen sind in den Sensitivitätsanalysen geringer ausgeprägt, die Signifikanz ist ebenfalls geringer. Die Richtung der Effekte ist konsistent mit den Hauptmodellen (Anhang TS5\_A5). Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen mit Zielindikator Leistungsausgaben zeigen etwas stärker ausgeprägte Effekt als in den Hauptmodellen, weisen jedoch in dieselbe Richtung und sind auch hinsichtlich der Signifikanz konsistent (Anhang TS5\_A5).

In einer zweiten Sensitivitätsanalyse wurden weitere Kontrollgruppen definiert: 1) für die populationsorientierte Interventionsgruppe der in Billstedt/Horn lebenden Versicherten ( $IG_A$ ) eine Kontrollgruppe aus Versicherten der angrenzenden Stadtteile ( $KG_I$ ) sowie 2) eine weitere Kontrollgruppe aus Versicherten der nicht an Billstedt/Horn angrenzenden Stadtteile ( $KG_{II}$ ), um zu überprüfen, inwiefern es zu Spillover-Effekten zwischen der Bevölkerung Billstedt/Horns und der Bevölkerung der angrenzenden Stadtteile kommt. Beide Kontrollgruppen wurden durch ein Propensity Score Matching gebildet (weitere Informationen siehe Anhang TS5\_A2). In der Sensitivitätsanalyse mit Kontrollgruppe  $KG_I$  zeigten die Ergebnisse hinsichtlich der ASK-Rate geringere Effekte der neuen Versorgungsform in der populationsorientierten Interventionsgruppe ( $IG_A$ ) als in der zweiten Sensitivitätsanalyse mit Kontrollgruppe  $KG_{II}$ , siehe Anhang TS5\_A6. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die neue Versorgungsform auch Versicherte der Kontrollgruppe  $KG_I$  erreicht (Spillover-Effekt). Mit Blick auf die Leistungsausgaben ist die Effektrichtung in den Sensitivitätsanalysen konsistent mit dem Hauptmodell, die Effekte sind in den Analysen unter Nutzung der Kontrollgruppe  $KG_{II}$  etwas stärker ausgeprägt als unter Nutzung von  $KG_I$ . Der DiD Schätzer der Gesamtleistungsausgaben zeigt in beiden Sensitivitätsanalysen einen stärkeren und signifikanten Effekt im Vergleich zum Hauptmodell (siehe Anhang TS5\_A6).

In einer dritten Sensitivitätsanalyse wurde eine Interventionsgruppe aus in INVEST eingeschriebenen Versicherten gebildet, die im Gegensatz zu den INVEST-Versicherten ( $IG_B$ ) auch Versicherte umfasst, die nicht in Billstedt/Horn wohnhaft sind. Hiermit wurden weitere 157 Versicherte in die Interventionsgruppe eingeschlossen und die Sensitivität der Analysen hinsichtlich der Einschränkung auf in Billstedt/Horn wohnhafte INVEST-Versicherte überprüft. Für diese Interventionsgruppe wurde mithilfe von Propensity Score Matching eine Kontrollgruppe aus Versicherten ganz Hamburgs gebildet (siehe Anhang TS5\_A2). Die Ergebnisse sind mit Fokus auf die ASK-Rate wie auch die Ergebnisse des Hauptmodells nicht signifikant, siehe Anhang TS5\_A3. Mit Blick auf die Leistungsausgaben bestätigen die Sensitivitätsanalysen die Ergebnisse des Hauptmodells hinsichtlich Effektstärke, -richtung und Signifikanz.

Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen weisen insgesamt eine hohe Konsistenz mit den Hauptanalysen im Hinblick auf Effektstärke, -richtung, und Signifikanz auf und unterstreichen damit die Robustheit der Ergebnisse der Hauptmodelle.

## **Bewertung der Ergebnisse**

In dieser Teilstudie wurde die Wirtschaftlichkeit der neuen Versorgungsform INVEST evaluiert. Hierzu wurde untersucht, ob durch die neue Versorgungsform eine Reduktion der ASK-Rate sowie eine Reduktion der Leistungsausgaben der Versicherten in Billstedt/Horn ( $IG_A$ ) im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $KG_{III}$ ) bewirkt werden konnte. In Subgruppenanalysen wurde zudem überprüft, ob die erhöhte Nutzungsintensität der INVEST-Versicherten ( $IG_B$ ) und Kiosknutzer:innen ( $IG_C$ ) die Effektstärke der neuen Versorgungsform beeinflusst.

Bisher ist eine Erhöhung der ASK-Rate der Versicherten in Billstedt/Horn (IG<sub>A</sub>) im Vergleich zu Versicherten aus anderen Stadtteilen Hamburgs (KG<sub>III</sub>) und damit eine Annäherung der ASK-Rate in Billstedt/Horn an die Rate in den übrigen Stadtteilen Hamburgs festzustellen. Ein Erklärungsansatz für die höhere ASK-Rate in Billstedt/Horn im Vergleich zur Kontrollgruppe könnte die Adressierung von Unterversorgung und Zugangsschwierigkeiten zum Gesundheitssystem sein (Gordon et al., 2019). Es ist zu beachten, dass die ASK-Rate in Billstedt-Horn noch immer unter der Rate im übrigen Hamburg liegt und im Vergleich zu den Jahren vor Beginn von „INVEST Billstedt/Horn“ zurückgegangen ist. In den Subgruppenanalysen der INVEST-Versicherten (IG<sub>B</sub>) und der Kiosknutzer:innen (IG<sub>C</sub>) wurde keine signifikante Veränderung der ASK-Rate im Vergleich zu den in Billstedt/Horn wohnhaften und nicht in INVEST eingeschriebenen Versicherten bzw. den in Billstedt/Horn wohnhaften Versicherten, die keine Beratungen im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen haben, beobachtet. Grund hierfür könnte sein, dass die kleinere Versichertenzahl der Subgruppen die Wahrscheinlichkeit, statistisch signifikante Ergebnisse zu erhalten, verringert. Weiter ist hier zu erwähnen, dass das Ziel der kurzfristigen Senkung der ASK-Rate sehr ambitioniert war, da die ASK-Rate nicht nur von den Leistungserbringenden, sondern auch von finanziellen Anreizen und den gegebenen Strukturen des Gesundheitswesens maßgeblich beeinflusst wird; diese Rahmenbedingungen jedoch nicht durch die neue Versorgungsform INVEST adressiert oder verändert werden können. Eine Senkung der ASK-Rate ist eher in einem Zeithorizont von 3-5 Jahren nach Einführung der Intervention zu erwarten.

In der sekundären Analyse zum Einweisungsverhalten der am Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. teilnehmenden Ärzt:innen wurde keine signifikante Veränderung des Einweisungsverhaltens von ASKs nach Sundmacher festgestellt. Für das Einweisungsverhalten von ASK-relevanten Fällen nach der INVEST-ASK-Liste wurde eine signifikante Steigerung festgestellt. Das deutet darauf hin, dass das Einweisungsverhalten der am Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. teilnehmenden Ärzt:innen durch die Intervention beeinflusst werden konnte.

Mit Fokus auf die Leistungsausgaben der Versicherten in Billstedt/Horn (IG<sub>A</sub>) konnten reduzierte Leistungsausgaben für Arzneimittel sowie erhöhte Ausgaben für Pflegeleistungen im Vergleich zu den nicht in Billstedt/Horn wohnhaften Versicherten (KG<sub>III</sub>) festgestellt werden. Für die weiteren Leistungsbereiche sowie die Gesamtleistungsausgaben konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden. Für INVEST-Versicherte (IG<sub>B</sub>) und Kiosknutzer:innen (IG<sub>C</sub>) konnten erhöhte Leistungsausgaben im Vergleich zu den in Billstedt/Horn wohnhaften und nicht in INVEST eingeschriebenen Versicherten bzw. den in Billstedt/Horn wohnhaften Versicherten, die keine Beratungen im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen haben, beobachtet werden. Es ist möglich, dass die im Vergleich zu den Kontrollgruppen erhöhten Ausgaben in den Subgruppen dadurch zu erklären sind, dass INVEST-Versicherte (IG<sub>B</sub>) und Kiosknutzer:innen (IG<sub>C</sub>) sich systematisch von nicht in INVEST eingeschriebenen Versicherten bzw. nicht-Nutzer:innen unterscheiden und dies durch das Matching nicht vollständig ausgeglichen wurde. Es wäre beispielsweise denkbar, dass nicht beobachtete Variablen wie der sozioökonomische Status einen Einfluss auf die Nutzung der neuen Versorgungsform bzw. des Gesundheitskiosks haben. Des Weiteren könnten INVEST-Versicherte und Kiosknutzer:innen die Angebote von „INVEST Billstedt/Horn“ aufgrund von Beschwerden und Erkrankungen in Anspruch nehmen, die im Basiszeitraum des Matchings noch nicht vorlagen. Demnach könnten die Versicherten der Interventionsgruppen IG<sub>B</sub> und IG<sub>C</sub> eine höhere Krankheitslast im Vergleich zur Kontrollgruppe haben und die gestiegenen Leistungsausgaben dadurch erklärt werden.

Zusätzlich zur Evaluation der Wirtschaftlichkeit war ursprünglich die Evaluation der Zielgröße „Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit von Älteren (FORTA-Score)“ durch die OptiMedis AG geplant. Demnach sollte basierend auf den Routinedaten evaluiert werden, ob die neue Versorgungsform eine Verbesserung des FORTA-Scores bewirken konnte. Mithilfe der Daten der abgegebenen Wirkstoffe während des Untersuchungszeitraums sollte die Änderung des FORTA-Scores (Wehling, 2009; Wehling & Throm, 2015) im Vergleich zur Kontrollgruppe ausgewertet werden. Dieser Zielindikator konnte jedoch nicht wie ursprünglich geplant analysiert werden, da die Routinedaten aus verschiedenen datenrechtlichen Gründen der OptiMedis AG nicht zur Verfügung gestellt werden konnten und der evaluierenden Institution aus Lizenzgründen kein Zugriff auf den Algorithmus zur Berechnung der FORTA-Scores gewährt werden konnte.

In Bezug auf die den Analysen zugrundeliegenden Daten sind Limitationen zu beachten, welche die Belastbarkeit der Ergebnisse einschränken und damit bei der Interpretation und Ableitung von Schlussfolgerungen berücksichtigt werden müssen. Eine zentrale Limitation ist der kurze Beobachtungszeitraum, welcher die Wahrscheinlichkeit signifikante und belastbare Ergebnisse zu erhalten einschränkt. Eine aktuelle Literaturrecherche zum Effekt von Programmen der Integrierten Versorgung auf die Leistungsausgaben (Rocks et al., 2020) zeigte einen Zusammenhang zwischen der Länge des Beobachtungszeitraums und der Effektstärke, mit größeren Kostenreduktionen bei längeren Beobachtungszeiträumen. Das deutet darauf hin, dass eine signifikante Reduktion der Leistungsausgaben erst langfristig zu beobachten ist. In der sekundären Analyse des Einweisungsverhaltens von am Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. teilnehmenden Ärzt:innen ist zu beachten, dass Versicherte, die einen Einweisungsschein erhalten haben, jedoch nicht stationär ins Krankenhaus aufgenommen wurden, in den Analysen nicht berücksichtigt werden konnten. Folge ist eine mögliche Unter- oder Überschätzung des Anteils an Einweisungen von ASKs. Des Weiteren konnte nicht für andere Interventionen, welche parallel im Stadtteil Billstedt/Horn oder in den Stadtteilen der Kontrollgruppen stattgefunden haben, kontrolliert werden, da hierzu keine Daten vorlagen. Als Folge könnte der Effekt der neuen Versorgungsform über- oder unterschätzt worden sein, abhängig von Richtung und Gruppe, auf welche die möglicherweise parallel stattfindenden Interventionen gewirkt haben. Eine weitere Limitation ist, dass bei der Evaluation der Wirtschaftlichkeit anhand der Leistungsausgaben die Lern- und Entwicklungskosten der neuen Versorgungsform in der Kostenbetrachtung nicht erfasst und in den Analysen berücksichtigt werden konnten. Demnach umfassen die analysierten Kosten nicht alle mit der neuen Versorgungsform verbundenen Kosten, was zu einer möglichen Unterschätzung der Ausgaben führt. Um ein vollständiges Bild der Wirtschaftlichkeit der neuen Versorgungsform zu geben, müsste der Kostenbegriff um die Kosten der Intervention selber, z.B. Verwaltungskosten, Kosten durch Ausbildung des Personals oder Werbekosten, erweitert werden (Johns, Baltussen, & Hutubessy, 2003). Als methodische Limitation dieser Teilstudie ist das Fehlen einer randomisierten Kontrollgruppe anzumerken. Eine Randomisierung war nicht möglich, deshalb wurde eine Kontrollgruppe durch Propensity Score Matching konstruiert, um Interventions- und Kontrollgruppe vergleichbar zu machen und Bias durch die Selektion der Teilnehmer der Interventionsgruppen und Bias durch Störfaktoren entgegen zu wirken. Es ist jedoch möglich, dass nicht alle relevanten Faktoren in das Matching eingeschlossen wurden. Auch die Nutzung von Routinedaten ist mit Limitationen verbunden, es ist beispielsweise keine externe Diagnosevalidierung möglich, außerdem liegen keine sozioökonomischen Daten der Versicherten vor (Swart et al., 2014). Die Ergebnisse können somit neben der Einführung der neuen Versorgungsform auch durch weitere Faktoren beeinflusst oder verzerrt worden sein, für die in den Analysen nicht kontrolliert werden konnte.

## 4.6. Ergebnisse Teilstudie 6

### Befragungsrücklauf

In der **ersten Befragungswelle (T0)** wurden von den 149 versendeten Fragebögen 63 an das evaluierende Institut zurückgeschickt. Dies entspricht eine Gesamtrücklaufquote (RLQ) von 42.28%. Unter den 63 Befragungsteilnehmern befanden sich 21 Ärzt:innen (RLQ<sub>Ärzte</sub>: 44.68%), 3 Pflegeeinrichtungen (RLQ<sub>Pflegeeinrichtungen</sub>: 30.00%), 33 soziale (Stadtteil-)Einrichtungen (RLQ<sub>soziale (Stadtteil-)Einrichtungen</sub>: 38.37%) und 5 Mitarbeiter des Gesundheitskiosks (RLQ<sub>Gesundheitskiosk</sub>: 83.33%).

In der **zweiten Befragungswelle (T1)** wurden von 140 versendeten Fragebögen 48 an das evaluierende Institut zurückgeschickt. Dies entspricht einer Gesamtrücklaufquote (RLQ) von 35.29%. Unter den 48 Befragungsteilnehmern befanden sich 22 Ärzt:innen (RLQ<sub>Ärzte</sub>: 32.84%), 2 Pflegeeinrichtungen (RLQ<sub>Pflegeeinrichtungen</sub>: 14.29%), 17 soziale (Stadtteil-)Einrichtungen (RLQ<sub>soziale (Stadtteil-)Einrichtungen</sub>: 32.69%) und 7 Mitarbeiter des Gesundheitskiosks (RLQ<sub>Gesundheitskiosk</sub>: 100.00%).

Insgesamt haben 14 Ärzt:innen, 2 Mitarbeiter des Gesundheitskiosks und 13 soziale (Stadtteil-) Einrichtungen sowohl in T0 als auch in T1 geantwortet. Eine Beschreibung der Befragungstichproben zu T0 und T1 findet sich in Anhang TS6\_A3.

### Nutzungsintensität der Leistungs- und Kooperationspartner:innen spezifischen Interventionen

Die Analysen zur Forschungsfrage 1a zeigen, dass Ärzt:innen im Durchschnitt „manchmal“ (Mittelwert: 2.89), soziale (Stadtteil-)Einrichtungen hingegen im Durchschnitt „selten“ (Mittelwert: 2.35) an *Netzwerkveranstaltungen* teilnahmen<sup>15</sup>.

Die Analysen zur Forschungsfrage 1b zeigen, dass Ärzt:innen im Durchschnitt „oft“ (Mittelwert: 3.50), soziale (Stadtteil-)Einrichtungen hingegen im Durchschnitt „selten“ (Mittelwert: 2.12) an *Fortbildungsveranstaltungen* teilnahmen. In der Gruppe Gesundheitskiosk wird die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen durchschnittlich mit „manchmal“ (Mittelwert: 3.46) angegeben<sup>16</sup>. Aus den administrativen Daten der GfBH UG, welche hier ergänzend und validierend herangezogen wurden, zeigt sich, dass die Anzahl der Teilnahmen an Fortbildungsveranstaltungen zwischen 1 und 19 Teilnahmen pro Arzt bzw. Ärztin variierte. Insgesamt wurden über die gesamte Projektdauer 58 Fortbildungen angeboten.

Die Analysen zur Forschungsfrage 1c zeigen, dass im Beobachtungszeitraum durchschnittlich 6-10 *Überweisungen an den Gesundheitskiosk (Social Prescribing)* (Mittelwert: 2.9, SD<sup>17</sup>=1.4) pro Arzt bzw. Ärztin im Monat ausgestellt wurden (Selbstbericht zur Anzahl der *ausgestellten* Überweisungen), wobei das Minimum bei 0 Überweisungen und das Maximum >50 Überweisungen lag. Die administrativen Daten der GfBH UG, welche hier zu Erfassung der im Gesundheitskiosk eingegangenen Überweisungen herangezogen wurden (objektive Anzahl der *eingegangenen* Überweisungen), zeigten, dass durchschnittlich lediglich weniger als 1 Überweisung pro Arzt bzw. Ärztin pro Monat im Gesundheitskiosk eingegangen ist. Damit übersteigt die Anzahl der ausgestellten Überweisungen die Anzahl der tatsächlich im Gesundheitskiosk eingegangen und damit durch die Patient:innen genutzten Überweisungen. Dieses Ergebnis deutet auf eine geringe Compliance der Patient:innen im Hinblick auf die Wahrnehmung der

<sup>15</sup> Für die Gruppe Gesundheitskiosk wurde die Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen nicht erhoben und in der Gruppe Pflegeeinrichtungen liegt nur eine Beobachtung vor, sodass diese aus Anonymitätsgründen nicht separat ausgewertet wird.

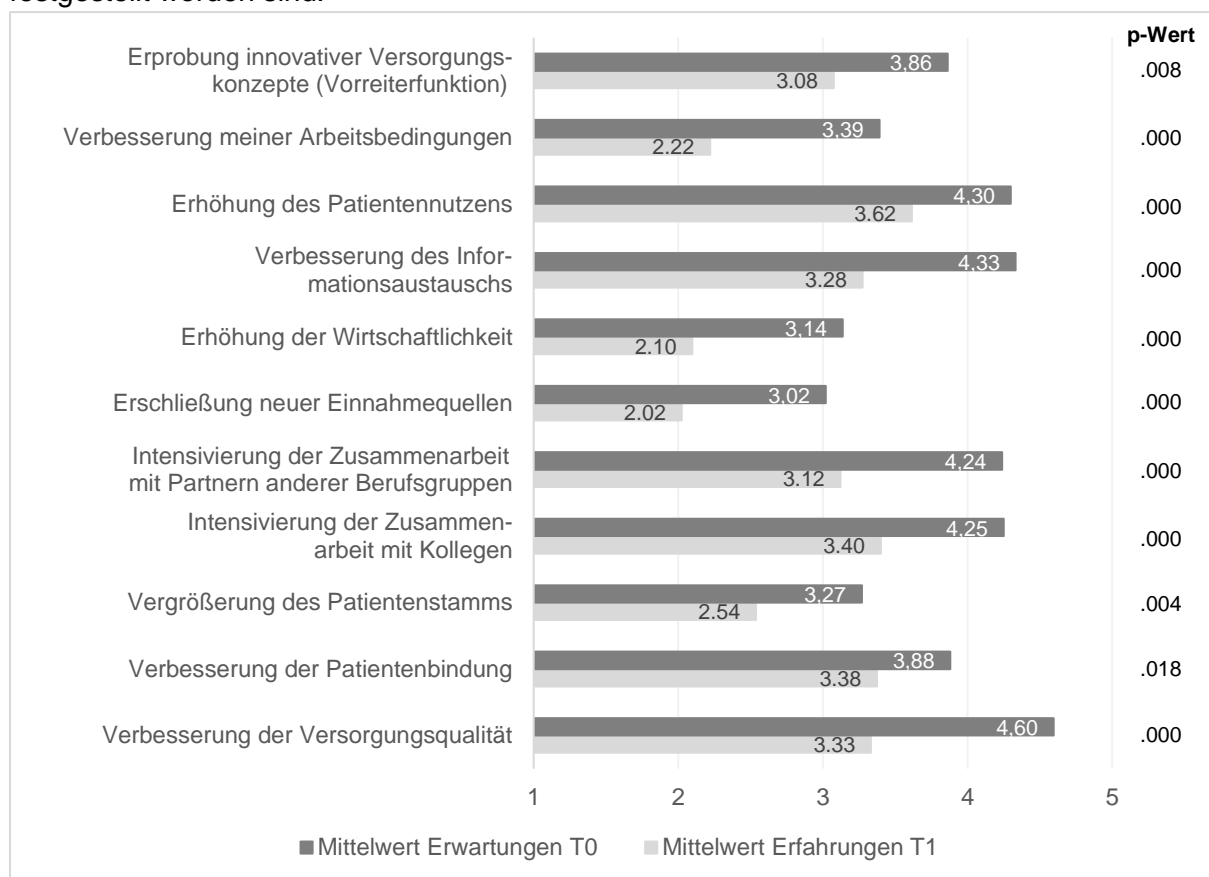
<sup>16</sup> Für die Pflegeeinrichtungen liegt nur eine Beobachtung vor und wird daher aus Anonymitätsgründen nicht ausgewertet.

<sup>17</sup> SD = Standard Abweichung

durch den Arzt bzw. Ärztin empfohlenen Leistungsanspruchnahme der Angebote des Gesundheitskiosks hin.

### Erwartungen (T0) und Erfahrungen (T1) der Leistungs- und Kooperationspartner:innen

Die Analysen zur Forschungsfrage 2 zeigen, dass die Erwartungen an das Projekt die tatsächlichen Erfahrungen mit dem Projekt überstiegen. Abbildung 28 zeigt die durchschnittlichen Erwartungen aus T0 und die durchschnittlichen Erfahrungen aus T1 im Vergleich (inkl. Prüfung der Unterschiede auf statistische Signifikanz). Die Ergebnisse implizieren, dass die Leistungs- und Kooperationspartner:innen zu Beginn des Projektes Erwartungen hatten, die nur bedingt im Rahmen des Beobachtungszeitraumes erfüllt werden konnten. Die größte Abweichung zwischen Erwartung und Erfahrung zeigt sich im Bereich der Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Hier wurde eine wesentlich größere Verbesserung erwartet, als dann tatsächlich wahrgenommen wurde. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass die größten Veränderungen bei der Erhöhung des Patientennutzens und bei der Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kollegen festgestellt worden sind.



Anmerkung: N(T0) = 63, N(T1) = 48, p-Wert: Der p-Wert ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Teststatistik - bei Gültigkeit der Nullhypothese (H0) - mindestens den in der Stichprobe berechneten Wert (sprich diesen Wert oder einen größeren Wert) annimmt. H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen den Differenzen der Mittelwerte der einzelnen Gruppen

Frage: T0 (Erwartungen): Bitte stufen Sie Ihre Erwartungen an das Projekt INVEST hinsichtlich ihrer Wichtigkeit ein.

T1 (Erfahrungen): Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgende Veränderungen durch das Projekt INVEST beobachten konnten.

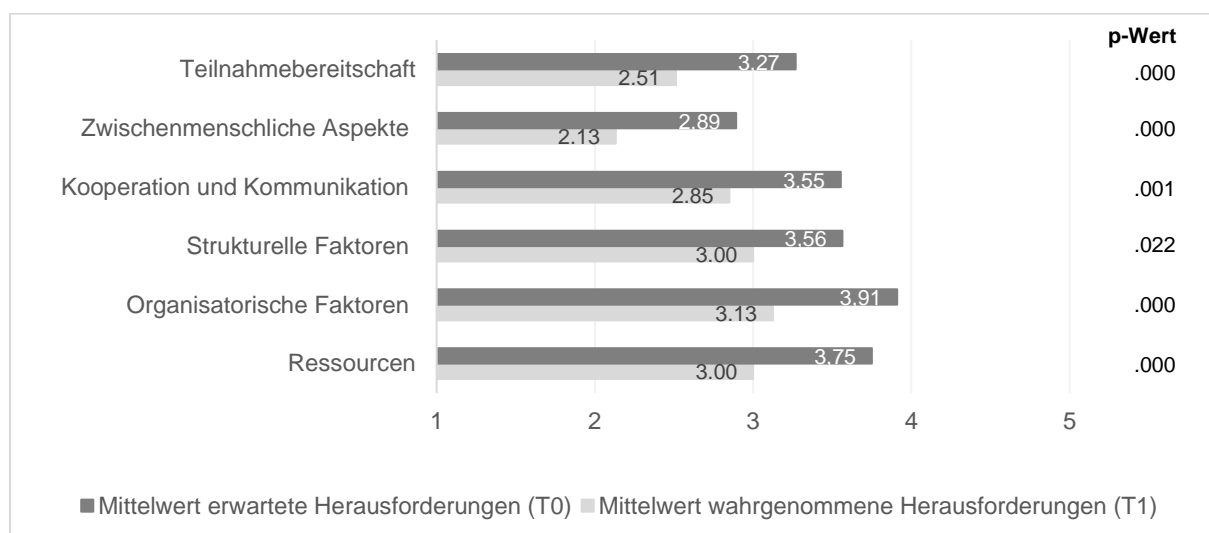
Antwortskala: 1 = sehr gering, 2 = gering, 3 = mittel, 4 = groß, 5 = sehr groß

**Abbildung 28:** Erwartungen (T0) an das und Erfahrungen (T1) mit dem INVEST Projekt



## Erwartete Herausforderungen (T0) und tatsächlich wahrgenommene Herausforderungen (T1) der Leistungs- und Kooperationspartner:innen bei der Umsetzung und Implementierung des Projektes

Die Analysen zur Forschungsfrage 3 zeigen, dass die Herausforderungen zu Beginn des Projektes (T0) signifikant größer eingestuft als sie dann am Ende des Projektes (T1) tatsächlich wahrgenommen wurden. Abbildung 29 zeigt die durchschnittlichen projektbezogenen erwarteten Herausforderungen in T0 und die durchschnittlichen wahrgenommenen Herausforderungen aus T1 im Vergleich (inkl. Prüfung der Unterschiede auf statistische Signifikanz). In der T0 Befragung wurden die größten Herausforderungen im Bereich der organisatorischen Faktoren (z.B. bürokratischer Aufwand, Abstimmung von Abläufen/ Prozessen) sowie bei den Ressourcen (z.B. personell, zeitlich, finanziell) und den strukturellen Faktoren (z.B. Probleme mit der IT Vernetzung, standortbezogene Faktoren) erwartet. Die geringste Herausforderung wurde bei den zwischenmenschlichen Aspekten (z.B. Misstrauen, Konkurrenzdenken) gesehen. Die Gegenüberstellung der zu Beginn erwarteten und am Ende tatsächlich wahrgenommenen Herausforderungen zeigt eine hohe Übereinstimmung im Hinblick auf diese Hierarchie. Demnach wurden in der T1 Befragung die größten wahrgenommenen Herausforderungen ebenfalls im Bereich der organisatorischen Faktoren sowie bei den Ressourcen und den strukturellen Faktoren berichtet.



Anmerkung: N(T0) = 63, N(T1) = 48

p-Wert: Der p-Wert ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Teststatistik - bei Gültigkeit der Nullhypothese (H0) - mindestens den in der Stichprobe berechneten Wert (sprich diesen Wert oder einen größeren Wert) annimmt. H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen den Differenzen der Mittelwerte der einzelnen Gruppen.

T0 Erwartete Herausforderungen: Bitte geben Sie Ihre Einschätzung bzgl. Herausforderungen in folgenden Bereichen an.

T1 Wahrgenommene Herausforderungen: Bitte geben Sie an, wie sehr Sie die folgenden Herausforderungen im Projekt INVEST wahrgenommen haben.

Antwortskala: 1 = sehr gering, 2 = gering, 3 = mittel, 4 = groß, 5 = sehr groß

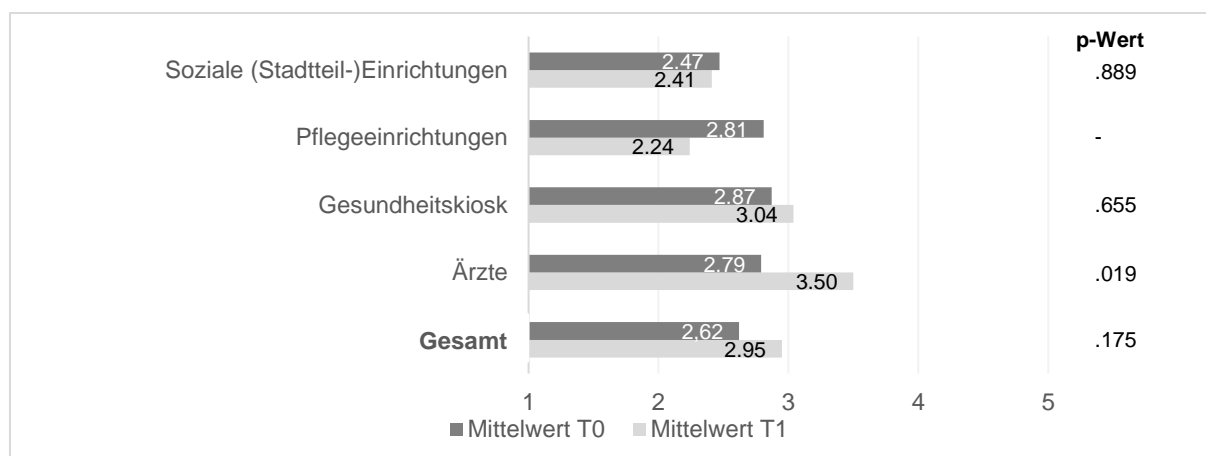
**Abbildung 29:** Erwartete Herausforderungen (T0) und wahrgenommene Herausforderungen (T1),  
Quelle: eigene Darstellung

## Koordination und Vernetzung zwischen den Leistungs- und Kooperationspartner:innen

Die Analysen zur Forschungsfrage 4 zeigen, dass die Koordination und Vernetzung in T0 gruppenübergreifend im Mittel mit 2.62 und in T1 mit 2.95 bewertet wurde (siehe Abbildung 30). Die Ergebnisse deuten damit auf eine Verbesserung der Koordination und Vernetzung hin. Allerdings zeigt der Prä-Post Vergleich, dass sich die Mittelwerte zwischen T0 und T1 der



Mittelwerte nicht signifikant voneinander unterscheiden ( $p > 0.05$ ). Die gruppenspezifische Auswertung zeigt, dass die Gruppe der Ärzt:innen die Koordination und Vernetzung in T1 besser bewerten als in T0. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < 0.05$ ). Auch die Mitarbeiter:innen des Gesundheitskiosks berichten eine Verbesserung der Koordination und Vernetzung, allerdings ist hier der Unterschied nicht signifikant. Die Gruppe der Pflegeeinrichtungen und der sozialen (Stadtteil-)Einrichtungen berichten eine Verschlechterung der Koordination und Vernetzung. Allerdings ist der Prä-Post Mittelwertvergleich nicht signifikant oder konnte aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht berechnet werden.



Anmerkung: Gesamt = gruppenübergreifend

$N(T0) = 63$ ,  $N(T1) = 48$

p-Wert: Der p-Wert ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Teststatistik - bei Gültigkeit der Nullhypothese ( $H_0$ ) - mindestens den in der Stichprobe berechneten Wert (sprich diesen Wert oder einen größeren Wert) annimmt.  $H_0$ : Es gibt keinen Unterschied zwischen den Differenzen der Mittelwerte der einzelnen Gruppen.

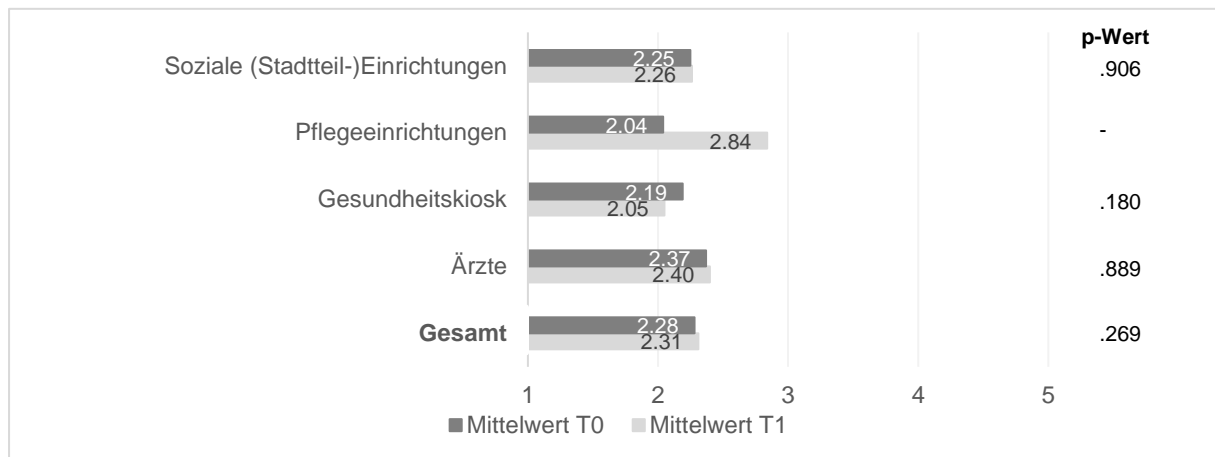
Die Fragen in T0 und T1 bezogen sich auf verschiedene Aspekte der Koordination und Vernetzung zwischen den teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner:innenn. Dabei wurde verschiedene 5-stufige Antwortskalen in Anlehnung an Gittell, 2011 verwendet (siehe Anhang TS6\_A1 und TS6\_A2). Der Wert 1 drückt dabei eine geringe / schwache Kooperation und Vernetzung aus, der Wert 5 hingegen eine starke Kooperation und Vernetzung.

**Abbildung 30:** Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich der Koordination und Vernetzung, Quelle: eigene Darstellung

## Arbeitsbelastung

Die Analysen zur Forschungsfrage 5 zeigen, dass die Arbeitsbelastung der Leistungs- und Kooperationspartner:innen über alle befragten Gruppen – außer dem Gesundheitskiosk - in T1 im Vergleich zu Beginn des Projektes (T0) leicht angestiegen ist (siehe Abbildung 31). Allerdings ist der Mittelwertunterschied zwischen T0 und T1 in allen Gruppen nicht signifikant ( $p > 0.05$ )<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Für die Pflegeeinrichtungen konnte aufgrund der geringen Beobachtungsanzahl kein p-Wert ermittelt werden.  
Evaluationsbericht



Anmerkung: Gesamt = gruppenübergreifend

N(T0) = 63, N(T1) = 48

p-Wert: Der p-Wert ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Teststatistik - bei Gültigkeit der Nullhypothese (H0) - mindestens den in der Stichprobe berechneten Wert (sprich diesen Wert oder einen größeren Wert) annimmt. H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen den Differenzen der Mittelwerte der einzelnen Gruppen.

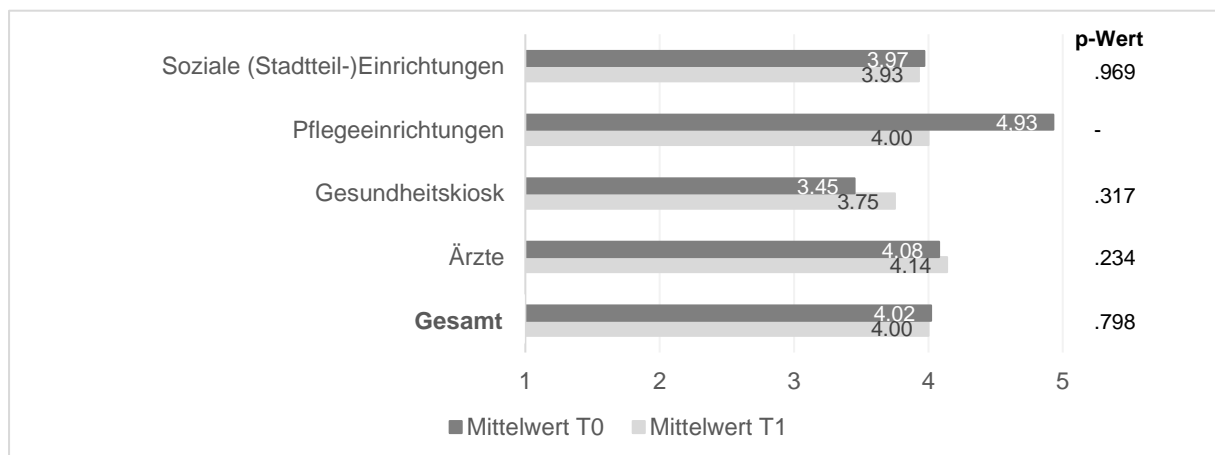
Die Fragen in T0 und T1 bezogen sich auf verschiedene Aspekte der Arbeitsbelastung. Dabei wurde eine Häufigkeitsskala gewählt. Die Befragten gaben beispielsweise an, wie häufig sie sich denken "Ich kann nicht mehr"? oder wie häufig sie die Arbeit mit Patient:innen frustriert.

Antwortskala: 1 = nie/fast nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = immer

**Abbildung 31:** Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich der Arbeitsbelastung, Quelle: eigene Darstellung

### Arbeitszufriedenheit

Die Analysen zur Forschungsfrage 6 zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit in T1 im Vergleich zu T0 für die Gruppen soziale (Stadtteil-)Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen marginal zurückgegangen ist, wobei auch hier kein signifikanter Unterschied festgestellt werden konnte ( $p > 0.05$ ) (siehe Abbildung 32). Die Arbeitszufriedenheit der Gruppen Gesundheitskiosk und Ärzt:innen hat sich leicht verbessert. Allerdings sind auch hier die Unterschiede des Prä-Post Vergleichs nicht signifikant ( $p > 0.05$ ).



Anmerkung: Gesamt = gruppenübergreifend

N(T0) = 63, N(T1) = 48

p-Wert: Der p-Wert ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Teststatistik - bei Gültigkeit der Nullhypothese (H0) - mindestens den in der Stichprobe berechneten Wert (sprich diesen Wert oder einen größeren Wert) annimmt. H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen den Differenzen der Mittelwerte der einzelnen Gruppen.

Frage in T0 und T1: Wie zufrieden sind Sie persönlich mit...

Antwortskala: 1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = eher zufrieden, 4 = zufrieden, 5 = sehr zufrieden

**Abbildung 32:** Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich der Arbeitszufriedenheit, Quelle: eigene Darstellung

Die Gegenüberstellung der Abwanderungsintention der Ärzt:innen von T0 und T1 zeigte, dass die Abwanderungsintention in T1 gesunken ist (Mittelwert T0: 2.64 und Mittelwert T1: 2.15). So gaben die Ärzt:innen an, weniger häufig zu überlegen, ihre Praxis zu verkaufen und in einen anderen Stadtteil oder ins Ausland zu gehen. Allerdings ist der Unterschied in den Mittelwerten zwischen T0 und T1 nicht signifikant ( $p > 0.05$ ).

### **Einfluss der Nutzungsintensität auf die Zielvariablen Koordination und Vernetzung, Arbeitsbelastung- und Arbeitszufriedenheit**

Im Hinblick auf die in der Arbeitshypothese formulierten Erwartung, dass die Nutzungsintensität der Interventionen die Stärker der Veränderung in den Zielgrößen beeinflusst, zeigen die Subgruppenanalysen gemischte Ergebnisse.

Für die Nutzungsintensität der *Netzwerkveranstaltungen* konnte kein signifikanter Einfluss auf die Zielvariablen festgestellt werden. Die Ergebnisse implizieren damit, dass es keinen Unterschied für die Koordination und Vernetzung, Arbeitsbelastung, sowie Arbeitszufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen macht, ob sie die Netzwerkveranstaltungen selten oder häufig im Beobachtungszeitraum besuchten.

Für die Nutzungsintensität der *Fortbildungsveranstaltungen*, zeigen die Ergebnisse der Subgruppenanalysen jedoch, dass Leistungs- und Kooperationspartner:innen mit einer hohen Nutzungsintensität von Fortbildungsveranstaltungen die Koordination und Vernetzung signifikant besser bewerten als die Befragten mit einer geringen Nutzungsintensität ( $p < 0.05$ ). Für die Zielgrößen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit zeigte die Nutzungsintensität der Fortbildungsveranstaltungen keinen signifikanten Einfluss.

Für die Nutzungsintensität der *Überweisungsmöglichkeit in den Gesundheitskiosk (Social Prescribing)* konnten weder für den Selbstbericht zur Anzahl der ausgestellten Überweisungen noch für die Anzahl der im Gesundheitskiosk eingegangene Überweisungen pro Arzt bzw. Ärztin pro Monat signifikante Unterschiede in der Koordination und Vernetzung, Arbeitsbelastung, sowie Arbeitszufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen festgestellt werden. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit bisherigen Studien, welche den Einfluss von Social Prescribing auf die Arbeitsbelastung von Ärzt:innen untersucht haben und ebenfalls keinen signifikanten Einfluss finden konnten (Loftus et al., 2017).

### **Bewertung einzelner Interventionen des Projektes (sekundäre Forschungsfrage)**

Die Analysen zur Forschungsfrage 7 zeigen, dass die Interventionen durchschnittlich durchweg positiv von den Leistungs- und Kooperationspartner:innen bewertet wurden.

Die Bewertung des *Gesundheitskiosks*<sup>19</sup> zeigt beispielsweise, dass beide Gruppen Ärzt:innen und soziale (Stadtteil-)Einrichtungen die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitskiosk als problemlos einstufen. Zudem geben die Ärzt:innen an, dass die Nachbereitung von Arztbesuchen in Muttersprache eine Arbeitserleichterung darstellt. Weitere Aspekte sind in Abbildung 33 dargestellt.

Weitere Analysen zeigen, dass die Ärzt:innen und soziale (Stadtteil-)Einrichtungen angaben, die Inhalte aus den Fortbildungen im Praxisalltag sehr gut anwenden zu können und sich zu allen relevanten Themen gut durch die GfBH UG informiert fühlen.

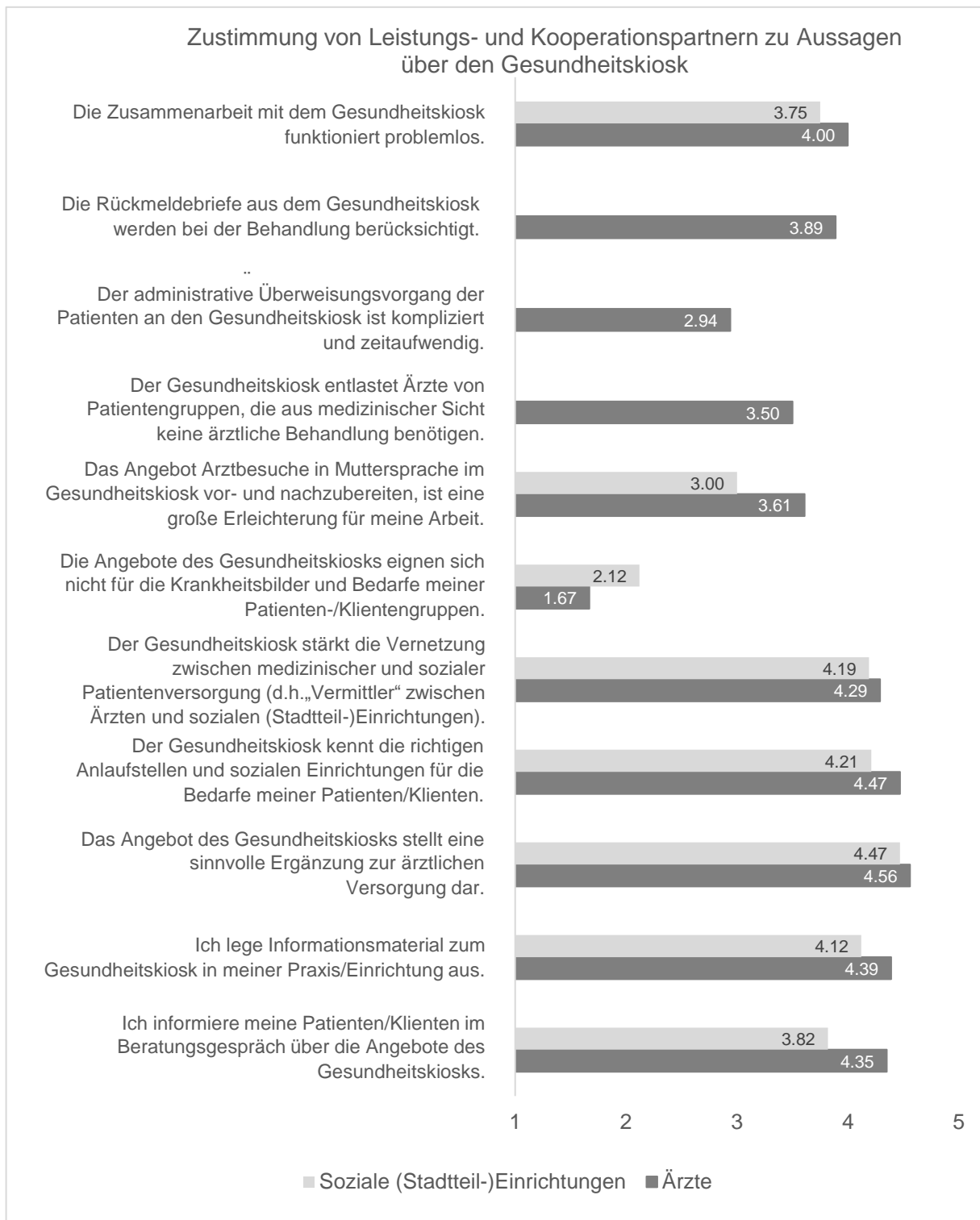
Weitere gruppenspezifische Interventionen wurden zudem nur von der jeweiligen betroffenen bzw. beteiligten Gruppe bewertet. Die Ärzt:innen stimmten der Aussage „Durch die Möglichkeit, Patienten in den Gesundheitskiosk überweisen zu könne, habe ich mehr Zeit für andere

---

<sup>19</sup> Die *Bewertung des Gesundheitskiosks* wurde in den Gruppen Ärzte, soziale (Stadtteil-)Einrichtungen und Pflegeeinrichtung erhoben. Da nur eine Beobachtung in der Gruppe Pflegeeinrichtung vorliegt, wird diese aus Anonymitätsgründen hier nicht ausgewertet.

Patienten“ im Durchschnitt mit „teils, teils“ zu (Mittelwert: 2.61, SD=1.1). Der Aussage, dass sich durch die Überweisungsmöglichkeit die Arbeitsbelastung reduziert hat, stimmten die Ärzt:innen im Durchschnitt eher nicht zu (Mittelwert: 2.28, SD=0.8). Interessanterweise gaben die Ärzt:innen an, dass sich durch die Überweisung (Social Prescribing) die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Patient:innen den Gesundheitskiosk auch tatsächlich aufsuchen (Mittelwert: 3.71, SD=0.7) und dass sich durch die Überweisung (Social Prescribing) die Versorgungsqualität insgesamt verbessert (Mittelwert: 3.65, SD=0.9).

Die Mitarbeiter:innen des Gesundheitskiosks bewertet alle Interventionen in Form von kontinuierlichen Fortbildungen (Mittelwert: 3.57, SD=0.5), gesprächsbegleitende Hospitationen und anschließenden Feedback (Mittelwert: 3.43, SD=0.5), Gruppensupervisionsrunden (Mittelwert: 3.29, SD=0.8) und individuelle Superversionen (Mittelwert: 3.14, SD=1.2) als wichtig, um die Qualität der Arbeit zu sichern und zu verbessern.



Anmerkung: N(T0, Ärzt:innen) = 21, N(T1, Ärzt:innen) = 22; N(T0, soziale (Stadtteil-)Einrichtungen) = 33, N(T1, soziale (Stadtteil-)Einrichtungen) = 17

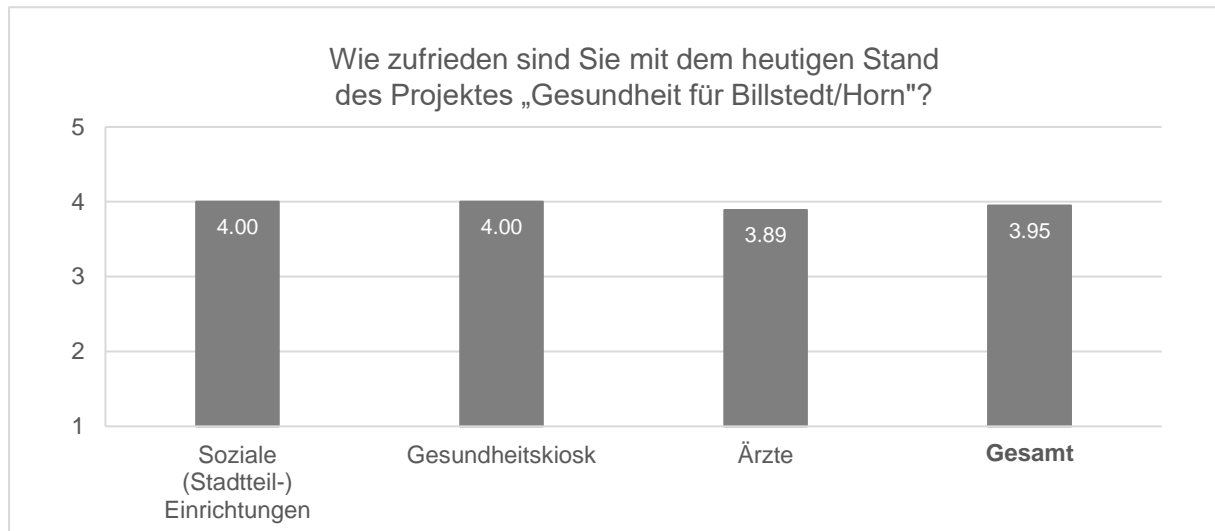
Hinweis: Die Aspekte, die nur von der Gruppe Ärzt:innen bewertet wurden, wurden auch nur in der Gruppe Ärzt:innen erhoben.

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

**Abbildung 33:** Bewertung des Gesundheitskiosks (T1), Quelle: eigene Darstellung

### Bewertung Gesamterfolg des Projektes

Die Analysen zur Forschungsfrage 8 zeigen, dass gruppenübergreifend die Leistungs- und Kooperationspartner:innen in T1 angegeben, dass sie mit dem Projekt zufrieden sind und das Projekt sicher weiterempfehlen würden (siehe Abbildungen 34 und 35).

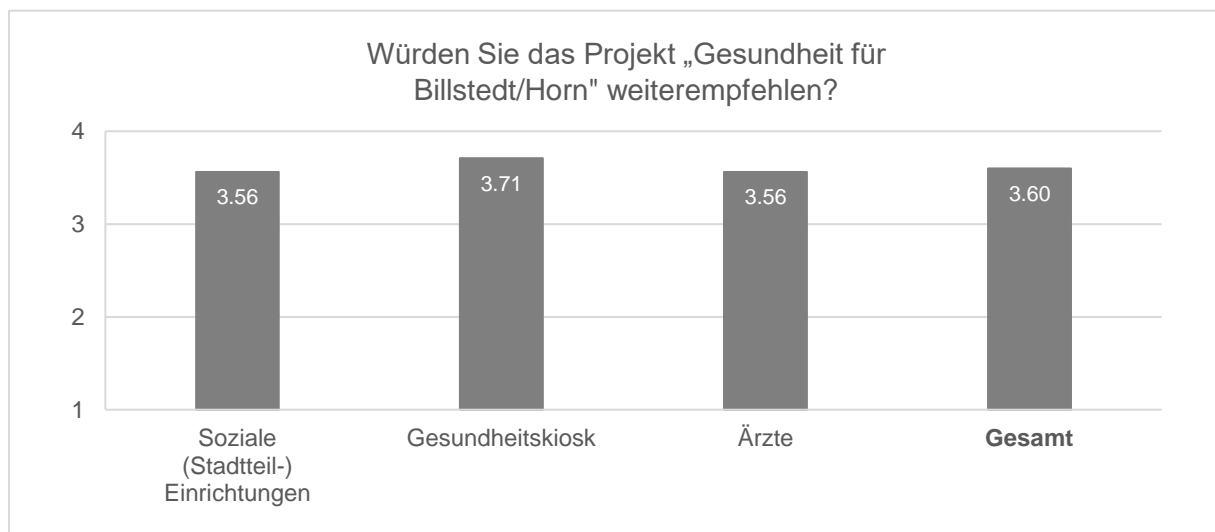


Anmerkung: Gesamt = gruppenübergreifend, N = 43

Da für die Gruppe Pflegeeinrichtungen nur eine Beobachtung vorliegt, wurde diese nicht gruppenspezifisch ausgewertet.

Antwortskala: 1 = gar nicht zufrieden, 2 = weniger zufrieden, 3 = eher zufrieden, 4 = zufrieden, 5 = sehr zufrieden

**Abbildung 34:** Projektzufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen in T1, Quelle: eigene Darstellung



Anmerkung: Gesamt = gruppenübergreifend, N = 42

Da für die Gruppe Pflegeeinrichtungen nur eine Beobachtung vorliegt, wurde diese nicht gruppenspezifisch ausgewertet.

Antwortskala: 1 = sicher ja, 2 = eher nein, 3 = eher ja, 4 = sicher ja

**Abbildung 35:** Weiterempfehlungsabsicht der Leistungs- und Kooperationspartner:innen in T1, Quelle: eigene Darstellung



Im Prä-Post Vergleich zeigt sich, dass sich die Zufriedenheit mit dem Projekt über die Dauer des Projektes signifikant verbessert hat ( $p < 0,05$ ; Mittelwert T0: 3,39 Mittelwert T1: 3,60,  $SD=0,8$ ). Auch die Weiterempfehlungsabsicht hat zugenommen, allerdings konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Befragungswellen nachgewiesen werden ( $p > 0,05$ ).

## Bewertung der Ergebnisse

Fokus dieser Teilstudie lag auf der Evaluation des Projektes aus Sicht der Akteur:innen der Gesundheitsversorgung, d.h. der an INVEST teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner:innen in Billstedt und Horn.

Die Ergebnisse zeigen, dass die angebotenen Interventionen durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen überwiegend akzeptiert und auch genutzt wurden, wenngleich hier im Hinblick auf die Teilnahmehäufigkeit an Netzwerk- und Fortbildungsveranstaltungen noch Potenzial für eine stärkere Nutzungsintensität aller Leistungs- und Kooperationspartnergruppen besteht. Weiterführende Analysen, beispielsweise in Form von qualitativen Interviews, sind erforderlich, um Informationen zu den Gründen der Nicht-Teilnahme zu gewinnen. Diese Informationen sollten im Anschluss genutzt werden, um die Interventionen bestmöglich an die Bedürfnisse der Leistungs- und Kooperationspartner:innen anzupassen und damit Akzeptanz und Nutzungsintensität zu steigern. Interessant ist an dieser Stelle das Ergebnis, dass die Ergebnisse der Subgruppenanalyse daraufhin deuten, dass durch eine Erhöhung der Nutzungsintensität von *Fortbildungsveranstaltungen* insbesondere die Koordination und Vernetzung zwischen den Leistungs- und Kooperationspartner:innen weiter verbessert werden könnte. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass die Ärzt:innen grundsätzlich von der Überweisungsmöglichkeit in den Gesundheitskiosk (Social Prescribing) Gebrauch machen, wenngleich die Nutzungsintensität stark zwischen den Befragten variiert. Dies lässt vermuten, dass das Instrument Social Prescribing nicht für alle Ärzt:innen gleich attraktiv ist. Ärzt:innen des Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. berichteten, dass sie dem Instrument Social Prescribing teilweise skeptisch gegenüberstehen, da sie nur bedingt von dessen Nutzen für die Patientengesundheit überzeugt sind. Auch administrative Barrieren beim Ausfüllen des Überweisungsscheins und des Einschreibformulars für die neue Versorgungsform INVEST wurden als einschränkend im Hinblick auf die Nutzungsintensität beschrieben. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass die Anzahl der ausgestellten Überweisungen die Anzahl der tatsächlich im Gesundheitskiosk eingegangen und damit durch die Patient:innen genutzten Überweisungen übersteigt. Dieses Ergebnis deutet auf eine geringe Compliance der Patient:innen im Hinblick auf die Wahrnehmung der durch den Arzt bzw. Ärztin empfohlenen Leistungsanspruchnahme der Angebote des Gesundheitskiosks hin. Weiterführende Analyse und Maßnahmen zur Erhöhung der Patienten Compliance sind demnach erforderlich und empfehlenswert.

Im Hinblick auf die Erwartungen an das Projekt deuten die Ergebnisse daraufhin, dass insbesondere im Hinblick auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen die Erwartungen der Leistungs- und Kooperationspartner:innen nur bedingt erfüllt werden konnten. Die Befragten gaben jedoch auch an, dass sie sehr zufrieden mit dem Projekt sind und dieses auch weiterempfehlen würden. Auch die einzelnen Interventionen, insbesondere der Gesundheitskiosk sowie die angebotenen Fortbildungsveranstaltungen, wurde als hilfreich und entlastend beurteilt. Basierend auf den vorliegenden Analysen lässt sich nicht abschließend beantworten, ob die Erwartungen der Leistungs- und Kooperationspartner:innen im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen durch das Projekt überhaupt erfüllt hätten werden können oder ob hierfür grundlegende strukturelle Reformen (z.B. Vergütung, Arbeitszeiten) erforderlich wären.

Die Ergebnisevaluation zeigt, dass die Befragten eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kolleg:innen berichteten und eine Verbesserung der Vernetzung und Zusammenarbeit durch

das Projekt wahrnahmen. Allerdings ist dieses Ergebnis nur für die Gruppe der Ärzt:innen als statistisch belastbar zu bewerten.

Entgegen der Zielsetzung des Projektes, berichteten die Leistungs- und Kooperationspartner:innen am Ende des Projektes einen leichten Anstieg ihrer Arbeitsbelastung. Allerdings ist dieses Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren, da keine statistische Belastbarkeit gegeben ist. Eine mögliche Erklärung für die Wahrnehmung einer höheren Arbeitsbelastung durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen könnte in den mit der Implementierung des Projektes verbundenen Lern- und Rüstkosten bestehen. Auch könnte das COVID-19 Pandemiegeschehen zu einer Verzerrung der Ergebnisse beigetragen haben. Zur Messung der Arbeitsbelastung wurden u.a. auch die Arbeitsstunden des letzten Quartals abgefragt, welche durch pandemiebedingte Herausforderungen und damit projektunabhängig gestiegen sein könnten. Hierzu lassen die vorliegenden Analysen jedoch keine belastbaren Aussagen zu.

Auch die Ergebnisse im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit sind aufgrund der geringen statistischen Belastbarkeit mit Vorsicht zu interpretieren und lassen nur Aussagen zu ersten Tendenzen zu. Demnach hat sich die Arbeitszufriedenheit der Gruppen Gesundheitskiosk und Ärzt:innen leicht verbessert und auch die Abwanderungsintention der Ärzt:innen ist zurückgegangen. Auch im Hinblick auf die Messung der Arbeitszufriedenheit zum Ende des Projektes (T1) können Verzerrungen durch pandemiebedingte Herausforderung, welche die Arbeitszufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen negative beeinflussten, nicht ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen der Teilstudie ableiten, dass das Projekt grundsätzlich positiv von den Leistungs- und Kooperationspartner:innen wahrgenommen wird und insbesondere im Hinblick auf die Zielsetzung der Steigerung der Kooperation und Vernetzung Erfolge verzeichnen konnte. Insgesamt liefern die Ergebnisse der vorliegenden Teilstudie erste Tendenzen, die allerdings aufgrund der geringen statistischen Belastbarkeit mit Vorsicht zu interpretieren sind. Die geringen Gruppen-Stichproben können ursächlich für die nicht signifikanten Mittelwertvergleiche sein. Auch konnten aufgrund der geringen Gruppen-Stichproben wissenschaftlich belastbarer und aussagekräftigere Analysemethoden, wie beispielsweise Regressionsanalysen nicht durchgeführt werden. Durch eine Fortführung der Evaluation und damit einer Verlängerung des Beobachtungszeitraumes ließe sich die statistische Präzision und Belastbarkeit der Ergebnisse weiter verbessern.

#### 4.7. Ergebnisse Teilstudie 7

Tabelle 22 gibt einen Überblick über die Faktoren, welche für die erfolgreiche Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST entscheidend waren und bei der Übertragung und Skalierung auf andere Regionen zu beachten sind. Insgesamt wurden 23 Erfolgsfaktoren identifiziert. Die hervorgehobenen Erfolgsfaktoren (Schriftstärke: fett) wurden dabei von mindestens der Hälfte der Interviewpartner:innen genannt und wurden auch in den untersuchten Dokumenten und Beobachtungsprotokollen besonders häufig thematisiert. Diese Faktoren sind daher als besonders relevant einzustufen. Sie werden im Folgenden genauer beschrieben.

Dimension	Erfolgsfaktor
(1) Externes Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Standortanalyse, welche den akuten Handlungsbedarf aufzeigt</b></li> <li>• <b>Ausreichende finanzielle Ressourcen für die Projektinitiierung</b></li> <li>• <b>Unterstützung von Krankenkassen, politischen Akteur:innen und Ärzt:innen bei der Projektinitiierung</b></li> <li>• Medienpräsenz zur Steigerung der öffentlichen Wahrnehmung</li> <li>• Rechtliche Rahmenbedingungen, welche Innovation neben der Regelversorgung ermöglichen</li> </ul>
(2) Internes Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gemeinsame Vision im Hinblick auf die Ziele der neuen Versorgungsform</b></li> <li>• <b>Kommunikationsstrukturen, die einen offenen und regelmäßigen Austausch zwischen den Projektpartner:innen fördern</b></li> <li>• <b>Geschäftsstelle für Koordinationsaufgaben</b></li> <li>• <b>Ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen aller beteiligten Akteur:innen</b></li> <li>• <b>Definition und Wahrnehmung von Führungsrollen durch die Geschäftsstelle und politischen Akteur:innen</b></li> <li>• Etablierte Beziehungen zwischen Akteur:innen</li> <li>• Konfliktmanagement durch einen Mediator bzw. eine Mediatorin</li> <li>• Gegenseitiges Vertrauen zwischen den Akteur:innen</li> </ul>
(3) Charakteristika der beteiligten Akteur:innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bereitschaft zur aktiven Beteiligung</b></li> <li>• <b>Interesse an den inhaltlichen Zielen des Projektes</b></li> <li>• <b>Erfahrungen im Change-Management</b></li> <li>• Aktive Veränderungsbereitschaft aller Akteur:innen</li> </ul>
(4) Charakteristika der neuen Versorgungsform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Adressierung eines akuten Bedarfs</b></li> <li>• Bereitstellung kontextspezifischer Angebote</li> <li>• Beherrschbare Komplexität der geplanten Interventionen und Instrumente</li> </ul>
(5) Implementierungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Transparentes Vorgehen und offener Informationsaustausch</b></li> <li>• <b>Gemeinsame partizipative Entscheidungsfindung</b></li> <li>• <b>Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des Prozesses</b></li> </ul>

**Tabelle 22:** Erfolgsfaktoren bei der Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST

- (1) In Bezug auf das **externe Umfeld** war es für die Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST von Bedeutung, dass empirische Evidenz aus der Standortanalyse in Billstedt und Horn vorlag. Das daraus entwickelte Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn (Fischer et al., 2015) half den beteiligten Akteur:innen dabei, gemeinsam zu identifizieren, wo genau Handlungsbedarf besteht. Für die sich anschließende Planung und Initiierung war es entscheidend, die Zusage bzw. die Auszahlung der finanziellen Mittel des Innovationsfonds erhalten zu haben. Des Weiteren wirkte die Unterstützung von Krankenkassen, Ärzt:innen und politischen Akteur:innen als entscheidender Projektreiber und als Multiplikator, welcher das Projekt sowohl auf regionaler als auch auf nationaler Ebene bekannt machte.
- (2) Im Hinblick auf das **interne Umfeld** war es förderlich, dass alle beteiligten Akteur:innen eine gemeinsame Vision im Hinblick auf die Ziele der neuen Versorgungsform teilten. Akteur:innen aller Berufsgruppen nahmen Probleme im Zugang zur Gesundheitsversorgung (insb. Sprachbarrieren), der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung (z.B. ausschließlich gesetzlich Versicherte in Arztpraxen) und der Sozialstruktur (z.B. ein hoher Anteil Arbeitsloser und Sozialhilfeempfänger:innen) in den Stadtteilen Billstedt und Horn wahr. Die gemeinsame Vision bestand darin, die Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn zu verbessern. Diese Vision konnte nur in interprofessioneller und intersektoraler Zusammenarbeit, d.h. im gemeinsamen Handeln der Akteur:innen aller beteiligten Berufsgruppen und Organisationen/Sektoren, erreicht werden. Für die Zusammenarbeit war es notwendig, Kommunikationsstrukturen zu entwickeln und zu implementieren, die einen regelmäßigen und offenen Austausch aller am Projekt beteiligten Akteur:innen ermöglichten. Zudem gab es eine Geschäftsstelle, welche alle anfallenden Koordinationsaufgaben übernahm und dadurch maßgeblich zu einer erfolgreichen Implementierung beitrug. Für die Projektkoordination war es außerdem notwendig, Führungsrollen zu definieren und auszuüben. Führungsrollen wurden sowohl von Mitarbeiter:innen der Geschäftsstelle als auch von politischen Akteur:innen wahrgenommen. Trotz dieser Führungswahrnehmung waren für einige Akteur:innen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Projektpartner:innen in der Implementierung der neuen Versorgungsform recht unklar. Andere Akteur:innen betonten den großen Beitrag der Führungswahrnehmung der Geschäftsstelle in Billstedt und Horn für die erfolgreiche Projektimplementierung. Auch die zeitlichen Ressourcen der beteiligten Akteur:innen welche durch andere berufliche Verpflichtungen stark eingeschränkt sein konnten, wurden als entscheidend benannt. Beispielsweise berichteten viele Ärzt:innen, dass ihr Beitrag zur Entwicklung und Implementierung des Projektes sehr zeitintensiv und dadurch teilweise schwer vereinbar mit ihren Verpflichtungen in der Praxis war.
- (3) In Bezug auf die **Charakteristika der beteiligten Akteur:innen** wurde die neue Versorgungsform INVEST entscheidend durch die Bereitschaft zur aktiven Beteiligung verschiedener Akteur:innen vorangebracht. Darüber hinaus wurde das Interesse der Akteur:innen an den inhaltlichen Zielen des Projektes und Erfahrungen im Change-Management bzw. in der Entwicklung einer neuen Versorgungsform als förderlich identifiziert. Das Interesse der Akteur:innen an den inhaltlichen Zielen des Projektes wurde als Gegensatz zu einem wirtschaftlichen Gewinn-Interesse (z.B. einer Teilnahmevergütung) beschrieben.

- (4) Im Hinblick auf die **Merkmale der neuen Versorgungsform** war es im vorliegenden Fall entscheidend, dass diese einen akuten Handlungsbedarf adressierte. Der akute Handlungsbedarf basierte gemäß der Einschätzung der Interviewpartner:innen unter anderem auf der Überlastung der Ärzt:innen in Billstedt und Horn, Verständnisproblemen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen mit Migrationshintergrund sowie Abstimmungs- und Kooperationschwierigkeiten in der Patientenversorgung. Für die erfolgreiche Implementierung war entscheidend, dass die neue Versorgungsform diese identifizierten und kollektiv wahrgenommenen Handlungsfelder entsprechend adressierte.
- (5) Bezüglich des **Implementierungsprozesses** der neuen Versorgungsform wurde der offene Austausch von Informationen zwischen allen beteiligten Projektpartner:innen als besonders notwendig angesehen. Dies wurde insbesondere in jenen Fällen hervorgehoben, in denen Transparenz hinsichtlich der Planung weiterer Schritte von einigen Akteur:innen als fehlend empfunden wurde. Fehlende Transparenz erschwerte die Zusammenarbeit – und dadurch auch die gemeinsame Implementierung. Zudem zeichnete sich ab, dass die Akteur:innen mehrheitlich Wert auf einen gemeinsamen partizipativen Entscheidungsfindungsprozess in der Implementierung des Projektes legten. Die Berücksichtigung der Interessen lokaler Akteur:innen in der Region wurde dabei als eine Grundvoraussetzung für den erfolgreichen gemeinsamen Implementierungsprozess angesehen. Des Weiteren stellte sich im Verlauf des Implementierungsprozesses heraus, dass es entscheidend war, das zu Projektstart vorhandene Konzept des integrierten Versorgungsmodells (insbesondere der Konzeptentwurf basierend auf dem Versorgungsmodell des Gesunden Kinzigtals) an die Situation in Billstedt und Horn anzupassen. Beispielweise war es in Billstedt und Horn notwendig, für eine zielgerichtete Adressierung der Bevölkerung auch soziale Einrichtungen in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Es war insofern eine Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im Implementierungsprozess der neuen Versorgungsform notwendig.

Für die Übertragung der neuen Versorgungsform INVEST auf andere Regionen ist zu beachten, dass bereits die Umsetzung der identifizierten Erfolgsfaktoren mit zentralen Herausforderungen verbunden sein kann. Insbesondere die Initiierung und Etablierung der integrativen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen stellte eine Herausforderung dar, da es für diese Art der Zusammenarbeit zum Großteil keine bereits bestehenden Organisations- und Kommunikationsstrukturen gab. Weitere Herausforderungen hierbei waren eine teilweise fehlende Veränderungsbereitschaft und fehlende zeitliche Ressourcen relevanter Akteur:innen. Im Rahmen der Implementierung zeigte sich jedoch interessanterweise, dass Defizite im Hinblick auf einzelne Erfolgsfaktoren durch das ausgeprägte Vorhandensein anderer Faktoren kompensiert werden konnten. Beispielsweise konnten Schwächen im Bereich der Kommunikationsstrukturen durch ein erfolgreiches Konfliktmanagement ausgeglichen werden. Demnach sind die identifizierten Faktoren nicht unabhängig voneinander zu betrachten, sondern scheinen ihre Wirkung interdependent zu entfalten.

### **Bewertung der Ergebnisse**

Im Rahmen dieser Teilstudie wurden anhand der fünf Dimensionen des CFIR (Damschroder et al., 2009) Faktoren identifiziert, welche die erfolgreiche Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST beeinflusst haben. Nicht alle der identifizierten Faktoren waren in der Implementierung des Projektes von Anfang an gegeben. Für die Übertragung der neuen Versor-

gungsform INVEST auf andere Regionen scheint es entscheidend zu sein, mittels einer bedarfsorientierten Planung sicherzustellen, dass die neue Versorgungsform einen akuten lokalen Bedarf adressiert. Der Zeit- und Ressourceneinsatz der Akteur:innen und ihre Veränderungsbereitschaft sind in hohem Maße vom bestehenden und empfundenen Handlungsbedarf abhängig. Des Weiteren ist bei der Übertragung und Skalierung zu beachten, dass eine regelmäßige, formalisierte und dialogorientierte Kommunikation zwischen allen beteiligten Projektpartner:innen eine wesentliche Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung bildet (siehe auch Damschroder et al., 2009).

Die Ergebnisse dieser Teilstudie wurden in Einklang mit den Kriterien zur Darstellung qualitativer Forschung berichtet (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Mit einem Kappa Koeffizient von 0.84 wurde ein hoher Wert der Übereinstimmung zwischen beiden beteiligten Kodierer:innen erzielt, sodass von einer hohen Reliabilität der Ergebnisse ausgegangen werden kann. Die Validität der Ergebnisse wurde durch die Triangulation unterschiedlicher Datenquellen optimiert und kann insbesondere durch die Validierung der Ergebnisse im Rahmen der zweiten Interviewrunde als hoch angesehen werden. Die Ergebnisse stehen weiterhin im Einklang mit bisheriger Evidenz. Hierzu zählen beispielsweise der Einbezug aller Beteiligten in Entscheidungsfindungsprozesse (Buch, Kjellberg, & Holm-Petersen, 2018; Evans & Ross Baker, 2012; Sadler, Sandall, Sevdalis, & Wilson, 2019; Stadnick et al., 2019), die Übernahme von Managementaufgaben durch ein hierfür eingesetztes Koordinationsteam (Nolte et al., 2016), die Bedeutung einer gemeinsamen Vision (Nolte et al., 2016; Stadnick et al., 2019) und Flexibilität im Implementierungsprozess im Sinne einer Anpassung der Intervention an das lokale Versorgungssystem, die Leistungserbringenden und die Patient:innen (Buch et al., 2018; Stadnick et al., 2019).

Basierend auf der hohen internen und externen Validität der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass die im Rahmen dieser Teilstudie identifizierten Erfolgsfaktoren auch in anderen Regionen für die Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST zu beachten sind. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die identifizierten Faktoren auf den Prozess der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteur:innen in der Implementierung beziehen. Dies ermöglicht keine Rückschlüsse auf den Gesamterfolg der neuen Versorgungsform. Der Gesamterfolg muss sich auch weiterhin an den angestrebten Zielen und nicht nur an der Qualität der Implementierung messen lassen.



## 5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

In der Gesamtschau der bisherigen Evaluationsergebnisse ist festzuhalten, dass die Ziele der neuen Versorgungsform INVEST überwiegend erreicht wurden:

- 1. Verbesserung der gesundheitlichen Chancen und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung:** Eine steigende Anzahl ambulanter Arztbesuche bei gleichzeitigem Rückgang der ASK Rate für die populationsorientierte Versichertenstichprobe verdeutlicht, dass INVEST den Zugang zur Versorgung verbessert hat. Die Einrichtung des Gesundheitskiosks hat zu einem verbesserten Zugang beigetragen und wurde von den niedergelassenen Ärzt:innen und (sozialen Stadtteil-) Einrichtungen in die Versorgung integriert.
- 2. Verbesserung der Patientenerfahrungen und Erhöhung der Patientenzufriedenheit:** Die in INVEST eingeschriebenen Versicherten sehen eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in Billstedt/Horn. Auch die Patient:innen des Ärztenetzwerkes Billstedt/Horn e.V. berichten von einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Vergleich zur Ausgangslage.
- 3. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung:** Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit ergeben sich widersprüchliche Ergebnisse. Einerseits konnte eine Reduktion der ASK-Rate in der populationsorientierten Versichertenstichprobe festgestellt werden. Andererseits zeigt sich in der Betrachtung aller in den Postleitzahlenbezirken Billstedt und Horn wohnhaften AOK-RH/BARMER/DAK Versicherten, ein Anstieg der ASK-Rate im Vergleich zur der Rate in den restlichen Stadtteilen Hamburgs. Zudem sind bisher keine belastbaren wirtschaftlichen Effekte auf die Bevölkerung in Billstedt/Horn hinsichtlich der Leistungsausgaben feststellbar, bis hin zu einer Erhöhung von Leistungsausgaben in der Subgruppe der INVEST-Versicherten. Basierend auf den vorliegenden Evaluationsergebnissen können daher über die Wirtschaftlichkeit keine belastbaren Aussagen getroffen werden. Ein längerer Zeithorizont (3-5 Jahre) sowie eine höhere Einschreibungsrate könnten hier zu aussagekräftigeren und belastbareren Ergebnissen führen.
- 4. Verbesserung der Vernetzung und Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen der Gesundheitsversorgung:** Das Maß der Koordination und Vernetzung als auch die Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen haben sich durch die neue Versorgungsform INVEST verbessert. Die Gesamtintervention, insbesondere der Gesundheitskiosk, wird von den Leistungs- und Kooperationspartner:innen als positiv bewertet.

Eine Bewertung der bisherigen Evaluationsergebnisse sollte immer berücksichtigen, dass der dreijährige Evaluationszeitraum, gemessen an der Komplexität der vorliegenden Intervention, sehr kurz und ambitioniert ist. Die Ergebnisse einer Evaluation mit einem Zeithorizont von 12-18 Monaten weisen aus wissenschaftlicher Sicht daher vielmehr den Charakter von Früh- bzw. Zwischenergebnissen auf. Im Projekt INVEST kam erschwerend hinzu, dass es sich um eine populationsorientierte Intervention handelt, deren Evaluation eigentlich einen längeren Zeitraum erfordert (u.a. aufgrund der zu erwartenden geringeren Effektstärken) als eine indikationsbasierte Intervention. Zudem gilt zu berücksichtigen, dass die meisten Interventionen, mit Ausnahme des im September 2017 eröffneten Gesundheitskiosks, erst im Jahre 2018 implementiert werden konnten, wodurch sich der Evaluationszeitraum im Rahmen der Förderperiode weiter verkürzte. Vergleichbare Evaluationen in der Literatur erstrecken sich in der Regel über einen längeren Zeitraum. Insbesondere wirtschaftliche Effekte sind eher langfristig zu erwarten.

Die bisherigen Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass die neue Versorgungsform für Versicherte und Leistungserbringer:innen einen Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung aufweist. Auf Basis der bisherigen Evaluationsergebnisse empfehlen die Evaluator:innen daher, die neue Versorgungsform INVEST in die Regelversorgung zu überführen.

Akronym: INVEST Billstedt/Horn  
Förderkennzeichen: 01NVF16025

Um die Potenziale von INVEST vollständig zu realisieren, sollte die Zahl der eingeschriebenen Versicherten sukzessive erhöht werden. Dies sollte sich in Skaleneffekten niederschlagen und die Versorgungssituation in Billstedt/Horn insgesamt positiv beeinflussen. Außerdem wird empfohlen, die neue Versorgungsform INVEST weiterhin begleitend zu evaluieren, um dessen langfristige Wirkungen besser einschätzen zu können. Bei der Übertragung und Skalierung von INVEST auf andere Regionen ist mittels einer bedarfsorientierten Planung sicherzustellen, dass die neue Versorgungsform einen akuten lokalen Bedarf adressiert.

## **6. Anhang**

### **1. Kurzbericht zur Evaluation INVEST Billstedt/Horn**

- 1.1. Ausgangslage und Ziele der neuen Versorgungsform INVEST
- 1.2. Ziel und Ansatz der wissenschaftlichen Begleitevaluation
- 1.3. Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze
- 1.4. Zusammenfassungen und Empfehlungen der Evaluator:innen

### **2. Anhang Teilstudie 1**

- 2.1. TS1\_A1 Fragebogen Beratung
- 2.2. TS1\_A2 Fragebogen Kurs
- 2.3. TS1\_A3 Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse nach Anwendung verschiedener Beobachtungszeiträume

### **3. Anhang Teilstudie 2**

- 3.1. TS2\_A1 Fragebogen T0
- 3.2. TS2\_A2 Fragebogen T1
- 3.3. TS2\_A3 Anschreiben
- 3.4. TS2\_A4 Plakat zur Information über die Befragung
- 3.5. TS2\_A5 Plakat zum Ablauf der Befragung

### **4. Anhang Teilstudie 3**

- 4.1. TS3\_A1 Fragebogen T0
- 4.2. TS3\_A2 Fragebogen T1
- 4.3. TS3\_A3 Anschreiben T0
- 4.4. TS3\_A4 Anschreiben T1
- 4.5. TS3\_A5 Ausführliche Ergebnisse zu den Merkmalen von INVEST-Versicherten
- 4.6. TS3\_A6 Ausführliche Ergebnisse zu den Aufmerksamkeitsquellen für die neue Versorgungsform
- 4.7. TS3\_A7 Ausführliche Ergebnisse aus dem Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich
- 4.8. TS3\_A8 Ausführliche Ergebnisse zu den Panelregressionen
- 4.9. TS3\_A9 Ausführliche Ergebnisse zu den Interaktionsanalysen

### **5. Anhang Teilstudie 4**

- 5.1. TS4\_A1 Fragebogen T0
- 5.2. TS4\_A2 Fragebogen T1
- 5.3. TS4\_A3 Rücklaufquote in der Interventionsgruppe und den Kontrollgruppen
- 5.4. TS4\_A4 Operationalisierung der Kontrollvariablen
- 5.5. TS4\_A5 Ausführliche Ergebnisse der DiD Analysen
- 5.6. TS4\_A6 Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen

## **6. Anhang Teilstudie 5**

- 6.1. TS5\_A1 Übersicht Routinedaten
- 6.2. TS5\_A2 Darlegung des Vorgehens im PS Matching
- 6.3. TS5\_A3 Ausführliche Ergebnisse der DiD Analysen mit Zielindikator ASK-Rate
- 6.4. TS5\_A4 Ausführliche Ergebnisse der DiD Analysen mit Zielindikator Leistungsausgaben
- 6.5. TS5\_A5 Sensitivitätsanalysen mit späterem Start des Beobachtungszeitraums
- 6.6. TS5\_A6 Sensitivitätsanalysen mit weiteren Interventions- und Kontrollgruppen

## **7. Anhang Teilstudie 6**

- 7.1. TS6\_A1 Fragebögen T0
- 7.2. TS6\_A2 Fragebögen T1
- 7.3. TS6\_A3 Beschreibung der Befragungsstichproben

## **8. Anhang Teilstudie 7**

- 8.1. TS7\_A1 Leitfaden Erstbefragung
- 8.2. TS7\_A2 Leitfaden Folgebefragung

## **9. Ethikbescheid zum Gesamtkonzept der INVEST Evaluation**

## 7. Literaturverzeichnis

- Ahn, S., Basu, R., Smith, M. L., Jiang, L., Lorig, K., Whitelaw, N., & Ory, M. G. (2013). The impact of chronic disease self-management programs: Healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health*, *13*, 1141. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1141>
- Alegría, M., Polo, A., Gao, S., Santana, L., Rothstein, D., Jimenez, A., . . . Normand, S.-L. (2008). Evaluation of a patient activation and empowerment intervention in mental health care. *Medical Care*, *46*(3), 247–256. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318158af52>
- Alkema, G. E., Reyes, J. Y., & Wilber, K. H. (2006). Characteristics Associated With Home- and Community-Based Service Utilization for Medicare Managed Care Consumers. *The Gerontologist*, *46*(2), 173–182. <https://doi.org/10.1093/geront/46.2.173>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R. M., Rice, T. H., Kominski, G. F., Afifi, A. A., & Rosenstock, L. (2011). *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management* (3., Auflage). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Andersen R.M., Davidson P.L. & Baumeister S.E. (2014). Improving access to care in America. In G. F. Kominski (Ed.), *Changing the U.S. Health care system: Key issues in health services policy and management* (4th ed., pp. 33–69). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Anderson, T. S., Karliner, L. S., & Lin, G. A. (2020). Association of Primary Language and Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions. *Medical Care*, *58*(1), 45–51. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001245>
- Angstman, K. B., Bernard, M. E., Rohrer, J. E., Garrison, G. M., & Maclaughlin, K. L. (2012). Repeat retail clinic visits: Impact of insurance coverage and age of patient. *Population Health Management*, *15*(6), 358–361. <https://doi.org/10.1089/pop.2011.0088>
- Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich [Interprofessional teamwork in health care]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *104*(1), 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.027>
- Araya, R., Zitko, P., Markkula, N., Rai, D., & Jones, K. (2018). Determinants of access to health care for depression in 49 countries: A multilevel analysis. *Journal of Affective Disorders*, *234*, 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.092>
- Aughterson, H., Baxter, L., & Fancourt, D. (2020). Social prescribing for individuals with mental health problems: a qualitative study of barriers and enablers experienced by general practitioners. *BMC Family Practice*, *21*(1), 1–17.
- Banfield, M., Jowsey, T., Parkinson, A., Douglas, K. A., & Dawda, P. (2017). Experiencing integration: a qualitative pilot study of consumer and provider experiences of integrated primary health care in Australia. *BMC Family Practice*, *18*(1), 1–12.
- Barbosa, C. D., Balp, M.-M., Kulich, K., Germain, N., & Rofail, D. (2012). A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Preference and Adherence*, *6*, 39–48. <https://doi.org/10.2147/PPA.S24752>
- Barker, I., Steventon, A., & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *356*, j84. <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>

- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 18(1), 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
- Bennett, J. K., Fuertes, J. N., Keitel, M., & Phillips, R. (2011). The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.005>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, (155), 97–107.
- Berkowitz, S. A., Parashuram, S., Rowan, K., Andon, L., Bass, E. B., Bellantoni, M., . . . Brown, P. M. C. (2018). Association of a Care Coordination Model With Health Care Costs and Utilization: The Johns Hopkins Community Health Partnership (J-CHIP). *JAMA Network Open*, 1(7), e184273. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4273>
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., . . . Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 316(7141), 1348–1351. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7141.1348>
- Bertotti, M., Frostick, C., Tong, J., & Netuveli, G. (2017). *The Social Prescribing service in the London Borough of Waltham Forest final evaluation report*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21246.48964>
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769.
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4).
- Billot, L., Corcoran, K., McDonald, A., Powell-Davies, G., & Feyer, A.-M. (2016). Impact Evaluation of a System-Wide Chronic Disease Management Program on Health Service Utilization: A Propensity-Matched Cohort Study. *PLoS Medicine*, 13(6), e1002035. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002035>
- Binder-Fritz, C., & Rieder, A. (2014). Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration [Gender, socioeconomic status, and ethnicity in the context of health and migration]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57(9), 1031–1037. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2009-1>
- Bindman, A. B., Chattopadhyay, A., Osmond, D. H., Huen, W., & Bacchetti, P. (2005). The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res*, 40(1), 19–38. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00340.x>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576.
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., . . . Rothberg, M. B. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 31(7), 755–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>
- Bopp, M., & Mackenbach, J. P. (2019). Vor dem Tod sind alle ungleich: 30 Jahre Forschung zu Mortalitätsunterschieden nach Sozialstatus im europäischen Ländervergleich. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 52(2), 122–129.



- Borgermans, L., Marchal, Y., Busetto, L., Kalseth, J., Kasteng, F., Suija, K., . . . Devroey, D. (2017). How to improve integrated care for people with chronic conditions: Key findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and beyond. *International Journal of Integrated Care*, 17(4).
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). *Springer-Lehrbuch*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10448295> <https://doi.org/10.1007/978-3-642-12770-0>
- Bovier, P. A., & Perneger, T. V. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health*, 13(4), 299–305.
- Brady, T. J., Murphy, L., O'Colmain, B. J., Beauchesne, D., Daniels, B., Greenberg, M., . . . Chervin, D. (2013). A meta-analysis of health status, health behaviors, and health care utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Preventing Chronic Disease*, 10, 120112. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120112>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, 129 Suppl 2, 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Brenk-Franz, K., Hibbard, J. H., Herrmann, W. J., Freund, T., Szecsenyi, J., Djalali, S., . . . Gensichen, J. (2013). Validation of the German version of the patient activation measure 13 (PAM13-D) in an international multicentre study of primary care patients. *PloS One*, 8(9), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074786>
- Broeder, L. den, Uiters, E., Hofland, A., Wagemakers, A., & Schuit, A. J. (2018). Local professionals' perceptions of health assets in a low-SES Dutch neighbourhood: a qualitative study. *BMC Public Health*, 18(1), 1–11.
- Bromley, E., Figueroa, C., Castillo, E. G., Kadkhoda, F., Chung, B., Miranda, J., . . . Kataoka, S. H. (2018). Community Partnering for Behavioral Health Equity: Public Agency and Community Leaders' Views of its Promise and Challenge. *Ethnicity & Disease*, 28(Suppl 2), 397–406. <https://doi.org/10.18865/ed.28.S2.397>
- Bruin, S. R. de, Versnel, N., Lemmens, L. C., Molema, C. C. M., Schellevis, F. G., Nijpels, G., & Baan, C. A. (2012). Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: A systematic literature review. *Health Policy*, 107(2-3), 108–145. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.006>
- Buch, M. S., Kjellberg, J., & Holm-Petersen, C. (2018). Implementing Integrated Care - Lessons from the Odense Integrated Care Trial. *International Journal of Integrated Care*, 18(4), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.4164>
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012). *Fragebogen Integrationspanel*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Camerini, L., Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: A cross-sectional evaluation. *Patient Education and Counseling*, 89(89 // 2), 337–344. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.005>
- Cameron, A., Bostock, L., & Lart, R. (2014). Service user and carers perspectives of joint and integrated working between health and social care. *Journal of Integrated Care*, 22(2), 62–70. <https://doi.org/10.1108/JICA-10-2013-0042>

- Caminal, J., Starfield, B., Sánchez, E., Casanova, C., & Morales, M. (2004). The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health, 14*(3), 246–251. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.3.246>
- Casalino, L. P., Pesko, M. F., Ryan, A. M., Nyweide, D. J., Iwashyna, T. J., Sun, X., . . . Moody, J. (2015). Physician Networks and Ambulatory Care-sensitive Admissions. *Medical Care, 53*(6), 534–541. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000365>
- Cawston, P. (2011). Social prescribing in very deprived areas. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners, 61*(586), 350. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X572517>
- Cho, Y. I., Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine (1982), 66*(8), 1809–1816. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003>
- Cravo Oliveira, T., Barlow, J., & Bayer, S. (2015). The association between general practitioner participation in joint teleconsultations and rates of referral: A discrete choice experiment. *BMC Family Practice, 16*, 50. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0261-6>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science : IS, 4*, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Davis, D., O'Brien, M. A., Freemantle, N., Wolf, F. M., Mazmanian, P., & Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA, 282*(9), 867–874. <https://doi.org/10.1001/jama.282.9.867>
- Delaney, K. R., Naegle, M. A., Valentine, N. M., Antai-Otong, D., Groh, C. J., & Brennaman, L. (2018). The Effective Use of Psychiatric Mental Health Nurses in Integrated Care: Policy Implications for Increasing Quality and Access to Care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 45*(2), 300–309. <https://doi.org/10.1007/s11414-017-9555-x>
- DeWalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics, 124 Suppl 3*, S265-74. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162B>
- Drinkwater, C., Wildman, J., & Moffatt, S. (2019). Social prescribing. *Bmj, 364*. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1285>
- Dugdill, L., Graham, R. C., & McNair, F. (2005). Exercise referral: The public health panacea for physical activity promotion? A critical perspective of exercise referral schemes; their development and evaluation. *Ergonomics, 48*(11-14), 1390–1410. <https://doi.org/10.1080/00140130500101544>
- Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R., & Coffey, R. M. (1998). Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical Care, 36*(1), 8–27. <https://doi.org/10.1097/00005650-199801000-00004>
- Elston, J., Gradinger, F., Asthana, S., Lilley-Woolnough, C., Wroe, S., Harman, H., & Byng, R. (2019). Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. *Primary Health Care Research & Development, 1*-10. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000598>
- Etingen, B., Miskevics, S., & LaVela, S. L. (2016). Assessing the Associations of Patient-Reported Perceptions of Patient-Centered Care as Supplemental Measures of Health Care

- Quality in VA. *Journal of General Internal Medicine*, 31 Suppl 1, 10–20.  
<https://doi.org/10.1007/s11606-015-3557-2>
- European Health Literacy Consortium (2012). HLS-EU-Q: Measurement of Health Literacy in Europe: HLS-EU-Q47; HLS-EU-Q16; and HLS-EU-Q86. *Executive Agency for Health and Consumers*.
- Evans, A. (1993). A study of the referral decision in general practice. *Family Practice*, 10(2), 104–110. <https://doi.org/10.1093/fampra/10.2.104>
- Evans, J. M., & Ross Baker, G. (2012). Shared mental models of integrated care: aligning multiple stakeholder perspectives. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6), 713–736. <https://doi.org/10.1108/14777261211276989>
- Fan, V. S., Burman, M., McDonell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 226–233. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x>
- Fenton, J. J., Jerant, A. F., Bertakis, K. D., & Franks, P. (2012). The cost of satisfaction: A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of Internal Medicine*, 172(5), 405–411. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662>
- Feussner, H., Etter, M., & Siewert, J. R. (1998). Telekonsultation [Teleconsultation]. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 69(11), 1129–1133. <https://doi.org/10.1007/s001040050549>
- Finger, J. D., Hoebel, J., Kuntz, B., Kuhnert, R., Zeiher, J., & Mensink, G. B. M. (2019). Bildungsunterschiede in der Prävalenz verhaltensbezogener Risikofaktoren in Deutschland und der EU–Ergebnisse des European Health Interview Survey. *Journal of Health Monitoring*, 4(4).
- Fischer, A., Schulte, T., Brüwer, O., Lorenz, I., Werner, U., Horwege, B., . . . Hildebrandt, H. (2015). *Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn*. Hamburg: OptiMedis AG.
- Fischer, E. P., Owen, R. R., & Cuffel, B. J. (1996). Substance abuse, community service use, and symptom severity of urban and rural residents with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47(9), 980–984. <https://doi.org/10.1176/ps.47.9.980>
- Fisher, E. S., Shortell, S. M., & Savitz, L. A. (2016). Implementation science: a potential catalyst for delivery system reform. *JAMA*, 315(4), 339–340.
- Freund, T., Campbell, S. M., Geissler, S., Kunz, C. U., Mahler, C., Peters-Klimm, F., & Szecsenyi, J. (2013). Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Annals of Family Medicine*, 11(4), 363–370. <https://doi.org/10.1370/afm.1498>
- Gidlow, C., Johnston, L. H., Crone, D., & James, D. (2005). Attendance of exercise referral schemes in the UK: A systematic review. *Health Education Journal*, 64(2), 168–186. <https://doi.org/10.1177/001789690506400208>
- Gittell, J. H. (2011). *Relational Coordination: Guidelines for Theory, Measurement and Analysis*.
- Gittell, J. H. (2016). *Transforming relationships for high performance: The power of relational coordination*. Stanford, California: Stanford Business Books an imprint of Stanford University Press. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=1246465>

- Gittell, J. H., Logan, C., Cronenwett, J., Foster, T. C., Freeman, R., Godfrey, M., & Vidal, D. C. (2020). Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. *Health Care Management Review, 45*(1), 12–20. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000192>
- Gittell, J. H., Weinberg, D. B., Bennett, A. L., & Miller, J. A. (2008). Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work. *Human Resource Management, 47*(4), 729–755. <https://doi.org/10.1002/hrm.20242>
- Goldschmidt, L., & Goodrich, G. L. (2004). Development and evaluation of a point-of-care interactive patient education kiosk. *Journal of Telemedicine and Telecare, 10*(10), 30–32.
- Goodwin, N. (2015). How should integrated care address the challenge of people with complex health and social care needs? Emerging lessons from international case studies. *International Journal of Integrated Care, 15*.
- Gordon, L. G., Spooner, A. J., Booth, N., Downer, T.-R., Hudson, A., Yates, P., . . . Chan, R. (2019). Do nurse navigators bring about fewer patient hospitalisations? *Journal of Health Organization and Management, 33*(1), 51–62. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2018-0063>
- Grant, C., Goodenough, T., Harvey, I., & Hine, C. (2000). A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *BMJ (Clinical Research Ed.), 320*(7232), 419–423. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7232.419>
- Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V., & Parrotta, C. D. (2015). When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Aff, 34*(3), 431–437. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452>
- Greenfield, E., & Mauldin, R. L. (2017). Participation in community activities through Naturally Occurring Retirement Community (NORC) Supportive Service Programs. *Ageing and Society, 37*(10), 1987–2011. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000702>
- Hanson, C. L., Allin, L. J., Ellis, J. G., & Dodd-Reynolds, C. J. (2013). An evaluation of the efficacy of the exercise on referral scheme in Northumberland, UK: Association with physical activity and predictors of engagement. A naturalistic observation study. *BMJ Open, 3*(8), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002849>
- Havens, D. S., Gittell, J. H., & Vasey, J. (2018). Impact of relational coordination on nurse job satisfaction, work engagement and burnout: Achieving the quadruple aim. *JONA: The Journal of Nursing Administration, 48*(3), 132–140.
- Health Connection Mendip (2016). Health Connections Mendip. Working with you to build healthy, supportive communities. Annual Report 2016.
- Hendriks, R. J. P., Drewes, H. W., Spreeuwenberg, M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2016). Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands), 120*(5), 471–485. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.008>
- Herzog, C., Handke, C., & Hitters, E. (2019). Analyzing Talk and Text II: Thematic Analysis. In H. van den Bulck, M. Puppis, K. Donders, & L. van Audenhove (Eds.), *The Palgrave Handbook of Methods for Media Policy Research*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Serv Res, 42*(4), 1443–1463. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x>

- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res, 39*(4 Pt 1), 1005–1026. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res, 40*(6 Pt 1), 1918–1930. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x>
- Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs (Project Hope), 32*(2), 207–214. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>
- Hoebel, J., Rommel, A., Schröder, S. L., Fuchs, J., Nowossadeck, E., & Lampert, T. (2017). Socioeconomic inequalities in health and perceived unmet needs for healthcare among the elderly in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(10), 1127.
- Hoffman, M. A., & Driscoll, J. M. (2000). Health promotion and disease prevention: A concentric biopsychosocial model of health status. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (pp. 532–567). Hoboken, New Jersey, United States: John Wiley & Sons.
- Hollingsworth, B., & Peacock, S. J. (2008). *Efficiency measurement in health and health care* (Vol. 6): Routledge.
- Hone, T., Palladino, R., & Filippidis, F. T. (2016). Association of searching for health-related information online with self-rated health in the European Union. *European Journal of Public Health, 26*(26 // 5), 748–753. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw022>
- Hong, Y. R., Samuels, S. K., Huo, J. H., Lee, N., Mansoor, H., & Duncan, R. P. (2019). Patient-centered care factors and access to care: A path analysis using the Andersen behavior model. *Public Health, 171*, 41–49. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.020>
- Horevitz, E., Organista, K. C., & Areal, P. A. (2015). Depression Treatment Uptake in Integrated Primary Care: How a "Warm Handoff" and Other Factors Affect Decision Making by Latinos. *Psychiatric Services, 66*(8), 824–830. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400085>
- Huber, C. A., Reich, O., Früh, M., & Rosemann, T. (2016). Effects of integrated care on disease-related hospitalisation and healthcare costs in patients with diabetes, cardiovascular diseases and respiratory illnesses: a propensity-matched cohort study in Switzerland. *International Journal of Integrated Care, 16*(1).
- Husk, K., Blockley, K., Lovell, R., Bethel, A., Lang, I., Byng, R., & Garside, R. (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & Social Care in the Community, 28*(2), 309–324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>
- Janus, K., Amelung, V. E., Gaitanides, M., & Schwartz, F. W. (2007). German physicians "on strike"—shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy, 82*(3), 357–365.
- Johns, B., Baltussen, R., & Hutubessy, R. (2003). Programme costs in the economic evaluation of health interventions. *Cost Effectiveness and Resource Allocation : C/E, 1*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-1-1>
- Jordan, S., & Hoebel, J. (2015). Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study [Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutsch-

- land : Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58(9), 942–950.  
<https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>
- Judge, T. A., Parker, S., Colbert, A. E., Heller, D., & ILIES, R. (2009). Job Satisfaction: A Cross-Cultural Review. In N. Anderson (Ed.), *Handbook of industrial, work and organizational psychology: / ed. by Neil Anderson ... ; Vol. 2. Organizational psychology* (pp. 25–52). Los Angeles, Calif.: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781848608368.n3>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*. Mannheim: FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH.
- Kelle, U. (2014). Mixed methods. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 153–166). Springer.
- Kern, L. M., Reshetnyak, E., Colantonio, L. D., Muntner, P. M., Rhodes, J. D., Casalino, L. P., . . . Safford, M. M. (2020). Association Between Patients' Self-Reported Gaps in Care Coordination and Preventable Adverse Outcomes: a Cross-Sectional Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 35(12), 3517–3524.
- Kimberlee, R. (2016). What is the value of social prescribing? *Advances in Social Sciences Research Journal*, 3(3). <https://doi.org/10.14738/assrj.33.1889>
- Kinney, R. L., Lemon, S. C., Person, S. D., Pagoto, S. L., & Saczynski, J. S. (2015). The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: A systematic review. *Patient Educ Couns*, 98(5), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.005>
- Klinkenberg, W. D., Boslaugh, S., Waterman, B. M., Otani, K., Inguanzo, J. M., Gnida, J. C., & Dunagan, W. C. (2011). Inpatients' willingness to recommend: A multilevel analysis. *Health Care Management Review*, 36(4), 349–358.  
<https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182104e4a>
- Knesebeck, O. von dem, Lüschen, G., Cockerham, W. C., & Siegrist, J. (2003). Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 57(9), 1643–1652.
- Kringos, D. S., van den Broeke, J. R., van der Lee, A. P. M., Plochg, T., & Stronks, K. (2016). How does an integrated primary care approach for patients in deprived neighbourhoods impact utilization patterns? An explorative study. *BMC Public Health*, 16(1), 1–11.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kroll, L. E., & Lampert, T. (2011). Changing health inequalities in Germany from 1994 to 2008 between employed and unemployed adults. *International Journal of Public Health*, 56(3), 329–339.
- Kroll, L. E., & Lampert, T. (2013). Direct costs of inequalities in health care utilization in Germany 1994 to 2009: A top-down projection. *BMC Health Services Research*, 13, 271.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-271>
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Text Analysis: A guide to methods, practice & using software*. Los Angeles: Sage.
- Kurte, M. S., & Blankart, K. (2019). Ambulant-sensitive Krankenhausfälle in Deutschland – Abgrenzung, Prävalenz und Kosten. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 24(06), 277–291. <https://doi.org/10.1055/a-0890-9600>



- Kushnir, T., Cohen, A. H., & Kitai, E. (2000). Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical Education*, 34(6), 430–436.
- Laditka, J. N., Laditka, S. B., & Probst, J. C. (2005). More may be better: Evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res*, 40(4), 1148–1166. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00403.x>
- Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019). Social differences in mortality and life expectancy in Germany. Current situation and trends.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M., . . . Schienkiewitz, A. (2019). Health inequalities among children and adolescents in Germany. Developments over time and trends from the KiGGS study.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Kuntz, B., & Hoebel, J. (2018). Health inequalities in Germany and in international comparison: trends and developments over time.
- Langford, A. T., Sawyer, D. R., Gioimo, S., Brownson, C. A., & O'Toole, M. L. (2007). Patient-centered goal setting as a tool to improve diabetes self-management. *The Diabetes Educator*, 33 Suppl 6, 139S-144S. <https://doi.org/10.1177/0145721707304475>
- Lee, M. K., & Oh, J. (2020). Health-Related Quality of Life in Older Adults: Its Association with Health Literacy, Self-Efficacy, Social Support, and Health-Promoting Behavior. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare8040407>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russel, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. (12).
- Lewis, J.R. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Sm. Sci. Med.* (39(5)), 655–670.
- Linn, M. W., Linn, B. S., & Stein, S. R. (1982). Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. *Medical Care*, 20(6), 606–614. <https://doi.org/10.1097/00005650-198206000-00006>
- Linzer, M., Manwell, L. B., Williams, E. S., Bobula, J. A., Brown, R. L., Varkey, A. B., . . . Schwartz, M. D. (2009). Working Conditions in Primary Care: Physician Reactions and Care Quality. *Annals of Internal Medicine*, 151(1), 28-W-9. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-1-200907070-00006>
- Loftus, A. M., McCauley, F., & McCarron, M. O. (2017). Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health*, 148, 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.010>
- Logan, P. A., Ahern, J., Gladman, J.R.F., & Lincoln, N. B. (1997). A randomized controlled trial of enhanced Social Service occupational therapy for stroke patients. *Clinical Rehabilitation*. (11), 107–113. <https://doi.org/10.1177/026921559701100203>.
- Maguire, S., & Hardy, C. (2005). Identity and collaborative strategy in the Canadian HIV/AIDS treatment domain. *Strategic Organization*, 3(1), 11–45. <https://doi.org/10.1177/1476127005050112>
- Martínez-González, N. A., Berchtold, P., Ullman, K., Busato, A., & Egger, M. (2014). Integrated care programmes for adults with chronic conditions: A meta-review. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 26(5), 561–570. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu071>

- McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L., & Todd, C. (2012). Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Services Research*, *12*, 157. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-157>
- McCabe, P. J., Stuart-Mullen, L. G., McLeod, C. J., O Byrne, T., Schmidt, M. M., Branda, M. E., & Griffin, J. M. (2018). Patient activation for self-management is associated with health status in patients with atrial fibrillation. *Patient Preference and Adherence*, *12*, 1907–1916. <https://doi.org/10.2147/PPA.S172970>
- McWilliams, A., Tapp, H., Barker, J., & Dulin, M. (2011). Cost Analysis of the Use of Emergency Departments for Primary Care Services in Charlotte, North Carolina. *North Carolina Medical Journal*, *72*(4), 265–271. <https://doi.org/10.18043/ncm.72.4.265>
- Messer, M., Vogt, D., Quenzel, G., & Schaeffer, D. (2016). Health Literacy bei vulnerablen Zielgruppen: Entwicklung und Konzeption des HLS-NRW-Q-Fragebogens. *Prävention Und Gesundheitsförderung*, *11*(2), 110–116. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0532-7>
- Moen, E. L., & Bynum, J. P. W. (2019). Evaluation of Physician Network-Based Measures of Care Coordination Using Medicare Patient-Reported Experience Measures. *Journal of General Internal Medicine*, *34*(11), 2482–2489. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05313-y>
- Moffatt, S., Steer, M., Lawson, S., Penn, L., & O'Brien, N. (2017). Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: Qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*, *7*(7), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015203>
- Moore, G. F., Moore, L., & Murphy, S. (2011). Facilitating adherence to physical activity: Exercise professionals' experiences of the National Exercise Referral Scheme in Wales: A qualitative study. *BMC Public Health*, *11*(935), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-935>
- Mosen, D. M., Schmittiel, J., Hibbard, J. H., Sobel, D., Remmers, C., & Bellows, J. (2007). Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions? *J Ambul Care Manage*, *30*(1), 21–29.
- Mossabir, R., Morris, R., Kennedy, A., Blickem, C., & Rogers, A. (2015). A scoping review to understand the effectiveness of linking schemes from healthcare providers to community resources to improve the health and well-being of people with long-term conditions. *Health & Social Care in the Community*, *23*(5), 467–484. <https://doi.org/10.1111/hsc.12176>
- Muench, U., Simon, M., Guerbaai, R.-A., Pietro, C. de, Zeller, A., Kressig, R. W., & Zúñiga, F. (2019). Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: Evidence from Switzerland. *International Journal of Public Health*, *64*(9), 1273–1281. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01294-1>
- Muenchberger, H., & Kendall, E. (2008). Determinants of Avoidable Hospitalization in Chronic Disease: Development of a Predictor Matrix. *Meadowbrook: Griffith University*.
- Mühlbacher, A., Lubs, S., Röhrig, N., Schultz, A., Zimmermann, I., & Nübling, M. (2006). Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland: eine empirische Analyse. *ZiGPrint*, *2006-03*.
- Mundt, M. P., & Zakletskaia, L. I. (2019). Professional Communication Networks and Job Satisfaction in Primary Care Clinics. *Annals of Family Medicine*, *17*(5), 428–435. <https://doi.org/10.1370/afm.2442>

- Ng, J. H. Y., & Luk, B. H. K. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 790–796.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
- Noble, G., & Jones, R. (2006). The roles of boundary-spanning managers in the establishment of public-private partnerships. *Public Administration*. (84), 891-917.
- Nolte, E., Frølich, A., Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulpen, G. J., & Vrijhoef, H. J. M. (2016). Implementing integrated care: A synthesis of experiences in three European countries. *International Journal of Care Coordination*, 19(1-2), 5–19.  
<https://doi.org/10.1177/2053434516655626>
- Ose, D., Miksch, A., Urban, E., Natanzon, I., Szecsenyi, J., Kunz, C. U., & Freund, T. (2011). Health related quality of life and comorbidity. A descriptive analysis comparing EQ-5D dimensions of patients in the German disease management program for type 2 diabetes and patients in routine care. *BMC Health Services Research*, 11, 179.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-179>
- Ose, D., Wensing, M., Szecsenyi, J., Joos, S., Hermann, K., & Miksch, A. (2009). Impact of primary care-based disease management on the health-related quality of life in patients with type 2 diabetes and comorbidity. *Diabetes Care*, 32(9), 1594–1596.  
<https://doi.org/10.2337/dc08-2223>
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. (2005). The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175–184. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x>
- Parchman, M. L., Zeber, J. E., & Palmer, R. F. (2010). Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: A STARNet study. *Annals of Family Medicine*, 8(5), 410–417.  
<https://doi.org/10.1370/afm.1161>
- Paulus, A., van Raak, A., van Merode, F., & Adang, E. (2000). Integrated health care from an economic point of view. *Journal of Economic Studies*.
- Pearce, J., Witten, K., Hiscock, R., & Blakely, T. (2007). Are socially disadvantaged neighbourhoods deprived of health-related community resources? *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 348–355.
- Peschery, J., Randhawa, G., & Pappas, Y. (2018). Patient uptake and adherence to social prescribing: A qualitative study. *British Journal of General Practice Open*, 2(3), 1-12.  
<https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101598>
- Pieper, D., Jülich, F., Antoine, S.-L., Bächle, C., Chernyak, N., Genz, J., . . . Icks, A. (2015). Studies analysing the need for health-related information in Germany - a systematic review. *BMC Health Services Research*, 15, 407. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1076-9>
- Popay, J., Kowarzik, U., Mallinson, S., Mackian, S., & Barker, J. (2007). Social problems, primary care and pathways to help and support: Addressing health inequalities at the individual level. Part I: The GP perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 966–971. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061937>
- Purdy, S., Griffin, T., Salisbury, C., & Sharp, D. (2009). Ambulatory care sensitive conditions: Terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*, 123(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.11.001>

- Quan, H., Sundararajan, V., Halfon, P., Fong, A., Burnand, B., Luthi, J.-C., . . . Ghali, W. A. (2005). Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Medical Care*, *43*(11), 1130–1139.  
<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000182534.19832.83>
- Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J., & Betihavas, V. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *73*, 24–33.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008>
- Rapp, C., Huijts, T., Eikemo, T. A., & Stathopoulou, T. (2018). Social integration and self-reported health: Differences between immigrants and natives in Greece. *European Journal of Public Health*, *28*(suppl\_5), 48–53. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky206>
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review : MCRR*, *70*(4), 351–379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Record, N. B., Onion, D. K., Prior, R. E., Dixon, D. C., Record, S. S., Fowler, F. L., . . . Pearson, T. A. (2015). Community-wide cardiovascular disease prevention programs and health outcomes in a rural county, 1970-2010. *JAMA*, *313*(2), 147–155.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.16969>
- Reder, S., Hedrick, S., Guihan, M., & Miller, S. (2009). Barriers to home and community-based service referrals: The physician's role. *Gerontology & Geriatrics Education*, *30*(1), 21–33. <https://doi.org/10.1080/02701960802690241>
- Reich, O., Rapold, R., & Flatscher-Thöni, M. (2012). An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *International Journal of Integrated Care*, *12*.
- Reiss-Brennan, B., Brunisholz, K. D., Dredge, C., Briot, P., Grazier, K., Wilcox, A., . . . James, B. (2016). Association of Integrated Team-Based Care With Health Care Quality, Utilization, and Cost. *JAMA*, *316*(8), 826–834. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.11232>
- Rice, D. B., McIntyre, A., Mirkowski, M., Janzen, S., Viana, R., Britt, E., & Teasell, R. (2017). Patient-Centered Goal Setting in a Hospital-Based Outpatient Stroke Rehabilitation Center. *PM & R : The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 856–865.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.12.004>
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. Retrieved from <https://books.google.de/books?id=AcP21oUsf9wC>
- Ries, A. V., Blackman, L.T. Page, R.A., Gizlice, Z., Benedict, S., Barnes, K., Kelsey, K., & Carter-Edwards, L. (2014). Goal setting for health behavior change: evidence from an obesity intervention for rural low-income women. *Rural and Remote Health*. (14): 2682).
- Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A., Kadu, M., Ehrenberg, N., Stein, V., & Tsiachristas, A. (2020). Cost and effects of integrated care: A systematic literature review and meta-analysis. *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, *21*(8), 1211–1221. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>
- Rosenbaum, P. R., & Rubin, D. B. (1983). The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. *Biometrika*, *70*(1), 41.  
<https://doi.org/10.2307/2335942>

- Rosenthal, E. L., Brownstein, J. N., Rush, C. H., Hirsch, G. R., Willaert, A. M., Scott, J. R., . . . Fox, D. J. (2010). Community health workers: Part of the solution. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(7), 1338–1342. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0081>
- Rosenthal, M. B., Alidina, S., Friedberg, M. W., Singer, S. J., Eastman, D., Li, Z., & Schneider, E. C. (2016). A Difference-in-Difference Analysis of Changes in Quality, Utilization and Cost Following the Colorado Multi-Payer Patient-Centered Medical Home Pilot. *Journal of General Internal Medicine*, 31(3), 289–296. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3521-1>
- Rubin, D. B. (1997). Estimating causal effects from large data sets using propensity scores. *Annals of Internal Medicine*, 127(8 Pt 2), 757–763. [https://doi.org/10.7326/0003-4819-127-8\\_part\\_2-199710151-00064](https://doi.org/10.7326/0003-4819-127-8_part_2-199710151-00064)
- Ruble, L. A., & McGrew, J. H. (2007). Community services outcomes for families and children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1(4), 360–372. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2007.01.002>
- Rutten-van Mölken, M., Leijten, F., Hoedemakers, M., Tsiachristas, A., Verbeek, N., Karimi, M., . . . Baltaxe, E. (2018). Strengthening the evidence-base of integrated care for people with multi-morbidity in Europe using Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA). *BMC Health Services Research*, 18(1), 576. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3367-4>
- Sachverständigenrat zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Sondergutachten 2012*. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber.
- Sadler, E., Sandall, J., Sevdalis, N., & Wilson, D. (2019). The contribution of implementation science to improving the design and evaluation of integrated care programmes for older people with frailty. *Journal of Integrated Care*, 27(3), 232–240. <https://doi.org/10.1108/JICA-07-2018-0048>
- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers* (2nd ed.). Los Angeles: Sage.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., & Vogt, D. (2017). Health Literacy in the German Population. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(4), 53–60. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0053>
- Schmidt, M., Absalah, S., Nierkens, V., & Stronks, K. (2008). Which factors engage women in deprived neighbourhoods to participate in exercise referral schemes? *BMC Public Health*, 8, 371. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-371>
- Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Munich, Germany: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Schubert, I., Siegel, A., Graf, E., Farin-Glattacker, E., Ihle, P., Köster, I., . . . Geraedts, M. (2019). Study protocol for a quasi-experimental claims-based study evaluating 10-year results of the population-based integrated healthcare model ‘Gesundes Kinzigtal’ (Healthy Kinzigtal): the INTEGRAL study. *BMJ Open*. (9).
- Schulenburg, J. M. von der, Claes, C., Greiner, W., & Uber, A. (1998). Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Zeitschrift Für Gesundheitswissenschaften*. (6), 3–20. <https://doi.org/10.1007/BF02956350>
- Shengelia, B., Tandon, A., Adams, O. B., & Murray, C. J. L. (2005). Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science & Medicine* (1982), 61(1), 97–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.055>

- Shi, L., Samuels, M. E., Pease, M., Bailey, W. P., & Corley, E. H. (1999). Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. *Southern Medical Journal*, *92*(10), 989–998. <https://doi.org/10.1097/00007611-199910000-00009>
- Sikka, R., Morath, J. M., & Leape, L. (2015). The Quadruple Aim: Care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality & Safety*, *24*(10), 608–610. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, *25*(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- South, J., Higgins, T. J., Woodall, J., & White, S. M. (2008). Can social prescribing provide the missing link? *Primary Health Care Research & Development*, *9*(04), 310–318. <https://doi.org/10.1017/S146342360800087X>
- Stadnick, N. A., Sadler, E., Sandall, J., Turienzo, C. F., Bennett, I. M., Borkan, J., . . . Sklar, M. (2019). Comparative case studies in integrated care implementation from across the globe: A quest for action. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 899. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4661-5>
- Stathi, A., McKenna, J., & Fox, K. R. (2003). The experiences of older people participating in exercise referral schemes. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, *124*(1), 18–23. <https://doi.org/10.1177/146642400312400108>
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2017). *Hamburger Stadtteil-Profil: Berichtsjahr 2017*. Retrieved from [https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/NR20\\_Statistik-Profil\\_HH-2018.pdf](https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/NR20_Statistik-Profil_HH-2018.pdf)
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2018). Ausländische Bevölkerung in Hamburg am 31.12.2017.
- Stein, T., Frankel, R. M., & Krupat, E. (2005). Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: A longitudinal case study. *Patient Education and Counseling*, *58*(1), 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.01.014>
- Stellefson, M., Paige, S. R., Alber, J. M., Chaney, B. H., Chaney, D., Apperson, A., & Mohan, A. (2019). Association Between Health Literacy, Electronic Health Literacy, Disease-Specific Knowledge, and Health-Related Quality of Life Among Adults With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(6), e12165. <https://doi.org/10.2196/12165>
- Stenberg, U., Vågan, A., Flink, M., Lynggaard, V., Fredriksen, K., Westermann, K. F., & Gallefoss, F. (2018). Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Education and Counseling*, *101*(6), 1006–1035. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.006>
- Stuten, L., Vrijhoef, B., van Merode, F., Wesseling, G.-J., & Spreeuwenberg, C. (2006). Evaluation of a regional disease management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal for Quality in Health Care* :



- Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 18(6), 429–436.  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl052>
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W., Naumann, C., Augustin, U., & Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(11), 1415–1423. <https://doi.org/10.1016/j.health-pol.2015.08.007>
- Matusiewicz, D. (Ed.) (2014). *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden, und Perspektiven* (2. Aufl.). s.l.: Verlag Hans Huber.
- Swider, S. M. (2002). Outcome effectiveness of community health workers: An integrative literature review. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 19(1), 11–20. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2002.19003.x>
- Tavakoly Sany, S. B., Behzad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 60. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. (19), 349–357.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Van Loenen, T., van den Berg, M. J., Westert, G. P., & Faber, M. J. (2014). Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review. *Family Practice*, 31(5), 502–516. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu053>
- Van Walraven, C., Austin, P. C., Jennings, A., Quan, H., & Forster, A. J. (2009). A modification of the Elixhauser comorbidity measures into a point system for hospital death using administrative data. *Medical Care*. (47 (6)), 626–633. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819432e5>
- Veet, C. A., Radomski, T. R., D'Avella, C., Hernandez, I., Wessel, C., Swart, E. C. S., . . . Parekh, N. (2020). Impact of Healthcare Delivery System Type on Clinical, Utilization, and Cost Outcomes of Patient-Centered Medical Homes: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 35(4), 1276–1284. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05594-3>
- VERBI Software (2018). *MAXQDA Analytics Pro*. Berlin: VERBI.
- Villani, E., & Phillips, N. (2020). Formal organizations and interstitial spaces: Catalysts, complexity, and the initiation of cross-field collaboration. *Strategic Organization*, 147612701989723. <https://doi.org/10.1177/1476127019897235>
- Voigtländer, S., Berger, U., & Razum, O. (2010). Zunehmende regionale Unterschiede bei den Lebensverhältnissen in Deutschland und ihre Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Das Gesundheitswesen*, 72(05), 301–308.
- Walker, K. O., Stewart, A. L., & Grumbach, K. (2016). Development of a survey instrument to measure patient experience of integrated care. *BMC Health Services Research*, 16, 193. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1437-z>

Akronym: INVEST Billstedt/Horn  
Förderkennzeichen: 01NVF16025

- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, *374*(9702), 1714–1721.
- Wang, L., Si, L., Cocker, F., Palmer, A. J., & Sanderson, K. (2018). A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies of Multimorbidity. *Applied Health Economics and Health Policy*, *16*(1), 15–29. <https://doi.org/10.1007/s40258-017-0346-6>
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, *6*(6), 247–263. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90005-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90005-8)
- Watt, G. (2002). The inverse care law today. *The Lancet*, *360*(9328), 252–254.
- Wehling, M. (2009). Multimorbidity and polypharmacy: How to reduce the harmful drug load and yet add needed drugs in the elderly? Proposal of a new drug classification: Fit for the aged. *Journal of the American Geriatrics Society*, *57*(3), 560–561. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02131.x>
- Wehling, M., & Throm, C. (2015). Polypharmazie im Alter - klug entscheiden mit dem FORTA-Prinzip [Polypharmacy in the elderly - choosing wisely by using the FORTA list]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *140*(18), 1378–1382. <https://doi.org/10.1055/s-0041-103205>
- Weisse Liste gGmbH (2010a). *Facharztgruppenübergreifender Kurzfragebogen*: Bertelsmann Stiftung.
- Weisse Liste gGmbH (2010b). *Methodendokumentation. Entwicklung eines Befragungsinstruments für die haus- und fachärztliche Versorgung*. Berlin: Bertelsmann Stiftung.
- Williams, E. S., & Skinner, A. C. (2003). Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Management Review*, *28*(2), 119–139.
- Williams, G. C., Patrick, H., Niemiec, C. P., Williams, L. K., Divine, G., Lafata, J. E., . . . Pladevall, M. (2009). Reducing the health risks of diabetes: How self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. *The Diabetes Educator*, *35*(3), 484–492. <https://doi.org/10.1177/0145721709333856>
- Wing, C., Simon, K., & Bello-Gomez, R. A. (2018). Designing Difference in Difference Studies: Best Practices for Public Health Policy Research. *Annual Review of Public Health*, *39*, 453–469. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013507>
- Wollesen, B., Dahlke, B., & Stehr, G. (2014). 2. Altonaer Gesundheitsbericht - Stadt Hamburg: Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit von Senioren im Bezirk Altona. Retrieved from <https://www.hamburg.de/altona/gesundheitsberichte/4391936/zweiter-altonaer-gesundheitsbericht/>
- World Health Organization (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence: Interim Report*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods* (5th). Los Angeles: Sage.
- Zantinge, E. M., Verhaak, P. F. M., & Bensing, J. M. (2005). The workload of GPs: Patients with psychological and somatic problems compared. *Family Practice*, *22*(3), 293–297. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh732>

Akronym: INVEST Billstedt/Horn  
Förderkennzeichen: 01NVF16025

Zastowny, T. R., Roghmann, K. J., & Cafferata, G. L. (1989). Patient Satisfaction and the Use of Health Services: Explorations in Causality. *Medical Care*, (27(7)), 705–723.

Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1031-7>

## 1. Kurzbericht zur Evaluation INVEST Billstedt/Horn

### 1.1. Ausgangslage und Ziele der neuen Versorgungsform INVEST

Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt und verfügt über umfassende Systeme der sozialen Sicherung und der medizinischen Versorgung. Gleichzeitig sind erhebliche soziale Ungleichheiten festzustellen, welche sich auch in der Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung widerspiegeln. Auch in Hamburg zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Gesundheitsstatus. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen konzentrieren sich dabei häufig in abgegrenzten urbanen Regionen bzw. Stadtteilen. Die Stadtteile Billstedt und Horn gehören zu den ärmsten Stadtteilen Hamburgs und sind charakterisiert durch eine überdurchschnittlich hohe Anzahl sozioökonomisch benachteiligter Bewohner:innen wie z. B. Arbeitslose, ALG-II-Empfänger:innen, Migrant:innen und Menschen mit niedrigeren Schulabschlüssen. Verschärft werden diese Probleme häufig durch Defizite in der medizinischen Versorgung („inverse care law“). Durch eine Verknappung von wohnortnahen, ambulanten Versorgungsangeboten in sozial benachteiligten urbanen Gebieten, kann es zu Ineffizienzen in der Versorgung und steigenden Leistungsausgaben kommen. Eine weitere Verschärfung der Problemlage besteht in der mangelnden Ausrichtung der Leistungsangebote im deutschen Gesundheitssystem auf die Bedürfnisse sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Die Diskrepanz zwischen empfohlener Versorgung und der Versorgungsrealität, die international als „Gaps in Care“ bezeichnet werden, könnte zu einer systematischen Unterversorgung in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen führen.

Das Ziel der neuen Versorgungsform INVEST bestand darin, die skizzierte Problemlage durch die Entwicklung und Implementierung eines Versorgungsangebotes, welches wohnortnah und ohne Sprachbarrieren eine niedrigschwellige Versorgung sicherstellt, zu verbessern und damit die im § 70 SGB V formulierten Ziele - Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit – in der sozial benachteiligten Großstadtregion Billstedt/Horn zu erreichen. Hierzu wurde ein regionales, integriertes und populationsorientiertes Versorgungsmodell entwickelt und implementiert, welches den Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und –erhaltung richtet. Die regionale und populationsorientierte Versorgungsform INVEST adressiert als Zielgruppe alle Versicherten in Billstedt und Horn. Eine weitere Zielgruppe bilden alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure:innen und Einrichtungen in Billstedt und Horn.

(Teil-) Ziele der neuen Versorgungsform INVEST in Billstedt und Horn:

- (1) Verbesserung der gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung
- (2) Verbesserung der Patientenerfahrungen und Erhöhung der Patientenzufriedenheit<sup>20</sup>
- (3) Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung
- (4) Verbesserung der Vernetzung und Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen der Gesundheitsversorgung

---

<sup>20</sup> Um die Lesbarkeit nicht zu gefährden, wird bei Fachausdrücken auf die gendergerechte Bezeichnung verzichtet. Gemeint sind die Erfahrungen sowie die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten.

Zur Erreichung dieser Ziele wurde ein patientenorientiertes und sektorenübergreifendes integriertes Gesundheitsnetzwerk aufgebaut, das in einem partizipativen Ansatz alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteur:innen und Einrichtungen einbezieht. Die neue Versorgungsform umfasste dabei drei Interventionsfelder in deren Rahmen verschiedene Instrumente eingesetzt wurden. Die folgende Abbildung (Abbildung 1) gibt einen Überblick über die Interventionsfelder und zugehörigen Instrumente der Versorgungsform INVEST. Die Managementgesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn (GfBH) verantwortete und steuerte die Umsetzung aller Interventionen vor Ort.

INTERVENTIONSFELDER	INSTRUMENTE <sup>1)</sup>
<p><b>A</b></p> <p><b>Gesundheitsnetzwerk:</b> regional, populationsorientiert und sektorenübergreifend</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GfBH UG als Netzwerkmanager</li> <li>▪ Kooperationsverträge zur Formalisierung des Netzwerks</li> <li>▪ Interdisziplinäre Qualitätszirkel, Fortbildungen und Fallbesprechungen</li> </ul>
<p><b>B</b></p> <p><b>Gesundheitskiosk</b> als „Point-of-Care“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärztliche Überweisungsscheine (Social Prescribing)</li> <li>▪ Schulung und Einsatz von Community Health Nurses (CHN) zur Gesundheitsberatung</li> <li>▪ Informationsveranstaltungen, Kampagnen und Kurse</li> </ul>
<p><b>C</b></p> <p><b>Behandlungs- bzw. Versorgungspfade</b> für vulnerable und Hochrisiko Patient:innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versorgungsprogramme für vulnerable und chronische Patient:innen</li> <li>▪ Digitaler Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Leistungserbringer:in und Patient:in</li> <li>▪ Versorgungskordinator:innen im stationären und ambulanten Sektor</li> </ul>

<sup>1)</sup> In der Abbildung werden nur Instrumente gelistet, die im Förderzeitraum auch implementiert werden konnten und damit in die Evaluation eingehen. Geplante Instrumente, welche nicht implementiert werden konnten: siehe Ergebnisbericht

Abbildung 1: Interventionsfelder und Instrumente der Versorgungsform INVEST (eigene Darstellung)

## 1.2. Ziel und Ansatz der wissenschaftlichen Begleitevaluation

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

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

Die flächendeckende Verbreitung integrierter Versorgungsformen verspricht messbare und nachhaltige Gesundheitswirkungen auf allen Bevölkerungsebenen in Deutschland zu erzielen. Um eine fundierte, evidenzbasierte Entscheidung über die Verstetigung und Skalierung von INVEST treffen zu können, ist es daher essentiell zu verstehen, inwieweit die Implementierung

in einer bestimmten Umgebung effektiv ist, wodurch die Nachhaltigkeit verlängert und die Skalierung (Dissemination) gefördert werden kann. Die Evaluation untersucht daher abschließend, welche Faktoren die Implementierung von INVEST beeinflusst haben und bei der Übertragung und Skalierung dieser neuen Versorgungsform auf andere Regionen zu beachten sind. Die Ergebnisse der Evaluation leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Beantwortung der Frage, wie die neue Versorgungsform INVEST einer Vielzahl von Menschen zugänglich gemacht werden kann.

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

### 1.3. Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze

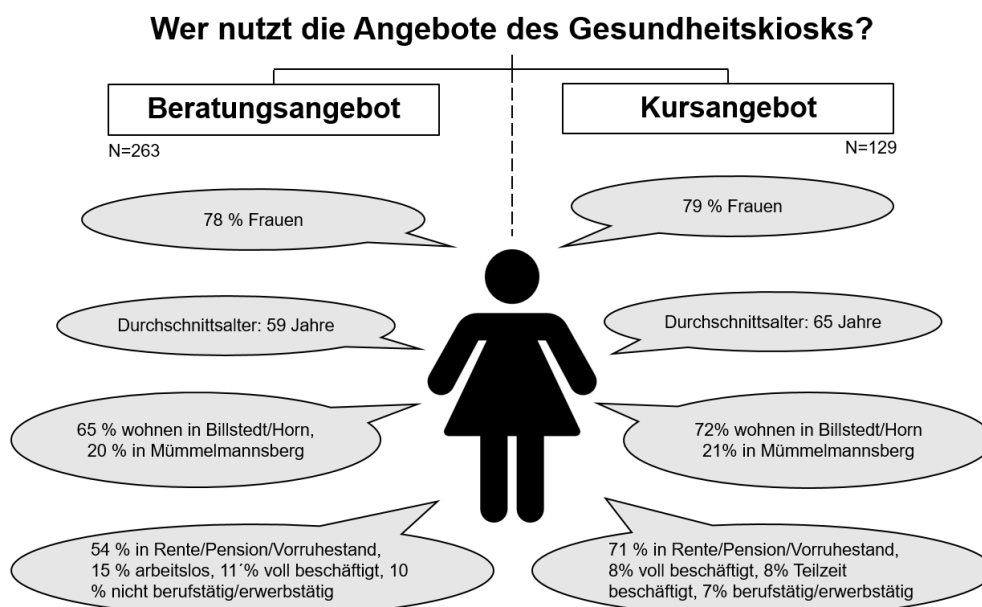
#### Teilstudie 1 - Der Gesundheitskiosk und seine Nutzer:innen im Fokus

- Einen bundesweit einmaligen Schwerpunkt der neuen Versorgungsform INVEST bildet der Gesundheitskiosk, eine populationsorientierte, niedrighschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution. Der Gesundheitskiosk als Strukturinnovation und Organisationsschnittstelle zwischen Medizin und Gemeinwesen, hat zum Ziel die Gesundheit der Bevölkerung in Billstedt/Horn durch eine multiprofessionelle, integrierte und präventive Versorgung und Beratung in der jeweiligen Muttersprache zu verbessern. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die Angebote des Gesundheitskiosks durch die Bevölkerung in Billstedt/Horn, (regelmäßig) in Anspruch genommen werden.
- Im Fokus der Teilstudie 1 standen demnach die prozessevaluationsorientierten Fragestellungen „Welche Versicherten nutzen den Gesundheitskiosk?“ (**Nutzungswahrscheinlichkeit**) und „Wie lässt sich das Nutzungsverhalten der Versicherten beschreiben und erklären?“ (**Nutzungsintensität**).
- Die Teilstudie folgt dem Design einer explorativen Querschnittstudie, d.h. die Nutzer:innen bzw. Nicht-Nutzer:innen des Gesundheitskiosks, wurden im Querschnitt zu einem Zeitpunkt untersucht. Dabei sind Nutzer:innen so definiert, dass sie innerhalb der Projektlaufzeit (01.01.2017-31.12.2019) mindestens einmal im Gesundheitskiosk beraten wurden oder einen Kurs besucht haben.
- Die Analysen basieren auf der Kombination verschiedener Primär- und Sekundärdatensätze (Gesundheitskioskbefragung, INVEST-Versichertenbefragung, Administrative Daten der GfBH UG, GKV-Routinedaten AOK-RH/BARMER/DAK).
- Die Ergebnisse der Teilstudie zeigen, dass 2182 (57%) der 3837 in INVEST eingeschriebenen Versicherten innerhalb der Projektlaufzeit mindestens einmal im Gesundheitskiosk beraten wurden. Im Durchschnitt wurden 3 Beratungen pro eingeschriebenem Versicherten im Gesundheitskiosk in Anspruch genommen. Die meisten Beratungen (40%) erfolgten zum Thema Übergewicht.
- Die ärztliche Überweisung in den Gesundheitskiosk (Social Prescribing) führt zu einer signifikant höheren **Nutzungsintensität** der Beratungsangebote im Gesundheitskiosk. Die Häufigkeit (gemessen als Inzidenzrate) der Anzahl der Besuche ist für Versicherte mit ärztlicher Überweisung um 16,6 Prozentpunkte höher als für Individuen ohne ärztliche Überweisung ( $p < 0,05$ ). Die Häufigkeit der Anzahl der Besuche ist für Versicherte, die sich zu



Übergewicht beraten haben lassen um 25,1 Prozentpunkte höher als für Individuen ohne Übergewicht als Beratungsanlass ( $p < 0,01$ ).

- Die Ergebnisse der Befragung der Nutzer:innen des Gesundheitskiosks (N=263) zeigen, dass ein Großteil der Befragten ( $> 80\%$ ) im Durchschnitt sehr zufrieden mit dem Gesundheitskiosk ist. Ein interessantes Ergebnis ist, dass lediglich 47% der Befragten die Kurse auch dann nutzen würden, wenn diese kostenpflichtig wären.



## Teilstudie 2 - Patientenorientierung der Versorgung

- Die Teilstudie zur Fragestellung „Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die Patientenorientierung der Versorgung in Billstedt und Horn?“ folgt dem Design einer Trendstudie mit Prätest-Posttest. Mithilfe des Prätest-Posttest Designs können Unterschiede vor und nach der Einführung von INVEST gemessen werden.
- Zur Erfassung der Zielindikatoren **Patientenaktivierung** und **Patientenzufriedenheit** wurden die Patient:innen in den Arztpraxen des Ärztenetz Billstedt/Horn e.V. zu Beginn (T0) und Ende (T1) des Projektes mithilfe eines standardisierten Papierfragebogens befragt.
- Bedingt durch die Covid-19 Pandemie, ist die Stichprobengröße in der Zweitbefragung (T1, N = 98 Patient:innen aus 7 Arztpraxen) im Vergleich zur Erstbefragung (T0, N = 1.221 Patient:innen aus 18 Arztpraxen) stark reduziert. Die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs weisen daher eine geringe statistische Belastbarkeit auf und sollten mit Vorsicht interpretiert werden.
- Basierend auf den vorliegenden Daten konnte festgestellt werden, dass die **Patientenzufriedenheit** mit der ärztlichen Versorgung sich im Vergleich zur Ausgangslage (T0) signifikant verbessert hat. Dabei ist die Patientenzufriedenheit in T1 im Durchschnitt um 6,25 % im Vergleich zu T0 gestiegen.
- Im Hinblick auf die Verbesserung der **Patientenaktivierung** konnten keine signifikanten Veränderungen im Prä-Post-Vergleich festgestellt werden.

## Teilstudie 3 - Spotlight auf in die neue Versorgungsform eingeschriebene Versicherte (INVEST-Versicherte)

- Die Teilstudie zur Fragestellung „Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die eingeschriebenen Versicherten (INVEST-Versicherte)?“ folgt dem Design einer quasi-experimentellen Panelstudie.
- Die Zielindikatoren **Patientenzufriedenheit** mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn, **Patientenaktivierung** sowie **gesundheitsbezogene Lebensqualität** wurden mittels einer standardisierten Befragung zu zwei Zeitpunkten von den INVEST-Versicherten erhoben.
- Bei der Erstbefragung (kurz nach der Einschreibung in die neue Versorgungsform) wurden von den 3571 versendeten Fragebögen 665 (=  $N_{T_0}$ ) zurückgeschickt; dies entspricht eine Rücklaufquote von 18,11 %. Bei der Folgebefragung (zum Ende der neuen Versorgungsform) wurden von den 665 versendeten Fragebögen 302 (=  $N_{T_1}$ ) zurückgeschickt; dies entspricht eine Rücklaufquote von 45,41 %.
- INVEST-Versicherte für die Beobachtungen zu beiden Erhebungszeitpunkten (T0 und T1) vorlagen, stellen dabei das Befragungspanel ( $N_{(T_0;T_1)} = 302$ ) dar. Durch den Vergleich zweier Messzeitpunkte (Prä-Post-Vergleich) können Unterschiede vor und nach Einführung von INVEST gemessen werden.
- Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten INVEST-Versicherten die **gesundheitliche Versorgung in Billstedt/Horn** zum Ende der neuen Versorgungsform (Folgebefragung T1) signifikant besser beurteilen im Vergleich zur Erstbefragung T0. Die **allgemeine Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung** in Billstedt/Horn ist dabei in T1 um 1,04 Prozentpunkte im Vergleich zu T0 gestiegen ( $p < 0.1$ ).
- Im Hinblick auf eine Verbesserung der Patientenaktivierung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnten keine signifikanten Veränderungen im Prä-Post-Vergleich festgestellt werden.

#### Teilstudie 4 - Gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung in Billstedt und Horn

- Die Teilstudie zur Fragestellung „Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung in Billstedt und Horn?“ folgt dem Design einer quasi-experimentellen Prätest-Posttest-Studie mit Kontrollgruppe.
- Die Analysen basieren auf Befragungsdaten einer populationsorientierten Versichertenstichprobe der AOK-RH und BARMER Versicherten in Hamburg sowie pseudonymisierten Abrechnungsdaten (Routinedaten) der Versicherten von AOK-RH und BARMER in Hamburg.
- Die Zielindikatoren **Zugang zur Versorgung** (Rate der ambulant sensitiven Krankenhaufälle (ASK-Rate), Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte), **Gesundheitskompetenz**, und **Gesundheitszustand** wurden aus den pseudonymisierten Abrechnungsdaten (Routinedaten) generiert oder mittels einer standardisierten Befragung zu zwei Zeitpunkten (Beginn des Projektes T0 und Ende des Projektes T1) von den Versicherten erhoben. Die Zielindikatoren der Interventionsgruppe wurden dabei im Vergleich zu einer Kontrollgruppe analysiert.
- Aufgrund des populationsorientierten Ansatzes von INVEST wurde die Interventionsgruppe aus einer randomisierten Stichprobe von Versicherten gebildet, die über den Evaluationszeitraum durchgehend bei AOK-RH/BARMER versichert (Ausnahme Tod) und in den Postleitzahlenbezirken Billstedt und Horn wohnhaft waren. Die Kontrollgruppe umfasst eine randomisierte Stichprobe von Versicherten, die im Raum Hamburg (ohne den PLZ-

Bereich der Interventionsgruppe) wohnhaft und über den Evaluationszeitraum durchgehend bei AOK-RH/BARMER versichert waren (Ausnahme Tod).

- Im Rahmen der Erstbefragung (T0) wurden von den 15.000 versendeten Fragebögen 3034 zurückgeschickt; dies entspricht einer Rücklaufquote von 20,2 %. Bei der Folgebefragung (T1) wurden von den 15.000 versendeten Fragebögen 2802 zurückgeschickt; dies entspricht einer Rücklaufquote von 18,7 %. Die Hauptanalysen basieren auf Versicherten aus Interventions- und Kontrollgruppe, welche sowohl in T0 als auch in T1 an der Befragung teilgenommen haben (Panel,  $N_{T0 \text{ und } T1} = 1.452$ ).
- Die Ergebnisse zeigen, dass die neue Versorgungform INVEST eine Verbesserung des **Zugangs zur ambulanten Versorgung** in Billstedt und Horn bewirken konnte. Dies zeigt sich in der **steigenden Anzahl an ambulanten Arztbesuchen** sowie in der **Reduktion der ASK-Rate**. Die Anzahl der Arztbesuche ist in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe um durchschnittlich 1,9 Besuche pro Versicherten pro Jahr gestiegen ( $p < 0,05$ ). Die ASK-Rate ist in der Interventionsgruppe um 18,8 Prozentpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe gesunken ( $p < 0,05$ ).
- Im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz konnte im Prä-Posttest keine signifikante Veränderung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden.

#### Teilstudie 5 - Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn

- Die Teilstudie zur Fragestellung „Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn?“ folgt dem Design einer quasi-experimentellen Prätest-Posttest-Studie mit Kontrollgruppe.
- Die Analysen basieren auf pseudonymisierten Abrechnungsdaten (Routinedaten) der Versicherten von AOK-RH, BARMER und DAK in Hamburg.
- Die Zielindikatoren **Rate der ambulant sensitiven Krankenhausfälle (ASK-Rate)** sowie die **Leistungsausgaben** wurden aus den pseudonymisierten Abrechnungsdaten (Routinedaten) generiert. Die Zielindikatoren der Interventionsgruppe wurden dabei im Vergleich zu einer Kontrollgruppe analysiert. Der Unterschied in der Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform stellt den Effekt von INVEST dar.
- Unter Berücksichtigung des populationsorientierten Charakters der Intervention INVEST, basiert die Teilstudie überwiegend auf einer stadtteilbezogenen Betrachtungsweise. Eine alleinige Fokussierung auf die in das Projekt eingeschriebenen Versicherten, würde zu einer Unterschätzung der Interventionseffekte führen. Als Interventionsgruppe (IG) wurden alle Versicherten definiert, die über den Evaluationszeitraum durchgehend bei der AOK-RH/BARMER/DAK versichert (Ausnahme Tod) und in den Postleitzahlenbezirken Billstedt und Horn wohnhaft waren ( $N_{IG} = 49.365$ ). Als Kontrollgruppe (KG) wurden alle Versicherte definiert, die über den Evaluationszeitraum durchgehend bei der AOK-RH/BARMER/DAK versichert (Ausnahme Tod) und in den restlichen Stadtteilen Hamburgs wohnhaft waren ( $N_{KG} = 506.780$ ). Um eine möglichst ähnliche Versichertenstruktur zwischen Interventions- und Kontrollgruppen herzustellen, wurden mithilfe eines Propensity Score Matchings quasi statistische Zwillinge gebildet.
- Die Ergebnisse zeigen, dass die **ASK-Rate** in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant um 0,9 Prozentpunkte gestiegen ist ( $p < 0,05$ ). Die gestiegene ASK-Rate der Interventionsgruppe bildet eine Angleichung der ASK-Raten ab. Im

Vergleichszeitraum vor Beginn von INVEST liegt die ASK-Rate in Billstedt/Horn 1,2 Prozentpunkte unter der Rate in den restlichen Stadtteilen Hamburgs, im Beobachtungszeitraum liegt die Rate noch 0,3 Prozentpunkte unter der Rate in den restlichen Stadtteilen Hamburgs. Die Ergebnisse stehen damit im Widerspruch zu der in Teilstudie 4 beobachteten Reduktion der ASK-Rate für die populationsorientierte Versichertenstichprobe in Billstedt/Horn und weisen damit daraufhin, dass über die Wirtschaftlichkeit basierend auf den vorliegenden Analysen in dem bisherigen relativ kurzen Beobachtungszeitraum keine belastbaren Aussagen getroffen werden können.

- Im Hinblick auf die **Leistungsausgaben**, zeigen die Ergebnisse eine signifikante Reduktion der Arzneimittelausgaben in der Interventionsgruppe um 6,21 € je Quartal im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $p < 0,001$ ). Die Ausgaben für Pflegeleistungen hingegen sind mit durchschnittlich 8,68 € je Quartal im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant gestiegen ( $p < 0,001$ ). Für die in INVEST eingeschriebenen Versicherten konnten höhere Leistungsausgaben im Vergleich zu der Kontrollgruppe beobachtet werden.
- Für weitere Leistungsbereiche (ambulante Leistungsausgaben, stationäre Leistungsausgaben sowie der Leistungsausgaben aufgrund von Arbeitsunfähigkeit) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich festgestellt werden.

#### **Teilstudie 6 - Spotlight auf Leistungs- und Kooperationspartner:innen**

- Die Analysen zur Fragestellung „Welche Veränderungen bewirkte die neue Versorgungsform INVEST aus Sicht der Leistungs- und Kooperationspartner:innen?“ basieren auf einer schriftlichen Befragung der Leistungs- und Kooperationspartner:innen des Projektes INVEST. Diese wurden zu Beginn und Ende des Projektes schriftlich befragt. In der ersten Befragungswelle ( $N_{T0} = 149$ ) betrug die Rücklaufquote 42,28 Prozent. In der zweiten Befragungswelle ( $N_{T1} = 140$ ) betrug die Rücklaufquote 35,29 Prozent.
- Mithilfe eines standardisierten Fragebogens wurden die Zielindikatoren **Koordination und Vernetzung, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit** der Leistungs- und Kooperationspartner:innen sowie eine **Bewertung der Interventionen und des Gesamterfolges des Projektes** durch die Leistungs- und Kooperationspartner:innen erfasst.
- Die Zielindikatoren wurden mithilfe eines Prä-Post (T0-T1) Vergleichs analysiert. Dabei wurden die Mittelwerte aus der Erstbefragung (T0) mit den Mittelwerten aus der Zweitbefragung (T1) verglichen und auf statistisch signifikante Unterschiede untersucht.
- Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten **Ärzte und Ärztinnen** die **Koordination und Vernetzung** zum Ende des Projektes signifikant besser beurteilen im Vergleich zur Erstbefragung ( $p < 0,05$ ; Mittelwert T0: 2,79 Mittelwert T1: 3,50). Im Hinblick auf eine Verbesserung der Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit konnten keine signifikanten Veränderungen im Prä-Post Vergleich festgestellt werden.
- Die **Zufriedenheit der Leistungs- und Kooperationspartner:innen mit dem Projekt** hat sich im Prä-Post Vergleich signifikant verbessert ( $p < 0,05$ ; Mittelwert T0: 3,39 Mittelwert T1: 3,60).
- Die Interventionen der neuen Versorgungsform werden von den Leistungs- und Kooperationspartner:innen im Durchschnitt als hilfreich bewertet. Insbesondere der **Gesundheitskiosk** trägt aus Sicht der Leistungs- und Kooperationspartner:innen zu einer Arbeitserleichterung und Verbesserung der Patientenversorgung bei.

## **Teilstudie 7 - Erfolgsfaktoren bei der Implementierung der neuen Versorgungsform und Übertragung und Skalierung auf andere Regionen**

- Die flächendeckende Verbreitung integrierter Versorgungsformen verspricht, messbare und nachhaltige Gesundheitswirkungen auf allen Bevölkerungsebenen in Deutschland zu erzielen. Ziel der Teilstudie 7 war es daher Faktoren zu identifizieren, welche die **Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST** beeinflusst haben, um allgemeine Schlüsse für die Implementierung dieser Versorgungsform in anderen Regionen abzuleiten.
- Hierzu wurde eine umfassende **qualitative Fallstudie** unter Verwendung mehrerer Datenquellen durchgeführt. Die primäre Datenquelle bildeten leitfaden-gestützte Interviews (N=40) mit an der Implementierung von INVEST beteiligten Akteur:innen. Die Interviews wurden zu zwei Zeitpunkten, zu Beginn des Projektes und am Ende des Projektes, durchgeführt. Die Interviewdaten wurden durch fallbezogene Dokumente (N=64) ergänzt, um die subjektiven Erfahrungen der Befragten mit objektiven Angaben zu validieren und zu vergleichen. Weiter gingen Beobachtungsprotokolle (N=9) zu Pressekonferenzen und Konsortialpartnertreffen in die Analyse mit ein. Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte anhand einer **thematischen qualitativen Textanalyse**.
- Insgesamt wurden **23 Erfolgsfaktoren** identifiziert, welche für die erfolgreiche Implementierung von INVEST entscheidend waren und bei der Übertragung und Skalierung von INVEST auf andere Regionen zu beachten sind. Zu den Erfolgsfaktoren, welche von mindestens der Hälfte der Interviewpartner:innen genannt wurden und auch in den untersuchten Dokumenten und Beobachtungsprotokollen besonders häufig thematisiert wurden, gehören:
  - die gemeinsame Wahrnehmung eines akuten Handlungsbedarfs
  - ausreichende finanzielle Ressourcen
  - Unterstützung durch Krankenkassen, politischen Akteur:innen und Ärzt:innen
  - Etablierte und funktionierende Kommunikationsstrukturen zwischen den Akteur:innen
  - Handlungsfähige Geschäftsstelle für Koordinationsaufgaben
  - Akteur:innen mit Bereitschaft zur aktiven Beteiligung an der Entwicklung und Umsetzung gemeinsamer Maßnahmen
  - Offener Informationsaustausch und eine gemeinsame Entscheidungsfindung aller beteiligten Akteur:innen
- Wichtig bei der Übertragung von INVEST auf andere Regionen ist es, mittels einer bedarfsorientierten Planung sicherzustellen, dass die neue Versorgungsform einen **akuten lokalen Bedarf adressiert**.

#### **1.4. Zusammenfassungen und Empfehlungen der Evaluator:innen**

In der Gesamtschau der bisherigen Evaluationsergebnisse ist festzuhalten, dass die Ziele der neuen Versorgungsform INVEST überwiegend erreicht wurden:

- 1.** Verbesserung der gesundheitlichen Chancen und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Eine steigende Anzahl ambulanter Arztbesuche bei gleichzeitigem Rückgang der ASK Rate für die populationsorientierte Versichertenstichprobe verdeutlicht, dass INVEST den Zugang zur Versorgung verbessert hat. Die Einrichtung des Gesundheitskiosks hat zu einem verbesserten Zugang beigetragen und wurde von den niedergelassenen Ärzt:innen und (sozialen Stadtteil-) Einrichtungen in die Versorgung integriert.
- 2.** Verbesserung der Patientenerfahrungen und Erhöhung der Patientenzufriedenheit: Die in INVEST eingeschriebenen Versicherten sehen eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in Billstedt/Horn. Auch die Patient:innen des Ärztenetzwerkes Billstedt/Horn e.V. berichten von einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Vergleich zur Ausgangslage.
- 3.** Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung: Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit ergeben sich widersprüchliche Ergebnisse. Einerseits konnte eine Reduktion der ASK-Rate in der populationsorientierten Versichertenstichprobe festgestellt werden. Andererseits zeigt sich in der Betrachtung aller in den Postleitzahlenbezirken Billstedt und Horn wohnhaften AOK-RH/BARMER/DAK Versicherten, ein Anstieg der ASK-Rate im Vergleich zur Rate in den restlichen Stadtteilen Hamburgs. Zudem sind bisher keine belastbaren wirtschaftlichen Effekte auf die Bevölkerung in Billstedt/Horn hinsichtlich der Leistungsausgaben feststellbar, bis hin zu einer Erhöhung von Leistungsausgaben in der Subgruppe der INVEST-Versicherten. Basierend auf den vorliegenden Evaluationsergebnissen können daher über die Wirtschaftlichkeit keine belastbaren Aussagen getroffen werden. Ein längerer Zeithorizont (3-5 Jahre) sowie eine höhere Einschreibungsrate könnten hierzu aussagekräftigeren und belastbareren Ergebnissen führen.
- 4.** Verbesserung der Vernetzung und Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen der Gesundheitsversorgung: Das Maß der Koordination und Vernetzung als auch die Arbeitszufriedenheit der Akteur:innen haben sich durch die neue Versorgungsform INVEST verbessert. Die Gesamtintervention, insbesondere der Gesundheitskiosk, wird von den Leistungs- und Kooperationspartner:innen als positiv bewertet.

Eine Bewertung der bisherigen Evaluationsergebnisse sollte immer berücksichtigen, dass der dreijährige Evaluationszeitraum, gemessen an der Komplexität der vorliegenden Intervention, sehr kurz und ambitioniert ist. Die Ergebnisse einer Evaluation mit einem Zeithorizont von 12-18 Monaten weisen aus wissenschaftlicher Sicht daher vielmehr den Charakter von Früh- bzw. Zwischenergebnissen auf. Im Projekt INVEST kam erschwerend hinzu, dass es sich um eine populationsorientierte Intervention handelt, deren Evaluation eigentlich einen längeren Zeitraum erfordert (u.a. aufgrund der zu erwartenden geringeren Effektstärken) als eine indikationsbasierte Intervention. Zudem gilt zu berücksichtigen, dass die meisten Interventionen, mit Ausnahme des im September 2017 eröffneten Gesundheitskiosks, erst im Jahre 2018 implementiert werden konnten, wodurch sich der Evaluationszeitraum im Rahmen der Förderperiode weiter verkürzte. Vergleichbare Evaluationen in der Literatur erstrecken sich in der Regel über einen längeren Zeitraum. Insbesondere wirtschaftliche Effekte sind eher langfristig zu erwarten.

Die bisherigen Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass die neue Versorgungsform für Versicherte und Leistungserbringer:innen einen Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung



aufweist. Auf Basis der bisherigen Evaluationsergebnisse empfehlen die Evaluator:innen daher, die neue Versorgungsform INVEST in die Regelversorgung zu überführen.

Um die Potenziale von INVEST vollständig zu realisieren, sollte die Zahl der eingeschriebenen Versicherten sukzessive erhöht werden. Dies sollte sich in Skaleneffekten niederschlagen und die Versorgungssituation in Billstedt/Horn insgesamt positiv beeinflussen. Außerdem wird empfohlen, die neue Versorgungsform INVEST weiterhin begleitend zu evaluieren, um dessen langfristige Wirkungen besser einschätzen zu können. Bei der Übertragung und Skalierung von INVEST auf andere Regionen ist mittels einer bedarfsorientierten Planung sicherzustellen, dass die neue Versorgungsform einen akuten lokalen Bedarf adressiert.

## 2. Anhang Teilstudie 1

### 2.1. TS1\_A1 Fragebogen Beratung

Deutsche Version

Ihre Meinung ist uns wichtig!



Wie sind Sie auf den Gesundheitskiosk aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Stadtteileinrichtung
<input type="checkbox"/> Apotheke	<input type="checkbox"/> Familie/ Freunde
<input type="checkbox"/> Zeitung / Zeitschrift	<input type="checkbox"/> Vorbei gelaufen
<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Internet / Webseite
<input type="checkbox"/> Hinweis meiner Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Bewertung der Beratung	Ja	Teilweise	Nein
Insgesamt bin ich mit der Beratung zufrieden.			
Meine Erwartungen an die Beratung wurden voll erfüllt.			
Es wurde gut auf meine Anliegen eingegangen.			
Meine Fragen wurden verständlich beantwortet.			
Mir wurden hilfreiche Informationen vermittelt.			
Die vereinbarten Ziele sind für mich realistisch.			
Ich kann und werde die Ratschläge befolgen.			
Ich weiß jetzt wie ich einen gesünderen Lebensstil haben kann.			
Durch die Beratung habe ich neue Anregungen erhalten, wie ich mir selbst helfen kann.			
Die Beratung hat mich unterstützt, meine Probleme / Beschwerden anzugehen / zu lösen.			
Wurden Sie in Ihrer Muttersprache beraten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Sprache: _____			
Wer hat Sie beraten? _____			

## Anhang 2.1.: TS1\_A1 Fragebogen Beratung

Wie zufrieden sind Sie mit...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Weniger zufrieden
... der Wartezeit auf einen Termin im Gesundheitskiosk?			
... der Atmosphäre im Gesundheitskiosk?			
... der Freundlichkeit der Mitarbeiter?			
... der Lage und Öffnungszeiten?			
<b>Allgemeine Zufriedenheit</b>	<b>Ja</b>	<b>Vielleicht</b>	<b>Nein</b>
Bei weiteren Fragen und Problemen werde ich wiederkommen.			
Ich empfehle den Gesundheitskiosk meiner Familie und meinen Freunden.			
Durch die Beratung und Betreuung im Gesundheitskiosk gehe ich seltener zu: Haus-/ Facharzt / Krankenhaus / Rettungsstelle			

### Angaben zu Ihrer Person

Alter: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
Postleitzahl: _____	Krankenkasse: _____
Sind Sie in Deutschland geboren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wie lange leben Sie in Deutschland? _____ Jahre	
Welche Sprachen sprechen Sie am häufigsten zu Hause? _____	
Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen? _____	
Sind Sie zurzeit berufstätig? <input type="checkbox"/> Vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> In Kurzarbeit <input type="checkbox"/> Elternzeit / Mutterschutz <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Rente, Pension, Vorruhestand <input type="checkbox"/> In Ausbildung / (Hoch-) Schule <input type="checkbox"/> Nicht berufstätig / nicht erwerbstätig	

**Was hat Ihnen besonders gut gefallen? Haben Sie Wünsche und Vorschläge, was wir besser machen können?**

Farsi Version

نظر شما برای ما مهم است.



از چه طریقی با کیوسک سلامتی آشنا شدید؟

<input type="checkbox"/> پزشک	<input type="checkbox"/> مراکز محلی
<input type="checkbox"/> داروخانه	<input type="checkbox"/> فامیل / دوستان
<input type="checkbox"/> مجله / روزنامه	<input type="checkbox"/> در حال عبور
<input type="checkbox"/> تبلیغات	<input type="checkbox"/> اینترنت / وب سایت
<input type="checkbox"/> از طریق بیمه درمانی	<input type="checkbox"/> غیره _____

ارزیابی شما از مشاوره	بله	تا حدودی	نه
تا حدودی از مشاوره راضی بودم			
من از این مشاوره کاملاً راضی بودم			
خیلی خوب مشکلات من را درک کردند			
سوالات من را بطور کامل جواب دادند			
اطلاعات خوبی به من داده شد			
به هدفی که انتظار داشتم رسیدم			
من سعی میکنم از این اطلاعات استفاده کنم			
حالا من میدانم چگونه سالم زندگی کنم			
از طریق این مشاوره ها یاد گرفتم که چگونه به خودم کمک کنم			
با کمک این مشاوره یاد گرفتم که مشکلات را باز کنم و آنها را حل کنم			

آیا مشاوره به زبان مادری بود  بله ، زبان فارسی  نه

مشاور شما که بود \_\_\_\_\_

Anhang 2.1.: TS1\_A1 Fragebogen Beratung

آیا راضی بودید؟	خیلی راضی	راضی	ناراضی
آیا توانستید به راحتی وقت مشاوره بگیرید؟			
فضای کیوسک سلامتی چطور بود؟			
از برخورد همکاران راضی هستید؟			
از منطقه و ساعات کار راضی هستید؟			
رضایت کامل	بله	تا حدودی	نه
اگر دوباره سوال یا مشکلی داشتیم مراجعه میکنم			
من کیوسک سلامتی را به فامیل و دوستانم نیز معرفی میکنم.			
از طریق مشاوره و همراهی کیوسک سلامتی کمتر به پزشک خانگی، پزشک متخصص، بیمارستان و تیم نجات مراجعه میکنم.			

مشخصات شما

جنسیت:  زن  مرد

سن: \_\_\_\_\_

بیمه درمانی: \_\_\_\_\_

کد پستی: \_\_\_\_\_

آیا در آلمان متولد شده اید؟  بله  نه

از چه سالی در آلمان هستید؟ \_\_\_\_\_ سال

در خانه بیشتر به چه زبانی صحبت می کنید؟ \_\_\_\_\_

چند نفر در خانه با شما زندگی می کنند \_\_\_\_\_

در حال حاضر شاغل هستید؟  کوتاه مدت  نیمه وقت  تمام وقت

بازنشسته / از کار افتاده / قبل از بازنشستگی  بیکار  قبل از زایمان / پس از زایمان

اشتغال به کار و درآمد ندارم  در حال کار آموزی / مدرسه / دانشگاه

از چه چیزی بیشتر خوشتان آمد. آیا خواسته و یا پیشنهادی برای بهتر شدن کار ما دارید؟

*Polnische Version*

Panstwa opinia jest dla nas bardzo wazna!



Jak panstwo dowiedzieliście o Gesundheitskiosk?

<input type="checkbox"/> Lekarz	<input type="checkbox"/> Osiedlowy klub
<input type="checkbox"/> Apteka	<input type="checkbox"/> Rodzina / Przyjaciele
<input type="checkbox"/> Gazeta / Czasopismo	<input type="checkbox"/> Po drodze
<input type="checkbox"/> Ulotka	<input type="checkbox"/> Internet / Strona Internetowa
<input type="checkbox"/> Polecenie mojej kasy chorych	<input type="checkbox"/> Pozostale _____

Ocenienie poradnictwa	Tak	Czesciowo	Nie
Ogolnie jestem z poradnictwa zadowolona/y			
Moje oczekiwania w poradnictwie zostaly wypelnione			
Moje pytania zostaly odpowiedziane			
Moje pytania zostaly			
Otrzymalam pelne odpowiedzi			
Postanowione cele sa dla mnie realistyczne			
Jesten w stanie Propozycje			
Teraz wiem jak prowadzic zdrowy tryb zycia			
Poprzez Porady mam sposob oraz nowe impulsy jak moge sobie sam pomoc			
Poradnictwo wspomoglo mnie i moje problemy			

Poradnictwo odbylo sie w Panstwo jezyku ojczystym?  Nie  Tak, jezyk: \_\_\_\_\_

Kto byl Panstwa Doradzca \_\_\_\_\_



## Anhang 2.1.: TS1\_A1 Fragebogen Beratung

Czy Jest Pan / Pani Zadowolony z .....	Bardzo Zadowolona/y	Zadowolona/y	Srednio zadowolony
... czas oczekiwania na Termin w Gesundheitskiosk?			
... Atmosfera w Gesundheitskiosk?			
... Miła obsługa pracowników?			
... Polozenie i godziny otwarcia?			
<b>Ogólne zadowolenie</b>	<b>Tak</b>	<b>Byc moze</b>	<b>Nie</b>
Następnym razem zgłoszę się z pytaniami.			
Ja polecę Gesundheitskiosk mojej rodzinie i przyjaciołom.			
Poprzez poradnictwo zadziej chodze do lekarza/ szpitala			

### Pani / Pana dane osobiste

Wiek: \_\_\_\_\_ Płeć:  zenska  meska

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Kassa chorych: \_\_\_\_\_

Czy jest Pan / Pani urodzona w niemczech  Tak  Nie

Jak dlugo zyje pani w niemczech? \_\_\_\_\_ lata

W jakim jezyku rozmawiacie panstwo w domu? \_\_\_\_\_

Ile osob zyje w panstwa \_\_\_\_\_

Pracuje pani /pan zawodowo?  Na pelen Etat  Pol etatu  Praca na zlecenie  
 Urlop wycchowawczy  Zasilek dla bezrobotnych  
 Rencista, inwalida  Szkola zawodowa, studia  bezrobotny

Co sie panstwu szczególnie podobalo? Maja Panstwo zyczenia, propozycje, co mozemy dla panstwa polepszyz?



*Türkische Version*

Sizin görüşünüz bizim için önemli!



Gesundheitskiosk'a ilginiz hangi şekilde çekildi?

<input type="checkbox"/> Doktor	<input type="checkbox"/> Semtteki kurulum
<input type="checkbox"/> Eczane	<input type="checkbox"/> Aile/Arkadaş
<input type="checkbox"/> Gazete/Dergi	<input type="checkbox"/> Yanından geçtim
<input type="checkbox"/> El ilanı	<input type="checkbox"/> Internet / Internet sitesi
<input type="checkbox"/> Sağlık sigortamın verdiği ipucuyla	<input type="checkbox"/> Diğer _____

Danışmanlığın değerlendirmesi	Evet	Kismen	Hayır
Tüm danışmanlıktan memnunum			
Danışmanlığa olan beklentilerim tamamen yerine getirildi.			
İsteklerime iyi yanıt verildi.			
Sorularım anlaşılır şekilde cevaplandırıldı.			
Bana yararlı bilgi aracılığı edildi.			
Hedef anlaşmaları benim için gerçekçi.			
Tavsiyeleri yerine getirebilirim ve getireceğim.			
Sağlıklı bir yaşam tarzına nasıl sahip olabileceğimi şimdi biliyorum.			
Danışmanlıktan kendi kendime nasıl yardım edebileceğime dair yeni öneriler elde ettim.			
Danışmanlık beni, problemlerimi / rahatsızlıklarımı ele almaya / çözmeye destekledi.			
Kendi ana dilinizde mi danıştınız? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, dil: _____			
Danışmanlığı size kim yaptı? _____			

## Anhang 2.1.: TS1\_A1 Fragebogen Beratung

Ne kadar memnunsunuz...	Çok memnunum	Oldukça memnunum	Az memnunum
... Gesundheitskiosk'taki bir randevu sırasını beklemekten?			
... Gesundheitskiosk'taki atmosferden?			
... Personelin nezaketinden?			
... Yerinden ve açılış saatlerinden?			
<b>Genel memnuniyetiniz</b>	<b>Evet</b>	<b>Belki</b>	<b>Hayır</b>
Diğer sorularım ve problemlerimle tekrar geleceğim.			
Gesundheitskiosk'u aileme ve arkadaşlarıma tavsiye edeceğim.			
Gesundheitskiosk'taki danışmanlıktan ve destekten, aile-/ uzman doktora, hastaneye, acil servise nadiren gidiyorum.			

### Kişisel bilgileriniz

Yaşınız: _____	Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Posta kodunuz: _____	Sağlık sigortanız: _____
Almanyada mı doğdunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Almanyada ne kadar süredir yaşıyorsunuz? _____ sene	
Evinizde en çok hangi dilleri konuşuyorsunuz? _____	
Kendiniz dahil, evinizde kaç kişi yaşıyor? _____	
Şu anda çalışıyormusunuz? <input type="checkbox"/> Tam istihdam <input type="checkbox"/> Yarı zamanlı istihdam <input type="checkbox"/> Kısa süreli çalışma <input type="checkbox"/> Ebeveyn izni / Annelik koruma <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Emeklilik, memur emekliği, erken emeklilik <input type="checkbox"/> Eğitimde / (Yüksek-) Okul <input type="checkbox"/> İş sahibi değil / çalışabilir değil	

**Çok beğendiğiniz bir şey var mı? Daha iyi yapabileceğimize dair önerileriniz ve istekleriniz var mı?**

## 2.2. TS1\_A2 Fragebogen Kurs

### Ihre Meinung ist uns wichtig!



#### Ihr Feedback zu dem Kurs

	Ja	Vielleicht	Nein
Mir wurden hilfreiche Informationen vermittelt.			
Ich habe neue Anregungen erhalten, wie ich mir selbst helfen kann.			
In dem Kurs konnte ich soziale Kontakte knüpfen.			
Ich hätte den Kurs auch besucht, wenn er kostenpflichtig gewesen wäre.			
Der Kurs ist besser als andere Kurse, die ich bisher besucht habe.			
Meine Erwartungen wurden voll erfüllt.			
Ich würde den Kurs meiner Familie und meinen Freunden empfehlen.			

Wie zufrieden sind Sie mit...	Sehr zufrieden	Neutral	Weniger zufrieden
... dem Anmeldeverfahren für den Kurs?			
... der Stimmung in dem Kurs?			
... dem Kursleiter?			
... dem Standort des Gesundheitskiosks?			
... der Kurszeit?			

#### Ihre Teilnahme an Gesundheitskursen im Kiosk

Wie häufig waren Sie bis jetzt bei diesem Kurs anwesend?

immer     häufig     selten     ich nehme zum ersten Mal teil

Haben Sie auch schon an anderen Kursen im Gesundheitskiosk teilgenommen?

Ja     Nein

**Ihre Meinung ist uns wichtig!**



Nehmen Sie auch die Einzelberatung im Gesundheitskiosk in Anspruch?

- Ja       Nein

Haben Sie in den letzten zwölf Monaten schon an Gesundheitskursen in anderen Einrichtungen teilgenommen?       Ja       Nein

**Wie sind Sie auf das Kursangebot des Gesundheitskiosks aufmerksam geworden?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt                               | <input type="checkbox"/> Familie / Freunde |
| <input type="checkbox"/> Flyer/ Hinweis meiner Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Internet          |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter im Gesundheitskiosk    | <input type="checkbox"/> Zeitung           |
| <input type="checkbox"/> Stadtteileinrichtung               | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____   |

**Was hat Ihnen besonders gut gefallen?**

**Haben Sie Wünsche und Vorschläge, was wir besser machen können?**

**Angaben zu Ihrer Person**

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht:     Weiblich     Männlich

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sind Sie in Deutschland geboren?     Ja     Nein

Wenn nein, wie lange leben Sie insgesamt in Deutschland?

- weniger als 1 Jahr     1 bis 2 Jahre     3 bis 5 Jahre     6 bis 10 Jahre  
 11 bis 15 Jahre     mehr als 15 Jahre

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen? \_\_\_\_\_

- Sind Sie zurzeit berufstätig?  Vollbeschäftigt     Teilzeit beschäftigt     In Kurzarbeit  
 Elternzeit/Mutterschutz     Arbeitslos     Rente, Pension, Vorruhestand  
 In Ausbildung /(Hoch-) Schule     Nicht berufstätig/nicht erwerbstätig

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet     sehr gut     gut     weniger gut     schlecht

**Vielen Dank!**

**2.3. TS1\_A3 Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse nach Anwendung verschiedener Beobachtungszeiträume**

Variable	Anzahl der Besuche während 1 Monat		Anzahl der Besuche während 2 Monate		Anzahl der Besuche während 4 Monate		Anzahl der Besuche während 5 Monate		Anzahl der Besuche während 6 Monate	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Ärztliche Überweisung (=1)	1.176** (0.075)	1.147** (0.074)	1.198*** (0.074)	1.169** (0.073)	1.142** (0.076)	1.101 (0.074)	1.143* (0.081)	1.102 (0.078)	1.149* (0.087)	1.111 (0.084)
Männlich (=1)		0.982 (0.069)		0.954 (0.066)		0.925 (0.069)		0.893 (0.070)		0.878 (0.076)
Alter (in Jahren)		0.998 (0.002)		0.996** (0.002)		0.998 (0.002)		1.000 (0.002)		0.999 (0.003)
Distanz (in km)		0.985* (0.008)		0.983* (0.009)		0.978** (0.009)		0.980** (0.010)		0.979* (0.010)
Beratungsanlass Übergewicht (=1)		1.224*** (0.081)		1.229*** (0.078)		1.331*** (0.091)		1.317*** (0.096)		1.291*** (0.101)
Beratungsanlass psychologische Beschwerden (=1)		1.089 (0.179)		1.067** (0.171)		1.198 (0.222)		1.187 (0.228)		1.129 (0.235)
Beobachtungen	1,948	1,948	1,832	1,832	1,625	1,625	1,534	1,534	1,435	1,435

**Tabelle:** Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse nach Anwendung verschiedener Beobachtungszeiträume

**Anmerkung:** Die Koeffizienten wurden in Inzidenzratenverhältnisse (Incidence Rate Ratios) umgewandelt. Das Inzidenzratenverhältnis stellt die durchschnittliche Anzahl der Besuche im Gesundheitskiosk bei einem Anstieg der unabhängigen Variablen um eine Einheit dar. Standardfehler werden in Klammern angegeben. Die Stichprobengröße variiert für die unterschiedlichen Beobachtungszeiträume. Umso länger der gewählte Beobachtungszeitraum, umso kleiner wird die Stichprobengröße. Statistische Signifikanzlevels: \*p < 0.10, \*\*p < 0.05, \*\*\*p < 0.01



### 3. Anhang Teilstudie 2

#### 3.1. TS2\_A1 Fragebogen T0

EvaSys	Patientenbefragung zur Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn	Electric Paper <small>UNIVERSITÄT HAMBURG</small>
Universität Hamburg		Hamburg Center for Health Economics <small>UNIVERSITÄT HAMBURG</small>

Bitte so markieren:       
 Korrektur:

#### 1. Ihre **Erfahrungen** mit der Praxis

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre bisherigen Erfahrungen mit **dieser Praxis** und der **Behandlung durch Ihren Arzt/Ihre Ärztin**. Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf die letzten **12 Monate**.

Wie schnell erhalten Sie normalerweise einen Termin in dieser Praxis?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Noch am selben Tag                         | <input type="checkbox"/> Am nächsten Tag            | <input type="checkbox"/> Innerhalb von zwei bis drei Tagen |
| <input type="checkbox"/> Innerhalb einer Woche                      | <input type="checkbox"/> Mehr als eine Woche später | <input type="checkbox"/> Mehr als einen Monat später       |
| <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht / Kann ich nicht beurteilen |   |  |

Wie lange müssen Sie normalerweise in der Praxis warten, bis Sie behandelt werden?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Weniger als 15 Minuten            | <input type="checkbox"/> 15 bis 30 Minuten     | <input type="checkbox"/> Mehr als 30 bis zu 60 Minuten              |
| <input type="checkbox"/> Mehr als eine bis zu zwei Stunden | <input type="checkbox"/> Mehr als zwei Stunden | <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht / Kann ich nicht beurteilen |

		<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
Das Praxispersonal vermittelt mir das Gefühl, willkommen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis macht einen gut organisierten Eindruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass persönliche Patientenunterlagen in der Praxis vertraulich behandelt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt hat ein angenehmes und freundliches Auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt geht auf meine Fragen, Sorgen und Ängste einfühlsam ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt nimmt auf meinen religiösen/ kulturellen Hintergrund Rücksicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt erklärt Diagnosen, Ursachen und Behandlungsmethoden so, dass ich alles verstehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt bezieht mich in Entscheidungen zu anstehenden Untersuchungen und Behandlungen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt nimmt sich für die Behandlung genug Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt führt bei mir körperliche Untersuchungen gründlich durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die medizinische Geräteausstattung dieser Praxis macht auf mich einen modernen Eindruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie diesen Arzt/diese Ärztin Ihrem besten Freund / Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?					
<input type="checkbox"/> Bestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wahrscheinlich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wahrscheinlich					
<input type="checkbox"/> Bestimmt nicht					



## 2. Ihre Erfahrungen mit der **Gesundheitsversorgung**

In den folgenden Fragen geht es um Ihre **bisherigen Erfahrungen** mit der Gesundheitsversorgung. Bitte denken Sie bei der Beantwortung folgender Fragen ausschließlich an Ihre **eigene** gesundheitliche Versorgung in den **letzten 12 Monaten**.

	nie	fast nie	manchmal	meistens	fast immer	immer
Wie häufig haben Sie widersprüchliche Informationen von verschiedenen Ärzten bei der Behandlung eines medizinischen Problems erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig mussten Sie sich bei der Schilderung Ihres medizinischen Problems wiederholen oder Ihr Problem nochmals einem anderen Arzt erklären?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig hatten Sie Schwierigkeiten verschiedene Arzttermine aufeinander abzustimmen? (d.h. Sie haben einen Termin beim Spezialisten vor dem Termin beim Röntgen bekommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweis:** Bitte beantworten Sie folgende Fragen **nur**, wenn Sie in den **letzten 12 Monaten** mindestens einen Facharzt aufgesucht haben.

Wie häufig hatten Sie den Eindruck, dass der Facharzt alle notwendigen Informationen zu Ihrer Krankengeschichte hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fühlten Sie sich von Ihrem Hausarzt über die Gründe anstehender Facharztbesuche ausreichend informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig war Ihr Hausarzt über Ihre Facharztbesuch und dort durchgeführte Untersuchungen informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Angaben zu Ihrer Person

Nachstehend finden Sie einige Aussagen, die Leute manchmal machen, wenn sie sich über ihre Gesundheit unterhalten. Bitte geben Sie an, wie stark diese Aussagen **für Sie** zutreffen.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Letzten Endes bin ich derjenige, der dafür verantwortlich ist, für meine Gesundheit zu sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Wichtigste für meine Gesundheit ist, eine aktive Rolle in meiner Gesundheitsversorgung zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich selbst etwas unternehmen kann, um Krankheiten vorzubeugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß bei jedem meiner Medikamente, weshalb ich es nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, zu wissen, wann ich zum Arzt gehen muss und wann ich ein Gesundheitsproblem selbst behandeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich meinem Hausarzt meine Sorgen mitteilen kann, auch wenn er mich nicht direkt darauf anspricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich die zu Hause notwendigen medizinischen Behandlungen selbst durchführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne die Ursachen meiner Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





3. Angaben zu Ihrer Person [Fortsetzung]

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt eher</i>	<i>stimmt genau</i>
Ich kenne verschiedene Behandlungsoptionen für meine Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war bisher in der Lage, Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie gesunde Ernährung und Bewegung – aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands vorbeugen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, Lösungen zu finden, wenn sich mein Gesundheitszustand verschlechtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie Diät und körperliche Bewegung – auch in stressigen Zeiten fortführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Bitte seien Sie so **ehrlich und genau** wie möglich. Versuchen Sie sich bei der Beantwortung der einzelnen Fragen nicht von Ihren Antworten auf die anderen Fragen beeinflussen zu lassen. Es gibt hier **keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten**. Hören Sie beim Antworten auf Ihren **ersten Impuls**.

	<i>trifft gar nicht zu</i>	<i>trifft wenig zu</i>	<i>trifft etwas zu</i>	<i>trifft ziemlich zu</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 3. Angaben zu Ihrer Person [Fortsetzung]

Wie alt sind Sie?

Neben dem tatsächlichen Alter ist auch wichtig, wie alt oder jung sich ein Mensch selber fühlt. Wir bitten Sie daher, die folgende Frage zu beantworten: Wie alt **fühlen** Sie sich unabhängig von Ihrem tatsächlichen Alter?

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

männlich  weiblich

Haben Sie ein abgeschlossenes Studium an einer Universität, Hochschule oder Fachhochschule?

ja  nein

Was ist Ihre aktuelle Beschäftigungssituation?

Voll beschäftigt  Teilzeit beschäftigt  In Kurzarbeit  
 Elternzeit/Mutterschutz  Arbeitslos  Rente, Pension, Vorruhestand  
 In Ausbildung / (Hoch-) Schule  Nicht berufstätig/nicht erwerbstätig/  
Hausfrau/Hausmann

Was ist Ihr aktueller Familienstand?

Ledig  Verheiratet  Getrennt / Geschieden  
 Verwitwet

Haben Sie Kinder?

ja  nein

Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen?

1  2  3  
 4  5 und mehr

Sind Sie in Deutschland geboren?

ja  nein

Sind Ihre beiden Eltern in Deutschland geboren?

ja  nein

Wie lange leben Sie insgesamt in Deutschland?

weniger als 1 Jahr  1 bis 2 Jahre  3 bis 5 Jahre  
 6 bis 10 Jahre  11 bis 15 Jahre  mehr als 15 Jahre

Wie oft sprechen Sie zu Hause Deutsch?

immer  häufig  selten  
 nie

Wie oft sprechen Sie Deutsch mit Ihren Freunden?

immer  häufig  selten  
 nie

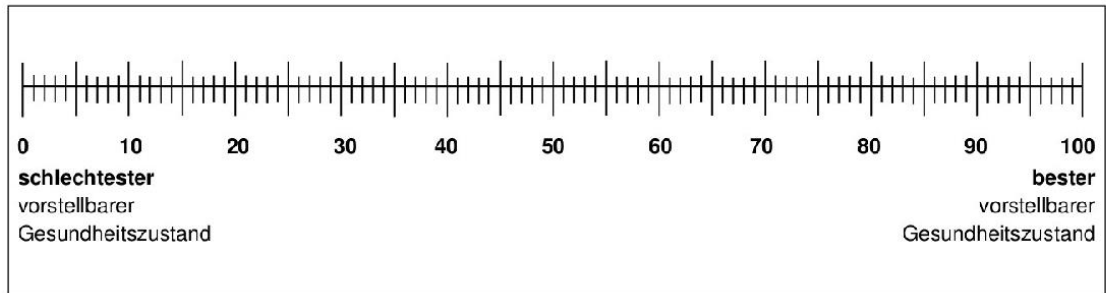


3. Angaben zu Ihrer Person [Fortsetzung]

Haben Sie chronische Erkrankungen? (Erkrankungen die schon länger als drei Monate andauern)

- Ja, eine  Ja, zwei  Ja, drei oder mehr  
 Nein

Bitte kreuzen Sie auf der Skala den Punkt an, der Ihre Gesundheit **heute** am besten beschreibt.



Tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

Sind Sie in *Gesundheit für Billstedt/Horn* eingeschrieben?  Ja  Nein

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.



### 3.2. TS2\_A2 Fragebogen T1

EvaSys	Patientenbefragung zur Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn	Electric Paper <small>DRUCKLOS</small>
Universität Hamburg	Hamburg Center for Health Economics	Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsdienstleistungen UNIVERSITÄT HAMBURG

Bitte so markieren:

Korrektur:

#### 1. Ihre Erfahrungen mit der Praxis

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre bisherigen Erfahrungen mit **dieser Praxis** und der **Behandlung durch Ihren Arzt/Ihre Ärztin**. Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf die letzten **12 Monate**.

Wie schnell erhalten Sie normalerweise einen Termin in dieser Praxis?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Noch am selben Tag                         | <input type="checkbox"/> Am nächsten Tag            | <input type="checkbox"/> Innerhalb von zwei bis drei Tagen |
| <input type="checkbox"/> Innerhalb einer Woche                      | <input type="checkbox"/> Mehr als eine Woche später | <input type="checkbox"/> Mehr als einen Monat später       |
| <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht / Kann ich nicht beurteilen |   |  |

Wie lange müssen Sie normalerweise in der Praxis warten, bis Sie behandelt werden?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Weniger als 15 Minuten            | <input type="checkbox"/> 15 bis 30 Minuten     | <input type="checkbox"/> Mehr als 30 bis zu 60 Minuten              |
| <input type="checkbox"/> Mehr als eine bis zu zwei Stunden | <input type="checkbox"/> Mehr als zwei Stunden | <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht / Kann ich nicht beurteilen |

	<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
Das Praxispersonal vermittelt mir das Gefühl, willkommen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis macht einen gut organisierten Eindruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass persönliche Patientenunterlagen in der Praxis vertraulich behandelt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt hat ein angenehmes und freundliches Auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt geht auf meine Fragen, Sorgen und Ängste einfühlsam ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt nimmt auf meinen religiösen/ kulturellen Hintergrund Rücksicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt erklärt Diagnosen, Ursachen und Behandlungsmethoden so, dass ich alles verstehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt bezieht mich in Entscheidungen zu anstehenden Untersuchungen und Behandlungen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt nimmt sich für die Behandlung genug Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt führt bei mir körperliche Untersuchungen gründlich durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die medizinische Geräteausstattung dieser Praxis macht auf mich einen modernen Eindruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie diesen Arzt/diese Ärztin Ihrem besten Freund / Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?				
<input type="checkbox"/> Bestimmt	<input type="checkbox"/> Wahrscheinlich		<input type="checkbox"/> Vielleicht	
<input type="checkbox"/> Wahrscheinlich nicht	<input type="checkbox"/> Bestimmt nicht			



## 2. Ihre Erfahrungen mit der **Gesundheitsversorgung**

In den folgenden Fragen geht es um Ihre **bisherigen Erfahrungen** mit der Gesundheitsversorgung. Bitte denken Sie bei der Beantwortung folgender Fragen ausschließlich an Ihre **eigene** gesundheitliche Versorgung in den **letzten 12 Monaten**.

	nie	fast nie	manchmal	meistens	fast immer	immer
Wie häufig haben Sie widersprüchliche Informationen von verschiedenen Ärzten bei der Behandlung eines medizinischen Problems erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig mussten Sie sich bei der Schilderung Ihres medizinischen Problems wiederholen oder Ihr Problem nochmals einem anderen Arzt erklären?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig hatten Sie Schwierigkeiten verschiedene Arzttermine aufeinander abzustimmen? (d.h. Sie haben einen Termin beim Spezialisten vor dem Termin beim Röntgen bekommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweis:** Bitte beantworten Sie folgende Fragen **nur**, wenn Sie in den **letzten 12 Monaten** mindestens einen Facharzt aufgesucht haben.

Wie häufig hatten Sie den Eindruck, dass der Facharzt alle notwendigen Informationen zu Ihrer Krankengeschichte hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fühlten <b>Sie</b> sich von Ihrem Hausarzt über die Gründe anstehender Facharztbesuche ausreichend informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig war <b>Ihr Hausarzt</b> über Ihre Facharztbesuch und dort durchgeführte Untersuchungen informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitskiosk

Haben Sie schon einmal vom Gesundheitskiosk in Billstedt oder Mümmelmannberg gehört?

nein  ja

**Wenn ja**, hatten Sie im Gesundheitskiosk schon einmal einen Kurs / Schulung oder eine Beratung? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

nein  ja, einen Kurs / Schulung  ja, eine Beratung

Haben Sie von **Ihrer Praxis** Informationen zum Gesundheitskiosk erhalten? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

nein  ja, ich habe einen Flyer erhalten.  ja, ich habe im persönlichen Gespräch Informationen von dem Arzt / der Ärztin erhalten.

ja, ich habe im persönlichen Gespräch Informationen von dem Praxispersonal erhalten.

Haben Sie von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin einen Überweisungsschein zum Gesundheitskiosk erhalten?

nein  ja

**Hinweis:** Bitte beantworten Sie **folgenden zwei Fragen nur**, wenn Sie im Gesundheitskiosk schon einmal eine Beratung oder einen Kurs / Schulung hatten.

Die Beratung / der Kurs im Gesundheitskiosk hat mir geholfen, das was der Arzt gesagt hat zu verstehen.

nein  ja

Durch die Beratung / den Kurs im Gesundheitskiosk habe ich neue Informationen erhalten, wie ich mir selbst helfen kann.

nein  ja





#### 4. Angaben zu Ihrer Person

Nachstehend finden Sie einige Aussagen, die Leute manchmal machen, wenn sie sich über ihre Gesundheit unterhalten. Bitte geben Sie an, wie stark diese Aussagen für Sie zutreffen.

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt eher</i>	<i>stimmt genau</i>
Letzten Endes bin ich derjenige, der dafür verantwortlich ist, für meine Gesundheit zu sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Wichtigste für meine Gesundheit ist, eine aktive Rolle in meiner Gesundheitsversorgung zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich selbst etwas unternehmen kann, um Krankheiten vorzubeugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß bei jedem meiner Medikamente, weshalb ich es nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, zu wissen, wann ich zum Arzt gehen muss und wann ich ein Gesundheitsproblem selbst behandeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich meinem Hausarzt meine Sorgen mitteilen kann, auch wenn er mich nicht direkt darauf anspricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich die zu Hause notwendigen medizinischen Behandlungen selbst durchführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne die Ursachen meiner Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne verschiedene Behandlungsoptionen für meine Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war bisher in der Lage, Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie gesunde Ernährung und Bewegung – aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands vorbeugen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, Lösungen zu finden, wenn sich mein Gesundheitszustand verschlechtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie Diät und körperliche Bewegung – auch in stressigen Zeiten fortführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Bitte seien Sie so **ehrlich und genau** wie möglich. Versuchen Sie sich bei der Beantwortung der einzelnen Fragen nicht von Ihren Antworten auf die anderen Fragen beeinflussen zu lassen. Es gibt hier **keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten**. Hören Sie beim Antworten auf Ihren **ersten Impuls**.

	<i>trifft gar nicht zu</i>	<i>trifft wenig zu</i>	<i>trifft etwas zu</i>	<i>trifft ziemlich zu</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





4. Angaben zu Ihrer Person [Fortsetzung]

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft voll und ganz zu
Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie alt sind Sie?

Neben dem tatsächlichen Alter ist auch wichtig, wie alt oder jung sich ein Mensch selber fühlt. Wir bitten Sie daher, die folgende Frage zu beantworten: Wie alt **fühlen** Sie sich unabhängig von Ihrem tatsächlichen Alter?

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

- männlich       weiblich       divers

Haben Sie ein abgeschlossenes Studium an einer Universität, Hochschule oder Fachhochschule?

- ja       nein

Was ist Ihre aktuelle Beschäftigungssituation?

- Voll beschäftigt       Teilzeit beschäftigt       In Kurzarbeit  
 Elternzeit/Mutterschutz       Arbeitslos       Rente, Pension, Vorruhestand  
 In Ausbildung / (Hoch-) Schule       Nicht berufstätig/nicht erwerbstätig/  
Hausfrau/Hausmann

Was ist Ihr aktueller Familienstand?

- Ledig       Verheiratet       Getrennt / Geschieden  
 Verwitwet       In eingetragener  
Lebenspartnerschaft

Haben Sie Kinder?

- ja       nein



4. Angaben zu Ihrer Person [Fortsetzung]

Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen?

- 1  2  3  
 4  5 und mehr

Sind Sie in Deutschland geboren?

- ja  nein

Sind Ihre beiden Eltern in Deutschland geboren?

- ja  nein

Wie lange leben Sie insgesamt in Deutschland?

- weniger als 1 Jahr  1 bis 2 Jahre  3 bis 5 Jahre  
 6 bis 10 Jahre  11 bis 15 Jahre  mehr als 15 Jahre

Wie oft sprechen Sie zu Hause Deutsch?

- immer  häufig  selten  
 nie

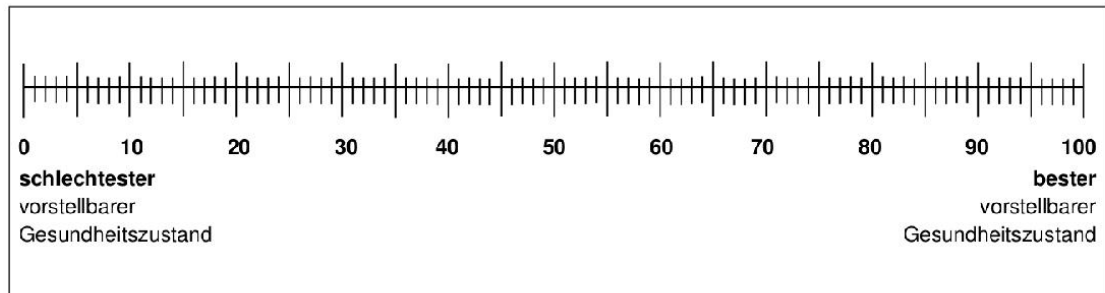
Wie oft sprechen Sie Deutsch mit Ihren Freunden?

- immer  häufig  selten  
 nie

Haben Sie chronische Erkrankungen? (Erkrankungen die schon länger als drei Monate andauern)

- Ja, eine  Ja, zwei  Ja, drei oder mehr  
 Nein

Bitte kreuzen Sie auf der Skala den Punkt an, der Ihre Gesundheit **heute** am besten beschreibt.

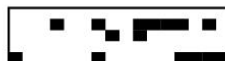


Tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

Sind Sie in *Gesundheit für Billstedt/Horn* eingeschrieben?

- Ja  Nein

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.



### 3.3. TS2\_A3 Anschreiben



#### **Ihre Meinung zählt!**

#### **Patientenbefragung zur Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn!**

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

gute Gesundheitsversorgung braucht stetige Weiterentwicklung. Dabei ist Ihre Meinung und Erfahrung besonders wichtig! Durch Ihre Teilnahme an dieser Befragung leisten Sie einen wertvollen Beitrag die gesundheitliche Versorgung in Billstedt und Horn zu verbessern!

#### **Worum geht es?**

Im Rahmen des Projektes *Gesundheit für Billstedt/Horn* wird die Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn neu organisiert. Ihre Zufriedenheit als Patient/Patientin soll hierdurch verbessert werden. Durch eine wissenschaftliche Auswertung wollen wir prüfen, ob dieses Ziel erreicht wird. Dafür führen wir eine Patientenbefragung durch, bei der wir auf Ihre Mithilfe angewiesen sind. Es werden Patienten in ganz Billstedt und Horn befragt.

#### **Worum genau bitten wir Sie?**

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Der Erfolg der Untersuchung hängt jedoch davon ab, dass möglichst alle Patienten an der Befragung teilnehmen. Wir bitten Sie daher, ein Exemplar des beigegefügtten Fragebogens auszufüllen. Setzen Sie hierfür bei der jeweils zutreffenden Antwort ein Kreuz in das zugehörige Kästchen. Die Beantwortung der Fragen dauert etwa 5 Minuten. Nach dem Ausfüllen werfen Sie den Fragebogen bitte in die Box an der Anmeldung. Die Box ist verschlossen. Das Praxisteam kann somit Ihre Antworten nicht einsehen.

#### **Informationen zum Datenschutz:**

Die Auswertung der Befragung erfolgt anonym unter strikter Einhaltung des Datenschutzes. Die Ergebnisse ermöglichen keinerlei Rückschlüsse darauf, welche Person welche Angaben gemacht hat.

Aus Vereinfachungsgründen wurden bei allen Bezeichnungen im Fragebogen die männliche Form gewählt (z.B. Arzt), gemeint ist ebenfalls die weibliche Form (hier: Ärztin).

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

**Ihr Befragungs-Team**

Prof. Dr. Jonas Schreyögg

Dr. Eva-Maria Oppel

Veronika Golubinski



Hamburg Center for Health Economics · Esplanade 36 · 20354 Hamburg · [www.hche.de](http://www.hche.de)  
E-Mail: [eva.oppel@uni-hamburg.de](mailto:eva.oppel@uni-hamburg.de) · Telefon: 040-42838-8048 · Telefax: 040-42838-8043

### 3.4. TS2\_A4 Plakat zur Information über die Befragung



**Sagen Sie, was Sie denken!**

Verbessern Sie mit Ihrem Feedback die Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn!

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme an unserer Befragung !

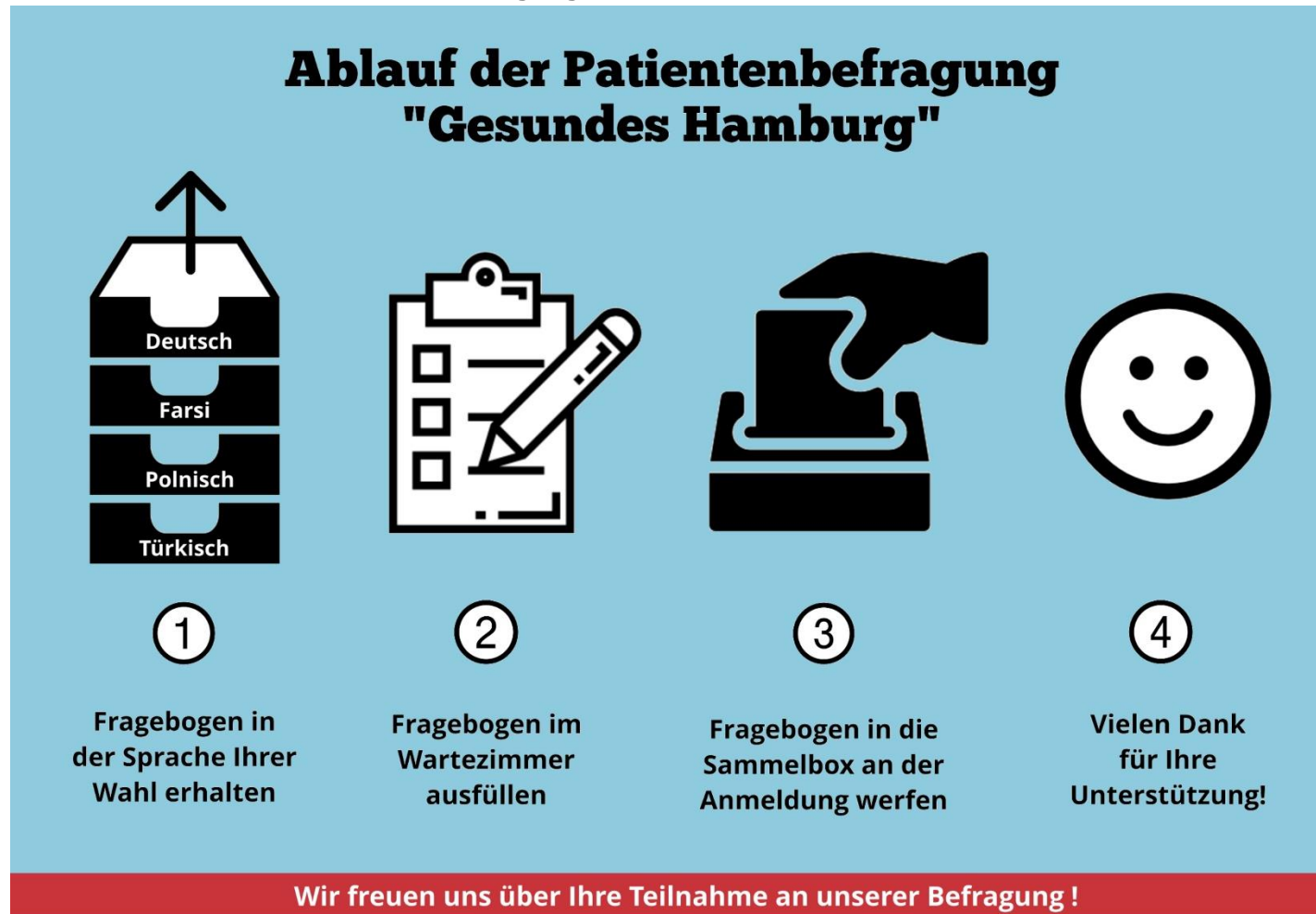
## Patientenbefragung "Gesundes Hamburg"

Für die stetige Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ist **Ihre Meinung und Erfahrung** besonders **wichtig!** Ihre **Teilnahme an dieser Befragung** ist ein **wertvoller Beitrag** zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in Hamburg. Vielen Dank!

Die Auswertung der Befragung erfolgt anonym unter strikter Einhaltung des Datenschutzes. Die Ergebnisse ermöglichen keinerlei Rückschlüsse darauf, welche Person welche Angaben gemacht hat.



3.5. TS2\_A5 Plakat zum Ablauf der Befragung









<b>3. Angaben zu Ihrem Gesundheitsverhalten</b>				
<i>Nachstehend finden Sie einige Aussagen, die Leute manchmal machen, wenn sie sich über ihre Gesundheit unterhalten. Bitte geben Sie an, wie stark diese Aussagen für Sie zutreffen.</i>				
	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Letzten Endes bin ich derjenige, der dafür verantwortlich ist, für meine Gesundheit zu sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Wichtigste für meine Gesundheit ist, eine aktive Rolle in meiner Gesundheitsversorgung zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich selbst etwas unternehmen kann, um Krankheiten vorzubeugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß bei jedem meiner Medikamente, weshalb ich es nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, zu wissen, wann ich zum Arzt gehen muss und wann ich ein Gesundheitsproblem selbst behandeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich meinem Hausarzt meine Sorgen mitteilen kann, auch wenn er mich nicht direkt darauf anspricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich die zu Hause notwendigen medizinischen Behandlungen selbst durchführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne die Ursachen meiner Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne verschiedene Behandlungsoptionen für meine Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war bisher in der Lage, Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie gesunde Ernährung und Bewegung – aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands vorbeugen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, Lösungen zu finden, wenn sich mein Gesundheitszustand verschlechtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie Diät und körperliche Bewegung – auch in stressigen Zeiten fortführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich krank bin, kann ich ohne zu zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Freunde/Bekannte bitten, mir bei Amtsgelegenheiten (Behördengänge) zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Angaben zu Ihrer Person</b>				
<i>Bitte geben Sie an, wie sehr folgende Aussagen auf Ihre Person zutreffen.</i>				
	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORM

**bitte wenden**



Anhang 4.1.: TS3\_A1 Fragebogen T0



	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klar kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Neben dem tatsächlichen Alter ist auch wichtig, wie alt oder jung sich ein Mensch selber fühlt. Wir bitten Sie daher, die folgende Frage zu beantworten.</i></p> <p>Wie alt fühlen Sie sich unabhängig von Ihrem tatsächlichen Alter?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>				
<p>Haben Sie ein abgeschlossenes Studium an einer Universität, Hochschule oder Fachhochschule?</p> <p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein</p>				
<p>Was ist Ihre aktuelle Beschäftigungssituation?</p> <p><input type="checkbox"/> voll beschäftigt</p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt</p> <p><input type="checkbox"/> in Kurzarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> Elternzeit/Mutterschutz</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos</p> <p><input type="checkbox"/> Rente, Pension, Vorruhestand</p> <p><input type="checkbox"/> in Ausbildung/(Hoch-) Schule</p> <p><input type="checkbox"/> nicht berufstätig/nicht erwerbstätig/ Hausfrau/Hausmann</p>				
<p>Was ist Ihr aktueller Familienstand?</p> <p><input type="checkbox"/> ledig                      <input type="checkbox"/> verheiratet                      <input type="checkbox"/> verpartnert                      <input type="checkbox"/> getrennt / geschieden</p> <p><input type="checkbox"/> verwitwet</p>				
<p>Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen?</p> <p><input type="checkbox"/> 1                      <input type="checkbox"/> 2                      <input type="checkbox"/> 3                      <input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5 und mehr</p>				



FORM

bitte wenden





Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie in Deutschland geboren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Ihre beiden Eltern in Deutschland geboren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie lange leben Sie insgesamt in Deutschland? <input type="checkbox"/> weniger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 bis 5 Jahre <input type="checkbox"/> 6 bis 10 Jahre <input type="checkbox"/> 11 bis 15 Jahre <input type="checkbox"/> mehr als 15 Jahre
Wie oft sprechen Sie zu Hause Deutsch? <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
Wie oft sprechen Sie Deutsch mit Ihren Freunden? <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
<b>5. Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand</b> <i>Bitte kreuzen Sie die Aussagen an, die Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben:</i>
<b>Mobilität</b> <input type="checkbox"/> Ich habe <b>keine</b> Probleme zu gehen. <input type="checkbox"/> Ich habe <b>einige</b> Probleme zu gehen. <input type="checkbox"/> Ich bin ans <b>Bett</b> gebunden.
<b>Selbstversorgung</b> <input type="checkbox"/> Ich habe <b>keine</b> Probleme, für mich selbst zu sorgen. <input type="checkbox"/> Ich habe <b>einige</b> Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen. <input type="checkbox"/> Ich bin <b>nicht</b> in der Lage, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.
<b>Allgemeine Tätigkeiten</b> <input type="checkbox"/> Ich habe <b>keine</b> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen. <input type="checkbox"/> Ich habe <b>einige</b> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen. <input type="checkbox"/> Ich bin <b>nicht</b> in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
<b>Schmerz/Körperliche Beschwerden</b> <input type="checkbox"/> Ich habe <b>keine</b> Schmerzen oder Beschwerden. <input type="checkbox"/> Ich habe <b>mäßige</b> Schmerzen oder Beschwerden. <input type="checkbox"/> Ich habe <b>extreme</b> Schmerzen oder Beschwerden.



FORM

bitte wenden





**Angst/Niedergeschlagenheit**

Ich bin **nicht** ängstlich oder deprimiert.  
 Ich bin **mäßig** ängstlich oder deprimiert.  
 Ich bin **extrem** ängstlich oder deprimiert.

Bitte kreuzen Sie auf der Skala den Punkt an, der Ihre **Gesundheit HEUTE** am besten beschreibt.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

**schlechtester** **bester**  
vorstellbarer vorstellbarer  
Gesundheitszustand Gesundheitszustand

Tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

--	--



Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

FORM 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



4.2. TS3\_A2 Fragebogen T1

THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM.

**Mitgliederbefragung *Gesundheit für Billstedt/Horn***

**1. Ihre Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn**

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn.*

Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Versorgung in Billstedt/Horn?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr schlecht	schlecht	befriedigend	gut	sehr gut

Ich weiß, wo ich bei Problemen Hilfe erhalten kann.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft genau zu

Ich fühle mich durch meinen behandelnden Arzt gut betreut.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft genau zu

*Nun zu Ihren bisherigen Erfahrungen als Mitglied von *Gesundheit für Billstedt/Horn*.*

Ich fühle mich gut über das Angebot von *Gesundheit für Billstedt/Horn* informiert.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft genau zu

*Bitte beantworten Sie die folgende Frage nur, wenn Sie mit ihrem behandelnden Arzt **Gesundheitsziele** vereinbart haben.*

Ich konnte die vereinbarten Gesundheitsziele erreichen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft genau zu

Wie fühlen Sie sich insgesamt gesundheitlich betreut, seit Sie bei *Gesundheit für Billstedt/Horn* Mitglied geworden sind?

- Ich fühle mich deutlich schlechter betreut.
- Ich fühle mich etwas schlechter betreut.
- Es hat sich nichts verändert.
- Ich fühle mich etwas besser betreut.
- Ich fühle mich deutlich besser betreut.

Wie hat sich Ihr Wissen darüber, wie Sie sich gesund erhalten können, verändert, seit Sie Mitglied bei *Gesundheit für Billstedt/Horn* sind?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deutlich verschlechtert	etwas verschlechtert	nicht verändert	etwas verbessert	deutlich verbessert

Wie haben Sie Ihr persönliches Gesundheitsverhalten verändert, seit Sie bei *Gesundheit für Billstedt/Horn* Mitglied geworden sind?

- Ich lebe jetzt insgesamt weniger gesund.
- Ich habe nichts verändert.
- Ich lebe jetzt insgesamt gesünder.

FORM 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bitte wenden



THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM.





THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT

Seite 3

Welche Gesundheitsangebote würden Sie sich im Gesundheitskiosk wünschen?

.....

.....

**3. Angaben zu Ihrem Gesundheitsverhalten**

*Nachstehend finden Sie einige Aussagen, die Leute manchmal machen, wenn sie sich über ihre Gesundheit unterhalten. Bitte geben Sie an, wie stark diese Aussagen für Sie zutreffen.*

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Letzten Endes bin ich derjenige, der dafür verantwortlich ist, für meine Gesundheit zu sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Wichtigste für meine Gesundheit ist, eine aktive Rolle in meiner Gesundheitsversorgung zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich selbst etwas unternehmen kann, um Krankheiten vorzubeugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß bei jedem meiner Medikamente, weshalb ich es nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, zu wissen, wann ich zum Arzt gehen muss und wann ich ein Gesundheitsproblem selbst behandeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich meinem Hausarzt meine Sorgen mitteilen kann, auch wenn er mich nicht direkt darauf anspricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich die zu Hause notwendigen medizinischen Behandlungen selbst durchführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne die Ursachen meiner Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne verschiedene Behandlungsoptionen für meine Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war bisher in der Lage, Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie gesunde Ernährung und Bewegung – aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands vorbeugen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, Lösungen zu finden, wenn sich mein Gesundheitszustand verschlechtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin überzeugt, dass ich Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie Diät und körperliche Bewegung – auch in stressigen Zeiten fortführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORM 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**bitte wenden**



THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT

THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT

Seite 4

Die Corona-Pandemie hat zu vielen Veränderungen in unserem Alltag geführt. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, welche Sie vielleicht in Verbindung mit Corona haben. Beantworten Sie nun die folgenden Fragen nur bezüglich Corona und geben Sie an, wie stark diese Aussagen für Sie zutreffen.

**Seit Beginn der Corona-Pandemie...**

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
... bin ich ängstlich, besorgt und nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bewege ich mich weniger (z.B. Spaziergehen, Laufen, Fitness).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben sich meine körperlichen Beschwerden verschlimmert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kommt es aufgrund von beengten Wohnverhältnissen zunehmend zu familiären Konflikten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vermeide ich soziale Kontakte außerhalb meines Hausstands.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... isoliere ich mich zuhause und gehe auch nicht mehr zum Arzt, obwohl es eigentlich nötig wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... isoliere ich mich zuhause und gehe auch nicht mehr zum Gesundheitskiosk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Angaben zu Ihrer Person**

Bitte geben Sie an, wie sehr folgende Aussagen auf Ihre Person zutreffen.

Neben dem tatsächlichen Alter ist auch wichtig, wie alt oder jung sich ein Mensch selber fühlt. Wir bitten Sie daher, die folgende Frage zu beantworten.

Wie alt fühlen Sie sich unabhängig von Ihrem tatsächlichen Alter?

--	--

**5. Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand**

Bitte kreuzen Sie die Aussagen an, die Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben:

**Mobilität:**

- Ich habe **keine** Probleme zu gehen.
- Ich habe **einige** Probleme zu gehen.
- Ich bin ans **Bett** gebunden.

**Selbstversorgung:**

- 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 mich anzuziehen.

**Allgemeine Tätigkeiten:**

- 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.

FORM 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

siehe nächste Seite



THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT FORM. THIS IS A DRAFT



### 4.3. TS3\_A3 Anschreiben T0



Gesundheit für Billstedt/Horn UG  
Möllner Landstraße 31 · 22111 Hamburg

Vorname Nachname  
Straße  
PLZ Stadt

Gesundheit für Billstedt/Horn UG  
Möllner Landstraße 31  
22111 Hamburg  
Tel.:  
Platzhalter Pseudonym

TT.MM.2019

Guten Tag Anrede1 Anrede2,

wir freuen uns, dass Sie beim Förderprojekt **Gesundheit für Billstedt/Horn** für eine bessere Gesundheitsversorgung dabei sind. Das Projekt wird von Ihrer Krankenkassen gefördert, die Teilnahme ist daher **umsonst!** Und Sie haben viele Vorteile: kostenfreie Beratung und vielfältige Kursangebote im Gesundheitskiosk sowie die Gewissheit, dass in Ihrem Stadtteil etwas in Deutschland Einmaliges entsteht. Viele Fernsehsender und Zeitungen haben bereits berichtet.

**Warum haben Sie heute Post von uns erhalten?** Die Universität Hamburg wertet das neue Gesundheitsnetz wissenschaftlich aus und untersucht, ob wir mit unserem Angebot die Gesundheit der BewohnerInnen in den Stadtteilen verbessern und ob wir das Richtige für Sie anbieten. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich etwa **10 Minuten** Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens nehmen würden. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig, nichtsdestotrotz ist die Teilnahme an der Befragung selbstverständlich freiwillig. Die Auswertung erfolgt **anonym** und unter **Einhaltung des Datenschutzes**. Die Erläuterungen zum Datenschutz finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens.

**Wie füllt man den Fragebogen am besten aus?** Bitte beantworten Sie die Fragen so intuitiv wie möglich. Wenn keine der Antworten auf Sie zutrifft, nehmen Sie diejenige, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Freiumschlag zurück. Am besten sofort – spätestens bis zum xxx. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie, die **Gesundheitsversorgung in Billstedt Horn zu verbessern**.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

<Name und Unterschrift einfügen>

Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens erhalten Sie im Gesundheitskiosk.

Anketin doldurulmasında sađlık kioskundan destek alabilirsiniz.

Вы получите поддержку при заполнении анкеты в киоске.

otrzymasz wsparcie w wypełnianiu ankiety w kiosku.

شما در پر کردن پرسشنامه توسط کیوسک سلامت راهنمایی خواهید شد.

Wenn Sie Fragen haben können Sie sich gerne bei uns per E-Mail melden: E-Mail

#### Anhang 4.3.: TS3\_A3 Anschreiben T0

**Datenschutz:** Die Code Nummer auf dem Fragebogen dient der Zuordnung bei Wiederholung der Befragung im Jahr 2020. Die Universität Hamburg erhält keinerlei Information darüber, wer die Person mit einem bestimmten Code ist und kann keine Rückschlüsse auf Sie als Person ziehen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich und in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen behandelt. Die Ergebnisse der Befragung werden uns, der Gesundheit für Billstedt/Horn UG, nur anonymisiert mitgeteilt, d.h. ohne Code-Nummer und ohne sonstige Angaben, mit denen eventuell Rückschlüsse auf die ausfüllende Person gezogen werden könnten. Deshalb ist es für uns unmöglich, Ergebnisse der Befragung auf einzelne Personen zu beziehen. Die Ethik-Kommission der Universität Hamburg hat das Vorhaben positiv begutachtet. Durch das Ausfüllen und Absenden des Fragebogens erklären Sie sich mit den Datenschutzbestimmungen zu unserer Befragung einverstanden.

Wenn Sie Fragen haben können Sie sich gerne bei uns per E-Mail melden: [E-Mail](#)



#### 4.4. TS3\_A4 Anschreiben T1



Gesundheit für Billstedt/Horn UG  
Möllner Landstraße 31 · 22111 Hamburg

Vorname Nachname  
Straße  
PLZ Stadt

Gesundheit für Billstedt/Horn UG  
Möllner Landstraße 31  
22111 Hamburg  
Tel.:  
Platzhalter Pseudonym

TT.MM.2020

Guten Tag Anrede1 Anrede2,

wir möchten untersuchen, wie die Gesundheitsversorgung durch das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ verbessert werden kann. Hierzu haben Sie bereits vor einiger Zeit an einer ersten Befragung teilgenommen. Besten Dank für Ihre Unterstützung.

Nun würden wir uns freuen, wenn Sie an der letzten Befragung teilnehmen, um zu sehen, ob die Maßnahmen des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“ zu einer Verbesserung beitragen.

##### **Warum genau haben Sie heute Post von uns erhalten?**

Wir möchten herausfinden, ob wir mit unserem Angebot die Gesundheit der BewohnerInnen in den Stadtteilen verbessern und ob wir das Richtige für Sie anbieten. Wichtig ist für uns auch zu erfahren, warum Sie das Angebot nicht nutzen oder ob Sie mehr Informationen von uns zu dem Projekt benötigen. Teilen Sie uns gerne auch mit, was wir noch besser machen können.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich etwa **10 Minuten** Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens nehmen würden. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig, nichtsdestotrotz ist die Teilnahme an der Befragung selbstverständlich freiwillig. Die Auswertung erfolgt **anonym** und unter **Einhaltung des Datenschutzes**. Die Erläuterungen zum Datenschutz finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens.

**Wie füllt man den Fragebogen am besten aus?** Bitte beantworten Sie die Fragen so intuitiv wie möglich. Wenn keine der Antworten auf Sie zutrifft, nehmen Sie diejenige, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Freiumschlag zurück. Am besten sofort – spätestens bis zum xxx. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie, die **Gesundheitsversorgung in Billstedt Horn zu verbessern**.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

<Name und Unterschrift einfügen>

Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens erhalten Sie im Gesundheitskiosk.

Anketin doldurulmasında sađlık kioskundan destek alabilirsiniz.

Вы получите поддержку при заполнении анкеты в киоске.

Otrzymasz wsparcie w wypełnianiu ankiety w kiosku.

شما در پر کردن پرسشنامه توسط کیوسک سلامت راهنمایی خواهید شد.

**Datenschutz: Die Auswertung der Fragebögen erfolgt durch die Universität Hamburg.** Die Code Nummer auf dem Fragebogen dient der Verknüpfung der Daten aus der Erst- und Folgebefragung. Die Universität Hamburg erhält keinerlei Information darüber, wer die Person mit einem bestimmten Code ist und kann keine Rückschlüsse auf Sie als Person ziehen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich und in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen behandelt. Die Ergebnisse der Befragung werden uns, der Gesundheit für Billstedt/Horn UG, nur anonymisiert mitgeteilt, d.h. ohne Code-Nummer und ohne sonstige Angaben, mit denen eventuell Rückschlüsse auf die ausfüllende Person gezogen werden könnten. Deshalb ist es für uns unmöglich, Ergebnisse der Befragung auf einzelne Personen zu beziehen. Die Ethik-Kommission der Universität Hamburg hat das Vorhaben positiv begutachtet. Durch das Ausfüllen und Absenden des Fragebogens erklären Sie sich mit den Datenschutzbestimmungen zu unserer Befragung einverstanden.

Wenn Sie Fragen haben können Sie sich gerne bei uns per E-Mail melden: [E-Mail](#)

**4.5. TS3\_A5 Ausführliche Ergebnisse zu den Merkmalen von INVEST-Versicherten**

Beobachtungen = 665	Beobachtungen	Mittelwert
<b>Alter (in Jahren)</b>	448	65.48
<b>Geschlecht (= weiblich)</b>	448	71 %
<b>Studienabschluss (= ja)</b>	609	15.8 %
<b>Kinder (= ja)</b>	608	76.6 %
<b>Migrationshintergrund</b>		
Im Ausland geboren (= ja)	614	34.0 %
Eltern im Ausland geboren (= ja)	615	42.1 %
Jahre in Deutschland	553	
1 bis 2 Jahre		0.72 %
3 bis 5 Jahre		4.34 %
6 bis 10 Jahre		2.89 %
11 bis 15 Jahre		4.88 %
mehr als 15 Jahre		87.16 %
Deutsch zu Hause gesprochen	596	
immer		65.10 %
häufig		10.23 %
selten		16.44 %
nie		8.22 %
<b>Erwerbstätigkeit</b>	615	
Voll beschäftigt		9.27 %
Teilzeit beschäftigt		8.94 %
In Kurzarbeit		1.63 %
Elternzeit/Mutterschutz		1.14 %
Arbeitslos		10.57 %
Rente, Pension, Vorruhestand		58.21 %
In Ausbildung /(Hoch-) Schule		2.28 %
Nicht berufstätig/nicht erwerbstätig/ Haus- frau/Hausmann		7.97 %
<b>In ein anderes Versorgungsprogramm eingeschrieben</b>	448	59.60 %
<b>Adipositas</b>	448	52.20 %

**Tabelle:** Ausführliche Ergebnisse zu den Merkmalen von INVEST-Versicherten

**Anmerkung:** Die Informationen in dieser Tabelle wurden ausschließlich in der Erstbefragung der INVEST-Versichertenbefragung abgefragt (und nicht nochmals in der Folgebefragung). Die Gesamtstichprobe liegt hier bei 665 Befragten, die 18,11% (entspricht der Rücklaufquote aus der Erstbefragung) der INVEST-Versicherten repräsentieren. Schwankungen bei den Beobachtungen zu den einzelnen Variablen sind auf fehlende Antworten in den einzelnen Fragen zurückzuführen (Missing values).

**4.6. TS3\_A6 Ausführliche Ergebnisse zu den Aufmerksamkeitsquellen für die neue Versorgungsform**

Beobachtungen = 665	Mittelwert
Arztpraxis	49.6 %
Krankenkasse	4.1 %
Mitarbeiter von sozialen Stadtteilerrichtungen	4.4 %
Mitarbeiter des Gesundheitskiosks	12.8 %
Zeitung oder andere Medien	14.3 %
Familienmitglieder	5.1 %
Bekannte / Freunde	9.5 %
Weiß ich nicht / kann mich nicht erinnern	9.9 %

**Tabelle:** Ausführliche Ergebnisse zu den Aufmerksamkeitsquellen für die neue Versorgungsform

**Anmerkung:** Befragungsteilnehmer konnten mehrere Antworten angeben.

**4.7. TS3\_A7 Ausführliche Ergebnisse aus dem Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich**

	Beobachtungen	Mittelwert T0	Mittelwert T1	p-Wert	Differenz (Mittelwert T1 – Mittelwert T0)
<b>Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn</b>					
Allgemeine gesundheitliche Versorgung (1 Min - 5 Max)	273	3.443	3.586	<b>.066</b>	.143
Wissen, wo man bei Problemen Hilfe erhält (1 Min - 5 Max)	282	3.794	3.784	.894	-.011
Ärztliche Betreuung (1 Min - 5 Max)	280	4.107	4.157	.538	.050
<b>Zufriedenheit mit Gesundheit für Billstedt/Horn</b>					
Gesundheitliche Betreuung (1 Min - 5 Max)	264	3.712	3.712	1	0
Bereitschaft erneut Mitglied zu werden (1 Min - 4 Max)	269	3.372	3.290	.184	-.082
Weiterempfehlung (1 Min - 4 Max)	272	3.419	3.327	.122	-.092
<b>Patientenaktivierung</b> (1 Min - 4 Max)	292	3.194	3.210	.685	.017

Anhang 4.7.: TS3\_A7 Ausführliche Ergebnisse aus dem Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich

<i>(Fortsetzung)</i>	Beobachtungen	Mittelwert T0	Mittelwert T1	p-Wert	Differenz (Mittelwert T1 – Mittelwert T0)
<b>Gesundheitsverhalten</b>					
(1 Min - 4 Max)	269	2.416	2.454	.422	.037
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</b>	231	7.511	7.485	.875	-.026
(5 Min - 15 Max)					
<b>Wissen, wie sie sich gesund erhalten können</b>	268	3.784	3.713	.294	-.070

**Tabelle:** Ausführliche Ergebnisse zum Vorher-Nachher-Mittelwertvergleich

**Anmerkung:** Die Gesamtstichprobe umfasst das Panel der Befragungsteilnehmer der Erst- und Folgebefragung und liegt insgesamt bei 302 Beobachtungen. Schwankungen bei den Beobachtungen zu den einzelnen Variablen sind auf fehlende Antworten in den einzelnen Fragen zurückzuführen (Missing values).



**4.8. TS3\_A8 Ausführliche Ergebnisse zu den Panelregressionen**

Variablen	Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn			Patientenaktivierung	Gesundheitsverhalten
	Allgemeine gesundheitliche Versorgung	Wissen, wo man bei Problemen Hilfe erhält	Ärztliche Betreuung	PAM	Veränderung persönliches Gesundheitsverhalten
T1:Folgebefragung (Referenz = T0)	.143** (.059)	-.011 (.063)	.050 (.057)	.017 (.027)	.037 (.035)
Konstante	.443*** (.042)	3.794*** (.044)	4.107*** (.040)	3.194*** (.019)	2.416*** (.025)
Beobachtungen / Individuen	546 / 273	564 / 282	560 / 280	584 / 292	538 / 269

Variablen	Zufriedenheit mit Gesundheit für Billstedt/Horn			Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Gesundheitswissen
	Gesundheitliche Betreuung	Bereitschaft erneut Mitglied zu werden	Weiterempfehlung	EQ-5D	Wissen, wie sie sich gesund erhalten können
T1:Folgebefragung (Referenz = T0)	.000 (.056)	-.082* (.043)	-.092** (.040)	-.026 (.090)	-.071 (.049)
Konstante	3.712 (.039)	3.372*** (.043)	3.419*** (.028)	7.511*** (0.064)	3.784*** (.034)
Beobachtungen / Individuen	528 / 264	538 / 269	544 / 272	462 / 231	536 / 268

**Tabelle:** Ausführliche Ergebnisse zu den Panelregressionen

**Anmerkung:** Diese Tabelle zeigt die Ergebnisse aus den Panelregressionen mit fixen Effekten. Die Gesamtstichprobe umfasst das Panel der Befragungsteilnehmer der Erst- und Folgebefragung und liegt insgesamt bei 302 Beobachtungen. Schwankungen bei den Beobachtungen zu den einzelnen Variablen sind auf fehlende Antworten in den einzelnen Fragen zurückzuführen (Missing values). Standardfehler werden in Klammern angegeben. Statistisches Signifikanzniveau: \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.10

#### 4.9. TS3\_A9 Ausführliche Ergebnisse zu den Interaktionsanalysen

Variablen	Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn			Patientenaktivierung	Gesundheitsverhalten
	Allgemeine gesundheitliche Versorgung	Wissen, wo man bei Problemen Hilfe erhält	Ärztliche Betreuung	PAM	Veränderung persönliches Gesundheitsverhalten
Kioskbesuch (Referenz 0 = nein)	.091 (.109)	.024 (.112)	.053 (.115)	.056 (.059)	.063 (.065)
T1:Folgebefragung (Referenz = T0)	.078 (.085)	-.094 (.093)	-.000 (.084)	.076* (.040)	.073 (.052)
Interaktion: Kioskbesuch*T1	.124 (.117)	.152 (.126)	.092 (.114)	-.106** (.053)	-.066 (.071)
Konstante	3.395*** (.079)	3.781*** (.083)	4.078*** (.085)	3.163*** (.044)	2.382*** (.048)
Beobachtungen / Individuen	546 / 273	564 / 282	560 / 280	584 / 292	538 / 269

Variablen	Zufriedenheit mit Gesundheit für Billstedt/Horn			Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Gesundheitswissen
	Gesundheitliche Betreuung	Bereitschaft erneut Mitglied zu werden	Weiterempfehlung	EQ-5D	Wissen, wie sie sich gesund erhalten können
Kioskbesuch (Referenz 0 = nein)	.118 (.104)	.266*** (.085)	.192** (.084)	.090 (.237)	.257*** (.095)
T1:Folgebefragung (Referenz = T0)	-.076 (.082)	-.089 (.063)	-.109* (.060)	.000 (.140)	-.075 (.073)
Interaktion: Kioskbesuch*T1	.138 (.111)	.014 (.086)	.031 (.080)	-.044 (.183)	.007 (.098)
Konstante	3.647*** (.077)	3.228*** (.063)	3.311*** (.063)	7.458*** (.181)	3.642*** (.070)
Beobachtungen / Individuen	528 / 264	538 / 269	544 / 272	462 / 231	536 / 268

**Tabelle:** Ausführliche Ergebnisse zu den Interaktionsanalysen

**Anmerkung:** Im Rahmen der Analyse der Interaktionseffekte wurde ein hierarchisches lineares Modell (sog. „repeated measures mixed model“) berechnet. Die Gesamtstichprobe umfasst das Panel der Befragungsteilnehmer der Erst- und Folgebefragung und liegt insgesamt bei 302 Beobachtungen. Schwankungen bei den Beobachtungen zu den einzelnen Variablen sind auf fehlende Antworten in den einzelnen Fragen zurückzuführen (Missing values). Standardfehler werden in Klammern angegeben. Statistisches Signifikanzniveau: \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.10

## 5. Anhang Teilstudie 4

### 5.1. TS4\_A1 Fragebogen T0



#### Fragebogen

Bitte so markieren:      Korrektur:

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Welchen Schulabschluss haben Sie?	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Hochschulreife/Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Keinen Schulabschluss <input type="checkbox"/> Ich bin noch in der Schule	
Haben Sie ein abgeschlossenes Studium an einer Universität, Hochschule oder Fachhochschule?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie zurzeit berufstätig?	<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> In Kurzarbeit <input type="checkbox"/> Elternzeit/Mutterschutz <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Rente, Pension, Vorruhestand <input type="checkbox"/> In Ausbildung /(Hoch-) Schule <input type="checkbox"/> Nicht berufstätig/nicht erwerbstätig/Hausfrau/Hausmann	
Was ist Ihr aktueller Familienstand?	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt / geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen?	<input type="text"/>	
Wie alt sind Sie?	<input type="text"/>	
Sind Sie in Deutschland geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Ihre beiden Eltern in Deutschland geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

FORM:





Wie lange leben Sie insgesamt in Deutschland?	<input type="checkbox"/> weniger als 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahre	<input type="checkbox"/> 3 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/> 6 bis 10 Jahre	<input type="checkbox"/> 11 bis 15 Jahre	<input type="checkbox"/> mehr als 15 Jahre
Wie oft sprechen Sie zu Hause Deutsch?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie		
Wie oft sprechen Sie Deutsch mit Ihren Freunden?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie		
<b>Gesundheitsleistungen</b>						
Wohin wenden Sie sich am ehesten, wenn Sie Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten suchen? (Sie können maximal 3 Angaben machen.)	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle, soziale Einrichtung	<input type="checkbox"/> Bücher, Broschüren oder Zeitschriften	<input type="checkbox"/> Notaufnahme im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Hausarzt
	<input type="checkbox"/> Apotheke	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Freunde oder Bekannte	<input type="checkbox"/> Facharzt		
	nie	1 bis 2 Mal	3 bis 5 Mal	6 bis 10 Mal	öfter als 10 Mal	
Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen (z.B. Krankenwagen, Bereitschaftsdienst, Notaufnahme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt, um sich selbst behandeln oder beraten zu lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten als Patient ins Krankenhaus mit Übernachtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



FORM:





<b>Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten</b>							
	täglich	fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie	
Wie oft rauchen Sie zurzeit Tabak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie oft trinken Sie zurzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie oft sind Sie zurzeit für mindestens eine Stunde körperlich aktiv (z.B. Laufen, schnelles Gehen, Radfahren, Tanzen oder Fußball)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie wurdien Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?							
<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht							
<b>Gesundheitskompetenz</b>							
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, ...							
	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	weiß nicht	keine Angabe	
... <u>herauszufinden</u> , wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu <u>finden</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu <u>finden</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Informationen über Verhaltensweisen zu <u>finden</u> , die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... zu <u>verstehen</u> , was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... zu <u>verstehen</u> , warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FORM:





Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, ...							
	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	weiß nicht	keine Angabe	
... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu <u>verstehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu <u>verstehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu <u>verstehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu <u>verstehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... zu <u>beurteilen</u> , ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... zu <u>beurteilen</u> , wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... zu <u>beurteilen</u> , welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... aufgrund von Informationen aus den Medien zu <u>entscheiden</u> , wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, <u>Entscheidungen</u> bezüglich Ihrer Krankheit zu <u>treffen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu <u>folgen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

FORM:



**5.2. TS4\_A2 Fragebogen T1**



**Fragebogen**

Bitte so markieren:      Korrektur:

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Welchen Schulabschluss haben Sie?	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Hochschulreife/Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Keinen Schulabschluss <input type="checkbox"/> Ich bin noch in der Schule	
Haben Sie ein abgeschlossenes Studium an einer Universität, Hochschule oder Fachhochschule?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie zurzeit berufstätig?	<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> In Kurzarbeit <input type="checkbox"/> Elternzeit/Mutterschutz <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Rente, Pension, Vorruhestand <input type="checkbox"/> In Ausbildung /(Hoch-) Schule <input type="checkbox"/> Nicht berufstätig/nicht erwerbstätig/Hausfrau/Hausmann	
Was ist Ihr aktueller Familienstand?	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt / geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Haben Sie Kinder unter 18 Jahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Wie alt sind Sie?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Sind Sie in Deutschland geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Ihre beiden Eltern in Deutschland geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

FORM:







Wie lange leben Sie insgesamt in Deutschland?	<input type="checkbox"/> weniger als 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahre
	<input type="checkbox"/> 3 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/> 6 bis 10 Jahre
	<input type="checkbox"/> 11 bis 15 Jahre	<input type="checkbox"/> mehr als 15 Jahre
Wie oft sprechen Sie zu Hause Deutsch?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig
	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Wie oft sprechen Sie Deutsch mit Ihren Freunden?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig
	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
<b>Gesundheitsleistungen</b>		
Wohin wenden Sie sich am ehesten, wenn Sie Informationen über körperliche Beschwerden und Krankheiten suchen? <i>(Sie können maximal 3 Angaben machen.)</i>	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Beratungsstelle, soziale Einrichtung <input type="checkbox"/> Bücher, Broschüren oder Zeitschriften <input type="checkbox"/> Notaufnahme im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Freunde oder Bekannte <input type="checkbox"/> Facharzt	
Haben Sie schon einmal vom Gesundheitskiosk in Billstedt oder Mümmelmannberg gehört?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie im Gesundheitskiosk schon einmal einen Kurs und/oder eine Beratung in Anspruch genommen? <i>(Sie können maximal 2 Angaben machen.)</i>	<input type="checkbox"/> Ja, einen Kurs <input type="checkbox"/> Ja, eine Beratung <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, wie hilfreich war der Kurs/die Beratung für Sie?	<input type="checkbox"/> sehr hilfreich <input type="checkbox"/> eher hilfreich <input type="checkbox"/> kaum hilfreich <input type="checkbox"/> nicht hilfreich	



FORM:





	nie	1 bis 2 Mal	3 bis 5 Mal	6 bis 10 Mal	öfter als 10 Mal	
Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen (z.B. Krankenwagen, Bereitschaftsdienst, Notaufnahme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt, um sich selbst behandeln oder beraten zu lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten als Patient ins Krankenhaus mit Übernachtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten</b>						
	täglich	fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie
Wie oft rauchen Sie zurzeit Tabak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft trinken Sie zurzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft sind Sie zurzeit für mindestens eine Stunde körperlich aktiv (z.B. Laufen, schnelles Gehen, Radfahren, Tanzen oder Fußball)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben? <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht						
<b>Gesundheitskompetenz</b>						
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, ...						
	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	weiß nicht	keine Angabe
... <u>herauszufinden</u> , wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu <u>finden</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu <u>finden</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORM:





Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, ...						
	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	weiß nicht	keine Angabe
... Informationen über Verhaltensweisen zu <u>finden</u> , die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu <u>verstehen</u> , was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu <u>verstehen</u> , warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu <u>verstehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu <u>verstehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu <u>verstehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu <u>verstehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu <u>beurteilen</u> , ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu <u>beurteilen</u> , wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu <u>beurteilen</u> , welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aufgrund von Informationen aus den Medien zu <u>entscheiden</u> , wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, <u>Entscheidungen</u> bezüglich Ihrer Krankheit zu <u>treffen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu <u>folgen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

FORM:



**5.3. TS4\_A3 Rücklaufquote in der Interventionsgruppe und den Kontrollgruppen**

<b>Rücklaufquote</b>	<b>T0</b>	<b>T1</b>
Interventionsgruppe	20.0%	17.8%
Kontrollgruppe I	19.8%	18.4%
Kontrollgruppe II	20.9%	19.7%

**Tabelle:** Rücklaufquote der Versichertenbefragung nach Interventions- und Kontrollgruppen

#### **5.4. TS4\_A4 Operationalisierung der Kontrollvariablen**

Aus den Befragungsdaten wurden die binären Kontrollvariablen „Migrationshintergrund“, „Deutschkenntnisse“, „Bildung“, „Berufstätigkeit“ und „Familienstand“ generiert.

Zur Erhebung des Migrationshintergrundes wurde danach gefragt, ob der Versicherte in Deutschland geboren ist oder nicht und ob beide Elternteile in Deutschland geboren sind oder nicht. Für die Analysen wurde die Variable „Migrationshintergrund“ mit dem Wert 1 kodiert, wenn entweder der bzw. die befragte Versicherte oder mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist. Anderenfalls nimmt die Variable den Wert 0 an. Zur Messung der deutschen Sprachkenntnisse wurden zwei Items angewandt. Es wurde gefragt, wie häufig der bzw. die Versicherte Deutsch zu Hause spricht und wie häufig der bzw. die Versicherte Deutsch mit Freund:innen spricht (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012). Auf einer vierstufigen Skala waren die Antwortoptionen „immer“, „häufig“, „selten“ und „nie“ gegeben. Für die Analysen wurden die Antwortoptionen mit den Werten 0 bis 3 kodiert, wobei die Antwortoption „nie“ dem Wert 0 entspricht und die Antwortoption „immer“ dem Wert 3 entspricht. Die beiden Items wurden zu einem Faktor mit hoher interner Konsistenz aggregiert (Cronbach's Alpha = 0.86). Der Faktor bzw. die aggregierte Variable „Deutschkenntnisse“ nimmt den Wert 1 an, wenn die Summe der Werte aus den beiden Items mindestens 4 beträgt. Der Bildungsstand der Versicherten wurde erhoben, indem nach dem Schulabschluss und dem Abschluss eines Studiums gefragt wurde (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2011). Für die Analysen wurde die Variable „Bildung“ generiert. Sie nimmt den Wert 1 an, wenn der bzw. die befragte Versicherte ein Abitur und/oder ein Studium abgeschlossen hat. Des Weiteren wurden die Versicherten nach ihrer derzeitigen Berufstätigkeit gefragt. Gegeben waren die Antwortoptionen „Voll beschäftigt“, „Teilzeit beschäftigt“, „in Kurzarbeit“, „Elternzeit/Mutterschutz“, „Arbeitslos“, „Rente/Pension/Vorruhestand“, „in Ausbildung/(Hoch)schule“ und „nicht berufstätig/nicht erwerbstätig/Hausfrau/Hausmann“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2011). In den Analysen nimmt die generierte Variable „Berufstätigkeit“ den Wert 1 an, wenn der bzw. die befragte Versicherte in Vollzeit, Teilzeit oder Kurzarbeit arbeitet, eine Ausbildung absolviert oder an einer Hochschule studiert. Zur Erhebung des Familienstandes wurde ein Item verwendet mit den Antwortoptionen „ledig“, „verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft“, „getrennt/geschieden“ und „verwitwet“. Die generierte Variable „Familienstand“ nimmt den Wert 1 an, wenn der bzw. die befragte Versicherte verheiratet ist.

**5.5. TS4\_A5 Ausführliche Ergebnisse der DiD Analysen**

Zielindikator	Interventions- gruppe		Kontrollgruppe		DiD Schätzer (Standardfehler)	p-Wert
	T0	T1	T0	T1		
Arztbesuche	17.816	18.400	17.284	15.944	1.923** (0.947)	0.042
Krankenhausaufenthalte	0.718	0.679	0.689	0.687	-0.038 (0.067)	0.577
ASK-Rate	0.364	0.215	0.259	0.298	-0.188** (0.084)	0.026
Gesundheitskompetenz	28.595	28.821	28.769	28.770	0.224 (0.498)	0.653
Subjektiver Gesund- heitszustand	2.616	2.653	2.651	2.702	-0.013 (0.056)	0.809
Objektiver Gesundheits- zustand	-0.476	0.242	-0.979	-0.586	0.326 (0.411)	0.427

Anmerkung: Cluster-robuste Standardfehler in Klammer, statistische Signifikanzniveaus: \* p<0.1, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01. Der DiD Schätzer stellt die Differenz in der Zielvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform dar.

**Tabelle:** Schätzer der DiD Analysen

**5.6. TS4\_A6 Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen**

<b>Zielindikator</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
<b>Arztbesuche</b>	1.087 (0.806)	2.135** (0.974)	1.163* (0.705)	1.538* (0.880)
<b>Krankenhausaufenthalte</b>	-0.057 (0.067)	-0.031 (0.068)	-0.032 (0.056)	-0.022 (0.054)
<b>ASK-Rate</b>	-0.197** (0.091)	-0.189** (0.084)	-0.144* (0.083)	-0.050 (0.057)
<b>Subjektiver Gesundheitszustand</b>	-	-	0.039 (0.048)	-0.020 (0.048)
<b>Objektiver Gesundheitszustand</b>	-	-	0.215 (0.344)	0.578 (0.358)
<b>Gesundheitskompetenz</b>	0.392 (0.508)	0.211 (0.497)	0.298 (0.457)	0.388 (0.442)

Anmerkung: Schätzer der DiD Sensitivitätsanalysen mit (1) der Adjustierung des Gesundheitszustandes durch die einzelnen Elixhauser Gruppen sowie (2) die Summe der Elixhauser Gruppen, (3) mit der Berechnung des Gesundheitskompetenz-Index bereits bei Beantwortung von min. 60% der Befragungssitems zur Gesundheitskompetenz und (4) basierend auf dem unbalancierten Panel, Cluster-robuste Standardfehler in Klammer, statistische Signifikanzniveaus: \*  $p < 0.1$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.01$ . Der DiD Schätzer stellt die Differenz in der Zielvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor und nach Einführung der neuen Versorgungsform dar.

**Tabelle:** Schätzer der DiD Sensitivitätsanalysen



## 6. Anhang Teilstudie 5

### 6.1. TS5\_A1 Übersicht Routinedaten

Übersicht der in den Routinedaten enthaltenen Datenfelder. Abkürzungen: Disease-Management-Programme (DMP), Integrierte Versorgung (IV), Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), Betriebsstättennummer (BSNR), Lebenslange Arztnummer (LANR), Institutionskennzeichen (IK).

Kategorie	Name der Tabelle
Versichertenstamm	Versicherte Stammdaten INVEST eingeschriebene Versicherte Versicherte Teilnahme an anderen Versorgungsprogrammen (DMP, IV)
Arbeitsunfähigkeit	Versicherte Arbeitsunfähigkeit
Krankenhaus stationär	Falldaten Diagnosen OPS Fachabteilung
Krankenhaus ambulant	Falldaten Diagnosen OPS EBM Gebühren
Ambulante Daten	Falldaten EBM Gebühren Diagnosen OPS
Arzneimittel	Arzneimittel
Pflege	Pflegegrade Pflegeleistungen
Leistungserbringende	BSNR LANR IK

## 6.2. TS5\_A2 Darlegung des Vorgehens im PS Matching

Zur Messung des Effekts der neuen Versorgungsform wurde für die Interventionsgruppen jeweils eine synthetische Vergleichsgruppe (Kontrollgruppe) gebildet. Die synthetische Kontrollgruppe speist sich, je nach Fragestellung, aus Individuen aus ganz Hamburg, Versicherten aus den angrenzenden Stadtteilen oder aus Versicherten der Stadtteile Billstedt und Horn. Der Zusammensetzung der synthetischen Kontrollgruppe liegt ein Matchingprozess zu Grunde, der basierend auf Daten, die vor der Intervention erhoben wurden, eine möglichst ähnliche Versichertenstruktur zwischen Interventions- und der Kontrollgruppe herstellt. Individuen, die die teilnehmenden Versicherungen AOK-RH/BARMER/DAK oder das Untersuchungsgebiet verlassen, bzw. umziehen, wurden in den Analysen nicht berücksichtigt. In das Matching wurden nur Personen einbezogen, die im Jahr 2017 die Volljährigkeit erreicht haben (Jahrgang 1999 oder älter).

Technisch betrachtet wurde aus den oben genannten Daten, die sich auf die Periode vor der Intervention (Jahre 2015 und 2016) beziehen, für jeden Versicherten ein Profil erstellt, welches für die Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Gruppen relevante und verfügbare Faktoren beinhaltet. Dies sind im stationären und ambulanten Bereich kodierte Diagnosen der 31 Elixhauser Morbiditätsgruppen (Elixhauser et al., 1998; Quan et al., 2005), demographische Daten inkl. Alter und Geschlecht, sowie das Gesundheitsinanspruchnahmeverhalten im ambulanten, Arzneimittel- und stationären Bereich. Extremwerte im Bereich der Kosten wurden aufgrund der kostentypischen rechtsschiefen Verteilung ab dem 99%-Percentil winsorisiert (Bezugsgröße Jahre 2015 und 2016). Zur Optimierung der statistischen Güte wurde das Alter in quadratischer Form in das Matching eingeschlossen.

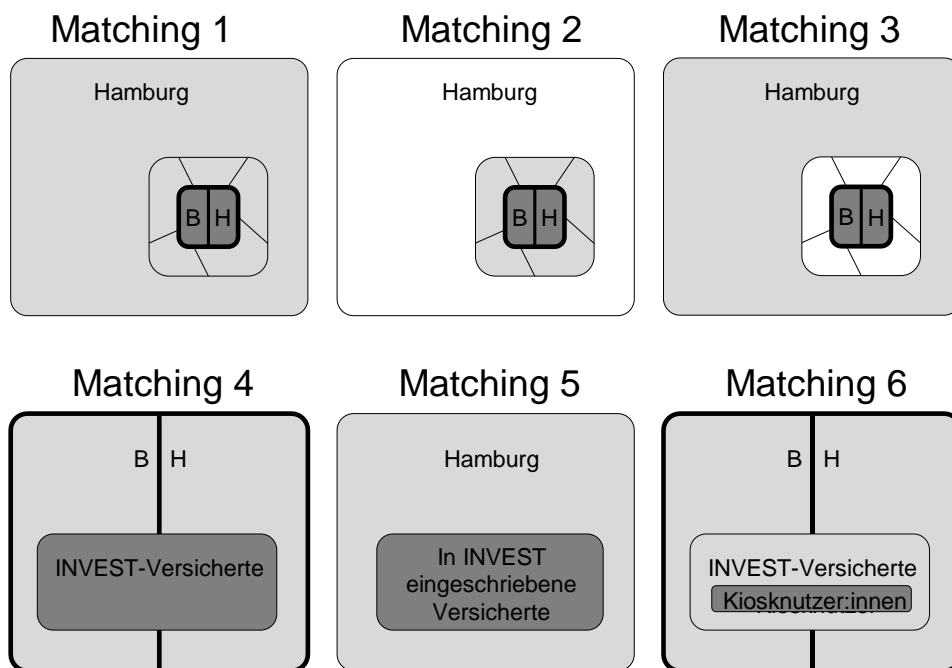
Auf Basis dieser Variablen wurden zunächst die sogenannten Propensity Scores der Versicherten geschätzt, d.h. die multidimensionalen Ausprägungen eines Versicherten wurden durch ein eindimensionales Maß ersetzt. Hierfür wurde ein Logit-Modell mit der abhängigen Variable Teilnahme an der Intervention (0/1) geschätzt (Rosenbaum and Rubin, 1983; Rubin, 1997). Das daraus resultierende eindimensionale Maß erlaubte es auch Individuen zuzuordnen, die keinen eindeutigen Paarling haben, der sich in allen berücksichtigten Variablen ähnelt.

Im Weiteren wurde gemäß den Propensity Scores der Versicherten in den Interventionsgruppen mit dem sogenannten Radius-Matching Algorithmus der bestmögliche Zwilling aus der Kontrollgruppe gesucht. Dafür wurde für jeden Versicherten aus der Interventionsgruppe alle Kontrollen herangezogen, deren Propensity Score in einem vorab festgelegten Radius um den betrachteten Versicherten liegt. Alle zu einer Interventionsbeobachtung passenden Kontrollen wurden dabei mit dem gleichen Anteil gewichtet und bilden so eine synthetische Kontrollperson. Versicherte der Interventionsgruppen, bei welchen im Matching-Radius um den zugehörigen Propensity Score kein Propensity Score einer Kontrollperson lag, wurden nicht in die Analysen eingeschlossen, da kein statistischer Zwilling gebildet werden konnte.

Dieses Vorgehen wurde für verschiedene Interventions- und Kontrollgruppen durchgeführt:

1. **Matching 1** vergleicht Versicherte, die in Billstedt-Horn wohnen ( $IG_A$ ), mit Versicherten, die in Hamburg, aber nicht in Billstedt-Horn, wohnen ( $KG_{III}$ )
2. **Matching 2** vergleicht Versicherte, die in Billstedt-Horn wohnen ( $IG_A$ ), mit Versicherten, die in den umliegenden Stadtteilen wohnen ( $KG_I$ )
3. **Matching 3** vergleicht Versicherte, die in Billstedt-Horn wohnen ( $IG_A$ ), mit Versicherten, die in Hamburg, aber nicht in Billstedt-Horn und deren angrenzenden Stadtteilen, wohnen ( $KG_{II}$ )

4. **Matching 4** vergleicht in INVEST-Versicherte, die in Billstedt-Horn wohnen ( $IG_B$ ) mit nicht-Eingeschriebenen Versicherten, die in Billstedt-Horn wohnen
5. **Matching 5** vergleicht in INVEST eingeschriebene Versicherte, die in Hamburg wohnen mit nicht-Eingeschriebenen Versicherten, die in Hamburg wohnen
6. **Matching 6** vergleicht Versicherte, die den Kiosk genutzt haben ( $IG_C$ ), mit Versicherten, die in Billstedt-Horn leben



**Abbildung:** Skizze der Matching Gruppen mit der Interventionsgruppe in dunkelgrau und der Kontrollgruppe in hellgrau

Auf Grund der unterschiedlichen Interventions- und Kontrollgruppen, wurde der Propensity-Score und auch das Radius-Matching für jede Analyse separat durchgeführt. Dies induziert unterschiedliche Verteilungen der Propensity Scores und unterschiedliche Kontrollindividuen, die sich in dem definierten Radius befinden. Somit sind die Gruppen innerhalb der Analysen vergleichbar, aber eine Vergleichbarkeit der Gruppen über die Analysen hinweg kann daraus nicht abgeleitet werden.

Der optimale Radius wurde empirisch mit einer zweistufigen Gittersuche bestimmt. Dafür wurde ein Radius auf dem Intervall  $[0; 0.02]$  in diskreten Schritten der Weite 0.0025 für das Matching herangezogen und die Güte anhand von Unterschieden in Mittelwerten und Varianz zwischen den Gruppen gemessen. Als Maße zur Bewertung der Güte wurden die absolute standardisierte Differenz zwischen den Gruppen (Rubins B), der Quotient der Varianzen des Propensity Scores in den beiden Gruppen (Rubins R) und der Quotient der Varianzen der Residuen der Kovariablen nach Adjustierung nach dem Propensity Score herangezogen. In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse weiter optimiert, indem für jede Analyse auf dem Teilintervall des Radius mit den besten Ergebnissen noch einmal eine Gittersuche mit verkleinerter Schrittweite von 0.0005 durchgeführt und mit den oben genannten Maßen bewertet wurde.

Anhang 6.2.: TS5\_A2 Darlegung des Vorgehens im PS Matching

Folgende Radien wurden für das Matching genutzt:

	<b>Matching 1</b>	<b>Matching 2</b>	<b>Matching 3</b>	<b>Matching 4</b>	<b>Matching 5</b>	<b>Matching 6</b>
<b>Radius</b>	0.001	0.0005	0.0045	0.0025	0.001	0.0055

**6.3. TS5\_A3 Ausführliche Ergebnisse der DiD Analysen mit Zielindikator ASK-Rate**

Zielindikator	Interventionsgruppe	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		DiD Schätzer (Standardfehler)	p-Wert
		Pre	Post	Pre	Post		
<b>ASK-Rate nach Sundmacher</b>	Populationsbezogene IG (IG <sub>A</sub> )	0.216	0.205	0.228	0.208	0.009 (0.004)	0.020
	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	0.239	0.233	0.232	0.229	-0.003 (0.014)	0.840
	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )	0.214	0.220	0.219	0.211	0.014 (0.018)	0.448
<b>INVEST-ASK-Rate</b>	Populationsbezogene IG (IG <sub>A</sub> )	0.177	0.169	0.184	0.171	0.006 (0.004)	0.110
	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	0.203	0.198	0.195	0.194	-0.004 (0.013)	0.745
	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )	0.188	0.190	0.191	0.182	0.010 (0.017)	0.541
<b>Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach Sundmacher</b>		0.134	0.123	0.129	0.102	0.016 (0.013)	0.201
<b>Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach der INVEST-ASK-Liste</b>		0.094	0.100	0.091	0.072	0.026 (0.012)	0.028

Anmerkungen: Cluster-robuste Standardfehler in Klammern

**Tabelle:** Ergebnisse der DiD Analysen mit Zielindikator ASK-Rate

**6.4. TS5\_A4 Ausführliche Ergebnisse der DiD Analysen mit Zielindikator Leistungsausgaben**

Zielindikator	Interventionsgruppe	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		DiD Schätzer (Standardfehler)	p-Wert
		Pre	Post	Pre	Post		
<b>Leistungsausgaben gesamt</b>	Populationsbezogene IG (IG <sub>A</sub> )	452.353	521.378	484.640	551.033	2.631 (4.117)	0.523
	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	677.406	962.983	737.872	837.000	186.448 (30.246)	<0.001
	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )	621.455	895.051	709.882	778.496	204.983 (38.210)	<0.001
<b>Leistungsausgaben ambulant</b>	Populationsbezogene IG (IG <sub>A</sub> )	118.520	124.998	128.088	135.002	-0.436 (0.422)	0.301
	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	195.211	236.031	204.201	191.609	53.412 (3.675)	<0.001
	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )	193.986	238.656	201.066	187.804	57.932 (4.607)	<0.001
<b>Leistungsausgaben stationär</b>	Populationsbezogene IG (IG <sub>A</sub> )	174.392	199.855	192.132	217.836	-0.241 (2.970)	0.935
	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	230.543	332.923	252.570	301.270	53.680 (22.929)	0.019
	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )	283.692	337.428	261.778	280.656	79.858 (29.848)	0.007
<b>Leistungsausgaben Arzneimittel</b>	Populationsbezogene IG (IG <sub>A</sub> )	86.772	87.796	89.677	96.911	-6.211 (1.050)	<0.001
	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	128.245	150.951	145.841	150.925	17.622 (7.007)	0.012
	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )	106.828	142.254	120.457	129.387	26.496 (9.258)	0.004
<b>Leistungsausgaben Arbeitsunfähigkeit</b>	Populationsbezogene IG (IG <sub>A</sub> )	17.046	26.745	21.097	30.631	0.165 (0.908)	0.856
	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	14.529	27.071	34.558	37.285	9.816 (6.455)	0.128
	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )	19.115	40.056	40.495	41.335	20.100 (8.656)	0.020
<b>Leistungsausgaben Pflege</b>	Populationsbezogene IG (IG <sub>A</sub> )	25.656	55.821	29.392	50.821	8.676 (1.300)	<0.001
	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	5.531	119.376	23.267	81.657	55.455 (10.472)	<0.001
	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )	-14.843	68.546	17.241	76.102	24.528 (10.772)	0.023

Anmerkungen: Cluster-robuste Standardfehler in Klammern

**Tabelle:** Ergebnisse der DiD Analysen mit Zielindikator Leistungsausgaben

**6.5. TS5\_A5 Sensitivitätsanalysen mit späterem Start des Beobachtungszeitraums**

Zielindikator	Populationsorientierte Interventionsgruppe (IG <sub>A</sub> )	INVEST-Versicherte (IG <sub>B</sub> )	Kiosknutzer:innen (IG <sub>C</sub> )
<b>ASK-Rate nach Sundmacher</b>	0.008** (0.004)	-0.014 (0.014)	-0.003 0.017
<b>INVEST-ASK-Rate</b>	0.007* (0.004)	-0.001 (0.013)	0.023 (0.016)
<b>Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach Sundmacher</b>		0.001 (0.012)	
<b>Einweisungsverhalten ASK-relevanter Diagnosen nach der INVEST-ASK-Liste</b>		0.013 (0.011)	
<b>Leistungsausgaben gesamt</b>	3.882 (4.249)	205.907*** (31.600)	211.742*** (38.079)
<b>Leistungsausgaben ambulant</b>	-0.573 (0.422)	53.904*** (3.665)	59.760*** (4.521)
<b>Leistungsausgaben stationär</b>	-0.925 (3.062)	57.980** (24.477)	69.438** (30.453)
<b>Leistungsausgaben Arzneimittel</b>	-7.065*** (1.073)	21.062*** (6.677)	26.857*** (8.327)
<b>Leistungsausgaben Arbeitsunfähigkeit</b>	0.798 (0.960)	13.008** (6.606)	23.453** (9.383)
<b>Leistungsausgaben Pflege</b>	9.497*** (1.322)	67.513*** (11.389)	33.317*** (11.576)

Anmerkungen: Cluster-robuste Standardfehler in Klammer, \* p<0.1, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01

**Tabelle:** Schätzer der DiD Sensitivitätsanalysen mit Start des Beobachtungszeitraums im vierten Quartal 2017



**6.6. TS5\_A6 Sensitivitätsanalysen mit weiteren Interventions- und Kontrollgruppen**

Zielindikator	Matching 2	Matching 3	Matching 5
<b>ASK-Rate nach Sundmacher</b>	0.006 (0.005)	0.010*** (0.004)	0.020 (0.013)
<b>INVEST-ASK-Rate</b>	0.005 (0.005)	0.006* (0.004)	0.014 (0.012)
<b>Leistungsausgaben gesamt</b>	19.524** (7.610)	9.724* (5.776)	197.939*** (27.684)
<b>Leistungsausgaben ambulant</b>	0.577 (0.798)	-0.456 (0.576)	46.031*** (3.206)
<b>Leistungsausgaben stationär</b>	5.754 (5.522)	0.364 (4.177)	54.540*** (21.063)
<b>Leistungsausgaben Arzneimittel</b>	-6.059*** (1.932)	-9.152*** (1.457)	3.730 (5.907)
<b>Leistungsausgaben Arbeitsunfähigkeit</b>	3.569** (1.818)	1.736 (1.306)	15.214** (6.082)
<b>Leistungsausgaben Pflege</b>	12.245*** (2.249)	15.123*** (1.761)	77.763*** (10.148)

Anmerkungen: Weiteren Interventions- und Kontrollgruppen: Matching 2 (populationsorientierte Interventionsgruppe (IG<sub>A</sub>) mit einer Kontrollgruppe aus Versicherten, die in den umliegenden Stadtteilen wohnen (KG<sub>I</sub>)), Matching 3 (populationsorientierte Interventionsgruppe (IG<sub>A</sub>) mit einer Kontrollgruppe aus Versicherten aus nicht an Billstedt/Horn angrenzenden Stadtteilen (KG<sub>II</sub>)), Matching 5 (in INVEST eingeschriebene Versicherte, die in Hamburg (aber nicht notwendigerweise Billstedt/Horn) mit einer Kontrollgruppe aus Versicherten, die in Hamburg wohnen und nicht in INVEST eingeschrieben sind), siehe auch Anhang 5.2, Cluster-robuste Standardfehler in Klammer, \* p<0.1, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01

**Tabelle:** Schätzer der DiD Sensitivitätsanalysen mit weiteren Interventions- und Kontrollgruppen

## 7. Anhang Teilstudie 6

### 7.1. TS6\_A1 Fragebögen T0

Gruppe Ärzte

#### A Koordination und Kommunikation in Arbeitsbeziehungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Arbeitsbeziehungen sowie die Kommunikation und Koordination im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“. Bei dem Begriff Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“ handelt es sich um alle am Projekt teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner. Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf die letzten 6 Monate.

**A.1 Bitte kreuzen Sie die Leistungs- oder Kooperationspartnergruppen an, die Ihres Wissens nach am Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ teilnehmen.**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt                 | <input type="checkbox"/> Facharzt         | <input type="checkbox"/> Krankenhausärzte      |
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim/ Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Gesundheitskiosk | <input type="checkbox"/> Soziale Einrichtungen |

**A.2 Sind Ihnen die Ansprechpartner für das Projekt „Gesundheit für Billstedt Horn“ aus den jeweiligen Leistungs- oder Kooperationspartnergruppen bekannt?**

	Ja	Nein
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.3 Wie häufig tauschen Sie sich mit den folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten aus?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.4 Wie häufig erfolgt dieser Austausch zeitnah?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.5 Wie häufig erfolgt ein lückenloser Informationsaustausch mit folgenden Partnern über den Versorgungs- und Behandlungsprozess Ihrer Patienten?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.6 Wenn Probleme in der Versorgung gemeinsamer Patienten bestehen: Wie häufig arbeiten folgende Partner mit Ihnen an einer gemeinsamen Lösung?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.7 Wie viel wissen die folgenden Partner über Ihre Arbeitsinhalte im Versorgungsprozess?**

	Nichts	Ein Wenig	Etwas	Viel	Alles
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.8 Wie sehr teilen die folgenden Partner Ihre Ziele bezüglich des Versorgungsprozesses?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.9 Wie sehr wertschätzen die folgenden Partner Ihre Aufgaben im Versorgungsprozess?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.10 Eine Steigerung der Vernetzung und Zusammenarbeit mit folgenden Partnern würde die Patientenversorgung verbessern.**

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B Angaben zum Arbeitsumfeld im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“**

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das Arbeitsumfeld im Netzwerk "Gesundheit für Billstedt/Horn". Wenn Sie nun an das Netzwerk "Gesundheit für Billstedt/Horn" denken, bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen. Beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.

**B.1 Arbeitsklima**

In unserem Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ ...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben wir Vertrauen zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es ein "Wir-Gefühl" unter den Leistungspartnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist das Betriebsklima gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vertreten wir viele Werte gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B.2 Teamklima

	Stimme über- haupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Kann ich nicht beur- teilen
Die teilnehmenden Partner behandeln ein- ander mit Respekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und gute Zusammenarbeit mit den anderen Partnern spielt für uns eine große Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf die teilnehmenden Partner kann ich mich verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Partner zeigen aufrichtiges Interesse an meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitigkeiten oder Konflikte werden ver- nünftig und fair gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschiedliche Ansichten zwischen den Partnern werden respektiert und ge- schätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit über die Hierarchie- ebenen und unterschiedlichen Berufsgrup- pen hinweg funktioniert gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ tolerieren wir keine Diskri- minierung oder Mobbing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C Angaben zu Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

### C.1 Personalausstattung

Wie würden Sie die Personalausstattung (= Anzahl der Vollzeitäquivalente) Ihrer Praxis/ Ihrer Einrich-  
tung im Verhältnis zur Menge der zu erledigenden Arbeit einschätzen?

Bitte gehen Sie von der Anzahl an Mitarbeitenden aus, die Ihre Praxis / Ihre Einrichtung derzeit hat und  
verlassen Sie sich auf Ihr intuitives Urteil.

Deutlich zu wenig Personal

Etwas zu viel Personal

Etwas zu wenig Personal

Deutlich zu viel Personal

Genau richtig

Keine Angabe

Anhang 7.1.: TS6\_A1 Fragebögen T0

<b>C.2 Wie zufrieden sind Sie persönlich mit...</b>	Sehr un- zufrie- den	Un-zu- frieden	Eher zu- frieden	Zufrie- den	Sehr zu- frieden	Keine Antwort
...Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Entwicklungschancen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Weiterbildungsmög- lichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihrer Entscheidung über die Teilnahme an „Gesundheit für Billstedt/Horn“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>C.3 Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen.</b>	Stimme über- haupt nicht zu	Stim- me nicht zu	Teils teils	Stim- me zu	Stim- me voll und ganz zu	Keine Ant- wort
Ich weise keine neuen Patienten ab, auch wenn meine Praxis überlastet ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Idealismus treibt mich zur Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich überlege manchmal meine Praxis zu verkaufen und in einen anderen Stadt- teil/ ins Ausland zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit und Arbeitsbelastung. Bitte antworten Sie so spontan wie möglich. Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.*

<b>C.4 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krank- heitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte allgemein über Ihre Arbeit nach.

<b>C.5 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Fühlen Sie sich am Ende Ihres Arbeitstages ver- braucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich ausgelaugt, wenn Sie morgens aufstehen und an Ihre Arbeit denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie jeder Moment bei der Arbeit erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Ihre Arbeit als emotional anstren- gend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausge- brannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es speziell um Ihre Arbeit mit Patienten.

<b>C.6 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Strengt Sie die Arbeit mit Patienten an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raubt die Arbeit mit Patienten Ihre Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie die Arbeit mit Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stecken Sie mehr Energie in die Arbeit mit Ihren Patienten, als die Arbeit Ihnen gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie es satt mit Patienten zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken Sie manchmal darüber nach, die Arbeit mit Patienten aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Jetzt geht es um Ihre Erwartungen an das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“. Nachfolgend finden Sie eine Auflistung möglicher Erwartungen an das Projekt.

<b>D.2 Bitte stufen Sie Ihre <u>Erwartungen</u> hinsichtlich ihrer Wichtigkeit ein.</b>	Gar nicht wichtig	Eher unwichtig	Unschlüssig	Eher wichtig	Sehr wichtig
Verbesserung der Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Patientenbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerung des Patientenstamms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Partnern anderer Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschließung neuer Einnahmequellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Wirtschaftlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Informationsaustauschs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung des Patientennutzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung meiner Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erprobung innovativer Versorgungskonzepte (Vorreiterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Herausforderungen in Hinblick auf eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“. Nachfolgend finden Sie eine Auflistung von Bereichen, in denen sich Herausforderungen ergeben könnten.

<b>D.3 Bitte geben Sie Ihre Einschätzung bzgl. <u>Herausforderungen</u> in folgenden Bereichen an.</b>	Sehr klein	Klein	Mittel	Groß	Sehr groß
Ressourcen (z.B. personell, zeitlich, finanziell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Faktoren (z.B. bürokratischer Aufwand, Abstimmung von Abläufen/ Prozessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturelle Faktoren (z.B. Probleme mit der IT Vernetzung, standortbezogene Faktoren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und Kommunikation (z.B. fehlende Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmenschliche Aspekte (z.B. Misstrauen, Konkurrenzdenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahmebereitschaft (z.B. Mangelnder Nutzen für Akteur:innen, mangelnde Verbindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### D.4 IT Unterstützung

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf den Bereich IT Unterstützung in Ihrem Arbeitsalltag in Form einer einrichtungübergreifenden elektronischen Patientenakte (eEPA).

##### D.4.1 In meiner Praxis erfolgt die gesamte Dokumentation (Patientenstammdaten und medizinische Dokumentation) in elektronischer Form.

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

<b>D.4.2 Bitte geben Sie Ihre Zustimmung bzgl. der folgenden Aussagen an.</b>	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Ich stehe der Einführung einer einrichtungübergreifenden elektronischen Patientenakte (eEPA) positiv gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine eEPA würde meinen Arbeitsalltag erleichtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Sicherheitsbedenken bei der Einführung einer eEPA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine eEPA würde die Vernetzung/Abstimmung mit meinen Kollegen im Ärztenetz vereinfachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einführung einer eEPA wirkt sich positiv auf den Genesungsverlauf meiner Patienten aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine bisherigen Erfahrungen mit neuen IT Systemen zur Dokumentation von Patientendaten waren positiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D.5 Gesundheitskiosk**

Bitte geben Sie Ihre Zustimmung bzgl. der folgenden Aussagen an.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Weiß nicht
Die Funktionen und Aufgaben des Gesundheitskiosks sind mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich informiere meine Patienten im Beratungsgespräch über die Angebote des Gesundheitskiosks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lege Informationsmaterial zum Gesundheitskiosk in meiner Praxis/Einrichtung aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot des Gesundheitskiosks stellt eine sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Versorgung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitskiosk kennt die richtigen Anlaufstellen und sozialen Einrichtungen für die Bedarfe meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angebote des Gesundheitskiosks eignen sich <u>nicht</u> für die Krankheitsbilder und Bedarfe meiner Patientengruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot Arztbesuche in Muttersprache im Gesundheitskiosk vor- und nachzubereiten ist eine große Erleichterung für meine Arbeit als Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitskiosk entlastet Ärzte von Patientengruppen, die aus medizinischer Sicht keine ärztliche Behandlung benötigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der administrative Überweisungsvorgang der Patienten an den Gesundheitskiosk ist kompliziert und zeitaufwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D.6 Ich habe an mindestens einer Informationsveranstaltung zum Gesundheitskiosk teilgenommen.**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

**D.7 Was könnte der Gesundheitskiosk noch zusätzlich an Leistungen anbieten, die für Ihre Arbeit in der Patientenversorgung hilfreich wären?**

**D.8 Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Stand des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“?**

<input type="checkbox"/> Gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> Zufrieden
<input type="checkbox"/> Weniger zufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	

**D.9 Was müsste sich ändern, damit Sie zufriedener mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ wären?**

**D.10 Würden Sie das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ weiterempfehlen?**

<input type="checkbox"/> sicher nein	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> sicher ja
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

**E Angaben zur Person**

E.1 Bitte geben Sie Ihr Alter an:

E.2 Wie viele Wochenarbeitsstunden haben Sie durchschnittlich im vergangenen Quartal gearbeitet?

\_\_\_\_\_

E.3 Wie viele Jahre arbeiten Sie in Ihrem Beruf? \_\_\_\_\_

E.4 Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in den Stadtteilen Billstedt/Horn? \_\_\_\_\_

E.5 Wie viele Personen (Voll- und Teilzeitkräfte) sind in Ihrer Praxis/Einrichtung angestellt?

\_\_\_\_\_

E.6 In welchem Beschäftigungsverhältnis befinden Sie sich?

<input type="checkbox"/> Angestellt	<input type="checkbox"/> Selbstständig
-------------------------------------	--

E.7 Wann haben Sie Ihren Facharzt gemacht? \_\_\_\_\_

E.8 Wie viele Patienten behandeln Sie durchschnittlich in Ihrer Praxis im Quartal? \_\_\_\_\_

**E.9 Wie viele Patienten der folgenden Patientengruppen wurden in Ihrer Praxis im vergangenen Quartal durchschnittlich behandelt (in Prozent)?**

____% GKV-Patienten (inkl. Selektivverträge)	____% PKV-Patienten (inkl. Beihilfe) und Selbstzahler (inkl. IGeL)	____% Sonstige (inkl. BG- und Unfall)
--	--	---------------------------------------

**E.10 Wie lange arbeiten Sie mit OptiMedis bzw. der Gesundheit für Billstedt/Horn UG zusammen?**

<input type="checkbox"/> Weniger als 3 Monate	<input type="checkbox"/> Zwischen 3 und 6 Monaten
<input type="checkbox"/> Zwischen 6 Monaten und 1 Jahr	<input type="checkbox"/> Zwischen 1 Jahr und 3 Jahren
<input type="checkbox"/> Seit mehr als 3 Jahren	

**E.11 Nimmt Ihre Praxis/Einrichtung an weiteren besonderen Versorgungsformen teil?**

<input type="checkbox"/> Ja und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein
---------------------------------------	-------------------------------

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Gruppe Gesundheitskiosk

**A Koordination und Kommunikation in Arbeitsbeziehungen**

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Arbeitsbeziehungen sowie die Kommunikation und Koordination im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“. Bei dem Begriff Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“ handelt es sich um alle am Projekt teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner (Projektpartner). Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf die letzten 6 Monate.*

**A.1 Bitte kreuzen Sie die Leistungs- oder Kooperationspartnergruppen an, die Ihres Wissens nach am Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ teilnehmen.**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt                 | <input type="checkbox"/> Facharzt         | <input type="checkbox"/> Krankenhausärzte      |
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim/ Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Gesundheitskiosk | <input type="checkbox"/> Soziale Einrichtungen |

**A.2 Sind Ihnen die Ansprechpartner für das Projekt „Gesundheit für Billstedt Horn“ aus den jeweiligen Leistungs- oder Kooperationspartnergruppen bekannt?**

	Ja	Nein
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**A.3 Wie häufig tauschen Sie sich mit den folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten/Klienten/Teilnehmer aus?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.4 Wie häufig erfolgt dieser Austausch zeitnah?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.5 Wie häufig erfolgt ein lückenloser Informationsaustausch mit folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten/Klienten/Teilnehmer?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.6 Wenn Probleme in der Versorgung gemeinsamer Patienten/Klienten/Teilnehmer bestehen: Wie häufig arbeiten folgende Partner mit Ihnen an einer gemeinsamen Lösung?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.7 Wie viel wissen die folgenden Partner über Ihre Arbeitsinhalte im Versorgungsprozess?**

	Nichts	Ein Wenig	Etwas	Viel	Alles
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.8 Wie sehr teilen die folgenden Partner Ihre Ziele bezüglich des Versorgungsprozesses?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.9 Wie sehr wertschätzen die folgenden Partner Ihre Aufgaben im Versorgungsprozess?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.10 Eine Steigerung der Vernetzung und Zusammenarbeit mit folgenden Partnern würde die Patientenversorgung verbessern.**

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B Angaben zum Arbeitsumfeld im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“**

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das Arbeitsumfeld im Netzwerk "Gesundheit für Billstedt/Horn". Wenn Sie nun an das Netzwerk "Gesundheit für Billstedt/Horn" denken, bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen. Beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf den Zeitraum der letzten 6 Monate

**B.1 Arbeitsklima**

In unserem Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ ...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben wir Vertrauen zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es ein "Wir-Gefühl" unter den Partnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist das Betriebsklima gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vertreten wir viele Werte gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B.2 Teamklima

	Stimme über- haupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Kann ich nicht beur- teilen
Die teilnehmenden Partner behandeln ein- ander mit Respekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und gute Zusammenarbeit mit den anderen Partnern spielt für uns eine große Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf die teilnehmenden Partner kann ich mich verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Partner zeigen aufrichtiges Interesse an meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitigkeiten oder Konflikte werden ver- nünftig und fair gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschiedliche Ansichten zwischen den Partnern werden respektiert und ge- schätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit über die Hierarchie- ebenen und unterschiedlichen Berufsgrup- pen hinweg funktioniert gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ tolerieren wir keine Diskri- minierung oder Mobbing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C Angaben zu Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

### C.1 Personalausstattung

Wie würden Sie die Personalausstattung (= Anzahl der Vollzeitäquivalente) Ihrer Einrichtung im Ver-  
hältnis zur Menge der zu erledigenden Arbeit einschätzen?

Bitte gehen Sie von der Anzahl an Mitarbeitenden aus, die Ihre Einrichtung derzeit hat und verlassen  
Sie sich auf Ihr intuitives Urteil.

Deutlich zu wenig Personal

Etwas zu wenig Personal

Genau richtig

Etwas zu viel Personal

Deutlich zu viel Personal

Keine Angabe

Anhang 7.1.: TS6\_A1 Fragebögen T0

<b>C.2 Wie zufrieden sind Sie persönlich mit...</b>	Sehr un- zufrie- den	Un-zu- frieden	Eher zu- frieden	Zufrie- den	Sehr zu- frieden	Keine Antwort
...Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Entwicklungschancen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Weiterbildungsmög- lichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit und Arbeitsbelastung. Bitte antworten Sie so spontan wie möglich. Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.*

<b>C.3 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krank- heitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte allgemein über Ihre Arbeit nach.*

<b>C.4 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Fühlen Sie sich am Ende Ihres Arbeitstages ver- braucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich ausgelaugt, wenn Sie morgens aufstehen und an Ihre Arbeit denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie jeder Moment bei der Arbeit erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Ihre Arbeit als emotional anstren- gend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausge- brannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>D.2 Worin sehen Sie die größten Herausforderungen für die erfolgreiche Umsetzung des Projektes? Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an.</b>	Sehr klein	Klein	Mittel	Groß	Sehr groß
Ressourcen (z.B. personell, zeitlich, finanziell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Faktoren (z.B. bürokratischer Aufwand, Abstimmung von Abläufen/ Prozessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturelle Faktoren (z.B. Probleme mit der IT Vernetzung, standortbezogene Faktoren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und Kommunikation (z.B. fehlende Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmenschliche Aspekte (z.B. Misstrauen, Konkurrenzdenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahmebereitschaft (z.B. Mangelnder Nutzen für Akteur:innen, mangelnde Verbindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D.3 Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Stand des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“?**

<input type="checkbox"/> Gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> Zufrieden
<input type="checkbox"/> Weniger zufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	

**D.4 Was müsste sich ändern, damit Sie zufriedener mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ wären?**

**D.5 Würden Sie das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ weiterempfehlen?**

<input type="checkbox"/> sicher nein	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> sicher ja
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

**E Angaben zur Person**

**E.1 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:**

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
-----------------------------------	-----------------------------------

**E.2 Bitte geben Sie Ihr Alter an:**

--	--

**E.3 Wie viele Wochenarbeitsstunden haben Sie durchschnittlich im vergangenen Quartal gearbeitet?** \_\_\_\_\_

**E.4 Wie viele Jahre arbeiten Sie in Ihrem Beruf?** \_\_\_\_\_



E.5 Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in den Stadtteilen Billstedt/Horn? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Gruppe Pflegeeinrichtungen

**A Koordination und Kommunikation in Arbeitsbeziehungen**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Arbeitsbeziehungen sowie die Kommunikation und Koordination im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“. Bei dem Begriff Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“ handelt es sich um alle am Projekt teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner. Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf die letzten 6 Monate.

**A.1 Bitte kreuzen Sie die Leistungs-oder Kooperationspartnergruppen an, die Ihres Wissens nach am Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ teilnehmen.**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt                 | <input type="checkbox"/> Facharzt         | <input type="checkbox"/> Krankenhausärzte      |
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim/ Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Gesundheitskiosk | <input type="checkbox"/> Soziale Einrichtungen |

**A.2 Sind Ihnen die Ansprechpartner für das Projekt „Gesundheit für Billstedt Horn“ aus den jeweiligen Leistungs-oder Kooperationspartnergruppen bekannt?**

	Ja	Nein
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.3 Wie häufig tauschen Sie sich mit den folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten aus?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.4 Wie häufig erfolgt dieser Austausch zeitnah?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.5 Wie häufig erfolgt ein lückenloser Informationsaustausch mit folgenden Partnern über den Versorgungs- und Behandlungsprozess Ihrer Patienten?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.6 Wenn Probleme in der Versorgung gemeinsamer Patienten bestehen: Wie häufig arbeiten folgende Partner mit Ihnen an einer gemeinsamen Lösung?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.7 Wie viel wissen die folgenden Partner über Ihre Arbeitsinhalte im Versorgungsprozess?**

	Nichts	Ein Wenig	Etwas	Viel	Alles
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.8 Wie sehr teilen die folgenden Partner Ihre Ziele bezüglich des Versorgungsprozesses?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.9 Wie sehr wertschätzen die folgenden Partner Ihre Aufgaben im Versorgungsprozess?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.10 Eine Steigerung der Vernetzung und Zusammenarbeit mit folgenden Partnern würde die Patientenversorgung verbessern.**

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B Angaben zum Arbeitsumfeld im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“**

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das Arbeitsumfeld im Netzwerk "Gesundheit für Billstedt/Horn". Wenn Sie nun an das Netzwerk "Gesundheit für Billstedt/Horn" denken, bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen. Beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.

**B.1 Arbeitsklima**

In unserem Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ ...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben wir Vertrauen zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es ein "Wir-Gefühl" unter den Partnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist das Betriebsklima gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vertreten wir viele Werte gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B.2 Teamklima

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Kann ich nicht beurteilen
Die teilnehmenden Partner behandeln einander mit Respekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und gute Zusammenarbeit mit den anderen Partnern spielt für uns eine große Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf die teilnehmenden Partner kann ich mich verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Partner zeigen aufrichtiges Interesse an meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitigkeiten oder Konflikte werden vernünftig und fair gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschiedliche Ansichten zwischen den Partnern werden respektiert und geschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit über die Hierarchieebenen und unterschiedlichen Berufsgruppen hinweg funktioniert gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ tolerieren wir keine Diskriminierung oder Mobbing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C Angaben zu Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

### C.1 Personalausstattung

Wie würden Sie die Personalausstattung (= Anzahl der Vollzeitäquivalente) Ihrer Einrichtung im Verhältnis zur Menge der zu erledigenden Arbeit einschätzen?

Bitte gehen Sie von der Anzahl an Mitarbeitenden aus, die Ihre Einrichtung derzeit hat und verlassen Sie sich auf Ihr intuitives Urteil.

Deutlich zu wenig Personal

Etwas zu viel Personal

Etwas zu wenig Personal

Deutlich zu viel Personal

Genau richtig

Keine Angabe

Anhang 7.1.: TS6\_A1 Fragebögen T0

<b>C.2 Wie zufrieden sind Sie persönlich mit...</b>	Sehr un- zufrie- den	Un-zu- frieden	Eher zu- frieden	Zufrie- den	Sehr zu- frieden	Keine Antwort
...Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Entwicklungschancen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Weiterbildungsmög- lichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihrer Entscheidung über die Teilnahme an „Gesundheit für Billstedt/Horn“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit und Arbeitsbelastung. Bitte antworten Sie so spontan wie möglich. Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.*

<b>C.3 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krank- heitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte allgemein über Ihre Arbeit nach.

<b>C.4 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Fühlen Sie sich am Ende Ihres Arbeitstages ver- braucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich ausgelaugt, wenn Sie morgens aufstehen und an Ihre Arbeit denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie jeder Moment bei der Arbeit erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Ihre Arbeit als emotional anstren- gend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausge- brannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es speziell um Ihre Arbeit mit Patienten.

<b>C.5 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Strengt Sie die Arbeit mit Patienten an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raubt die Arbeit mit Patienten Ihre Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie die Arbeit mit Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stecken Sie mehr Energie in die Arbeit mit Ihren Patienten, als die Arbeit Ihnen gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie es satt mit Patienten zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken Sie manchmal darüber nach, die Arbeit mit Patienten aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Jetzt geht es um Ihre Erwartungen an das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“. Nachfolgend finden Sie eine Auflistung möglicher Erwartungen an das Projekt.

<b>D.2 Bitte stufen Sie Ihre <u>Erwartungen</u> hinsichtlich ihrer Wichtigkeit ein.</b>	Gar nicht wichtig	Eher unwichtig	Unschlüssig	Eher wichtig	Sehr wichtig
Verbesserung der Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Patientenbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerung des Patientenstamms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Partnern anderer Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschließung neuer Einnahmequellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Wirtschaftlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Informationsaustauschs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung des Patientennutzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung meiner Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erprobung innovativer Versorgungskonzepte (Vorreiterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Herausforderungen in Hinblick auf eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“. Nachfolgend finden Sie eine Auflistung von Bereichen, in denen sich Herausforderungen ergeben könnten.

<b>D.3 Bitte geben Sie Ihre Einschätzung bzgl. <u>Herausforderungen</u> in folgenden Bereichen an.</b>	Sehr klein	Klein	Mittel	Groß	Sehr groß
Ressourcen (z.B. personell, zeitlich, finanziell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Faktoren (z.B. bürokratischer Aufwand, Abstimmung von Abläufen/ Prozessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturelle Faktoren (z.B. Probleme mit der IT Vernetzung, standortbezogene Faktoren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und Kommunikation (z.B. fehlende Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmenschliche Aspekte (z.B. Misstrauen, Konkurrenzdenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahmebereitschaft (z.B. Mangelnder Nutzen für Akteur:innen, mangelnde Verbindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D.4 Gesundheitskiosk**

Bitte geben Sie Ihre Zustimmung bzgl. der folgenden Aussagen an.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Weiß nicht
Die Funktionen und Aufgaben des Gesundheitskiosks sind mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich informiere meine Patienten im Beratungsgespräch über die Angebote des Gesundheitskiosks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lege Informationsmaterial zum Gesundheitskiosk in meiner Einrichtung aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot des Gesundheitskiosks stellt eine sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen / pflegerischen Versorgung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitskiosk kennt die richtigen Anlaufstellen und sozialen Einrichtungen für die Bedarfe meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angebote des Gesundheitskiosks eignen sich <u>nicht</u> für die Krankheitsbilder und Bedarfe meiner Patientengruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot Arztbesuche in Muttersprache im Gesundheitskiosk vor- und nachzubereiten ist eine große Erleichterung für meine Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitskiosk entlastet Pflegeeinrichtungen von Patientengruppen, die aus medizinischer Sicht keine ärztliche/ pflegerische Behandlung benötigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der administrative Überweisungsvorgang der Patienten an den Gesundheitskiosk ist kompliziert und zeitaufwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D.5 Ich habe an mindestens einer Informationsveranstaltung zum Gesundheitskiosk teilgenommen.**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

**D.6 Was könnte der Gesundheitskiosk noch zusätzlich an Leistungen anbieten, die für Ihre Arbeit in der Patientenversorgung hilfreich wären?**

**D.7 Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Stand des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gar nicht zufrieden | <input type="checkbox"/> Zufrieden      |
| <input type="checkbox"/> Weniger zufrieden   | <input type="checkbox"/> Sehr zufrieden |
| <input type="checkbox"/> Eher zufrieden      |   |

**D.8 Was müsste sich ändern, damit Sie zufriedener mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ wären?**

**D.9 Würden Sie das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ weiterempfehlen?**

- |                                      |                                    |                                  |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sicher nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> sicher ja |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

**E Angaben zur Person**

**E.1 Bitte geben Sie Ihr Alter an:**

--	--

**E.2 Wie viele Wochenarbeitsstunden haben Sie durchschnittlich im vergangenen Quartal gearbeitet?**

---

**E.3 Wie viele Jahre arbeiten Sie in Ihrem Beruf?** \_\_\_\_\_

**E.4 Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in den Stadtteilen Billstedt/Horn?** \_\_\_\_\_

**E.5 Wie viele Personen (Voll- und Teilzeitkräfte) sind in Ihrer Einrichtung angestellt?**

---

**E.6 In welchem Beschäftigungsverhältnis befinden Sie sich?**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Angestellt | <input type="checkbox"/> Selbstständig |
|-------------------------------------|--|

**E.7 Wie lange arbeiten Sie mit OptiMedis bzw. der Gesundheit für Billstedt/Horn UG zusammen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Weniger als 3 Monate          | <input type="checkbox"/> Zwischen 3 und 6 Monaten     |
| <input type="checkbox"/> Zwischen 6 Monaten und 1 Jahr | <input type="checkbox"/> Zwischen 1 Jahr und 3 Jahren |
| <input type="checkbox"/> Seit mehr als 3 Jahren        |   |

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Gruppe soziale (Stadtteil-)Einrichtungen

**A Koordination und Kommunikation in Arbeitsbeziehungen**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Arbeitsbeziehungen sowie die Kommunikation und Koordination im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“. Bei dem Begriff Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“ handelt es sich um alle am Projekt teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner (Projektpartner). Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf die letzten 6 Monate.

**A.1 Bitte kreuzen Sie die Leistungs- oder Kooperationspartnergruppen an, die Ihres Wissens nach am Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ teilnehmen.**

- Hausarzt                       Facharzt                       Krankenhausärzte  
 Pflegeheim/ Pflegedienst     Gesundheitskiosk             Soziale Einrichtungen

**A.2 Sind Ihnen die Ansprechpartner für das Projekt „Gesundheit für Billstedt Horn“ aus den jeweiligen Leistungs- oder Kooperationspartnergruppen bekannt?**

	Ja	Nein
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.3 Wie häufig tauschen Sie sich mit den folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten/Klienten/Teilnehmer aus?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.4 Wie häufig erfolgt dieser Austausch zeitnah?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.5 Wie häufig erfolgt ein lückenloser Informationsaustausch mit folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten/Klienten/Teilnehmer?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.6 Wenn Probleme in der Versorgung gemeinsamer Patienten/Klienten/Teilnehmer bestehen: Wie häufig arbeiten folgende Partner mit Ihnen an einer gemeinsamen Lösung?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.7 Wie viel wissen die folgenden Partner über Ihre Arbeitsinhalte im Versorgungsprozess?**

	Nichts	Ein Wenig	Etwas	Viel	Alles
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.8 Wie sehr teilen die folgenden Partner Ihre Ziele bezüglich des Versorgungsprozesses?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.9 Wie sehr wertschätzen die folgenden Partner Ihre Aufgaben im Versorgungsprozess?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.10 Eine Steigerung der Vernetzung und Zusammenarbeit mit folgenden Partnern würde die Patientenversorgung verbessern.**

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B Angaben zum Arbeitsumfeld im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“**

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das Arbeitsumfeld im Netzwerk "Gesundheit für Billstedt/Horn". Wenn Sie nun an das Netzwerk "Gesundheit für Billstedt/Horn" denken, bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen. Beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.

**B.1 Arbeitsklima**

In unserem Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ ...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben wir Vertrauen zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es ein "Wir-Gefühl" unter den Partnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist das Betriebsklima gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vertreten wir viele Werte gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B.2 Teamklima

	Stimme über- haupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Kann ich nicht beur- teilen
Die teilnehmenden Partner behandeln einander mit Respekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und gute Zusammenarbeit mit den anderen Partnern spielt für uns eine große Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf die teilnehmenden Partner kann ich mich verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Partner zeigen aufrichtiges Interesse an meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitigkeiten oder Konflikte werden vernünftig und fair gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschiedliche Ansichten zwischen den Partnern werden respektiert und geschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit über die Hierarchieebenen und unterschiedlichen Berufsgruppen hinweg funktioniert gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ tolerieren wir keine Diskriminierung oder Mobbing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C Angaben zu Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

### C.1 Personalausstattung

Wie würden Sie die Personalausstattung (= Anzahl der Vollzeitäquivalente) Ihrer Einrichtung im Verhältnis zur Menge der zu erledigenden Arbeit einschätzen?

Bitte gehen Sie von der Anzahl an Mitarbeitenden aus, die Ihre Einrichtung derzeit hat und verlassen Sie sich auf Ihr intuitives Urteil.

Deutlich zu wenig Personal

Etwas zu viel Personal

Etwas zu wenig Personal

Deutlich zu viel Personal

Genau richtig

Keine Angabe

Anhang 7.1.: TS6\_A1 Fragebögen T0

<b>C.2 Wie zufrieden sind Sie persönlich mit...</b>	Sehr un- zufrie- den	Un-zu- frieden	Eher zu- frieden	Zufrie- den	Sehr zu- frieden	Keine Antwort
...Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Entwicklungschancen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Weiterbildungsmög- lichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihrer Entscheidung über die Teilnahme an „Gesundheit für Billstedt/Horn“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit und Arbeitsbelastung. Bitte antworten Sie so spontan wie möglich. Bitte beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.*

<b>C.3 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krank- heitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte allgemein über Ihre Arbeit nach.*

<b>C.4 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Fühlen Sie sich am Ende Ihres Arbeitstages ver- braucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich ausgelaugt, wenn Sie morgens aufstehen und an Ihre Arbeit denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie jeder Moment bei der Arbeit erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Ihre Arbeit als emotional anstren- gend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausge- brannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Jetzt geht es speziell um Ihre Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilnehmern.*

<b>C.5 Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Strengt Sie die Arbeit mit Patienten/Klienten/ Teilnehmern an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raubt die Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilneh- mern Ihre Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie die Arbeit mit Patienten/Klienten/ Teilnehmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stecken Sie mehr Energie in die Arbeit mit Ihren Patienten/Klienten/Teilnehmern, als die Arbeit Ihnen gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie es satt mit Patienten/Klienten/ Teilnehmern zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken Sie manchmal darüber nach, die Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilnehmern aufzuge- ben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>D.2 Jetzt geht es um Ihre Erwartungen an das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“. Bitte stufen Sie Ihre Erwartungen hinsichtlich ihrer Wichtigkeit ein.</b>	Gar nicht wichtig	Eher unwichtig	Unschlüssig	Eher wichtig	Sehr wichtig
Verbesserung der Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Klienten-Bindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerung des Klienten-Stamms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Partnern anderer Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschließung neuer Einnahmequellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Wirtschaftlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Informationsaustauschs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung des Klienten-Nutzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung meiner Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erprobung innovativer Versorgungskonzepte (Vorreiterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>D.3 Worin sehen Sie die größten Herausforderungen für die erfolgreiche Umsetzung des Projektes? Bitte geben Sie Ihre Einschätzung an.</b>	Sehr klein	Klein	Mittel	Groß	Sehr groß
Ressourcen (z.B. personell, zeitlich, finanziell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Faktoren (z.B. bürokratischer Aufwand, Abstimmung von Abläufen/ Prozessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturelle Faktoren (z.B. Probleme mit der IT Vernetzung, standortbezogene Faktoren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und Kommunikation (z.B. fehlende Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmenschliche Aspekte (z.B. Misstrauen, Konkurrenzdenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahmebereitschaft (z.B. Mangelnder Nutzen für Akteur:innen, mangelnde Verbindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D.4 Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Stand des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“?**

<input type="checkbox"/> Gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> Zufrieden
<input type="checkbox"/> Weniger zufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	

**D.5 Was müsste sich ändern, damit Sie zufriedener mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ wären?**

**D.6 Würden Sie das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ weiterempfehlen?**

<input type="checkbox"/> sicher nein	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> sicher ja
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

### E Angaben zur Person

**E.1 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:**

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
-----------------------------------	-----------------------------------

**E.2 Bitte geben Sie Ihr Alter an:**

--	--

**E.3 Wie viele Wochenarbeitsstunden haben Sie durchschnittlich im vergangenen Quartal gearbeitet?**

---

**E.4 Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung?**

---

**E.5 Wie viele Jahre arbeiten Sie in Ihrem Beruf?**

---

**E.6 Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in den Stadtteilen Billstedt/Horn?**

---

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

## 7.2. TS6\_A2 Fragebögen T1

Gruppe Ärzte

### Koordination und Kommunikation in Arbeitsbeziehungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Arbeitsbeziehungen sowie die Kommunikation und Koordination im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“. Bei dem Begriff Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“ handelt es sich um alle am Projekt teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner (Projektpartner).

Wie häufig tauschen Sie sich mit den folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten aus?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig erfolgt dieser Austausch zeitnah?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig erfolgt ein lückenloser Informationsaustausch mit folgenden Partnern über den Versorgungs- und Behandlungsprozess Ihrer Patienten?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn Probleme in der Versorgung gemeinsamer Patienten bestehen: Wie häufig arbeiten folgende Partner mit Ihnen an einer gemeinsamen Lösung?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie viel wissen die folgenden Partner über Ihre Arbeitsinhalte im Versorgungsprozess?**

	Nichts	Ein Wenig	Etwas	Viel	Alles
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sehr teilen die folgenden Partner Ihre Ziele bezüglich des Versorgungsprozesses?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sehr wertschätzen die folgenden Partner Ihre Aufgaben im Versorgungsprozess?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Arbeitsumfeld im Ärztenetz Billstedt-Horn e.V.

Die folgenden Aussagen beziehen sich jetzt auf das Arbeitsumfeld im **Ärztenetz Billstedt-Horn e.V.**. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

In unserem Ärztenetz Billstedt-Horn e.V....	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...haben wir Vertrauen zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Bereitschaft groß, sich gegenseitig zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vertreten wir viele Werte gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sind die wichtigsten Erfolgsfaktoren bei der Zusammenarbeit im Ärztenetz Billstedt-Horn e.V.?

### Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

Wie würden Sie die **Personalausstattung** (= Anzahl der Vollzeitäquivalente) Ihrer Praxis/ Ihrer Einrichtung im Verhältnis zur Menge der zu erledigenden Arbeit einschätzen? Bitte gehen Sie von der Anzahl an Mitarbeitenden aus, die Ihre Praxis / Ihre Einrichtung derzeit hat und verlassen Sie sich auf Ihr intuitives Urteil.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deutlich zu wenig Personal | <input type="checkbox"/> Etwas zu viel Personal    |
| <input type="checkbox"/> Etwas zu wenig Personal    | <input type="checkbox"/> Deutlich zu viel Personal |
| <input type="checkbox"/> Genau richtig              | <input type="checkbox"/> Keine Angabe              |

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Ihre Praxis zutrifft.	Nie/ fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie häufig kommt es zu Verständigungsproblemen aufgrund von (Fremd-)Sprachbarrieren zwischen den MFAs und den Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig kommt es zu Verständigungsproblemen aufgrund von (Fremd-) Sprachbarrieren zwischen Ihnen und den Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang 7.2.: TS6\_A2 Fragebögen T1

Wie zufrieden sind Sie persönlich mit...	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Eher zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Antwort
...Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Entwicklungschancen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Weiterbildungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihrer Entscheidung über die Teilnahme an „Gesundheit für Billstedt/Horn“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Antwort
Ich weise keine neuen Patienten ab, auch wenn meine Praxis überlastet ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Idealismus treibt mich zur Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich überlege manchmal meine Praxis zu verkaufen und in einen anderen Stadtteil/ ins Ausland zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit und Arbeitsbelastung. Bitte antworten Sie so spontan wie möglich.

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Nie/fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte allgemein über Ihre Arbeit nach.

<b>Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Fühlen Sie sich am Ende Ihres Arbeitstages ver- braucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich ausgelaugt, wenn Sie morgens aufstehen und an Ihre Arbeit denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie jeder Moment bei der Arbeit erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Ihre Arbeit als emotional anstren- gend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausge- brannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es speziell um Ihre Arbeit mit Patienten.

<b>Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Strengt Sie die Arbeit mit Patienten an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raubt die Arbeit mit Patienten Ihre Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie die Arbeit mit Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stecken Sie mehr Energie in die Arbeit mit Ihren Patienten, als die Arbeit Ihnen gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie es satt, mit Patienten zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken Sie manchmal darüber nach, die Arbeit mit Patienten aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ihre Erfahrungen mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Teilnahme am Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“. Zunächst geht es um Ihre Einschätzung zu den erreichten Zielen des Projektes.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgende Veränderungen durch das Projekt beobachten konnten.	Sehr gering	Gering	Mittel	Groß	Sehr groß
Verbesserung der Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Patientenbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerung des Patientenstamms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Partnern anderer Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschließung neuer Einnahmequellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Wirtschaftlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Informationsaustauschs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung des Patientennutzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung meiner Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erprobung innovativer Versorgungskonzepte (Vorreiterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Herausforderungen, welche Sie vielleicht im Rahmen der Umsetzung des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“ erlebt haben.

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie die folgenden Herausforderungen im Projekt wahrgenommen haben.	Sehr gering	Gering	Mittel	Groß	Sehr groß
Ressourcen (z.B. personell, zeitlich, finanziell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Faktoren (z.B. bürokratischer Aufwand, Abstimmung von Abläufen/ Prozessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturelle Faktoren (z.B. Probleme mit der IT Vernetzung, standortbezogene Faktoren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und Kommunikation (z.B. fehlende Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmenschliche Aspekte (z.B. Misstrauen, Konkurrenzdenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahmebereitschaft (z.B. Mangelnder Nutzen für Akteur:innen, mangelnde Verbindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Was könnte der Gesundheitskiosk noch zusätzlich an Leistungen anbieten, die für Ihre Arbeit in der Patientenversorgung hilfreich wären?**

*In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Überweisungsprozess in den Gesundheitskiosk (Überweisungsschein in den Gesundheitskiosk).*

**Wie viele Überweisungsscheine an den Gesundheitskiosk stellen Sie durchschnittlich pro Monat aus?**

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> 11-30	<input type="checkbox"/> >30	<input type="checkbox"/> >50
----------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------

<b>Durch die Möglichkeit, Patienten in den Gesundheitskiosk überweisen zu können...</b>	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Weiß nicht
... habe ich mehr Zeit für andere Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich meine Arbeitsbelastung reduziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten den Gesundheitskiosk auch wirklich aufsuchen (Adhärenz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich die Versorgungsqualität insgesamt verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie hat sich Ihr Patientenvolumen im Vergleich zu Beginn des Projektes (2018) verändert?**

<input type="checkbox"/> Abgenommen ↓	<input type="checkbox"/> Gleichgeblieben →	<input type="checkbox"/> Gestiegen ↑
---------------------------------------	--	--------------------------------------

**Wie häufig empfehlen Sie Patienten einen Besuch im Gesundheitskiosk ohne einen Überweisungsschein auszustellen?**

<input type="checkbox"/> Nie/Fast nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Manchmal	<input type="checkbox"/> Oft	<input type="checkbox"/> Immer
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

**Wie häufig werden Sie von Patienten selbst um eine Überweisung in den Gesundheitskiosk gebeten?**

<input type="checkbox"/> Nie/Fast nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Manchmal	<input type="checkbox"/> Oft	<input type="checkbox"/> Immer
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

**Für welche Krankheitsbilder/Diagnosen nutzen Sie die Überweisungsmöglichkeit in den Gesundheitskiosk?**

## Veranstaltungen und Vorträge

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit den Veranstaltungen und Vorträgen, welche durch die Gesundheit für Billstedt Horn UG organisiert und ausgerichtet wurden.

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Nie	Selten	Manchmal	Oft
Wie häufig haben Sie an Vorträgen, Fortbildungen und Qualitätszirkeln teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie an den Vernetzungstreffen teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Weiß nicht
Ich kann die Inhalte aus den Fortbildungen und Qualitätszirkeln in meinem Arbeitsalltag gut anwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich zu allen relevanten Themen durch die Gesundheit für Billstedt Horn UG gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich im Rahmen der Praxisfahrten gut betreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu welchen Themen wünschen Sie sich noch Vorträge und / oder Veranstaltungen?

Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Stand des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“?

<input type="checkbox"/> Gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> Zufrieden
<input type="checkbox"/> Weniger zufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	

Was müsste sich ändern, damit Sie zufriedener mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ wären?

Würden Sie das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ weiterempfehlen?

<input type="checkbox"/> sicher nein	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> sicher ja
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

**Angaben zur Person**

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

--	--

Wie viele Wochenarbeitsstunden haben Sie durchschnittlich im vergangenen Quartal gearbeitet? \_\_\_\_\_

Wie viele Jahre arbeiten Sie in Ihrem Beruf? \_\_\_\_\_

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in den Stadtteilen Billstedt/Horn? \_\_\_\_\_

Wie viele Personen (Voll- und Teilzeitkräfte) sind in Ihrer Praxis/Einrichtung angestellt? \_\_\_\_\_

In welchem Beschäftigungsverhältnis befinden Sie sich?

<input type="checkbox"/> Angestellt	<input type="checkbox"/> Selbstständig
-------------------------------------	--

Wann haben Sie Ihren Facharzt gemacht? \_\_\_\_\_

Wie viele Patienten behandeln Sie durchschnittlich in Ihrer Praxis im Quartal? \_\_\_\_\_

Wie viele Patienten der folgenden Patientengruppen wurden in Ihrer Praxis im vergangenen Quartal durchschnittlich behandelt (in Prozent)?

_____% GKV-Patienten (inkl. Selektivverträge)	_____% PKV-Patienten (inkl. Beihilfe und Selbstzahler (inkl. IGeL)	_____% Sonstige (inkl. BG- und Unfall)
---	--	--

Nimmt Ihre Praxis/Einrichtung an weiteren besonderen Versorgungsformen teil?

<input type="checkbox"/> Ja und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein
---------------------------------------	-------------------------------

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Gruppe Gesundheitskiosk

**Koordination und Kommunikation in Arbeitsbeziehungen**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Arbeitsbeziehungen sowie die Kommunikation und Koordination im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“. Bei dem Begriff Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“ handelt es sich um alle am Projekt teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner (Projektpartner).

Wie häufig tauschen Sie sich mit den folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten/Klienten/Teilnehmer aus?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig erfolgt dieser Austausch zeitnah?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig erfolgt ein lückenloser Informationsaustausch mit folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten/Klienten/Teilnehmer?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn Probleme in der Versorgung gemeinsamer Patienten/Klienten/Teilnehmer bestehen: Wie häufig arbeiten folgende Partner mit Ihnen an einer gemeinsamen Lösung?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie viel wissen die folgenden Partner über Ihre Arbeitsinhalte im Versorgungsprozess?**

	Nichts	Ein Wenig	Etwas	Viel	Alles
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sehr teilen die folgenden Partner Ihre Ziele bezüglich des Versorgungsprozesses?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sehr wertschätzen die folgenden Partner Ihre Aufgaben im Versorgungsprozess?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### Arbeitsumfeld im Gesundheitskiosk

Die folgenden Aussagen beziehen sich jetzt auf das Arbeitsumfeld im **Gesundheitskiosk**. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

Im Gesundheitskiosk...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...haben wir Vertrauen zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Bereitschaft groß, sich gegenseitig zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vertreten wir viele Werte gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

Wie zufrieden sind Sie persönlich mit...	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Eher zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Antwort
...Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Entwicklungschancen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Weiterbildungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit und Arbeitsbelastung. Bitte antworten Sie so spontan wie möglich.

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Nie/fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte allgemein über Ihre Arbeit nach.

<b>Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Fühlen Sie sich am Ende Ihres Arbeitstages ver- braucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich ausgelaugt, wenn Sie morgens aufstehen und an Ihre Arbeit denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie jeder Moment bei der Arbeit erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Ihre Arbeit als emotional anstren- gend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausge- brannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es speziell um Ihre Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilnehmern.

<b>Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Strengt Sie die Arbeit mit Patienten/Klienten/ Teilnehmern an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raubt die Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilneh- mern Ihre Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie die Arbeit mit Patienten/Klienten/ Teilnehmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stecken Sie mehr Energie in die Arbeit mit Ihren Patienten/Klienten/Teilnehmern, als die Arbeit Ihnen gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie es satt, mit Patienten/Klienten/ Teilnehmern zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken Sie manchmal darüber nach, die Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilnehmern aufzuge- ben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ihre Erfahrungen mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“**

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Teilnahme am Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“. Zunächst geht es um Ihre Einschätzung zu den erreichten Zielen des Projektes.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgende Veränderungen durch das Projekt beobachten konnten.	Sehr Gering	Gering	Mittel	Groß	Sehr groß
Verbesserung der Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Patientenbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerung des Patientenstamms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Partnern anderer Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschließung neuer Einnahmequellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Wirtschaftlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Informationsaustauschs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung des Patientennutzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung meiner Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erprobung innovativer Versorgungskonzepte (Vorreiterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Herausforderungen, welche Sie vielleicht im Rahmen der Umsetzung des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“ erlebt haben.

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie die folgenden Herausforderungen im Projekt wahrgenommen haben.	Sehr gering	Gering	Mittel	Groß	Sehr groß
Ressourcen (z.B. personell, zeitlich, finanziell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Faktoren (z.B. bürokratischer Aufwand, Abstimmung von Abläufen/ Prozessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturelle Faktoren (z.B. Probleme mit der IT Vernetzung, standortbezogene Faktoren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und Kommunikation (z.B. fehlende Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmenschliche Aspekte (z.B. Misstrauen, Konkurrenzdenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahmebereitschaft (z.B. Mangelnder Nutzen für Akteur:innen, mangelnde Verbindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Ihre Erfahrung mit der Zusammenarbeit mit dem Ärztenetz Billstedt-Horn e.V.

<b>Geben Sie für die folgenden Aussagen an, inwieweit diese zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Die Zusammenarbeit mit den <b>Ärzten</b> des Ärztenetzes Billstedt-Horn e.V. funktioniert reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit mit den <b>MFAs</b> des Ärztenetzes Billstedt-Horn e.V. funktioniert reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was läuft gut in der Zusammenarbeit mit den Ärzten und den MFAs des Ärztenetzes Billstedt-Horn e.V.?**

**Was läuft nicht gut in der Zusammenarbeit mit den Ärzten und den MFAs des Ärztenetzes Billstedt-Horn e.V.?**

*Die folgenden Aussagen beziehen sich jetzt auf das Fortbildungsangebot und die Supervision durch das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Thomas Zimmermann und Cathleen Muche-Borowski).*

<b>Wie wichtig waren die folgenden Angebote, um die <u>Qualität Ihrer Arbeit zu sichern und zu verbessern?</u></b>	Überhaupt nicht wichtig	Weniger wichtig	Wichtig	Sehr wichtig
<u>Kontinuierliche Fortbildungen</u> (zu aktuellen Problemen, Konflikte, oder Unklarheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gesprächsbegleitende Hospitationen</u> und anschließenden <u>individuellen Rückmeldungen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gruppensupervisionsrunden</u> (z.B. Schulungen zu Gesprächsvorbereitung, -nachbereitung, Gesprächsführung unter Zeitvorgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle Supervision (nach Bedarf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Wie häufig haben Sie die Angebote in Anspruch genommen?</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
<u>Kontinuierliche Fortbildungen</u> (zu aktuellen Problemen, Konflikte, oder Unklarheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gesprächsbegleitende Hospitationen</u> und anschließenden <u>individuellen Rückmeldungen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gruppensupervisionsrunden</u> (z.B. Schulungen zu Gesprächsvorbereitung, -nachbereitung, Gesprächsführung unter Zeitvorgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle Supervision (nach Bedarf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun geht es noch um Ihre Zufriedenheit mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“.

Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Stand des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“?

<input type="checkbox"/> Gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> Zufrieden
<input type="checkbox"/> Weniger zufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	

Was müsste sich ändern, damit Sie zufriedener mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ wären?

Würden Sie das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ weiterempfehlen?

<input type="checkbox"/> sicher nein	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> sicher ja
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

### Angaben zur Person

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:  männlich  weiblich  divers

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

Wie viele Wochenarbeitsstunden arbeiten Sie durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Seit wann arbeiten Sie im Gesundheitskiosk? \_\_\_\_\_

Welche Berufsbezeichnung führen Sie? \_\_\_\_\_

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in den Stadtteilen Billstedt/Horn? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Gruppe Pflegeeinrichtungen

**Koordination und Kommunikation in Arbeitsbeziehungen**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Arbeitsbeziehungen sowie die Kommunikation und Koordination im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“. Bei dem Begriff Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“ handelt es sich um alle am Projekt teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner (Projektpartner).

**Wie häufig tauschen Sie sich mit den folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten aus?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie häufig erfolgt dieser Austausch zeitnah?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie häufig erfolgt ein lückenloser Informationsaustausch mit folgenden Partnern über den Versorgungs- und Behandlungsprozess Ihrer Patienten?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn Probleme in der Versorgung gemeinsamer Patienten bestehen: Wie häufig arbeiten folgende Partner mit Ihnen an einer gemeinsamen Lösung?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie viel wissen die folgenden Partner über Ihre Arbeitsinhalte im Versorgungsprozess?**

	Nichts	Ein Wenig	Etwas	Viel	Alles
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sehr teilen die folgenden Partner Ihre Ziele bezüglich des Versorgungsprozesses?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sehr wertschätzen die folgenden Partner Ihre Aufgaben im Versorgungsprozess?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

Wie würden Sie die Personalausstattung (= Anzahl der Vollzeitäquivalente) Ihrer Einrichtung im Verhältnis zur Menge der zu erledigenden Arbeit einschätzen? Bitte gehen Sie von der Anzahl an Mitarbeitenden aus, die Ihre Einrichtung derzeit hat und verlassen Sie sich auf Ihr intuitives Urteil.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deutlich zu wenig Personal | <input type="checkbox"/> Etwas zu viel Personal    |
| <input type="checkbox"/> Etwas zu wenig Personal    | <input type="checkbox"/> Deutlich zu viel Personal |
| <input type="checkbox"/> Genau richtig              | <input type="checkbox"/> Keine Angabe              |

Wie häufig kommt es zu Verständigungsproblemen aufgrund von (Fremd-)Sprachbarrieren zwischen den Pflegekräften und den Patienten?

<input type="checkbox"/> Nie/Fast nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Manchmal	<input type="checkbox"/> Oft	<input type="checkbox"/> Immer
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Wie zufrieden sind Sie persönlich mit...	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Eher zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Antwort
...Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Entwicklungschancen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Weiterbildungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihrer Entscheidung über die Teilnahme an „Gesundheit für Billstedt/Horn“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit und Arbeitsbelastung. Bitte antworten Sie so spontan wie möglich.

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Nie/fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte allgemein über Ihre Arbeit nach.

<b>Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Fühlen Sie sich am Ende Ihres Arbeitstages ver- braucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich ausgelaugt, wenn Sie morgens aufstehen und an Ihre Arbeit denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie jeder Moment bei der Arbeit erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Ihre Arbeit als emotional anstren- gend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausge- brannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es speziell um Ihre Arbeit mit Patienten.

<b>Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Strengt Sie die Arbeit mit Patienten an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raubt die Arbeit mit Patienten Ihre Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie die Arbeit mit Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stecken Sie mehr Energie in die Arbeit mit Ihren Patienten, als die Arbeit Ihnen gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie es satt, mit Patienten zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken Sie manchmal darüber nach, die Arbeit mit Patienten aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ihre Erfahrungen mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“**

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Teilnahme am Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“. Zunächst geht es um Ihre Einschätzung zu den erreichten Zielen des Projektes.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgende Veränderungen durch das Projekt beobachten konnten.	Sehr Gering	Gering	Mittel	Groß	Sehr groß
Verbesserung der Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Patientenbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerung des Patientenstamms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Partnern anderer Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschließung neuer Einnahmequellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Wirtschaftlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Informationsaustauschs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung des Patientennutzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung meiner Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erprobung innovativer Versorgungskonzepte (Vorreiterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Herausforderungen, welche Sie vielleicht im Rahmen der Umsetzung des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“ erlebt haben.

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie die folgenden Herausforderungen im Projekt wahrgenommen haben.	Sehr gering	Gering	Mittel	Groß	Sehr groß
Ressourcen (z.B. personell, zeitlich, finanziell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Faktoren (z.B. bürokratischer Aufwand, Abstimmung von Abläufen/ Prozessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturelle Faktoren (z.B. Probleme mit der IT Vernetzung, standortbezogene Faktoren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und Kommunikation (z.B. fehlende Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmenschliche Aspekte (z.B. Misstrauen, Konkurrenzdenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahmebereitschaft (z.B. Mangelnder Nutzen für Akteur:innen, mangelnde Verbindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Gesundheitskiosk

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf den Gesundheitskiosk.

Bitte geben Sie Ihre Zustimmung bzgl. der folgenden Aussagen an.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Weiß nicht
Ich informiere meine Patienten im Beratungsgespräch über die Angebote des Gesundheitskiosks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lege Informationsmaterial zum Gesundheitskiosk in meiner Einrichtung aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot des Gesundheitskiosks stellt eine sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen / pflegerischen Versorgung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitskiosk kennt die richtigen Anlaufstellen und sozialen Einrichtungen für die Bedarfe meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitskiosk stärkt die Vernetzung zwischen medizinischer und sozialer Patientenversorgung (d.h. „Vermittler“ zwischen Ärzten und sozialen Stadteinrichtungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angebote des Gesundheitskiosks eignen sich <u>nicht</u> für die Krankheitsbilder und Bedarfe meiner Patientengruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot Arztbesuche in Muttersprache im Gesundheitskiosk vor- und nachzubereiten ist eine große Erleichterung für meine Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitskiosk entlastet Pflegeeinrichtungen von Patientengruppen, die aus medizinischer Sicht keine ärztliche/ pflegerische Behandlung benötigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitskiosk funktioniert problemlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was könnte der Gesundheitskiosk noch zusätzlich an Leistungen anbieten, die für Ihre Arbeit in der Patientenversorgung hilfreich wären?**

### Veranstaltungen und Vorträge

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit den Veranstaltungen und Vorträgen, welche durch die Gesundheit für Billstedt Horn UG organisiert und ausgerichtet wurden.

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Nie	Selten	Manchmal	Oft
Wie häufig haben Sie an Vorträgen, Fortbildungen und Qualitätszirkeln teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie an den Vernetzungstreffen teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Weiß nicht
Ich kann die Inhalte aus den Fortbildungen und Qualitätszirkeln in meinem Arbeitsalltag gut anwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich zu allen relevanten Themen durch die Gesundheit für Billstedt Horn UG gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu welchen Themen wünschen Sie sich noch Vorträge und / oder Veranstaltungen?

Nun geht es noch um Ihre Zufriedenheit mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“.

Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Stand des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“?

<input type="checkbox"/> Gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> Zufrieden
<input type="checkbox"/> Weniger zufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	

Was müsste sich ändern, damit Sie zufriedener mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ wären?

Würden Sie das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ weiterempfehlen?

<input type="checkbox"/> sicher nein	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> sicher ja
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

### Angaben zur Person

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

--	--

Wie viele Wochenarbeitsstunden haben Sie durchschnittlich im vergangenen Quartal gearbeitet? \_\_\_\_\_

Wie viele Jahre arbeiten Sie in Ihrem Beruf? \_\_\_\_\_

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in den Stadtteilen Billstedt/Horn? \_\_\_\_\_

Wie viele Personen (Voll- und Teilzeitkräfte) sind in Ihrer Einrichtung angestellt? \_\_\_\_\_

In welchem Beschäftigungsverhältnis befinden Sie sich?

<input type="checkbox"/> Angestellt	<input type="checkbox"/> Selbstständig
-------------------------------------	--

### Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Gruppe soziale (Stadtteil-)Einrichtungen

#### Koordination und Kommunikation in Arbeitsbeziehungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihrer Arbeitsbeziehungen sowie die Kommunikation und Koordination im Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“. Bei dem Begriff Netzwerk „Gesundheit für Billstedt Horn“ handelt es sich um alle am Projekt teilnehmenden Leistungs- und Kooperationspartner (Projektpartner).

Wie häufig tauschen Sie sich mit den folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten/Klienten/Teilnehmer aus?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig erfolgt dieser Austausch zeitnah?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie häufig erfolgt ein lückenloser Informationsaustausch mit folgenden Partnern über den Versorgungsprozess Ihrer Patienten/Klienten/Teilnehmer?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn Probleme in der Versorgung gemeinsamer Patienten/Klienten/Teilnehmer bestehen: Wie häufig arbeiten folgende Partner mit Ihnen an einer gemeinsamen Lösung?**

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie viel wissen die folgenden Partner über Ihre Arbeitsinhalte im Versorgungsprozess?**

	Nichts	Ein Wenig	Etwas	Viel	Alles
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sehr teilen die folgenden Partner Ihre Ziele bezüglich des Versorgungsprozesses?**

	Gar nicht	Ein Wenig	Etwas	Viel	Voll und ganz
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitskiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit und Arbeitsbelastung. Bitte antworten Sie so spontan wie möglich.

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte allgemein über Ihre Arbeit nach.

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Fühlen Sie sich am Ende Ihres Arbeitstages verbraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich ausgelaugt, wenn Sie morgens aufstehen und an Ihre Arbeit denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie jeder Moment bei der Arbeit erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Ihre Arbeit als emotional anstrengend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausgebrannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Jetzt geht es speziell um Ihre Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilnehmern.

<b>Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</b>	Nie/ fast nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer
Strengt Sie die Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilnehmern an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raubt die Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilnehmern Ihre Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustriert Sie die Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilnehmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stecken Sie mehr Energie in die Arbeit mit Ihren Patienten/Klienten/Teilnehmern, als die Arbeit Ihnen gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie es satt, mit Patienten/Klienten/Teilnehmern zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken Sie manchmal darüber nach, die Arbeit mit Patienten/Klienten/Teilnehmern aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ihre Erfahrungen mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Teilnahme am Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“. Zunächst geht es um Ihre Einschätzung zu den erreichten Zielen des Projektes.

<b>Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgende Veränderungen durch das Projekt beobachten konnten.</b>	Sehr gering	Gering	Mittel	Groß	Sehr groß
Verbesserung der Versorgungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Klienten-Bindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerung des Klienten-Stamms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Partnern anderer Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschließung neuer Einnahmequellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Wirtschaftlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Informationsaustauschs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung des Klienten-Nutzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung meiner Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erprobung innovativer Versorgungskonzepte (Vorreiterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang 7.2.: TS6\_A2 Fragebögen T1

Jetzt geht es um Herausforderungen, welche Sie vielleicht im Rahmen der Umsetzung des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“ erlebt haben.

<b>Bitte geben Sie an, wie sehr Sie die folgenden Herausforderungen im Projekt wahrgenommen haben.</b>	Sehr gering	Gering	Mittel	Groß	Sehr groß
Ressourcen (z.B. personell, zeitlich, finanziell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Faktoren (z.B. bürokratischer Aufwand, Abstimmung von Abläufen/ Prozessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturelle Faktoren (z.B. Probleme mit der IT Vernetzung, standortbezogene Faktoren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation und Kommunikation (z.B. fehlende Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmenschliche Aspekte (z.B. Misstrauen, Konkurrenzdenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahmebereitschaft (z.B. Mangelnder Nutzen für Akteur:innen, mangelnde Verbindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gesundheitskiosk**

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf den Gesundheitskiosk.

Bitte geben Sie Ihre Zustimmung bzgl. der folgenden Aussagen an.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Weiß nicht
Ich informiere meine Klienten/Patienten im Beratungsgespräch über die Angebote des Gesundheitskiosks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lege Informationsmaterial zum Gesundheitskiosk in meiner Einrichtung aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot des Gesundheitskiosks stellt eine sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Versorgung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitskiosk kennt die richtigen Anlaufstellen und sozialen Einrichtungen für die Bedarfe meiner Klienten/Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitskiosk stärkt die Vernetzung zwischen medizinischer und sozialer Patientenversorgung (d.h. „Vermittler“ zwischen Ärzten und sozialen Stadtteileinrichtungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angebote des Gesundheitskiosks eignen sich <u>nicht</u> für die Bedarfe meiner Patienten/Klienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot der Betreuung rund um den Arztbesuch im Gesundheitskiosk (Arztsuche und Vor- und Nachbereitung von Praxisbesuchen) stellt eine große Erleichterung für meine Arbeit dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitskiosk funktioniert problemlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was könnte der Gesundheitskiosk noch zusätzlich an Leistungen anbieten, die für Ihre Arbeit hilfreich wären?**

## Veranstaltungen und Vorträge

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit den Veranstaltungen und Vorträgen, welche durch die Gesundheit für Billstedt Horn UG organisiert und ausgerichtet wurden.

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Nie	Selten	Manchmal	Oft
Wie häufig haben Sie an Vorträgen und Fortbildungen teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie an Vernetzungstreffen teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Weiß nicht
Ich kann die Inhalte aus den Fortbildungen in meinem Arbeitsalltag gut anwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich zu allen relevanten Themen durch die Gesundheit für Billstedt Horn UG gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu welchen Themen wünschen Sie sich noch Vorträge und / oder Veranstaltungen?

Nun geht es noch um Ihre Zufriedenheit mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“.

Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Stand des Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“?

<input type="checkbox"/> Gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/> Zufrieden
<input type="checkbox"/> Weniger zufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	

Was müsste sich ändern, damit Sie zufriedener mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ wären?

Würden Sie das Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ weiterempfehlen?

<input type="checkbox"/> sicher nein	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> sicher ja
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

### Angaben zur Person

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:  männlich  weiblich  divers

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

Wie viele Wochenarbeitsstunden arbeiten Sie durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung? \_\_\_\_\_

Wie viele Jahre arbeiten Sie in Ihrem Beruf? \_\_\_\_\_

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in den Stadtteilen Billstedt/Horn? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

### 7.3. TS6\_A3 Beschreibung der Befragungsstickproben

Variablen	Erste Befragungswelle (T0)					Zweite Befragungswelle (T1)				
	Gesamt (n=63)	Ärzte (n=21)	Pflegeeinrichtungen (n=3)	Gesundheitskiosk (n=5)	Soziale (Stadtteil-) Einrichtungen (n=33)	Gesamt (n=48)	Ärzte (n=22)	Pflegeeinrichtungen (n=2)	Gesundheitskiosk (n=7)	Soziale (Stadtteil-) Einrichtungen (n=17)
Alter (Jahre)	49,9	53	39	36,2	51	53,1	57,1	52	41,3	52,2
Geschlecht (w/m/d) (Prozent)	32,76/67,24/0	66,67/33,33/0	n.e.	80/20/0/	12,5/87,5/0	42,22/57,78/0	77,27/22,73/0	n.e.	0/100/0	11,76/88,24/0
Arbeitszeit/Woche (Stunden)	38,2	48,2	39	24,5	33,6	37,6	43,5	38,25	27,1	34,4
Arbeitsjahre im Beruf	20,8	24,4	21,7	7,2	20,5	25,4	27,4	20	n.e.	23,5
Arbeitsjahre in Billstedt/Horn	9,7	11,7	4,5	5,5	9,5	13,3	16,5	5	11,2	10,4

n.e.=nicht erhoben

## 8. Anhang Teilstudie 7

### 8.1. TS7\_A1 Leitfaden Erstbefragung Interview – Projekt INVEST

Zunächst würde ich Sie gerne fragen, was Sie bezogen auf die Entwicklung des Projektes Gesundheit für Billstedt/Horn unter Strategie verstehen.

Und wie waren Sie persönlich bei dieser strategischen Entwicklung involviert? (Wie ist diese Strategie entstanden?)

Angefangen bei den Akteur:innen : Von wem kamen Ihrer Ansicht nach die wichtigsten Hinweise für die Entwicklung des Projektes?

Hatten diese Akteur:innen gemeinsame Ziele und Werte?

Wie ist die Beziehung dieser Akteur:innen zueinander?

Was hat die Projektentwicklung positiv vorangetrieben?

Können Sie hierfür ein Beispiel nennen?

Was war für Sie dabei entscheidend? (detaillierte Nachfragen)

Inklusion, Transparenz, bestimmte Personen, gemeinsame Ziele/Werte, Legitimität der Akteur:innen, Interdependenz der Akteur:innen, partizipativer Entscheidungsprozess, Kosten vs. Nutzen, geographische Nähe, Ressourcen, Technologie

Welche Hindernisse haben Sie bei der Projektentwicklung empfunden?

Haben Sie eine Idee wie diese Hindernisse überwunden werden könnten?

Was würden Sie besser machen?

Wenn wir noch einmal auf den Entwicklungsprozess eingehen: Wie wurden die von Ihnen bisher genannten Akteur:innen in den Strategiebildungsprozess einbezogen? (Inklusion, Transparenz)

Haben Sie den Eindruck, dass sich manche Akteur:innen in der Projektplanung stärker durchgesetzt haben als andere?

Was waren mögliche Gründe hierfür?

Strukturell: Gab es regelmäßige Meetings, an denen Sie teilgenommen haben?

Gab es da von Anfang an klare Strategie oder hat sie sich eher im Laufe der Arbeit herausgebildet?

Gab es Anfang Akteur:innen, die nun nicht mehr dabei sind?

Haben sich die Ziele geändert?

Welche Veränderungen haben Sie wahrgenommen?

*Wir kommen jetzt zur letzten Frage...*

Anhang 8.1.: TS7\_A1 Leitfaden Erstbefragung

Unter welchen *organisatorischen* Voraussetzungen kann die Entwicklung des Projektes auf andere Regionen übertragen werden?

*Wir sind nun am Ende des Interviews angelangt...*

Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen oder loswerden möchten?



## 8.2. TS7\_A2 Leitfaden Folgebefragung Follow-up Interview– Projekt INVEST

Wie würden Sie den aktuellen Stand des Projektes aus Ihrer eigenen Perspektive beschreiben. Welche aktuellen Entwicklungen hat es z.B. gegeben?

Im Hinblick auf den Projekterfolg: Welche Ziele des Projektes wurden erreicht?

Was waren denn die zentralen Ziele?

Fazit: Inwiefern würden Sie das Projekt insgesamt als erfolgreich bezeichnen?

Wenn Sie noch einmal zeitlich zurückdenken an die letzten 2 bis 3 Jahre also zurück bis zum Start des Projektes...

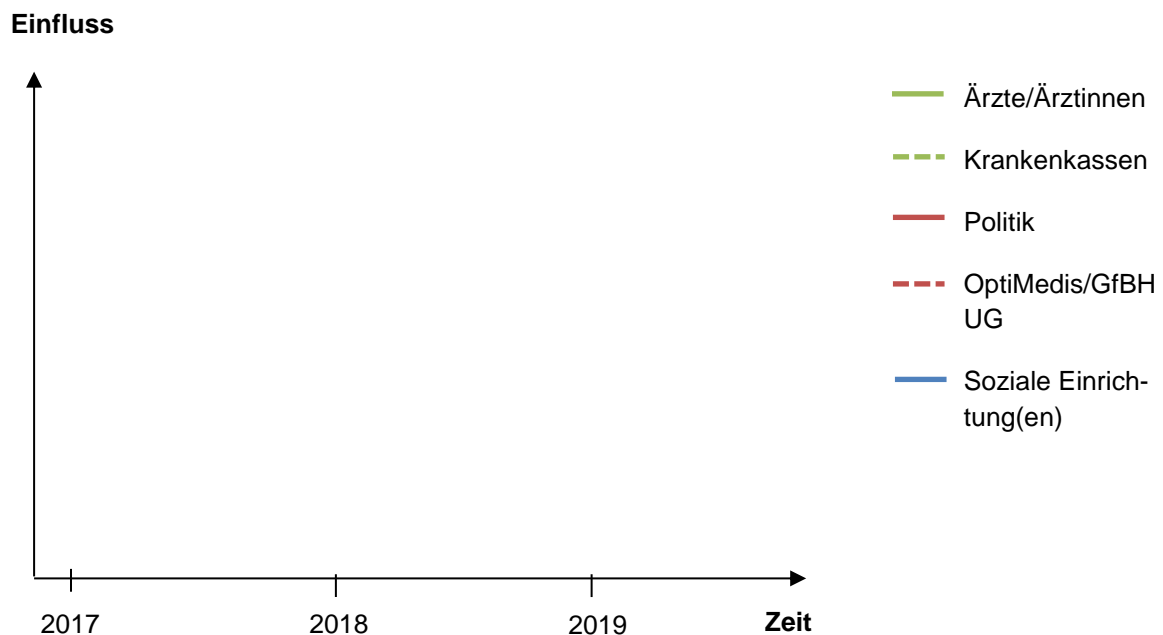
Zu welchen Zeitpunkten wurden Ihrer Meinung nach die wichtigsten strategischen Entscheidungen (d.h. wichtige Schlüsselentscheidungen) getroffen, die das Projekt dahin gebracht haben, wo es heute steht?

Welche Auswirkungen hatten diese Entscheidungen auf die projektbegleitende Strategie?

Wir wollen nun vor allem auch nachvollziehen, wie die verschiedenen beteiligten Akteursgruppen Einfluss auf die projektbegleitende Strategie genommen haben und welche Dynamiken es in der Einflussnahme gab. Mit Einfluss meinen wir in diesem Kontext, die eigene Position gegenüber anderen durchzusetzen und dadurch Entscheidungen zu prägen.

Als Denkanstoß haben wir dieses Schaubild mitgebracht (Kurz beschreiben: Was sieht man? Dynamik im Zeitverlauf 2017-2019, verschiedene Akteur:innen).

### Einfluss auf das Projektgeschehen



Wenn Sie mal an die Einflussnahme dieser Akteursgruppen (und ihre eigene Einflussnahme) seit Start des Projektes zurückdenken... Welche Veränderungen haben Sie hier wahrgenommen?

Mögen Sie das im Schaubild skizzieren?

Worauf könnte das zurückzuführen sein?

In welchen Situationen haben Sie den Einfluss als besonders stark wahrgenommen?

In welchen Situationen haben Sie den Einfluss auf das Projektgeschehen als gering wahrgenommen?

Manchmal gibt es ja Situationen, in denen man zwar wirkungsvoll mitgestalten könnte, aber sich eher zurückhält. Hatten Sie solche Situationen in diesem Projekt?

Im ersten Interview haben wir vor auch allem auch danach gefragt, inwiefern Sie den Gesamtprozess der Strategiefindung als offen empfunden haben, d.h. konkret ob Informationen transparent gehandhabt wurden, ob Akteur:innen sich aktiv beteiligt haben und, ob Entscheidungen gemeinsam gefällt wurden.

Würden Sie rückblickend sagen, dass Offenheit in der Strategiefindung in den letzten 2 Jahren gleichermaßen gegeben war oder gab es hier Veränderungen im Laufe der Zeit?

Im Schaubild skizzieren


An dieser Stelle möchte ich Ihnen auch noch einmal herzlich für die Teilnahme am ersten Interview danken. Anhand der 21 Interviews haben wir ein qualitatives Modell entwickelt, welches die wesentlichen Bedingungen der Entwicklung eines Integrierten Versorgungsmodells abbilden soll. Inwiefern schätzen Sie dieses Modell als zutreffend ein?

Würden Sie Ergänzungen vorschlagen?

Damit wären nun am Ende des Interviews angekommen. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen oder loswerden möchten?

Für Ihre Teilnahme danke ich/danken wir Ihnen vielmals!

## 9. Ethikbescheid zum Gesamtkonzept der INVEST Evaluation

 **Universität Hamburg**  
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

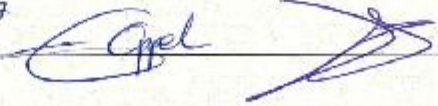
Fakultät für  
Wirtschafts- und  
Sozialwissenschaften

**WiSo Laboratories**  
*Declaration of compliance with Terms of Use and Ethical Standards*

**Project:**  
*INVEST Billstedt/Horn - Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen*

**Principal Investigator(s):**  
*Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Esplanade 36, 20354 Hamburg, Universität Hamburg (Principal)*  
*Dr. Eva Oppel, Esplanade 36, 20354 Hamburg, Universität Hamburg*

I/we hereby declare to have made all statements truthfully and that I/we am/are especially aware of my/our obligation to comply with all ethical and scientific guidelines stated below.

Hamburg, 23.03.2017 

Date, Seal, Signature

I/We hereby declare that the proposed research project is in compliance with the following scientific and ethical standards:

**(a) The Terms of Use for the WiSo Laboratories**

Released by the Dean of Research of the Faculty of Business, Economics and Social Sciences in the respective current terms.

**(b) Guidelines for Safeguarding Good Scientific Practice and Avoiding Scientific Misconduct at Universität Hamburg**

Released by the Academic Senate of the Universität Hamburg in the respective current terms<sup>1</sup>,

**(c) The RESPECT Code of Practice**

Released by the RESPECT Project (professional and ethical codes for socio-economic research in the information society) by order of the European Commission.<sup>2</sup>

I/We confirm to have read and accepted these standards. I/we particularly declare to conduct my/our research project within the WiSo Laboratories in steady compliance with the three core criteria of the RESPECT Code of Practice; I/we confirm, that I/we:

- I. Uphold scientific standards.
- II. Comply with the law.
- III. Avoid social and personal harm.

---

<sup>1</sup> [http://www.uni-hamburg.de/forschung/service/gute-wissenschaftliche-praxis\\_e.html](http://www.uni-hamburg.de/forschung/service/gute-wissenschaftliche-praxis_e.html)

<sup>2</sup> <http://www.respectproject.org/code/>

### **Description of the research project**

*Precise but in layman's terms (please use additional paper if needed):*

#### **1. Aim of the research project (cognitive interest)**

Das Ziel des Gesamtprojekts "Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen" der Gesundheit für Billstedt-Horn UG ist es, eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancen für die Bevölkerung in deprivierten Teilgebieten von Großstädten zu erreichen (exemplarisch an den Stadtteilen Billstedt und Horn in Hamburg). Ziel ist der Aufbau einer integrierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungsform zur Steigerung der Gesundheit bei gleichzeitigem Abbau von Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung (Unter-, Fehl- und Überversorgung). Das Projekt INVEST Billstedt/Horn wird anhand von quantitativen und qualitativen Analysen kontinuierlich evaluiert. Auf Basis quantitativer Analysen sollen der Erfolg und der Zielerreichungsgrad der Triple Aim-Strategie bewertet werden. Eine qualitative Analyse soll die Erfolgsfaktoren einer erfolgreichen Implementierung dieses innovativen Ansatzes bestimmen. Die qualitative und quantitative wissenschaftliche Evaluation erfolgt durch das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) unter der Leitung von Prof. Schreyögg und Dr. Eva Oppel

#### **2. Scientific Background**

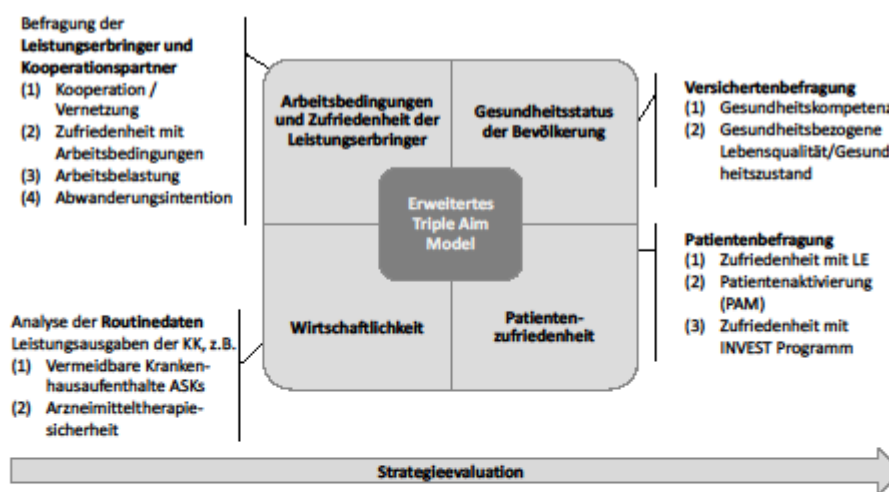
Das deutsche Gesundheitssystem steht angesichts des demografischen Wandels und der kontinuierlichen Zunahme chronischer Erkrankungen vor großen Herausforderungen und belegt trotz der vergleichsweise hohen Gesundheitsausgaben international nur durchschnittliche Gesundheits- und Versorgungsergebnisse (Busse und Stahl 2014; OECD 2015), besonders bedingt durch die fragmentierten Leistungsbereiche und die sektoralen Grenzen (SVR-Gesundheit 2007, 2009, 2012). Die Probleme in der Gesundheitsversorgung verstärken sich dabei insbesondere bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen: Hier ist die Nachfrage aufgrund der Krankheitslast und des sozioökonomischen Status häufig höher bei gleichzeitig schlechterer Angebotsstruktur (sprachliche und andere Zugangsbarrieren und schlechterer Zugang zu Fachärzten). Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen konzentrieren sich dabei häufig in abgegrenzten urbanen Regionen bzw. Stadtteilen (SVR-Gesundheit 2006; Mielck und Helmert 2012; Marmot 2005). Im Hinblick auf die defizitäre Versorgungssituation in den urbanen Siedlungsgebieten zielt das Modellprojekt darauf ab:

- die Versorgungsangebote mehr an den vulnerablen Bevölkerungsgruppen auszurichten,
- den Anteil an Chronifizierungen zu verringern, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken und insgesamt den gesundheitlichen Status zu verbessern,
- Versorgungsdefizite im ambulanten Bereich zu minimieren, vorhandene Ressourcen zielorientiert einzusetzen und die wohnortnahe Versorgung zu stärken,
- die Patientenzufriedenheit und -erfahrung zu erhöhen sowie
- die Versorgungskosten durch bedarfs- und regionsspezifische Interventionsmodule langfristig zu senken.

**3. Research Design/Implementation; including detailed description of procedure with the research subjects**

Das Evaluationskonzept sieht die Evaluation der in Abb. 1 dargestellten Teilbereiche vor. Die Abbildung ist als Arbeitsversion zu betrachten und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Abbildung 1: Evaluationskonzept INVEST Billstedt-Horn



Quelle: Eigene Darstellung

Mit Hilfe eines quantitativen Analyseansatzes sollen Erfolg und Zielerreichungsgrad nach dem erweiterten Triple Aim Ansatz (Berwick et al. 2008) bewertet werden. Es werden sowohl Querschnitts- als auch Längsschnittanalysen durchgeführt. Als Zielgrößen werden so-



wohl ökonomische Outcomes, z.B. Leistungsausgaben, das Ausgaben-Risikostrukturausgleich-Deckungsbeitragsverhältnis, als auch medizinisch-patientenrelevante Outcomes, z.B. vermeidbare Krankenhauseinweisungen, Medikalisierung und Patientenaktivierung betrachtet.

### 3.1. *Quantitative Evaluation auf Basis von Routinedaten*

Die Datengrundlage für den quantitativen Teil bilden pseudonymisierte Abrechnungsdaten (Routinedaten) der teilnehmenden Krankenkassen. Eine Übersicht der Datenanforderungen befindet sich in Abbildung 2 im Anhang. Die Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie für die wissenschaftliche Forschung erforderlich ist (§75 SGB X).

Sowohl für die Interventionsgruppe, als auch für die Individuen der Zufallsstichprobe, werden folgende Charakteristika erhoben: Alter, Geschlecht, ambulante und stationäre Diagnosen und Prozeduren, Krankenhausaufenthalte (DRGs), Arzneimittelverschreibungen, Arbeitsunfähigkeit, Versichertenstatus, Dauer des Versicherungsverhältnisses, Krankenkassenbeitrag, sozioökonomische Variablen des Stadtteils des jeweiligen Versicherten und Kosten (stationär, ambulant, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel inkl. Abrechnungsziffern) sowie RSA-Zuweisung.

Es werden sowohl Längsschnitt- als auch Querschnittsanalysen hinsichtlich der Zielgrößen Leistungsausgaben, Ausgaben-RSA-Deckungsbeitrags-Verhältnis, vermeidbare Krankenhauseinweisungen (Burgdorf and Sundmacher, 2014; Freund et al., 2013) und Medikalisierung von Älteren (FORTA) (Kuhn-Thiel et al., 2014) durchgeführt. Die Analysen basieren auf pseudonymisierten Individualdaten der Krankenkassen (Routinedaten). Alle auf Routinedaten bezogenen Zielgrößen werden im Vergleich zu einer synthetischen Kontrollgruppe ausgewertet und werden für den Zeitraum 01.01.2016-31.12.2019 benötigt. Die Daten sollen in lauffähigen Abständen von den Krankenkassen geliefert werden. Die Auswertungen erfolgen vorbehaltlich der Datenlieferung und der Datenverfügbarkeit. Verhandlungen über entsprechende Datennutzungsverträge werden derzeit mit den teilnehmenden Krankenkassen geführt.

Die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe stellt den Effekt der Intervention dar. Die Interventionsgruppe besteht aus allen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die über den Evaluationszeitraum durchgehend versichert und in den Postleitzahlenbezirken 22111, 22119, 22115 22117 wohnhaft waren. Um Selektionseffekte durch die Bilstedt-Horn UG auszuschließen, werden auch die nicht-teilnehmenden Versicherten der

teilnehmenden Krankenkassen in die Analyse miteinbezogen, insgesamt also ca. 51.000 Personen. Die erste Kontrollgruppe wird aus den Versicherten, der teilnehmenden Krankenkassen, die im Raum Hamburg (ohne die Stadtteile Billstedt und Horn) wohnhaft sind gebildet. Dafür werden aus dem Versichertenbestand 500 Personen je Altersjahr und Geschlecht zufällig je Versicherung gezogen. Dies mündet in einer strukturierten, ca. 100.000 Individuen je Krankenkasse umfassenden, Stichprobe. Alternativ können auch alle Hamburger Versicherten der jeweiligen Krankenkasse in die Kontrollgruppe einbezogen werden.

Das offene Setup von Billstedt/Horn lässt es allerdings auch zu, dass Patienten aus den umliegenden Stadtteilen die neu geschaffene Gesundheitsinfrastruktur nutzen, aber auch, dass eingeschriebene Patienten aus Billstedt/Horn zusätzlich Angebote in den angrenzenden Stadtteilen in Anspruch nehmen. Die Beantwortung der optionalen Frage, inwiefern es zu Spillover-Effekten zwischen der Bevölkerung Billstedt/Horns und der der angrenzenden Stadtteile kommt, soll daher eine weitere Analyse klären. Dazu wird eine zweite Kontrollgruppe definiert, die die Bevölkerung angrenzender Stadtteile (PLZ-Bereiche 21031, 21033, 22113, 20539, 20537, 20535, 22043, 22089, 22041) umfasst.

Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Versicherten der Interventions- und der Kontrollgruppen zu gewährleisten, werden aus den Stichproben jeweils synthetische Kontrollgruppen gebildet. Diese synthetischen Kontrollgruppen bestehen aus der gleichen Anzahl Individuen wie die der Interventionsgruppe, also ebenfalls ca. 51.000 Personen. Die Auswahl der Individuen in die synthetische Kontrollgruppe erfolgt über ein Matchingprozess, um die eine möglichst ähnliche Versichertenstruktur der Intervention zu erreichen. Das Matching erfolgt auf Basis von sowohl Diagnose- als auch sozio-ökonomischen Daten, die vor der Intervention kodiert wurden. Neben Alter und Geschlecht werden auf Basis der im Kalenderjahr 2016 kodierten ambulanten und stationären Diagnosen für jedes Individuum in Interventionsgruppe und der Zufallsstichprobe ein Morbiditätsprofil erstellt, d.h. jeder Versicherte erhält eine 0/1-Kodierung in insgesamt 31 Morbiditätsgruppen (Elixhauser et al. 1998; Quan et al. 2005). Zusätzlich wird für die insgesamt 104 Stadtteile Hamburgs auf Basis von Zensusdaten ein individueller Score (=Stadtteilscore) entwickelt und errechnet. Anschließend erfolgt auf Basis dieser Variablen ein Propensity-score-matching, um die Heterogenität zwischen Interventions- und Kontrollgruppen zu begrenzen.



### 3.2 Quantitative Evaluation auf Basis von Befragungsdaten

#### *Patientenbefragungen*

Die Untersuchung von gesundheitsrelevanten Einstellungs- und Verhaltensparametern der Patienten im populationsbasierten Versorgungsmodell Billstedt-Horn folgt dem Design einer Trendstudie. In regelmäßigen Zeitabständen werden Patienten in den teilnehmenden Arztpraxen mithilfe von standardisierten Fragebögen befragt. So können zeitliche Trends bei der Beantwortung bestimmter Fragen festgestellt werden. Die Befragung der Patienten erfolgt in den Wartezimmern der teilnehmenden Arztpraxen. Dabei werden sowohl eingeschriebene Patienten als auch nicht eingeschriebene Patienten befragt. Die Befragung wird für jede Befragungswelle in allen teilnehmenden Arztpraxen durchgeführt. Die Erstbefragung erfolgt zum Zeitpunkt der Einschreibung Q1/2017, die Zweitbefragung im Q1/2018 und die Drittbefragung erfolgt im Q1/2019. Die Versicherten werden zum Zeitpunkt der Einschreibung über die Befragung informiert. In Abhängigkeit der Entwicklung der Einschreiberraten wird für die Zweit- und Drittbefragung (Q1/2018 und Q1/2019) aus allen eingeschriebenen Versicherten eine Stichprobe gezogen, die dann mithilfe des standardisierten Fragebogens befragt wird. Dieses Design wird gewählt um zu minimieren, dass die Befragungsergebnisse durch die Antworten der Patienten in den Arztpraxen (tendenziell kränkere Versicherte) verzerrt werden. Die Stichprobe der zu Befragenden wird dabei von Mitarbeitern der Billstedt Horn UG aus deren Mitgliederdatei ausgewählt. Anschließend werden Code-Nummern auf die leeren Fragebögen gedruckt, die die Billstedt Horn UG dann an die zu befragenden Mitglieder per Post versendet. Die Code-Nummer enthält neben Geburtsjahr und Geschlecht der Befragten auch deren Einschreibungsjahr und einen Einzel-Code für die Praxis. Die Befragungsteilnehmer füllen ihren Fragebogen aus und schicken diesen dann anonym und kostenlos – in einem Rückumschlag mit dem Aufdruck „Porto bezahlt Empfänger“ – an das Hamburg Center for Health Economics (HCHE). Diejenigen Teilnehmer, die vier Wochen nach Aussendung des Fragebogens noch nicht geantwortet haben, bekommen eine schriftliche Erinnerung und – auf Nachfrage hin – auch noch einmal einen Fragebogen zugeschickt. Diese einmalige Reminder-Aktion wird von der Billstedt Horn UG durchgeführt. Darüber hinaus werden keine weiteren Maßnahmen zur Erhöhung des Rücklaufs unternommen. Die Auswertungen auf Basis der Befragungsdaten erfolgen vorbehaltlich der Datenlieferung und der Datenverfügbarkeit. Die anzuwendenden Befragungs- und Analyseinstrumente sind in Tabelle 1 im Anhang dargestellt.

#### *Versichertenbefragung*

Die Versichertenbefragung dient der Evaluation des Ziels „Gesundheitsstatus der Bevölkerung“. Demnach soll evaluiert werden ob und zu welchem Ausmaß das Projekt INVEST Billstedt/Horn zu einer Verbesserung des Gesundheitsstatus der Versicherten in Billstedt/Horn im Vergleich zu Versicherten in Hamburg führt.

Die geplante Studie folgt dem Design einer quasi-experimentellen Studie mit Kontrollgruppe und Prätest-Posttest. Die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe stellt den Effekt der Intervention dar. Mithilfe des Prätest-Vergleichs zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe können bereits mögliche Unterschiede ausgeschlossen werden, die bereits vor der systematischen Variation der unabhängigen Variable in der Experimentalgruppe (eingeschriebene Versicherte in Billstadt/Horn) bestanden. Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe, die vor der Intervention bestehen, müssen bestmöglich quantifiziert werden, um Unterschiede nach der Intervention eindeutig auf den zu untersuchenden Kausalzusammenhang zurückzuführen.

Die Interventionsgruppe besteht aus allen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die über den Evaluationszeitraum durchgehend versichert und in den Postleitzahlenbezirken 22111, 22115, 22117 und 22119 wohnhaft waren. Um Selektionseffekte durch die Billstedt-Horn UG auszuschließen, wird auch eine Stichprobe von nicht-teilnehmenden Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen in die Analyse miteinbezogen. Die erste Kontrollgruppe wird aus den Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen gebildet, die im Raum Hamburg (ohne die Stadtteile Billstedt und Horn) wohnhaft sind. Das offene Setup von Billstedt/Horn lässt es allerdings auch zu, dass Patienten aus den umliegenden Stadtteilen die neu geschaffene Gesundheitsinfrastruktur nutzen, aber auch, dass eingeschriebene Patienten aus Billstedt/Horn zusätzlich Angebote in den angrenzenden Stadtteilen in Anspruch nehmen. Die Beantwortung der Frage, inwiefern es zu Spillover-Effekten zwischen der Bevölkerung Billstedt/Horns und der der angrenzenden Stadtteile kommt, soll daher eine weitere Analyse klären. Dazu wird eine zweite Kontrollgruppe definiert, die die Bevölkerung angrenzender Stadtteile (PLZ-Bereiche 21031, 21033, 22113, 20539, 20537, 20535, 22043, 22089, 22041) umfasst.

In regelmäßigen Zeitabständen wird aus der Interventions- und den Kontrollgruppen jeweils eine Stichprobe (n = 4.000) gezogen, die dann mithilfe eines standardisierten Fragebogens befragt wird. So können sowohl Unterschiede zwischen Interventions- und Kontroll-

gruppen als auch wissenschaftliche Fragestellungen zu zeitlichen Trends beantwortet werden. Die Stichproben werden für jede Befragungswelle neu aus Interventions- und Kontrollgruppen gezogen. Versicherte, welche in das Programm INVEST eingeschrieben sind, werden in jeder Befragungswelle berücksichtigt. Die Erstbefragung erfolgt im Q1/2017, die Zweitbefragung im Q1/2018 und die Drittbefragung im Q1/2019. Gezogen werden die ungeschichtete/einfache Zufallsstichproben von den teilnehmenden Krankenkassen aus deren Mitgliederdatei (18- bis 79-Jahre).

Der Fragebogen umfasst das Themengebiet Gesundheitskompetenz (Health Literacy).

Mit dem Health-Literacy-Ansatz besteht die Möglichkeit, zu erfassen, wie es um die Fähigkeit bestellt ist, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen und adäquat in Handeln umzusetzen. Zur Messung von Gesundheitskompetenz wird auf den standardisierten und getesteten Fragebogen auf der Basis des validierten EU-Instrumentes zurückgegriffen (Kurzform HLS-EU-Q16). Das Instrument gliedert sich in drei konzeptionelle Bereiche: Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung. Die Aussagen zu diesen drei Bereichen werden von den Versicherten auf einer vierstufigen Skala von „sehr schwierig“ über „schwierig“ und „einfach“ bis hin zu „sehr einfach“ beantwortet. Zusätzlich sind zwei weitere Antwortkategorien „weiß nicht“ und „keine Angabe“ gegeben.

### 3.3. Qualitative Evaluation

Um die quantitativen Ergebnisse konkreter interpretieren zu können und möglicherweise dahinterliegende Erfolgsfaktoren des populationsbasierten Versorgungsmodells Billstedt-Horn zu identifizieren, werden semi-strukturierte und standardisierte Interviews mit den Zielgruppen teilnehmenden Leistungserbringer, Kooperationspartner, Versicherte sowie der Projektleitung durchgeführt. Dieses Untersuchungsdesign ermöglicht die Voraussetzungen für den Erfolg des populationsbasierten Versorgungsmodells Billstedt-Horn zu identifizieren und damit dessen Übertragbarkeit auf andere Regionen zu analysieren. Demnach geben die Befragungsergebnisse Aufschluss darüber, inwieweit das Projekt auf andere Settings übertragbar ist, oder ob der mögliche Erfolg auf die spezielle Konstellation in Billstedt/Horn zurückzuführen ist.

Als Erhebungsmethode werden semi-strukturierte und standardisierte zielgruppengerechte Interviews durchgeführt. Diese sollen Faktoren in den Bereichen externes Umfeld, Eigenschaften der Organisation, Implementierungsprozesse und Innovation erfassen (Fisher et al.

2016). Dazu werden die Zielgruppen (s.o.) zu jeweils zwei Zeitpunkten befragt. Der erste Zeitpunkt, zu Beginn des Projektes (Q1/2017), spiegelt die erwarteten Erfolgsfaktoren wider, während eine Befragung nach Abschluss der ersten Projektphase, d.h. im dritten Jahr (Q3/2019), die tatsächlichen Erfolgsfaktoren erfragt.

Zur Auswertung der qualitativen Interviews, werden verschiedene Auswertungsverfahren eingesetzt. Kodierungsverfahren dienen in diesem Zusammenhang der Entwicklung von Ordnungskategorien für Texte und damit der Verkürzung und Verallgemeinerung von Gesagtem (Kelle 2014). Hierzu wird unter anderem eine computergestützte Kodierung zur Identifikation der Organisation der qualitativen Daten angewendet.

#### **4. Subject Recruitment and Subject Payment (as needed)**

##### *4.1. Quantitative Auswertung (Befragung)*

Angesprochen werden am Projekt teilnehmende sowie nicht-teilnehmende Leistungserbringer (z.B. Ärzte und Pflegeeinrichtungen), Kooperationspartner, Versicherte sowie die Projektleitung. Die Teilnahme ist freiwillig und erfolgt ohne Bezahlung.

##### *4.2. Qualitative Auswertung*

Angesprochen werden am Projekt teilnehmende sowie nicht-teilnehmende Leistungserbringer (z.B. Ärzte und Pflegeeinrichtungen), Kooperationspartner, Versicherte sowie die Projektleitung. Die Teilnahme ist freiwillig und erfolgt ohne Bezahlung.

#### **5. Possible Risks or Side Effects for Subjects**

Die Teilnahme am Programm ist für Versicherte freiwillig. Das Versorgungsmodell sieht vor, dass die Einschreibung der Versicherten in das Programm während der Modellphase nicht forciert wird. Auf jegliche Einschränkung der Wahlfreiheit des Versicherten wird verzichtet. Ob die Versicherten Mitglied werden, ob sie an Versorgungsprogrammen teilnehmen und zu welchem Arzt bzw. in welches Krankenhaus sie gehen, bleibt ihnen freigestellt. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist jederzeit fristlos möglich. Der Datenschutz ist jederzeit gewährleistet und wird ständig durch externe Datenschutzbeauftragte geprüft. Die Versorgung erfolgt gemäß § 140a SGB V. Die Qualität der Versorgung entspricht mindestens dem Level der Regelversorgung. Risiken sind nicht bekannt.

## 6. Biometry

Die Aufbereitung und Verwertung der Routinedaten geschieht in datenschutzkonformer, pseudonymisierter Form. Die Pseudonymisierung erlaubt es uns nicht die Individualdaten mit einzelnen spezifischen Personen in Verbindung zu bringen.

Sämtliche Angaben aus Befragungen, die wir erhalten, behandeln wir streng vertraulich und in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Die Ergebnisse der Befragung teilen wir der Billstedt Horn UG nur anonymisiert mit, d.h. ohne sonstige Angaben, mit denen eventuell Rückschlüsse auf die ausfüllende Person gezogen werden könnten.

## 7. Filing and Privacy

Das Projekt wird im Rahmen verbindlicher Datenschutzvorschriften durchgeführt. Die Universität Hamburg ist eine Körperschaft des Öffentlichen Rechts der Freien und Hansestadt Hamburg. Sie unterliegt somit der datenschutzrechtlichen Aufsicht und Kontrolle des Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (HmbBfDI). Projektmitarbeiter des HCHes werden auf das Datengeheimnis verpflichtet.

## Literature

Berwick, Donald M.; Nolan, Thomas W.; Whittington, John (2008): The triple aim: care, health, and cost. In: *Health affairs (Project Hope)* 27 (3), S. 759–769.

Busse, Reinhard; Stahl, Juliane (2014): Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. In: *Health affairs (Project Hope)* 33 (9), S. 1549–1558. DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0419.

Elixhauser, A.; Steiner, C.; Harris, D. R.; Coffey, R. M. (1998): Comorbidity measures for use with administrative data. In: *Medical care* 36 (1), S. 8–27.

Fisher, Elliott S.; Shortell, Stephen M.; Savitz, Lucy A. (2016): Implementation Science: A Potential Catalyst for Delivery System Reform. In: *JAMA* 315 (4), S. 339–340. DOI: 10.1001/jama.2015.17949.

Kelle, Udo (2014): Mixed Methods. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 153–166.

Marmot, Michael (2005): Social determinants of health inequalities. In: *The Lancet* 365 (9464), S. 1099–1104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.



Mielck, A.; Helmert, U. (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Klaus Hurrelmann und O. Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz Juventa.

OECD (2015): Health at a Glance 2015. Paris: OECD Publishing.

Quan, Hude; Sundararajan, Vijaya; Halfon, Patricia; Fong, Andrew; Burnand, Bernard; Luthi, Jean-Christophe et al. (2005): Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. In: Medical care 43 (11), S. 1130–1139.

SVR-Gesundheit (2006): Kooperative Koordination und Wettbewerb, sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention. 1. Aufl., aktualisierte Fassung, Stand: Juli 2005: Kohlhammer.

SVR-Gesundheit (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: NOMOS-Verlag.

SVR-Gesundheit (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Baden-Baden: NOMOS-Verlag.

SVR-Gesundheit (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. 1. Aufl. Bern: Huber (Sondergutachten / Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012).

**8. Signature/s of Applicant/s**

~~Universität Hamburg  
Lehrstuhl für Management und Gesundheitswesen  
Prof. Dr. Jochen Schreyögg  
E-Mail: j.schreyoegg@uni-hamburg.de  
20354 Hamburg  
Tel: 040-42838-8041  
Fax: 040-42838-8043~~

  
-----  
(Dr. Eva Oppel)

Hamburg, 23.03.2017  
-----  
(Ort, Datum)

**Information and Consent of Subjects**

*Information and consent of the subjects are to be conducted orally and in written form. A copy of the written form of Informed Consent, Privacy and Confidentiality is to be handed out to the subjects. A further copy is to be provided for the archive of the WISO Laboratories.*

Review by the Dean's office at 28 March 2017. Clearance approved.

Hamburg,

Seal, Signature

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ed J. J. J.', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.



**Appendix:***Tabelle 1: Übersicht der Erhebungsinstrumente*

Zielvariablen	Erhebungsinstrumente
<b>Gesundheitsstatus der Bevölkerung</b>	
Gesundheitskompetenz (Health Literacy)	HLS-EU-Q16 (standardisiert, validiert)
Gesundheitszustand	Selbstentwickelte Items
<b>Patientenaktivierung und – Zufriedenheit</b>	
Patientenaktivierung	PAM13-D (Patient Activation Measure – Deutsche Version)
Patientenzufriedenheit mit Leistungserbringer	Weisse Liste (WLA) Facharztgruppenübergreifender Kurzfragebogen
Patientenerwartungen an die integrierte Gesundheitsversorgung (INVEST)	Selbstentwickelte Items in Anlehnung an PEIC Walker et al. (2016) und PEACS (Noest et al., 2014)
Innovations-Adaptionsverhalten von Patienten	Selbstentwickelte Items
Zufriedenheit der Patienten mit der integrierten Versorgung INVEST Billstedt/Horn	Selbstentwickelte Items
Gründe für die Einschreibung in das Programm INVEST	Selbstentwickelte Items
Soziodemographische Daten	über Code-Nummer erhoben (Alter, Geschlecht, Einschreibungsjahr); selbstentwickelte Items
<b>Leistungserbringer</b>	
Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungserbringer und Kooperationspartner im Versorgungsmodell INVEST	Fragebogen Relational Coordination (Hoffer Gittel, 2002) + selbstentwickelte Items
Wahrgenommene Kulturelle- und Sprachbarrieren in der Arzt-Patienten-Kommunikation	Selbstentwickelte Items
Erwartungen an Arbeitsbedingungen	Selbstentwickelte Items
Wahrgenommene Arbeitsbelastung	Selbstentwickelte Items
Motivation zum Eintritt in INVEST	Selbstentwickelte Items (in Anlehnung an EKIV-Evaluation)
Eventuelle Bedenken gegen INVEST	Selbstentwickelte Items (in Anlehnung an EKIV-Evaluation)
Gesamtzufriedenheit mit INVEST	Selbstentwickelte Items (in Anlehnung an EKIV-Evaluation)
Vorschläge und Anmerkungen zu INVEST	Offene Fragen

**Abbildung 2: Datenanforderungen (Routinedaten)**

- Stammdaten
  - Versicherungsnummer (pseudonymisiert)
  - Versicherungsstatus (Erwerbstätig, Rentner, Mitglied, Familienversicherter, Erwerbsunfähigkeitsrentnier)
  - Postleitzahl (5-stellig)
  - Versicherungszeitraum (Zugangs-, Abgangszeitpunkte)
  - Geburtsjahr
  - Geschlecht
  - Abgangsgrund (insb. Tod)\*
- Teilnahmedaten im Verlauf
  - Startdatum der Intervention
  - Enddatum der Intervention
- Ambulante Daten
  - Versicherungsnummer
  - Arztnummer (pseudonymisiert)
  - Diagnosen/ICD-Code (ALLE)
  - Zeitpunkt/Quartal der Diagnose
  - Prozeduren/OPS-Code
  - Zeitpunkt/Quartal der Prozeduren
  - Abgerechnete Leistungen (in EBM-Punkten oder Euro)
  - Erstattungsbetrag
  - Zeitpunkte der Leistungserbringung (ggf. Quartal)
- Arzneimittel
  - Versicherungsnummer
  - Abgabedatum
  - FZV & ATC
  - Preis des Arzneimittels/Erstattungsbetrag
- Stationäre Daten (stationäre und ambulante Behandlung im Krankenhaus)
  - Versicherungsnummer
  - Krankenhaus ID Nummer + Standortnummer
  - Postleitzahl (5-stellig)
  - Fallnummer
  - Diagnosen/ICD-Code (ALLE)
  - Diagnoseyp
  - Prozeduren/OPS Code
  - KH-Aufenthalt (von, bis)
  - Entlassungsgrund
  - Abgerechnete DRG
  - Erstattungsbetrag
- Zuweisungen
  - RSA Zuweisungen
  - Krankenkassenbeitrag (wenn möglich)
- Arbeitsunfähigkeit
  - Zeiten der Abwesenheit
  - Zahlbetrag der Krankenversicherung

Quelle: Eigene Darstellung